

Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz

Eine quantitative Sozialforschungsstudie

Master Thesis zur Erlangung des Grades
Master of Science in Osteopathie

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

niedergelegt an der
Wiener Schule für Osteopathie

von **Stephan Penger**

Bochum, Dezember 2011

Betreut von Mag. Claudia Gamsjäger

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorgelegte Master Thesis selbstständig verfasst zu haben.

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

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

Datum

Unterschrift

Danksagung

Ich danke Kathrin Aschebrock für die konstruktive Mitarbeit bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse, den Probanden für die Teilnahme an der Studie, Katja Dudek für das Lektorat und meiner Familie für ihre liebevolle Unterstützung.

Abstract

Problemaufriss: Die subjektive Krankheitstheorie beschreibt die Vorstellungen des Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung seiner Erkrankung. Aus der Kernfrage heraus, ob der Osteopathie-Patient eine Ursachentheorie mit speziellen Behandlungserwartungen hat, entwickelte sich die Frage dieser Studie: Unterscheiden sich Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die entweder einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie?

Methodologie:

- *Studiendesign:* Quantitative Sozialforschungsstudie
- *Patienten:* 22 Patienten in der Osteopathie-Gruppe (16 weiblich und 6 männlich) im Alter von 33 bis 69 Jahren. 18 Patienten in der Manualtherapie-Gruppe (9 weiblich und 9 männlich) im Alter von 24 bis 69 Jahren.
- *Messinstrumente:* PATEF Patiententheorienfragebogen (ZENZ et al., 1996), IPQ-R Revised Illness Perception Questionnaire (WEINMANN et al., 1996), Zusatzdatenerfassungsbogen.
- *Ergebnisse:* Die Auswertung des PATEF (ZENZ et al., 1996) ergibt bei der Gegenüberstellung der Skalen-Rohwerte keine signifikanten Unterschiede der Studiengruppen. 67,5 % des Studienkollektivs zeigen eine diffuse Krankheitstheorie. Bei den drei Hauptdimensionen liegen das Gesundheitsverhalten bei 35,0 %, die psychosoziale Skala bei 20,0 % und die naturalistische Skala des Gesamtkollektivs bei 7,5 %. Die Auswertung des IPQ-R (WEINMANN et al., 1996) zeigt für das Symptomerleben der Osteopathie-Patienten einen signifikanten Unterschied ($p=0,04$). Die prozentuale Belegung der Symptome bei den Osteopathie-Patienten liegt im Durchschnitt um 10,7 % höher. Osteopathie-Patienten zeigen einen hoch signifikanten Unterschied ($p=0,01$) in der Wahrnehmung eines zyklischen Auftretens ihrer Erkrankung und erleben eine signifikant ($p=0,03$) höhere Kontrollierbarkeit der Krankheit durch die eigene Person.
- *Konklusion:* Osteopathie- und Manualtherapie-Patienten unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie.
- *Schlüsselwörter:* Subjektive Krankheitstheorien, Osteopathie, Manualtherapie, lumbaler Rückenschmerz, Patienten.

Stephan Penger

Subjective theories of illness of patients with low back pain

Abstract

Problem outline: The subject theory of illness describes the patient's ideas about the nature, the genesis and the treatment of his illness. Out of the key question if the osteopathy patient has a causal theory connected with specific treatment expectations arose the following question for this study: Is there a difference between patients with the clinical picture of low back pain that consult either an osteopath or a manual therapist with regards to their subjective theory of illness?

Methodology:

- *Study design:* Quantitative social research study
- *Patients:* 22 patients in the osteopathy group (16 female and 6 male) aged between 33 and 69 years. 18 patients in the manual therapy group (9 female and 9 male) aged between 24 and 69 years.
- *Measuring instruments:* PATEF Patient theory questionnaire (ZENZ et al., 1996), IPQ-R Revised Illness Perception Questionnaire (WEINMANN et al., 1996), Additional Data Capture Sheet.
- *Results:* The evaluation of the PATEF (ZENZ et al., 1996) doesn't reveal any significant differences between the study groups when comparing the scale raw values. 67.5 % of the study collective shows a "cloudy" illness theory. Looking at the three main dimensions it can be found that the health-related behaviour amounts to 35.0 %, the psycho-social scale to 20.0 % and the naturalistic scale of the total collective to 7.5 %. When evaluating the IPQ-R (WEINMANN et al., 1996) there is a significant difference ($p=0.04$) in the osteopathy patients' experience of their symptoms. The percentage of symptoms is higher by 10.7 % for the osteopathy patients. Osteopathy patients display a highly significant difference ($p=0.01$) in the perception of a cyclic occurrence of their illness and experience a significantly ($p=0.03$) higher controllability of their illness by themselves.
- *Conclusion:* There is no difference between osteopathy and manual therapy patients with regards to their subjective theory of illness
- *Key words:* Subjective theories of illness, osteopathy, manual therapy, low back pain, patients.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Abstract	4
Inhaltsverzeichnis	6
1 Einleitung	8
2 Theoretische Grundlagen	10
2.1 Subjektive Krankheitstheorien	10
2.1.1 Einleitung und Begriffsklärung	10
2.1.2 Alltagstheorien vs. wissenschaftliche Theorien	10
2.1.3 Subjektive Krankheitstheorien	11
2.1.4 Attribution	12
2.1.5 Common Sense Model of Illness Representation	14
2.1.6 Behandlungserwartung und Compliance	15
2.1.7 Erhebungsinstrumente zum Erfassen von subjektiven Krankheitstheorien	15
2.2 Lumbaler Rückenschmerz	17
2.2.1 Einleitung und Begriffsklärung	17
2.2.2 Epidemiologie	18
2.2.3 Einteilung von lumbalen Rückenschmerzen	19
2.2.4 Behandlungsansätze von lumbalen Rückenschmerzen	20
2.2.5 Manualtherapie	20
2.2.6 Osteopathie	22
3 Methodologie	24
3.1 Studiendesign	24
3.2 Forschungsfrage	24
3.3 Vorannahmen	24
3.4 Rekrutierung der Patienten	25
3.5 Einschlusskriterien	25
3.6 Ausschlusskriterien	26
3.7 Messinstrumente	26
3.7.1 Patiententheorienfragebogen (PATEF)	26
3.7.2 Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)	29
3.7.3 Zusatzdatenerfassungsbogen methodologischer Relevanz	30
3.8 Datenerfassung und Auswertung	31

4 Ergebnisse	32
4.1 Stichprobenbeschreibung	32
4.2 Ergebnisse aus den PATEF-Daten	33
4.3 Ergebnisse aus den IPQ-R-Daten	38
4.4 Ergebnisse aus der Zusatzdatenerfassung	40
5 Diskussion	42
5.1 Diskussion der Ergebnisse	42
5.2 Kritische Betrachtung der Studie	52
5.3 Empfehlung für weitere Studien	54
6 Konklusion	54
7 Literatur	55
8 Anhang	63
8.1 Patientenzustimmung	63
8.2 Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)	64
8.3 Zusatzdatenerfassungsbogen methodologischer Relevanz	67
8.4 Rohdaten	68
8.5 Abbildungsverzeichnis	72
8.6 Tabellenverzeichnis	73
8.7 Zusammenfassung (englisch)	74

1 Einleitung

In meiner selbständig geführten Praxis habe ich vor etwa vier Jahren die Osteopathie eingeführt und biete sie seitdem als eigenständige Therapieform an. Neben der Osteopathie wird – durch Mitarbeiter durchgeführt – auch die Manualtherapie angeboten. Im Laufe der Jahre kam es immer wieder vor, dass Patienten Beratungsbedarf signalisierten hinsichtlich der Frage, welches für sie persönlich die am besten geeignete Therapiemethode sei. Diesem gezielten Beratungsbedarf entstammt die Idee zur vorliegenden Arbeit sowie die Kernfrage: Gibt es eigentlich den typischen Osteopathie- oder Manualtherapiepatienten?

In der Therapie bestehen deutliche Unterschiede in Konzept und Behandlungsansatz. So begreift die Osteopathie den Menschen mit seinen mannigfachen strukturellen, funktionalen und biochemischen Zusammenhängen als eine untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele. Dabei wird der Körper in drei didaktisch anatomischen Bereichen erfasst: dem parietalen, dem visceralen und dem craniosacralen System (CROIBIER, 2006). Demgegenüber steht die Manualtherapie mit einer systematisch physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung des Bewegungsapparates mit folgenden Techniken: Traktion, Translation, Mobilisation und Manipulation (DAHL et al., 1999). Das heißt: Die Manualtherapie verfolgt eher einen mechanischen Behandlungsansatz, während die Osteopathie den Menschen physisch-psychisch interaktiv begreift.

Nun entwickelt ein Patient mit Behandlungsbedarf schon vor der ersten Konsultation eines Experten zunächst eigene Ursachentheorien, auch subjektive Krankheitstheorien genannt. Sie beschreiben die Vorstellungen des Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung seiner Erkrankung (FALLER, 1997). Mit diesen Vorstellungen betritt der Patient die Praxis. Spätestens beim Anamnese-Gespräch wird er diese Vermutungen darlegen. Hierbei gibt es oft schon die ersten Kommunikationsprobleme zwischen Patient und Therapeut: Patienten berichten über ihre Beschwerden, die vom Therapeuten nicht verstanden werden. Der Therapeut präsentiert im Gegenzug Erklärungs- und Behandlungsmodelle, welche wiederum vom Patienten nicht verstanden werden (LANGEWITZ et al., 1998). Das hat den unerwünschten Effekt einer Nichtbeachtung der ärztlich-therapeutischen Empfehlung bis hin zum Behandlungsabbruch (MYRTEK, 1998).

Dieses Risiko könnte gesenkt werden, wenn Patienten mit einer bestimmten subjektiven Krankheitstheorie direkt auf die entsprechende Behandlungsmethode und den entsprechenden Therapeuten trafen. So liegt z.B. die Annahme nahe, dass Patienten mit naturalistischen Ursachentheorien eher zum mechanischen Behandlungsansatz der Manualtherapie neigen,

Patienten mit psychosozialen Ursachentheorien dagegen eher zum physisch-psychischen Behandlungsansatz der Osteopathie.

Diese Annahme soll mit der vorliegenden Untersuchung empirisch überprüft werden. Wenn es einen Zusammenhang zwischen der Ursachentheorie zu den vorliegenden Beschwerden des Patienten und selbstgewählter Therapiemethode gibt, so bestünde die Möglichkeit einer direkten Patientenzuweisung in Richtung Osteopathie oder Manualtherapie. Damit würde gewährleistet, dass die Ursachentheorie des Patienten mit der daran gekoppelten speziellen Behandlungserwartung auch auf den passenden Behandlungsansatz trifft. Die Ursachentheorie kann durch einen geeigneten Fragebogen (PATEF; ZENZ et al., 1996) diagnostiziert und die Art der Behandlung darauf abgestimmt werden.

Als Krankheits- bzw. Beschwerdebild wurde für diese Untersuchung exemplarisch der lumbale Rückenschmerz gewählt, welcher als Schmerz oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutaealfalten angegeben wird (AIRAKSINEN et al., 2006). Bei lumbalen Rückenschmerzen werden psychosoziale Stressoren als Hauptrisikofaktoren genannt. (WYDRA, 1993, STRAUB, 1993). Sie sind nicht nur an der Entstehung, sondern auch am Verlauf von Rückenschmerzen beteiligt (HASENBRING, 1992). Dieser hohe Anteil an Psychosomatik macht den lumbalen Rückenschmerz zu einem geeigneten Krankheitsbild, um die dazugehörigen subjektiven Krankheitstheorien der Patienten zu erfassen, welche bisher vorrangig im psychotherapeutischen, psychiatrischen, gesundheitspsychologischen und im medizinisch-psychologischen Kontext Berücksichtigung gefunden haben.

Für diese Master Thesis wurden die Ursachentheorien für das Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz mit Hilfe eines standardisierten Patiententheorienfragebogens erfasst, der dem Patienten helfen soll, die eventuellen Ursachen für seine Beschwerden in Worte zu fassen (ZENZ et al., 1996). Nach Auswertung aller Ergebnisse soll folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

Unterscheiden sich Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die entweder einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie?

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Subjektive Krankheitstheorien

2.1.1 Einleitung und Begriffsklärung

Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in einer hierarchischen Rollenverteilung gesehen: Auf der einen Seite der Arzt, der über ein gesichertes Expertenwissen verfügt, auf der anderen Seite der hilfeschuchende, unwissende Patient mit mehr oder minder bedingungslosem Gehorsam.

In der heutigen Zeit entspricht das Verhältnis zwischen Arzt und Patient nicht mehr dieser Rollenverteilung. Die Patienten begeben sich nicht länger unvorbereitet in die Hände der behandelnden Therapeuten, sondern haben bereits eigene Gedanken und Vorstellungen über ihre Krankheit. Die jeweiligen Vorstellungen von Therapeut und Patient bezüglich der Krankheit können sich durchaus decken. Tun sie das jedoch nicht, so besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie deutlich erschwert wird und der Patient mit Unzufriedenheit oder sogar Abbruch der Therapie reagiert. Ziel kann es daher nur sein, die Vorstellungen bezüglich der Krankheit im Therapeuten-Patienten-Verhältnis gründlich abzuklären (ZENZ et al., 1996).

Woher kommen nun diese Vorstellungen, mit denen der Patient bereits in die Praxis kommt? Die Konfrontation des Menschen mit einer Krankheit und den damit verbundenen Vorstellungen, Kognitionen und Emotionen bezeichnet man als subjektive Krankheitstheorie. Äquivalente Begriffe, die oft synonym für subjektive Krankheitstheorien verwandt werden, sind Laientheorien, Naive Theorien oder auch Alltagstheorien.

2.1.2 Alltagstheorien vs. wissenschaftliche Theorien

Zunächst ist zu klären, was eine Alltagstheorie, zu denen auch subjektive Krankheitstheorien zu zählen sind, von einer wissenschaftlichen Theorie unterscheidet. Menschen suchen grundsätzlich nach Ursachen und Erklärungen für individuelle Umstände und versuchen sie feststehenden Bedingungen zuzuschreiben. Diese Alltagstheorien werden dann rege im sozialen Umfeld ausgetauscht und diskutiert. Ähnlich den Alltagstheorien funktionieren auch wissenschaftliche Theorien und versuchen Ursache, Beschreibung und Vorhersehbarkeit darzustellen (BORTZ et al., 2003). Die Alltagstheorien grenzen sich jedoch in ihrer Funktion von wissenschaftlichen Theorien ab, und zwar in folgenden Punkten (FINK et al., 1998):

- Sie dienen der Situationsdefinition und ermöglichen eine Lagekodierung.
- Sie ermöglichen eine nachträgliche Erklärung eingetretener Ereignisse.
- Sie ermöglichen eine Vorhersage künftiger Ereignisse.
- Sie erleichtern die Entwicklung von Handlungsempfehlungen.
- Sie haben handlungssteuernde Funktion.
- Sie dienen der Stabilisierung und Optimierung des Selbstwertes.

Nach Bortz et al. (2003) stellen sich die unterschiedlichen Merkmale zwischen Alltags- und wissenschaftlichen Theorien in Tabelle 1 wie folgt dar:

Merkmale Alltagstheorie	Merkmale wissenschaftliche Theorie
Aussagen nicht überprüfbar und nicht wiederholbar	Aussagen sind in der Realität überprüfbar
Einmalige, zufällige Erkenntnisse werden verallgemeinert	Aussagen müssen allgemein gültig sein und mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den gesamten Personenkreis zutreffen
Subjektiv, das heißt verschiedene Personen kommen beim gleichen Sachverhalt zu unterschiedlichen Erkenntnissen	Objektiv, das heißt unterschiedliche Forscher erzielen beim gleichen Sachverhalt die gleichen Ergebnisse
Sie entwickeln sich durch zufällige Erfahrungen	Sie werden systematisch durch Einzelbeobachtungen und wissenschaftliche Methoden gewonnen, das Vorgehen ist geplant und organisiert

Tab. 1: Merkmale Alltagstheorie gegenüber wissenschaftliche Theorie

2.1.3 Subjektive Krankheitstheorien

Die subjektive Krankheitstheorie beschreibt die genauen Vorstellungen des Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung der Erkrankung (FALLER, 1997). Dabei hat die subjektive Krankheitstheorie für den Patienten die Funktion, Krankheiten zu erkennen und zu bewältigen, noch bevor medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird. Sie dient der Situationsdefinition und Orientierungsgewissheit. Das bedeutet, sie ermöglicht eine nachträgliche Erklärung bereits eingetretener Ereignisse (inklusive Rechtfertigungscharakter) ebenso wie die Vorhersage künftiger Ereignisse. Dadurch erleichtert sie Entwicklungen von Handlungsempfehlungen für die Therapie (FLICK, 1991).

Die Bildung von subjektiven Krankheitstheorien entstammt neben individuellen Bedingungen auch soziokulturellen und historischen Bedingungen.

Folgende Einflüsse seien hier genannt (BECKER, 1984):

- Art und Dauer der Erkrankung
- Lebensgeschichte und Persönlichkeit
- Herrschende Wissenschaftstheorie
- Magisches Denken (religiös, animistisch, vitalistisch)
- Reaktives Kausalbedürfnis

Zu berücksichtigen ist bei der subjektiven Krankheitstheorie vor allem der hohe Anteil an Emotionalität und Angst, da es sich um den sensiblen Bereich von Krankheit handelt (FALLER, 1998; VERRES, 1989; FLICK, 1998).

Im Kontext der subjektiven Krankheitstheorien werden zwei zentrale Dimensionen diskutiert: Ursachenattribution und Kontrollüberzeugung (WEIS, 1998). Kontrollüberzeugung meint die generalisierten Erwartungen einer Person hinsichtlich der Tatsache, ob Ereignisse einer Krankheit beeinflusst werden können oder nicht (KRAMPEN, 1989). Attributionen werden gebildet, um dem Bedürfnis nach Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit nachzukommen. Sie verhindern den Verlust der Kontrolle über wichtige Lebensbereiche und kompensieren kognitiv bereits vorhandene Kontrollverluste (MUTHNY et al., 1999).

Die Neuartigkeit und mangelnde Erfahrung in der Konfrontation mit einer Krankheit löst beim Menschen Verunsicherung und Attribution aus (FILIPP et al., 1997). Attribution wiederum ist die Bezeichnung für die Ursachenzuschreibung bestimmter Ereignisse und Handlungen (WEINER, 1994). Mit der Konfrontation einer Krankheit entstehen die zentralen Fragen „Warum?“ und „Warum gerade ich?“. Das ist der Ausgangspunkt der kognitiven Verarbeitung eines Schicksalschlages, der sich in der Attribuierung ausdrückt (SCHWARZER, 2004).

2.1.4 Attribution

Die Attributionstheorie ist Bestandteil der subjektiven Krankheitstheorie (WÜSTNER, 2001). Attribution meint die Ursachenzuschreibung für bestimmte Ereignisse und Handlungen (WEINER, 1994). Es geht im Wesentlichen um „Warum“-Fragen, welche die Ursache einer Krankheit beleuchten sollen und zuweilen individuell sehr eigentümlich ausfallen können (WEINER, 1994). „Warum?“ und „Warum gerade ich?“ – das sind, wie zuvor bereits erwähnt, die Fragen eines erkrankten Menschen und der Ausgangspunkt der kognitiven Verarbeitung einer Erkrankung

(SCHWARZER, 2004). Attribution beinhaltet aber auch schon die Vorstellungen über die klinischen Interventionsformen. Daher spielt die Attribution für die Untersuchungen dieser Master Thesis eine entscheidende Rolle, weil davon auszugehen ist, dass – je nach Ursachentheorie des Patienten – eine Präferenz bezüglich der unterschiedlichen Therapiekonzepte Osteopathie/Manualtherapie besteht.

Die Attribuierung, also Ursachenzuschreibung bei subjektiven Krankheitstheorien, lässt sich nach Weiner (1986, 1994) in drei Eigenschaften kategorisieren:

- Sie sind entweder innerhalb (internal) oder außerhalb (external) des Handelnden lokalisiert (Lokationsdimension)
- Sie sind über die Zeit stabil oder instabil (Dimension der Stabilität)
- Sie sind durch den Handelnden willentlich kontrollierbar und veränderbar oder unkontrollierbar und unveränderbar (Dimension der Kontrollierbarkeit)

Die Attributionstheorien gehen im Wesentlichen auf Heider zurück, der die Tatsache, dass der Mensch seine Realität erfasst und sie vorhersehbar und kontrollierbar macht, indem er temporäre und veränderliche Ereignisse und Verhaltensweisen auf unveränderbare Bedingungen bezieht, als ein wichtiges Prinzip in der common-sense-Psychologie und der Wissenschaftstheorie beschreibt (HEIDER, 1977). Dabei haben Attributionstheorien im Allgemeinen vier Grundannahmen gemeinsam (SENSKY, 1997):

- Attributionstheorien sind kognitive Theorien, basierend auf der bedeutenden Rolle, die Kognition für Verhalten, Affekte und Erfahrungen spielt.
- Individuen sind grundsätzlich motiviert, kausale Erklärungen zu suchen.
- Individuen wollen die Realität erfassen und bedienen sich dabei Methoden ähnlich denen der Wissenschaft.
- Die Bildung von Kausalattributionen dient der Adaption des Individuums an seine Umwelt.

Nach der Betrachtung dieser Ausführungen liegt nun die Vorannahme nahe, dass Patienten mit eher psycho-sozialer Attribuierung zum Behandlungsansatz der Osteopathie tendieren, welche den Menschen eher physisch-psychisch erfasst und behandelt, Patienten mit eher naturalistischer Attribuierung dagegen zum Behandlungsansatz der Manualtherapie, welche den Menschen eher physisch-mechanisch erfasst und behandelt. Ob dem tatsächlich so ist, wird nachzuweisen sein.

2.1.5 Common Sense Model of Illness Representation

Die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen den im vorangegangenen Kapitel erwähnten kognitiven Prozessen und den Bewältigungsstrategien bildet das Common Sense Model of Illness Representation nach Leventhal ab (LEVENTHAL et al., 1980). Die kognitiven Prozesse bilden das Kernstück und den Ausgangspunkt der Selbstregulation und beziehen sich auf folgende Komponenten: die Identität (d.h. die mit der Erkrankung assoziierten Symptome), den Krankheitsverlauf bzw. die Dauer der Erkrankung, die Konsequenzen, die Ursachen sowie die Kontrolle/Heilbarkeit der Erkrankung durch Selbstkontrolle einerseits und Expertenintervention andererseits (LAU et al., 1983).

Das Common-Sense-Selbstregulationsmodell hebt ebenso hervor, dass die kognitiven Krankheitsrepräsentationen die Auswahl und Umsetzung von Bewältigungsverhalten steuern und so am Ende das gesundheitsbezogene Ergebnis beeinflussen. Empirisch gestützt werden die Grundannahmen des Common-Sense-Selbstregulationsmodells durch eine Vielzahl von Einzelstudien und durch Metaanalysen (HAGGER et al., 2003).

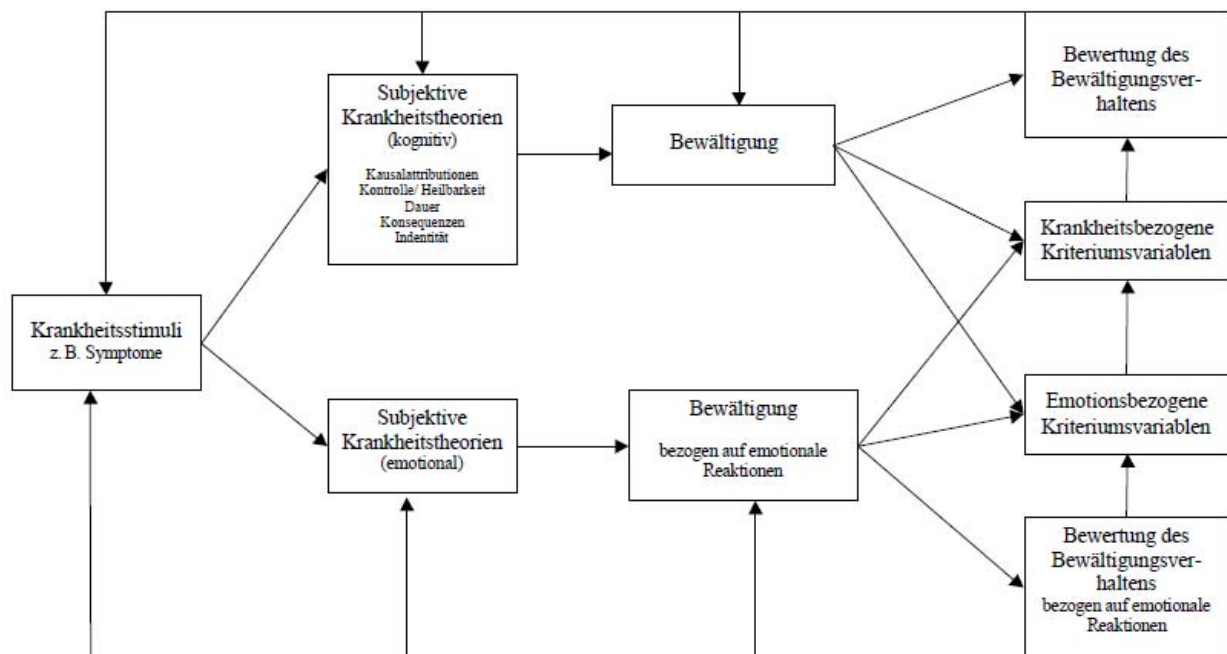


Abb. 1: Common Sense Model of Illness Representation nach LEVENTHAL et al. (1980)

2.1.6 Behandlungserwartung und Compliance

Unter Compliance versteht man die Befolgung einer ärztlichen Verordnung (ZENZ et al., 1996). Der Patient wägt ab, ob der Aufwand der Behandlung zum gewünschten Erfolg führt und zeigt nur dann eine Compliance, wenn Nutzen und Aufwand in einem für ihn angemessenen Verhältnis erscheinen (MYRTEK, 1998). Speziell für die Fragestellung dieser Master Thesis erscheint es wichtig, dass ein gemeinsames Verständnis zwischen Arzt und Patient bezüglich der subjektiven Krankheitstheorie aufgebaut wird. Geschieht dies nicht, kann das einer der Hauptgründe für eine Non-Compliance sein (BECKER, 1984).

Das Problem der Non-Compliance steht auch im engen Zusammenhang mit der Erwartungshaltung des Patienten in Bezug auf die Art und Weise der Behandlung. Somit ist im Anschluss an die Frage der subjektiven Krankheitstheorie die Frage nach der Behandlungserwartung unabdingbar (PLAUM, 1968). Aus Sicht des Patienten soll die Behandlung die Ursachen eliminieren oder reduzieren, welche nach der Alltagstheorie bzw. subjektiven Krankheitstheorie für die Beschwerden verantwortlich sind (ZENZ et al., 1989). Das heißt z.B., eine psychosoziale Ursachenvorstellung hegt die Erwartung einer psychosozialen Behandlung, eine physisch-somatische Ursachenvorstellung dagegen verlangt nach einer physisch-somatischen Behandlung (FALLER, 1997, ZENZ et al., 1978). Wird diese Erwartung des Patienten nicht erfüllt, ist das Risiko einer Non-Compliance demnach deutlich erhöht.

2.1.7 Erhebungsinstrumente zum Erfassen von subjektiven Krankheitstheorien

Um Ergebnisse bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit zu erlangen, müssen die subjektiven Krankheitstheorien der Patienten zunächst erfasst werden. Die Methodik zur Erfassung von Kausalattributionen und subjektiven Krankheitstheorien unterteilt sich dabei in qualitative und quantitative Parameter.

