

OsteopathInnen in Österreich
Bestandsaufnahme 2011 (Vollerhebung),
Vergleich mit internationalen Daten und Untersuchung der
Entwicklung des Berufsbildes und –standes seit 2003

Master Thesis zur Erlangung des Grades
Master of Science in Osteopathie

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

niedergelegt
an der Wiener Schule für Osteopathie

von Bettina Graf
Wien, Mai 2013

Betreut von:
Mag^a. Claudia Gamsjäger
Patrick van Dun

Statistische Auswertung von:
Dipl.-Ing. Dr. Gebhard Woisetschläger

Englische Übersetzung der Zusammenfassung durch:
Kevin Osborne

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 genützt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt weder im In- noch im Ausland noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

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

Datum

Unterschrift

Abstract

Objective: The aim of this work is to describe the activity of Austrian osteopaths based on homogenous, but also heterogeneous aspects, to look at this in an international context and to identify changes since the last comprehensive survey in 2003.

Methodology: a questionnaire survey was used to collect demographic data (age, gender, location of practice), training (background medical training, educational institution, education degree, additional qualifications), data on typical patient clientele (gender, age, clinical picture), practice (techniques used, duration of treatment, number of patients, documentation, self-promotion), work (work in a group or a solo practice, institutions, employment status) and membership of the Austrian Society of Osteopathy (ÖGO). Furthermore, the length of work as an osteopath was analysed and the issue of osteopaths who pursue other professional activities alongside their osteopathy work. Information about the pricing of initial and follow-up appointments and the waiting time needed for an appointment was also analysed. The data was analysed for regional influences, gender differences and the influences of training (basic medical background training, training facility) as well as professional experience. The target population was all osteopaths (N = 537) working in Austria in the summer of 2011.

Results: The response rate (n = 297) is 52.9%. The "standard Austrian osteopath" is female (68.3%) and between 30 and 49 years old (83.4%), has a base training as a physiotherapist (83.3%) and completed training in osteopathy at the WSO (86 %), but has not written a final thesis (64.8%). She works not only in osteopathy (77.8%), but mainly combined with her original medical profession. Nevertheless, the average proportion of total workload that is made up by osteopathy is M= 79.1%; SD =22.5 (median 85.0%). In general, however, the factors analysed here show that Austrian osteopaths are not a homogeneous occupational group. Compared to 2003, there is an observable settlement of osteopaths in previously poorly served provinces and small towns. Furthermore, the frequency of use of specific osteopathy techniques (eg HVLA) and the proportion of osteopaths who are members of the ÖGO has declined.

In international comparison (with Germany and Belgium) there is a high proportion of osteopaths who have studied medicine as a basic entry into osteopathy. Compared to Belgium, the appointment waiting times and prices are high, while Swiss osteopaths demand significantly higher prices. Differences in the frequency of application of osteopathy techniques are not recognisable.

Deutsche Kurzfassung

Zielsetzung: Das Ziel dieser Arbeit ist es, das Tätigkeitsfeld der österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen anhand Gemeinsamkeiten, aber auch in seiner Inhomogenität zu beschreiben, dieses im internationalen Kontext zu betrachten und Veränderungen seit der letzten Vollbefragung im Jahr 2003 herauszuarbeiten.

Methodik: Fragebogenstudie zur Erhebung von demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Praxissitz, Arbeitsverhältnis), Ausbildung (Basisberuf, Ausbildungsstätte, Ausbildungsgrad, Zusatzqualifikationen), Daten zur typischen Patientenklientel (Geschlecht, Alter, Beschwerdebilder), Arbeitsweise (verwendete Techniken, Behandlungsdauer, Patientenzahl, Dokumentation, Werbemaßnahmen), Arbeitsplatz (Tätigkeit in Gruppen-/Einzelpraxen, Institutionen, Arbeitsverhältnis) und der Zugehörigkeit zur Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO). Weiters wurde die Tätigkeitsdauer der Osteopathen/Osteopathinnen erhoben und ob sie zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen und Informationen über die Preisgestaltung für Erst- und Folgetermine und die Wartezeit auf einen Termin eingeholt. Die Daten wurden unter anderem auf regionale Einflüsse, Geschlechtsspezifika und Einflüsse der Ausbildung (Basisausbildung, Ausbildungsstätte) sowie Berufserfahrung untersucht. Zielgruppe waren alle im Sommer 2011 in Österreich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen (N=537).

Ergebnisse: Die Rücklaufquote (n=297) beträgt 52,9%. *Der österreichische „Standard-Osteopath“* ist weiblich (68,3%) und zwischen 30 und 49 Jahre alt (83,4%), hat eine Basisausbildung als Physiotherapeutin (83,3%) und die Osteopathie-Ausbildung an der WSO (86%) abgeschlossen, jedoch keine Abschlussarbeit verfasst (64,8%). Er arbeitet nicht ausschließlich osteopathisch (77,8%), sondern hauptsächlich kombiniert mit dem Basisberuf. Dennoch beträgt der mittlere Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit $M = 79,1\%$; $SD = 22,5$ (Median 85,0%). Generell zeigt sich jedoch, dass es sich bei österreichischen Osteopathen auch in den hier beschriebenen Punkten um keine homogene Berufsgruppe handelt.

Im Vergleich zu 2003 ist als wesentlicher Punkt eine verstärkte Ansiedlung von Osteopathen/Osteopathinnen in bisher wenig versorgten Bundesländern und in kleineren Orten erkennbar. Weiters nimmt die Häufigkeit der Nutzung bestimmter osteopathischer Techniken (z.B. HVLA) und der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die Mitglieder der ÖGO sind, ab.

Im internationalen Vergleich (mit Deutschland und Belgien) fällt ein hoher Anteil von Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung auf. Im Vergleich zu Belgien sind die Wartezeiten auf Termine lang und die Preise hoch, während Schweizer Osteopathen deutlich höhere Preise verlangen. Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung von osteopathischen Techniken sind nicht erkennbar.

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	I
ABSTRACT	II
DEUTSCHE KURZFASSUNG	III
INHALTSVERZEICHNIS.....	IV
1. AUSGANGSPUNKT UND ZIELSETZUNG.....	1
2. GRUNDLAGEN	4
2.1. DIE INTERESSENSVERTRETUNG DER OSTEOPATHEN/OSTEOPATHINNEN	4
2.1.1. <i>Der Osteopathische Standard</i>	6
2.1.1.1. Beschreibung des osteopathischen Berufs	7
2.1.1.2. Fachliche Kompetenz und Sicherung von Qualitätsstandards	7
2.1.1.3. Das Behandlungsverhältnis.....	7
2.1.1.4. Ordinationsgemeinschaften und berufliche Zusammenarbeit	9
2.2. DIE OSTEOPATHEN/OSTEOPATHINNEN	9
2.2.1. <i>Ausbildungsmöglichkeiten und Abschluss</i>	10
2.2.1.1. Osteopathische Basisausbildung	10
2.2.1.2. Fortbildung	17
Doktoratsstudium.....	17
Post-Graduate-Kurse an den Ausbildungsstätten für Osteopathie in Österreich	18
Post-Graduate-Kurse am osteopathischen Zentrum für Kinder	18
Weitere Post-Graduate Kurse.....	18
2.2.2. <i>Demographische und andere allgemeine Daten</i>	19
2.2.3. <i>Arbeitsverhältnisse der Osteopathinnen und Osteopathen</i>	21
2.2.3.1. Lokalisation	21
2.2.3.2. Arbeitszeit und Behandlungspreise.....	22
Arbeitszeit und Behandlungspreise pro Behandlung.....	22
Terminvergabe und Wartezeit auf einen Behandlungstermin.....	24
2.2.4. <i>Patientenrekrutierung</i>	24
2.2.5. <i>Arbeitsweise</i>	26
2.3. PATIENTENCHARAKTERISTIKA.....	29
3. FRAGEBOGENERSTELLUNG UND GRUNDLAGEN.....	32
3.1. FORSCHUNGSFRAGE	33
3.2. FRAGEBOGENAUFBAU.....	33
4. DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG	92
4.1. STICHPROBENGEWINNUNG.....	92
4.2. ONLINEBEFRAGUNG	93

4.2.1.	<i>Durchführung</i>	93
4.2.2.	<i>Datenkontrolle</i>	93
4.2.3.	<i>Rücklaufquote</i>	94
4.3.	BEFRAGUNG MITTELS VERSANDEM FRAGEBOGEN	94
4.3.1.	<i>Durchführung</i>	94
4.3.2.	<i>Dateneingabe</i>	94
4.3.3.	<i>Rücklaufquote</i>	95
4.4.	GESAMTRÜCKLAUFQUOTE	95
4.5.	DATENAUFARBEITUNG	96
4.6.	STATISTISCHE AUSWERTUNG DER DATEN	99
5.	ERGEBNISSE	104
5.1.	ZUSAMMENFASSUNG DER HYPOTHESENPRÜFUNGEN	113
5.1.1.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten vom Geschlecht der Osteopathen</i>	113
5.1.2.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit...</i>	116
5.1.3.	<i>Regionale Einflüsse auf die erhobenen Daten</i>	118
5.1.4.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Ausbildungsstätte der Osteopathen/Osteopathinnen</i>	120
5.1.5.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Ausübung zusätzlicher anderer professioneller Aktivitäten</i>	121
5.1.6.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten vom Arbeitsverhältnis der Osteopathinnen</i>	123
5.1.7.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Tätigkeit in Praxisgemeinschaften und Einzelpraxen</i>	125
5.1.8.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen</i>	128
5.1.9.	<i>Abhängigkeiten der erhobenen Daten von einer ÖGO-Mitgliedschaft</i>	132
5.2.	DEMOGRAPHISCHE DATEN	134
5.2.1.	<i>Geschlechtsverteilung</i>	134
5.2.1.1.	Geschlechtsverteilung in Abhängigkeit von der Basisausbildung	134
5.2.1.2.	Geschlechtsverteilung in Abhängigkeit von der NUTS1-Region	135
5.2.2.	<i>Altersverteilung</i>	135
5.2.2.1.	Altersverteilung in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer	137
5.2.2.2.	Altersverteilung in Abhängigkeit von der Basisausbildung	139
5.2.2.3.	Altersverteilung in den drei NUTS1-Regionen	141
5.2.3.	<i>Ort der Berufsausübung und Versorgungsdichte in den einzelnen Bundesländern</i>	142
5.3.	DIE INTERESSENSVERTRETUNG DER OSTEOPATHEN/OSTEOPATHINNEN	147
5.3.1.	<i>Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft</i>	147
5.3.1.1.	ÖGO-Mitgliedschaft in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	148
5.3.1.2.	ÖGO-Mitgliedschaft in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte	150
5.3.1.3.	ÖGO-Mitgliedschaft in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides)	150
5.3.1.4.	ÖGO-Mitgliedschaft in den drei NUTS1-Regionen (West-/Süd-/ Ostösterreich):	150

5.3.1.5.	ÖGO-Mitgliedschaft von Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich eine andere professionelle Aktivität ausüben	151
5.3.1.6.	ÖGO-Mitgliedschaft von in Praxisgemeinschaften und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen	151
5.3.2.	<i>Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft</i>	151
5.3.3.	<i>Aktive ÖGO-Mitgliedschaft</i>	156
5.3.3.1.	Zusammenhang zwischen osteopathischer Tätigkeitsdauer und aktiver ÖGO-Mitgliedschaft 157	
5.3.3.2.	Abhängigkeit einer aktiven ÖGO-Mitgliedschaft vom Geschlecht der Osteopathen.....	157
5.4.	DIE TEILNEHMENDEN OSTEOPATHEN/OSTEOPATHINNEN.....	157
5.4.1.	<i>Ausbildungsstätte</i>	157
5.4.1.1.	Wahl der Ausbildungsstätte in Abhängigkeit von der geographischen Region (NUTS1) des Praxissitzes	158
5.4.1.2.	Wahl der Ausbildungsstätte in Abhängigkeit von der Basisausbildung	160
5.4.1.3.	Zusammenhang Ausbildungsstätte und ÖGO-Mitgliedschaft.....	161
5.4.2.	<i>Grad des Abschlusses der Osteopathischen Ausbildung</i>	161
5.4.2.1.	Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.....	163
5.4.2.2.	Unterschiede im Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses der in Einzelpraxen und der in Praxisgemeinschaften arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen.....	164
5.4.2.3.	Zusammenhang des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses und der ÖGO- Mitgliedschaft	164
5.4.3.	<i>Dauer der osteopathischen Tätigkeit</i>	165
5.4.3.1.	Dauer der osteopathischen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Basisausbildung	167
5.4.3.2.	Dauer der osteopathischen Tätigkeit in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis	167
5.4.3.3.	Zusammenhang der ÖGO-Mitgliedschaft mit der osteopathischen Tätigkeitsdauer	168
5.4.4.	<i>Basisausbildung</i>	168
5.4.4.1.	Zusammenhang zwischen Basisausbildung und anderer professioneller Aktivität.....	170
5.4.4.2.	Zusammenhang zwischen Basisausbildung und Arbeitsverhältnis	171
5.4.4.3.	Basisausbildung von weiblichen und männlichen Osteopathen	172
5.4.5.	<i>Diplome</i>	173
5.4.6.	<i>Andere professionelle Tätigkeit</i>	174
5.4.6.1.	Andere professionelle Tätigkeiten in Abhängigkeit von der Basisausbildung.....	175
5.4.6.2.	Zusammenhang zwischen anderer professioneller Aktivität und dem Arbeitsverhältnis	177
5.4.6.3.	Zusammenhang der ÖGO-Mitgliedschaft mit anderer professioneller Aktivität	177
5.4.7.	<i>Professionelle Aktivitäten (Detailfragen)</i>	177
5.4.8.	<i>Arbeitsplatz - Institution</i>	179
5.4.8.1.	Arbeitsplatz- Institution in Abhängigkeit von anderer professioneller Aktivität.....	181
5.4.8.2.	Arbeitsplatz - Institution in Abhängigkeit von der Basisausbildung.....	182
5.4.8.3.	Arbeitsplatz - Institution gegliedert nach geographischer (NUTS1) Region.....	182
5.4.8.4.	Zusammenhang Arbeitsplatz und ÖGO-Mitgliedschaft	184
5.4.9.	<i>Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit</i>	185
5.4.9.1.	Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.....	186

5.4.9.2.	Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen	188
5.4.9.3.	Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten	188
5.4.9.4.	Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis	189
5.4.9.5.	Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte	189
5.4.9.6.	Zusammenhang des Anteils der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit und ÖGO-Mitgliedschaft	190
5.4.10.	<i>Arbeitsverhältnis</i>	190
5.4.10.1.	Arbeitsverhältnis in Abhängigkeit von der Basisausbildung	191
5.4.11.	<i>Einzel-/Gruppenpraxis</i>	191
5.4.11.1.	Zusammenhang ÖGO-Mitgliedschaft und Tätigkeit in Gruppenpraxen oder in Einzelpraxen	192
5.4.12.	<i>Kooperationen in Gruppenpraxen</i>	192
5.4.12.1.	Kooperationen in Gruppenpraxen in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	193
5.4.12.2.	Kooperationen in Gruppenpraxen in Abhängigkeit von der Basisausbildung	194
5.4.13.	<i>Einwohnerzahl des Arbeitsortes</i>	195
5.4.13.1.	Einwohnerzahl des Arbeitsortes in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region	196
5.4.13.2.	Einwohnerzahl des Arbeitsortes von in Praxisgemeinschaften und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen.....	196
5.4.13.3.	Einwohnerzahl des Arbeitsortes in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	197
5.4.14.	<i>Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag</i>	199
5.4.14.1.	Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von weiblichen und männlichen Osteopathen.....	201
5.4.14.2.	Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag in den drei NUTS1-Regionen	202
5.4.14.3.	Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von in einer Praxisgemeinschaft und Einzelpraxis arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen	202
5.4.15.	<i>Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche</i>	203
5.4.15.1.	Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen.....	204
5.4.15.2.	Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.....	205
5.4.15.3.	Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche in Abhängigkeit von der Basisausbildung	207
5.4.16.	<i>Anzahl neuer Patienten/ Patientinnen pro Arbeitswoche</i>	207
5.4.16.1.	Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen.....	209
5.4.16.2.	Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche in Abhängigkeit von der Basisausbildung	210
5.5.	PATIENTENREKRUTIERUNG.....	210

5.5.1.	<i>Empfehlungen</i>	210
5.5.1.1.	Häufigkeit von Empfehlungen in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region	212
5.5.1.2.	Häufigkeit von Empfehlungen durch in Praxisgemeinschaften und in Einzelpraxen arbeitende Osteopathen/Osteopathinnen.....	214
5.5.1.3.	Häufigkeit von Empfehlungen in Abhängigkeit von der Basisausbildung	214
5.5.2.	<i>Werbemaßnahmen</i>	215
5.5.2.1.	Homepage.....	217
5.5.2.2.	Folder.....	218
5.5.2.3.	Zusammenarbeit mit Ärzten	218
5.5.2.4.	Türschild.....	219
5.5.2.5.	Visitenkarten	219
5.5.2.6.	Verbandslisten	220
5.5.2.7.	Fachpublikationen	221
5.5.2.8.	Andere Werbemaßnahmen	221
5.6.	PREISE UND ARBEITSZEIT	221
5.6.1.	<i>Preis für Erstkonsultation</i>	221
5.6.1.1.	Preis für Erstkonsultation von weiblichen und männlichen Osteopathen	222
5.6.1.2.	Preis für Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit...	223
5.6.1.3.	Preis für Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Basisausbildung	225
5.6.2.	<i>Preis für Folgetermine</i>	225
5.6.2.1.	Preis für Folgetermine von weiblichen und männlichen Osteopathen.....	226
5.6.2.2.	Preis für Folgetermine in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	227
5.6.2.3.	Preis für Folgetermine in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region.....	229
5.6.2.4.	Preis für Folgetermine in Abhängigkeit von der Basisausbildung.....	229
5.6.3.	<i>Soziale Staffelung</i>	230
5.6.3.1.	Häufigkeit einer sozialen Staffelung der Behandlungspreise in Abhängigkeit von der Basisausbildung	232
5.6.4.	<i>Zeit für Erstkonsultation</i>	232
5.6.4.1.	Zeit für Erstkonsultation von weiblichen und männlichen Osteopathen	234
5.6.4.2.	Zeit für die Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte	235
5.6.4.3.	Zeit für die Erstkonsultation von in Gruppenpraxen und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen.....	235
5.6.5.	<i>Zeit für Folgetermin</i>	236
5.6.5.1.	Zeit für Folgetermin von weiblichen und männlichen Osteopathen	237
5.6.5.2.	Zeit für Folgetermin in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	238
5.6.5.3.	Zeit für Folgetermin in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte.....	239
5.6.6.	<i>Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr</i>	239
5.6.6.1.	Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr von weiblichen und männlichen Osteopathen.....	240
5.6.6.2.	Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.....	241
5.6.6.3.	Typische Anzahl von Konsultationen pro Jahr in Abhängigkeit von anderen professionellen Aktivitäten	243
5.6.6.4.	Typische Anzahl von Konsultationen pro Jahr in Abhängigkeit von der Basisausbildung ..	243
5.6.7.	<i>Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine</i>	244

5.6.7.1.	Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region	245
5.6.7.2.	Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine von weiblichen und männlichen Osteopathen.....	246
5.6.8.	<i>Terminvergabe nach Abschluss einer Behandlungsserie</i>	248
5.6.9.	<i>Verbindliche Termine</i>	248
5.7.	ARBEITSWEISE	248
5.7.1.	<i>Osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung</i>	248
5.7.1.1.	Erhebung einer osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung in Abhängigkeit von einer ÖGO-Mitgliedschaft	249
5.7.2.	<i>Häufigkeit der Verwendung osteopathische Techniken</i>	249
5.7.2.1.	Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen.....	252
	Die Verwendung von HVLA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen	252
	Die Verwendung von GOT-, TBA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen	253
	Die Verwendung von Flüssigkeitstechniken durch weibliche und männliche Osteopathen	255
	Die Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen.....	256
5.7.2.2.	Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Dauer der osteopathischen Tätigkeit	257
	Die Verwendung von funktionellen Techniken in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.....	257
	Die Verwendung von Weichteiltechniken in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	259
5.7.2.3.	Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken in Abhängigkeit von der osteopathischen Ausbildungsstätte	259
	Die Häufigkeit der Verwendung von HVLA-Techniken durch Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten	259
5.7.2.4.	Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen	260
	Die Verwendung von MET-Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.....	260
	Die Verwendung funktioneller Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.....	261
	Die Verwendung von Faszientechniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.....	261
	Die Verwendung von Weichteiltechniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.....	262
	Die Verwendung von Flüssigkeitstechniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.....	263
	Die Verwendung visceraler Manipulationen in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.....	265
	Die Verwendung neuro- und viscerocranialer Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.....	266
5.7.3.	<i>Empfehlungen für Patienten</i>	266

5.7.3.1.	Empfehlungen für Patienten in Abhängigkeit von anderen Einflussgrößen.....	268
5.7.4.	<i>Verwendung anderer Methoden</i>	269
5.7.4.1.	Verwendung anderer Methoden in Abhängigkeit von der Basisausbildung.....	271
5.7.4.2.	Verwendung anderer Methoden in Abhängigkeit von anderer professioneller Aktivität.....	272
5.7.5.	<i>Dokumentation</i>	273
5.7.5.1.	Unterschiede in der Dokumentation zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen ..	275
5.7.5.2.	Unterschiede in der Dokumentation in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte.....	275
5.7.5.3.	Unterschiede in der Dokumentation in Abhängigkeit von der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten	275
5.7.5.4.	Unterschiede in der Dokumentation durch in Praxisgemeinschaften oder Einzelpraxen tätigen Osteopathen/Osteopathinnen.....	276
5.7.5.5.	Ausmaß der Dokumentation in Abhängigkeit von einer ÖGO-Mitgliedschaft	276
5.7.6.	<i>Bevorzugte Patientengruppen</i>	276
5.7.6.1.	Bevorzugte Patientengruppen bei weiblichen und männlichen Osteopathen.....	279
5.8.	PATIENTENCHARAKTERISTIKA.....	279
5.8.1.	<i>Typisches Geschlecht der Patientenklientel</i>	279
5.8.1.1.	Typisches Geschlecht der Patientenklientel von weiblichen und männlichen Osteopathen.....	280
5.8.2.	<i>Alter der Patienten/Patientinnen</i>	281
5.8.2.1.	Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel.....	282
	Alter der in den letzten sechs Monaten von weiblichen und männlichen Osteopathen behandelten Klientel.....	283
	Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region	283
	Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.....	284
	Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel in Abhängigkeit von der Basisausbildung	286
5.8.2.2.	Häufigste Patienten-/innengruppen.....	286
	Häufigste Altersgruppen der Patienten-/innen bei männlichen und weiblichen Osteopathen.....	287
	Häufigste Altersgruppen der Patienten-/innen in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region	287
	Häufigste Altersgruppen der Patienten-/innen in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer	288
	Häufigste Altersgruppen der Patienten-/innen in Abhängigkeit von der Basisausbildung.....	289
5.8.3.	<i>Häufigkeit von Beschwerden</i>	290
5.8.3.1.	Beschwerden des Ellbogens	292
	Behandlungshäufigkeit von Beschwerden des Ellbogens in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen.....	292
	Behandlungshäufigkeit von Beschwerden des Ellbogens in Abhängigkeit von der Basisausbildung.....	293
5.8.4.	<i>Krankheitsbilder</i>	294
5.8.4.1.	Behandlungshäufigkeit von Schreibabys in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	296
5.8.4.2.	Behandlungshäufigkeit von Chronischer Otitis in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.....	296

5.8.4.3.	Behandlungshäufigkeit von Torticollis in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit	297
5.8.4.4.	Behandlungshäufigkeit von unspezifischen Beschwerden in Abhängigkeit von der Basisausbildung	298
5.8.4.5.	Sonstige Krankheitsbilder	299
6.	DISKUSSION	300
6.1.	ALLGEMEINES	300
6.1.1.	Fragebogenerstellung	300
6.1.2.	Rücklaufquote und Repräsentativität der Studie	302
6.2.	DEMOGRAPHISCHE DATEN	304
6.2.1.	Geschlecht, Alter und Basisausbildung	304
6.2.2.	Arbeitsstätten und Arbeitsverhältnisse	307
6.2.3.	Regionale Verteilung und Versorgungsdichte	311
6.3.	AUSBILDUNG UND BERUFSERFAHRUNG	315
6.3.1.	Ausbildungsstätten, Abschlüsse und Fortbildung	315
6.3.2.	Osteopathische Tätigkeitsdauer	318
6.3.3.	Zusätzliche professionelle Aktivitäten und Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit	319
6.4.	BEHANDLUNGSANZAHL, ARBEITSZEIT, PREISGESTALTUNG UND TERMINVERGABE	321
6.5.	ARBEITSWEISE	333
6.5.1.	Diagnose, Empfehlungen für Patienten/Patientinnen, Verwendung anderer Techniken und Spezialisierung	333
6.5.2.	Angewandte Techniken	335
6.5.3.	Dokumentation	339
6.6.	PATIENTEN-/PATIENTINNENREKRUTIERUNG	340
6.6.1.	Empfehlungen durch andere Berufsgruppen und Patienten/Patientinnen	340
6.6.2.	Werbemaßnahmen	342
6.7.	PATIENTENCHARAKTERISTIKA	344
6.7.1.	Bevorzugte Patientengruppen	344
6.7.2.	Altersstruktur der Patientinnen und Patienten	344
6.7.3.	Beschwerdebilder	347
6.7.3.1.	Beschwerden nach Körperregionen	347
6.7.3.2.	Krankheitsbilder	347
6.8.	INTERESSENSVERTRETUNG	349
7.	ZUSAMMENFASSUNG	352
7.1.	ALLGEMEINES	352
7.2.	DER ÖSTERREICHISCHE „STANDARD-OSTEOPATH 2011“	353
7.3.	HETEROGENITÄT IM BERUFSBILD ÖSTERREICHISCHER OSTEOPATHEN/OSTEOPATHINNEN	356
7.3.1.	Hervorstechende Charakteristika von männlichen Osteopathen	356
7.3.2.	Einflüsse der Berufserfahrung auf die osteopathische Tätigkeit	357
7.3.3.	Regionale Unterschiede in der osteopathischen Tätigkeit	357

7.3.4. Hervorstechende Charakteristika der Absolventen/Absolventinnen der WSO im Vergleich zu jenen anderer Ausbildungsstätten	358
7.3.5. Einflüsse der Ausübung zusätzlicher anderer professioneller Aktivitäten auf die osteopathische Tätigkeit	359
7.3.6. Einflüsse des Arbeitsverhältnisses auf die osteopathische Tätigkeit	359
7.3.7. Hervorstechende Charakteristika von Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften tätig sind	360
7.3.8. Unterschiede zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer Physiotherapieausbildung.....	360
7.3.9. Hervorstechende Charakteristika von ÖGO-Mitgliedern	362
7.4. VERÄNDERUNGEN IM VERGLEICH ZUR BEFRAGUNG IM JAHR 2003	362
7.5. VERGLEICH MIT INTERNATIONALEN DATEN	366
7.6. SCHLUSSFOLGERUNGEN	370
8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	372
9. TABELLENVERZEICHNIS	375
10. LITERATURVERZEICHNIS	381

ANLAGEN:

- 1 Einladungs-E-mail
- 2 Erinnerungs-E-mail
- 3 Fragebogen
- 4 Statistische Rohdaten (CD-ROM)
- 5 Ergebnisse der ANOVA (CD-ROM)

1. Ausgangspunkt und Zielsetzung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht die Osteopathie als eigenen Gesundheitsberuf an, der sich von anderen Berufen, die manuelle Techniken benutzen, wie Chiropraktik und Physiotherapie, unterscheidet. Die Ausbildung, Berufsvertretungen und internationalen Organisationen sind unabhängig von diesen anderen Berufen (OIA 2012: 4). In den WHO Benchmarks for Training in Osteopathy wird diese Unterscheidbarkeit folgendermaßen ausgedrückt: *“Although manual techniques are used by various manipulative therapy professions, the unique manner in which osteopathic manipulative techniques are integrated into patient management, as well as the duration, frequency and choice of technique, are distinctive aspects of osteopathy”* (WHO 2010: 3)

Dennoch ist die Osteopathie in Österreich, wie auch im Großteil Europas nicht als eigenständiger Gesundheitsberuf anerkannt (IAO 2012, OIA 2012). In Österreich gelten für die Osteopathinnen und Osteopathen die Berufsgesetze der jeweiligen medizinisch-therapeutischen Basisberufe (Ärztegesetz, MTD-Gesetz) (ÖGO 2005).

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO) setzt sich für die Anerkennung der Osteopathie ein und versucht einen einheitlichen „Osteopathischen Standard“ festzulegen, der über die Berufsgesetze der medizinisch-therapeutischen Basisberufe hinausgeht. Es handelt sich dabei um einen Verhaltenskodex für die ÖGO-Mitglieder, in dem die Rechte und Pflichten von Osteopathinnen und Osteopathen festgehalten werden und der die Werte und Ziele, die für eine Weiterentwicklung des osteopathischen Berufsstandes wichtig sind, darstellt und der Qualitätsstandards für die Osteopathie in Österreich setzen soll. *„Dieser Kodex soll gegenüber der Öffentlichkeit signalisieren, dass sich OsteopathInnen mit der Qualität ihrer Leistungen auseinander setzen und staatlichen Stellen, Aufsichtsbehörden und anderen Berufsgruppen Hintergrundinformation über die Osteopathie liefern“* (ÖGO 2012: s.p.).

Damit besteht Übereinstimmung mit der Einschätzung der WHO, dass das Einhalten von grundlegenden Maßnahmen, die die Patientensicherheit, sowie die Effizienz und Qualität der Therapie betreffen, eine Unterstützung für die nationalen Gesundheitsbehörden darstellt, um eine entsprechende gesetzliche Regelung zu erstellen. *„The appropriate use of TM/CAM therapies and products,*

however, requires consideration of issues of safety, efficacy and quality. This is the basis of consumer protection and is no different, in principle, from what underpins modern medical practice. Upholding basic requirements for the modern practice of TM/CAM therapies can support national health authorities in the establishment of adequate laws, rules, and licensing practices.” (WHO 2012: vii)

Insgesamt ist jedoch der Berufsstand der Osteopathen und Osteopathinnen sehr inhomogen. Cameron beschreibt diesen Zustand folgendermaßen: *„Die Osteopathie ist inzwischen ein vielseitiger, wenn auch kleiner Berufsstand. Die Vielfältigkeit resultiert nicht nur durch die verschiedenen Rassen, Persönlichkeiten und Ideologien der einzelnen Therapeuten, sondern auch durch Unterschiede zwischen Ländern und im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung und die minimalen Anforderungen für die Zulassung als Osteopath. Unterschiede der Geschichte, Ausbildung und Praxis der Osteopathie haben sowohl zu einem vielschichtigem Berufsbild geführt, als auch zu einer Diskussion über die praktischen Kompetenzen und die berufliche Identität.“* (Cameron, 1998: 282).

Das spiegelt sich alleine schon in der Vielfalt der Abschlussgrade wider, die in den zwei Jahrzehnten, in denen in Österreich Osteopathie gelehrt wird, möglich sind und die wiederum ein Zeichen für die Weiterentwicklung der Osteopathieausbildung, mit unterschiedlichem Umfang und Inhalt darstellt.

Gevitz sieht in den Osteopathischen Prinzipien das Verbindende, das für ein einheitliches und vom Arztberuf unterscheidbares Berufsbild und eine eigene Identität nötig ist: *„What do I mean when I refer to osteopathic principles? Simply put, they are those fundamental tenets of osteopathic medicine that guide how a physician approaches patients in health and disease. They offer a framework on how to evaluate the myriad intrinsic and extrinsic factors that bear upon wellness and sickness. They also provide meaning to what osteopathic physicians (DOs) do to keep patients healthy or restore them to health. For DOs, these principles are especially important with respect to the formation and maintenance of a professional identity that is distinct from that of allopathic physicians (MDs).“* (Gevitz 2006: s.p.)
Weiter betont er: *“The embodiment of a philosophy makes the osteopathic medical profession different from the profession it parallels.“* (Gevitz, 2006: s.p.).

Für Patientinnen und Patienten und vor allem auch für politische Verantwortungsträger sind diese Diskussionen eher von untergeordneter Bedeutung. Was für die Patientinnen und Patienten zählt, ist vor allem die Effizienz der Behandlungsmethode, die unabhängig vom gewählten Osteopathen/der gewählten Osteopathin sein sollte, die Verfügbarkeit von Osteopathen/Osteopathinnen und Behandlungsterminen, und nicht zuletzt der Kostenaufwand.

Für politische Verantwortungsträger ist hingegen die Gewährleistung von homogener Effizienz und Qualität, sowie der Kostenaufwand und -ersparnis maßgeblich.

Aufgrund der kurzen Zeit, in der eine osteopathische Ausbildung in Österreich möglich ist, und dadurch dass die osteopathische Tätigkeit erst seither im Wachsen und Etablieren ist, gibt es bisher kaum aktuelle Daten über das Tätigkeitsfeld der Osteopathinnen und Osteopathen und Inhalte der real praktizierten osteopathischen Tätigkeit.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, mit einer Befragung aller in Österreich registrierten Osteopathinnen und Osteopathen eine Grundlage dafür zu schaffen und anhand der Daten von Krönke (Krönke 2006) aufzuzeigen, wie sich die Osteopathie in den letzten Jahren verändert hat. Um eine Vergleichbarkeit mit diesen Daten sicherzustellen, wurde der Fragebogen von Krönke (2006) bei der Erstellung des aktuell verwendeten Fragebogens mitberücksichtigt.

Zusätzlich soll anhand Belgischer Daten des Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE 2010), deren Erhebungsbogen eine weitere Grundlage für die aktuelle Studie darstellt, ein internationaler Vergleich durchgeführt werden.

Durch die Vielfalt der Daten und die Teilnahme von mehr als der Hälfte aller Osteopathinnen und Osteopathen bietet sich eine seltene Chance, ein umfassendes Bild über die Osteopathie in Österreich zu liefern, homogene und heterogene Bereiche aufzuzeigen und daraus Rückschlüsse zu ziehen. Um möglichst viele Aspekte als potentielle Ausgangspunkte für weitere vertiefende Studien bereitzustellen und die Daten nicht unausgewertet „sterben“ zu lassen, überschreitet diese Arbeit den üblichen Umfang von Masterthesen.

Nach grundlegenden Informationen über die Ausbildungsmöglichkeiten und die Interessensvertretung der Osteopathen in Österreich, sowie die letzte Vollerhebung im Jahr 2003 (Krönke 2006) und die internationalen Vergleichsdaten (KCE 2010), wird im methodischen Teil auf die Fragebogenerstellung, die Forschungsfrage und Hypothesen und die Durchführung der Befragung eingegangen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse präsentiert und letztlich das Erarbeitete reflektiert. Zusätzlich wird aufgezeigt, welche „Lücken“ die Arbeit offen lässt, auftretende Schwierigkeiten während der Recherchen benannt und Ideen für mögliche Folgestudien gegeben.

2. Grundlagen

2.1. Die Interessensvertretung der Osteopathen/Osteopathinnen

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO) ist das offizielle Vertretungsorgan der Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich. 2003 waren 70% der Osteopathen/Osteopathinnen Mitglied der ÖGO (Krönke 2006: 36), was in etwa vergleichbar ist mit dem Anteil von Mitgliedern der Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen bei deren Berufsverband Physio Austria, der knapp 75% beträgt (Physio Austria 2012).

Feurstein gibt an, dass rund 82% der in Vorarlberg oder Tirol tätigen Osteopathinnen und Osteopathen Mitglied der ÖGO sind. Im benachbarten Bayern und Baden-Württemberg sind etwa 86 % der Osteopathen/Osteopathinnen Mitglied ihres nationalen Berufsverbandes, während in der Ostschweiz 91,7 % Verbandsmitglied sind (Feurstein 2006: 69-70).

Ziele der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie sind laut Selbstdarstellung der ÖGO auf deren Homepage, die Förderung und Anerkennung der Osteopathie, die Führung des Verzeichnisses aller Mitglieder und die Festlegung und Überwachung der Kriterien für osteopathische Ausbildungen in Österreich (ÖGO 2012B).

Laut Statuten besteht der Vorstand aus mindestens vier Mitgliedern, und zwar aus dem Obmann/der Obfrau und Stellvertreter/in, Kassier/in und Schriftführer/in. Die Funktionsperiode des Vorstands beträgt drei Jahre. Derzeit sind 12 osteopathisch ausgebildete Personen mit der Erfüllung der Aufgaben der ÖGO beschäftigt. Fünf Osteopathinnen oder Osteopathen bilden den Vorstand, weiters gibt es zwei

RechnungsprüferInnen, zwei kooptierte Vorstandsmitglieder und jeweils eine Person im Wissenschaftsbeirat und der FORE Vertretung und im Schiedsgericht (ÖGO 2012C).

Generell sind in Österreich mehr Männer als Frauen in der Freiwilligenarbeit tätig, wobei Frauen signifikant mehr Zeit pro Woche für die Freiwilligenarbeit aufwenden. Ausnahmen davon sind die Bereiche Religion mit 69% Frauenanteil, Bildung mit 65% und Soziales mit 53% Frauenanteil. Im Bereich Politik hingegen sind nur 28% der Freiwilligen Frauen. Männer nehmen insgesamt mehr als 70 % aller Leitungspositionen ein, obwohl sie nur 57 % der Freiwilligen ausmachen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2011)

In Europa gibt es derzeit nur in Großbritannien eine volle gesetzliche Regelung und somit Anerkennung der Osteopathie, in Belgien und Frankreich wurden zumindest Rahmengesetze verabschiedet, die in der Folge zu vollwertigen Berufsgesetzen ausgebaut werden sollen (IAO 2012). In Österreich und im Großteil der EU gelten hingegen für die Osteopathinnen und Osteopathen die Berufsgesetze der jeweiligen medizinisch-therapeutischen Basisberufe (Ärztegesetz, MTD-Gesetz) (ÖGO 2005). Laut Österreichischer Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO) sind die Begriffe „Osteopathie“, „Osteopath“ und „Osteopathin“ *„in Österreich derzeit rechtlich nicht geschützt und werden von verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichsten Ausbildungsstandards benützt.“* (ÖGO 2005: 4). Aus diesem Grund besteht von Seiten der ÖGO die Bestrebung ein eigenes Berufsgesetz zu initiieren, durch das ein offizieller Qualitätsstandard für Osteopathie sichergestellt wird, der derzeit nur von der ÖGO in einem Kodex (ÖGO 2005) definiert wird.

Durch eine Mitgliedschaft bei der ÖGO stimmt man diesem Kodex zu, der *„die bestehenden gesetzlichen Regelungen in ihrer ethnischen Dimension ergänzen und konkretisieren, das hohe Niveau der osteopathischen Arbeit von den Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO) sicherstellen und für die Öffentlichkeit kommunizierbar machen [soll]“* (ÖGO 2005: 4), wobei für eine ordentliche Mitgliedschaft derzeit eine Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie (WSO), am Universitätslehrgang für Osteopathie an der Donauuniversität Krems in Kooperation mit der WSO, an der International Academy of Osteopathy (IAO) und an der IAO in Kooperation mit dem FHG Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH vorausgesetzt wird (ÖGO 2012A).

Außer dieser Einschränkung, die bereits einen Mindestqualitätsstandard voraussetzt,

werden gegliedert nach den Themenbereichen „Fachliche Kompetenz und Sicherung von Qualitätsstandards“, „Behandlungsverhältnis“, „Datenschutz“, „Ordinationsgemeinschaften“, „Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz“, „PatientInnenbeschwerden und Ablauf des Beschwerdeprozesses“, „Forschung“, „Kommerzielle Aktivitäten von OsteopathInnen“, „Osteopathische Leistungen in der Öffentlichkeit“, „Persönliche Gesundheitsprobleme“, „Zusammenarbeit mit KollegInnen und VertreterInnen anderer Gesundheitsberufe“, „Kollegiales Verhalten“, sowie „Lehrtätigkeit und Supervision“ (ÖGO 2005), Richtlinien und Standards definiert, denen die Mitglieder der ÖGO verpflichtet sind. Bei schwerwiegenden Verstößen wird die Mitgliedschaft entzogen (ÖGO 2005:5).

Somit bestünde für Patientinnen und Patienten durch Auswahl von Osteopathen/Osteopathinnen, aus dem Mitgliederverzeichnis der ÖGO theoretisch eine hohe Sicherheit. Nachdem aber nicht anzunehmen ist, dass das den Patientinnen und Patienten bewusst ist, ist die Wirksamkeit dieser Maßnahmen begrenzt.

Ein wichtiger Schritt in Richtung Abgrenzung von langjährig und fundiert ausgebildeten Osteopathinnen und Osteopathen von eigendefinierten Osteopathinnen und Osteopathen, ist die Aufwertung der Osteopathieausbildung durch Masterlehrgänge an österreichischen Universitäten und Fachhochschulen (siehe Kapitel 2.2.1). Durch den Titel „Master of Science (Osteopathie)“ ist für die Patienten und Patientinnen sichergestellt, dass der betreffende Osteopath/die betreffende Osteopathin eine studienplangerechte universitäre Ausbildung erhalten hat. Die Dringlichkeit einer gesetzlichen Regelung besteht allerdings weiterhin und ergibt sich erstens dadurch, dass Studierende bereits ab dem vierten Kursjahr vor der klinischen Prüfung als „Osteopath in Ausbildung“ berechtigt sind, ihren Beruf auszuüben und zweitens, dass nicht alle Osteopathinnen und Osteopathen das Studium mit einer Masterthese abschließen und sich weiterhin als „Osteopath“ bzw. „Osteopathin“ bezeichnen.

2.1.1. Der Osteopathische Standard

In diesem Kapitel wird der von der ÖGO definierte „Osteopathische Standard“ ohne Berücksichtigung der für medizinische Berufe allgemeingültigen Punkte kurz zusammengefasst.

2.1.1.1. Beschreibung des osteopathischen Berufs

Im von der ÖGO herausgegebenen „Osteopathischen Standard“ (ÖGO 2005) werden, wie bereits oben ausgeführt, Bedingungen formuliert, die als Grundkonsens für die osteopathische Tätigkeit angesehen werden können. Auch hier werden die osteopathischen Prinzipien als das Bindeglied zwischen den individuellen Osteopathen hervorgehoben:

„Der osteopathische Beruf beruht auf den osteopathischen Prinzipien nach Dr. A.T. Still [...]. Kennzeichnend sind die Förderung und Unterstützung der Selbstheilungskräfte der PatientInnen. Das Mittel zum Zweck sind individuell ausgewählte und den osteopathischen Prinzipien angepasste osteopathische Techniken, die der/die OsteopathIn mit seinen/ihren Händen ausführt.“ (ÖGO 2005: 4).

Eingang in die Beschreibung des osteopathischen Berufs findet auch, dass die Auswahl osteopathischer Techniken nach sorgfältiger osteopathischer Anamnese, osteopathischer Befunderhebung und osteopathischer Diagnose erfolgt, wobei diese osteopathischen Daten *„im permanenten Dialog mit den Geweben des/der PatientIn überprüft und die therapeutischen Maßnahmen daran kontinuierlich angepasst [werden]“* (ÖGO 2005: 4).

2.1.1.2. Fachliche Kompetenz und Sicherung von Qualitätsstandards

„Die qualifizierte Ausübung des osteopathischen Berufes benötigt die permanente selbstkritische Prüfung der eigenen fachlichen und persönlichen Qualifikation, das Bemühen um deren Weiterentwicklung und die Beachtung der eigenen Grenzen.“ (ÖGO 2005: 5). Das soll durch fachlichen und kollegialen Austausch und fachspezifische Fortbildungen erfolgen, sowie eine kritische und eigenverantwortliche Auseinandersetzung mit den eigenen Kompetenzen aber auch Lehrinhalten.

2.1.1.3. Das Behandlungsverhältnis

In diesem Abschnitt des osteopathischen Standards werden Grundbedingungen für ein Behandlungsverhältnis definiert, die sowohl die allgemeine Einstellung des Osteopathen/der Osteopathin dem Patienten/der Patientin gegenüber betreffen, als auch formale Gesichtspunkte, wie Patientenaufklärung und –einverständnis, Dokumentation und Datenschutz oder Dauer und Preis der Behandlung.

Viele dieser Punkte sind für Gesundheitsberufe allgemeingültig und nicht spezifisch auf Osteopathen/Osteopathinnen beschränkt. Daher werden nur jene, die aufgrund der Formulierung oder des Themas als Osteopathie-spezifisch eingeschätzt werden, oder von besonderer Relevanz sind, auszugsweise zusammengefasst.

„OsteopathInnen haben die Würde, Glauben, kulturelle Werte und Rechte der PatientInnen und deren Angehörigen zu respektieren. Die Anerkennung des/der PatientIn als individuelle Persönlichkeit ist zentraler Bestandteil der osteopathischen Behandlung.“ (ÖGO 2005: 6). Ebenso ist auf den Schutz der Intimsphäre, insbesondere bei der Untersuchung und Behandlung von intimen Körperbereichen zu achten.

„Jede/r OsteopathIn hat die Selbstheilungskräfte seiner/ihrer PatientInnen mit den dafür am besten geeigneten Methoden und Techniken zu stimulieren. Der/die OsteopathIn ist im Rahmen des Behandlungsvertrages verpflichtet, sein Fachwissen mit aller Sorgfalt und Konzentration und unvoreingenommen einzusetzen. Er/sie muss sicherstellen, dass alle Personen, die ihn/sie bei dieser Tätigkeit unterstützen, ebenfalls kompetent und verantwortungsvoll handeln.“ (ÖGO 2005: 7).

Im Fall, dass die berufliche Kompetenz nicht ausreicht, muss der Osteopath/die Osteopathin *„andere Fachleute zu Rate ziehen oder den/die PatientIn an eine geeignete Person oder Institution weiter verweisen“* und den Patienten/die Patientin darin unterstützen, eine weitere adäquate Behandlungsmöglichkeit zu finden (ÖGO 2005: 7).

Das Behandlungsverhältnis darf vom Osteopathen/von der Osteopathin nicht zum eigenen Vorteil ausgenützt werden. So sollten unter anderem keine unnötigen oder unangemessenen Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt werden, die Behandlungsdauer nicht unangemessen verlängert werden, und keine unangemessenen Honorarforderungen gestellt werden (ÖGO 2005: 8).

„Die Höhe der Honorare soll verantwortungsbewusst und der Leistung angemessen festgesetzt werden und dem Ansehen des Berufsstandes nicht abträglich sein.“ (ÖGO 2005: 9).

Außerdem wird an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass Osteopathie auch jenen gesellschaftlichen Gruppen zugänglich gemacht werden soll, „[...] die sie aufgrund ihrer sozialen und finanziellen Situation derzeit nicht in Anspruch nehmen können“ (ÖGO 2005: 4).

2.1.1.4. Ordinationsgemeinschaften und berufliche Zusammenarbeit

Auch bei der Tätigkeit in Gemeinschaftspraxen muss die freie Behandlerwahl gewährleistet sein. Sollten mehrere Osteopathen/Osteopathinnen ein und denselben Patienten/ein und dieselbe Patientin behandeln, ist – nach Zustimmung des Patienten/der Patientin – sicherzustellen, dass zwischen den Behandelnden der nötige Austausch über den Behandlungsstand stattfindet. (ÖGO 2005: 11-12).

Im „osteopathischen Standard“ wird eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Osteopathinnen und Osteopathen mit Kollegen/Kolleginnen und Vertretern bzw. Vertreterinnen anderer Gesundheitsberufe einerseits zur Förderung und Wahrung des Ansehens des osteopathischen Berufs und andererseits zum Wohl des Patienten/der Patientin als wünschenswert angesehen. *„Im Dialog innerhalb der Osteopathie und mit anderen Wissenschaftsdisziplinen sollte der Beruf weiter entwickelt werden.“* (ÖGO 2005: 15), jedoch beinhaltet diese Zusammenarbeit umgekehrt auch die Weitergabe von Informationen (Befunde, Maßnahmen, und Ergebnisse der osteopathischen Behandlung), sofern der Osteopath/die Osteopathin vom Patienten/von der Patientin dazu ermächtigt, bzw. beauftragt wurde.

Letztlich werden die Osteopathinnen und Osteopathen auch aufgefordert, ihr Wissen mit weniger erfahrenen Kolleginnen und Kollegen und Osteopathen/Osteopathinnen in Ausbildung im Rahmen von Hospitationen, Supervisionen und Diskussionen zu teilen (ÖGO 2005: 16).

2.2. Die Osteopathen/Osteopathinnen

Och untersuchte die Persönlichkeitscharakteristika von Osteopathinnen und Osteopathen mittels des Freiburger Persönlichkeitsinventars und fand bei den Skalen „Lebenszufriedenheit“, „soziale Orientierung“, „Erregbarkeit“, „Aggressivität“, „körperliche Beschwerden“, „Gesundheitssorgen“, „Extraversion“ und „Emotionalität“ signifikant unterschiedliche Ergebnisse im Vergleich mit einem Normalkollektiv (Och

2011: 104). Laut Och sind die Osteopathen/Osteopathen typischerweise überdurchschnittlich sozial orientiert (Och 2011: 69). Obwohl sie in der Skala „Beanspruchung“ weder übermäßig stark beansprucht oder überfordert noch unterfordert sind (Och 2011: 76), weisen sie mehr körperliche Beschwerden auf, als das Normalkollektiv (Och 2011: 78), was Och auf eine mangelnde Abgrenzung zurückführt und worin auch der höhere Wert auf der Skala „Gesundheitssorgen“ beruht. Die Skalen „Aggressivität“, „Erregbarkeit“ und „Emotionalität“ weisen auf eine latente Aggressivität hin. Personen mit diesen Persönlichkeitsmerkmalen sind typischerweise oft im Stress, reizbar und erregbar, nervös und psychosomatisch gestört (Och 2011: 84).

Wesentlich für die vorliegende Studie sind daraus lediglich die soziale Orientierung und die Beanspruchung, während die anderen erhobenen Charakteristika, die in der Folge diskutiert werden, lediglich äußerlich sichtbare Aspekte behandeln.

2.2.1. Ausbildungsmöglichkeiten und Abschluss

2.2.1.1. Osteopathische Basisausbildung

„To be qualified for a profession you must have a complete training from persons who understand the science thoroughly, and know how to teach it. Like the qualified diplomats of any trade or profession, an osteopath is not made in a day or a single year. Simply standing by and seeing work done by a competent operator will not qualify you to take the responsibilities of life in your hands.“ (Still, 2000: 152).

Von der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO), dem Berufsverband der Osteopathinnen und Osteopathen (siehe Kapitel 2.1), wird die Osteopathieausbildung an den folgenden österreichischen Ausbildungsstätten als inhaltlich und dem Umfang entsprechend anerkannt:

- Wiener Schule für Osteopathie (WSO)
- Universitätslehrgang für Osteopathie an der Donauuniversität Krems (DUK) in Kooperation mit der WSO
- International Academy of Osteopathy (IAO)
- International Academy of Osteopathy (IAO) in Kooperation mit der FHG Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (ÖGO, 2012A).

Zusätzlich gibt es noch weitere Ausbildungsstätten, in denen jedoch nur der Teilbereich der craniosacralen Osteopathie gelehrt wird. Berthold fand österreichweit 17 Schulen, die jedoch die Bezeichnung „Osteopathie“ im Titel vermeiden (Berthold 2011: 62). Nachdem es sich dabei nicht um eine Gesamtausbildung in Osteopathie handelt, werden diese Schulen nicht weiter behandelt.

Aus Wilfling geht weiters hervor, dass auch die Österreichische Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin (ÖÄGMM) 2007 eine berufsbegleitende Osteopathieausbildung für Ärzte anbot (Wilfling 2007: 40), die auch aktuell (2012) in der selben Form auf der Homepage der ÖÄGMM (ÖÄGMM 2012) zu finden ist. Allerdings ist der Ausbildungsinhalt im Vergleich zu den von der ÖGO anerkannten Ausbildungsstätten stark reduziert (29 Tage Grundkurse, 6 Aufbaukurse ohne Zeitangabe und eine klinische Woche in den USA, worauf ein Diplom der Deutsch-amerikanischen Akademie für Osteopathie DAAO e.V. verliehen wird) (ÖÄGMM 2012). Den Ergebnissen vorgehend, nahm kein Absolvent dieses Lehrganges an der Befragung teil, weshalb auch diese Ausbildungsstätte nicht näher behandelt wird.

Als erste Ausbildungsstätte für Osteopathie in Österreich wurde 1991 die Wiener Schule für Osteopathie (WSO) mit Sitz in Wien gegründet. Davor war eine Osteopathieausbildung nur außerhalb Österreichs möglich. Seit 1991 gibt es laut WSO-Homepage ca. 400 Absolventen, ca. 520 Studenten stehen derzeit in Ausbildung. (WSO, 2012).

Seit Beginn des Kursjahres 2004/05 wird von der WSO auch in Kärnten in Kooperation mit dem Fortbildungszentrum Klagenfurt ein vollständiger Basislehrgang angeboten (WSO, 2012A).

Die Osteopathieausbildung an der WSO findet als berufsbegleitende Teilzeitausbildung für Angehörige medizinischer Berufe statt, wobei Grundvoraussetzung für die Zulassung ein medizinischer Beruf ist.

Aktuell werden Ärzte, Zahnärzte und Physiotherapeuten zur Basisausbildung zugelassen (WSO 2012B), früher waren als Quellenberuf zusätzlich Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen und Hebammen zugelassen. Da das aktuelle Berufsbild der Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen die osteopathische Tätigkeit nicht eindeutig erlaubt, sind Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen im Moment nur zum Universitätslehrgang zugelassen. Das neue erweiterte Berufsbild für

Ergotherapie, welches derzeit in Vorbereitung ist, würde jedoch eine Zulassung zur Osteopathieausbildung ermöglichen (Prenner 2012).

Die Tatsache, dass die Osteopathieausbildung erst nach einer Ausbildung in den oben genannten Bereichen möglich ist, wirkt sich auch auf die offizielle Berufsbezeichnung aus. Laut Riermeier (2011) geben 51% der Osteopathen/Osteopathinnen sowohl den Basisberuf (Dr. med. oder Physiotherapeut/Physiotherapeutin) und Osteopath/Osteopathin an. 36% der Osteopathen/Osteopathinnen bezeichnen sich offiziell als Osteopath/Osteopathin ohne Angabe des Basisberufs und 10,5% führen ausschließlich den Basisberuf an, wobei 38% der Ärzte/Ärztinnen, jedoch nur 2% der Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen auf die Bezeichnung Osteopath/Osteopathin verzichten. Die Stichprobe umfasste 66 Osteopathinnen und Osteopathen (Riermeier 2011: 69).

In Lammer (2008) sind es bei einer Stichprobengröße von n=101 Osteopathinnen und Osteopathen 22%, die ausschließlich die Berufsbezeichnung „Osteopath/Osteopathin“ angeben, 67% verwenden sowohl die Bezeichnung des Basisberufs als auch „Osteopath/Osteopathin“ und übereinstimmend mit Riermeier (2011) 11% nur die Bezeichnung des Basisberufs (Lammer 2008: 26).

Seit dem Kursjahr 2005/06 besteht an der WSO die Möglichkeit, an den fünfjährigen Basislehrgang der WSO einen Universitätslehrgang an der Donau Universität Krems (DUK) von zusätzlichen drei Semestern anzuschließen (bei gleichzeitiger Reduktion der Dauer der Basisausbildung um ein Semester) und damit den akademischen Abschluss „MSc (Osteopathie) (Master of Science in Osteopathie) zu erlangen. Zusätzlich verleiht die WSO den Titel „DiplomosteopathIn“ („D.O.“) (WSO 2012B).

Der akademische Grad „Master of Science (Osteopathie)“ ist zwar laut DUK § 12 (2) (DUK 2005: 4) nach Maßgabe einer Verordnung durch die Bundesministerin für Bildung, Wissenschaft und Kultur den Absolventinnen und Absolventen des Universitätslehrgangs zu verleihen, allerdings ist eine diesbezügliche Verordnung im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts (RIS 2012B) nicht enthalten.

Im Mitteilungsblatt 24/2008 der DUK ist die 138. Verordnung der Donau Universität Krems publiziert, in der im §12 (2) der entsprechende Passus in abgeänderter Form enthalten ist: *„Der Absolventin oder dem Absolventen ist der akademische Grad Master of Science (Osteopathie) – MSc zu verleihen [sic!]“* (DUK 2008:19).

Laut Homepage des österreichischen Ministeriums für Wissenschaft und Forschung (BMWF) erfolgt der Abschluss des Universitätslehrgangs „Osteopathie“ an der DUK mit dem Master of Science (MSc) in „Nursing“ (sic!) (BMWF 2012). Für diesen Abschluss ist ebenfalls keine Verordnung im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (RIS 2012B) zu finden.

Voraussetzung einer Zulassung zum Universitätszugang an der DUK ist wieder die Ausübung eines medizinischen Berufs (Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Hebammen) und eine osteopathische Basisausbildung im Ausmaß von mindestens 1100 Unterrichtseinheiten in mindestens 4 Jahren, bzw. das Absolvieren einer Vollzeitausbildung in Osteopathie mit mindestens 4500 Unterrichtseinheiten in mindestens 4 Jahren. In diesem Fall ist zusätzlich eine zumindest dreijährige Praxiserfahrung erforderlich (WSO 2012C).

Dieser Universitätslehrgang wird in Kooperation der WSO mit der Donau Universität Krems (DUK) angeboten und soll ab 2012 die einzig mögliche Abschlussvariante der Osteopathieausbildung an der WSO darstellen. Studierende haben somit nicht mehr die Möglichkeit die Ausbildung mit der klinischen Prüfung als „Osteopath“ bzw. „Osteopathin“ zu beenden. Mit dem Schreiben der Master-Thesis ist die Ausbildung dann als MSc. (Osteopathie) abgeschlossen (Prenner 2012).

Für Studierende, die noch nicht am Masterlehrgang teilnahmen, dauerte die Ausbildung an der WSO 12 Semester und endete nach Anerkennung einer Diplomarbeit mit der Verleihung des Titels „D.O.“ (Diplomierter Osteopath/Diplomierte Osteopathin). Ohne Diplomarbeit, jedoch nach Absolvierung der klinischen Abschlussprüfung bezeichneten sich die Absolventen als „Osteopath“ bzw. „Osteopathin“.

Aktuell dauert die Kombination Basislehrgang und Aufbaulehrgang an der WSO zumindest 13 Semester und umfasst 1100 Stunden im Basislehrgang und 750 im Masterlehrgang, in dem 410 Unterrichtseinheiten dokumentierter Praxisarbeit enthalten sind (WSO 2012B).

Laut §54 (3) des BGBl. I Nr. 120/2002 (Universitätsgesetz 2002 – UG), hat der Arbeitsaufwand für Masterstudien mindestens 120 ECTS-Anrechnungspunkte zu

betragen (RIS 2012), wobei Universitätslehrgänge eine Ausnahmestellung einnehmen. So ist in § 58. (1) geregelt, dass im Curriculum eines Universitätslehrgangs *„im jeweiligen Fach international gebräuchliche Mastergrade festgelegt werden [dürfen], die den Absolventinnen und Absolventen jener Universitätslehrgänge zu verleihen sind, deren Zugangsbedingungen, Umfang und Anforderungen mit Zugangsbedingungen, Umfang und Anforderungen entsprechender ausländischer Masterstudien vergleichbar sind“* (RIS 2012: s.p.).

Vergleichbare Lehrgänge gab es in Europa zum Zeitpunkt der Einrichtung des Universitätslehrgangs nur in Großbritannien, wobei diese Lehrgänge einen Arbeitsaufwand von umgerechnet 90 ECTS-Punkten aufwiesen. Dementsprechend wurde das Masterstudium an der DUK/WSO mit 90 ECTS-Punkten bewertet.

Nachdem für eine weiterführende universitäre Ausbildung (Doktorats- bzw. PHD-Studium) jedoch 120 ECTS-Punkte nötig sind, wird von der WSO seit dem Sommersemester 2012 ein zusätzlicher zweisemestriger Universitätslehrgang („Neue Entwicklungen in der Osteopathie“) in Kooperation mit der DUK angeboten, der die Aufstockung auf die erforderlichen 120 ECTS-Punkten ermöglicht und somit einen international anerkannten Status schafft (Prenner 2012).

Der Aufwand für diesen zusätzlichen Universitätslehrgang umfasst 155 Unterrichtseinheiten und 100 Unterrichtseinheiten dokumentierter Praxisarbeit, sowie das Erstellen einer Literaturstudie (WSO 2011:4).

Aufgrund der Vorgaben des 22. Bundesgesetz über die Universität für Weiterbildung Krems (DUK-Gesetz 2004) ist jedoch die Einrichtung eines Doktoratsstudiums an der DUK nicht möglich (RIS 2012A).

Aufgrund der hier beschriebenen Veränderungen und Erweiterungen in der osteopathischen Lehre an der WSO gibt es derzeit selbst an ein und derselben Ausbildungsstätte keinen einheitlichen Ausbildungsstand der Osteopathinnen und Osteopathen. Sowohl die Zulassungskriterien, Ausbildungsinhalte und Ausbildungstechniken (z.B. Supervisionen, Portfolio-Management), Anforderungen an die Qualität der Abschlussarbeiten und auch der Titel nach Abschluss der Ausbildung haben sich in der relativ kurzen Zeit seit Beginn der osteopathischen Lehre (auch während laufender Kurse) in Österreich stetig verändert.

Dazu kommt noch, dass konkrete Lehrinhalte vom jeweiligen Vortragenden abhängen, sodass zwar insgesamt der Rahmenlehrplan eingehalten wird, jedoch unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Mit dem Angebot anderer Schulen in Österreich, wird die Ausbildungssituation noch facettenreicher.

Die International Academy of Osteopathy (IAO) ist seit 2003 in Österreich vertreten. Derzeit studieren in Österreich etwa 200 Studenten Osteopathie an der IAO (IAO 2012 B). Neben den ursprünglich und weiterhin in Wien stattfindenden Kursen bietet die IAO seit 2009 in Kooperation mit der FHG in Innsbruck einen Lehrgang für Osteopathie an, der mit dem Master of Science (Osteopathie) abgeschlossen wird, wobei die Studiendauer mit fünf Jahren um ein Jahr kürzer ist, als jene an der WSO/DUK. Das wird dadurch erreicht, dass die Studierenden bereits ab dem vierten Kursjahr mit Modulen des zweijährigen Masterstudium beginnen können. Insgesamt sind im Curriculum 61,5 Semesterwochenstunden vorgesehen, die real 922,5 Ausbildungsstunden ergeben (FHG 2012).

Eine Ausbildung an der IAO wird von allen Europäischen osteopathischen Berufsverbänden anerkannt (IAO 2012). Zudem entspricht der akademische Grad den Bestimmungen des Bologna Prozesses und den "Benchmarks for Training in Osteopathy" der Weltgesundheitsorganisation (IAO 2012A). Die IAO-Zweigstelle an der FHG Innsbruck ist derzeit die einzige Ausbildungsstätte der international präsenten IAO, an der ein Abschluss mit dem „Master of Science (Osteopathy)“ möglich ist, wobei die FHG ihr Angebot auf Berlin und Gent ausgedehnt hat. An den anderen IAO-Standorten ist es möglich die Ausbildung mit dem Bachelor oder dem D.O. abzuschließen. Aufgrund der 120 ECTS-Punkte die mit dem Masterstudium erreicht werden, besteht die Berechtigung, ein Doktoratsstudium international direkt an diese Ausbildung anzuschließen (IAO 2012 C).

Ein weiterer grundlegender Unterschied besteht zwischen der WSO und der IAO darin, dass letztere auch für Studierende, die keinen Abschluss in Medizin, Physiotherapie oder Ergotherapie aufweisen, die Schulausbildung jedoch mit Matura abgeschlossen haben, ebenfalls offen ist, wobei in diesem Fall eine vierjährige Vollzeitausbildung vorgesehen ist, die mit dem BSc. (Osteopathie) abgeschlossen wird, ehe mit dem Masterstudium begonnen werden kann. Studierende mit einer

abgeschlossenen Ausbildung in einem der oben genannten Fächer absolvieren hingegen wie an der WSO eine Teilzeitausbildung (IAO 2012 C).

Auch an der IAO haben sich die Verhältnisse im Lauf der Zeit geändert. So schloss das fünfjährige Studium an der IAO in Österreich vor der Aufwertung zu einem Masterlehrgang mit dem Diplom in Osteopathie (D.O.) ab. IAO- Absolventen konnten den akademischen Grad „Bachelor of Science with Honours in Osteopathy“ der London Metropolitan University erlangen, da Curriculum und Diplom der IAO vom British College of Osteopathic Medicine und der London Metropolitan University anerkannt sind (IAO, 2010).

Ein Vergleich der Qualität der beiden Ausbildungen ist schwierig. Obwohl die Ausbildung an der WSO/DUK mit nur 90 ECTS-Punkten bewertet wird, und jene an der IAO/FHG mit 120 Punkten, ist der Aufwand für Studierende an der WSO/DUK höher (1575 gegenüber 922,5 Stunden). Hier ist ein kurzer Exkurs zu den ECTS-Punkten nötig.

1998 wurde in der „Sorbonne-Erklärung“ durch die BildungsministerInnen Deutschlands, Frankreichs, Italiens und des Vereinigten Königreichs das Ziel der „Harmonisierung der Hochschulsysteme“ definiert (Pithan 2008).

In der Folge fand eine Ministerkonferenz aller EU-/EFTA-/EWR- und assoziierten Staaten in Bologna statt, deren Ergebnis die sogenannte „Bologna- Erklärung“ vom 19. Juni 1999 ist, die von insgesamt 31 Ministerinnen und Minister aus 29 Staaten unterzeichnet wird (Pithan 2008).

Das Ziel der Bologna-Deklaration wird in „Higher Education in Europe“ folgendermaßen beschrieben: *„Its aim is to establish the European area of higher education and to promote the European system of higher education in the world. It proposes the adoption of a system of easily readable and comparable degrees, the establishment of a system of credits, and the elimination of all remaining obstacles to free mobility“*. (van der Wende, 2000)

Mit der Schaffung der European Higher Education Area (EHEA) wird auch ein Zugewinn an Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit der europäischen Bildungsinstitutionen im internationalen Vergleich gesehen. (Gerke et al. 2005)

Die unterzeichnenden Minister einigten sich auf einen Maßnahmenkatalog, der unter anderem dreistufige vergleichbare Studienabschlüsse (Bachelor/Master/Doktor) bzw. die Einführung eines Leistungspunktesystems (ECTS, das Europäische Credit Transfer System) vorsah (Gerke et al. 2005; BMWF 1999),

Mit dem ECTS ist gleichzeitig eine europaweite Vergleichbarkeit von Studien an unterschiedlichen Universitäten möglich. ECTS- Punkte sind eine Maßeinheit für den Gesamtaufwand (nicht nur Unterrichtszeit) von Lehrveranstaltungen bzw. gesamten Studien. 60 ECTS- Punkte entsprechen dabei dem Aufwand für ein Jahr eines Vollzeit- Studiums, der mit 1500 „Echtstunden“ festgelegt ist.“ (Engel 2009, UG 2002)

Trotz der Bestrebungen des Bologna-Abkommens gibt es allerdings noch keine europaweiten Regelungen über die automatische Anerkennung von akademischen Titeln, diese Anerkennung ist zwischen den einzelnen Staaten in bilateralen Abkommen geregelt. Die Abkommen Österreichs mit Deutschland und der Schweiz beinhalten z.B. auch explizit Mastertitel für Universitätslehrgänge, das Abkommen mit Italien nicht“ (Engel, 2009). Neben den in Österreich ansässigen Ausbildungsstätten, können für Interessenten an der Osteopathie-Ausbildung (vor allem in den westlichen Bundesländern) auch relativ grenznahe Ausbildungsstätten im deutschsprachigen Ausland von Interesse sein.

