

Umstellung von Physiotherapie auf Osteopathie in einer Praxis - ein problembelasteter Prozess für Therapeuten in Deutschland?

*Eine qualitative Sozialstudie mit Interviews über den
Umstellungsprozess des Therapieangebotes von Physiotherapie
auf Osteopathie aus Sicht betroffener Therapeuten.*

Master Thesis zur Erlangung des Grades
Master of Science in Osteopathie

an der **Donau Universität Krems**
niedergelegt
an der **Wiener Schule für Osteopathie**

von **Jörg Wieligmann**

Romanshorn, Februar 2011

**Betreut von Mag. Claudia Gamsjäger und Mag. Katharina
Musil sowie Heidi Clementi**

Eidesstattliche Erklärung

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

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

Datum

Unterschrift

Danksagung

Diese Arbeit konnte nur durchgeführt werden mit der Bereitschaft meiner Interviewpartner sich voll und ganz auf das Interview einzulassen und dabei tiefe Einblicke in interne Praxisstrukturen und Arbeitsweisen zu gewähren. Dies um so mehr da auch Dinge thematisiert wurden, die nicht immer rechtlich einwandfrei waren. Für ihr Vertrauen, ihre Offenheit und ehrlichen Antworten möchte ich Ihnen danken.

Dem Team meiner Betreuerinnen – Claudia Gamsjäger, Katharina Musil und Heidi Clementi – möchte ich ebenfalls meinen herzlichen Dank aussprechen. Sie haben mir mit ihrer kritischen Begleitung und nützlichen Hinweisen zum methodischen Vorgehen sehr geholfen.

Bei der Formatierung der Arbeit war mir die Unterstützung meines Freundes Jörg Stadtländer eine wertvolle Hilfe. Auch ihm gilt mein Dank. Darüber hinaus gab es noch weitere Personen, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen und denen ich dafür danken möchte.

Kurzzusammenfassung

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine qualitative Sozialstudie. Die Studie beschäftigt sich mit der Frage, ob der Übergang des Therapieangebotes von Physiotherapie auf Osteopathie bei den betroffenen Therapeuten in Deutschland mit Problemen verbunden ist. Bedeutsam dabei ist, dass für Osteopathie im Gegensatz zur Physiotherapie kein gesetzlich definiertes Berufsbild existiert. Das hat zur Folge, dass die Ausübung der Osteopathie in Deutschland die Therapeuten vor besondere Schwierigkeiten stellt, wie im Ergebnisteil dann auch sichtbar wird. Ein aktuelles Gerichtsurteil verbietet dem selbstständigen osteopathisch tätigen Therapeuten sogar Techniken anzuwenden, die nicht über das Berufsbild des Physiotherapeuten gedeckt sind.

In sechs Interviews werden Therapeuten befragt, wie sie diesen Umstellungsprozess gestalten bzw. gestaltet haben und mit welchen Problemen sie dabei konfrontiert worden sind. Vorab sind unter Bezugnahme auf theoretische Quellen hierzu sechs Vorannahmen erstellt worden, die den Hintergrund für die Fragen bilden. Diese beziehen sich sowohl auf rechtliche und wirtschaftliche Aspekte als auch auf die jeweiligen Beziehungen des Therapeuten zum Arzt einerseits und zum Patienten andererseits. Auch die Berufsidentität des Therapeuten sowie der Einfluss des Bekanntheitsgrades der Osteopathie in der Öffentlichkeit werden hinterfragt. Gleichzeitig wird den Interviewpartnern aber Raum gelassen, eigene Erfahrungen und weitere Aspekte dazu aufzuzeigen, die in einem separaten Kapitel zusammengefasst werden und als Anregungen für weitere Nachforschungen dienen können.

Inhaltsverzeichnis

1. PERSÖNLICHE MOTIVATION UND ZWECK DER STUDIE	9
2. GRUNDLAGEN	11
2.1 Was ist Physiotherapie?.....	11
2.2 Was ist Osteopathie?.....	14
2.3 Physiotherapie und Osteopathie - Unterschiede dieser zwei Behandlungsmethoden.....	17
2.4 Beschreibung der aktuellen Ausbildungswege beider Behandlungsmethoden in Deutschland.....	19
2.5 Der aktuelle berufsrechtliche Rahmen für Physiotherapeuten und Osteopathen in Deutschland	21
2.6 Unterschiede bei den Abrechnungsmodalitäten beider Behandlungsmethoden.....	22
2.6.1 Abrechnungsgrundlage und Vergütungshöhe einer Physiotherapiebehandlung	22
2.6.2 Osteopathie – eine Privatleistung.....	24
3. PROBLEMBESCHREIBUNG IN HYPOTHESENFORM UNTER BEZUGNAHME RELEVANTER LITERATUR- UND RECHTSQUELLEN	25
3.1 Rechtliche Aspekte	25
3.2 Wirtschaftliche Aspekte	28
3.3 Verhältnis Osteopath zum Patienten.....	29
3.4 Verhältnis Osteopath zum Arzt	29
3.5 Berufsidentität	31
3.6 Geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie	33
4. METHODOLOGIE	35
4.1 Beschreibung und Begründung der Methodenwahl	35
4.2 Anzahl und Auswahl der Interviewpartner.....	36
4.3 Interviewleitfaden	37

4.4	Durchführung der Interviews	37
5.	ANALYSE DER INTERVIEWS	38
5.1	Interview 1	38
5.1.1	Rechtliche Aspekte	38
5.1.2	Wirtschaftliche Aspekte.....	39
5.1.3	Verhältnis Osteopath zum Patienten.....	40
5.1.3.1	Kommunikation mit Patienten über Trennung beider Behandlungsmethoden.....	40
5.1.3.2	Kritische Haltung zur Osteopathie.....	41
5.1.4	Verhältnis Osteopath zum Arzt und weiteren medizinischen Berufsgruppen.....	42
5.1.5	Berufsidentität im Wandel	42
5.2	Interview 2	43
5.2.1	Rechtliche Aspekte	44
5.2.1.1	Praktizieren von Osteopathie ohne ärztliche Verordnung	44
5.2.1.2	Verrechnung von Osteopathie auf Basis einer Physiotherapieverordnung	45
5.2.1.3	Haltung zum Heilpraktikerstatus	45
5.2.2	Wirtschaftliche Aspekte.....	46
5.2.2.1	Abrechnung von Osteopathie über Physiotherapierezepte ergibt geringeren Stundenverdienst.....	46
5.2.2.2	Wirtschaftliche Aspekte beeinflussen Therapieausrichtung.....	47
5.2.3	Verhältnis Osteopathin zum Patienten.....	47
5.2.3.1	Integration osteopathischer Techniken in eine Physiotherapiebehandlung	47
5.2.3.2	Individuelle Vereinbarungen mit Patienten	48
5.2.3.3	Therapeutin in der Rolle einer Verkäuferin für osteopathische Dienstleistung	48
5.2.3.4	Therapeutin im Spannungsfeld der Abgrenzung zwischen Physiotherapie und Osteopathie gegenüber ihren Patienten.....	49
5.2.4	Verhältnis Osteopathin zum Arzt	49
5.2.4.1	Persönlicher Kontakt des Osteopathen zum Arzt kann dessen Haltung zur Osteopathie beeinflussen	50
5.2.4.2	Osteopathin und Arzt – ein Verhältnis auch mit konkurrierendem Charakter?	50
5.2.5	Berufsidentität.....	51
5.2.6	geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie	51
5.3	Interview 3	52
5.3.1	Rechtliche Problematik.....	53
5.3.2	Wirtschaftliches Risiko.....	53
5.3.3	Verhältnis Osteopath zum Patienten.....	54
5.3.4	Verhältnis Osteopath zum Arzt.....	54
5.3.5	Berufsidentität.....	55
5.3.6	geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie	56
5.4	Interview 4	56
5.4.1	Rechtliche Aspekte	56

5.4.2	Wirtschaftliche Aspekte.....	57
5.4.3	Verhältnis Osteopath zum Patienten.....	59
5.4.4	Verhältnis Osteopath zum Arzt.....	61
5.4.5	Berufsidentität.....	62
5.4.6	geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie.....	63
5.5	Interview 5	63
5.5.1	Osteopathisches Arbeiten im ärztlichen Delegationsverfahren	64
5.5.2	Wirtschaftliche Aspekte - Licht und Schatten	64
5.5.3	Verhältnis Osteopathin zum Patienten.....	66
5.5.4	Enge Kooperation zwischen Osteopathin und Ärzten bei einseitigem Abhängigkeitsverhältnis	67
5.5.5	Berufsidentität.....	68
5.5.6	geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie.....	69
5.6	Interview 6	70
5.6.1	Rechtliche Aspekte	70
5.6.2	Wirtschaftliche Aspekte.....	71
5.6.3	Verhältnis Osteopath zum Patienten.....	71
5.6.4	Verhältnis Osteopath zum Arzt.....	72
5.6.5	Berufsidentität.....	74
5.6.6	Geringer Bekanntheitsgrad bei jedoch steigender Tendenz.....	74
6.	DIE INTERVIEWPARTNER UND IHRE AUSSAGEN IM VERGLEICH ...	76
6.1	Die Interviewpartner – Alter, Ausbildung und berufliche Ausprägung.....	76
6.2	Die Interviewpartner - ihre Ziele und wie weit sie erreicht wurden	77
6.3	Die prägenden Merkmale und die einzelnen Umstellungsprozesse im Vergleich	78
6.4	Der Umstellungsprozess unter rechtlichen Aspekten.	86
6.5	Der Umstellungsprozess unter wirtschaftlichen Aspekten.....	88
6.6	Problemfelder im Therapeutenverhältnis zum Patienten	90
6.7	Verhältnis Therapeut zum Arzt.....	94
6.8	Berufsidentität	95
6.9	Geringer Bekanntheitsgrad – eine Hürde, die zusätzliche Arbeit erfordert	97
7.	UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	99
7.1	Resultat rechtliche Aspekte.....	99
7.2	Resultat und Diskussion zu wirtschaftlichen Aspekten vor dem Hintergrund des Selbstwirksamkeitskonzeptes	100

7.3	Resultat und Diskussion zu Problemfeldern im Therapeutenverhältnis zum Patienten	102
7.4	Resultat und Diskussion zu Problemfeldern im Therapeutenverhältnis zum Arzt.....	104
7.5	Resultat und Diskussion zu Berufsidentität.....	105
7.6	Resultat und Diskussion zum mangelnden Bekanntheitsgrad der Osteopathie	107
7.7	Zusammenfassung neuer Themen, die sich aus der Analyse des Interviewmaterials ergeben und die Grundlage für Anschlussstudien sein könnten	107
7.7.1	Folgen der Überschneidung von Physiotherapie und Osteopathie bei der Definition und Abrechnung der erbrachten Leistung	108
7.7.2	Einfluss einer engen Kooperation zwischen Osteopath und Arzt.....	108
7.7.3	Zusammenhang zwischen kritischer Haltung zur Osteopathie und der Überzeugungskraft auf Patienten.....	108
7.7.4	Ist eine negative Einstellung eines Osteopathen zur Heilpraktikerlizenz relevant?.....	108
8.	KRITISCHE REFLEXION	109
9.	LITERATURVERZEICHNIS	110
10.	QUELLEN AUS DEM INTERNET	112
11.	ANHANG:.....	114

1. Persönliche Motivation und Zweck der Studie

Eigene Erfahrungen und zahlreiche Gespräche mit Kollegen in Deutschland haben mich zu der Überzeugung geführt, dass Physiotherapeuten, die eine mehrjährige Osteopathieausbildung durchlaufen haben und nun ihre Tätigkeit auf Osteopathie umstellen möchten, dabei mit verschiedenen Problemen konfrontiert sind. Da ich selbst Deutscher bin und in Deutschland sowohl meine Physiotherapie wie auch Osteopathieausbildung gemacht habe, musste ich mich selbst mit diesen Problemen intensiv auseinandersetzen. Auch habe ich ebenfalls viel mit betroffenen Kollegen diskutiert und mich mit ihnen ausgetauscht. Allerdings lebe und arbeite ich seit einigen Jahren in der Schweiz und bin deshalb aktuell nur bedingt von dem Thema meiner Arbeit betroffen.

Die Berufsankennung in der Schweiz ist kantonal geregelt. Im Thurgau ist die Osteopathie Anfang 2008 als eigenständiger Beruf anerkannt worden. *„Gleichzeitig hat der Regierungsrat beschlossen, die Osteopathie als eigenständigen Beruf des Gesundheitswesens anzuerkennen. Eine Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung wird im Kanton Thurgau erteilt, wenn der Erwerb des interkantonalen Diploms der GDK nachgewiesen werden kann. Die neuen Regelungen gelten ab 1. Januar 2000“* (Kanton Thurgau, 2007). Somit besteht nach Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung für die osteopathische Tätigkeit Rechtssicherheit. In Deutschland fehlt diese Rechtssicherheit in der Osteopathie zur Zeit noch, da der Beruf des Osteopathen als solcher noch nicht anerkannt ist. Daher ist es für Therapeuten dort entsprechend schwieriger, eine Neuausrichtung ihres Angebotes von Physiotherapie auf Osteopathie zu verwirklichen

Ein Ziel dieser Arbeit besteht darin, anderen Physiotherapeuten, die die Absicht haben, ein Osteopathiestudium aufzunehmen oder dieses bereits angetreten haben, zu helfen, sich möglichst frühzeitig auf diese Thematik hin zu sensibilisieren. Je früher sich Therapeuten im Klaren sind, welche möglichen Hindernisse sich bei einer Umstellung in den Weg stellen können, desto besser sind sie in der Lage, sich darauf einzurichten bzw. entsprechende Vorbereitungen zu treffen.

Für Außenstehende, insbesondere für Patienten und Ärzte, die mit Osteopathen in Kontakt kommen, kann meine Arbeit insofern von Interesse sein, als sie lernen, Physiotherapie und Osteopathie differenziert als zwei verschiedene Behandlungsmethoden wahrzunehmen.

2. Grundlagen

Offensichtlich ist der Wissenstand über die Frage, was genau Osteopathie eigentlich darstellt und wie sie funktioniert, in der Bevölkerung aber selbst bei Ärzten noch sehr lückenhaft. Dies zeigt die Sozialstudie von Seewald (2007), bei der mittels Fragebögen Ärzte im Distrikt Bregenz über ihren Kenntnisstand bezüglich der Osteopathie befragt wurden. „*The majority of the responding doctors confirm that they are not well informed about osteopathy*“ (Seewald, 2007, 48). Daher wird in diesem Kapitel versucht, auch dem interessierten, aber fachfremden Leser ein Verständnis über die Funktionsweise, Behandlungsziele und weitere wichtige Merkmale der Osteopathie zu vermitteln. Da das Thema dieser Arbeit eine Abgrenzung zur Physiotherapie impliziert, ist es zweckmäßig, auch diese Behandlungsmethode zu umreißen. Darüber hinaus wird der Versuch unternommen, die wichtigsten Unterschiede von Osteopathie und Physiotherapie herauszuarbeiten. Dies ist allerdings ein schwieriges Unterfangen, da die Osteopathie in Deutschland mit Ausnahme des Bundeslandes Hessen kein geschützter Begriff ist und somit keine verbindliche Definition derselben vorliegt. In diesem Zusammenhang gibt die derzeitige Präsidentin des Verbandes der Osteopathen Deutschlands (VOD) Marina Fuhrmann zu bedenken, dass „[...]deswegen im Prinzip die verschiedensten therapeutischen Richtungen und medizinischen Gedankenmodelle als osteopathisch bezeichnet werden [können]“ (VOD, Juli 2009). Aufgrund dieser fehlenden formal-rechtlichen Grundlagen lässt sich die Osteopathie nicht umfassend eingrenzen und entsprechend kontrovers kann auch eine Abgrenzung zur Physiotherapie gesehen werden. Mit dem Versuch, in diesem Kapitel trotzdem einige Wesenszüge der Osteopathie darzustellen und eine Gegenüberstellung mit der Physiotherapie vorzunehmen, soll das Untersuchungsfeld für diese Arbeit vorbereitet werden. Diesen Zweck erfüllen sollen auch Informationen über die Ausbildungsstrukturen, den rechtlichen Rahmen der Berufsausübung sowie die Abrechnungsmodalitäten beider Methoden.

Was ist Physiotherapie?

Physiotherapie setzt sich zusammen aus aktiven und passiven Behandlungselementen. Im Focus steht der Bewegungsapparat des Patienten mit seinen Knochen, Muskeln und Nerven. Wie auf der Homepage von „Physiotherapie in Deutschland – Physio.de“ (2009) nachzulesen ist, stellt die Behandlung von Patienten, die in ihren Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, einen Schwerpunkt der Physiotherapie

dar. Eine weitere Aufgabe der Physiotherapie besteht darin, Patienten einen kraft- und verschleißsparenden Gebrauch ihrer Körper aufzuzeigen. Neben dem Einstudieren koordinativer Bewegungsabläufe bei alltäglichen Verrichtungen werden dem Patienten u.a. auch Übungen zur Kräftigung und Dehnung der Rumpfmuskulatur gezeigt. Das hier zugrundeliegende Prinzip geht von der Annahme aus, dass eine gut trainierte und gedehnte Muskulatur für die Wirbelsäule einen guten Schutz darstellt:

„Eine ganz besondere Rolle im Zusammenhang mit Rückenleiden spielt die Muskulatur. [...] Es ist daher dringend notwendig, im Rahmen von präventiven, aber auch rehabilitativen Strategien bei Rückenschmerzen die 'Pflege' der Muskulatur in den Mittelpunkt der aktiven Bemühungen zu stellen.[...] Ein weiterer wichtiger Baustein der Muskelpflege ist ein funktionelles und physiologisch abgestimmtes Dehn- und Kräftigungsprogramm der wichtigsten Muskelgruppen“ (Banzer, 1998, 8).

Wenngleich die Behandlung von Rückenproblemen in der Physiotherapie einen großen Anteil hat, gibt es jedoch noch ein weitaus breiteres Anwendungsspektrum. Es umfasst drei große Aufgabenfelder:

- Prävention, d.h. vorbeugende Maßnahmen
- Kuration, d.h. Behandeln akuter und chronischer Beschwerden
- Rehabilitation, d.h. Maßnahmen zur Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (vgl. Bundesverband Selbstständiger Physiotherapeuten, (IFK), 2009)

So groß die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten der Physiotherapie sind, so umfassend sind auch die verschiedenen Behandlungsmethoden. Jede Behandlungsmethode hat dabei einen Schwerpunkt. Hier möchte ich zur Veranschaulichung einige Beispiele anführen, ohne jedoch die Therapien tiefgehend zu erläutern: So heißt es im Leitfaden Physiotherapie (Kolster und Ebel-Papronty, 1996): „Das Bobath-Konzept wird bei der Therapie neurologischer Erkrankungen eingesetzt. Es wurde speziell für Patienten mit Läsionen des ersten motorischen Neurons, z.B Hemiplegien, entwickelt“ (Kiesewetter und Eifel, 1996, 84). Während Bobath hauptsächlich bei Erwachsenen angewendet wird, beschäftigt sich die Vojtatherapie vor allem mit dysfunktionalen bzw. unterentwickelten Bewegungsmustern von Kindern:

„Die auch als Reflexlokomotion bezeichnete Methode wird hauptsächlich zur Prophylaxe und Behandlung kindlicher neurolog. Bewegungsstörungen und orthopäd. Fehlhaltungen eingesetzt. [...] Durch Druck auf bestimmte Körperpunkte ('Auslösezonen') lassen sich reflektorisch Bewegungen erzeugen“ (Jenner-Kief, 1996, 166).

Bei allgemeinen Erkrankungen des Bewegungsapparates kommt die Brüggertherapie zur Anwendung. Mittels spezieller Kräftigungs- und Dehnungsübungen, die die Einnahme einer aufrechten Körperhaltung unterstützen, soll Abnutzungsprozessen

entgegengewirkt werden. „Dies kann umgangen werden, wenn der Bewegungsapparat (das lokomotorische System) optimal eingesetzt wird, was nur bei Einnahme der physiologischen, dynamischen Körperhaltung [...] der Fall ist“ (Rock, 1996, 99).

Ferner findet auch die Manuelle Therapie Anwendung in der Physiotherapie. „Manuelle Therapie steht heute für eine systematische physiotherapeutische Untersuchung und Behandlung des Bewegungssystems, wie sie vor allem von Freddy Kaltenborn, Olaf Evjenth und Geoffrey Maitland ausformuliert wurde. Sie waren Schüler von wegweisenden Neuro-Orthopäden und Osteopathen wie z.B. James Cyriax und Alan Stoddard“ (AGMT, 2009). Sie dient im Speziellen der Diagnostik und Behandlung von Bewegungseinschränkungen im Bereich der Wirbelgelenke und aller anderen Gelenke am Körper. Damit in Verbindung stehende Schmerzzustände lassen sich mit ihrer Hilfe reduzieren bzw. beheben. „Bei einer **Gelenkdysfunktion**, z.B. Schmerzen oder eingeschränkter Beweglichkeit (Hypomobilität) [...] kommen Techniken zur Mobilisation des Gelenkes zur Anwendung“ (Kaltenborn und Evjenth, 1999, 1). Die Manuelle Therapie bildet eine Schnittmenge mit der Osteopathie, da auch hier vergleichbare Techniken zum Einsatz kommen. Dies geht auch aus dem Auszug eines Gerichtsurteils hervor, welches unter Kapitel 3.1. noch ausführlich behandelt wird. „Im Erörterungstermin hat der Vertreter des Beklagten dargestellt, dass Techniken der Physiotherapie einschließlich der Manuellen Therapie, die mit Techniken der Osteopathie identisch sind, von der Untersagungsverfügung nicht erfasst werden“ (AZ:7 k 967/07 Abs.22).

Weitere spezielle physiotherapeutische Techniken bzw. Maßnahmen sind unter anderem: Stemmführung nach Brunkow, Querfraktionen nach Cyriax, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, die Feldenkraismethode, PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation), Dreidimensionale Skoliosetherapie nach Schroth und Therapeutisches Reiten (Kolster und Ebel-Papronty, 1996, s.p.). Mit dieser Auflistung soll deutlich gemacht werden, dass Physiotherapie eine Menge verschiedener Methoden und Techniken unter ihrem Dach beherbergt, die jede für sich eine spezielle Zielsetzung verfolgt.

Neben solchen speziellen Methoden gibt es in der Physiotherapie weitere allgemeine Behandlungsreize. Dazu gehören neben Elektro- Thermo- und Hydrotherapie auch

manuell durchgeführte Massagegriffe. Die gewünschten Wirkungen dieser Behandlungsreize sind hauptsächlich muskelentspannend, durchblutungsanregend sowie schmerz- und entzündungshemmend.

Was ist Osteopathie?

Der Osteopathie liegt ein ganzheitliches, manuelles Behandlungskonzept zugrunde, das den Anspruch erhebt, an den Ursachen einer Beschwerde bzw. Erkrankung zu arbeiten. Diagnostik und Therapie werden dabei fast ausschließlich mit den Händen durchgeführt. *„Die Osteopathie ist eine manuelle Form der Medizin. Sie dient dem Erkennen und Behandeln von Funktionsstörungen. Dazu nutzt sie eigene Techniken, die mit den Händen ausgeführt werden. Die Osteopathie nimmt jeden Patienten als Individuum wahr und behandelt ihn in seiner Gesamtheit. Sie ist deshalb auch eine ganzheitliche Form der Medizin“* (VOD, 2009). Die Osteopathie geht von der Überzeugung aus, dass der Körper grundsätzlich alles zur Verfügung hat, um Gesundheit im Körper aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen. Der Begründer der Osteopathie Andrew Taylor Still sagt es so: *„Ich glaube, dass die menschliche Maschine die Apotheke Gottes ist und sich alle Medikamente der Natur im Körper befinden“* (Still, 1908, I-126). Entscheidend hierbei ist das freie Fließen von Körperflüssigkeiten, wie Blut, Lymphe und Nervenflüssigkeit sowie die Bewegungsfreiheit der Organe und anderer Körperstrukturen. Störungen dieser Art zu korrigieren, ist das Ziel eines Osteopathen. *„Er behebt das Hindernis, lässt die Leben spendenden Flüsse wieder fließen und stellt die Gesundheit wieder her“* (Still, 1908, 144). Bei ihrer Arbeit stützen sich Osteopathen auf folgende Grundsätze:

1. *„Funktion und Struktur beeinflussen sich ununterbrochen gegenseitig.*
2. *Jeder Mensch bildet eine untrennbare und einzigartige Einheit aus Körper, Geist und Seele, die mehr als nur die Summe seiner Teile ist.*
3. *die natürliche Kraft zur Selbstorganisation ist allein für die Heilung verantwortlich. Der Osteopath versucht lediglich, optimale Rahmenbedingungen für diesen natürlichen Heilungsprozess zu schaffen“* (Jolandos, 2009, 13).

Die Arbeits- und Wirkungsweise einer osteopathischen Behandlung erstreckt sich auf drei verschiedene Regionen bzw. Funktionsebenen des Körpers:

De[n] strukturelle[n] Bereich: Strukturelle oder `parientale´ Techniken arbeiten an Bewegungsapparat, Knochen, Muskeln, Sehnen, Ligamenten und Fascien. Dabei kommt ein breites Spektrum an Techniken zum Einsatz. (...)

De[n] cranio-sacrale[n] Bereich: Im System von Schädelknochen, Dura mater und Sacrum kann es zu Dysfunktionen auf Ebene von Knochen,

Membranen, vaskulären und nervalen Strukturen kommen.(...)

De[n] visceralen Bereich: Mobilität als wichtigstes Kriterium für optimale Funktion ist auch die Basis der Visceralosteopathie, wo Beweglichkeit und Eigenrhythmus der inneren Organe und der angrenzenden Gewebe beurteilt und therapiert werden. (Wiener Schule für Osteopathie (WSO), 2009)

Wenngleich mit diesen drei Körperregionen grob die Zielstrukturen einer osteopathischen Behandlung benannt werden kann, so gibt es von der Osteopathie dennoch keine weltweit gültige Definition:

„Der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragte seinen Wissenschaftlichen Beirat mit einer Bewertung osteopathischer Verfahren. Die vorgelegte Ausarbeitung wurde von einem Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirats nach Anhörung der Fachkreise erarbeitet. Es wird u.a. ersichtlich, dass Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“ und „osteopathische Medizin“ keine klare, weltweit akzeptierte Definition besitzen“ (Bundesärztekammer, Bekanntmachungen, 2009).

Im Folgenden werden von zwei bedeutenden international ausgerichteten osteopathischen Organisationen unterschiedliche Definitionen über Osteopathie zitiert, so dass exemplarisch zwischen diesen beiden im Vergleich Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden können.

Definition eins:

„Osteopathy is an established recognized system of healthcare which relies on manual contact for diagnosis and treatment. It respects the relationship of body, mind and spirit in health and disease; it lays emphasis on the structural and functional integrity of the body and the body's intrinsic tendency for self-healing. Osteopathic treatment is viewed as a facilitative influence to encourage this self regulatory process. Pain and disability experienced by patients are viewed as resulting from a reciprocal relationship between the musculoskeletal and visceral components of a disease or strain“ (World Osteopathic Health Organisation-WOHO, 2010).

Definition zwei:

„[...]Osteopathische Medizin betont die wechselseitige Beziehung zwischen Struktur und Funktion. Sie unterstützt die Fähigkeit des Organismus, salutogenetische Ressourcen zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit einzusetzen. OM beinhaltet insbesondere eine umfassende manuelle Untersuchung, Diagnostik, Therapie und Prävention von Funktionsstörungen – somatischen Dysfunktionen – im muskuloskelettalen System (parietal), den visceralen Organen (visceral) und dem peripheren und zentralen Nervensystem (cranio-sacral). Osteopathische Medizin ergänzt und erweitert das etablierte Medizinsystem im Kontext einer integrierten Patientenversorgung, die sowohl Evidenz basiert als auch Patienten zentriert arbeitet“ (European Register for Osteopathic Physicians-EROP, 2010).

Zu den Gemeinsamkeiten dieser Definitionen gehören folgende Punkte:

- Diagnose und Therapie erfolgen über eine manuelle Kontaktaufnahme.

- Eine osteopathische Behandlung hat das Ziel, die Selbstheilung anzuregen.
- Struktur und Funktion stehen in einer wechselseitigen Beziehung zueinander.

Unterschiede in beiden Definitionen lassen sich bei folgenden Aspekten erkennen:

- In der ersten Definition wird die Beziehung zwischen Körper und Geist in Bezug auf Krankheit und Gesundheit betont. Dies findet in der zweiten Definition keine Erwähnung.
- In Definition zwei wird der Osteopathie auch ein präventive Rolle zugedacht.
- Während Definition zwei das zentrale und periphere Nervensystem mit einbezieht, findet dies in Definition eins keine Berücksichtigung.

In beiden Definitionen gibt es folglich gemeinsame Schnittmengen aber eben auch Unterschiede. Dies illustriert das Problem, dass die Osteopathie nicht klar umrissen werden kann und folglich auch das therapeutische Arbeitsfeld eines Osteopathen nicht klar abgesteckt werden kann.

Die Osteopathie ist der Heilkunde zuzuordnen. *„Nach deutscher Rechtsprechung ist die Osteopathie Heilkunde im Sinnes des Heilpraktikergesetzes und darf nur durch Heilpraktiker und Ärzte im Primärkontakt ausgeübt werden“ (Resch, 2010).* Heilkunde wird laut Heilpraktikergesetzes dabei folgendermaßen definiert: *„Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird“ (Heilpraktikergesetz, §1 Absatz 2).*

Jedoch ist die Osteopathie bestrebt, eine Zusammenarbeit mit der Schulmedizin einzugehen. Vom Selbstverständnis sieht sie sich als Ergänzung zur Schulmedizin und nicht als kompromisslose Ersatzmethode. *“Osteopathy wants to be seen as a useful addition and not a substitution of well-established therapies“ (Lammer, 2008, 14).*

Ein wichtiges Rüstzeug eines Osteopathen ist neben fundierten Kenntnissen in Anatomie, Physiologie und Pathologie eine gut geschulte Palpationsfähigkeit. Erst dadurch ist ein Osteopath befähigt, die entscheidenden Funktionsstörungen im Körper aufzuspüren und zu beheben. *„Fundamental to osteopathy is therefore a precise*

understanding of anatomy, embryology, physiology, pathology, and clinical knowledge as well as extensive and lengthy training in palpation skills” (Lammer, 2008, 13).

Physiotherapie und Osteopathie - Unterschiede dieser zwei Behandlungsmethoden

Zu Beginn dieses Kapitels soll betont werden, dass es mittlerweile in Deutschland für Physiotherapeuten ein umfangreiches osteopathisches Fortbildungsangebot gibt (vgl. Physio, 2009). Wie aus Gesprächen des Autors mit Kollegen (Schneider, M. und Fischer, B., Mündliche Mitteilung von 2004) in Deutschland in Erfahrung gebracht wurde, gibt es eine Vielzahl von Therapeuten, die im Rahmen einer ärztlich verordneten Physiotherapie osteopathische Techniken praktizieren. Insofern gibt es möglicherweise bereits eine Tendenz, Teile des osteopathischen Befund- und Behandlungskonzeptes in die Physiotherapie zu integrieren. So wird denn auch im Leitfaden Physiotherapie die Cranio-sacrale Therapie als eine physiotherapeutische Maßnahme angeführt (Kolster und Ebel-Paprotny, 1996, s.p.). Wenn in diesem Kapitel nun die Unterschiede zwischen Physiotherapie und Osteopathie herausgearbeitet werden, bezieht sich dies auf die Form von Physiotherapie, wie sie unter 2.1. beschrieben wurde. Das bedeutet, dass die obig beschriebenen Eingliederungstendenzen von Teilen der Osteopathie in die Physiotherapie ausgeklammert werden, da entsprechende Inhalte auch nicht Gegenstand der bestehenden Prüfungs- und Ausbildungscurricula der Physiotherapie sind (Physiotherapie in Deutschland, 2009).

Zu Beginn soll der Aspekt benannt werden, der beide Methoden miteinander verbindet. Denn beiden gemeinsam ist, dass die Hände des Therapeuten das wichtigste „Arbeitsgerät“ darstellen. Mit ihnen versucht sowohl ein Physiotherapeut wie ein Osteopath, am Körper des Patienten eine Verbesserung zu erzielen.

Im folgenden Abschnitt wird versucht, einige markante Unterschiede beider Methoden darzustellen. Eine wichtige formale Unterscheidung besteht darin, dass Physiotherapie eine in der Schulmedizin seit vielen Jahren fest verankerte Behandlungsmethode darstellt, wohingegen Osteopathie nach Resch (2010) in Deutschland im Bereich der vom Heilpraktikergesetz definierten Heilkunde angesiedelt ist. Sie ist im Vergleich zur Physiotherapie noch eine junge Therapiemethode. *„Die Osteopathie ist eine junge Medizin“ (Newiger, 2005, 19).* Dies findet seinen Niederschlag auch im medizinischen

Standardlexikon „Pschyrembel“ (Walter de Gruyter, 1994). Physiotherapie erhält dort einen Raum von 11 Zeilen, dagegen findet Osteopathie keine Erwähnung.

Der Physiotherapie und Osteopathie liegen verschiedene Konzepte zugrunde. *„Vom Physiotherapeuten unterscheiden ihn [ein Osteopath] sein ganzheitlicher Ansatz. Ein Osteopath wird in der Regel keinen Muskelaufbau trainieren. Im Gegensatz zum Physiotherapeuten wird er jedoch auch die inneren Organe und die Einheit von Schädel und Becken behandeln“* (Newiger, 2005, 14) Ziel einer osteopathischen Behandlung ist es, den Bewegungsverlust einer Körperstruktur zu verbessern und damit die Selbstheilungskräfte zu stimulieren.

„Der Ansatz der Osteopathie ist einfach: Leben zeigt sich in Form von Bewegung. Dort wo Bewegung verhindert wird, macht sich Krankheit breit. Die Osteopathie kennt alle kleinen und großen Bewegungen des menschlichen Körpers. Sie hilft Bewegungseinschränkungen aufzuspüren und zu lösen“ (Verband der Osteopathen Deutschlands (VOD), 2009)

Physiotherapie dagegen hat in der Regel ein bestimmtes Problem im Focus, bei dem ein symptombezogener bzw. lokaler Behandlungsansatz verfolgt wird. So heißt es auf der Homepage des ZVK (Zentralverband für Physiotherapeuten/Krankengymnasten): *„Untersuchung und Behandlung des Physiotherapeuten orientiert sich grundsätzlich am individuellen Problem des Patienten. Ein Therapieplan bestimmt die Maßnahmen in Abhängigkeit von den in den Heilmittelrichtlinien definierten Therapiezielen“* (Deutscher Verband für Physiotherapie-ZVK, 2009).

Diese konzeptuellen Unterschiede spiegeln sich auch in der Anamneseerhebung am Anfang einer Therapieeinheit wider. Stehen die Fragen in der Physiotherapie in aller Regel im unmittelbaren Zusammenhang mit dem aktuellen Problem des Patienten, ist dies in der Osteopathie nicht bei allen Fragen der Fall. Ein Osteopath stellt auch Fragen, die sich zum einen auf zeitlich weit zurück liegende Ereignisse wie Geburt, Stürze/Verletzungen und Operationen beziehen, und zum anderen auch weitere Körper-Organfunktionen miteinbeziehen (vgl. Anamneseblatt, WSO, 2006).

Die Grundhaltung in der Physiotherapie ist geprägt von dem Willen des Therapeuten, durch eine aktiv durchgeführte Behandlungstechnik im Körper des Patienten etwas verbessern zu wollen. So werden vom Physiotherapeuten beispielsweise

Muskeldehnungen durchgeführt, ein Gelenk mobilisiert oder zur Muskelkräftigung eine aktive Widerstandsübung durchgeführt. Solche aktiv durchgeführten Muskeltechniken werden in der Osteopathie auch eingesetzt aber sie spielen eine eher untergeordnete Rolle. *„Mit den Muskeln arbeiten schwerpunktmäßig Physiotherapeuten. Ein Osteopath wird hingegen Muskeln in der Regel nur dann behandeln, wenn sie die Ursache einer Bewegungseinschränkung sind“* (Newiger, 2005, 37). Die klassische Herangehensweise an den Patienten ist in der Osteopathie geprägt von einer neutralen und passiven Grundhaltung, bei der der Osteopath bemüht ist, körpereigene Bewegungen und Flüssigkeitsrhythmen zu erspüren und bei Bedarf zu verbessern.

„Die Interaktion aller Teile des Patienten kann mittels der Hände leicht entdeckt werden. Legen Sie eine Hand auf das Sacrum und die andere an den Kopf und sobald Sie wahrnehmen, was in Ihren Händen vor sich geht, werden Sie sehr schnell einen rhythmischen wechselseitigen Austausch zwischen Ihren Händen bemerken“ (Frymann, 2007, 420).

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal liegt in den zu behandelnden Körperregionen bzw. Körperstrukturen. Physiotherapie konzentriert sich primär auf Gelenke und Muskulatur. Ein Schwerpunkt der Osteopathie liegt darüber hinaus in der Behandlung der Organe im kleinen Becken, Bauch und Thorax sowie bestimmter Strukturen im und am Schädel. Dies sind Regionen, die in der klassischen Physiotherapie eher nicht Berücksichtigung finden (Newiger, 2005).

Beschreibung der aktuellen Ausbildungswege beider Behandlungsmethoden in Deutschland

Physiotherapie: Bis 1994 gab es die Berufsbezeichnung Krankengymnast/in. Die Berufsausbildung bestand aus einer zweijährigen schulischen Ausbildung, an die sich ein einjähriges Praktikum anschloss. Mit dem Inkrafttreten des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes – MPhG vom 26. Mai 1994 - konnte man dann im Rahmen einer dreijährigen schulischen Ausbildung mit verschiedenen Praktikaeeinsätzen und einer erfolgreich abgelegten staatlichen Prüfung die Berufsbezeichnung „Physiotherapeut/in“ erwerben. Diese Gesetzesregelung hat bis heute Gültigkeit (www.gesetze-im-internet.de, 2009).

- Ausbildungsdauer: Drei Jahre einschließlich integrierter praktischer Ausbildung.
- Voraussetzung: Mittlerer Bildungsabschluss, Aufnahmeprüfungen, Mindestalter 17 Jahre.
- Ausbildungsorte: Über 250 staatliche oder staatlich anerkannte Lehranstalten, Schulen usw. für Physiotherapie bzw. klinische Ausbildungseinrichtungen.

- Kosten: Unterschiedliche Höhe der anfallenden Ausgaben je nach Ausbildung an öffentlichen Auflistung
- oder staatlich anerkannten Privatschulen. (<http://www.physio.de>, 2009)

Durch die Weiterentwicklung des Berufsbildes ist es inzwischen möglich, z.B. im Rahmen eines Aufbaustudiums an einer Fachhochschule den Bachelor bzw. Master of Science zu erwerben. In der Regel wird hierzu allerdings ein Fachhochschulabschluss oder Abitur benötigt (vgl. <http://www.physio.de>, 2009).

Dass das Ausbildungswesen in der Physiotherapie im Umbruch steht, zeigt auch das Positionspapier der „Arbeitsgemeinschaft in den Medizinalberufen der Therapie und Geburtshilfe“ (AG MTG) von 2003. Die Physiotherapie ist dieser Arbeitsgemeinschaft angeschlossen. Es werden folgende Forderungen erhoben:

- „- Novellierung der Berufsgesetze mit der Anhebung der Ausbildung
- generell auf Hochschulniveau
- - die Einrichtung von Bachelor-Studiengängen an Hochschulen für
- den ersten berufsqualifizierenden Abschluss der genannten Berufe
- - die Einrichtung von Master-Studiengängen an Hochschulen für die
- genannten Berufe, insbesondere in den Bereichen Forschung, Lehre,
- Management und zur fachlichen Spezialisierung in den einzelnen
- Berufen“

Diese Forderungen stehen im Einklang mit den Zielen des Bolognaprozesses, der europaweit einen einheitlichen Standard mit Bachelor- und Masterabschlüssen vorsieht (vgl. Schämann, 2005, 16).

Osteopathie: In Deutschland wird die Osteopathieausbildung von Privatschulen als Teilzeit- oder Vollzeitausbildung angeboten.

Zulassungsvoraussetzungen für ein Teilzeitstudium ist eine abgeschlossene Berufsausbildung/Studium als „Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut sowie Masseur und medizinischer Bademeister, letztere mit entsprechender Zusatzausbildung“ (<http://www.osteopathie.de>, 2009). Um einen einheitlichen Standard in der Osteopathieausbildung zu schaffen, hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie (BAO), der insgesamt zehn Schulen in Deutschland angehören, bestimmte Eckpunkte für die berufsbegleitende Ausbildung aufgestellt. Dabei werden zum einen der zeitliche Mindestrahmen und zum anderen konkrete Inhalte der Osteopathieausbildung festgelegt. Demzufolge geht ein Teilzeitstudium mindestens über vier Jahre und umfasst 1350 Unterrichtsstunden. Einen wichtigen Stellenwert im Lehrplan haben neben theoretischen Fächern, wie u.a. Anatomie, Physiologie, Embryologie und Pathologie,

auch der Erwerb praktischer osteopathischer Fertigkeiten (vgl. BAO, 2009). Eine Abschlussarbeit und eine Abschlussprüfung beenden die Ausbildung.