Bei der qualitativen Erfassung kommen so genannte halbstrukturierte Interviews zur Anwendung. Hierbei kommt es aber bei der Auswertung und Interpretation der erfassten Daten zu methodologischen Problemen (VERRES, 1989, FLICK, 1998). Ebenso kritisiert Faller (1998) die begrenzte Aussagekraft solcher Interviewdaten.

Die quantitative Datenerfassung erfolgt mittels Fragebögen, die eine Liste wahrscheinlicher Krankheitsursachen vorgeben. Anhand einer mehrstufigen Skala, der sogenannten LIKERT-Skala, geben die Befragten an, inwiefern die wahrscheinliche Krankheitsursache auf sie zutrifft. Diese sogenannten Items entstammen sowohl klinischen Beobachtungen als auch häufig getätigten

Aussagen von Patienten. Anschließend werden durch eine Faktorenanalyse die Items einer kleineren Anzahl von Faktoren zugeordnet. Die Faktoren werden nun anhand der am höchsten beladenen Items benannt und interpretiert (FALLER, 1983).

Einer der ersten Vertreter dieser empirischen Datenerfassung von Patienten hinsichtlich ihrer Krankheitstheorien und Behandlungserwartung ist Plaum (1968). Eine Weiterentwicklung des oben genannten Fragebogens mit je zwei Skalen bezüglich Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen setzten Zenz u. Keller (1978) ein. Daraus entwickelten Zenz et al. (1996) mit weiterführenden Skalen (naturalistisch innen, naturalistisch außen, psychosozial innen, psychosozial außen, Gesundheitsverhalten) den Patiententheoriefragebogen (PATEF).

Der Test basiert auf einem multifaktoriellen Grundmodell, wonach jede Krankheit

- von außen nach innen,
- durch physische oder psychische Noxen und
- durch fremdes oder eigenes Handeln ausgelöst wird.

Um Probleme bei der Auswertung zu vermeiden, vernachlässigt diese Arbeit die qualitative Erfassung und konzentriert sich in der Methodologie auf den Einsatz quantitativer Datenerfassung (mehr dazu in Kapitel 3).

Geschlechtsspezifische Unterteilungen werden nicht vorgenommen, da es lediglich bei der Skala „psychosozial innen“ beim PATEF (ZENZ et al., 1996) statistisch signifikante Unterschiede gibt. Diese Skala ist bei Frauen höher belegt. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen mehr als Männer bereit sind, psychosoziale Komponenten für ihr Verhalten und Erleben zu akzeptieren (MITSCHERLICH, 1985). Eine Abbildung über den Mittelwert der Skalen in geschlechtsspezifischer Anordnung wird das für diese Arbeit darstellen.

Die Annahme darüber, welche Ursache eine Erkrankung hat, ist teilweise auch altersabhängig. Einen Unterschied hat man z.B. an der Altersgrenze von 45 Jahren festgestellt: Patienten, die älter als 45 Jahre sind, ziehen psychosoziale und naturalistisch innere Erklärungen eher in Betracht. Dabei vernachlässigen sie es, Erklärungen im Bereich eigenes Gesundheitsverhalten zu benennen. Dies erklärt sich auf der einen Seite durch die höhere Krankheitsanfälligkeit im Alter, auf der anderen Seite durch die wenige Zeit, die verbleibt, um durch geeignetes Gesundheitsverhalten die Krankheitsursachen zu verändern (ZENZ et al., 1996).

Ein weiterer Fragebogen, der in dieser Master Thesis zum Einsatz kommt, ist der Illness Perception Questionnaire (WEINMANN et al., 1996), welcher als Download aus dem Internet frei

verfügbar ist (<http://www.uib.no/ipq/>). Der Illness Perception Questionnaire (IPQ)(WEINMANN et al., 1996) dient der quantitativen Erfassung der kognitiven Repräsentationen von Krankheit in Anlehnung an das Common Sense Model of Illness Repräsentation (LEVENTHAL et al., 1980). Der für diese Studie verwendete Fragebogen ist die überarbeitete Version des Illness Perception Questionnaire mit dem Namen „Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)“ (MOSS-MORRIS et al., 2002).

Diese Version wurde an der Universität Zürich ins Deutsche übersetzt (GAAB et al., 2002). Die überarbeitete Fassung entstand aus der Notwendigkeit heraus, geringfügig psychometrische Probleme zu minimieren. Die deutsche Version des IPQ-R wurde im Kontext chronischer Erkrankungen auf psychometrische Gütekriterien hin überprüft. Dabei konnten die Reliabilität und Validität des Fragebogens bestätigt werden.

2.2 Lumbaler Rückenschmerz

2.2.1 Einleitung und Begriffsklärung

Bevor der lumbale Rückenschmerz, der als Krankheitsbild für die Fragestellung dieser Arbeit ausgewählt wurde, näher betrachtet wird, soll zunächst einmal eine allgemeine Definition des Gefühls oder Zustandes „Schmerz“ erfolgen. Demnach ist „Schmerz ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“ (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 1994).

Schmerz ist eine komplexe subjektive Sinneswahrnehmung, die von unangenehm bis unerträglich reichen kann. Bei akutem Geschehen ist er ein zum Teil überlebenswichtiges Warn- bzw. Leitsignal. Als chronischer Schmerz jedoch hat er den Charakter des Warnsignals verloren und stellt ein eigenständiges Krankheitsbild dar. Schmerzempfindung wird als Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren angenommen. Grundsätzlich gilt: Schmerz ist das, was der Patient als solchen empfindet.

Der lumbale Rückenschmerz ist definiert als Schmerz oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutaealfalten, eventuell mit Ausstrahlung in die Beine (AIRAKSINEN et al., 2006). Angelehnt an die Schmerzdauer unterteilt man drei Phasen des lumbalen Rückenschmerzes, die sich chronologisch aufbauen.

So gelten Schmerzepisoden von weniger als sechs Wochen als akute Schmerzen. Subakute Schmerzen bestehen länger als sechs, jedoch weniger als zwölf Wochen. Als chronische Schmerzen schließlich bezeichnet man diejenigen Schmerzen, die länger als zwölf Wochen anhalten (VAN TULDER et al., 2002).

2.2.2 Epidemiologie

Der lumbale Rückenschmerz ist eines der größten Volksleiden in den westlichen Industriestaaten. In Prozentzahlen ausgedrückt bedeutet das: Bei einer Punktprävalenz von 25-40 % bejaht jeder Dritte die Frage, ob er heute lumbalen Rückenschmerz hat. Die Lebenszeitprävalenz beträgt ungefähr 80 % (WHO, 2003), die Beschwerden beginnen meist im mittleren Lebensalter (PFINGSTEN et al., 1999). Hierbei handelt es sich um die Personengruppe zwischen dem 30. und 59. Lebensjahr, die sich gleichzeitig auch in der wirtschaftlich produktivsten Phase ihres Lebens befindet (EHRlich et al., 1999).

Das Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz bedeutet also nicht nur eine Einschränkung der Lebensqualität für den Patienten auf der einen Seite, sondern auch eine Minderung des finanziellen Budgets durch Entgeldausfall, Behandlungskosten und Erwerbsminderung auf der anderen Seite: Über die persönlichen Verluste hinaus wird auch der Staat in Mitleidenschaft gezogen (EHRlich et al., 1999).

Dazu noch einige Zahlen: 18 % der Frühberentungen lassen sich auf Rückenschmerz zurückführen und verursachen hohe direkte und indirekte Kosten für Staat und Gesellschaft (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1998). 20 % aller Krankschreibungen lassen sich auf Verschleißerscheinungen des Rückens zurückführen (GRÖNEMEYER, 2006). Und nur maximal 40 % der Patienten, die aufgrund von Rückenschmerzen länger als 6 Monate krankgeschrieben waren, kehren wieder zurück in den Arbeitsprozess (PFINGSTEN et al., 1999). Das Bundesministerium für Gesundheit beziffert den finanziellen Schaden aufgrund von Rückenschmerz, der sich in Form von Arbeitsunfähigkeit mit Produktivitätsausfall äußert, auf ca. 10 Milliarden Euro (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2006). Damit sind ca. 1,5 % des Bruttoinlandsproduktes der westlichen Industriestaaten an Kosten gebunden, welche auf Rückenschmerz zurückführen sind (GUZMAN et al., 2001). Lumbale Rückenschmerzen gehören somit zu den häufigsten und kostenintensivsten Problemen der westlichen Industriestaaten (GRAVES et al., 1990).

2.2.3 Einteilung von lumbalen Rückenschmerzen

Bei lumbalen Rückenschmerzen wird eine Einteilung in spezifisch und unspezifisch vorgenommen (KOES et al., 2006). Ein unspezifischer Rückenschmerz hat keine pathophysiologische Ursache. Trotz klinischer Untersuchung bei Patienten mit subjektiven Rückenschmerzen kann nicht immer ein eindeutiger Befund gestellt werden (KEMPF, 1999). Diese Form von Rückenschmerz trifft auf 90 % der Betroffenen zu (PFINGSTEN et al., 1999).

Bei den restlichen 10 % liegt eine pathophysiologische Ursache zugrunde. Dieser lumbale Rückenschmerz wird als spezifischer Rückenschmerz bezeichnet. Dabei können nahezu alle Anteile und Strukturen, die zur Funktion der Wirbelsäule beitragen, auch Schmerzauslöser sein, zum Beispiel die Facettengelenke, das Periost, die Anuli fibrosi, die Blutgefäße, die Spinalwurzeln oder die Ligamenturen. Außerdem kann eine Überbeanspruchung von paravertebralen Ligamenten und Muskulatur aufgrund von Degeneration der Bandscheiben und Facettengelenken zu myofascialen Schmerzen führen (DEYO, 2001, VAN ROY et al., 2001).

Es gilt jedoch zu betonen, dass eine radiologisch nachgewiesene Pathologie nicht unbedingt mit den Beschwerden, welche der Patient angibt, in Zusammenhang stehen muss. Grund dafür ist die geringe Spezifität und Sensitivität der bildgebenden Diagnostik (KOES et al., 2006, VAN TULDER et al., 1997).

Bei unspezifischem Rückenschmerz werden auch psychische Faktoren diskutiert, die beim Patienten eine Prädisposition für das Auftreten oder eine Chronifikation auslösen. Genannt werden hier anhaltender beruflicher oder privater Stress, eine vorliegende Depression und persönliche schmerzrelevante Kognitionen (HASENBRING et al., 2001). Selbst bei spezifischem Rückenschmerz können über die somatischen Veränderungen hinaus psychische und soziale Faktoren die Krankheitsverarbeitung entscheidend beeinflussen (GRALOW, 2000), und auch der Schmerz an sich wird in der psychoanalytisch geprägten Psychosomatik als Ausdruck eines abgewehrten innerpsychischen Konflikts betrachtet (DISSE et al., 1996).

Psychosoziale Stressoren werden als Hauptrisikofaktoren von Rückenschmerz genannt (WYDRA, 1993, STRAUB, 1993). Dabei sind sie nicht nur an der Entstehung, sondern auch am Verlauf der lumbalen Rückenschmerzen beteiligt (HASENBRING, 1992). Selbst die momentane Wirbelsäulenform spiegelt die seelische Grundhaltung wieder (WEINTRAUB, 1983).

Die große Bedeutung von psychischen Prozessen für chronischen Rückenschmerz spiegelt eine

Untersuchung wieder, die an 42 Patienten mit Rückenschmerz durchgeführt wurde. Demnach geben die Patienten in ihren subjektiven Krankheitstheorien 60 % psychische Faktoren und 62 % eigene ungesunde Gewohnheiten an. 33 % glauben, dass die Umgebungstemperatur einen Einfluss hat, und alle erkennen äußere beeinflussbare Faktoren für ihren Rückenschmerz als verursachend an (WAGNER et al., 2002).

2.2.4 Behandlungsansätze von lumbalen Rückenschmerzen

Aufgrund der mannigfaltigen Ursachen für lumbalen Rückenschmerz gibt es viele Behandlungsansätze, die nach entsprechender Befundung durch Anamnese, klinische Untersuchung und eventueller weiterführender Diagnostik (bildgebende Verfahren, Labor) gewählt werden. Neben pharmakologischen Behandlungsansätzen gibt es die physikalische Therapie, Physiotherapie, Massagen, Manualtherapie und Akupunktur (AIRAKSINEN et al., 2006). In den vergangenen Jahren wird außerdem immer öfter die Osteopathie als alternativer oder ergänzender Behandlungsansatz herangezogen. Bedingt durch die Fragestellung dieser Master Thesis werden im Folgenden die Behandlungsansätze Osteopathie und Manualtherapie gegenübergestellt.

2.2.5 Manualtherapie

Die Manualtherapie – oder Manuelle Therapie – stellt eine Spezialisierung innerhalb der Physiotherapie dar und erfordert eine zweijährige Weiterbildung. Physiotherapie ist eine Form der äußeren Anwendung von Heilmitteln mit dem Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers zu erhalten oder wiederherzustellen. Sie umfasst Verfahren der Bewegungstherapie (aktiv durch den Patienten oder passiv durch Therapeuten) sowie physikalische Therapien (Wärme, Kälte, Druck, Strahlung, Elektrizität).

Im Unterschied zum Physiotherapeuten verfügt ein Manualtherapeut über weiter vertiefte Kenntnisse der Gelenkanatomie, Physiologie und Gelenkmechanik. Diese befähigen ihn zu einer gezielten Diagnose und Therapie des Bewegungsapparates, die hilft, Schmerzen zu lindern und Bewegungsstörungen zu beseitigen. In der Behandlung mobilisiert der Manualtherapeut eingeschränkte Gelenke passiv und stabilisiert instabile Gelenke aktiv. Ziel ist es, das Zusammenspiel von Gelenk, Nerv und Muskel wiederherzustellen.

Die Manualtherapie ist der „vom Therapeuten durchgeführte Teil der manuellen Medizin auf der Grundlage der Biomechanik und Reflexlehre zur Behandlung von Dysfunktionen der Bewegungsorgane mit reflektorischen Auswirkungen. Sie beinhaltet aktive und passive Dehnung

verkürzter muskulärer und neuraler Strukturen, Kräftigung der abgeschwächten Antagonisten und Gelenkmobilisationen durch translatorische Gelenkmobilisationen sowie Anwendung einer gezielten impulslosen Mobilisation oder Anwendung von Weichteiltechniken. Die krankengymnastische manuelle Therapie enthält keine passiven Manipulationstechniken von blockierten Gelenkstrukturen an der Wirbelsäule.“ (BUNDESVERBAND SELBSTSTÄNDIGER PHYSIOTHERAPEUTEN – IFK E.V., 2011).

Die Manualtherapie versucht mittels clinical-reasoning-process die schmerzauslösende Struktur ausfindig zu machen, um sie mit Traktion, Translation, Mobilisation oder Manipulation (internationales Diplom) zu behandeln. Für das zu behandelnde Gelenk erfolgen biomechanische Grundüberlegungen durch die Feststellung der Untersuchungs- und Behandlungsebene und die Anwendung der Konvex-Konkav-Regel, ergänzt durch spezifische Provokations- und Linderungstests. (KALTENBORN, 1992).

Die Manualtherapie dient zur Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparats (Gelenke, Muskeln und Nerven) und ist ein von Physiotherapeuten mit einer speziellen Weiterbildung durchgeführter Teil der Manuellen Medizin (aus Anlage zum Vertrag gemäß Paragraph 125 SGB 5 über die Versorgung mit physiotherapeutischen Leistungen.) Sie beinhaltet Untersuchungs- und Behandlungstechniken und ist eine geschützte physiotherapeutische Behandlungsform, deren Ausbildung mind. 260 Stunden Fortbildung verlangt. Diese Zusatzqualifikation berechtigt zur Abrechnung der Heilmittelposition Manuelle Therapie (GEISER, 2007).

Sieben systematische Übersichtsarbeiten untersuchten die Effektivität der Manuellen Therapie bei akuten Rückenschmerzen:

1. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu Emily I et al. Spinal manipulative therapy for low back pain (Cochrane Review). The Cochrane Library 2004;1
2. Bigos S, Bowyer O, Braen G et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. AHCPR publication no. 95-0642. Rockville: MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994
3. Bronfort G. Spinal Manipulation: current state of research and its indications. Neurol Clin 1999;91-111
4. Evans G, Richards S. Low back pain: an evaluation of therapeutic interventions. Bristol: Health Care Evaluation Unit, University of Bristol, 1996
5. Koes BW, Assendelft WJJ, van der Heijden GJMG et al. Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomised clinical trials. Spine 1996; 21: 2860-2871

6. Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR et al. Spinal manipulation for low back pain. Ann Intern Med 1992; 117: 590-598
7. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain: a systematic review of randomised controlled trials of the most common interventions. Spine 1997; 22: 2128-2156

Im Vergleich zur Placebobehandlung ließ sich nach 6 Wochen eine kurzfristige klinisch relevante Überlegenheit der Manuellen Therapie (Schmerzentwicklung und Beweglichkeit) feststellen, die nach 6 Monaten nicht nachzuweisen war.

2.2.6 Osteopathie

Die Osteopathische Medizin – oder Osteopathie – ist ein Zweig der medizinischen Wissenschaften und gründet auf den philosophischen Prinzipien von Dr. A.T. Still, MD, DO. Sie verbindet diese Prinzipien mit den allgemein anerkannten Standards der Medizin. Osteopathische Medizin betont die wechselseitige Beziehung zwischen Struktur und Funktion und unterstützt die Fähigkeit des Organismus, saluto-genetische Ressourcen zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit einzusetzen. Sie beinhaltet eine umfassende manuelle Untersuchung, Diagnostik, Therapie und Prävention von Funktionsstörungen im muskulo-skelettalen System (parietal), in den visceralen Organen (visceral) und im peripheren und zentralen Nervensystem (cranio-sacral) (EUROPEAN REGISTER FOR OSTEOPATHIC PHYSICIANS, 2011).

Osteopathie ist eine unabhängige holistische Disziplin in der Medizin, die den Menschen in seinen mannigfachen strukturellen, funktionalen und biochemischen Zusammenhängen begreift. Der Körper ist in drei sich gegenseitig beeinflussende anatomische Bereiche aufgeteilt: das parietale, das viscerele und das craniosacrale System. Diese Bereiche sind in einer dynamischen Balance und haben immer die Tendenz, sich gegenseitig zu regulieren und zu stimulieren (CROIBIER, 2006).

In Anlehnung an die osteopathische Philosophie und ihre vier Basisprinzipien (1. Die Rolle der Arterie ist essentiell, 2. Der Körper ist eine Funktionseinheit, 3. Die Funktion bestimmt die Körperstruktur und umgekehrt, 4. Der Körper besitzt die Fähigkeit zur Selbstregulation) beschreibt das zweite Basisprinzip den Körper als eine Einheit, welche nur als Ganzes funktioniert (STILL, 1899, REPRINT, 2006). Eine osteopathische Behandlung begreift deshalb den Körper sowohl psychisch als auch physisch interaktiv und verfolgt nicht nur den mechanischen Ansatz der Wiederherstellung der Gelenkmechanik, wie es die Manualtherapie tut.

Demzufolge untersucht die Osteopathie mit ihrem ganzheitlichen Ansatz anders als die Manualtherapie den ganzen Körper des Patienten. Den Untersuchungsergebnissen folgend wählt der Osteopath anschließend aus seinem Fundus von parietalen, visceralen und craniosacralen Techniken, um die diagnostizierte Dysfunktion zu behandeln (HIPPEL, 2006). Der Osteopath verwendet unter Berücksichtigung der osteopathischen Prinzipien unter anderem die folgenden Techniken:

- Strain/Counterstrain – positional Release
- Muskel-Energie-Techniken (MET)
- Fascien-Release-Techniken
- HVLA (High Velocity, Low Amplitude; Manipulation)
- Viscerale Techniken
- Craniosacrale Techniken

Fünf Studien, eine davon im New England Journal of Medicine und eine andere im Lancet publiziert, untersuchten Wirksamkeit und Effektivität definierter osteopathischer Techniken oder osteopathischer Behandlung bei Rückenschmerzen:

1. Licciardone JC, Stoll ST, Fulda KG, Russo DP, Siu J, Winn W, et al. Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial. Spine.2003;28:1355-1362
2. Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. N Engl J Med.1999;341:1426-1431
3. Williams NH, Wilkinson C, Russel I, Edwards RT, Hibbs R, Linck P and Muntz R. Randomised osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care. Family Practice 2003; 20: 662-669
4. Gibson T, Grahame R, Harkness J, Woo P, Blagrove P, Hills R. Controlled comparison of short-wave diathermy treatment with osteopathic treatment in non-specific low back pain. Lancet. 1985;1 (8440):1258-1261
5. MacDonald RS, Bell CMJ. An open controlled assessment of osteopathic manipulation in non-specific low-back pain. Spine. 1990;15: 364-370

Hierzu wurde eine Meta-Analyse veröffentlicht, derzufolge die osteopathische Behandlung den Rückenschmerz signifikant, stärker als Placebo und für mindestens 3 Monate reduziert. (Effektstärke -0.30; 95 %KI -0.47 bis -0.13; P= .001). Licciardone et al., 2005).

3 Methodologie

3.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine quantitative Sozialforschungsstudie. Diese Studie protokolliert die subjektiven Krankheitstheorien bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz, die einen Manualtherapeuten beziehungsweise einen Osteopathen aufsuchen. Anschließend wird untersucht, ob es bezüglich der subjektiven Krankheitstheorie einen Unterschied gibt zwischen den Patienten, die einen Osteopathen aufsuchen, und den Patienten, die einen Manualtherapeuten konsultieren.

3.2 Forschungsfrage

Unterscheiden sich Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die entweder einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie?

3.3 Vorannahmen

Die Vorannahme, dass sich Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie unterscheiden, beruht auf der Vorstellung, dass die Osteopathie einen ganzheitlichen Behandlungsansatz verfolgt, bei dem sowohl physische als auch psychische Systeme einbezogen werden (CROIBIER, 2006), während die Manualtherapie einen rein physisch-mechanischen Behandlungsansatz verfolgt (KALTENBORN, 1992).

Daher liegt die Vermutung nahe, dass Patienten mit einer vorwiegend psycho-sozialen Krankheitstheorie eher einen Osteopathen aufsuchen, während Patienten mit naturalistischer Krankheitstheorie eher einen Manualtherapeuten konsultieren.

Eine weitere Vorannahme lässt sich wie folgt formulieren: Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die entweder einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie.

3.4 Rekrutierung der Patienten

Bei der Praxis, in der die Untersuchung durchgeführt wird, handelt es sich um eine Privatpraxis auf Basis der Heilpraktikerverordnung. Damit fungiert diese als „First Contact Practitioner“. Das beinhaltet eine direkte Patientenfrequenzierung mit eigener Diagnosestellung ohne schulmedizinische Zuweisung. Dadurch wird die Eigenwahl der Therapiemethode im Hinblick auf den freien Willen des Patienten unterstützt.

Der Patient betritt die Praxis, stellt sich an der Rezeption vor und bucht eigenständig entweder einen osteopathischen oder manualtherapeutischen Behandlungstermin. Nach anamnestisch positiv gestellter Diagnose „lumbaler Rückenschmerz“ durch den Osteopathen oder Manualtherapeuten und Einhaltung der Einschluss- und Ausschlusskriterien kann der Patient an der Studie teilnehmen und die Fragebögen ausfüllen. Die Stichprobengröße beträgt 26 Patienten pro Untersuchungsgruppe (n=52).

Die Untersuchungsgruppen werden in Osteopathie und Manualtherapie aufgeteilt. An einem vorher willkürlich festgelegten Termin bekommen die Patienten nach anamnestisch gestellter Diagnose und Einhaltung der Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien einen frankierten und adressierten Umschlag mit nach Hause, welcher die drei Fragebögen (PATEF, IPQ-R und Zusatzdatenerfassungsbogen methodologischer Relevanz) enthält. Anamnestisch gestellte Diagnose bedeutet hier eine vorliegende Schmerzsymptomatik im Bereich untere Rippe bis Glutealfalte laut Definition der European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain.

3.5 Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien legen spezifische Charakteristika fest, welche von den Patienten erfüllt werden müssen, um an der Forschungsstudie teilnehmen zu dürfen. Dadurch wird die Homogenität und Validität der Studie gewährleistet:

- männlicher oder weiblicher Patient zwischen 18 und 70 Jahren
- Diagnose lumbaler Rückenschmerz (lt. Anamnese)
- Einwilligung zur Studienteilnahme

3.6 Ausschlusskriterien

Die Ausschlusskriterien legen spezifische Charakteristika fest, welche zu einem direkten Ausschluss aus der Studie führen, da die Patienten ansonsten das Ergebnis verfälschen könnten:

- Nichterfüllung eines der Einschlusskriterien
- direkte Therapiezuweisung durch einen Mediziner

3.7 Messinstrumente

Für die Datenerfassung kommen folgende Fragebögen zum Einsatz:

- PATEF Patiententheoriefragebogen (ZENZ et al., 1996)
- IPQ Illness Perception Questionnaire (WEINMANN et al., 1996)
- Zusatzdatenerfassungsbogen

3.7.1 Patiententheorienfragebogen (PATEF)

Der standardisierte Patiententheorienfragebogen (PATEF) von Helmuth Zenz, Claus Bischoff, Vladimir Hrabal und Mitarbeitern (1996) hilft dem Patienten, die Theorien für die Verursachung seiner aktuellen Beschwerden in Worte zu fassen.

Der Fragebogen ist wie folgt aufgebaut:

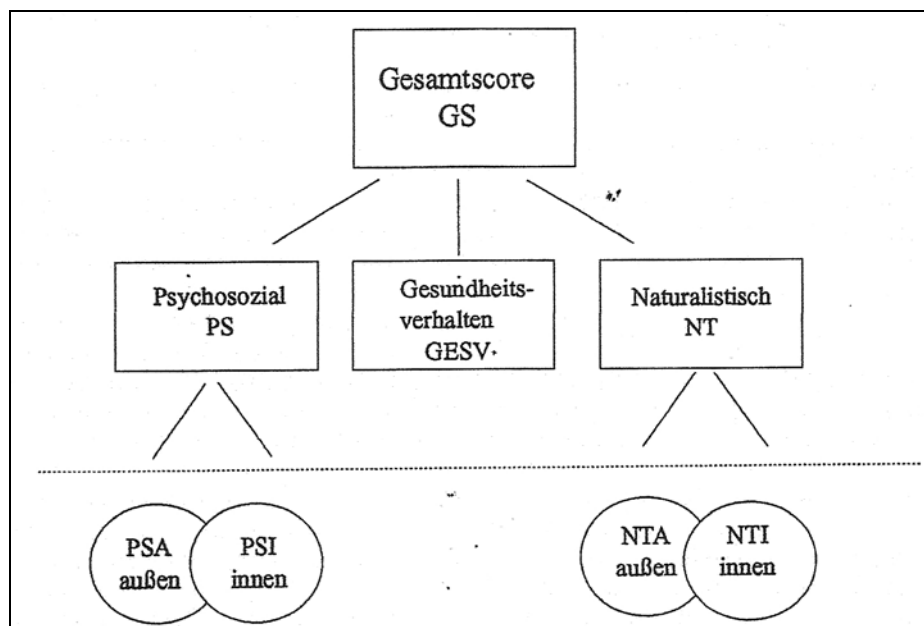


Abb. 2: Graphische Darstellung der Faktorenstruktur des Fragebogens nach ZENZ et al. (1996, S. 11)

Dafür bietet der Fragebogen 46 Items an, die der Patient mit „sicher nicht“, „wenig wahrscheinlich“, „möglich“, „sehr wahrscheinlich“ oder „ganz sicher“ beantworten kann.