Zusammenfassend ergibt sich trotz der wenigen Ausbildungsstätten hinsichtlich Dauer und Ausmaß der Ausbildung und dem Ausbildungsabschluss ein inhomogenes Bild der Osteopathen/Osteopathinnen. So sind nach der Basisausbildung Ausbildungsabschlüsse als „OsteopathIn“, „D.O.“, „MSc“, „MSc D.O.“ und „BSc“ (und je nach Fortbildung weiteren, siehe Kapitel 2.2.1.2) möglich.

Aufgrund der Entwicklung des Ausbildungsangebots ist davon auszugehen, dass es im zeitlichen Verlauf ebenfalls Veränderungen in der Inanspruchnahme unterschiedlicher Ausbildungsinstitutionen gibt.

2.2.1.2. Fortbildung

Doktoratsstudium

Zur heutigen Zeit wird noch an keiner europäischen Universität ein formelles Doktoratsstudium für Osteopathie angeboten. Allerdings arbeitet die WSO an der Entwicklung dieser Möglichkeit. Zum Beispiel bereitet derzeit Großbritannien an der

„British School of Osteopathy“ einen PhD-Lehrgang (=Doktoratsstudium) vor, der auch Absolventen des österreichischen MSc-Lehrganges offen stehen wird (Engel, 2009).

Post-Graduate-Kurse an den Ausbildungsstätten für Osteopathie in Österreich

Während an der IAO/FHG derzeit keine Post-Graduate-Kurse angeboten werden, sind es an der WSO aktuell folgende:

- Behandlungssupervision
- Biodynamische Cranialosteopathie (mehrere Kursmodule)
- Osteopathie im Sezierraum (mehrere Themenbereiche)
- Die physikalische Untersuchung am Patienten
- Osteopathie und Physiologie – zwei untrennbare Betrachtungen
- Neue Entwicklungen in der Osteopathie (NEO) (WSO 2012D)

Post-Graduate-Kurse am osteopathischen Zentrum für Kinder

1998 wurde in Kooperation mit der WSO und dem Osteopathic Centre for Children in London (OCC) das Osteopathische Zentrum für Kinder (OZK) in Wien gegründet, wobei das OCC als Vorbild diente. Mittlerweile ist das OZK eine eigenständige Institution (OZK 2012).

Die Post-Graduate Ausbildung zum DPO (Diplomierter pädiatrischer Osteopath) dauert mindestens zwei Jahre, wobei das Training aus einer Mischung von praktisch-klinischer Arbeit unter Supervision im Rahmen eines pädiatrischen Ambulanzbetriebes und der Vermittlung von theoretischen Lerninhalten besteht.

Seit 2005 ist es im Rahmen dieser Ausbildung möglich, supervidierte Praktika an einer Frühgeburtensstation eines Wiener Krankenhauses und seit 2006 an einer Geburtensstation eines Wiener Krankenhauses zu absolvieren (OZK 2012).

Nach dem Verfassen einer Diplomarbeit wird diese Ausbildung mit dem Diplom für pädiatrische Osteopathie (DPO) abgeschlossen.

Weitere Post-Graduate Kurse

Weitere Kurse, wie beispielsweise das Faszienmodell nach Typaldos (FDM) stehen nicht nur Osteopathen/Osteopathinnen offen weshalb nicht näher darauf eingegangen wird.

2.2.2. Demographische und andere allgemeine Daten

Während 85% der derzeit in Krankenanstalten Beschäftigten in gehobenen medizinisch technischen Berufen Frauen sind (Statistik Austria 2012), gibt es in Österreich mehr niedergelassene Ärzte als Ärztinnen (66% vs. 33%, Statistik Austria 2012A). Das ist insofern interessant, da im Jahresbericht 2009 der Meduni Wien 629 Abschlüsse von weiblichen (63%), und nur 367 von männlichen Studierenden angegeben werden. Bei den Neuzulassungen ist das Verhältnis relativ ausgeglichen (432 Männer und 416 Frauen), ebenso bei den aktuell Studierenden, wo 3139 Männer und 3406 Frauen angegeben wurden (Medizinische Universität Wien, 2009: 131).

85% der Beschäftigten im Physiotherapeutischen Dienst und 92% im Ergotherapeutischen Dienst in Krankenanstalten sind Frauen (Statistik Austria 2012). Über die Geschlechtsverteilung unter freiberuflichen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen und Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen liegen keine Daten vor.

Bei der Vollbefragung 2003 waren 64% der Osteopathen weiblich und 36% männlich (Krönke 2006: 25), womit die Osteopathie einen geringeren Frauenanteil aufweist, als die anderen medizinisch technischen Berufe. In Deutschland sind ebenfalls vorwiegend Frauen osteopathisch tätig, die in Berlin und Umgebung und Bayern rund 60% und in den anderen östlichen Bundesländern bis zu 80% der Osteopathen stellen (VOD 2012). Zu einem anderen Ergebnis kommt Feurstein, der bei einer vergleichsweise kleinen Stichprobe von Osteopathinnen und Osteopathen (n=43) im Bodenseeraum (A, D, CH, FL) 63 % Männer und 37 % Frauen erreichte (Feurstein 2006: 25).

In Belgien sind nur etwa ein Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen Frauen (28%). Der Hauptanteil ist zwischen 40 und 59 Jahre alt (KCE 2010: 5).

In Krönke (2006) gaben 77% der Osteopathen/Osteopathinnen eine Physiotherapieausbildung und 20% ein Medizinstudium als Grundausbildung an (Krönke 2006: 25). In Deutschland und Belgien sind vergleichsweise wenige Ärzte vertreten. Aus stichprobenweise von der VOD Homepage (VOD 2012) ermittelten Daten (Bayern, Berlin und Umgebung, östliche Bundesländer) sind unabhängig von

der Region 2-3% der deutschen Osteopathen Ärzte, und in den westlichen Bundesländern ca. 25% in den östlichen jedoch 40% Physiotherapeuten, der Rest Heilpraktiker. In Belgien weisen nach KCE (2010) nur 1% der Osteopathen ein Medizinstudium und 83% eine Physiotherapieausbildung auf, 12% haben eine osteopathische Ausbildung ohne medizinischen Basisberuf und die restlichen 4% haben ihre Osteopathieausbildung basierend auf anderen Basisberufen (Akupunkteure, Ergotherapeuten, Podologen, Krankenschwestern, etc...) abgeschlossen. Rein osteopathisch arbeiten 73% und sowohl osteopathisch als auch physiotherapeutisch 15% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen (KCE 2010: 9, 20)

Laut deutscher Bundesärztekammer dürfen *„bestimmte ,osteopathische Techniken‘ [...] an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten delegiert werden. Ausgenommen davon sind aufgrund des erhöhten Risikopotenzials Manipulationen mit Impuls an der Wirbelsäule. Die Diagnose und Differentialdiagnose stehen unter Arztvorbehalt. Für die Delegation ist Voraussetzung, dass der delegierende Arzt die osteopathischen Techniken bzgl. ihrer Indikationen und Kontraindikationen kennt. Für die Delegation von „osteopathischen Techniken“ an Physiotherapeuten ist vom Arzt sicherzustellen, dass Physiotherapeuten in Hinblick auf die osteopathischen Leistungen entsprechend qualifiziert sind. Diese Forderung gilt auch für Ärzte, die osteopathische Techniken selbst anwenden.“* (Haas et al. 2009:s.p.)

Laut Krönke ist die Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen 2003 in Kärnten und Vorarlberg am geringsten, wo ein Osteopath auf etwa 186.500 bzw. 175.500 EinwohnerInnen kommt und in Salzburg und Wien mit einem Osteopathen/einer Osteopathin auf etwa 21.500 bzw. 22.500 EinwohnerInnen am höchsten (Krönke 2006: 24). Gemessen an der Gesamtzahl der Osteopathen und Osteopathinnen arbeiten 2003 34% in Wien (der einzigen österreichischen Stadt mit mehr als 500.000 Einwohnern), 20% in Städten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern und 13% in Orten unter 5.000 Einwohnern (Krönke 2006: 25).

2003 waren 93% der Osteopathen und Osteopathinnen selbständig und nur 7% angestellt, wobei 4% der Osteopathinnen und Osteopathen in Privatinstitutionen, 1% bei einer Versicherungsanstalt, 6% in Krankenhäusern und die restlichen 90% in

Privatpraxen tätig waren. Krönke nennt nur einen einzigen Osteopathen, der an mehreren Orten tätig war, wobei anzunehmen ist, dass dieser nur als exemplarischer Extremfall erwähnt wurde, da er an drei Arbeitsplätzen tätig war (Krönke 2006: 28).

86% der 2003 befragten Osteopathen und Osteopathinnen arbeiteten auch noch in ihrem Primärberuf, wobei dieser einen durchschnittlichen Anteil von 20,5% von ihrer Gesamttätigkeit einnimmt, die osteopathische Tätigkeit jedoch einen Anteil von 79,5% (Krönke 2006: 26).

Morandell, die die Integration der Osteopathie in der öffentlichen Gesundheitsversorgung Südtirols untersuchte, zeigt, dass osteopathisch Ausgebildete im Südtiroler Sanitätsbetrieb im ganzen Land, vor allem aber in den zentral gelegenen Strukturen angestellt sind und somit Österreich mit dem geringen Anteil an angestellten Osteopathen eine Sonderstellung einnimmt. Morandell führt zusätzlich an, dass 20% aller Südtiroler Ärzte des Rehabilitationsbereiches (fünf von 25) und nur 10% aller Physiotherapeuten der Rehabilitation (20 von 199) über eine osteopathische Zusatzausbildung verfügen (Morandell 2009: 44). Vergleichsdaten mit anderen Ländern liegen nicht vor.

Sechs Prozent der Osteopathinnen und Osteopathen gaben 2003 an, in einem medizinischen Spezialgebiet zu arbeiten, die allesamt der pädiatrischen Osteopathie zuzurechnen sind (Krönke 2006: 31).

2.2.3. Arbeitsverhältnisse der Osteopathinnen und Osteopathen

2.2.3.1. Lokalisation

Aufgrund der unterschiedlichen Entfernung von der bis vor kurzer Zeit einzigen Ausbildungsstätte für Osteopathie in Wien, ist anzunehmen, dass es Unterschiede in der Versorgung mit Osteopathinnen/Osteopathen in den einzelnen Bundesländern gibt. Bei Ärzten gibt es laut Statistik Austria einen immensen Unterschied in der Versorgungsdichte, wobei Wien mit 661 Ärzten pro 100.000 Einwohner annähernd doppelt so gut versorgt ist wie das Burgenland mit 352 Ärzten pro 100.000 Einwohnern (Statistik Austria 2012A).

Auch hinsichtlich der Versorgung mit Osteopathen/Osteopathinnen gibt es bundeslandspezifische Unterschiede. In Salzburg betrug das Verhältnis

Osteopath/In:Einwohner im Jahr 2003 etwa 1:21.500, in Wien 1:22.500 Einwohner, in Kärnten 1: 168.000 und in Vorarlberg 1: 175.500 (Krönke 2006: 24).

Generell arbeiten mehr als 50% in Städten mit über 100.000 Einwohnern (34% in Wien und 20% in Orten mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern) und nur 13% in Orten mit weniger als 5.000 Einwohnern (Krönke 2006: 25). Laut Statistik Austria leben jedoch nur etwa 29% der Österreicher/innen in Städten mit über 500.000 Einwohnern und 42% in Orten unter 5.000 Einwohnern (Statistik Austria 2012B).

Die Frage nach Gemeinschaftspraxen wurde in Krönke (2006) nicht behandelt, aus KCE (2010) geht jedoch hervor, dass viele belgische Osteopathen/Osteopathinnen (42%) in Gruppenpraxen arbeiten, wobei sie vorwiegend mit anderen Osteopathinnen und Osteopathen oder Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen zusammenarbeiten (KCE 2010: 5).

2.2.3.2. Arbeitszeit und Behandlungspreise

Arbeitszeit und Behandlungspreise pro Behandlung

Die vorgesehene Arbeitszeit und somit auch in vielen Fällen die Preisgestaltung unterscheiden sich für die Erstkonsultation und Folgetermine. Laut Krönkes Befragungsergebnissen aus 2003 benötigt ein Osteopath/eine Osteopathin für die Erstkonsultation im Durchschnitt M= 54 Minuten (Range: 30-75 Minuten), für die Folgetermine M=42 Minuten (Range: 30-60 Minuten) (Krönke 2006:33). Das ist vor allem auf die Dauer der Anamnese zurückzuführen, die bei der Erstbehandlung durchschnittlich M=13 Minuten in Anspruch nimmt, auch die Befunderhebung benötigt bei der Erstbehandlung mehr Zeit als bei den Folgebehandlungen, während hingegen die Behandlungszeit nur 31% der Zeit bei der Erstbehandlung und 51% bei Folgeterminen einnimmt (Krönke 2006:33).

Aus den belgischen Daten (KCE 2010) geht hervor, dass die Erstkonsultation bei 83% der Osteopathen/Osteopathinnen zwischen 30 und 60 Minuten dauert und bei 16% länger als eine Stunde, bei den Folgebehandlungen werden keine konkreten Zahlen angeführt, jedoch ist zumindest abzuleiten, dass der Großteil mehr als 30 Minuten dafür veranschlagt (KCE 2010: 6).

Krönke kommt bei ihrer 2003 durchgeführten Befragung zum Ergebnis, dass bei der Erstbehandlung 69% der Osteopathinnen und Osteopathen 50-75 Euro pro Behandlung verlangen und weitere 3% unter 50 Euro. Mehr als 100 Euro werden von 6% der Osteopathen und Osteopathinnen verlangt. Die restlichen 22% nehmen

zwischen 75 und 100 Euro für eine Erstbehandlung ein. Für Folgebehandlungen werden von 82% der Osteopathinnen und Osteopathen 50-75 Euro verlangt, 15% geben an, zwischen 75 und 100 Euro einzunehmen und die restlichen 3% unter 50 Euro (Krönke, 2006: 35).

In Österreich liegen die Kosten für eine osteopathische Behandlung somit deutlich über jenen in Belgien, wo hauptsächlich zwischen 25 und 50 Euro für die Erstkonsultation verlangt werden, und bei Folgebehandlungen oftmals ein weiterer Preisnachlass erfolgt (KCE 2010: 7-8).

Wie in Österreich werden hier die Kosten nicht von der Pflichtversicherung abgedeckt, eine Kostenübernahme durch private Zusatzversicherungen ist von der Polizze abhängig und nur auf Basis einer ärztlichen Verordnung möglich. Interessant ist, dass laut KCE 12% der Patienten aus Kostengründen keine Alternativmedizin in Anspruch nehmen (KCE 2010: 7-8).

Feurstein vergleicht die Preise der Vorarlberger und Tiroler Osteopathinnen und Osteopathen mit jenen in den Nachbarregionen des Bodenseeraums. Dabei zeigte sich, dass sowohl in diesen beiden Bundesländern als auch in Bayern und Baden-Württemberg der Großteil zwischen 56 und 80 Euro für die Erstbehandlung einnimmt (Ö: 82%, D: 71%), während in der Ostschweiz hauptsächlich Preise zwischen 81 und 105 Euro verlangt werden (83%). Zwischen 30 und 55 Euro werden Erstbehandlungen in Westösterreich von 9% der Osteopathinnen und Osteopathen angeboten, in Süddeutschland von 21% und in der Schweiz von keinem (Feurstein 2006: 64-66). Bei Folgebehandlungen verlangen annähernd zwei Drittel der westösterreichischen Osteopathen zwischen 56 und 80 Euro (64%), die restlichen zwischen 30 und 55 Euro. Hingegen sind die Preise für Folgebehandlungen in Süddeutschland häufiger billiger. Hier verlangen 43% zwischen 30 und 55 Euro, und 50% zwischen 56 und 80 Euro. In der Schweiz liegen die Preise wieder generell höher. 83% verlangen zwischen 81 und 105 Euro für die Folgebehandlung, die restlichen 17% zwischen 56 und 80 Euro (Feurstein 2006: 66-68).

Mit zunehmender Dichte der Versorgung mit Osteopathinnen und Osteopathen und somit höherer Konkurrenz entsteht ein Preisdruck, dem allerdings die Währungsinflation gegenübersteht. So entspricht der anhand des Warenkorb definierte Wert eines Euro im Jahr 2003 (Statistik Austria 2012C) im Jahr 2012 1,19 Euro.

Terminvergabe und Wartezeit auf einen Behandlungstermin

Im Durchschnitt behandelte im Jahr 2003 ein in Österreich tätiger Osteopath/eine in Österreich tätige Osteopathin 33 Patienten pro Woche und acht Patienten pro Tag (Krönke 2006: 34), was in einer ähnlichen Größenordnung liegen dürfte, wie der von KCE angegebene Maximalwert von 10 Patienten/Tag, der von 60% der belgischen Osteopathinnen und Osteopathen genannt wurde (KCE 2010: 9).

Laut Krönke erhalten Akutpatienten/-patientinnen in Österreich *durchschnittlich* fünf Konsultationen pro Jahr, Patienten mit chronischen Problemen sieben (Krönke 2006: 34), während 88% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen einen Patienten typischerweise *bis zu* fünf Mal im Jahr behandeln (KCE 2010: 9).

Österreichspezifische Daten zur Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Termin beim Osteopathen gibt es derzeit nicht. In KCE (2010) geben 57% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen an, einen Termin am selben oder nächsten Tag zu vergeben (KCE 2010: 6).

2.2.4. Patientenrekrutierung

Für die einzelnen Osteopathinnen/Osteopathen ist es von Interesse zu wissen, über welche Informationskanäle die Patientinnen/Patienten zu ihnen finden, um diese für Werbemaßnahmen nutzen zu können. Neben klassischen Methoden auf sich aufmerksam zu machen (Auflegen von Foldern, Inserate), nimmt das Internet (Homepage, soziale Netze) allgemein an Bedeutung für Werbezwecke zu. Die Nutzung dieser elektronischen Medien ist allerdings orts-, geschlechts- und altersabhängig, wobei das sowohl Patienten/Patientinnen als auch die Osteopathen/Osteopathinnen betrifft (Der Standard 2012).

Laut Rüscher ist Werbung im medizinischen Bereich streng reglementiert. Generell sind - die relevanten Aussagen des MTD-Gesetzes und des Ärztegesetzes zusammenfassend – eine vergleichende, unsachliche, diskriminierende, unwahre, oder marktschreierische Anpreisung oder Werbung, oder das Standesansehen beeinträchtigenden Information verboten (RIS 2012C, Rüscher 2007: 65-66). Fachlich richtige Informationen dürfen jedoch unter Berücksichtigung der oben

genannten Einschränkungen zu Werbezwecken genutzt werden (Rüscher 2007: 65-66).

Wagner-Scheidel beleuchtet die Hintergründe, wie ein Patient/eine Patientin zu einem Osteopathen/einer Osteopathin findet. So werden 15% der Patienten/Patientinnen von medizinischen Spezialisten, vorwiegend Orthopäden, angeregt einen Osteopathen aufzusuchen. Während Allgemeinmediziner/innen vergleichsweise selten diesbezüglich Empfehlungen aussprechen, suchen weitere 7% der Patientinnen und Patienten aufgrund einer Empfehlung von Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen einen Osteopathen/eine Osteopathin auf (Wagner-Scheidel 2006: 50).

Weiters ist von Interesse, dass 77% der Patienten/Patientinnen ihren behandelnden Osteopathen aufgrund von ausdrücklichen persönlichen Empfehlungen auswählen und somit nur ein vergleichsweise geringer Prozentsatz aufgrund eigener Recherchen (Wagner-Scheidel 2006: 50). Diese Empfehlungen erfolgen vorwiegend durch Freunde/Bekannte und Verwandte, seltener durch medizinische Spezialisten und kaum durch Allgemeinmediziner, wobei bei Kindern zusätzlich noch Hebammen und „erfahrene Mütter“ eine Rolle spielen (Wagner-Scheidel 2006: 25-27). Auch im Bereich der pädiatrischen Osteopathie sind Empfehlungen von Kinderärzten ein eher untergeordneter Grund für das Aufsuchen eines Osteopathen/einer Osteopathin (Wagner-Scheidel 2006: 53-54). Etwa 35% der pädiatrischen Patientinnen und Patienten werden aufgrund positiver Osteopathie-Erfahrungen der Eltern zur osteopathischen Behandlung gebracht (Wagner-Scheidel 2006: 52).

Laut Lammer kooperieren nur 16% der Osteopathinnen und Osteopathen nicht mit Ärzten, wobei auch sie feststellt, dass Kooperationen hauptsächlich mit Allgemeinmedizinern und Orthopäden bestehen. Lammer beschreibt, dass Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Grundausbildung als Physiotherapeut/In häufiger mit Allgemeinmedizinern kooperieren, als Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium und dass die Berufsbezeichnung ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit von Kooperationen hat. Gemäß Lammer bestehen signifikant häufiger Kooperationen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Osteopathen/Osteopathinnen, die sich als Physiotherapeut/In bezeichnen und Osteopathen/Osteopathinnen, die nur diesen Beruf angeben (Lammer 2008: 27-28).

Der persönliche Kontakt ist auch zwischen Osteopathen/Osteopathinnen und Ärzten/Ärztinnen der hauptsächliche Weg des Informationsaustausches (72%), gefolgt von Informationsblättern (27%), Broschüren (20%) und dem Internet (10%) (Lammer 2008: 32).

Mehrere Masterthesen der WSO/DUK widmen sich dem Thema „Wissensstand der Ärzte über Osteopathie“ (Wotruba 2010, Seewald 2007, Eppensteiner 2006).

Sowohl im Weinviertel als auch im Bezirk Bregenz geben etwa 40% der Ärzte an, bereits Patienten an Osteopathen/Osteopathinnen überwiesen zu haben, bzw. mit ihnen zu kooperieren (Wotruba 2010: 103, 112, Seewald 2007: 39, 42). Eppensteiner, die ihre Stichprobe vorwiegend in Wien und Niederösterreich gewonnen hat, gibt an, dass 49% der Ärzte/Ärztinnen bereits an einen Osteopathen/eine Osteopathie weiterverwiesen haben (Eppensteiner 2006: 59). Eventuell besteht also ein stadtspezifischer Einfluss.

Die Studien ergaben zumindest in Teilbereichen ein erhebliches Unwissen der Ärzte über Osteopathie, was ein Mitgrund dafür sein kann, dass eine Überweisung durch Ärzte/Ärztinnen eher von untergeordneter Bedeutung für die Patientenrekrutierung der Osteopathen/Osteopathinnen darstellt. Vor allem in der Zuordnung von kraftvollen und schmerzhaften Techniken zum osteopathischen Repertoire besteht bei der Mehrheit der Ärzte aller untersuchter Gebiete Unkenntnis (Wotruba 2010: 103, Seewald 2007: 28, Eppensteiner 2006: 67). Auch bei der Kenntnis über die Behandlung von Faszien, inneren Organen und Cranialbehandlungen, sowie darüber, ob Osteopathie nur eine energetische Behandlung darstellt, besteht ein hohes Maß an Unsicherheit (Wotruba 2010: 102). 53% der Weinviertler Ärzte haben zudem keine Kenntnis über die Möglichkeit auch Kinder osteopathisch behandeln zu können (Wotruba 2010: 103), während in Eppensteiner (2006) bei nur 26% der Ärzte Unkenntnis darüber vorgefunden wurde.

2.2.5. Arbeitsweise

Laut Krönke 2006 werden von der Mehrzahl der Osteopathinnen und Osteopathen (d.h. zumindest von 50%) *regelmäßig* Listening (von 96% der Osteopathen/Osteopathinnen), Viszerale Mobilisation (von 93%), indirekte craniosacrale Techniken (von 91%), myofasziale Techniken (von 79%) und

Gelenksmobilisationen (von 69% der Osteopathinnen und Osteopathen) angewendet.

Zusätzlich werden von der Mehrzahl der Osteopathinnen und Osteopathen (zumindest von 50%) regelmäßig bzw. gelegentlich direkte cranosacrale Techniken (von 86%), Recoil (von 79%), Thrusttechniken (von 78%), Induktion (von 77%), GOT (von 67%), Mitchell Techniken (von 66%) und von 56% der Osteopathinnen und Osteopathen Recoiltechniken an inneren Organen angewendet.

Hauptsächlich mit selten oder nie wird die Frage nach der Häufigkeit der Jones-Technik beantwortet (von 78% der Osteopathinnen und Osteopathen) (Krönke 2006: 30).

Aus dem Textteil des Reports des KCE geht lediglich hervor, dass 63% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen HVLA-Techniken und mehr als 77% sanfte Techniken (vorwiegend viszerale und cranosacrale Techniken) häufig bzw. sehr häufig benutzen, Triggerpunkttechniken werden von 33% in diesem Ausmaß angewandt (KCE 2010: 9). KCE beschreibt eine hohe Diversität unterschiedlicher Behandlungstechniken, die auf die unterschiedlichen Ausbildungsstätten für Osteopathie zurückgeführt wird (KCE 2010: 7). Zu diesem Ergebnis kommt auch Stemedseder, der einen Trend beschreibt, dass Absolventen des DOK (Deutsches Osteopathie Kolleg) während der Untersuchung und Behandlung viszerale Techniken häufiger verwenden, als jene der WSO. Möglich ist aber auch eine Änderung der Curricula an den Ausbildungsstätten (Stemedseder 2007: 81).

Zusätzliche nicht osteopathische Therapieformen, die von Krönke angeführt wurden, sind hauptsächlich Physiotherapie, die von 60% der Osteopathen/Osteopathinnen angeführt wurde und andere Verfahren von Infrarot- und Magnet-Therapie bis Yoga und Feldenkrais (Krönke 2006: 32). Physiotherapie ist auch laut Feurstein in Österreich die am häufigsten genannte zusätzlich zur Osteopathie ausgeübte Therapieform. So gaben rund 64% der Osteopathinnen und Osteopathen in Vorarlberg und Tirol an, zusätzlich physiotherapeutisch tätig zu sein. In Bayern und Baden-Württemberg sind es nur 7% der Osteopathen/Osteopathinnen, in der Ostschweiz und Liechtenstein jeweils ca. 50%. (Feurstein 2006: 52).

An osteopathischen Techniken gaben zwölf Therapeuten/Therapeutinnen in der Befragung von Krönke (2003) Typaldos Techniken, wie Triggerpoint-Techniken und

BLT, vier CV4, drei Techniken nach Tom Shaver und sechs nach Jim Jealous an (Krönke 2006: 30).

Krönke beschreibt, dass annähernd alle Osteopathinnen und Osteopathen Empfehlungen aussprechen, die das allgemeine Verhalten, Übungen oder die Ernährung betreffen (Krönke 2006: 31). Wagner-Scheidel kommt aufgrund von PatientInnenfragebögen zum Ergebnis, dass 34% der Patienten/Patientinnen regelmäßiges Trinken empfohlen wird, 32% Übungen gezeigt werden und 27% empfohlen wird, regelmäßig Sport zu betreiben (Wagner-Scheidel 2006: 51).

Weiters wird von 8% der Osteopathinnen und Osteopathen empfohlen, jährlich zwei präventive Osteopathietermine wahrzunehmen und 37% vereinbaren nach Beendigung eines Behandlungsblocks einen Kontrolltermin, der im Durchschnitt 1,3 Monate später stattfindet (Krönke 2006: 31). Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen ein Selbstverständnis als Präventivtherapeut/in aufweisen, bzw. dass der Großteil die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Symptome selbst entscheiden lässt, wann ein erneuter Therapietermin ratsam ist. Laut Tamkin sind bei Patienten und Patientinnen, die eigenständig darüber entscheiden können, bessere Erfolge zu beobachten, als bei therapeutenbestimmten Erhaltungsbehandlungen (Tamkin 2011: 33). Diese Vorgehensweise entspräche auch besser dem oftmals Still zugeschriebenen und häufig zitierten „Find it, fix it and leave it alone.“ (Murillo Kochen, 2008).

Wagner-Scheidel liefert Daten darüber, wie lange ein durchschnittlicher Behandlungsblock aus Sicht der Patienten/Patientinnen dauert. So gaben 41% der Patientinnen und Patienten, die bereits über die Erfahrung einer abgeschlossenen osteopathischen Behandlung verfügen, dass diese zumindest sechs Behandlungstermine umfasste (Wagner-Scheidel 2006: 47).

Empfehlungen anderer Therapieformen werden laut Wagner-Scheidel bei 13% der Patienten/Patientinnen ausgesprochen, wobei diese vorwiegend Massagen (11% der PatientInnen), Homöopathie (6%) und Physiotherapie (5%) betreffen (Wagner-Scheidel 2006: 51).

Krönke erhob in ihrer Studie auch Daten über die benötigte Zeit und das Ausmaß der Dokumentation der einzelnen Behandlungsschritte (Krönke 2006), wobei in der vorliegenden Arbeit nur der Dokumentation und der Frage nachgegangen wird, ob

die Osteopathen und Osteopathinnen bei jedem Behandlungstermin eine osteopathische Diagnose erstellen. Biberschick geht in seiner Masterthese der Frage nach, inwieweit Routineuntersuchungen in der Osteopathie sinnvoll eingesetzt werden können und zeigt in seiner Literaturzusammenfassung, aber auch bei den Experteninterviews, dass die Diagnose als der wichtigste Teil des gesamten osteopathischen Behandlungsprozesses aufgefasst wird (Biberschick 2010). Biberschick fasst zusammen, dass *„Routineuntersuchungen, allgemeine Untersuchungen oder manuelle Übersichtsdiagnosen [...] ein wesentlicher und zentraler Bestandteil des gesamten osteopathischen Untersuchungs- und Diagnoseprozesses [sind]“* (Biberschick 2010: 21), wobei Fossum davon ausgeht, dass eine richtige Diagnose 75% einer erfolgreichen Behandlung ausmacht (Fossum 2010).

Feurstein wiederum widmet sich beim Vergleich der deutschen, schweizerischen, liechtensteinischen und österreichischen Osteopathinnen und Osteopathen im Bodenseeraum (Bayern, Baden-Württemberg, Vorarlberg, Tirol, Liechtenstein, Ostschweiz) unter anderem dem Thema Dokumentation und stellt fest, dass in den erfassten beiden österreichischen Bundesländern am ausführlichsten dokumentiert wird. Abgefragt wurde das Dokumentationsverhalten bei den Punkten Anamnese, Inspektion, Palpation, Bewegungstests, Therapieplan, ausgeführte Therapie und Resultate. Es zeigt sich, dass alle österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen (100%) die abgefragten Punkte mit Ausnahme des Therapieplans, der nur von 55% schriftlich festgehalten wird, dokumentieren (Feurstein 2006: 51).

Krönke kommt 2003 zu einem anderen Ergebnis. Laut ihrer Befragung werden nur die Anamnese und die durchgeführte Behandlung von über 90% der Osteopathen und Osteopathinnen dokumentiert und die Behandlungsergebnisse von etwa 70%. Während der Therapieplan von nur etwa 35% der Osteopathen/Osteopathinnen dokumentiert wird, werden die anderen Punkte von 60 bis 70% der Osteopathen und Osteopathinnen aufgezeichnet (Krönke 2006: 31).

2.3. Patientencharakteristika

Generell werden Naturheilmittel und andere alternativmedizinische Methoden hauptsächlich von Frauen und Angehörigen höherer Bildungsschichten in Anspruch genommen (Marstett, 2003, Häußermann, 1997).

Sumesgutner (2007) kommt bei einer Patientenbefragung zu Ergebnissen, die diese allgemeine Aussage auch für die Osteopathie bestätigt. So bestand die Patientenklientel der untersuchten Wiener Osteopathiepraxen aus 73% Frauen. 24% der Patienten/Patientinnen hatten einen Hochschulabschluss und 19% einen Gymnasialabschluss mit Matura (Sumesgutner 2007: 21). Betrachtet man den Anteil dieser Ausbildungsgruppen an der österreichischen Gesamtbevölkerung, (14,1% Hochschulabschluss, 14,6% Gymnasialmatura; Statistik Austria 2012D), zeigt sich auch hier ein übereinstimmendes Bild. Der größte Anteil der Patientinnen und Patienten ist der Mittelklasse zuzurechnen (49,7%) und ist zwischen 31 und 50 Jahre alt (48%). Das durchschnittliche monatliche Nettohaushaltseinkommen von 37% der Patienten/Patientinnen liegt über 4.000 Euro, allerdings gaben 13% auch ein Haushaltseinkommen von unter 1.250 Euro pro Monat an (Sumesgutner 2007: 26).

Auch Wagner-Scheidel kommt zum Ergebnis, dass vorrangig Frauen die Hilfe von Osteopathen und Osteopathinnen in Anspruch nehmen, wobei sie einen mit Sumesgutner (2007) gut übereinstimmenden Frauenanteil von 70% angibt. Laut Wagner-Scheidel besteht die Klientel vorwiegend (zu 60%) aus Patienten im Alter zwischen 30 und 49 Jahren (Wagner-Scheidel 2006: 47). Bei Kindern fand Wagner-Scheidel jedoch ein ausgewogenes Geschlechtsverhältnis vor, wobei sich etwa die Hälfte der pädiatrischen Patienten/Patientinnen im Vorschulalter befindet (Wagner-Scheidel 2006: 52).

Laut KCE gibt es in Belgien keinen signifikanten Unterschied im vorrangig behandelten Geschlecht der Patientenklientel zwischen männlichen und weiblichen Osteopathinnen/Osteopathen (KCE 2010: 4).

In Belgien besteht die Patientenklientel der Osteopathen/Osteopathinnen hauptsächlich aus Erwachsenen und Babys, während Jugendliche viel seltener behandelt werden. KCE führt die hohe Anzahl an Babys auf die Spezialisierung mancher Osteopathen/Osteopathinnen auf pädiatrische Osteopathie zurück, die von manchen Ausbildungsstätten (wie in Österreich am Osteopathischen Zentrum für Kinder) angeboten wird (KCE 2010: 4).

Nachdem Mundpropaganda einen wichtigen Aspekt für die Patientenrekrutierung darstellt, ist es wahrscheinlich, dass Osteopathinnen und Osteopathen mit

Patienten/Patientinnen mit ähnlichen Krankheitsbildern bzw. Erscheinungsbildern, die sie erfolgreich behandelt haben, konfrontiert sind.

Eine Erhebung der Häufigkeit von bestimmten Symptomen/Erkrankungen kann daher einen Einblick geben, in welchen Bereichen der Osteopathie von den Patientinnen und Patienten typischerweise Erfolgsaussichten zugeschrieben werden.

Hauptindikationen für das Aufsuchen von Osteopathen/Osteopathinnen sind in Belgien bei Babys gastroösophagealer Reflux und Schreibabys und bei Erwachsenen Lumbago und Ischias (KCE 2010: 4-5). Wagner-Scheidel beschreibt anhand der Ergebnisse von Patientenfragebögen, dass in Wien der Hauptgrund von Eltern ihr Kind osteopathisch behandeln zu lassen, ein allgemeiner Gesundheitscheck ist (35%), gefolgt von Gelenksfehlstellungen (28%) und Verdauungsproblemen (22%) (Wagner-Scheidel 2006: 53-54).

Lumbago wird in KCE (2010) als herausragendes Hauptmotiv für die Inanspruchnahme von Osteopathie von 54% der belgischen Osteopathen und Osteopathinnen genannt, Ischiasbeschwerden von nur mehr 12%, stressbedingte Beschwerden von 8% und Kopfschmerzen und Migräne von 5%. Alle anderen Motive werden nur von weniger als 5% der Osteopathinnen und Osteopathen genannt, wobei gastroösophagealer Reflux und Schreibabys von 4% bzw. 3% als Grund für das Aufsuchen eines Osteopathen/einer Osteopathin genannt wurden (KCE 2010: 4). Es ist anzumerken, dass die Häufigkeit der Nennung anhand einer Abbildung (KCE 2010: 4) abgeschätzt wurde und daher keine exakten Zahlen darstellt.

In KCE (2010) wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass aus wissenschaftlichen Studien gesichert nur eine geringe kurzfristige Wirksamkeit bei Lumbalgie und Schmerz abzuleiten ist und dass es bei Säuglingen keinen nachweisbaren Effekt auf Torticollis, gastroösophagealen Reflux und Koliken oder verwandte Affektionen gibt. Keine Belege sieht die KCE außerdem für die Wirksamkeit visceraler, craniosacraler Osteopathie und iliosacralen Manipulationen (KCE 2010: 18), verweist aber auf die Patientenzufriedenheit („*En effet, la satisfaction des patients est un indicateur qui y est peu pris en compte.*“ (KCE 2010: 18)).

Allerdings seien die von Osteopathen/Osteopathinnen genutzten funktionellen Techniken auch in anderen manualtherapeutischen Therapieformen gebräuchlich, so dass sie nicht osteopathiespezifisch genutzt werden (KCE 2010: 18).

Allgemein bemängelt wird die oftmals mangelnde Qualität der Studien. Außerdem sei die beschriebene Wirkung oftmals nur schwer von einem Placeboeffekt zu differenzieren, wobei das durchaus differenziert gesehen wird, da sich auch die medizinische Fachliteratur damit beschäftigt, wie der Placeboeffekt vor allem bei der Schmerzbehandlung genutzt werden kann (KCE 2010: 18).

3. Fragebogenerstellung und Grundlagen

Dem Fragebogen liegen die zwei, bereits in Kapitel 2.2 vorgestellten Studien von Krönke (Krönke 2006) und vom belgischen Centre Fédérale d' Expertise des Soins de Santé (KCE 2010) zu Grunde, die in einem intensiven Diskussionsprozess mit Patrick van Dun überarbeitet und zusammengeführt wurden.

Krönke führte 2003 eine Befragung zur Bestimmung der Position der Osteopathie im österreichischen Gesundheitssystem und des Selbstbilds der österreichischen Osteopathinnen und Osteopathen durch, das Centre Fédérale d' Expertise des Soins de Santé eine Befragung, um zu Datenmaterial für die Bewertung der Osteopathie (und Chiropraxis) aus schulmedizinischer Sicht zu gelangen.

Die Entscheidung zu Gunsten der in diesen beiden Studien genutzten Fragebögen wurde unter dem Aspekt getroffen, dass durch deren Kombination

- die Entwicklung und Veränderung im Feld der Osteopathie während der letzten acht Jahre herausgearbeitet werden kann, und
- ein Vergleich mit internationalen Daten durchgeführt werden kann und somit für die österreichischen Osteopathen und Osteopathinnen charakteristische Aspekte herausgearbeitet werden können.

Zur internationalen Vergleichbarkeit ist anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Fragebogenerstellung im Gespräch war, dass der Fragebogen der KCE (KCE 2010) nicht nur in Belgien, sondern auch in Großbritannien eingesetzt wird. Bislang liegen jedoch keine Ergebnisse vor, sodass nur ein Vergleich mit der Situation in Belgien möglich ist.

Generell sollte die Befragung eine aktuelle Bestandsaufnahme der in Österreich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen möglich machen.

3.1. Forschungsfrage

Aufgrund der seit 2003 geänderten Ausbildungssituation (weitere Ausbildungsangebote, Aufwertung der Ausbildung), ist davon auszugehen, dass sich seit der letzten Vollerhebung 2003 eine Veränderung im Ausbildungsinhalt und in der Anzahl der Absolventen und Absolventinnen ergeben hat, die in weiterer Folge zu einer Veränderung in der Versorgungsdichte, der Auslastung und einer Erhöhung des Angebots auch in kleinere Orten, geänderten Behandlungspreisen aber auch in einer Veränderung der angewendeten Techniken geführt haben könnte.

Weiters sollen Einflüsse auf diese Punkte, aber auch auf eine ÖGO-Mitgliedschaft und die Arbeitsweise untersucht werden, um ein umfassendes Bild der österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen zu liefern.

Dementsprechend wird mittels der im Folgekapitel vorgestellten Fragen (Fragebogen siehe Anlage 3) eine Vollbefragung aller in Österreich ansässigen Osteopathen und Osteopathinnen durchgeführt, um den aktuellen Status-quo zu erheben und deren Ergebnisse sowohl im internationalen Kontext, aber auch im Vergleich zur Situation im Jahr 2003 betrachtet.

3.2. Fragebogenaufbau

Vorweg ist anzumerken, dass die Daten einerseits durch eine Onlinebefragung und andererseits mittels postalisch versandten Fragebögen gewonnen wurden (siehe Kapitel 4). Während die Antworten bei der Onlinebefragung in formaler Hinsicht gesteuert werden konnten, war das im anderen Fall nicht möglich. Andere, insbesondere inhaltliche Unterschiede bestanden zwischen den beiden Befragungsformen nicht.

In weiterer Folge werden im Anschluss an die Vorstellung der einzelnen Fragen, die in der aktuellen Befragung zur Verwendung kamen, die Gründe für die Fragestellung kurz zusammengefasst (für weitergehende Informationen siehe Kapitel 2) und die der Arbeit zugrundeliegenden (Null-)Hypothesen formuliert. Zusätzlich wird auf die formalen Charakteristika der Fragestellung eingegangen.

Frage 1: Geschlecht

weiblich männlich

Das Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen ist einerseits ein Maß für die Repräsentativität der Stichprobe, andererseits ist zu erwarten, dass männliche Osteopathen und Osteopathinnen in manchen Belangen eine andere Sichtweise aufweisen, bzw. dass durch die traditionelle Mehrfachbelastung der Frauen auch hinsichtlich der Arbeitszeit Unterschiede bestehen. Das betrifft angewandte Techniken (Pingitzer 2008), Arbeitszeit, das Engagement bei der ÖGO, den Basisberuf und den Grad des Ausbildungsabschlusses aber auch Einkommensunterschiede. Laut Statistik Austria betrug der geschlechtsspezifische Lohnunterschied im Jahr 2010 24% (Statistik Austria 2011).

In Pingitzer (2008) ist ersichtlich, dass länger tätige Osteopathinnen und Osteopathen signifikant seltener Trusttechniken anwenden als Berufseinsteiger. Rund 80% der länger tätigen Osteopathen/Osteopathinnen versuchen zuerst eine andere Technik, auch wenn ein Trust angebracht wäre, während es bei den kürzer tätigen nur 58% sind. Ebenfalls ist aus dieser Studie erkennbar, dass vorwiegend Frauen zögern, einen Trust einzusetzen (Pingitzer 2008: 101). Anzunehmen ist ebenfalls, dass intime Techniken (z.B. intravaginal, rektal) vorzugsweise von gleichgeschlechtlichen Osteopathen/Osteopathinnen durchgeführt werden.

Es werden folgende Nullhypothesen aufgestellt und unter Berücksichtigung der Antworten auf diese Frage, die somit die unabhängige Variable darstellt, überprüft:

- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht darin, ob sie ÖGO-Mitglieder sind, oder nicht.
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht im aktiven Engagement bei der ÖGO.
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in der Basisausbildung (Physiotherapie, Medizin, anderes).

- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in der durchschnittlichen Dauer ihrer osteopathischen Tätigkeit (d.h. es gibt keine Veränderungen in der Attraktivität der Ausbildung für Männer und Frauen).
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht darin, ob sie zusätzliche andere professionelle Aktivitäten ausüben und im Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit.
- Das Geschlecht der Osteopathinnen und Osteopathen hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von freiberuflicher Tätigkeit, Angestelltentätigkeit oder einer Kombination von beidem.
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in der Wartezeit der Patienten auf einen Behandlungstermin.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Anzahl behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in der Anzahl behandelter Patienten pro Arbeitstag/-woche für eine osteopathische Behandlung (Erstbehandlung, Folgebehandlung)
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Patienten, Ärzte, Therapeuten, Kollegen und andere.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung unterschiedlicher Werbemaßnahmen (Homepage, Folder, Türschild, Visitenkarten, Inserate, ...).
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in den Preisen für eine osteopathische Behandlung (Erstbehandlung, Folgebehandlung)
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in der sozialen Staffelung der Behandlungspreise.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der veranschlagten Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob mit bestimmten Patientengruppen bevorzugt in der Praxis gearbeitet wird.
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in der Patienten Klientel (Geschlecht, Alter, Beschwerdebilder)
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in den angewandten Techniken.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob eine osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung durchgeführt wird oder nicht.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob Informationen dokumentiert werden oder nicht.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob nicht osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.
- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.

Vom auswertenden Statistiker, Dipl.-Ing. Dr. Gebhard Woisetschläger, wurden zusätzlich auch noch die hier nicht explizit angeführten Variablen unter Verwendung des Geschlechts als unabhängiger Variable auf signifikante Unterschiede untersucht und die Ergebnisse in Tabellenform zur Verfügung gestellt.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „männlich“ und „weiblich“ (Nominalvariable). Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung so getroffen, dass die Beantwortung dieser Frage notwendig war, um zur nächsten Frage zu gelangen.

Frage 2: Alter:

20-29

30-39

40-49

50-59

>59

Mit der Erhebung des Alters kann abgeschätzt werden, wie sich die Versorgung mit Osteopathen/Osteopathinnen verändern wird und welche Absolventenzahlen zur Erhaltung der Versorgungsdichte notwendig sind. Nachdem Osteopathie im zweiten Bildungsweg erlernt wird und in Österreich seit 1991 unterrichtet wird (WSO 2012), sind die ersten in Österreich ausgebildeten Osteopathinnen und Osteopathen mindestens 41 Jahre alt und somit in absehbarer Zeit erste Pensionierungen zu erwarten.

Nachdem zu erwarten ist, dass die ebenfalls erhobene Dauer der osteopathischen Tätigkeit mit dem Alter korreliert, wurde das Alter der Osteopathen/Osteopathinnen nicht als unabhängige Variable benutzt, sondern eingehendere Untersuchungen nur in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit durchgeführt.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Antworten in 10-Jahresintervallen (Ordinalvariable). Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung wieder so getroffen, dass die Beantwortung dieser Frage notwendig war, um zur nächsten Frage weiterzukommen.

Frage 3: Sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?

ja nein

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie ist das offizielle Vertretungsorgan der Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich. Anhand der Mitgliederzahl kann, da die Mitgliedschaft freiwillig ist, abgeschätzt werden, ob sich die Osteopathinnen und Osteopathen durch die ÖGO entsprechend vertreten fühlen oder nicht.

Eine Voraussetzung für eine ÖGO-Mitgliedschaft ist die Einhaltung von bestimmten Qualitätsnormen (siehe Kapitel 2.1.1 -Der osteopathische Standard).

Es werden folgende Nullhypothesen aufgestellt und unter Berücksichtigung der Antworten auf diese Frage, die die unabhängige Variable darstellt, überprüft:

- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen einer ÖGO-Mitgliedschaft und der Ausbildungsstätte der Osteopathen/Osteopathinnen.

- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen einer ÖGO-Mitgliedschaft und dem Grad des Ausbildungsabschlusses der Osteopathen/Osteopathinnen.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen einer ÖGO-Mitgliedschaft und der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen einer ÖGO-Mitgliedschaft und der Tätigkeitsdauer der Osteopathen/Osteopathinnen.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen einer ÖGO-Mitgliedschaft und der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen einer ÖGO-Mitgliedschaft und dem Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Privatpraxen oder anderen Institutionen arbeiten (Krankenhaus, Physikalisches Institut, Rehabilitationszentrum) unterscheiden sich nicht darin, ob sie Mitglied der ÖGO sind, oder nicht.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Einzelpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten unterscheiden sich nicht darin, ob sie Mitglied der ÖGO sind, oder nicht.
- ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder unterscheiden sich nicht in der durchschnittlichen Wartezeit ihrer Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder unterscheiden sich nicht in der Nutzung unterschiedlicher Werbemaßnahmen.
- ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder unterscheiden sich nicht in einer sozialen Staffelung ihrer Behandlungstarife.
- ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder unterscheiden sich nicht in der Befunderhebung bei jeder Sitzung.
- ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder unterscheiden sich nicht im Ausmaß der Dokumentation.

Als abhängige Variable dient diese Variable bei der Überprüfung folgender Nullhypothesen:

- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht darin, ob sie ÖGO-Mitglieder sind, oder nicht.

- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob eine ÖGO-Mitgliedschaft besteht oder nicht.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob eine ÖGO-Mitgliedschaft besteht oder nicht.
- In Gruppenpraxen tätige Osteopathen/Osteopathinnen sind im selben Ausmaß Mitglieder der ÖGO wie in Einzelpraxen tätige.
- Freiberuflich tätige Osteopathen/Osteopathinnen sind im selben Ausmaß Mitglieder der ÖGO wie jene in einem (zusätzlichen) Anstellungsverhältnis.
- Die Ausübung anderer professioneller Aktivitäten hat keinen Einfluss darauf, ob eine ÖGO-Mitgliedschaft besteht oder nicht.
- Die osteopathische Ausbildungsstätte hat keinen Einfluss darauf, ob eine ÖGO-Mitgliedschaft besteht oder nicht.
- Es existieren keine regionalen Einflüsse auf die Häufigkeit einer ÖGO-Mitgliedschaft.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Frage 4: Waren Sie schon einmal Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?

ja o nein o

Durch eine Gegenüberstellung von früheren mit aktuellen Mitgliedschaften kann eine eventuell bestehende Unzufriedenheit der Mitglieder mit der derzeitigen ÖGO-Politik erkannt werden, wobei allerdings auch andere Faktoren eine Rolle spielen können, wie beispielsweise eine Verärgerung über steigende Mitgliedsbeiträge oder mit Änderungen der Lebensumstände eintretende finanziell angespannte Situationen.

Die Antworten auf diese Frage dienen lediglich dazu, die Anzahl der Aus- und Neubetriebe in die ÖGO zu quantifizieren.

Befragungsmodalitäten: Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Frage 5: Haben Sie derzeit eine aktive Aufgabe/ Rolle in der ÖGO?

ja nein

Um alle Aufgaben der ÖGO erfüllen zu können, ist es notwendig, dass sich außer dem laut Vereinsgesetz (RIS 2012D) formell notwendigen Vorstand auch andere Vereinsmitgliedern engagieren.

Es werden folgende Nullhypothesen aufgestellt:

- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht im aktiven Engagement bei der ÖGO.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit aktiven Engagements bei der ÖGO.
- Die Basisausbildung hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit aktiven Engagements bei der ÖGO.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Frage 6: Hatten Sie schon einmal eine aktive Rolle im ÖGO?

ja nein

Mit dieser Frage wird erhoben, wie viele der Osteopathen und Osteopathinnen ihre frühere aktive Tätigkeit bei der ÖGO nicht mehr ausführen und dient lediglich zur Dokumentation.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Frage 7: Seit wann sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?

Anhand dieser Frage soll erhoben werden, ob bereits der Abschluss der Ausbildung Grund für die Osteopathen/Osteopathinnen ist, der ÖGO beizutreten, oder ob andere Gründe, die sich erst im Lauf des Berufslebens ergeben, für eine Mitgliedschaft ausschlaggebend sind. Aus diesem Grund wurde berechnet, wieviel Zeit zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und dem Eintritt in die ÖGO vergangen ist.

Zusätzlich wird folgende Hypothese untersucht:

- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft.

Befragungsmodalitäten: Diese Frage war sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung in einem offenen Textfeld zu beantworten. Das heißt, dass sowohl Jahreszahlen als auch Jahre als Antwort zugelassen waren. Weiters war bei der Onlinebefragung die Beantwortung dieser Frage keine Voraussetzung dafür, zur nächsten Frage zu gelangen.

Frage 8: Wo haben Sie die Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen?

WSO

andere: wenn ja, bitte Ausbildungsinstitut und Land anführen:

.....

Bevor 1991 die WSO gegründet wurde, war eine Osteopathieausbildung nur außerhalb Österreichs möglich. Neben der WSO mit Sitz in Wien, wurden von Studierenden vor allem in den westlichen Bundesländern teilweise auch relativ grenznahe Ausbildungsstätten aufgesucht (z.B. DOK in Rohrdorf/Bayern und COE in München/Bayern, College Sutherland in Ulm/Baden Württemberg oder Nürnberg/Bayern). Seit der letzten Befragung im Jahr 2003 (Krönke 2006) wurden in Kärnten und Tirol neue Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen. Auswirkungen dadurch können eventuell auf die angewandten Techniken, aber auch die Versorgungsdichte mit Osteopathinnen und Osteopathen in Bundesländern, die weiter von Wien entfernt sind, wo zuvor die einzige Ausbildungsstätte ansässig war, auftreten.

Die Ausbildungsstätte wurde als unabhängige Variable für die Untersuchung folgender Hypothesen verwendet:

- Die Ausbildungsstätte hat keine Auswirkungen darauf, ob die Absolventen/Absolventinnen Mitglieder der ÖGO sind, oder nicht.
- Die Ausbildungsstätte hat keine Auswirkungen darauf, ob die Absolventen/Absolventinnen aktiv in der ÖGO mitarbeiten oder nicht.
- Es besteht kein Unterschied in der Dauer der osteopathischen Tätigkeit von Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten.
- Es besteht kein Unterschied im mittleren Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit von Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten.
- Die Ausbildungsstätte hat keine Auswirkungen darauf, ob die Absolventen/Absolventinnen in einer Einzelpraxis oder in einer Praxisgemeinschaft arbeiten.
- Absolventen/Absolventinnen der WSO unterscheiden sich nicht von jenen anderer Ausbildungsstätten in der veranschlagten Zeit für Erst- und Folgekonsultationen.
- Die Ausbildungsstätte hat keine Auswirkungen auf die Häufigkeit der Verwendung bestimmter osteopathischer Techniken.
- Die Ausbildungsstätte hat keine Auswirkungen darauf, ob bei jeder Sitzung eine erneute Diagnose erhoben wird oder nicht.
- Die Ausbildungsstätte hat keine Auswirkungen darauf, ob Empfehlungen für die Patienten/Patientinnen ausgesprochen werden, und welcher Art diese Empfehlungen sind.
- Die Ausbildungsstätte hat keine Auswirkungen auf die Art und das Ausmaß der Dokumentation.
- Absolventen/Absolventinnen der WSO unterscheiden sich nicht von jenen anderer Ausbildungsstätten darin, ob andere diagnostische oder therapeutische Techniken verwendet werden.

Als abhängige Variable wurde die Ausbildungsstätte für die Untersuchung folgender Nullhypothesen verwendet:

- Die Verteilung der Absolventen/Absolventinnen unterschiedlicher Ausbildungsstätten ist in den österreichischen NUTS1-Regionen (West-, Ost- und Südösterreich) gleich. Zu Westösterreich zählen dabei Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich, zu Ostösterreich gehören Niederösterreich, Wien und das Burgenland und zu Südösterreich die Steiermark und Kärnten.
- Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlichen Basisberufen (Physiotherapie/Medizin/andere) unterscheiden sich nicht in der Auswahl der osteopathischen Ausbildungsstätten.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „WSO“ und „andere“ (Nominalvariable). Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung so getroffen, dass die Respondenten bei der Beantwortung dieser Frage mit „andere“ zum Textfeld weitergeleitet wurden, in dem das Ausbildungsinstitut und das Land einzutragen waren.

Frage 9: Welchen Ausbildungsstatus führen Sie? (Mehrfachnennung möglich)

OsteopathIn	<input type="radio"/>	BSc.	<input type="radio"/>
D.O.	<input type="radio"/>	MSc.	<input type="radio"/>
Dr.med.	<input type="radio"/>	Ph.D.	<input type="radio"/>
andere:	<input type="radio"/>		

Ein Ausbildungsabschluss mit dem akademischen Grad „Master of Science“ ist in Österreich erst seit 2005 möglich. Davor wurde die Ausbildung mit dem „D.O.“ abgeschlossen (siehe Kapitel 2.2.1). Mit diesem Wechsel geht unter anderem ein steigender Aufwand bei der Erstellung der Abschlussarbeit einher, der manche Studierende dazu veranlasst, ohne die Abschlussarbeit zu erstellen, jedoch ansonsten mit abgeschlossener Ausbildung und Absolvierung der klinischen Prüfung als „Osteopathen“ zu arbeiten, was vor allem Menschen mit Mehrfachbelastung betrifft, aber auch Osteopathen/Osteopathinnen, die weiter von den Ausbildungsstätten entfernt leben und arbeiten.

Durch Gegenüberstellung des Grades des Ausbildungsabschlusses mit dem Abschlussjahr soll herausgearbeitet werden, wie sich die Anzahl der Absolventen, die eine Abschlussarbeit schreiben, im zeitlichen Lauf veränderte.

Als zweiter Punkt wird untersucht, ob die Vorteile, die sich im Ansehen durch einen Universitätsabschluss ergeben, die vor allem Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und weniger Ärzte betreffen, dazu führen, dass es Unterschiede in der Häufigkeit höherwertiger Abschlüsse zwischen Physiotherapeuten und Medizinern gibt.

Als weitere Gesichtspunkte werden das Geschlecht der Osteopathinnen und Osteopathen und deren Dauer der osteopathischen Tätigkeit, sowie die NUTS – Region wo sie praktizieren, wegen Unterschieden im Aufwand für die Anreise und Quartierbesorgung während der Ausbildung als unabhängige Variable herangezogen.

Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium unterscheiden sich nicht von jenen mit einer Physiotherapieausbildung hinsichtlich des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf den Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.
- Der Arbeitsort der Osteopathen/Osteopathinnen (NUTS1-Region) hat keinen Einfluss auf den Grad des Ausbildungsabschlusses.
- Zwischen rein freiberuflich tätigen, ausschließlich angestellten und sowohl freiberuflich als auch angestellt tätigen Osteopathen/Osteopathinnen besteht kein Unterschied hinsichtlich des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.
- Zwischen in Einzel- und in Gemeinschaftspraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen besteht kein Unterschied hinsichtlich des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses und einer ÖGO-Mitgliedschaft.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Kategorien (Nominalvariable) und einem Textfeld für andere, nicht explizit angeführte Antworten. Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung so getroffen, dass die Respondenten bei der Beantwortung dieser Frage mit „andere“ zum Textfeld weitergeleitet wurden, in dem die Antwort spezifiziert werden sollte. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zugelassen.

Frage 10: Welche Ausbildung haben Sie genossen, bevor Sie die Osteopathie-Ausbildung gemacht haben? (Mehrfachantwort möglich)

Medizinstudium <input type="radio"/>	Ergotherapie <input type="radio"/>
Physiotherapie <input type="radio"/>	Hebamme <input type="radio"/>
andere: <input type="radio"/>

Die aktuelle Grundvoraussetzung, um zu einer Osteopathieausbildung zugelassen zu werden, ist bei der WSO ein Medizinstudium oder eine Physiotherapieausbildung, früher waren auch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder Hebammen zugelassen.

Mit dieser Frage soll untersucht werden, ob sich das Verhältnis von Osteopathie-Absolventen mit grundlegendem Medizinstudium, Physiotherapeuten und anderen (Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen und Hebammen) im zeitlichen Verlauf verändert hat.

Als abhängige Variable wird der Basisberuf für die Überprüfung folgender Hypothesen eingesetzt:

- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht in ihrem Basisberuf
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlich langer Tätigkeitsdauer unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Basisberufe.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich anderen professionelle Aktivitäten nachgehen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Basisberufe von jenen, die ausschließlich osteopathisch aktiv sind.
- Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (angestellt/freiberuflich/beides) unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Basisberufe.

- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Gemeinschaftspraxen arbeiten unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Basisberufe von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind.
- Es besteht kein Zusammenhang zwischen einer ÖGO-Mitgliedschaft und unterschiedlichen Basisberufen.

Gleichzeitig dient diese Information als unabhängige Variable für folgende Hypothesen:

- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht im aktiven Engagement bei der ÖGO.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in der Wahl der Ausbildungsstätte.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in der osteopathischen Tätigkeitsdauer.
- Der Basisberuf der Osteopathinnen und Osteopathen hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten neben der Osteopathie.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf den Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.
- Der Ursprungsberuf der Osteopathinnen und Osteopathen hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von freiberuflicher Tätigkeit, Angestelltentätigkeit oder einer Kombination von beidem.

- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf den Arbeitsort (Privatpraxis, Krankenhaus, Physikalisches Institut, Rehabilitationszentrum).
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob die osteopathische Tätigkeit in einer Einzelpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis ausgeführt wird.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, mit welchen Berufsgruppen im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis kooperiert wird.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, wie viele Einwohner der Ort der Praxis hat.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in der durchschnittlichen Wartezeit der Patienten auf einen Behandlungstermin.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in der Anzahl behandelter Patienten pro Arbeitstag/-woche für eine osteopathische Behandlung (Erstbehandlung, Folgebehandlung), sowie in der Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit, mit der bestimmte Berufsgruppen (Ärzte, Therapeuten, Kollegen) oder Patienten Osteopathen/Osteopathinnen empfehlen.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der erfolgreichen Nutzung unterschiedlicher Werbemaßnahmen.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in den Preisen für eine osteopathische Behandlung (Erstbehandlung, Folgebehandlung)
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in der sozialen Staffelung der Behandlungspreise.

- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf die veranschlagte Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in der Patientenlientel (Geschlecht, Alter, Beschwerdebilder)
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) unterscheiden sich nicht in den angewandten osteopathischen Techniken.
- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.
- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, in welchem Ausmaß dokumentiert wird.
- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob die Osteopathen/Osteopathinnen mit bevorzugten Gruppen arbeiten.
- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob nicht-osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.

Vom auswertenden Statistiker, Dipl.-Ing. Dr. Gebhard Woisetschläger, wurden zusätzlich auch noch die hier nicht explizit angeführten Variablen unter Verwendung der Basisausbildung als unabhängige Variable auf signifikante Unterschiede untersucht und die Ergebnisse in Tabellenform zur Verfügung gestellt.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Kategorien (Nominalvariable) und einem Textfeld für andere, nicht explizit angeführte Antworten. Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung

so getroffen, dass die Respondenten bei der Beantwortung dieser Frage mit „andere“ zum Textfeld weitergeleitet wurden, in dem die Antwort spezifiziert werden sollte. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zugelassen.

Frage 11: Listen Sie hier bitte alle erworbene Diplome auf:

.....

Berufliche Weiterbildung ist gerade in einem sich ständig verändernden Feld wie den Gesundheitsberufen und insbesondere in Hinblick auf den Gesamtheitlichkeitsanspruch der Osteopathie von großer Bedeutung.

Diese Frage dient dazu, ein Bild vom Weiterbildungsverhalten der Osteopathinnen und Osteopathen zu skizzieren.

Diese Frage war sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung in einem offenen Textfeld zu beantworten.

Frage 12: Seit wann arbeiten Sie als OsteopathIn?

Seit Jahren

Mit diesen Informationen kann einerseits die zeitliche Entwicklung der Versorgung mit Osteopathie abgeschätzt werden, andererseits dient diese Variable nach Kategorisierung als unabhängige Variable für folgende Fragestellungen:

- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf das aktive Engagement bei der ÖGO und eine (nicht aktive) Mitgliedschaft.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft.
- Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer unterscheiden sich nicht darin, an welcher Ausbildungsstätte sie ihre Ausbildung erhalten haben.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf den Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.

- Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer unterscheiden sich nicht darin, mit welcher Basisausbildung sie ihre Osteopathieausbildung begonnen haben.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer üben im selben Ausmaß zusätzliche andere professionelle Aktivitäten aus.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf den Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von freiberuflicher Tätigkeit, Angestelltentätigkeit oder einer Kombination von beidem.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob Osteopathen/Osteopathinnen in Privatpraxen und/oder anderen Institutionen (Krankenhaus, Physikalisches Institut, Rehabilitationszentrum) arbeiten.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob Osteopathen/Osteopathinnen in einer Praxisgemeinschaft oder in einer Einzelpraxis arbeiten.
- Osteopathen/Osteopathinnen die in einer Praxisgemeinschaft oder Einzelpraxis arbeiten unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit von Kooperationen mit anderen Berufsgruppen (Ärzte, Physiotherapeuten, Osteopathiekollegen, Ergotherapeuten, usw.).
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Auswahl des Praxisstandorts (NUTS1-Region, Einwohneranzahl des Praxisortes).
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die durchschnittliche Wartezeit der Patienten auf einen Behandlungstermin.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Anzahl behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Nutzung unterschiedlicher Werbemaßnahmen.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Preise für eine osteopathische Behandlung (Erstbehandlung, Folgebehandlung).

- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf eine soziale Staffelung der Behandlungspreise.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die veranschlagte Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Patientenklientel (Geschlecht, Alter, Beschwerdebilder)
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob eine osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung durchgeführt wird oder nicht.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Anwendung bestimmter osteopathischer Techniken.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, in welchem Ausmaß dokumentiert wird.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob nicht osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.

Die osteopathische Tätigkeitsdauer wird als abhängige Variable zur Untersuchung folgender Nullhypothesen eingesetzt:

- Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- Die in West-, Ost- und Südösterreich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen unterscheiden sich nicht in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer osteopathischer Ausbildungsstätten unterscheiden sich nicht in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die neben der osteopathischen auch noch anderen professionellen Tätigkeiten nachgehen unterscheiden sich nicht in

der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit von jenen, die rein osteopathisch arbeiten.

- Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (angestellt, freiberuflich, beides) unterscheiden sich nicht in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten unterscheiden sich nicht in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit von jenen, die in einer Einzelpraxis arbeiten.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Mediziner, Physiotherapeut, anderes) unterscheiden sich nicht in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich nicht in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeitsdauer von Nichtmitgliedern.

Vom auswertenden Statistiker, Dipl.-Ing. Dr. Gebhard Woisetschläger, wurden zusätzlich auch noch die hier nicht explizit angeführten Variablen unter Verwendung der Dauer der osteopathischen Tätigkeit als unabhängige Variable auf signifikante Unterschiede untersucht und die Ergebnisse in Tabellenform zur Verfügung gestellt.

Bei der Onlinebefragung konnte die Antwort (metrische Variable) mittels eines Auswahlfelds getroffen werden. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass keine Jahreszahlen eingegeben wurden. Die Auswahlliste wurde beginnend mit 1 und endend mit 50 erstellt. Zusätzlich wurde eine Antwortkategorie „Weiß nicht/keine Angabe“ zur Verfügung gestellt. Bei der postalischen Befragung wurde trotz des mit „Jahren“ textlich kenntlich gemachten gewünschten Antwortformats im vorgesehenen Textfeld sowohl mit Jahren, als auch Jahreszahlen geantwortet.