An einigen Schulen ist es inzwischen auch möglich, direkt im Rahmen eines fünfjährigen Vollzeitstudiums Osteopathie als Erstberuf zu erlernen.

Zulassungsvoraussetzungen sind Abitur oder Fachhochschulabschluss. Angestrebt wird zusätzlich der Erwerb einer Heilpraktikerlizenz, die den im Vollzeitstudium ausgebildeten Osteopathen für ihre Therapeutentätigkeit einen rechtlichen Rahmen verleiht (vgl. auch Kapitel 2.5).

Der aktuelle berufsrechtliche Rahmen für Physiotherapeuten und Osteopathen in Deutschland

Physiotherapie ist in Deutschland ein anerkannter Beruf, dessen Ausbildungs- und Prüfungskriterien in dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26.5.1994 geregelt sind (vgl. <http://www.physio.de> , 2009).

Mit einem erfolgreich durchgeführten Examen wird die geschützte Berufsbezeichnung „staatlich anerkannter Physiotherapeut/in“ erteilt. Der Physiotherapeut arbeitet auf Anordnung eines Arztes oder Heilpraktikers auf Basis eines kassenärztlichen Physiotherapierezeptes bzw. eines Privatrezeptes. In jüngster Zeit gibt es allerdings von Seiten der Physiotherapeuten in einigen Bundesländern Bestrebungen, Patienten auch über einen Erstkontakt, also ohne ärztliche Verordnung, zu behandeln. Diese Bestrebungen finden ihren Niederschlag z.B. in einem Gerichtsurteil vom Verwaltungsgericht Baden Württemberg vom 19.03.2009 (Az.: 9 S 1413/08). Aus dem Urteil geht hervor, dass der klagende Physiotherapeut durchaus berechtigt sei, auch ohne ärztliche Verordnung im physiotherapeutischen Bereich tätig zu sein (vgl. <http://vghmannheim.de> , 1.6.2009).

Osteopathie besitzt dagegen in Deutschland nicht den Status einer staatlichen Berufsanerkennung. Da die Physiotherapie für viele Osteopathen der Ausgangsberuf ist, existiert damit möglicherweise teilweise für ihre osteopathische Arbeit eine gewisse Grundlage. Streng juristisch gesehen bewegen sich solche Therapeuten jedoch im rechtsfreien Bereich, soweit nicht ein Arzt oder ein Heilpraktiker explizit eine Überweisung ausgestellt hat. Um auch ohne ärztliche Überweisung in einem rechtlich geschützten Raum Osteopathie praktizieren zu dürfen, müssen Therapeuten eine Heilpraktikerlizenz erwerben. Der Status des Heilpraktikers ist eine deutsche

Besonderheit, die geregelt ist im Heilpraktikergesetz (AD: 7.02.1939). Es heißt dort: *“Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“*. Gemeint sind damit nichtärztliche Therapeuten, die im medizinischen Sektor Patienten behandeln wollen. Mit dem Erwerb einer Heilpraktikerlizenz soll der Therapeut den Nachweis erbringen, keine Gefahr für die Volksgesundheit darzustellen. Das bedeutet insbesondere, schwerwiegende Erkrankungen bei Patienten zu erkennen und sie entsprechend sofort zum Arzt zu überweisen (vgl. Heilpraktikergesetz §5 Absatz 6).

Unterschiede bei den Abrechnungsmodalitäten beider Behandlungsmethoden

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Aspekte rund um das Thema „Abrechnung“ sowohl für Physiotherapie als auch für Osteopathie herausgearbeitet. Die Unterschiede dabei sind erheblich und betreffen sowohl die Höhe der Vergütung als auch die Abhängigkeit von Ärzten und Kassen.

2.6.1 Abrechnungsgrundlage und Vergütungshöhe einer Physiotherapiebehandlung

Abrechnungsgrundlage in der Physiotherapie ist eine ärztliche Verordnung, auf der auch eine Diagnose geschrieben steht. Dabei muss unterschieden werden, mit wem die Leistung abgerechnet wird. Bereits anhand des Rezeptformulars wird dies deutlich. Drei mögliche Adressaten kommen in Betracht: die gesetzliche Krankenkasse des Patienten, die Unfallversicherung des Patienten und - bei einem Privatrezept - der Patient selber (Appuhn und Bothner, 2003, 118). Die Anzahl der Behandlungseinheiten wird vom verordnenden Arzt festgelegt, allerdings muss der Arzt bei seinen gesetzlich kassenversicherten Patienten sich dabei nach den einschränkenden Vorgaben des Heilmittelkataloges richten (Appuhn und Bothner, 2003, 123). Als Beleg, dass der Patient einen Behandlungstermin auch wirklich wahrgenommen hat, muss er jedes Mal auf dem Rezeptformular mit dem aktuellen Datum unterschreiben. Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung müssen eine Zuzahlung von in der Regel zehn Euro leisten, zuzüglich einer Gebühr von zehn Prozent des Einzelpreises multipliziert mit der Anzahl der Behandlungen (Appuhn und Bothner, 2003, 127). Eine weitere Vorgabe der gesetzlichen Kassen liegt darin, dass nach Ausstellung eines Rezeptes innerhalb von zehn Tagen mit der Therapie begonnen werden muss, andernfalls würde es verfallen (Appuhn und Bothner, 2003, 125).

Am Ende einer Therapieserie wird das entsprechende Rezept der Kasse zugeschickt, die dann die Therapie zu den aktuell vertraglich fixierten Tarifen vergütet. Dabei gibt es verschiedene Abrechnungspositionen. Welche Position zur Anwendung kommt, hängt zum einen davon ab, was konkret der Arzt für eine therapeutische Maßnahme auf seine Verordnung aufgeschrieben hat und zum anderen, ob der behandelnde Therapeut auch die entsprechende Qualifikation vorweisen kann. Um aufzuzeigen für welche kassenärztlichen Tarife in Deutschland ein Physiotherapeut arbeitet, werden nun exemplarisch einige Abrechnungspositionen angeführt. Da die Tarife zwischen den einzelnen Bundesländern voneinander variieren, wird Bezug genommen auf zwei Bundesländer, die im Vergleich zu allen anderen Markierungspunkten an der oberen bzw. unteren Tarifskaala setzen. Dies sind die Bundesländer Bayern und Sachsen. Eine wichtige vom Arzt verordnete Maßnahme/Abrechnungsposition ist „KG [Krankengymnastik], auch auf neurophysiologischer Grundlage“. Diese Position vergüten die dem Verband der Ersatzkassen (VDEK) angeschlossenen Kassen in dem Bundesland Bayern mit einem Satz von 14,36 € und in Sachsen mit 12,16 € (Stand Juli 2009). Eine Zeitvorgabe gibt es nicht (www.Physio.de, 14.7.2009).

Um weitergehende Abrechnungsqualifikationen zu erwerben, sind über die physiotherapeutische Grundausbildung hinaus Weiterbildungsmaßnahmen notwendig. Diese Weiterbildungsmaßnahmen können teilweise sehr umfangreich und kostspielig sein. Für die Qualifikation und Abrechnungsposition „Manuelle Therapie“ wird beispielsweise eine Weiterbildung von mindestens 260 Unterrichtseinheiten (UE) verlangt. Dabei muss das Kursprogramm innerhalb von mindesten zwei bis maximal vier Jahren durchlaufen werden (www.physio.de, 14.7.2009). Die Vergütung für „Manuelle Therapie“ liegt in Bayern bei 15,97€ und in Sachsen bei 13,55€ (VDAK, gültig ab 1.4.2009). Dies sind entsprechend in Bayern 1,61 € und in Sachsen 1,39 € mehr als für die „normale“ KG-Position.

Bei Privatpatienten dagegen kann der Physiotherapeut selbst seinen Behandlungssatz bestimmen. Es wird ein Behandlungsvertrag direkt mit dem Patienten abgeschlossen. Privatpatienten können sich abhängig davon, ob und wie sie versichert sind, einen Teil der Behandlungskosten von ihrer Versicherung rückerstatten lassen (Appuhn und Bothner, 2003, 131). Aber trotzdem hat der Physiotherapeut bisher immer noch eine ärztliche Verordnung benötigt, um Privatpatienten behandeln zu können. Allerdings

deuten aktuelle Entwicklungen auf eine Änderung dieser ärztlichen Verordnungspflicht hin (vgl. Kapitel 2.5, 12 f).

2.6.2 Osteopathie – eine Privatleistung

Wie im Kapitel 2.5 bereits erläutert wurde, ist die rechtliche Grundlage einer Osteopathiebehandlung ein vom Arzt oder Heilpraktiker ausgestelltes Privatrezept, soweit sie nicht selbst von diesen ausgeführt wird. Somit stellt eine Osteopathiebehandlung eine Privatleistung dar, die grundsätzlich nicht über die Kassen abgerechnet wird. Nach Darstellung des VOD dauert eine Osteopathiebehandlung im Durchschnitt 50 Minuten. Die Kosten einer Osteopathiebehandlung betragen zwischen 60 – 100 €. Bemessungsgrundlage sind dabei die standesamtlichen Gebührensätze von Ärzten und Heilpraktikern. Je nach Versicherungspolice kann der Patient von seiner Privatversicherung einen Teil der Behandlungskosten erstattet bekommen (www.osteopathie.de, 22.07.2009) .

3. Problembeschreibung in Hypothesenform unter Bezugnahme relevanter Literatur- und Rechtsquellen

Wie aus der Überschrift und dem Einführungskapitel ersichtlich, ist das Untersuchungsfeld dieser Arbeit die Umstellung des Therapieangebotes von Physiotherapie auf Osteopathie in einer Praxis in Deutschland. Dabei soll in Erfahrung gebracht werden, wie Therapeuten den Umstellungsprozess gestalten und erleben. Insbesondere von Interesse ist die Frage, ob sie sich während dieser Phase mit neuen Problemen konfrontiert sehen bzw. gesehen haben. In diesem Kapitel soll jetzt aufgezeigt werden, worin genau diese Probleme bestehen können. Diese werden in Form von Vorannahmen formuliert. Bezug genommen wird hierbei auf ähnliche Studien, die das Thema dieser Arbeit tangieren. Sie liefern wertvolle Informationen bzw. ein gewisses Fundament für einige der folgenden Vorannahmen. Die rechtlichen Problemaspekte werden anhand eines aktuellen Gerichtsurteils illustriert. Die Gliederung der Vorannahmen erfolgt in sechs Kategorien.

Rechtliche Aspekte

Vorannahme 1:

Therapeuten mit osteopathischer Zusatzausbildung wenden im Rahmen einer osteopathischen Behandlung auch ohne Heilpraktikerlizenz Techniken an, die nicht über ihren Zugangsberuf Physiotherapeut abgedeckt sind und bewegen sich damit in einem rechtlich fragwürdigen Bereich.

Wie unter Kapitel 2.5 bereits erläutert benötigt ein Therapeut – soweit er kein Arzt ist – eine Heilpraktikerlizenz, um Osteopathie in einem rechtlich abgesicherten Rahmen praktizieren zu dürfen. Auf der Therapeutenliste des VOD werden alle Osteopathen angeführt, die eine fünfjährige Ausbildung abgeschlossen haben und Mitglied des Verbandes sind. Dabei werden sie in drei verschiedene Listen eingeteilt mit den Kategorien Arzt, Heilpraktiker und Physiotherapeut. Für den Physiotherapeuten bedeutet dies, dass eine rechtliche Legimitation für seine angebotenen osteopathischen Dienste fehlt. Auf der Homepage des VOD heißt es dazu: *„Nach derzeitiger Rechtslage gilt die Osteopathie in Deutschland als Heilkunde. Heilkunde darf nach deutschem Recht nur ein Arzt oder ein Heilpraktiker ausüben. Physiotherapeuten mit*

abgeschlossener osteopathischer Ausbildung müssen im Verordnungs- bzw. Delegationsverfahren (auf Verordnung/Delegation eines Arztes oder Heilpraktikers) osteopathisch arbeiten.“ (www.osteopathie.de, 27.7.2009). Offen bleibt allerdings die Frage, ob diese Therapeuten wirklich auf Basis eines ärztlichen Privatrezeptes arbeiten. Wenn dies nicht der Fall ist, müssen sie mit rechtlichen Konsequenzen rechnen. Dies zeigt das folgende Gerichtsverfahren bzw. Urteil des Oberverwaltungsgerichts Düsseldorf (Az.: 7 k 967/07, 8.12.2008). In diesem Gerichtsverfahren geht es um einen osteopathisch ausgebildeten Physiotherapeuten, der von der zuständigen Bezirksregierung eine Untersagungsverfügung erhalten hat, da er Osteopathie praktizierte, ohne eine Heilpraktikerlizenz zu besitzen und offensichtlich auch ohne eine ärztliche Überweisung zu haben. Für den Therapeuten bedeutete dies, nicht mehr osteopathisch arbeiten zu dürfen. Gegen dieses osteopathische Berufsverbot hat er beim Oberverwaltungsgericht Düsseldorf Revision eingelegt. Diese wurde mit dem Urteil vom 8.12.2008 abgewiesen.

Dieses Gerichtsverfahren und das aus Sicht des betroffenen Therapeuten negative Urteil, spiegelt die rechtliche Problematik und die potentielle Gefahr, angeklagt zu werden für einen in Deutschland ohne Heilpraktikerlizenz osteopathisch tätigen Therapeuten, sehr gut wieder. Es soll daher auf die einzelnen Aspekte des Urteils näher eingegangen werden.

Der Therapeut führt in seiner Klage gegen die Untersagungsverfügung der Bezirksregierung an:

„Bei den nicht gesetzlich geregelten medizinischen Fachberufen sei für die Frage der Erlaubnispflicht nach dem Heilpraktikergesetz maßgeblich auf den Gesichtspunkt der Gefahrverhütung abzustellen. Im Hinblick darauf, dass sich medizinische Berufe neu entwickelten, ohne dass sogleich eine eigene gesetzliche Regelung getroffen werde, sei das Heilpraktikergesetz nicht einschlägig, wenn der die Heilkunde Ausübende über eine Erlaubnis seiner beruflichen Organisation verfüge, die Kenntnisse bescheinige, welche den Anforderungen einer staatlichen Prüfung vergleichbar seien. [...] Die Ausbildung dauere fünf Jahre oder wenigstens 1.350 Stunden. Es erfolge eine sehr gründliche Wissensvermittlung, die sich auch auf den Bereich der Differentialdiagnostik erstrecke. Die Kenntnisvermittlung sei der Heilpraktikerprüfung überlegen und sichere, dass jeder, der sich osteopathisch betätige, Schäden von Patienten und der Allgemeinheit fernhalten können“ (Abs. 10).

Dieser Sicht der Dinge konnte sich das Gericht aber nicht anschließen. Die Klage sei zwar zulässig aber nicht begründet (Abs. 20). In den Leitsätzen des Urteils heißt es:

Die Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz für die osteopathische Tätigkeit eines Physiotherapeuten wird nicht dadurch entbehrlich, dass der Physiotherapeut eine umfangreiche Weiterbildung an einer privaten Schule für Osteopathie absolviert hat, die den Ausbildungs- und Prüfungscurricula der Bundesarbeitsgemeinschaft Osteopathie e.v. entspricht.

In der Urteilsbegründung macht das Gericht deutlich, dass es sich bei Osteopathie um eine heilkundliche Methode handelt, die als solche der Erlaubnispflicht des § 1 Abs.1 des Heilpraktikergesetzes unterzuordnen ist (Abs.24, 25). Immerhin erkennt das Gericht aber die Qualität der umfangreichen Osteopathie-Ausbildung insofern an, dass es dem Therapeuten bescheinigt, keine Gefahr für Patienten und Allgemeinheit darzustellen. Auch sieht es bestimmte osteopathische Techniken wie z.B. die Manuelle Therapie, die identisch mit solchen in der Physiotherapie sind, als rechtlich abgesichert an und nimmt sie ausdrücklich von der Untersagungsverfügung aus. Dies bedeutet für den Therapeuten, dass er seine Patienten mit sämtlichen Techniken behandeln darf, die in dem Gesetz für Physiotherapie bzw. in den entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen Erwähnung finden (Abs.22).

An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass das Gericht die Frage, ob für eine Behandlung mit physiotherapeutischen Techniken zwingend eine ärztliche Überweisung notwendig ist, unbeantwortet lässt. In diesem Zusammenhang soll daher auf ein anderes Urteil des Verwaltungsgerichts Baden Württemberg vom 19.03.2009 (Az.: 9 S 1413/08) verwiesen werden. Aus diesem Urteil geht hervor, dass es Physiotherapeuten erlaubt ist, im Rahmen ihrer Qualifikationen auch ohne ärztliches Rezept und ohne Heilpraktikerlizenz, physiotherapeutische Behandlungen durchzuführen. Eine bundesweite rechtlich verbindliche Gesetzeslage bzw. ein Urteil mit bundesweiter Ausstrahlungskompetenz ist dem Autor allerdings nicht bekannt.

Zurück zum ersten Fall. In der Urteilsbegründung hält der Richter unmissverständlich fest, dass auch die umfangreichen Qualifikationen eines Therapeuten diesen nicht von der Erlaubnispflicht des Heilpraktikergesetzes entbindet. Ein Lex specialis, welches den Geltungsbereich des Heilpraktikergesetzes verdrängt, gibt es nicht (Abs.28). Ferner wird festgehalten, dass grundsätzlich die Voraussetzungen eines Straftatbestandes nach § 5 des Heilpraktikergesetzes erfüllt sind (Abs.23). Eine Untersagung der formell illegalen osteopathischen Tätigkeit ist daher geboten (Abs.36).

Wirtschaftliche Aspekte

Vorannahme 2:

Um wirtschaftliche Risiken zu vermeiden, erfolgt die Umstellung von Physiotherapie auf Osteopathie gleitend, so dass Osteopathen parallel auch noch in ihrem Ausgangsberuf Physiotherapeut arbeiten, zumindest solange sie noch nicht mit Osteopathie-Patienten ausgebucht sind.

Bezuggenommen wird bei dieser Vorannahme auf die Berufsfeldforschung von Katrin Krönke (2003). Die Arbeit ist zwar auf Österreich ausgerichtet, aber aufgrund ähnlicher berufspolitischer Voraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass sich die Dinge von Deutschland nicht so stark unterscheiden. In der Arbeit sind mittels Fragebögen zahlreiche Osteopathen zu verschiedenen Aspekten ihrer Tätigkeit befragt worden. Hinter den 70 ausgewerteten Fragebögen stehen neun Allgemeinmediziner, fünf Fachärzte, ein medizinisch-technischer Assistent (MTA) und 54 Physiotherapeuten. Es wird u. a. gefragt, ob sie auch noch in ihrem Ausgangsberuf arbeiten. Als Ergebnis wird festgehalten, dass ein überwiegender Teil dieser Osteopathen, nämlich 86 % weiterhin noch im Erstberuf tätig sind. Allerdings liegt der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit klar in der Osteopathie. In den Auswertungen der Daten bietet Krönke (2003, 43) eine mögliche Erklärung zu der Frage an, warum so viele Osteopathen auch noch in ihrem Ausgangsberuf aktiv sind: *„Only 14 % work full time as osteopaths. 60 % had been working five to ten years in their primary profession when they decided to study Osteopathy. They might stick to their primary profession. 10 osteopaths, who started immediately after their graduation in primary profession with Osteopathy, work more than 75 % as osteopaths.“* Ist es also die alte Verbundenheit zu ihrem Ausgangsberuf (Physiotherapeut), weshalb sich Osteopathen nicht komplett von ihm lösen, oder sind es doch nicht in erster Linie wirtschaftliche Gründe, die für diese Haltung entscheidend sind! Es ist doch naheliegend, dass Therapeuten auf einen bestehenden Patientenstamm nicht verzichten können, solange sie in ihrem neuen Wirkungsfeld noch nicht ausgelastet sind. Diese Frage soll in den Interviews aufgegriffen und überprüft werden.

Verhältnis Osteopath zum Patienten

Vorannahme 3:

Wenn ein Therapeut sowohl Osteopathie- und Physiotherapiebehandlungen zu unterschiedlich hohen Tarifen anbietet, sollte er seinen Patienten gut über die Unterschiede beider Methoden informieren und ihm für beide dann einen klaren Behandlungsrahmen aufzeigen.

Wenn ein und derselbe Therapeut in einer deutschen Praxis Physiotherapie und Osteopathie zu unterschiedlich hohen Tarifen anbietet, so hat das nicht nur therapeutische, sondern wie in Kapitel 2.6 gezeigt auch abrechnungstechnische Konsequenzen. Für den Therapeuten bedeutet dies daher, seinem Patienten eine klare Trennung beider Behandlungsmethoden deutlich zu machen. Sofern der Patient mit einem eindeutigen Behandlungsauftrag – entweder für Physiotherapie oder Osteopathie – kommt, und dieser nach Schilderung der Beschwerden des Patienten auch vom Therapeuten als erfolversprechend angesehen wird, ist die Situation klar. Ein Konfliktfall entsteht jedoch bei verordneter Physiotherapie, wohingegen der Therapeut von einer osteopathischen Behandlung einen besseren Heilungserfolg erwartet. Hier bedarf es eines für den Patienten nachvollziehbaren Informationsgespräches. Diese von der ärztlichen Verordnung abweichende Überzeugung des Osteopathen sollte in diesem Fall dem Patienten – und in einem gesonderten Gespräch auch dem Arzt - begründet werden. Je überzeugter der Therapeut von der Indikation einer osteopathischen Behandlung ist und dies auch seinem Patienten nachvollziehbar vermitteln kann, umso leichter führt die Behandlung zum Erfolg. Die innere Überzeugung des Therapeuten - in Verbindung mit einem aufklärenden Gespräch - können die Bereitschaft des Patienten für eine osteopathische Behandlung wecken (vgl. Novy, 2007, 12 ff).

Verhältnis Osteopath zum Arzt

Vorannahme 4:

Osteopathen vernachlässigen eine aktiv gestaltete Zusammenarbeit mit Ärzten

Eine weitere Unsicherheit, die bei einer Umstellung von Physiotherapie auf Osteopathie für den Therapeuten auftreten kann, betrifft die Zusammenarbeit bzw. Kommunikation mit den Ärzten. In diesem Kontext soll näher auf die Studie von Margit Lammer „Osteopathen/innen und Ärzte/innen – ein Spannungsfeld?“ eingegangen werden. Es handelt sich um eine quantitative Sozialstudie, bei der mittels Fragebögen die

Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Osteopathen näher untersucht worden ist. Sie bezieht sich allerdings auf die Situation in Österreich. Da aber auch dort der Berufsstand „Osteopath“ nicht offiziell anerkannt ist, liegen ähnliche Voraussetzungen vor. Vieles lässt sich daher sicher von den in dieser Studie gewonnenen Einsichten übertragen auf die Lage in Deutschland. Ein erstaunliches Resultat besteht darin, dass die überragende Mehrheit der befragten osteopathisch tätigen Therapeuten, nämlich 84% in einer wie auch immer praktizierten Form einer Zusammenarbeit stehen (Lammer, 2008). Dabei arbeiten sie hauptsächlich mit Allgemeinärzten und Orthopäden zusammen (Lammer, 2008). Die Frage, in welcher Form und in welcher Qualität diese Zusammenarbeit stattfindet, wird allerdings nur oberflächlich thematisiert: „*Most often, cooperation with medical doctors is confined to asking patients to get an allotment of the doctor or allotments without direct contact*“ (Lammer, 2008, 28). Hieraus lässt sich aber immerhin erkennen, dass ein bedeutender Grund für die Zusammenarbeit mit Ärzten in der Zuteilung einer Verordnung liegt. Denn wie in Deutschland kann sich der osteopathisch tätige Therapeut auch in Österreich mit einer ärztlichen Überweisung rechtlich absichern (vgl. Kap.2.5). Dies zeigt aber auch auf, dass Arzt und Osteopath nicht partnerschaftlich auf einer Stufe stehen, sondern zumindest auf dieser rechtlichen Ebene ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis besteht. Dieses bezieht sich in Deutschland allerdings nur auf Osteopathen ohne Heilpraktikerlizenz. Die Studie zeigt weiterhin auf, dass viele Osteopathen, nämlich mehr als zwei Drittel, weiterhin auch in ihrem Ausgangsberuf als Physiotherapeut aktiv sind (Lammer, 2008), (vgl. auch Krönke, 2003). Damit verbunden ist eine weitere wichtige Erkenntnis, die in folgender Textpassage deutlich wird:

„*There is a significant difference between osteopaths in the frequency of **phoning doctors**, who are working in their original job and those who do not anymore. The latter did not ring up doctors as frequently as the others. Osteopaths who officially use both, the former and the actual job denotation, have rung up doctors significantly more often than therapists who denote themselves as ‘osteopath` only’*“ (Lammer, 2008, 32).

Ganz offensichtlich suchen demnach rein osteopathisch tätige Therapeuten weniger eine Zusammenarbeit mit Ärzten als diejenigen Osteopathen, die auch noch physiotherapeutisch aktiv sind. Warum dies so sein könnte, wird an anderer Stelle gesagt: „*Osteopaths who use the denotation osteopath only are seemingly more self-confident. [...] The more experienced osteopaths obviously want to break away from the prevailing hierarchy, but clearly move within a legally grey area*“ (Lammer, 2008, 41). Dazu noch ein weiteres Zitat: „*Some osteopaths describe, that cooperation proceeded*

after changing from physiotherapy to osteopathy, but others describe a breaking of the former network”(Lammer, 2008, 33). Es scheint so, dass je mehr ein Therapeut sich in Richtung der Osteopathie entwickelt, ihm ein freies und vom Arzt unabhängiges Arbeiten immer wichtiger wird. Auf den ersten Blick widersprüchlich ist dann allerdings der von den befragten Osteopathen häufig geäußerte Wunsch nach einer Intensivierung eines Arztkontaktes verbunden mit der Ansicht, dass Ärzte grundsätzlich interessiert sind an einer Kooperation (Lammer, 2008). Andererseits schließt eigenverantwortliches Arbeiten, bei dem nicht zwingend eine Rechtfertigung dem Arzt gegenüber vorgesehen ist, eine enge und auf zweckmäßigen Informationsaustausch beruhende Kooperation mit Ärzten nicht automatisch aus. Was eine positive Kommunikation jedoch auch erschwert, ist das in aller Regel beschränkte Wissen der Ärzte über Osteopathie. *„The majority (72,5%) of the doctors who answered is not well informed about osteopathy”*(Seewald, 2007, 39). Trotzdem scheint es von Seiten vieler Ärzte durchaus eine gewisse Offenheit und Interesse an einer Zusammenarbeit zu geben. *„Three quarters of the interviewed doctors are interested in meetings dealing with osteopathy, here also the employed doctors are the most interested ones, who can imagine cooperation with an osteopath”* (Seewald, 2007, 47) .

Es drängt sich bei der Analyse dieses Studienmaterials die Annahme auf, dass osteopathisch arbeitende Therapeuten nach mehr Unabhängigkeit vom Arzt streben und dabei die Kommunikation mit Ärzten vernachlässigen.

Berufsidentität

Vorannahme 5:

Die berufliche Identität für Therapeuten, die sowohl Physiotherapie und Osteopathie erlernt haben wird von den betroffenen Therapeuten unterschiedlich erlebt

Um die Hintergründe dieser Vorannahme zu beleuchten, ist es zunächst notwendig, den Begriff „Berufsidentität“ zu erklären. Er enthält das Wort „Identität“.

„Identität hat mit innerer Stellungnahme zu tun. Man definiert die eigene Position in der Welt. Dabei muss man die eigenen Begabungen berücksichtigen, [...] die eigenen Ziele und Ideale [...] und die akzeptierten Pflichten.[...] Bei der beruflichen Identität geht es um die Formulierung der eigenen beruflichen Aufgaben und um die Abgrenzung

benachbarter Berufsgruppen. Damit verbunden ist eine Stellungnahme gegenüber den in der beruflichen Sozialisation erlernten Methoden und Werten und gegenüber den an die Berufsgruppe herangetragenen Außenanforderungen“ (Kottje-Birnbacher, 2000, 128).

Bei der beruflichen Identität geht es also auch um eine subjektive Wahrnehmung der beruflichen Position innerhalb einer Gesellschaft. Sie ist dabei geprägt zum einen von der Reflexion eigener Fähigkeiten, Werte und Ziele und zum anderen von den Anforderungen der Gesellschaft. Berufliche Identität umfasst dabei auch das Gefühl der Zugehörigkeit eines bestimmten Berufsstandes. Das allgemeine Ansehen des Berufsstandes in der Gesellschaft hat Auswirkungen auf die Zufriedenheit und der Selbst- und Weltkonzeption des Einzelnen (Schämann, 2005).

Berufliche Identität ist dabei dynamisch zu sehen. Sie ist aufgrund innerer und äußerer Einflussfaktoren ständig Veränderungen ausgesetzt. *„Identität als solche kann auch, obwohl umstritten, als „self“ begriffen werden (vgl. Straub 2000) und ihre Herausbildung wird als Prozess anstelle von Produkt in der sozialwissenschaftlichen Forschung begriffen“* (Schämann, 2005, 44). Dieser prozesshafte Charakter zeigt sich auch in dem Kreismodell der Identitätsentwicklung von Withbourne und Weinstock (1982). Dieses Modell zeigt die Wechselbeziehungen der Identität als wahrgenommene Innenperspektive mit der Außenwelt auf, wie sie z.B. durch die Bewertung eigener Fähigkeiten durch andere auftreten können. Danach können zum einen neu gemachte Erfahrungen in die bestehende Identität aufgenommen werden (Identitätsassimilation), aber zum anderen können solche neue Erfahrungen die eigene Identität auch verändern (Identitätsakkommodation).

Wie sieht nun die Situation für Therapeuten aus, die sowohl eine Berufsausbildung als Physiotherapeut wie auch ein mehrjähriges Studium in der Osteopathie durchlaufen haben. Im Prinzip handelt es sich hier um zwei verschiedene Berufe, bei denen allerdings nur die Physiotherapie einen anerkannten Berufsstatus besitzt. Dieser scheint aber bei der Identitätsbildung eine entscheidende Rolle zu spielen. *„One can not speak of a professional standpoint of identity for osteopaths yet. The main hindrance for osteopaths in claiming a professional identity seems to be the missing of an official recognition on a legal basis of some sort“* (Krönke, 2003, 43) Von dieser berufsrechtlichen Seite kann die Osteopathie daher zur Zeit in Deutschland für Therapeuten noch keine identitätsbildende Rolle einnehmen.

Wie sieht es dagegen in der Physiotherapie aus? Wie eingangs schon angesprochen gehört die Physiotherapie zu einer etablierten, von der Schulmedizin anerkannten und von den gesetzlichen Kassen finanzierten Behandlungsmethode. Physiotherapie ist in der Bevölkerung allgemein bekannt und wird von ihr intensiv in Anspruch genommen. Das Berufsbild ist klar definiert und es existieren klare gesetzliche Ausbildungs- und Prüfungsregeln (www.physio.de, 6.08.2009)

Wenn also nun Therapeuten den geschützten Status des Physiotherapeuten durch Aufnahme osteopathischer Tätigkeit verlassen, kommen sie in Bereiche, die, was den äußeren Rahmen angeht, geprägt sind von vielen Unsicherheitsfaktoren. Fehlt der äußere Rahmen, ist es für den Therapeuten um so wichtiger, eine klare innere Haltung einzunehmen, die mehr geprägt ist von seinem therapeutischen Selbstverständnis im allgemeinen, als von der Abhängigkeit an eine bestimmte Behandlungsmethode. Dies zeigt sich auch im folgenden Zitat: „Manche Methoden treten äußerlich zwar wie eigenständige Berufe auf, doch sollte dieses Auftreten Sie eher skeptisch stimmen. Für eine erfolgreiche Praxis ist auf Dauer eine innere Berufsidentität von Bedeutung, in der dann verschiedene Methoden angewendet werden können“ (Tiemeyer, s.a., s.p). Vor diesem Hintergrund lässt sich die Vorannahme ableiten, dass die betroffenen Therapeuten ihre berufliche Identität unterschiedlich wahrnehmen.

Geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie

Vorannahme 6:

Der begrenzte Bekanntheitsgrad der Osteopathie erschwert Osteopathen die Rekrutierung neuer Patienten.

Wenngleich der Verbreitungsgrad der Osteopathie in den letzten Jahren zunehmend größer geworden ist, gibt es doch immer noch große Teile der Bevölkerung, die über diese Heilmethode nichts oder nur wenig wissen und somit dann auch keine osteopathische Behandlung nachfragen.

„Der Bekanntheitsgrad der Osteopathie wächst stetig, die anfängliche Skepsis gerade von Schulmedizinern schwindet weiter und immer öfter arbeiten Ärzte und Fachtherapeuten zum Wohle ihrer Patienten mit Osteopathen zusammen. Dabei sind Osteopathen noch weit davon entfernt, etwa den gleichen Verbreitungsgrad wie Heilpraktiker oder gar Physiotherapeuten zu haben“ (www.osteopathie.de, 08.08.2009).

„More than that most patients don't even know when to seek the help of an osteopath, because they haven't got enough information. In the worst case (but that goes for a high percentage of patients) they don't even know osteopathy exists" (Lammers, 2008, 41).

Selbst bei vielen Ärzten scheint es noch ein Informationsdefizit bezüglich der Osteopathie zu geben, wie die Forschungsarbeiten von Seewald (2007) und Eppensteiner (2006) zeigen.

Für Osteopathen kann dieser mangelnde Wissensstand bei der Rekrutierung neuer Patienten ein zusätzliches Hindernis sein. Anders als beispielsweise in der Physiotherapie, die als etablierte Behandlungsmethode in der Bevölkerung sehr bekannt ist, müssen die Anwendungsmöglichkeiten und Wirkungsweise der Osteopathie vielen Bürgern erst noch vermittelt werden.

4. Methodologie

Für das Thema dieser Arbeit gibt es, wie bereits erwähnt, vergleichsweise wenig Literatur und andere themenbezogene Studien. Dennoch bieten die gesammelten relevanten Quellen ein brauchbares Fundament. Dieser theoretische Unterbau fungiert auch als Grundlage für die Generierung von Vorannahmen, welche Probleme für Therapeuten bei dem Umstellungsprozess auftreten können. In dieser Weise soll eine objektive Sicht der Dinge gewährleistet sein. Beides, Vorannahmen und die damit verknüpften Quellen, sind unter Kapitel 3, in sechs verschiedene Kategorien sortiert, dargestellt. Dieses Kapitel - Kapitel 4 - zeigt nun auf, welche Methodik zum Einsatz kommt. Das methodische Vorgehen soll zum einen geeignet sein zu überprüfen, ob die aufgestellten Vorannahmen in der Wirklichkeit eine Entsprechung finden bzw. in welcher Form sie angepasst werden müssen und zum anderen aber auch genügend Raum bieten, um zu erforschen, wie die betroffenen Therapeuten den Umstellungsprozess gestalten und wahrnehmen, sowie ob noch weitere von den Vorannahmen noch nicht erfasste Aspekte eine Rolle spielen.

Beschreibung und Begründung der Methodenwahl

Da das Untersuchungsfeld noch weitgehend unerforscht ist und auch weil es komplex strukturiert ist, bot sich eine qualitative Studie mit Interviews an. Sie ist gut geeignet, sich dem vielschichtigen Thema anzunähern. Konkret geplant sind sechs leitfadengestützte Interviews mit teils offenen und teils halbgeschlossenen Fragen. Zum Einsatz kamen dabei die Prinzipien aus dem Buch „Das verstehende Interview“ von Jean-Claude Kaufmann (1999). Kennzeichnend für diese Methodik ist eine offene Gesprächsführung des Interviewers, der zwar ausgehend von einem Interviewleitfaden sich dennoch mit „*Engagement*“ (Kaufmann, 1999, 77f) und „*Empathie*“ (Kaufmann, 1999, 75f) voll einbringt und spontan auf die Äußerungen des Interviewten reagiert. Es soll bewusst vermieden werden, trocken eine Frage nach der anderen vom Blatt abzulesen, da hierdurch „*die Personen mit ihren Antworten sehr schnell auf denselben Stil einschwenken und sich auf kurze Antworten beschränken, die nur ihre oberflächlichen Gedanken wiedergeben und ihr am leichtesten zugänglich sind, ohne sich wirklich persönlich einzubringen*“ (Kaufmann, 1999, 70). Vielmehr ist es das Ziel, den Interviewten mittels eines „*Gespräches zwischen gleichberechtigten Individuen*“ (Kaufmann, 1999, 71) dazu zu bringen, tiefere Einblicke in seine Gedanken und Gefühle gewähren zu lassen. Der Interviewleitfaden fungiert dabei lediglich als

Richtschnur oder als Rahmen für das Gespräch. Bei dem Versuch, in die Tiefe vorzustößen, muss jedoch die „*richtige Frage*“ gefunden werden, die in der Regel nicht im Leitfaden steht, „*sondern man leitet sie aus dem bereits Gesagten ab*“ (Kaufmann, 1999, 72).

Die Interviews wurden auf einem digitalen Tonträger aufgenommen und anschließend nach festgesetzten Regeln transkribiert, das heißt in Textform geschrieben.

Der nächste Arbeitsschritt bestand darin, aus dem umfangreichen vorliegenden Textmaterial eine qualitative Inhaltsanalyse vorzunehmen. Die Ziele dieser Analyse bestehen im wesentlichen aus zwei Dingen. Zum einen sollen die unter Kapitel 3 genannten Vorannahmen abgeglichen werden mit den entsprechenden Interviewaussagen. Es handelt sich hier also um ein deduktives Vorgehen, bei dem die genannten Vorannahmen als ein Kategoriensystem anzusehen sind (vgl. Bortz und Döring, 1995). Dabei geht es nicht um die Frage, ob das Gesagte als Beweis für die Richtigkeit der Vorannahme zutrifft. Dieses obliegt nicht den Möglichkeiten einer qualitativen Studie. Es geht vielmehr darum herauszufinden, ob die Vorannahmen, wie sie unter Kapitel 3 dargestellt sind, in den Interviews sowohl mit Blick auf die inhaltliche Formulierung als auch mit Blick auf die Problemrelevanz eine Entsprechung finden bzw. ob die Vorannahmen an das in den Interviews Gesagte angepasst werden müssen. Die in dieser Weise bearbeiteten Vorannahmen können dann gut als Gegenstand möglicher nachfolgender quantitativer Studien verwendet werden. Der zweite Schwerpunkt dieser qualitativen Inhaltsanalyse besteht darin, analog zu Kaufmann, aus den Interviews neues theoretisches Material bzw. Vorannahmen zu generieren. „Das Hauptziel der Methode ist die Theorieproduktion [...] als Herausarbeiten einer möglichst feinen Wechselwirkung zwischen Daten und Hypothesen“ (Kaufmann, 1999, 12). Hier sollen dann vor allem die charakteristischen Züge des Umstellungsprozesses der einzelnen Interviewpartner aufgezeigt werden und Raum für neue Aspekte und Vorannahmen gegeben werden.

Anzahl und Auswahl der Interviewpartner

Durchgeführt sind sechs Interviews mit betroffenen Therapeuten/innen. Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Studie waren eine abgeschlossene Physiotherapieausbildung und zusätzlich ein mindestens fünfjähriges,

berufsbegleitendes Osteopathiestudium. Drei Interviewte verfügen über eine Heilpraktikerlizenz und drei besitzen diese nicht. Die Interviewpartner sind über persönliche Beziehungsnetze rekrutiert worden, was auch eine höhere Vertrauensbasis in Aussicht stellte, die für ein ehrliches und produktives Interview vom Vorteil war. Es ist allerdings darauf geachtet worden, dass es keine Bündelung auf einen Standort gibt, sondern die Interviewpartner über einen Radius von ungefähr 300 – 400 km verteilt lagen.

Interviewleitfaden

Der Leitfaden dient als Grundlage und Orientierung für den Interviewer (vgl. Kaufmann, 1999, 65ff). Die dabei gestellten Fragen sind zum einen auf das Sammeln von Informationen bezüglich der Vorannahmen ausgerichtet und zum anderen sind sie von sehr offenem Charakter. Die Interviewten können sich so sehr frei äußern und eigene Ansichten ausbreiten. Der Interviewleitfaden ist im Anhang dieser Arbeit einzusehen.