Die Antwortmöglichkeiten werden fünf Einzelskalen zugeordnet, die inklusive der Bedeutung und dazugehörigen Items wie folgt lauten und interpretiert werden:

- Psychosozial außen (PSA) mit acht Items

Die Krankheit ist bedingt durch die soziale Umwelt, z.B. durch familiäre Belastungen, Arbeitsatmosphäre oder Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

- Psychosozial intern (PSI) mit zehn Items

Die Krankheit ist bedingt durch Konflikte der eigenen, inneren Persönlichkeitsstruktur, z.B. innere Unzufriedenheit, niedriges Selbstbewusstsein oder die Unfähigkeit, sein Leben in den Griff zu bekommen.

- Gesundheitsverhalten (GESV) mit zehn Items

Die Krankheit ist bedingt durch einen unangemessenen Umgang mit dem eigenen Körper, z.B. Lebensstil, Freizeitbelastungen, Arbeitsbelastungen, Ernährung oder alltägliche Aktivitäten.

- **Naturalistisch außen (NTA) mit acht Items**

Die Krankheit ist bedingt durch unbeeinflussbare Umweltfaktoren, z.B. Luftverschmutzung, Klima oder Krankheitserreger.

- **Naturalistisch innen (NTI) mit zehn Items**

Die Krankheit ist bedingt durch den eigenen Körper, z.B. Missbildungen oder vererbte Schwäche.

Bei der Interpretation der einzelnen Skalen handelt es sich um eine „ausgestanzte Krankheitstheorie“, das heißt der Patient hat sich auf eine Krankheitstheorie festgelegt, wenn eine bis drei Skalen stark ausgeprägt sind (S-Wert > 6). Sind vier bis fünf Skalen mindestens mittelstark ausgeprägt (S-Wert > 5), handelt es sich um eine „diffuse Krankheitstheorie“, das heißt der Patient leidet meist schon länger unter seinen Beschwerden, hat mehr Schmerzen, fühlt sich dadurch auch stärker belastet und hat Stimmungsschwankungen. Die Differenzierung in die beiden Hauptdimensionen psychosoziale und naturalistische Krankheitstheorie erfolgt anhand von fünf Fallbeispielen:

1. Fall: beide S-Werte < 4 = beide Krankheitstheorien werden zurückgewiesen
2. Fall: beide S-Werte > 3 und < 7 = unauffällige Krankheitstheorie
3. Fall: beide S-Werte > 6 = beide Krankheitstheorien sind möglich
4. Fall: S-Wert PS > 6 und S-Wert NT = < 6 = psychosoziale Krankheitstheorie
5. Fall: S-Wert NT > 6 und S-Wert PS < 6 = naturalistische Krankheitstheorie

Zeigt die Skala Gesundheitsverhalten einen hohen Score (S-Wert > 6), steht das für ein ausgeprägtes Maß an Mitverantwortung bezüglich der Ursachen für die Krankheit. Bei der Interpretation des Gesamtscores lassen sich folgende Aussagen tätigen: Bei einem niedrigen Wert (S-Wert < 4) macht sich der Patient keine Gedanken über die Ursache seiner Krankheit oder hat eine Krankheitstheorie entwickelt, die im PATEF keine Berücksichtigung findet. Ein durchschnittlicher Wert des Gesamtscores (S-Wert gleich 4-6) bei gleichzeitig keiner stärkeren Ausprägung der Einzelskalen (S-Wert < 6) spricht für die Auseinandersetzung des Patienten mit den Ursachen seiner Krankheit, wobei er sich jedoch nicht auf eine einzelne festlegen kann, das heißt: es werden alle Ursachen für möglich gehalten, aber keine für wahrscheinlich. Ein hoher Gesamtscore (S-Wert > 6) steht für ein hohes Angstpotential vor der Krankheit.

Reliabilität: Die innere Konsistenz der Skalenwerte liegt zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .93$ (Cronbachs Alpha); die Stabilität über einen Zeitraum von drei Wochen konzeptkonform niedriger ($r = .70$ bis $r = .79$).

Validität: Der Fragebogen ist faktorenanalytisch konstruktvalidiert. Zahlreiche Studien mit verschiedenen Patientengruppen belegen die kriterienbezogene Validität des Fragebogens. Die Ergebnisse des Studienkollektivs wurden mit denen der Normstichprobe nach Zenz et al. (1996) verglichen.

3.7.2 Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)

Der Illness Perception Questionnaire (IPQ) (WEINMANN et al., 1996) dient der quantitativen Erfassung der kognitiven Repräsentationen von Krankheit in Anlehnung an das Common Sense Model of Illness Repräsentation (LEVENTHAL et al., 1980). Der für diese Studie verwendete Fragebogen ist die überarbeitete Version des Illness Perception Questionnaire mit dem Namen „Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)“ (MOSS-MORRIS et al., 2002).

Reliabilität: Die innere Konsistenz der Skalenwerte liegt zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .87$ (Cronbachs Alpha).

Validität: Der Fragebogen ist faktorenanalytisch konstruktvalidiert. Zahlreiche Studien mit verschiedenen Patientengruppen belegen die kriterienbezogene Validität des Fragebogens (GLATTACKER et al., 2009).

Der Illness Perception Questionnaire wurde bereits in über 100 Studien eingesetzt (PETRIE et al., 2007), in 15 Sprachen übersetzt und für spezifische Erkrankungen angepasst (GLATTACKER, 2006). Mit 64 Items und neun Skalen erfasst der IPQ-R die von Leventhal postulierten Attribute der subjektiven Krankheitskonzepte: Krankheitsidentität, Zeitverlauf, Konsequenzen, Persönliche Kontrolle, Behandlungskontrolle, Kohärenz, Zyklisches Auftreten, Emotionale Repräsentation und Ursachen. Die Antwortmöglichkeiten des Patienten (mit Ausnahme der Skalen „Identität“ und „Ursachen“) lauten „stimmt überhaupt nicht“, „stimmt nicht“, „weder noch“, „stimmt“ oder „stimmt voll und ganz“. Bei der Skala „Identität“ wird der Patient aufgefordert, „Ja“ oder „Nein“-Antworten zu geben. Die Skala „Ursachen“ wurde für die Untersuchung dieser Master Thesis im Fragebogen gestrichen und findet somit keinen Eingang in die Bewertung, da die Frage nach den Krankheitsursachen bereits mit dem PATEF abgedeckt wird. Zur Veranschaulichung sind hier die Skalen des Fragebogens aufgeführt:

- Identität (14 Symptom-Items)

Mit der Erkrankung assoziierte Krankheitssymptome hinsichtlich der Ursachen der Erkrankung

- **Zeitverlauf** (Items IP1 – IP4 + IP14)

Akuter gegenüber chronischer Verlauf

- **Konsequenzen** (IP5 – IP9)

Subjektive Theorien über die Folgeerscheinungen der Krankheit und deren Einfluss auf die eigene Person sowie das soziale Umfeld

- **Persönliche Kontrolle** (IP10 – IP13)

Im Sinne der Selbstwirksamkeitserwartung (Selbstkontrolle einerseits und Expertenintervention andererseits)

- **Behandlungskontrolle** (IP15 – IP18)

Ergebniserwartung in Hinblick auf die Behandlung

- **Kohärenz** (IP19 – IP23)

Sinnhaftigkeit der Erkrankung

- **Zyklisches Auftreten** (IP24 – IP27)

Zeitlich zyklischer Verlauf

- **Emotionale Repräsentation** (IP28 – IP32)

Emotionale Belastung durch die Krankheit

- **Ursachen** (C1 – C18)

Skala gestrichen, da sie durch den PATEF abgedeckt ist

3.7.3 Zusatzdatenerfassung methodologischer Relevanz

Um methodologische Fehler zu minimieren, welche die Therapieentscheidung des Patienten bezüglich Osteopathie oder Manualtherapie beeinflussen können, werden Daten mittels sechs Zusatzfragen erfasst, die der Patient mit „ja-nein“ bzw. „positiv-negativ“ beantwortet. Lediglich die sechste Frage erwartet eine freie Beantwortung. Im Detail lauten die Fragen wie folgt:

1. Hat der unterschiedliche Therapiepreis Ihre Entscheidung bezüglich Osteopathie/Manualtherapie beeinflusst? (Osteo = 75,00 €, Manual = 54,00 €)
2. Haben Sie bereits Vorerfahrungen mit einem Osteopathen?

3. Falls ja, war diese Vorerfahrung positiv oder negativ?
4. Haben Sie bereits Vorerfahrungen mit einem Manualtherapeuten?
5. Falls ja, war diese Vorerfahrung positiv oder negativ?
6. Wie kommen Sie zu dem betreffenden Osteopathen/Manualtherapeuten (z.B. Empfehlung, Zufall, ...)?

3.8 Datenerfassung und Auswertung

Die mit den Messinstrumenten erhobenen Daten wurden mit dem Microsoft-Programm „Excel“ Version 2007 erfasst. Alle statistischen Auswertungen erfolgen ebenfalls mit diesem Programm. Die Skalen-Mittelwerte der Messinstrumente werden jeweils mit t-Tests verglichen. Die Darstellung der Daten in der Abbildung und die Erstellung der Tabellen erfolgen ebenfalls mit dem Microsoft-Programm „Excel“ Version 2007.

Die Angaben des Signifikanzniveaus orientieren sich an folgenden Einteilungen:

- $p \leq 0,01$: hoch signifikant
- $0,01 < p \leq 0,05$: signifikant
- $p > 0,05$: keine Signifikanz

In der Reihenfolge der eingehenden Rückantworten werden die Fragebögen nummeriert, ausgewertet und die Daten erfasst. Um die Homogenität und Vergleichbarkeit beim PATEF (ZENZ et al., 1996) bezüglich der Geschlechterverteilung und der Lebensalterverteilung in beiden Untersuchungsgruppen zu gewährleisten, bieten die Normtabellen für die Umrechnung der Rohwerte in Stanine-Werte bei statistisch relevanten Skalen Subgruppen an. Die Normwerte bei den Skalen „psychosozial außen“, „naturalistisch innen“ und „naturalistisch gesamt“ gibt es für jüngere und ältere Patienten, d.h. unter bzw. über 45 Jahren. Die Normwerte bei der Skala „psychosozial innen“ wurden für Männer und Frauen getrennt (ZENZ et al., 1996).

Die quantitative Auswertung der Rohwerte des Fragebogens erfolgt mittels dreier Schablonen (Fragen 1-16, Fragen 17-30, Fragen 31-46), auf der die fünf Skalen farblich repräsentiert sind. Anschließend werden die Rohwerte der einzelnen Skalen mit Hilfe von Tabellen im Anhang der Handanweisung in Stanine-Werte (S-Werte) umgewandelt. Alter und Geschlecht finden bei der Umwandlung Berücksichtigung.

Bei der Auswertung des Illness Perception Questionnaire (WEINMANN et al., 1996) wird die Skala Identität wie folgt gezählt: Die Summe der Ja-Antworten bei den 14 Items der Symptomabfrage und die Summe der Ja-Antworten bei denselben 14 Items durch die Krankheit verursacht. Die

Skalen Zeitverlauf, Konsequenzen, persönliche Kontrolle, Behandlungskontrolle, Kohärenz, zyklisches Auftreten und emotionale Repräsentationen werden fünffach gestuft gewertet: 1=stimmt überhaupt nicht, 2=stimmt nicht, 3=weder noch, 4=stimmt und 5=stimmt voll und ganz. Ausnahme bilden die mit einem (*) gekennzeichneten Items. Sie sind negativ gepolt und müssen rekodiert werden.

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die geplante Stichprobengröße beträgt $n=52$, aufgeteilt nach 26 Osteopathie-Patienten und 26 Manualtherapie-Patienten. Ab einem vorher festgelegten Zeitpunkt T0 wird nach positiv gestellter Diagnose „lumbaler Rückenschmerz“ und Erfüllung der Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien der frankierte Rückumschlag mit den Fragebögen ausgehändigt. Zum Zeitpunkt T1 (10 Tage später) sind alle 52 Fragebögen ausgehändigt. Weitere 20 Tage später (T2) beträgt der Rücklauf der Fragebögen $n=40$ (79,2 %) bzw. der Drop Out liegt bei $n=12$ (20,8 %) und verändert sich im zeitlichen Verlauf auch nicht mehr.

Daraus resultiert – wie in Tabelle 2 ersichtlich – eine Stichprobe von $n=40$, die sich in 22 (55 %) Osteopathie-Patienten und 18 (45 %) Manualtherapie-Patienten aufteilt. Das Patientengut beider Untersuchungsgruppen teilt sich geschlechtsspezifisch in 15 (37,5 %) Männer und 25 (62,5 %) Frauen auf. Es liegt kein signifikanter Unterschied des Geschlechts zwischen der Osteopathie- und Manualtherapiegruppe vor ($p=0,15$).

Tab. 2: Ergebnisse Geschlecht (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Geschlecht					
	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	15	37,5	25	62,5	40	100,0
Osteopathie	6	15,0	16	40,0	22	55,0
Manualtherapie	9	22,5	9	22,5	18	45,0

Wie aus Tabelle 3 zu entnehmen ist, liegt das mittlere Alter der Studienteilnehmer bei 49,7 (SD=10,23) Jahren. Das Alter der Osteopathie-Patienten liegt im Mittel bei 51,3 (SD=9,41) Jahren, das der Manualtherapie-Patienten bei 47,7 (SD=11,11) Jahren. Der jüngste Patient in der

Osteopathie-Gruppe ist 33 Jahre, in der Manualtherapie-Gruppe 24 Jahre alt. In beiden Gruppen ist der älteste Teilnehmer 69 Jahre alt. Es liegt kein signifikanter Unterschied des Alters zwischen den Gruppen vor ($p=0,29$).

Tab. 3: Ergebnisse Alter (Angaben in Mittelwerten (M), Standardabweichung (SD) und Minimum (Min) und Maximum (Max))

	Alter [Jahre]			
	M	SD	Min	Max
Gesamtkollektiv	49,7	10,23	24	69
Osteopathie	51,3	9,41	33	69
Manualtherapie	47,7	11,11	24	69

4.2 Ergebnisse aus den PATEF-Daten

Bei dem in Abbildung 3 dargestellten Vergleich zwischen dem Studienkollektiv und der Norm nach Zenz et al. (1996) zeigen sich in allen Gesamt- und Einzelskalen des Studienkollektivs, mit Ausnahme der Skala naturalistisch außen, höhere Mittelwerte. Der Gesamtscore unterscheidet sich dementsprechend mit der höchsten Differenz von der Norm nach Zenz et al. (1996).

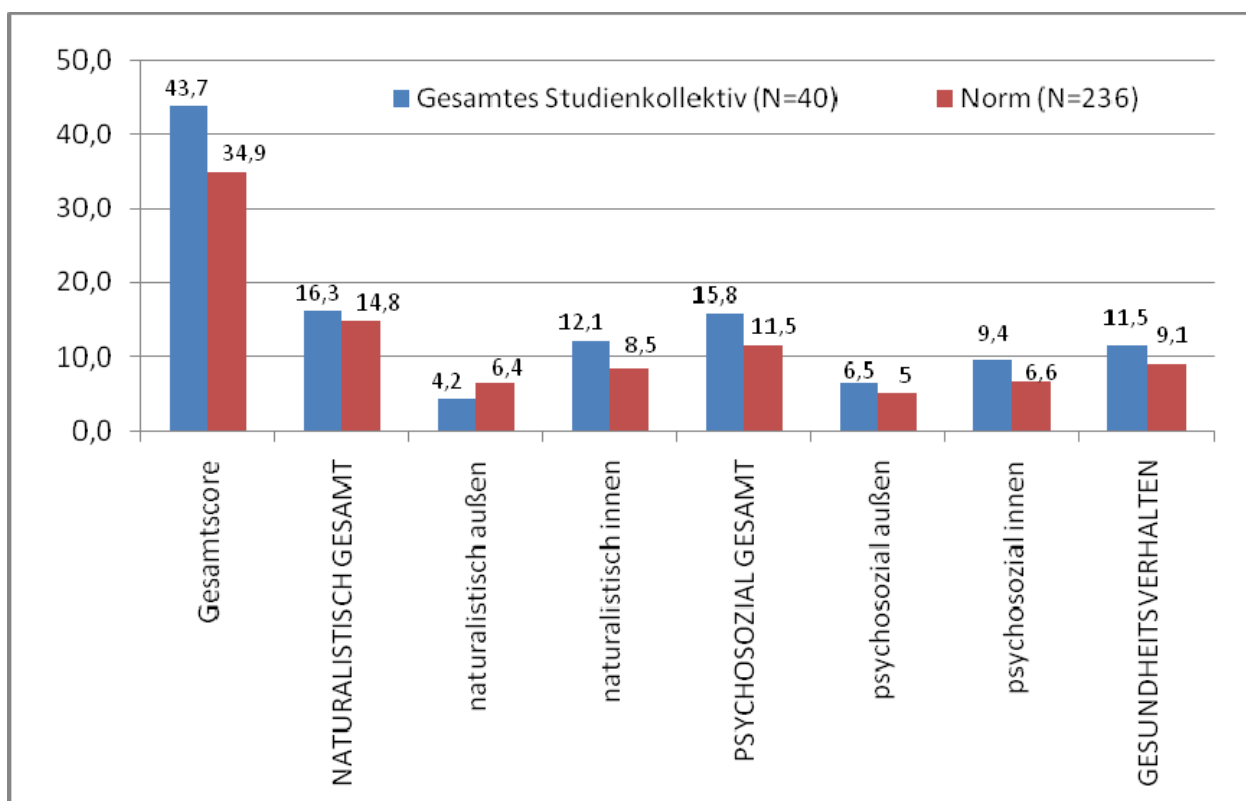


Abb. 3: Mittelwerte der PATEF-Skalen-Rohwerte im Studienkollektiv und im Vergleich dazu die

Norm nach Zenz et al. (1996)

Die Auswertung des PATEF ergibt bei der Gegenüberstellung der Osteopathie- und Manualtherapie-Patienten keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tab.4).

Tab. 4: Ergebnisse PATEF aufgeteilt nach Osteopathie- und Manualtherapiepatienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standardabweichung (SD))

	Osteopathie		Manualtherapie		t-Test
	M	SD	M	SD	p-Werte
Gesamtscore	43,27	18,26	44,17	26,99	0,91
Naturalistisch gesamt	16,32	7,89	16,33	8,90	1,00
Naturalistisch außen	4,00	4,20	4,44	4,34	0,75
Naturalistisch innen	12,32	4,74	11,89	5,25	0,79
Psychosozial gesamt	16,00	9,93	15,61	12,26	0,91
Psychosozial außen	6,18	4,16	6,78	5,80	0,72
Psychosozial innen	9,82	6,23	8,83	7,06	0,65
Gesundheitsverhalten	10,95	6,26	12,22	7,91	0,58

Bei den Osteopathie-Patienten liegt der Mittelwert vom Gesamtscore bei 43,27 (SD=18,26), der Wert der Manualtherapie-Patienten bei 44,17 (SD=26,99) ($p=0,91$). Die Skala naturalistisch gesamt liegt bei den Osteopathie-Patienten im Mittel bei 16,32 (SD=7,89), bei den Manualtherapie-Patienten bei 16,33 (SD=8,90) ($p=1,00$). Ähnliche Ergebnisse zeigt die Skala psychosozial gesamt. Der Mittelwert der Osteopathie-Patienten liegt bei 16,00 (SD=9,93) und bei den Manualtherapie-Patienten bei 15,61 (SD=12,26) ($p=0,91$). Beim Gesundheitsverhalten liegen die Mittelwerte der Osteopathie-Patienten bei 10,95 (SD=6,26) und bei den Manualtherapie-Patienten bei 12,22 (SD=7,91) ($p=0,58$). Bei der geschlechtlichen Aufteilung innerhalb der jeweiligen Patientengruppen wie in Tabelle 5 und 6 dargestellt ergibt der t-Test keine signifikanten Unterschiede.

Tab. 5: Ergebnisse PATEF aufgeteilt nach männlichen und weiblichen Osteopathie-Patienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standardabweichung (SD))

	Osteopathie				t-Test
	Männer		Frauen		p-Werte
	M	SD	M	SD	
Gesamtscore	42,00	24,14	43,75	16,48	0,87
Naturalistisch gesamt	19,67	11,64	15,06	5,98	0,39
Naturalistisch außen	7,00	5,29	2,88	3,22	0,12
Naturalistisch innen	12,67	6,74	12,19	4,04	0,88
Psychosozial gesamt	13,50	10,13	16,94	10,02	0,50
Psychosozial außen	5,67	4,68	6,38	4,10	0,75
Psychosozial innen	7,83	5,64	10,56	6,45	0,35
Gesundheitsverhalten	8,83	6,52	11,75	6,18	0,37

Tab. 6: Ergebnisse PATEF aufgeteilt nach männlichen und weiblichen Manualtherapie-Patienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standardabweichung (SD))

	Manualtherapie				t-Test
	Männer		Frauen		p-Werte
	M	SD	M	SD	
Gesamtscore	46,56	30,88	41,78	24,11	0,72
Naturalistisch gesamt	17,22	9,86	15,44	8,32	0,68
Naturalistisch außen	5,44	5,20	3,44	3,28	0,35
Naturalistisch innen	11,78	5,54	12,00	5,27	0,93
Psychosozial gesamt	16,56	13,63	14,67	11,48	0,75
Psychosozial außen	7,33	6,32	6,22	5,54	0,70
Psychosozial innen	9,22	7,79	8,44	6,69	0,82
Gesundheitsverhalten	12,78	9,28	11,67	6,78	0,78

Der erhöhte Gesamtscore des Studienkollektivs in Abbildung 3, im Mittel bei 43,7 (gegenüber 34,9 der Norm nach Zenz et al. (1996)) deutet nach Zenz et al. (1996) bei den Patienten auf starke Krankheitsangst, starke subjektive Belastung durch die Krankheit und krankheitsbedingte Einschränkungen sowie die Neigung, auf Stressbelastungen somatisch zu reagieren, hin. Gestützt wird diese Annahme durch die Beschreibung der Gegenüberstellung der ausgestanzten Krankheitstheorie mit der diffusen Krankheitstheorie, wie in Tabelle 7 dargestellt.

Tab. 7: Ergebnisse Krankheitstheorie (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Krankheitstheorie					
	Ausgestanzt		Diffus		Summe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	1	4,5	27	67,5	28	70,0
Osteopathie	1	4,5	15	68,2	16	72,7
Manualtherapie	0	0,0	12	66,7	12	66,7

Die diffuse Krankheitstheorie betrifft nach Zenz et al. (1996) Patienten, die oft länger unter ihren Beschwerden leiden, mehr Schmerzen angeben und sich dadurch auch mehr belastet fühlen. Die diffuse Krankheitstheorie trifft für 15 (68,2 %) der Osteopathie-Patienten und 12 (66,7 %) der Manualtherapie-Patienten zu. Insgesamt geben 27 (67,5 %) der Studienteilnehmer eine diffuse Krankheitstheorie an. Eine ausgestanzte Krankheitstheorie gibt demgegenüber bei den Osteopathie-Patienten 1 (4,5 %) Studienteilnehmer und bei den Manualtherapie-Patienten keiner (0 %) an. In der Ergebnisdarstellung bezüglich der beiden Hauptdimensionen psychosoziale vs. naturalistische Krankheitstheorie zeigen sich folgende Werte:

Tab. 8: Ergebnisse Naturalistisch vs. Psychosozial (Angaben in Anzahl (N) und Prozent (%))

	Naturalistisch vs. Psychosozial											
	unauffällige Theorie		beides wahrscheinlich		psychosozial		naturalistisch		beides unwahrscheinlich		Summe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gesamtkollektiv	15	37,5	10	25,0	8	20,0	3	7,5	4	10,0	40	100,0
Osteopathie	11	50,0	6	27,3	4	18,2	1	4,5	0	0,0	22	100,0
Manualtherapie	4	22,2	4	22,2	4	22,2	2	11,1	4	10,0	18	100,0

Bei den Osteopathie-Patienten haben 4 (18,2 %) eine psychosoziale und 1 (4,6 %) eine naturalistische Krankheitstheorie. Beides für unwahrscheinlich halten 0 (0 %) und beides für wahrscheinlich halten 6 (27,3 %). Am höchsten belegt ist die unauffällige Krankheitstheorie mit 11 (50,0 %) Studienteilnehmern der Osteopathie-Patienten. Bei den Manualtherapie-Patienten sind es 4 (22,2 %) mit einer psychosozialen und 2 (11,1 %) mit einer naturalistischen Krankheitstheorie. Für beides wahrscheinlich bzw. beides unwahrscheinlich halten es je 4 (22,2 %) der Manualtherapie-Patienten. Eine unauffällige Krankheitstheorie ist mit 4 (22,2 %) der Manualtherapie-Patienten belegt.

Inwieweit sich die Patienten mit ihrer Krankheit beschäftigen, zeigt die Ergebnisdarstellung in Tabelle 9. Bei den Osteopathie-Patienten gibt es keinen (0 %), der sich keine Gedanken über seine Krankheitsursachen macht. Es sind 13 (59,1 %) der Osteopathie-Studienteilnehmer, die sich mit ihrer Krankheit beschäftigen, jedoch noch unentschieden hinsichtlich der Festlegung der

Ursachen ihrer Krankheit sind. Ein hohes Angstniveau vor ihrer Krankheit zeigen 9 (40,9 %) der Osteopathie-Patienten.

Bei den Manualtherapie-Patienten sind es 3 (16,7 %), die sich keine Gedanken über ihre Krankheitsursache machen oder – wie es auch bei den Osteopathie-Patienten zutreffen kann – eine Krankheitstheorie entwickelt haben, die im PATEF keine Berücksichtigung gefunden hat (hierauf wird in der Diskussion noch einzugehen sein). Zu gleichen Teilen mit je 7 (38,9 %) Manualtherapie-Patienten sind die Skalen der bezüglich ihrer Krankheitstheorie unentschlossenen Patienten und derer, die ein hohes Angstniveau in Bezug auf ihre Krankheit haben, belegt.

Tab. 9: Ergebnisse Gesamtscore-Interpretation (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Gesamtscoreinterpretation							
	Keine Gedanken über Krankheitsursachen		Unentschlossen		Hohes Angstniveau bezüglich Krankheit		Summe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	3	7,5	20	50,0	16	40,0	39	97,5
Osteopathie	0	0,0	13	59,1	9	40,9	22	100,0
Manualtherapie	3	16,7	7	38,9	7	38,9	17	94,5

Die Skala Gesundheitsverhalten umfasst nach Zenz et al. (1996) Fragen, die mit Lebensstil, Arbeitsbelastungen, Freizeit und alltäglichen Aktivitäten der Studienteilnehmer zu tun haben. Bei der Ergebnisdarstellung in Tabelle 10 sind es 8 (36,4 %) der Osteopathie-Patienten und 6 (33,3 %) der Manualtherapie-Patienten, die sich für die Ursachen ihrer Krankheit mitverantwortlich fühlen.

Tab. 10: Ergebnisse Gesundheitsverhalten (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Gesundheitsverhalten	
	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	14	35,0
Osteopathie	8	36,4
Manualtherapie	6	33,3

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Studienteilnehmer ein hohes Angstniveau bezüglich ihrer Krankheit haben, durch ihr Gesundheitsverhalten eine Mitverantwortung gegenüber ihrer Erkrankung entwickeln und die Krankheitstheorien eher diffus, tendenziell psychosozial, ausfallen. Zwischen den beiden Gruppen des Studienkollektivs konnte auf Grundlage des PATEF kein signifikanter Unterschied errechnet werden.