Frage 13: Haben Sie andere professionelle Aktivitäten?

ja o nein o

Frage 14: Arbeiten Sie auch als Mediziner?

ja o nein o

Frage 15: Arbeiten Sie auch als PhysiotherapeutIn?

ja o nein o

Frage 16: Arbeiten Sie auch als ErgotherapeutIn?

ja o nein o

Frage 17: Arbeiten Sie auch als Hebamme?

ja o nein o

Frage 18: Arbeiten Sie noch in einem anderen Beruf?

ja o *welcher:*
nein o

Frage 19: Geben Sie an zu wieviel Prozent Sie als OsteopathIn tätig sind!

..... % OsteopathIn

Nachdem die Osteopathieausbildung auf einer Ausbildung im medizinischen Bereich aufbaut (siehe Kapitel 2.2.1), stellt sich die Frage, ob die Absolventinnen und Absolventen weiter in ihrem Ursprungsberuf tätig sind, oder sich als Osteopathen/Osteopathinnen sehen. Möglich ist auch, dass die Osteopathieausbildung nur einen Zwischenschritt für eine weitere Berufsausbildung darstellt.

Anhand dieser Fragen 13-19 wird erhoben, wieweit Osteopathie als eigener Beruf ausgeübt wird, beziehungsweise, welche Basisberufe parallel zur Osteopathie weiter ausgeübt werden.

Es werden folgende Nullhypothesen untersucht:

- Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten.

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (freiberuflich, angestellt, beides) besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten.
 - Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft oder Einzelpraxis arbeiten besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten.
 - Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapie, Medizin, anderes) besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten.
 - ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich nicht von Nichtmitgliedern in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten.
-
- Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht kein Unterschied im mittleren Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.
 - Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf den Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.
 - Absolventen/Absolventinnen der WSO unterscheiden sich nicht im Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.
 - Osteopathen/Osteopathinnen, die einer anderen zusätzlichen professionellen Aktivität nachgehen unterscheiden sich nicht im Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit von jenen, die ausschließlich als Osteopath/Osteopathin arbeiten.
 - Das Arbeitsverhältnis (angestellt, freiberuflich, beides) hat keinen Einfluss auf den Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.
 - Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten unterscheiden sich nicht im Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit von jenen, die in einer Einzelpraxis arbeiten.
 - Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf den Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.
 - ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich nicht von Nichtmitgliedern im Anteil der osteopathischen an der gesamten beruflichen Tätigkeit.

Zusätzlich wurden Nullhypothesen untersucht, bei denen geprüft wurde, ob die Ausübung einer anderen professionellen Aktivität zu Unterschieden verglichen mit ausschließlich osteopathischer Tätigkeit in den folgenden abhängigen Variablen führt:

- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen in ihrer Basisausbildung (Physiotherapie, Medizin, andere).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen in ihrer durchschnittlichen osteopathischen Tätigkeitsdauer.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen im Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen im Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen darin, ob sie in einer Praxisgemeinschaft oder in einer Einzelpraxis arbeiten.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen in der durchschnittlichen Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen in der Anzahl von Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag/pro Arbeitswoche sowie von neuen Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen im Preis für die Erst- und Folgekonsultation.

- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen darin, ob sie die Behandlungspreise sozial staffeln.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen im Zeitaufwand für die Erst- und Folgekonsultation.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen darin, wie viele Konsultationen ein Patient/eine Patientin pro Jahr typischerweise bekommt.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen im Ausmaß der Dokumentation.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche andere professionelle Aktivität ausüben unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch Tätigen darin, ob sie andere diagnostische und therapeutische Methoden verwenden, für die sie eine Ausbildung haben.

Die Befragung erfolgte bei den Fragen 13- 18 sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Bei Frage 18 war nach Zustimmung mit der Antwort „ja“ möglich, den Beruf in einem Textfeld zu konkretisieren. Bei Frage 19 wurde eine Dropdownliste, in der die Prozentzahl ausgewählt werden konnte (metrische Variable) beginnend mit 100 und endend mit 0 zur Verfügung gestellt, im postalisch versandten Fragebogen lediglich ein Textfeld.

Frage 20: Sie sind...:

- angestellt
- freiberuflich tätig
- beides

Frage 21: In welcher Institution arbeiten Sie (Mehrfachnennungen möglich)?

Privatpraxis	<input type="radio"/>	Krankenhaus	<input type="radio"/>
Physikalisches Institut	<input type="radio"/>	Rehabilitationszentrum	<input type="radio"/>
anderes:	<input type="radio"/>	

In Krönke zeigt sich, dass 93% der Osteopathen/Osteopathinnen freiberuflich tätig sind und nur 7% angestellt sind (Krönke 2006: 27). Mit der in der Zwischenzeit geänderten Ausbildung in einen Universitätslehrgang könnte es, beispielsweise aufgrund einer höheren Akzeptanz und einem höheren Bekanntheitsgrad der Osteopathie zu Änderungen in diesem Verhältnis gekommen sein, da Osteopathen/Osteopathinnen vermehrt angestellt werden.

Weiters ist anzunehmen, dass der Schritt zu einer freiberuflichen osteopathischen Tätigkeit erst mit einem ausreichenden Patientenpool gewagt wird, so dass der typische Weg zur Selbständigkeit über eine Anstellung (oder über die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis, siehe Frage 22) führt.

Nachdem bei dieser Frage zusätzlich auch Osteopathinnen/Osteopathen erfasst werden, die sowohl angestellt, als auch freiberuflich tätig sind, kann über eine Verknüpfung mit der Dauer der osteopathischen Tätigkeit erhoben werden, ob der Schritt in die ausschließlich freiberufliche Tätigkeit über diesen Zwischenschritt erfolgt.

Die mit dieser Frage überprüften Nullhypothesen lauten, bei Verwendung der Daten als abhängiger Variable:

- Das Geschlecht der Osteopathinnen und Osteopathen hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von freiberuflicher Tätigkeit, Angestelltentätigkeit oder einer Kombination von beidem.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von freiberuflicher Tätigkeit, Angestelltentätigkeit oder einer Kombination von beidem.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlichen anderen professionellen Aktivitäten nachgehen unterscheiden sich nicht von ausschließlich osteopathisch tätigen im Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides).

- Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten unterscheiden sich nicht von in Einzelpraxen tätigen im Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides).
- Die Basisausbildung (Physiotherapie, Medizin, anderes) der Osteopathinnen und Osteopathen hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit von freiberuflicher Tätigkeit, Angestelltentätigkeit oder einer Kombination von beidem.
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich nicht von Nichtmitgliedern im Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides).

Als unabhängige Variable werden die Antworten für die Überprüfung folgender Hypothesen herangezogen:

- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied im Anteil von männlichen und weiblichen Osteopathen/Osteopathinnen.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied im Anteil von ÖGO-Mitgliedern.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der mittleren Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der mittleren Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit des Erstellens einer Abschlussarbeit.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht

kein Unterschied darin, ob sie zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen oder nicht.

- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied im Anteil der osteopathischen an der gesamten Berufstätigkeit.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied darin, ob sie in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, oder in einer Einzelpraxis.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der regionalen Verteilung in Österreich (NUTS1-Regionen).
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der Verwendung unterschiedlicher Maßnahmen zur Patientenrekrutierung.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied im Preis für Erst- und Folgekonsultationen.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied darin, ob die Behandlungspreise sozial gestaffelt werden oder nicht.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der für Erst- und Folgekonsultationen veranschlagten Zeit.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Verwendung unterschiedlicher Behandlungstechniken.
- Zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und solchen, die sowohl freiberuflich tätig als auch angestellt sind, besteht

kein Unterschied darin, ob Empfehlungen für Patienten/Patientinnen ausgesprochen werden und welcher Art diese sind.

Die Befragung erfolgte bei Frage 20 sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „angestellt“, „freiberuflich tätig“ und „beides“ (Nominalvariable). Bei der Onlinebefragung wurde dazu eine Dropdown-Liste zur Verfügung gestellt, sodass nur eine Antwort gegeben werden konnte, bei Frage 21 wurden ebenfalls Antwortkategorien vorgegeben („Privatpraxis“, „Physikalisches Institut“, „Krankenhaus“, „Rehabilitationszentrum“ und „anderes“ (Nominalvariable)). Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung dabei so getroffen, dass die Respondenten bei der Beantwortung dieser Frage mit „andere“ zum Textfeld weitergeleitet wurden, in dem die Antwort spezifiziert werden sollte. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zugelassen.

Frage 22: Arbeiten Sie alleine oder in einer Praxisgemeinschaft?

alleine Team

Wie bereits bei Frage 20 erwähnt, ist anzunehmen, dass der Schritt zu einer freiberuflichen osteopathischen Tätigkeit erst mit einem ausreichenden Patientenpool gewagt wird. Um diesen zu erlangen, sind Gemeinschaftspraxen, in denen Patienten auch Neueinsteigern zugewiesen werden, ein geeigneter Einstieg in die osteopathische Berufswelt. Andererseits gibt es auch Gründe für länger tätige Osteopathinnen, in einer Praxisgemeinschaft tätig zu sein (Organisation durch Sekretariat, fachlicher und persönlicher Austausch, therapeutische Ergänzung durch andere Berufsgruppen, Miethöhe, ...).

Allerdings setzt der Betrieb einer Praxisgemeinschaft voraus, dass ein genügend großer PatientInnenpool vorhanden ist.

Dementsprechend werden folgende Nullhypothesen untersucht:

- Es bestehen keine regionalen Unterschiede darin, ob Osteopathen/Osteopathinnen in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten.

- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob Osteopathen/Osteopathinnen in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten.
- Absolventen/Absolventinnen der WSO unterscheiden sich nicht von jenen anderer Ausbildungsstätten darin, ob Osteopathen/Osteopathinnen in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen unterscheiden sich nicht von jenen, die ausschließlich Osteopathen sind, darin, ob sie in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten.
- Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (freiberuflich, angestellt, beides) unterscheiden sich nicht darin, ob sie in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten.
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapie, Medizin, anderes) unterscheiden sich nicht darin, ob sie in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten.
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich nicht von Nichtmitgliedern darin, ob sie in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten.

Umgekehrt wurden abhängige Variable auf einen Einfluss darauf, ob Osteopathen/Osteopathinnen in einer Praxisgemeinschaft arbeiten oder alleine tätig sind untersucht, wofür folgende Nullhypothesen formuliert wurden:

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied im Anteil von männlichen und weiblichen Osteopathen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied im Alter.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der mittleren Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft.

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied im Grad des Ausbildungsabschlusses.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die alleine tätig sind, besteht kein Unterschied in der absolvierten Basisausbildung (Medizin, Physiotherapie, anderes).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung zusätzlicher anderer professioneller Aktivitäten.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied im mittleren Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied im Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Verteilung der Praxisstandorte hinsichtlich deren Einwohnerzahl.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der durchschnittlichen Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Anzahl der behandelten Patienten/Patientinnen pro Tag/Woche und der neuen Patienten/Patientinnen pro Woche.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein

Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung unterschiedlicher Werbemaßnahmen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in den Preisen für Erst- und Folgekonsultationen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied darin, ob Behandlungskosten sozial gestaffelt werden oder nicht.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der für Erst- und Folgekonsultationen veranschlagten Zeit.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der typischen Anzahl von Konsultationen pro Patient und Jahr.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied darin, ob sie bei jeder Sitzung eine erneute Diagnose erheben.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied im Ausmaß der Dokumentation.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „alleine“ und „im Team“ (Nominalvariable).

Frage 23: Wenn Sie in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, welche anderen Berufsgruppen sind noch vertreten (Mehrfachnennung möglich)?

weitere OsteopathiekollegInnen	<input type="radio"/>	PsychologInnen	<input type="radio"/>
Ärzte/ ÄrztInnen	<input type="radio"/>	LogopädInnen	<input type="radio"/>
PhysiotherapeutInnen	<input type="radio"/>	DiätassistentInnen	<input type="radio"/>
ErgotherapeutInnen	<input type="radio"/>		
andere:	<input type="radio"/>	

Eine Praxisgemeinschaft bietet Vorteile hinsichtlich des organisatorischen Ablaufs (z.B. Sekretariat für Terminvereinbarungen, Buchhaltung, Rechnungsausstellung, Urlaubsvertretungen, Reinigung), ist aber auch in Hinblick auf eine ergänzende Behandlung mit anderen Therapieformen an ein und demselben Ort von Vorteil. Eine Zusammenarbeit zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit Kollegen/Kolleginnen und Vertretern bzw. Vertreterinnen anderer Gesundheitsberufe wird von der ÖGO als wünschenswert angesehen (ÖGO 2005:15).

Mit Hilfe dieser Frage soll untersucht werden, mit welchen Berufsgruppen eine Zusammenarbeit der Osteopathinnen und Osteopathen aktuell erfolgt.

Für diese abhängige Variable wurden folgende Nullhypothesen untersucht:

- In Praxisgemeinschaften tätige Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Dauer der osteopathischen Tätigkeit unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Häufigkeit der Kooperation mit anderen Berufsgruppen.
- In Praxisgemeinschaften tätige Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizin, Physiotherapie, anderes) unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Häufigkeit der Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Kategorien. Weitere, nicht dadurch erfasste Berufsgruppen konnten in einem Textfeld unter der Kategorie „andere“ eingetragen werden (Nominalvariable). Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung so getroffen, dass die Respondenten bei der Beantwortung dieser Frage mit „andere“ direkt zum Textfeld weitergeleitet wurden, in dem die Antwort spezifiziert werden sollte. Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zugelassen.

Frage 24: In welchem Bundesland von Österreich arbeiten Sie? (Maximal 2 Antworten)

Burgenland	<input type="radio"/>	Steiermark	<input type="radio"/>
Kärnten	<input type="radio"/>	Tirol	<input type="radio"/>
Niederösterreich	<input type="radio"/>	Vorarlberg	<input type="radio"/>
Oberösterreich	<input type="radio"/>	Wien	<input type="radio"/>
Salzburg	<input type="radio"/>		
außerhalb Österreichs	<input type="radio"/>		

Aufgrund der unterschiedlichen Entfernung von der bis vor kurzer Zeit einzigen Ausbildungsstätte für Osteopathie in Wien, ist anzunehmen, dass es Unterschiede in der Versorgung mit Osteopathinnen/Osteopathen in den einzelnen Bundesländern gibt. Laut Krönke bestanden in der Versorgungsdichte bundeslandspezifische Unterschiede, wobei vor allem Vorarlberg und Kärnten unterdurchschnittlich versorgt waren (Krönke 2006: 24).

Ebenso wird angenommen, dass der Praxisstandort auch einen Einfluss auf den Anteil von Osteopathinnen und Osteopathen hat, die ihre Ausbildung an einer anderen Ausbildungsstätte als der WSO abgeschlossen haben. Nachdem für diese Untersuchung manche Bundesländer eine zu geringe Versorgung mit Osteopathen/Osteopathinnen aufweisen, wurden drei österreichischen NUTS-(Level1) -Regionen (West- Ost-, Südösterreich, Eurostat 2011) dafür herangezogen.

Durch eine Gegenüberstellung der Anzahl der Osteopathen/Osteopathinnen pro 100.000 Einwohner bzw. dem Osteopath:Einwohner-Verhältnis und dem Anteil der im jeweiligen Bundesland tätigen an der Gesamtanzahl der Osteopathen/Osteopathinnen mit dem Anteil der im betreffenden Bundesland lebenden Einwohnerinnen an der österreichischen Gesamtbevölkerung werden Unterschiede in der Versorgung sichtbar gemacht.

Untersucht werden die Hypothesen:

- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher osteopathischer Tätigkeitsdauer unterscheiden sich nicht in der regionalen Verteilung ihrer Praxissitze in Österreich.

- Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (angestellt, freiberuflich, beides) unterscheiden sich nicht in der regionalen Verteilung ihrer Praxissitze in Österreich.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied im Anteil von Männern und Frauen unter den Osteopathen/Osteopathinnen.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der Altersverteilung der Osteopathen/Osteopathinnen.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der Verteilung von Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied im Grad des Ausbildungsabschlusses der Osteopathen/Osteopathinnen.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied darin, wie viele Osteopathen/Osteopathinnen in Praxisgemeinschaften oder in einer Einzelpraxis arbeiten.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der mittleren Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Tag/pro Woche, sowie der neuen Patienten/Patientinnen pro Woche.

- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung unterschiedlicher Werbemaßnahmen.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in den Preisen für die Erstbehandlung/die Folgebehandlung.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied darin, ob Behandlungspreise sozial gestaffelt werden oder nicht.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der für Erstbehandlungen/ Folgebehandlungen veranschlagten Zeit.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der typischen Anzahl von Konsultationen/Patient und Jahr.
- Zwischen den österreichischen NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied im Geschlecht und Alter der typischen Patienten Klientel der Osteopathen/Osteopathinnen.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Kategorien (Nominalvariable). Im Fall einer Tätigkeit im Ausland, war eine Spezifizierung in einem Textfeld vorgesehen. Bei der Onlinebefragung wurde die Einstellung so getroffen, dass die Respondenten bei der Beantwortung dieser Frage mit „außerhalb Österreichs“ direkt zu diesem Textfeld weitergeleitet wurden. Bei dieser Frage waren maximal zwei Antworten zugelassen, wobei eine Begrenzung nur in der Onlineversion möglich war.

Frage 25: Wieviele Einwohner hat der Ort Ihrer Arbeitsstelle?

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| weniger als 5.000 | <input type="radio"/> |
| 5.000-10.000 | <input type="radio"/> |
| 10.000-50.000 | <input type="radio"/> |
| 50.000-100.000 | <input type="radio"/> |
| 100.000-500.000 | <input type="radio"/> |
| mehr als 500.000 | <input type="radio"/> |

Nachdem für einen Betrieb einer Osteopathiepraxis eine hinreichend große Anzahl an Patienten/Patientinnen notwendig ist, wird die Hypothese aufgestellt, dass Osteopathie vorwiegend in größeren Orten angeboten wird. Diese Hypothese wird durch Gegenüberstellung des Anteils der österreichischen Bevölkerung in Orten der jeweiligen Kategorien mit dem Anteil der Osteopathen in Orten der selben Kategorien überprüft.

Weiters werden folgende Nullhypothesen aufgestellt:

- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Auswahl des Praxisstandorts (kategorisierte Einwohnerzahl des Ortes als abhängige Variable).
- Zwischen in einer Einzelpraxis und in Gruppenpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen besteht kein Unterschied in der Wahl des Praxisortes hinsichtlich der Einwohnerzahl.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizin, Physiotherapie, anderes) besteht kein Unterschied in der Wahl des Praxisortes hinsichtlich der Einwohnerzahl.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Kategorien (Ordinalvariable), wobei die Antwort in der Onlineversion über ein Dropdownfeld gegeben werden konnte. Dadurch war nur eine einzige Antwort möglich. Die Kategorien waren aufsteigend geordnet und begannen mit „weniger als 5.000“ und endeten mit „mehr als 500.000“.

Frage 26: Wie lange braucht es, bis ein Patient bei Ihnen einen Termin bekommt?

- am gleichen Tag **ODER**
- nach Tagen

Die Wartezeit auf einen Termin stellt ein Maß für den Bedarf an bzw. die Versorgung mit Osteopathen/Osteopathinnen dar. In Belgien geben 57% der Osteopathen/Osteopathinnen an, einen Termin am selben oder nächsten Tag zu vergeben (KCE 2010: 6), was zumindest in meinem Umfeld nicht realistisch erscheint.

Zusätzlich sind Einflüsse der Dauer der osteopathischen Tätigkeit und einer damit verbundenen vermehrten Mundpropaganda anzunehmen.

Die mit dieser Frage überprüften Nullhypothesen lauten:

- Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen/Osteopathinnen besteht kein Unterschied in der mittleren Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- Zwischen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der mittleren Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Wartezeit auf einen Behandlungstermin.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen und jenen, die ausschließlich Osteopathen sind, besteht kein Unterschied in der mittleren Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der mittleren Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizin, Physiotherapie, anderes) besteht kein Unterschied in der mittleren Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.

- Zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern besteht kein Unterschied in der mittleren Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „am gleichen Tag“ und „nach Tagen“ (Nominalvariable). Bei Auswahl letzterer Antwort wurde in der Onlinebefragung gleich auf das Textfeld verwiesen.

Frage 27: Wieviele PatientInnen sehen Sie an einem gewöhnlichen Arbeitstag?

<5 | 5-10 | >10

Frage 28: Wieviele Patienten sehen Sie durchschnittlich pro Woche?

<5 | 5-10 | >10

Frage 29: Wieviele neue PatientInnen sehen Sie in einer gewöhnlichen Arbeitswoche?

<5 | 5-10 | >10

Bei der letzten Erhebung von Krönke im Jahr 2003 wurde von den Osteopathinnen und Osteopathen angegeben, dass sie im Durchschnitt acht Patienten pro Tag und 33 pro Woche behandeln (Krönke, 2006: 34). Steigende oder gleichbleibende Zahlen bei gleichzeitiger Zunahme des Versorgungsangebots mit Osteopathie deuten auf eine gesteigerte Nachfrage und Akzeptanz hin. Aus diesen Daten kann auch abgeschätzt werden, wie viele Patienten/Patientinnen Osteopathie österreichweit pro Jahr in Anspruch nehmen.

Ebenso werden mit diesen Fragen folgende Nullhypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Anzahl behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.
- Zwischen in West-, Ost- und Südösterreich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen besteht kein Unterschied in der Anzahl

behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.

- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Anzahl behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen und jenen, die ausschließlich Osteopathen sind, besteht kein Unterschied in der Anzahl behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Anzahl behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapie, Medizin, anderes) besteht kein Unterschied in der Anzahl behandelter Patienten pro Tag/Woche und der Anzahl neuer Patienten pro Woche.

Diese Hypothesen basieren darauf, dass Frauen (insbesondere Alleinerzieherinnen) weiterhin neben ihrer beruflichen Tätigkeit die Hauptlast der Kindererziehung tragen und somit bei freier Zeiteinteilung weniger Wochenstunden für ihre Berufsausübung zur Verfügung haben. Ein möglicher Einfluss der Dauer der osteopathischen Tätigkeit wird aus der Überlegung heraus überprüft, dass Anfänger erst ihre Patientenklientel aufbauen müssen, während lange tätige Osteopathen/Osteopathinnen beruflich nicht mehr so belastbar sind und dementsprechend ihre berufliche Tätigkeit wieder einschränken. Zu erwarten wäre deshalb ein Maximum bei mittellange tätigen Osteopathinnen und Osteopathen.

Die Befragung erfolgte bei den Fragen 27 – 29 sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „<5“, „5-10“ und „>10“ (Ordinalvariable).

Frage 30: Wie bzw. wodurch kommen die PatientInnen zu Ihnen?

	5 (sehr häufig)	4	3	2	1	0 (nie)
auf Empfehlung von ÄrztInnen	0	0	0	0	0	0
auf Empfehlung von TherapeutInnen	0	0	0	0	0	0
auf Empfehlung von KollegInnen	0	0	0	0	0	0
durch Weiterempfehlung von PatientInnen	0	0	0	0	0	0
ich weiß es nicht	0	0	0	0	0	0
Anderes:	0	0	0	0	0	0

Für die einzelnen Osteopathinnen/Osteopathen ist es von Interesse zu wissen, über welche Informationskanäle die Patientinnen/Patienten zu ihnen finden, um diese für Werbemaßnahmen nutzen zu können. Generell dient diese Information zur Abschätzung, wie der Bekanntheitsgrad der Osteopathie am effizientesten gesteigert werden kann.

Weiters werden mit dieser Frage folgende Hypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.
- Zwischen West-, Ost- und Südösterreich besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen von Osteopathen/Osteopathinnen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Dauer der osteopathischen Tätigkeit besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizin, Physiotherapie, andere) besteht kein

Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte, Therapeuten, Kollegen und Patienten.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebenen Kategorien und einem ergänzenden Textfeld, in dem zusätzliche, nicht explizit angegebene Informationskanäle eingegeben werden konnten. Bei jeder dieser Kategorien war auf einer Skala von 0 bis 5 (5... sehr häufig, 0... nie) anzugeben, wie häufig Patienten und Patientinnen über diesen Weg auf den Osteopathen/ die Osteopathin aufmerksam wurden (Ordinalvariable).

Frage 31: Wie machen Sie als OsteopathIn auf sich aufmerksam? (Mehrfachnennung möglich)

Homepage	<input type="radio"/>	Vistenkarten	<input type="radio"/>
Folder	<input type="radio"/>	Inserate	<input type="radio"/>
Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten	<input type="radio"/>	Eintragung in Listen (WSO, ÖGO, usw.)	<input type="radio"/>
Türschild	<input type="radio"/>	Fachpublikationen	<input type="radio"/>
Oder:	<input type="radio"/>	

Neben klassischen Methoden auf sich aufmerksam zu machen (Auflegen von Foldern, Inserate) und der mittels der letzten Frage behandelten Mundpropaganda, nimmt das Internet (Homepage, soziale Netze wie XING) allgemein an Bedeutung für Werbezwecke zu. Die Nutzung dieser elektronischen Medien ist allerdings abhängig vom Geschlecht, Alter, der Bildung und dem Bundesland (Der Standard 2012).

Daher werden folgende Nullhypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Werbemaßnahmen.
- Zwischen in West-, Ost- und Südösterreich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Werbemaßnahmen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Dauer der osteopathischen Tätigkeit besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Werbemaßnahmen.

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichem Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides) besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Werbemaßnahmen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Werbemaßnahmen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizin, Physiotherapie, andere) besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Werbemaßnahmen.
- Zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Werbemaßnahmen.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebenen Kategorien und einem ergänzenden Textfeld, in dem zusätzliche, nicht explizit angegebene Werbemittel eingegeben werden konnten (Nominalvariable). Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen vorgesehen.

Frage 32: Wieviel verlangen Sie bei einer Erstkonsultation?

- unter 75 Euro
- 75-100 Euro
- mehr als 100 Euro

Frage 33: Wieviel verlangen Sie für Ihre weitere Behandlung?

- unter 75 Euro
- 75-100 Euro
- mehr als 100 Euro

Krönke kommt bei ihrer 2003 durchgeführten Befragung zum Ergebnis, dass die Mehrzahl der Osteopathinnen und Osteopathen sowohl bei der Erstbehandlung als auch bei Folgebehandlungen 50-75 Euro pro Behandlung verlangen, und nur ein geringer Prozentsatz unter 50 Euro verlangt (Krönke, 2006: 35). In Belgien liegen die Preise für die Erstkonsultation hauptsächlich zwischen 25 und 50 Euro und bei Folgebehandlungen erfolgt oftmals ein weiterer Preisnachlass (KCE 2010: 7-8).

Mit zunehmender Dichte der Versorgung mit Osteopathinnen und Osteopathen und somit höherer Konkurrenz entsteht ein Preisdruck, dem allerdings die Währungsinflation gegenübersteht. Von Interesse ist daher, ob sich die höhere Versorgung mit Osteopathinnen und Osteopathen generell auf den Preis der Behandlungen auswirkt.

Weiters werden folgende Nullhypothesen untersucht, die das generell geringere Einkommen von Frauen, die Basisausbildung, die Erfahrung der Osteopathen/Osteopathinnen und den Praxisstandort berücksichtigen:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in den Behandlungspreisen für osteopathische Erst-/Folgebehandlungen.
- Der Praxisstandort (kategorisiert anhand der österreichischen NUTS-Regionen) hat keinen Einfluss auf die Behandlungspreise für osteopathische Erst-/Folgebehandlungen.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Behandlungspreise für osteopathische Erst-/Folgebehandlungen.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf die Behandlungspreise für osteopathische Erst-/Folgebehandlungen.

Zusätzlich werden folgende Nullhypothesen untersucht:

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichem Arbeitsverhältnissen (angestellt, freiberuflich, beides) besteht kein Unterschied in den Behandlungspreisen für osteopathische Erst-/Folgebehandlungen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in den Behandlungspreisen für osteopathische Erst-/Folgebehandlungen.

Die Befragung erfolgte bei den Fragen 32 und 33 sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „unter 75 Euro“, „75 bis 100 Euro“ und „mehr als 100 Euro“ (Ordinalvariable).

Frage 34: Berücksichtigen Sie in Ihrer Tarifgestaltung eine soziale Staffelung?

ja nein

Wenn ja, nach welchen Kriterien?

Laut Och (2011) unterscheiden sich Osteopathinnen und Osteopathen signifikant (Och 2011: 69) in der Skala „soziale Orientierung“ des Freiburger Persönlichkeitsinventars vom Normalkollektiv. Die ÖGO fordert ebenfalls in ihrem Osteopathischen Standard, dass Osteopathie auch jenen gesellschaftlichen Gruppen zugänglich gemacht werden soll, „[...] die sie aufgrund ihrer sozialen und finanziellen Situation derzeit nicht in Anspruch nehmen können“ (ÖGO 2005: 4). Anhand dieser Frage soll geklärt werden, ob diese Forderung bei der Tarifgestaltung berücksichtigt wird und welche Bevölkerungsgruppen davon profitieren können. Untersucht wird weiters, ob es einen Zusammenhang zwischen Ursprungsberuf, Geschlecht und Tätigkeitsjahren mit dieser sozialen Leistung gibt.

Dementsprechend werden folgende Hypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit des Gewährens von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.
- In West-, Ost- und Südösterreich tätige Osteopathen/Osteopathinnen unterscheiden sich nicht in der Häufigkeit des Gewährens von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf das Gewähren von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen und jenen, die ausschließlich als Osteopath/Osteopathin arbeiten, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit des Gewährens von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (angestellt, freiberuflich, beides) besteht kein Unterschied

in der Häufigkeit des Gewährens von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der Häufigkeit des Gewährens von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf Häufigkeit auf das Gewähren von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.
- Zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern besteht kein Unterschied in der Häufigkeit des Gewährens von Rabatten auf den Behandlungspreis aufgrund sozialer Gesichtspunkte.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable). Zusätzlich wurde bei beiden Befragungsformen ein Textfeld zur Verfügung gestellt, in dem die Kriterien, nach denen eine soziale Staffelung erfolgt, angegeben werden konnten.

Frage 35: Wieviel Zeit benötigen Sie im Allgemeinen für die Konsultation eines neuen Patienten?

<30 min	<input type="radio"/>		1:00-1:30 h	<input type="radio"/>
30 min – 1:00 h	<input type="radio"/>		>1:30 h	<input type="radio"/>

Frage 36: Wieviel Zeit benötigen Sie im allgemeinen für weitere Konsultation eines Patienten?

<30 min	<input type="radio"/>		1:00-1:30 h	<input type="radio"/>
30 min – 1:00 h	<input type="radio"/>		>1:30 h	<input type="radio"/>

Krönke gibt an, dass 2003 Osteopathinnen und Osteopathen zwischen 30 und 75 Minuten (M= 54 min) für die Erstkonsultation benötigen, für Folgebehandlungen M= 42 Minuten (Range: 30-60 Minuten) (Krönke, 2006: 33). Neben einem Vergleich der aktuellen Daten mit jenen aus Krönke (2006) werden folgende Nullypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der veranschlagten Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Zwischen West-, Ost- und Südösterreich bestehen keine Unterschiede in der veranschlagten Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die veranschlagte Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten besteht kein Unterschied in der veranschlagten Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen und jenen, die ausschließlich als Osteopath/Osteopathin arbeiten, besteht kein Unterschied in der veranschlagten Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen in unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen (angestellt, freiberuflich, beides) bestehen keine Unterschiede in der veranschlagten Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der veranschlagten Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf die veranschlagte Zeit für eine Erst-/Folgekonsultation.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vier vorgegebenen Kategorien (Ordinalvariable).

Frage 37: Wieviele Konsultationen bekommt ein Patient bei Ihnen durchschnittlich pro Jahr? (mit Ausnahme chronischer PatientInnen)

1-5 >5

Laut Krönke (2006: 34) erhalten Akutpatienten/-patientinnen durchschnittlich fünf Konsultationen pro Jahr. Hauptgrund für diese Frage ist ein Vergleich der aktuellen Daten mit jenen aus Krönke (2006). Zusätzlich wird untersucht, ob das Geschlecht, der Ursprungsberuf und die Tätigkeitsjahre einen Einfluss auf die Anzahl der Konsultationen aufweisen.

Die untersuchten Nullhypothesen lauten:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen und jenen, die ausschließlich als Osteopath/Osteopathin arbeiten, besteht kein Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.
- Die Art der Basisausbildung (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient mit akuten Beschwerden.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „1-5“ und „>5“ (Ordinalvariable).

Frage 38: Setzen Sie einen neuerlichen Termin nach Beendigung Ihrer Behandlungsserie an?

ja nein

Frage 39: Machen Sie mehrere Termine verbindlich im voraus aus?

ja nein

Mit den Fragen 38 und 39 wird untersucht, wie viele Osteopathinnen und Osteopathen sich vorwiegend als „PräventivtherapeutIn“ oder eher als NotfallhelferIn betrachten. Krönke beschreibt, dass 8 % der Osteopathinnen und Osteopathen zwei Vorsorgebehandlungen im Jahr empfehlen und 37 % einen Kontrolltermin nach

Abschluss der Behandlungsserie ausmachen, der im Durchschnitt nach 1,3 Monaten stattfindet (Krönke 2006: 31).

Die Befragung erfolgte bei den Fragen 38 und 39 sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Frage 40: Ihr Patienten Klientel ist hauptsächlich...

- männlich
- weiblich
- ausgewogen

Hintergrund: Generell werden Naturheilmittel und andere alternativmedizinische Methoden hauptsächlich von Frauen und Angehörigen höherer Bildungsschichten in Anspruch genommen (Marstett, 2003, Häußermann, 1997). Laut KCE gibt es in Belgien keinen signifikanten Unterschied im vorrangig behandelten Geschlecht der Patienten Klientel zwischen männlichen und weiblichen Osteopathinnen/ Osteopathen (KCE 2010: 4). Daten über Österreich liegen bislang noch nicht vor.

Die untersuchte Hypothese lautet:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied im Geschlecht der vorrangig behandelten Patienten/Patientinnen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen in West-, Ost- und Südösterreich bestehen keine Unterschiede im Geschlecht der vorrangig behandelten Patienten/Patientinnen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer bestehen keine Unterschiede im Geschlecht der vorrangig behandelten Patienten/Patientinnen.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Medizin, Physiotherapie, anderes) bestehen keine Unterschiede im Geschlecht der vorrangig behandelten Patienten/Patientinnen.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „männlich“, „weiblich“ und „ausgewogen“ (Nominalvariable).

Frage 41: In den letzten 6 Monaten hat Sie ein Patienten Klientel zur Konsultation besucht im Alter von (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| weniger als 6 Monate | <input type="radio"/> |
| von 6 Monaten bis 36 Monaten | <input type="radio"/> |
| von 3 Jahren bis 9 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 10 Jahren bis 19 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 20 Jahren bis 29 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 30 Jahren bis 39 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 40 Jahren bis 49 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 50 Jahren bis 59 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 60 Jahren bis 69 Jahren | <input type="radio"/> |
| 70 Jahre und älter | <input type="radio"/> |

Frage 42: Die Mehrheit der PatientInnen ist: (maximal 3 Antworten)

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| jünger als 6 Monate | <input type="radio"/> |
| von 6 Monaten bis 36 Monaten | <input type="radio"/> |
| von 3 Jahren bis 9 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 10 Jahren bis 19 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 20 Jahren bis 29 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 30 Jahren bis 39 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 40 Jahren bis 49 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 50 Jahren bis 59 Jahren | <input type="radio"/> |
| von 60 Jahren bis 69 Jahren | <input type="radio"/> |
| 70 Jahre und älter | <input type="radio"/> |

Mit Hilfe dieser Fragen soll ermittelt werden, ob das Alter der Patientinnen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme osteopathischer Behandlungen und somit der Kenntnis von Osteopathie hat. In Belgien besteht die Patienten Klientel der Osteopathen hauptsächlich aus Erwachsenen und Babys, während Jugendliche viel seltener behandelt werden (KCE 2010: 4).

Als Nullhypothesen wird die Gleichheit des Auftretens der einzelnen Alterskategorien (als abhängige Variable) bei

- männlichen und weiblichen Osteopathen,
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in West-, Ost- und Südösterreich tätig sind,
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer, und
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisberufen (Medizin, Physiotherapie, anderes)

angenommen.

Die Befragung mit den Fragen 41 und 42 erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Kategorien, die das Altersspektrum zwischen 10 und 69 Jahren in 10-Jahresschritten umfasste. Die Kategorien außerhalb dieses Altersrahmens umfassten „weniger als 6 Monate“, „von 6 Monaten bis 36 Monate“, „von 3 Jahren bis 9 Jahren“ und „70 Jahre und älter“ (Nominalvariable). Bei der Frage 41 waren Mehrfachnennungen zugelassen, bei der Frage 42 jedoch nur maximal drei Antworten vorgesehen, wobei diese Beschränkung allerdings nur bei der Onlinebefragung sichergestellt war.

Frage 43: Machen Sie bei jeder Sitzung eine erneute Diagnostik?

ja nein

Nachdem osteopathische Behandlungen nicht symptombezogen durchgeführt werden, sondern auf die vorgefundenen Dysfunktionen im ganzen Körper abzielen, ist in der Regel eine Diagnose bei jeder Sitzung notwendig. Auch im Osteopathischen Standard der ÖGO findet sich wieder, dass die Daten „*im permanenten Dialog mit den Geweben des/der PatientIn überprüft und die therapeutischen Maßnahmen daran kontinuierlich angepasst [werden]*“ (ÖGO 2005: 4). Mit dieser Frage soll hinterfragt werden, ob sich die Osteopathinnen und Osteopathen daran halten und ob es Unterschiede darin gibt, die auf dem Geschlecht und den Tätigkeitsjahren beruhen.

Die untersuchten Nullhypothesen lauten:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob eine osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung durchgeführt wird oder nicht.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob eine osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung durchgeführt wird oder nicht.
- Zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten besteht kein Unterschied darin, ob eine osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung durchgeführt wird oder nicht.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, besteht kein Unterschied darin, ob eine osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung durchgeführt wird oder nicht.
- Zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern besteht kein Unterschied darin, ob eine osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung durchgeführt wird oder nicht.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Frage 44: Welche Art von Techniken verwenden Sie?

Geben Sie an, wie häufig Sie folgende Techniken verwenden (bitte alle Punkte bewerten):

	regelmäßig	gelegentlich	selten	nie
Strukturelle "High Velocity Low Amplitude" (HVLA-Techniken, Impulsmobilisationen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toggle-Techniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perkussions- und Vibrationstechniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskel Energietechniken (MET), Techniken unter Verwendung neuromuskulärer Reflexe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine osteopathische Mobilisationen (General Osteopathic Treatment (GOT), Total Body Adjustment (TBA))	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funktionelle Techniken (Sutherland, Hoover, Jones oder Counterstrain-Techniken, Balanced Ligamentous Tension-Techniken (BLT), ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Progressive Inhibition der neuromuskulären Strukturen (PINS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fasziale Techniken (Myofaszielles Release, Chila-Techniken, Unwinding-Techniken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weichteiltechniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuroviscerale und neurolymphatische Reflextchniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flüssigkeitstechniken (lymphatische Pumpstechniken, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viscerale Manipulationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurocraniale und viscerocraniale Techniken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Hintergrund dieser Frage ist, wieweit in der Grundausbildung aber auch osteopathischen Zusatzausbildungen gelehrt Techniken von den Osteopathinnen und Osteopathen umgesetzt werden und ob es Techniken gibt, die aus welchem Grund auch immer (Verletzungsrisiko, anstrengende Techniken) eher unbeliebt sind. So kommt beispielsweise Pingitzer zum Schluss dass Truststechniken eher von Männern und kürzer osteopathisch tätigen Therapeutinnen und Therapeuten verwendet werden, als von Frauen und länger tätigen Osteopathen/Osteopathinnen (Pingitzer 2008). Möglich ist auch, dass sich mit steigenden Tätigkeitsjahren eine Routine entwickelt, bei der manche erfahrungsgemäß erfolgreiche Techniken häufiger eingesetzt werden, während andere in Vergessenheit geraten. In KCE wird

zusätzlich die Vielfalt der eingesetzten Techniken auf die unterschiedlichen Ausbildungsstätten zurückgeführt (KCE 2010: 7).

Es wurden daher folgende Nullhypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit der Anwendung der einzelnen oben angeführten Techniken.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung der einzelnen oben angeführten Techniken.
- Die Ausbildungsstätte hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung der einzelnen oben angeführten Techniken.
- Das Arbeitsverhältnis der Osteopathen/Osteopathinnen (angestellt, freiberuflich, beides) hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung der einzelnen oben angeführten Techniken.
- Die Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Physiotherapie, Medizin, andere) hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung der einzelnen oben angeführten Techniken.

Sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung waren jene Techniken, deren Verwendungshäufigkeit auch in KCE (2010) abgefragt wurde angeführt. Bei jeder dieser Einzelfragen wurde mit den vorgegebenen Kategorien „regelmäßig“, „gelegentlich“, „selten“ und „nie“ abgefragt, wie häufig diese Techniken gebraucht werden (Ordinalvariable).

Frage 45: Sprechen Sie Ihren PatientInnen gegenüber Empfehlungen aus?

ja nein

Frage 46: Welche Empfehlungen sprechen Sie aus? (mehrere Antworten möglich)

aktive Bewegungsübungen

allgemeine Verhaltensratschläge

andere welche?

Aktives Streben nach Gesundheit setzt einen bewussten Lebensstil voraus. Das heißt, dass für die Aktivierung und Erhaltung der Selbstheilungskräfte die Patientinnen und Patienten auch ein entsprechendes Alltagsverhalten notwendig ist. Krönke beschreibt, dass Osteopathinnen und Osteopathen generelle Verhaltensempfehlungen, körperliche Übungen und Ernährungsempfehlungen aussprechen, wobei sich aktive Bewegungsübungen und allgemeine Verhaltensratschläge im aktuellen Fragebogen zu Vergleichszwecken explizit genannt wiederfinden. Zusätzlich empfehlen laut Krönke 8% der Osteopathinnen und Osteopathen zwei osteopathische Vorsorgebehandlungen pro Jahr (Krönke 2006: 31).

Untersucht werden folgende Nullhypothesen:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.
- Die Ausbildungsstätte der Osteopathen/Osteopathinnen (WSO oder andere) hat keinen Einfluss darauf, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen und jenen, die ausschließlich als Osteopath/Osteopathin tätig sind, besteht kein Unterschied darin, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.
- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob Empfehlungen für Patienten ausgesprochen werden oder nicht, bzw. welcher Art diese Empfehlungen sind.

Die Befragung (Frage 45) erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable).

Bei Frage 46 waren sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung die Kategorien „aktive Bewegungsübungen“ und „allgemeine Verhaltensratschläge“ vorgegeben, ergänzt durch ein Textfeld, in dem zusätzliche, nicht explizit angegebene Empfehlungen eingegeben werden konnten (Nominalvariable). Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen vorgesehen.

Frage 47: Dokumentieren Sie (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| Anamnese | <input type="radio"/> |
| Ergebnisse der Inspektion | <input type="radio"/> |
| Ergebnisse der Palpation | <input type="radio"/> |
| Ergebnisse des Bewegungstests | <input type="radio"/> |
| Ergebnisse der Untersuchung | <input type="radio"/> |
| Therapieplan | <input type="radio"/> |
| Behandlungsmaßnahmen | <input type="radio"/> |
| Therapieverlauf | <input type="radio"/> |
| <i>anderes</i> | <input type="radio"/> |

Die Dokumentation ist sowohl für Haftungsfragen, als auch für eine qualitätsgesicherte Behandlung notwendig.

Nachdem Ärzte durch das Österreichische Ärztegesetz (2012E) und Physiotherapeuten durch das MTD-Gesetz RIS (2012C) zur Dokumentation verpflichtet sind, ist anzunehmen, dass sie diese Praxis auch in ihrer osteopathischen Praxis beibehalten. Weiters wird untersucht, ob die Osteopathen/Osteopathinnen die Dokumentationspraxis auch mit längerer Dauer ihrer beruflichen Tätigkeit beibehalten.

Daher werden folgende Hypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob die oben angeführten Informationen dokumentiert werden oder nicht.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob die oben angeführten Informationen dokumentiert werden oder nicht.
- Die Ausbildungsstätte (WSO oder andere) hat keinen Einfluss darauf, ob die oben angeführten Informationen dokumentiert werden oder nicht.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen und jene, die ausschließlich als Osteopath/Osteopathin

arbeiten, unterscheiden sich nicht darin, ob die oben angeführten Informationen dokumentiert werden oder nicht.

- Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxismgemeinschaft arbeiten unterscheiden sich nicht von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, darin, ob die oben angeführten Informationen dokumentiert werden oder nicht.
- Die Art der Grundausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob die oben angeführten Informationen dokumentiert werden oder nicht.
- ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder unterscheiden sich nicht darin, ob die oben angeführten Informationen dokumentiert werden oder nicht.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels vorgegebener Kategorien, ergänzt durch ein Textfeld, in dem zusätzliche, nicht explizit angegebene Positionen eingegeben werden konnten (Nominalvariable). Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen vorgesehen.

Frage 48: Gibt es bestimmte Gruppen mit welchen Sie bevorzugt in der Praxis arbeiten (Sportler, Kinder, ...)?

ja welche?
nein

.....

Seit 1995 gibt es in Österreich mit dem Osteopathischen Zentrum für Kinder eine eigene Ausbildung für pädiatrische Osteopathie (OZK 2012). Nachdem Mundpropaganda einen wichtigen Aspekt für die Patientenrekrutierung darstellt, ist es wahrscheinlich, dass Osteopathinnen und Osteopathen Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern, die sie erfolgreich behandelt haben, konfrontiert sind. Es wird die Hypothese untersucht, dass das Geschlecht und die Tätigkeitsjahre der Osteopathinnen, sowie der Basisberuf einen Einfluss auf diesen Prozess haben:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob mit bestimmten Patientengruppen bevorzugt in der Praxis gearbeitet wird.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob mit bestimmten Patientengruppen bevorzugt in der Praxis gearbeitet wird.

- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob mit bestimmten Patientengruppen bevorzugt in der Praxis gearbeitet wird.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable). Für den Fall, dass die Respondenten mit „ja“ antworten, wurde ein Textfeld vorgesehen, in dem die Patientengruppen spezifiziert werden konnten.

Frage 49: Verwenden Sie auch andere diagnostische und/oder therapeutische Methoden wofür Sie eine abgeschlossene Ausbildung haben?

ja welche?
 nein

Gemäß dem Osteopathischen Standard der ÖGO ist eine permanente Weiterentwicklung der fachlichen und persönlichen Qualifikation von den Osteopathen und Osteopathinnen anzustreben (ÖGO 2005: 5). Ebenso wird eine Weiterentwicklung des Berufes durch den Dialog mit anderen Wissenschaftsdisziplinen angestrebt (ÖGO 2005: 15).

Es werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, ob nicht-osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat keinen Einfluss darauf, ob nicht-osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.
- Zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und jenen anderer Ausbildungsstätten, besteht kein Unterschied darin, ob nicht-osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen und jenen die ausschließlich als Osteopath/Osteopathin arbeiten, besteht kein Unterschied darin, ob nicht-

osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.

- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, ob nicht-osteopathische diagnostische oder therapeutische Methoden bei der Therapie angewandt werden oder nicht.

Die Befragung erfolgte sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung mittels der vorgegebenen Kategorien „ja“ und „nein“ (Nominalvariable). Für den Fall, dass die Respondenten mit „ja“ antworten, wurde ein Textfeld vorgesehen, in dem die Ausbildung spezifiziert werden konnte.

Frage 50: Mit Beschwerden welcher Region kommen Ihre PatientInnen am häufigsten? Klassifizieren Sie mit sehr häufig (5) bis nie (0):

	5 (sehr häufig)	4	3	2	1	0 (nie)
Kopf	0	0	0	0	0	0
Nacken	0	0	0	0	0	0
Schultergürtel	0	0	0	0	0	0
Obere Extremität	0	0	0	0	0	0
Ellbogen	0	0	0	0	0	0
Hand	0	0	0	0	0	0
Thorax	0	0	0	0	0	0
Wirbelsäule	0	0	0	0	0	0
Abdomen	0	0	0	0	0	0
LWS	0	0	0	0	0	0
Becken	0	0	0	0	0	0
Hüfte	0	0	0	0	0	0
Untere Extremität	0	0	0	0	0	0

Frage 51: Mit welcher Art von Beschwerden kommen Ihre PatientInnen zu Ihnen?

	5 (sehr häufig)	4	3	2	1	0 (nie)
Ischias	0	0	0	0	0	0
Lumbalgie	0	0	0	0	0	0
Kopfschmerzen	0	0	0	0	0	0
Beschwerden während/nach einer Schwangerschaft/Geburt	0	0	0	0	0	0
gastroösophagealer Reflux	0	0	0	0	0	0
Schreibabys	0	0	0	0	0	0
Chronische Otitis	0	0	0	0	0	0
Torticolis	0	0	0	0	0	0
Fibromyalgie	0	0	0	0	0	0
Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS)	0	0	0	0	0	0
Unspezifische Beschwerden	0	0	0	0	0	0
Stressbedingte Beschwerden	0	0	0	0	0	0
Verdauungsbeschwerden	0	0	0	0	0	0
Psychosomatische Beschwerden	0	0	0	0	0	0
Cervicalsyndrom	0	0	0	0	0	0
<i>Anderes:</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Anderes:</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Anderes:</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Anderes:</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Anderes:</i>	0	0	0	0	0	0

Anhand der Fragen 50 und 51 soll untersucht werden, bei welchen Krankheiten oder Beschwerden spezifischer Körperregionen der Osteopathie von den Patientinnen und Patienten typischerweise Erfolgsaussichten zugeschrieben werden.

Auch hier werden für die einzelnen Punkte folgende Hypothesen untersucht:

- Zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen besteht kein Unterschied darin, welche Beschwerden die Patientenklientel vorrangig aufweist.

- Die Art der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Medizinstudium, Physiotherapie, andere) hat keinen Einfluss darauf, welche Beschwerden die Patientenklientel aufweist.

Sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung waren bei Frage 40 Körperregionen vorgegeben, die sich an KCE (2010) orientieren. Bei jeder Region wurde eine Skala von 0 bis 5 angeführt, mit der die Häufigkeit zu klassifizieren war (0... nie, 5...häufig, Ordinalvariable).

Bei Frage 51 waren sowohl bei der postalischen als auch der Onlinebefragung ausgewählte Beschwerden vorgegeben, wobei sich die Auswahl ebenfalls an KCE (2010) orientierte. Die Reihenfolge der angeführten Beschwerden richtete sich nach der relativen Häufigkeit der Nennung in KCE (2010). Zusätzlich wurden fünf Textfelder zur Verfügung gestellt, in denen andere, als die angeführten Beschwerden eingetragen werden konnten. Bei jeder Beschwerdeart wurde eine Skala von 0 bis 5 angeführt, mit der die Häufigkeit zu klassifizieren war (0... nie, 5...häufig, Ordinalvariable).

4. Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde bei Kenntnis der E-Mail-Adressen über das Internet, andernfalls mittels postalisch versandten Fragebögen durchgeführt.

Generell ist anzumerken, dass die Fragen bei der Onlinebefragung soweit wie möglich "geschlossen" (mit vorgegebenen Antwortkategorien) gestellt wurden. Bei den postalisch versandten Fragebögen war dies insbesondere bei Jahreszahlen und Jahren nicht möglich aber auch bei den anderen Fragen war es den online antwortenden Osteopathen/Osteopathinnen nicht möglich andere als die vorgegebenen Antworten zu geben, während Osteopathinnen/Osteopathen davon abweichende Antworten formulieren konnten.

4.1. Stichprobengewinnung

Für die Versendung der Fragebögen wurden, um möglichst alle in Österreich ansässigen Osteopathinnen und Osteopathen zu erreichen, Adressinformationen

(E-Mail und Postanschriften) aus den Osteopathenlisten der Wiener Schule für Osteopathie (WSO 2011A) und der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO 2011), sowie dem österreichischen Online-Branchenverzeichnis (Herold, 2011) abgeglichen.

4.2. Onlinebefragung

4.2.1. Durchführung

Die Befragung über das Internet wurde als offene Umfrage mit dem Online-Umfragetool der onlineumfragen.com GmbH (Onlineumfragen.com, 2011) durchgeführt.

Dazu wurde am 06.06.2011 an **355 E-Mail-Adressen** eine Einladungs-E-Mail (siehe Anlage 1) verschickt, über die die Osteopathinnen und Osteopathen über einen Link zur Online-Umfrage (siehe Anlage 3) geleitet wurden. An Praxisgemeinschaften wurden keine Einladungs-E-Mails versandt.

Bei der Versendung der Einladungs-E-Mails wurden **17 E-Mails** als nicht zustellbar zurückgewiesen.

Nach einer Internetrecherche konnten **sechs** dieser Internetadressen korrigiert werden und Einladungen an die richtige Adresse zugestellt werden.

Somit wurden insgesamt 344 Einladungs-E-Mails versandt.

Am 27.06.2011 (bei einem aktuellen Response von n=133) wurden an die 211 E-Mail-Adressen jener Osteopathen/Osteopathinnen, die noch nicht teilgenommen hatten, eine Erinnerungs-E-Mail (siehe Anlage 2) versandt.

In den Folgetagen gingen daraufhin noch 54 weitere Datensätze ein.

4.2.2. Datenkontrolle

Mit Hilfe von Datenbankabfragen wurde untersucht, ob Duplikate der E-Mail-Adressen vorliegen. Das konnte aufgrund der offenen Befragungsform trotz Versendung von nur jeweils einer Einladungs-E-Mail an jede E-Mail-Adresse vorkommen, wenn die Befragung vom Osteopathen/von der Osteopathin unterbrochen wurde und ohne das geforderte Kennwort einzugeben, neu über den Link in der Einladungs-E-Mail gestartet wurde. Das war bei **fünf Datensätzen** der Fall.

Durch Vergleich der bereits eingegebenen Daten wurde sichergestellt, dass es sich um ein und dieselbe Person handelt. Der unvollständige Datensatz wurde jeweils gelöscht.

4.2.3. Rücklaufquote

Nach der Datenkontrolle (siehe Kapitel 4.2.2) und Elimination von fünf Datensätzen liegt die effektive **Rücklaufquote der Online-Befragung bei 52,9%** (182 von 344).

4.3. Befragung mittels versandtem Fragebogen

4.3.1. Durchführung

Nachdem die Befragungsplattform (Onlineumfragen.com, 2011) keine E-Mail-Duplikate zulässt, wurde in jenen Fällen, in denen von mehreren Osteopathen/Osteopathinnen (beispielsweise in einer Praxisgemeinschaft) nur eine einzige zentrale E-Mail-Adresse verfügbar war, die Fragebögen (siehe Anlage 3) zusammen mit einem frankierten und adressierten Rücksendekuvert über den Postweg versandt. Diese ausgedruckten Fragebögen wurden auch an jene Osteopathen/Osteopathinnen gesendet, deren E-Mail-Adresse nicht bekannt war. Die Adressen stammen vorwiegend aus der WSO-Osteopathenliste (WSO 2011A; n=124) und jener der ÖGO (ÖGO 2011; n= 62). Weitere sieben wurden dem Online-Telefonbuch (Herold 2011) entnommen. Neun dieser 193 Fragebögen wurden wegen Unzustellbarkeit leer retourneschickt.

4.3.2. Dateneingabe

Die Dateneingabe erfolgte durch die Autorin in die Maske der Online-Datenbank, um einen homogenen Datensatz für den Import in die Statistiksoftware zu erstellen. Dabei traten, da es bei der Beantwortung der Fragen auf dem postalisch versandten Fragebogen einen größeren Spielraum gab, als bei der Onlineumfrage, bei manchen Fragen Probleme bei der Dateneingabe auf.

Bei den per Post versandten Fragebögen war es beispielsweise, im Gegensatz zum Onlinefragebogen nicht möglich das Eingabeformat für Zeitperioden (Jahreszahl oder Jahre) festzulegen. Das heißt, es wurden sowohl Jahreszahlen, als auch Jahre angegeben. Hier wurden Zahlen kleiner gleich 11 als Jahre und nicht als Kurzformen von Jahreszahlen (z.B. 8 für 2008) interpretiert und je nach Frage in die jeweiligen

Jahreszahlen bzw. Jahre umgewandelt, wobei anhand anderer Antworten auf die Plausibilität dieser Umwandlung geachtet wurde.

Erläuternde Kommentare, statt konkreter Antworten auf vorgegebene Kategorien wurden nur, wenn sie klar interpretierbar waren, an das erforderliche Eingabeformat angepasst (z.B. wurde „bei Bedarf“ als „ja“ aufgefasst). Andernfalls wurde die Antwort nicht eingegeben.

4.3.3. Rücklaufquote

Von den 193 postalisch versandten Fragebögen wurden 102 Fragebögen retourgesandt und von mir in die Datenbank des Onlineumfrage-Tools (Onlineumfragen.com, 2011) eingegeben.

Die Rücklaufquote der Befragung mittels versandtem Fragebogen liegt bei 52,8% (102 von 193).

4.4. Gesamtrücklaufquote

Es liegen insgesamt 284 Datensätze aus 537 versandten Fragebögen vor. Die **Gesamtrücklaufquote beträgt 52,9%.**

In den einzelnen Bundesländern variiert die (Mindest-) Rücklaufquote zwischen 40,6% in Wien und 62% in Kärnten (siehe Tabelle 1). Die tatsächliche Rücklaufquote ist höher, da rund 7% der Osteopathinnen und Osteopathen in mehr als einem Bundesland tätig sind, die hier nicht berücksichtigt wurden.

Tabelle 1: Anzahl der Osteopathen/Osteopathinnen laut Recherche und der beantworteten Fragebögen durch Osteopathinnen und Osteopathen, die nur in einem Bundesland tätig sind, sowie die daraus berechnete minimale Rücklaufquote.

Bundesland	Osteopathen lt. Recherche	Respondenten (ohne Doppelnennungen)	Rücklaufquote
	n		%
W	187	76	40,6
St	56	34	61
NÖ	69	32	46
OÖ	59	30	51
S	57	30	53
T	48	27	56
K	26	16	62
V	27	12	44
B	8	4	50
Österreich	537	261	

4.5. Datenaufarbeitung

Als nächster Schritt wurden Antworten, die durch den Datenexport aus der Onlinedatenbank in das Tabellenkalkulationsprogramm in Datumswerte umgewandelt worden waren (z.B. „1-4“ in „01. April“), wieder in die ursprüngliche Form gebracht.

Bei der Frage 9 (Welchen Ausbildungsstatus führen Sie?) gaben manche Osteopathen/Osteopathinnen neben „D.O.“ und/oder „MSc.“ auch die Kategorie „OsteopathIn“ an, manche jedoch nicht. Nachdem lediglich Osteopathinnen und Osteopathen befragt wurden, wurde die Antwort „OsteopathIn“ bei Vorliegen eines Abschlusses mit „MSc.“ oder „D.O.“ (nicht jedoch bei einem Abschluss des Medizinstudiums mit Dr.med.) gelöscht. Dabei wurde darauf Rücksicht genommen, dass der Osteopath/die Osteopathin kein anderes Studium, das mit demselben akademischen Grad abgeschlossen werden konnte, absolviert hat.

Bei der Frage 10 (Welche Ausbildung haben Sie genossen, bevor Sie die Osteopathie-Ausbildung gemacht haben?) gaben drei der Osteopathinnen oder Osteopathen (1,1%) an, vor der Osteopathieausbildung sowohl eine Physiotherapieausbildung, als auch ein Medizinstudium absolviert zu haben. Diese wurden dem Medizinstudium zugerechnet, da sie für ausführlichere Betrachtungen eine zu kleine Gruppe bilden. Weiters nahmen eine einzige Hebamme und sieben Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen teil, die mit jenen Osteopathinnen und Osteopathen, die eine andere als die bereits genannten Basisausbildungen aufwiesen in die Kategorie „andere“ aufgenommen wurden, da sie alleine eine zu kleine Gruppe darstellten.

Frage 24: In welchem Bundesland Österreichs arbeiten Sie?

Nachdem in einzelnen Bundesländern (z.B. im Burgenland) zu wenige Osteopathinnen bzw. Osteopathen arbeiten, um eine sinnvolle Vergleichsgrundlage darzustellen, wurden Auswirkungen regionaler Einflüsse über die NUTS1-Regionen (West-, Ost-, Südösterreich) untersucht. Westösterreich umfasst die Bundesländer Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich, Südösterreich Kärnten und die Steiermark und Ostösterreich das Burgenland, Wien und Niederösterreich (Eurostat 2011).

Die Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen wurde jedoch für die einzelnen Bundesländer abgeschätzt, wobei die im Rahmen der Adressrecherche in den einzelnen Bundesländern aufgefundenen Osteopathen/Osteopathinnen als minimale Anzahl angenommen wurden. Eine Hochrechnung der Umfrageergebnisse, mit der auch die in zwei Bundesländern parallel ausgeführte osteopathische Tätigkeit berücksichtigt werden könnte, erfolgte aufgrund der Unsicherheit der dafür nötigen Annahmen nicht.

Für die Berechnung der maximalen Rücklaufquoten in den einzelnen Bundesländern, wurden die parallel in zwei Bundesländern tätigen Osteopathen/Osteopathinnen auch beiden zugeordnet.

Wie bereits in Kapitel 4.3.2 vorweggenommen, war bei den postalisch versandten Fragebögen bei Fragen, die eine Zeitperiode abfragten, keine Einschränkung auf Jahreszahlen möglich, wodurch sowohl Jahreszahlen, als auch Jahre angegeben wurden. Hier wurden Zahlen kleiner gleich 11 als Jahre und nicht als Kurzformen von Jahreszahlen (z.B. 8 für 2008) interpretiert und je nach Frage in die jeweiligen Jahreszahlen bzw. Jahre umgewandelt.

Für die Verwendung der Dauer der osteopathischen Tätigkeit als unabhängige Variable wurden die Tätigkeitsjahre nachträglich mittels der 25%- 50% und 75%-Perzentile kategorisiert.

In Abbildung 1 ist die Dauer der osteopathischen Tätigkeit nach nachträglicher Kategorisierung dargestellt.

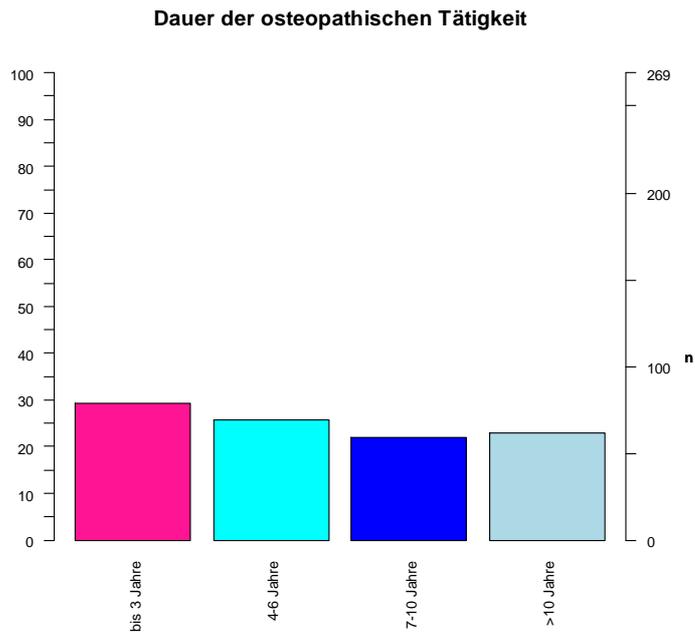


Abbildung 1: Dauer der osteopathischen Tätigkeit nach nachträglicher Kategorisierung (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin (Frage 26) wurde in vielen Fällen als Intervall angegeben. Offenbar wurde bei der Beantwortung berücksichtigt, ob es sich um Bestands- oder Neupatienten, sowie Akut- oder Nicht-Akut-Patienten handelt, was zu großen Zeitspannen führte. Um diese Daten in eine auswertbare Form zu bringen, wurde in diesen Fällen der arithmetische Mittelwert gebildet. Zusätzlich wurden jedoch die Minimalwerte und Maximalwerte dieser Intervalle extra betrachtet.

Antworten auf Fragen, bei denen Mehrfachantworten in mehreren Unterfragen möglich waren (wie beispielsweise bei Frage 41 – In den letzten 6 Monaten hat Sie ein Patientenkiel besucht im Alter von...) wurden mittels Datenbankabfragen systematisiert. Dadurch wurden die einzelnen Antwortkategorien als eigene Nominalvariable („ja“/„nein“) definiert.

Nachdem andere Ausbildungsstätten als die WSO nur selten genannt wurden, wurden diese in eine einzige Kategorie zusammengefasst, um einen Vergleich der Auswirkung einer Ausbildung an der WSO mit jenen an anderen Ausbildungsstätten

zu ermöglichen. Nachdem anzunehmen ist, dass Unterschiede zwischen den so zusammengefassten Schulen bestehen, werden dadurch vorwiegend hervorstechende Charakteristika der WSO deutlich gemacht.

Auch die einzelnen Institutionen, wo Osteopathen/Osteopathinnen tätig sind, wurden nicht nur einzeln betrachtet, sondern in einer neuen Variable zusammengefasst. Dabei wurde eine neue Kategorie eingeführt, die sowohl in einer Privatpraxis als auch in einer anderen Institution tätige Osteopathen/Osteopathinnen beinhaltet, ohne dass auf die Art der anderen Institution eingegangen wird. Zusätzlich sind die ausschließlich in einer Privatpraxis und die ausschließlich in Krankenhäusern, Physikalischen Instituten und Rehabilitationszentren tätigen Osteopathen in eigenen Kategorien zusammengefasst. Diese sind aber mit Ausnahme der Kategorie der ausschließlich in Privatpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen für exakte Aussagen zu klein.

Klassifizierungen von allgemeinen frei formulierten Textantworten wurden in einem Mehrschrittverfahren durchgeführt. Dabei wurden zuerst, wenn nötig, die Antworten in einzelne Aussagen aufgetrennt und diese anschließend alphabetisch geordnet. Aus mehrfach vorkommenden Antworten wurden die ersten Klassen gebildet, wodurch sich eine leichtere Zuordnung anderer ebenfalls übereinstimmender Antworten erreichen ließ. Nach der Klassifizierung aller Antworten wurde untersucht, ob diese neuen Klassen noch durch einen weiteren Klassifizierungsschritt zusammengefasst werden können, ohne dass wesentliche Informationen verloren gehen.

4.6. Statistische Auswertung der Daten

Die Daten wurden in einer Microsoft[®] Excel[®]-Tabelle gesammelt (siehe Anlage 4) und computerunterstützt unter Verwendung der Statistiksoftware R 2.14.1. (R Development Core Team, 2011) ausgewertet. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha=0,05$ gewählt.