Durchführung der Interviews

Die Interviews sind alle vom Autor selbst durchgeführt worden. Meistens fanden sie bei den Interviewten zu Hause statt oder am Rande eines Seminars. In jedem Fall waren es persönliche Gesprächssituationen in einer face-to-face Situation. Bei den Interviews ist für eine ruhige Atmosphäre gesorgt worden, wo weder Handy noch sonstige Ablenkungsquellen den Interviewverlauf stören konnten. Bevor das eigentliche Interview gestartet wurde, gab es jeweils eine Phase des „miteinander warm Werdens“, wo bei einer Tasse Tee oder Cafe ein wenig „small talk“ gehalten wurde und in dieser Art Interviewer und Interviewter sich eine entspannte Gesprächsatmosphäre geschaffen haben.

Jeder Interviewpartner ist darauf hingewiesen worden, dass alles anonym bleibt und keine personenbezogenen Daten veröffentlicht werden. Der Zusicherung der Anonymität kam eine besondere Wichtigkeit zu, da im Interview Dinge erörtert wurden, die rechtlich und versicherungstechnisch nicht immer einwandfrei sind.

Die Dauer der Interviews variierte stark. Das kürzeste betrug 12:40 Minuten und das längste erstreckte sich über 38:10 Minuten.

5. Analyse der Interviews

Ziel dieser Arbeit ist es exemplarisch an sechs verschiedenen Fällen aufzuzeigen, welche Aspekte bei einer Neuausrichtung des Therapieangebotes von Physiotherapie auf Osteopathie zu berücksichtigen sind. Insbesondere sollen dabei mögliche Probleme in den Focus gerückt werden und wie die interviewten Therapeuten hiermit umgehen (vgl. auch Kap.1). Um den roten Faden und die charakteristischen Züge der einzelnen Umstellungsprozesse erfassen zu können, ist es zweckmäßig, die Interviews zunächst einzeln jedes für sich auszuwerten. Dabei dienen die in Kapitel drei aufgestellten sechs Vorannahmen als theoretischer Bezugsrahmen. Es wird aufgezeigt, inwieweit sich die Vorannahmen in dem Gesagten widerspiegeln bzw. ob es dabei zu einer Veränderung oder Weiterentwicklung der Vorannahmen kommt. Zusätzlich dienen die Einzelinterviewaussagen als Grundlage für das Erfassen bisher in den Vorannahmen noch nicht thematisierter Aspekte (vgl. auch Kap.4.1).

Interview 1

Interviewpartner 1 - im folgenden Rolf (Pseudonym) genannt - hat 1991 die Physiotherapieausbildung und 2005 das Osteopathiestudium beendet. Er arbeitet als freier Mitarbeiter in einer Praxis jedoch ausschließlich als Physiotherapeut. Allerdings bindet er in seinen Behandlungen osteopathische Aspekte mit ein, wie folgender Auszug des Interviews verdeutlicht:

Streng genommen mach ich im Moment gar keine Osteopathie. Ich hab im Moment keine speziellen Osteopathiepationen. Im Rahmen der Behandlung versuch ich schon, stark osteopathische Aspekte mit einzubeziehen, aber so wie ich Osteopathie streng genommen sehe, habe ich zur Zeit keine (T.I., S.1, Z.29-32).

Auf die Frage ob er in Zukunft gerne mehr als Osteopath arbeiten möchte, antwortet er allerdings mit einem klaren „Ja, auf jeden Fall“ (T.I., S.2, Z.11).

5.1.1 Rechtliche Aspekte

Rolf hat 2007 eine Heilpraktikerlizenz erworben und hat sich damit eine rechtliche Legitimation geschaffen, um Osteopathie praktizieren zu dürfen (vgl. Kap.2.5.). Da er jedoch ausschließlich auf Physiotherapieverordnung behandelt, benötigt er zur Zeit diese Lizenz gar nicht. Seinem Wunsch mehr als Osteopath zu arbeiten, möchte er eventuell in einer anderen Praxis nachkommen. So hat er vor, „in einer

Heilpraktikerpraxis osteopathisch Fuß zu fassen oder vielleicht auch bei Osteopathen in der Praxis als Aushilfe zu helfen und da auch stundenweise mitzuarbeiten“ (T.I., S.10, Z.10-15). Er versucht demnach etwas aufzubauen und sieht sich nach „machbaren“ Möglichkeiten für ihn um.

Um dieses Vorhaben umzusetzen, kann es für ihn hilfreich sein, die Heilpraktikerlizenz bereits erworben zu haben (vgl. Kap.2.5.).

5.1.2 Wirtschaftliche Aspekte

Für Rolf ist klar, dass es aus wirtschaftlichen Gründen nicht denkbar wäre, von jetzt auf gleich die Physiotherapie aufzugeben und nur noch osteopathisch zu arbeiten (vgl.Kap.3.2). Er sagt ganz eindeutig: „[...] *das [Eine Praxis aufzumachen] wäre jetzt so für mich nicht möglich.*“ Weiters führt er aus, dass *„der abrupte Bruch in meiner jetzigen Situation doch schwierig ist.“* (T.I., S.9, Z.28 – S.10, Z.4) Rolf sieht keine Spannung aus therapeutischer Sicht, sondern rein aus wirtschaftlicher Perspektive:

„Also, rein vom therapeutischen würde ich es jetzt gar nicht so sehen als Spannung oder Schwierigkeit, sondern mehr aus organisatorischen und finanziellen und sonstigen – also das ist für mich so eher die Hauptsache“ (T.I., S.9, Z.28 – S.10, Z.4).

Rolf hat in seinen umfangreichen Aus- und Fortbildungen schon sehr viel Zeit, Arbeit und Geld investiert. Zur Zeit arbeitet er ausschließlich auf Basis der vergleichsweise geringen Physiotherapietarifen (vgl. Kap.2.6.1). Da auch Privatversicherungen nach seiner Darstellung Leistungen kürzen, empfindet er diese Situation als unbefriedigend:

„Ich meine, das ist auch ein Problem. Gut, ich denke weniger von der Patientenseite – da habe ich das im Großen und Ganzen nicht, sondern da ist das auch eher eine Sache mit der Bezahlung. Das ist etwas, was ich auch sehe, dass wir uns in der Physiotherapie uns viel mehr damit rumstreiten müssen. Dass zum Teil Privatpatienten nicht mehr zahlen wollen, weil zum Teil auch die Privatversicherungen da schon kürzen. Und das ist für mich natürlich schon eine Sache, die dann noch unbefriedigender ist“ (T.I., S.10, Z.28-34).

Wie aus dem ersten Zitat dieses Kapitel deutlich wird, ist trotz dieser negativen Aspekte seine physiotherapeutische Praxistätigkeit ein wirtschaftlich sicheres Standbein. Seine Hoffnung ist es aber, in Zukunft zusätzlich in einer anderen Praxis rein osteopathische arbeiten zu können (vgl.5.1.1.).

5.1.3 Verhältnis Osteopath zum Patienten

In diesem Kapitel wird dargestellt inwieweit der interviewte Therapeut das Verhältnis zu seinen Patienten unter dem Aspekt einer nachvollziehbaren Trennung beider Therapiemethoden gestaltet (vgl. Kap.3.3.) und es wird auf einen möglichen weiteren Einflussfaktor hingewiesen.

5.1.3.1 Kommunikation mit Patienten über Trennung beider Behandlungsmethoden

Rolf möchte gerne mehr rein osteopathisch arbeiten (vgl. Kap.5.1.), will dies eigentlich aber nicht im Rahmen einer tiefer vergüteten Physiotherapie tun: *„und [dass] sie [die Patienten] auch bereit sind [...] dafür zu bezahlen, also nicht nur zu sagen, wir wollen es haben. Das ist auch wohl bei meiner Klientel die Schwierigkeit“* (T.I., S.2, Z.31-33). In Rolfs Praxis wird von seinen Arbeitskollegen Osteopathie und Physiotherapie stark vermischt, ohne dass dies den Patienten explizit kommuniziert worden ist, sind viele Physiotherapiepatienten es offenbar gewohnt, mit osteopathischen Techniken behandelt zu werden:

„Ich denke, es verschwimmt zu viel. Es war schon vorher so mit den Kollegen, dass für Patienten nicht sichtbar ist, was ist Physiotherapie und was Osteopathie? [...] Daher ist es auch den Patienten nicht klar, wenn jemand kommt, dann wird er sehr schnell visceral untersucht, wo ich einfach sagen [muss, dass das] eigentlich traditionell nicht so der physiotherapeutische Ansatz ist“ (T.I., S.2, Z.21-23 + S.3, Z.3-6).

Rolf selbst nimmt selbst allerdings auch keine klare Trennung beider Methoden vor: *„Im Rahmen der [Physiotherapie-]Behandlung versuch ich schon stark, osteopathische Aspekte mit einzubeziehen“* (T.I., S.1, Z.30+31). Entgegen seinem Wunsch, dass *„sie[die Patienten] auch bereit sind [...] [angemessen für eine osteopathische Sitzung] [...] zu bezahlen“* (T.I., S.2, Z.31) bietet er seinen Patienten die Möglichkeit an, auf Basis von Manuelle Therapie Rezepten osteopathische Behandlungen in Anspruch zu nehmen: *„Für sechs mal Manuelle Therapie mache ich drei [osteopathische] Doppelbehandlungen“* (T.I., S.4, Z.17). Es drängt sich die Frage auf, ob Rolf hiermit seinen Patienten zu weit entgegenkommt und es versäumt, konsequente Vorgaben zum äußeren Vergütungsrahmen aufzustellen. Dies umso mehr, da es für ihn selbst nachvollziehbar ist, dass Patienten versuchen, diese für sie kostengünstige Variante in Anspruch zu nehmen. *„Ja, wenn sie [die Patienten] die Möglichkeit haben, so wie sie es für sich für günstig halten, dann versuchen sie es schon, über die Kassenleistung oder über das Rezept“* (T.I., S.3, Z.13+14). Ebenso klar ist bei ihm die Einsicht, das *„so lang das auch Leute [Therapeuten] machen [Osteopathie auf Rezept anzubieten]“*

versuchen sie [die Patienten] es halt“ (T.I., S.3, Z.15-16). Andererseits „empfindet [er] es als „anstrengend, [...] [seinen Patienten] zu erläutern, dass es [die Osteopathie] keine Kassenleistung ist (T.I., S. 4, Z.4+5). Resümierend lässt sich festhalten, dass Rolf mangelnde Konsequenz gegenüber seinen Patienten im Durchsetzen des äußeren Vergütungsrahmens vermissen lässt.

5.1.3.2 Kritische Haltung zur Osteopathie

Rolf hat vor seiner Osteopathieausbildung viele Jahre bereits als Physiotherapeut gearbeitet und hält es nicht für widersprüchlich auch als Osteopath Übungen mit seinen Patienten zu machen. Er hält es für wichtig, auch in einer osteopathischen Behandlung aktive Bewegungselemente einzubauen. In diesem Zusammenhang kritisiert er andere Osteopathen:

„Für mich ist das [aktive Übungen einzubauen] nicht so widersprüchlich, wie das leider oft von Osteopathen gesehen wird, weil Konkurrenzdenken da ist, was für mich aber nicht der Fall ist, wo ich sage, kann ich im Übergang als Osteopath ein paar Übungen machen, egal ob physiotherapeutische oder osteopathische Übungen. Oder fühle ich mich da schon zu sehr berufen für die Osteopathie, was ich oft höre. Na ja, auf die Physiotherapiebasis gehen wir gar nicht mehr, weil ich bin schon zu gut, wir stehen da schon viel höher. Wobei da für mich auch immer wieder eine gewisse Arroganz der Osteopathen zu spüren ist“ (T.I., S.4, Z.28-S.5, Z.2).

Auffallen tut hier, dass er das Anwenden aktiver Übungen auf den Übergang beschränkt aber gleichzeitig Osteopathen, die dies nicht tun als arrogant bezeichnet. Dabei lässt er offen, ob es für ihn grundsätzlich zur Osteopathie passt. An anderer Stelle äußert er sich bezüglich der Wirksamkeit der Physiotherapie gegenüber der Osteopathie wie folgt:

„Ja, bei vieles finde ich es [die Physiotherapie] wesentlich hilfreicher, dauerhafter oder warum nur das eine oder andere, warum kann es nicht parallel laufen“ (T.I., S.5, Z.27-29).

Aus diesen letzten zwei Zitaten gibt es Hinweise, die einerseits eine Verbundenheit zu seinem Erstberuf Physiotherapeut erkennen lassen und andererseits eine kritische Haltung gegenüber der Osteopathie spüren lassen (vgl. auch Kap.5.1.5). Es wird hier deutlich, dass Rolf sich nicht auf eine Therapiemethode festlegen möchte. Seine Vorgehensweise ist vielmehr von der Frage geprägt: „Was kann ich als Physiotherapeut oder was kann ich als Osteopath machen[?]“ (T.I., S.5, Z.29+30). Es wäre interessant in einer Forschungsarbeit der Frage nachzugehen, inwieweit eine solche kritische Haltung zur Osteopathie zu Lasten der therapeutischen Überzeugungskraft auf Patienten geht.

5.1.4 Verhältnis Osteopath zum Arzt und weiteren medizinischen Berufsgruppen

Da Rolf auf Basis von ärztlich verordneten Physiotherapieresepten arbeitet, gibt es eine durch die Überweisung vorgegebene Zusammenarbeit mit Ärzten. Bezüglich der Osteopathie sind die Reaktionen der Ärzte, die Rolf erlebt hat unterschiedlich: Seine jüngeren/ letzten Erfahrungen beschreibt er als „*eher positiv*“ seine ersten Erfahrungen allerdings als „*eher negativ*“ (T.I., S.7, Z.6-15). Rolf hält es für wichtig, bei der Behandlung von Patienten den Blick offen zu halten für benachbarte medizinische Tätigkeitsbereiche, die möglicherweise eine größere Relevanz für die aktuellen Probleme eines Patienten haben, und an die er dann seine Patienten weiterschicken möchte.

„Ich sage auch relativ schnell, also gerade wenn jemand osteopathisch zu mir gekommen ist, wo ich dann auch gesagt habe, ich lehne für mich jetzt da die Behandlung ab, nicht generell so behandeln, sondern wo ich auch in der Osteopathie sage: Na ja es ist sicher sinnvoll, da was zu machen aber jetzt nicht unbedingt, primär; also dass ich sage: es gibt andere Sachen, die aus meiner Sicht wichtiger wären, weil wie zum Psychologen oder wie in der Schmerztherapie oder sonst was, wo ich schon eher für mich die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen sehe, und also da eine Verbindung sehe und sie nicht nur als Konkurrenten sehe, die mir vielleicht irgendwelche Kunden wegnehmen wollen, sondern wo ich einfach denke, dass wo sie mit Fragen direkt zu und kommen, dass sie woanders mit diesen konkreten Fragen bei anderen besser aufgehoben sind“ (T.I., S.6, Z.19-31).

Mit diesen Worten macht Rolf deutlich, dass er nicht seine eigene Behandlung in den Fokus stellt, sondern das Wohl des Patienten. Bei der Behandlung eines Patienten stellt er sich die Frage, ob das Problem des Patienten eventuell mit Behandlungsmethoden benachbarter medizinischer Berufssparten besser angegangen werden kann als mit seiner eigenen. Damit nimmt Rolf eine patientenorientierte Grundhaltung ein.

5.1.5 Berufsidentität im Wandel

Rolf sieht sich im Moment von seinem beruflichen Selbstverständnis „*mehr als Physiotherapeut mit stark osteopathischem Hintergrund.*“ Sein Wunsch ist es aber, mehr als Osteopath zu arbeiten, dies jedoch nicht im Rahmen einer Physiotherapieverordnung (vgl. Kap.5.1.3.1). Rolf möchte gerne als Osteopath ganzheitlich behandeln (vgl. Kap. 5.1.1). Er erlebt aber immer wieder Situationen, in der es eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch seiner physiotherapeutischen Patienten nach reiner Symptombehandlung und seinem eigenen Anspruch nach einer ursachenbezogener Therapie gibt:

„Weil grade im Sinne von Symptombekämpfung sag ich mal --- was so von Patientenseite kommt oder Klientenseite kommt und ich denke grade so wie ich mein osteopathisches Selbstverständnis sehe, wie ich mich fühle, passt das ja nicht so ganz zusammen, oder wo ich einfach sage: eigentlich ist für mich als Osteopath die Symptomatik eher nebensächlich“ (T.I., S.8, Z.15-19).

Er zieht für sich die Feststellung, dass es fast nicht umsetzbar ist, Physiotherapie und Osteopathie in der gleichen Praxis und mit dem jeweiligen adäquaten Vergütungsrahmen aus einer Hand anzubieten. Eine Perspektive für die Zukunft sieht er in der parallelen Aufnahme einer reinen osteopathischen Tätigkeit in einer anderen Praxis.

„Das ist das, was ich mir auch gut vorstellen kann, dass ich schon auch mehr als Osteopath arbeiten kann, ohne mit der Physiotherapie in Konflikt zu kommen. Nur ist das für mich eher mit einer räumlichen Trennung möglich, wo ich denke, in einer nicht räumlichen Trennung wird es schwieriger. Wo ich sage im Rahmen der Praxis, den behandle ich jetzt physiotherapeutisch und den nächsten Patienten behandle ich osteopathisch, also da sehe ich für mich schon auch Schwierigkeit“ (T.I., S.6, Z.3-9).

Ganz loseisen von seiner physiotherapeutischen Denkweise möchte Rolf sich offensichtlich aber auch in der Zukunft nicht. Dazu scheint er zu sehr mit der Physiotherapie verwurzelt zu sein bzw. er hat die osteopathische Denkweise nicht für sich vollständig übernommen.

„Wobei rein von der Denkweise bin jetzt nicht so weit in der Osteopathie, dass ich sagen kann: Oh ich muss da [in der Physiotherapie] jetzt einen totalen Schlussstrich ziehen. Wobei ich denke schon, dass es sicher viele gibt, die sagen: Ne sie wollen mit dem anderen [Physiotherapie] nichts mehr zu tun haben“ (T.I., S.6, Z.9-13).

Interview 2

Interviewpartnerin 2 – im folgenden Ida (Pseudonym) genannt – hat bereits 1987 ihre Physiotherapieausbildung abgeschlossen. 1997 hat sie sich in einer deutschen Großstadt mit einer Physiotherapiepraxis selbstständig gemacht. Ihre Osteopathieausbildung absolvierte sie dann von 2001 bis 2006.

Ida arbeitet zur Zeit sowohl als Physiotherapeutin wie auch als Osteopathin. Eine Heilpraktikerprüfung hat sie bisher nicht abgelegt. Auf die Frage, wie die prozentuale Verteilung beider Tätigkeiten aktuell bei ihr in der Praxis ist, gibt sie folgende Antwort:

„Das ist schon schwer zu sagen. Weil sich das wirklich mischt. Ich würd´ sagen, dass Leute anrufen und ganz gezielt danach fragen, das sind vielleicht so 20 – 30%, dann vielleicht noch mal 30%, wo die Ärzte die Leute zu mir hinschicken, weil sie wissen, dass

ich Osteopathie mache, aber den Patienten ist es eigentlich egal. Und der Rest ist Physiotherapie“ (T.I., S.14, Z.2-6).

Den Blick auf die Zukunft gerichtet sagt sie: *„Ich möchte Osteopath [in] sein“* (T.I., S. 27, Z.19+20) und auf die Frage ob es ihr Ziel ist, zu 100% als Osteopathin zu arbeiten, antwortet sie mit einem klaren „Ja“ (T.I., S.27, Z.25).

5.2.1 Rechtliche Aspekte

Ida besitzt keine Heilpraktikerlizenz und ist damit auf ärztliche Verordnungen angewiesen, um legal Osteopathie praktizieren zu können (vgl. Kap.2.5 und Kap.3.1).

5.2.1.1 Praktizieren von Osteopathie ohne ärztliche Verordnung

Obwohl Ida keine Heilpraktikerlizenz besitzt, melden sich auch Patienten bei ihr direkt für eine osteopathische Behandlung an, ohne vom Arzt geschickt zu werden:

„[...] entweder, die kommen vom Arzt und das ist eigentlich eher eine physiotherapeutische Behandlung, oder die kommen dann [direkt][...] zur Osteopathie“ (T.I., S.15, Z17-19).

Hier tut sich für sie schon eine Spannungsquelle auf, da sie sich im klaren darüber ist, dass dieses Vorgehen rechtlich nicht korrekt ist. So vermeidet sie bewusst den Einsatz bestimmter Techniken, die das Potential besitzen, im ungünstigsten Fall Patienten Schaden zuzufügen:

„HWS Manipulationen mache ich eher in der Praxis nicht, also mache ich wirklich auch nicht beim ersten Mal und wenn dann eigentlich nur, dass ich die Einstellung mache und vielleicht einen leichten Thrust gebe, hoffe dass es sich löst, also ich mach’s nicht mit Kraft. [...]wenn der Patient ne Erstverschlechterung hat und er zufällig so einen Artikel in der Zeitung liest, HWS-Manipulationen sind gefährlich, dann bin ich dran“ [T.I., S.18, Z.1-4 und 9-11].

Auch orale Therapietechniken wendet sie gelegentlich an. *„Ja.---im Mund mach ich [auch aber] selten“* (T.I., S.17, Z.30-31). Wie das unter Kapitel 3.1. dargestellte Gerichtsurteil aufzeigt, sind die Ängste vor Konsequenzen, die Ida im Zitat oben zu erkennen gibt, nicht grundlos. Dies um so mehr, da Ida bereits von den örtlichen Behörden aufgrund ihres osteopathischen Auftretens nach außen hin eine Mahnung erteilt bekommen hat:

„wir haben vor ein paar Jahren ne Mahnung vom Gesundheitsamt bekommen.--- Darauf hab ich z.B. das Schild geändert. Da steht jetzt drauf: „Osteopathische Techniken“ und in Klammern „im Delegationsverfahren“. Also ich versuche immer, so halblegal darum zu zuckel“ (T.I., S.18, Z.23-26).

5.2.1.2 Verrechnung von Osteopathie auf Basis einer Physiotherapieverordnung

Es gibt noch einen weiteren Aspekt in Idas Arbeitsabläufen, der rechtlich fragwürdig erscheint:

„Praktisch umgesetzt mach ich es dann leider doch häufig über das Rezept. Dann kenn ich die Leute, sind sie arbeitslos oder haben nicht viel Geld --- . Und dann rechne ich und sag OK und dann müssen sie dreimal unterschreiben und kriegen dafür eine osteopathische Behandlung“ (T.I., S.16, Z.4-7).

Wie hier zu erkennen ist, lässt sich Ida darauf ein, auf Basis einer Physiotherapieverordnung eine osteopathische Behandlung abzugeben. Wie in Kapitel 2.6.1 dargestellt, muss der Patient für jede Behandlung einmal mit dem jeweils aktuellen Datum unterschreiben. Wenn Ida nun den Patienten für eine osteopathische Behandlung dreimal unterschreiben lässt, müssen dabei auch jeweils unterschiedliche Daten eingesetzt werden. Dies bedeutet, dass zwei Daten fiktiv sein müssen, so dass der Patient damit eine Falschaussage macht. Abgesehen davon ist es eine ungeklärte Frage, wie eine Krankenversicherung reagiert, wenn sie erfährt, dass auf Basis einer ärztlich verordneten Physiotherapie eine osteopathische Therapie verrechnet wird. Juristische Präzedenzfälle dazu sind dem Autor dieser Studie jedoch nicht bekannt. Ida allerdings übt sich bezüglich dieses von ihr praktizierten Abrechnungsverfahrens in Gelassenheit und glaubt sich, auf das Vertrauensverhältnis zu ihren Patienten verlassen zu können:

„Ja, ich bin da relativ gelassen, weil mir das in den 10 Jahren noch nie passiert ist[...]. Wenn ich mit Patienten mal so einen „Deal“ mache, hab ich immer ein ganz gutes Vertrauensverhältnis zu ihnen“ (T.I., S.16, Z.25-28).

Dass diese Art und Weise, individuelle nicht ganz legale Abmachungen mit Patienten zu treffen, auch anstrengend für sie ist und auch eine Unruhe erzeugt, bestreitet sie allerdings nicht:

„Ja, was auch echt anstrengend ist. Aber auf der einen Seite ist es mein Verdienst, sonst funktioniert unsere Praxis nicht, aber auf der anderen Seite ist das natürlich ein Stressfaktor, wo Du nie eine klare Linie hast. Du musst Dir halt immer überlegen: Was habe ich mit dem [Patienten] jetzt für einen Deal und was mit den nächsten und da kommt eine gewisse Unruhe rein.“ (T.I., S.17, Z.10-14)

5.2.1.3 Haltung zum Heilpraktikerstatus

Mit dem Erwerb der Heilpraktikerlizenz würden sich für Ida sowohl die vorhin beschriebenen rechtlichen als auch größtenteils die abrechnungstechnischen Probleme lösen (vgl.Kap.2.5.). „Dann würde ich eben diese [Privat-] Rechnungen schreiben“

(T.I., S.17, Z.20). Obwohl sie also sehr von dieser Lizenz profitieren würde, zeigt sie dem Heilpraktikerstatus dennoch eine klare Abneigung gegenüber:

„Aber --- und --- ich will den Heilpraktiker nicht machen! Ich hab da keinen Bock drauf. Der Heilpraktiker an sich ist mir einfach unglaublich suspekt, weil der eben auf das Heilpraktikergesetz aus dem Jahr 1939 zurückgeht, --- mit dem geschichtlichen Background, irgendwie dass Hitler die ganzen Juden rausgeschmissen ha [...] Und da gibt es international nichts Vergleichbares wie diesen deutschen Heilpraktiker[...] Mir ist dieses ganze Heilpraktikerding einfach zum Kotzen. Und ich hab keine Lust irgendwie, dafür noch mal lernen und so ...“ (T.I., S.27, Z.1-10).

Dies sind sehr emotionale Worte von Ida. Aus ihnen geht deutlich hervor, dass sie den deutschen Heilpraktikerstatus mit einem historischen Makel behaftet sieht. Sie assoziiert seine Gründungsimpulse mit dem deutschen Nationalsozialismus. Hinzu kommt, dass sie sich mit dem breitangelegten Tätigkeitsspektrum des Heilpraktikers nicht identifizieren möchte.

„Ja, und weil ich gar kein Heilpraktiker sein will. Ich will keine Spritzen geben, ich will keine Blutegel machen, ich will keine Lichttherapie machen, - ich möchte nur Osteopath sein.“ (T.I., S.27, Z.17-19).

5.2.2 Wirtschaftliche Aspekte

Ida bietet in ihrer Praxis sowohl Physiotherapie wie auch Osteopathie an (vgl. Kap. 5.2.). Den regulären Abläufen entspricht es einerseits, dass Physiotherapie über ein Arztrezept mit der Kasse abgerechnet wird und andererseits, dass Patienten für eine osteopathische Behandlung eine Privatrechnung erhalten. Der Satz für eine Osteopathiebehandlung ist dabei deutlich höher als in der Physiotherapie (vgl. Kap. 2.6.1. + 2.6.2.).

5.2.2.1 Abrechnung von Osteopathie über Physiotherapierezepte ergibt geringeren Stundenverdienst

Üblicherweise verlangt Ida für eine osteopathische Behandlung einen festen Satz, den der Patient privat zu zahlen hat: *„dann sage ich ihm meinen Preis, er bekommt dann Osteopathie“* (T.I., S.14, Z.26). Dieser Linie bleibt sie allerdings nicht in allen Fällen treu. Häufig ermöglicht sie es ihren Patienten, eine für sie kostengünstigere Abrechnungsmöglichkeit über ein Physiotherapierezept in Anspruch zu nehmen. Dabei berechnet sie für eine Osteopathiebehandlung drei Physiotherapieeinheiten, die sie sich vom Patienten mit drei Unterschriften bestätigen lässt (vgl. Kap. 5.2.1.2). Trotzdem glaubt sie, dass ihr damit erzielter Satz immer noch unter dem durchschnittlichen Osteopathietarif anderer Therapeuten liegt:

„Ja und den Frust in der Situation merke ich auch zunehmend. Gerade in dieser Übergangszeit ist, dass ich eigentlich immer unter Satz bezahlt werde. Mein Stundensatz ist einfach nicht zu vergleichen mit dem eines Osteopathen.“ (T.I.S.16, Z.14-16).

Diesen negativen Empfindungen stellt sie aber eine nüchterne Betrachtungsweise gegenüber: *„Aber auf der einen Seite ist es mein Verdienst, sonst funktioniert unsere Praxis nicht“ (T.I., S.17, Z.2-3).*

5.2.2.2 Wirtschaftliche Aspekte beeinflussen Therapieausrichtung

Ida hat das Bestreben, komplett auf Osteopathie umsteigen zu wollen (vgl.Kap.5.2.). Die Frage, warum sie nicht entsprechend dieser Zielsetzung ausschließlich Osteopathie anbietet und die Physiotherapie aufgibt, beantwortet Ida mit folgenden Worten:

„[...] weil das ist grundsätzlich so, dann hätte ich – zumindest in der Übergangszeit, und ich wüsste nicht, wie lange die ist – dann hätte ich nicht die finanzielle Sicherheit, [...] dann hätte ich --- in der Woche vielleicht 5 Behandlungen oder so und das kann man sich heute nicht leisten.“ (T.I., S.28, Z.5-6 + 12-13).

Für Ida ist demnach die Physiotherapie ein wichtiges wirtschaftliches Standbein, das sie zur Zeit nicht aufgeben kann. Diese Haltung bestätigt die unter Kapitel 3.2. erstellte Vorannahme. An anderer Stelle drückt sie zudem auch eine inhaltliche Verbundenheit zur Physiotherapie aus: *„Ich möchte auch den Physiotherapeuten nicht missen“ (T.I., S.26, Z.33-34).*

5.2.3 Verhältnis Osteopathin zum Patienten

Da Ida sowohl Physiotherapie als auch Osteopathie anbietet und diese Methoden unterschiedlich abgerechnet werden (vgl. Kap. 2.6.1. + 2.6.2.), besteht für sie die Notwendigkeit einer für Patienten nachvollziehbaren Trennung beider Methoden (vgl. Kap.3.3).

5.2.3.1 Integration osteopathischer Techniken in eine Physiotherapiebehandlung

Ida integriert einzelne osteopathische Techniken in eine Physiotherapiesitzung. Sie achtet jedoch darauf keine osteopathische Befunderhebung und Diagnosestellung vorzunehmen:

„Wenn er mit ´nem Physiotherapiezept kommt und er weiß von Osteopathie nichts, dann mach ich eventuell osteopathische Techniken. Wenn er zum Beispiel wegen einer Schulter kommt, dann mach ich garantiert osteopathische Techniken aber ich mache keine osteopathische Befunderhebung und Diagnosestellung.“ (T.I., S.14, Z13-16).

Demnach lassen sich Patienten mit lokalen, eingrenzbaren Beschwerden für Ida gut mit normaler Physiotherapie behandeln, die sie mit osteopathischen Techniken ergänzt. Sie achtet allerdings darauf, dass die Untersuchungs- und Behandlungsaktivitäten im physiotherapeutischen Rahmen bleiben. Somit hat Ida bei diesem Patiententyp auch keine Schwierigkeiten, da alles seinen regulären Abläufen entspricht.

5.2.3.2 Individuelle Vereinbarungen mit Patienten

Derartige Schwierigkeiten sollten eigentlich auch nicht auftreten, wenn ein Patient sich direkt für eine osteopathische Behandlung anmeldet. „...oder die kommen dann wirklich zur Osteopathie. So ist es mir am liebsten.“ (T.I., S.15, Z.19-20). Der Behandlungsauftrag zur Osteopathie ist dann vom Patienten klar erteilt. Weniger klar ist aber der Vergütungsrahmen, den Ida ihren Osteopathiepatienten aufzeigt. Hier vollzieht sie ganz offensichtlich einen Spagat (vgl. Kap. 5.2.2.1.) und lässt sich auf Kompromisse ein:

„Dann kenn ich die Leute, sind sie arbeitslos oder haben nicht viel Geld --- . Und dann rechne ich und sag OK und dann müssen sie dreimal unterschreiben und kriegen dafür eine osteopathische Behandlung“ (T.I., S.16, Z.5-7).

Dieses Vorgehen wirft nicht nur rechtliche Fragen auf (vgl. Kap.5.2.1.2) und verhindert eine adäquate Vergütung ihrer Osteopathiebehandlungen (vgl. Kap. 5.2.2.1) sondern führt auch zu unterschiedlichen individuellen Vereinbarungen mit Patienten, die einen Stressfaktor für Ida darstellen.

„[...] aber auf der anderen Seite ist das natürlich ein Stressfaktor, wo Du nie eine klare Linie hast. Du musst Dir halt immer überlegen: Was habe ich mit dem [Patienten] jetzt für einen Deal und was mit dem nächsten und da kommt eine gewisse Unruhe rein“ (T.I., S.17, Z.3-6).

Ida bürdet sich durch ihr Angebot, Osteopathie auf Basis einer Physiotherapieverordnung zu praktizieren, eine Reihe von Problemen auf. Selbstkritisch resümiert sie:

„Aber da sehe ich auch, das ist mein eigener Fehler, weil ich die Leute während meiner Osteopathieausbildung lange osteopathisch so behandelt hab und nicht gesagt hab, das kostet jetzt mehr“ (T.I., S.22, Z.5-7).

5.2.3.3 Therapeutin in der Rolle einer Verkäuferin für osteopathische Dienstleistung

Ein weiteres Spannungsfeld tut sich für Ida auf, wenn ein Patient zur Physiotherapie kommt, wo sie hingegen eine osteopathische Behandlung als erfolgversprechender ansieht. Hier muss Ida dann erst den Patienten über Osteopathie informieren und Überzeugungsarbeit leisten (vgl. Kap. 3.3.). Dies fällt ihr nicht immer leicht:

Es wird öfter ein Problem, wenn ich das Gefühl hab, die Leute brauchen eigentlich was anderes und ich muss denen dann erst mal erklären, was ist Osteopathie, und dann dieses verkaufen.[...] Ja und da sehe ich eigentlich nicht unbedingt meine Aufgabe drin und da bin ich auch nicht so gut drin (T.I., S.15, Z.7-9 + Z.16-17).

Hier wird Ida in die Rolle einer Verkäuferin hineingezogen, was sie eigentlich aber nicht als ihre Aufgabe sieht und wo sie glaubt, es auch nicht so gut zu können.

5.2.3.4 Therapeutin im Spannungsfeld der Abgrenzung zwischen Physiotherapie und Osteopathie gegenüber ihren Patienten

Auf die Frage wie sie mit Situationen umgeht, in denen ein Patient sich zur Physiotherapie anmeldet aber die „Osteopathie kennt und [unausgesprochen eigentlich auch] osteopathisch [...] behandelt werden möchte, aber nicht bereit ist, das selber zu zahlen [gemeint ist eine adäquate Vergütung auf Privatbasis]“ (vgl. T.I., S23, Z.16+17) gibt sie folgende Antwort:

„...wenn ich dann auch echt böse bin auf jemanden, dann mach ich z.B mit dem auch nur Übungen, dann muss der halt nur aktiv turnen, das ist das wie Physiotherapie früher war: weil ich hab ja noch vor dieser ganzen Revolution mit Clinical Reasoning und Manueller Therapie, usw. hab ich eigentlich Physiotherapie angefangen und es war wirklich viel aktiv: es gab PNF, es gab Kleinvogelbach, es gab Bobath aber das sind eigentlich alles aktive Sachen, es gab wenig, sehr wenig Passives. Ich würde also aktiv machen, um das abzugrenzen. Dann sind die meistens schon so angepickt, weil sie eben nicht das kriegen“ [eine kostengünstige osteopathische Behandlung auf Physiotherapierezept] (T.I., S.24, Z.23-32).

Hier zeigt sich ein ganz neues Problem in der Umstellungsphase von Physiotherapie zu Osteopathie, was in den unter Kapitel 3 erstellten Vorannahmen noch keine Berücksichtigung gefunden hat. Es liegt hier eine Konfrontation vor zwischen der unausgesprochenen Erwartungshaltung eines Physiotherapiepatienten und den Abgrenzungsbemühungen von Ida, die sich nicht unter Wert verkaufen will.

5.2.4 Verhältnis Osteopathin zum Arzt

Ida äußert sich über Zusammenarbeit mit Ärzten in der Physiotherapie kritisch:

„Da gehste zum Arzt, stellst Dich vor, da sagen sie, sie schicken Dir Patienten, dann klappt es vielleicht zwei, drei Tage, dass Du mal ein Rezept von denen bekommst, und

dann ist es vorbei. Ich finde, eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Physios ist ganz schlecht“ (T.I., S.19, Z.5-8).

In der Osteopathie glaubt sie im allgemeinen nicht, dass *“die Ärzte unheimlich scharf darauf sind, mit Osteopathen zusammenzuarbeiten“ (T.I., S.19, Z.2-4).*

Diese Einschätzung von Ida steht im Widerspruch zu den Erkenntnissen der Studie von Seewald, 2007. In dieser Studie ist in der Region Bregenz der Bezug von Ärzten zur Osteopathie untersucht worden. Unter anderem bestand ein Resultat darin, dass dreiviertel der 40 befragten Ärzte offen waren für eine engere Zusammenarbeit mit Osteopathen.

5.2.4.1 Persönlicher Kontakt des Osteopathen zum Arzt kann dessen Haltung zur Osteopathie beeinflussen

Jedoch gibt Ida auch positive Erfahrungen an, die sie bei Ärzten mit Osteopathie gesammelt hat:

„Aber mit der Osteopathie: Ich habe aber positive Erlebnisse: die Ärzte, die mich sowieso kennen, die wissen, dass ich jetzt Osteopathie mache, und da hab ich nen Vertrauensvorschuss, das muss ich schon sagen.; aber das sind die, die mich kennen und die meine Arbeit schätzen“ (T.I., S.19, Z.8-12).

Bei Ärzten, die Ida selbst und ihre Arbeitsweise kennen und schätzen durfte sie demnach auch positive Erfahrungen in Bezug zur Osteopathie machen. Dies ist ein interessanter Aspekt, der eine neue Vorannahme entstehen lässt: - Ärzte zeigen eine größere Toleranz und Offenheit gegenüber der Osteopathie, wenn sie einen persönlichen Bezug zum Therapeuten haben und von dessen therapeutischen Resultaten überzeugt sind. – Der Umkehrschluss dieser Hypothese würde dann aussagen, dass Ärzte, die mit osteopathisch tätigen Therapeuten keine Kommunikation führen, von der Tendenz eher dazu neigen, sich der Osteopathie zu verschließen.

5.2.4.2 Osteopathin und Arzt – ein Verhältnis auch mit konkurrierendem Charakter?

Ida hat also die positive Erfahrung gemacht, dass bestimmte Ärzte, die sie und ihre Arbeitsweise kennen, auch dann ihre osteopathische Tätigkeit schätzen. Dass allerdings ein enger persönlicher Kontakt zu Ärzten nicht automatisch auch ein Konkurrenzverhalten ausschließt, zeigt sich in folgenden Worten:

„ja das merke ich sogar bei einem Freund von mir, der Arzt ist. Selbst der hat dieses Konkurrenzverhalten. Der macht Kinesiologie und Osteopathie [...] und der sagt dann seinen Patienten, die vielleicht zu mir wollen: „Nee, lieber nicht, ich mach das hier in der Praxis. Und das ist ein Freund von mir. Also, da ist eine gewisse Konkurrenz, die ist schon da“ (S.19, Z.32-S.20, Z.3).

Vor dem Hintergrund, dass der Arzt offensichtlich selbst Osteopathie in seiner Praxis anbietet, darf allerdings festgehalten werden, dass in diesem Fall der Arzt und Ida die gleiche Dienstleistung anbieten. Damit liegt es eigentlich in der Natur der Sache, dass beide miteinander konkurrieren, und dieses sollte für Ida eigentlich auch gut nachvollziehbar sein. Ida gibt aber keine Hinweise dazu, dass andere Ärzte, die selber nicht Osteopathie anbieten, mit ihr ebenfalls in einem konkurrierenden Verhältnis stehen.

5.2.5 Berufsidentität

Ida betrachtet sich sowohl als Osteopathin wie auch als Physiotherapeutin: *„Ja, ich bin beides; also so einfach vom Gefühl bin ich Physiotherapeut und Osteopath“ (T.I., S.20, Z.31-32).* Rein als Osteopathin würde sie sich erst dann sehen, wenn sie eine Heilpraktikerlizenz erworben hat und damit über eine legale Basis verfügt. *„Aber ich würd nie sagen, ich bin nur Osteopath. Das ist, weil mir einfach die legale Basis dafür in Deutschland fehlt.“ (T.I., S.20, Z.32-33).* Dass es für sie ein belastendes Problem darstellt, keine eindeutige Berufszugehörigkeit aufzuweisen, lässt sich aus ihren Stellungnahmen zu diesem Thema allerdings nicht heraus interpretieren.