4.3 Ergebnisse aus den IPQ-R-Daten

Die folgende Ergebnisdarstellung zeigt, welche Symptome die Studienteilnehmer erleben und inwieweit sie diese der Erkrankung zuschreiben. Darüber hinaus gibt der Fragebogen Auskunft darüber, wie die Patienten den Zeitverlauf, das zyklische Auftreten, die Konsequenzen sowie die Kontrollierbarkeit (durch persönliches Verhalten einerseits bzw. durch die Behandlung andererseits) ihrer Erkrankung einschätzen, ob sie für ihre Erkrankung eine Kohärenz entwickeln und wie stark ihre emotionalen Repräsentationen sind. In Tabelle 11 wird zunächst dargestellt, welche Symptome die beiden Patientengruppen erlebt haben und welche Symptome sie ihrer Erkrankung zuschreiben. Bei den Osteopathie-Patienten sind „Schmerzen“ (100,0 %), „Gelenkschmerzen“ (81,8 %) und „Schlafstörungen“ (72,7 %) die drei am häufigsten erlebten Symptome. Im Durchschnitt sind die 14 Symptomarten mit 51,8 % belegt. Lediglich der „Gewichtsverlust“ weist eine Belegung von 18,2 % auf.

Die drei am häufigsten erlebten Symptome bei den Manualtherapie-Patienten sind „Schmerzen“ (94,4 %), „Erschöpfung“ (72,2 %) und „Gelenkschmerzen“ (77,8 %). Im Durchschnitt sind die 14 Symptome bei den Manualtherapie-Patienten mit 41,1 % belegt. In dieser Studiengruppe ist es das Symptom „Kurzatmigkeit“, das mit 11,1 % am geringsten belegt ist. In beiden Studiengruppen sind die drei am häufigsten erlebten Symptome mit mindestens 70,0 % belegt und werden zu mindestens 50,0 % nach Meinung der Studienteilnehmer von ihrer Erkrankung verursacht. Aus Tabelle 10 ist ebenso ersichtlich, dass die prozentuale Belegung der Symptome bei den Osteopathie-Patienten gegenüber den Manualtherapie-Patienten im Durchschnitt um 10,7 % höher liegt. Der t-Test berechnet für das Symptomerleben der Osteopathie-Patienten gegenüber den Manualtherapie-Patienten einen signifikanten Unterschied ($p=0,04$).

Tab. 11: Anteil der Patienten, welche im Verlauf der Erkrankung verschiedene Symptome erlebt haben bzw. die Symptome durch ihre Erkrankung verursacht sehen

Symptome				
	Osteopathie		Manualtherapie	
	erlebt N (%)	verursacht %	erlebt N (%)	verursacht %
Schmerzen	22 (100)	90,9	17 (94,4)	94,4
Halsschmerzen	5 (22,7)	4,5	3 (16,7)	11,1
Übelkeit	10 (45,5)	31,8	3 (16,7)	5,6
Atemlosigkeit	8 (36,4)	27,3	4 (22,2)	22,2
Gewichtsverlust	4 (18,2)	13,6	3 (16,7)	5,6
Erschöpfung	14 (63,6)	54,5	13 (72,2)	50,0
Gelenkschmerzen	18 (81,8)	81,8	14 (77,8)	66,7
Brennende Augen	7 (31,8)	18,2	5 (27,8)	11,1
Kurzatmigkeit	10 (45,5)	18,2	2 (11,1)	5,6
Kopfschmerzen	13 (59,1)	45,5	8 (44,4)	33,3
Verdauungsprobleme	10 (45,5)	18,2	5 (27,8)	16,7
Schlafstörungen	16 (72,7)	50,0	9 (50,0)	27,8
Schwindel	7 (31,8)	18,2	7 (38,9)	22,2
Kraftlosigkeit	15 (68,2)	54,6	10 (55,6)	50,0
Durchschnitt	11,4 (51,8)	37,7	7,4 (41,1)	30,2

In Tabelle 12 sind die Annahmen des Studienkollektivs im Hinblick auf den Zeitverlauf, das zyklische Auftreten, die Konsequenzen, die Kontrolle (persönlich einerseits und durch die Behandlung andererseits), die Kohärenz (Erkrankung verstehbar wahrnehmen) und die Stärke der emotionalen Belastung durch die Erkrankung dargestellt. Wie aus Tabelle 11 ersichtlich, besteht bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse der beiden Studiengruppen hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs ($p=0,31$), der Konsequenzen ($p=0,30$), der Behandlungskontrolle ($p=0,37$), der Kohärenz ($p=0,98$) und der emotionalen Repräsentation der Erkrankung ($p=0,07$) kein signifikanter Unterschied. Hervorzuheben ist, dass die Osteopathie-Patienten eine signifikant ($p=0,03$) höhere persönliche Kontrolle der Erkrankung erleben. Ihre Angaben liegen im Mittel bei 15,50 ($SD=2,81$), die der Manualtherapie-Patienten demgegenüber im Mittel nur bei 13,33 ($SD=3,07$).

Auch die Auswertung des zyklischen Auftretens der Erkrankung zeigt einen hoch signifikanten Unterschied ($p=0,01$): Osteopathie-Patienten nehmen eher ein zyklisches Auftreten wahr als Manualtherapie-Patienten (12,27 ($SD=1,72$) gegenüber 9,83 ($SD=3,01$)). Die Osteopathie-Patienten nehmen den Krankheitsverlauf eher als chronisch wahr und zeigen eine stärkere Ausprägung im Hinblick auf die Annahme von Kontrollierbarkeit der Krankheit durch die eigene

Person.

Tab. 12: Ergebnisse IPQ aufgeteilt nach Osteopathie- und Manualtherapie-Patienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standardabweichung (SD))

	Osteopathie		Manualtherapie		t-Test
	M	SD	M	SD	p-Werte
Symptom erlebt	7,27	3,30	5,67	3,53	0,15
Symptom durch Krankheit verursacht	5,18	3,36	4,22	3,00	0,35
Zeitverlauf	15,45	4,32	16,94	4,77	0,31
Zyklisches Auftreten	12,27	1,72	9,83	3,01	0,01 (**)
Konsequenzen	10,91	3,05	12,11	3,97	0,30
Persönliche Kontrolle	15,50	2,81	13,33	3,07	0,03 (*)
Behandlungskontrolle	15,09	2,33	14,28	3,20	0,37
Kohärenz	19,86	4,12	19,83	3,97	0,98
Emotionale Repräsentation	10,27	4,20	12,61	3,81	0,07

4.4 Ergebnisse aus der Zusatzdatenerfassung

Um methodologische Fehler weitestgehend zu minimieren und Homogenität bzw. Vergleichbarkeit der beiden Untersuchungsgruppengruppen zu gewährleisten, wurde den Patienten ein Zusatzdatenerfassungsbogen mit Fragestellungen zum Thema Preisbeeinflussung, Vorerfahrungen und Zugang zu der vom Patienten gewählten Therapieart ausgehändigt.

Wie aus Tabelle 13 zu entnehmen ist, geben 2 (9,1 %) der Osteopathie-Patienten an, dass die Preisfindung einen Einfluss auf die Entscheidung bezüglich einer Therapieart hatte. Demgegenüber sind es 20 (90,9 %) der Osteopathie-Patienten, die eine Preisbeeinflussung verneinen. Bei den Manualtherapie-Patienten geben 18 (100,0 %) an, dass der Preis keinen Einfluss auf die Entscheidung bezüglich einer Therapieart hatte. Die Frage nach der Beeinflussung der Therapieartentscheidung durch den Preis zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Osteopathie- und Manualtherapie-Patienten ($p=0,16$).

Tab. 13: Ergebnisse Einfluss des Preises (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Einfluss des Preises					
	Ja		Nein		Summe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	2	5,0	38	95,0	40	100,0
Osteopathie	2	9,1	20	90,9	22	100,0
Manualtherapie	0	0,0	18	100,0	18	100,0

Bei der Frage nach einer positiv oder negativ belegten Vorerfahrung bezüglich der beiden Therapiemethoden stellen sich die folgenden Ergebnisse dar: Tabelle 14 ist zu entnehmen, dass in der Osteopathie-Patientengruppe 10 Studienteilnehmer (45,5 %) eine positive Vorerfahrung mit Osteopathie haben, eine negative Vorerfahrung hat 1 Studienteilnehmer (4,5 %) angegeben. 11 Studienteilnehmer (50,5 %) haben keine Vorerfahrung bezüglich Osteopathie. In der Manualtherapie-Patientengruppe sind 5 Studienteilnehmer (27,8 %) mit einer positiven Vorerfahrung im Hinblick auf Osteopathie. Eine negative Vorerfahrung geben 2 der Studienteilnehmer (11,1 %) an. 11 der Manualtherapie-Patienten (61,1 %) haben keine Vorerfahrung mit Osteopathie. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Osteopathie-Patienten und den Manualtherapie-Patienten hinsichtlich der Vorerfahrung mit Osteopathie ($p=0,49$).

Tab. 14: Ergebnisse Vorerfahrung Osteopathie (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Vorerfahrung Osteopathie							
	Positive Vorerfahrung		Negative Vorerfahrung		Keine Vorerfahrung		Summe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	15	37,5	3	7,5	22	55,0	40	100,0
Osteopathie	10	45,5	1	4,5	11	50,0	22	100,0
Manualtherapie	5	27,8	2	11,1	11	61,1	18	100,0

Bei der Fragestellung nach den Vorerfahrungen bezüglich der Manualtherapie zeigen sich folgende Ergebnisse, die in Tabelle 15 dargestellt sind: Bei den Osteopathie-Patienten sind es 14 Studienteilnehmer (63,6 %) mit einer positiven Vorerfahrung, eine negative Vorerfahrung geben 4 (18,2 %) an, 4 Studienteilnehmer (18,2 %) der Osteopathie-Patientengruppe haben keine Vorerfahrung mit Manualtherapie. In der Manualtherapie-Patientengruppe sind es 16 (88,9 %) mit einer positiven Vorerfahrung, kein Studienteilnehmer mit einer negativen Vorerfahrung und 2 (11,1 %), die keine Vorerfahrung mit der Manualtherapie haben. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Osteopathie-Patienten und den Manualtherapie-Patienten hinsichtlich der Vorerfahrung mit Manualtherapie ($p=0,54$).

Tab. 15: Ergebnisse Vorerfahrung Manualtherapie (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Vorerfahrung Manualtherapie							
	Positive Vorerfahrung		Negative Vorerfahrung		Keine Vorerfahrung		Summe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	30	75,0	4	10,0	6	15,0	40	100,0
Osteopathie	14	63,6	4	18,2	4	18,2	22	100,0
Manualtherapie	16	88,9	0	0,0	2	11,1	18	100,0

Die Ergebnisse zur Frage nach dem Zugang zur gewählten Therapiemethode sind in Tabelle 16 dargestellt. Demnach kommen 21 (95,5 %) der Osteopathie-Patienten durch Empfehlung, 1 Studienteilnehmer (4,5 %) der Osteopathie-Patientengruppe kommt durch Zufall zu der gewählten Therapiemethode. Bei den Manualtherapie-Patienten kommen 16 (88,9 %) der Studienteilnehmer auf Empfehlung und 2 (11,1 %) dieser Behandlungsgruppe kommen durch Zufall zur gewählten Therapiemethode.

Tab. 16: Ergebnisse Zugang zur Therapie (Angaben in Anzahl und Prozent (%))

	Zugang zur Therapie					
	Empfehlung		Zufall		Summe	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Gesamtkollektiv	37	92,5	3	7,5	40	100,0
Osteopathie	21	95,5	1	4,5	22	100,0
Manualtherapie	16	88,9	2	11,1	18	100,0

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Bei der Darstellung der Ergebnisse besteht eine Differenz zwischen der geplanten Stichprobengröße und den tatsächlich an der Studie teilnehmenden Patienten. Der Drop Out liegt bei 12 Patienten (20,8 %) und ist ausschließlich darauf zurückzuführen, dass ausgehändigte Fragebögen weder per Post noch persönlich eingegangen sind.

Alle 40 (79,2 %) eingegangenen Fragebögen konnten aufgrund der korrekten und vollständigen Angaben an der Studie teilnehmen. Das Geschlechterverhältnis des Studienkollektivs stellt sich wie in Abbildung 4 ersichtlich homogen dar ($p=0,15$). Das ist für die Ergebnisse dieser Studie insofern wichtig, als dass Frauen eher psychosoziale Aspekte für ihre Krankheitstheorien akzeptieren und zu inneren Attributionen neigen (MITSCHERLICH, 1985).

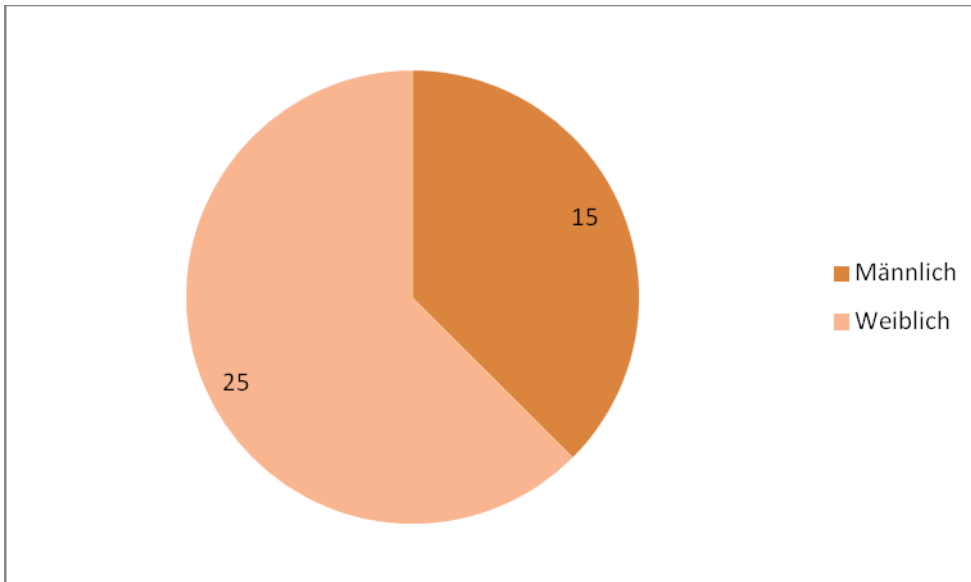


Abb. 4: Anzahl der männlichen und weiblichen Patienten

Aus einer Studie von Licciardone et al. (2002) über die Patientenzufriedenheit nach osteopathischer Behandlung geht hervor, dass 76,2 % der Osteopathie-Patienten weiblich sind. Eine Tendenz dazu zeigt sich auch in der vorliegenden Studie mit einem Anteil von 62,5 % weiblichen Studienteilnehmern. Die Altersstruktur der beiden Studiengruppen wie in Abbildung 5 gezeigt stellt sich ebenso homogen dar ($p=0,29$) und trägt zu einem unverfälschtem Ergebnis bei. Patienten mit einem Alter von über 45 Jahren neigen eher zu psychosozialen, von außen einwirkenden und inneren naturalistischen Ursachen als Erklärungsmodell für ihre Erkrankung. Außerdem halten sie ungünstiges Gesundheitsverhalten seltener für eine Ursache ihrer Erkrankung (ZENZ et al., 1996). Aufgrund der veränderten subjektiven Krankheitstheorien ab einem Alter von 45 Jahren sollte deshalb gewährleistet sein, dass die beiden Studiengruppen auch im Hinblick auf die Altersstruktur homogen sind.

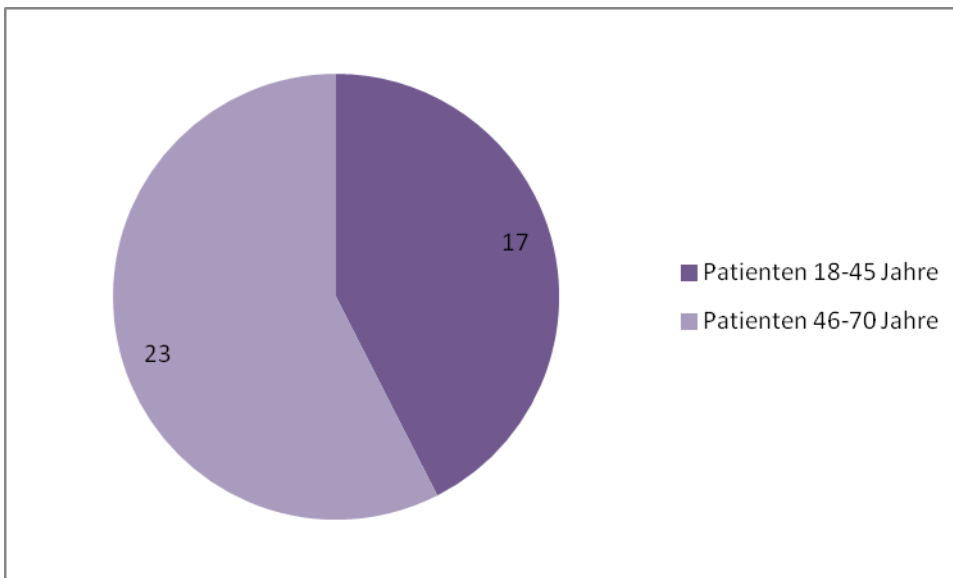


Abb. 5: Anzahl der Patienten in den Altersgruppen

Um der Forschungsfrage nachzugehen, ob sich Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die entweder einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie unterscheiden, sollen im Folgenden die einzelnen Ergebnisse und Interpretationen der Fragebögen diskutiert werden.

In Bezug auf den PATEF (ZENZ et al., 1996) zeigen sich anhand der Mittelwerte wie in Abbildung 6 dargestellt keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 3 in Kapitel 4.2) zwischen den beiden Therapieformen.

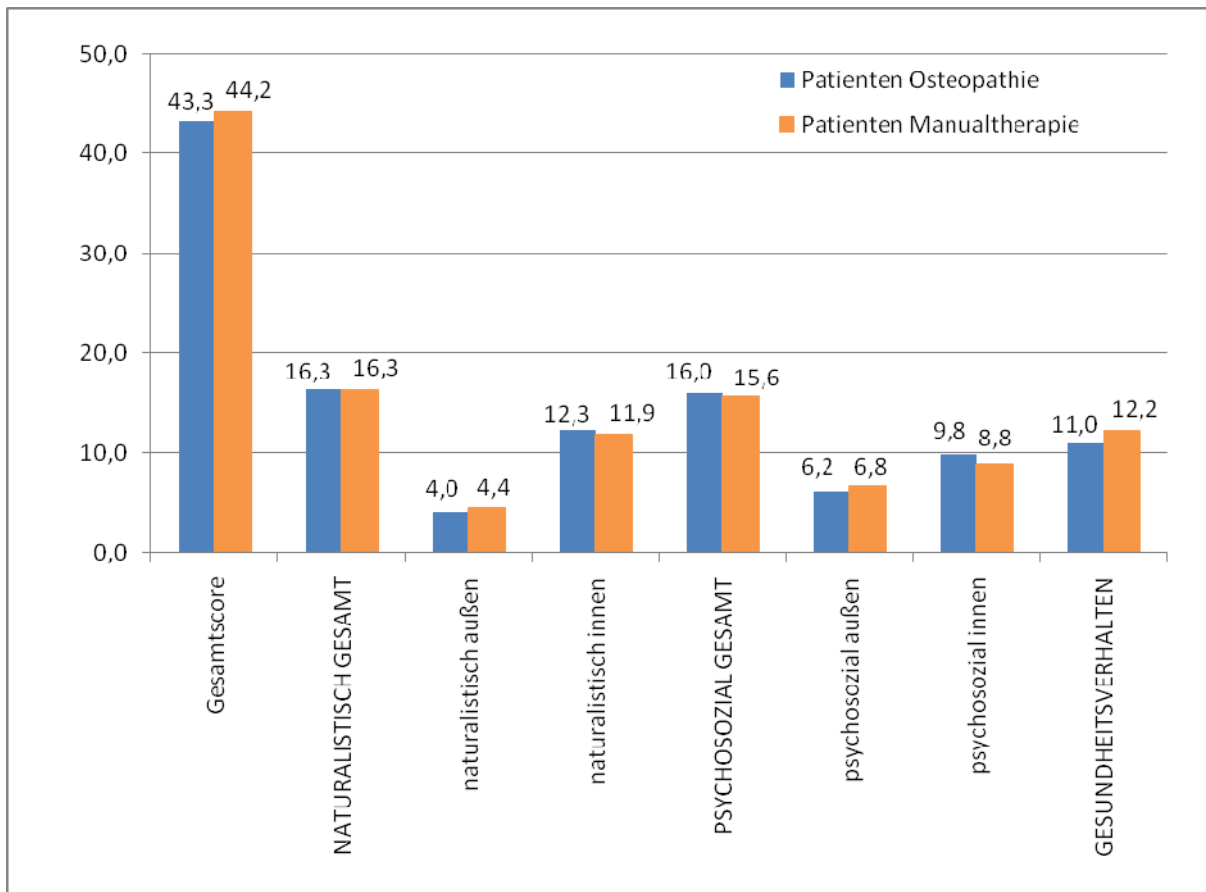


Abb. 6: Mittelwerte der PATEF-Skalen-Rohwerte nach Therapieform getrennt dargestellt

Bei der Interpretation des Gesamtscores, einem Indikator für die Intensität, mit der sich der Patient mit den Ursachen seiner Krankheit beschäftigt, lassen sich in Anlehnung an Abbildung 7 nun folgende Aussagen tätigen:

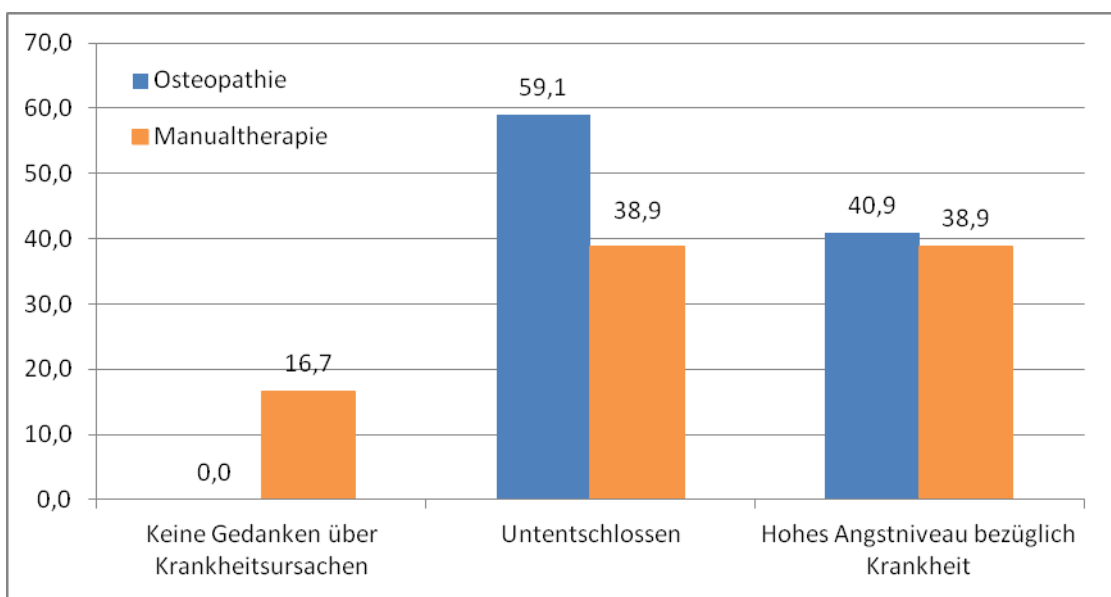


Abb. 7: Ergebnisse Gesamtscore-Interpretation (Angaben in Prozent)

16,7 % der Manualtherapie-Patienten machen sich keine Gedanken über ihre Krankheitsursachen. Bei den Osteopathie-Patienten hingegen gibt es niemanden, der sich keine Gedanken über die Krankheitsursachen macht. Sie sind aber im Vergleich mit den Manualtherapie-Patienten um 20,2 % unentschlossener in der Festlegung von Ursachen ihrer Krankheit. Das heißt, Osteopathie-Patienten machen sich eher Gedanken über ihre Krankheitsursachen, sind aber in der Ursachenzuschreibung unentschlossener.

Beide Studiengruppen zeigen ein einheitlich hohes Angstniveau bezüglich ihrer Krankheit. Die Interpretation der Skalen in Bezug auf eine diffuse oder ausgestanzte Krankheitstheorie ergibt, wie aus Abbildung 8 ersichtlich, dass beide Studiengruppen eine eher diffuse Krankheitstheorie haben.

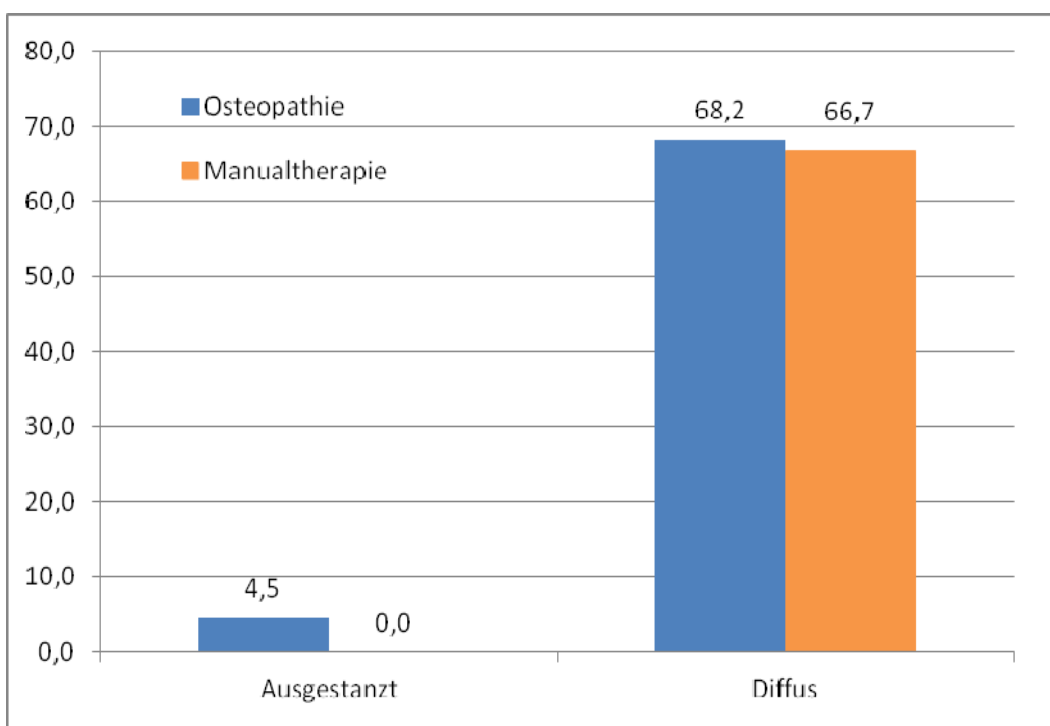


Abb. 8: Ergebnisse Krankheitstheorie (Angaben in Prozent)

Das heißt, in beiden Studiengruppen leiden die Patienten oft länger unter ihren Beschwerden, geben mehr Schmerzen an und fühlen sich dadurch auch mehr belastet (ZENZ et al., 1996). Ebenso stellt sich der Sachverhalt tendenziell in der Eichstichprobe der Handanweisung des Patiententheorienfragebogens (ZENZ et al., 1996) dar: Hier sind es 76,4 % der Patienten, die grundsätzlich jede Ursache für ihre Erkrankung für möglich halten, d.h. eine diffuse Krankheitstheorie haben. Die Fragestellung hinsichtlich der Interpretation nach den zwei Hauptdimensionen psychosozial gegenüber naturalistisch verdeutlicht die folgende Abbildung 9:

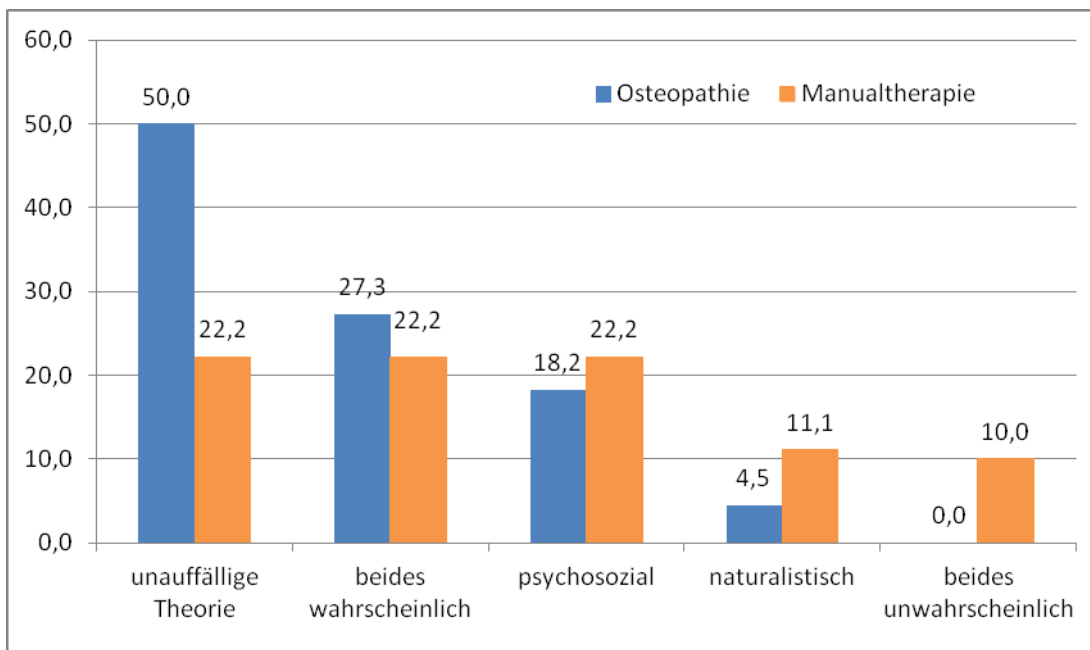


Abb. 9: Ergebnisse naturalistisch vs. psychosozial (Angabe in Prozent)

Hervorzuheben ist hier, dass die Hälfte aller Osteopathie-Patienten (50,0 %) eine unauffällige Krankheitstheorie hat. Aufgrund ihrer Angaben im Fragebogen kann ihre Krankheitstheorie weder als psychosozial noch als naturalistisch kategorisiert werden. Demgegenüber stehen 22,2 % der Manualtherapie-Patienten mit einer unauffälligen Krankheitstheorie.