Untersucht wurden primär die in 3.2 vorweg formulierten Nullhypothesen, allerdings wurde von Dr. Woisetschläger zusätzlich ein Data-Mining durchgeführt, wobei die

Auswirkungen der folgenden unabhängigen Variablen auf die Ergebnisse der Befragung untersucht wurden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Unabhängige Variable, deren Ausprägungen und die Größe der einzelnen Kategorien (n).

Variable	Kategorien	n
Arbeitsverhältnis	freiberuflich tätig	242
	angestellt	10
	beides	29
Praxisgemeinschaft/ Einzelpraxis	alleine	94
	Team	187
andere prof. Aktivität	ja	119
	nein	161
Geschlecht	männlich	90
	weiblich	194
ÖGO-Mitgliedschaft	ja	146
	nein	136
Basisausbildung	Medizinstud.	36
	Physioth.	234
	andere	11
Ausbildungsstätte	WSO	240
	andere	39
NUTS1-Region	Südösterreich	50
	Westösterreich	99
	Ostösterreich	112
osteopathische Tätigkeitsdauer	bis 3 Jahre	79
	4-6 Jahre	69
	7-10 Jahre	59
	>10 Jahre	62

Aufgrund der hohen Stichprobengröße - und in der Regel auch hohen Zellengröße (Ausnahmen davon sind in Tabelle 2 gelb hinterlegt) - wurde dafür als Überblickstest eine Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, die unter diesen Bedingungen aufgrund des zentralen Grenzwerttheorems auch bei Abweichungen der Daten von der Normalverteilung (d.h. auch bei nominalskalierten und ordinalskalierten Daten) angewandt werden kann. Nachdem die untersuchten unabhängigen Variablen untereinander Abhängigkeiten zeigten (siehe Abbildung 2) wurde jeweils ein einfaktorieller Ansatz verwendet.

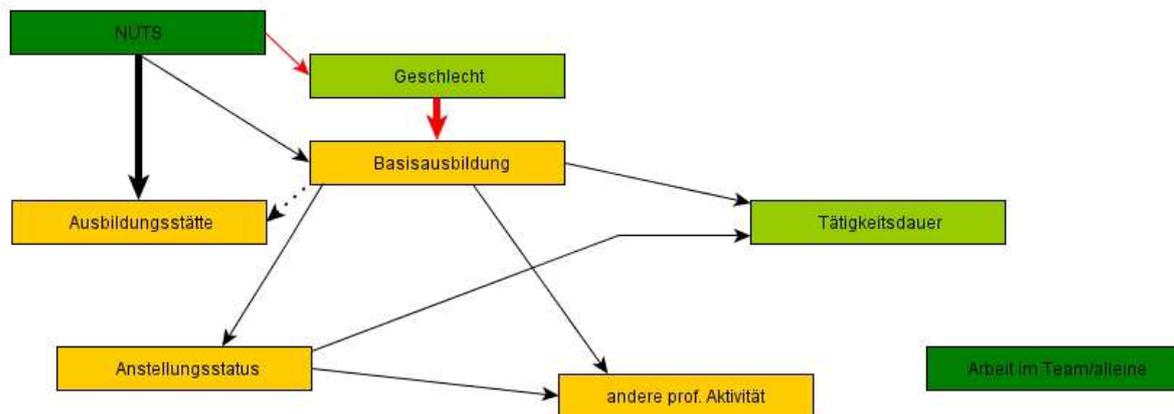


Abbildung 2: Zusammenhänge zwischen den untersuchten unabhängigen Variablen. Dunkelgrüne Felder zeigen Variable, die völlig unabhängig von sämtlichen anderen sind, hellgrün hinterlegte Felder zeigen theoretisch unabhängige Variablen an und gelbe solche Variablen, die kausal eindeutig von anderen abhängen.

Keinerlei Einfluss anderer Variablen besteht anhand zeitlicher und kausaler Betrachtungen, sowie den Ergebnissen statistischer Tests auf die Variablen NUTS und Arbeit im Team oder in einer Einzelpraxis. Der Anteil männlicher und weiblicher Osteopathen (Geschlecht) ist von der österreichischen Region abhängig, was ebenso wie die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Wahl der Basisausbildung zum Beispiel auf unterschiedliche gesellschaftliche Prägungen und Vorbildwirkungen zurückgeführt werden kann. Die Wahl der Ausbildungsstätte ist eindeutig von lokalen Gesichtspunkten geprägt, während der Einfluss der Basisausbildung nicht schlüssig erklärbar ist. Das Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides) hängt, wie auch die Ausübung anderer professioneller Aktivitäten neben der Osteopathie von der Basisausbildung ab und Angestellte üben ebenfalls häufiger andere professionelle Aktivitäten aus, als freiberuflich Tätige. Die Tätigkeitsdauer sollte an und für sich unabhängig von anderen Einflüssen sein, dadurch dass eine Osteopathieausbildung in Österreich erst seit einer relativ kurzen Zeit angeboten werden, sind aber derzeit noch Einflüsse des (hier nicht mitberücksichtigten) je nach Basisausbildung unterschiedlichen Alters bei Ausbildungsbeginn erkennbar. Die Abhängigkeit der Tätigkeitsdauer vom Arbeitsverhältnis ist einerseits über den Zwischenschritt der Abhängigkeit des Arbeitsverhältnisses von der Basisausbildung erklärbar, andererseits besteht die Möglichkeit, dass eher das Arbeitsverhältnis von der Tätigkeitsdauer abhängt, als umgekehrt. Das kann (den Ergebnissen vorgreifend) damit begründet werden, dass Osteopathinnen und Osteopathen erst mit längerer osteopathischer Tätigkeitsdauer rein freiberuflich tätig werden.

Für weiterführende Tests wurden bei statistisch signifikanten ANOVA-Ergebnissen der Verteilung der Daten und anderen Datencharakteristika angepasste Tests angewendet, die in der Folge beschrieben werden:

Nominalskalierte Daten

Die Untersuchung der Übereinstimmung der Häufigkeitsverteilung nominalskalierten Daten in den anhand der zwei Ausprägungen von unabhängigen Variable gebildeten Gruppen erfolgte mittels χ^2 -Homogenitätstests. Im Fall von mehr als zwei Ausprägungen der unabhängigen Variablen wurden paarweise χ^2 - Homogenitätstests durchgeführt.

Im Fall, dass die für χ^2 - Homogenitätstests erforderlichen Grundvoraussetzungen hinsichtlich der auf Basis von Zufall errechneten erwarteten Häufigkeiten nicht gegeben sind, wurde die Untersuchung der Übereinstimmung der Werteverteilung nominalskalierten Daten in den anhand der unabhängigen Variable gebildeten Gruppen mit dem exakten Test nach Fisher durchgeführt.

Gemäß Sachs (Sachs 2008: 434) werden Kommastellen für relative Häufigkeiten abhängig von der Anzahl der Beobachtungen n der Stichprobe angegeben (eine Kommastelle ab $n=150$, zwei ab $n=2000$), wobei allerdings aus Gründen der Vergleichbarkeit bei unterschiedlichen Gruppengrößen auch bei weniger als 80 Beobachtungen Prozentzahlen angeführt werden (Beispielsweise ist die annähernde Übereinstimmung von „21%“ und „20%“ leichter erkennbar als die der gleichbedeutenden Ausdrücke „7 von 34“ und „15 von 74“). Es ist allerdings zu beachten, dass die Aussagekraft mit zunehmendem Nenner ansteigt. Die Werteverteilung der nominalskalierten Daten wird mittels Balkendiagrammen dargestellt, die einerseits den prozentuellen Anteil an den gültigen Antworten (linke Achse), die Anzahl der Antworten in absoluten Zahlen (rechte Achse) und die Gesamtanzahl der gültigen Antworten (oberes Ende der rechten Achse, entsprechend 100%).

Ordinalskalierte Daten

Im Fall, dass die unabhängige Variable zwei Ausprägungen aufweist, wurde die Untersuchung der Übereinstimmung der Werteverteilung ordinalskalierten Daten in

den anhand der unabhängigen Variablen gebildeten Gruppen mittels Wilcoxon-Rangsummentests durchgeführt. Bei mehr als zwei Ausprägungen der unabhängigen Variablen wurden Kruskal-Wallis-Test durchgeführt und bei Hinweisen auf signifikante Unterschiede zwischen anhand der unabhängigen Variable gebildeten Gruppen paarweise Wilcoxon-Rangsummentests verwendet. Die Werteverteilung der ordinalskalierten Daten wird, wie bei den nominalskalierten Daten, mittels Balkendiagrammen dargestellt, die einerseits den prozentuellen Anteil an den gültigen Antworten (linke Achse), die Anzahl der Antworten in absoluten Zahlen (rechte Achse) und die Gesamtanzahl der gültigen Antworten (oberes Ende der rechten Achse, entsprechend 100%). Auch für die Rundung der relativen Häufigkeiten gilt das Selbe wie bei den nominalskalierten Daten (eine Kommastelle ab $n=150$, zwei ab $n=2000$).

Intervallskalierte Daten

Vor der statistischen Analyse intervallskalierter Daten wurde ein Shapiro-Wilk-Anpassungstest auf Abweichungen von der Normalverteilung und ein Bartlett-Test auf Varianzhomogenität durchgeführt. Normalverteilung und Varianzhomogenität stellen prinzipiell Voraussetzungen für die Anwendbarkeit parametrischer statistischer Verfahren dar. Nach den Empfehlungen von Sachs (Sachs 2004: 425), wurde beim Shapiro-Wilk Test ein Signifikanzniveau von $\alpha=0,10$ gewählt. Bei Abweichungen von der Normalverteilung ($p \geq 0,10$) wurden Wilcoxon-Rangsummentests angewandt

Die grafische Darstellung dieser Daten erfolgt mit Mittelwertgrafiken (\pm obere und untere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs), sowie mit Box-und-Whisker-Plots. In diesen wird neben dem Medianwert (dicke horizontale Linie innerhalb der Box) der Zentralbereich der Daten (25%-Perzentil bis 75%-Perzentil, erkennbar an der unteren und oberen Begrenzung der Box) und der 5%- und 95%-Perzentilwert (kurze horizontale Linie am Ende des unteren bzw. oberen Whiskers) angegeben. Bei geringer Varianz der dargestellten Daten ist es möglich, dass mehrere Perzentile den selben Wert aufweisen und somit Linien zusammenfallen.

5. Ergebnisse

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse der Überblicksanalyse mittels ANOVA (Detailergebnisse siehe Anlage 5) dargestellt, wobei dunkelgrün hinterlegte Felder abgelehnte Nullhypothesen kennzeichnen und hellgrüne angenommene. Hellblau hinterlegte Felder zeigen im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelte, jedoch beim Datamining als signifikant erkannte Unterschiede in der abhängigen Variable zwischen den Ausprägungen der unabhängigen Variable an.

Tabelle 3: Ergebnisse der Überblicksanalyse mittels ANOVA (p-Werte). Dunkelgrün hinterlegte Felder kennzeichnen abgelehnte Nullhypothesen, hellgrüne angenommene. Hellblau hinterlegte Felder zeigen im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelte, jedoch beim Datamining als signifikant erkannte Unterschiede in der abhängigen Variable zwischen den Ausprägungen der unabhängigen Variable an (*...Folgetests nicht signifikant, in Klammern gesetzte Werte... Interpretation wegen zu geringen Fallzahlen nicht sinnvoll).

		Unabhängig:	Geschlecht	NUTS	Tätigkeitsdauer	Ausbildungsstätte	andere prof. Akt.
ABHÄNGIG		männlich/ weiblich	West-/ Ost- / Südösterr.	<3/3-6/7-10/ >10 Jahre	WSO/andere	ja/nein	
Geschlecht	m/w	-	0,0014	0,17	0,34	0,18	
Alter	Alter	0,10	0,0092	<0,0001	0,50	0,086	
Sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?	ja/nein	0,39	0,021	<0,0001	<0,0001	0,027	
Waren Sie schon einmal Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?	ja/nein	0,96	0,26	<0,0001	<0,0001	0,066	
Haben Sie derzeit eine aktive Aufgabe/Rolle in der ÖGO?	ja/nein	0,42	0,34	0,0087	0,092	0,90	
Hatten Sie schon einmal eine aktive Rolle im ÖGO?	ja/nein	0,046	0,16	<0,0001	0,67	0,62	
Seit wann sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?	Jahre	0,21	0,61	<0,0001	0,14	0,83	
Wo haben Sie die Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen?	Ausbildungsstätte real	0,25	0,00020	0,58	-	0,20	
	WSO/andere	0,34	<0,0001	0,66	-	0,053	
Welchen Ausbildungsstatus führen Sie? (Mehrfachnennung möglich)	Abschluss	0,20	0,64	<0,0001	0,25	0,47	

Tabelle 2 - Fortsetzung.

	Unabhängig:	Geschlecht	NUTS	Tätigkeitsdauer	Ausbildungsstätte	andere prof. Akt.
ABHÄNGIG		männlich/ weiblich	West-/ Ost- /Südösterr.	<3/3-6/7-10/ >10 Jahre	WSO/andere	ja/nein
Welche Ausbildung haben Sie genossen, bevor Sie die Osteopathie-Ausbildung gemacht haben?	Grundausbildung	0,007	0,58	0,34	0,48	<0,0001
	Medizin	<0,0001				<0,0001
	Physioth.	0,34				0,54
	Ergoth.	(0,46)				(0,030)
	Hebamme	(0,50)				(0,23)
	anderer Beruf	(0,085)				(<0,0001)
Listen Sie hier bitte alle erworbene Diplome auf:						
Seit wann arbeiten Sie als OsteopathIn? Seit	Jahre	0,092	0,55	-	0,12	0,43
	4 Kategorien	0,060	0,58	-	0,25	0,46
Haben Sie andere professionelle Aktivitäten?	ja/nein	0,18	0,28	0,72	0,053	
Geben Sie an zu wieviel Prozent Sie als OsteopathIn tätig sind!	%	0,25	0,59	0,10*	0,015	<0,0001
Sie sind... (bitte auswählen):	freiberufl./angest./beides	0,71	0,73	0,081	0,78	0,05
In welcher Institution arbeiten Sie (Mehrfachnennungen möglich)?	Privatpraxis/andere Inst./beides	0,09	0,012	0,48	0,071	0,00058
	Privatpraxis	0,11	0,029	0,36	0,17	0,036
	Krankenhaus	(0,29)	(0,048)	(0,90)	(0,10)	(0,00036)
	Rehabilitationszentrum	(0,33)	(0,23)	(0,21)	(0,28)	(0,11)
	andere Inst	(0,94)	(0,31)	(0,92)	(0,48)	(0,14)
Arbeiten Sie alleine oder in einer Praxisgemeinschaft?	Team/alleine	0,63	0,48	0,20	0,15	0,39
Wenn Sie in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, welche anderen Berufsgruppen sind noch vertreten (Mehrfachnennung möglich)?	Osteopathiekollegen	0,058	0,20	0,013	0,11	0,65
	Arzt	0,088	0,029	0,98	0,024	0,024
	PT	0,65	0,39	0,017	0,69	0,25
	Ergo	0,17	0,96	0,76	0,23	0,58
	Psych	0,98	0,08	0,28	0,029	0,50
	Logo	0,14	0,83	0,48	0,61	0,093
	Diät	0,73	0,53	0,60	0,88	0,039
	andere Gruppe	0,35	0,08	0,40	0,14	0,33
In welchem Bundesland von Österreich arbeiten Sie?	NUTS (West-/Ost-/Südösterr.)	0,70	-	0,82	0,014	0,89
Wieviele Einwohner hat der Ort Ihrer Arbeitsstelle?	EW (6 Kategorien)	0,87	<0,0001	0,034	0,027	0,70
Wie lange braucht es, bis ein Patient bei Ihnen einen Termin bekommt?	Tage	0,006	0,0015	0,19	0,87	0,27
Wieviele PatientInnen sehen Sie an einem gewöhnlichen Arbeitstag?	<5/5-10/>10	<0,0001	0,029	0,16	0,76	0,78

Tabelle 2 - Fortsetzung

	Unabhängig:	Geschlecht	NUTS	Tätigkeitsdauer	Ausbildungsstätte	andere prof. Akt.
ABHÄNGIG		männlich/ weiblich	West-/ Ost- / Südösterr.	<3/3-6/7-10/ >10 Jahre	WSO/andere	ja/nein
Wieviele Patienten sehen Sie durchschnittlich pro Woche?	Patienten	<0,0001	0,25	0,0012	0,45	0,27
Wieviele neue PatientInnen sehen Sie in einer gewöhnlichen Arbeitswoche?	<5/5-10/>10	0,0066	0,057	0,086	0,62	0,069
Wie bzw. wodurch kommen die PatientInnen zu Ihnen? (Mehrfachnennung möglich)	Empf Ärzte	0,70	0,68	0,97	0,87	0,73
	Empf Therap.	0,36	0,52	0,54	0,42	0,38
	Empf Kollegen	0,24	0,21	0,47	0,54	0,54
	Empf Patienten	0,78	0,010	0,51	0,25	0,26
	keine Ahnung	0,83	0,044	0,33	0,66	0,86
Wie machen Sie als OsteopathIn auf sich aufmerksam? (Mehrfachnennung möglich)	Homepage	0,99	0,81	0,54	0,037	0,30
	Folder	0,49	0,64	0,29	0,062	0,30
	Zusammenarb. Ärzte	0,94	0,66	0,12	0,29	0,63
	Türschild	0,31	0,05	0,21	0,64	0,13
	Visitenkarten	0,64	0,65	0,28	0,068	0,54
	Inserate	0,23	0,41	0,97	0,31	0,76
	Verbandslisten	0,97	0,67	0,96	0,17	0,70
	Fachpublikationen	0,045	0,53	0,99	0,55	0,068
	andere Werbung	0,09	0,74	0,74	0,78	0,17
Wieviel verlangen Sie bei einer Erstkonsultation?	<75/75-100/ >100 Euro	<0,0001	0,15	<0,0001	0,0106	0,14
Wieviel verlangen Sie für Ihre weitere Behandlung?	<75/75-100/ >100 Euro	<0,0001	0,0024	<0,0001	0,62	0,19
Berücksichtigen Sie in Ihrer Tarifgestaltung eine soziale Staffelung?	ja/nein	0,44	0,087	0,64	0,25	0,33
Wieviel Zeit benötigen Sie im Allgemeinen für die Konsultation eines neuen Patienten?	<30/30-60/ 60-90/>90 min	0,0021	0,32	0,57	0,029	0,076
Wieviel Zeit benötigen Sie im Allgemeinen für weitere Konsultation eines Patienten?	<30/30-60/ 60-90/>90 min	0,0033	0,33	0,0034	0,0081	0,47
Wieviele Konsultationen bekommt ein Patient bei Ihnen durchschnittlich pro Jahr? (mit Ausnahme chronischer PatientInnen)	1-5/>5	0,048	0,15	0,017	0,15	0,00056
Setzen Sie einen neuerlichen Termin nach Beendigung Ihrer Behandlungsserie an?	ja/nein	0,12	0,0073	0,60	0,013	0,82

Tabelle 2 - Fortsetzung

	Unabhängig:	Geschlecht	NUTS	Tätigkeitsdauer	Ausbildungsstätte	andere prof. Akt.
ABHÄNGIG	ja/nein	männlich/ weiblich	West-/ Ost- /Südösterr.	<3/3-6/7-10/ >10 Jahre	WSO/andere	ja/nein
Machen Sie mehrere Termine verbindlich im voraus aus?	ja/nein	0,41	0,44	0,77	0,25	0,21
Ihr Patientenkontext ist hauptsächlich	w/m/ausgeglichen	0,023	0,62	0,86	0,54	0,49
In den letzten 6 Monaten hat Sie ein PatientInnen zur Konsultation besucht im Alter von (Mehrfachnennung möglich):	<6M	0,26	<0,0001	0,020	0,016	0,078
	6-36M	0,62	0,00016	0,082	0,045	0,60
	3-9 J	0,50	0,017	0,012	0,005	0,21
	10-19 J	0,030	0,16	0,62	0,26	0,26
	20-29 J	0,031	0,97	0,96	0,83	0,93
	30-39 J	0,025	0,60	0,94	0,26	0,72
	40-49 J	0,82	0,30	0,61	0,49	0,31
	50-59 J	0,05	0,084	0,82	0,38	0,37
	60-69 J	0,021	0,0065	0,23	0,29	0,51
	>69 J	0,0013	0,27	0,20	0,24	0,31
Die Mehrheit der PatientInnen ist:	6-36M	0,26	0,30	0,0027	0,36	0,74
	3-9 J	0,72	0,43	0,54	0,74	0,45
	10-19 J	0,52	0,17	0,51	0,15	0,97
	20-29 J	0,017	0,97	0,15	0,66	0,88
	30-39 J	0,75	0,34	0,0042	0,64	0,71
	40-49 J	0,44	0,045	0,23	0,16	0,20
	50-59 J	0,95	0,93	0,17	0,13	0,75
	60-69 J	0,96	0,36	0,44	0,11	0,60
>69 J	0,44	0,67	0,30	0,26	0,23	
Machen Sie bei jeder Sitzung eine erneute Diagnostik?	ja/nein	0,67	0,81	0,87	0,079	0,80
Welche Art von Techniken verwenden Sie? Geben Sie an, wie häufig Sie folgende Techniken verwenden (bitte alle Punkte bewerten):	HVLA	0,0017	0,043	0,12	0,00023	0,73
	Toggle	0,09	0,14	0,69	0,67	0,083
	Perc	0,32	0,65	0,42	0,64	0,17
	MET	0,25	0,055	0,16	0,29	0,82
	GOT	0,0075	0,95	0,60	0,081	0,99
	BLT	0,15	0,50	0,0090	0,98	0,90
	PINS	0,24	0,37	0,90	0,31	0,77
	Fasz	0,24	0,13	0,50	0,20	0,94
	Weichteil	0,07	0,85	0,011	0,40	0,96
	Neurovisc	0,08	0,19	0,20	0,56	0,73
	Flüssigk	0,0025	0,21	0,10	0,62	0,42
	visz_Man	0,51	0,12	0,71	0,58	0,98
	neurocran	0,00015	0,079	0,86	0,54	0,053
Sprechen Sie Ihren PatientInnen gegenüber Empfehlungen aus?	ja/nein	0,95	0,46	0,41	0,31	0,77
Welche Empfehlungen sprechen Sie aus? (mehrere Antworten möglich)	akt. Bew.-Übungen	0,59	0,22	0,11	0,26	0,94
	allg. Verhaltensrat.	0,94	0,43	0,34	0,49	0,78
Dokumentieren Sie (Mehrfachnennung möglich):	Anamnese	0,035*	0,30	0,13	0,59	0,80
	Inspektion	0,12	0,91	0,75	0,78	0,07
	Palpation	0,16	0,46	0,37	0,0059	0,18
	Bewegungstests	0,61	0,94	1,00	0,91	0,047*
	Untersuchung	0,26	0,27	0,28	0,72	0,64
	Therapieplan	0,24	0,53	0,31	0,10	0,0068
	Behandlungsmaßn.	0,80	0,031	0,33	0,0086	0,69
	Therapieverlauf	0,59	0,61	0,67	0,27	0,68
andere Dok.	0,66	0,99	0,051	0,98	0,69	

Tabelle 2 – Fortsetzung

		Unabhängig:	Geschlecht	NUTS	Tätigkeitsdauer	Ausbildungsstätte	andere prof. Akt.
ABHÄNGIG		ja/nein	männlich/ weiblich	West-/ Ost- /Südösterr.	<3/3-6/7-10/ >10 Jahre	WSO/andere	ja/nein
Gibt es bestimmte Gruppen mit welchen Sie bevorzugt in der Praxis arbeiten (Sportler, Kinder, ...)?	ja/nein	0,0065	0,40	0,13	0,033	0,17	
Verwenden Sie auch andere diagnostische und/oder therapeutische Methoden wofür Sie eine abgeschlossene Ausbildung haben?	ja/nein	0,53	0,30	0,36	0,28	<0,0001	
Mit Beschwerden welcher Region kommen Ihre PatientInnen am häufigsten? Klassifizieren Sie mit sehr häufig (5) bis nie (0)	Kopf	0,09	0,55	0,86	0,61	0,44	
	Nacken	0,27	0,94	0,62	0,48	0,64	
	Schulter	0,42	0,44	0,90	0,031	0,55	
	OE	0,52	0,59	0,065	0,53	0,31	
	Ellb	0,0011	0,80	0,47	0,74	0,19	
	Hand	0,06	0,94	0,084	0,19	0,33	
	Thorax	0,30	0,42	0,0023	0,16	0,40	
	WS	0,16	0,05	0,030	0,024	0,54	
	Abdom	0,63	0,07	0,84	0,006	0,54	
	LWS	0,78	0,41	0,42	0,37	0,52	
	Becken	0,068	0,87	0,89	0,70	0,50	
	Hüfte	0,45	0,60	0,65	0,63	0,50	
	UE	0,13	0,46	0,33	0,76	0,11	
	Mit welcher Art von Beschwerden kommen Ihre PatientInnen zu Ihnen? Klassifizieren Sie mit sehr häufig (5) bis nie (0)	Ischias	0,59	0,79	0,29	0,96	0,42
Lumbalgie		0,53	0,40	0,062	0,56	0,49	
Kopfschm		0,25	0,014	0,97	0,39	0,47	
Schwangersch./Geburt		0,17	0,12	0,45	0,24	0,69	
Reflux		0,84	0,013	0,17	0,16	0,67	
Schreibab		0,28	0,00028	0,00021	0,054	0,15	
Chron. Otitis		0,18	0,69	<0,0001	0,021	0,74	
Torticollis		0,67	0,00067	0,0053	0,0033	0,61	
Fibromyalgie		0,40	0,47	0,65	0,34	0,86	
CFS		0,41	0,33	0,17	0,10	0,85	
unspezifisch		0,67	0,44	0,11	0,61	0,20	
stressbedingt		0,68	0,97	0,13	0,81	0,74	
Verdauung		0,05	0,089	0,46	0,75	0,82	
psychosomatisch		0,90	0,080	0,82	0,37	0,96	
Cervicalsyndrom	0,47	0,41	0,84	0,61	0,66		

Tabelle 2 – Fortsetzung

		Unabhängig:	Arbeitsverhältnis	Praxisgem./alleine	Grundausbildung	ÖGO Mitglied
ABHÄNGIG			angestellt/freiberufl./beides	Arbeit im Team/alleine	Physio/ Medizin/ andere	ja/nein
Geschlecht	m/w		0,29	0,63	0,00005	0,39
Alter	Alter		0,76	0,14	0,00089	0,083
Sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?	ja/nein		<0,0001	0,0051	0,65	-
Waren Sie schon einmal Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?	ja/nein		0,0023	0,0017	0,80	-
Haben Sie derzeit eine aktive Aufgabe/Rolle in der ÖGO?	ja/nein		0,47	0,15	0,30	-
Hatten Sie schon einmal eine aktive Rolle im ÖGO?	ja/nein		0,48	0,10	0,86	-
Seit wann sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?	ÖGOJ		0,65	0,089	0,50	-
Wo haben Sie die Osteopathie-Ausbildung abgeschlossen?	Ausbildungsstätte real		0,39	0,49	0,033	<0,0001
	WSO/andere		0,21	0,15	0,037	<0,0001
Welchen Ausbildungsstatus führen Sie? (Mehrfachnennung möglich)	Abschluss		0,29	0,0023	0,17	<0,0001
Welche Ausbildung haben Sie genossen, bevor Sie die Osteopathie-Ausbildung gemacht haben?	Grundausbildung		<0,0001	0,30	-	0,36
	Medizin		0,00011			
	Physioth.		0,56			
	Ergoth.		(<0,0001)			
	Hebamme		(<0,0001)			
anderer Beruf		(0,91)				
Liste Sie hier bitte alle erworbene Diplome auf:						
Seit wann arbeiten Sie als OsteopathIn?	Jahre		0,011	0,12	0,0030	<0,0001
	4 Kategorien		0,011	0,075	0,0024	<0,0001
Haben Sie andere professionelle Aktivitäten?	ja/nein		0,00033	0,39	<0,0001	0,027
Geben Sie an zu wieviel Prozent Sie als OsteopathIn tätig sind!	%		<0,0001	0,091	<0,0001	<0,0001
Sie sind... (bitte auswählen):	freiberufl./angest./beides		-	0,92	0,015	0,22
In welcher Institution arbeiten Sie (Mehrfachnennungen möglich)?	Privatpraxis/andere Inst./beides			0,26	0,0037	0,0001
	Privatpraxis			0,11	0,040	0,0039
	Krankenhaus			(0,46)	(<0,0001)	(0,0012)
	Rehabilitationszentrum			(0,78)	(0,0029)	(0,0055)
andere Inst			(0,29)	(0,042)	(0,42)	
Arbeiten Sie alleine oder in einer Praxisgemeinschaft?	Team/alleine		0,72		0,42	0,0051

Tabelle 2 – Fortsetzung

	Unabhängig:	Arbeitsverhältnis	Praxisgem./alleine	Grundausbildung	ÖGO Mitglied
ABHÄNGIG		angestellt/freiberufl./ beides	Arbeit im Team/ alleine	Physio/ Medizin/ andere	ja/nein
Wenn Sie in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, welche anderen Berufsgruppen sind noch vertreten (Mehrfachnennung möglich)?	Osteopathiekollegen	0,31		0,88	
	Arzt	0,57		0,031	
	PT	0,35		0,53	
	Ergo	0,0089		0,45	
	Psych	0,086		0,13	
	Logo	<0,0001		0,69	
	Diät	0,0024		0,16	
	andere Gruppe	0,25		0,95	
In welchem Bundesland von Österreich arbeiten Sie?	NUTS (West-/Ost- /Südösterr.)	0,81	0,34	0,18	0,18
Wieviele Einwohner hat der Ort Ihrer Arbeitsstelle?	EW (6 Kategorien)	0,19	0,0001	0,37	0,64
Wie lange braucht es, bis ein Patient bei Ihnen einen Termin bekommt?	Tage	0,44	0,86	0,76	0,061
Wieviele PatientInnen sehen Sie an einem gewöhnlichen Arbeitstag?	<5/5-10/>10	0,15	0,030	0,94	0,19
Wieviele Patienten sehen Sie durchschnittlich pro Woche?	Patienten	0,34	0,057	0,015	0,23
Wieviele neue PatientInnen sehen Sie in einer gewöhnlichen Arbeitswoche?	<5/5-10/>10	0,75	1,00	0,034	0,22
Wie bzw. wodurch kommen die PatientInnen zu Ihnen? (Mehrfachnennung möglich)	Empf Ärzte	0,21	0,62	0,0074	0,59
	Empf Therap.	0,17	0,076	0,35	0,45
	Empf Kollegen	0,058	0,0012	0,83	0,97
	Empf Patienten	0,42	0,16	0,50	0,69
	keineAhnung	0,96	0,79	0,83	0,96
Wie machen Sie als OsteopathIn auf sich aufmerksam? (Mehrfachnennung möglich)	Homepage	0,010	<0,0001	0,043*	0,00064
	Folder	0,07	0,0002	0,15	0,066
	Zusammenarb. Ärzte	0,10	0,029	0,0010	0,94
	Türschild	0,00085	0,0006	0,54	0,050
	Visitenkarten	0,00031	0,016	0,24	0,010
	Inserate	0,37	0,83	0,31	0,88
	Verbandslisten	0,00051	0,026	0,10	0,00006
	Fachpublikationen	0,84	0,11	0,14	0,24
andere Werbung	0,00068	0,67	0,065	0,22	
Wieviel verlangen Sie bei einer Erstkonsultation?	<75/75-100/ >100 Euro	0,29	0,30	<0,0001	0,14
Wieviel verlangen Sie für Ihre weitere Behandlung?	<75/75-100/ >100 Euro	0,67	0,42	<0,0001	0,36
Berücksichtigen Sie in Ihrer Tarifgestaltung eine soziale Staffelung?	ja/nein	0,096	0,90	0,033*	0,63

Tabelle 2 - Fortsetzung

		Unabhängig:	Arbeitsverhältnis	Praxisgem./alleine	Grundausbildung	ÖGO Mitglied
ABHÄNGIG			angestellt/freiberufl./ beides	Arbeit im Team/ alleine	Physio/ Medizin/ andere	ja/nein
Wieviel Zeit benötigen Sie im Allgemeinen für die Konsultation eines neuen Patienten?	<30/30-60/ 60-90/>90 min		0,053	0,047*	0,14	0,72
Wieviel Zeit benötigen Sie im Allgemeinen für weitere Konsultation eines Patienten?	<30/30-60/ 60-90/>90 min		0,34	0,76	0,47	0,18
Wieviele Konsultationen bekommt ein Patient bei Ihnen durchschnittlich pro Jahr? (mit Ausnahme chronischer PatientInnen)	1-5/>5		0,43	0,084	<0,0001	
Setzen Sie einen neuerlichen Termin nach Beendigung Ihrer Behandlungsserie an?	ja/nein		0,26	0,14	0,15	0,40
Machen Sie mehrere Termine verbindlich im voraus aus?	ja/nein		0,51	0,26	0,19	0,21
Ihr Patientenklientel ist hauptsächlich	w/m/ausgeglichen		0,90	0,11	0,38	0,92
In den letzten 6 Monaten hat Sie ein Patientenklientel zur Konsultation besucht im Alter von (Mehrfachnennung möglich):	<6M		0,00015	0,70	0,67	
	6-36M		<0,0001	0,77	0,57	
	3-9 J		<0,0001	0,46	0,90	
	10-19 J		<0,0001	0,20	0,83	
	20-29 J		0,0054	0,22	0,34	
	30-39 J		0,26	0,21	0,25	
	40-49 J		0,030	0,43	0,73	
	50-59 J		0,0044	0,38	0,32	
	60-69 J		0,06	0,73	0,25	
>69 J		0,014	0,49	0,061		
Die Mehrheit der PatientInnen ist:	6-36M		0,42	0,093	0,71	
	3-9 J		0,06	0,63	0,68	
	10-19 J		0,30	0,10	0,65	
	20-29 J		0,52	0,86	0,42	
	30-39 J		0,17	0,33	0,59	
	40-49 J		0,73	0,94	0,26	
	50-59 J		0,32	0,42	0,11	
	60-69 J		0,24	0,50	0,52	
>69 J		0,31	0,51	0,31		
Machen Sie bei jeder Sitzung eine erneute Diagnostik?	ja/nein		0,21	0,059	0,34	0,034

Tabelle 2 - Fortsetzung

		Unabhängig:	Arbeitsverhältnis	Praxisgem./alleine	Grundausbildung	ÖGO Mitglied
ABHÄNGIG		angestellt/freiberufl./beides	Arbeit im Team/alleine	Physio/ Medizin/ andere	ja/nein	
Welche Art von Techniken verwenden Sie? Geben Sie an, wie häufig Sie folgende Techniken verwenden (bitte alle Punkte bewerten):	HVLA	0,056	0,47	0,95	0,0021	
	Toggle	0,083	0,52	0,63	0,29	
	Perc	0,23	0,23	0,26	0,29	
	MET	0,55	0,46	0,011	0,043	
	GOT	0,10	0,89	0,30	0,049	
	BLT	0,69	0,059	0,037	0,26	
	PINS	0,47	0,17	0,59	0,72	
	Fasz	0,33	0,75	0,014	0,50	
	Weichteil	0,58	0,72	0,0023	0,07	
	Neurovisc	0,36	0,96	0,19	0,60	
	Flüssigk	0,37	0,98	0,0026	0,92	
	visz_Man	0,72	0,44	0,014	0,93	
	neurocran	0,62	0,89	0,0020	0,21	
Sprechen Sie Ihren PatientInnen gegenüber Empfehlungen aus?	ja/nein	0,012*	0,21	0,55	0,55	
Welche Empfehlungen sprechen Sie aus? (mehrere Antworten möglich)	akt. Bew.-Übungen	0,51	0,43	0,24	0,072	
	allg. Verhaltensrat.	0,0024*	0,22	0,52	0,54	
Dokumentieren Sie (Mehrfachnennung möglich):	Anamnese	0,85	0,048	0,27	0,98	
	Inspektion	0,75	0,60	0,29	0,77	
	Palpation	0,92	0,60	0,65	0,013	
	Bewegungstests	0,56	0,38	0,52	0,91	
	Untersuchung	0,103	0,094	0,58	0,64	
	Therapieplan	0,32	0,72	0,28	0,61	
	Behandlungsmaßn.	0,47	0,012	0,77	0,12	
	Therapieverlauf	0,88	0,78	0,93	0,75	
andere Dok.	0,14	0,69	0,33	0,52		
Gibt es bestimmte Gruppen mit welchen Sie bevorzugt in der Praxis arbeiten (Sportler, Kinder, ...)?	ja/nein	0,095	0,14	0,43	0,16	
Verwenden Sie auch andere diagnostische und/oder therapeutische Methoden wofür Sie eine abgeschlossene Ausbildung haben?	ja/nein	0,99	0,070	0,0043	0,98	
Mit Beschwerden welcher Region kommen Ihre PatientInnen am häufigsten? Klassifizieren Sie mit sehr häufig (5) bis nie (0)	Kopf	0,18	0,59	0,47		
	Nacken	0,21	0,75	0,98		
	Schulter	0,38	0,11	0,37		
	OE	0,39	0,84	0,36		
	Ellb	0,022	0,60	0,024		
	Hand	0,44	0,94	0,13		
	Thorax	0,46	0,31	0,27		
	WS	0,92	0,076	0,94		
	Abdom	0,38	0,68	0,64		
	LWS	0,27	0,86	0,11		
	Becken	0,33	0,40	0,44		
	Hüfte	0,89	0,50	0,27		
	UE	0,93	0,17	0,29		

Tabelle 2 - Fortsetzung

		Unabhängig:	Arbeitsverhältnis	Praxisgem./alleine	Grundausbildung	ÖGO Mitglied
ABHÄNGIG			angestellt/freiberufl./ beides	Arbeit im Team/ alleine	Physio/ Medizin/ andere	ja/nein
Mit welcher Art von Beschwerden kommen Ihre PatientInnen zu Ihnen? Klassifizieren Sie mit sehr häufig (5) bis nie (0)	Ischias		0,12	0,065	0,27	
	Lumbalgie		0,97	0,062	0,21	
	Kopfschm		0,76	0,40	0,058	
	Schwangersch./Geburt		0,23	0,042	0,86	
	Reflux		0,093	0,09	0,53	
	Schreibab		0,016	0,49	0,54	
	Chron. Otitis		0,10	0,061	0,87	
	Torticollis		0,13	0,041	0,51	
	Fibromyalgie		0,34	0,50	0,22	
	CFS		0,74	0,42	0,91	
	unspezifisch		0,63	0,11	0,010	
	stressbedingt		0,40	0,91	0,52	
	Verdauung		0,14	0,68	0,99	
	psychosomatisch		0,97	0,93	0,95	
Cervicalsyndrom		0,91	0,46	0,51		

5.1. Zusammenfassung der Hypothesenprüfungen

Vor der Vorstellung der deskriptiven Daten werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen mittels einfaktorieller ANOVA zusammengefasst. Diese sind für weiterführende Untersuchungen und die Auswahl der in den Folgekapiteln präsentierten Daten relevant. Um die Ergebnisse übersichtlich zu gestalten, wurden die Hypothesen nach den unabhängigen Variablen (Faktoren) geordnet und auf die Darstellung der F-Werte und Freiheitsgrade verzichtet. Diese Kenngrößen sind jedoch in Anlage 5 ersichtlich.

5.1.1. Abhängigkeiten der erhobenen Daten vom Geschlecht der Osteopathen

- Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen in der Häufigkeit einer aktuellen und früheren ÖGO-Mitgliedschaft ($p=0,39$, $p=0,96$).
- Männliche Osteopathen waren gesamt betrachtet signifikant häufiger in der ÖGO aktiv als weibliche (frühere aktive Tätigkeit: $p=0,046$).
- Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses ($p=0,20$),
- sie unterscheiden sich aber in der Basisausbildung ($p=0,07$), wobei signifikant mehr männliche Osteopathen ein Medizinstudium absolvierten ($p<0,0001$).

- (Zusätzliche) andere professionelle Aktivitäten werden von männlichen und weiblichen Osteopathinnen in ähnlichem Ausmaß ausgeführt ($p=0,18$),
- es sind vergleichbare Anteile angestellt, freiberuflich tätig und sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig ($p=0,71$).
- Ebenso ist der Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit vergleichbar ($p=0,25$).
- Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin ist bei männlichen Osteopathen signifikant länger als bei weiblichen. ($p=0,006$).
- Männliche Osteopathen sehen signifikant mehr Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag und pro Arbeitswoche (jeweils $p<0,0001$),
- sowie neue Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche ($p=0,0066$).
- Die Häufigkeit der Wege von Patientinnen und Patienten zu männlichen und weiblichen Osteopathen durch Empfehlungen von Ärzten, Therapeuten, Kollegen, Patienten und anderen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($p_{\min}=0,24$).
- Ebenso werden von weiblichen und männlichen Osteopathen unterschiedliche Mittel auf sich aufmerksam zu machen (Homepage, Folder, Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten, Türschild, Visitenkarten, Inserate, Verbandslisten, Fachpublikationen und andere), bis auf Fachpublikationen in vergleichbarem Ausmaß genutzt ($p_{\min}=0,23$). Letztere werden häufiger von männlichen Osteopathen erstellt ($p=0,045$).
- Die Preise für die Erst- aber auch Folgekonsultationen sind bei männlichen Osteopathen signifikant höher als bei weiblichen (jeweils $p<0,0001$).
- Die Tarifgestaltung wird von weiblichen und männlichen Osteopathen in vergleichbarem Ausmaß sozial gestaffelt ($p=0,44$).
- Die Dauer von Erst- aber auch Folgekonsultationen ist bei männlichen Osteopathen signifikant niedriger als bei weiblichen ($p=0,0021$, bzw. $0,0033$).
- Ein Patient bekommt im Durchschnitt bei weiblichen Osteopathen signifikant mehr Konsultationen pro Jahr ($p=0,048$).
- Weibliche Osteopathen behandeln signifikant häufiger vorwiegend weibliche Patienten, als Männer ($p=0,023$).
- Die Patientenklientel von männlichen und weiblichen Osteopathen unterscheidet sich hinsichtlich des Alters in den Altersgruppen zwischen 10 bis 39 Jahren und über 60 Jahre signifikant ($p_{\max}=0,031$).

- Bei den drei am häufigsten behandelten Altersgruppen der Patientinnen besteht jedoch nur in der Häufigkeit der Nennungen der Altersgruppe der 20 bis 29-jährigen Patienten/Patientinnen ein signifikanter Unterschied ($p=0,017$).
- Männliche und weibliche Osteopathen machen in vergleichbarer Häufigkeit bei jeder Sitzung eine erneute Diagnostik ($p=0,67$),
- ebenso werden Empfehlungen gegenüber Patienten/Patientinnen von Osteopathen beiderlei Geschlechts ähnlich häufig ausgesprochen ($p=0,95$), wobei auch in der Art der Empfehlung kein signifikanter Unterschied besteht (Aktive Bewegungsübungen: $p=0,59$, allgemeine Verhaltensratschläge: $p=0,94$).
- Osteopathische Techniken werden von weiblichen und männlichen Osteopathen unterschiedlich häufig verwendet. Weibliche Osteopathen wenden HVLA-Techniken ($p=0,0017$) und funktionelle Techniken ($p=0,0075$), Flüssigkeitstechniken ($p=0,0025$), neurocraniale und viscerocraniale Techniken ($p=0,00015$) signifikant seltener oder signifikant häufiger an als ihre männlichen Kollegen.
- In der Dokumentation besteht lediglich ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Dokumentation der Anamnese zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen ($p=0,035$). Alle anderen Behandlungsschritte werden in ähnlichem Ausmaß dokumentiert ($p_{\min}=0,12$).
- Weibliche Osteopathen arbeiten in der Praxis signifikant häufiger bevorzugt mit bestimmten Gruppen (wie Sportlern und Kindern) als männliche ($p=0,0065$).
- Andere diagnostische und/oder therapeutische Methoden werden von weiblichen und männlichen Osteopathen, die dafür eine abgeschlossene Ausbildung aufweisen, ähnlich häufig eingesetzt ($p=0,53$).
- Die Beschwerdebilder der Patienten/Patientinnen sind bei männlichen und weiblichen Osteopathen größtenteils vergleichbar. Signifikante Unterschiede gibt es in der Häufigkeit der Behandlung von Ellbogenbeschwerden ($p=0,0011$), die von männlichen Osteopathen signifikant häufiger behandelt werden, weitere deutliche (nicht signifikante) Unterschiede sind in der Häufigkeit der Behandlung von Beschwerden des Kopfes ($p=0,09$), der Hand ($p=0,06$), des Beckens ($p=0,068$) und von Verdauungsbeschwerden ($p=0,05$) zu beobachten.

5.1.2. Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

- Die Häufigkeit einer ÖGO-Mitgliedschaft, eine frühere aktive Tätigkeit bei der ÖGO, sowie die Dauer einer ÖGO-Mitgliedschaft hängen signifikant von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab (jeweils $p < 0,0001$).
- Der Status des Ausbildungsabschlusses der Osteopathen/Osteopathinnen hängt signifikant von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab ($p < 0,0001$). Der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer absolvierten wissenschaftlichen Abschlussarbeit steigt mit zunehmender Tätigkeitsdauer an.
- Die Häufigkeit anderer professioneller Aktivitäten ist unabhängig von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ($p = 0,72$).
- Der Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit hängt nicht signifikant von der osteopathischen Tätigkeitsdauer ab ($p = 0,10$).
- Es bestehen zwar deutliche Unterschiede im Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides) von unterschiedlich lange tätigen Osteopathinnen und Osteopathen, diese sind aber nicht signifikant ($p = 0,081$).
- Die Tatsache, ob Osteopathen/Osteopathinnen in einer Praxisgemeinschaft oder einer Einzelpraxis arbeiten, hängt nicht von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab ($p = 0,20$).
- Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher osteopathischer Tätigkeitsdauer sind in allen drei NUTS1-Regionen mit ähnlichen Anteilen vertreten ($p = 0,20$).
- Die Auswahl des Praxisortes in Hinblick auf dessen Einwohnerzahl hängt signifikant von der Tätigkeitsdauer der Osteopathen/Osteopathinnen ab ($p = 0,034$). Osteopathinnen und Osteopathen mit kürzerer Tätigkeitsdauer sind vermehrt in kleineren Orten tätig.
- Kein signifikanter Einfluss der osteopathischen Tätigkeitsdauer ist auf die durchschnittliche Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Termin erkennbar ($p = 0,19$).
- Die Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Tag hängt nicht signifikant von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab ($p = 0,19$),

- jedoch unterscheiden sich die Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer signifikant in der pro Woche behandelten Patientenanzahl ($p=0,0012$).
- In der Anzahl der neuen Patienten/Patientinnen pro Woche ist ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer erkennbar ($p=0,086$).
- Die Wege, wie ein Patient/eine Patientin zum Osteopathen/zur Osteopathin kommt (d.h. die Häufigkeit von Empfehlungen von Ärzten, Therapeuten, Kollegen und Patienten) sind unabhängig von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ($p_{\min}=0,33$).
- Ebenso machen die Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer in ähnlichem Ausmaß von unterschiedlichen Werbemitteln (Homepage, Folder, Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten, Türschild, Inserate, Verbandslisten, Fachpublikationen und anderen) Gebrauch, um auf sich aufmerksam zu machen ($p_{\min}=0,12$).
- Die Preise für die Erst- und auch Folgekonsultationen steigen mit steigender Tätigkeitsdauer der Osteopathen/Osteopathinnen signifikant an (jeweils $p<0,0001$).
- Eine soziale Staffelung der Behandlungstarife wird hingegen unabhängig von der Tätigkeitsdauer der Osteopathen und Osteopathinnen berücksichtigt ($p=0,64$).
- Während Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher osteopathischer Tätigkeitsdauer eine ähnliche Zeit für eine Erstkonsultation benötigen ($p=0,57$),
- wird von länger osteopathisch Tätigen signifikant weniger Zeit für Folgekonsultationen veranschlagt ($p=0,0034$).
- Auch die Anzahl der Konsultationen pro Jahr und Patient sinkt signifikant mit steigender osteopathischer Tätigkeitsdauer ($p=0,017$).
- Die osteopathische Tätigkeitsdauer hat keinen signifikanten Einfluss auf das vorrangige Geschlecht der behandelten Patienten Klientel ($p=0,86$).
- Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat einen signifikanten Einfluss auf die Altersverteilung der Patienten Klientel. Den Ergebnissen vorgehend, behandeln Osteopathinnen und Osteopathen mit längerer Dauer der osteopathischen Tätigkeit signifikant häufiger eine Patienten Klientel im Alter

von null bis sechs Monaten ($p=0,020$) und zwischen drei und neun Jahren ($p=0,012$). Kleinkinder im Alter zwischen sechs und 36 Monaten werden deutlich, jedoch nicht signifikant häufiger behandelt ($p=0,082$).

- Bei den drei am häufigsten behandelten Altersgruppen der Patientinnen besteht jedoch nur in der Häufigkeit der Nennungen der Altersgruppe der 6 bis 36 Monate alten und der 30 bis 39 Jahre alten Patienten/Patientinnen ein signifikanter Unterschied ($p=0,0027$, bzw. $0,0042$).
- Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer unterscheiden sich nicht darin, ob sie bei jeder Sitzung eine erneute Diagnostik durchführen, oder nicht ($p=0,87$).
- Hinsichtlich der Häufigkeit der Anwendung osteopathischer Techniken gibt es lediglich bei funktionellen Techniken ($p=0,0090$) und Weichteiltechniken ($p=0,011$) signifikante Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit längerer und kürzerer Tätigkeitsdauer.
- In der Häufigkeit des Aussprechens von Empfehlungen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer ($p=0,41$). Ebenso werden aktive Bewegungsübungen ($p=0,11$) und allgemeine Verhaltensratschläge ($p=0,34$) ähnlich häufig empfohlen bzw. gegeben.
- In der Dokumentation gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer ($p_{\min}=0,13$).
- Weiters bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Tätigkeitsdauer in der Verwendung anderer diagnostischer und/oder therapeutischer Methoden ($p=0,36$).
- Die Häufigkeit der Arbeit mit bestimmten bevorzugten Patientengruppen hängt ebenfalls nicht signifikant von der osteopathischen Tätigkeitsdauer ab ($p=0,13$).

5.1.3. Regionale Einflüsse auf die erhobenen Daten

- Es bestehen in Österreich signifikante regionale Unterschiede im Geschlecht der Osteopathen ($p=0,0014$).

- Ebenso gibt es regionale Unterschiede im Durchschnittsalter der Osteopathen/Osteopathinnen ($p=0,0092$).
- Der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die an der WSO oder an einer anderen Ausbildungsstätte ihre Osteopathieausbildung absolviert haben, ist in West-, Süd- und Ostösterreich signifikant unterschiedlich ($p<0,0001$).
- Es gibt keine signifikanten regionalen Unterschiede in den Anteilen der Osteopathinnen und Osteopathen, die in einer Praxisgemeinschaft oder in einer Einzelpraxis arbeiten ($p=0,48$).
- Die mittlere Wartezeit für den Patienten/die Patientin auf einen Termin unterscheidet sich regional in Österreich signifikant ($p=0,0015$).
- Es gibt signifikante regionale Unterschiede in der Anzahl von an gewöhnlichen Arbeitstagen behandelten Patienten/Patientinnen ($p=0,029$),
- jedoch nicht in der Anzahl der pro Woche behandelten Patienten/Patientinnen ($p=0,25$).
- Die Anzahl der neuen Patienten/Patientinnen pro Woche ist je nach NUTS1-Region deutlich, jedoch nicht signifikant unterschiedlich ($p=0,057$).
- Empfehlungen durch Patienten/Patientinnen und das Wissen der Osteopathen/Osteopathinnen über die Wege, wie Patientinnen/Patienten zu ihnen kommen sind regional signifikant unterschiedlich ($p=0,010$ bzw. $p=0,044$). Empfehlungen von Ärzten, Therapeuten und Kollegen kommen jedoch in Süd-, West- und Ostösterreich ähnlich häufig vor ($p_{\min}=0,21$).
- Die Nutzung unterschiedlicher Methoden, um als Osteopath/Osteopathin auf sich aufmerksam zu machen, hängt nicht signifikant von der Region ab. Am deutlichsten tritt ein regionaler Unterschied in der Häufigkeit von Türschildern zutage ($p=0,05$), in der Nutzung von Homepages, Foldern, Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten, Visitenkarten, Inseraten, Verbandslisten, Fachpublikationen und anderen Werbemaßnahmen besteht ein deutlich geringerer Unterschied ($p_{\min}=0,41$).
- Die Preise für die Erstkonsultation sind in den drei NUTS1-Regionen vergleichbar ($p=0,15$),
- jedoch gibt es signifikante regionale Unterschiede in der Preisgestaltung für die Folgebehandlungen ($p=0,0024$).
- In der sozialen Staffelung der Behandlungstarife gibt es zwar deutliche, jedoch nicht signifikante regionale Unterschiede ($p=0,087$).

- Die für die Erst- und Folgekonsultation benötigte Zeit ist in West-, Ost- und Südösterreich vergleichbar ($p=0,32$, bzw. $p=0,33$).
- Das Geschlecht der Patientenklientel ist in den drei NUTS1-Regionen vergleichbar ($p=0,62$),
- jedoch gibt es signifikante regionale Unterschiede in Hinblick auf das Alter der Patienten/Patientinnen, die vorwiegend Babys und Kinder bis neun Jahre betreffen ($p_{\max}=0,017$).
- Bei den drei am häufigsten behandelten Altersgruppen der Patientinnen besteht jedoch nur in der Häufigkeit der Nennungen der Altersgruppe der 40 bis 49-jährigen Patienten/Patientinnen ein signifikanter Unterschied ($p=0,045$).

5.1.4. Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Ausbildungsstätte der Osteopathen/Osteopathinnen

- Absolventinnen und Absolventen der WSO und anderer Ausbildungsstätten unterscheiden sich signifikant in der Häufigkeit einer aktuellen und früheren ÖGO-Mitgliedschaft (jeweils $p<0,0001$),
- jedoch nicht in der Häufigkeit einer (früheren) aktiven Tätigkeit in der ÖGO ($p=0,67$) und der Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft ($p=0,14$).
- Absolventinnen und Absolventen der WSO und anderer Ausbildungsstätten unterscheiden sich nicht signifikant in der osteopathischen Tätigkeitsdauer ($p=0,12$).
- Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Absolventinnen und Absolventen der WSO und anderer Ausbildungsstätten im Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit ($p=0,015$).
- Der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die in einer Praxisgemeinschaft oder in einer Einzelpraxis arbeiten hängt nicht signifikant von der Ausbildungsinstitution ab ($p=0,15$).
- Die Behandlungszeit bei Erst-, aber auch Folgekonsultationen ist bei Absolventinnen und Absolventen der WSO und jenen anderer Ausbildungsstätten signifikant unterschiedlich ($p=0,029$, bzw. $0,0081$).
- Eine erneute Diagnostik bei jeder Sitzung wird von deutlich, jedoch nicht signifikant unterschiedlichen Anteilen an Absolventinnen und Absolventen der WSO und anderer Ausbildungsstätten durchgeführt ($p=0,079$).

- Die Häufigkeit der Anwendung von HVLA-Techniken durch Absolventinnen und Absolventen der WSO unterscheidet sich signifikant von jener von Absolventen/Absolventinnen anderer Ausbildungsstätten ($p=0,00023$). Ein deutlicher, wenn auch nicht signifikanter Unterschied besteht zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Schulen in der Häufigkeit der Anwendung von allgemeinen osteopathischen Mobilisationen ($p=0,081$). Die übrigen Techniken werden ähnlich häufig angewandt ($p_{\min}=0,20$).
- Empfehlungen werden von Absolventinnen und Absolventen der WSO und anderer Schulen ähnlich häufig ausgesprochen ($p=0,31$), wobei das sowohl aktive Bewegungsübungen ($p=0,26$), als auch allgemeine Verhaltensratschläge betrifft ($p=0,49$).
- In der Dokumentation bestehen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Dokumentation der Ergebnisse von Palpationen ($p=0,0059$) und Behandlungsmaßnahmen ($p=0,0086$). In der Dokumentation der Anamnese, der Ergebnisse der Inspektion, von Bewegungstests und der Untersuchung, sowie des Therapieplans und -verlaufs bestehen zwischen den Absolventinnen und Absolventen der WSO und anderer Schulen keine signifikanten Unterschiede.
- In der Häufigkeit der Anwendung anderer diagnostischer und therapeutischer Methoden besteht zwischen den Absolventinnen und Absolventen der WSO und anderer Schulen kein signifikanter Unterschied ($p=0,28$).

5.1.5. Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Ausübung zusätzlicher anderer professioneller Aktivitäten

- Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen unterscheiden sich signifikant in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaft von jenen, die nur osteopathisch tätig sind ($p=0,027$).
- Es besteht ein signifikanter Unterschied im Anteil von Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlichen Basisausbildungen zwischen jenen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jenen, die nur osteopathisch tätig sind ($p<0,0001$).
- Es besteht kein signifikanter Unterschied in der osteopathischen Tätigkeitsdauer zwischen jenen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich

noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jenen, die nur osteopathisch tätig sind ($p=0,43$).

- Es besteht ein signifikanter Unterschied im Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit zwischen jenen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jenen, die nur osteopathisch tätig sind ($p<0,0001$).
- Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen unterscheiden sich deutlich, jedoch nicht signifikant im Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides) von jenen, die nur osteopathisch tätig sind ($p=0,05$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jene, die nur osteopathisch tätig sind, unterscheiden sich nicht signifikant darin, ob sie in Praxisgemeinschaften oder in einer Einzelpraxis arbeiten ($p=0,39$).
- Es besteht kein signifikanter Unterschied in der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Behandlungstermin bei Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jenen, die nur osteopathisch tätig sind ($p=0,27$).
- Die Anzahl der Patienten/Patienten sowohl pro Arbeitstag als auch pro Woche ist zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jenen, die nur osteopathisch tätig sind, vergleichbar ($p=0,78$, bzw. $p=0,27$).
- Die Behandlungspreise für die Erst- und die Folgekonsultation sind zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jenen, die nur osteopathisch tätig sind, vergleichbar ($p=0,14$, bzw. $p=0,19$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jene, die nur osteopathisch tätig sind, unterscheiden sich nicht signifikant darin, ob sie ihre Behandlungspreise sozial staffeln oder nicht ($p=0,39$).
- Es besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied in der benötigten Zeit für eine Erstkonsultation bei Osteopathen/Osteopathinnen, die

zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jenen, die nur osteopathisch tätig sind ($p=0,076$).

- Bei Folgekonsultationen ist der Zeitbedarf vergleichbar ($p=0,47$).
- Die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen pro Patient und Jahr bei Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen, unterscheidet sich signifikant von jener, die bei rein osteopathisch Tätigen zu beobachten ist ($p=0,00056$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen und jene, die nur osteopathisch tätig sind, unterscheiden sich signifikant in der Häufigkeit der Dokumentation der Ergebnisse von Bewegungstests ($p=0,047$) und des Therapieplans ($p=0,0068$). Andere Daten werden in vergleichbarem Ausmaß dokumentiert.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich noch einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen, unterscheiden sich signifikant von jenen, die nur osteopathisch arbeiten in der Häufigkeit der Verwendung anderer diagnostischer und/oder therapeutischer Methoden ($p<0,0001$).

5.1.6. Abhängigkeiten der erhobenen Daten vom Arbeitsverhältnis der Osteopathinnen

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht kein signifikanter Unterschied im Anteil von männlichen und weiblichen Osteopathen ($p=0,29$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht ein signifikanter Unterschied im Anteil von (aktuellen) ÖGO-Mitgliedern ($p<0,0001$).
- Die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft ist zwischen angestellt oder freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, vergleichbar ($p=0,65$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht kein signifikanter Unterschied im Ausbildungsabschluss ($p=0,29$).

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht ein signifikanter Unterschied in der Basisausbildung ($p < 0,00011$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht ein signifikanter Unterschied in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit ($p = 0,011$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht ein signifikanter Unterschied im Anteil von Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich einer anderen professionellen Tätigkeit nachgehen ($p = 0,00033$).
- Ebenso besteht ein signifikanter Unterschied im mittleren Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit ($p < 0,0001$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht kein signifikanter Unterschied im Anteil von Osteopathinnen und Osteopathen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten ($p = 0,72$).
- Das Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides) der Osteopathen/Osteopathinnen ist in West-, Ost- und Südösterreich vergleichbar ($p = 0,81$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, bestehen signifikante Unterschiede darin, wie sie auf sich aufmerksam machen. Diese bestehen insbesondere in der Häufigkeit der Nutzung von Homepages ($p = 0,010$), Türschildern ($p = 0,00085$), Visitenkarten ($p = 0,00031$) und anderen, nicht explizit im Fragebogen angeführten Maßnahmen ($p = 0,00051$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht kein signifikanter Unterschied in der Preisgestaltung für Erst- und Folgekonsultationen ($p = 0,29$, bzw. $p = 0,67$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind,

besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied in der Berücksichtigung sozialer Aspekte bei der Preisgestaltung ($p=0,096$).

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht kein signifikanter Unterschied in der Behandlungsdauer bei Folgekonsultationen ($p=0,34$).
- Bei Erstkonsultationen besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied ($p=0,053$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Anwendung osteopathischer Techniken. Die deutlichsten Unterschiede sind bei der Anwendung von HVLA- und Toggle-Techniken zu beobachten ($p=0,056$, bzw. $p=0,083$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, besteht kein signifikanter Unterschied in der Dokumentation ($p_{\min}=0,10$).
- Empfehlungen werden von angestellt oder freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind signifikant unterschiedlich häufig ausgesprochen ($p=0,012$). Das betrifft vorwiegend allgemeine Verhaltensratschläge ($p=0,0024$). Aktive Bewegungsübungen werden ähnlich häufig empfohlen ($p=0,51$).

5.1.7. Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Tätigkeit in Praxismgemeinschaften und Einzelpraxen

- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxismgemeinschaften arbeiten unterscheiden sich nicht signifikant in Geschlecht ($p=0,63$) und Alter ($p=0,14$) von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind.
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxismgemeinschaften arbeiten, unterscheiden sich signifikant von jenen, die in Einzelpraxen tätig sind im Anteil von ÖGO-Mitgliedern ($p=0,0051$).

- Es besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied in der Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften und jenen, die in einer Einzelpraxis arbeiten ($p=0,089$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, unterscheiden sich signifikant im Status des Ausbildungsabschlusses von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind ($p=0,0023$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, unterscheiden sich nicht signifikant in der absolvierten Basisausbildung von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind ($p=0,30$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, unterscheiden sich nicht signifikant in der mittleren osteopathischen Tätigkeitsdauer von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind ($p=0,12$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, unterscheiden sich nicht signifikant in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind ($p=0,39$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied im Anteil der osteopathischen an deren gesamten Tätigkeit ($p=0,091$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind besteht kein signifikanter Unterschied im Anteil der Therapeuten/Therapeutinnen, die angestellt, freiberuflich tätig oder beides sind ($p=0,92$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind unterscheiden sich signifikant in der Auswahl des Praxisstandortes, charakterisiert durch die Einwohnerzahl ($p=0,0001$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind besteht kein signifikanter Unterschied in der mittleren Wartezeit auf einen Behandlungstermin ($p=0,86$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind besteht ein signifikanter

Unterschied in der typischen Anzahl von Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag ($p=0,030$),

- ebenso bestehen deutliche, jedoch nicht signifikante in der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Woche ($p=0,057$).
- Kein signifikanter Unterschied besteht hingegen in der typischen Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Woche ($p=1,0$).
- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind unterscheiden sich signifikant in der Häufigkeit von Empfehlungen von Kollegen/Kolleginnen ($p=0,0012$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung von Maßnahmen, um auf sich aufmerksam zu machen. Das betrifft die Nutzung von Homepages ($p<0,0001$), Foldern ($p=0,0002$), Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten ($p=0,029$), Türschildern ($p=0,0006$), Visitenkarten ($p=0,016$) und Verbandslisten ($p=0,026$).
- Die Preise für Erst- und Folgekonsultationen sind bei Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind, vergleichbar ($p=0,30$, bzw. $p=0,42$).
- Ebenso werden ähnlich häufig soziale Gesichtspunkte bei der Preisgestaltung berücksichtigt ($p=0,90$).
- Die Behandlungsdauer bei Erstkonsultationen unterscheidet sich bei Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, signifikant von jener in einer Einzelpraxis tätiger Osteopathinnen und Osteopathen ($p=0,047$).
- Bei Folgekonsultationen ist die benötigte Zeit hingegen vergleichbar ($p=0,76$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, und jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied in der typischen Anzahl von Konsultationen pro Patient/Patientin und Jahr ($p=0,080$).
- Der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die bei jeder Sitzung eine neue Diagnostik machen ist bei Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, deutlich, jedoch nicht signifikant

unterschiedlich von jenem bei in Einzelpraxen tätigen Osteopathinnen und Osteopathen ($p=0,059$).

- Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten und jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind unterscheiden sich signifikant in der Häufigkeit der Dokumentation der Anamnese ($p=0,048$) und von Behandlungsmaßnahmen ($p=0,012$).

5.1.8. Abhängigkeiten der erhobenen Daten von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied im Anteil von männlichen und weiblichen Osteopathen/Osteopathinnen ($p<0,0001$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied im Alter ($p=0,00089$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied im Anteil von aktuellen ÖGO-Mitgliedern ($p=0,65$) und im Anteil früher aktiver ÖGO-Mitglieder ($p=0,86$).
- Ebenso besteht kein signifikanter Unterschied in der Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft ($p=0,50$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied im Anteil von ÖGO-Mitgliedern ($p=0,65$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied im Status des Ausbildungsabschlusses ($p=0,17$).

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in der durchschnittlichen Dauer der osteopathischen Tätigkeit ($p=0,0030$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied im Anteil jener Osteopathen/Osteopathinnen, die einer zusätzlichen anderen professionellen Aktivität nachgehen ($p<0,0001$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied im durchschnittlichen prozentuellen Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit ($p<0,0001$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in den Anteilen an freiberuflich tätigen und angestellten Therapeuten/Therapeutinnen, sowie jenen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig sind ($p=0,015$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied in den Anteilen an in Praxisgemeinschaften und in Einzelpraxen tätigen Therapeuten/Therapeutinnen ($p=0,42$).
- In Praxisgemeinschaften besteht zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von darin vertretenen Ärztinnen und Ärzten ($p=0,031$), jedoch nicht von anderen Berufsgruppen ($p_{\min}=0,13$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter

Unterschied in der Auswahl des Praxisortes in Hinblick auf die Einwohnerzahl ($p=0,37$).