5.2.6 geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie

Von den in Kapitel drei erstellten Vorannahmen besteht eine darin, dass in der Bevölkerung ein Mangel an Kenntnissen über die Wirkungs- und Arbeitsweise von Osteopathie besteht und dass dadurch Osteopathen die Rekrutierung neuer Patienten zusätzlich erschwert wird (vgl.Kap.3.6). Bei Ida in der Praxis kommt es vor, dass sie Patienten zur Physiotherapie hat, bei denen sie aber Osteopathie für erfolgsversprechender ansieht (vg. Kap.5.2.3.3.). Entsprechend sieht sie sich gefordert, den Patienten auf eine osteopathische Behandlungsmöglichkeit hinzuweisen. Wenn sie erkennt, dass diese Patienten nur eine sehr schwammige Vorstellung über Osteopathie haben, versucht sie ihren Patienten in einem Gespräch diese Methode nahe zubringen. Dazu sagt sie allerdings: *„Ja und da sehe ich eigentlich nicht unbedingt meine Aufgabe drin und da bin ich auch nicht so gut drin.“ (T.I., S.15, Z.16-17)* Nach Idas Auffassung,

ist Osteopathie nämlich schwierig zu definieren und daher Aufklärungsarbeit bei Patienten nur schwer möglich:

„Osteopathie kann ich ja auch nicht richtig [beschrieben werden] [...] Ich glaub, selbst wenn Du Aufklärungslektüre verteilen würdest oder in der Bevölkerung oder in Briefkästen, wäre es immer noch unheimlich schwierig, Osteopathie zu definieren“ (T.I., S.25, Z.27-32).

Die in Kapitel 3.6. erstellte Vorannahme findet hier eine Entsprechung. Sie erfährt allerdings eine Änderung durch den Zusatz, das eine Nichtdefinierbarkeit der Osteopathie einer rascheren Verbreitung in der Bevölkerung entgegensteht.

Interview 3

Interviewpartner 3, im folgenden Carsten (Pseudonym) genannt, hat seine Physiotherapieausbildung von 1992 bis 1994 durchlaufen und sein fünfjähriges Osteopathiestudium von 1994-1999. Später hat er auch eine Heilpraktikerlizenz erworben. Carsten ist seit vielen Jahren selbstständig – zuerst in seiner Physiotherapiepraxis, später in seiner neuen rein osteopathisch ausgerichteten Praxis. Entsprechend arbeitet er heute ausschließlich als Osteopath und bietet keine Physiotherapie mehr an. In einer Nebenerwerbstätigkeit unterrichtet er zudem auch noch an einer Osteopathieschule als Dozent.

Nach Erwerb des Osteopathiediploms hat Carsten erst noch eine längere Zeit verstreichen lassen (2-3 Jahre), bevor er eine aktiv gemanagte Umstellung von Physiotherapie auf Osteopathie in Angriff genommen hat.

„Das ist erst viel später gekommen,[gemeint ist die Umstellungsphase] [...] da habe ich gemerkt OK, ich will eigentlich nur osteopathisch arbeiten. Und das war dann eher so 2, 3 Jahre nach der Ausbildung zum Osteopathen“ (T.I., S.29, Z.16-24).

Nach diesen zwei bis drei Jahren hat Carsten folglich für sich die Entscheidung getroffen, nur noch osteopathisch tätig zu sein. Einmal diese Klarheit gewonnen ergriff Carsten dann Maßnahmen, um eine Umstellung in seiner Praxis durchzuführen.

„Das habe ich dann so gemacht, dass ich in meiner Praxis [...]einen eigenen Raum kreiert [...] habe, das war ein reiner Osteopathieraum, für mich war das klar, wer hier die Tür durchtritt bekommt eine osteopathische Behandlung und keine physiotherapeutische Behandlung. Und das war auch das Ambiente, war ein bisschen anders gehalten und ja“ (T.I., S.29, Z.28 + S.29-30, Z.32-2).

Mit dieser Maßnahme, einen speziellen Therapieraum nur für Osteopathiebehandlungen zu schaffen, wollte Carsten seinen Patienten eine Abgrenzung zur Physiotherapie deutlich machen. Wenn ein Patient diesen Raum betrat, wusste er „*jetzt bin ich [Carsten] Osteopath und nicht Physiotherapeut*“ (T.I., S. 30, Z.11). In anderen Räumen dieser Praxis hat er aber auch noch physiotherapeutisch gearbeitet. 2003 beendete Carsten dann „*in diesen bisherigen Räumlichkeiten*“ seine Tätigkeit, um an einem anderen Ort eine neue Praxis zu eröffnen, in der er ausschließlich als Osteopath bis heute praktiziert.

„dann habe ich den Entschluss gefasst, 2003 auszusteigen aus der Physiotherapie und eine eigene Osteopathiepraxis aufzubauen. und das habe ich dann einfach gemacht, ich bin ausgestiegen aus der Physiotherapie [...], jetzt mache ich einen Break, höre auf mit Physiotherapie und mache eine neue Praxis in einem neuen Ort auf und mache nur noch Osteopathie“ (T.I., S.30, Z.22 – 25 + Z.30,31).

5.3.1 Rechtliche Problematik

Carsten hat eine Zeitlang Osteopathie praktiziert, ohne über eine Heilpraktikerlizenz zu verfügen. Diese Zeit kommentiert er so:

„Ja, das war rechtlich nicht so legitim. Da habe ich schon so ein etwas komisches Gefühl gehabt. Aber auch wohl, dass ich diesen Schritt nicht schon früher gemacht habe.[die Heilpraktikerlizenz zu erwerben] Der ist dann viel schneller gereift, einfach frei zu arbeiten bis ich die Lizenz hatte, freie Heilkunde auch anzuwenden. Und dann ist es innerhalb von 2 –3 – 4 –5 Monaten passiert. OK jetzt ist Schluss und nun was Neues“ (T.I., S.31, Z.9-13).

In der Übergangsphase hat die rechtliche Unsicherheit einen prägenden Stellenwert für Carsten gehabt. So gibt er auf die Frage, ob der Übergang von Physiotherapie auf Osteopathie für ihn ein problembelasteter Prozess darstellte, folgendes zur Antwort: „*Es ist auf jeden Fall zuallererst mal die rechtliche Seite. Die rechtliche Seite ist das Allererste, was Probleme aufwirft beim Übergang.*“ (T.I., S.34, Z.31-32). Dieses Problem hat Carsten später mit dem Erwerb der Heilpraktikerlizenz gelöst.

5.3.2 Wirtschaftliches Risiko

Carsten hat, nachdem sein Entschluss gefasst war, nur noch Osteopathie praktizieren zu wollen, konsequent Maßnahmen ergriffen, um dieses Ziel auch umzusetzen. Eine Maßnahme bestand in dem Erwerb einer Heilpraktikerlizenz, die andere in der Eröffnung einer reinen Osteopathiepraxis in einem anderen Ort. Damit verbunden war die Aufgabe seiner physiotherapeutischen Tätigkeit, was für ihn ein wirtschaftliches

Risiko bedeutet hat, da er zu diesem Zeitpunkt noch nicht mit genügend Osteopathiepatienten ausgelastet war. „...noch dazu: wir haben ein Kind gekriegt, meine Frau hat nicht mehr gearbeitet. Es war so, dass wir auf das angewiesen waren. Nun gut, es war mir aber in diesem Fall egal. Wir haben`s einfach gemacht und es hat sehr gut funktioniert.“ (T.I., S.31, Z.22-25). Abweichend von der unter Kapitel 3.2. erstellten Vorannahme schlägt Carsten hiermit einen anderen Weg ein. Obgleich er sich unter zusätzlichen wirtschaftlichen Druck begibt, verlässt er den sicheren Hafen der physiotherapeutischen Kassenpatienten. Es war ein sehr couragiertes und selbstbewusstes Vorgehen, da nicht von vornherein klar war, ob seine neue Osteopathiepraxis gut anlaufen würde. Diese Befürchtungen haben sich jedoch nicht bestätigt. Im Gegenteil, durch die Fokussierung seiner therapeutischen Tätigkeit auf die Osteopathie, scheint sich die Nachfrage von Seiten der Patienten erhöht zu haben. Interessant wäre es in diesem Zusammenhang in einer anderen Studie der Frage nachzugehen, ob ein rein osteopathisches Tätigkeitsprofil auf Patienten überzeugender wirkt als wie Therapeuten, die neben Osteopathie eben auch noch Physiotherapie anbieten (vgl. auch Kap.

5.3.3 Verhältnis Osteopath zum Patienten

Um seinen Patienten die Abgrenzung zur Physiotherapie deutlich zu machen, hat Carsten einen speziellen Raum hergerichtet, in dem er ausschließlich osteopathisch gearbeitet hat (vgl. Kapitel 5.3.). Dies war eine erste gute Maßnahme, um eine für Patienten nachvollziehbare Trennung beider Methoden herbeizuführen. Abrechnungstechnisch hat er nur in einem sehr geringen Umfang Physiotherapie und Osteopathie miteinander verflochten. „Vielleicht in meiner Laufbahn bei 10% meiner Patienten“ (T.I., S.32, Z.6). Größere Probleme mit seinen Patienten hat Carsten im Interview nicht verbalisiert. Es scheint ihm gelungen zu sein, die Osteopathie seinen Patienten nahezubringen. So hat er in seiner ersten Praxis immerhin „ich denke mal so 50:50 Physiotherapie und Osteopathie gemacht“ (T.I., S.30, Z.16-17). In der neugegründeten Praxis, in der er ausschließlich Osteopathie angeboten hat, gab es Überschneidungen dann logischerweise überhaupt nicht mehr.

5.3.4 Verhältnis Osteopath zum Arzt

Carsten hat ein sehr distanziertes Verhältnis zu Ärzten. Dies allerdings auch schon zu Zeiten, in denen er noch als Physiotherapeut gearbeitet hat: *„Ich hab fast kein Verhältnis zu ihnen [zu den Ärzten] (T.I., S.33, Z.1)“*. Die Frage, weshalb er sich nicht um eine Zusammenarbeit mit Ärzten bemüht, beantwortet er folgendermaßen: *„Ich hab nicht die Lust dazu. Es ist zu anstrengend, zu intensiv und bringt nichts“ (T.I., S.33, Z.27)*. Hier nimmt Carsten eine sehr radikale Haltung ein, die geprägt ist von seinem starken Drang nach beruflicher Unabhängigkeit. So sagt er am Ende des Interviews: *„Für mich war es schon immer das Schönste, frei zu arbeiten, ohne dass mir irgend jemand sagt, was zu tun ist. Das war für mich das Allerwichtigste. Das hab ich schon immer an dem Heilpraktiker sein und der Osteopathie geschätzt.“ (T.I., S.35, Z.12-14)*. Da Carsten jedoch auch schon als Physiotherapeut Ärzten gegenüber einer engeren Zusammenarbeit verschlossen gegenüberstand, spielt das Verhältnis zu Ärzten bei der Umstellung zur Osteopathie für Carsten überhaupt keine Rolle. Interessant dabei ist, dass Carstens Umstellung von Physiotherapie auf Osteopathie trotz dieser Verweigerungshaltung den Ärzten gegenüber aus seiner Sicht erfolgreich verlaufen ist. Trotzdem bleibt es eine ungeklärte Frage, ob seine Patienten sich nicht noch besser betreut fühlen würden, wenn Carsten einen Austausch mit den seine Patienten ebenfalls betreuenden Ärzten pflegen würde.

5.3.5 Berufsidentität

Carsten hat sich seit Aufnahme des Osteopathiestudiums nie nur als Physiotherapeut definiert: *„...dann habe ich sofort die Osteopathie begonnen. Und eigentlich habe ich mich von diesem Moment an nicht mehr als Physiotherapeut gefühlt“ (T.I., S.32, Z.28-30)*. Lediglich in der kurzen Zeitspanne zwischen dem Abschluss seiner Physiotherapieausbildung und der Aufnahme seines Osteopathiestudiums hat er sich ausschließlich als Physiotherapeut betrachtet. Hier wird deutlich, dass mit dem Aneignen neuer therapeutischer Kenntnisse und Fähigkeiten bei Carsten sich das therapeutische Selbstverständnis über den physiotherapeutischen Berufsrahmen hinaus entwickelt hat. Das Fehlen einer klaren Zugehörigkeit eines Berufsstandes stellte für Carsten aber kein Problem dar. So kokettiert er im Interview in spielerischer Art und Weise auf die Frage, seit wann er als Osteopath arbeitet, mit einer Gegenfrage: *„Als reiner Osteopath oder als osteopathischer Physiotherapeut?“ (T.I., S.28, Z.24)*.

5.3.6 geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie

Carsten glaubt, dass es für Patienten schwierig ist, eine klare Vorstellung von der Osteopathie zu bekommen, da viele Therapeuten Osteopathie anbieten, obwohl sie ihre Ausbildung noch gar nicht abgeschlossen haben und daher viel miteinander vermischen. Aber auch er selber bedient sich therapeutischen Elementen und Techniken, die außerhalb der Osteopathie stehen: *„Was natürlich auch bei mir in der Arbeit passiert, dass ich ab und zu etwas vermische“* (T.I., S.34, Z.1). Für die Rekrutierung neuer Patienten entscheidend ist für ihn aber sowieso weniger die Tatsache, dass er Osteopathie anbietet, sondern vielmehr sein genereller Ruf als Therapeut und Mensch. *„in erster Linie natürlich Du als Mensch mit deinem Ruf ziehst die Patienten an“* (T.I., S.34, Z.14-15). Allerdings sieht er durchaus die Möglichkeit, dass auch die offerierte osteopathische Dienstleistung allein, also unabhängig von seiner Person, neue Patienten anziehen kann. *„Das ist schwierig zu beantworten. Es ist sicherlich beides [...] Aber um die Frage genau zu beantworten, müsste man die Befragung der Patienten durchführen“* (T.I., S.34, Z.14-16).

Interview 4

Interviewpartner 4 - im folgenden Matthes (Pseudonym) genannt – hat 1992 seine Physiotherapieausbildung und 2004 sein 5-jähriges berufsbegleitendes Osteopathiestudium abgeschlossen. Eine Heilpraktikerlizenz hat er bisher noch nicht erworben. Matthes bietet zum Zeitpunkt dieses Interviews seine therapeutischen Dienste für Patienten ausschließlich als Osteopath für Privatzahler an. Er ist selbstständig und beschäftigt in seiner Praxis noch weitere Physiotherapeuten/innen. Bis zum dritten Ausbildungsjahr seines Osteopathiestudiums arbeitete Matthes ausschließlich als Physiotherapeut. Ab dem 4. Ausbildungsjahr bot er vereinzelt osteopathische Stundentermine an, die er privat in Rechnung stellte. In der Folgezeit lief die Nachfrage so gut an, dass er bereits 2004 mit Abschluss seines Studiums seine physiotherapeutische Tätigkeit aufgab und seither in seiner Praxis ausschließlich als Osteopath in Erscheinung tritt.

5.4.1 Rechtliche Aspekte

Obwohl Matthes zum Zeitpunkt des Interviews ausschließlich osteopathisch behandelt, fehlt ihm dazu eine rechtliche Grundlage (vgl. Kapitel 3.1.). Dies stellt für ihn eine Belastung dar: „Ja; da habe ich einen schweren Stand, den ich täglich mit mir trage“ (T.I., S.40, Z.32). Arbeitsrechtliche Konsequenzen, die sich bei einer juristischen Auseinandersetzung gegen ihn ergeben könnten, sind möglich (vgl. Kapitel 3.1). Für Matthes hat es daher auch Priorität, in naher Zukunft die Heilpraktikerlizenz zu erwerben: „Deshalb strebe ich auch die Heilpraktikerausbildung und -prüfung an (T.I., S.40, Z.6-7). Bezüglich der Annahme neuer, ihm unbekannter Patienten sowie im Umgang von Patienten mit Symptomen unklarer Krankheitsursachen verhält er sich besonders vorsichtig:

„Es ist so, dass ich grundsätzlich Patienten ablehne, was regelmäßig passiert, die zu mir Erstkontakt aufnehmen, wo eine frische Symptomatik besteht, die noch nicht ärztlich abgesichert ist. Denen sage ich grundsätzlich, sie sollen zum Arzt gehen“ [...] Es hat gestern erst eine Patientin angerufen, [...] die hat ein Kribbeln zwischen den Schulterblättern, wenn sie die Schultern zurück zieht; aber es kribbelt auch in den Füßen. Die hat mich gebeten, ich soll sie einrenken. Ich kannte sie nicht. Da würde ich natürlich nie ran gehen und ihr sagen, kommen Sie her, ich renke Sie ein und dann gucken wir mal, ob das Kribbeln weg geht. Es ist schon eine sensible Sache, wo man sich der Gefährdung des Patienten bewusst sein muss. Ich denke, ich kann das so verantworten. Aber man muss sich immer bewusst sein, sind neoplastische Hintergründe da, irgendwelche schwere Erkrankungen, stecken Pathologien dahinter“ (T.I., S.40, Z.7-25).

Hier ist zu erkennen, dass Matthes mit großer Umsicht und Verantwortungsbewusstsein zum Schutz seiner Patienten aber auch für sich selbst agiert. So widersteht er dem Wunsch einer Frau sie zu manipulieren, um dadurch einen nicht abgeklärten Schmerz zu beheben. Stattdessen weist er sie ganz uneitel zur Ausschlussdiagnostik ihrer Beschwerden an einen Arzt weiter. Mit dieser Verhaltensweise steht Matthes auf der sicheren Seite.

Matthes möchte gerne in Zukunft seine eigenen differentialdiagnostischen Fähigkeiten ausbauen. Dies ist neben der Rechtssicherheit für ihn ein weiteres Motiv, die Heilpraktikerlizenz zu erwerben:

„Erst mal die rechtliche Absicherung. Und zweitens auch das Inhaltliche. Ich möchte einfach differentialdiagnostisch auch besser gesattelt sein. Auch im eigenen Interesse. Mich interessieren die Basics der Gesundheitspflege, Pathologie, Neurologie usw., auch Infektionskrankheiten und letztlich die Anerkennung als Heilpraktiker“ (T.I., S.41, Z.3-7).

5.4.2 Wirtschaftliche Aspekte

Bereits kurze Zeit nachdem Matthes offiziell Osteopathie in seiner Praxis anbot, konnte er sich über eine solide Nachfrage interessierter Patienten für diese Behandlungsform erfreuen:

„Vom 3. –5. Ausbildungsjahr war vorher Aufbauzeit, wo man das propagiert und angeboten hat. Aber es ging doch relativ rasch, so dass ich nach Ende der Ausbildung sagen konnte, jetzt mach ich nur noch Osteopathie. Die Nachfrage war einfach da“ (T.I., S.41, Z.29-32).

Aufgrund dieser positiven Voraussetzungen hat sich Matthes dann zugetraut, den nächsten Schritt zu unternehmen. So hat er mit Abschluss seines Osteopathiestudiums den Entschluss gefasst, in Zukunft ausschließlich osteopathisch zu arbeiten. Diese Haltung zog die Konsequenz nach sich, keine Anmeldungen für Physiotherapie mehr anzunehmen:

„Ich hab dann gesagt, die Anmeldungen, die da waren für Physiotherapie, die angefragt haben: OK, die gibt's nicht mehr, es gibt auch keine Abrechnungen auf gesetzliche Kassenrezepte oder so was, sondern nur noch privat. Die Leute hab ich dann zu meinen Mitarbeitern delegiert“ (T.I., S.41, Z.13-16).

Hier zeigt Matthes couragiertes und konsequentes Vorgehen. Er hat ein klares Ziel vor Augen – nämlich ausschließlich osteopathisch zu arbeiten – „Das war immer das Ziel! 100%. Nur noch nach dem [osteopathischen] Konzept zu arbeiten“ (T.I., S.37, Z.17). Mit dieser klaren inneren Ausrichtung setzt er trotz gewisser Bedenken sein Vorhaben dann entschlossen um:

„Ich habe für mich abgewogen: kann ich es machen, ist die Nachfrage entsprechend? Ich hatte erst auch Bedenken, ob die Leute bereit sind, für Dich alles privat zu bezahlen. [...]Es war schon ein Schritt für mich, auch mental. Jetzt nur noch das eine anbieten, nur noch als Osteopath am Markt sein. Es hätte auch schief gehen können, aber es hat eben geklappt“ (T.I., S.42, Z.3-5 + Z.9-11).

Das wirtschaftliche Risiko bei Matthes ist allerdings begrenzt. Zum einen hat er sich von der Physiotherapie gelöst zu einem Zeitpunkt, an dem er bereits eine gute Auslastung mit Osteopathiepatienten hatte und zum anderen hätte er bei negativem Verlauf jederzeit seine Physiotherapietätigkeit wieder aufnehmen können, da Physiotherapie ja weiterhin in seiner Praxis durch seine Angestellten angeboten wurde. Auch die Tatsache, dass der Tarif für Osteopathie im Vergleich zur Physiotherapie deutlich höher liegt, reduziert sein wirtschaftliches Risiko(vgl. Kapitel 2.6.). Da er auch an seinen Angestellten verdient, muss er sich zudem nicht allein auf seine eigenen Umsätze stützen.

Das Vorgehen von Matthes stimmt überein mit der unter Kapitel 3.2. formulierten Annahme, dass ein Therapeut die Physiotherapie zu Gunsten der Osteopathie erst dann aufgibt, wenn er auf eine gute Auslastung mit Osteopathiepationen zurückgreifen kann und dass das allgemeine wirtschaftliche Risiko bei einem kompletten Umstieg zur Osteopathie kalkulierbar sein muss.

5.4.3 Verhältnis Osteopath zum Patienten

Wie bereits dargestellt hat Matthes bereits ab dem 3. Ausbildungsjahr damit begonnen, Patienten, die eigentlich zur Physiotherapie kamen, das osteopathische Konzept vorzustellen und sie - nach ihrer Einwilligung - dann auch entsprechend zu behandeln. Von vornherein hat er diesen Patienten aufgezeigt, dass es sich dabei um eine Privatleistung handelt (vgl. Kap.2.6.2.):

„Und viele Privatpatienten [habe ich] über manuelle Therapie [-rezepte behandelt] aber als Kassenpatienten nicht. Ich hab zwar osteopathische Techniken gelegentlich bei manueller Therapieverordnung usw. gemacht; aber ich hab dann praktisch nicht Osteopathie in dem Sinn angeboten. Es waren schon osteopathische Techniken aber keine Osteopathie als komplette Behandlungsstufe. Aber ich hatte damals schon Privatpatienten einige, mit manuellen Therapierezepten. Da hab ich dann dem Patienten Osteopathie offiziell angeboten und dann manuelle Therapie auch privat abgerechnet“ (T.I., S.37, Z.23-30).

Matthes hat folglich von Anfang an darauf geachtet, dass es vor seinen Patienten zu keiner Vermischung beider Methoden kam und dies sowohl hinsichtlich der inhaltlichen Therapiegestaltung wie auch des Abrechnungsrahmens. Dieses Vorgehen zeugt von Weitsichtigkeit, vermeidet er hiermit doch eine Reihe von Problemen, die auftreten, wenn nur unzureichend auf eine Trennung geachtet wird (vgl. Kapitel 5.1. + 5.2.).

Die meisten seiner Physiotherapie - Patienten wussten vorher nichts über Osteopathie und wurden von ihm konkret erst in der Behandlungssituation auf diese alternative Behandlungsmöglichkeit hingewiesen. *„Erst in der Behandlung. Die meisten wussten davon gar nichts, dass es das überhaupt gibt“ (T.I., S.37, Z.5+6).* Dabei handelte es sich um Patienten, bei denen er überzeugt war, ihnen mit einer osteopathischen Behandlung mehr helfen zu können. Matthes hat aber bei dieser Form der Rekrutierung von Osteopathiepationen Wert darauf gelegt, seine Patienten nicht einfach zu einer Behandlung zu überreden:

„Ja; diese Konflikte gab es regelmäßig. Ich habe aber niemals einen Patienten dazu gedrängt, Osteopathie zu machen und ihm stets die Entscheidung überlassen. Ich hab vielleicht mal verschiedene Techniken probeweise ausprobiert und dazu gesagt, man

könnte das privat nach Stunden abrechnen. Aber es gab natürlich häufig Patienten, die sagten: 'Nein, wir machen nach Rezept Physiotherapie.' Es hat ja nicht jeder die Bereitschaft, darauf einzusteigen und dann haben wir es auch so belassen“ (T.I., S.39, Z.6-12).

Dieses stellt eine schwierige Situation dar. Einerseits ist da der Patient mit einem gesundheitlichen Problem, der sich bei Matthes zur Physiotherapie angemeldet hat, und andererseits die Überzeugung von Matthes, seinem Patienten mit Osteopathie mehr helfen zu können (vgl. Kapitel 3.3.). Es ist bemerkenswert wie respektvoll und professionell Matthes mit der ablehnenden Haltung einiger Patienten auf seine osteopathischen Behandlungsofferten umgegangen ist (vgl. obiges Zitat). In der Konsequenz bedeutete für den Patienten diese Ablehnung dann aber auch die Fortführung einer nach der Einschätzung von Matthes bezogen auf dessen individuelles Problem weniger effektiven Physiotherapie. *„Der Patient soll wissen, dass es schon ein Unterschied ist und dass es auch eine andere Wertigkeit hat, sonst begreift er das nicht“ (T.I., S.39, Z.17+18).* Entsprechend hat Matthes diese Patienten physiotherapeutisch behandelt. Da eine klare Differenzierung beider Methoden nicht allgemeingültig zu definieren ist, (vgl. Kapitel 2.3.) wurde Matthes im Interview befragt, worin genau er eine osteopathische von einer physiotherapeutischen Behandlung unterscheidet:

„...dass ich kraniosacrale Technik gemacht habe, dass ich Diaphragmen gemacht hab und solche Sachen, wo man eben fluidisch arbeitet, um den ganzen Körper zu integrieren. Das sind dann typisch osteopathische Techniken, wie ich sie beschrieben hab. [...]Aber jetzt gibt es ein paar Sachen, die charakteristisch sind für osteopathisches Arbeiten. Kraniosacral z.B. oder dass man die Diaphragmen frei macht, um fluidisch zu arbeiten; wo man nicht nur symptombezogen in bestimmten Regionen arbeitet, sondern übergreifend auch in anderen Regionen“ (T.I., S.39, Z.23-26 + Z.31-34).

Matthes hat für sich selbst ziemlich klar gewusst, wie er sich in entsprechenden Behandlungssituationen abgrenzen möchte. Auch hier zeigt er eine klare Linie. Diese Klarheit widerspiegelt sich im Umgang mit seinen Patienten. So erstaunt es nicht, dass im Interview mit Matthes im Hinblick auf das Verhältnis zu seinen Patienten so gut wie nichts Negatives verbalisiert wird. Im Gegenteil: Matthes innere Klarheit bezüglich der eigenen Zielsetzung, 100% als Osteopath arbeiten zu wollen - gepaart mit einer guten persönlichen Überzeugungskraft - scheint der Garant zu sein, viele seiner Patienten von der Wirksamkeit einer osteopathischen Therapie überzeugen zu können.

„Die Leute haben es auch rege angenommen.“ (T.I., S.37, Z.12).

5.4.4 Verhältnis Osteopath zum Arzt

Matthes vertritt die Ansicht, dass ein Großteil der Ärzte von der Osteopathie nichts hält und nur wenige dahinter stehen:

„Die Toleranz der Ärzte zur Osteopathie ist sehr unterschiedlich. Man kann grob schätzen, dass 80% der Ärzte nichts davon hält, 10% sind sich nicht ganz schlüssig, haben vielleicht gleiches Interesse und 10% stehen dahinter und überweisen, schicken Patienten zur osteopathischen Behandlung“ (T.I., S.42, Z.17-20).

Matthes glaubt demnach, dass die überwiegende Mehrheit der Ärzte kein Interesse an der Osteopathie und an einer Zusammenarbeit mit ihm haben. Auf Nachfrage von zwei verschiedenen Ärzten hatte er diesen in einem persönlichen Gespräch das osteopathische Konzept vorgestellt. Aus diesen Kontakten hat sich jedoch keine weitere Kooperation entwickelt. Enttäuscht hat Matthes daraufhin für sich beschlossen: *„Es war für mich dann auch ganz klar: ich geh nicht hausieren mit dem Konzept“ (T.I., S.43, Z.1-2).*

Bestärkt in dieser Haltung, dass Ärzte in Bezug auf Osteopathie eher kritisch eingestellt sind, wird er durch Äußerungen seiner Patienten:

„Das erfährt man nur durch Patienten, die beim Arzt erzählen, dass sie vorhaben, zur Osteopathie zu gehen und wo die Ärzte dann darüber abfällige Bemerkungen machen. Das geschieht immer wieder, man erfährt es nur auf indirektem Wege; das geht in Richtung `esoterischverdächtig´“ (T.I., S.43, Z.8-11).

In Matthes persönlichen Erfahrungen dominiert also eine negative Beurteilung der Osteopathie durch Ärzte. Die Studie von Seewald stellt eine andere Sicht der Dinge dar. In dieser quantitativen Studie wurde in der Region Bregenz der Bezug von Ärzten zur Osteopathie untersucht. Unter anderem bestand ein Resultat darin, dass dreiviertel der 40 befragten Ärzte interessiert und offen waren für eine engere Zusammenarbeit mit Osteopathen (Seewald, 2007). Auch wenn Matthes bei Ärzten eine überwiegend negative Haltung zur Osteopathie ausmacht, so darf aber auch er in Einzelfällen auf positive Erlebnisse mit Ärzten zurückblicken: *„Wenn Anfragen von Ärzteseite kamen - die gab es auch - daraus hat sich dann eine richtig gute Zusammenarbeit entwickelt“ (T.I., S.43, Z.2-3).* Eine grundsätzliche Offenheit der Ärzte der Osteopathie gegenüber zweifelt Matthes indessen stark an. Auf die Frage ob die seiner Einschätzung nach ablehnende Haltung der Ärzte auch mit Konkurrenzdenken zu erklären ist gibt er folgendes zur Antwort:

„Nein, glaube ich nicht. Es ist nicht das Entscheidende. Es ist eher die Vielzahl der alternativen Therapien, die heute auf dem Markt sind und wo sich Patienten mit einigen davon befassen. Die Vielzahl macht eben den ganzen Markt sehr unübersichtlich. Die Ärzte sind von ihrer Ausbildung auch so orientiert, dass sie sehr strukturiert arbeiten und man wenig der Spekulation überlässt. Und alles, was im alternativen Bereich liegt,

ist doch oftmals spekulativ, wenig evidenzbasiert - und Osteopathie gehört auch dazu – so dass daher die Ablehnung besteht“ (T.I., S.43, Z.16-23).

5.4.5 Berufsidentität

Das berufliche Selbstverständnis bei Matthes hat sich während der Umstellungsphase gewandelt. Auf die Frage ob er sich zu dieser Zeit mehr als Physiotherapeut oder als Osteopath gefühlt hat gibt er folgende Antwort:

„Das war ein fließender Übergang. Eigentlich im Anfang schon noch als Physiotherapeut, der eben osteopathische Techniken mit einfließen lässt, aber dass man dann Osteopathie als ganzes Konzept betrachtet und auch so behandelt von Kopf bis Fuß; aber dann im Rahmen von Stundenterminen. Das kam so nach und nach“ (T.I., S.37, Z.33 – S.38, Z.2).

Das berufliche Selbstverständnis beziehungsweise die berufliche Identität hat sich demnach bei Matthes so nach und nach gewandelt. Das berufliche Identität ein fortlaufender an die eigene biographische Entwicklung geknüpfter Prozess darstellt findet unter anderen auch Berücksichtigung in der Studie von Astrid Schämann „Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie“

„...kann an dieser Stelle übergeleitet werden auf die Entwicklung beruflicher Identität als prozessualem Geschehen. Diese wird im Kindes- und Jugendalter begonnen, durch familiäre Prägung beeinflusst und setzt sich im Erwachsenenalter fort“ (2005, S.44).

Heute, zu einem Zeitpunkt wo Matthes in seiner Praxis nach außen hin ausschließlich als Osteopath in Erscheinung tritt, fühlt er sich ganz als Osteopath. Matthes hält es in Bezug auf seine Patienten für sehr wichtig, ein klares therapeutisches Profil auszustrahlen:

„Es ist essentiell. Die Leute wollen sich identifizieren mit dem Therapeuten, entweder als Physiotherapeut oder als Osteopath. Ich denke, dass es sinnvoll ist, ganz klar zu trennen. Es sind ja auch 2 verschiedene Konzepte. [...] Ich denke, wichtig ist es, als Osteopath konsequent in Erscheinung zu treten. Es ist auch vom Inhalt eine große Differenz da, ob ich physiotherapeutisch oder osteopathisch arbeite. Und das darf man nicht zu sehr vermischen. Weil man fachlich ja auch korrekt arbeiten will und nicht so irgend nen Wurstsalat da vor sich hin behandelt“ (T.I., S.38, Z.30-32 + S.45, Z.20-24).

Matthes hält es für sehr wichtig entweder als Physiotherapeut oder Osteopath in Erscheinung zu treten. Seiner Meinung nach möchten die Leute sich mit ihrem Therapeuten entweder als Physiotherapeut oder Osteopath identifizieren. Eine Vermischung beider Methoden hält er für nicht sinnvoll. Der rege Zulauf an Patienten und damit ihre offensichtliche Zufriedenheit mit seiner Arbeit sprechen für ihn und seine Überzeugungen.

5.4.6 geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie

Matthes glaubt, dass bei großen Teilen der Bevölkerung die Osteopathie immer noch nicht bekannt ist. Trotzdem erfolgt nach seiner Überzeugung die Rekrutierung neuer Patienten hauptsächlich über persönliche Empfehlung und nicht über allgemeine Medienpräsenz:

„Der Großteil weiß es nicht [kennt die Osteopathie nicht]. Aber es ist auch ein Prozess im Gange seit Jahren, dass die Leute immer mehr informiert werden, einfach durch Empfehlung, weniger durch Medien und Presse, sondern durch Bekannte, Verwandte, die schon mal in osteopathischer Behandlung waren; [...] Und dadurch gibt's auch immer mehr Patientenempfehlungen, weil auch immer mehr Leute behandelt werden. Die Mund - zu - Mundpropaganda bringt mehr als irgendwelche Medienberichte, Zeitungen usw.“ (T.I., S.44, Z.1-4 + Z.8-11).

Gestützt wird seine Überzeugung von den Ergebnissen der Master-Thesis „Wie kommen sie eigentlich zu uns?“ (Birgit Wagner-Scheidel, 2006). Hierbei handelt es sich um eine quantitative Studie, in der Patienten befragt wurden über welche Wege sie zur Osteopathie bzw. zu einem bestimmten Osteopathen gekommen sind. Ein Ergebnis dieser Studie zeigt sich wie folgt:

*77% of the patients have **chosen a particular osteopath** because he was explicitly recommended to the respondent in question. Hence the patients were recommended a particular osteopath and not osteopathy as such. (Wagner-Scheidel, 2006, S.50)*

Auch wenn es nachvollziehbar wäre, dass ein größerer Verbreitungsgrad der Osteopathie automatisch eine verstärkte Nachfrage generieren würde, sieht Matthes darin weniger ein Problem. Somit trifft für Matthes die unter Kapitel 3.6. aufgestellte Vermutung, dass der geringe Bekanntheitsgrad eine zusätzliche Schwierigkeit für den Umstellungsprozess darstellt eher nicht zu.

Interview 5

Interviewpartnerin 5 – im folgenden Paula (Pseudonym) genannt – hat ihre Physiotherapieausbildung 1989 und ihr 5-jähriges Osteopathiestudium 2005 abgeschlossen. Sie arbeitet selbstständig in einer eigenen Praxis. Paulas Ziel war es „rein osteopathisch zu arbeiten und den Beruf der Physiotherapie komplett ad acta zu legen“ (T.I., S.47, Z.13+14). „Von den Patienten her ab dem vierten Ausbildungsjahr“ hat sie bereits eine hundert prozentige Auslastung mit Osteopathiepatienten erreicht (T.I., S.47, Z.25). Paula besitzt keine Heilpraktikerlizenz und arbeitet auf Basis von

ärztlichen Privatrezepten, auf denen Osteopathie eingetragen ist (vgl. folgendes Kapitel).

5.5.1 Osteopathisches Arbeiten im ärztlichen Delegationsverfahren

Der Umstand, dass Paula keinen Heilpraktikerstatus besitzt, zieht die Konsequenz nach sich, um in einem rechtlich geschützten Rahmen arbeiten zu können, auf Basis von Privatrezepten zu therapieren (vgl. Kap.2.5. + Kap.3.1.). In der Praxis bedeutet dies, dass jeder Patient, der sich von ihr osteopathisch behandeln lassen möchte, sich vorher ein ärztliches Privatrezept für Osteopathie ausstellen lassen muss. Diese rechtliche Vorgabe setzt Paula in ihrer Praxis konsequent um. Erforderlich dazu ist eine enge Kooperation mit Ärzten, so dass diese dann auch die Bereitschaft aufbringen, Paula zu unterstützen:

„Deswegen hatte ich mit den Ärzten vereinbart, auf Rezept zu arbeiten. Das heißt, dass hiesige Ärzte, die damit einverstanden waren, dass Patienten, die osteopathisch behandelt werden sollen, haben mir dann Privatrezepte verordnet, mit Diagnose und dem Wunsch der osteopathischen Behandlung“ (T.I., S.47, Z.32 – S.48, Z.1).

Mit diesem Vorgehen unterscheidet sich Paula deutlich von den beiden anderen Interviewpartnern Ida und Matthes, die ebenfalls nicht im Besitz einer Heilpraktikerlizenz sind und auf das ärztliche Delegationsverfahren nur bedingt zurückgreifen. Während letztere weitgehend im rechtlichen Graubereich therapieren und dies für sie auch eine große Belastung darstellt, arbeitet Paula in einem rechtlich geschützten Rahmen (vgl. auch Kap.5.2.1. + 5.4.1.). Trotz der Erfüllung dieser rechtlichen Vorgaben geht Paula sogar noch einen Schritt weiter:

„Ich lass den Patienten unterschreiben, dass er mit der Behandlung einverstanden ist. [...]ich hab das aufgesetzt, es ist für den Erfolg der Behandlung notwendig, dass ich zum Beispiel oral arbeite und lass mir das bestätigen, dass der Patient weiß, ich hab ihn aufgeklärt und ich hab die Bestätigung von ihm, dass ich das machen darf“ (T.I., S.50, Z.16-17 + Z.21-24).

Hiermit nimmt Paula eine doppelte Absicherung vor. Es zeigt, dass Paula sehr vorsichtig agiert und fähig ist, einen Rahmen zu schaffen, der für alle Beteiligten – Patienten, Ärzte und Paula selbst – gekennzeichnet ist von Klarheit, Transparenz und Sicherheit. Probleme bezüglich rechtlicher Aspekte hat Paula mit dieser Vorgehensweise nie kennen gelernt.

5.5.2 Wirtschaftliche Aspekte - Licht und Schatten

Paula hat den Umstellungsprozess in ihrer Praxis forciert umgesetzt, so dass sie bereits im 4. osteopathischen Ausbildungsjahr ihren Patienten ausschließlich nur noch für osteopathische Dienstleistungen zur Verfügung stand und somit keine Physiotherapie mehr anbot. Durch ihre osteopathische Arbeitsweise vergrößerte sich ihrer Einschätzung nach der Patientenzulauf erheblich:

„ich hab, seit ich in 2005 die Abschlussprüfung in der Osteopathie abgelegt hab, einen Patientenzuwachs von etwa 200 bis 300% erfahren. Also es ist unglaublich, weil dann auch die Mund –zu – Mundpropaganda eine ganz große Rolle spielt. Die Erfahrungen, die die Patienten mit der osteopathischen Behandlung gemacht haben, die geben sie weiter, und vermehrt kommen die Leute dann in die Praxis“ (T.I., S.51, Z.24 – 29.).

Aus ihren Worten lässt sich erkennen, dass Paula viele Patienten von der Wirksamkeit ihrer osteopathischen Behandlungen überzeugen konnte. Die Mund zu Mund Propaganda hat ihr einen regen Patientenzufluss eingebracht. Dies stellt vom wirtschaftlichem Blickwinkel aus betrachtet für sie eine sehr positive Entwicklung dar. Dies umso mehr, da der Abrechnungssatz für eine osteopathische Behandlung deutlich höher liegt als für eine physiotherapeutische (vgl. Kap.2.6.). Aufgrund der hohen Patientennachfrage sah Paula sich so noch vor Abschluss der Ausbildung imstande, die Physiotherapie aufzugeben, um nur noch osteopathisch zu praktizieren. Sie hat folglich einen fließenden Übergang durchführen können, bei dem sie erst zu einem Zeitpunkt die Physiotherapie abgegeben hat, zu dem sie bereits eine gute Nachfrage osteopathischer Behandlungswünsche generiert hatte (vgl. Kap.3.2.). Entsprechend verlief die Umstellungsphase aus wirtschaftlicher Sicht für Paula sehr zufriedenstellend. Dennoch sieht sie sich rund um das Thema „Abrechnung“ mit Schwierigkeiten konfrontiert:

„Was mir am Herzen liegt, das sind die versicherungstechnischen Dinge, nämlich die Abrechnung mit den Krankenkassen, sowohl den privaten als auch den gesetzlichen Krankenkassen. Diese Abrechnungen oder das Anerkennen funktioniert leider nicht. Selbst wenn man ein Ärzterezept, eine ärztliche Verordnung auf osteopathische Behandlung abgibt, und die Patienten mit dieser Verordnung zu ihren Kassen gehen, wird es nicht bezahlt“ (T.I., S.52, Z.20-25).