Die Tatsache, dass 27,3 % der Osteopathie-Patienten und 22,2 % der Manualtherapie-Patienten beide Hauptdimensionen für wahrscheinlich halten, geht einher mit dem Ergebnis, dass beide Studiengruppen auch eher diffuse Krankheitstheorien haben. Die zwei Hauptdimensionen sind tendenziell gleich verteilt. Eine psychosoziale Ursachentheorie haben 18,2 % der Osteopathie- und 22,2 % der Manualtherapie-Patienten. Eine naturalistische Ursachentheorie haben 4,5 % der Osteopathie- und 11,1 % der Manualtherapie-Patienten. Beide Hauptdimensionen erscheinen 10,0 % der Manualtherapie-Patienten unwahrscheinlich.

Neben der psychosozialen und der naturalistischen Hauptdimension stellt das Gesundheitsverhalten die dritte Hauptdimension dar. Hier erfolgt die Ursachenzuschreibung durch den Patienten im Hinblick auf Lebensstil, Arbeitsbelastungen und Freizeit. Beide Studiengruppen weisen hier tendenziell ähnliche Werte auf. In der Osteopathie-Gruppe führen 36,4 % der Patienten ihr Gesundheitsverhalten als Ursache für ihre Erkrankung an. Bei der Manualtherapie-Gruppe sind es 33,3 % der Patienten.

Aufgrund der PATEF- Daten (ZENZ et al., 1996) kann man zusammenfassend festhalten, dass die Studienteilnehmer ein hohes Angstniveau bezüglich ihrer Krankheit haben, durch ihr Gesundheitsverhalten eine Mitverantwortung gegenüber ihrer Erkrankung entwickeln und die

Krankheitstheorien eher diffus, tendenziell psychosozial, ausfallen. Ein Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen zeigt sich darin, dass die Osteopathie-Patienten sich mehr Gedanken über ihre Krankheitsursache machen, unentschlossener in der Festlegung von Ursachen bezüglich ihrer Erkrankung sind und in der Verortung ihrer Theorie in Richtung psychosozialer oder naturalistischer Ursachen unauffällig sind.

Der Illness Perception Questionnaire (WEINMANN et al., 1996) dient der Erfassung der spezifischen Symptome und der mit der Krankheit wahrgenommenen Belastungen. Dies sind wichtige Parameter für eine Klassifizierung der beiden Patientengruppen, da vorwiegend (67,5 % des Gesamtkollektivs) diffuse Krankheitstheorien vorherrschen. Abbildung 10 zeigt die spezifischen Symptome in beiden Studiengruppen, Abbildung 11 zeigt dagegen, ob diese Symptome auch der Erkrankung zugeschrieben werden.

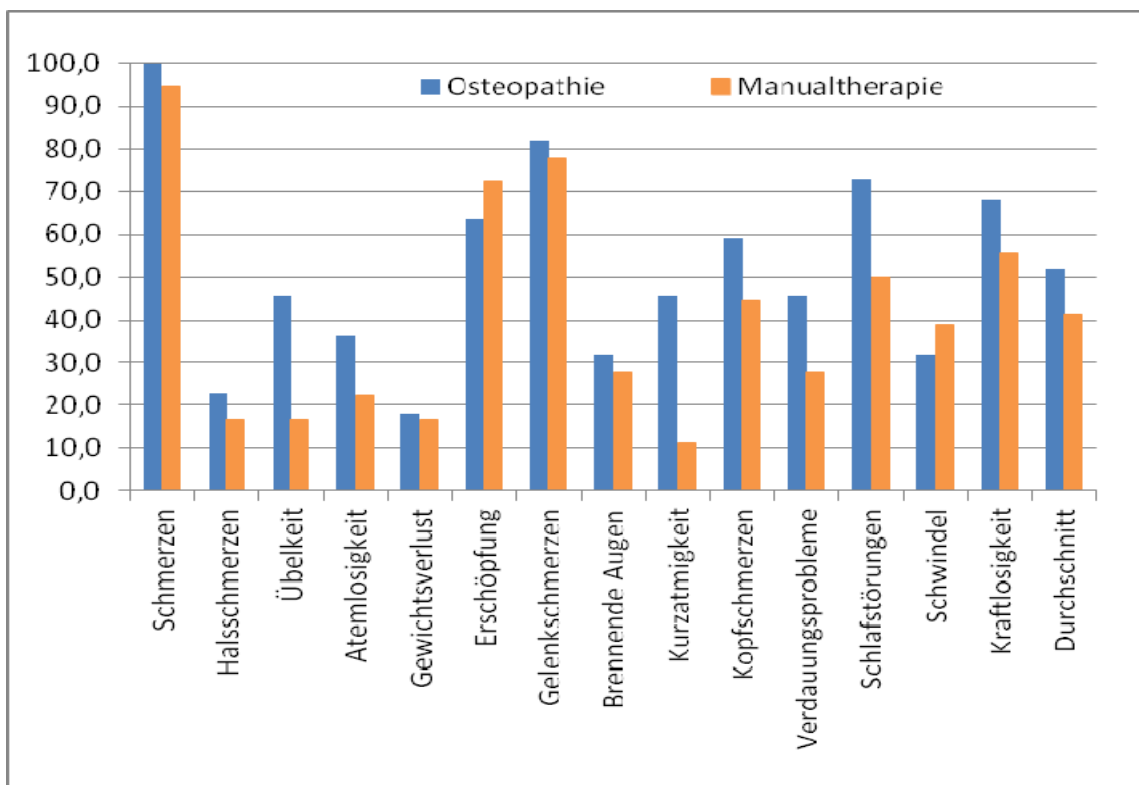


Abb. 10: Ergebnisse Symptom erlebt (Angaben in Prozent)

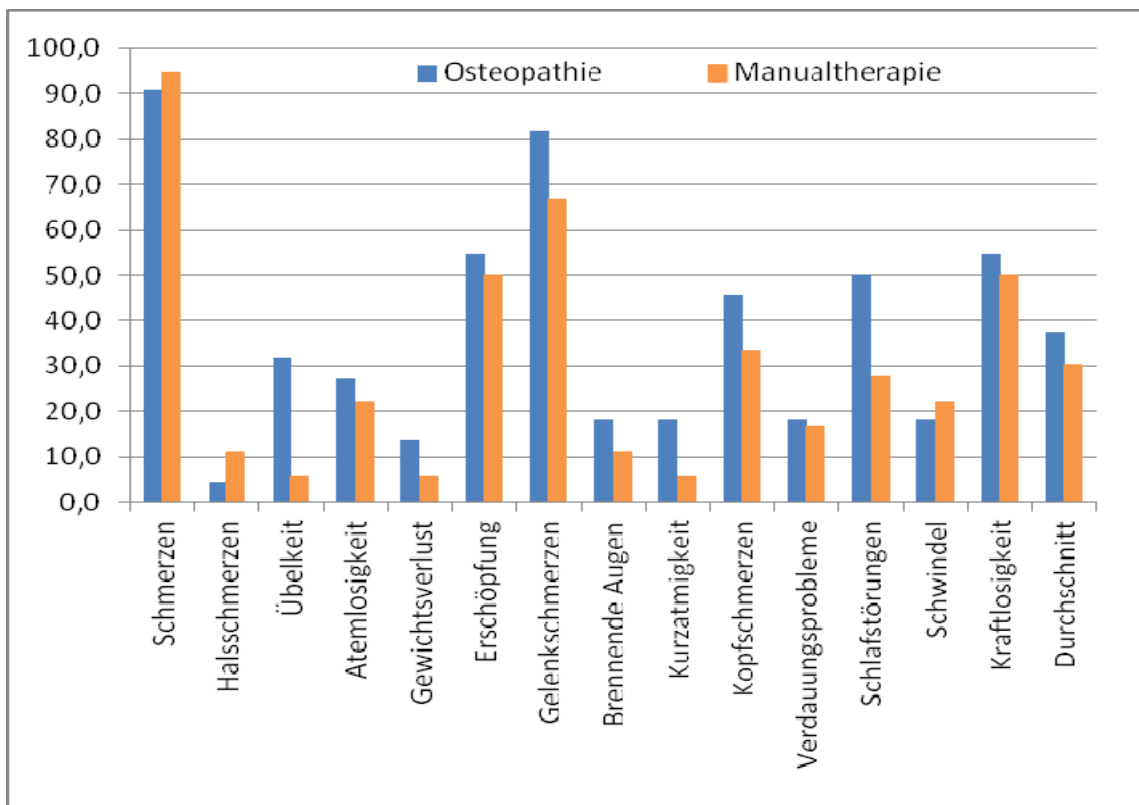


Abb. 11: Ergebnisse Symptom verursacht (Angaben in Prozent)

In beiden Studiengruppen stehen die Symptome „Schmerz“ und „Gelenkschmerz“ im Vordergrund, gefolgt von einer vegetativen Symptomatik, welche bei der Osteopathie-Gruppe durch „Schlafstörungen“, bei der Manualtherapie-Gruppe durch „Erschöpfung“ vertreten ist. Ein signifikanter Unterschied ($p=0,04$) zwischen den Studiengruppen besteht im Symptomerleben, das heißt die Osteopathie-Patienten nehmen die Intensität der Symptome stärker wahr als die Manualtherapie-Patienten. Außerdem zeigt die Osteopathie-Gruppe eine höhere Identität der Symptome zu ihrer Erkrankung.

Eine Darstellung der Ausprägungen von subjektiven Krankheitskonzepten der Patienten im Hinblick auf die Skalen des Fragebogens bezüglich der „Krankheitsannahmen“ zeigt die Abbildung 12.

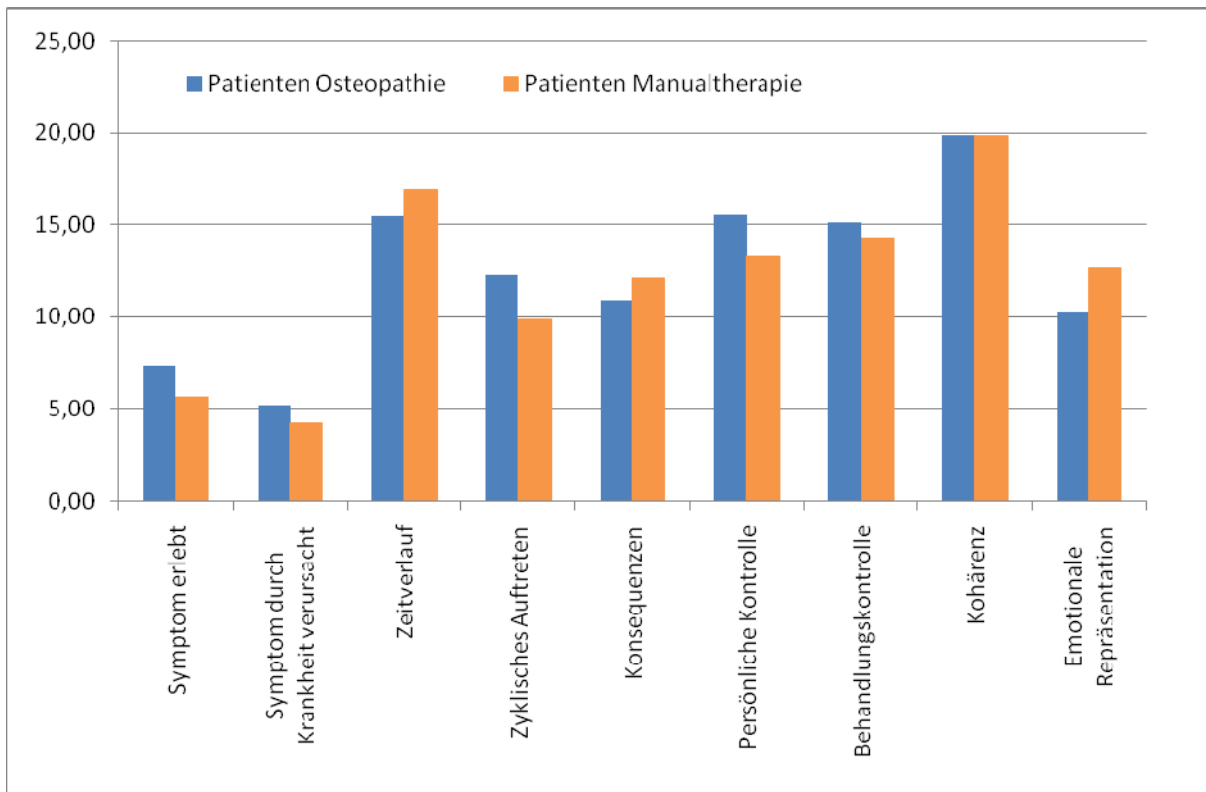


Abb. 12: Mittelwerte der IPQ-Ergebnisse, nach Therapieform getrennt dargestellt

Ein hoch signifikanter Unterschied ($p=0,01$) besteht bei der Skala „zyklisches Auftreten“. So nimmt die Osteopathie-Gruppe den Krankheitsverlauf als eher zyklisch wahr und glaubt mit einem signifikanten Unterschied ($p=0,03$), einen persönlichen Einfluss auf die Erkrankung zu haben.

Abbildung 13 stellt den Einfluss des Preises auf die Wahl der Therapieart dar.

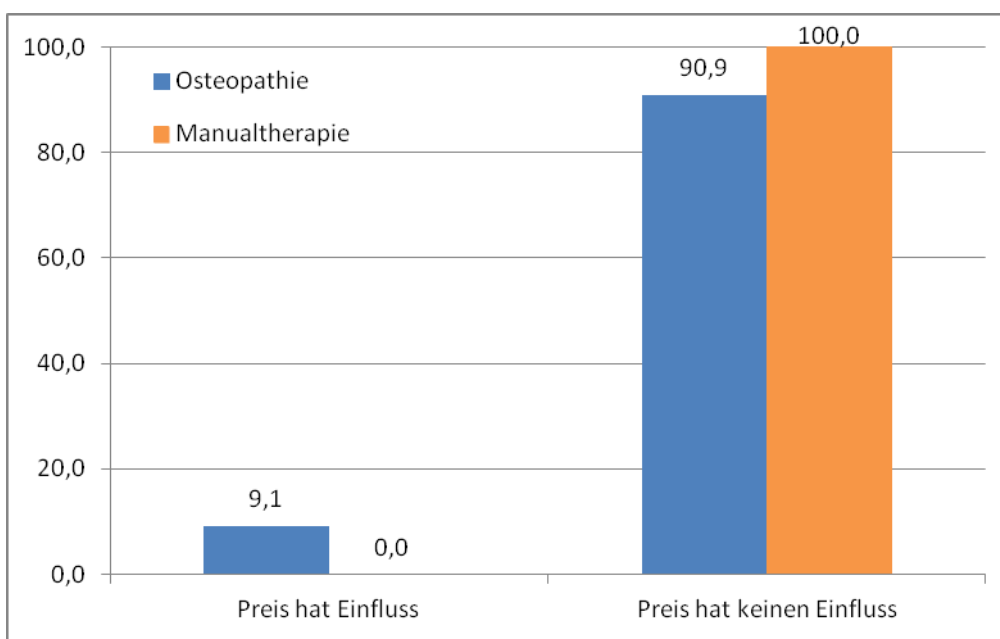


Abb. 13: Einfluss des Therapiepreises auf die Wahl der Therapieform (Angaben in Prozent)

Lediglich 5 % des gesamten Studienkollektivs gibt an, dass der Preis einen Einfluss auf die Therapieentscheidung hatte. Da es sich hier ausschließlich um Patienten der Osteopathie-Gruppe handelt, welche einen höheren Therapiepreis bezahlt haben, liegt die Vermutung nahe, dass von einigen Patienten ein höherer Preis mit einer qualitativ besseren Therapie assoziiert wird.

Bemerkenswert ist, dass – wie in Abbildung 14 dargestellt – die Hälfte aller Osteopathie-Patienten und sogar 61,1 % der Manualtherapie-Patienten nicht über Vorerfahrungen mit der Therapieart Osteopathie verfügen. Das lässt die Annahme zu, dass auch die Unbedarftheit in Bezug auf eine Therapieart die Entscheidung mit beeinflussen haben könnte. Nahezu die Hälfte (45,5 %) der Osteopathie-Patienten hat eine positive Vorerfahrung mit Osteopathie und bestätigt das mit einer Frequentierung dieser Therapieart. Fraglich jedoch ist, warum 27,8 % der Manualtherapie-Patienten eine positive Vorerfahrung mit Osteopathie haben und sich dennoch für die Manualtherapie entscheiden.

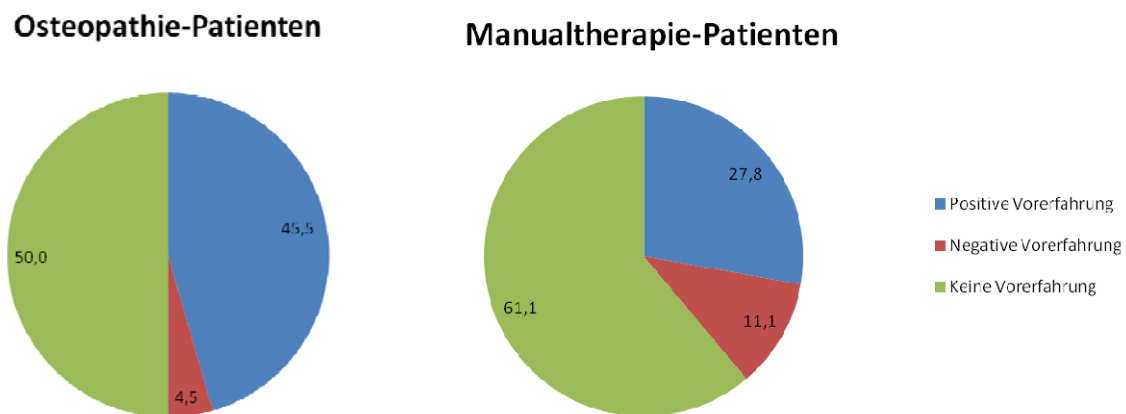


Abb. 14: Vorerfahrung mit einem Osteopathen (Angaben in Prozent)

Anders stellt sich die Lage, wie aus Abbildung 15 ersichtlich, bezüglich der Vorerfahrungen mit der Manualtherapie dar. Es sind 88,9 % der Manualtherapie-Patienten, die eine positive Vorerfahrung angeben und der Manualtherapie treu bleiben. Bei den Osteopathie-Patienten sind es immerhin 63,6 %, die eine positive Vorerfahrung mit Manualtherapie angeben. Warum also die Entscheidung zugunsten der Osteopathie?

Die Manualtherapie ist beim Studienkollektiv grundsätzlich bekannter. So sind es im Durchschnitt nur 15,0 % ohne Vorerfahrung mit dieser Therapiemethode.

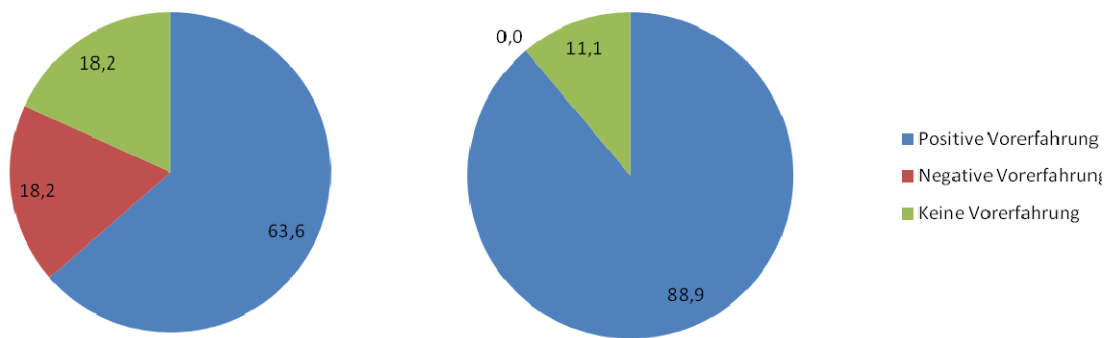
Osteopathie-Patienten**Manualtherapie-Patienten**

Abb. 15: Vorerfahrung mit einem Manualtherapeuten (Angaben in Prozent)

Abbildung 16 bestätigt die bisherige Erfahrung, dass die Zuweisung innerhalb der therapeutischen Berufe zu einem Großteil (im Durchschnitt 92,5 % des Studienkollektivs) aufgrund einer Empfehlung erfolgt. Diese Beobachtung wird tendenziell unterstützt durch die Master Thesis von Wagner-Scheidel (2006), aus der hervorgeht, dass 77 % der Osteopathie-Patienten aufgrund von Empfehlung aus dem direkten Umfeld einen Osteopathen aufsuchen.

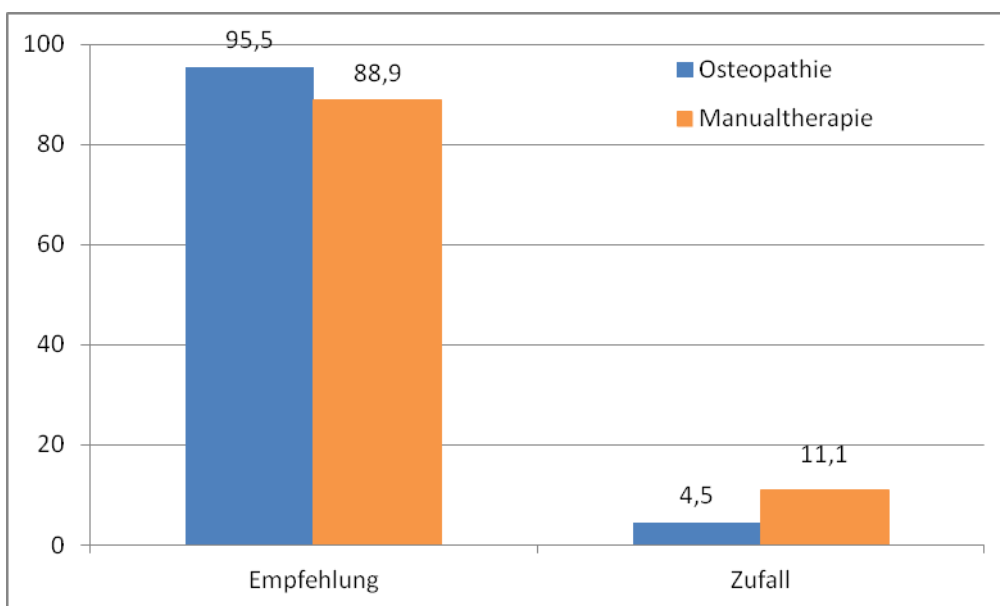


Abb. 16: Zugang zur Therapie (Angaben in Prozent)

Die Forschungsfrage, ob sich Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie unterscheiden, wird auf Grundlage dieser Master Thesis mit der Vorannahme beantwortet, dass sich beide Patientengruppen in ihren subjektiven Krankheitstheorien nicht unterscheiden.

5.2 Kritische Betrachtung der Studie

Für die kritische Betrachtung der Studie soll zunächst auf die Studien Klientel eingegangen werden, die sich vom Outcome der Studie her sehr homogen gestaltet. Als mögliche Ursache sei hier zu erwähnen, dass es sich bei der Praxis, in der die Studie durchgeführt wurde, vormals um eine reine Physio- bzw. Manualtherapiepraxis handelt. Nach entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen vor ca. 4 Jahren wurde in der Praxis parallel die Osteopathie eingeführt. Die Patienten Klientel zeigt sich dadurch eher praxisspezifisch und nicht therapiespezifisch, was eine Erklärung für die homogene Struktur der subjektiven Krankheitstheorien sein könnte.

Die Tatsache, dass 67,5 % der gesamten Studien Klientel sich auf keine eindeutige Krankheitstheorie festgelegt haben – also eine „diffuse“ Krankheitstheorie zeigen – deutet möglicherweise darauf hin, dass die Patienten eine Krankheitstheorie entwickelt haben, die in den Fragebögen nicht berücksichtigt werden konnte (ZENZ et al., 1996). Von diesem Standpunkt aus soll hier die Studie „Ursachenvorstellungen von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz in ihren Subjektiven Theorien über ihre Erkrankung“ (WAGNER et al., 2002) eingebracht werden. Im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes wurden individuelle subjektive Krankheitstheorien an 42 Patienten mit chronischem Rückenschmerz erhoben und analysiert. Die Studie kritisiert unter anderem, dass bisherige Forschungsansätze und Behandlungsangebote zu wenig die individuelle Situation des Patienten, seine Vorstellungen und sein Modell über die Erkrankung berücksichtigen.

Gerade bei einem zentralen Symptom wie Schmerz spielen die individuellen Vorstellungen von der Erkrankung und Ursachen eine große Rolle für die Wahrnehmung und den Umgang damit (BASLER et al., 1997). In der Studie von Wagner et al. (2002) wird unter anderem untersucht, welche Ursachenvorstellungen Patienten in ihren subjektiven Krankheitstheorien zeigen. Als kritisch – und das trifft auch für die vorliegende Master Thesis zu – wird die Verwendung von zweigliedrigen Messverfahren angesehen (GIGERENZER, 1981), die lediglich die Möglichkeit vorgeben, Items standardisiert in Form von Ratings zu beantworten. Bei dieser Messtheorie trifft die Relation „Objekt mal Merkmal“ zu.

Der Nachteil dieser Fragebogenverfahren besteht in der Nicht-Berücksichtigung der individuellen Modellbildungskompetenz des Individuums. Deshalb verwendet die Studie von Wagner et al. (2002) ein dreigliedriges Messverfahren (GIGERENZER, 1981). Bei dieser Messtheorie trifft die Relation „Individuum mal Objekt mal Merkmal“ zu. Gewährleistet wird dies durch einen semistrukturierten Interviewleitfaden (SCHEELE et al., 1988) und das Anfertigen eines Strukturbildes auf Grundlage der Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SCHEELE et al., 1988).