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied in der mittleren Wartezeit auf einen Behandlungstermin ($p=0,76$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied in der Anzahl der behandelten Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag ($p=0,94$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in der Anzahl der behandelten Patienten/Patientinnen pro Woche ($p=0,015$).
- Ebenso besteht ein signifikanter Unterschied in der Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Woche ($p=0,034$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärztinnen und Ärzte ($p=0,0074$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung von Homepages ($p=0,043$) und der Zusammenarbeit mit umliegenden Ärztinnen und Ärzten ($p=0,0010$), um auf sich aufmerksam zu machen..
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in den Preisen für Erst- und Folgekonsultationen (jeweils $p<0,0001$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied

in der Häufigkeit der Berücksichtigung von sozialen Gesichtspunkten bei der Tarifgestaltung ($p=0,033$).

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied in der Dauer von Erst- und Folgekonsultationen ($p=0,14$, bzw. $p=0,47$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl von Konsultationen pro Patient und Jahr ($p<0,0001$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied im vorrangigen Geschlecht der Patienten/Patientinnen ($p=0,38$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied in den Altersverteilungen der Patienten/Patientinnen ($p_{\min}=0,25$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung bestehen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nutzung von Muskel Energietechniken ($p=0,011$), funktionellen ($p=0,037$) und faszialen Techniken ($p=0,014$), sowie von Weichteiltechniken ($p=0,0023$), Flüssigkeitstechniken ($p=0,0026$), viszeraler Manipulation ($p=0,014$) und neurocranialen und viscerocranialen Techniken ($p=0,0020$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied darin, wie häufig Empfehlungen für Patienten/Patientinnen ausgesprochen werden ($p=0,55$).

- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied in der Dokumentation ($p_{\min}=0,28$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Behandlung von bevorzugten Patientengruppen ($p_{\min}=0,43$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Anwendung anderer diagnostischer und/oder therapeutischer Methoden ($p=0,0043$).
- Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung, mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer anderen Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Behandlung von unspezifischen Beschwerden ($p=0,010$).

5.1.9. Abhängigkeiten der erhobenen Daten von einer ÖGO-Mitgliedschaft

- Das durchschnittliche Alter von ÖGO-Mitgliedern unterscheidet sich deutlich, jedoch nicht signifikant von jenem der Nicht-Mitglieder ($p=0,083$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern im Anteil von Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten ($p<0,0001$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern im Status des Ausbildungsabschlusses ($p<0,0001$).
- Die Basisausbildungen von ÖGO-Mitgliedern unterscheidet sich nicht signifikant von jenen der Nicht-Mitglieder ($p=0,36$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern in der mittleren Dauer der osteopathischen Tätigkeit ($p<0,0001$).

- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern darin, ob sie andere professionelle Aktivitäten ausführen oder nicht ($p=0,027$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern im mittleren Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit ($p<0,0001$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich nicht signifikant von Nicht-Mitgliedern darin, ob sie freiberuflich aktiv, angestellt oder beides sind ($p=0,22$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern darin, ob sie in einer Privatpraxis, in einer anderen Institution oder in beidem arbeiten ($p=0,00010$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern darin, ob sie in einer Gemeinschaftspraxis oder in einer Einzelpraxis arbeiten ($p=0,0051$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich deutlich, jedoch nicht signifikant von Nicht-Mitgliedern in der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Behandlungstermin ($p=0,061$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern in der Nutzung von Homepages ($p=0,00064$), Visitenkarten ($p=0,010$) und insbesondere von Verbandslisten ($p=0,00006$) als Maßnahmen um auf sich aufmerksam zu machen.
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich nicht signifikant von Nicht-Mitgliedern darin, ob sie bei ihrer Tarifgestaltung soziale Gesichtspunkte berücksichtigen oder nicht ($p=0,63$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern darin, ob sie bei jeder Sitzung eine erneute Diagnostik durchführen oder nicht ($p=0,034$).
- ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nicht-Mitgliedern in der Häufigkeit der Dokumentation der Ergebnisse der Palpation ($p=0,013$). Sonst ist das Ausmaß der Dokumentation vergleichbar.

5.2. Demographische Daten

5.2.1. Geschlechtsverteilung

Mehr als zwei Drittel der 284 teilnehmenden Osteopathen sind weiblich (194 Fälle, 68,3%), an männlichen Osteopathen nahmen 90 an der Befragung teil (31,7% der gültigen Fälle). Allerdings ist aus den Ergebnissen der ANOVA eine signifikante Abhängigkeit des Anteils von Männern und Frauen von der geographischen (NUTS1) Region (West-, Ost-, Südösterreich) und von der Basisausbildung abzuleiten (siehe Anlage 5).

5.2.1.1. Geschlechtsverteilung in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Während zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung und Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung als ein Medizinstudium (Ergotherapie-, Hebammenausbildung und andere) kein Unterschied in der Geschlechtsverteilung besteht (Exakter Test nach Fisher: $p=1,00$), ist zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium und Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung ein signifikanter Unterschied zu beobachten (χ^2 -Test: $\chi^2=17,4364$, $df=1$, $p=0,00003$). Ebenso besteht ein signifikanter Unterschied in der Geschlechtsverteilung zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium und einer anderen Basisausbildung (Exakter Test nach Fisher: $p=0,04$).

Während Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung vorwiegend männlich sind (64%), sind in den beiden anderen Kategorien mehrheitlich (jeweils ca. 73%) Frauen vertreten (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Geschlechtsverteilung - Anteil der männlichen und weiblichen Osteopathen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Basisausb.	Geschlecht	n	% gültig	% total
Physioth.	männlich	64	27,4	22,5
	weiblich	170	72,6	59,8
Medizinstud.	männlich	23	64	8,1
	weiblich	13	36	4,6
andere	männlich	3	27	1,0
	weiblich	8	73	2,8
gesamt	fehlend (unabh)	3		1,0

5.2.1.2. Geschlechtsverteilung in Abhängigkeit von der NUTS1-Region

Zwischen den drei NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Anteils an männlichen und weiblichen Osteopathen.

Tabelle 5: Geschlechtsverteilung - Anteil der weiblichen und männlichen Osteopathen in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

NUTS1-Region	Geschlecht	n	%gültig	%total
Ostösterr.	männlich	31	26,3	10,91
	weiblich	87	73,7	30,63
Südösterr.	männlich	9	17,7	3,16
	weiblich	42	82,4	14,78
Westösterr.	männlich	44	44,4	15,49
	weiblich	55	55,6	19,36

Während in Ostösterreich annähernd, und in Südösterreich mehr als drei Viertel der Osteopathen weiblich sind (73,7% bzw. 82,5% siehe Tabelle 5), ist der Anteil von weiblichen Osteopathen in Westösterreich mit 55,6% signifikant geringer ($\chi^2= 7,0783$, $df=1$, $p=0,0078$ bzw. $\chi^2= 9,4384$, $df=1$, $p=0,0021$).

5.2.2. Altersverteilung

In Abbildung 3 und Tabelle 6 ist die Häufigkeitsverteilung der Alterskategorien der Osteopathinnen und Osteopathen dargestellt.

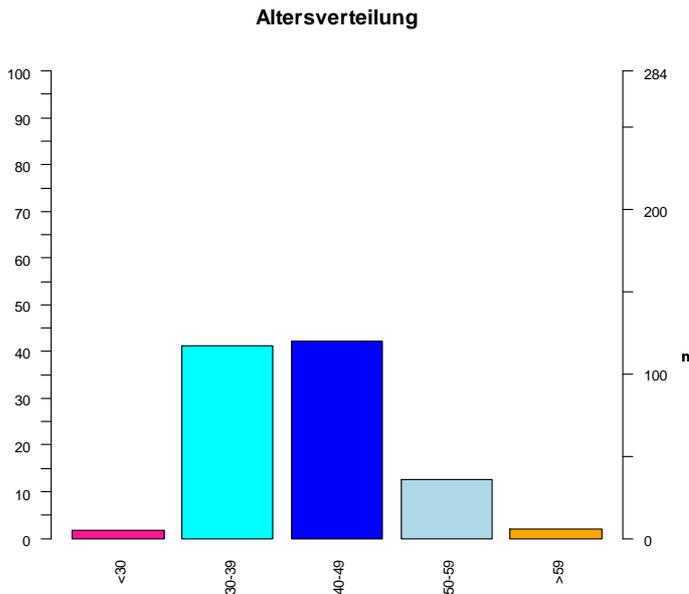


Abbildung 3: Alter der Osteopathen/Osteopathinnen (kategorisiert, gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 6: Alter der Osteopathen/Osteopathinnen (kategorisiert, gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Alter	n	%
<30	5	1,8
30-39	117	41,2
40-49	120	42,2
50-59	36	12,7
>59	6	2,1

Die meisten Osteopathen/Osteopathinnen sind in der Alterskategorie 40-49 Jahre (120 Fälle, 42,2%) vertreten, die Kategorie '30-39' wurde 117-mal genannt (41,2% der gültigen Fälle), die Kategorie '50-59' 36 mal (12,7%). Am seltensten sind die Osteopathinnen und Osteopathen unter 30 Jahre alt (fünf gültige Fälle, 1,8%), auf die Alterskategorie '>59' entfallen sechs gültige Fälle (2,1%).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer und von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten. Ein weiterer signifikanter Unterschied besteht in der Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region des Praxissitzes.

5.2.2.1. Altersverteilung in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer

Spearman's „rho“ (ρ) als Maß für die Korrelation zwischen Alter und osteopathischer Tätigkeitsdauer weicht signifikant von Null ab ($\rho=0,45$, $S= 1787765$, $p<0,00001$). Es bestehen signifikante Unterschiede im Alter der Osteopathinnen und Osteopathen zwischen den einzelnen Kategorien der Tätigkeitsdauer. Signifikant sind die Unterschiede zwischen jenen Osteopathen/Osteopathinnen mit bis zu drei Jahren osteopathischer Tätigkeitsdauer und jenen, die länger als sechs Jahre osteopathisch tätig sind (Wilcoxon-Rangsummentests: bis 3 Jahre vs. 7-10 Jahre osteopathischer Tätigkeitsdauer: $W = 1786$, $p= 0,0094$; bis 3 Jahre vs. >10 Jahre: $W = 805,5$, $p<0,00001$). Hingegen sind keine signifikanten Altersunterschiede zwischen jenen Osteopathen/Osteopathinnen mit bis zu drei Jahren osteopathischer Tätigkeitsdauer im Vergleich zu den Osteopathen/Osteopathinnen, die 4-6 Jahre osteopathisch tätig sind, erkennbar ($W = 2537,5$, $p= 0,41$). Letztere unterscheiden sich nicht signifikant, aber deutlich von der Gruppe der 7-10 Jahre osteopathisch Tätigen ($W = 1699,5$, $p= 0,079$) und signifikant von der den mehr als 10 Jahre osteopathisch Tätigen ($W = 827$, $p<0,00001$). Auch zwischen den 7-10 und den länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen gibt es signifikante Altersunterschiede ($W = 986$, $p< 0,00001$). In Abbildung 4, bzw. Tabelle 7 sind die Altersverteilungen der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen dargestellt.

Alter

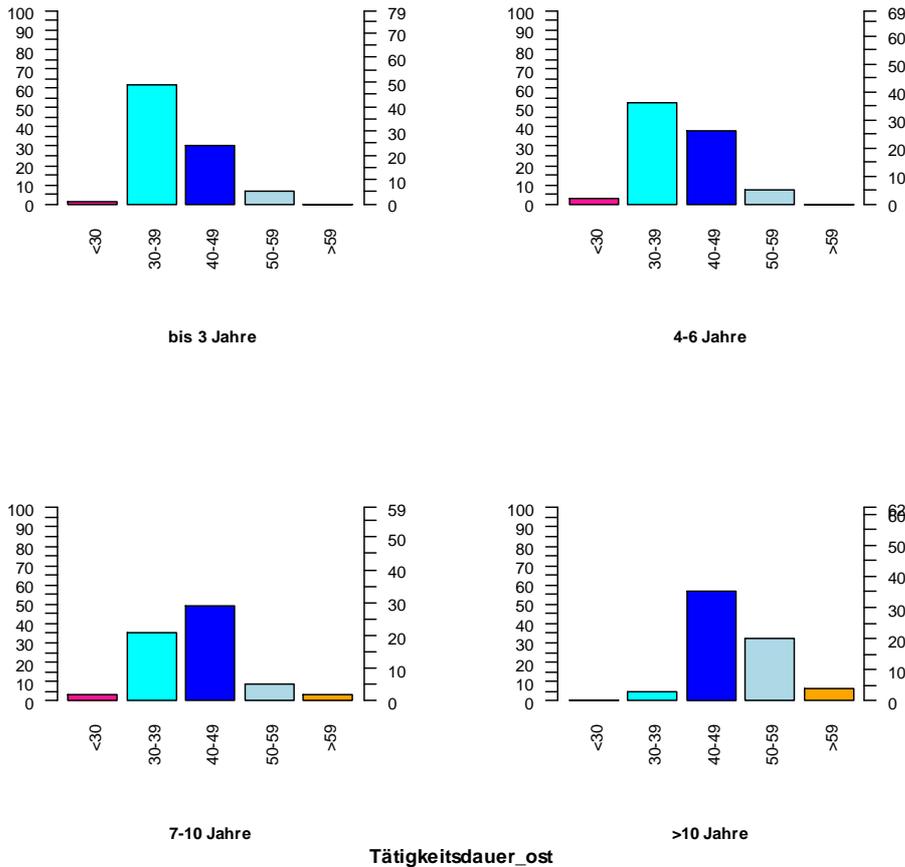


Abbildung 4: Altersverteilung der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 7: Altersverteilung der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse in Prozent und absoluten Zahlen).

Alter [Jahre]	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<30	1	1	2	3	2	3	0	0
30-39	49	62	36	52	21	36	3	5
40-49	24	30	26	38	29	49	35	56
50-59	5	6	5	7	5	8	20	32
>59	0	0	0	0	2	3	4	6

Betrachtet man die bis zu drei Jahre osteopathisch Tätigen, erkennt man, dass der Großteil (62%) der Altersgruppe von 30-39 Jahren zuzuordnen ist. Allerdings sind auch 6% der Osteopathinnen und Osteopathen mit dieser Tätigkeitsdauer zwischen 50 und 59 Jahre alt und haben somit erst mit frühestens 47 Jahren ihre osteopathische Tätigkeit begonnen. Jünger als 30 Jahre ist hingegen nur 1% dieser

Osteopathinnen und Osteopathen (eine an der WSO ausgebildete, als „Osteopathin“ arbeitende Physiotherapeutin) und 30% sind zwischen 40 und 49 Jahre alt.

Auch bei den 4-6 Jahre osteopathisch Tätigen überwiegen die Osteopathen/Osteopathinnen zwischen 30 und 39 Jahre (52%), 38% sind zwischen 40 und 49 Jahre alt, und 7% zwischen 50 und 59, die somit mit frühestens 44 Jahren die osteopathische Tätigkeit begonnen haben. Jünger als 30 Jahre sind 3% dieser Kategorie der osteopathischen Tätigkeitsdauer, die somit die osteopathische Tätigkeit mit spätestens 26 Jahren begonnen haben müssen (eine Physiotherapeutin mit dem Abschluss „MSc.“ ohne Angabe der Ausbildungsstätte und eine an der WSO ausgebildete, als „Osteopathin“ arbeitende Physiotherapeutin)

Die meisten Osteopathen/Osteopathinnen mit 7-10 Jahren Berufspraxis sind zwischen 40 und 49 Jahre alt (49%) und 36% zwischen 30 und 40. Auch hier sind 3% maximal 30 Jahre alt (eine an der WSO ausgebildete Physiotherapeutin mit dem Abschluss „MSc. D.O.“ und eine am deutschen DOK ausgebildete, als „Osteopathin“ arbeitende Physiotherapeutin), gleichbedeutend mit einem Beginn der osteopathischen Tätigkeit in einem Alter von maximal 23 Jahren, was angesichts der Dauer der Ausbildungen unplausibel ist. Bei einer Plausibilitätsuntersuchung der anderen Antworten fielen keine weiteren Ungereimtheiten auf. Es dürfte sich daher um einzelne Fehleintragungen handeln, weshalb die Datensätze nicht exkludiert wurden. 8% der Osteopathinnen und Osteopathen mit 7-10 Jahren Berufspraxis sind zwischen 50 und 59 Jahre alt und 3% 60 Jahre oder älter.

56% der Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Jahren Berufspraxis sind zwischen 40 und 49 Jahre alt, 32% zwischen 50 und 59 Jahre und 6% über 59 Jahre alt. Hingegen sind nur 5% zwischen 30 und 39 Jahre alt.

5.2.2.2. Altersverteilung in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Die Gruppe der Osteopathinnen und Osteopathen mit Medizinstudium erweist sich als jene, die sich von den anderen beiden Gruppen (Physiotherapieausbildung oder andere Basisausbildung) abhebt (Wilcoxon-Rangsummentests: Medizinstudium vs. Physiotherapieausbildung: $W=2855,5$, $p=0,0008$, Medizinstudium vs. andere Basisausbildung: $W= 277,5$, $p=0,035$). Zwischen den Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung und jenen, die eine andere Basisausbildung aufweisen, besteht hingegen kein signifikanter Altersunterschied ($W=1349,5$, $p=0,77$).

Wie in Abbildung 5 bzw. Tabelle 8 zu erkennen ist, sind unter den Osteopathen, die ein Medizinstudium als Basisausbildung für ihre Osteopathieausbildung angeben, mehr ältere als in den beiden anderen Kategorien vertreten (insbesondere älter als 50 Jahre).

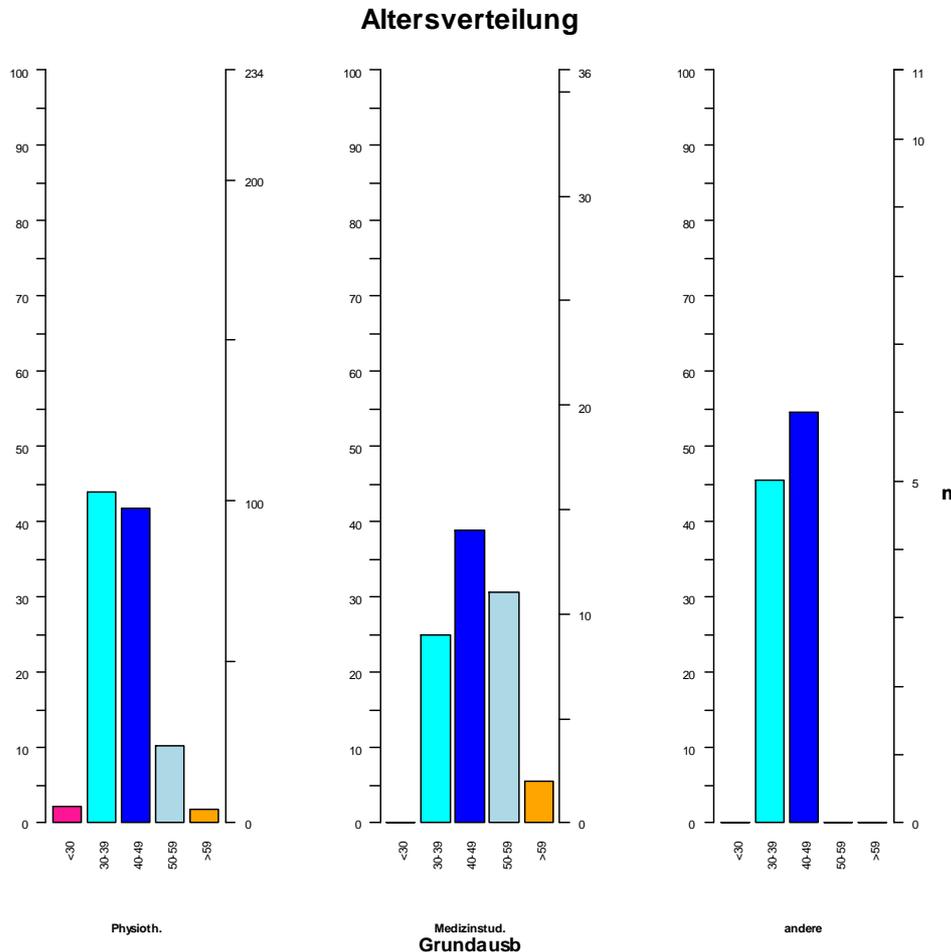


Abbildung 5: Altersverteilung der Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 8: Altersverteilung der Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Alter	Physiotherapieausb.		Medizinstudium		andere Basisausb.	
	n	%	n	%	n	%
<30	5	2,1	0	0	0	0
30-39	103	44	9	25	5	45
40-49	98	41,9	14	39	6	55
50-59	24	10,3	11	31	0	0
>59	4	1,7	2	6	0	0

5.2.2.3. Altersverteilung in den drei NUTS1-Regionen

Der Kruskal-Wallis-Test weist auf signifikante Unterschiede in der Altersverteilung von zumindest zwei der drei Kategorien der Variable NUTS1 hin ($\chi^2=9,1992$, $df=2$, $p= 0,01$). Konkret unterscheidet sich das Alter der südösterreichischen von dem der ostösterreichischen Osteopathen/Osteopathinnen signifikant und von jenem der westösterreichischen deutlich, wenn auch nicht signifikant (Wilcoxon-Rangsummentests: $W= 4043$, $p= 0,00260$ bzw. $W = 2140$, $p= 0,064$). Hingegen ist zwischen den ost- und westösterreichischen Osteopathinnen kein signifikanter Unterschied erkennbar ($W = 6960,5$, $p= 0,15$). In

Tabelle 9 und Abbildung 6 ist ebenfalls die Sonderstellung Südbösterreichs zu erkennen.

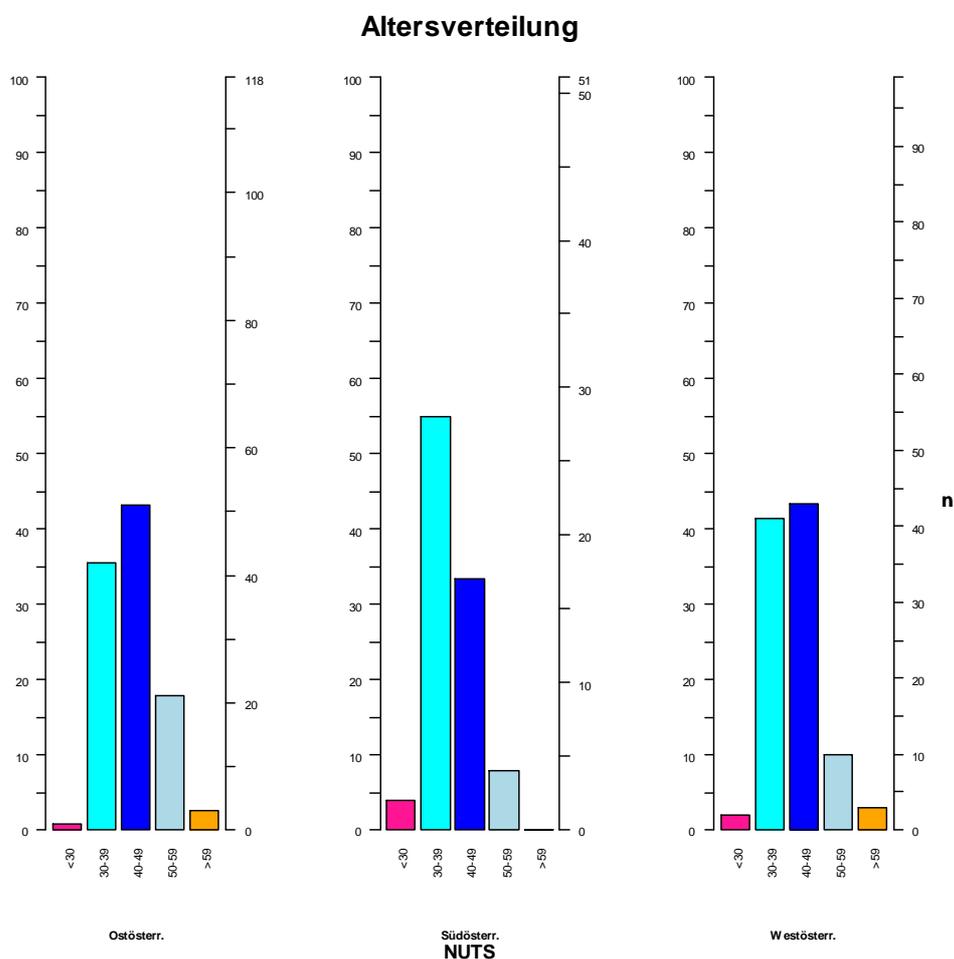


Abbildung 6: Altersverteilung in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 9: Altersverteilung - Anteil der einzelnen Alterskategorien in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Alter	Ostösterr.		Südösterr.		Westösterr.	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
<30	1	1	2	4	2	2
30-39	42	36	28	55	41	41
40-49	51	43	17	33	43	43
50-59	21	18	4	8	10	10
>59	3	3	0	0	3	3

In Südösterreich sind demnach mehr junge Osteopathinnen und Osteopathen tätig (59% sind unter 40 Jahre alt), als in West- und Ostösterreich (43% bzw. 37% sind jünger als 40), während der Anteil der über 50-jährigen Osteopathen geringer ist (Südösterreich: 8%, Westösterreich: 13% und Ostösterreich: 21%).

5.2.3. Ort der Berufsausübung und Versorgungsdichte in den einzelnen Bundesländern

In Abbildung 7 ist die Verteilung der osteopathischen Praxen auf die österreichischen Bundesländer dargestellt. In

Tabelle 10 sind Angaben zur Rücklaufquote und in
Tabelle 11 die aus diesen Daten berechnete Versorgungsdichte zusammengefasst.

Bundesland

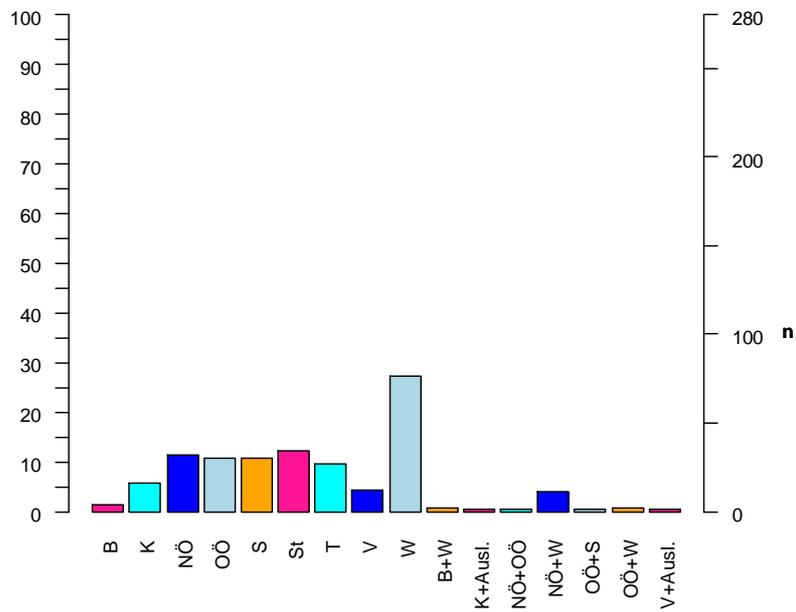


Abbildung 7: Verteilung der osteopathischen Praxen in den österreichischen Bundesländern (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

In

Tabelle 10 sind die anhand der eindeutig einem einzigen Bundesland zuordenbaren Osteopathen/Osteopathinnen berechnete minimale Rücklaufquoten in den einzelnen Bundesländern und die maximale Rücklaufquoten zusammengefasst. Nachdem aufgrund der anonymen Befragung nicht nachvollzogen werden kann, welchem Bundesland die Osteopathen/Osteopathinnen, die parallel in zumindest zwei Bundesländern tätig sind, bei der Versendung der Fragebögen ursprünglich zugeordnet waren, wurden diese beiden Bundesländern zugeordnet und aus diesen Daten die maximale Rücklaufquote bestimmt.

Tabelle 10: Minimale und maximale Rücklaufquoten in den einzelnen Bundesländern, sowie Angaben über Paralleltätigkeiten von Osteopathen/Osteopathinnen in mindestens zwei Bundesländern.

Bundesland	Osteopathen lt. Recherche	Respondenten (ohne Paralleltätigkeit)	minimale Rücklauf- quote	Tätige Respondenten (incl. Paralleltätigkeit)	maximale Rücklaufquote
	n	n	%	n	%
W	187	76	40,6	91	48,7
St	56	34	61	34	61
NÖ	69	32	46	44	64
OÖ	59	30	51	34	58
S	57	30	53	31	54
T	48	27	56	27	56
K	26	16	62	17	65
V	27	12	44	13	48
B	8	4	50	6	75
Paralleltätigkeiten in (mindestens) zwei Bundesländern					
NÖ+W		11			
B+W		2			
OÖ+W		2			
NÖ+OÖ		1			
OÖ+S		1			
K+außerhalb Österreichs		1			
V+ außerhalb Österreichs		1			

Unabhängig davon, ob man die minimale oder maximale Rücklaufquote betrachtet, haben Wiener Osteopathen/Osteopathinnen am seltensten geantwortet (40,6-48,7%) und Kärntner am häufigsten (62-65%).

Insgesamt sind 6,8% der Antworten (19 von 280) nicht eindeutig einem einzigen Bundesland zuzuordnen. Parallel in einem anderen Bundesland sind hauptsächlich Osteopathen/Osteopathinnen die auch in Wien beschäftigt sind, tätig.

Für die Berechnung der Versorgungsdichte (siehe Tabelle 11) wurde die bei der Ermittlung der Adressen für die Fragebogenversendung recherchierte Anzahl der Osteopathen/Osteopathinnen in den einzelnen Bundesländern herangezogen, weshalb diese Minimalwerte darstellen. Die Hochrechnung einer maximalen Versorgungsdichte wäre zwar prinzipiell über die Befragungsergebnisse möglich, wegen der Fehleranfälligkeit der dafür zu treffenden Annahmen wurde jedoch davon abgesehen.

Tabelle 11: Verteilung der osteopathischen Praxen in den österreichischen Bundesländern (lt. Recherche) gegenübergestellt den prozentuellen Anteilen der Einwohnerzahl* und der Ärzte** in den einzelnen Bundesländern an der österreichischen Gesamtbevölkerung bzw. an allen österreichischen Ärzten (*Statistik Austria 2012, **Statistik Austria 2012A). Zusätzlich ist die minimale Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen in den einzelnen Bundesländern zusammengefasst.

Bundesland	Osteopathen lt. Recherche		Bevölkerungsverteilung*	Ärzteverteilung**	minimale Versorgungsdichte	
	n	%			Osteopathen/100.000 Einwohner	Osteopath: Einwohner-Verhältnis
W	187	34,8	20,4	28,1	11	1:9.200
St	56	10,4	14,4	14,0	5	1:21.700
NÖ	69	12,8	19,2	17,2	4	1:23.500
OÖ	59	11,0	16,8	14,0	4	1:24.000
S	57	10,6	6,3	6,5	11	1:9.300
T	48	8,9	8,4	8,7	7	1:14.800
K	26	4,8	6,6	5,8	5	1:21.400
V	27	5,0	4,4	3,3	7	1:13.800
B	8	1,5	3,4	2,5	3	1:35.900

In Wien sind 34,8% der Osteopathen/Osteopathinnen tätig, in Niederösterreich 12,8%, in Oberösterreich 11,0%, in Salzburg 10,6% und in der Steiermark 10,4%. Auf Tirol entfallen 8,9%, auf Kärnten 4,8% und auf Vorarlberg 5,0% der Osteopathen/Osteopathinnen. Am seltensten sind Osteopathen/Osteopathinnen im Burgenland (1,5%) tätig.

In Wien, Salzburg, Tirol und Vorarlberg sind gemessen am Anteil der Gesamtbevölkerung Österreichs vergleichsweise viele Osteopathen/Osteopathinnen tätig, in den anderen Bundesländern hingegen weniger. Diese Bundesländer sind auch bis auf Vorarlberg überdurchschnittlich gut mit Ärzten/Ärztinnen versorgt.

Während beispielsweise in Wien 20,4% der österreichischen Bevölkerung leben, sind hier 28,1% der Ärztinnen und Ärzte und 34,8% der Osteopathinnen und Osteopathen tätig.

Die höchste Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen besteht in Wien und Salzburg (ca. 11 Osteopathen/Osteopathinnen pro 100.000 Einwohner/innen), wobei Wien aufgrund der bei diesen Zahlen nicht berücksichtigten Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich in einem anderen Bundesland arbeiten, eine noch höhere Versorgungsdichte aufweist. In diesen Bundesländern kommt somit ein Osteopath auf etwa 9.200 bzw. 9.300 Einwohner.

In Vorarlberg und Tirol sind etwa 7 Osteopathen/Osteopathinnen pro 100.000 Einwohner tätig (entsprechend einem Osteopathen/einer Osteopathin pro 13.800 bzw. 14.800 Einwohnern).

In der Steiermark und in Kärnten ist ein Osteopath/eine Osteopathin pro 21.400 bzw. 21.700 Einwohner tätig (ca. 5 Osteopathen/100.000 Einwohner). Etwas geringer ist die Versorgungsdichte in Ober- und Niederösterreich, wo auf 100.000 Einwohner vier Osteopathen/Osteopathinnen kommen (1:24.000 bzw. 1:23.500). In Niederösterreich ist hingegen, wie in Wien mit einem höheren Versorgungsgrad zu rechnen.

Österreichweit sind im Durchschnitt (mindestens) 6,4 Osteopathen/Osteopathinnen pro 100.000 Einwohner tätig. Auf einen Osteopathen/eine Osteopathin entfallen somit ca. 15.700 Einwohner.

Für Vergleichszwecke seien hier die Zahlen (nach Statistik Austria 2012A) für die ärztliche Versorgung angeführt: Österreichweit beträgt die Versorgungsdichte 478,1 Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner, wobei die geringste Dichte ebenfalls im Burgenland zu beobachten ist (352,0 Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner), die höchste in Wien (661,3 Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner). In Salzburg beträgt die Versorgungsdichte 489,6 Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner.

5.3. Die Interessensvertretung der Osteopathen/Osteopathinnen

5.3.1. Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft

Etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Osteopathen/Osteopathinnen sind aktuelle Mitglieder der ÖGO (146 Fälle, 51,8%), 136 sind keine Mitglieder (48,2% der gültigen Fälle, siehe Tabelle 12).

Durch einen Datenabgleich des aktuellen mit dem früheren Mitgliedsstatus, wurde ermittelt, ob es Austritte aus der ÖGO gegeben hat. Die Anzahl von Neueintritten ist aufgrund der unscharfen Fragestellung hinsichtlich eines Vergleichszeitpunkts nur unter Vorbehalt zu ermitteln.

Insgesamt haben drei Osteopathinnen eine frühere ÖGO-Mitgliedschaft beendet. Dem stehen (zumindest) 17 Neueintritte gegenüber.

Tabelle 12: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

ÖGO-Mitgliedschaft	n	% gültig	% total
Nichtmitglieder	136	48,2	47,9
Mitglieder	146	51,8	51,4
fehlend (abh)	2		0,7

Die Ergebnisse der ANOVA weisen auf eine hochsignifikante Abhängigkeit der ÖGO-Mitgliedschaft von der Tätigkeitsdauer und der Ausbildungsstätte hin. Ebenso ist ein hoher Einfluss der Tatsache, ob die Osteopathen/Osteopathinnen freiberuflich tätig, angestellt oder beides sind, zu beobachten. Signifikant wirken sich ebenfalls lokale Einflüsse (NUTS1), und ob der Osteopath/die Osteopathin auch abseits der Osteopathie professionell aktiv ist aus. Zusätzlich ist es möglich, dass Unterschiede zwischen im Team oder in einer Einzelpraxis arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen bestehen. Kruskal-Wallis-Tests bestätigen signifikante Einflüsse aller oben genannten Faktoren:

ost. Tätigkeitsdauer (<3/4-6/7-10>10 Jahre): $\chi^2= 41.8176$, $df = 3$, $p<0,0001$

Ausbildungsstätte (WSO/andere): $\chi^2= 34.4248$, $df = 1$, $p<0,0001$

freiberuflich angestellt/beides: $\chi^2= 24.5338$, $df = 2$, $p<0,0001$

Praxisgemeinschaft/Einzelpraxis: $\chi^2= 7.7866$, $df = 1$, $p = 0.0053$

NUTS1-Region (West-/Süd-/Ostösterreich): $\chi^2= 7.643$, $df = 2$, $p = 0.022$

keine/andere professionelle Aktivität: $\chi^2 = 4.89$, $df = 1$, $p = 0.027$

5.3.1.1. ÖGO-Mitgliedschaft in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der ÖGO-Mitgliedschaft wurden zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten, die weniger als 3 Jahre osteopathisch tätig sind und sämtlichen anderen Kategorien der osteopathischen Tätigkeitsdauer vorgefunden.

< 3 Jahre vs. >10 Jahre χ^2 -Test: $\chi^2=39,2166$, $df=1$, $p<0,00001$

< 3 Jahre vs. 7-10 Jahre χ^2 -Test: $\chi^2=11,014$, $df=1$, $p= 0,0009$

< 3 Jahre vs. 4-6 Jahre χ^2 -Test: $\chi^2=9,1343$, $df=1$, $p= 0,003$

Ebenso unterscheidet sich die Gruppe der Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Tätigkeit signifikant von allen anderen Gruppen.

>10 Jahre vs. 4-6 Jahre χ^2 -Test: $\chi^2=11,1432$, $df=1$, $p= 0,0008$
 >10 Jahre vs. 7-10 Jahre χ^2 -Test: $\chi^2=8,0334$, $df=1$, $p= 0,005$

Zwischen den Kategorien '4-6 Jahre' und '7-10 Jahre' der osteopathischen Tätigkeitsdauer besteht jedoch kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften (χ^2 -Test: $\chi^2=0,0612$, $df=1$, $p= 0,80$).

In Abbildung 8 ist die Häufigkeitsverteilung der Osteopathinnen und Osteopathen, die aktuell ÖGO-Mitglieder sind, bzw. nicht in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt. In Tabelle 13 sind zusätzlich die prozentuellen Anteile der einzelnen Werte an der gesamten Stichprobe ersichtlich.

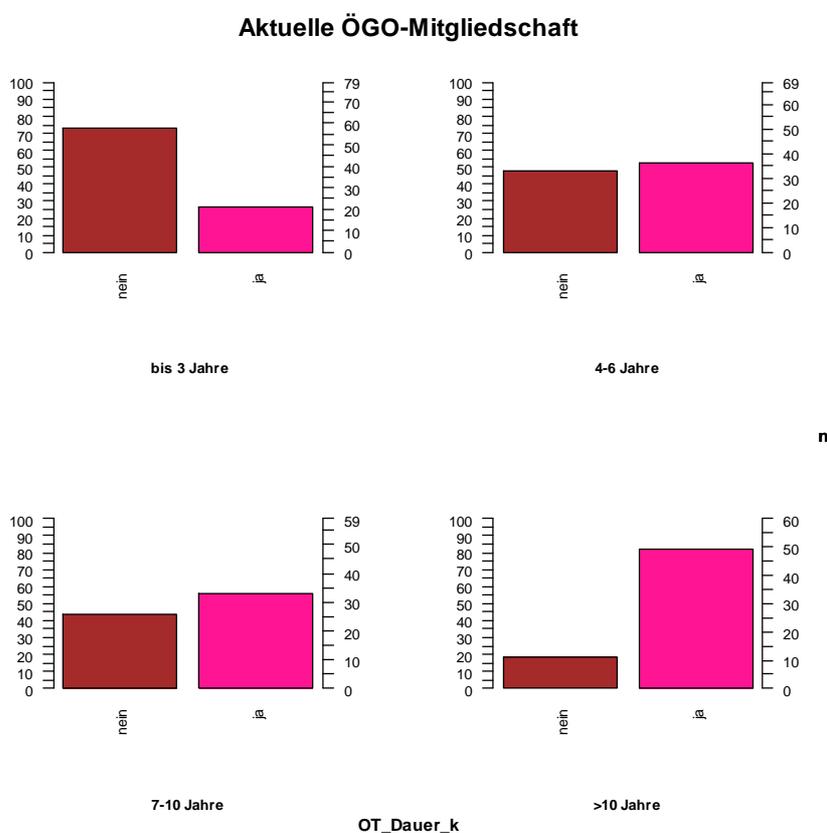


Abbildung 8: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 13: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Tätigkeitsdauer	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
ÖGO-Mitglieder	21	27	36	52	33	56	49	82
Nichtmitglieder	58	73	33	48	26	44	11	18

Mit steigender Dauer der osteopathischen Tätigkeit steigt auch der Anteil an ÖGO-Mitgliedern an. Während in der Kategorie der unter drei Jahre osteopathisch tätigen Therapeutinnen und Therapeuten erst 27% Mitglied der ÖGO sind (n=27), so sind es in der Gruppe der 4-6 Jahre Tätigen bereits 52% (n=36) und in der Gruppe der 6-10 Jahre Tätigen 56% (n=33). Die Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Berufsjahren sind zu 82% ÖGO-Mitglieder (n=49).

5.3.1.2. ÖGO-Mitgliedschaft in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte

Zwischen der WSO und den anderen Ausbildungsstätten besteht ein signifikanter Unterschied in den Häufigkeitsverteilungen der ÖGO Mitgliedschaft (χ^2 -Test: $\chi^2=32,5479$, $df=1$, $p<0,00001$). Dabei zeigt sich, dass nur 44,1% der WSO-Absolventen/Absolventinnen (105 von 238), jedoch 95% der Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen (37 von 39) der ÖGO beigetreten sind.

5.3.1.3. ÖGO-Mitgliedschaft in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides)

Während sich Osteopathinnen und Osteopathen, die angestellt, oder sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind nicht in der Häufigkeit einer ÖGO-Mitgliedschaft unterscheiden (Exakter Test nach Fisher: $p=0,31$), ist zwischen freiberuflich tätigen und angestellten Osteopathen/Osteopathinnen, sowie freiberuflich tätigen und sowohl angestellten als auch freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit einer ÖGO-Mitgliedschaft erkennbar (freiberuflich vs. angestellt: Exakter Test nach Fisher: $p=0,0003$, bzw. freiberuflich vs. beides: χ^2 -Test: $\chi^2=12,34$, $df=1$, $p=0,0004$).

Während die Mehrzahl der rein freiberuflich arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen ÖGO-Mitglied ist (n=137 von 240; 57,1%), sind es von den sowohl angestellten, als auch freiberuflich Tätigen nur 21% (6 von 29) und keiner der zehn rein angestellten Osteopathinnen und Osteopathen ist Mitglied der ÖGO.

5.3.1.4. ÖGO-Mitgliedschaft in den drei NUTS1-Regionen (West-/Süd-/Ostösterreich):

In der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften besteht zwischen Ost- und Westösterreich ein signifikanter Unterschied (χ^2 -Test: $\chi^2=6,8275$, $df=1$, $p=0,009$), während zwischen Südösterreich und sowohl Ost-, als auch Westösterreich kein

statistisch signifikanter Unterschied zu beobachten ist ($\chi^2=0,2438$, $df=1$, $p= 0,62$, bzw. $\chi^2=1,8291$, $df=1$, $p= 0,18$). In Westösterreich sind 62% der Osteopathinnen und Osteopathen und in Ostösterreich nur 44% ÖGO-Mitglieder. In Südösterreich sind 49% der Osteopathen/Osteopathinnen Mitglieder (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaften in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	Ostösterreich		Südösterreich		Westösterreich	
	n	%	n	%	n	%
Mitglieder	54	44	25	49	62	62
Nichtmitglieder	70	56	26	51	38	38

5.3.1.5. ÖGO-Mitgliedschaft von Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich eine andere professionelle Aktivität ausüben

Zwischen zusätzlich anderweitig professionell aktiven und ausschließlich osteopathisch tätigen Therapeuten/Therapeutinnen besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit einer ÖGO-Mitgliedschaft (χ^2 -Test: $\chi^2=4,3844$, $df=1$, $p= 0,04$). Während 57,5% der ausschließlich osteopathisch Tätigen ÖGO-Mitglieder sind (92 von 160), sind es nur 44% der zusätzlich anderweitig professionell Aktiven (52 von 118).

5.3.1.6. ÖGO-Mitgliedschaft von in Praxisgemeinschaften und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen

In Einzelpraxen und in Gemeinschaftspraxen arbeitende Osteopathen/Osteopathinnen unterscheiden sich signifikant in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften (χ^2 -Test: $\chi^2=7,1203$, $df=1$, $p= 0,008$). Während nur 40% (93 von 97) der in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen Mitglieder der ÖGO sind, sind es von den im Team arbeitenden 57,5% (107 von 186).

5.3.2. Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft

Insgesamt wurden 142 Antworten zur Frage nach der Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft gegeben. Dieser Wert ist darauf zurückzuführen, dass nur 51,8% der Osteopathinnen und Osteopathen Mitglieder der ÖGO sind. Die mittlere Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft beträgt $M= 6,4$; $SD= 3,8$ Jahre, der Median 5,0 Jahre (siehe Tabelle 15). Das heißt, zumindest 50% der Osteopathen/Osteopathinnen, die ÖGO-Mitglieder sind, sind bis zum Jahr 2006 (Median) der ÖGO beigetreten.

Tabelle 15: Deskriptive Daten für die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft [Jahre] (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft [Jahre]					
n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
141	0	16	5,0	6,4	3,8

Die Ergebnisse der ANOVA weisen auf hochsignifikante Einflüsse der Tätigkeitsdauer auf die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft hin, was jedoch nur von untergeordnetem Interesse ist, da ein Anstieg der Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft mit zunehmender Dauer der osteopathischen Tätigkeit nicht nur wahrscheinlich ist, sondern auch erst durch eine längere Dauer der osteopathischen Tätigkeit ermöglicht wird. In Abbildung 9 ist die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft in Relation zur Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt.

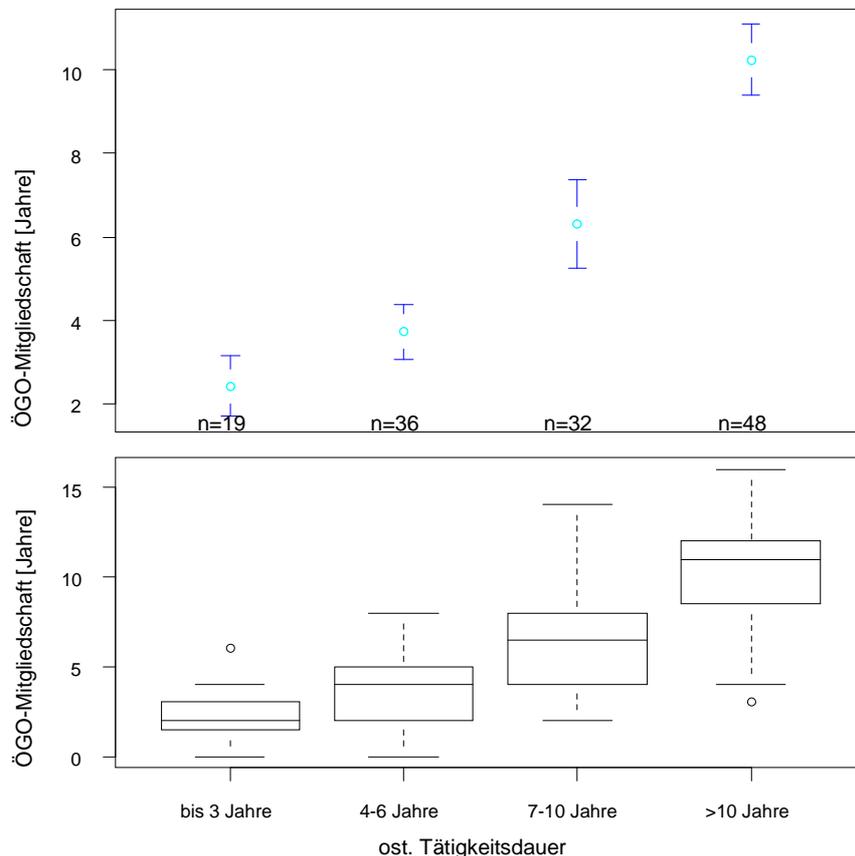


Abbildung 9: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen [Jahre].

Von höherem Interesse ist, zu welchem Zeitpunkt nach Beginn der osteopathischen Tätigkeit die Osteopathen/Osteopathinnen der ÖGO beitreten. Von 135 Osteopathen/Osteopathinnen war sowohl die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft, als auch der osteopathischen Tätigkeit verfügbar, woraus dieser Zeitraum zwischen dem Beginn der ÖGO-Mitgliedschaft und dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit berechnet werden konnte. Ein ÖGO-Beitritt vor Aufnahme der osteopathischen Tätigkeit (d.h. während der Ausbildung) ist anhand negativer Werte, ein Beitritt nach Tätigkeitsbeginn anhand positiver erkennbar. Im Durchschnitt traten die Osteopathinnen/Osteopathen der ÖGO $M= 1,9$ Jahre; $SD= 3,1$ nach dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit (Median 1,0 Jahre) bei. Der früheste Beitritt erfolgte vier Jahre vor Beginn der osteopathischen Tätigkeit, der späteste 10 Jahre danach.

Der Zeitraum zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und dem ÖGO-Beitritt ist abhängig von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=15,2581$, $df=3$, $p=0,0016$). Auch das ist zu erwarten, da es nicht möglich ist, länger nach Beginn der osteopathischen Tätigkeit, als durch die obere Kategoriengrenze der Dauer der osteopathischen Tätigkeit vorgegeben ist, der ÖGO beizutreten (beispielsweise kann ein Osteopath/eine Osteopathin mit bis zu drei Jahren osteopathischer Tätigkeitsdauer spätestens drei Jahre nach dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit der ÖGO, ein Osteopath/eine Osteopathin mit zwischen 7 und 10 Jahren osteopathischer Tätigkeitsdauer spätestens 10 Jahre nach dem Beginn beigetreten sein. Nur bei länger als 10 Jahre Tätigen besteht diese Grenze nicht).

Allerdings zeigt sich in Tabelle 16 und Abbildung 10, dass die Maximalwerte der länger osteopathisch Tätigen (7-10 Jahre und >10 Jahre) den Kategorieuntergrenzen entsprechen und somit ein Beitritt noch während des Studiums bzw. gleich bei Beginn der osteopathischen Tätigkeit erfolgte, jedoch in keinem Fall später. Bei den kürzer osteopathisch Tätigen ist die Situation nicht so eindeutig. Der Zentralbereich der Daten der bis zu 3 Jahre osteopathisch Tätigen zeigt, dass die zentralen 50% zwischen 1 Jahr vor und 1 Jahr nach dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit der ÖGO beitraten, bei den 4-6 Jahre osteopathischen Tätigkeit traten die zentralen 50% zwischen 0 und 3 Jahre nach dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit der ÖGO bei und bei den anderen beiden Gruppen dauerte es bis bei den zentralen 50% der Osteopathinnen und Osteopathen zum ÖGO-Beitritt zwischen 0 und 5 Jahre ab dem Tätigkeitsbeginn. Anhand des Anteil der ÖGO-Mitglieder an allen Osteopathinnen

und Osteopathen der jeweiligen Kategorie der osteopathischen Tätigkeitsdauer ist jedoch ersichtlich, dass weitere Beitritte (insbesondere bei den im Befragungsjahr bis zu drei Jahre osteopathisch Tätigen) zu erwarten sind, sodass diese Ergebnisse aufgrund deren Zeitabhängigkeit immer als fließend zu betrachten sind. So sind von den bis drei Jahre osteopathisch Tätigen Osteopathinnen und Osteopathen erst 24% ÖGO-Mitglieder, während es von den über 10 Jahre osteopathisch tätigen 77% sind.

Tabelle 16: Deskriptive Daten für die Dauer des Zeitraums zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und jenem der ÖGO-Mitgliedschaft [Jahre] der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung). In der rechten Spalte ist der Anteil der ÖGO-Mitglieder an allen Osteopathinnen und Osteopathen der jeweiligen Kategorie der osteopathischen Tätigkeitsdauer angeführt.

Tätigkeitsdauer	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD	Mitglieder [%]
bis 3 Jahre	19	-4	3	0,0	0,0	1,8	24
4-6 Jahre	36	-4	6	1,0	1,3	2,3	52
7-10 Jahre	32	-4	7	2,0	2,3	2,9	54
>10 Jahre	48	-3	10	2,0	2,9	3,4	77

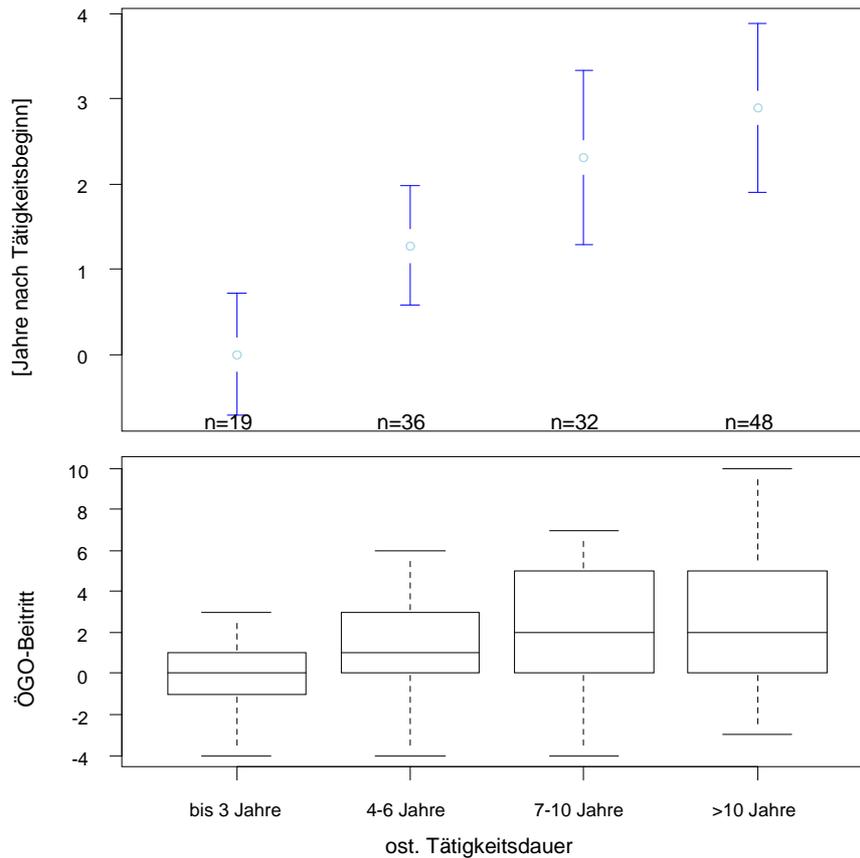


Abbildung 10: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für den Zeitraum zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und dem der ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen [Jahre].

In Tabelle 17 ist ersichtlich, dass der Großteil der ÖGO-Mitglieder in dem selben Jahr, in dem sie die osteopathische Tätigkeit aufnahmen, auch der ÖGO beitrat (26,7% der ÖGO-Mitglieder). Im darauffolgenden Jahr waren es 16,3%, zwei Jahre nach Tätigkeitsbeginn 12,6% und drei Jahre nach Aufnahme der osteopathischen Tätigkeit 8,1% der aktuellen ÖGO-Mitglieder. Vor Beginn der osteopathischen Tätigkeit sind 11,9% der ÖGO-Mitglieder bereits dieser Gesellschaft beigetreten.

Tabelle 17: ÖGO-Beiträge in Abhängigkeit vom Zeitraum zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und dem Zeitpunkt des ÖGO-Beitritts [Jahre], Anteil der zu diesen Zeitpunkten der ÖGO beigetretenen Osteopathinnen und Osteopathen (in absoluten Zahlen, prozentuell und kumuliert prozentuell).

Jahre nach Beginn der ost. Tätigkeit	n	%	% kumuliert
-4	3	2,2	2,2
-3	2	1,5	3,7
-2	2	1,5	5,2
-1	9	6,7	11,9
0	36	26,7	38,5
1	22	16,3	54,8
2	17	12,6	67,4
3	11	8,1	75,6
4	8	5,9	81,5
5	8	5,9	87,4
6	6	4,4	91,9
7	3	2,2	94,1
8	3	2,2	96,3
9	2	1,5	97,8
10	3	2,2	100,0

5.3.3. Aktive ÖGO-Mitgliedschaft

Neun der 280 Osteopathen, die die Frage nach der aktuellen aktiven ÖGO-Mitgliedschaft beantworteten (3,2% der gültigen Antworten), haben derzeit eine aktive Rolle in der ÖGO inne. Aktuell sind fünf Frauen und vier Männer der Stichprobe aktiv tätig (2,6% der weiblichen und 4,4% der männlichen Osteopathen; Exakter Test nach Fisher: $p=0,48$).

Früher und/oder aktuell aktiv waren 20 der 277 Osteopathen, die sowohl die Frage nach der aktuellen, als auch nach einer früheren aktiven Mitgliedschaft bei der ÖGO beantworteten (7,2%).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede in der Häufigkeit einer aktiven Rolle in der ÖGO in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer erkennbar. Für frühere Aktivitäten sind eine hochsignifikante Abhängigkeit von der Tätigkeitsdauer und zusätzlich ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten.

5.3.3.1. Zusammenhang zwischen osteopathischer Tätigkeitsdauer und aktiver ÖGO-Mitgliedschaft

Die ANOVA weist zwar auf einen Einfluss der Tätigkeitsdauer hin, aufgrund der geringen Anzahl an derzeit aktiv an der ÖGO teilnehmenden Osteopathinnen und Osteopathen werden aber keine ausführlicheren Ergebnisse präsentiert. Die derzeit aktiv tätigen Osteopathinnen und Osteopathen weisen eine osteopathische Tätigkeitsdauer von 7-10 Jahren (n=4) und mehr als 10 Jahren auf (n=5), jedoch keine kürzere auf. Eine Betrachtung früher aktiver ÖGO-Mitglieder erübrigt sich aufgrund der Zeitabhängigkeit der unabhängigen Variable osteopathische Tätigkeitsdauer.

5.3.3.2. Abhängigkeit einer aktiven ÖGO-Mitgliedschaft vom Geschlecht der Osteopathen

Bisher waren mehr Männer in der ÖGO aktiv tätig, was am deutlichen, jedoch nicht signifikanten Unterschied in den Geschlechtsverteilung der früher in der ÖGO aktiven Osteopathen (χ^2 -Test: $\chi^2=3,031$, $df=1$, $p= 0,08$) zu beobachten ist, wonach 11% der männlichen (10 von 89) und 4,8% der weiblichen Osteopathen (9 von 189) früher in der ÖGO aktiv tätig waren.

5.4. Die teilnehmenden Osteopathen/Osteopathinnen

5.4.1. Ausbildungsstätte

Die Mehrzahl der in Österreich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen sind Absolventen der WSO (240 Fälle, 86%). Am DOK (Deutschland) schlossen 17 Osteopathinnen und Osteopathen ihre Ausbildung ab (6,1% der gültigen Fälle), Therapeuten/Therapeutinnen vom College Sutherland (Deutschland) sind elfmal vertreten (3,9%). Während vier Osteopathinnen und Osteopathen an der IAO (Belgien/Deutschland) ausgebildet wurden (1,4%), ist es vom College Sutherland (Niederlande) nur ein Respondent/eine Respondentin (0,4%, siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Ausbildungsstätte - Anteil der einzelnen Kategorien (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Ausbildungsstätte	n	% gültig	% total
WSO	240	86,0	84,5
DOK (Deutschland)	17	6,1	6,0
IAO (Belgien/Deutschland)	4	1,4	1,4
COE (Deutschland)	6	2,2	2,1
College Sutherland (Deutschland)	11	3,9	3,9
College Sutherland (Niederlande)	1	0,4	0,4
fehlend	5		1,8

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in der Wahl der Ausbildungsstätte in Abhängigkeit von der geographischen Region des Praxissitzes zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede sind in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen erkennbar. Darüber hinaus besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausbildungsstätte und einer ÖGO-Mitgliedschaft.

Kein signifikanter Zusammenhang besteht hingegen zwischen der Tätigkeitsdauer und der Ausbildungsstätte, wo die Osteopathieausbildung absolviert wurde (ANOVA: $p=0,66$).

5.4.1.1. Wahl der Ausbildungsstätte in Abhängigkeit von der geographischen Region (NUTS1) des Praxissitzes

Die Regionen Ostösterreich (Wien, Niederösterreich und Burgenland), Südösterreich (Kärnten und Steiermark) und Westösterreich mit den restlichen vier Bundesländern unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung von Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer osteopathischer Ausbildungsstätten:

Ostösterr.	Südösterr.	Fisher's exact p	0,014
Ostösterr.	Westösterr.	Fisher's exact p	0,047
Südösterr.	Westösterr.	Fisher's exact p	0,023

In Abbildung 11 sind die Häufigkeitsverteilungen in den einzelnen Regionen grafisch gegenübergestellt, und in Tabelle 19 die zugehörigen Daten zusammengefasst.

Ausbildungsstätte

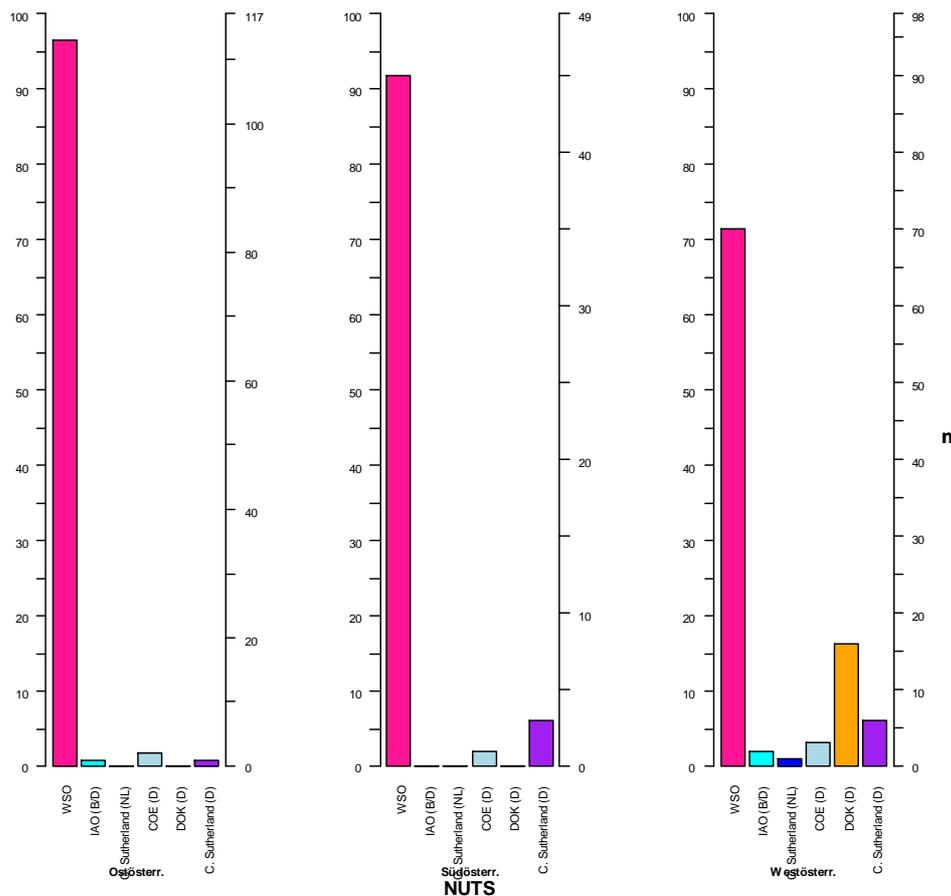


Abbildung 11: Gewählte Ausbildungsstätten der Osteopathinnen und Osteopathen, in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 19: Gewählte Ausbildungsstätten der Osteopathinnen und Osteopathen in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	Ostösterreich		Südösterreich		Westösterreich	
Ausbildungsstätte	n	%	n	%	n	%
WSO	113	97	45	92	70	71
IAO (B/D)	1	1	0	0	2	2
C. Sutherland (NL)	0	0	0	0	1	1
COE (D)	2	2	1	2	3	3
DOK (D)	0	0	0	0	16	16
C. Sutherland (D)	1	1	3	6	6	6

Während in Ostösterreich 97% der Osteopathinnen und Osteopathen die Ausbildung an der WSO absolviert haben, sind es in Südösterreich 92% und in Westösterreich nur 71%. In Süd- und Westösterreich machen Absolventinnen und Absolventen des

Colleges Sutherland in Deutschland jeweils 6% der hier ansässigen Osteopathinnen und Osteopathen aus, in Ostösterreich nur 1%. Westösterreich sticht durch den mit 16% hohen Anteil an Absolventen/Absolventinnen des deutschen DOK hervor, von denen in Süd- und Ostösterreich bei der Befragung keiner registriert wurde.

Im Burgenland und in Kärnten sind ausschließlich WSO-Absolventen/Absolventinnen tätig, während in Tirol 50% und in Vorarlberg 58% der Osteopathen/Osteopathinnen ihre Ausbildung an anderen Schulen abgeschlossen haben (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Ausbildungsstätte – Absolventen-/Absolventinnenzahlen der WSO und anderer Schulen in den österreichischen Bundesländern ohne Berücksichtigung von Osteopathen/Osteopathinnen, die in zwei Bundesländern Praxissitze haben (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Ausbildungsstätte	WSO	andere	WSO	andere
Bundesland	n		%	
B	4	0	100	-
K	15	1	94	6
NÖ	32	0	100	-
OÖ	29	1	97	3
S	23	7	77	23
St	30	2	94	6
T	13	13	50	50
V	5	7	42	58
W	71	4	95	5

5.4.1.2. Wahl der Ausbildungsstätte in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung und solche mit einer anderen Basisausbildung als einem Medizinstudium oder einer Physiotherapieausbildung unterscheiden sich signifikant in der Auswahl der Ausbildungsstätte (Exakter Test nach Fisher: $p=0,02$). Zwischen letzteren und jenen mit einer Physiotherapieausbildung besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied (Exakter Test nach Fisher: $p=0,067$).

Therapeuten/Therapeutinnen mit den Basisausbildungen Medizinstudium und Physiotherapieausbildung unterscheiden sich hingegen nicht signifikant (Exakter Test nach Fisher: $p=0,28$). 94% der Osteopathen/Osteopathinnen, die ein Medizinstudium als Basisausbildung angeben (33 von 35), sind Absolventen/Absolventinnen der WSO, von jenen mit einer Physiotherapieausbildung 85,8% (200 von 233) und von jenen mit einer anderen Basisausbildung nur 64%.