Für Paulas Patienten bedeutet diese restriktive Haltung der Kassen, die Kosten für eine osteopathische Sitzung weitgehend selbst zu tragen. Paula findet diesen Umstand „äußerst schade“. Sie würde es sehr begrüßen, wenn eine Kostenübernahme durch die Kassen gewährleistet wäre und sieht diese Frage verknüpft mit dem fehlenden Status eines eigenständigen Berufsbildes Osteopath in Deutschland. Gleichzeitig übt sie Kritik am deutschen Heilpraktikerwesen:

„Bei uns in Deutschland finde ich es auch für ein sehr schwieriges Thema, dass ein Heilpraktiker mehr wert sein soll als ein Osteopath, der fünf Jahre studiert und ein Heilpraktiker in zwei Jahren da irgendwo nebenbei so ´ne Abschlussprüfung hinlegt und man lässt ihn dann auf die Menschheit los. Und man braucht einen Heilpraktiker, dass man Osteopathie überhaupt arbeiten kann. Das ist für mich ein Ding der Unmöglichkeit“ (T.I., S.52, Z.26-31).

Paula nimmt hier eine emotional geprägte Wertung vor, die einer objektiven Sicht der Dinge allerdings nicht gerecht wird. Denn Sinn und Zweck des deutschen Heilpraktikerwesens besteht einzig und allein in dem Nachweis von guten Kenntnissen nichtärztlicher Therapeuten bezüglich des Erkennens schwerwiegender Gesundheitsbeeinträchtigungen, die sie eine sofortige Überweisung ihrer Patienten zum Arzt als notwendig erkennen lassen (vgl. Heilpraktikergesetz §5 Absatz 6). Dies bedeutet, dass also nicht die Qualität und Effizienz der inhaltlichen Arbeit eines Therapeuten sondern nur die Sicherstellung bestimmter Rahmenbedingungen geprüft wird. Insofern lässt sich auch kein wertender Vergleich der osteopathischen Ausbildung mit der eines Heilpraktikers vornehmen.

5.5.3 Verhältnis Osteopathin zum Patienten

Im Interview mit Paula wird deutlich, dass sie von der osteopathischen Behandlungsmethode überzeugt ist und für sie die klare Zielvorgabe existiert, ausschließlich osteopathisch praktizieren zu wollen:

„Mein Ziel ist es, rein osteopathisch zu arbeiten und den Beruf der Physiotherapie komplett ad acta zu legen. [...] Weil die Osteopathie ein ganzheitliches Konzept ist und auch die Erfolge, die man in der Behandlung erreicht, einfach weitreichender sind als in der Physiotherapie. Die Physiotherapie bezieht sich ja nur auf den Bewegungsapparat, die Osteopathie beinhaltet dagegen den ganzen Menschen“ (T.I., S.47, Z.13-14 + Z.18-21).

Mit dieser inneren Klarheit tritt sie ihren Patienten gegenüber. Jedes mal wenn ein Patient mit einem Problem zu ihr in die Physiotherapie kam und sie den osteopathischen Behandlungsansatz für erfolgsversprechender ansah, hat sie in einem offenen und informativen Gespräch ihm ihre Überzeugungen dargelegt. Gleichzeitig hat sie auch den jeweiligen Arzt in diesen Prozess miteinbezogen:

„ich habe den Patienten ganz offen und ehrlich angesprochen und aufgeklärt, wo die Grenzen sind, dass hier in der Physiotherapie eigentlich jetzt eine therapeutische Grenze wäre und ich für ihn eine andere Therapie für günstiger halte. Er solle sich mit dem Arzt besprechen, um dann diese auf Privatrezept durchführen zu können“ (T.I., S.48, Z.33-34 + S.49, Z.1-3).

Es lässt sich hier erkennen, dass Paula sowohl mit Patienten wie mit Ärzten in einer offenen und überzeugenden Art kommuniziert. Ihre klare Haltung drückt sich auch darin aus, nicht Osteopathie auf Basis einer Physiotherapieverordnung abzurechnen (vgl. Kap.3.3. + Kap. 2.6.). Sie benennt dazu folgende Gründe:

„weil es A) schon gar nicht korrekt ist und da hätte ich ein ungutes Gefühl. Und B) bringt es auch für die Osteopathie nichts. Wir wissen alle, dass die Osteopathie in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt und wir dafür arbeiten müssen, dass wir voll anerkannt werden. Wenn die osteopathische Arbeit unter dem Deckmantel einer anderen Therapie läuft, dann erreiche ich für die Osteopathie gar nichts, Null-komma-null. Weil dann dokumentiert wird, das hat zwar geholfen, aber es wird keine osteopathische Dokumentation veröffentlicht, sondern es läuft ja z.B. Krankengymnastik und dann heißt es: `Ja wo haben Sie denn die Osteopathie bekommen? Sie haben ja nur Krankengymnastik bekommen.` Das ist auch für mich ein ethisches Problem“ (T.I., S.48, Z.11 – Z.20).

Aus Paulas Worten wird deutlich, dass es ihr nicht nur um ihre eigenen Wünsche und Ziele geht, sondern sie sieht es auch als ihre Aufgabe an, die Sache der Osteopathie voranzubringen. Auch hieran lässt sich ableiten, dass Paula sich voll und ganz mit der Osteopathie identifiziert. Diese innere Überzeugungskraft, die sie durch ihr Reden und Tun nach außen ausstrahlt, scheint ein wichtiger Grund für ihre schnelle und erfolgreiche Umstellung gewesen zu sein.

5.5.4 Enge Kooperation zwischen Osteopathin und Ärzten bei einseitigem Abhängigkeitsverhältnis

In der Studie von Seewald - Osteopathen/innen und Ärzte/innen - ein Spannungsfeld?“ wird das Verhältnis zwischen Osteopathen und Ärzten untersucht. Ein Ergebnis lautet: „*Most often, cooperation with medical doctors is confined to asking patients to get an allotment of the doctor or allotments without direct contact*“ (2007, S.38). Bei Paula jedoch besteht über die Zuteilung von Rezepten hinaus auch ein persönlicher Kontakt, bei der sie eine positive Kommunikation erkennt und zwar im speziellen dann wenn sie als Osteopathin dem Arzt gegenüber auftritt:

„Wenn man als Physiotherapeut mit einem Arzt Kontakt aufnimmt, dann ist man einfach nur „Physiotherapeut“. Wenn man als Osteopath mit ihm Kontakt aufnimmt, ist man auf einer anderen Ebene. Das spüren die Ärzte und das spüren auch wir und somit ist die Kommunikation etwas anders – positiver“ (T.I., S.51, Z.13-17).

Zwischen Paula und einigen Ärzten besteht eine enge Zusammenarbeit. Wenn Paula einen Patienten osteopathisch behandeln möchte, wird der Arzt von ihr involviert: „*Wenn ich einen Patienten bekomme, dann bespreche ich das natürlich auch mit dem Arzt, dass eben z.B. solche [osteopathische] Behandlungen notwendig sein können und*

dazu brauche ich die Genehmigung und dann kriege ich auch das OK“ (T.I., S.50, Z25-28). Diese rechtliche Genehmigung erhält sie vom Arzt in Form eines Privatrezeptes für Osteopathie (vgl. Kap.5.5.1.). Damit ist Paula aber auch auf die Unterstützung von Ihnen abhängig, denn sonst hätte sie für ihre osteopathische Arbeit keine rechtliche Grundlage (vgl. Kap.2.5.). Diese Abhängigkeit von den Ärzten ist auch der Grund, warum sie vorhat eine Heilpraktikerlizenz zu erwerben. „[Ich bin] nach wie vor abhängig ; und das ist jetzt der Aspekt, der mich zu der Überlegung bringt, die Heilpraktikerprüfung zu machen“ (T.I., S.53, Z.19-21). Diese Haltung entspricht der in Kapitel 3.4. vorgestellten These, dass Therapeuten, die ausschließlich osteopathisch tätig sind, nach mehr Unabhängigkeit von Ärzten streben. Dieses Streben nach Unabhängigkeit bei Paula steht für sich. Denn in der Art und Weise, wie Paula die osteopathische Tätigkeit in ihrer Praxis organisiert hat, läuft alles im legalen, abgesicherten Rahmen und überdies thematisiert sie im Interview kaum spannungsgeladene Problemaspekte. Trotzdem verspürt sie den Wunsch „nach ein klein wenig mehr Unabhängigkeit von den Ärzten“ (T.I., S.53, Z.13+14).

5.5.5 Berufsidentität

Das berufliche Selbstverständnis von Paula hat sich im Verlauf des fünfjährigen Osteopathiestudiums immer mehr in Richtung Osteopathie verschoben: *„Also ab dem dritten Ausbildungsjahr in der Osteopathie war die Tendenz immer deutlicher Richtung Osteopathie zu spüren; ab dem vierten Jahr war es ganz klar und deutlich...“ (T.I., S.47, Z.17-19)* Dass berufliche Identität eine dynamische Komponente in sich trägt, beschreibt auch Schämann in Ihrer Studie „Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie“ (2005): *„Identität [...] und ihre Herausbildung wird als Prozess anstelle von Produkt in der sozialwissenschaftlichen Forschung begriffen“ (S.44).* Zu dieser Phase der Umstellung, in der Paula sowohl Physiotherapie als auch Osteopathie für ihre Patienten anbot, äußert sie sich folgendermaßen:

„der Übergang war schon ein bisschen komisch, weil ja auch die Behandlungsmöglichkeiten ganz anders sind. In der Physiotherapie arbeitet man einfach rein strukturell – mit irgendwelchen Mobilisationstechniken -, in der Osteopathie kann man noch viel feiner arbeiten, z.B. fascial oder cranial , dazu gibt es in der Physiotherapie gar nichts und dann ist es schon ein komisches Gefühl, aber das bessert sich eben, wenn man großen Wert darauf gelegt hat zu trennen“ (T.I., S.49, Z.19-25).

Es lässt sich hier erkennen, dass Paula im Übergang Wert darauf gelegt hat, Physiotherapie und Osteopathie zu trennen. Sie betont dabei, dass man in der

Physiotherapie rein strukturell arbeitet während man in der Osteopathie viel feiner arbeitet.

Sie kann *„es nicht verstehen, dass ein Osteopath nicht selbständig arbeiten kann und eben aus rechtlichen Gründen die Heilpraktikerprüfung machen muss“* (T.I., S.53, Z.21-23), (vgl. auch Kap.3.5.).

5.5.6 geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie

Nach Paulas Ansicht ist der Bekanntheitsgrad der Osteopathie in der Bevölkerung noch sehr gering: *„Wir wissen alle, dass die Osteopathie in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt“* (T.I., S.48 Z.12 + 13), (vgl. Kap.3.6.). Dennoch hat sie keine Schwierigkeiten, neue Patienten zu gewinnen. *Als Grund für den „200-300-prozentigen Patientenzuwachs“ führt sie die persönlichen Weiterempfehlungen durch zufriedene Patienten an:*

„Also es ist unglaublich; weil dann auch die Mund-zu-Mund-Propaganda eine ganz große Rolle spielt. Die Erfahrungen, die die Patienten mit der osteopathischen Behandlung gemacht haben, die geben sie weiter und vermehrt kommen die Leute dann in die Praxis“ (T.I., S.51, Z.26-29).

In Kapitel 3.6. wird die Annahme formuliert, dass der geringe Bekanntheitsgrad der Osteopathie ein Hemmnis für die Rekrutierung neuer Osteopathiepatienten darstellen könnte. Dieser Aspekt findet bei Paulas Darstellungen jedoch keine Berücksichtigung. Ihre Erfahrungen vermitteln den Eindruck, dass dies für ihren Umstellungsprozess kein wesentliches Hemmnis gewesen ist. Paula glaubt vielmehr, dass die Mund-zu-Mund-Propaganda durch erfolgreich behandelte Patienten das allgemeine Bekanntheitsdefizit verringert:

„Ich möchte eigentlich durch die gute Arbeit und eben durch Mund-zu-Mund-Propaganda einen Erfolg erzielen und damit auch eine Ausdehnung des Informationsstandes für die Patienten erreichen“ (T.I., S.52, Z.2-5).

Darüber hinaus glaubt Paula:

„Das [positive Rückmeldungen über osteopathische Behandlungen] geht dann auch an die Ärzte und wenn die dann von den Patienten die Rückmeldung kriegen, das hat mir geholfen und das von vielen Leuten, dann ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit größer, als wenn das nur einzelne Patienten ihnen sagen“ (T.I., S.52, Z.5-8)

Durch solche Patientenrückmeldungen erhalten auch die überweisenden Ärzte Kenntnisse und Erfahrungen über Heilungschancen der osteopathischen

Behandlungsmethode, die in deren eigener medizinischer Ausbildung noch keine Beachtung gefunden hat. (siehe Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 – NEU- BGBl. Teil I Nr. 44, S. 2405)

Interview 6

Interviewpartner 6 – im folgenden Theo (Pseudonym) genannt – hat bei Aufnahme seines Osteopathiestudiums im Jahr 2000 bereits über 10 Jahre als Physiotherapeut gearbeitet. Noch vor Abschluss seines Studiums 2005 hat er 2004 seine Heilpraktikerlizenz erworben und im gleichen Jahr eine eigene Praxis gegründet. In dieser behandelt er ausschließlich osteopathisch. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet er außer in seiner Praxis noch in zwei weiteren Physiotherapiepraxen, in denen er beide Therapiemethoden anbietet, allerdings mit abnehmender Tendenz bei der Physiotherapie. „ich arbeite fast ausschließlich osteopathisch [...] zu mindestens 95%“ (T.I., S.54, Z.32 – S.55, Z.2).

5.6.1 Rechtliche Aspekte

Für seine osteopathische Tätigkeit verfügt er mit dem Erwerb seiner Heilpraktikerlizenz über eine gesicherte rechtliche Grundlage (vgl. Kap.2.5. + Kap. 3.1.). Allerdings hat es in den beiden physiotherapeutischen Praxen, in denen er auch tätig gewesen ist, diese Rechtssicherheit für sein osteopathisches Wirken nicht gegeben. Denn in diesen Praxen wurden auch Osteopathiebehandlungen auf Basis von Physiotherapie Rezepten durchgeführt. Dies geschah allerdings auf Betreiben der jeweiligen Praxisinhaber. Theo hat jedoch relativ rasch die rechtliche Problematik dieser Handlungsweise erkannt (vgl. 3.1.):

„Zum ändern hab ich aber relativ schnell gesagt, ok ich möchte nicht mehr auf dieser Basis, -- ich hab hier ´nen Physiotherapie Rezept und dann arbeitest Du osteopatish darauf, das halte ich für kriminell“ (T.I., S.57, Z.34 – S.58., Z.1-3).

Dieser Erkenntnis vorausgegangen sind allerdings Erfahrungen, die er während der ersten Zeit seines Osteopathiestudiums gesammelt hat. Das osteopathische Therapieren in dieser Zeit hat er als legitim angesehen. So antwortet er auf die im Interview gestellte Frage, ob er die von ihm durchgeführten osteopathischen Behandlungen vor Erwerb der Heilpraktikerlizenz als Problem empfunden habe:

„Ja, am Anfang natürlich überhaupt nicht, ganz klar; weil es war ja noch während der Ausbildung und man hätte es gar nicht anders veranstalten können, meiner Meinung

nach. Und ich halte es für legitim, wenn man in der Ausbildung ist, dass man das Material nimmt, was einem zur Verfügung steht. Und das ist eben in einer Physiotherapiepraxis, das sind die Patienten. Das hab ich für legitim gehalten“ (T.I., S.57, Z.28–32).

Theo glaubt also, dass es legitim ist im Osteopathiestudium vermittelte neue Techniken am Patienten einzusetzen: „Weil anders kannst Du nicht lernen“ (T.I., S.57, Z.33).

Diese zwar aus Sicht eines Studenten nachvollziehbare Ansicht steht aber im Widerspruch zur geltenden Rechtslage. Diese wird deutlich beschrieben in der Urteilsbegründung zu einer abgewiesenen Klage eines Physiotherapeuten, der ohne Heilpraktikerlizenz osteopathisch praktiziert hat und deswegen von der zuständigen Bezirksregierung eine Untersagungsverfügung erhalten hat (vgl. Kap.3.1):

„Der Kläger darf sich folglich wie ein Masseur und medizinischer Bademeister bzw. Physiotherapeut betätigen, der keine Ausbildung zum Osteopathen absolviert hat. Ihm ist alles untersagt, was über das Tätigkeitsspektrum eines Masseurs und medizinischen Bademeisters bzw. Physiotherapeuten hinaus geht. Dieses wiederum ist im Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie sowie in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen im Einzelnen festgelegt“ (Verwaltungsgericht Düsseldorf, 7 K 967/07; Abs.22).

In diesen Zeilen wird deutlich, dass rechtlich zugelassen nur Techniken sind, die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten aufgeführt sind (vgl. Kap.2.5.).

5.6.2 Wirtschaftliche Aspekte

Bei der Umstellung von Theos therapeutischer Tätigkeit von Physiotherapie auf Osteopathie fällt die Mehrgleisigkeit seines Tätigkeitsbereiches auf: „Zum Schluss waren es drei [Praxen] nebeneinander, mein[e] eigene und zwei Physiotherapiepraxen“ (T.I., S.55, Z33+34). So arbeitet er außer in seiner 2004 gegründeten eigenen Osteopathiepraxis noch in 2 weiteren Physiotherapiepraxen, wo „ich auch osteopathisch gearbeitet [habe], aber wenn es dann nötig war auch physiotherapeutisch“ (T.I., S.55, Z27-+28). Der Grund hierfür war die noch ungenügende Patientenauslastung in seiner eigenen Osteopathiepraxis (vgl. T.I., S.56, Z.7-10).

5.6.3 Verhältnis Osteopath zum Patienten

Theo hat in seiner eigenen Praxis ausschließlich osteopathisch gearbeitet: „*Ich hab von vornherein in meiner eigenen Praxis nur osteopathisch gearbeitet*“ (T.I., S.56, Z.5).

Somit ist er in seiner Praxis seinen Patienten gegenüber ausschließlich als Osteopath aufgetreten. In den beiden anderen Praxen war dies anders. Hier hat er sowohl Physiotherapie wie auch Osteopathie angeboten, was zu Problemen führte:

„Da gab’s natürlich die Probleme. Ganz klar, weil -- die Leute --- kamen an mit ´nem Physiotherapierezept oder manuelle Therapie und haben gesagt irgendwie so, ich krieg jetzt Osteopathie. Wo ich dann immer gesagt hab, nein nein , wir machen nur manuelle Therapie aber keine Osteopathie“ (T.I., S.58, Z.22-26)

Folglich sah Theo sich in diesen beiden anderen Praxen den Wünschen seiner Patienten ausgesetzt, auf Basis von Physiotherapierezepten osteopathisch behandelt zu werden. Früher hat er diese Vorgehensweise praktiziert, hat dabei aber dabei die Erfahrung gemacht, dass er dies so nicht wollte:

„Ich hab das anfänglich mal versucht, und dann musste ich aber schnell feststellen, dass das überhaupt keinen Sinn macht, weil die erzählen es weiter und dann steht einem plötzlich die Bude voll bis oben hin mit Leuten, die auf Rezept kommen und das war eben [ein Resultat], was ich nicht wollte (T.I., S.58, Z.7-10).

Theo hat aus diesen Erfahrungen den Schluss gezogen, dass es ein Fehler gewesen ist sich auf einen derartigen Handel einzulassen. Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang hat Theo hinsichtlich der Abrechnung einer osteopathischen Behandlung, die der Patient nicht oder nur teilweise von seiner Kasse ersetzt bekommt (vgl. Kap. 2.6.2.). Er ist gebunden an die entsprechenden Vorgaben vom Inhaber, die nicht immer seinen Vorstellungen entsprochen haben.

„Ja, das war das Problem. Es war ja nicht meine Praxis. Ich konnte also nicht kommunizieren, wie das finanziell zu regeln ist. Ich musste mich dann dem beugen, was der Praxisinhaber gewollt hat, [...]. Es waren unterschiedliche Geschichten: ich krieg’s nicht mehr 100%ig zusammen, bei einem musste man zuzahlen, die anderen haben’s voll über Rezept gemacht; (T.I., S.59, Z.4-8)“.

5.6.4 Verhältnis Osteopath zum Arzt

Theo beantwortet die im Interview direkt gestellte Frage nach seiner Zusammenarbeit als Osteopath mit Ärzten kurz und prägnant mit „*gleich null*“. Dies obwohl er sich anfänglich um eine Kooperation bemüht hat:

„Ich hab natürlich versucht am Anfang, Ärzte auf meine Seite zu ziehen, ganz klar. Irgendwie wollte ich ja auch meine Patienten rekrutieren, und hab den Versuch gemacht, ich war bei 3 Ärzten und bin auf totales Unverständnis gestoßen [...] ich bin belächelt worden. Einer hat sogar zu mir gesagt, warum soll ich Ihnen meine Patienten geben.

[...] damals hab ich nach dem dritten [Arzt] einfach gesagt, nee, ich mag nicht. Das war zu anstrengen“ (T.I., S.60, Z.30. – S.61, Z.5).

Seine direkten Bemühungen, mit Ärzten in Kontakt zu treten, sind also erfolglos gewesen und seither von ihm nicht mehr weiter verfolgt worden. Dass diese 3 Ärzte mit ihrer verschlossenen Haltung nicht repräsentativ für eine Mehrheit der Ärzteschaft sind, ergibt sich aus dem Vergleich mit Resultaten der quantitativen Studie „Doctors’ knowledge of osteopathy in the district of Bregenz“. In dieser Studie sind 40 von Ärzten ausgefüllte Fragebögen, in denen ihre Kenntnisse und Einstellung bezüglich der Osteopathie erfragt wurden, ausgewertet worden:

“Two third of the doctors want more information about osteopathy, and doctors working in the hospital have the biggest interest.

Almost half of the doctors have already referred their patients to an osteopath. [...] When referring patients to an osteopath the impression of the doctor and the feedback of the patient was predominantly positive.

Three quarters of the interviewed doctors are interested in meetings dealing with osteopathy, here also the employed doctors are the most interested ones, who can imagine cooperation with an osteopath” (Seewald, 2007, 47).

Es wird hier deutlich, dass eine überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte durchaus offen und interessiert der Osteopathie gegenüberstehen. Im weiteren Interviewverlauf relativiert auch Theo dann seine negativen Erfahrungen mit Ärzten. Er glaubt nämlich, dass in jüngster Zeit ein Umdenken bei Ärzten zu erkennen ist:

„Ich hab so gut wie keine Zusammenarbeit mit Ärzten. Es verändert sich gerade, jetzt nach 5 Jahren, weil es so ist, dass die Patienten von mir zurückgehen zu den Ärzten und sagen, es hat mir aber geholfen. Und dadurch werden die Ärzte natürlich auch mal aufmerksam. Und es ist interessant, wie viele Ärzte selber kommen und sich behandeln lassen“ (T.I., S.60, Z.8-12).

Theo glaubt folglich, dass er aufgrund positiver Behandlungsergebnisse nun doch einige Ärzte von der Osteopathie überzeugen konnte, so dass sie sich sogar selbst behandeln lassen wollen. Das was seine direkten Gespräche mit Ärzten nicht erreicht haben – ein engeres Zusammenrücken nämlich - scheint nun doch durch die Faktoren Therapieerfolge und damit verbundene positive Rückmeldungen von Patienten an Ärzte möglich zu werden. Auch eine verstärkte öffentliche Wahrnehmung der Osteopathie führt Theo als Grund für diesen von ihm gefühlten Gesinnungswechsel der Ärzten an: *„Das hat sich geändert, ja. Sicherlich auch, weil es öffentlicher diskutiert wird. Weil die Leute zu den Ärzten hingehen und mit den Ärzten über Osteopathie kommunizieren.“ (T.I., S.61, Z.9-11)* Übrigens sind solche Inanspruchnahme

osteopathischer Behandlungen von Ärzten wie bei Theo keine Einzelfälle wie ein anderes Resultat der Studie von Seewald aufzeigt: „*One third of the interviewed doctors already had an osteopathic treatment themselves. All of them ,except one, experienced this treatment positively*“ (Seewald, 2007, 47).

5.6.5 Berufsidentität

Auf die Frage wie er sich von seiner Berufsidentität her einordnen würde, antwortet er ohne zu zögern: „*Ich bin Osteopath*“ (T.I., S.57, Z.5). Schon während des Osteopathiestudiums fühlte er sich mehr und mehr als Osteopath und immer weniger als Physiotherapeut. Dieser gefühlte Identitätswechsel weg vom Physiotherapeuten hin zum Osteopathen entsprach auch seiner Zielsetzung. „*...ich wollte Osteopath werden und nicht Physiotherapeut bleiben*“ (T.I., S.56, Z.28-29). Seinen Niederschlag erfuhr dieses veränderte Berufsverständnis in der wachsenden Gewichtung seiner osteopathischen Tätigkeit, die er zum Zeitpunkt des Interviews mit „*mindestens 95%*“ angibt. Trotz dieses Abkehrens von der Physiotherapie und der Tatsache, dass „*ich [...] jetzt natürlich hauptberuflich Osteopath [bin]*“, hält er fest: „*Ich hab 10 Jahre als Physiotherapeut gearbeitet, --- 15 Jahre als Physiotherapeut gearbeitet und von daher ----- das kannst Du ja nicht einfach weglassen*“ (T.I., S.57, Z.17-21). Es lässt sich resümieren, dass Theo sich heute als Osteopath betrachtet. Gleichzeitig sieht er seinen physiotherapeutischen Background in seiner beruflichen Biographie gut integriert. Dies entspricht dem Bild einer Berufsidentität, die einer dynamischen Entwicklung ausgesetzt ist (vgl. Kap.3.5.+ Kap.5.4.5.).

5.6.6 Geringer Bekanntheitsgrad bei jedoch steigender Tendenz

Nach Auffassung von Theo ist die Osteopathie bei vielen Menschen immer noch nicht bekannt. Allerdings glaubt er, dass es mehr wird:

„*Ich denke, dass immer noch ein Großteil der Bevölkerung nicht weiß, was Osteopathie ist. Aber es wird deutlich mehr. --- Lustigerweise, - wenn ich das mal so reinwerfen darf, weil ich da zufällig neulich im TV einen Film gesehen hab, so einen amerikanischen, - und da meinte der eine: 'Warst du beim Osteopathen oder was?' Und das fand ich ganz amüsant, weil früher hätte man das übersetzt mit: 'Warst du beim Orthopäden?'*“ (T.I., S.61, Z.17-22).

Diese verbesserte Wahrnehmung der Osteopathie in der Bevölkerung spürt er auch im eigenen Wirkungsumfeld. „*Also das hat sich radikal verändert, sicherlich auch durch die Öffentlichkeitsarbeit...*“ (T.I., S.61, Z.2-3). In diesem verbesserten Umfeld konnte

Theo dann seinen Anteil an Osteopathiebehandlungen ausbauen, so dass er heute fast ausschließlich osteopathisch praktiziert (vgl.Kap.5.6.4.).

6. Die Interviewpartner und ihre Aussagen im Vergleich

Nach der Vorstellung der sechs Interviewpartner mit den für sie typischen Besonderheiten werden die Ziele ihres beruflichen Wirkens dargestellt und der jeweils erreichten Realisierung gegenübergestellt. Es folgt der Vergleich der für die einzelnen Umstellungsprozesse prägenden Merkmale sowie danach ein Vergleich der Aussagen der Interviewpartner zu den in Kapitel drei beschriebenen Vorannahmen.

Die Interviewpartner – Alter, Ausbildung und berufliche Ausprägung

Um dem Leser eine schnelle und vergleichbare Orientierungsmöglichkeit über die persönliche Lebenssituation und berufliche Ausprägung des jeweiligen Interviewpartners zu erleichtern, - ohne dazu jeweils in die transkribierten Texte der Interviews oder deren Analyse wechseln zu müssen, werden nachfolgend in tabellarischer Kurzform die wichtigsten Daten gegenübergestellt. Im Anhang dazu werden die persönlichen Merkmale des Interviewpartners, die ihn von der Restgruppe unterscheiden oder besonders kennzeichnen, stichwortartig dargestellt.

Spalte A: Alter

Spalte B: Abschluss der Physiotherapieausbildung

Spalte C: Osteopathiestudium *von – bis, -*

Spalte D: arbeitsrechtliche Situation, *selbständig in eigener Praxis (1), freiberuflich in einer oder mehreren fremden Praxen (2)*

Spalte E: Hat der Interviewpartner Angestellte?

Spalte F: Praxisangebot (auch über Angestellte): *Osteopathie(1), Physiotherapie(2)*

Spalte G: Heilpraktikerlizenz liegt vor: *ja / nein, seit*

Spalte H: aktueller Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der gesamten Berufsarbeit

Interview-partner (IP)	persönliche Lebenssituation			berufliche Ausprägung				
	A Alter	B Abschl. .Physi.	C Studium Osteop.	D Berufs- status	E Ange- stellte	F Praxis- Angebot	G Heilprak- tiker	H Anteil Osteop.
1, Rolf	41	1992	00 - 05	(2)	nein	(1) + (2)	ja, 07	0% a)
2, Ida	44	1987	01 - 06	(1), ab 97	ja	(1) + (2)	nein	30-40 % b)
3, Carsten	38	1994	94 - 99	(1) ab 02	nein	(1)	ja, seit ca.02	100 %, c)
4, Matthes	41	1992	99 - 04	(1)	ja	(1) + (2)	nein, er will aber	100 %, d)
5, Paula	45	1989	00 - 05	(1)	ja	(1) +(2)	nein, sie überlegt	100 % ab 04, e)
6, Theo	44	< 1990	00 - 05	(1) ab 04, (2)	nein	(1)	ja, 04	95 %, f)

Anhang:

- a) Rolf lässt osteopathisches Wissen in sein physiotherapeutisches Behandlungsangebot einfließen. „Streng genommen habe ich im Moment keine Osteopathiepatienten“ (TI. S.1, Z.29-32).
- b) Auch Ida hat zwischen beiden Methoden keine scharfen Trennungen (TI. S.14 Z.16-30). Sie zeigt soziales Verhalten, besonders auch in der Abrechnung (TI. S.16, Z.7-10).
- c) Nach Abschluss Osteopathie längere Übergangsphase (TI. S.29, Z. 17-25). Fußballtrainer. In 2003 gründet Carsten eine Osteopathiepraxis an einem anderen Ort als dem seiner früheren Physiotherapiepraxis (TI. S.30, Z.22-26).
- d) Matthes hat Konflikte wegen Rechtsunsicherheit; manuelle Techniken wendet er nur zögerlich an, eventuell erst nach ärztlicher Untersuchung (TI. S.40, Z.8-17). Das ist Grund für angestrebte Ausbildung zum Heilpraktiker (TI. S.41, Z.6-10) Patienten mit Physiorezept werden an Mitarbeiter delegiert (TI. S.41, Z.16-19).
- e) Rechtssicherheit durch Zuweisungen von Ärzten (TI. S.47, Z.29 – S.48, Z.6). Paula achtet sehr auf korrektes und transparentes osteopathisches Erscheinungsbild, engagierte Osteopathievertreterin (TI. S.48, Z.33 – S. 49, Z.6) + S.48 Z.25); ihre ursprüngliche Abneigung gegen Heilpraktikerprüfung verändert sich (TI. S.53, Z.4-8).
- f) Arbeitet osteopathisch außer in der eigenen noch in 2 fremden „Physio“-Praxen (TI.S.55, Z.31+32), dort aber nur wenn nötig auch noch physiotherapeutisch (TI. S.55, Z.24-26). Er stellt Veränderung fest bei Ärzten in deren Verhältnis zur Osteopathie von anfänglicher totaler Ablehnung zu interessierter Zusammenarbeit hin (TI. S.60, Z.29-31). Ärzte sind auch seine Patienten (S.60, Z.4-8).

Die Interviewpartner - ihre Ziele und wie weit sie erreicht wurden

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass alle Interviewpartner (IP) bis auf einen in ihren eigenen Praxen arbeiten (Kap.6.1). Nur Rolf (IP 1) arbeitet zwar ebenfalls auf selbstständiger Basis jedoch freiberuflich in einer Gemeinschaftspraxis. Es ist in den Interviews klar zu erkennen, dass alle befragten Therapeuten das Ziel verfolgen, ausschließlich oder zumindest aber deutlich mehr osteopathisch arbeiten zu wollen. Während Theo (IP6) mit 95% dieses Ziel praktisch erreicht hat (TI. S.54, Z.34), hat Rolf einen Umstellungsprozess noch gar nicht eingeleitet. Er ist der von ihm seit 1992 praktizierten Physiotherapie verbunden geblieben und hat trotz 2005 abgeschlossener Osteopathieausbildung noch keinen richtigen Umstellungsprozess gestartet (TI. S1, Z.29-32).

Eine Mittelstellung nimmt Ida (IP 2) ein, die aber wegen ihrer schon traditionellen Physiotherapiepraxis mit gewachsenem Kundenstamm und dem aus einer radikalen Umstellung entstehenden finanziellen Risiko diesen Schritt nicht wagt („Sonst funktioniert unsere Praxis nicht“, TI. S.17, Z.5-9). Sie nimmt unscharfe Trennungslinien zwischen beiden Behandlungsarten und daraus entstehende Schwierigkeiten und Belastungen in Kauf. Ihr Osteopathieanteil liegt bei 50 – 60 %. (TI. S.14, Z.5-9). Die restliche Hälfte der Interviewpartner (IP 3 + IP 4 + IP 5) hat das Ziel der reinen Osteopathieausübung mit Ende des Studiums bzw. wenige Jahre danach erreicht (vgl. Kap. 6.1, Spalte H), IP 5 (Paula) sogar schon im Jahr davor (TI. S.47, Z.22-24).

Die prägenden Merkmale und die einzelnen Umstellungsprozesse im Vergleich

IP1 – Rolf:

Rolfs berufliche therapeutische Laufbahn begann 1991 mit dem Abschluss seiner Physiotherapieausbildung. Vor Aufnahme seines Osteopathiestudiums im Jahr 2000 hat Rolf folglich schon etliche Jahre als Physiotherapeut gearbeitet. Wie aus den unter Kap.5.1.5. präsentierten Interviewauszügen hervorgeht, identifiziert sich Rolf mit der Physiotherapie. Dennoch ist es sein Wunsch und Ziel, mehr auch als Osteopath in Erscheinung zu treten (vgl. Kap.5.1.). Bezüglich des ursachenbezogenen ganzheitlichen Ansatzes sieht er die Osteopathie nämlich gegenüber der seiner Meinung nach mehr symptombezogenen Physiotherapie klar im Vorteil (vgl. T.I., S.8, Z.15-19). Andererseits stößt die seiner Meinung nach ungenügende Berücksichtigung aktiver Bewegungselemente in der osteopathischen Praxis auf seine Ablehnung (vgl. Kap.5.1.3.2). Hier zeigt Rolf ein zwar nicht unbedingt gespaltenes Verhältnis zu beiden Methoden, so zumindest doch ein kritisch differenziertes Bild bezüglich seiner eigenen Wahrnehmung von Osteopathie und Physiotherapie. Er möchte sich weder dem einen noch dem anderen ganz verschreiben bzw. sich nicht von einer Methode komplett lösen müssen:

„Dass da jetzt auch diese Sache, äh also als müsste ich mich da trennen, wie als müsste ich da quasi mit einem Messer kappen, zu sagen äh jetzt gehöre ich zu den einen nicht mehr, jetzt müsstest Du, wenn Du zu uns gehören möchtest, dann musst Du mit dem Messer haha irgendwie das Ding trennen. Das ist für mich auch so – ja problematisch“ (T.I., S.11, Z.15-19).

In der Berufsfeldstudie von Katrin Krönke, bezogen auf die Situation von osteopathisch tätigen Therapeuten in Österreich, wird unter anderem als Resultat festgehalten, dass

86% der befragten Osteopathen auch noch in ihrem Ausgangsberuf arbeiten (Krönke, 2003, S. 25f). Die Physiotherapeuten bilden hierbei die weitaus größte Therapeutengruppe. Vor dem Hintergrund des gerade illustrierten Sachverhaltes wäre es interessant, im Rahmen einer quantitativen Arbeit herauszufinden, was die Gründe für den Verbleib im Ausgangsberuf Physiotherapeut sind. Ist es mehr der inhaltliche, therapiebezogene Zwiespalt von Therapeuten, die bei bestimmten Krankheitsbildern Physiotherapie als die geeignetere Methodenwahl ansehen, oder sind es schlichtweg wirtschaftliche Gründe, die es notwendig machen, auf bestehendes physiotherapeutisches Patientenkontinuum zurückzugreifen, da der Therapeut mit Osteopathien Patienten noch nicht ausgelastet ist (vgl. Kap.3.2)? Aber auch eine Vermischung beider Aspekte wäre denkbar.

Auch bei Rolf spielen beide Aspekte eine Rolle. Der wirtschaftliche dominiert aber bei weitem (vgl. Zitat Kap.5.1.2). Er hat schlichtweg keine Osteopathien Patienten, die bereit sind, eine Behandlung auch adäquat zu vergüten (vgl. Kap.5.1.). So arbeitet er weiterhin primär als Physiotherapeut in seiner bisherigen Praxis, möchte sich aber nach einer osteopathischen Tätigkeit in einer anderen Praxis umsehen (vgl. Kap.5.1.1). Nach den unbefriedigenden Erfahrungen der Vergangenheit (vgl. Zitat Kap. 5.1.3.1) sieht Rolf eine räumliche Trennung von Physiotherapie und Osteopathie als eine spannungsfreiere Option an:

„Wenn ich in einem anderen Ort wäre, also wirklich in anderen Räumlichkeiten mit einer speziellen Abtrennung, da denke ich es weniger ein Problem“ (T.I., S.8, Z.1-3).

Rechtlich gesehen hat er für die Aufnahme einer reinen osteopathischen Tätigkeit in einer anderen Praxis mit dem Erwerb der Heilpraktikerlizenz schon vorgebaut (vgl. Kap.2.5.).

Was die Kommunikation bzw. Zusammenarbeit mit Ärzten betrifft, sind seine Resümees positiv und negativ (vgl. Zitat Kap. 5.1.4).

Der unter Kap. 5.1.3.2 skizzierte mögliche Zusammenhang zwischen einer kritischen Haltung zur Osteopathie und der Schwierigkeiten, Osteopathien Patienten zu rekrutieren, bietet ebenfalls Potential für eine weitergehende quantitative Studie. So könnte man zum Beispiel mittels Fragebögen Patientenerhebungen durchführen bezüglich der ausstrahlenden Überzeugungskraft und Kompetenz von Therapeuten. Dabei sollte

Bezug genommen werden auf zwei Gruppen von Osteopathen, die eine aus ausschließlich osteopathisch tätigen Therapeuten und die andere aus Therapeuten, die sowohl osteopathisch wie auch physiotherapeutisch aktiv sind. Voraussetzung dabei sollte natürlich sein, dass die befragten Patienten über das Tätigkeitsprofil der Therapeuten Bescheid wissen.