Mit Hilfe dieser Messverfahren ermittelt die Studie, welche Ursachenvorstellungen Patienten in ihren subjektiven Krankheitstheorien aufweisen. Als Ergebnis zeigt sich, dass alle 42 Patienten individuelle, differenzierte Vorstellungen über die Entstehung ihrer Erkrankung aufweisen. Insgesamt wurden 24 verschiedene Ursachenvorstellungen geäußert, die zu einer übergeordneten Modalstruktur zusammengefasst wurden. Demnach gehen alle Patienten (100 %) in ihren Theorien von beeinflussbaren äußeren Faktoren aus (z.B. monotone Haltung, berufliche Anforderungen). 93 % der Patienten sehen körperliche Ursachen, 62 % eigene Verhaltensweisen als Ursache für ihre Erkrankung. 60 % der Patienten betonen psychische Ursachen für ihren Rückenschmerz und 33 % der Patienten geben die Umgebungstemperatur als Ursache an.

Mit Hilfe des dreigliedrigen Messverfahrens (GIGERENZER, 1981) konnten bei allen Patienten differenzierte Vorstellungen über die Ursachen ihrer Erkrankung festgestellt werden, während das zweigliedrige Messverfahren (GIGERENZER, 1981), das auch in der vorliegenden Master Thesis Verwendung findet, vorwiegend diffuse Krankheitstheorien hervorbringt. Bezogen auf die Erforschung der subjektiven Krankheitstheorien stellt die individuelle Formulierung der Ursachenvorstellungen demnach einen Vorteil dar.

5.3 Empfehlung für weitere Studien

Bei der Durchführung und Auswertung der vorliegenden Master Thesis sind einige Kritikpunkte deutlich geworden, welche im Vorfeld und bei der Planung der Studie noch nicht ersichtlich waren. Um die Thematik der subjektiven Krankheitstheorien bei Patienten näher zu untersuchen, wäre es empfehlenswert gewesen, Patienten aus Praxen zu untersuchen, die entweder nur den Therapieansatz der Osteopathie verfolgen oder ausschließlich im manualtherapeutischen Bereich arbeiten. Damit wäre gewährleistet, dass die jeweilige Patienten Klientel sich tatsächlich therapiespezifisch entschieden hat.

Zusätzlich soll hier die Empfehlung ausgesprochen werden, mit Patienten zu arbeiten, die über eine Vorerfahrung in der jeweiligen Therapieart verfügen. Nur wenn ein Patient weiß, was die jeweilige Therapieart beinhaltet, kann er auch deutlich dokumentieren, warum er die Entscheidung für diese Therapieart getroffen hat. So kann beispielsweise ein Patient, der – wie in der vorliegenden Studie – zu 55,0 % keine Vorerfahrung mit der Osteopathie hat, nicht evaluieren, wie ein Osteopath arbeitet. Methodologisch wäre es sinnvoll, bei zukünftigen Studien dieser Art ebenfalls mit einem dreigliedrigen Messverfahren wie in der Studie von Wagner et al. (2002) zu arbeiten, um die individuellen subjektiven Krankheitstheorien zu erfassen. Da das dreigliedrige Messverfahren direkt in der Praxis durchgeführt wird, wäre hier auch mit einem geringeren Drop Out zu rechnen. Die angestrebte Stichprobengröße könnte damit realistischer dargestellt werden.

6 Konklusion

In der vorliegenden Master Thesis mit dem Titel „Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz“ sollte der Forschungsfrage nachgegangen werden, ob sich Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz, die entweder einen Osteopathen oder Manualtherapeuten aufsuchen, hinsichtlich ihrer subjektiven Krankheitstheorie unterscheiden. Bezüglich der Zuordnung der Therapieformen Osteopathie oder Manualtherapie zu einer psychosozialen oder naturalistischen Ursachentheorie bestätigte sich die Vorannahme, dass es bei Patienten mit dem Krankheitsbild lumbaler Rückenschmerz keinen Unterschied gibt.

Es stellte sich aber heraus, dass sich Patienten, die sich für die Therapieform Osteopathie entscheiden, mehr Gedanken über ihre Krankheitsursache machen, eher unentschlossen in der Festlegung derselben sind und vorwiegend unauffällige Theorien bezüglich der Verortung in Richtung psychosozial vs. naturalistisch entwickeln. Hoch signifikant ist die Auffassung der Osteopathie-Patienten, dass ihre Erkrankung ein zyklisches Auftreten zeigt und der persönliche Einfluss auf die Erkrankung signifikant entschiedener angesehen als bei den Manualtherapie-Patienten. Außerdem nehmen die Osteopathie-Patienten die Intensität ihrer Symptome mehr wahr und zeigen eine höhere Identität der Symptome zu ihrer Erkrankung.

7 Literatur

ANDERSSON, G.B., LUCENTE, T., DAVIS, A.M., KAPPLER, R.E., LIPTON, J.A., LEURGANS, S. (1999): A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. N Engl J Med.1999;341:1426-1431.

ASSEDELFT, W.J.J., MORTON, S.C., YU E. (2004): Spinal manipulative therapy for low back pain (Cochrane Review). The Cochrane Library; 1.

AIRAKSINEN, O., BROX, J-I., CEDRASCHI, C., HILDEBRANDT, J., KLABER-MOFFETT, J., KOVACS, F., MANNION, A.F., REIS, S., STAAL, J.B., URSIN, H., ZANOLI, G. (2006): Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. European Spine Journal, 15: S192-S300.

BASLER, H.D., JÄKLE, C., KRÖNER-HERWIG, B. (1997): Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomised study in Germany pain treatment centers. Patient Education and Counseling, 31, 113-124.

BECKER, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. Psychotherapie, Medizinische Psychologie 34:313-321.

BIGOS, S., BOWYER, O., BRAEN, G. (1994): Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. AHCPR publication no. 95-0642. Rockville: MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

BRONFORT, G. (1999): Spinal Manipulation: current state of research and its indications. Neurol Clin; 91-111.

BORTZ, J., DÖRING, N. (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2006).

BUNDESVERBAND SELBSTSTÄNDIGER PHYSIOTHERAPEUTEN - IFK E. V. (2011). Patienten-Information: Manuelle Therapie. Letzter Zugriff 16.09.2011.

www.ifk.de/inhalt/index.php?option=com_content&task=view&id=124&Itemid=93.

CROIBIER, A. (2006): Diagnostik in der Osteopathie. München: Urban und Fischer.

DAHL, H., RÖßLER, A. (1999): Grundlagen der manuellen Therapie. Stuttgart: Thieme.

DEYO, R.A. (2001): Low back pain. New England Journal of Medicine 2001; Vol 344 (5): 363-370.

DISSE, O., BÖDEFELD, P., SEGEL, N., JACOBS, M. (1996): Psychosomatik und Motorik. In: RIEDEL, H., SANDWEG, R. (Hrsg.): Die Behandlung der psychosomatischen Erkrankungen des Bewegungssystems und ihre Ergebnisse. Vortragssammlung zur 4. Fachtagung der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule“ Blieskastel, 23.-25.11.1995 (S. 7-20). Blieskastel: Selbstverlag der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule“.

EHRlich, G.E., KHALTAEV, N.G. (1999): Low back pain initiative. Department of Noncommunicable Disease Management. Geneva: World Health Organization.

EUROPEAN GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN (2005).

EUROPEAN REGISTER FOR OSTEOPATHIC PHYSICIANS (2011).
www.erop.org/definition.shtml. Letzter Zugriff 04.05.2011.

EVANS G, RICHARDS, S. (1996): Low back pain: An evaluation of therapeutic interventions. Bristol: Health Care Evaluation Unit, University of Bristol.

FALLER, H. (1983): Subjektive Krankheitstheorien als Forschungsgegenstand von Volkskunde und medizinischer Psychologie. *Curare* 6:163-180.

FALLER, H. (1997): Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 45:264-78.

FALLER, H. (1998): Somatisierung, Krankheitsattribution und Public Health. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 46(3):193-214.

FILIP, S.H. u. AYMANN, P. (1997): Subjektive Krankheitstheorien. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. überarbeitete Aufl.) (S. 3-21). Göttingen: Hogrefe.

FINK, P., SORENSEN, L., ENGBERG, M., HOLM, M., MUNK-JORGENSEN, P. (1998): Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 40(4): 330-8.

FLICK, U. (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. In: FLICK, U. (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (S. 14-18). Heidelberg: Asanger.

FLICK, U. (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa.

GAAB et al. (2002): Deutsche Übersetzung des IPQ-R. Unveröffentlichtes Manuskript: Universität Zürich.

GEISER, M. (2007): Die Rückkehr zur Vernunft im Gesundheitswesen des 21. Jahrhunderts. *Schweizerische Ärztezeitung* 88(17):758.

GIBSON, T., GRAHAME, R., HARKNESS, J., WOO, P., BLAGRAVE, P., HILLS, R. (1985). Controlled comparison of short-wave diathermy treatment with osteopathic treatment in non-specific low back pain. *Lancet*. 1985;1 (8440):1258-1261.

GIGERENZER, G. (1981): Messung und Modellbildung in der Psychologie. München: Reinhardt.

GLATTACKER, M. (2006): Subjektive Krankheitskonzepte von Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation. Tönning: Der Andere Verlag; 2006.

GLATTACKER, M., BENDEL, J., JÄCKEL, W.H. (2009): Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire- Revised : Psychometrische Evaluation an Patienten mit chronisch somatischen Erkrankungen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 17:158-169.

GRALOW, I. (2000): Psychosoziale Risikofaktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen. Der Schmerz 14:104-110. Berlin: Springer.

GRAVES, J.E., POLLOCK, D., CARPENTER, M., LEGGETT, S.H., JONNES, A., MAC-MILLAN, M., FULTON, M. (1990): Quantitative assessment of full range-of motion isometric lumbar extension strength. Spine 15(4):289-294.

GRÖNEMEYER, D. (2006): Mein Rückenbuch. Das sanfte Programm zwischen High Tech und Naturheilkunde. München: Zabert Sandmann.

GUZMAN, J., ESMAIL, R., KARJALAINEN, K., MALMIVAARA, A., IRVIN, E., BOMBARDIER, C. (2001): Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. British Medical Journal 322(7301): 1511-1516.

HAGGER M.S., ORBELL S. (2003): A meta-analytic review of the Common Sense Model of Illness Repräsentation. Psychology & Health 18(2): 141-184.

HASENBRING, M. (1992): Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Stuttgart, New York: Schattauer.

HASENBRING, M. , HALLNER, D. , KLASSEN, B. (2001): Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. Unter- oder überbewertet? Der Schmerz 15(6):442-447.

HEIDER, F. (1977): Die Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart: Klett.

HIPPEL, S. (2006): Das Kiefergelenk – zahnärztliche und osteopathische Methoden im interdisziplinären Austausch, Schlangenbad: DO-Arbeit, College Sutherland.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1994): Classification of Chronic Pain. Second Edition: "Part 3: Pain Terms. A Current List with Definitions and Notes on Usage"(pp 209-214); IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, 1994.

KALTENBORN, F.M. (1992): Manuelle Mobilisation der Extremitätengelenke. Oslo: Norlis.

KEMPF, H.D. (1999): Rückenschule. Grundlagen, Konzepte und Übungen. München: Urban und Fischer.

KOES, B.W., ASSENDELFT, W.J.J., VAN DER HEJDEN, G.J.M.G. et al. (1996): Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomised clinical trials. Spine 1996; 21: 2860-2871.

KOES, B.W., VAN TULDER, M.W., THOMAS, S. (2006): Diagnosis and treatment of low back pain. British Medical Journal 332(7555):1430-4.

KRAMPEN, G. (1989): Diagnostik von Attribution und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.

LANGEWITZ, W., KISS, A., SCHÄCHINGER, H. (1998): Von der Wahrnehmung zum Symptom – vom Symptom zur Diagnose: Somatoforme Störungen als Kommunikationsphänomen zwischen Arzt und Patient. Schweizer Medizinische Wochenschrift 128(7): 232-244.

LAU R.R., HARTMANN K. A. (1983): Common sense representations of illness. Health Psychology 2:167-185.

LEVENTHAL, H., MEYER, D., NERENZ, D. (1980): The common sense model of illness danger. In: RACHMANN, S. (Hrsg.): Medical Psychology (pp. 7-30). New York: Pergamon.

LICCIARDONE, J.C., BRIMHALL, A.K., KING, L.N. (2005). Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. BMC Musculoskeletal Disorders, 6:43.

LICCIARDONE, J.C., GAMBER, R., CARDARELLI, K. (2002). Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment. JAOA, Vol. 102. No 1, 13-20.

LICCIARDONE, J.C., STOLL, S.T., FULDA, K.G., RUSSO, D.P., SIU, J., WINN, W. (2003). Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial.

Spine.2003;28:1355-1362.

MACDONALD, R.S., BELL, C.M.J. (1990). An open controlled assessment of osteopathic manipulation in non-specific low-back pain. Spine. 1990;15: 364-370.

MITSCHERLICH, M. (1985): Die friedfertige Frau. Frankfurt: Fischer.

MOSS-MORRIS, R., WEINMANN, J., PETRIE, K.J., HORNE, R., CAMERON, L.D., BUICK, L. (2002): The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health 17:1-16.

MUTHNY, F.A., BRODA, M. (1999): Krankheitsverhalten. In: FLOR H., BIERBAUMER N., HAHLOWEG K. (Hrsg.): Grundlagen der Verhaltensmedizin (S. 217-218). Göttingen: Hogrefe.

MYRTEK, M. (1998): Gesunde Kranke – kranke Gesunde: Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

PETRIE, K.J., JAGO, J.A., DEVCICH, D.A. (2007): The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Curr Opin Psychiatry 20:163-167.

PFINGSTEN, M., KALUZA, G., HILDEBRANDT, J. (1999): Rückenschmerzen. In: BASLER, H.D., FRANZ, C., KRÖNER-HERWEG, B., REHFISCH, H.P. und SEEMANN, H. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (3. Aufl., 417-444). Berlin: Springer.

PLAUM, FG. (1968): Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten. Med. Diss. Giessen.

SCHEELE, B., GROEBEN, N. (1988): Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien. Tübingen: Francke.

SHEKELLE, P.G., ADAMS, A.H., CHASSIN, M.R. et al. (1992): Spinal manipulation for low back pain. Ann Intern Med 1992; 117: 590-598.

SCHWARZER, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

SENSKY, T. (1997): Causal attributions in physical illness. Journal of Psychosomatic Research 43: 565-73.

STRAUB, R. (1993): Rückenschmerzen: Ergebnis chronischer Überforderung oder erfolgsorientierter Überforderung. In RIEDER, H., EICHLER, J., KALINKE, H. (Hrsg.): Rückenschule interdisziplinär (S.90-97). Stuttgart: Thieme.

STATISTISCHES BUNDESAMT (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998; Kapitel 5.11 Dorsopathien. Stuttgart: Metzler-Poeschel, S. 200-204.

STILL, A.T. (1899): The Philosophy of Osteopathy. Reprint 2006. Pähl: Jolandos.

VAN DEN BERG, F., WOLF, U. (2002): Manuelle Therapie. Sichere und effektive Manipulationstechniken. Heidelberg: Springer.

VAN ROY, P., BARBAIX, E. , CLARIJS, J. P. , MENSE, S. (2001): Der anatomische Hintergrund von Rückenschmerz. Formvariabilität und Degeneration des lumbalen Spinalkanals und der Zwischenwirbelscheibe. Der Schmerz 15(6): 418-424.

VAN TULDER, M.W., ASSENDELFT, W.J., KOES, B.W., BOUTER, L.M. (1997): Spinal radiographic findings and non-specific low back pain. A systematic review of observational studies. Spine 22(4):427-434.

VAN TULDER, M.W., KOES, B.W., BOUTER, L.M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain: a systematic review of randomised controlled trials of the most common interventions. Spine 1997; 22: 2128-2156.

VAN TULDER, M.W., KOES, B., BOMBARDIER, C. (2002): Low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 16(5): 761-775.

VERRES, R. (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: BISCHOFF, C., ZENZ, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.

WAGNER, R. F., MEERTS, S. (2002): Ursachenvorstellungen von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz in ihren Subjektiven Theorien über ihre Erkrankung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 10(2):79-89.

WAGNER-SCHUIDEL, B. (2006). Wie kommen sie eigentlich zu uns? Wien: Masterthesis. WSO – Wiener Schule für Osteopathie.

WEINMANN, J., PETRIE, K., MOSS-MORRIS, R., HORNE, R. (1996): The Illness Perception Questionnaire: A new measure for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 11: 431-445.

WEINER, B. (1986): An attribution theory of motivation and emotion. Berlin: Springer.

WEINER, B. (1994): Sünde versus Krankheit: Die Entstehung einer Theorie wahrgenommener Verantwortlichkeit. In: FÖRSTERLING, F. (Hrsg.): Attributionstheorie: Grundlagen und Anwendungen. Göttingen: Hogrefe.

WEINTRAUB, A. (1983): Psychorheumatologie. Basel: Karger.

WEIS, J. (1998): Krankheitsverarbeitung und Subjektive Krankheitstheorien – Theoretische Konzepte, Forschungsmethodik und Forschungsergebnisse. In: KOCH U., WEIS, J. (Hrsg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung (S. 13-25). Stuttgart: Schattauer.

WHO (World Health Organization) (2003). Technical Report Series. The Burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. Geneva: World Health Organisation.

WILLIAMS, N.H., WILKINSON, C., RUSSEL, I., EDWARDS, R.T., HIBBS, R., LINCK, P., MUNTZ, R. (2003). Randomised osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care. *Family Practice* 2003; 20: 662-669.

WÜSTNER, K. (2001): Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 51:308-319. Stuttgart: Georg Thieme.

WYDRA, G. (1993): Fetisch gesunder Rücken – Analyse einer Volksseuche. In: RIEDER, H., EICHLER, J., KALINKE, H'. (Hrsg.): Rückenschule interdisziplinär. Medizinische, pädagogische und psychologische Beiträge (S. 63-69). Stuttgart: Thieme.

ZENZ, H., BISCHOFF, C., FRITZ, J., DUVENHORST, W., KELLER, K. (1989): Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: BISCHOFF, C., ZENZ, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.

ZENZ, H., BISCHOFF, C., HRABAL, V. (1996): Handanweisung Patiententheorienfragebogen (PATEF). Göttingen: Hogrefe.

ZENZ, H., KELLER, K. (1978): Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten einer Allgemeinpraxis. Der Praktische Arzt 15(78):3079-3088. Sonderdruck Heft 27. Dortmund: Krüger.

8 Anhang

8.1 Patientenzustimmung

Patienteneinwilligung zur Studienteilnahme

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ich danke Ihnen, dass Sie sich bereit erklären, an meiner wissenschaftlichen Studie mit dem Titel **“Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten mit Beschwerden aus dem Formenkreis lumbaler Rückenschmerz“** teilzunehmen.

Bei dieser Studie soll untersucht werden, ob es bei Patienten, die gezielt entweder einen Osteopathen oder einen Manualtherapeuten aufsuchen, einen Unterschied hinsichtlich der persönlich definierten Krankheitsursache gibt. Anhand der von Ihnen ausgefüllten Fragebögen werden Daten erhoben, welche dann statistisch ausgewertet werden. Die gesammelten Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur zum Zwecke der oben genannten Studie verwendet. Die Studie zur Erlangung des Grades “Master of Sciences in Osteopathie“ wird an der Donau-Universität Krems (Österreich) niedergelegt.

Sollten Fragen oder Unklarheiten auftreten, zögern Sie bitte nicht, mich persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Ich danke Ihnen nochmals für die freundliche Unterstützung meiner Studie.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die oben beschriebene Studie ein.

Vollständiger Name, Geburtsdatum

Datum, Unterschrift

8.2 Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)

Krankheitsannahmen

(Illness Perception Questionnaire - R)

Name / Code _____

Datum _____

Mit diesem Fragebogen sollen Ihre persönlichen Annahmen und Vermutungen über Ihre Krankheit bzw. Ihre Symptome erfragt werden. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Im folgenden sind verschiedene Symptome aufgelistet, die Sie möglicherweise im Verlauf Ihrer Krankheit erlebt haben. Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, ob Sie die betreffenden Symptome im Verlauf Ihrer Krankheit erlebt haben und ob Sie glauben, dass diese Symptome durch Ihre Krankheit verursacht werden.

	Ich habe dieses Symptom im Verlauf meiner Krankheit erlebt		Dieses Symptom wird durch meine Krankheit verursacht	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Schmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Halsschmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Übelkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
Atemlosigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
Gewichtsverlust	Ja	Nein	Ja	Nein
Erschöpfung	Ja	Nein	Ja	Nein
Gelenkschmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Brennende Augen	Ja	Nein	Ja	Nein
Kurzatmigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein
Kopfschmerzen	Ja	Nein	Ja	Nein
Verdauungsprobleme	Ja	Nein	Ja	Nein
Schlafstörungen	Ja	Nein	Ja	Nein
Schwindel	Ja	Nein	Ja	Nein
Kraftlosigkeit	Ja	Nein	Ja	Nein

Wir sind daran interessiert, zu erfahren, wie Sie momentan Ihre aktuellen Krankheitssymptome einschätzen. Bitte geben Sie dazu durch Ankreuzen der betreffenden Antworten an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder diese ablehnen.

		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
IP1*	Meine Krankheit wird nur kurze Zeit dauern					
IP2	Meine Krankheit wird lange Zeit andauern					
IP3*	Meine Krankheit wird schnell wieder vorbei sein					
IP4	Ich nehme an, dass ich diese Krankheit für den Rest meines Lebens haben werde					
IP5	Meine Krankheit hat grosse Auswirkungen auf mein Leben					
IP6*	Meine Krankheit hat keine grossen Auswirkungen auf mein Leben					
IP7	Meine Krankheit hat grossen Einfluss darauf, wie andere Personen mich einschätzen					
IP8	Meine Krankheit hat gravierende finanzielle Folgen für mich					
IP9	Meine Krankheit verursacht auch Schwierigkeiten für mein soziales Umfeld					
IP10	Ich kann eine Menge tun, um meine Symptome zu kontrollieren					
IP11	Mein Verhalten beeinflusst, ob meine Krankheit besser oder schlimmer wird					
IP12	Der Verlauf meiner Krankheit ist von mir abhängig					
IP13	Ich habe die Macht, meine Krankheit zu beeinflussen					
IP14*	Meine Krankheit wird mit der Zeit besser werden					
IP15*	Es gibt nur sehr wenig, was getan werden kann, um meine Krankheit zu verbessern					
IP16	Meine Behandlung wird meine Krankheit wirksam heilen					
IP17	Ich kann die negativen Auswirkungen meiner Krankheit durch meine Behandlung verhindern					
IP18	Meine Behandlung kann meine Krankheit kontrollieren					
IP19*	Ich kann mir die Symptome meiner Krankheit nicht erklären					
IP20*	Meine Krankheit ist für mich ein Rätsel					
IP21*	Ich verstehe meine Krankheit nicht					

		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
IP22*	Meine Krankheit macht für mich keinen Sinn					
IP23	Ich habe ein klares Verständnis meines Zustands					
IP24	Die Symptome meiner Krankheit verändern sich von Tag zu Tag stark					
IP25	Meine Symptome kommen und gehen in einem wiederkehrenden Muster					
IP26	Meine Krankheit ist sehr unberechenbar					
IP27	Meine Krankheit hat einen phasenhaften Verlauf, bei dem es mal besser, mal schlechter ist					
IP28	Wenn ich über meine Krankheit nachdenke, fühle ich mich deprimiert					
IP29	Es beunruhigt mich, wenn ich über meine Krankheit nachdenke					
IP30	Meine Krankheit macht mich wütend					
IP31	Es macht mir Angst, dass ich diese Krankheit habe					
IP32	Meine Krankheit macht mir Angst					

8.3 Zusatzdatenerfassungsbogen methodologischer Relevanz

BITTE ZUTREFFENDES WORT ANKREUZEN:

1. Hat der unterschiedliche Therapiepreis Ihre Entscheidung bezüglich Osteopathie/Manualtherapie beeinflusst?

ja nein

2. Haben Sie bereits Vorerfahrung mit einem Osteopathen?

ja nein

3. Falls ja, war diese Vorerfahrung positiv oder negativ?

positiv negativ

4. Haben Sie bereits Vorerfahrung mit einem Manualtherapeuten?

ja nein

5. Falls ja, war diese Vorerfahrung positiv oder negativ?

positiv negativ

6. Wie kommen Sie zu dem betreffenden Osteopathen/Manualtherapeuten (z.B. Empfehlung, Zufall, ...)

8.4 Rohdaten

Fragebogen	Therapie	Geschlecht	Alter	NT vs. PS	Gesamtscore	PSA Roh	PSA S	PSI Roh	PSI S	GESV Roh	GESV S	NTA Roh	NTA S	NTI Roh	NTI S	PS Roh
4	1	1	42	3	3	12	7	12	7	14	7	15	8	20	9	24
7	1	1	48	2	2	3	5	6	6	17	8	2	4	4	3	9
10	1	1	44	2	2	2	5	3	5	4	4	2	4	7	6	5
19	1	1	54	3	3	9	7	13	7	12	6	11	7	15	6	22
23	1	1	43	3	3	8	7	13	7	6	4	8	6	20	9	21
38	1	1	69	2	2	0	4	0	4	0	3	4	5	10	5	0
1	1	2	42	4	3	9	7	17	7	5	4	2	4	11	6	26
2	1	2	48	2	2	2	5	1	4	11	6	3	4	10	5	3
3	1	2	41	5	3	6	6	6	5	2	4	12	7	14	8	12
5	1	2	59	2	2	5	6	4	5	6	4	4	5	10	5	9
6	1	2	42	3	3	10	7	12	7	17	8	4	5	16	8	22
8	1	2	56	4	3	13	8	17	7	21	8	1	3	14	6	30
11	1	2	50	2	2	1	4	2	4	16	7	0	3	14	6	3
12	1	2	44	2	2	2	5	9	6	5	4	2	4	8	6	11
14	1	2	56	2	2	6	6	9	6	11	6	0	3	6	4	15
15	1	2	60	4	3	12	7	16	7	19	8	4	5	16	7	28
16	1	2	54	4	2	11	7	22	8	13	6	1	3	8	5	33
20	1	2	62	3	2	7	6	15	7	16	7	8	6	16	7	22
26	1	2	58	2	2	1	4	5	6	13	6	0	3	17	7	6
29	1	2	55	2	2	7	6	6	5	12	6	0	3	7	5	13
36	1	2	68	2	2	1	4	9	6	2	4	2	4	9	5	10
40	1	2	33	3	3	9	7	19	7	19	8	3	4	19	9	28
9	2	1	44	3	3	14	8	16	8	15	7	12	7	18	9	30
17	2	1	59	2	2	5	6	6	6	8	5	2	4	8	5	11
21	2	1	33	3	3	15	8	19	8	22	9	8	6	18	9	34
24	2	1	51	1	1	0	4	0	4	0	3	0	3	4	3	0
27	2	1	43	3	3	16	8	14	7	24	9	7	6	17	9	30
28	2	1	48	2	2	1	4	4	6	8	5	0	3	8	5	5
30	2	1	55	4	2	8	6	19	8	13	6	5	5	16	7	27
33	2	1	38	5	3	6	6	5	6	24	9	14	8	11	6	11
37	2	1	69	1	1	1	4	0	4	1	3	1	3	6	4	1
13	2	2	54	1	1	0	4	0	4	4	4	0	3	5	4	0
18	2	2	24	5	3	6	6	12	7	21	8	7	6	19	9	18
22	2	2	56	2	2	1	4	3	5	8	5	2	4	9	5	4
25	2	2	44	3	3	9	7	19	7	12	6	8	6	17	9	28
31	2	2	41	2	2	3	5	3	5	3	4	0	3	12	7	6
32	2	2	45	4	3	11	7	14	7	23	9	6	5	15	6	25
34	2	2	58	1	2	0	4	2	5	11	6	0	3	4	3	2
35	2	2	37	4	2	15	8	9	6	10	5	2	4	11	6	24
39	2	2	60	4		11	7	14	7	13	6	6	5	16	7	25