5.4.1.3. Zusammenhang Ausbildungsstätte und ÖGO-Mitgliedschaft

Die Ausbildungsstätten der ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von jenen der Nichtmitglieder (χ^2 -Test: $\chi^2=32,5479$, $df=1$, $p < 0,00001$). Während 26% der ÖGO-Mitglieder ihre Ausbildung an anderen Schulen als der WSO absolviert haben (37 von 142), sind 99% der Nichtmitglieder WSO-Absolventen/-Absolventinnen und nur 2 von 135 wurden an anderen Osteopathieschulen ausgebildet.

5.4.2. Grad des Abschlusses der Osteopathischen Ausbildung

In Abbildung 12 ist die dargestellt, welchen Grad des Ausbildungsabschlusses die Osteopathinnen und Osteopathen erreicht haben. In Tabelle 21 sind zusätzlich die prozentuellen Anteile der einzelnen Werte an der gesamten Stichprobe ersichtlich. 14 der 15 Osteopathen/Osteopathinnen, die nur den MSc anführten, haben ihre Ausbildung an der WSO absolviert und sind daher auch DO.

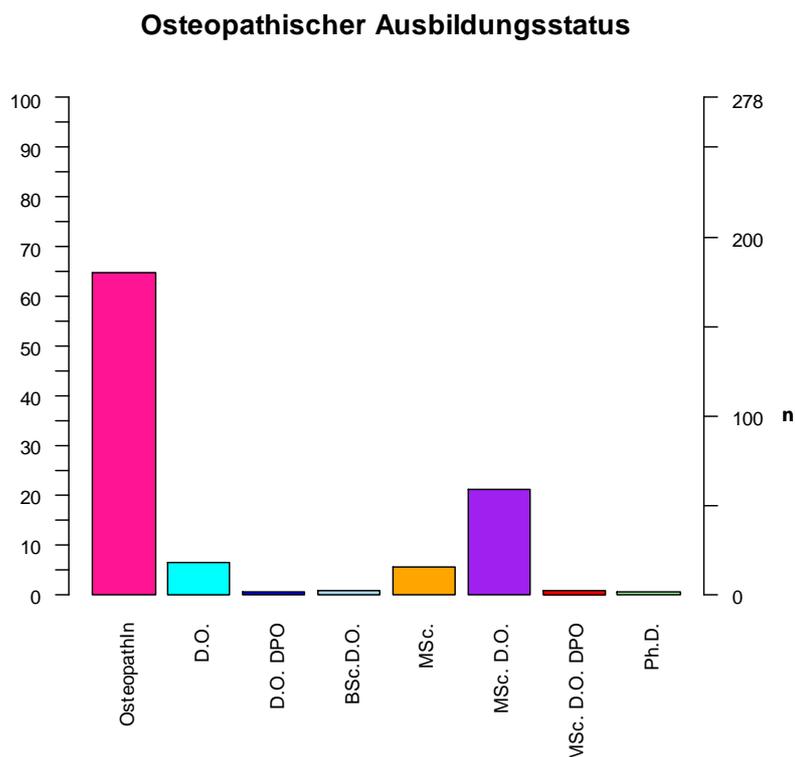


Abbildung 12: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 21: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses - Anteil der einzelnen Kategorien (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Status	n	% gültig
OsteopathIn	180	64,8
MSc. D.O.	59	21,2
MSc.	15	5,4
D.O.	18	6,5
BSc. D.O.	2	0,7
MSc. D.O. DPO	2	0,7
D.O. DPO	1	0,4
Ph.D.	1	0,4

Insgesamt sind 278 der 284 Antworten (97,9%) gültig, sechs Werte (2,1%) fehlen.

Die meisten Respondentinnen und Respondenten bezeichnen sich als ‚Osteopath/Osteopathin‘ (180 Fälle, 64,8%), Abschlüsse mit dem MSc. und D.O. kommen 59 Mal vor (Kategorie ‚MSc. D.O.‘, 21,2% der gültigen Fälle), die Kategorie ‚D.O.‘ 18 mal (6,5%). Weiters sind 15 Therapeuten/Therapeutinnen vertreten, die mit dem ‚MSc.‘ also ohne D.O.) abgeschlossen haben (5,4%). Davon haben 14 die Ausbildung an der WSO abgeschlossen und sind daher der Kategorie ‚MSc. DO‘ zuzuordnen. Jeweils zwei Osteopathinnen sind ‚MSc D.O. DPO‘ bzw. ‚BSc. DO‘ (jeweils 0,7%). Auf die Kategorien ‚D.O. DPO‘ und ‚Ph.D.‘ entfällt jeweils ein gültiger Fall (jeweils 0,4%).

Zusätzlich haben vier Osteopathen/Osteopathinnen zwar die Ausbildung, jedoch (noch) keine Diplomarbeit in pädiatrischer Osteopathie abgeschlossen. Den anderen Angaben im freien Textfeld wurde keine Relevanz zugewiesen („Physiotherapeut“ (13), Ergotherapeut (2), „CBP-Practitioner“ (1), „Mag.“ (3), Privatdozent (1), cand. med. (1), Hebamme (1)).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede im Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede sind in Abhängigkeit davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen im Team oder in einer Einzelpraxis arbeiten, erkennbar. Zusätzlich besteht ein signifikanter Zusammenhang mit einer ÖGO- Mitgliedschaft.

5.4.2.1. Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Der Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses hängt signifikant von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab. So bestehen zwischen allen Kategorien der Dauer der osteopathischen Tätigkeit signifikante Unterschiede.

' bis 3 Jahre' und '>10 Jahre'	Exakter Test nach Fisher: $p < 0,00001$
' bis 3 Jahre' und '4-6 Jahre'	Exakter Test nach Fisher: $p = 0,04$
' bis 3 Jahre' und '7-10 Jahre'	Exakter Test nach Fisher: $p = 0,002$
'4-6 Jahre' und '>10 Jahre'	Exakter Test nach Fisher: $p < 0,00001$
'7-10 Jahre' und '>10 Jahre'	Exakter Test nach Fisher: $p = 0,03$

In Tabelle 22 sind die absoluten und prozentuellen Anteile der einzelnen Antworten an der gesamten Stichprobe ersichtlich.

Tabelle 22: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Tätigkeitsdauer:	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre		
Ausbildungsstatus	n	%	n	%	n	%	n	%	n (Summe)
Osteopathin	66	86	49	72	34	58	21	34	170
MSc. D.O.	6	8	12	18	15	25	25	41	58
MSc.	2	3	5	7	4	7	4	7	15
D.O.	3	4	0	0	4	7	9	15	16
BSc. D.O.	0	0	0	0	2	3	0	0	2
MSc. D.O. DPO	0	0	0	0	0	0	2	3	2
D.O. DPO	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Ph.D.	0	0	1	1	0	0	0	0	1

Unterschiede gibt es vorwiegend in der Häufigkeit von Osteopathinnen und Osteopathen, die mit dem Master of Science (MSc.) und dem D.O. abgeschlossen haben. Während nur 8% der Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung diesen Abschluss haben, sind es bei jenen, die bereits 4-6 Jahre osteopathisch tätig sind, 18%, in der Kategorie der 7-10 Jahre Tätigen 25% und in der Kategorie der über 10 Jahre osteopathisch Tätigen 41%. Als Osteopath/Osteopathin bezeichnen sich 86% der unter drei Jahre, 72% der 4-6 Jahre und 58% der 7-10 Jahre osteopathisch Tätigen, während es nur 34% der Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Berufspraxis sind.

5.4.2.2. Unterschiede im Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses der in Einzelpraxen und der in Praxisgemeinschaften arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen

Zwischen alleine und im Team arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen gibt es signifikante Unterschiede im Ausbildungsabschluss (Exakter Test nach Fisher: $p=0,008$). So sind Osteopathinnen und Osteopathen mit Diplomen bzw. akademischen Graden häufiger im Team tätig, während „Osteopathinnen“ und „Osteopathen“ ohne Abschlussarbeit häufiger unter den in Einzelpraxen arbeitenden Therapeuten/Therapeutinnen vorzufinden sind (80% vs. 56,8%). Von den alleine tätigen Osteopathinnen und Osteopathen haben 14% ihre Ausbildung mit dem MSc.D.O. abgeschlossen, von den im Team tätigen sind es 25,1%. Dasselbe gilt sinngemäß auch für alle anderen Abschlussgrade, die das Verfassen einer Abschlussarbeit voraussetzen (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses von in Gruppenpraxen und in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Abschluss	alleine		Team	
	n	%	n	%
OsteopathIn	74	80	104	56,8
MSc. D.O.	13	14	46	25,1
MSc.	3	3	12	6,6
D.O.	2	2	16	8,7
BSc. D.O.	1	1	1	0,6
MSc. D.O. DPO	0	0	2	1,1
D.O. DPO	0	0	1	0,6
Ph.D.	0	0	1	0,6

5.4.2.3. Zusammenhang des Grades des osteopathischen Ausbildungsabschlusses und der ÖGO-Mitgliedschaft

ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nichtmitgliedern im Grad ihres Ausbildungsabschlusses (Exakter Test nach Fisher: $p<0,00001$). 84% der Nichtmitglieder haben keine Abschlussarbeit geschrieben und bezeichnen sich als „Osteopath/Osteopathin“ (112 von 134), während nur 48% der ÖGO-Mitglieder „Osteopath/Osteopathin“ ohne Abschlussarbeit sind (68 von 142, siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses - Anteil der einzelnen Kategorien bei ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Abschluss	Nichtmitglieder		ÖGO-Mitglieder	
	n	%	n	%
OsteopathIn	112	84	68	48
MSc. D.O.	14	10	43	30
MSc.	4	3	11	8
D.O.	4	3	14	10
BSc. D.O.	0	0	2	1
MSc. D.O. DPO	0	0	2	1
D.O. DPO	0	0	1	1
Ph.D.	0	0	1	1

5.4.3. Dauer der osteopathischen Tätigkeit

In Abbildung 13 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall der Dauer der osteopathischen Tätigkeit in Jahren dargestellt. In Tabelle 25 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

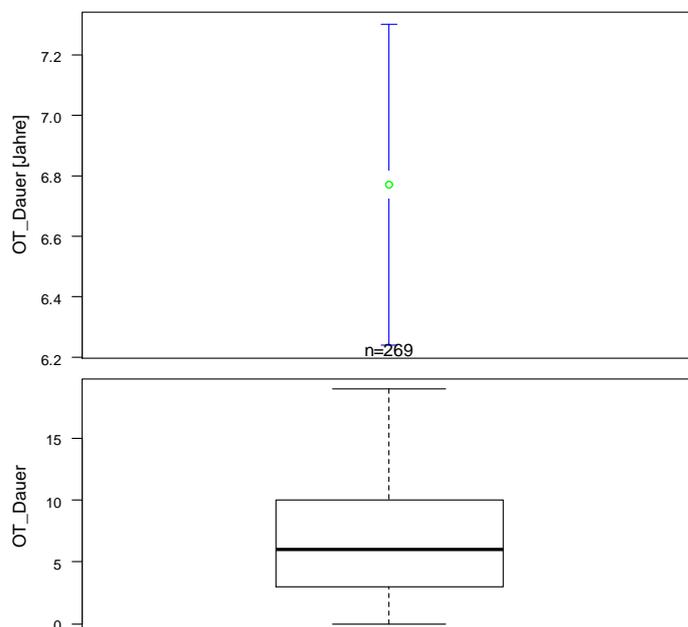


Abbildung 13: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für die Dauer der osteopathischen Tätigkeit [Jahre].

Tabelle 25: Deskriptive Daten für die Dauer der osteopathischen Tätigkeit [Jahre] (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Dauer der osteopathischen Tätigkeit					
n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
269	0	19	6,0	6,8	4,4

Insgesamt sind 269 der 284 Werte (94,7%) gültig, 15 Antworten (5,3%) fehlen. Der Mittelwert der Dauer der osteopathischen Tätigkeit beträgt $M = 6,8$; $SD = 4,4$ Jahre, der Median 6,0 Jahre.

In der aktuellen Stichprobe sind, wie aus Abbildung 14 ersichtlich, vorrangig Osteopathinnen und Osteopathen vertreten, die 2009 ihre osteopathische Tätigkeit aufnahmen ($n = 29$, 10,8%). im Jahr 2008 waren es 27 (10,0%). Über das Jahr 2011 ist aufgrund des Befragungszeitpunktes noch keine endgültige Aussage zu treffen. Gut erkennbar sind ein sprunghafter Anstieg an Osteopathinnen und Osteopathen im Jahr 1996 durch die Eröffnung der WSO (im Jahr 1991) und bis zum Jahr 2009 relativ kontinuierlich steigenden Zahlen an neu in den Beruf einsteigenden Osteopathen/Osteopathinnen.

Während in den Jahren 2000 und 2001 bereits jeweils mehr als 15 Osteopathen/Osteopathinnen ihre Tätigkeit aufnahmen, sind aus den Jahren 2002 und 2003 deutlich weniger in der Stichprobe vertreten. Der Grund dafür kann nicht rückverfolgt werden, da der Beginn der osteopathischen Tätigkeit nicht unbedingt mit der Vervollständigung der Ausbildung zusammenhängt und daher die Absolventenzahlen eines Jahrganges keine Rückschlüsse zulassen.

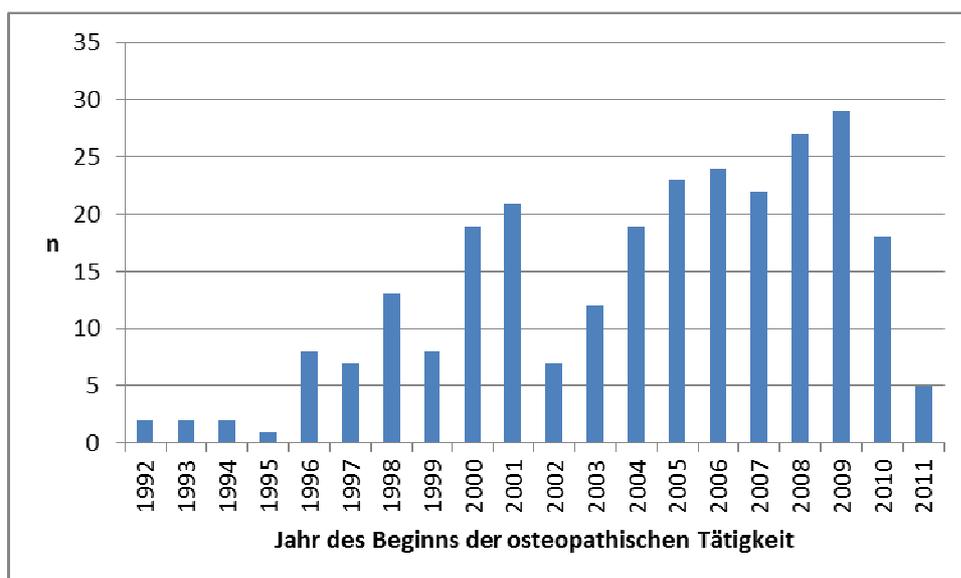


Abbildung 14: Beginn der osteopathischen Tätigkeit.

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede in der Tätigkeitsdauer in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis (freiberuflich/angestellt/beides) und von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen erkennbar. Zusätzlich besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang mit der ÖGO-Mitgliedschaft.

5.4.3.1. Dauer der osteopathischen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Es besteht ein signifikanter Unterschied in der mittleren Tätigkeitsdauer von Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung und sowohl jenen mit einer Physiotherapieausbildung (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2560,5$, $p= 0,001$), als auch jenen mit einer anderen Basisausbildung als den beiden genannten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=282$, $p= 0,022$). Die beiden anderen Gruppen (Physiotherapie vs. andere) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1365,5$, $p= 0,51$). Die 35 Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung weisen die längste osteopathische Tätigkeitsdauer auf ($M=9,1$; $SD=4,4$ Jahre; Median=10 Jahre), jene 222 mit einer Physiotherapieausbildung sind durchschnittlich $M=6,5$; $SD=4,2$ Jahre osteopathisch tätig (Median: 6 Jahre) und jene elf Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung $M=5,7$ Jahre; $SD=4,5$ Jahre.

5.4.3.2. Dauer der osteopathischen Tätigkeit in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis

Während die freiberuflich Tätigen in allen vier Kategorien der osteopathischen Tätigkeitsdauer ähnlich vertreten sind (sie machen jeweils ca. $\frac{1}{4}$ der Osteopathen/Osteopathinnen aus), sind bei den ausschließlich Angestellten jeweils 3 von 9 (33%) bis zu drei Jahre bzw. über 10 Jahre osteopathisch tätig. Bei den sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätigen überwiegen mit 50% (14 von 28) die bis zu drei Jahre Tätigen. Länger als 10 Jahre sind nur 2 von 28 (7%) dieser Gruppe osteopathisch tätig. Der Mittelwert in dieser Gruppe der sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätigen ($n=28$) beträgt $M=4,4$; $SD=3,0$, der Median 3,5 Jahre und ist signifikant niedriger als in der Gruppe der rein freiberuflich Tätigen ($n=231$, $M=7,1$; $SD=4,4$, Median: 6,0 Jahre; Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 4324$, $p= 0,0026$). Die rein angestellt tätigen Osteopathinnen und Osteopathen sind im Durchschnitt $M=7,3$;

SD=4,7 Jahre tätig (Median: 6,0 Jahre). Aufgrund der kleinen Größe der Gruppe der rein Angestellten (n=9) ist zwischen dieser und den anderen beiden der Unterschied nicht signifikant (Wilcoxon-Rangsummentest: angestellt vs. beides: $W= 162$, $p= 0,18$; angestellt vs. freiberuflich: $W=1052$, $p=0,95$).

5.4.3.3. Zusammenhang der ÖGO-Mitgliedschaft mit der osteopathischen Tätigkeitsdauer

ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich in der osteopathischen Tätigkeitsdauer signifikant von Nichtmitgliedern (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 4814,5$, $p<0,00001$). Die mittlere osteopathische Tätigkeitsdauer der 139 ÖGO-Mitglieder beträgt $M=8,4$; $SD=4,3$ Jahre (Median: 8,0 Jahre), jene der 128 Nichtmitglieder $M=4,9$; $SD=3,5$ Jahre (Median 4,0 Jahre).

5.4.4. Basisausbildung

In Abbildung 15 ist die Anzahl und der relative Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die als Basisausbildung Physiotherapie, Medizinstudium oder eine andere (Hebamme, Ergotherapie oder nicht explizit angeführte) angaben. In Tabelle 26 sind zusätzlich die prozentuellen Anteile der einzelnen Werte an der gesamten Stichprobe ersichtlich.

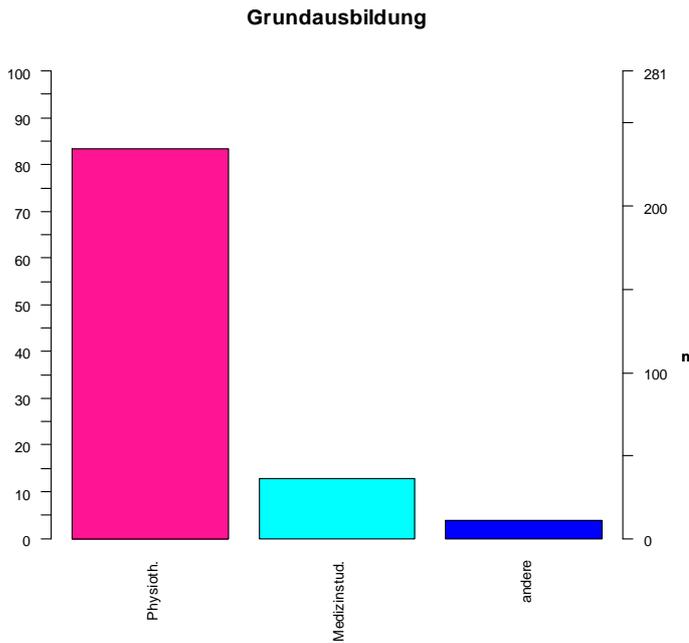


Abbildung 15: Basisausbildung - Anteil der Osteopahtinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung, Medizinstudium oder anderer Basisausbildung (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 26: Basisausbildung - Anteil der Osteopahtinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung, Medizinstudium oder anderer Basisausbildung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Basisausb	n	% gültig	% total
Physioth.	234	83,3	82,4
Medizinstud.	36	12,8	12,7
andere	11	3,9	3,9
fehlend (abh)	3		1,0

Die meisten Osteopathen/Osteopathinnen gaben eine Physiotherapieausbildung als Basisausbildung für ihre Osteopathieausbildung an (234 Fälle, 83,3%). In der aktuellen Stichprobe finden sich 36 Osteopathinnen und Osteopathen mit Medizinstudium (12,8% der gültigen Fälle) und elf Osteopathen/Osteopathinnen, die eine andere Basisausbildung (Ergotherapie/ n=6, Hebamme/ n=1, bzw. eine gänzlich andere im allgemeinen Textfeld spezifizierte Ausbildung) angaben (elf gültige Fälle, 3,9%). Andere als die im Fragebogen vorgegebenen Ausbildungsmöglichkeiten wurden von jeweils einem Osteopathen/einer Osteopathin, die eine Heilmasserausbildung, eine Ausbildung als diplomierte medizinisch-technische Fachkraft und eine Heilpraktikerausbildung als Grundberuf abgeschlossen haben,

angeführt. In den anderen Fällen, in denen das Textfeld genutzt wurde, ergänzte die Antwort eine der explizit angeführten Antworten und stellte daher nur eine zusätzliche Information über andere Ausbildungen, die keine Grundlage für eine Osteopathieausbildung sind, dar (z.B. „Erziehungswissenschaften“, „Berg- und Schiführer“, ...).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) ist ein hochsignifikanter Zusammenhang der Basisausbildung damit, ob die Osteopathen/Osteopathinnen eine andere professionelle Aktivität ausüben und mit dem Arbeitsverhältnis zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede in der Basisausbildung sind zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen erkennbar.

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Dauer der osteopathischen Tätigkeit und der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (ANOVA: $p=0,34$).

5.4.4.1. Zusammenhang zwischen Basisausbildung und anderer professioneller Aktivität

Zwischen neben der osteopathischen Tätigkeit zusätzlich anderweitig professionell aktiven und ausschließlich osteopathisch tätigen Therapeuten/Therapeutinnen besteht ein signifikanter Unterschied in der Basisausbildung (Exakter Test nach Fisher: $p<0,00001$).

95% der Therapeuten/Therapeutinnen, die keine anderen professionellen Aktivitäten ausüben, bezeichnen, haben eine Physiotherapieausbildung und jeweils 2,5% ein Medizinstudium bzw. eine andere Basisausbildung (siehe Tabelle 27). Dem gegenüber weisen nur 67% der Therapeuten/Therapeutinnen, die neben der Osteopathie noch anderweitig professionell aktiv sind, eine Basisausbildung als Physiotherapeut/Physiotherapeutin, 27% ein Medizinstudium und 6% eine andere Basisausbildung auf.

Tabelle 27: Basisausbildung – Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit den Basisausbildungen Physiotherapieausbildung und Medizinstudium, sowie einer anderen Basisausbildung an den ausschließlich osteopathisch Tätigen und jenen Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Basisausbildung	ausschließlich O.		and. prof. Aktivität	
	n	%	n	%
Physioth.	152	95	79	67
Medizinstud.	4	2,5	32	27
andere	4	2,5	7	6

5.4.4.2. Zusammenhang zwischen Basisausbildung und Arbeitsverhältnis

Während sich Osteopathinnen und Osteopathen, die angestellt sind und jene, die sowohl angestellt sind als auch ausschließlich freiberuflich arbeiten nicht hinsichtlich ihrer Basisausbildung unterscheiden (Exakter Test nach Fisher: $p=0,78$), heben sich die ausschließlich freiberuflich Tätigen von den beiden anderen Gruppen signifikant ab (freiberuflich tätig vs. angestellt: Exakter Test nach Fisher: $p=0,006$, freiberuflich tätig vs. beides: Exakter Test nach Fisher: $p=0,00003$). Die Anteile der Osteopathen/Osteopathinnen mit den Basisausbildungen in Physiotherapie und Medizin, sowie einer anderen Basisausbildung an den Osteopathen/Osteopathinnen die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind („beides“) sind in Tabelle 28 prozentuell und in absoluten Zahlen zusammengefasst.

Tabelle 28: Basisausbildung – Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit den Basisausbildungen Physiotherapieausbildung und Medizinstudium, sowie einer anderen Basisausbildung an den Osteopathen/Osteopathinnen die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind („beides“) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Basisausbildung	freiberuflich tätig		angestellt		beides	
	n	%	n	%	n	%
Physioth.	211	87,9	5	50	16	55
Medizinstud.	24	10	4	40	8	28
andere	5	2,1	1	10	5	17

87,9% der freiberuflich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen haben eine Basisausbildung als Physiotherapeut/Physiotherapeutin, 10% ein Medizinstudium und 2,1% eine andere Basisausbildung. Hingegen weisen nur 50% der angestellten Osteopathen/Osteopathinnen und 55% der sowohl angestellten als auch freiberuflich

tätigen Osteopathinnen und Osteopathen eine Physiotherapieausbildung als Basisausbildung auf. Dafür gaben 40% der ausschließlich angestellten Therapeuten/Therapeutinnen und 28% der sowohl freiberuflich als auch angestellt tätigen ein Medizinstudium als Basisausbildung an. 10% der Angestellten und 17% der sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Osteopathen und Osteopathinnen verfügen über eine andere Basisausbildung als die oben genannten.

5.4.4.3. Basisausbildung von weiblichen und männlichen Osteopathen

In Abbildung 16 und Tabelle 29 ist die Häufigkeit der einzelnen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) bei weiblichen und männlichen Osteopathen ersichtlich.

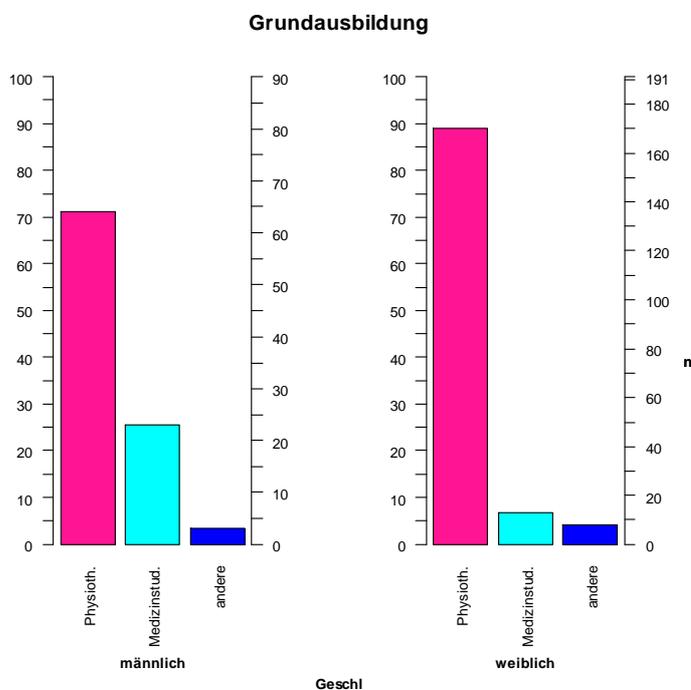


Abbildung 16: Basisausbildung (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 29: Basisausbildung (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Basisausbildung	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
Physioth.	64	71	170	89
Medizinstud.	23	26	13	6,8
andere	3	3	8	4,2

Männliche Osteopathen geben sowohl absolut als auch relativ betrachtet häufiger ein Medizinstudium als Basisausbildung an (n=23, 26%) als Frauen (n=13, 6,8%). Nachdem andere Basisausbildungen außer ein Medizinstudium oder eine Physiotherapieausbildung relativ ausgewogen genannt wurden (3-4%) ist der Anteil der Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung höher als jener der männlichen Osteopathen.

5.4.5. Diplome

Die 284 Respondentinnen und Respondenten führten insgesamt 403 unterschiedliche Diplome als Abschlüsse für Ausbildungen im dafür vorgesehenen freien Textfeld an. Diese wurden soweit möglich klassifiziert und sind nach absteigender Häufigkeit geordnet in Tabelle 30 zusammengefasst.

Tabelle 30: Diplome – Anzahl der Nennungen, sowie relative Anteile an deren Gesamtzahl und relative Häufigkeit der Nennung bezogen auf alle 284 Osteopathen/Osteopathinnen.

Diplom	n	% der Nennungen (N=403)	% aller Osteopathen (N=284)
Physiotherapie	162	40,2	57,0
Osteopathie	94	23,3	33,1
Div. Facharzt diplome und ärztl. Weiterbildungen	14	3,5	4,9
Sportphysiotherapie	13	3,2	4,6
Kinderosteopathie	9	2,2	3,2
Manuelle Medizin	8	2,0	2,8
Akupunktur	7	1,7	2,5
Lymphdrainage	7	1,7	2,5
Ergotherapie	6	1,5	2,1
Kinesiologie	6	1,5	2,1
Akupunktmassage	5	1,2	1,8
PNF	5	1,2	1,8
Biodynamik u.ä. ABS Sohler	5	1,2	1,8
Dipl. Krankenpfleger/-schwester	5	1,2	1,8
Hippotherapie	4	1,0	1,4
Spiraldynamik	4	1,0	1,4
Bobath	4	1,0	1,4
Notfallmedizin	4	1,0	1,4
Kurortmedizin	3	0,74	1,1
Manuelle Therapie (Kaltenborn/Evjenth)	3	0,74	1,1
Sportwissenschaften	2	0,50	0,70
Massage	2	0,50	0,70
Skoliosetherapie	2	0,50	0,70
FDM	2	0,50	0,70
Fußreflexzonen	2	0,50	0,70
Ganganalyse	2	0,50	0,70

Tabelle 30 - Fortsetzung

Atemphysiotherapie	1	0,25	0,35
Babytherapie	1	0,25	0,35
Coaching	1	0,25	0,35
Berg-und Schiführer	1	0,25	0,35
Ernährungsberater	1	0,25	0,35
Coronarer Herzgruppenleiter	1	0,25	0,35
Cyriax	1	0,25	0,35
Diplomsportlehrerin	1	0,25	0,35
Feldenkrais	1	0,25	0,35
Hypnose	1	0,25	0,35
Klinisches Patientenmanagement	1	0,25	0,35
Krankenhaushygiene	1	0,25	0,35
Laserakupunktur	1	0,25	0,35
Legasthenie/Dyskalkulietrainer	1	0,25	0,35
Pädak	1	0,25	0,35
Phytotherapie	1	0,25	0,35
Pilates	1	0,25	0,35
Sportjugendleiter	1	0,25	0,35
Tanzpädagogik	1	0,25	0,35
Tuina	1	0,25	0,35
Venia docendi	1	0,25	0,35
Viscerale	1	0,25	0,35
Vojtath.	1	0,25	0,35

Aus den Antworten in Tabelle 30 geht neben dem bereits bekannten Faktum, dass der Großteil der Osteopathinnen und Osteopathen eine Physiotherapieausbildung abgeschlossen haben, bzw. dass naturgemäß viele Osteopathinnen und Osteopathen über ein fachspezifisches Diplom verfügen, eine große Bandbreite an Zusatzausbildungen der Osteopathen/Osteopathinnen hervor. Ein Diplom in Kinderosteopathie wurde von 3,2% der Osteopathen/Osteopathinnen angeführt, jedoch wurden diverse Facharzt diplome und ärztliche Weiterbildungen, und Sportphysiotherapie häufiger genannt (4,9% bzw. 4,6% der Osteopathen/Osteopathinnen).

5.4.6. Andere professionelle Tätigkeit

Die Mehrzahl der Osteopathen/Osteopathinnen führt keine anderen professionellen Tätigkeiten aus (161 Fälle, 57,5%), zusätzlich anderweitig professionell aktiv sind 119 der 280 Osteopathinnen und Osteopathen (42,5% der gültigen Fälle, siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Andere professionelle Tätigkeit - Anteil der ausschließlich osteopathisch tätigen Osteopathen/Osteopathinnen und jener, die zusätzlich anderen professionelle Tätigkeiten nachgehen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	n	% gültig	% total
ausschließlich O.	161	57,5	56,7
andere prof. Aktivität	119	42,5	41,9
fehlend (abh)	4		1,4

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) ist ein hochsignifikanter Zusammenhang der Ausübung einer (zusätzlichen) anderen professionellen Tätigkeit mit der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen und mit deren Arbeitsverhältnis zu beobachten. Weiters besteht ein signifikanter Zusammenhang mit einer ÖGO-Mitgliedschaft.

5.4.6.1. Andere professionelle Tätigkeiten in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit den Basisausbildungen Physiotherapie und Medizinstudium besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung anderer professioneller Tätigkeiten (χ^2 -Test: $\chi^2=36,1337$, $df=1$, $p<0,00001$).

In Abbildung 17 und Tabelle 32 sind die Häufigkeitsverteilungen der Osteopathen, die auch andere professionelle Tätigkeiten ausüben (Antwort „ja“), oder nicht (Antwort „nein“) in Abhängigkeit von der Basisausbildung dargestellt.

Andere professionelle Tätigkeit

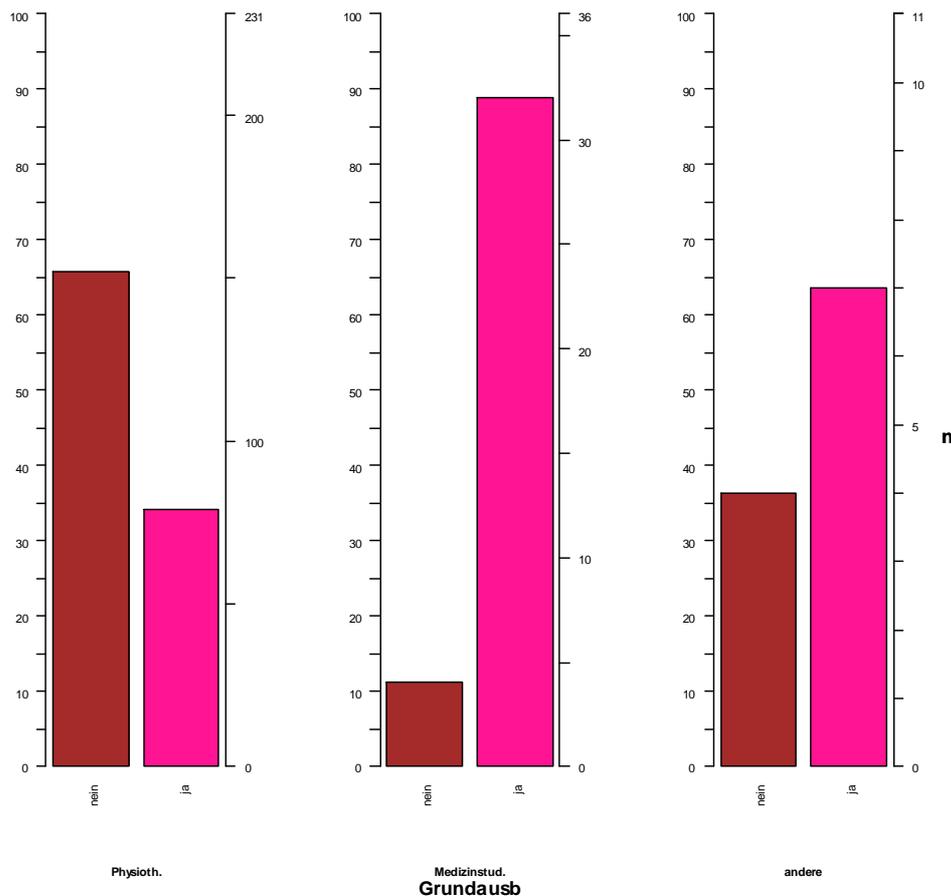


Abbildung 17: Ausübung einer zusätzlichen anderen professionellen Tätigkeit durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 32: Ausübung einer zusätzlichen anderen professionellen Tätigkeit durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

andere prof. Tätigkeit	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
nein	152	65,8	4	11	4	36
ja	79	34,2	32	89	7	64

Während 89% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung angaben, auch andere professionelle Tätigkeiten auszuführen (n=32), sind es bei den ursprünglichen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nur 34,2% (n=79).

5.4.6.2. Zusammenhang zwischen anderer professioneller Aktivität und dem Arbeitsverhältnis

Während sich die ausschließlich angestellten und die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätigen Osteopathen/Osteopathinnen nicht hinsichtlich der Häufigkeit anderer zusätzlich ausgeführter professioneller Tätigkeiten unterscheiden (Exakter Test nach Fisher: $p=1,00$), besteht zwischen den ausschließlich freiberuflich und den sowohl freiberuflich als auch angestellt Tätigen ein signifikanter Unterschied in dieser Hinsicht (χ^2 -Test: $\chi^2=11,2911$, $df=1$, $p= 0,0008$). Zwischen den freiberuflich Tätigen und den Angestellten ist ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied zu beobachten (Exakter Test nach Fisher: $p=0,052$). 70% der ausschließlich angestellten Osteopathen/Osteopathinnen (7 von 10) und 72% der sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätigen (21 von 29) gaben an eine andere professionelle Aktivität neben der Osteopathie auszuführen, während der Prozentsatz der ausschließlich freiberuflich Tätigen mit zusätzlichen professionellen Aktivitäten lediglich 37,9% (91 von 240) beträgt.

5.4.6.3. Zusammenhang der ÖGO-Mitgliedschaft mit anderer professioneller Aktivität

ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nichtmitgliedern hinsichtlich der Häufigkeit einer anderen professionellen Aktivität neben der Osteopathie (χ^2 -Test: $\chi^2=4,3844$, $df=1$, $p= 0,04$). Während 49% der Nichtmitglieder einer anderen zusätzlichen professionellen Aktivität nachgehen (66 von 134), sind es unter den ÖGO-Mitgliedern nur 36% (52 von 144).

5.4.7. Professionelle Aktivitäten (Detailfragen)

Anhand der Folgefragen, ob die Osteopathin/der Osteopath noch als Arzt/Physiotherapeut/Ergotherapeut/Hebamme oder in einem anderen Beruf aktiv ist, ist zu erkennen, dass ein höherer Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen zusätzlich anderweitig professionell aktiv ist. So gaben mehr als drei Viertel der Osteopathinnen und Osteopathen (221 von 284, 77,8%) an, andere professionelle Aktivitäten auszuüben und nur 63 nicht (22,2% der gültigen Fälle).

Für die Fragestellungen, die auf den Untergruppen der Osteopathen/Osteopathinnen basieren, die anderen professionellen Aktivitäten nachgehen, bzw. nicht nachgehen,

wurden jedoch die Antworten aus der allgemeinen Frage („Haben Sie andere professionelle Aktivitäten?“) zugrundegelegt.

Wie in Abbildung 18 ersichtlich ist, gaben die Osteopathinnen und Osteopathen vorwiegend an, als Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen tätig zu sein (65,7%), 12,0% sind als Ärztinnen oder Ärzte tätig, 2,2% als Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen und eine als Hebamme (0,4%). Andere als die genannten professionellen Tätigkeiten führen 15,6% der Osteopathinnen und Osteopathen aus. Stellt man diese Ergebnisse der Basisausbildung gegenüber, so geben 91,7% der Osteopathinnen und Osteopathen mit Medizinstudium an, auch als Arzt/Ärztin zu arbeiten 77,8% der Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung als Physiotherapeut/Physiotherapeutin und 63,6% der Osteopathinnen und Osteopathen, die eine andere Basisausbildung absolvierten in ihrem jeweiligen Grundberuf (siehe Tabelle 33).

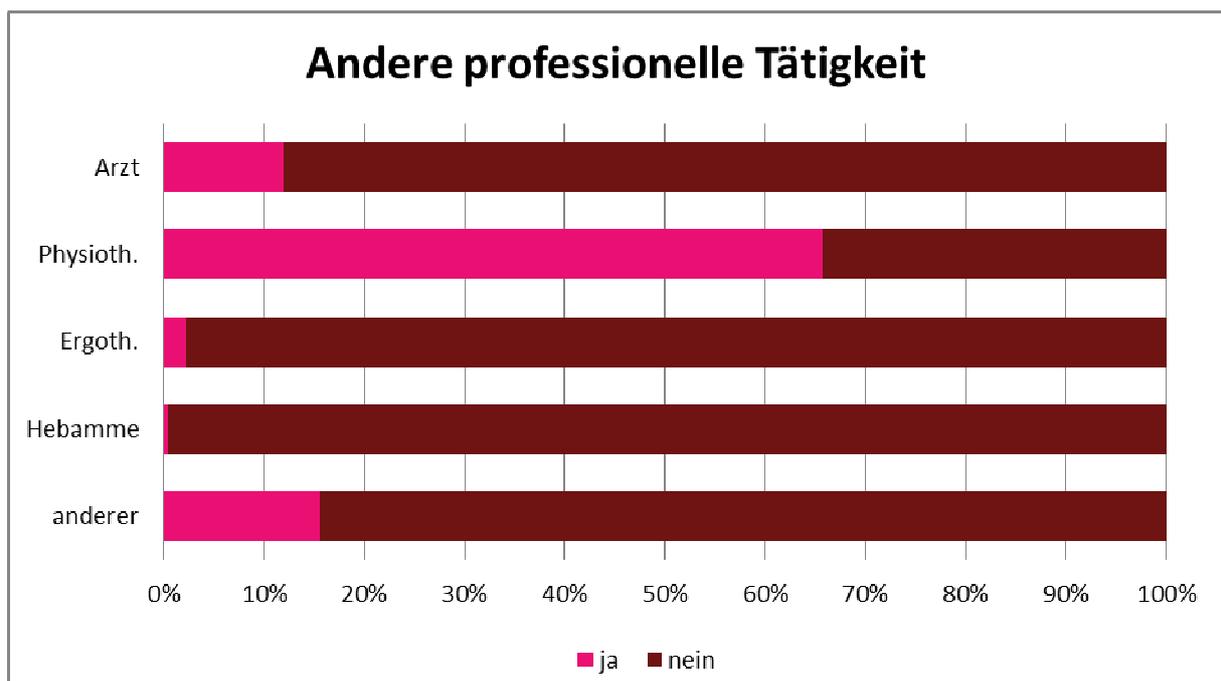


Abbildung 18: Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die auch als Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Hebammen, sowie in nicht explizit spezifizierten Berufen arbeiten.

Tabelle 33: Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die auch als Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Hebammen, sowie in nicht explizit spezifizierten Berufen arbeiten (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen) und Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die in ihrem Basisberuf arbeiten.

Andere professionelle Tätigkeit				Basisberuf	in Basisberuf tätig
	ja	nein	% ja	n	%
Arzt	33	243	12,0	36	91,7
Physioth.	182	95	65,7	234	77,8
Ergoth.	6	266	2,2	11	63,6
Hebamme	1	271	0,4		
andere	42	228	15,6	Nicht erhoben	-

Bei den Fragen nach konkreten Tätigkeiten fällt auf, dass zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen ein Unterschied in der Häufigkeit der Ausübung des Arztberufes besteht (χ^2 -Test: $\chi^2=15,7789$, $df=1$, $p= 0,00007$). Von den männlichen Osteopathen sind 24% als Arzt tätig ($n=21$), von den weiblichen nur 6,4% ($n=12$).

Von den Antworten der 42 Osteopathen/Osteopathinnen, die eine zusätzliche erläuternde Textantwort für ihre neben der Osteopathie ausgeführten Tätigkeiten angaben, entfallen 22 auf den Gesundheitsbereich, jeweils neun auf den Sport- und den Ausbildungsbereich, vier betreffen die Kinderbetreuung zwei Managementtätigkeiten. Zusätzlich fielen noch fünf Antworten auf Berufe, die aufgrund von Einzelnennungen nicht klassifizierbar sind (Forstwirt, Übersetzer, Drehbuchautor, Angestellter/Büro, Vermietung und Betrieb).

5.4.8. Arbeitsplatz - Institution

In Tabelle 34 ist dargestellt, in welchen Institutionen die Osteopathen/Osteopathinnen tätig sind.

Tabelle 34: Arbeitsplatz - Institution wo die osteopathische Tätigkeit ausgeübt wird- Anteil der einzelnen Kategorien (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Institution	n	% gültig	% total
Privatpraxis	221	79,2	77,8
Privatp. + and.	47	16,8	16,5
Krankenhaus	4	1,4	1,4
Phys. Inst.	4	1,4	1,4
Rehab.Z.	3	1,1	1,0
fehlend (abh)	5		1,8

Die meisten Osteopathinnen und Osteopathen arbeiten in einer Privatpraxis (221 Fälle, 79,2%), sowohl in einer Privatpraxis, als auch in einer anderen Institution arbeiten 47 der Respondenten/Respondentinnen (16,8% der gültigen Fälle). Ausschließlich in einem Physikalischen Institut oder Krankenhaus arbeiten jeweils vier Osteopathen/Osteopathinnen (1,4%), in einem Rehabilitationszentrum drei (1,1%).

Jene 47 Osteopathen/Osteopathinnen, die sowohl in einer Privatpraxis als auch in einer anderen Institution arbeiten, sind hauptsächlich zusätzlich in Krankenhäusern beschäftigt (n= 22). Drei sind in einem Physikalischen Institut tätig, vier in einem Rehabilitationszentrum und 22 in einer anderen nicht vorgegebenen Institution, wobei auch hier in einigen Fällen zusätzliche Paralleltätigkeiten (z.B. Krankenhaus und Rehabilitationszentrum und Privatpraxis) zu beobachten sind, woraus die Summe größer als 47 resultiert.

Von den 23 ergänzenden Textantworten, die allesamt zusätzlich zu einer der vorgegebenen Antworten (die bis auf eine Antwort „Physikalisches Institut“ ausschließlich „Privatpraxis“ lauteten) gegeben wurden, fallen elf auf Institutionen, die dem Gesundheitsbereich und acht auf Institutionen, die dem Ausbildungsbereich zuzuordnen sind, wobei davon nur eine Antwort einem Bereich außerhalb der Osteopathieausbildung zuzuordnen ist. Vier Antworten sind aufgrund ihrer Diversität nicht klassifizierbar (Hotel, Kaserne, freie Mitarbeiterin, Karenz). Die Antworten, die den Gesundheitsbereich betreffen, sind:

Tinnituszentrum, Gesundheitszentrum (SDS St. Josef), Ambulatorium für pädiatrische Entwicklungsdiagnostik, Seniorenheim, Behindertenheim, Inhaber eines physikalischen Instituts, Arztpraxis, Kassenordination für physikalische Medizin, Gruppenordination, Gemeinschaftspraxis und Hausbesuche.

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in der Institution, wo die Osteopathinnen und Osteopathen tätig sind, in Abhängigkeit davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen eine andere professionelle Aktivität ausüben oder nicht, zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede sind in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen und von der geographischen Region des Praxissitzes erkennbar. Zusätzlich besteht ein signifikanter Zusammenhang mit einer ÖGO-Mitgliedschaft.

5.4.8.1. Arbeitsplatz- Institution in Abhängigkeit von anderer professioneller Aktivität

Zwischen den ausschließlich osteopathisch tätigen Therapeutinnen und Therapeuten und Osteopathen/Osteopathinnen, die auch noch einer anderen professionellen Aktivität nachgehen, besteht ein signifikanter Unterschied in den Institutionen, wo sie tätig sind (Exakter Test nach Fisher: $p=0,00004$). Ausschließlich osteopathisch tätige Therapeutinnen und Therapeuten arbeiten signifikant häufiger ausschließlich in einer Privatpraxis als Osteopathinnen und Osteopathen, die auch noch einer anderen professionellen Aktivität nachgehen (88,2% vs. 67%, χ^2 -Test: $\chi^2=11,1425$, $df=1$, $p=0,0008$), Umgekehrt sind nur 9,9% der ausschließlich osteopathisch Tätigen und 26% der zusätzlich anderweitig professionell Aktiven neben ihrem Arbeitsplatz in einer Privatpraxis auch noch in einer anderen Institution beschäftigt. In Krankenhäusern sind keine ausschließlich osteopathisch Tätigen beschäftigt, in physikalischen Instituten 1,2% und in Rehabilitationszentren 0,6%. Die entsprechenden relativen Häufigkeiten der Osteopathen/Osteopathinnen mit zusätzlicher anderer professioneller Aktivität betragen 3% für Krankenhäuser, und jeweils 2% für die beiden anderen Institutionen.

Tabelle 35: Arbeitsplatz - Institution in der die osteopathische Tätigkeit ausgeübt wird, in Abhängigkeit davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen ausschließlich osteopathisch tätig sind, oder zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen). Zusätzlich ist der Prozentanteil ausschließlich osteopathisch Tätiger in der jeweiligen Institution ausgewiesen.

Institution	ausschließlich O		and. prof. Akt.		Prozentanteil ausschließlich ost. Tätiger [%]
	n	%	n	%	
Privatpraxis	142	88,2	78	67	64,5
Privatp. + and.	16	9,9	31	26	34
Krankenhaus	0	0	4	3	0
Phys. Inst.	2	1,2	2	2	50
Rehab.Z.	1	0,6	2	2	33

Während 64,5% der ausschließlich in Privatpraxen tätigen Osteopathen/Osteopathinnen ausschließlich osteopathisch tätig sind, ist der Anteil der ausschließlich osteopathisch Arbeitenden an den zusätzlich in anderen Institutionen Tätigen mit 34% weitaus geringer. Von den ausschließlich in Physikalischen Instituten arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen ist die Hälfte, von jenen in Rehabilitationszentren ein Drittel rein osteopathisch tätig, in Krankenhäusern jedoch kein einziger/keine einzige.

5.4.8.2. Arbeitsplatz - Institution in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Beim Arbeitsplatz unterscheiden sich die Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung signifikant von jenen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung (Exakter Test nach Fisher: $p < 0,00001$) und jenen mit einer anderen Basisausbildung (Exakter Test nach Fisher: $p = 0,007$).

Während 84,9% der ursprünglichen Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen ausschließlich in einer Privatpraxis tätig sind ($n=197$) und weitere 12,1% ($n=28$) in einer Privatpraxis und zusätzlich in einer anderen Institution, arbeiten nur 50% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium ausschließlich in einer Privatpraxis ($n=17$). Hingegen sind 38% ($n=13$) zusätzlich zur Tätigkeit in einer Privatpraxis noch in einer anderen Institution tätig. Dieser Prozentsatz beträgt bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen als den bereits genannten Basisausbildungen 55%, während 45% ausschließlich in einer Privatpraxis tätig sind ($n=5$ bzw. $n=6$).

Ein anderer Arbeitsplatz wurde von diesen Osteopathinnen und Osteopathen nicht genannt, während 12% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium ($n=4$) ausschließlich in einem Krankenhaus tätig sind. Bei den ursprünglichen Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen wurden zusätzlich vier Mal ein Physikalisches Institut (1,7% und drei Mal ein Rehabilitationszentrum als Arbeitsplatz genannt (1,3%).

5.4.8.3. Arbeitsplatz - Institution gegliedert nach geographischer (NUTS1) Region

Zwischen Ostösterreich und sowohl Südösterreich als auch Westösterreich bestehen signifikante Unterschiede in den Institutionen, wo die Osteopathinnen und Osteopathen tätig sind (Ost- vs. Südösterreich: Exakter Test nach Fisher: $p = 0,01$. Ost- vs. Westösterreich: Exakter Test nach Fisher: $p = 0,05$). Auch zwischen Süd- und Westösterreich besteht ein signifikanter Unterschied (Exakter Test nach Fisher: $p = 0,02$).

In Abbildung 19 und Tabelle 36 sind die Häufigkeitsverteilungen (gültige Werte) der Institutionen, wo die Osteopathen/Osteopathinnen tätig sind in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region dargestellt.

Institution

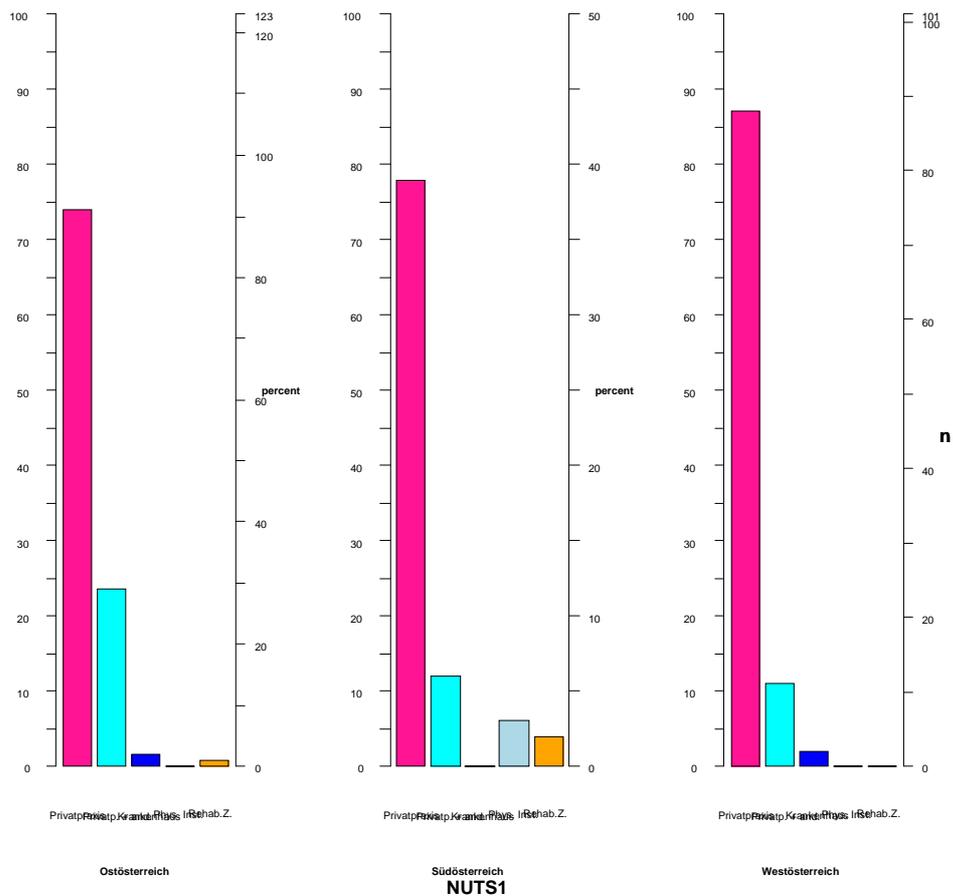


Abbildung 19: Arbeitsplatz – Institutionen, wo die Osteopathinnen und Osteopathen tätig sind, in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 36: Arbeitsplatz - Institutionen, wo die Osteopathinnen und Osteopathen tätig sind in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Institution	Ostösterr.		Südösterr.		Westösterr.	
	n	%	n	%	n	%
Privatpraxis	86	74	39	78	86	87
Krankenhaus	2	2	0	0	2	2
Phys. Inst.	0	0	3	6	0	0
Rehab.Z.	1	1	2	4	0	0
Privatp. + and.	27	23	6	12	11	11

Osteopathen/Osteopathinnen in Ostösterreich heben sich von ihren westösterreichischen Kollegen/Kolleginnen hauptsächlich dadurch ab, dass der Beruf in Westösterreich häufiger ausschließlich in Privatpraxen ausgeübt wird (87% der

westösterreichischen Osteopathen/Osteopathinnen), als in Ostösterreich (74%). Hingegen ist der relative Anteil der Osteopathen und Osteopathinnen, die sowohl in einer Privatpraxis, als auch in einer anderen Institution arbeiten in Ostösterreich mit 23% etwa doppelt so hoch, wie in West- und Südösterreich (11% bzw. 12%).

Osteopathen/Osteopathinnen, die in physikalischen Instituten tätig sind, sind nur in Südösterreich anzutreffen, wo drei der 50 Osteopathen/Osteopathinnen (6%) ausschließlich in einer solchen Institution arbeiten. Hingegen ist in Südösterreich kein Osteopath/keine Osteopathin ausschließlich in einem Krankenhaus beschäftigt, während sowohl in Ost- als auch Westösterreich jeweils zwei (jeweils 2%) diesen Arbeitsplatz angaben. In Südösterreich sind auch relativ betrachtet mehr Osteopathinnen und Osteopathen in Rehabilitationszentren tätig (2 von 50) als in Ostösterreich (1%). In Westösterreich ist kein einziger Osteopath/keine Osteopathin ausschließlich in einer solchen Institution beschäftigt.

5.4.8.4. Zusammenhang Arbeitsplatz und ÖGO-Mitgliedschaft

ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nichtmitgliedern im Arbeitsplatz (Exakter Test nach Fisher: $p=0,0001$).

Tabelle 37: Arbeitsplatz - Institutionen, wo ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder tätig sind (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen). Zusätzlich ist der Anteil der ÖGO-Mitglieder an den in den jeweiligen Institutionen tätigen Osteopathen/Osteopathinnen angeführt.

	Nichtmitglieder		ÖGO-Mitglieder		ÖGO-Mitglieder in der jeweiligen Institution
	n	%	n	%	
Privatpraxis	92	69	127	89	58,0
Privatp. + and.	32	24	15	10	32
Krankenhaus	4	3	0	0	0
Phys. Inst.	3	2	1	1	25
Rehab.Z.	3	2	0	0	0

Wie in Tabelle 37 ersichtlich ist, arbeiten 89% der ÖGO-Mitglieder ausschließlich in einer Privatpraxis und weitere 10% in einer Privatpraxis und zusätzlich in einer anderen Institution. Bei den Nichtmitgliedern sind nur 69% ausschließlich in einer Privatpraxis tätig und 24% sowohl in einer Privatpraxis als auch einer anderen Institution. Ausschließlich in anderen Institutionen außer Privatpraxen sind insgesamt nur 1% der Mitglieder und hingegen 7% der Nichtmitglieder tätig. Während die Mehrheit der ausschließlich in einer Privatpraxis tätigen Osteopathen/Osteopathinnen ÖGO-Mitglieder ist (58,0%), beträgt der Anteil der

ÖGO-Mitglieder an den zusätzlich in einer anderen Institution beschäftigten Osteopathen/Osteopathinnen 32%. Von den vier in einem Physikalischen Institut beschäftigten Osteopathen/Osteopathinnen ist einer/eine ÖGO-Mitglied, während kein/keine in Krankenhäusern und Rehabilitationszentren beschäftigter/beschäftigte Osteopath/Osteopathin Mitglied der ÖGO ist.

5.4.9. Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit

In Abbildung 20 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall der Angabe der Osteopathen/Osteopathinnen, wieviele Prozent ihre osteopathische Tätigkeit einnimmt („O%“), dargestellt. In Tabelle 38 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

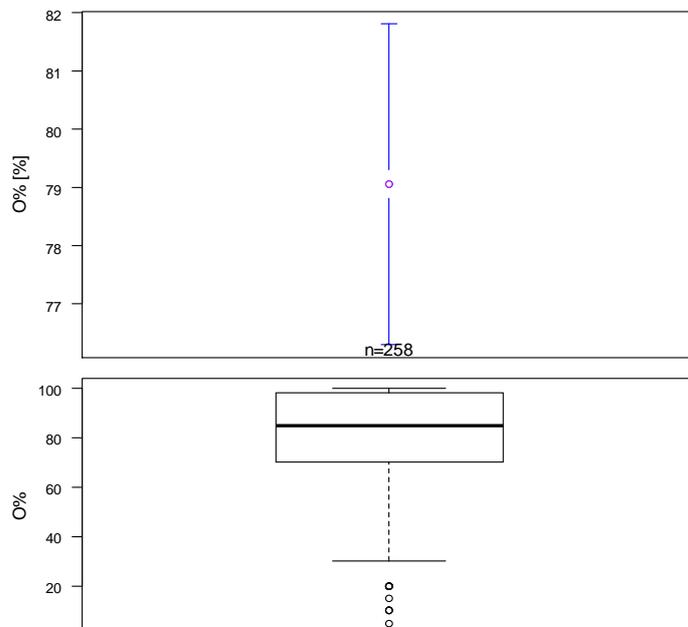


Abbildung 20: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%].

Tabelle 38: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%] (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
258	5	100	85,0	79,1	22,5

Insgesamt sind 258 der 284 Werte (90,8%) gültig, 26 Antworten (9,2%) fehlen. Der mittlere Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit der Respondenten/Respondentinnen beträgt $M=79,1\%$; $SD=22,5$, der Median $85,0\%$. In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede im Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit davon zu beobachten, ob die Osteopathen/Osteopathinnen eine andere professionelle Aktivität ausüben. Ebenfalls ist eine Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis (freiberuflich, angestellt, beides) und von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen erkennbar. Signifikant ist auch der Unterschied zwischen Osteopathen/Osteopathinnen, die ihre Ausbildung an der WSO und an anderen Schulen abgeschlossen haben. Letztlich ist ein hochsignifikanter Zusammenhang mit einer ÖGO-Mitgliedschaft zu beobachten.

5.4.9.1. Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Wie bereits die ANOVA, weist auch ein Kruskal-Wallis-Test auf signifikante Unterschiede im Anteil der osteopathischen Tätigkeit von der Gesamttätigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit hin ($\chi^2=8,3786$, $df=3$, $p=0,039$).

Konkret bestehen signifikante Unterschiede zwischen folgenden Kategorien der Dauer der osteopathischen Tätigkeit:

bis 3 Jahre und 7-10 Jahre	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1564,5$, $p=0,03$
bis 3 Jahre und >10 Jahre	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1509,5$, $p=0,01$

Nicht signifikant sind hingegen die Unterschiede zwischen den anderen Paaren der Kategorien der unabhängigen Variable Dauer der osteopathischen Tätigkeit:

bis 3 Jahre und 4-6 Jahre	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2077,5$, $p=0,10$
4-6 Jahre und 7-10 Jahre	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1608$, $p=0,53$
4-6 Jahre und >10 Jahre	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1552,5$, $p=0,28$
7-10 Jahre und >10 Jahre	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1359$, $p=0,65$

In Abbildung 21 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall des prozentuellen Anteils der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit [%] in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt. In Tabelle 39 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

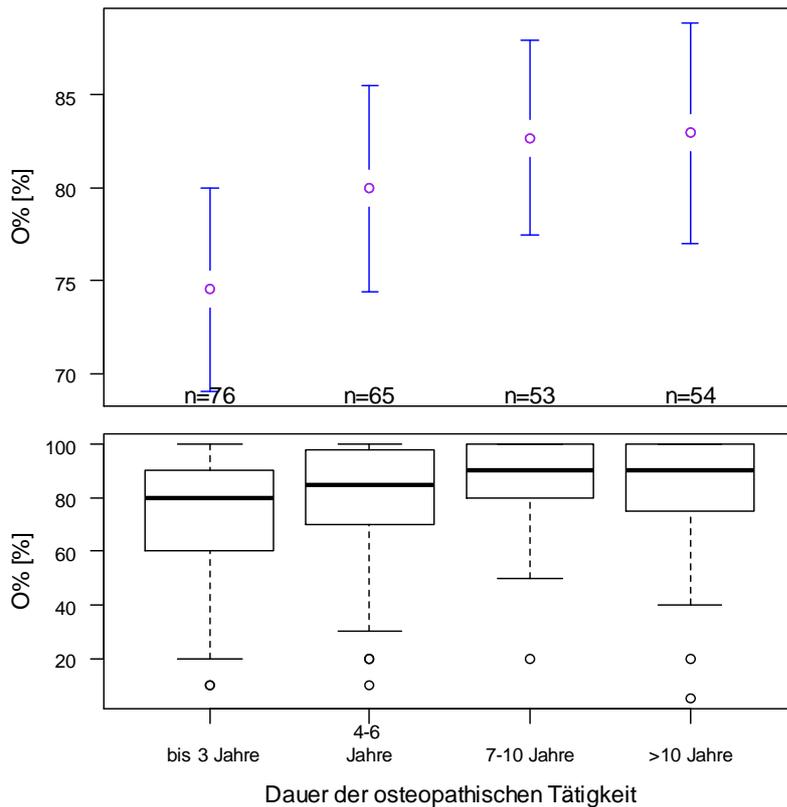


Abbildung 21: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für den Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen [%].

Tabelle 39: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%] der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Tätigkeitsdauer	Prozentueller Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%]					
	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
bis 3 Jahre	76	10	100	80,0	74,5	23,9
4-6 Jahre	65	10	100	85,0	80,0	22,4
7-10 Jahre	53	20	100	90,0	82,7	18,9
>10 Jahre	54	5	100	90,0	82,9	21,8

Während der Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit der Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Praxisjahren durchschnittlich etwa 75% ausmacht (M=74,5%, SD=23,9), steigt der Anteil bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit 4-6 Jahren auf M=80, SD=22,4 % an und nimmt anschließend nur mehr leicht zu. Die Therapeutinnen und Therapeuten, die länger als 10 Jahre osteopathisch tätig sind, geben einen Anteil von M= 82,9%, SD=21,8 an.

5.4.9.2. Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung und jenen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung oder einer anderen Basisausbildung bestehen signifikante Unterschiede im Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit (Wilcoxon-Rangsummentests: $W = 5421$, $p < 0,0001$ bzw. $W = 91,5$, $p = 0,028$), während sich Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung sich nicht signifikant von jenen mit einer anderen als den explizit erwähnten Basisausbildungen unterscheiden ($W = 1135$, $p = 0,70$).

Am geringsten ist der prozentuelle Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung ($M = 59,5\%$; $SD = 27,5$; $Median = 55\%$), während er bei jenen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung $M = 82,1\%$; $SD = 20$ ($Median = 90\%$) beträgt und bei Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung in ähnlicher Größenordnung liegt ($M = 80,0\%$; $SD = 23,7$; $Median = 82,5\%$) (siehe Tabelle 40).

Tabelle 40: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%] bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Basisausbildung	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
Physioth.	212	10	100	90,0	82,1	20,0
Medizinstud.	34	5	100	55,0	59,5	27,5
andere	10	20	100	82,5	80,0	23,7

5.4.9.3. Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten

Zwischen Osteopathinnen und Osteopathen, die keiner zusätzlichen anderen professionellen Aktivität nachgehen und jenen, die einer solchen nachgehen, besteht ein signifikanter Unterschied ($W = 12321$, $p < 0,0001$) im Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit.

Während die Osteopathen/Osteopathinnen, die keiner anderen professionellen Aktivität nachgehen, im Durchschnitt $M = 87,1\%$; $SD = 17,1$ ($Median: 95,0\%$, 145 gültige Antworten) ihrer Tätigkeit der Osteopathie zurechnen, betragen diese Werte

für Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen zusätzlichen professionellen Aktivität $M=68,7\%$; $SD=24,3$ (Median: $75,0\%$, 111 gültige Antworten).

5.4.9.4. Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis

Die Respondenten/Respondentinnen, die angaben, ausschließlich freiberuflich osteopathisch tätig zu sein, unterscheiden sich im Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit signifikant sowohl von den ausschließlich angestellten, ($W=1892$, $p<0,00001$), als auch von jenen Osteopathinnen und Osteopathen, die sowohl angestellt, als auch freiberuflich tätig sind ($W = 4794,5$, $p<0,00001$). Keinen signifikanten Unterschied im Anteil der osteopathischen Tätigkeit gibt es hingegen zwischen den ausschließlich angestellten und jenen Osteopathinnen und Osteopathen, die sowohl angestellt, als auch freiberuflich tätig sind ($W = 99,5$, $p=0,23$).