IP2 – Ida:

Ida steckt noch mitten in der Umstellungsphase, das heißt, sie arbeitet sowohl als Osteopathin wie auch als Physiotherapeutin. Bei ihr ist allerdings auch nicht erkennbar, dass sie den unbedingten Willen hat, eines Tages nur noch als Osteopathin arbeiten zu wollen. Zu sehr scheint sie mit der Physiotherapie verflochten zu sein und ist in ihrer Zielsetzung zu einer rein osteopathischen Tätigkeit schwankend. „Ich möchte auch den Physiotherapeuten nicht missen“ (T.I., S.27, Z.1+2). Mit Blick auf die Umstellungsphase spielen bei ihr wirtschaftliche und rechtliche Zusammenhänge die bedeutendste Rolle (vgl. Kap. 5.2.1 + 5.2.2). Ein für Ida prägender Stil ist dabei das Praktizieren der Osteopathie auf Basis einer Physiotherapieverordnung (vgl. Kap. 5.2.1.2 + 5.2.2.1). Diese Einbettung der Osteopathie in einen physiotherapeutischen Abrechnungsrahmen zieht eine Reihe negativer Folgen bzw. Fragen sowohl rechtlicher wie auch wirtschaftlicher Art nach sich, wie es in diesen Kapiteln bereits aufgezeigt wird. Darüber hinaus kann dieses Vorgehen auch das Therapeuten - Patienten Verhältnis belasten. Denn wie bereits dargestellt, ist eine derartige Abrechnungspraxis nicht von vornherein als regulär und gesetzeskonform einzuordnen (vgl. Kap. 2.6.1). Im Gegenteil trägt sie vielmehr Züge eines Verstoßes gegen den Rahmenvertrag mit den Krankenkassen. Bei diesem Rahmenvertrag handelt es sich um ein rechtlich verbindliches Schriftstück zwischen dem Verband der angestellten Krankenkassen und dem Bundesverband der selbstständigen Physiotherapeuten IFK E.V. sowie weiterer Vertretungsorgane der deutschen Physiotherapeuten. Er regelt in allen Einzelheiten die Beziehungen beider Vertragspartner (www.physio.de, Okt.2009). Es stellt sich hier eine Situation dar, in der sowohl Ida sich selbst aber durchaus auch ihre Patienten (durch irreguläre Unterschriften) in eine Situation hineinmanövriert, wo der äußere Rahmen nicht eindeutig ist. Neben der Rechtsunsicherheit ihrer osteopathischen Tätigkeit bürdet Ida sich damit zusätzliches juristisches Konfliktpotential auf. Denn ob ihre abrechnungstechnischen Tricks einer kritischen Überprüfung durch die Krankenkassen standhalten würden, ist mehr als fraglich. Welche Konsequenzen bei Verstößen gegen den Rahmenvertrag drohen, zeigt sich im folgenden Vertragsauszug:

*„Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann der VdAK/AEV im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss (§ 14) nach erfolgter Anhörung eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000,- EURO festsetzen. Der Vertragsausschuss kann auf Antrag die Vertragsstrafe analog § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV stunden. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den sofortigen Zulassungswiderruf. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen. Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:
Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
[...]Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt “
(Rahmenvertrag VDAK, §15 Vertragsverstöße; Regressverfahren Abs.2).*

Es wäre sehr interessant, der Frage in einer anderen Studie nachzugehen, ob solch eine Verknüpfung von Osteopathiebehandlungen mit einer Physiotherapieverordnung bei Osteopathen verbreitet ist und ob es im Hinblick auf eine erfolgreiche Umstellung des Angebotes von Physiotherapie auf Osteopathie zweckmäßig oder doch eher contraproduktiv ist und zusätzliche negative Spannungsmomente erzeugt. Ida selbst sieht diese Dinge durchaus auch kritisch, nimmt diese negativen Aspekte aber als gegeben hin. *„Ja, was auch echt anstrengend ist. Aber auf der einen Seite ist es mein Verdienst, sonst funktioniert unsere Praxis nicht“ (T.I., S.17, Z.5-6).*

Ein weitere Aspekt in Idas Interviewaussagen verdient besondere Aufmerksamkeit. Ida spricht sich sehr emotional gegen den Heilpraktikerstatus aus. Sie verbindet mit ihm einen historisch bedingten negativen Touch und kann sich auch aufgrund seines therapeutischen Aktivitätsprofils wie *„Spritzen geben und Blutegel setzen“* nicht mit ihm identifizieren (vgl. Kap.5.2.1.3). Am Beispiel von Ida wird deutlich, dass auch hierin für einen osteopathisch tätigen Therapeuten ein Spannungsfeld begründet sein kann. Eine zu überprüfende Hypothese könnte wie folgt lauten:

- Osteopathen sehen sich aus Gründen der Rechtssicherheit genötigt, eine Heilpraktikerlizenz zu erwerben, auch wenn sie dem Heilpraktikerwesen kritisch gegenüberstehen - Eine quantitative Studie zu dieser Frage könnte Aufschluss geben.

IP3 – Carsten:

Carsten hat die Umstellungsphase seines therapeutischen Angebotes von Physiotherapie auf Osteopathie bereits erfolgreich durchlaufen und abgeschlossen (vgl. Kap.5.3). Charakteristisch für sein Vorgehen dabei ist der kompromisslose Ausstieg aus der Physiotherapie und die Fokussierung auf Osteopathie. Bemerkenswert hierbei ist das bewusste Eingehen wirtschaftlicher Risiken, da er mit der Neugründung einer

reinen Osteopathiepraxis auf sein langjähriges physiotherapeutisches Klientel nicht mehr zurückgreifen konnte und es für ihn im voraus nicht abzusehen war, ob seine neue Praxis gut anlaufen würde (vgl. Kap. 5.3.2). Diesbezüglich plagten ihn auch Sorgen. Sein Drang frei und ohne Weisungsgebundenheit osteopathisch unter dem rechtlichen Schutz des Heilpraktikers arbeiten zu können, war aber zugleich eine starke Triebfeder, dennoch diesen Schritt zu machen (vgl. Kap.5.3.2). Mit dieser Entscheidung schlägt er einen anderen Weg ein als Interviewpartner 1 und 2 - Rolf und Ida. Diese beiden sind den Weg gegangen, der den Annahmen aus Kapitel 3.2. entspricht. Sie bieten in ihrer Praxis aufgrund zu geringer Auslastung mit Osteopathiepatienten weiterhin beide Methoden an und vermeiden in dieser Weise wirtschaftliche Risiken. Andererseits wird im Interview mit Carsten bei ihm eine große Zufriedenheit sichtbar, da er diesen Umstellungsprozess trotz anfänglicher wirtschaftlicher Unsicherheiten sehr gut gemeistert hat und nun frei unter dem Schutz des Heilpraktikers als Osteopath arbeiten kann: *„Für mich war es schon immer das Schönste, frei zu arbeiten, ohne dass mir irgend jemand sagt, was zu tun ist. Das war für mich das Allerwichtigste. Das hab ich schon immer an dem Heilpraktiker sein und der Osteopathie geschätzt“* (T.I., S. 35, Z.16-18). Dagegen sind seine beiden Kollegen immer noch mit Problemen konfrontiert, die sich ergeben können, wenn beide Methoden aus einer Hand angeboten werden (vgl. Kap.5.1 + 5.2.).

Neben den wirtschaftlichen Risiken sind auch die rechtlichen Aspekte für Carsten problematisch gewesen (vgl. Kap. 5.3.1.). In der Zeit, wo er Patienten osteopathisch behandelt hat, ohne eine Heilpraktikerlizenz zu besitzen, war diese fehlende rechtliche Basis belastend für Carsten: *„es ist auf jeden Fall zu allererst mal die rechtliche Seite. Die rechtliche Seite ist das Allererste, was Probleme aufwirft beim Übergang.“* (T.I., S.35, Z. 1+2). Durch den Erwerb der Heilpraktikerlizenz konnte Carsten diesen Problemfaktor dann neutralisieren.

Bezüglich seines Verhältnisses zu Ärzten bleibt festzuhalten, dass er in diesem Punkt eigenwillig und sehr auf sich selbst fokussiert ist. Seine Begründung, nicht mit Ärzten zusammenarbeiten zu wollen, weil es zu anstrengend und intensiv sei und nichts bringen würde (vgl. T.I., S.33, Z.30), ist nicht überzeugend. Die Studie von Seewald (2007) hat aufgezeigt, dass über 70 Prozent aller befragten Ärzte interessiert an einer Zusammenarbeit mit Osteopathen sind. Da ist es wenig produktiv, wenn von Seiten des

Osteopathen eine Zusammenarbeit abgelehnt wird. Im Interesse seiner Patienten wäre es sinnvoll, wenn Carsten seine ablehnende Haltung Ärzten gegenüber überprüfen würde. Sein Argument, dass es nichts bringen würde, könnte durch eine quantitative Studie, die diesen Kontext aufnimmt, entkräftet werden. Bei solch einer Studie könnten Osteopathiepatienten befragt werden, wie wichtig ihnen eine Kommunikation / Zusammenarbeit zwischen ihrem Osteopathen und den sie behandelnden Ärzten ist bzw. ob sie sich dadurch in ihrem allgemeinen Vertrauen und Zutrauen ihrem Osteopathen gegenüber gestärkt fühlen. Ein in dieser Frage positives Studienresultat wäre ein zusätzlicher Anreiz für praktizierende Osteopathen, sich im Dienste ihrer Patienten um eine Zusammenarbeit mit Ärzten zu bemühen.

Auch wenn Carsten eine aktive Zusammenarbeit mit Ärzten ablehnt, ist er sich aber durchaus seiner größeren Verantwortung bewusst, die ihm durch seine neue Rolle als „Erstkontakt Therapeut“ zuteil wird:

„...das Selbstbewusstsein des Therapeuten, sich zuzutrauen, die Verantwortung zu übernehmen für einen Patienten, der bei einem ist; denn er muss ja auch reflektieren, mache ich die bestmögliche Therapie für ihn. Das ist auch eine Verantwortungssache (T.I., S.35, Z.4 7).

IP4 – Matthes:

Matthes hat die Umstellung seines therapeutischen Angebotes von Physiotherapie auf Osteopathie in einem Zeitraum von 2 Jahren erfolgreich umgesetzt (vgl. Kap.5.4).

Damit sticht er im Vergleich zu den bisherigen Interviewpartnern heraus.

Charakteristisch für sein Denken und Handeln ist eine klare innere Zielvorgabe, unbedingt zu 100% als Osteopath arbeiten zu wollen: „*Das war immer das Ziel! 100%.*

Nur noch nach dem [osteopathischen] Konzept zu arbeiten“ (T.I., S.37, Z.20). Zu dieser klaren Ausrichtung gehört auch die konsequente Trennung von Physiotherapie und Osteopathie sowie das klare Aufzeigen des jeweiligen Vergütungsrahmens (vgl. Kap.2.6. + Kap.3.3.). Doch auch für Matthes war beziehungsweise ist die Umstellung auf eine reine Osteopathentätigkeit nicht frei von Problemen. Er hat noch keine gültige Heilpraktikerlizenz. Diese fehlende rechtliche Basis belastet ihn: „*Da habe ich einen schweren Stand, den ich täglich mit mir trage“ (T.I., S.41, Z.1).* Jedoch könnte der von ihm angestrebte Erwerb der Heilpraktikerlizenz da schnell Abhilfe leisten (vgl. Kap.2.5. + 3.1.). Eine im Umstellungsprozess für Matthes von Zweifeln geprägte Phase, ergab sich aus der Entscheidung, die Physiotherapie komplett aufzugeben und

nur noch als Osteopath zu arbeiten. Denn er war sich nicht sicher, ob es funktionieren würde: *„Es war schon ein Schritt für mich, auch mental. Jetzt nur noch das eine anbieten, nur noch als Osteopath am Markt sein. Es hätte auch schief gehen können, aber es hat eben geklappt“* (T.I., S.42, Z.6-8 + Z.12-14). Für Matthes hat die Umstellung also sehr gut funktioniert. Seine Haltung zum Heilpraktikerstatus ist im Gegensatz zu Interviewpartner 2 eine positive. Neben der rechtlichen Absicherung verspricht er sich darüber hinaus den Erwerb weitergehender differentialdiagnostischer Kenntnisse (vgl. Kap.5.4.1).

IP5 – Paula:

Betrachtet man die Umstellung der therapeutischen Ausrichtung Paulas von Physiotherapie zur Osteopathie, so kann zweierlei festgestellt werden. Erstens hat Paula diesen Prozess mit einer klaren Zielsetzung gestartet, möglichst bald nur als Osteopathin arbeiten zu wollen (vgl. Kap. 5.5.3.). Bereits vor Abschluss ihres Studiums hat sie dieses Vorhaben erfolgreich abgeschlossen. Bemerkenswert dabei ist, dass sie von Anfang an auf größtmögliche Transparenz und Klarheit gegenüber ihren Patienten hinsichtlich der Unterschiede beider Therapiemethoden geachtet hat (vgl. Kap. 5.5.3).

Ein zweiter bedeutender Grund für diesen gelungenen Umstellungsprozess ist neben ihrem erfolgreichen osteopathischen Wirken (vgl. Kap.5.5.2) die intensive Kommunikation mit einigen an Osteopathie interessierten Ärzten in ihrem Umfeld (vgl. Kap.5.5.4). Durch die von ihnen zugewiesenen Privatpatienten ist einerseits für sie die sonst nicht gegebene Rechtssicherheit gewährleistet (vgl. Kap. 2.5) und andererseits erkennen die Ärzte spezifische Heilungsmöglichkeiten der Osteopathie, so dass ihr von ihnen immer wieder „geeignete“ Patienten zugewiesen werden (vgl. T.I., S.47, Z.31 – S.48, Z.2).

Trotz des hier festzustellenden sehr erfreulichen Verhältnisses zwischen einer Osteopathin und Ärzten in ihrem Umfeld, das auch im Interesse einer weiteren Vernetzung der Osteopathie mit der Schulmedizin zu begrüßen ist, muss ein von Paula ausgesprochener Wunsch abschließend hervorgehoben werden: Der Wunsch nach Unabhängigkeit von ärztlichen Zuweisungen (vgl. Kap. 5.5.4). Sie kann es nicht nachvollziehen, *„dass ein Osteopath nicht selbständig arbeiten kann, und eben aus rechtlichen Gründen die Heilpraktikerprüfung machen muss“* (T.I., S.53, Z.22+23).

Hat sie sich bisher „mit Händen und Füßen dagegen gewehrt“ (T.I., S.53, Z.4), lässt sie am Ende des Interviews ihre wachsende Bereitschaft erkennen, diese Prüfung doch noch „nachzuholen“, um schließlich dadurch trotz ihres bisher guten Verhältnisses „ein ganz klein wenig mehr Unabhängigkeit von den Ärzten“ zu erreichen (TI. S.53. Z. 13-23).

IP6 – Theo:

Theos klare Zielsetzung zeigt sich in seinen Worten: „Ich wollte Osteopath werden“ (T.I., S.56, Z. 27). Seine aktuelle Osteopathietätigkeit gibt er mit „mindestens 95%“ an (T.I., S.54, Z.34), womit er sein Ziel so gut wie erreicht hat. Dabei kann er allerdings nur einen Teil seines Arbeitsvolumens in seiner eigenen 2004 eröffneten Osteopathie-Heilpraktikerpraxis nachkommen. Da er hier nicht ausgelastet ist, verfügt er noch über freie Kapazitäten, die er ausfüllt mit Arbeitseinsätzen in 2 anderen Physiotherapiepraxen (vgl. Kap. 5.6). Auch in diesen Praxen betätigt er sich fast ausschließlich als Osteopath. Ein wesentlicher Unterschied zur Tätigkeit in seiner eigenen Praxis besteht allerdings hier in der Verpflichtung, den Vorgaben der Praxisinhaber bezüglich abrechnungstechnischer Fragen nachkommen zu müssen (vgl. Kap.5.6.1). Während Theo in seiner eigenen Praxis einen klaren und gesetzeskonformen Behandlungsrahmen aufstellen konnte (Kap.3.1., Kap.2.5.) sieht er sich in den Fremdpraxen mit teilweise zweifelhaften Praktiken konfrontiert, die er nach eigenen negativen Erfahrungen für sich ablehnt: „Es waren unterschiedliche Geschichten [...] bei einem musste man zuzahlen, die anderen haben's voll über Rezept gemacht; beides fand ich kriminell“ (T.I., S.59, Z.3-6). Ein anderer zunächst problembelasteter Aspekt in seiner Umstellung bezieht sich auf die Ärzte. Ein offensives Werben um die Gunst der Ärzte für seine osteopathische Tätigkeit, endete für Theo in Frust und Resignation. Er hat es fortan aufgegeben, sich aktiv um eine Zusammenarbeit zu bemühen. Um so erstaunlicher dann seine Feststellung, eine Kehrtwende der Ärzte in der Bewertung seiner osteopathischen Tätigkeit beobachten zu können. Dass Ärzte selber zu ihm in die Therapie kommen, untermauert diesen positiven Gesinnungswechsel (vgl. Kap. 5.6.4). Diese Entwicklung zeigt auf, dass ein Therapeut in seinen Umstellungsbemühungen sich auch Zeit nehmen muss und letztendlich wirkungsvolle osteopathische Arbeit auch auf Ärzte nicht ohne Eindruck bleiben. Es braucht offenbar manchmal einfach auch nur etwas Zeit, so dass sich die Dinge wunschgemäß entwickeln können, ohne sie erzwingen zu müssen.

Der Umstellungsprozess unter rechtlichen Aspekten.

Wie unter Kapitel 3.1. bereits dargestellt, gibt es ein aktuelles Gerichtsurteil, bei dem die Revision eines osteopathisch tätigen Physiotherapeuten gegen die von der Bezirksregierung ausgestellte Unterlassungsverfügung über seine osteopathische Tätigkeit abgewiesen wurde. Mit diesem Gerichtsurteil erhöht sich der Druck auf Therapeuten, die bislang ohne Heilpraktikerlizenz osteopathisch tätig sind. *„Fatal ist das Urteil für die betroffenen [osteopathisch tätigen]Physiotherapeuten, die [...] nicht mehr ohne Heilpraktikererlaubnis tätig werden können, ohne eine Abmahnung zu befürchten.“* (VOD, Sept. 09) Wie gehen nun die Interviewpartner mit dieser Problematik um? Von den sechs befragten Therapeuten praktizieren drei ohne Heilpraktikerlizenz (vgl. Kap. 6.1, Tab., Spalte G). Aber auch die anderen haben für eine bestimmte Zeit ohne Heilpraktikerlizenz osteopathisch gearbeitet. Bis auf Paula, die von vornherein ihre Legitimation mittels ärztlicher Privatrezepte sicherte (vgl. Kap.5.5.1) und Rolf, der zur Zeit keine Osteopathie praktiziert, stellte bzw. stellt die rechtlich unklare Situation für alle ein belastendes Hindernis dar. Rolf, Carsten und Theo haben es aktuell durch den Erwerb der Heilpraktikerlizenz überwunden. Ida und Matthes verfügen nach wie vor über keine Lizenz und empfinden diesen Zustand als Belastung.(vgl. Kap.5.2.1. + 5.4.1). Insbesondere Matthes mit einem 100%-igen Osteopathieanteil fühlt sich in diesem rechtslosen Bereich nicht wohl: *„Ja; da habe ich einen schweren Stand, den ich täglich mit mir trage“* (T.I., S.41, Z.1).

Matthes versucht diesem Umstand Rechnung zu tragen, indem er jeden neuen Patienten mit nicht abgeklärter Symptomatik weiter delegiert an einen Arzt. Erst wenn dieser sein Einverständnis für Physiotherapie gibt, würde er diesen Patienten osteopathisch behandeln (TI. S.40, Z. 9-17). Er agiert also sehr vorsichtig und versucht dadurch sein rechtliches Risiko zu minimieren. Trotz dieser Vorsichtsmassnahmen bleibt die Situation für Matthes beklemmend, so dass er folgerichtig sich zum Ziel steckt, in naher Zukunft eine Heilpraktikerlizenz zu erwerben. Neben der Rechtssicherheit verspricht sich Matthes vom Erwerb einer Heilpraktikerlizenz darüber hinaus auch eine Erweiterung und Vertiefung seiner differentialdiagnostischen Fähigkeiten (vgl.Kap.5.4.1.).

Auch **Ida** trifft für ihre 30%-40% rechtswidrige osteopathische Tätigkeit bestimmte Vorsichtsmassnahmen. So klammert sie aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen

bestimmte Behandlungstechniken aus, die sie als riskant ansieht, z.B. Manipulation an der Halswirbelsäule: „*Wenn der Patient ne Erstverschlechterung hat und er zufällig so einen Artikel in der Zeitung liest, HWS-Manipulationen sind gefährlich, dann bin ich dran*“ (T.I., S.18, Z.4-7 + Z. 12-14). Basierend auf diesen Sorgen reift wie bei Matthes auch bei Ida mehr und mehr der Entschluss, auch eine Heilpraktikerlizenz zu erwerben (vgl.Kap.5.2.1.2.). Anders als Matthes verspürt Ida jedoch grundsätzliche Vorbehalte gegen den Heilpraktikerstatus, den sie mit einem historischen Makel behaftet sieht (vgl.Kap.5.2.1.3.). Neben dieser fehlenden rechtlichen Legitimation kommt Ida auch noch in einem anderen Aspekt ihrer osteopathischen Tätigkeit in Konflikt mit geltendem Recht. Teilweise verrechnet sie nämlich osteopathische Behandlungen über ein Physiotherapie-Rezept und trägt hier fiktive Behandlungsdaten ein (vgl. Kap.5.2.1.3.). Dies stellt einen Verstoß gegen den Behandlungsvertrag mit den Krankenkassen dar (vgl.Kap.2.6.).

Paula dagegen ist die einzige von allen Interviewten, die von Beginn ihrer osteopathischen Tätigkeit an für einen geschützten rechtlichen Rahmen gesorgt hat, indem sie auf Basis ärztlicher Privatrezepte arbeitet (vgl. Kap.5.5.4.). Folglich bereitet ihr die rechtliche Situation auch keine Probleme. Der Preis für diese Rechtssicherheit ist allerdings ihre Abhängigkeit von Ärzten. In der Vergangenheit hegte sie die Hoffnung, über die Etablierung eines eigenen Berufsstandes „Osteopath“ diese Unabhängigkeit erlangen zu können. Doch erkennt sie zur Zeit keine Entwicklung, die diesen Wunsch in naher Zukunft erfüllen könnte. Daraus zieht sie für sich die Erkenntnis, doch noch die Heilpraktikerprüfung abzulegen. Dieser „Zwang“, einen Heilpraktikerstatus anstreben zu müssen, um Osteopathie frei und unabhängig praktizieren zu dürfen, liefert auch das Motiv, weshalb Paula dem „Heilpraktiker“ kritisch gegenübersteht (vgl. Kap.5.5.1.).

Rolf, Carsten und Theo genießen - wie bereits dargestellt - aktuell Rechtsschutz. Doch auch bei ihnen gab es vor Erwerb der Lizenz Probleme. Carsten z.B. ordnete dem Rechtsproblem die größte Bedeutung zu: „*Die rechtliche Seite ist das Allererste, was Probleme aufwirft beim Übergang.*“ (T.I., S.35, Z. 1-2). Daher war es logisch und konsequent für ihn, nachdem er entschieden hat komplett auf Osteopathie umzustellen, eine Heilpraktikerlizenz möglichst schnell zu erwerben. Theo hat diesen Schritt – Erwerb einer Lizenz - sogar schon 1 Jahr vor Abschluss seines Osteopathiestudiums gemacht und anschließend sogleich seine Osteopathiepraxis eröffnet. Allerdings hat er auch durch seinen Arbeitseinsatz in 2 anderen Praxen negative Erfahrungen im

rechtlichen Bereich gesammelt. Hier war er gebunden an die Vorgaben der Praxisinhaber, die mit abrechnungstechnischen Tricks gearbeitet haben. Theo lehnt diese Vorgehensweise für sich ab und hat in seiner eigenen Praxis legale und transparente Rahmenbedingungen für Patienten geschaffen (vgl.Kap.5.6.1.). Auch Rolf verfügt über eine rechtliche Legitimation für die Ausübung der Osteopathie. Allerdings hat er noch keinen richtigen Umstellungsprozess initiiert (vgl.Kap.5.1.1).

Der Umstellungsprozess unter wirtschaftlichen Aspekten

Der Übergang eines therapeutischen Angebotes von Physiotherapie auf Osteopathie zeigt bei den Interviewten unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten sowohl Chancen als auch Risiken auf. Fünf der Interviewten wählen einen Weg, bei dem versucht wird, einen **gleitenden Übergang** zu finden. Dieser ist dadurch gekennzeichnet, solange Physiotherapie anzubieten, wie noch keine genügende Auslastung mit Osteopathie erreicht worden ist. Diese vorherrschende Verhaltensweise der Interviewten entspricht der unter Kapitel 3.2.aufgestellten Vorannahme.

Einzig Carsten (IP3) fällt hier aus dem Rahmen. Er gab kurzentschlossen seine Physiotherapiepraxis auf und eröffnete in einem anderen Ort eine Heilpraktiker-Osteopathiepraxis. Bewusst ist er hierbei wirtschaftliche Risiken eingegangen. Entscheidend für ihn, diesen radikalen Weg einzuschlagen, war der starke Wunsch, frei und unabhängig nur noch als Osteopath arbeiten zu wollen. Trotz damaliger Sorgen und Zweifel hat er diesen Schritt zu keinem Zeitpunkt bereut und kann heute auf eine gelungene und erfolgreiche Umstellung zurückblicken (vgl. Kap.5.3.2.).

Auch Matthes Umstellungsphase kann als abgeschlossen angesehen werden. Er arbeitet heute zu 100% als Osteopath. In der Übergangsphase hat er allerdings beide Methoden angeboten, wobei er kontinuierlich den osteopathischen Anteil ausgeweitet hat, so dass er mit Abschluss seines Studiums seine physiotherapeutische Tätigkeit offiziell beendet hat und seinen Patienten fortan nur noch als Osteopath zur Verfügung stand. Wirtschaftliche Risiken hat er durch diesen fließenden Übergang weitgehend ausgeschaltet (vgl. Kap.3.2.). Hinzu kommt die Beschäftigung angestellter Physiotherapeuten, auf deren Umsätze er sich zusätzlich stützen konnte. Da Matthes Osteopathie mit einem deutlich höher als dem Physiotherapie-Kassentarif liegenden Privatsatz abrechnet (vgl.Kap.2.6.), hat seine Praxis insgesamt an wirtschaftlichem

Potential gewonnen. Kennzeichnend für Matthes' gelungene Umstellung ist seine klare innere Ausrichtung: „Das war immer das Ziel - 100%; nur noch nach dem Konzept zu arbeiten“ (vgl.Kap.5.4.2.).

Idas äußere Rahmenbedingungen in ihrer Praxis sind vergleichbar mit denen von Matthes. Auch sie beschäftigt noch weitere Physiotherapeuten. Anders als Matthes gelingt es ihr jedoch nicht, eine klare Trennung des abrechnungstechnischen Rahmens beider Methoden vorzunehmen. Die zum Teil von ihr praktizierte Abrechnung osteopathischer Behandlungen über Physiotherapierezepte drückt ihre Einnahmen nach unten: *„Ja und den Frust in der Situation merke ich auch zunehmend. [...] Mein Stundensatz ist einfach nicht zu vergleichen mit dem eines Osteopathen“* (T.I., S.16, Z.17-19). Für Ida kommt es zur Zeit nicht in Frage, die Physiotherapie aufzugeben. Mit ihrem aktuellen Osteopathieanteil wäre dieser Schritt nach eigener Auffassung finanziell nicht tragfähig: *„Dann hätte ich nicht die finanzielle Sicherheit, zumindest nicht von meinen 30% - 40 % [Osteopathiepatienten]“* (T.I., S.28, Z.8-10) Bei ihr ist allerdings auch nicht das klare Ziel zu erkennen, nur osteopathisch arbeiten zu wollen. Ihre innere Ausrichtung ist zweigeteilt. Zwar möchte sie gerne den osteopathischen Behandlungsanteil weiter steigern, aber sie *„möchte auch den Physiotherapeuten nicht missen“* (T.I., S.27, Z.1-2).

Diese zweigeteilte Ausrichtung ist ebenfalls bei **Rolf** anzutreffen. Auch er fühlt eine starke Verbundenheit zur Physiotherapie, möchte aber andererseits gerne auch als Osteopath tätig und wahrgenommen werden. Es ist ihm bisher aber nicht gelungen, einen klaren osteopathischen Behandlungsrahmen aufzustellen und Patienten davon zu überzeugen, eine osteopathische Behandlung bei ihm in Anspruch zu nehmen (vgl. Kap.5.1.6.).

Demgegenüber hat **Paula** (IP5) von allen Interviewten den schnellsten Umstellungsprozess durchgeführt. Bereits ein Jahr vor ihrem Studienabschluss hat sie nach eigener Aussage nur noch osteopathisch gearbeitet. Prägende Merkmale ihrer Umstellung sind einerseits ihre transparente und überzeugende Art, Patienten Osteopathie zu vermitteln und andererseits, eng mit Ärzten zu kooperieren. Geleitet bei ihren energischen Umstellungsaktivitäten wurde sie von ihrer klaren inneren Orientierung: *„Mein Ziel ist es, rein osteopathisch zu arbeiten und den Beruf der*

Physiotherapie komplett ad acta zu legen“ (T.I., S.47, Z.12-13). Wirtschaftlich war die schnelle Etablierung der Osteopathie in ihrer Praxis ein großer Erfolg. Aufgrund positiver Behandlungsergebnisse und der damit erzeugten Mund zu Mund Propaganda kam es zu einem rasanten Anstieg der Patientenzahl von „200% - 300%“. (vgl., Kap.5.5.2). Rückblickend kann auch bei Paula festgehalten werden, dass sie einen dynamischen fließenden Übergang von Physiotherapie auf Osteopathie kreiert hat. In dieser Weise konnte sie wirtschaftliche Belastungen ausgrenzen und weitgehend risikofrei ihre Praxis expandieren lassen. Einzigen Wehmutstropfen in ihrer Umstellung erkennt sie in der restriktiven Haltung der Krankenkassen, die größtenteils Osteopathie nicht in ihrem Leistungskatalog enthalten haben (vgl.Kap.2.6.2.), so dass ihre Patienten meistens eine osteopathische Behandlung selber zahlen müssen. Dies findet sie „äußerst schade“. **Matthes** dagegen sieht genau diesen Umstand, dass Patienten eine Behandlung aus eigener Tasche zahlen müssen, als „eine sehr gesunde Sache“ an: „finde ich viel gesünder als diese Selbstbedienungsmentalität über die Kassen“ (T.I., S.44, Z.27-30).

Theos (IP6) innere Ausrichtung spiegelt sich wieder in seinen Worten: „*Ich wollte Osteopath werden und nicht Physiotherapeut bleiben.*“ (T.I., S.56, Z.27-28) Er selber hat sich folglich die klare Zielvorgabe gesteckt, nur als Osteopath zu arbeiten. Diese Haltung schlägt sich in seinen Aktivitäten nieder. So hat er sehr früh nämlich bereits während des Osteopathiestudiums eine Heilpraktikerlizenz erworben, um einen sicheren Rechtsrahmen für seine Osteopathietätigkeit zu haben. Im gleichen Jahr, also ein Jahr vor Abschluss seines Studiums, hat er seine eigene Heilpraktikerpraxis eröffnet, in der er ausschließlich Osteopathie anbietet. Da er in seiner Praxis jedoch nicht ausgelastet ist und noch über freie Kapazitäten verfügt, arbeitet er noch in 2 weiteren Physiotherapiepraxen. Theo legt Wert auf einen transparenten Behandlungsrahmen, den er in seiner Praxis klar definiert hat. Im Gegensatz dazu sieht er sich in den beiden Fremdpraxen aufgrund der Vorgaben vom Praxisinhaber genötigt, Kompromisse einzugehen, die er für sich ablehnt (vgl.Kap.5.6.3.).

Problemfelder im Therapeutenverhältnis zum Patienten

In diesem Kapitel sollen die Aussagen der Interviewten in Bezug zur Frage von welchen Faktoren das Verhältnis der Therapeuten zu ihren Patienten geprägt wird zusammengefasst und analysiert werden.. Es soll dabei keine allgemeine Betrachtung

des Therapeuten - Patientenverhältnis vorgenommen werden, sondern es sollen nur die Aspekte in den Focus gerückt werden, die direkt mit dem Umstellungsprozess korrelieren. Im Kapitel 7.3. wird dann versucht, die hier vorgenommene Zusammenfassung und Analyse in Bezug zu setzen zu den Erkenntnissen aus der Studie von Regina Novy „Therapist- Patient- Relationship in Osteopathy“ (2007)

IP 3 (Carsten) hat erst 2 – 3 Jahre nach seinem in 1999 beendeten Osteopathiestudium sich das Ziel gesetzt, nur noch osteopathisch zu arbeiten. In der Folge hat er dann sehr konsequent physiotherapeutische und osteopathische Behandlungen getrennt und die Unterschiede der beiden Behandlungsmethoden seinen Patienten - auch hinsichtlich der Abrechnung – nachvollziehbar erklären können. Zur Verdeutlichung einer anderen Wertigkeit der osteopathischen Behandlung hat er dafür auch einen speziellen Raum mit besonderem Ambiente geschaffen, in dem Carsten ausschließlich Osteopath „war“. Mit seinem Entschluss diese Praxis aufzugeben, um an einem anderen Ort in einer neuen Praxis nur noch Osteopathie anzubieten, waren solche Trennungsmaßnahmen dann nicht mehr notwendig.

IP 4 (Matthes) hat die Umstellungsphase von seiner früheren physiotherapeutischen Tätigkeit zur osteopathischen Behandlung bereits während seines Studiums in der eigenen Praxis, in der auch Physiotherapeuten angestellt sind, eingeleitet und mit dem Ende seiner Ausbildung in 2004 schon abschließen können. In dieser Übergangszeit hat er gleich auf eine klare Trennung und transparente Darstellung der Behandlungsmethoden und ihrer Abrechnung geachtet. Patienten, die mit einem Physiotherapierzept kamen und bei denen Matthes den Eindruck oder die Überzeugung gewonnen hat, eine osteopathische Behandlung ist sinnvoller, sind von ihm stets ergebnisoffen beraten und nicht zur Osteopathie überredet worden. Die Entscheidung des Patienten ist in jedem Fall von ihm akzeptiert worden, so dass sich auf diese Weise ein sehr positives Verhältnis zu seinen Patienten entwickelt hat und sich auch kein Spielraum für halblegale Abrechnungen ergeben hat. Der günstige Umstand, dass bei zunehmender osteopathischer Auslastung eine gewünschte physiotherapeutische Behandlung auf Rezept von seinen Mitarbeitern übernommen werden konnte, muss an dieser Stelle aber auch vermerkt werden. (TI, S 41). Um dem

Patienten eine osteopathische Behandlung auch äußerlich als höherwertig zu vermitteln, hat auch Matthes - wie bei IP 3 – dafür einen besonders gestalteten Raum geschaffen.

IP 5 (Paula) fällt durch ihr sehr intensives Kommunikationsverhalten auf, in das nicht nur die Patienten sondern auch die jeweils beteiligten Ärzte, die ihr die Patienten überweisen, einbezogen sind. Dabei geht es Paula auch darum, nicht nur erfolgreich osteopathisch zu behandeln, sondern die Erfolgsmöglichkeiten der Osteopathie auch öffentlich sichtbar zu machen. Auch sie kennt keine Probleme im Verhältnis zu ihren Patienten. Ansätze zu Diskussionen um Abrechnungsfragen entstehen nicht in ihrem Verhältnis zum Patienten sondern immer wieder zwischen Patienten und Krankenkassen.

IP 6 (Theo) schätzt den Anteil seiner osteopathischen Arbeit auf 95%. Da er seine in der eigenen „reinen“ Osteopathiepraxis nicht voll ausgelastete Arbeitskraft auch freiberuflich außerhalb anbietet, ist auch sein Verhältnis zu den Patienten entsprechend unterschiedlich. Die in seine Praxis kommenden Patienten nehmen – wie bei IP 3, 4 und 5 - das klar definierte Osteopathieangebot an und erwarten dann auch in der Bezahlung keine Tricks mit Physiotherapierezepten. In den fremden Physiotherapiepraxen entsteht jedoch ein manchmal schwieriges Dreiecksverhältnis, in das als bestimmende Größe auch der Praxisinhaber eingebunden ist. Hier kommt erschwerend zu den gleichen Problemen, wie wir sie auch bei IP 2 (Ida) sehen, - „*der Patient möchte osteopathisch auf Physiorezept behandelt werden*“ – hinzu, dass die Vorgaben dieses Dritten Kompromisse erzwingen (TI., S.59, Z.1-6 + Kap.5.2.3.4)), die mit der Absicht des Therapeuten nach klarer Trennung und Transparenz nicht immer übereinstimmen. .

Bei **IP 2 (Ida)** liegt der osteopathische Behandlungsanteil mit 30 40% noch erheblich unter der Vollauslastung. Bei ihr werden Probleme deutlich sichtbar. Sie ist zwar ebenfalls um ein klares Therapeutenprofil und eine transparente Trennung beider Behandlungsarten bemüht, doch geht sie zu oft Kompromisse ein und verliert dabei ihre klare Linie. Es mangelt ihr hier an Konsequenz. So entstehen bei ihr Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten im Abrechnungsbereich, also dort, wo ihr höherwertigeres Leistungsangebot entlohnt bzw. bewertet wird. Sie will einerseits sich oder ihre osteopathische Leistung nicht unter Wert verkaufen. Andererseits aber wird sie immer

wieder von ehemaligen Physiotherapiepatienten, die sie während ihrer Studienphase schon nach ihren neuen Osteopathiekenntnissen behandelt hat, mit dem Wunsch oder gar der Forderung konfrontiert, die bisher von ihr erhaltene und als wirksam empfundene osteopathische oder zumindest osteopathisch geprägte Behandlung weiter auf dem normalen Physiotherapierezept zu erhalten. Auch wenn Ida eine Physiotherapie- von einer Osteopathiebehandlung grundsätzlich abgrenzt, integriert sie – z.B. in einem solchen Fall – zugunsten ihrer Kunden einzelne osteopathische Techniken in eine Physiotherapiesitzung. (*...dann behandle ich eigentlich physiotherapeutisch mit osteopathischen Techniken* (T.I., S.14, Z.16-21). Das heißt also, sie bietet die Leistung unter ihrem Wert an, was sich auf Dauer für sie frustrierend auswirkt. Wenn Ida selber zu der Überzeugung kommt, dass eine „echte“ osteopathische Behandlung erfolversprechender ist, ergibt sich für sie die Notwendigkeit, diese wirkungsvollere Methode zu erklären und auch eine individuelle Vereinbarung über die Abrechnung mit dem Patienten abzuschließen, bei der das Physiotherapie-Rezept dann nicht selten auch zu einer nicht legalen Kassenabrechnung umgestaltet wird. Sie muss den Wechsel begründen, warum die bisher für den Patienten so bequeme Kassenleistung für die Vergütung der Behandlung nicht ausreicht. Das fällt ihr nicht immer leicht und eine solche Aufgabe ist für sie eine eher unangenehme Hürde. Sie gerät hier in die Rolle einer Verkäuferin (vgl. Kap.5.2.3.4 + TI. S.15., Z.12).

IP 1 (Rolf), der ausschließlich als freier Mitarbeiter arbeitet, hat einen Umstellungsprozess noch überhaupt nicht eingeleitet, obwohl es durchaus sein Wunsch ist, mehr als Osteopath in Erscheinung zu treten. Lange Jahre wurden nicht nur von ihm sondern auch von seinen Praxiskollegen osteopathische Behandlungstechniken im Rahmen einer Physiotherapie integriert. Es ist hier das Versäumnis gemacht worden, frühzeitig auf eine Trennung beider Methoden hinzuwirken. Jetzt 5 Jahre nach Abschluss seines Osteopathiestudiums scheint der Zeitpunkt für eine Umstellung zumindest in dieser Praxis vorbei zu sein. Zu eingefahren sind schon die Strukturen in dieser Praxis. Bei der Frage, weshalb Rolf sich hier so schwer tut, fallen einige Aspekte auf. So mangelt es Rolf erheblich an einer guten Identifikation mit der Osteopathie. Im Interview präsentiert er sich als überzeugter Anhänger der Physiotherapie und lässt dabei eine starke Verbundenheit zur Osteopathie vermissen (vgl. Kap.5.1.3.2). Es wäre denkbar, dass diese mangelnde Identifizierung sich im Umgang mit Patienten negativ auf seine Überzeugungskraft auswirkt. Auch wenn Rolf über die theoretische Einsicht

der Notwendigkeit einer Trennung beider Methoden verfügt, so fehlt es ihm jedoch an der Konsequenz, diese in der Praxis auch umzusetzen: „Für sechs mal manuelle Therapie mache ich drei Doppelbehandlungen“ (Kap.5.1.3.1 + T.I., S.4, Z.17).

Verhältnis Therapeut zum Arzt

Mit Ausnahme von Paula beschreiben alle anderen Interviewpartner ihr Verhältnis zu Ärzten – zumindest in der Anfangsphase ihrer osteopathischen Tätigkeit – als distanziert.

IP1 (Rolf) hat als Physiotherapeut zwar einen relativ engen Kontakt zu Ärzten, ihre Einstellung zur Osteopathie schildert er aber als unterschiedlich, von erschlossen und nicht kooperationsbereit bis – in einem jüngst erlebten Fall – „eher positiv“ (TI, S 7). Rolf selber hat einen sehr offenen, auch auf benachbarte medizinische Bereiche auf das Patienteninteresse gerichteten Blick, der ihn auch nicht zögern lässt, bei entsprechender Indikation Patienten dorthin zu schicken. Hier spielen Konkurrenzgedanken für ihn keine Rolle (vgl. Kap. 5.1.4 + TI, S 6 S.7.,Z.6-15).

IP 2 (Ida), die wie Rolf noch zu einem großen Teil physiotherapeutisch arbeitet, bezeichnet die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und „Physios ...[als] ganz schlecht“. Im deutlichen Kontrast dazu steht das positive Verhältnis zu Ärzten, die sie kennen und ihre erfolgreiche Arbeit schätzen; da genießt sie einen „Vertrauensvorschuss“ (Kap. 5.2.4.1. Am Beispiel eines befreundeten Arztes, der sich auch mit alternativer Medizin beschäftigt, hat sie aber auch ein von Konkurrenz geprägtes Handeln bemerkt (vgl. Kap. 5.2.4.2 + S.19, Z. 28-34).