PS S	NT Roh	NT S	GES Roh	GES S	DIM 5-9	DIM 7-9	IE	IV	IP1	IP2	IP3	IP4	IP5	IP6	IP7	IP8	IP9	IP10	IP11	IP12	IP13	IP14	IP15	IP16	IP17	IP18	IP19	IP20
7	35	9	73	8	5	5	5	5	2	2	2	2	4	4	2	2	2	5	4	4	4	2	5	4	4	4	4	4
5	6	4	32	5	3	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	2	4	4	4	4	4	
5	9	5	18	4	3	0	4	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	3	3	2	5	5	5	5	5	
7	26	7	60	6	5	3	8	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	4	3	3	2	3	4	3	2	4	
7	28	8	55	7	4	3	12	12	4	4	4	3	4	4	2	2	2	4	4	4	3	2	3	3	4	2	3	
3	14	5	14	4	2	0	7	3	5	4	5	5	2	2	1	1	1	4	4	4	4	2	4	3	4	4	5	
7	13	5	44	6	3	2	9	6	3	3	4	2	4	4	2	5	2	4	4	4	4	2	5	4	4	4	5	
4	13	5	27	4	3	0	3	3	3	2	3	2	1	4	1	1	1	4	2	2	4	2	5	4	4	4	3	
6	26	8	40	6	4	2	9	7	5	5	5	4	4	4	1	2	2	5	5	5	3	3	5	2	3	2	5	
5	14	5	29	5	4	0	2	2	4	2	3	4	2	2	2	2	1	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	
7	20	7	59	7	5	4	9	9	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	1	2	4	4	4	4	3	4	2	
8	15	5	66	7	4	3	8	5	4	4	4	5	4	3	3	1	1	5	4	4	4	3	5	4	4	4	5	
4	14	5	33	5	2	1	6	3	4	3	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	3	5	4	4	4	5	
6	10	6	26	5	3	0	11	5	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	5	
6	6	4	32	5	3	0	10	3	4	4	4	4	4	4	1	1	1	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	
7	20	6	67	7	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	3	3	3	4	3	2	3	5	
8	9	4	55	6	4	2	4	1	1	1	2	3	2	2	3	4	2	4	5	5	1	2	5	4	4	4	5	
7	24	7	62	6	5	3	10	10	2	2	2	2	4	4	4	2	1	3	3	3	3	2	4	3	3	2	2	
5	17	6	36	5	3	1	6	6	4	4	4	4	3	4	1	1	1	4	4	4	4	2	4	3	2	4	4	
6	7	4	32	5	4	0	7	7	5	5	5	4	4	4	1	1	2	5	5	4	4	2	4	2	4	4	5	
6	11	4	23	4	2	0	14	12	5	1	5	1	1	5	1	2	1	4	4	3	3	4	4	2	4	4	4	
7	22	7	69	8	4	4	10	7	4	3	4	1	2	2	1	1	1	4	5	5	5	1	5	4	4	4	4	
8	30	9	75	8	5	5	7	7	2	2	2	2	2	2	2	1	1	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	
6	10	4	29	5	4	0	2	2	4	4	4	5	2	3	3	1	1	3	4	4	4	2	5	4	5	5	5	
8	26	8	82	9	5	4	13	10	4	4	4	2	4	4	4	2	2	3	3	4	4	2	3	4	4	4	3	
3	4	3	4	1	0	0	7	7	5	5	5	5	5	5	1	5	1	4	1	1	1	5	1	1	1	1	5	
8	24	8	78	9	5	4	10	5	4	4	4	2	3	3	1	2	2	5	4	4	4	2	3	3	5	3	5	
5	8	4	21	4	3	0	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	
7	21	6	61	6	5	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	
6	25	8	60	7	5	2	4	4	2	2	2	1	2	2	1	2	1	4	4	4	4	2	5	4	4	4	5	
3	7	4	9	3	0	0	5	5	4	4	4	4	3	3	2	1	2	4	4	3	3	4	3	2	4	4	4	
3	5	3	9	3	0	0	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	3	3	3	3	2	5	4	4	3	4	
6	26	8	65	8	5	3	7	6	5	5	5	4	4	5	2	4	2	3	2	2	4	4	2	3	4	4	4	
5	11	4	23	4	3	0	6	6	4	4	4	1	2	2	1	1	1	4	4	2	4	2	4	4	4	4	5	
7	25	8	65	8	5	3	10	1	4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	2	2	3	4	4	4	4	4	
5	12	5	21	4	3	1	2	1	4	4	4	3	3	3	1	1	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	
7	21	6	69	7	5	3	5	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	3	4	3	4	2	3	4	4	3	5	
4	4	3	17	4	2	0	1	1	5	5	5	5	4	5	1	1	3	4	4	3	3	4	2	2	4	4	5	
7	13	5	47	6	4	1	4	1	5	4	5	4	4	3	3	3	4	5	2	2	1	3	2	3	3	2	3	
7	22	6	60	6	5	3	11	10	3	3	3	4	3	3	1	2	2	4	4	3	4	2	4	4	4	4	3	

IP21	IP22	IP23	IP24	IP25	IP26	IP27	IP28	IP29	IP30	IP31	IP32	Preis	VO	VO+	VMT	VMT+	Zugang	Zeitverlauf	Zyklisches Auftreten	Konsequenzen
4	4	4	2	4	2	4	3	3	2	2	2	1	2	0	1	1	Empfehlung	10	12	14
4	4	4	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	0	1	2	Empfehlung	10	10	10
5	5	5	3	3	4	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	Empfehlung	8	14	5
4	3	2	2	2	4	2	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	Empfehlung	12	10	10
3	3	2	2	4	3	3	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	Empfehlung	17	12	14
5	5	4	2	4	2	4	1	1	1	1	1	2	2	0	1	1	Empfehlung	21	12	7
5	4	4	2	4	2	4	4	3	4	2	2	2	2	0	1	1	Empfehlung	14	12	17
3	4	3	1	4	2	4	1	1	1	1	1	2	2	0	2	0	Empfehlung	12	11	8
5	3	5	2	1	3	4	1	3	3	1	1	2	1	1	1	2	Empfehlung	22	10	13
3	2	4	2	4	2	4	2	3	3	3	3	2	1	1	2	0	Zufall	16	12	9
4	3	4	4	2	4	4	2	2	2	2	2	1	2	0	1	1	Empfehlung	18	14	8
5	3	5	3	4	1	4	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	Empfehlung	20	12	9
5	5	5	4	4	1	4	1	1	2	1	1	2	2	0	1	1	Empfehlung	18	13	11
5	4	4	4	4	2	4	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	Empfehlung	18	14	16
4	2	4	2	4	2	5	2	2	2	1	1	2	2	0	2	0	Empfehlung	18	13	11
5	3	2	2	2	4	4	4	2	4	1	1	2	2	0	2	0	Empfehlung	19	12	14
5	4	4	3	2	3	4	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	Empfehlung	9	12	13
2	2	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	2	0	1	1	Empfehlung	10	16	12
4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	2	0	1	1	Empfehlung	10	16	12
5	5	4	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	2	0	1	1	Empfehlung	17	6	11
3	4	3	2	4	3	5	4	3	4	3	3	2	2	0	1	1	Empfehlung	16	14	16
5	5	5	1	1	1	1	5	4	1	1	1	2	1	2	1	1	Empfehlung	25	4	17
5	5	5	2	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	0	1	1	Empfehlung	16	10	11
2	3	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	2	2	0	2	0	Empfehlung	18	12	17
2	4	2	3	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	Zufall	16	12	18
5	5	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	2	0	Empfehlung	9	6	8
4	3	4	3	3	2	2	2	4	4	2	2	2	1	1	1	1	Empfehlung	20	10	11
5	3	4	1	3	1	4	3	3	1	1	1	2	2	0	1	1	Empfehlung	9	9	7
2	4	3	4	2	4	2	2	4	4	3	2	2	2	0	1	1	Empfehlung	23	12	17
5	4	4	2	2	2	4	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1	Empfehlung	15	10	7
4	4	3	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2	0	1	1	Empfehlung	19	10	11
4	4	4	4	3	2	4	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	Empfehlung	19	13	9
5	4	4	2	2	2	2	4	3	3	2	1	2	1	1	1	1	Empfehlung	13	8	8
5	5	4	2	2	2	2	3	4	3	3	3	2	2	0	1	1	Zufall	24	8	14
5	3	5	2	2	1	1	4	4	4	4	2	2	1	1	1	1	Empfehlung	21	6	17
3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	2	2	0	1	1	Empfehlung	15	14	11

Persönliche Kontrolle	Behandlungskontrolle	Kohärenz	Emotionale Repräsentation
17	17	20	12
20	16	20	10
14	20	25	5
13	12	17	13
15	12	14	7
16	15	23	5
16	17	23	15
12	17	16	5
20	12	23	9
15	15	16	14
8	15	17	10
18	17	23	5
16	17	25	6
16	16	23	9
17	16	18	8
14	12	21	12
15	17	23	10
12	13	10	19
16	11	19	11
18	14	24	8
14	14	14	19
19	17	23	14
16	16	16	11
14	19	24	12
14	15	16	17
7	4	25	12
17	14	25	11
16	16	12	18
14	14	16	12
16	17	24	5
14	13	19	14
12	16	21	9
11	13	17	15
14	16	23	10
6	16	19	14
16	15	20	5
14	14	23	13
14	12	24	16
10	11	18	18
15	16	15	15

8.5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Common Sense Model of Illness Representation nach LEVENTHAL et al. (1980)	14
Abbildung 2: Graphische Darstellung der Faktorenstruktur des Fragebogens nach ZENZ et al. (1996, S. 11)	27
Abbildung 3: Mittelwerte der PATEF-Skalen-Rohwerte im Studienkollektiv und im Vergleich dazu die Norm nach Zenz et al. (1996)	33
Abbildung 4: Anzahl der männlichen und weiblichen Patienten	43
Abbildung 5: Anzahl der Patienten in den Altersgruppen	44
Abbildung 6: Mittelwerte der PATEF-Skalen-Rohwerte nach Therapieform getrennt dargestellt	45
Abbildung 7: Ergebnisse Gesamtscore-Interpretation (Angaben in Prozent)	45
Abbildung 8: Ergebnisse Krankheitstheorie (Angaben in Prozent)	46
Abbildung 9: Ergebnisse naturalistisch vs. psychosozial (Angabe in Prozent)	47
Abbildung 10: Ergebnisse Symptom erlebt (Angaben in Prozent)	48
Abbildung 11: Ergebnisse Symptom verursacht (Angaben in Prozent)	49
Abbildung 12: Mittelwerte der IPQ-Ergebnisse, nach Therapieform getrennt dargestellt	50
Abbildung 13: Einfluss des Therapiepreises auf die Wahl der Therapieform (Angaben in Prozent)	50
Abbildung 14: Vorerfahrung mit einem Osteopathen (Angaben in Prozent)	51
Abbildung 15: Vorerfahrung mit einem Manualtherapeuten (Angaben in Prozent)	52
Abbildung 16: Zugang zur Therapie (Angaben in Prozent)	52

8.6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Merkmale Alltagstheorie gegenüber wissenschaftliche Theorie	11
Tabelle 2:	Ergebnisse Geschlecht (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	32
Tabelle 3:	Ergebnisse Alter (Angaben in Mittelwerten (M), Standardabweichungen (SD) und Minimum (Min) und Maximum (Max))	33
Tabelle 4:	Ergebnisse PATEF aufgeteilt nach Osteopathie- und Manualtherapie-Patienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standardabweichung (SD))	34
Tabelle 5:	Ergebnisse PATEF aufgeteilt nach männlichen und weiblichen Osteopathie-Patienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standardabweichung (SD))	35
Tabelle 6:	Ergebnisse PATEF aufgeteilt nach männlichen und weiblichen Manualtherapie Patienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standard-Abweichung (SD))	35
Tabelle 7:	Ergebnisse Krankheitstheorie (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	36
Tabelle 8:	Ergebnisse Naturalistisch vs. Psychosozial (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	36
Tabelle 9:	Ergebnisse Gesamtscore-Interpretation (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	37
Tabelle 10:	Ergebnisse Gesundheitsverhalten (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	37
Tabelle 11:	Anteil der Patienten, welche im Verlauf der Erkrankung verschiedene Symptome erlebt haben bzw. die Symptome durch ihre Erkrankung verursacht sehen	39
Tabelle 12:	Ergebnisse IPQ aufgeteilt nach Osteopathie- und Manualtherapie-Patienten (Angaben in Mittelwerten (M) und Standardabweichung (SD))	40
Tabelle 13:	Ergebnisse Einfluss des Preises (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	41
Tabelle 14:	Ergebnisse Vorerfahrung Osteopathie (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	41
Tabelle 15:	Ergebnisse Vorerfahrung Manualtherapie (Angaben in Anzahl und Prozent (%))	42
Tabelle 16:	Ergebnisse Zugang zur Therapie (Angabe in Anzahl und Prozent (%))	42

8.7 Zusammenfassung (englisch)

Summary

Subjective theories of illness of patients with the clinical picture low back pain

About four years ago I introduced osteopathy in my independent surgery and have offered it since as a separate form of therapy. Apart from osteopathy we also offer manual therapy – which is done by my colleagues. Over the years it has happened repeatedly that patients indicated a need for advice as to which therapy method would be the one best suited for their needs. It is out of this specific need for guidance that the idea for the present study was born and also the key question: Is there a typical osteopathy or manual therapy patient?

Between the two forms of therapy there are clear differences in concept and treatment approach. Osteopathy understands the human being with his manifold structural, functional and biochemical connections as an inseparable unity of body, spirit and soul. The body is conceived as consisting of three didactic anatomic areas: the parietal, the visceral and the cranio-sacral system (CROIBIER, 2006). Manual therapy, on the other hand, uses a systematic physiotherapeutic examination and treatment of the musculoskeletal system with the following techniques: traction, translation, mobilisation and manipulation (DAHL et al., 1999). This means: manual therapy follows a more mechanic treatment approach whereas osteopathy conceives the human being in a physically-psychologically interactive way.

Even before the first consultation with an expert a patient in need of treatment develops initially his own causal theories also known as subjective theories of illness. They describe the patient's ideas about the nature, the genesis and the treatment of his illness (FALLER, 1997). With these ideas in mind, the patient enters the surgery. During the anamnesis consultation at the very latest he will describe these assumptions. This is often where the first communication problems between patient and therapist occur. Patients talk about their complaints which the therapist doesn't understand. The therapist in return presents explanation and treatment models which the patient then does not understand (LANGEWITZ et al., 1998). This has the undesirable effect of the patient disregarding the medical-therapeutical recommendation and perhaps even the termination of the treatment (MYRTEK, 1998).

This risk could be reduced if patients with a certain subjective theory of illness met directly with the appropriate treatment method and the corresponding therapist. This would suggest, e.g. that patients with naturalistic causal theories would tend to choose the mechanical treatment approach of manual therapy, whereas patients with psycho-social causal theories would tend to choose the physical-psychological treatment approach of osteopathy.

This research project wants to examine this assumption empirically. If there is a link between the causal theory about the patient's existing complaints and the therapy method he chooses there would be a possibility to refer patients directly towards osteopathy or manual therapy. This would ensure that the patient's causal theory with the corresponding specific treatment expectation finds the appropriate treatment approach. The causal theory can be diagnosed with a suitable questionnaire (PATEF; ZENZ et al., 1996) and the nature of the treatment can be decided on accordingly.

As an example for this study the clinical picture or symptoms of the low back pain was chosen. It is defined as a pain or discomfort in the back between the lowest costal arch and the gluteal folds (AIRAKSINEN et al., 2006). Psycho-social stressors are considered as the main risk factors for low back pain. (WYDRA, 1993, STRAUB, 1993). They are not only part of the origin of the back pain, but influence its development as well (HASENBRING, 1992). This high proportion of psychosomatics makes the low back pain a suitable clinical picture to record the associated subjective theories of illness of the patients, which have so far been taken into consideration mainly in a psychotherapeutic, psychiatric, psychological and medical-psychological context.

For this master thesis the causal theories for the clinical picture of low back pain were recorded with the help of a standardised patient theory questionnaire which is meant to help the patient put into words the possible causes for his complaints (ZENZ et al., 1996). After the analysis of all the results the following research question will be answered: **Is there a difference between patients with the clinical picture of low back pain who consult either an osteopath or a manual therapist with regards to their subjective theory of illness?**

Theoretical principles of subjective theories of illness

The confrontation of a human being with illness and the ideas, cognitions and emotions linked with it are called subjective theory of illness. The subjective theory of illness describes the exact ideas of a patient about the nature, the genesis and the treatment of the illness (FALLER, 1997). The role of the subjective theory of illness for the patient is to recognize and cope with illness even before medical help is called upon. It serves to define the situation and gives certainty of orientation. That means it allows a retrospective explanation of events that have already happened (including their justification) and also the prediction of future events. This facilitates the development of recommendations for actions in the therapy (FLICK, 1991).

The construction of subjective theories of illness originates in individual conditions as well as in socio-cultural and historical conditions (BECKER, 1984). What needs to be taken into consideration particularly when studying subjective theories of illness is the high proportion of

emotionality and fear, as we are dealing with the sensitive area of illness (FALLER, 1998; VERRES, 1989; FLICK, 1998).

Attribution as an element of subjective theories

The novelty and lack of experience in the confrontation with an illness causes a feeling of insecurity and attribution in the human being (FILIPP et al., 1997). The attribution theory is part of the subjective theory of illness (WÜSTNER, 2001). Attribution is the term for the causal attribution of certain events and actions (WEINER, 1994). The confrontation with an illness generates the central questions “Why?” and “Why me?”. This is the point of departure for the cognitive processing of a stroke of fate which finds its expression in attribution (SCHWARZER, 2004). However, attribution already contains ideas about forms of clinical intervention. The reason why attribution plays a decisive part in the studies for this master thesis is that it can be assumed that – depending on the patient’s causal theory – there is a preference concerning the different therapy concepts of osteopathy and manual therapy.

Common Sense Model of Illness Representation

The reciprocal correlations between the above-mentioned cognitive processes and the coping strategies represent the Common Sense Model of Illness Representation according to Leventhal (LEVENTHAL et al., 1980). The cognitive processes form the central part and the point of departure of self-regulation and refer to the following components: identity (i.e. the symptoms associated with the illness), the development and duration of the illness, the consequences, the causes, and the control/curability of the illness through self-control on the one hand and intervention by an expert on the other hand (LAU et al., 1983).

The Common-Sense self-regulation model emphasizes as well that the cognitive representations of the illness regulate the choice and application of coping behaviours and eventually influence the health-related result. The basic assumptions of the Common-Sense self-regulation model are supported empirically by a multitude of individual studies and meta-analyses (HAGGER et al., 2003).

Treatment expectations and compliance

Compliance means the observance of a medical prescription (ZENZ et al., 1996). The patient weighs up if the effort of the treatment could lead to the desired result and shows compliance only if benefit and effort appear proportionate (MYRTEK, 1998). Specifically for this master thesis it seems important that a common understanding between doctor and patient about the subjective theory of illness is established. If this doesn't happen it could be one of the main reasons for non-compliance (BECKER, 1984).

The problem of non-compliance is also closely related to the patient's expectations with regards to the treatment method. Therefore the question of the treatment expectations is imperative after having dealt with the question of the subjective theory of illness (PLAUM, 1968). From the point of view of the patient the treatment has to eliminate or reduce the causes which are responsible for the complaints according to the subjective theory of illness (ZENZ et al., 1989). This means e.g. a psycho-social idea of the causes expects a psycho-social treatment, a physical-somatal idea of the causes, by contrast, calls for a physical-somatal treatment (FALLER, 1997, ZENZ et al., 1978). If the patient's expectation in this area is not met the risk of non-compliance is clearly greater.

Introduction and definition of the term “low back pain”

The low back pain is a pain or discomfort in the back between the lowest rib arch and the gluteal folds, sometimes spreading into the legs (AIRAKSINEN et al., 2006). Depending on the duration of the pain we differentiate three phases of low back pain which build up chronologically. Episodes of pain that last for less than six weeks are called acute pain. Subacute pain lasts for longer than six but less than twelve weeks. Pain that lasts longer than twelve weeks is called chronic pain (VAN TULDER et al., 2002). Low back pain is one of the most widespread common illnesses in the Western industrial nations. Expressed in percentages that means: For a point prevalence of 25-40 % every third person will answer in the affirmative when asked if he has a low back pain that day.

The lifetime prevalence lies by approx. 80 % (WHO, 2003), the complaints start generally in middle age (PFINGSTEN et al., 1999). This means the group of people between their 30th and their 59th year who are at the same time in the economically most productive phase of their lives (EHRlich et al., 1999). We distinguish between specific and non-specific low back pain (KOES et al., 2006). A non-specific back pain has no patho-physiological cause. A clinical examination of patients with subjective back pain does not always lead to clear diagnostic findings (KEMPF, 1999). This form of

back pain applies to 90 % of all affected people (PFINGSTEN et al., 1999).

The remaining 10 % have an underlying patho-physiological cause. This low back pain is called specific back pain. Hereby almost all the parts and structures that contribute to the functioning of the spine can trigger the pain (DEYO, 2001, VAN ROY et al., 2001).

When looking at non-specific back pain psychological factors are being discussed as well, which trigger a predisposition for the occurrence or a chronification in the patient. Constant work-related or private stress, an existing depression and personal pain relevant cognitions are mentioned (HASENBRING et al., 2001). Even for specific back pain the ability to cope with the illness can be crucially influenced by psychological and social factors in addition to the somatic changes (GRALOW, 2000), and even the pain as such is considered as an expression of a repelled inner psychological conflict by the psychoanalytically influenced psychosomatic medicine (DISSE et al., 1996)

Treatment approaches for low back pain

Due to the multiple causes for low back pain there are many treatment approaches that can be chosen from after the appropriate diagnosis by anamnesis, clinical examination and possible additional clinical diagnostics (imaging methods, laboratory). Alongside pharmacological treatment approaches there is the physical therapy, physiotherapy, massages, manual therapy and acupuncture (AIRAKSINEN et al., 2006). In recent years osteopathy has also been brought in more and more often as an alternative or complementary treatment approach. Due to the question that is asked in this master thesis there will hereafter be compared the treatment approaches of osteopathy and manual therapy.

Manual therapy

Manual therapy constitutes a specialisation within the physiotherapy and requires a two year postgraduate training. Unlike the physiotherapist the manual therapist has further, deeper knowledge of joint anatomy, physiology and joint mechanics. They enable him to offer a specific diagnosis and therapy of the locomotor system, which helps to ease pain and correct movement disorders. Manual therapy is the “part of the manual medicine performed by the therapist on the basis of biomechanics and reflexology to treat dysfunctions of the organs of movement with reflective consequences. It comprises active and passive stretching of shortened muscular and neural structures, strengthening of weakened antagonists and joint mobilisations through

translatory joint mobilisations and the application of a targeted impulse-free mobilisation or the application of soft tissue techniques. The physiotherapeutic manual therapy does not contain any passive manipulation techniques of blocked joint structures of the spine.” (BUNDESVERBAND SELBSTSTÄNDIGER PHYSIOTHERAPEUTEN (Federal association of independent physiotherapists) – IFK E.V., 2011)

Seven systematic reviews have examined the effectiveness of manual therapy for acute back pain. In comparison with the placebo treatment a short-term clinically relevant superiority of manual therapy (pain development and mobility) could be noticed which could not be established after 6 months (ASSENDELFT et al., 2004; BIGOS et al., 1994; BRONFORT G., 1999; EVANS et al., 1996; KOES et al., 1996; SHEKELLE et al., 1992; VAN TULDER et al., 1997).

Osteopathy

The osteopathic medicine – or osteopathy – is a branch of the medical sciences and is based on the philosophical principles of Dr. A.T. Still, MD, DO. It connects these principles with the generally accepted standards of medicine. Osteopathic medicine emphasizes the interrelationship between structure and function and assists the ability of the organism to use saluto-genetic resources to restore and preserve health. It contains a comprehensive manual examination, diagnostic, therapy and prevention of dysfunctions in the musculo-skeletal system (parietal), in the visceral organs (visceral) and in the peripheral and central nervous system (cranio-sacral) (EUROPEAN REGISTER FOR OSTEOPATHIC PHYSICIANS, 2011).

Based on the osteopathic philosophy and its four basic principles (1. The role of the artery is essential, 2. The body is a functional unity, 3. The function determines the bodily structure and vice versa, 4. The body has the ability of self-regulation) the second basic principle describes the body as an unity which can only function as a whole (STILL, 1899, REPRINT 2006). An osteopathic treatment understands therefore the body as psychologically and physically interactive and pursues not only the mechanical approach of the restoration of the joint mechanics like chiropractic does. Hence osteopathy with its holistic approach, as opposed to chiropractic, examines the whole body of the patient. Based on the examination results the osteopath then chooses from his pool of parietal, visceral and cranio-sacral techniques to treat the diagnosed dysfunction (HIPPEL, 2006).

Five studies, one of which was published in the New England Journal of Medicine and another one in the Lancet, examined the effectiveness and efficiency of defined osteopathic techniques or osteopathic treatments for back pain (LICCIARDONE et al., 2003; ANDERSSON et al., 1999; WILLIAMS et al., 2003; GIBSON et al., 1985; MACDONALD et al., 1990). A meta-analysis was

published about this, according to which the osteopathic treatment reduces the back pain significantly, stronger than the placebo, and for at least 3 months. (Effect size -0.30; 95 %KI -0.47 to -0.13; P= .001). Licciardone et al., 2005).

Methodology:

Study design and presuppositions

The present paper is a quantitative social research study. This study records the subjective theories of illness of patients with low back pain who consult a manual therapist or an osteopath. Subsequently it will be investigated if there is a difference regarding the subjective theory of illness between the patients who go to see an osteopath and those who consult a manual therapist. The presupposition that patients with the clinical picture of low back pain who consult an osteopath or a manual therapist differ regarding their subjective theory of illness is based on the idea that osteopathy pursues a holistic treatment approach that includes physical as well as psychological systems (CROIBIER, 2006), while manual therapy pursues a purely physical-mechanical treatment approach (KALTENBORN, 1992).

Therefore it seems fair to assume that patients with a mainly psycho-social theory of illness would tend to consult an osteopath, while patients with a naturalistic theory of illness would tend to consult a manual therapist.

A further presupposition can be expressed as follows:

Patients with the clinical picture of low back pain who consult either an osteopath or a manual therapist don't differ regarding their subjective theory of illness.

Recruiting and course of study

The surgery in which the study takes place is a private surgery according to the Alternative Medical Practitioners Act. This means that it acts as "First Contact Practitioner". This includes a direct patient frequentation with own diagnosis without referral through a conventional medical practitioner. In this way the personal choice of the therapy method with regard to the patient's free will is encouraged.

The patient enters the surgery, introduces himself at the reception desk and books personally and unaided either an appointment with an osteopath or a manual therapist. After a positive anamnestic

diagnosis of “low back pain” through the osteopath or the manual therapist and the compliance with the inclusion and exclusion criteria the patient can participate in the study and fill in the questionnaires. The sample size is 26 patients per research group (n=52).

The research groups are divided into osteopathy and manual therapy. At a previously randomly fixed date and after anamnestic diagnosis and compliance with the inclusion and exclusion criteria the patients receive a prepaid and addressed envelope to take home, which contains the three questionnaires (PATEF, IPQ-R and an additional data capture sheet of methodological relevance).