Ausschließlich freiberuflich tätige Osteopathen/Osteopathinnen weisen den höchsten Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit auf ($M=83,1\%$; $SD=18,9$), sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätige gaben im Durchschnitt einen Wert von $M=58,5\%$, $SD=24,4$ an und ausschließlich Angestellte von $M=44,0\%$; $SD=30,7$. Anhand der Standardabweichung ist erkennbar, dass es sich bei dieser letztgenannten Gruppe um die inhomogenste handelt (siehe Tabelle 41).

Tabelle 41: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%] in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
freiberuflich tätig	220	10	100	90,0	83,1	18,9
angestellt	10	5	90	40,0	44,0	30,7
beides	27	10	95	60,0	58,5	24,4

5.4.9.5. Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte

Auch zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten gibt es signifikante Unterschiede im Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2639$, $p=0,005$). Absolventen/Absolventinnen der WSO schätzen im Durchschnitt den Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit mit $M=77,7\%$; $SD=22,9$ ein, Absolventen anderer Schulen mit $M=87,8\%$; $SD=17,6$ (siehe Tabelle 42).

Tabelle 42: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%] bei Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Gruppe	n (gültig)	Min	Mittelwert	Max	SD	Median
WSO	220	5	77,7	100	22,9	85,0
andere	34	20	87,8	100	17,6	95,0

5.4.9.6. Zusammenhang des Anteils der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit und ÖGO-Mitgliedschaft

ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nichtmitgliedern im Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=4921,5$, $p<0,00001$). Der prozentuelle Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit wird von ÖGO-Mitgliedern mit durchschnittlich $M=86,6\%$; $SD=16,6$ (Median: 90%) eingeschätzt. Bei den Nichtmitgliedern liegt er bei $M=71,6$; $SD=24,9\%$ (Median: 80%) (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit [%] bei ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
Nichtmitglieder	131	5	100	80,0	71,6	24,9
ÖGO-Mitglieder	125	20	100	90,0	86,6	16,6

5.4.10. Arbeitsverhältnis

Die meisten Osteopathinnen und Osteopathen sind freiberuflich tätig (242 Fälle, 86,1%), sowohl angestellt, als auch freiberuflich tätig ('beides') sind 29 (10,3% der gültigen Fälle). Die seltenste Antwort ist 'angestellt' (zehn gültige Fälle, 3,6%, siehe Tabelle 44).

Tabelle 44: Arbeitsverhältnis - Anteil der ausschließlich freiberuflich tätigen und der ausschließlich angestellt tätigen Osteopathinnen und Osteopathen, sowie jener, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind ('beides') (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Tätigkeit	n	% gültig	% total
freiberuflich tätig	242	86,1	85,2
angestellt	10	3,6	3,5
beides	29	10,3	10,2
fehlend (abh)	3		1,0

Die Ergebnisse der ANOVA (vgl. Anlage 5) weisen auf einen Einfluss der Basisausbildung auf das Arbeitsverhältnis hin.

5.4.10.1. Arbeitsverhältnis in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung unterscheiden sich signifikant im Arbeitsverhältnis von jenen mit Medizinstudium (Exakter Test nach Fisher: $p=0,0005$) und solchen mit einer anderen Basisausbildung (Exakter Test nach Fisher: $p=0,0004$). Hingegen unterscheiden sich die letzteren beiden Gruppen nicht signifikant voneinander (Exakter Test nach Fisher: $p=0,30$). Wie in Tabelle 45 ersichtlich ist, sind 91% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung freiberuflich tätig, 2,2% angestellt und 6,9% sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig. Der Anteil der freiberuflich Tätigen beträgt bei den Osteopathen und Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung 67% und bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung 45%. Bei letzteren sind ebenfalls 45% sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig und 9% angestellt.

Tabelle 45: Arbeitsverhältnis - Anteil der freiberuflich und angestellt Tätigen, sowie jener Osteopathen/Osteopathinnen die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig sind an den Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
freiberuflich tätig	211	91	24	67	5	45
angestellt	5	2,2	4	11	1	9
beides	16	6,9	8	22	5	45

5.4.11. Einzel-/Gruppenpraxis

In Tabelle 46 ist ersichtlich, wie viele der Osteopathinnen/Osteopathen in Einzel- oder Gruppenpraxen tätig sind.

Tabelle 46: In Einzel- und Gruppenpraxen arbeitende Osteopathinnen und Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	n	% gültig	% total
in Einzelpraxis tätig	94	33,4	33,1
in Praxisgemeinschaft tätig	187	66,6	65,8
fehlend (abh)	3		1,0

Zwei Drittel der Osteopathinnen und Osteopathen arbeiten in einem Team (187 Fälle, 66,6%), in Einzelpraxen sind 94 tätig (33,4% der gültigen Fälle).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) ist lediglich ein signifikanter Zusammenhang mit einer ÖGO-Mitgliedschaft erkennbar. Es gibt keine Hinweise darauf, dass einer der untersuchten Faktoren die Entscheidung, in einer Gemeinschaftspraxis oder in einer Einzelpraxis zu arbeiten, beeinflusst.

5.4.11.1. Zusammenhang ÖGO-Mitgliedschaft und Tätigkeit in Gruppenpraxen oder in Einzelpraxen

ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant von Nichtmitgliedern in der Häufigkeit der Arbeit in Gemeinschafts- oder Einzelpraxen (χ^2 -Test: $\chi^2=7,1203$, $df=1$, $p= 0,008$). Während 41% der Nichtmitglieder in einer Einzelpraxis arbeiten (56 von 135) und 59% in einer Praxisgemeinschaft, sind von den ÖGO-Mitgliedern nur 26% alleine tätig und 74% im Team (107 von 144).

5.4.12. Kooperationen in Gruppenpraxen

In Tabelle 47 ist zusammengefasst, mit welchen Berufsgruppen die in Gruppenpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen kooperieren.

Tabelle 47: Häufigkeit von Kooperationen mit anderen Berufsgruppen von in Gruppenpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen.

	n	% der Teamosteopathen (N=187)
Ärzte/Ärztinnen	56	29,9
Diätassistenten/Diätassistentinnen	11	5,9
Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen	26	13,9
Logopäden/Logopädinnen	14	7,5
Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen	137	73,3
Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen	36	19,3
Weitere Osteopathen/Ostopathinnen	134	71,7
Andere Berufsgruppen	65	

Die Mehrzahl der im Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen kooperiert mit Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen (n=137, 73,3%) und weiteren Osteopathiekollegen/-kolleginnen (n=134, 71,7%). Kooperationen mit Ärzten/Ärztinnen wurden von 56 der 187 im Team arbeitenden Osteopathen und Osteopathinnen angegeben (29,9%).

Kooperationen mit anderen Berufsgruppen sind (in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen) in Tabelle 48 zusammengefasst.

Tabelle 48: Kooperationen von in Gruppenpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen mit anderen als den explizit im Fragebogen angeführten Berufsgruppen.

Kooperationspartner	Nennungen
Masseur	19
Shiatsu-Praktiker	16
Kinesiologe	9
Yoga-Lehrer	5
Craniosacraltherapie	3
Alexandertechnik-Lehrer	2
Energetiker	2
Ernährungsberater	2
Feldenkrais-Instruktor	2
Heilpraktiker	2
Lebensberatung	2
Pilatestrainer	2
TCM-Therapeut	2
Behindertenpädagoge	1
DGKS	1
Fitnesstrainer	1
Kosmetiker	1
Lymph	1
Mediator	1
MTF	1
Orthopistin	1
Physioenergetik	1
Podologe	1
Psychologie	1
Qui-Gong	1
Schuhmachermeister	1
Sozialarbeiter	1
Sportwissenschaftler	1

Am häufigsten (mit mehr als fünf Nennungen) wurde von den Respondentinnen und Respondenten eine Kooperation mit Masseuren/Masseusen (n=19), Shiatsu-Praktikern/Praktikerinnen (n= 16) und Kinesiologen/Kinesiologinnen (n=9) angeführt.

5.4.12.1. Kooperationen in Gruppenpraxen in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) ist eine Abhängigkeit der Häufigkeit von Kooperationen mit Osteopathiekollegen/kolleginnen und

Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit zu beobachten.

Die Kooperation mit Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen nimmt mit zunehmender Dauer der osteopathischen Tätigkeit stetig ab, jene mit Kollegen/Kolleginnen zeigt ein Minimum bei den 4-6 Jahren osteopathisch Tätigen und einen Maximalwert bei jenen mit über 10 Jahre osteopathisch Tätigen (siehe Abbildung 22).

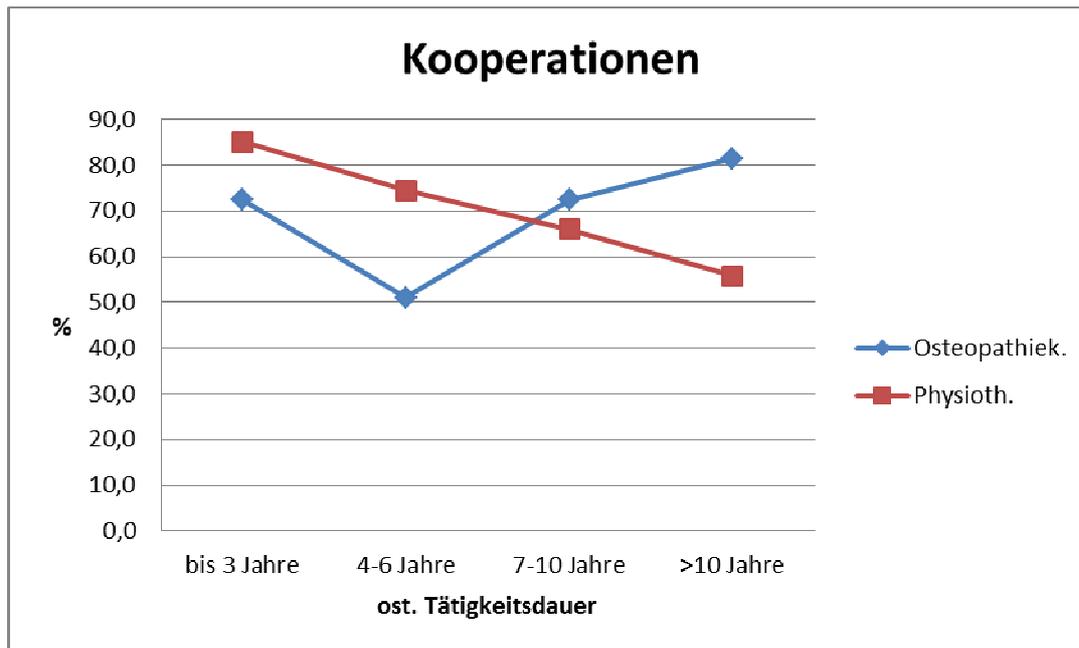


Abbildung 22: Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die im Team mit Osteopathiekollegen/-kolleginnen und Physiotherapeuten/-therapeutinnen kooperieren, an den bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen [%].

5.4.12.2. Kooperationen in Gruppenpraxen in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Basisausbildung hinsichtlich der Kooperation mit Ärzten/Ärztinnen, wobei sich darin lediglich die Gruppen jener Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium und einer Basisausbildung als Physiotherapeut/Physiotherapeutin signifikant voneinander unterscheiden (χ^2 -Test: $\chi^2=5,6121$, $df=1$, $p= 0,02$). Während 55% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium mit Ärzten/Ärztinnen kooperieren (11 von 20), sind es von jenen mit einer Physiotherapieausbildung nur 26,5% (43 von 162) und von jenen mit einer anderen Basisausbildung 29% (2 von 7).

5.4.13. Einwohnerzahl des Arbeitsortes

In Abbildung 23 und Tabelle 49 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach der Einwohnerzahl des Arbeitsortes dargestellt.

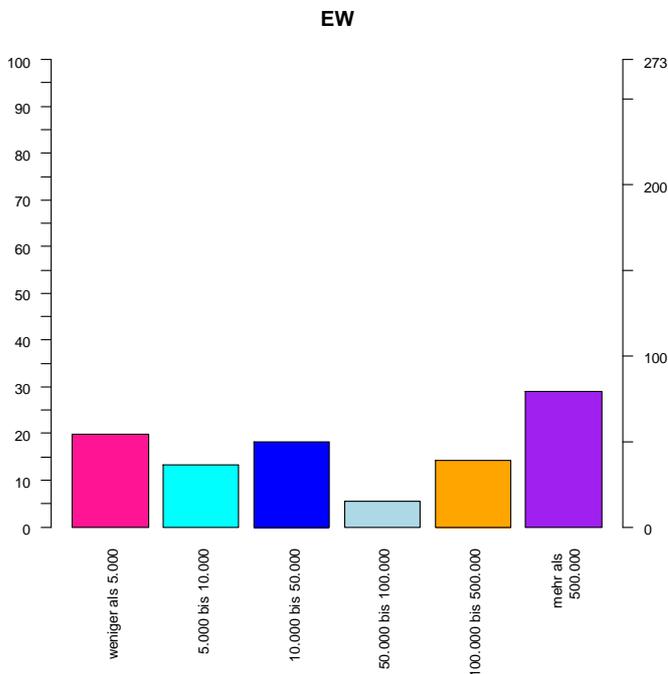


Abbildung 23: Einwohnerzahl des Arbeitsortes (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 49: Einwohnerzahl des Arbeitsortes - Anteil der einzelnen Kategorien (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen) und Daten über die Bevölkerung nach Gemeinden nach Statistik Austria (2012B).

Einwohner (Praxisort)	Antworten			Quelle: Statistik Austria 2012B		
	n	% gültig	% total	Anzahl der Orte	Mittlere EW-Zahl	% der österr. Gesamtbevölkerung
weniger als 5.000	54	19,8	19,0	2132	1.690,4	42,7%
5.000 bis 10.000	36	13,2	12,7	152	6.843,7	12,3%
10.000 bis 50.000	50	18,3	17,6	64	16.815,9	12,7%
50.000 bis 100.000	15	5,5	5,3	4	66.286,5	3,1%
100.000 bis 500.000	39	14,3	13,7	4	181.568,8	8,6%
mehr als 500.000	79	28,9	27,8	1	1.731.236,0	20,5%
fehlt	11		3,9			

Insgesamt sind 273 der 284 Werte (96,1%) gültig, elf Antworten (3,9%) fehlen.

Die meisten Osteopathinnen/Osteopathen arbeiten in Wien, das die einzige österreichische Stadt mit mehr als 500.000 Einwohnern darstellt (79 Fälle, 28,9%). Die am nächsthäufigsten genannte Kategorie ist 'weniger als 5.000' (n= 54, 19,8%). In Orten mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern sind 50 Osteopathinnen/Osteopathen

tätig (18,3%), auf die Kategorie '5.000 bis 10.000' entfallen 36 gültige Fälle (13,2%). Das seltenste Ergebnis ist '50.000 bis 100.000' (15 gültige Fälle, 5,5%).

Vergleicht man den Anteil der Einwohner mit jenem der Osteopathinnen und Osteopathen, die in Orten der angeführten Kategorien leben, an der österreichischen Gesamtbevölkerung, zeigt sich, dass der Anteil an Osteopathinnen und Osteopathen nur in Orten unter 5.000 Einwohner geringer ist, als der entsprechende relative Bevölkerungsanteil: Während in solchen Orten 42,7% der Gesamtbevölkerung leben, sind in Orten unter 5.000 Einwohner nur 19,8% der Osteopathinnen und Osteopathen tätig.

Die Ergebnisse der ANOVA (siehe Anlage 5) weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen der Größe des Arbeitsortes und damit, ob die Osteopathen/Osteopathinnen in einer Einzelpraxis oder in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, besteht. Zusätzlich sind – aufgrund der Sonderstellung von Wien in Ostösterreich erwartungsgemäß – hochsignifikante regionale Einflüsse (NUTS1) zu beobachten. Weitere signifikante Zusammenhänge sind zwischen der Größe des Arbeitsortes und der osteopathischen Tätigkeitsdauer erkennbar.

5.4.13.1. Einwohnerzahl des Arbeitsortes in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region

Der Kruskal-Wallis-Test weist, übereinstimmend mit der ANOVA auf signifikante Unterschiede in der Größe des Praxisortes abhängig von der Region hin ($\chi^2=63,0631$, $df=2$, $p<0,00001$). Das ist insofern wenig überraschend, da Wien die einzige Großstadt mit mehr als 500.000 Einwohnern ist. Nachdem durch den hohen Osteopathen-/Osteopathinnenanteil in Wien auch die relativen Häufigkeiten der anderen Kategorien beeinflusst werden, wird von einer eingehenderen Betrachtung abgesehen.

5.4.13.2. Einwohnerzahl des Arbeitsortes von in Praxisgemeinschaften und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen

Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten unterscheiden sich in der Wahl des Praxisortes signifikant von jenen Kolleginnen und Kollegen, die in einer Einzelpraxis tätig sind (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 5974$, $p<0,00001$).

32,4% der in einem Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen sind in Wien (wie bereits erwähnt, der einzigen Stadt mit mehr als 500.000 Einwohnern) tätig. In Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern haben weitere 17,3% den Praxissitz. Das heißt, dass annähernd die Hälfte der im Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen in Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern arbeiten. Hingegen haben nur 12,9% der Team-Osteopathen einen Praxissitz in einem Ort mit weniger als 5.000 Einwohnern. In Orten dieser Größe ist hingegen der Großteil der in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen (33,33%) tätig, während in Städten über 100.000 Einwohnern (incl. Wien) nur 30,1% der in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen ihren Praxissitz haben (siehe Tabelle 50).

Tabelle 50: Einwohnerzahl der Arbeitsorte von in Gruppenpraxen und in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen). Zusätzlich ist der prozentuelle Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die in Gemeinschaftspraxen arbeiten für die jeweiligen Größen der Praxisorte ausgewiesen.

Praxisort Einwohner	Einzelpraxis		Gruppenpraxis		Anteil der in Gruppenpraxen arbeitenden Ost.
	n	%	n	%	%
weniger als 5.000	31	33,3	23	12,9	43
5.000 bis 10.000	14	15,1	22	12,3	61
10.000 bis 50.000	17	18,3	33	18,4	66
50.000 bis 100.000	3	3,2	12	6,7	80
100.000 bis 500.000	8	8,6	31	17,3	79
mehr als 500.000	20	21,5	58	32,4	74

Von den in Orten unter 5000 Einwohnern arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen arbeiten nur 43% in einer Gruppenpraxis, während in größeren Orten mehr als die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen in einer Gemeinschaftspraxis tätig sind. Der Anteil der in Gemeinschaftspraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen ist in Orten mit zwischen 50.000 und 500.000 Einwohnern am höchsten (rund 80%). In Wien sind etwas weniger (74%) der Osteopathinnen und Osteopathen in Gemeinschaftspraxen tätig.

5.4.13.3. Einwohnerzahl des Arbeitsortes in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Die Wahl des Arbeitsortes hängt laut Kruskal-Wallis-Test signifikant von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab ($\chi^2=8,2588$, $df=3$, $p= 0,041$). Weiterführende Untersuchungen zeigen, dass sich insbesondere die Kategorien 'bis 3 Jahre' und '>10 Jahre' signifikant unterscheiden (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1697,5$, $p=$

0,009). Ebenso besteht zwischen den Kategorien '4-6 Jahre' und '>10 Jahre' ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Einwohnerzahl des Arbeitsortes (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1521,5$, $p= 0,011$). Zwischen den anderen Paaren der Kategorien der unabhängigen Variable Dauer der osteopathischen Tätigkeit besteht hingegen kein signifikanter Unterschied (Wilcoxon-Rangsummentests: $p_{\min}= 0,23$, $W=1468$ zwischen den Kategorien '7-10 Jahre' und '>10 Jahre').

In Abbildung 24 und

Tabelle 51 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach der Einwohnerzahl des Arbeitsortes in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt.

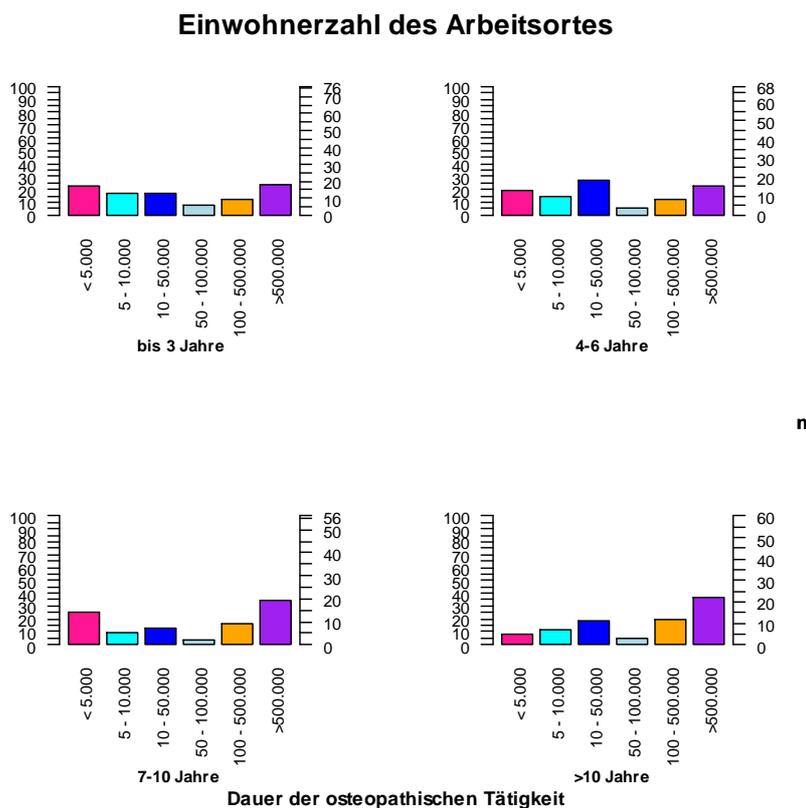


Abbildung 24: Einwohnerzahl des Arbeitsortes der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 51: Einwohnerzahl des Arbeitsortes der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Einwohner (Praxisort)	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%gültig	n	%gültig	n	%gültig	n	%gültig
mehr als 500.000	18	24	15	22	19	34	22	37
100.000 bis 500.000	9	12	8	12	9	16	12	20
50.000 bis 100.000	6	8	4	6	2	4	3	5
10.000 bis 50.000	13	17	18	26	7	12	11	18
5.000 bis 10.000	13	17	10	15	5	9	7	12
weniger als 5.000	17	22	13	19	14	25	5	8

In

Tabelle 51 ist erkennbar, dass der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die in Wien (>500.000 EW) arbeiten, mit kürzerer Dauer der osteopathischen Tätigkeit abnimmt. Während 37% der Osteopathinnen und Osteopathen die schon länger als 10 Jahre tätig sind, hier ihren Arbeitsplatz haben, und 34% der Therapeutinnen und Therapeuten mit 4-6 Praxisjahren, sind es nur mehr 22% bzw. 24% jener Osteopathinnen und Osteopathen, die erst 4-6 Jahre bzw. bis drei Jahre osteopathisch tätig sind.

Umgekehrt nimmt die Anzahl an Osteopathen/Osteopathinnen in Orten unter 5.000 Einwohnern mit geringerer Dauer der osteopathischen Tätigkeit zu. Sind es von den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Berufspraxis von mehr als 10 Jahren nur 8%, die in kleinen Orten arbeiten, so sind es bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Jahren osteopathischer Berufspraxis bereits 22%.

5.4.14. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag

In Abbildung 25 und Tabelle 52 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag dargestellt.

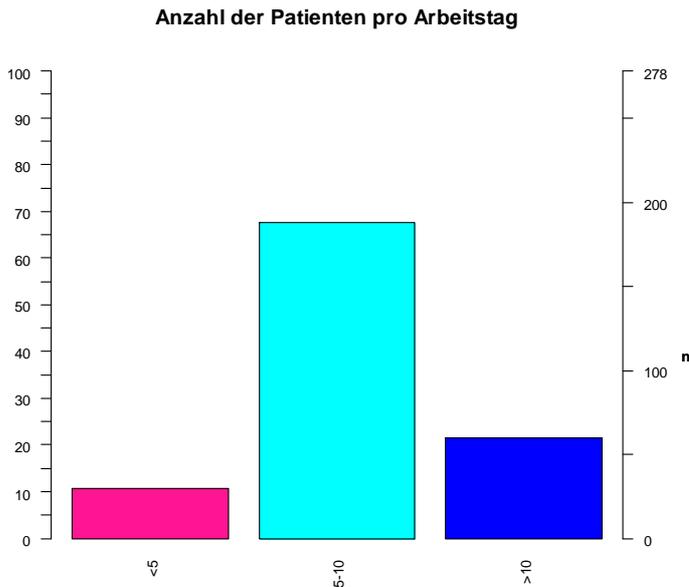


Abbildung 25: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 52: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Patienten/Tag	n	% gültig	% total
<5	30	10,8	10,6
5-10	188	67,6	66,2
>10	60	21,6	21,1
fehlend (abh)	6		2,1

Etwas mehr als zwei Drittel der Osteopathen/Osteopathinnen gaben an, 5-10 Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag zu behandeln (188 Fälle, 67,6%), 60 Osteopathen/Osteopathinnen mehr als zehn (21,6% der gültigen Fälle). Nur etwa jeder zehnte Respondent/jede zehnte Respondentin behandelt weniger als fünf Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag (30 gültige Fälle, 10,8%).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede sind in Abhängigkeit von der geographischen Region des Praxissitzes und abhängig davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen im Team oder in einer Einzelpraxis arbeiten, erkennbar.

5.4.14.1. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von weiblichen und männlichen Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=10426,5$, $p=0,00004$).

In Abbildung 26 und Tabelle 53 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt.

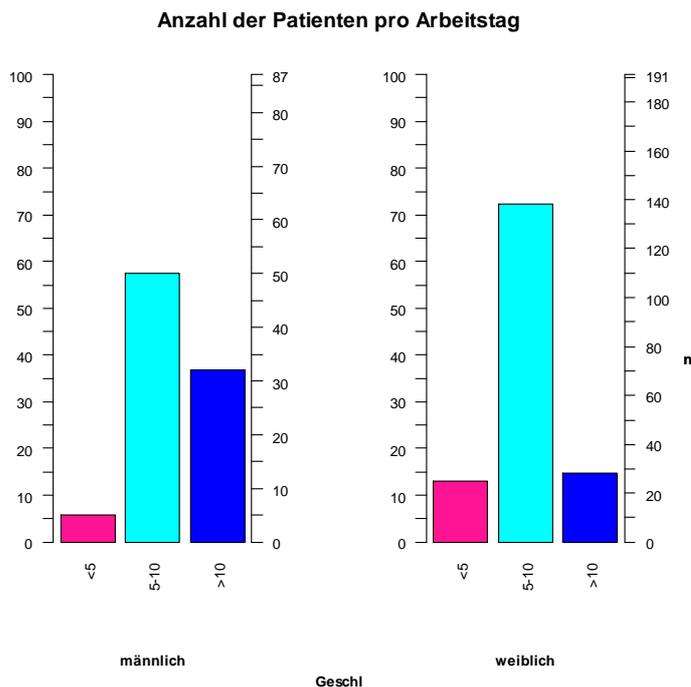


Abbildung 26: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 53: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Patienten/Arbeitstag	männlich		weiblich	
	n	% gültig	n	% gültig
<5	5	6	25	13,1
5-10	50	57	138	72,2
>10	32	37	28	14,7

Die Mehrzahl der Osteopathinnen (138 Fälle, 72,2%) behandeln zwischen 5 und 10 Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag. Auch von den männlichen Osteopathen wurde diese Anzahl am häufigsten genannt, wenn auch nur in 57% der gültigen Fälle ($n=50$). Während nur 6% der Männer ($n=5$) weniger als 5 Patienten/Patientinnen pro

Arbeitstag behandeln, sind es bei den Frauen 13,1% (n=25). Von den männlichen Osteopathen behandeln 37% mehr als 10 Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag, von den Osteopathinnen sind es hingegen nur 14,7%.

5.4.14.2. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag in den drei NUTS1-Regionen

Zwischen Ost- und Südösterreich besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der behandelten Patienten/Patientinnen pro Tag (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2528,5$, $p= 0,012$), während weder zwischen West- und Ost-, noch zwischen West- und Südösterreich signifikante Unterschiede bestehen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=5545,5$, $p= 0,13$, bzw. $W=2791$, $p= 0,20$).

In Südösterreich behandeln 29% der Osteopathinnen und Osteopathen mehr als 10 Patienten/Patientinnen pro Tag, in Westösterreich 22% und in Ostösterreich 17%. Hier ist auch der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen am höchsten, die weniger als fünf Patienten/Patientinnen pro Tag behandeln (15%). In Südösterreich sind es nur 4% und in Westösterreich 9% (siehe Tabelle 54).

Tabelle 54: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Patienten/Arbeitstag	Ostösterreich		Südösterreich		Westösterreich	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
<5	19	15	2	4	9	9
5-10	84	68	34	67	68	69
>10	21	17	15	29	22	22

5.4.14.3. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von in einer Praxisgemeinschaft und Einzelpraxis arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen

Im Team arbeitende Osteopathen/Osteopathinnen behandeln signifikant mehr Patienten/Patientinnen pro Tag als jene, die in einer Einzelpraxis arbeiten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7531,5$, $p=0,039$). Während 18% der in einer Einzelpraxis Tätigen weniger als 5 Patienten behandeln, behandeln nur 6,6% der im Team tätigen Osteopathinnen und Osteopathen eine entsprechende Anzahl. Hingegen geben 23% der im Team tätigen Osteopathen/Osteopathinnen und 19% der alleine arbeitenden eine Patientenanzahl von über 10 pro Tag an (siehe Tabelle 55).

Tabelle 55: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von in Gruppenpraxen und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Patienten/Arbeitstag	Einzelpraxis		Praxisgemeinschaft	
	n	% gültig	n	% gültig
<5	17	18	12	6,6
5-10	59	63	129	70,5
>10	18	19	42	23

5.4.15. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche

In Abbildung 27 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall der Anzahl der Patienten pro Arbeitswoche dargestellt. In Tabelle 56 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

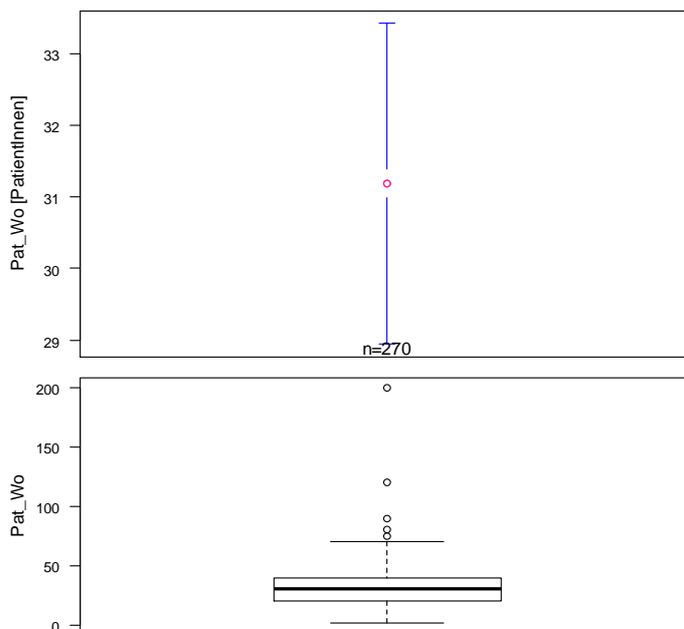


Abbildung 27: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche [n].

Tabelle 56: Deskriptive Daten für die Anzahl der Patienten/ Patientinnen pro Arbeitswoche [n] (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Patienten/Patientinnen pro Woche					
n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
270	2	200	30,0	31,2	18,7

Insgesamt sind 270 der 284 Werte (95,1%) gültig, 14 Antworten (4,9%) fehlen. Die mittlere Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche beträgt $M=31,2$; $SD=18,7$, der Median 30,0. (Die in Abbildung 27 ersichtlichen Extremwerte von bis zu 200 Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche, die von einer Ärztin angeführt wurden, wurden überprüft und da kein Übertragungsfehler festgestellt werden konnte, trotz einer möglichen Unplausibilität im Datensatz belassen).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede sind in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer und von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen, erkennbar.

5.4.15.1. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=11480,5$, $p<0,00001$).

In Abbildung 28 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche (von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt). In Tabelle 57 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

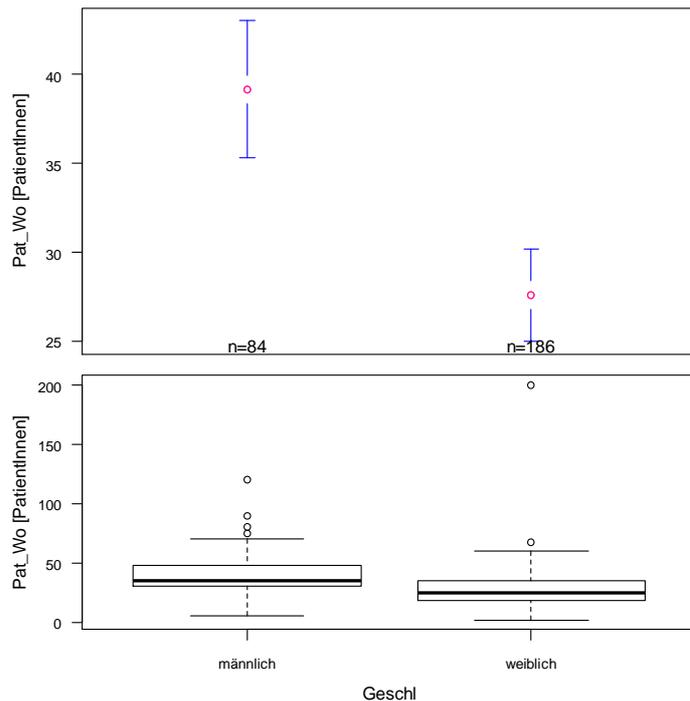


Abbildung 28: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen [PatientInnen].

Tabelle 57: Deskriptive Daten für die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche [PatientInnen] von weiblichen und männlichen Osteopathen (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche						
Geschlecht	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
männlich	84	5	120	35,0	39,2	17,8
weiblich	186	2	200	25,0	27,6	18,0

Bei den männlichen Osteopathen beträgt die mittlere Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche $M= 39,2$; $SD= 17,8$ PatientInnen, der Median $35,0$ PatientInnen. Bei den Osteopathinnen ist ein niedrigerer Mittelwert von $M= 27,6$; $SD= 18,0$ PatientInnen zu beobachten (Median: $25,0$).

5.4.15.2. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Neben den Geschlechtsunterschieden ist ein signifikanter Einfluss der Dauer der osteopathischen Tätigkeit auf die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche erkennbar (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=10,8937$, $df=3$, $p= 0,012$).

Wieder ist es die Gruppe jener Osteopathen/Osteopathinnen, die länger als 10 Jahre osteopathisch tätig ist, die sich von den Osteopathinnen und Osteopathen mit kürzerer Praxis signifikant unterscheidet:

‚bis 3 Jahre‘ vs. ‚>10 Jahre‘
 ‚4-6 Jahre‘ vs. ‚>10 Jahre‘

Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1682$, $p=0,011$
 Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1290,5$, $p=0,002$

Sonstige signifikante Unterschiede wurden nicht beobachtet (Wilcoxon-Rangsummentests: $p_{\min}=0,11$, $W=1343$ zwischen den Kategorien ‚7-10 Jahre‘ und ‚>10 Jahre‘).

In Abbildung 29 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt. In Tabelle 58 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

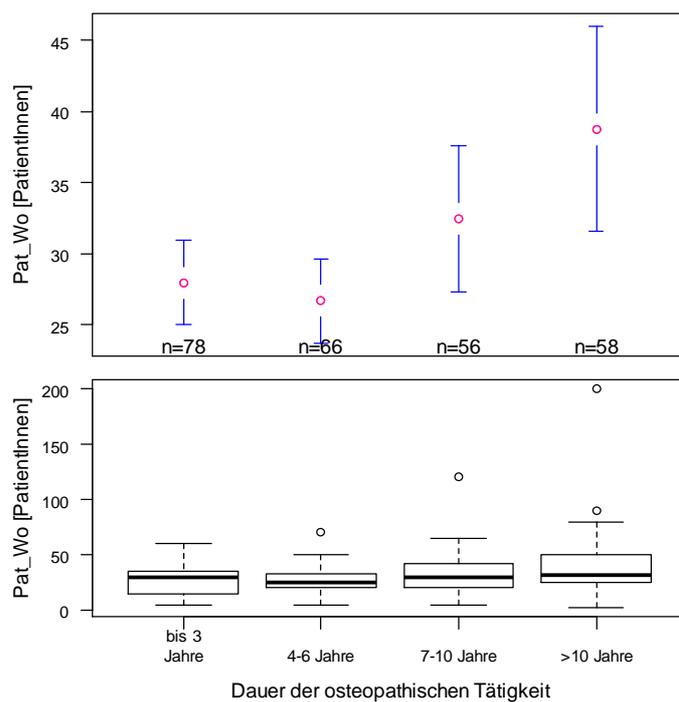


Abbildung 29: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen [PatientInnen].

Tabelle 58: Deskriptive Daten für die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche [PatientInnen] der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Patienten/Patientinnen pro Woche						
Tätigkeitsdauer	n gültig	Min	Max	Median	MW	SD
bis 3 Jahre	78	5	60	30,0	28,0	13,2
4-6 Jahre	66	5	70	25,0	26,7	12,1
7-10 Jahre	56	4	120	30,0	32,4	19,2
>10 Jahre	58	2	200	32,0	38,8	27,5

Während Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Jahren Berufspraxis durchschnittlich 38,8 Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche (SD= 27,5) behandeln (Median 32,0 PatientInnen), beträgt die mittlere Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Arbeitswoche in der Kategorie der bis 3 Jahre osteopathisch Tätigen M= 28,0; SD= 13,2 PatientInnen (Median: 30,0) und in der Kategorie der 4-6 Jahre osteopathisch Tätigen M= 26,7; SD= 12,1 PatientInnen (Median: 25,0).

5.4.15.3. Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Während die Ergebnisse der ANOVA auf einen signifikanten Unterschied zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Basisausbildung hinweisen, gibt es laut Kruskal-Wallis-Test keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2=1,6339$, $df=2$, $p=0,44$), was auch durch weiterführende verteilungsunabhängige Tests (Wilcoxon-Rangsummentests) bestätigt wurde ($p_{\min}=0,25$, $W=1484,5$ beim Vergleich Basisausbildungen Physiotherapie vs. andere als Physiotherapie oder Medizin).

5.4.16. Anzahl neuer Patienten/ Patientinnen pro Arbeitswoche

In Abbildung 30 und Tabelle 59 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach der Anzahl neuer Patienten/ Patientinnen pro Arbeitswoche dargestellt.

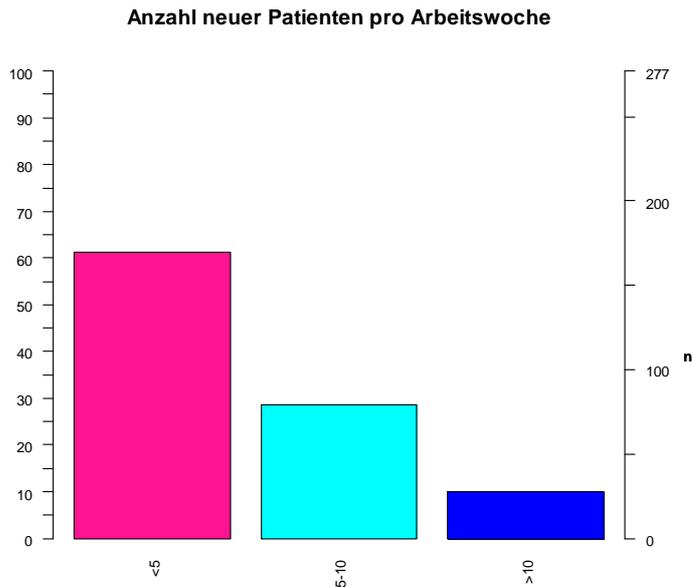


Abbildung 30: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 59: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

neue Patienten/Arbeitswoche	n	% gültig	% total
<5	170	61,4	59,8
5-10	79	28,5	27,8
>10	28	10,1	9,8
fehlend	7		2,5

Die meisten Osteopathen/Osteopathinnen behandeln weniger als fünf neue Patienten/Patientinnen pro Woche (170 Fälle, 61,4%), 79 zwischen fünf und zehn (28,5% der gültigen Fälle). Immerhin 10,1% behandeln mehr als zehn neue Patienten/Patientinnen pro Woche (n=28).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede in der Anzahl neuer Patienten pro Woche zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen und in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen erkennbar.

5.4.16.1. Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen

Wie bereits bei der Gesamtanzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche besteht zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=9923,5$, $p=0,003$).

In Abbildung 31 und Tabelle 60 ist die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage nach der Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt.

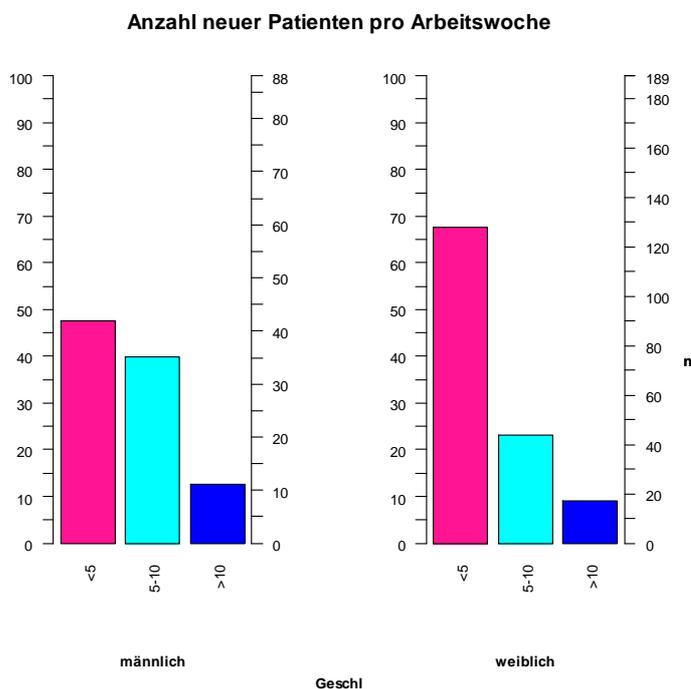


Abbildung 31: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 60: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

neue Patienten/Arbeitswoche	männliche Osteopathen		Osteopathinnen	
	n	% gültig	n	% gültig
<5	42	48	128	67,7
5-10	35	40	44	23,3
>10	11	12	17	9

Während mehr als 2/3 der Osteopathinnen weniger als fünf neue Patientinnen pro Woche behandeln (128 Fälle, 67,7%), sind es bei den männlichen Kollegen nur 48% der gültigen Fälle ($n=42$). Dieser Unterschied spiegelt sich in den Anteilen der

Osteopathinnen und Osteopathen, die zwischen 5 und 10 neue Patienten/Patientinnen pro Woche behandeln wider, während zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen nur geringe Unterschiede im Anteil jener Therapeutinnen und Therapeuten, die mehr als 10 neue Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche behandeln, zu beobachten sind. So behandeln 9% der Osteopathinnen und 12% der Osteopathen mehr als 10 neue Patienten/Patientinnen pro Woche.

5.4.16.2. Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Sowohl ANOVA als auch Kruskal-Wallis-Test weisen auf signifikante Unterschiede in der Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Woche in Abhängigkeit von der Basisausbildung hin (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=6,0843$, $df=2$, $p=0,048$), die jedoch nur zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit grundlegender Physiotherapieausbildung und Medizinstudium bestehen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3213$, $p=0,015$). Weniger als 5 neue Patienten/Patientinnen pro Woche werden von jeweils 64% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung oder einer anderen Basisausbildung als der bereits genannten und von 44% jener Osteopathinnen und Osteopathen mit grundlegendem Medizinstudium behandelt. Mehr als 10 werden von 8,8% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung und von 19% jener mit Medizinstudium behandelt (siehe Tabelle 61).

Tabelle 61: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

neue Patienten/Arbeitswoche	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
<5	146	64	16	44	7	64
5-10	62	27,2	13	36	4	36
>10	20	8,8	7	19	0	0

5.5. Patientenrekrutierung

5.5.1. Empfehlungen

In Abbildung 32 und Tabelle 62 ist ersichtlich, wie häufig Patientinnen und Patienten aufgrund unterschiedlicher Empfehlungen Osteopathen/Osteopathinnen aufsuchen, wobei diese Ergebnisse auf der Schätzung der Osteopathen/Osteopathinnen beruhen.

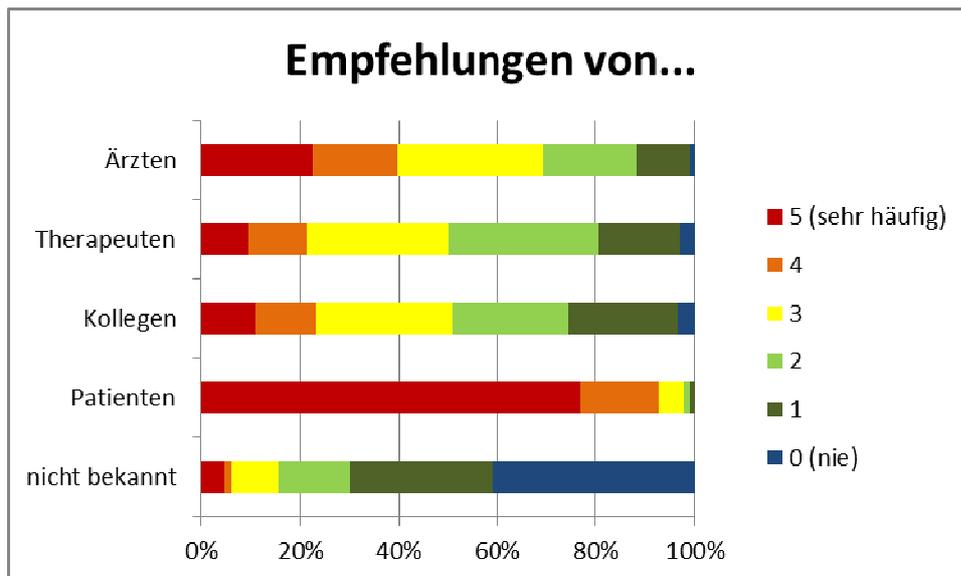


Abbildung 32: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Ärzten, Therapeuten, Kollegen und Patienten auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig).

Tabelle 62: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Ärzten, Therapeuten, Kollegen und Patienten auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) (Häufigkeit der Antworten absolut (n) und prozentuell).

Empfehlungen von...	n					
	0 (nie)	1	2	3	4	5 (sehr häufig)
Ärzten	3	29	52	81	47	61
Therapeuten	8	41	76	72	30	24
Kollegen	8	54	58	67	30	27
Patienten	0	3	3	14	44	213
nicht bekannt	34	24	12	8	1	4
	% gültig					
Ärzten	1,1	10,6	19,0	29,7	17,2	22,3
Therapeuten	3,2	16,3	30,3	28,7	12,0	9,6
Kollegen	3,3	22,1	23,8	27,5	12,3	11,1
Patienten	0,0	1,1	1,1	5,1	15,9	76,9
nicht bekannt	41,0	28,9	14,5	9,6	1,2	4,8

69,2% der Osteopathen/Osteopathinnen geben an, eher häufig bis sehr häufig (Kategorien 3-5) Patienten/Patientinnen auf Empfehlung von Ärzten/Ärztinnen zu bekommen. Hingegen geben nur 50,3%, bzw. 50,9% der Osteopathen/Osteopathinnen an, eher häufig bis sehr häufig Patienten/Patientinnen durch eine Empfehlung von Therapeuten/Therapeutinnen bzw. Kolleginnen oder Kollegen zu bekommen. Bei den Verteilungen der Antworten gibt es lediglich zwischen den Kategorien 1 und 2 Unterschiede zwischen diesen beiden

Berufsgruppen, wonach Empfehlungen durch Kollegen/Kolleginnen seltener erfolgen als solche durch andere Therapeutinnen und Therapeuten.

Am weitaus häufigsten werden jedoch überdurchschnittlich häufige Empfehlung von Patienten/Patientinnen (97,8%) angeführt.

Etwas mehr als drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen geben an, dass Empfehlungen von Patienten/Patientinnen sehr häufig vorkommen (Kategorie 5), sehr häufige Empfehlungen von Ärzten/Ärztinnen werden von 22% der Osteopathinnen und Osteopathen genannt.

Nur 16% der Osteopathen/Osteopathinnen geben an, überdurchschnittlich häufig bis sehr häufig nicht zu wissen, auf welche Empfehlung hinauf Patienten/Patientinnen zu ihnen kommen, wobei die Kategorie ‚sehr häufig‘ von lediglich 5% der Osteopathinnen und Osteopathen verwendet wurde.

In den ergänzenden Antworten auf die Frage wie, bzw. wodurch Patientinnen und Patienten zu den Osteopathen/Osteopathinnen kommen, wurde die Antwort „Homepage/Internet“ am häufigsten gegeben (n=40). Sechs Osteopathen/Osteopathinnen gaben Empfehlungen durch Hebammen an, vier krankenhauserne Empfehlungen (bzw. Empfehlungen durch Pflegepersonal), jeweils drei (Print-)medien und das Telefonbuch, zwei Bekannte und einer/eine das Praxisschild.

5.5.1.1. Häufigkeit von Empfehlungen in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region

Empfehlungen von Patienten/Patientinnen werden von den Osteopathen/Osteopathinnen in Ostösterreich signifikant seltener genannt, als von ihren westösterreichischen Kolleginnen und Kollegen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=5264,5$, $p= 0,015$) und auch deutlich, wenn auch nicht signifikant seltener als in Südösterreich (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2740,5$, $p= 0,075$). Zwischen Südösterreich und Westösterreich besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von Empfehlungen von Patienten/Patientinnen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2505$, $p= 0,91$).

Sehr häufige Empfehlungen durch Patienten/Patientinnen werden von 82% bzw. 83% der süd- und westösterreichischen Osteopathen/Osteopathinnen angeführt, jedoch nur von 69% der ostösterreichischen. Die Kategorien 1 und 2, die seltene Empfehlungen kennzeichnen, werden ausschließlich von ostösterreichischen

Osteopathen/Osteopathinnen verwendet (insgesamt 4%). Die Kategorie „0 (nie)“ wurde hingegen von keinem einzigen der Osteopathinnen und Osteopathen angeführt (siehe Tabelle 63).

Tabelle 63: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Patienten/Patientinnen auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) durch Osteopathinnen und Osteopathen in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (Häufigkeit der Antworten absolut (n) und prozentuell).

Empfehlung:	Ostösterreich		Südösterreich		Westösterreich	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
0 (nie)	0	0	0	0	0	0
1	3	2	0	0	0	0
2	3	2	0	0	0	0
3	7	6	3	6	4	4
4	25	20	6	12	13	13
5 (sehr häufig)	86	69	42	82	82	83

Auch hinsichtlich der Häufigkeit von Unkenntnis über Empfehlungen hebt sich Ostösterreich zumindest deutlich von den beiden anderen Regionen ab (Ost- vs. Westösterreich: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=664$, $p= 0,063$; Ost- vs. Südösterreich: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=456,5$, $p= 0,005$), während die Auswahl der Antworten in Süd- und Westösterreich wieder ähnlich ist (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=193,5$, $p= 0,54$). In Ostösterreich gaben nur 26% der Osteopathen/Osteopathinnen an, immer zu wissen, über welche Empfehlungen die Patienten/Patientinnen zu ihnen kommen, während in West- und Südösterreich jeweils 56% Kenntnis darüber aufweisen. In Südösterreich wurde von keinem Osteopathen/keiner Osteopathin mit einer Kategorie größer als „2“ geantwortet, die überdurchschnittliche Unkenntnis ausdrückten (siehe Tabelle 64).

Tabelle 64: Einschätzung der Häufigkeit der Unkenntnis über Empfehlungen auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) durch Osteopathinnen und Osteopathen in West-, Ost- und Südösterreich (Häufigkeit der Antworten absolut (n) und prozentuell).

Empfehlung:	Ostösterreich		Südösterreich		Westösterreich	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
keine Ahnung						
0 (nie)	10	26	9	56	15	56
1	12	31	6	38	5	19
2	9	23	1	6	2	7
3	6	15	0	0	2	7
4	0	0	0	0	1	4
5 (sehr häufig)	2	5	0	0	2	7

5.5.1.2. Häufigkeit von Empfehlungen durch in Praxisgemeinschaften und in Einzelpraxen arbeitende Osteopathen/Osteopathinnen

Die Häufigkeit von Empfehlungen durch Kollegen wird von in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen als signifikant geringer eingeschätzt, als von ihren in Gemeinschaftspraxen arbeitenden Kolleginnen und Kollegen. Die Kategorien 2-5 auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) werden anteilmäßig von mehr im Team arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen genannt, als von alleine arbeitenden. Von diesen geben 5% an, nie Patienten/Patientinnen auf Empfehlung von Kolleginnen oder Kollegen zu behandeln (Kategorie 0-„nie“) und 32% sehr selten (Kategorie 1). Diese Kategorien werden von 2,4% bzw. 17,5% der im Team Arbeitenden zur Beantwortung der Frage genutzt (siehe Tabelle 65).

Tabelle 65: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Kollegen/Kolleginnen auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) durch in Gemeinschaftspraxen bzw. Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen (Häufigkeit der Antworten absolut (n) und prozentuell).

Empf_Koll	Einzelpraxis		Gemeinschaftspr.	
	n	% gültig	n	% gültig
0 (nie)	4	5	4	2,4
1	25	32	29	17,5
2	18	23	40	24,1
3	19	25	47	28,3
4	7	9	23	13,9
5 (sehr häufig)	4	5	23	13,9

5.5.1.3. Häufigkeit von Empfehlungen in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Die Häufigkeit von Empfehlungen durch Ärzte/Ärztinnen hängen signifikant von der Basisausbildung ab (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=9,3084$, $df=2$, $p=0,0095$). Dabei unterscheiden sich die Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung von jenen, die eine andere Basisausbildung als eine Medizinstudium oder eine Physiotherapieausbildung aufweisen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1811,5$, $p=0,007$). Deutlich jedoch nicht signifikant ist der Unterschied zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit grundlegender Physiotherapieausbildung und Medizinstudium (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=4706$, $p=0,099$). Während 23% der Osteopathinnen und Osteopathen mit grundlegender Physiotherapieausbildung angaben, sehr häufig mit Patienten/Patientinnen auf Empfehlung von Ärztinnen oder Ärzten konfrontiert zu

sein gaben das nur 9% jener Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Ausbildung als Physiotherapie oder Medizin an (siehe Tabelle 66).

Tabelle 66: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Ärzten/Ärztinnen auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (Häufigkeit der Antworten absolut (n) und prozentuell).

Empf_Ärzt	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
0 (nie)	2	0,9	1	3	0	0
1	18	8	7	19	4	36
2	43	19,2	6	17	3	27
3	65	29	11	31	3	27
4	43	19,2	4	11	0	0
5 (sehr häufig)	53	23,7	7	19	1	9

5.5.2. Werbemaßnahmen

In Tabelle 67 sind die explizit im Fragebogen genannten Werbemittel in absteigender Häufigkeit der Nennungen zusammengefasst.

Tabelle 67: Häufigkeit des Einsatzes unterschiedlicher Werbemaßnahmen (Häufigkeit der Antworten absolut (n) und prozentuell bezogen auf die Gesamtzahl der Antworten und der Osteopathen/Osteopathinnen, die diese Frage beantworteten).

	n	% der Antworten (N=990)	% der Osteopathen (N=278)
Eintragung in Listen (WSO, ÖGO, usw.)	207	20,9	74,5
Visitenkarten	206	20,8	74,1
Türschild	186	18,8	66,9
Homepage	135	13,6	48,6
Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten	122	12,3	43,9
Folder	111	11,2	39,9
Inserate	13	1,3	4,7
Fachpublikationen	10	1,0	3,6

Darüber hinaus wurden von den Osteopathinnen und Osteopathen die in

Tabelle 68 ersichtlichen Werbemaßnahmen, bzw. Gründe für den Patienten-/ Patientinnenzustrom genannt.

Tabelle 68: Häufigkeit des Einsatzes zusätzlicher Werbemaßnahmen (Häufigkeit der Antworten absolut (n) und prozentuell bezogen auf die Gesamtzahl der Antworten und der Osteopathen/Osteopathinnen, die diese Frage beantworteten).

	n	% der Nennungen (N=49)	% der Osteopathen (N=278)
Mundpropaganda	22	44,9	7,9
keine Aktivität	7	14,3	2,5
Telefonbuch	7	14,3	2,5
Vorträge	5	10,2	1,8
öffentliches Engagement (Gesundheitstage o.ä.)	4	8,2	1,4
mediale Präsenz	3	6,1	1,1
Straßenschild	1	2,0	0,4

Mehr als die Hälfte der Osteopathen/Osteopathinnen gaben an, in Listen eingetragen zu sein (74,5%), sowie über Visitenkarten (74,1%) und Türschilder (66,9%) zu verfügen. Über eine Homepage verfügen 48,6% der Osteopathen/Osteopathinnen. Mit umliegenden Ärzten arbeiten 43,9% der Osteopathinnen und Osteopathen zusammen und über Folder verfügen 39,9%. Insetrate und Fachpublikationen werden nur von einem geringen Prozentsatz der Osteopathen/Osteopathinnen als Mittel um auf sich aufmerksam zu machen verwendet (4,7% bzw. 3,6%). Häufiger wurde die nicht explizit angeführte Kategorie „Mundpropaganda“ angeführt, die von 7,9% der Osteopathen/Osteopathinnen in das zusätzliche Textfeld eingetragen wurde.

In den folgenden Unterkapiteln werden die Werbemaßnahmen, bei denen in der ANOVA signifikante Abhängigkeiten von den untersuchten unabhängigen Variablen zu beobachten sind (siehe Anlage 5) näher betrachtet.

5.5.2.1. Homepage

Das Arbeitsverhältnis hat einen Einfluss auf die Nutzung einer Homepage. So besteht zwischen den ausschließlich freiberuflich tätigen und den sowohl freiberuflich als auch angestellten Osteopathen/Osteopathinnen ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung einer Homepage (χ^2 -Test: $\chi^2=7,122$, $df=1$, $p=0,008$). Letztere unterscheiden sich jedoch nicht von ausschließlich Angestellten (Exakter Test nach Fisher: $p=0,67$) und auch zwischen ausschließlich freiberuflich tätigen und rein angestellten Osteopathen/Osteopathinnen besteht kein signifikanter Unterschied (Exakter Test nach Fisher: $p=0,32$).

52,3% der rein freiberuflich Tätigen (124 von 237), 33% der ausschließlich angestellt Tätigen (3 von 9) und 24% der sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen (7 von 29) nutzen eine Homepage.

Zwischen alleine und im Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung einer Homepage (χ^2 -Test: $\chi^2=18,1483$, $df=1$, $p= 0,00002$). 107 der 183 in einem Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen (58,5%) nutzen eine Homepage, während bei den in einer Einzelpraxis arbeitenden nur 28 der 92 (30%) darüber verfügen.

Die Basisausbildung hat keinen signifikanten Einfluss darauf, ob eine Homepage genutzt wird. Am deutlichsten unterscheiden sich jene Osteopathen/Osteopathinnen, die ein Medizinstudium und jene, die eine Physiotherapieausbildung absolviert haben (χ^2 -Test: $\chi^2=3,3841$, $df=1$, $p= 0,07$). Während 52,6% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung (120 von 228) eine Homepage nutzen, sind es nur drei von 11 (27%) jener Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung.

ÖGO-Mitglieder verfügen signifikant häufiger über eine Homepage als Nichtmitglieder (χ^2 -Test: $\chi^2=10,7165$, $df=1$, $p= 0,001$). Während 59% der ÖGO-Mitglieder über eine Homepage verfügen (84 von 142), sind es nur 39% der Nichtmitglieder (51 von 132).

5.5.2.2. Folder

Folder werden ebenfalls von Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Einzelpraxis arbeiten seltener genutzt als von im Team arbeitenden (χ^2 -Test: $\chi^2=12,6146$, $df=1$, $p= 0,0004$). 48,1% der im Team arbeitenden (88 von 183), jedoch nur 25% der alleine arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen (23 von 92) verfügen über einen Folder.

5.5.2.3. Zusammenarbeit mit Ärzten

Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, arbeiten signifikant häufiger mit umliegenden Ärztinnen und Ärzten zusammen als in einer Einzelpraxis tätige (χ^2 -Test: $\chi^2=4,2214$, $df=1$, $p= 0,04$).

48,6% der im Team arbeitenden (89 von 183), jedoch nur 35% der alleine arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen (32 von 92) kooperieren mit umliegenden Ärzten.

Auch in der Zusammenarbeit mit Ärzten gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit den Basisausbildungen Physiotherapie oder Medizinstudium (χ^2 -Test: $\chi^2=10,9793$, $df=1$, $p= 0,0009$). So kooperieren 48,7% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung mit umliegenden Ärzten/Ärztinnen (111 von 128) und nur 17% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium (3 von 11).

5.5.2.4. Türschild

Zwischen ausschließlich angestellt tätigen und sowohl rein angestellt tätigen Osteopathinnen und Osteopathen, als auch Osteopathen/Osteopathinnen in Arbeitsverhältnis und Freiberuflichkeit bestehen signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nutzung eines Türschilds (Exakter Test nach Fisher: $p=0,005$, bzw. χ^2 -Test: $\chi^2=4,8743$, $df=1$, $p= 0,03$). Zwischen ausschließlich angestellten und sowohl angestellten als auch freiberuflich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen besteht hingegen kein signifikanter Unterschied (Exakter Test nach Fisher: $p=0,25$).

So gaben 70,5% der rein freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen (167 von 237), 22% der ausschließlich Angestellten (2 von 9) und 48% der sowohl freiberuflich als auch angestellt Tätigen (14 von 29) an, über ein Türschild zu verfügen.

Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, verfügen häufiger über ein Türschild als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind (χ^2 -Test: $\chi^2=10,7234$, $df=1$, $p= 0,001$). Während 73,8% der im Team arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen angaben, dass ihre Praxis über ein Türschild verfüge (135 der 183 Antworten), gaben nur 53% der in einer Einzelpraxis Tätigen (49 von 92) an, ein Türschild zu nutzen.

5.5.2.5. Visitenkarten

Visitenkarten werden vorwiegend von freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen genutzt (77,2%, 183 von 237). Von den sowohl angestellten als auch freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen verfügen 62% über Visitenkarten (18 von 29) und von den rein angestellten 22% (2 von 9). Der Unterschied zwischen rein freiberuflich Tätigen und Angestellten ist signifikant (Exakter Test nach Fisher: $p=0,001$), der zwischen Angestellten und sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätigen zumindest deutlich (Exakter Test nach

Fisher: $p=0,058$). Zwischen den ausschließlich freiberuflich tätigen und sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen besteht kein signifikanter Unterschied in der Nutzung von Visitenkarten (χ^2 -Test: $\chi^2=2,4423$, $df=1$, $p=0,12$).

Die Nutzung von Visitenkarten hängt auch signifikant davon ab, ob die Osteopathen/Osteopathinnen in einer Einzelpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten (χ^2 -Test: $\chi^2=5,1188$, $df=1$, $p=0,02$). 78,7% der im Team arbeitenden und 65% der alleine tätigen Osteopathinnen und Osteopathen nutzen Visitenkarten (144 von 183 bzw. 60 von 92).

Zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern besteht ein signifikanter Unterschied in der Nutzung von Visitenkarten (χ^2 -Test: $\chi^2=5,8619$, $df=1$, $p=0,02$). 80% der ÖGO-Mitglieder (114 von 142) und 67% der Nichtmitglieder (88 von 132) verfügen über Visitenkarten.

5.5.2.6. Verbandslisten

Verbandslisten werden von signifikant weniger angestellten Osteopathinnen und Osteopathen (22%; 2 von 9) genutzt als von freiberuflich tätigen (74,68%, 177 von 237) oder sowohl angestellten, als auch freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen, von denen 86% (25 von 29) diese nutzen (angestellt vs. beides: Exakter Test nach Fisher: $p=0,0007$; angestellt vs. freiberuflich tätig: Exakter Test nach Fisher: $p=0,002$). Hingegen besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den ausschließlich freiberuflich Tätigen und jenen Osteopathinnen und Osteopathen, die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig sind (χ^2 -Test: $\chi^2=1,3001$, $df=1$, $p=0,25$).

In einer Gemeinschaftspraxis tätige Osteopathinnen und Osteopathen nutzen signifikant häufiger Verbandslisten als ihre in Einzelpraxen tätigen Kollegen/Kolleginnen (χ^2 -Test: $\chi^2=4,3171$, $df=1$, $p=0,04$). 78,7%, der im Team tätigen (144 von 183) und 66% der alleine tätigen Osteopathinnen und Osteopathen (61 von 92) gaben die Eintragung in Listen als Werbemittel an.

ÖGO-Mitglieder unterscheiden sich signifikant in der Eintragung in Listen von Nichtmitgliedern (χ^2 -Test: $\chi^2=14,5879$, $df=1$, $p=0,0001$). Während 85% der ÖGO-Mitglieder (120 von 142) angaben, die Eintragung in Listen als Werbemittel zu sehen, sind es nur 64% der Nichtmitglieder (84 von 132)

5.5.2.7. Fachpublikationen

Der Hinweis aus der ANOVA auf einen signifikanten Unterschied in den Häufigkeit der Erstellung von Fachpublikationen zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen wird durch einen exakten Test nach Fisher nicht bestätigt ($p=0,08$), ist aber – sieht man von der kleinen Anzahl der Nennungen ab - deutlich. Insgesamt gaben nur zehn Osteopathen/Osteopathinnen an (vier Frauen, 2,1% und sechs Männer, 7%), dass sie Fachpublikationen als Instrument zur Patientenrekrutierung ansehen.

5.5.2.8. Andere Werbemaßnahmen

Ausschließlich freiberuflich tätige Osteopathinnen und Osteopathen nutzen andere Werbemaßnahmen signifikant seltener als ihre rein angestellten aber auch ihre zusätzlich angestellten Kollegen/Kolleginnen (Exakter Test nach Fisher: $p=0,006$, bzw. $p=0,03$). Zwischen den ausschließlich angestellten und den sowohl angestellten als auch freiberuflich Tätigen besteht kein signifikanter Unterschied (Exakter Test nach Fisher: $p=0,25$). So nutzen 14,4% der freiberuflich tätigen (34 von 237), 31% der zusätzlich angestellten (9 von 29) und 56% der angestellten Osteopathinnen und Osteopathen (5 von 9) andere Werbemaßnahmen.