IP 3 (Carsten) hat zu Ärzten so gut wie keinen Kontakt, weder früher als Physiotherapeut noch jetzt als Osteopath. „Es ist zu anstrengend ... und bringt nichts“ (vgl. Kap. 5.3.4.).

IP 4 (Matthes) hat ebenfalls kaum Kontakt zu Ärzten. Nach seiner Einschätzung halten 80% nichts von der Osteopathie und nur „ 10% stehen dahinter und ... schicken Patienten zur osteopathischen Behandlung). Wenn von ihnen Anfragen kamen, -, die gab es auch – daraus hat sich dann eine richtig gute Zusammenarbeit entwickelt“ . (TI S.42 + 43).. Matthes glaubt nicht, dass die überwiegend ablehnende Haltung der Ärzte zur Osteopathie in einem Konkurrenzgefühl begründet ist. Er sieht „eher die Vielzahl der alternativen Therapien, die heute auf dem Markt sind,“ als ursächlich für diese Beziehungslosigkeit zur Osteopathie an (vgl. Kap. 5.4.4).

IP 5 (Paula) ist auf Patientenüberweisungen von Ärzten angewiesen, um legal osteopathisch arbeiten zu können. Dementsprechend steht sie in einer intensiven Kommunikation mit ihnen. Als Osteopathin empfindet sie – im Gegensatz zu ihren Erfahrungen als Physiotherapeutin – eine positivere Wahrnehmung durch die Ärzte. Man begegnet sich „auf einer anderen Ebene“ (TI. S.51, Z.15 – 17). Über die Berechtigung eines Konkurrenzgefühls kann kontrovers diskutiert werden (vgl. Kap. 5.5.4).

IP 6 (Theo) hat sich anfangs um Kontakt bemüht, „war bei 3 Ärzten und bin auf totales Unverständnis gestoßen“. Solche erfolglosen Versuche einer Kontaktaufnahme hat er in der Folgezeit ruhen lassen, so dass er zunächst seine Zusammenarbeit mit Ärzten als „gleich Null“ beschreibt. Diese negative Feststellung korrigiert er jedoch später mit der Bemerkung, dass in jüngster Zeit eine positive Veränderung in der Ärztehaltung zu erkennen ist (vgl. Kap. 5.6.4).. Dafür sieht er mehrere Gründe:

- Erfolgreich behandelte Patienten geben entsprechend positive Rückmeldungen an ihre Ärzte
- Er selber hat in seiner Praxis auch Ärzte erfolgreich behandeln können
- Der zwar immer noch geringe Bekanntheitsgrad wächst offensichtlich.

Berufsidentität

IP 1 (Rolf) vermittelt aus begründeter Überzeugung seinen Patienten das Bild eines im weitesten Sinne hilfsbereiten Physiotherapeuten. Er hält bei bestimmten Krankheitsbildern nicht nur physiotherapeutische Behandlungstechniken für vorteilhafter, sondern er praktiziert sie auch überwiegend. Dem entsprechend sieht er sich von seinem beruflichen Selbstverständnis „mehr als Physiotherapeut mit stark osteopathischem Hintergrund.“ Hierbei spielt bei ihm auch die Überzeugung eine wesentliche Rolle, auf physiotherapeutische Patientenklientel aus wirtschaftlichen Gründen angewiesen zu sein (vgl. Kap. 5.1.5).

IP 2 (Ida) sieht sich als Osteopathin und Physiotherapeutin zugleich; „ich bin beides; also so einfach vom Gefühl bin ich Physiotherapeut und Osteopath“ (T.I., S.20, Z.31-32). Aber nur als Osteopath würde sie sich erst bezeichnen, wenn sie mit dem Erwerb einer Heilpraktikerlizenz dafür auch einen rechtlich gesicherten Rahmen besitzt (vgl. Kap. 5.2.5).. Diese sehr persönlich geprägte Berufsidentität kann auch als Bestätigung der am Schluss von Kapitel 3.5.1. formulierten These angesehen werden, dass „die

betroffenen Therapeuten recht spielerisch mit äußeren Berufsbezeichnungen umgehen (Physiotherapeut oder Osteopath) und die Frage nach beruflicher Identität sehr individuell interpretiert wird“.

IP 3 (Carsten) hat sich *„eigentlich nie als Physiotherapeut gefühlt“*. Er empfindet trotz Fehlens eines gesetzlich definierten Berufsbildes eine sehr individuell geprägte und dynamisch entwickelte Berufsidentität. Schon bald nach Beginn seines Osteopathiestudiums und Abschluss seiner Physiotherapieausbildung in 1994 hat er sich *„nicht mehr als Physiotherapeut gefühlt“*. Die Tatsache, dass er in der Zeit vor seinem Entschluss, an einem anderen Ort eine „reine“ Osteopathiepraxis zu gründen und damit auf den größten Teil seiner bisherigen Patienten zu verzichten, zeugt nicht nur von großem Mut und Risikobereitschaft, sondern auch von stark ausgeprägtem Selbstbewusstsein (vgl. Kap. 5.3.5).

Bei **IP 4 (Matthes)** hat sich das berufliche Selbstverständnis nach relativ langer Tätigkeit als Physiotherapeut von 1992 bis zum Beginn seines Osteopathiestudiums in 1999 erst danach fließend gewandelt: *„Das kam so nach und nach“*. Hier kann eine Bestätigung der Formulierung von Astrid Schämnn in ihrer Studie „Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie“ gesehen werden, wo sie von der: *„Entwicklung beruflicher Identität als prozessuales Geschehen“* spricht (2005, S.44). Nach dem allmählichen Wandel während seines Osteopathiestudiums zum überzeugten Osteopathen wird Matthes nun von seinen Patienten auch deutlich als solcher wahrgenommen. Er hält dieses klare therapeutische Profil für *„essentiell“* und die volle Auslastung als Osteopath kann auch als Bestätigung für diese Ansicht angesehen werden (vgl. Kap. 5.4.5).

Auch **IP 5 (Paula)** hat diesen Wandel nach über 10jähriger physiotherapeutischer Tätigkeit zur erfolgreichen und überzeugten Osteopathin ganz ähnlich wie Matthes vollzogen. Sie bemängelt allerdings am Erscheinungsbild des Osteopathen die fehlende gesetzliche Fixierung dieses Berufsbildes. Als ein Ärgernis empfindet sie die Notwendigkeit, für eine selbständige Berufsausübung nur durch Patientenzuweisungen – abgesehen von Ärzten, deren Zuweisungen ihre Geschäftgrundlage sind – auch von Heilpraktikern legitimiert zu sein (vgl. Kap. 5.5.5).

IP 6 (Theo) blickt ebenfalls zu Beginn seines Osteopathiestudiums auf über 10jährige Erfahrung als Physiotherapeut zurück. Mit seinen Aussagen: *„Ich bin Osteopath“ (T.I., S.57, Z.5)* und *„...ich wollte Osteopath werden und nicht Physiotherapeut bleiben.“ (T.I., S.56, Z.28-29)* bekennt er sich klar und uneingeschränkt zu seinem

neuen weiterentwickelten Berufsverständnis, auch wenn er seine physiotherapeutischen Wurzeln nicht vergessen kann (vgl. Kap. 5.4.5). Auch hier finden wir wieder die schon auf dieser Seite unter IP 4 zitierte Erkenntnis bestätigt, dass die *„Entwicklung beruflicher Identität als prozessuales Geschehen“* anzusehen ist.

Geringer Bekanntheitsgrad – eine Hürde, die zusätzliche Arbeit erfordert

Während **IP 1 (Rolf)** sich zu diesem Thema nicht äußert, beklagt **IP 2 (Ida)** durchaus das allgemeine Informationsdefizit über die Osteopathie. Dies zwingt sie zu schwierigen und ungeliebten Informationsgesprächen mit ihren Patienten: *„und da sehe ich eigentlich nicht unbedingt meine Aufgabe drin und da bin ich auch nicht so gut drin.“* (T.I., S.15, Z.16-17). Sie sieht auch in der fehlenden klaren Definition der Osteopathie und den gemeinsamen Schnittmengen mit der Physiotherapie eine weitere Schwierigkeit für eine verständliche und nachvollziehbare Kommunikation (vgl. Kap. 5.2.6). Auch **IP 3 (Carsten)** spricht von einer Schwierigkeit beim Aufbau guter Kenntnisse über Osteopathie in der Bevölkerung. Er führt dafür jedoch als Grund an, dass *„viele Therapeuten sie [die Osteopathie] schon anbieten, obwohl sie noch keine abgeschlossene Ausbildung haben, dann sehr viel vermischen“* (TI, S 34). Auch er selber gesteht ein, hieran auch beteiligt zu sein. Für ihn ist diese zu beobachtende Vermischung beider Methoden aber eher zweitrangig, wenn es um die Gewinnung neuer Patienten geht, denn *„in erster Linie natürlich Du als Mensch mit deinem Ruf ziehst die Patienten an* (vgl. Kap. 5.3.6 + TI S 34, Z.17-18).

Für **IP 4 (Matthes)** ist der auch von ihm gesehene geringe Bekanntheitsgrad der Osteopathie für die Gewinnung neuer Patienten nicht von Bedeutung. Er ist zu 100% osteopathisch voll ausgelastet und führt die für ihn erfreuliche Nachfrage zurück auf *„immer mehr Patientenempfehlungen, weil auch immer mehr Leute behandelt werden. Die Mund - zu – Mundpropaganda bringt mehr als irgendwelche Medienberichte, Zeitungen usw“* (vgl. Kap. 5.4.6) + TI S 44, Z.8 – 14). Diese Aussage trifft inhaltlich auch voll **auf IP 5 (Paula)** zu. Bei ihr ist als zusätzlicher Multiplikator noch der jeweils überweisende Arzt eingeschlossen, so dass hier nicht nur wie bei Matthes die im privaten Bereich laufende Mund – zu – Mundpropaganda wirkt, sondern bei gleichzeitig wachsender Erfahrung der Ärzte über die Chancen der Osteopathie von ihnen auch selektiv neue Patienten überwiesen werden (vgl. Kap. 5.5.6). Die zunächst geringe Bekanntheit der Osteopathie, die aber in jüngster Zeit deutlich gewachsen ist, bestätigt auch **IP 6 (Theo)**: *“Ich denke, dass immer noch ein Großteil der Bevölkerung nicht weiß, was Osteopathie ist. Aber es wird deutlich mehr“* (vgl. Kap. 5.2.6 + TI S.

61, Z.14-15). So hat auch Theo seinen Osteopathieanteil innerhalb von 4 Jahren nach Abschluss seines Studiums auf 95% steigern können und damit nahezu Vollausslastung erreicht.

7. Untersuchungsergebnisse

Hier erfolgt jetzt die Gegenüberstellung der unter Kapitel drei beschriebenen sechs Vorannahmen/Hauptkategorien zu den Analysen der befragten Umstellungsprozesse. Es wird versucht, die in dieser Weise erzielten Resultate vor dem Hintergrund anderer Forschungsergebnisse einzuordnen. Am Ende dieses Kapitels werden neue Themen, die sich aus der Analyse des Interviewmaterials ergeben haben in einer Übersicht vorgestellt. Sie können als Grundlage für Anschlussstudien dienen.

Resultat rechtliche Aspekte

Aus der Analyse aller Interviews zu den rechtlichen Aspekten lässt sich ableiten, dass dieses Thema für 4 Interviewte eine bedeutsame Rolle in ihren Umstellungsprozessen einnimmt bzw. eingenommen hat (vgl. Kap. 6.4). Rolf kann zu diesem Punkt nicht Stellung beziehen, da er zur Zeit keine Osteopathie praktiziert (vgl. Kap. 5.1). Bis auf Paula haben alle anderen Osteopathie praktizierenden Interviewpartner problembelastete Erfahrungen mit der rechtlichen Situation gesammelt (vgl. Kap.6.4). Der im Vergleich zu anderen Ländern spezielle Status des Heilpraktikers bietet aber für Therapeuten in Deutschland die gute Möglichkeit, unter einem rechtlichen Schutzschirm legal und unabhängig von ärztlichen Zuweisungen Osteopathie praktizieren zu können (vgl. Kap.2.5.). Die Erfahrungen, die die in dieser Studie befragten Therapeuten in ihrem Umstellungsprozess gesammelt haben, zeigen die Notwendigkeit des möglichst frühzeitigen Erwerbs einer solchen Heilpraktikerlizenz auf. In dieser Weise können Stress und Unsicherheiten, wie sie die Interviewten – vor Erwerb einer Heilpraktikerlizenz - erlebt haben, vermieden werden (vgl. Kap.6.4). Allerdings sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass das vorliegende Studienformat keinen repräsentativen Charakter hat (vgl. Kap.4.1.- 4.4). Dennoch illustrieren die dargestellten Erfahrungen und Erlebnisse der Interviewten gut die Probleme und Schwierigkeiten, die auftreten können wenn, kein rechtlich abgesicherter Rahmen für eine osteopathische Tätigkeit vorliegt (vgl. Kap.6.4). Unabhängig vom fehlenden repräsentativen Charakter dieser Studie kann festgehalten werden, dass es für angehende osteopathisch tätige Therapeuten Sinn macht, frühzeitig schon vor Aufnahme ihrer Tätigkeit eine Heilpraktikerlizenz zu erwerben. Diese Empfehlung entspricht im übrigen auch der Vorgabe des VOD (Verband der Osteopathen Deutschlands), die auf ihrer Homepage jedem Osteopathie praktizierenden Therapeuten

nahe legt, eine Heilpraktikerlizenz anzustreben (VOD, März 2010). Die unter Kapitel 2.5. beschriebene Alternative, auf Basis ärztlicher Privatrezepte Osteopathie legal praktizieren zu können, ist von einem der Interviewpartner -nämlich Paula - genutzt worden (vgl. Kap. 6.3 + Kap. 5.5.4). Wie an ihrem Beispiel deutlich wurde ist auch diese Form des rechtlich abgesicherten Arbeitens durchaus umsetzbar. Allerdings benötigt es, wie Paula gezeigt hat, hervorragende kommunikative Fähigkeiten, um Ärzte zu solch einer Zusammenarbeit zu gewinnen (vgl. Kap.6.4, IP5-Paula). Hinzu kommt eine Abhängigkeit von Ärzten. Für Paula Grund genug, trotz der Erfüllung gebotener rechtlicher Voraussetzungen doch noch eine Heilpraktikerlizenz erwerben zu wollen (vgl. Kap. 5.5.4). Ob dieses Streben nach Unabhängigkeit von Ärzten ein Einzelfall oder bei Osteopathen weit verbreitet ist, kann mit dieser Studie nicht beantwortet werden und würde das Potential für eine weiterführende quantitative Studie bieten. Hinweise hierzu finden sich allerdings auch in der schon zitierten Studie von Seewald (vgl.Kap.3.4.).

Resultat und Diskussion zu wirtschaftlichen Aspekten vor dem Hintergrund des Selbstwirksamkeitskonzeptes

Im Überblick der 6 exemplarisch dargestellten Übergangsprozesse ist zu erkennen, dass es im Vergleich der Interviewten sowohl Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede gibt. Fünf der sechs Interviewten haben eine Strategie verfolgt, bei der ein fließender Übergang geschaffen wurde und die Physiotherapie als wichtige wirtschaftliche Säule zunächst noch erhalten blieb bzw. bleibt (vgl. Kap. 6.3). Dieses Vorgehen entspricht der im Kapitel 3.2. vorgestellten Vorannahme und ist auch logisch nachvollziehbar. Allerdings hat Carsten (IP3) gezeigt, dass der Wechsel zur Osteopathie auch mit einem radikalen Bruch erfolgreich vollzogen werden kann. Er hat, nachdem er zunächst in seiner alten Praxis ebenfalls einen gleitenden Übergang begonnen hatte, den Entschluss gefasst, in einem anderen Ort eine neue Praxis aufzumachen, um hier nur noch als Osteopath in Erscheinung zu treten (vgl. Kap. 6.3 + 5.3.2). Es hat funktioniert. Gut gelaufen ist der Umstellungsprozess ebenfalls bei Matthes (IP4), Paula (IP5) und auch Theo (IP6)(vgl. Kap. 6.3 + 5.4.2 + 5.5.2 + 5.6).Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie innerhalb weniger Jahre ihre therapeutische Tätigkeit erfolgreich auf 100 Prozent bzw. annähernd 100 Prozent Osteopathie umstellen konnten. Auch wenn diese 4 Therapeuten auf eine gelungene Umstellung zurückblicken können, so war dieser Prozess auch bei Ihnen nicht frei von Sorgen und Zweifel wegen der wirtschaftlichen Situation (vgl.

Kap.6.5). Deutlich zu erkennen bei diesen 4 Therapeuten ist jedoch eine klare innere Fixierung auf die Osteopathie und das spürbar starke Ziel, ausschließlich als Osteopath in Erscheinung treten zu wollen. Es scheint so, als ob diese klare Zielvorgabe verbunden mit der Überzeugung über geeignete Kompetenzen zu verfügen, um dieses Ziel zu erreichen, eine starke Triebfeder für ihren aktiv gemanagten Umstellungsprozess gewesen ist (vgl. Kap. 6.2). Bei Rolf und Ida fehlen derartige klare Bekenntnisse zur Osteopathie. Sie identifizieren sich nach wie vor stark mit der Physiotherapie und zeigen nicht den unbedingten Willen, nur Osteopathie praktizieren zu wollen. Ihr Reden und Handeln lassen eine klare Linie vermissen und sind geprägt von Kompromissen. Diese unklare Haltung macht Probleme unumgänglich. Das Bestreben, ihren Patienten bezüglich abrechnungstechnischer Faktoren entgegenzukommen und sich deswegen auf zweifelhafte Praktiken einzulassen, erzeugt weitere Probleme und Spannungen. (vgl. Kap.5.1.3.1 + Kap.5.2.2.1)

Bei den Einzelauswertungen sowie in der übergreifenden Zusammenstellung bzw. Analyse der Interviews fallen in Bezug auf Problem erzeugende Aspekte bei der Therapieumstellung bestimmte Zusammenhänge auf. Es geht dabei um die innere Ausrichtung des Therapeuten und wie überzeugt er von der Wirksamkeit seiner osteopathischen Arbeit ist sowie einer klaren Fokussierung auf das Ziel, ausschließlich osteopathisch zu arbeiten und das Selbstvertrauen, solch ein klar definiertes Ziel auch umzusetzen. Auffallend ist nämlich, dass diejenigen Therapeuten, die im Interview sich als überzeugte Osteopathen präsentieren und sich das Ziel gesteckt haben, nur noch Osteopathie zu praktizieren, in der Gesamtbetrachtung des Umstellungsprozesses vergleichsweise wenig Probleme hatten und ihr Ziel auch gut erreicht haben. (vgl. Kap.6.4.) Zu dieser Gruppe gehören IP3, IP4, IP5 und auch IP6. Im entgegengesetzten Fall ist zu beobachten, dass IP1 und IP2 eine kritische Haltung zur Osteopathie einnehmen und in ihrer Zielsetzung und der Einschätzung eigener Fähigkeiten nicht klar ausgerichtet sind (vgl. Kap.6.4.). Diese Zusammenhänge zwischen Vertrauen in eigene Kompetenzen/Fähigkeiten und einer klaren Zielsetzung einerseits sowie Berufserfolg andererseits werden thematisiert in der Studie „Zum Einfluss beruflicher Selbstwirksamkeitserwartung und persönliche Ziele auf beruflichen Erfolg“ (Rosen, 2004). Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet dabei die subjektive Einschätzung bestimmter Fähigkeiten und Kompetenzen, die es braucht, um durch der aktuellen (problematischen) Situation angepasste Handlungsmuster ein Ziel zu erreichen (vgl.

Bandura, 1997b). Bezogen auf den beruflichen Kontext wird Selbstwirksamkeitserwartung von Stief folgendermaßen definiert: „Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSW) bedeutet die persönliche Einschätzung von Kompetenzen, die im Beruf wichtig sind“ (2004, S.7). Die erwähnte Studie hat zum Gegenstand ihrer Untersuchung ein zentrales Postulat des Modells BELA-M, (Abele + Stief, 2002) Das Modell BELA-M nimmt in Anlehnung an die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (1977a,b,1986,) und das Berufslaufbahnmodell von Lent, Brown und Hackett (1994) an, dass berufliche Selbstwirksamkeitserwartungen und persönliche Ziele im Selbstregulationsprozess einer Person zentrale Bedeutung für den beruflichen Erfolg haben. Ein bedeutsames Ergebnis erwähnter Studie besteht darin, dass in einem nicht-akademischen Arbeitskontext ein systematischer Zusammenhang zwischen beruflicher Selbstwirksamkeitserwartung und objektivem Berufserfolg in der kurz- bis mittelfristigen Berufslaufbahnentwicklung gefunden wurde (vgl. Rosen, 2004, 93-95). Genau diese Zusammenhänge spiegeln sich in dem unter Kapitel 6.4. durchgeführten Vergleich der hier dargestellten Umstellungsprozesse wieder. Es wird dadurch deutlich, dass das erfolgreiche Gelingen eines Umstellungsprozesses auch abhängig sein kann von einer starken psychologischen/mentalenen Komponente. Bei der Befragung der Interviewten ist diese leider kaum berücksichtigt worden. Es wäre daher interessant auf Grundlage des eben beschriebenen Konzeptes der Selbstwirksamkeitserwartung erneut eine solche Studie, evtl. auch als quantitative Studie mit Fragebögen durchzuführen. In dieser Weise würde man verlässliche Daten erhalten, inwieweit eine gute Selbstwirksamkeitserwartung in Verbindung mit einer klaren Zielsetzung solch einen therapeutischen Umstellungsprozess positiv beeinflusst oder im umgekehrten Fall auch negative Konsequenzen nach sich ziehen kann (vgl. Kap.5.3.2).

Resultat und Diskussion zu Problemfeldern im Therapeutenverhältnis zum Patienten

Bei den Interviewten lässt sich – wie bei wirtschaftlichen Aspekten - auch zu diesem Thema eine Zweiteilung vornehmen. Zu der einen Gruppe gehören IP3, IP4, IP5 und teilweise auch IP6. Ihnen allen gemeinsam ist, dass sie ihren Patienten mit klaren und konsequenten Vorgaben begegnen. Diese zeigen sich insbesondere in einer guten Abgrenzung beider Behandlungsmethoden voneinander und des Aufzeigens des damit verbundenen Abrechnungsrahmens. Wenn es auch eine klare allgemeingültige Trennung beider Methoden nicht gibt (vgl. Kap.2.), so ist doch bei den Therapeuten

dieser Gruppe zu erkennen, dass sie subjektiv jeder für sich durchaus in der Lage sind, solch eine klare Trennung vorzunehmen und diese ihren Patienten gegenüber auch konsequent zu vertreten. Um ihren Patienten die Abgrenzung einer osteopathischen von einer physiotherapeutischen Therapie auch äußerlich zu verdeutlichen, führt IP3 und IP4 seine osteopathischen Behandlungen in einem speziellen Raum durch (vgl. Kap.5.3). Eine typische Problemsituation ergibt sich, wenn ein Patient zur Physiotherapie kommt und der Therapeut Osteopathie bei ihm für wirkungsvoller hält (vgl. Kapitel 3.3.). Wie mit einer solchen Situation gut umgegangen werden kann, wird besonders schön an den Beispielen von Matthes (IP4) und Paula (IP5) deutlich (vgl. Kap.5.4.3 + Kap.5.3.3). Ihre Vorgehensweise ist geprägt einerseits von transparenter und überzeugender Kommunikation sowie andererseits von respektvollem aber auch konsequentem Umgang mit ihren Patienten. Dem Patienten wird von ihnen in einem ehrlichen Gespräch mitgeteilt, dass sie als Therapeut statt der verordneten Physiotherapie eine osteopathische Behandlung für wirkungsvoller halten. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass dieser Therapiewechsel auch abrechnungstechnische Änderungen nach sich ziehen würde. Viele Patienten von Ihnen sind darauf eingegangen (vgl. Kap.5.4.3 + 5.5.3). Für Matthes (IP4) war es dabei wichtig, dass seine Patienten selbst wählen dürfen und nicht überredet werden sollten. So hat er dann auch die Entscheidung von Patienten, nicht auf solch eine osteopathische Behandlungsofferte einzugehen, respektiert und diese in der Konsequenz dann aber auch physiotherapeutisch behandelt. Probleme mit Patienten hat er so gut wie nicht erlebt (vgl. Kap.5.4.3). An diesem Beispiel wird deutlich, wie in einer Umstellungsphase durch eine klare und strukturierte Vorgehensweise das Verhältnis zu Patienten in positive Bahnen gelenkt werden kann und es in dieser Weise kaum Raum gibt für Problem erzeugende Faktoren. Wie es sich auswirken kann, wenn der umgekehrte Fall eintritt, also Patienten mit unklaren Vorgaben und Kompromissen konfrontiert werden, zeigt sich in den Beispielen von Rolf (IP1) und Ida (IP2) (vgl. Kap.5.1.3.1 + 5.2.1.2). Ihr Vorgehen ist gekennzeichnet von kompromisslastigen und rechtlich bedenklichen Rahmenbedingungen (vgl. Kap.7.1. + 6.3). Im Umgang mit ihren Patienten gelingt es Ihnen nicht, eine klare Linie zu vertreten. Im Glauben, ihren Patienten in abrechnungstechnischen Fragen entgegenkommen zu müssen, lassen sie sich u.a. darauf ein, osteopathische Behandlungen über ein Physiotherapierezept zu verrechnen. *„Dann kenn ich die Leute, sind sie arbeitslos oder haben nicht viel Geld --- . Und dann rechne ich und sag OK und dann müssen sie dreimal unterschreiben und*

kriegen dafür eine osteopathische Behandlung“ (T.I., S.16, Z.5-7). Mit dieser Vorgehensweise sind Probleme vorprogrammiert. Es mangelt Ihnen hier an einer notwendigen Abgrenzung zu ihren Patienten (vgl. Novy 2007). Es scheint aber auch so, als ob - wie in Kapitel 7.2. - auch hier der Mangel an Selbstwirksamkeitserwartung und klarer Zielsetzung Probleme im Patientenverhältnis erzeugen. Dies insofern, als dass die fehlende innere Überzeugung der beiden Therapeuten von den Patienten möglicherweise wahrgenommen und auf sie übertragen werden kann. Diese Übertragung könnte erklärt werden durch das System der Spiegelneuronen. Spiegelneurone sind spezielle Nervenzentren im Gehirn eines Menschen, die es ihm ermöglicht, den inneren Gefühlszustand eines Mitmenschen nachzuempfinden. In dieser Weise ist der Mensch z.B. befähigt, Mitgefühl und Empathie zu entwickeln.

„Die Spiegelaktivität von Nervenzellen für die Vorstellung von Empfindungen erzeugt im Beobachter ein intuitives, unmittelbares Verstehen der Empfindungen der wahrgenommenen Person.“ (Bauer 2005, S. 44)

In dieser Weise ließe sich die unterschiedlichen Wirkung der beiden Interviewgruppen auf ihre Patienten erklären. Dies stellt nur ein hypothetisches Erklärungsmodell dar, das es wert wäre, in einer anderen Studie überprüft zu werden.

Resultat und Diskussion zu Problemfeldern im Therapeutenverhältnis zum Arzt

Von den 6 Interviewten steht lediglich Paula in einer engen und dauerhaften Kooperation mit Ärzten. Von den 5 anderen wird das Verhältnis eher als distanziert beschrieben (vgl.Kap.6.7). Trotzdem stehen bis auf einen – nämlich Carsten (IP3) – alle mehr oder weniger in Kontakt mit Ärzten. Dies entspricht auch einem Resultat aus der Studie „Osteopathen/innen und Ärzten/innen – ein Spannungsfeld?“ (Lammer, 2008), nach dem 84% der befragten Osteopathen in einem Kontakt zu Ärzten stehen (vgl. Kap.3.4.). Die Interviewaussagen der Therapeuten spiegeln wieder, dass ihr Verhältnis zu Ärzten nicht allgemeingültig zu definieren ist (vgl. Kap. 6.7). Es gibt Ärzte, bei denen sich mit den interviewten Therapeuten durchaus eine gute Kooperation entwickelt hat: *„Wenn Anfragen von Ärzteseite kamen - die gab es auch – daraus hat sich dann eine richtig gute Zusammenarbeit entwickelt“* (T.I., S.43, Z.2-3 + Kap. 6.7.-IP4). Allerdings bildet dieses Beispiel eher eine Ausnahme. In der Summe überwiegt doch eine eher negative Einschätzung der Therapeuten. Zwei von ihnen, IP4 (Matthes) und IP6 (Theo) sind persönlich auf Ärzte zugegangen, um Ihnen die Osteopathie vorzustellen, mit der Intention eine Zusammenarbeit aufzubauen. Diese Bemühungen waren jedoch nach eigener Aussage nicht erfolgreich. Beide Therapeuten waren

enttäuscht und vermieden in der Zukunft weitere derartige Aktivitäten (vgl. Kap. 5.4.4 + Kap. 5.6.4). Diese Reaktion ist zwar verständlich, doch drängt sich die Frage auf, ob die suggerierte Annahme, dass Ärzte sich gewissermaßen durch einen kurzen Vorstellungsbuch per Knopfdruck einer Zusammenarbeit mit Osteopathen öffnen sollen, nicht überzogen ist. Wenn man sich das Ausbildungscurriculum an den deutschen medizinischen Fakultäten anschaut, ist festzustellen, dass das Studium sehr naturwissenschaftlich strukturiert ist und es keinen Raum gibt für alternativmedizinische Denkansätze (vgl. Studienordnung Medizin). So darf es nicht verwundern, wenn Ärzte wie die meisten der Interviewpartner berichten, Vorbehalte gegenüber der Osteopathie zeigen (vgl. Kap. 6.7). Trotzdem machen Studienergebnisse deutlich, dass viele Ärzte durchaus interessiert sind, mehr über Osteopathie zu erfahren und auch mit Osteopathen zusammenarbeiten wollen (vgl. Seewald, 2007). Diese Erkenntnisse sollten Osteopathen ermutigen, sich in einer unaufdringlichen, aber beständigen Weise weiterhin um informative Aufklärung und Kooperation zu bemühen. Dies auch dann, wenn es kurzfristig mit einer Zusammenarbeit nicht so funktioniert, wie sie es sich wünschen. Im Fall von Theo (IP6) ist es allerdings so gewesen, dass er keine weiteren Anstrengungen unternommen hat und dennoch in jüngster Zeit einen positiven Gesinnungswechsel bei Ärzten wahrzunehmen glaubt. Dies zeigt sich u.a. darin, dass Ärzte selbst sich von ihm osteopathisch behandeln lassen wollen (vgl. Kap. 5.6.4). Gute Behandlungsergebnisse und positive Patientenrückmeldungen über die Zeit haben hier die gewünschte Überzeugungsarbeit geleistet, die ein informatives Gespräch allein nicht erzielen konnte (vgl. Kap. 6.7, IP6). Dass aber eine Kooperation mit Ärzten auch von vornherein gut aufgezoogen werden kann, wird an dem Beispiel von Paula deutlich. Sie hat von Beginn ihrer osteopathischen Tätigkeit an dank hervorragender kommunikativer Fähigkeiten und überzeugender Behandlungsergebnisse Ärzte eng in die Therapie miteinbezogen und sich in dieser Weise ihre rechtliche Basis gesichert (vgl. Kap. 6.3, IP5). Allerdings ist der Preis für diese enge Kooperation ihre Unabhängigkeit. Trotzdem lässt sich an ihrem Fall erkennen, dass es für einen Osteopathen durchaus möglich ist, eine erfolgreiche und von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Kooperation aufzubauen (vgl. Kap. 5.5.4).

Resultat und Diskussion zu Berufsidentität

In Kapitel 3.5 wurde die Vorannahme aufgestellt, dass die Berufsidentität von Therapeuten, die sowohl eine physiotherapeutische wie auch eine osteopathische

Ausbildung durchlaufen haben, nicht allgemeingültig zu definieren ist sondern sehr individuell interpretiert wird. Diese Vorannahme wird in den unter Kapitel 6.7 zu diesem Thema zusammengefassten Aussagen bestätigt. Jeder der Interviewten definiert die eigene Berufsidentität auf seine spezielle Art. Dabei fallen 2 Aspekte auf. So sind erstens die Selbstbeschreibungen hierzu stark darauf ausgerichtet, welcher therapeutischen Tätigkeit der Interviewte hauptsächlich nachgeht, und zweitens spiegelt sich in einigen Interviews ein prozesshafter Charakter der verschiedenen Berufsidentitäten wieder (vgl. Schämann, 2005, 44).

So spricht IP1 (Rolf), der nach eigener Aussage offiziell keine Osteopathie praktiziert, z.B. von sich als „Physiotherapeut mit osteopathischem Hintergrund“. IP2 (Ida) mit ihrem zweigleisigen Tätigkeitsprofil sieht sich entsprechend sowohl als Physiotherapeutin wie auch als Osteopathin. Die anderen 4 Interviewten definieren sich heute spiegelbildlich zu ihrem hundertprozentigen bzw. bei IP6 (Theo) fast hundertprozentigem osteopathischen Tätigkeitsprofil als Osteopath (vgl. Kap.6.8). So fühlte sich IP3 (Carsten) gleich zu Beginn seines Osteopathiestudiums schon nicht mehr als Physiotherapeut. Für ihn bedeutete also das Erlernen neuer Kenntnisse und Fähigkeiten einen Schritt weg von der gefühlten Zugehörigkeit zum Berufsstand des Physiotherapeuten. Mit dem Aufbau einer reinen Osteopathiepraxis hat er später die Physiotherapie dann ganz aufgegeben und definiert sich nun nur noch als Osteopath (vgl. Kap.5.3.5). Auch bei IP4 (Matthes) spielte dieser prozesshafte Charakter eine bedeutende Rolle. Bevor er sein Osteopathiestudium aufgenommen hat, arbeitete er viele Jahre als Physiotherapeut. Der Wandel vom Physiotherapeuten zum Osteopathen „kam so nach und nach“. Dabei hat sich ganz offensichtlich der Wechsel des beruflichen Selbstbildes vom Physiotherapeuten zum Osteopathen in dem Maße geändert, wie er als solcher nach außen aufgetreten ist. Allgemein definiert würde sich daraus folgende Vorannahme ableiten können: Bei der selbstdefinierten Berufsidentität von Therapeuten ist es ein entscheidender Faktor, wie ein Therapeut sich nach außen darstellt und er von der Außenwelt wahrgenommen wird.

Für IP2 (Ida), IP5 (Paula) und IP6 (Theo) würde die Schaffung eines eigenen Berufsstandes Osteopath eine wichtige Stärkung der eigenen Berufsidentität bedeuten (vgl. Kap. 6.8). Diese Sehweise findet ihre Entsprechung in einem Resultat der Berufsfeldstudie von Krönke, in der im Ergebnisteil festgehalten wurde, dass das größte

Hindernis für die Berufsidetitt von Osteopathen ihre fehlende rechtliche Anerkennung sei (2003, S.43). Trotzdem lässt sich abschließend festhalten, dass für den Umstellungsprozess analog der in Kapitel 3.5 erstellten Vorannahme die Berufsidetitt kein belastendes Problem für die interviewten Therapeuten darstellt.

Resultat und Diskussion zum mangelnden Bekanntheitsgrad der Osteopathie

In der in Kapitel 3.6 aufgestellten Vorannahme wird davon ausgegangen, dass ein begrenzter Bekanntheitsgrad der Osteopathie Therapeuten die Rekrutierung neuer Patienten erschwert. Hinweise dafür, dass das Wissen über Osteopathie sowohl bei Ärzten wie auch bei Patienten noch nicht so verbreitet ist, finden sich in den Studien von Lammer (2008), Seewald (2007) und Eppensteiner (2006). Die Aussagen der Interviewpartner stimmen mit diesem Resultat überein (vgl. u.a. Kap.5.5.6 + 5.6.6 + 6.9). Allerdings erfolgt dabei häufig der Hinweis, dass sich dies gerade ändert und ein dynamischer Prozess im Gange ist, bei dem vor allem über die Mund zu Mundpropaganda immer mehr Menschen von der Osteopathie hören (vgl. u.a. Kap. 5.4.6 + 5.5.6 + 5.6.6). Die Frage, ob der begrenzte Bekanntheitsgrad bei der Rekrutierung neuer Patienten eine zusätzliche Schwierigkeit bedeutet, wird von den Interviewten differenziert betrachtet (vgl. Kap.6.9). Es lässt sich resümieren, dass die interviewten Therapeuten aufgrund des geringen Bekanntheitsgrades zusätzlich gefordert sind, Patienten über die Vorgehens- und Wirkungsweise der Osteopathie zu informieren. Dennoch spielt dieser Aspekt bei der Gewinnung neuer Patienten für die Mehrheit der Befragten eine eher untergeordnete Rolle. Entscheidend für sie ist ein überzeugendes Therapieresultat und die damit verbundene persönliche Weiterempfehlung. Lediglich eine Interviewte gibt an, dass sie es als problematisch einstuft, da sie sich in die Rolle eines Verkäufers reingezogen sieht (vgl. Kap. 5.2.3.3).

Zusammenfassung neuer Themen, die sich aus der Analyse des Interviewmaterials ergeben und die Grundlage für Anschlussstudien sein könnten

Wie in der Analyse der einzelnen Interviews bereits festgestellt und besonders hervorgehoben worden ist (vgl. Kap.5), haben sich zusätzlich zu den vorab beschriebenen sechs Vorannahmen weitere Gesichtspunkte ergeben, die als Gegenstand weiterer Untersuchungen hierzu dienen können. Quantitative Studien dazu könnten interessante Aufschlüsse über Umfang und Bedeutung geben. Sie lassen sich zusammenfassen zu folgenden Themen:

7.7.1 Folgen der Überschneidung von Physiotherapie und Osteopathie bei der Definition und Abrechnung der erbrachten Leistung

- Therapeut hat zusätzlichen Aufwand für eine transparente vom Patienten nachvollziehbare Abgrenzung von physiotherapeutischer und osteopathischer Behandlung (vgl. Kap.5.2.3.4)
- Verrechnung auf Basis einer Physiotherapieverordnung mit nicht legalem Hintergrund (vgl. Kap.5.2.1.2)
- Verrechnung auf Basis einer Physiotherapieverordnung ergibt einen geringeren Stundenverdienst (vgl. Kap.5.2.2.1)
- Individuelle Vereinbarungen mit Patienten bei der Abrechnung führen zu zusätzlichen Stress (vgl. Kap.5.1.3.1)
- Abrechnung von Osteopathie funktioniert auch mit Privatversicherungen nicht gut (vgl. Kap.5.5.2)

7.7.2 Einfluss einer engen Kooperation zwischen Osteopath und Arzt

- Die Einstellung des Arztes zur Osteopathie kann sich positiv verändern (vgl. Kap. 5.2.4.1 + Kap.5.6.4)
- Enge Kooperation zwischen Arzt und Osteopath kann zu einseitigem Abhängigkeitsverhältnis führen (vgl. Kap. 5.5.4)
- Mund zu Mundpropaganda führt zur Verbreitung der Osteopathie (vgl. Kap. 5.5.6)

7.7.3 Zusammenhang zwischen kritischer Haltung zur Osteopathie und der Überzeugungskraft auf Patienten

(vgl. Kap.5.1.3.2)

7.7.4 Ist eine negative Einstellung eines Osteopathen zur Heilpraktikerlizenz relevant?

(vgl. Kap. 5.2.1.3 + Kap. 5.5.2)

8. kritische Reflexion

Mit der Durchführung der Interviews betrat der Autor dieser Studie ein für ihn unbekanntes Terrain. Diese Unerfahrenheit zeigt sich in den Interviews an einigen Stellen, wo er durch kritisches Nachfragen noch mehr in die Tiefe hätte gehen können. Ein Beispiel: *„dann habe ich den Entschluss gefasst, 2003 auszusteigen aus der Physiotherapie und eine eigene Osteopathiepraxis aufzubauen“* (T.I., S.30, Z.32 –S31, Z.1). Hier ist das Versäumnis begangen worden, explizit nach den Gründen für diesen radikalen Wechsel zu fragen, was für das Verständnis dieses Umstellungsprozesses hätte aber bedeutsam sein können. Auch die Frage nach dem sozialen Umfeld des Praxisstandortes hätte näher beleuchtet werden müssen. Hat es sich hier zum Beispiel bei Carsten um eine besonders strukturstarke Region gehandelt als er kompromisslos die Neugründung einer reinen Osteopathiepraxis beschlossen hat, obwohl die bisherige frühere Praxis an einem anderen Standort schon gut lief.

An anderer Stelle im Interview mit Paula (IP5) hätte nachgefragt werden können, inwieweit die von ihr praktizierte enge Zusammenarbeit mit Ärzten möglicherweise auch dem glücklichen Umstand zu verdanken ist, dass sie in ihrem Umfeld auf Ärzte gestoßen ist, die der Osteopathie gegenüber besonders aufgeschlossene waren und ob es dafür erkennbare Gründe gegeben hat. Allerdings ist dieser Aspekt von niemandem der Interviewten thematisiert worden, obwohl sie durchaus auch die Gelegenheit hatten, relevante und noch nicht befragte Aspekte vorzustellen.