Inclusion criteria

The inclusion criteria define specific characteristics which the patients have to possess in order to take part in the research study. This guarantees the homogeneity and validity of the study. Accordingly all female and male participants are between 18 and 70 years old, they have been diagnosed with low back pain (as per anamnesis) and the patients have given their consent to the participation in the study.

Exclusion criteria

The exclusion criteria define specific characteristics which lead to a direct exclusion from the participation in the study as the patients could otherwise distort the result of the study. This includes on the one hand the non-compliance with one of the inclusion criteria and on the other hand the direct prescription of the therapy through a medical practitioner.

Measuring instruments for the data capture

The standardised patient theory questionnaire (PATEF) by Zenz et al. (1996) helps the patient to find words for the theories about the genesis of his current complaints.

Reliability: The inner consistency of the scale values lies between $\alpha = .72$ and $\alpha = .93$ (Cronbach's Alpha); the stability over a period of three weeks, conform to the concept, is lower ($r = .70$ to $r = .79$).

Validity: The questionnaire is factor-analytically construct-validated. Numerous studies with varying patient groups document the criteria-related validity of the questionnaire. The results of the

study collective have been compared with those of the norm sample according to Zenz et al. (1996).

The "Illness Perception Questionnaire" (IPQ) (WEINMANN et al., 1996) serves the qualitative recording of cognitive representations of illness based on the "Common Sense Model of Illness Representation" (LEVENTHAL et al., 1980). The questionnaire used for this study is the revised version of the "Illness Perception Questionnaire" which is called "Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)" (MOSS-MORRIS et al., 2002).

Reliability: The inner consistency of the scale values lies between $\alpha = .70$ and $\alpha = .87$ (Cronbach's Alpha).

Validity: The questionnaire is factor-analytically construct-validated. Numerous studies with varying patient groups document the criteria-related validity of the questionnaire (GLATTACKER, 2009).

The Illness Perception Questionnaire has already been used in over 100 studies (PETRIE et al., 2007), translated in 15 languages and adapted for specific illnesses (GLATTACKER, 2006). In order to minimize methodological errors as much as possible and to guarantee a homogeneity and comparability of the two research groups the patients received an additional data capture sheet with questions on the subject of price influencing, previous experience and access to the kind of therapy chosen by the patient.

Results

The sample consists in $n=40$ patients. 22 patients in the osteopathy group (16 female and 6 male) aged between 33 and 69. 18 patients in the manual therapy group (9 female and 9 male) aged between 24 and 69 years. There is no significant difference of sex ($p=0.05$) and age (0.29) between the groups. The evaluation of the PATEF (ZENZ et al., 1996) doesn't reveal any significant differences between osteopathy and manual therapy patients when comparing the scale raw values. The total score of the study collective is higher than the norm according to Zenz et al. (1996). This suggests according to Zenz et al. (1996) a strong fear of illness in the patients, strong subjective stress and limitation through the illness and also the tendency to react to stress with somatic symptoms.

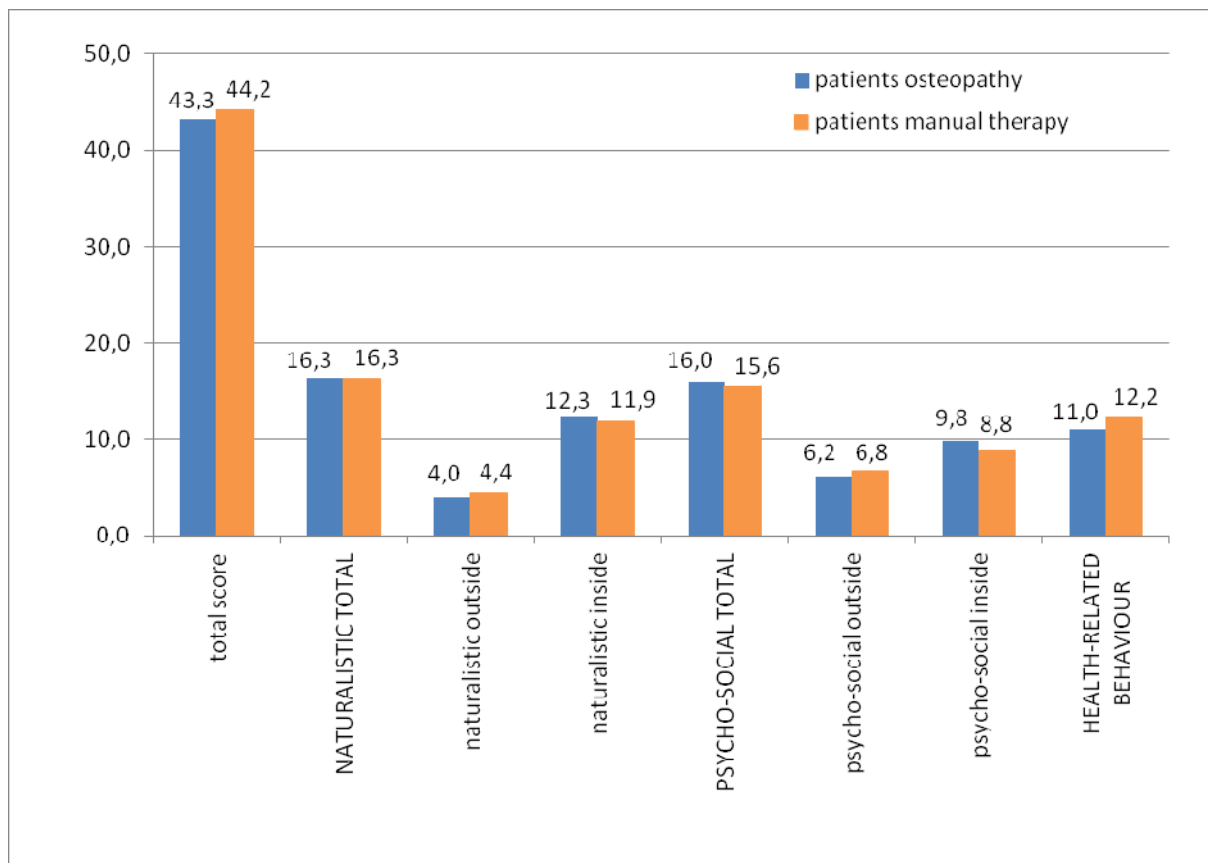


Fig. 2: Average values of the PATEF-scale-raw-values represented separately according to the therapy form

67.5 % of the study collective shows a “cloudy” illness theory. This concerns, according to Zenz et al. (1996) those patients who have often been suffering from their complaints for a longer time, state more pain and therefore feel more stress. 40.0 % have a high level of fear regarding their illness, and 50.0 % are undecided about the cause theory. Looking at the three main dimensions it shows that the health-related behaviour amounts to 35 %, the psycho-social scale to 20.0 % and the naturalistic scale of the total collective to 7.5 %.

When evaluating the IPQ-R (WEINMANN et al., 1996) there is a significant difference ($p=0.04$) in the experience of their symptoms by the osteopathy patients. The percentage of symptoms is higher by 10.7 % for the osteopathy patients, the three most frequently mentioned symptoms are pain (100.0 %), joint pain (81.8 %) and sleeping disorder (72.7 %). The manual therapy patients mention pain (94.4 %), exhaustion (72.2 %) and joint pain (77.8 %).

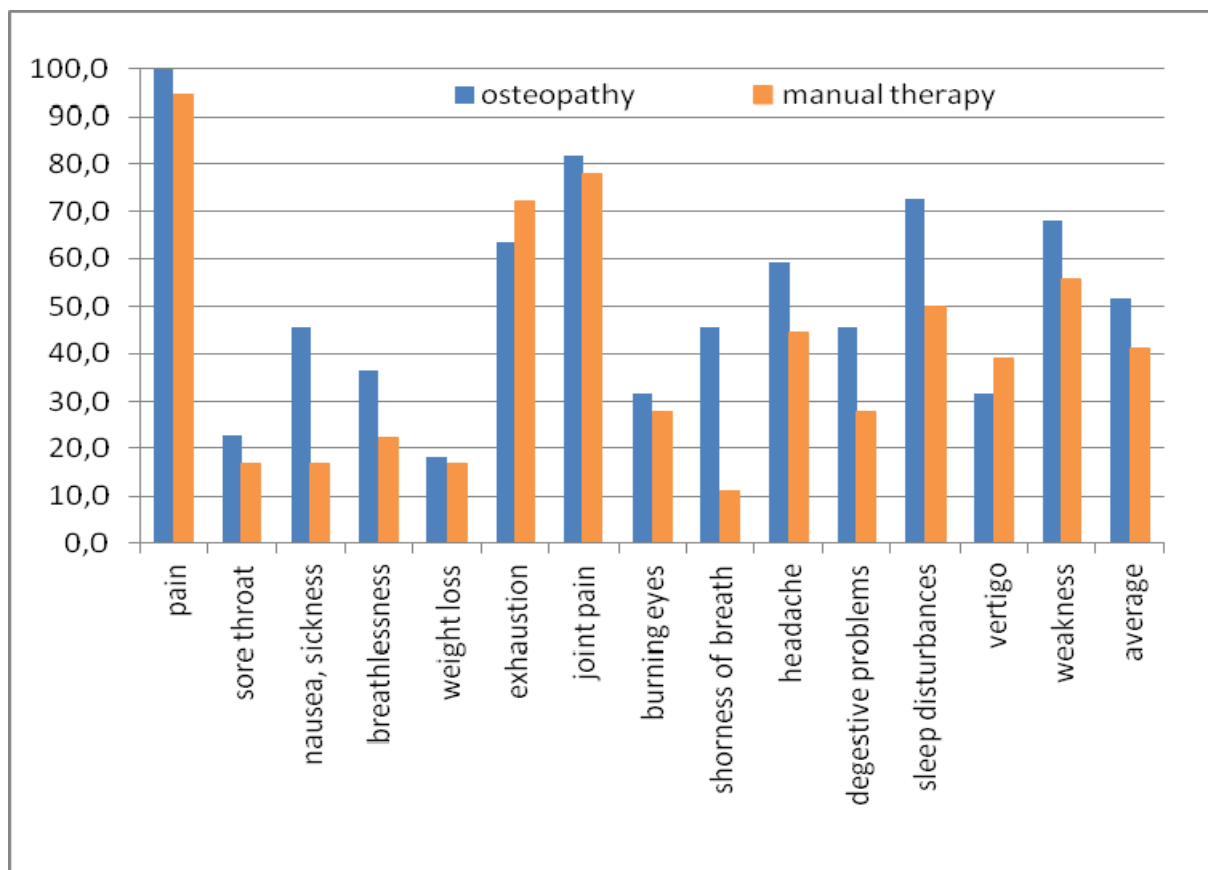


Fig. 3: Results for symptoms experienced (in percent)

Osteopathy patients display a highly significant difference ($p=0.01$) in the perception of a cyclic occurrence of their illness and experience a significantly ($p=0.03$) higher controllability of their illness by themselves.

Tab. 1: Results IPQ divided into osteopathy and manual therapy patients
(information in averages (A) and standard aberrance (SA))

	Osteopathy		Manual therapy		t-test
	A	SA	A	SA	p-values
Symptom experienced	7.27	3.30	5.67	3.53	0.15
Symptom caused by illness	5.18	3.36	4.22	3.00	0.35
Time behaviour	15.45	4.32	16.94	4.77	0.31
Cyclic occurrence	12.27	1.72	9.83	3.01	0.01(**)
Consequences	10.91	3.05	12.11	3.97	0.30
Personal control	15.50	2.81	13.33	3.07	0.03(*)
Treatment control	15.09	2.33	14.28	3.20	0.37
Coherence	19.86	4.12	19.83	3.07	0.98
Emotional representation	10.27	4.20	12.61	3.81	0.07

The question about the influence of the price on the therapy decision does not show a significant difference between osteopathy and manual therapy patients ($p=0.16$). 95 % of the study collective denies the influence of the price on the therapy decision.

For the question about a positive or negative previous experience apropos of the two therapy methods the results are as follows: There is no significant difference between osteopathy patients and manual therapy patients in terms of previous experience with osteopathy ($p=0.49$) as well as previous experience with manual therapy ($p=0.54$). It should be mentioned here that 50.0 % of the osteopathy patients and 61.1 % of the manual therapy patients have no previous experience with osteopathy. The results for the question about the access to the chosen therapy method presents itself as follows: 37 (92.5 %) of the patients get to the chosen therapy method through recommendation and 3 study participants (7.5 %) get to it by chance.

Discussion

The research question if there is a difference between patients with the clinical picture of low back pain who consult either an osteopath or a manual therapist with regards to their subjective theory of illness can be answered based on this master thesis with the presupposition that there is no difference between the two patient groups in their subjective theories of illness.

For a critical reflection on the study first of all the study clientele, which presents itself in the outcome of the study in a very homogenous way, will be looked at. As a possible cause should be mentioned here that the surgery in which the study was conducted used to be a pure physio or manual therapy surgery. After the appropriate training programmes about 4 years ago the osteopathy has been introduced alongside to the surgery. The patient clientele appears therefore rather surgery specific than therapy specific, which could be an explanation for the homogenous structure of the subjective theories of illness.

The fact that 67.5 % of the total study clientele did not commit to a specific illness theory – i.e. showed a “cloudy” illness theory – indicates possibly that the patients have developed an illness theory that couldn’t be incorporated into the questionnaires (ZENZ et al., 1996). From this point of view the study about “Cause theories of rehabilitants with chronic back pain in their subjective theories about their illness” (WAGNER et al., 2002) should be introduced here. The study criticises among other things that previous research approaches and offers of treatment did not take into account sufficiently the individual situation of the patient, his ideas and his model about his illness.

The study by Wagner et al. (2002) examines among other things which cause theories patients show in their subjective theories of illness. What is considered as critical – and that applies also to the present master thesis – is the use of binomial measuring systems (GIGERENZER, 1981) as they only allow the possibility to answer items in a standardised way in form of ratings. In this measuring theory the relation “object times characteristic” is applied. The disadvantage of this questionnaire method consists in the non-consideration of the individual's competence to form models. Therefore the study by Wagner et al. (2002) uses a trinomial measuring system (GIGERENZER, 1981). For this measuring system the relation “individual times object times characteristic” is applied.

With the help of these measuring systems the study investigates which cause theories patients show in their subjective theories. As a result it becomes apparent that all 42 patients had individual, differentiated ideas about the genesis of their illness. All in all 24 different cause theories were put forward, which were combined into a superordinate modal structure. According to this, all patients (100 %) assume in their theories influenceable external factors (e.g. monotonous posture, work-related demands). 93 % of all patients consider physical causes, 62 % their own behaviour patterns as a cause for the illness. 60 % of the patients point out psychological causes for their back pain and 33 % of the patients name the ambient temperature as a cause.

With the help of the trinomial measuring system (GIGERENZER, 1981) different ideas about the causes of their illness could be discerned in all patients, whereas the binomial measuring system (GIGERENZER, 1981), which has also been used in the present master thesis, produces mainly “cloudy” theories of illness. In terms of the investigation in subjective theories of illness the individual expression of cause theories presents an advantage.

Recommendation for further studies

During the conduct and evaluation of the present master thesis some points of criticism have become apparent which were not obvious during the preliminary stages and during the planning of the study. To research into the topic of patients' subjective theories of illness, it would have been advisable to study patients from surgeries that offer either only the therapy approach of osteopathy or work exclusively in the area of manual therapy. This would guarantee that the respective clientele effectively had made a choice on therapy-specific grounds.

Additionally it is recommended to work with patients who have previous experience with the respective kind of therapy. Only if a patient knows what the therapy involves can he express clearly why he decided to choose this kind of therapy. As an example, a patient who – as in the present

study – had no previous experience with osteopathy (55.0 %) can't evaluate how an osteopath works. Methodologically, it would make sense to work in future studies of this kind with a trinomial measuring system as well, like in the study by Wagner et al. (2002), to determine the individual subjective theories of illness. As the trinomial measuring system is carried out directly in the surgery there would also be a possibly lower drop-out figure. The intended sample size could thus be presented in a more realistic way.

Conclusion

In the present master thesis with the title "Subjective theories of illness of patients with the clinical picture low back pain " the research question if there is a difference between patients with the clinical picture of low back pain who consult either an osteopath or a manual therapist with regards to their subjective theory of illness was to be investigated. In terms of the allocation of the therapy forms of osteopathy or manual therapy to a psycho-social or naturalistic cause theory the presupposition that there was no difference for patients with the clinical picture of low back pain was confirmed.

It emerged, however, that patients who chose osteopathy as their therapy form think more about the cause of their illness but tend to be undecided as to the determination of it and develop mainly nondescript theories in terms of the positioning in direction of psycho-social vs. naturalistic. Highly significant is the opinion of the osteopathy patients that their illness appears in cycles and that their personal influence on the illness is seen as significantly more definite than for the manual therapy patients. Moreover, the osteopathy patients perceive the intensity of their symptoms more acutely and indicate a greater identity of the symptoms with their illness.

Bibliography

ANDERSSON, G.B., LUCENTE, T., DAVIS, A.M., KAPPLER, R.E., LIPTON, J.A., LEURGANS, S. (1999). A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *N Engl J Med*.1999;341:1426-1431.

ASSEDELFT, W.J.J., MORTON, S.C., YU E. (2004). Spinal manipulative therapy for low back pain (Cochrane Review). *The Cochrane Library*; 1.

AIRAKSINEN, O., BROX, J-I., CEDRASCHI, C., HILDEBRANDT, J., KLABER-MOFFETT, J., KOVACS, F., MANNION, A.F., REIS, S., STAAL, J.B., URSIN, H., ZANOLI, G. (2006): Chapter 4.

European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. European Spine Journal, 15: S192-S300.

BASLER, H.D., JÄKLE, C., KRÖNER-HERWIG, B. (1997). Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomised study in Germany pain treatment centers. Patient Education and Counseling, 31, 113-124.

BECKER, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. Psychotherapie, Medizinische Psychologie 34:313-321.

BIGOS, S., BOWYER, O., BRAEN, G. (1994). Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. AHCPR publication no. 95-0642. Rockville: MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

BRONFORT, G. (1999). Spinal Manipulation: current state of research and its indications. Neurol Clin; 91-111.

BUNDESVERBAND SELBSTSTÄNDIGER PHYSIOTHERAPEUTEN - IFK E. V. (2011). Patienten-Information: Manuelle Therapie. Letzter Zugriff 16.09.2011.

www.ifk.de/inhalt/index.php?option=com_content&task=view&id=124&Itemid=93.

CROIBIER, A. (2006): Diagnostik in der Osteopathie. München: Urban und Fischer.

DAHL, H., RÖßLER, A. (1999): Grundlagen der manuellen Therapie. Stuttgart: Thieme.

DEYO, R.A. (2001): Low back pain. New England Journal of Medicine 2001; Vol 344 (5): 363-370.

DISSE, O., BÖDEFELD, P., SEGEL, N., JACOBS, M. (1996): Psychosomatik und Motorik. In: RIEDEL, H., SANDWEG, R. (Hrsg.): Die Behandlung der psychosomatischen Erkrankungen des Bewegungssystems und ihre Ergebnisse. Vortragssammlung zur 4. Fachtagung der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule“ Blieskastel, 23.-25.11.1995 (S. 7-20). Blieskastel: Selbstverlag der Stiftung „Psychosomatik der Wirbelsäule“.

EHRlich, G.E., KHALTAEV, N.G. (1999): Low back pain initiative. Department of Noncommunicable Disease Management. Geneva: World Health Organization.

EUROPEAN GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN (2005).

EUROPEAN REGISTER FOR OSTEOPATHIC PHYSICIANS (2011).
www.erop.org/definition.shtml. Letzter Zugriff 04.05.2011.

EVANS, G., RICHARDS, S. (1996). Low back pain: an evaluation of therapeutic interventions. Bristol: Health Care Evaluation Unit, University of Bristol.

FALLER, H. (1997): Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 45:264-78.

FALLER, H. (1998): Somatisierung, Krankheitsattribution und Public Health. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 46(3):193-214.

FILIP, S.H. u. AYMANN, P. (1997): Subjektive Krankheitstheorien. In: SCHWARZER, R. Göttingen: Hogrefe.

FLICK, U. (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. In: FLICK, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen (S. 14-18). Heidelberg: Asanger.

FLICK, U. (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa.

GIBSON, T., GRAHAME, R., HARKNESS, J., WOO, P., BLAGRAVE, P., HILLS, R. (1985). Controlled comparison of short-wave diathermy treatment with osteopathic treatment in non-specific low back pain. Lancet. 1985;1 (8440):1258-1261.

GIGERENZER, G. (1981): Messung und Modellbildung in der Psychologie. München: Reinhardt.

GLATTACKER, M. (2006): Subjektive Krankheitskonzepte von Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation. Tönning: Der Andere Verlag; 2006.

GLATTACKER, M., BENGEL, J., JÄCKEL, W.H. (2009): Die deutschsprachige Version des Illness Perception Questionnaire- Revised : Psychometrische Evaluation an Patienten mit chronisch somatischen Erkrankungen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 17:158-169.

GRALOW, I. (2000): Psychosoziale Risikofaktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen. Der Schmerz 14:104-110. Berlin: Springer.

HAGGER M.S., ORBELL S. (2003): A meta-analytic review of the Common Sense Model of Illness Repräsentation. *Psychology & Health* 18(2): 141-184.

HASENBRING, M. (1992): Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen. Risikofaktoren und gesundheitsförderndes Verhalten. Stuttgart, New York: Schattauer.

HASENBRING, M. , HALLNER, D. , KLASSEN, B. (2001): Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. Unter- oder überbewertet? *Der Schmerz* 15(6):442-447.

HIPPEL, S. (2006): Das Kiefergelenk – zahnärztliche und osteopathische Methoden im interdisziplinären Austausch, Schlangenbad: DO-Arbeit, College Sutherland.

KALTENBORN, F.M. (1992): Manuelle Mobilisation der Extremitätengelenke. Oslo: Norlis.

KEMPF, H.D. (1999): Rückenschule. Grundlagen, Konzepte und Übungen. München: Urban und Fischer.

KOES, B.W., ASSENDELFT, W.J.J., VAN DER HEIJDEN, G.J.M.G. (1996). Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomised clinical trials. *Spine* 1996; 21: 2860-2871

KOES, B.W., VAN TULDER, M.W., THOMAS, S. (2006): Diagnosis and treatment of low back pain. *British Medical Journal* 332(7555):1430-4.

LANGEWITZ, W., KISS, A., SCHÄCHINGER, H. (1998): Von der Wahrnehmung zum Symptom – vom Symptom zur Diagnose: Somatoforme Störungen als Kommunikationsphänomen zwischen Arzt und Patient. *Schweizer Medizinische Wochenschrift* 128(7): 232-244.

LAU R.R., HARTMANN K. A. (1983): Common sense representations of illness. *Health Psychology* 2:167-185.

LEVENTHAL, H., MEYER, D., NERENZ, D. (1980): The common sense model of illness danger. In: RACHMANN, S. (Hrsg.): *Medical Psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon.

LICCIARDONE, J.C., BRIMHALL, A.K., KING, L.N. (2005). Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6:43.

LICCIARDONE, J.C., STOLL, S.T., FULDA, K.G., RUSSO, D.P., SIU, J., WINN, W. (2003). Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial. Spine.2003;28:1355-1362.

MACDONALD, R.S., BELL, C.M.J. (1990). An open controlled assessment of osteopathic manipulation in non-specific low-back pain. Spine. 1990;15: 364-370.

MOSS-MORRIS, R., WEINMANN, J., PETRIE, K.J., HORNE, R., CAMERON, L.D., BUICK, L. (2002): The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health 17:1-16.

MYRTEK, M. (1998): Gesunde Kranke – kranke Gesunde: Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

PETRIE, K.J., JAGO, J.A., DEVCICH, D.A. (2007): The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Curr Opin Psychiatry 20:163-167.

PFINGSTEN, M., KALUZA, G., HILDEBRANDT, J. (1999): Rückenschmerzen. In: BASLER, H.D., FRANZ, C., KRÖNER-HERWEG, B., REHFISCH, H.P. und SEEMANN, H. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (3. Aufl., 417-444). Berlin: Springer.

PLAUM, FG. (1968): Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten. Med. Diss. Giessen.

SCHEELE, B., GROEBEN, N. (1988): Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien. Tübingen: Francke.

SCHWARZER, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

SHEKELLE, P.G., ADAMS, A.H., CHASSIN, M.R. (1992). Spinal manipulation for low back pain. Ann Intern Med 1992; 117: 590-598.

STRAUB, R. (1993): Rückenschmerzen: Ergebnis chronischer Überforderung oder erfolgsorientierter Überforderung. In RIEDER, H., EICHLER, J., KALINKE, H. (Hrsg.): Rückenschule interdisziplinär (S.90-97). Stuttgart: Thieme.

STILL, A.T. (1899): The Philosophy of Osteopathy. Reprint 2006. Pähl: Jolandos.

VAN ROY, P., BARBAIX, E. , CLARIJS, J. P. , MENSE, S. (2001): Der anatomische Hintergrund von Rückenschmerz. Formvariabilität und Degeneration des lumbalen Spinalkanals und der Zwischenwirbelscheibe. Der Schmerz 15(6): 418-424.

VAN TULDER, M. W., ASSENDELFT, W. J. , KOES, B. W. , BOUTER, L. M. (1997): Spinal radiographic findings and non-specific low back pain. A systematic review of observational studies. Spine 22(4):427-434.

VAN TULDER, M.W., KOES, B.W., BOUTER, L.M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain: a systematic review of randomised controlled trials of the most common interventions. Spine 1997; 22: 2128-2156.

VAN TULDER, M. W., KOES, B., BOMBARDIER, C. (2002): Low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 16(5): 761-775.

VERRES, R. (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: BISCHOFF, C., ZENZ, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.

WAGNER, R. F., MEERTS, S. (2002): Ursachenvorstellungen von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz in ihren Subjektiven Theorien über ihre Erkrankung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 10(2):79-89.

WEINMANN, J., PETRIE, K., MOSS-MORRIS, R., HORNE, R. (1996): The Illness Perception Questionnaire: A new measure for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and Health 11: 431-445.

WEINER, B. (1994): Sünde versus Krankheit: Die Entstehung einer Theorie wahrgenommener Verantwortlichkeit. In: FÖRSTERLING, F. (Hrsg.): Attributionstheorie: Grundlagen und Anwendungen. Göttingen: Hogrefe.

WEINTRAUB, A. (1983): Psychorheumatologie. Basel: Karger.

WHO (World Health Organization) (2003). Technical Report Series. The Burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. Geneva: World Health Organisation.

WILLIAMS, N.H., WILKINSON, C., RUSSEL, I., EDWARDS, R.T., HIBBS, R., LINCK, P., MUNTZ,

R. (2003). Randomised osteopathic manipulation study (ROMANS): pragmatic trial for spinal pain in primary care. *Family Practice* 2003; 20: 662-669.

WÜSTNER, K. (2001): Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 51:308-319. Stuttgart: Georg Thieme.

WYDRA, G. (1993): Fetisch gesunder Rücken – Analyse einer Volksseuche. In: RIEDER, H., EICHLER, J., KALINKE, H'. (Hrsg.): Rückenschule interdisziplinär. Medizinische, pädagogische und psychologische Beiträge (S. 63-69). Stuttgart: Thieme.

ZENZ, H., BISCHOFF, C., FRITZ, J., DUVENHORST, W., KELLER, K. (1989): Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: BISCHOFF, C., ZENZ, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.

ZENZ, H., BISCHOFF, C., HRABAL, V. (1996): Handanweisung Patiententheorienfragebogen (PATEF). Göttingen: Hogrefe.

ZENZ, H., KELLER, K. (1978): Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten einer Allgemeinpraxis. *Der Praktische Arzt* 15(78):3079-3088. Sonderdruck Heft 27. Dortmund: Krüger.