9. Literaturverzeichnis

Abele, A.E. & Stief, M.(2004): Die Prognose des Berufserfolgs von Hochschulabsolvierenden. Befunde zur ersten und zweiten Längsschnittstudie BELA-E. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 48, 1-13.

AG MTG (2003): Arbeitsgemeinschaft in den Medizinalberufen der Therapie und Geburtshilfe, Positionspapier.

Appuhn, P. und Bothner, F. (2003): Die eigene Praxis – Handbuch für selbstständige Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, physio.de.

Bandura, A. (1977a): Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Bandura, A. (1977b): Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action : A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bauer, J.(2006):Warum ich fühle, was du fühlst. Heyne-Verlag

Eppensteiner, M. (2006): Development of a questionnaire to analyse the knowledge of medical Doctors about Osteopathy, Südstadt

Heilpraktikergesetz: § 5 Absatz 6.

Jolandos, (2009): Patientenbroschüre über Osteopathie

Keller, L. & Banzer, W. (1998): Wieder leistungsfähig nach dem Bandscheibenvorfall, Falken-Verlag

Kiesewetter, C., Eifel, S.(1996): Leitfaden Physiotherapie – Behandlung und Rehabilitation, Jungjohann Kitteltaschenbuch, 2.Auflage.

Eppensteiner, M. (2006): Development of a questionnaire to analyse the knowledge of medical Doctors about Osteopathy, Südstadt

Heilpraktikergesetz: § 5 Absatz 6.

Kottje-Birnbacher, L.(2000): Die Heilberufe Auf der Suche nach ihrer Identität, Von Engelhardt + Von Loewenich + Simon, Frankfur Lit-Verlag.

Krönke, k. (2003): A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria, Wien Pilot study.

Lammer, M., Osteopathen/innen und Ärzte/innen - ein Spannungsfeld? (2008): Eine quantitative Sozialstudie über die Zusammenarbeit von Osteopathen/innen mit Ärzten/innen aus der Sicht der Osteopathen, Linz.

Lent, R.W., Brown, S.D. & Hackett, G. (1994): Towards a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45, 79-122.

Newiger, C., 2005: *Osteopathie – Sanftes Heilen mit den Händen*, Trias Verlag.

Novy, Regina, (2007): *Therapist- Patient- Relationship in Osteopathy*, Wien.

Resch , (20.05.2010): www.osteopathie.de/news

Rosen, Melanie, (2004): *Zum Einfluss beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen und persönlicher Ziele auf beruflichen Erfolg*, Freie Universität Berlin.

Sabine Raeder + Gudela Grote, (2001): *Flexibilität ersetzt Kontinuität - Veränderte psychologische Kontrakte und neue Formen persönlicher Identität*.

Sanin, Daniel, (2002): *Zur Kritik des Identitätsbegriffs, Eine Analyse im Spannungsfeld von Subjektivität und Kollektivität*, Wien.

Schämann, A., (2005): *Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie „Der studentische Blick auf die Profession“*, Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil. - eingereicht im Fach Erziehungswissenschaften an der Philosophischen Fakultät IV der Humboldt-Universität zu Berlin.

Seewald, Sven, (2007): *Doctors' knowledge of osteopathy in the district of Bregenz*.

Stief, M. (2001): *Selbstwirksamkeitserwartungen, Ziele und Berufserfolg: Eine Längsschnittstudie*, Aachen: Shaker Verlag.

Still, Andrew Taylor (1908): *Das grosse Stillkompendium, Buch1: Autobiographie*, Herausgeber: Christian Hartmann.

Straub, Jürgen, *Identität und Sinnbildung*, ZiF:Jahresbericht, 1994/95

Tiemeyer, Gerhard -DGAM Ausbildungsleiter: *Berater im DGAM Servicebüro-Berufsperspektiven im alternativen Gesundheitsbereich*.

Wagner Scheidl, Birgit, (2006): *How do they end up coming to us*, Wien.

Withbourne & Winestock, (1982): *Kreismodell des Identitätsmodells*.

World Health Organization. (WHO): *Guidelines on basic training and safety in osteopathy* (Stand: Januar 2007) unveröffentlicht:

10. Quellen aus dem Internet

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK): www.zvk.org, letzter Zugriff 10.07.2009.

European Register for Osteopathic Physicans (EROP): www.erop.org, letzter Zugriff 20.06.2010.

Studienordnung Medizin:

<http://www.uni-erlangen.de/universitaet/organisation/recht/studiensatzungen/med.shtml>

Verband der Osteopathen Deutschlands (VOD): www.Osteopathie.de, letzter Zugriff 25.6.2009.

Physiotherapie in Deutschland (Physio.de): www.physio.de, letzter Zugriff 30.08.2009

World Osteopathic Health Organisation (WOHO): www.WOHO.org, letzter Zugriff 20.05.2010

Wiener Schule für Osteopathie (WSO): www.wso.at, letzter Zugriff 28.05.2009

www.gesetze-im-internet.de, Suchwort Physiotherapie, 10.07.2009

<http://www.osteopathie.de/osteopathie-ausbildung.html>, 1.6.2009

<http://www.bao-osteopathie.de/curriculum.html>, 1.06.2009

www.Osteopathie.de, Osteopathie-Definition, 29.05.2009)

<http://vghmannheim.de/servlet/PB/menu/1240610/index.html?ROOT=1153033>, 1.6.2009

Physio.de:

<http://www.physio.de/zulassung/gesetz-beruf-pt.htm>, 31.5.2009

<http://www.physio.de/zulassung/mt.htm>, 14.7.2009

<http://www.physio.de/preislisten> , 14.7.2009

<http://www.physio.de/preislisten/index.php>, 14.7.2009

www.physio.de/fortbildung/Osteopathie , 22.6.2009

http://www.physio.de/ausbildung/studiengaenge_physiotherapie.htm, 30.5.2009

<http://www.physio.de/physio/ausbildung.htm>, 29.05.2009

<http://www.osteopathie.de/osteopathie-behandlung.html>, 22.7.2009

<http://www.osteopathie.de/service-therapeutenliste.html>, 27.7.2009

http://www.osteokompass.de/de-wissenswertes-osteopathische_landschaft.html,
06.08.2009

<http://www.ifk.de/informationen/berufsbild.pdf>, Juli 2009

<http://www.osteopathie.de/service-ausbildung2.html>, 08.08.2009

11. Anhang:

Interviewleitfragen

Allgemeine Daten:

- Alter, beruflicher Status (Selbstständig, angestellt, freier Mitarbeiter etc.)
- Abschluss Physiotherapieausbildung, Abschluss Osteopathiestudium?
- Erwerb Heilpraktikerlizenz?

Aktuelle Situation in der Praxis: wie viel Prozent Osteopathie und wie viel Physiotherapie?

Ziele: Ist es Dein Ziel zu 100% als Osteopath zu arbeiten?

Rechtlich Aspekte:

- Besitz der Heilpraktikerlizenz?
- Privatrezepte von Ärzten?
- Abrechnung Osteopathie auf Basis von Physiotherapierezepten?
- Sorge vor rechtlichen Konsequenzen?
- wie gehst du mit Arbeiten im rechtlichen Graubereich um? Ist es eine Belastung für Dich?
- Welche weiteren Aspekte spielen für Dich eine Rolle?

Wirtschaftliche Aspekte:

- Wie gestaltest Du den Übergang von Physiotherapie auf Osteopathie? Gleitend oder radikal?
- Welche Chancen und Risiken siehst Du für Deinen Umstellungsprozess?

Verhältnis Osteopath zum Patienten:

- Wie ist dein Behandlungsrahmen für Osteopathie?
- Trennst du Osteopathie von Physiotherapie? Wie trennst Du es?
- Ist es für Dich anstrengend Deinen Physiotherapiepatienten die Osteopathie nahezubringen/erklären zu müssen?
- Rechnest Du auch Osteopathie auf Basis einer Physiotherapieverordnung ab? (vgl. rechtlich)
- Typische Situation: Patient mit Physiotherapieverordnung – Du glaubst Osteopathie wäre wirkungsvoller – wie gehst Du mit dieser Situation um?

Verhältnis Osteopath zum Arzt:

- Wie ist Deine Zusammenarbeit mit Ärzten?
- Hat sich Dein Verhältnis durch die Osteopathie verändert?
- Wenn Du einen Physiotherapiepatienten zur Osteopathie umstellst, beziehst Du dann den Arzt mit ein?

Berufsidentität:

- Wie definierst Du Deine berufliche Identität? Als Osteopath, als Physiotherapeut oder wie sonst?
- Wie schätzt Du die Auswirkungen eines klaren bzw. unklaren Therapeutenprofils auf Deine Patienten ein?

Geringer Bekanntheitsgrad der Osteopathie:

- Wie schätzt Du den Bekanntheitsgrad der Osteopathie in der Bevölkerung ein?
- Glaubst Du, dass ein höherer Bekanntheitsgrad eine Umstellung erleichtern würde?

Abschluss:

- Gibt es bestimmte Aspekte in Deinem Umstellungsprozess, die bisher noch nicht angesprochen wurden und die Dir wichtig sind?

Re-orientation of a Practice from Physiotherapy to Osteopathy

- A problematic process for therapists in Germany? –

- Summary of the study (Author: Jörg Wieligmann) -

Keywords: *osteopathy, physiotherapy, re-orientation process, problems, interview partner*

This research project is a qualitative social study which examines the process of re-orientating a practice's therapeutic offer from physiotherapy to osteopathy; it also analyzes the problems therapists in Germany encounter in this process. The main difficulty that arises in this context is that there are no legal definitions of 'osteopathy' or the profession 'osteopath' in contrast to physiotherapy/physiotherapists; thus a physiotherapist who works osteopathically is enjoined by court decision to refrain from using techniques which are not covered by the professional profile of physiotherapy. The study involves six interviews of therapists who explain how they are re-organizing or have re-organized their practices and what problems they encountered. Based on several theoretic resources six assumptions were established, which served as background for the questions. They refer to both legal and economic aspects and also to the individual relationships between therapists and doctors, on the one hand, and therapists and patients, on the other hand. In addition, the professional identity of the therapist and the influence of the general public's degree of awareness regarding osteopathy are examined. The interviewees were also given the possibility to describe their own experiences and put forward additional aspects.

Table of contents

1.) INTRODUCTION	118
1.1.) Assumption regarding the legal situation.....	118
1.2.) Assumption regarding the economic aspects	118
1.3.) Assumption regarding the relationship of osteopath and patients	119
1.4.) Assumption regarding the relationship of osteopath and medical doctors..	119
1.5.) Assumption regarding the professional identity	120
1.6.) Assumption regarding the degree of awareness among the general public .	120
2.) METHODOLOGY	120
3.) SELECTION AND PRESENTATION OF THE INTERVIEW PARTNERS (IP).....	121
4.) RESULTS.....	123
4.1.) Legal aspects	123
4.2.) Economic aspects	123
4.3.) Problem fields in the relationship therapist - patient.....	124
4.4.) Problem fields in the relationship therapist - doctors	125
4.5.) The professional identity of the therapist.....	126
4.6.) Lacking degree of the public's awareness regarding osteopathy.....	127
4.7.) New topics for follow-up studies.....	127
4.7.1.) Consequences of an overlap of physiotherapy and osteopathy	128
4.7.2.) Influence of a close cooperation between osteopaths and doctors	128
4.7.3.) Consequences of an osteopath's attitude towards adjacent professions.....	128
5.) DISCUSSION	129
6.) CRITICAL REFLECTION AND FINAL REMARKS.....	132
7.) LIST OF REFERENCES	133

1.) Introduction

Personal experiences and numerous conversations with colleagues in Germany convinced the author of this study that physiotherapists, who underwent several years of osteopathic training and now want to convert their practice into an osteopathic practice, can encounter various problems in this process. Re-organization or conversion of their practices means that the therapists have to adapt to a new situation (Deutsches Wörterbuch, 2010). The new offer of osteopathic treatments also involves diagnostic work and changes in the invoicing system since – in contrast to physiotherapy – there are e.g. no contractual regulations with the statutory medical insurance companies in Germany concerning the payment of osteopathic services.

To give the study topic a certain structure six problem fields were defined and an assumption was established for each of them – based on the book by Kaufmann (1999) “Das verstehende Interview” [“The understanding interview”] as well as on current jurisdiction and further information gained through a thorough literature research. The identified problem fields and assumptions form the background for the interviews.

1.1.) Assumption regarding the legal situation

The assumption concerning the **legal situation** is: *Therapists with an additional osteopathic training but without health practitioner licence [‘Heilpraktikerlizen’] use techniques in their osteopathic treatment sessions which are not covered by their original profession as physiotherapists. They violate the applicable legal provisions.*

The background to this assumption is a court decision which banned an osteopath from practicing osteopathy. This osteopath underwent several years of osteopathic training after his original training as physiotherapist and worked in Germany as health practitioner [‘Heilpraktiker’] without a licence. In this case also the filed appeal on questions of law has been rejected by a decision of the Higher Administrative Court Düsseldorf (Oberverwaltungsgericht Düsseldorf, Az.: 7 k 967/07, 8.12.2008).

1.2.) Assumption regarding the economic aspects

The assumption concerning the **economic aspects** is: *To avoid economic risks the re-organization of a practice from physiotherapy to osteopathy is done progressively so*

that osteopaths still work in their original profession as physiotherapists, at least as long as their schedule is not booked full with osteopathic patients.

This statement is founded on the occupational field study by Katrin Krönke (2003) according to which 86 % of the graduate osteopaths are still active in their original profession. Among other things this figure was the result of an analysis of 70 questionnaires aimed at medical specialists, general practitioners, one assistant medical technician (MTA) and 54 physical therapists. It can be assumed that several problems occur due to such a parallel offer of services.

1.3.) Assumption regarding the relationship of osteopath and patients

The assumption concerning **the relationship of osteopaths with their patients** is: *If an osteopath offers both osteopathic treatments and physiotherapy for different rates, he/she should be able to clearly inform the patients about the differences of the two treatment methods and define clear parameters regarding the two different therapeutic methods.*

An osteopath who is a physiotherapist in his/her original profession and who keeps working as physiotherapist in his/her practice will be confronted with a conflicting situation if he/she realizes that an osteopathic treatment would be more helpful for a patient who was referred to him/her for physiotherapy. It is necessary to explain the differences between osteopathy and physiotherapy. However, this is difficult because there is not only an overlap of both methods but an osteopathic treatment always involves the process of establishing a diagnosis and osteopathy is not covered by the statutory medical insurance companies. In this context Novy (2007) presents interesting insights.

1.4.) Assumption regarding the relationship of osteopath and medical doctors

Regarding the **relationship between osteopaths and medical doctors** the assumption is: *Osteopaths neglect an active cooperation with medical doctors.*

A good relationship with medical doctors is important for osteopaths without a health practitioner licence because if the doctor refers patients to such a practitioner the doctor provides the practitioner with a legally-secured working base. However, this can result in a dependency of the practitioner that can be

perceived as uncomfortable. Lammer presented her research regarding this problematic field in 2008 and the discussion in Chapter 5 will take a closer look at it.

1.5.) Assumption regarding the professional identity

The assumption regarding the **professional identity** is: *Therapists who trained both as physiotherapists and osteopaths experience their professional identity in a different way.*

Defining one's professional identity means to formulate one's own professional tasks in order to delimit one's own work from that of adjacent professional groups (Kottje-Birnbacher, 2000, p. 128). Due to external and internal influencing factors this identity continuously changes thus it has to be regarded as an ongoing dynamic process (Schämann, 2005, 44). The affiliation to a certain professional group also plays a role in this context. All interview partners are concerned by this aspect because all of them were physiotherapists in the beginning and now want to work as osteopaths.

1.6.) Assumption regarding the degree of awareness among the general public

The **low degree of the general public's awareness concerning osteopathy** led to the assumption: *that this situation makes it difficult for osteopaths to recruit new patients.*

Even though the popularity of osteopathy is growing continually (www.osteopathie.de, 08.08.2009), there are large numbers of the general public who still know nothing or only little about this method of treatment (Lammer, 2008, p. 41). Even many doctors seem to have a lack of information regarding osteopathy as documented by the research projects of Seewald (2007) and Eppensteiner (2006). This lack of knowledge can be an obstacle for osteopaths in attracting new patients.

2.) Methodology

This research project is a study in the field of qualitative social research. Six therapists were interviewed about how they implemented the re-organization from physiotherapy to osteopathy in their practices and which problems they had to face in this process. The six assumptions presented in the introduction

served as basis for structuring the research field and developing the interview guidelines. In addition, the principles presented in “Das verstehende Interview” [The understanding interview] (Kaufmann, 1999) were considered in the interview processes. Among other things, these principles provide that the interviewer should get involved in the interview with “commitment” and “empathy” and react spontaneously to the statements of the interviewee. In addition, the interviewees should be given enough space to express their own thoughts about the topic. The aim of this form of interview is to give the interview partner the feeling of a “*conversation between two individuals on an equal footing*” (Kaufmann, 1999, 71) to gain deep insights in his/her thoughts and feelings. All six interviews were recorded with a digital tape recorder and subsequently transcribed according to set rules.

To find the red thread in each interview and to identify the main characteristics of each re-organization process it seemed to make sense to first carry out a qualitative analysis of each interview separately. This process made it possible to recognize additional topics which were not covered by the six initial assumptions. These new topics are summarized and presented in the chapter ‘Results’. The problem fields that are covered by the six initial assumptions are the main categories for the analysis of content (cf. Mayring, 2008). This facilitates a subsequent comparison of the behaviour of the interviewed therapists and the respective results in similar problem situations as described by the interviewees. The thus compiled comparative overview forms the basis for the following presentation of the results. Finally, the results of the study are discussed in the context of the available relevant literature.

3.) Selection and presentation of the interview partners (IP)

The interview partners were selected rather randomly among contacts of the author from his years of study and his extended circle of friends. All IPs work in Germany: IP1 and IP2 in large cities on the banks of the river Rhein, IP3 in a small town (approx. 6 000 inhabitants) in Lower Bavaria, IP4 in a medium-sized viniculture community in Württemberg, IP5 in a small community near Augsburg and IP6 in Berlin. All interview partners are aged between 35 and 45 years and are trained physiotherapists. All of them worked as physiotherapists after

graduation and followed a five-year part-time osteopathic training program. They successfully graduated from these additional osteopathic studies in the following years:

IP	Rolf	Ida	Carsten	Matthes	Paula	Theo
year	2005	2006	1999	2004	2005	2005

All interviewees have or had the objective to work more or if possible only osteopathically. The following table will provide an overview of additional information concerning their work circumstances:

Interview partner (IP)	Work circumstances				
	A Professional status	B Employees	C practice	D Health practitioner	E Share of osteopathy
1, Rolf	(2)	no	(1) + (2)	yes, since 2007	0%
2, Ida	(1), since 97	yes	(1) + (2)	no	30-40 %
3, Carsten	(1), since 02	no	(1)	yes, since about 2002	100 %
4, Matthes	(1)	yes	(1) + (2)	no, but would like to	100 %
5, Paula	(1)	yes	(1) + (2)	no, thinking about it	100 % since 2004
6, Theo	(1) since 04, (2)	no	(1)	yes, since 2004	95 %

The individual columns of the table provide information about whether the

A: IP works independently in his/her own practice (1), / free-lance in practices of different persons (2),

B: IP has employees,

C: practice (including employees) offers osteopathy (1), physiotherapy (2),

D: IP has a health practitioner licence: yes/ no; if yes – since when;

E: how big is the share of osteopathy in the current work of the IP

IP1 (Rolf) thus only works free-lance in practices of other persons. The others, with the exception of IP6, work exclusively in their own practice. Among the interviewed practice owners only two – IP3 (Carsten) and IP6 (Theo) – do not have any employees; they offer osteopathy only, while the other four practitioners also offer physiotherapy treatments.

The relevance of a health practitioner licence [Heilpraktikerlizenz] for practicing osteopathy has already been mentioned in the introduction. Nevertheless, two among the IPs who declare to be working 100% osteopathically - IP4 (Matthes) and IP5 (Paula) do not have such a licence. The third person in this group, IP2

(Ida), gives as reason for not having a licence the historic origin of this regulation. Column E indicates that IP3, IP4, IP5 have reached their goal and also IP6 almost reached it, while IP1 *“strictly speaking ... does not practice any osteopathy,”* and IP2 could raise the share of osteopathy in her treatments to only 30-40% out of consideration for her traditional physiotherapy patients.

4.) Results

This section presents a comparative summary of the information gained through the individual interviews, ordered according to the six assumptions mentioned in the introduction. Finally, new topics which could be recognized in the analysis of the interview material will be also presented.

4.1.) Legal aspects

The analysis of the interviews with regard to the legal aspects showed that this topic plays or played a very important role in the re-organization process for four of the interview partners. Only Rolf and Paula are not concerned in this respect because Rolf has not got any osteopathic patients at the moment and Paula has a legally safe basis for her work because patients are referred to her by doctors. All other IPs who practice osteopathy have encountered problems due to the legally insecure situation. They have recognized that acquiring a health practitioner licence [Heilpraktikerlizenz] helps to avoid stress and insecurities, which they have otherwise experienced or can expect to experience.

4.2.) Economic aspects

All interview partners have continued to work as physiotherapists immediately after finishing their osteopathic training. Simultaneously, they started to integrate elements of osteopathy in their work with the tendency and the aim of gradually increasing the share of osteopathy. This confirms the assumption presented in Chapter 2.2 which is also supported by the figures established by Krönke (2003). Such a gradual re-organization is absolutely logic and comprehensible considering the fact that an osteopath cannot or does not want

to immediately abandon his/her present stock of physiotherapy patients for economic reasons. The re-organization process went well in the case of Matthes (IP4), Paula (IP5) and Theo (IP6) because within only few years they were able to switch their focus of work and are now completely or almost completely busy as osteopaths. Also Carsten (IP3) started a gradual re-organization in his old practice but when he was about 50% busy with osteopathic patients he decided to be courageous despite all his worries and doubts about the economic consequences and abandoned his old practice, moved to a different place and opened a new practice where he started to work exclusively as osteopath. And it worked out. The joint feature of all four IPs is their clear attitude towards and focus on osteopathy and their declared goal to make an appearance only as osteopath.

In the cases of Rolf (IP1) and Ida (IP2) such a clear commitment to osteopathy is lacking. They still identify themselves strongly with physiotherapy and do not show the absolute wish to practice osteopathy only. Their statements and acts lack a clear line and are characterized by compromises. Their indefinite attitude leads to a number of problems which give rise to discussions, the necessity of providing additional information and invoicing methods that do not conform to the applicable law.

4.3.) Problem fields in the relationship therapist - patient

Like in the case of the problem field 'economic aspects', also the statements of the IPs regarding the relationship therapist - patient show that the interviewees are divided into two groups. The first group is formed by IP3, IP4, IP5 and partly also IP6. Their joint feature is that they meet their patients with clear and consistent parameters. They clearly separate physiotherapy and osteopathy, even though so far there is no generally valid definition of the professional profile of the latter (cf. German Medical Association [Bundesärztekammer], 2009). In this context, they also make it clear that they use different invoicing systems for the different treatment methods. To make it clear for the patients that physiotherapy and osteopathy are two different things, IP3 even carried out the osteopathic treatment in a special room in his first practice.

A typical problem that arises is when a patient comes to the practice for a physiotherapy treatment and the therapist realizes that an osteopathic treatment would be more effective. A way of dealing with this situation is nicely illustrated by the examples of Matthes (IP4) and Paula (IP5). Their behaviour is, on the one hand, characterized by a transparent and convincing way of communication and, on the other hand, by a respectful and consistent management of the patient. They tell the patient honestly that in their opinion an osteopathic treatment would be more effective than the prescribed physiotherapy. At the same time they point out that changing the way of treatment will also lead to changes concerning the payment. Following their explanations, many of their patients agree to change the therapy method. For Matthes (IP4) it is important that his patients are free to choose for themselves and that they are not persuaded by him. This means that he also respects the patients' decision of not taking on his osteopathic offer and following this decision he gives them a physiotherapy treatment. This way he avoids problems with his patients. This example illustrates how a structured and clearly defined way of working can avoid problems in a phase where physiotherapy and osteopathy are offered simultaneously. This has a positive influence on the therapist's relationship with the patients and does hardly leave any space for factors that might give rise to problems.

In contrast, the examples of Rolf (IP1) and Ida (IP2) illustrate how problems can occur if the patients are confronted with unclear parameters. Their course of action is characterized by compromises and legally questionable framework conditions. Thinking that they need to accommodate their patients with regard to the payment of their services they e.g. agree to write a physiotherapy invoice for an osteopathic treatment. This course of action necessarily leads to problems.

4.4.) Problem fields in the relationship therapist - doctors

Among the six IPs only IP5 (Paula) has an ongoing and close cooperation with several doctors. The five other interviewees describe their relationships with doctors as rather distant and reserved. Nevertheless, all but one of them – Carsten (IP3) – have more or less contact with doctors. The analysis of the

interviews showed a varied picture of the relationships which in part also clearly have changed over the years in practice during which the therapists also worked osteopathically. Among the IPs who exclusively or almost exclusively work osteopathically two therapists – IP4 (Matthes) and IP6 (Theo) – approached doctors personally to provide them with information about osteopathy with the intention of building up a cooperation. *“However, this was of no avail [...] Nevertheless, if requests came from the part of the doctors – which was also the case – a really good cooperation developed “*. Such a positive development in the cooperation with doctors can also be observed in certain instances for IP2 (Ida). However, in one case she also observed that the doctor's actions were influenced by a certain competitiveness. A proof of the changing relationship with doctors is the fact that doctors start to come to see Theo for an osteopathic treatment. There is a common reason for the changing and increasingly positive attitude of the doctors: slowly the doctors get to know their osteopathic partners and they recognize the patients' positive feedback about osteopathic treatments.

The example of Paula shows that the relationship with doctors can be positive and well-organized from the beginning. From the very start of her osteopathic activity she included the doctors in the therapeutic process due to her excellent communication skills and convincing treatment results. In this way she won the doctors as multiplying factors so that they contributed to her goal of setting up an exclusively osteopathic practice that was 100% busy already in the fourth year after finishing her osteopathic training. In comparison with the other interviewees she reached her goal most rapidly and kept the problems in the re-organization process to a minimum.

4.5.) The professional identity of the therapist

The assumption that was put forward in the introduction was that the professional identity of therapists who underwent two different types of training cannot be defined in a way that applies to every single therapist; instead it has to be interpreted in a very individual way. This assumption could be clearly confirmed in the interviews. On the one hand, each of the IPs defines his/her own professional identity according to his/her focus in the treatments (cf.

Straub, 2000) and, on the other hand, a process-like change in the definition – as described by Schämamm (2005) – can be observed in the cases of IP3 to IP6 just like their practices gradually developed towards an osteopathic practice. Since the changing professional identity did not represent a problem for the process of re-organizing their practice for neither of the IPs, there is no need for further explanations in this context.

4.6.) Lacking degree of the public's awareness regarding osteopathy

The assumption in this context was that a limited awareness of the general public about what is osteopathy makes it difficult for the therapists to recruit new patients. The analysis of the interviews as well as the studies of Lammer (2008), Seewald (2007) and Eppensteiner (2006) first give the impression that the knowledge about osteopathy is not very wide spread both among doctors and among patients. Nevertheless, IP4, IP5 and IP6 point out that this situation is changing and that a dynamic process is going on through which information about osteopathy is spread by word of mouth.

Regarding the question whether the limited knowledge about osteopathy represents an additional difficulty in the process of recruiting new patients the six interviewees have differentiated points of view. In general, it can be said that due to the general public's lack of knowledge the IPs have the additional task to provide information to the patients about how osteopathy works. Nevertheless, for the majority of the interviewed persons this aspect plays a rather minor role in attracting new patients. For them the decisive factor is a convincing treatment result so that the satisfied patients later recommend the therapist. Only IP2 (Ida) states that she sees a problem in providing the patients with the necessary information because she feels pushed into the role of a salesperson.

4.7.) New topics for follow-up studies

It has already been mentioned that in addition to the statements regarding the six pre-defined assumptions several other aspects became evident in the

interviews, which could serve as basis for follow-up studies. In particular quantitative studies could provide interesting information about the importance and degree of influence of these aspects that are summarized below:

4.7.1.) Consequences of an overlap of physiotherapy and osteopathy

When defining and writing an invoice for a certain service, the therapist is required to undertake the effort to clearly differentiate between physiotherapy and osteopathy, in a way that is transparent and understandable for the patient; in addition, there is the need to explain the different invoicing conditions. Physiotherapy is a treatment that is covered by the statutory medical insurance companies in Germany, while the payment of an osteopathic treatment cannot be legally settled on the basis of a physiotherapy prescription. If a therapist does this nevertheless, the result is a comparatively low hourly rate and due to the individuality of the service also additional stress. Further, the settlement of osteopathic treatments via private insurance companies is also difficult.

4.7.2.) Influence of a close cooperation between osteopaths and doctors

A doctor's attitude towards osteopathy, which might be reserved in the beginning, can change in a positive way. The main reasons for that is positive feedback by patients about successful treatments and word-of-mouth propaganda which spreads the knowledge about osteopathy and raises the interest. The problem is that a close cooperation between doctors and osteopaths, who due to a lacking health practitioner licence [Heilpraktikerlizenz] are dependent on referrals by doctors, can lead to a one-sided dependency.

4.7.3.) Consequences of an osteopath's attitude towards adjacent professions

If an osteopath prefers to provide a physiotherapy treatment in specific cases without explaining the reasons to the patient in a clear and comprehensible way, he/she makes it more difficult for osteopathy to attract new patients and he/she misses an opportunity to convince the patient of the specific advantages of osteopathy. It would be interesting to evaluate the attitude of osteopaths towards the profession health practitioner [“Heilpraktiker”] and to explore the reasons of the osteopaths' particular attitudes.

5.) Discussion

The results gained through the analysis and comparison of the interviews which were structured according to the pre-defined assumptions can be well correlated and explanations and justifications can even be found in the relevant literature.

As regards the **legal aspects** the court decision quoted in Chapter 1.1.) represents the main reason for the legal uncertainty, which is felt quite strongly by all IPs who work osteopathically without a health practitioner licence [Heilpraktikerlizenz]. Since osteopathy is regarded as alternative medicine [Heilkunde] in Germany and such a method of treatment can only be delivered by a doctor or health practitioner [Heilpraktiker] (Heilpraktikergesetz [Health Practitioner Law] AD 7.02.1939), also IP4 (Matthes) aims at acquiring this licence like IP1, IP3 and IP6 who already have acquired it after encountering or recognizing difficulties and problems in this context. Also the German Osteopathic Association [Verband der Osteopathen Deutschlands, VOD] recommends this step for every therapist who practices osteopathy (VOD, March 2010). Paula (IP5) chose the second path enabling physiotherapists to legally practice osteopathy: she treats patients only after consultation and/or referral of a doctor.

Despite the reasons listed above which are also well known to her IP2 (Ida) is reluctant to acquire a health practitioner licence because *she “does not want to give injections, ...use leeches, ...or light therapy, ... she only wants to be an osteopath”* and she brings forward further emotional arguments against the Health Practitioner Law [Heilpraktikergesetz] which was enacted in 1939.

For all interview partners **economic aspects** played a role in their decision to continue their work in the field of physiotherapy parallel to their work as osteopaths in the transition period. Originally, they all had the same goal, i.e. to work mainly or even exclusively with osteopathy. However, they differ concerning their methods and their individual behaviour on the path towards this goal: IP3 to IP6 presented themselves as committed and convinced osteopaths who have the goal of only working osteopathically. They have a

similar attitude and are convinced that their work as osteopath is effective. In addition, they are also strongly convinced of being able to achieve the set goal.

Their examples confirm the findings of Rosen (2004, 93-95) according to which in a non-academic professional context there is a systematic interrelation between one's professional self-efficacy expectations and the objective professional success in the short- to medium-term development of one's career. The self-efficacy expectations mean the subjective evaluation of certain skills and competencies that are necessary to reach a goal through appropriate patterns of behaviour (cf. Bandura, 1997). In a professional context these professional self-efficacy expectations are defined by Stief (2004, p.7) as the "personal evaluation of competencies that are necessary in a specific profession". His study examines a central postulate of the BELA-M model (Abele + Stief, 2002) which – following the self-efficacy theory of Bandura (1977a,b,1986,) and the professional career model of Lent, Brown and Hackett (1994) – assumes that professional self-efficacy expectations and personal goals are of central importance for a person's professional success in this person's self-regulating process. These interrelations are exactly the ones that are reflected in the transition process from physiotherapy to osteopathy of IP3 to IP6, i.e. Carsten, Matthes, Paula and Theo. Through their behaviour and presentation they have minimized certain problems that are to be expected if two methods subject to different payment systems are offered parallel. In contrast, IP1 and IP2 are still confronted with these difficulties even five and four years after finishing their osteopathic training.

The relationship between the therapist and the patients has already been examined and discussed with regard to the previously described economic aspects. In addition to the above mentioned self-efficacy expectations and the self-efficacy theory also an interrelation with the system of mirror neurons can be detected. The not very consistent separation of the two treatment methods as practiced by IP1 (Rolf) and IP2 (Ida) and their continuing obvious closeness with physiotherapy could be recognized by the patients through these mirror neurons. These are special nerve centres in the human brain which enable a person to understand and empathize with the internal emotional state of another person. *"The mirror activity of nerve cells that are responsible for*

understanding emotions generate an intuitive, immediate empathy for the emotions of the perceived person” (Bauer 2005, p. 44).

This enables a person e.g. to develop sympathy and empathy but also negative feelings like insecurity and doubt. This might be a reason for the seemingly longer journey of Rolf and Ida towards a busy osteopathic practice with all the problems that are due to offering the two treatment methods parallel.

The relationship between the therapist and doctors can be of great importance for an osteopathic practice in the beginning and for its positive development as illustrated by Paula’s example. Also the figures presented in the study “Osteopathen/innen und Ärzten/innen – ein Spannungsfeld?“ [Osteopaths and medical doctors – a problematic cooperation?] (Lammer, 2008) according to which 84% of the interviewed osteopaths have some contact with medical doctors can be seen in this context and explained against this background. However, the examples of Matthes and Theo and also Carsten, who tried in vain to establish contacts with doctors in the beginning, also show that negative experiences do not exclude a successful re-organization process.

With the exception of Paula all IPs describe the behaviour of doctors towards them as rather reserved in the beginning. Considering that in their medical training osteopathy was not at all taken into account this attitude is understandable. A glance at the curriculum of German medical schools shows that the study of medicine is mainly focused on scientific subjects, and that alternative medical approaches are not left much space at the moment (cf. Study Regulations Medicine [Studienordnung Medizin], 2006). Therefore, it is not surprising if doctors have reservations towards osteopathy. Nevertheless, certain study results show that many doctors would definitely be interested in learning more about osteopathy and in cooperating with osteopaths (cf. Seewald, 2007). The fact that doctors come to see Theo to get an osteopathic treatment is evidence for a beginning process of change, which has also been observed by Ida and Matthes after the therapists and doctors got to know each other. Thus it can be assumed that good contacts with doctors can help to shorten the transition process and reduce problems in this context. As mentioned in the chapter ‘Results’ the IPs hardly see any problem in their changing **professional identity**. One aspect has to be highlighted though,

which also was identified in the professional field study by Krönke (2003, p.43): the lacking legal recognition of osteopathy makes it more difficult to form a clear professional identity. Also IP2 (Ida), IP5 (Paula) and IP6 (Theo) think it would be important for strengthening their professional identity if osteopathy would receive the status of an independent profession.

The **general public's awareness of osteopathy** is low both according to the experience that the IPs made in the beginning of their work as well as according to the results of relevant research papers that were published in recent years (Lammer (2008), Seewald (2007) and Eppensteiner (2006). Nevertheless, IP4, IP5 and IP6 point out that the situation is changing at the moment, in particular due to a good communication with doctors, whose interest is raised by the patients' positive feedback after successful osteopathic treatments. This means that they could soon become multipliers for raising the general public's awareness of osteopathy. This should encourage osteopaths to keep up their efforts of promoting an exchange of information in a discreet yet continuous way despite maybe negative experiences in the beginning.

6.) Critical reflection and final remarks

During the process of analyzing the results of this study the author realized that more in-depth inquiries at certain point in the interview process would have allowed it to gain more detailed insights concerning certain aspects. One example: *"then I have decided to abandon physiotherapy in 2003 and to start my own osteopathic practice"* (Carsten-IP3). After this statement it would have been good to ask about the reasons for this brave decision. It would have made it easier to understand his motives for this radical change. In retrospect, also the social environment of the practice location should have been more explored through additional questions. For instance, was Carsten influenced by the fact that the region he was moving to was one with a very strong economy when he decided so bravely to relocate and start a new and purely osteopathic practice even though his old practice at the original location was thriving?

In the interview with Paula (IP5) the author could also have asked additional questions like: In how far she thought her good cooperation with medical doctors was also due to the lucky circumstance that the doctors in her vicinity

were accidentally doctors that were very open-minded towards osteopathy or whether she could identify any other major reasons for her good cooperation? On the other hand, Paula did not seem to consider this aspect important enough to mention it in the interview.

The results of the analysis of the interviews show that based on the assumptions presented in the introduction concerning the re-organization of a physiotherapy practice to an osteopathic practice in Germany the most important problem fields in this process could be identified, critically evaluated and described from six different perspectives. In addition, the open interviews revealed several other aspects which could also be regarded and qualified as problems in such a re-organization process. This qualitative social study highlighted the relevant problem fields of such a re-organization process. However, only quantitative studies can show their importance and significance in a more detailed way.

7.) List of references

Abele, A. E., Stief, M., (2002). Persönliche Ziele von Mathematikern beim Berufseinstieg. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 16, 193-205.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman

Bandura, A. (1977a): Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Bandura, A. (1977b): Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action : A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bauer, J.(2006):Warum ich fühle, was du fühlst. Verlagsort: Heyne-Verlag.

Bundesärztekammer (2009): <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.7841.7863>
[Zugriff am 32.09.2010]

Deutsches Wörterbuch, 2010: <http://de.thefreedictionary.com/Umstellung>. [Zugriff am 15.10.2010]

Eppensteiner, M. (2006): Development of a questionnaire to analyse the knowledge of medical Doctors about Osteopathy, Krems: unveröffentl. Master-Thesis der Donau Universität Krems.

Gesetze über die Berufe der Physiotherapie, 2010: <http://bundesrecht.juris.de/mpgh/> [Zugriff am 13.07.2010]

Heilpraktikergesetz, AD: 7.02.1939:<http://bundesrecht.juris.de/heilprg/BJNR002510939.html> [Zugr. am 20.09.10]

Kaufmann, J. (1999): Das verstehende Interview, Theorie und Praxis, Verlagsort: UVK Universitätsverlag Konstanz GmbH.

Kottje-Birnbacher, L.(2000): Die Heilberufe Auf der Suche nach ihrer Identität, Von Engelhardt + Von Loewenich + Simon, Verlagsort: Frankfur Lit-Verlag.

Krönke, K. (2003): A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria, Krems: unveröffentl. Master-Thesis der Donau Universität Krems.

Lammer, M. (2008). Osteopathen/innen und Ärzte/innen - ein Spannungsfeld?: Eine quantitative Sozialstudie über die Zusammenarbeit von Osteopathen/innen mit Ärzten/innen aus der Sicht der Osteopathen.

Lent, R.W., Brown, S.D. & Hackett, G. (1994): Towards a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45, 79-122.

Mayring, P., 2008: Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, 10. Auflage, Verlagshaus: Beltz.

Novy, Regina, (2007): Therapist- Patient- Relationship in Osteopathy, Krems: unveröffentl. Master-Thesis der Donau Universität Krems.

Rosen, Melanie, (2004): Zum Einfluss beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen und persönlicher Ziele auf beruflichen Erfolg, Berlin: unveröffentlichte Diplomarbeit der Freien Universität Berlin.

Schämann, A. (2005): Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie „Der studentische Blick auf die Profession“. Berlin:unveröffentl. Inauguraldissertation der Humboldt-Universität.

Seewald, Sven, (2007): Doctors' knowledge of osteopathy in the district of Bregenz, Krems: unveröffentl. Master-Thesis der Donau Universität Krems.

Stief, M. (2001): Selbstwirksamkeitserwartungen, Ziele und Berufserfolg: Eine Längsschnittstudie. Aachen: Shaker Verlag.

Studienordnung Medizin: Universität Erlangen (2006). Studien- & Prüfungsordnungen, Promotions- & Habilitationsordnungen.<http://www.uni-erlangen.de/universitaet/organisation/recht/studiensatzungen/med.shtml>. [Zugriff am: 21.09.2010]

Verband der Osteopathen Deutschland e. V.(2010). Rechtliche Anerkennung.
http://www.osteopathie.de/de-vod-rechtliche_anerkennung.html, [Zugriff am 20.08.2010].