5.6. Preise und Arbeitszeit

5.6.1. Preis für Erstkonsultation

Etwas mehr als die Hälfte der Osteopathen/Osteopathinnen verlangen für die Erstkonsultation unter 75 Euro (141 Fälle, 51,6%), 42,5% zwischen 75 und 100 Euro ($n=116$). Am seltensten wurde mit 'mehr als 100 Euro' geantwortet (16 gültige Fälle, 5,9%, siehe Tabelle 69).

Tabelle 69: Preis für Erstkonsultation (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

EK_Preis	n	% gültig	% total
unter 75 Euro	141	51,6	49,6
75-100 Euro	116	42,5	40,8
mehr als 100 Euro	16	5,9	5,6
fehlend (abh)	11		3,9

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in der Preisgestaltung für die Erstkonsultation in Abhängigkeit vom Geschlecht der

Osteopathen/Osteopathinnen, von der osteopathischen Tätigkeitsdauer und von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten.

5.6.1.1. Preis für Erstkonsultation von weiblichen und männlichen Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Preisgestaltung für die Erstkonsultation (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=10465,5$, $p=0,00001$).

In Abbildung 33 und Tabelle 70 ist die Häufigkeitsverteilung der Osteopathen/Osteopathinnen, die unter 75 Euro, zwischen 75 und 100 Euro und über 100 Euro für die Erstkonsultation verlangen, von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt.

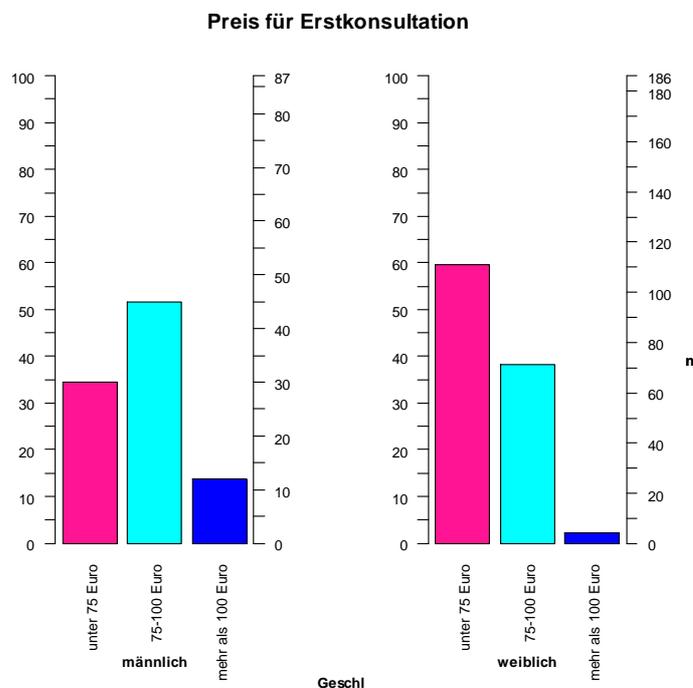


Abbildung 33: Preis für Erstkonsultation von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 70: Preis für Erstkonsultation bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Preis für Erstkonsultation	männlich		weiblich	
	n	% gültig	n	% gültig
unter 75 Euro	30	34	111	59,7
75-100 Euro	45	52	71	38,2
mehr als 100 Euro	12	14	4	2,2

Während drei der männlichen Osteopathen (1,0%) keine Antwort auf diese Frage gaben, sind es acht von den Osteopathinnen (2,8%).

Bei den Osteopathinnen ist ein Preis unter 75 Euro für die Erstkonsultation am häufigsten zu beobachten (111 Fälle, 59,7%), bei den männlichen Kollegen hingegen nur in 30 Fällen (34%). Am häufigsten wird von den männlichen Osteopathen ein Preis von 75-100 Euro verlangt (45 Fälle, 52%). Diese Preiskategorie kommt bei den Frauen nur in 71 Fällen vor (38,2%). Auch bei der teuersten Kategorie, die Preise von mehr als 100 Euro zusammenfasst, ist der Anteil der männlichen Osteopathen höher als jener der Osteopathinnen (14% vs. 2,2%).

5.6.1.2. Preis für Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Ein Kruskal-Wallis-Test weist auf einen signifikanten Einfluss der Dauer der osteopathischen Tätigkeit auf die Preisgestaltung für die Erstkonsultation hin ($\chi^2=32,03$, $df=3$, $p<0,00001$).

Weiterführende Untersuchungen mit Wilcoxon-Rangsummentests zeigen signifikante Unterschiede zwischen folgenden Kategorien der unabhängigen Variable Dauer der osteopathischen Tätigkeit:

'bis 3 Jahre' und '>10 Jahre'	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1259$, $p<0,00001$
'bis 3 Jahre' und '7-10 Jahre'	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1472$, $p= 0,0003$
'4-6 Jahre' und '>10 Jahre'	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1308$, $p= 0,0001$
'4-6 Jahre' und '7-10 Jahre'	Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1501$, $p= 0,014$

Keine signifikanten Unterschiede bestehen hingegen zwischen den Kategorien 'bis 3 Jahre' und '4-6 Jahre' (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2328,5$, $p= 0,22$) und zwischen den Kategorien '7-10 Jahre' und '>10 Jahre' (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1468$, $p= 0,14$).

In Abbildung 34 und Tabelle 71 ist die Preisgestaltung für die Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt.

Preis für Erstkonsultation

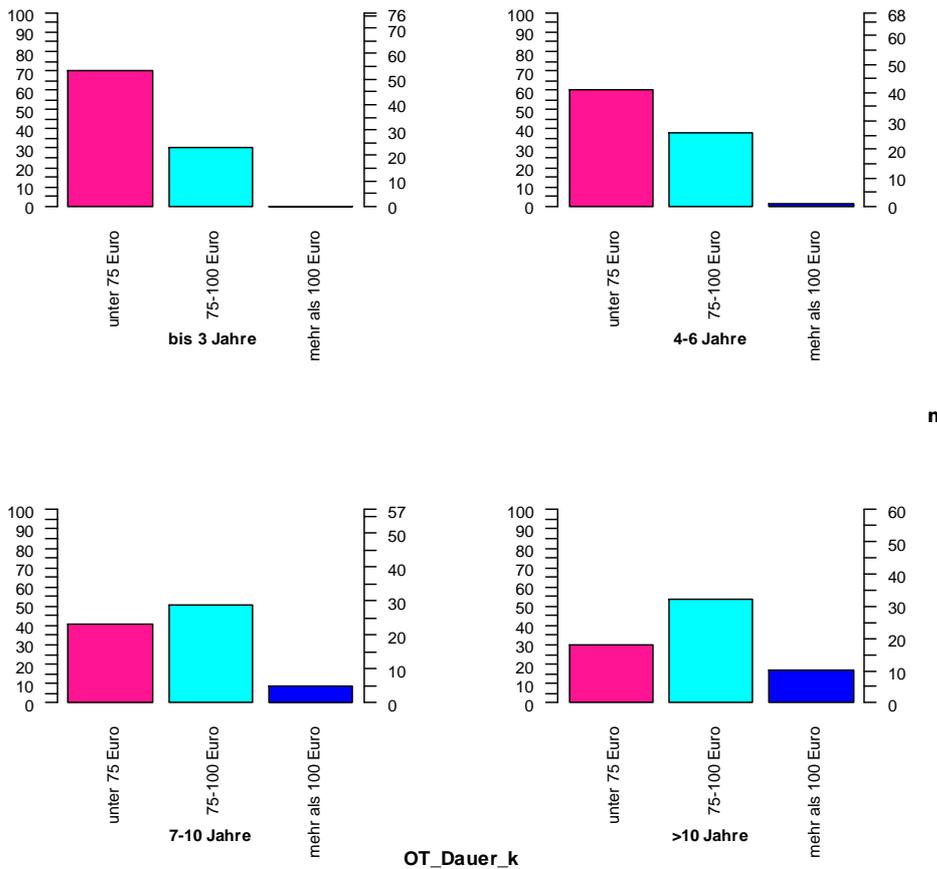


Abbildung 34: Preis für Erstkonsultation der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 71: Preis für Erstkonsultation der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
Preis für Erstkonsultation	n	%	n	%	n	%	n	%
unter 75 Euro	53	70	41	60	23	40	18	30
75-100 Euro	23	30	26	38	29	51	32	53
mehr als 100 Euro	0	0	1	1	5	9	10	17

Während 70% der Osteopathinnen und Osteopathen mit bis zu drei Jahre osteopathischer Berufspraxis unter 75 Euro für die Erstkonsultation verlangen (53 Fälle), sind es bei jenen, die 7-10 Jahre osteopathisch tätig sind 40% (n=23) und bei jenen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Tätigkeit nur mehr 30% (n=18).

Konträr dazu nimmt der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die mehr als 100 Euro für die Erstkonsultation verlangen, mit der Dauer der osteopathischen Tätigkeit zu. So gibt es keinen Osteopathen/keine Osteopathin mit bis zu drei Jahren

osteopathischer Berufspraxis, die über 100 Euro verlangt, bei den Osteopathinnen mit 4-6 Jahren Berufspraxis ist es ein Respondent (1%), bei jenen, die bereits 7-10 Jahre osteopathisch tätig sind, sind es hingegen bereits 9% und bei allen, die eine noch längere osteopathische Berufspraxis aufweisen, 17%.

5.6.1.3. Preis für Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Basisausbildung in Physiotherapie und jenen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung besteht ein signifikanter Unterschied im Preis für die Erstkonsultation (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 1762$, $p < 0,0001$). Ebenso ist zwischen letzteren und Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Ausbildung als den beiden genannten, ein signifikanter Unterschied festzustellen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 280,5$, $p = 0,0017$).

Während 31% der Osteopathinnen und Osteopathen, die ein Medizinstudium als Basisausbildung aufweisen über 100 Euro für die Erstkonsultation verlangen, sind es von jenen mit einer Physiotherapieausbildung nur 2,6% und keiner/keine der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung (siehe Tabelle 72). Umgekehrt sind nur 16% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium billiger als 75 Euro, während 55,7% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung und 7 von 11 (64%) der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung weniger als 75 Euro für die Erstkonsultation verlangen.

Tabelle 72: Preis für Erstkonsultation bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Preis für Erstkonsultation	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
unter 75 Euro	127	55,7	5	16	7	64
75-100 Euro	95	41,7	17	53	4	36
mehr als 100 Euro	6	2,6	10	31	0	0

5.6.2. Preis für Folgetermine

Etwa zwei Drittel der Osteopathen/Osteopathinnen verlangen für einen Folgetermin unter 75 Euro (182 Fälle, 67,4%), in die Kategorie '75-100 Euro' fallen 81 der Antworten (30% der gültigen Fälle). Am seltensten werden mehr als 100 Euro verlangt (sieben gültige Fälle, 2,6%, siehe Tabelle 73).

Tabelle 73: Preis für Folgetermine (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Preis für Folgetermine	n	% gültig	% total
unter 75 Euro	182	67,4	64,1
75-100 Euro	81	30,0	28,5
mehr als 100 Euro	7	2,6	2,5
fehlend (abh)	14		4,9

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in der Preisgestaltung für Folgetermine in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen, von der osteopathischen Tätigkeitsdauer und von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten. Ebenfalls signifikante Unterschiede sind zwischen den drei geographischen (NUTS1) Regionen erkennbar.

5.6.2.1. Preis für Folgetermine von weiblichen und männlichen Osteopathen

Wie schon beim Preis für die Erstkonsultation unterscheiden sich auch die männlichen und weiblichen Osteopathen signifikant im Preis für Folgetermine (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=10046,5$, $p=0,00001$).

In Abbildung 35 und Tabelle 74 sind die Häufigkeitsverteilungen der Osteopathinnen und Osteopathen, die für Folgetermine weniger als 75 Euro, zwischen 75 und 100 Euro und über 100 Euro verlangen, gegenübergestellt.

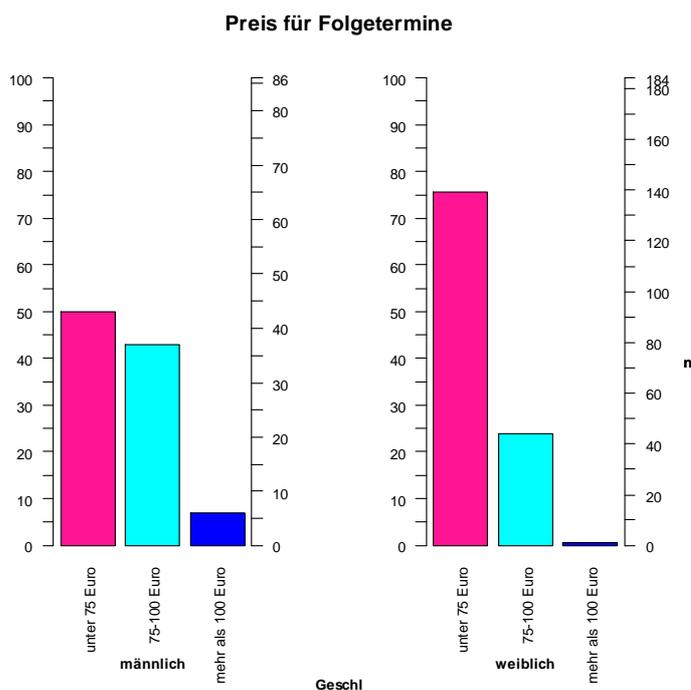


Abbildung 35: Preis für Folgetermine bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 74: Preis für Folgetermine bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Preis für Folgetermine	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
unter 75 Euro	43	50	139	75,5
75-100 Euro	37	43	44	23,9
mehr als 100 Euro	6	7	1	0,5

Jeweils zehn weibliche und männliche Osteopathen gaben bei dieser Frage keine Antwort (jeweils 3,5%).

Während drei Viertel der Osteopathinnen unter 75 Euro für den Folgetermin verlangen (139 Fälle, 75,5%), sind es von den männlichen Osteopathen 50% (n=43). Mehr als 100 Euro verlangen nur 0,5% (n=1) der Frauen, von den männlichen Osteopathen sind es 7% (n=6).

5.6.2.2. Preis für Folgetermine in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Auch die Dauer der osteopathischen Tätigkeit hat einen Einfluss auf die Preisgestaltung für Folgetermine. (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=23,8989$, $df=3$, $p=0,000026$). Wieder sind es die Osteopathen/Osteopathinnen aus den beiden Gruppen mit jeweils der kürzesten Dauer der osteopathischen Tätigkeit (bis 6 Jahre), die sich von den beiden Gruppen mit der längsten Dauer (mehr als 7 Jahre) signifikant unterscheiden:

'bis 3 Jahre' und '7-10 Jahre'

Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1491$, $p=0,0001$

'bis 3 Jahre' und '>10 Jahre'

Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1484,5$, $p=0,0001$

'4-6 Jahre' und '7-10 Jahre'

Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1452$, $p=0,004$

'4-6 Jahre' und '>10 Jahre'

Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1444$, $p=0,003$

Die Osteopathen/Osteopathinnen aus den Kategorien 'bis 3 Jahre' und '4-6 Jahre', wie auch aus den Kategorien '7-10 Jahre' und '>10 Jahre' unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des Preises für Folgetermine (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2418$, $p=0,34$ bzw. $W=1611$, $p=0,93$).

In Abbildung 36 und Tabelle 75 ist die Preisgestaltung für Folgetermine in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt.

Preis für Folgetermine

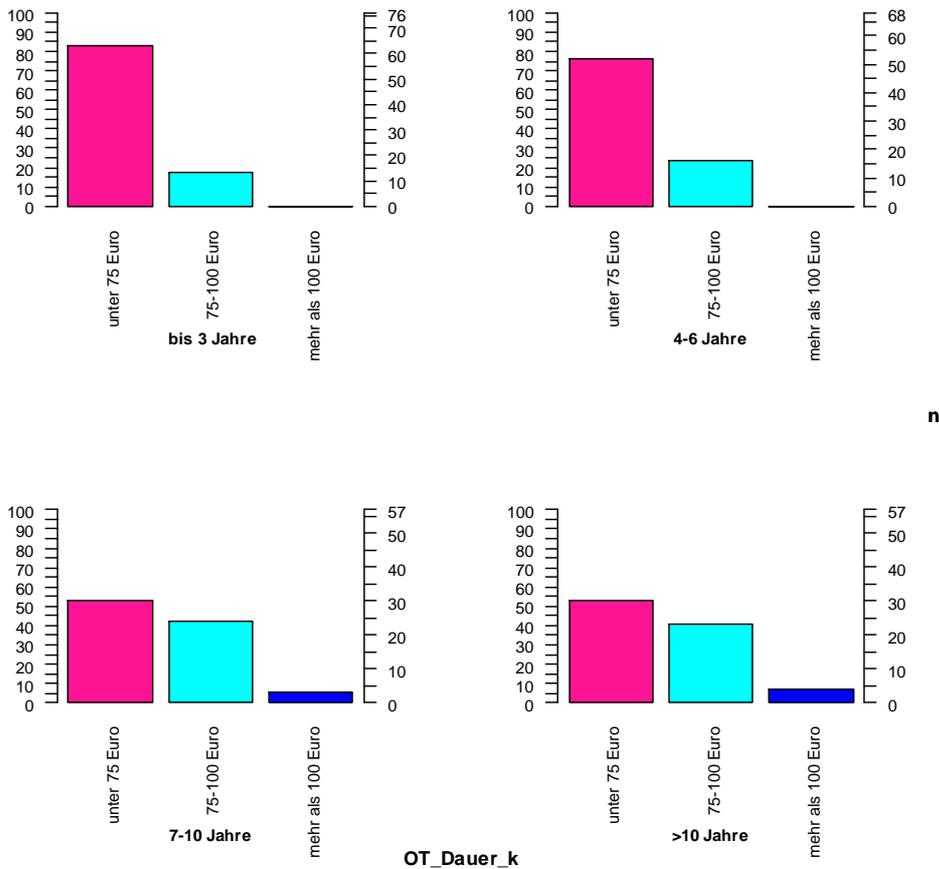


Abbildung 36: Preis für Folgetermine der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 75: Preis für Folgetermine der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
Preis für Folgetermine	n	%	n	%	n	%	n	%
unter 75 Euro	63	83	52	76	30	53	30	53
75-100 Euro	13	17	16	24	24	42	23	40
mehr als 100 Euro	0	0	0	0	3	5	4	7

Preise unter 75 Euro für den Folgetermin werden zwar in allen Kategorien der Tätigkeitsdauer am häufigsten genannt, jedoch sinkt der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen von der Kategorie 'bis 3 Jahre' von 83% (63 Fälle) auf jeweils 53% in den Kategorien '7-10 Jahre' und '>10 Jahre' ab. Andererseits verlangt keiner der Osteopathen/Osteopathinnen aus den Kategorien 'bis 3 Jahre' und '4-6 Jahre' mehr als 100 Euro für den Folgetermin, während bei 5% der Osteopathen/Osteopathinnen mit 7-10 Jahren und 7% der

Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Praxis mehr als 100 Euro pro Folgetermin zu bezahlen sind.

5.6.2.3. Preis für Folgetermine in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region

Südösterreich hebt sich sowohl von Ost- als auch Westösterreich signifikant im Preis für Folgetermine ab (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3777$, $p= 0,0009$, bzw. $W=1779$, $p= 0,001$), während zwischen Ost- und Westösterreich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Preisgestaltung für Folgetermine festgestellt werden kann (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=5764,5$, $p= 0,99$). Während in Ost- und Westösterreich jeweils 62% der Osteopathinnen und Osteopathen unter 75 Euro für den Folgetermin verlangen (siehe Tabelle 76), sind es in Südösterreich 88%. Mehr als 100 Euro werden hier von keinem Osteopathen/keiner Osteopathin verlangt, während in den beiden anderen Regionen jeweils 3% mehr als 100 Euro für den Folgetermin verrechnen.

Tabelle 76: Preis für Folgetermine in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Preis für Folgetermine	Ostösterreich		Südösterreich		Westösterreich	
	n	%	n	%	n	%
unter 75 Euro	75	62	44	88	60	62
75-100 Euro	41	34	6	12	33	34
mehr als 100 Euro	4	3	0	0	3	3

5.6.2.4. Preis für Folgetermine in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Laut ANOVA (siehe Anlage 5) und Kruskal-Wallis-Test gibt es signifikante Unterschiede in der Preisgestaltung für Folgetermine in Abhängigkeit von der Basisausbildung ($\chi^2=20,6526$, $df=2$, $p= 0,000033$). Konkret sind, wie auch bei der Erstkonsultation, zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Basisausbildung in Physiotherapie und jenen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung signifikante Unterschiede im Preis für die Folgekonsultation erkennbar (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 2068$, $p<0,0001$). Ebenso ist zwischen letzteren und Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Ausbildung als den beiden genannten, ein signifikanter Unterschied festzustellen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 244$, $p= 0,019$). Annähernd drei Viertel der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung in Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung als

Physiotherapie oder Medizin (71,7% bzw. 73%) verlangen weniger als 75 Euro für die Folgekonsultation (siehe Tabelle 77). Von den Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium verlangen nur 32% weniger als 75 Euro. Dafür sind 10% teurer als 100 Euro, was bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit grundlegender Physiotherapieausbildung nur in 1,8% der Fälle vorkommt und in der dritten Gruppe nie.

Tabelle 77: Preis für Folgetermine bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Preis für Folgetermine	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
unter 75 Euro	162	71,7	10	32	8	73
75-100 Euro	60	26,6	18	58	3	27
mehr als 100 Euro	4	1,8	3	10	0	0

5.6.3. Soziale Staffelung

Eine soziale Staffelung der Behandlungspreise wird von jedem zweiten Osteopathen/jeder zweiten Osteopathin durchgeführt (jeweils n= 137, 50%, siehe Tabelle 78).

Tabelle 78: Soziale Staffelung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Soziale Staffelung	n	% gültig	% total
nein	137	50,0	48,2
ja	137	50,0	48,2
fehlend (abh)	10		3,5

Nach nachträglicher Kategorisierung können die in Tabelle 79 in absteigender Reihenfolge der Nennungshäufigkeit zusammengefassten Kriterien für eine soziale Staffelung aus den ergänzenden Textantworten abgeleitet werden, wobei oftmals mehrere Kriterien von ein und demselben Osteopathen/ein und derselben Osteopathin genannt wurden. Teilweise ähneln sich manche Kategorien auf den ersten Blick sehr stark, jedoch konnte aus den frei gestalteten Antworten keine genauere Zuordnung gemacht werden, ohne Informationen zu verlieren oder eigene Interpretationen einfließen zu lassen. Während beispielsweise beim Kriterium Einkommen lediglich der Verdienst, jedoch nicht notwendigerweise die Familiengröße und außergewöhnliche finanzielle Belastungen (z.B. Schulden, Alimente, etc.) berücksichtigt werden, werden beim Kriterium „finanzielle Situation

allgemein“ zusätzlich letztere berücksichtigt und beim Kriterium „soziale Situation“ auch noch die Familienverhältnisse. Wie genau die Osteopathinnen und Osteopathen bei der Formulierung der Antworten waren, entzieht sich der Kenntnis, sodass diese Ergebnisse nur als Richtwert interpretiert werden können.

Tabelle 79: Soziale Staffelung - Häufigkeit der Nennung einzelner allgemeiner Kriterien und relative Häufigkeit bezogen auf die Anzahl aller Nennungen und auf die Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, Preise sozial zu staffeln

Kriterien	n	% der Nennungen (N=120)	Anteil an den Osteopathen, die angaben, Preise sozial zu staffeln [%] (N=137)
soziale Situation	23	19,2	16,8
finanzielle Situation allgemein	20	16,7	14,6
Einkommen	20	16,7	14,6
Familienverhältnisse	13	10,8	9,5
Gefühl	12	10,0	8,8
Anzahl der Behandlungen	7	5,8	5,1
Nachfrage	6	5,0	4,4
Beruf des Patienten	5	4,2	3,6
Bekanntschaftsgrad	5	4,2	3,6
Versicherung	4	3,3	2,9
Behinderung	3	2,5	2,2
Rezeptgebührenbefreiung	2	1,7	1,5

Neben den in Tabelle 79 genannten Kriterien wurden auch Bevölkerungsgruppen genannt, die in den Genuss einer sozialen Staffelung der Behandlungspreise kommen. Diese sind in Tabelle 80 in absteigender Reihenfolge der Nennungshäufigkeit zusammengefasst. Antworten, die neben der Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsgruppe auf die Anwendung zusätzlicher allgemeiner Kriterien schließen ließen, sind mit einem „+“ gekennzeichnet. Dabei handelt es sich um weitere Einschränkungen, wie Mindestpension, eine „Großfamilie“, oder dass mehrere Familienmitglieder Patienten/Patientinnen sind.

Dabei zeigt sich, dass eigene Tarife für Kinder häufiger ohne Einschränkung gewährt werden, als mit, jedoch bei Pensionisten/Pensionistinnen und Familien häufiger ein zusätzliches Kriterium zum Tragen kommt und seltener die Tatsache der Zugehörigkeit zu dieser Gruppe alleine.

Tabelle 80: Soziale Staffelung - Anteil von Bevölkerungsgruppen, die in den Genuss einer sozialen Staffelung der Behandlungspreise kommen. Bei mit einem „+“ gekennzeichnete Bevölkerungsgruppen wurden zusätzlich andere allgemeine Kriterien, wie z.B. Mindestpensionist, Kinderanzahl oder mehrere Patienten aus einer Familie angeführt (in absteigender Reihenfolge

der Nennungshäufigkeit, prozentuell und relative Häufigkeit bezogen auf die Anzahl aller Nennungen und auf die Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, Preise sozial zu staffeln)

Bevölkerungsgruppen	n	% der Nennungen (N=93)	Anteil an den Osteopathen, die angaben, Preise sozial zu staffeln [%] (N=137)
Pensionist+	16	17,2	11,7
Kinder	15	16,1	10,9
Studenten	14	15,1	10,2
Alleinerziehende	12	12,9	8,8
Familie+	9	9,7	6,6
Dauerpatient	8	8,6	5,8
Bekannte	6	6,5	4,4
Familie	4	4,3	2,9
Kinder+	4	4,3	2,9
Pensionist	3	3,2	2,2
Schüler	2	2,2	1,5

5.6.3.1. Häufigkeit einer sozialen Staffelung der Behandlungspreise in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Basisausbildung in Physiotherapie und jenen mit einem Medizinstudium besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied in der Häufigkeit einer sozialen Staffelung der Behandlungspreise (χ^2 -Test: $\chi^2=3,7375$, $df=1$, $p= 0,053$). Diese beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant von den Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung (Physiotherapie vs. andere: χ^2 -Test: $\chi^2=1,8595$, $df=1$, $p= 0,17$; Medizinstudium vs. andere: Exakter Test nach Fisher: $p=1,00$).

Während 67% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium die Behandlungspreise sozial staffeln und 8 von 11 der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung als einem Medizinstudium oder einer Physiotherapieausbildung (73%), gaben nur 46,9% (107 von 228) der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung an, die Behandlungspreise sozial zu staffeln.

5.6.4. Zeit für Erstkonsultation

In Abbildung 37 und Tabelle 81 ist ersichtlich, wie lange sich die Osteopathen/Osteopathinnen Zeit für eine Erstkonsultation nehmen.

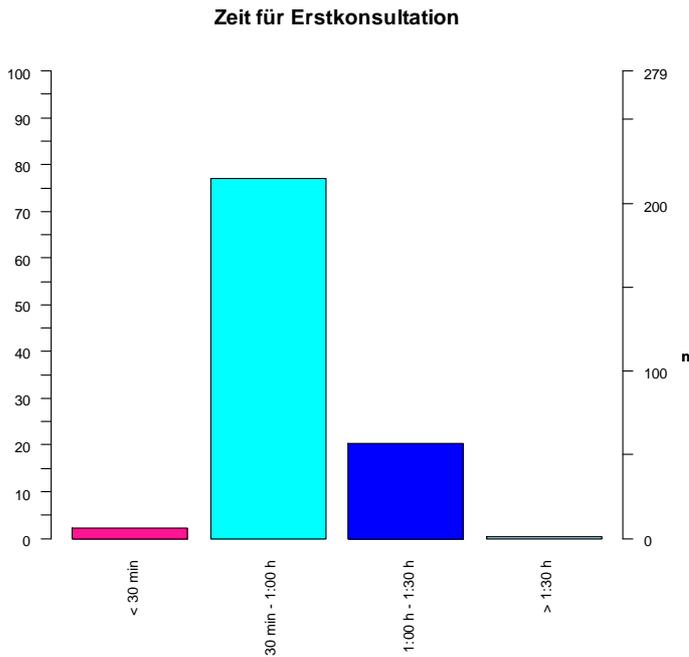


Abbildung 37: Zeit für Erstkonsultation (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 81: Zeit für Erstkonsultation (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Erstkonsultation	n	% gültig	% total
< 30 min	6	2,2	2,1
30 min - 1:00 h	215	77,1	75,7
1:00 h - 1:30 h	57	20,4	20,1
> 1:30 h	1	0,4	0,4
fehlend (abh)	5		1,8

Für die Erstkonsultation veranschlagen mehr als drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen zwischen 30 Minuten und einer Stunde (215 Fälle, 77,1%), ein Zeitrahmen von 1:00 Stunde und 1:30 Stunden wird von 57 Osteopathen/Osteopathinnen benötigt (20,4% der gültigen Fälle). Während eine noch längere Zeit lediglich von einem einzigen Osteopathen/einer einzigen Osteopathin angegeben wurde (0,4%), wird eine Behandlungszeit von weniger als 30 Minuten von sechs Respondenten/Respondentinnen angegeben (2,2%).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede der benötigten Zeit für die Erstkonsultation in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen, von der Ausbildungsstätte und davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen in einer Einzel- oder einer Gemeinschaftspraxis arbeiten, erkennbar.

5.6.4.1. Zeit für Erstkonsultation von weiblichen und männlichen Osteopathen

Männliche und weibliche Osteopathen nehmen sich unterschiedlich viel Zeit für die Erstkonsultation (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7034$, $p=0,003$).

In Abbildung 38 und Tabelle 82 ist die Zeit, die männliche und weibliche Osteopathinnen und Osteopathen für die Erstkonsultation veranschlagen dargestellt.

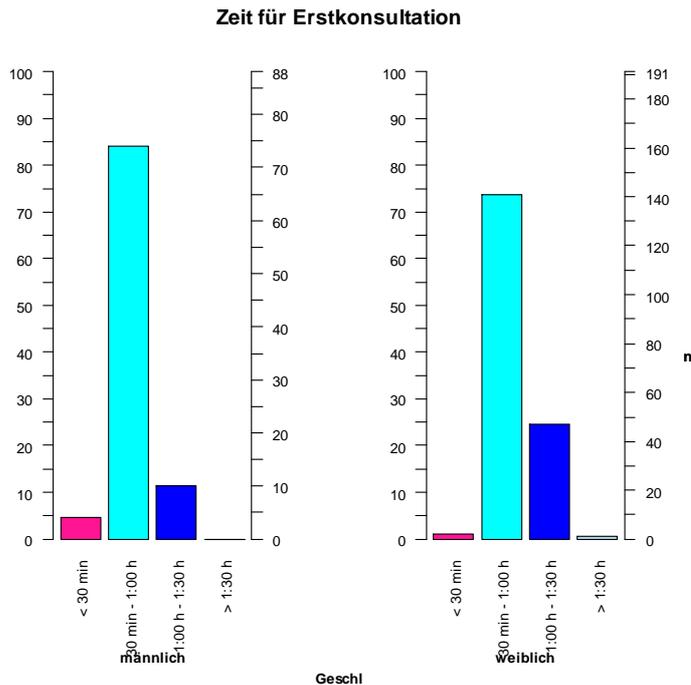


Abbildung 38: Zeit für Erstkonsultation von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 82: Zeit für Erstkonsultation bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Erstkonsultation	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
< 30 min	4	5	2	1
30 min - 1:00 h	74	84	141	73,8
1:00 h - 1:30 h	10	11	47	24,6
> 1:30 h	0	0	1	0,5

Es zeigt sich, dass nur 1% der Osteopathinnen, aber 5% ihrer männlichen Kollegen weniger als eine halbe Stunde für die Erstkonsultation veranschlagen. Auffälliger ist jedoch, dass ein Viertel der Osteopathinnen ($n=47$, 24,6%) zwischen 1:00 und 1:30 Stunden brauchen, jedoch nur 11% der männlichen Osteopathen ($n=10$) und

dementsprechend auch der Anteil der weiblichen Osteopathen, die zwischen 30 Minuten und einer Stunde veranschlagen niedriger ist (73,8%) als bei ihren männlichen Kollegen (84%).

5.6.4.2. Zeit für die Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte

Absolventen/Absolventinnen der WSO benötigen weniger Zeit für die Erstkonsultation als jene anderer Ausbildungsstätten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3749$, $p= 0,024$). Während 34% der Absolventen/Absolventinnen anderer Osteopathieschulen länger als eine Stunde für die Erstkonsultation brauchen, sind es nur 19% der WSO-Absolventen/Absolventinnen (siehe Tabelle 83).

Tabelle 83: Zeit für Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte (WSO/andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Erstkonsultation	WSO		andere	
	n	%	n	%
< 30 min	6	2,5	0	0
30 min - 1:00 h	186	78,5	25	66
1:00 h - 1:30 h	44	18,6	13	34
> 1:30 h	1	0,4	0	0

5.6.4.3. Zeit für die Erstkonsultation von in Gruppenpraxen und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen

Deutlich mehr in einer Einzelpraxis tätige Osteopathinnen und Osteopathen veranschlagen eine längere Zeit für die Erstkonsultation als ihre in einer Gemeinschaftspraxis arbeitenden Kolleginnen und Kollegen ($W=9536$, $p=0,056$). So wird von 27,7% der alleine arbeitenden und von 17,4% der im Team arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen eine Zeit von mehr als einer Stunde für die Erstkonsultation benötigt (siehe Tabelle 84).

Tabelle 84: Zeit für Erstkonsultation von in Gruppenpraxen und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Erstkonsultation	Einzelpraxis		Gemeinschaftspraxis	
	n	%	n	%
< 30 min	2	2,1	4	2,2
30 min - 1:00 h	66	70,2	148	80,4
1:00 h - 1:30 h	25	26,6	32	17,4
> 1:30 h	1	1,1	0	0

5.6.5. Zeit für Folgetermin

In Abbildung 39 und Tabelle 85 ist ersichtlich, wie viel Zeit die Osteopathen/Osteopathinnen für einen Folgetermin veranschlagen.

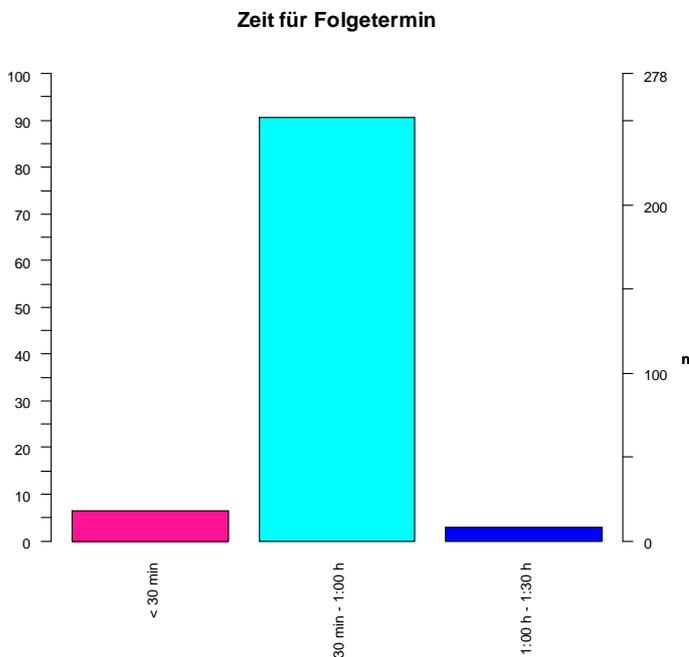


Abbildung 39: Zeit für Folgetermin (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 85: Zeit für Folgetermin (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Folgetermin	n	% gültig	% total
< 30 min	18	6,5	6,3
30 min - 1:00 h	252	90,6	88,7
1:00 h - 1:30 h	8	2,9	2,8
fehlend (abh)	6		2,1

Etwa neun von zehn Osteopathen/Osteopathinnen brauchen für einen Folgetermin zwischen 30 Minuten und 1:00 Stunde (252 Fälle, 90,6%). Ein Zeitbedarf von weniger als 30 Minuten wurde 18 Mal genannt (6,5% der gültigen Fälle). Eine längere Behandlungsdauer als eine Stunde ('1:00 h - 1:30 h') wurde lediglich von acht Osteopathinnen/Osteopathen angegeben (2,9%).

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede in der benötigten Zeit für Folgetermine in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen, von der osteopathischen Tätigkeitsdauer und von der Ausbildungsstätte erkennbar.

5.6.5.1. Zeit für Folgetermin von weiblichen und männlichen Osteopathen

Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich signifikant in der Zeit, die sie für einen Folgetermin benötigen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7388,5$, $p=0,003$).

In Abbildung 40 und Tabelle 86 ist dargestellt, wieviel Zeit die weiblichen und männlichen Osteopathen für einen Folgetermin veranschlagen.

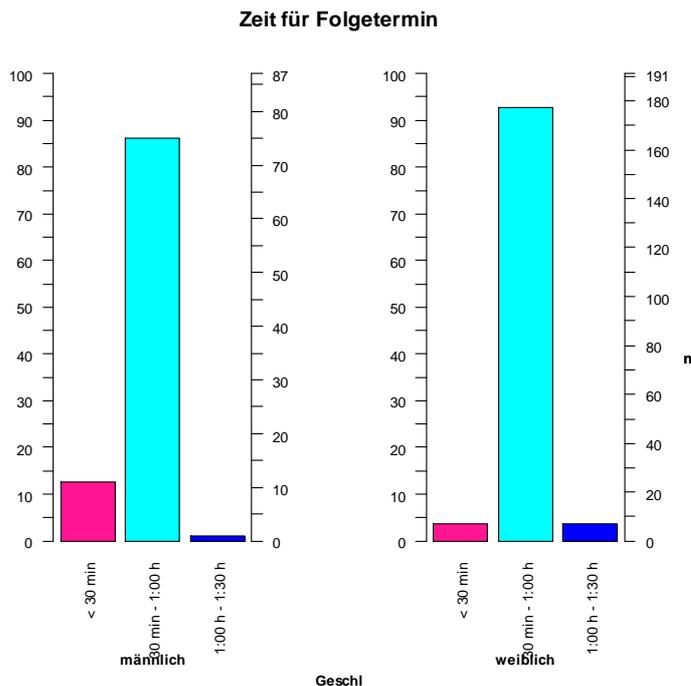


Abbildung 40: Zeit für Folgetermin von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 86: Zeit für Folgetermin bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Folgetermin	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
< 30 min	11	13	7	3,7
30 min - 1:00 h	75	86	177	92,7
1:00 h - 1:30 h	1	1	7	3,7

Der größte Unterschied in der Behandlungsdauer zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht darin, dass 13% der männlichen Osteopathen weniger als 30 Minuten für einen Folgetermin veranschlagen, während nur 3,7% der Frauen mit dieser Zeit auskommen. Umgekehrt brauchen 3,7% der Osteopathinnen

zwischen 1:00 und 1:30 Stunden, während dieser Zeitraum nur von 1% der männlichen Osteopathen gebraucht wird.

5.6.5.2. Zeit für Folgetermin in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Neben der Geschlechtsabhängigkeit der benötigten Zeit für einen Folgetermin gibt es anhand der Ergebnisse der ANOVA (siehe Anlage 5) und eines Kruskal-Wallis-Tests ($\chi^2=13,7196$, $df=3$, $p= 0,0033$) auch Hinweise auf eine Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit.

Es besteht vorwiegend ein signifikanter Unterschied zwischen jenen Osteopathen/Osteopathinnen, die länger als 10 Jahre und jenen, die bis zu drei Jahren, bzw. 4-6 Jahre osteopathisch tätig sind (Wilcoxon-Rangsummentests: $W=2631,5$, $p= 0,034$, bzw. $W=2490$, $p= 0,002$). Zwischen den anderen Kategoriepaaren sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

In Abbildung 41 und Tabelle 87 ist die Zeit für einen Folgetermin in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt.

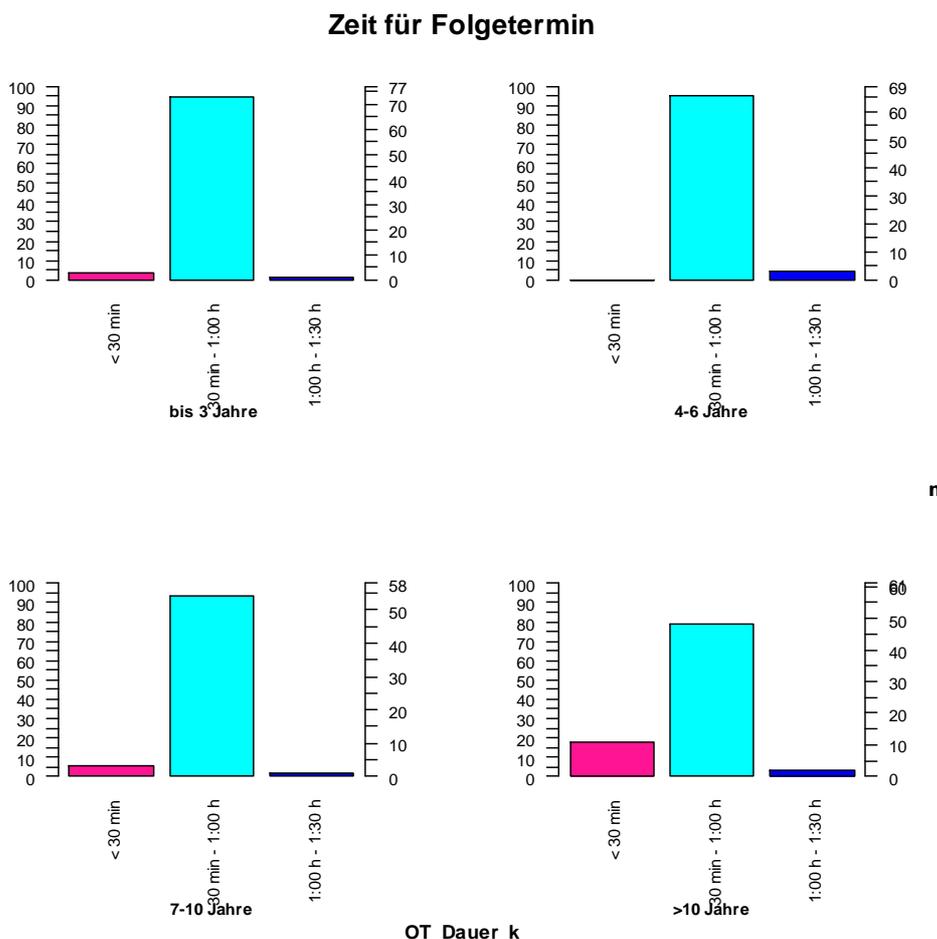


Abbildung 41: Zeit für Folgetermine der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 87: Zeit für Folgetermin der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Folgetermin	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<30 min	3	4	0	0	3	5	11	18
30 min - 1:00 h	73	95	66	96	54	93	48	79
1:00 h - 1:30 h	1	1	3	4	1	2	2	3

Aus Tabelle 87 ist ersichtlich, dass vor allem ein Unterschied in der Häufigkeit, mit der eine Behandlungszeit unter einer halben Stunde veranschlagt wird besteht. 18% der Osteopathinnen und Osteopathen, die mehr als 10 Jahre osteopathisch tätig sind, benötigen diese Zeit, während in den anderen Kategorien der Dauer der osteopathischen Tätigkeit maximal 5% mit dieser Zeit auskommen.

5.6.5.3. Zeit für Folgetermin in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte

Noch deutlicher als bei der Erstkonsultation ist der Unterschied zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Schulen in der benötigten Zeit für einen Folgetermin (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3891$, $p=0,009$). Keiner der Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen als der WSO benötigt weniger als eine halbe Stunde für den Folgetermin, während 7,6% der WSO-Absolventen/Absolventinnen nur diesen Zeitrahmen veranschlagen. Andererseits benötigen 1,7% der WSO-Abgänger/-Abgängerinnen mehr als eine Stunde. Von den Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen sind es jedoch 8%.

Tabelle 88: Zeit für Folgetermin bei Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Zeit für Folgetermine	WSO		andere	
	n	%	n	%
< 30 min	18	7,6	0	0
30 min - 1:00 h	214	90,7	35	92
1:00 h - 1:30 h	4	1,7	3	8

5.6.6. Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr

Die typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr wurde von etwas mehr als der Hälfte der Osteopathen/Osteopathinnen mit '1-5' (140 Fälle, 50,4%) angegeben, die

Kategorie '>5' wurde 138-mal geantwortet (49,6% der gültigen Fälle, siehe Tabelle 89).

Tabelle 89: Typische Anzahl von Konsultationen pro Patient/Patientin und Jahr - Anteil der einzelnen Kategorien (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Konsultationen pro Patient und Jahr	n	% gültig	% total
1-5	140	50,4	49,3
>5	138	49,6	48,6
fehlend (abh)	6		2,1

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in der typischen Anzahl von Konsultationen pro Patient/in und Jahr in Abhängigkeit davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen eine andere professionelle Aktivität ausüben und abhängig von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede sind in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen und von der osteopathischen Tätigkeitsdauer erkennbar.

5.6.6.1. Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr von weiblichen und männlichen Osteopathen

Männliche und weibliche Osteopathen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der typischen Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7292$, $p= 0,048$).

In Abbildung 42 und Tabelle 90 ist die von weiblichen und männlichen Osteopathen angegebene typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr gegenübergestellt.

Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr

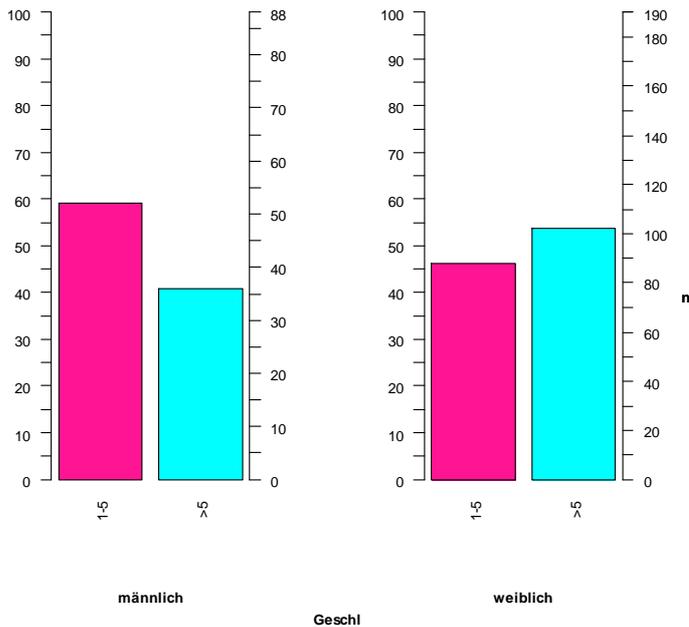


Abbildung 42: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 90: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Konsultationen/Patient/Jahr	männliche O.		weibliche O.	
	n	%	n	%
1-5	52	59	88	46,3
>5	36	41	102	53,7

Während die Mehrzahl der Osteopathinnen (n=102, 53,7%) mehr als fünf Konsultationen/Patient und Jahr angibt, gaben die meisten männlichen Kollegen '1-5' zur Antwort (52 Fälle, 59%).

5.6.6.2. Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Ebenso ist ein signifikanter Einfluss der Dauer der osteopathischen Tätigkeit auf die Anzahl der Konsultationen pro Patient und Jahr zu beobachten (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=10,1027$, $df=3$, $p= 0,018$). Während die Osteopathinnen und Osteopathen mit 4-6 und 7-10 Praxisjahren annähernd ident antworteten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1975,5$, $p= 0,96$), unterscheiden sich die Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung signifikant von jenen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Tätigkeit (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3020,5$, $p= 0,002$).

Zwischen den Kategorien 'bis 3 Jahre' und 4-6 Jahre' bzw. '7-10 Jahre' der Variable Dauer der osteopathischen Tätigkeit besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied hinsichtlich der typischen Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr (Wilcoxon-Rangsummentests: $W=3076,5$, $p=0,056$, bzw. $W=2551,5$, $p=0,062$).

Zwischen den anderen paarweise getesteten Kategorien bestehen keine signifikanten Unterschiede.

In Abbildung 43 und Tabelle 91 ist die typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt.

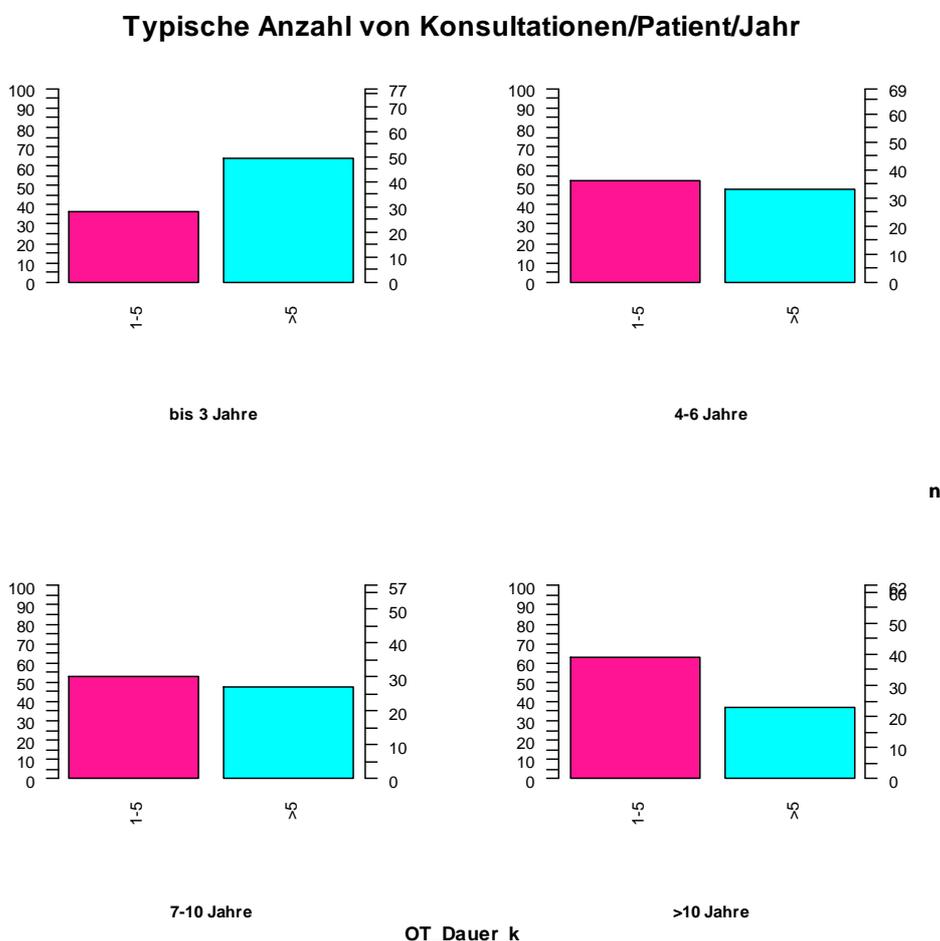


Abbildung 43: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 91: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Konsultationen/Patient/Jahr	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5	28	36	36	52	30	53	39	63
>5	49	64	33	48	27	47	23	37

Mit steigender Dauer der osteopathischen Tätigkeit sinkt der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die mehr als fünf Konsultationen/Patient und Jahr als typische Anzahl angeben, von 64% in der Kategorie 'bis 3 Jahre' auf 37% in der Kategorie '>10 Jahre' ab. Von den Osteopathinnen und Osteopathen, die 4-6 Jahre bzw. 7-10 Jahre osteopathisch tätig sind geben 48% bzw. 47% an, dass typischerweise mehr als 5 Konsultationen pro Patient/Patientin und Jahr nötig sind.

5.6.6.3. Typische Anzahl von Konsultationen pro Jahr in Abhängigkeit von anderen professionellen Aktivitäten

62% der Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen, behandeln einen Patienten weniger als fünfmal pro Jahr und 38% (44 von 117) öfter, während signifikant mehr ausschließlich osteopathisch Tätige mehr als 5 Konsultationen pro Patient und Jahr angaben (58,5%; 93 von 159) (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7359$, $p=0,00062$).

5.6.6.4. Typische Anzahl von Konsultationen pro Jahr in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Laut ANOVA (siehe Anlage 5) und Kruskal-Wallis-Test ($\chi^2=43,0388$, $df=2$, $p<0,00001$) gibt es signifikante Unterschiede in der Anzahl von Konsultationen pro Jahr und Patient in Abhängigkeit von der Basisausbildung.

Die beobachteten Unterschiede sind zwischen allen drei Gruppen deutlich ausgeprägt, wobei zwischen den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung und jenen mit einem Medizinstudium die deutlichsten Unterschiede erkennbar sind (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 1824,5$, $p < 0,00001$). Zwischen den Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung und jenen mit einer anderen Ausbildung als den oben genannten ist der Unterschied ebenfalls signifikant (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 751,5$, $p = 0,0086$), zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium und einer anderen Ausbildung

nicht signifikant, jedoch deutlich (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 228,5$, $p = 0,075$). Die Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung gaben mehr als fünf Konsultationen pro Patient und Jahr am häufigsten an (58,5%), während nur 3% jener Osteopathinnen und Osteopathen mit einem grundlegenden Medizinstudium und 2 von 11 der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung als den genannten (18%), mehr als fünf Konsultationen pro Jahr als typische Anzahl angaben. Die Differenzwerte auf 100% geben jeweils den Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die als typische Anzahl 1-5 Konsultationen ansehen.

5.6.7. Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine

In Abbildung 44 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall der durchschnittlichen Wartezeit auf Behandlungstermine (in Tagen) dargestellt. Bei dieser Variablen wurden von den zeitlichen Intervallen, die teilweise von den Osteopathinnen und Osteopathen angegeben wurden, die Mittelwerte gebildet und diese weiter untersucht. In Tabelle 92 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

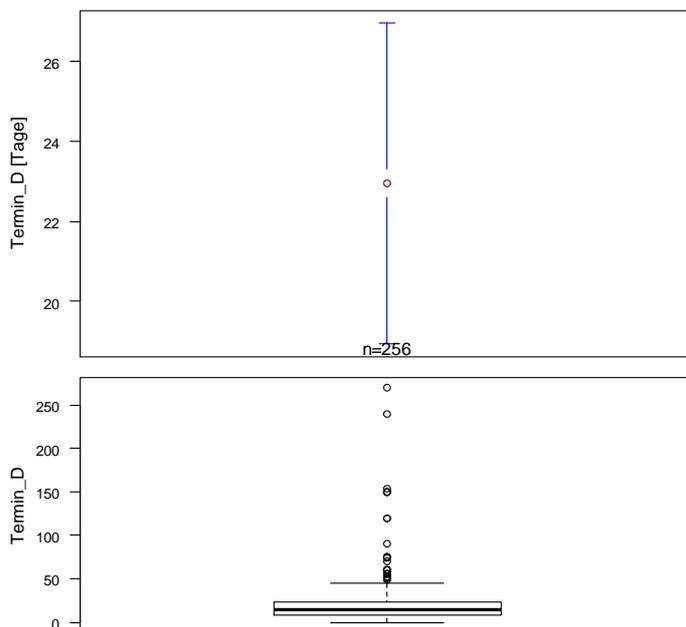


Abbildung 44: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine [d].

Tabelle 92: Deskriptive Daten für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine [d] (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine [d]					
n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
256	0,0	270,0	14,00	22,94	32,91

Insgesamt sind 256 der 284 Werte (90,1%) gültig, 28 Antworten (9,8%) fehlen. Der Mittelwert der durchschnittlichen Wartezeit auf Behandlungstermine beträgt $M= 22,94$ Tage; $SD= 32,91$, der Median 14,00 Tage.

Berücksichtigt man nur die kürzeste Wartezeit, die von den Osteopathinnen und Osteopathen, die ein Intervall für diese Frage angegeben haben und die Originalwerte von jenen, die mit nur einem Wert geantwortet haben, beträgt der Mittelwert der kürzeste Wartezeit auf einen Behandlungstermin $M= 19,6$; $SD= 31,8$ Tage, der Median 14,0 Tage.

Umgekehrt, also bei Berücksichtigung des höheren Werts aus den Zeitintervallen, die von den Osteopathinnen und Osteopathen angegeben wurden, beträgt die mittlere längste Wartezeit auf einen Behandlungstermin $M= 26,3$; $SD= 38,6$ Tage, der Median 14,0 Tage.

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede in der durchschnittlichen Wartezeit in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen und von der geographischen Region des Praxissitzes, erkennbar.

5.6.7.1. Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region

Zwischen Ost- und sowohl Süd- als auch Westösterreich bestehen signifikante Unterschiede in der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Behandlungstermin (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1914,5$, $p= 0,0008$ bzw. $W=4092,5$, $p= 0,013$). Während man in Ostösterreich durchschnittlich $M=15,4$; $SD=17,2$ Tage wartet (siehe Tabelle 93), sind es in Südösterreich $M= 24,1$; $SD=18,9$ Tage und in Westösterreich $M=31,9$; $SD=49,0$ Tage.

Tabelle 93: Deskriptive Daten für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine [d] in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

NUTS1	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
Ostösterreich	114	0,0	150,0	12,00	15,4	17,2
Südösterreich	50	1,0	90,0	16,50	24,1	18,9
Westösterreich	90	0,0	270,0	16,00	31,9	49,0

5.6.7.2. Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine von weiblichen und männlichen Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied hinsichtlich der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Behandlungstermin (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=8077$, $p= 0,059$), wobei bei der kürzesten Wartezeit ein signifikanter Einfluss des Geschlechts der Osteopathen zu erkennen ist (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=8512,5$, $p= 0,007$), bei der längsten Wartezeit jedoch nicht (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7783$, $p= 0,17$).

In Abbildung 45 ist im Boxplot (unten) die Werteverteilung und in der Mittelwertgrafik (oben) der Mittelwert und dessen 95%-Konfidenzintervall die durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungstermin von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt. In Tabelle 94 sind die deskriptiven Daten für diese Variable zusammengefasst.

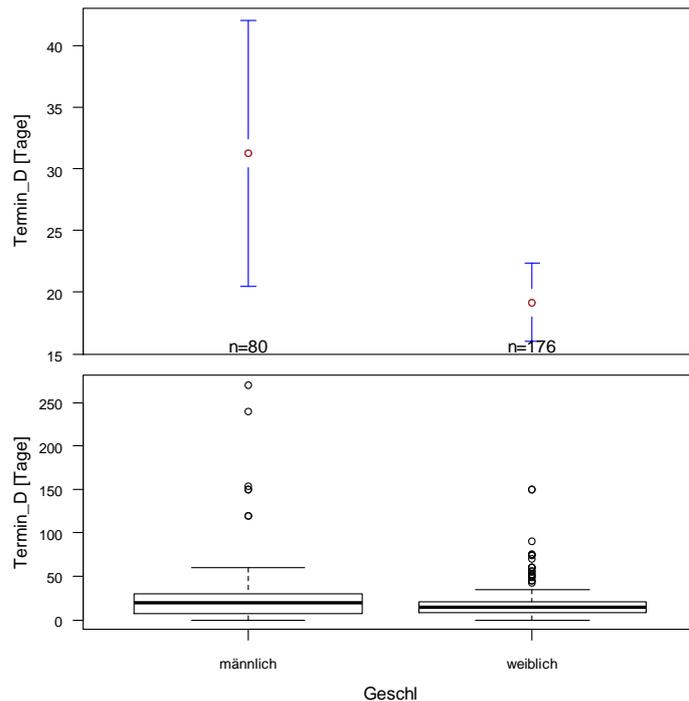


Abbildung 45: Boxplot und Mittelwertgrafik (+/- 95%-Konfidenzintervall) für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine von weiblichen und männlichen Osteopathen [Tage].

Tabelle 94: Deskriptive Daten für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine [Tage] von weiblichen und männlichen Osteopathen (MW...Mittelwert, SD...Standardabweichung).

Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine [d]						
Geschlecht	n (gültig)	Min	Max	Median	MW	SD
männlich	80	0,0	270,0	19,50	31,22	49,29
weiblich	176	0,0	150,0	14,00	19,18	21,38

Die mittlere durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungstermin beträgt bei männlichen Osteopathen $M = 31,22$; $SD = 49,29$ Tage, der Median 19,50 Tage. Bei den Osteopathinnen ist ein niedriger Mittelwert von $M = 19,18$; $SD = 21,38$ Tage zu beobachten (Median: 14,00).

Die mittlere kürzeste Wartezeit auf einen Behandlungstermin beträgt bei den männlichen Osteopathen $M = 28,5$; $SD = 47,6$ Tage (Median: 18 Tage), bei den Osteopathinnen $M = 15,6$; $SD = 20,2$ Tage, der Median 10 Tage.

Die mittlere längste Wartezeit auf Behandlungstermine beträgt bei den männlichen Osteopathen $M = 33,9$; $SD = 56,2$ Tage, der Median 20,0 Tage, bei den Osteopathinnen $M = 22,8$; $SD = 27,0$ Tage (Median: 14,0).

5.6.8. Terminvergabe nach Abschluss einer Behandlungsserie

Die meisten Osteopathen/Osteopathinnen vergeben nach Abschluss einer Behandlungsserie keinen neuen Termin (219 Fälle, 82%), 18% schon (n=48, siehe Tabelle 95).

Tabelle 95: Terminvergabe nach Abschluss einer Behandlungsserie (prozentuell und in absoluten Zahlen).

Terminvergabe nach Abschluss	n	% gültig	% total
nein	219	82,0	77,1
ja	48	18,0	16,9
fehlend (abh)	17		6,0

5.6.9. Verbindliche Termine

Sieben von zehn Osteopathen/Osteopathinnen machen keine Termine verbindlich im vorhinein aus, verbindliche Terminvereinbarungen wurden von 81 Osteopathen/Osteopathinnen angegeben (29,6% der gültigen Fälle, siehe Tabelle 96).

Tabelle 96: Verbindliche Terminvergabe im vorhinein (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Verbindliche Terminvergabe im vorhinein	n	% gültig	% total
nein	193	70,4	68,0
ja	81	29,6	28,5
fehlend (abh)	10		3,5

Die Ergebnisse der ANOVA deuten auf keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von den untersuchten Faktoren hin (siehe Anlage 5).

5.7. Arbeitsweise

5.7.1. Osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung

Etwas mehr als drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen erstellen eine osteopathische Diagnose bei jeder einzelnen Sitzung (213 Fälle, 77,4%), 22,6% nicht (n=62, siehe Tabelle 97).

Tabelle 97: Osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

neue ost. Diagnose	n	%
nein	62	22,6
ja	213	77,4

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Erstellung einer osteopathischen Diagnose in Abhängigkeit davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen Mitglieder der ÖGO sind oder nicht erkennbar. Andere Einflussfaktoren sind nicht erkennbar.

5.7.1.1. Erhebung einer osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung in Abhängigkeit von einer ÖGO-Mitgliedschaft

Zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Durchführung einer Diagnose bei jeder Sitzung (χ^2 -Test: $\chi^2=3,8866$, $df=1$, $p= 0,05$). Während 72% der Nichtmitglieder bei jeder Sitzung eine osteopathische Diagnose durchführen (96 von 133), sind es 83% der ÖGO-Mitglieder (116 von 140).

5.7.2. Häufigkeit der Verwendung osteopathische Techniken

In Abbildung 46 und

Tabelle 98 ist ersichtlich, wie häufig ausgewählte Techniken von den Osteopathinnen und Osteopathen verwendet werden.

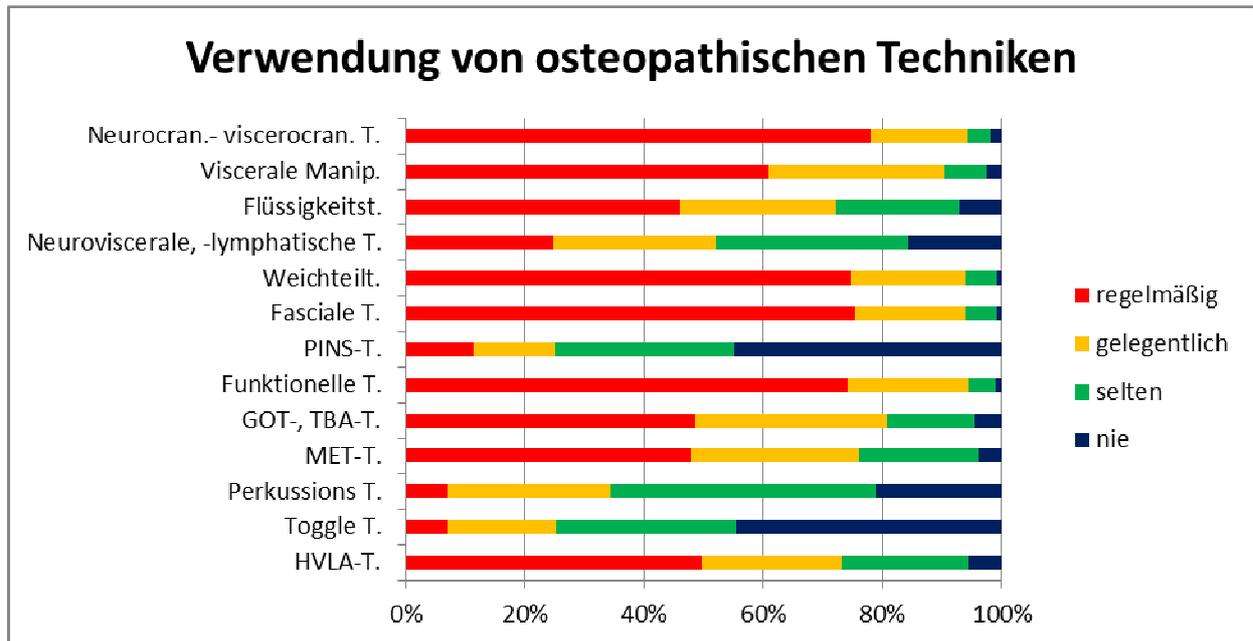


Abbildung 46: Häufigkeit der Verwendung ausgewählter osteopathischer Techniken.

Tabelle 98: Häufigkeit der Verwendung ausgewählter osteopathischer Techniken (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen). Grün hinterlegte Zellen zeigen die am häufigsten genutzte Antwortkategorie an, fett ausgewiesene Zahlen eine von mehr als der Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen genutzte Antwortkategorie.

Verwendung von Techniken	n					% fehlend
	nie	selten	gelegentl.	regelmäßig	fehlend	
HVLA-T.	15	57	63	133	16	5,6
Toggle T.	109	74	45	17	39	13,7
Perkussions T.	54	114	70	18	28	9,9
MET-T.	10	52	73	124	25	8,8
GOT-, TBA-T.	12	39	85	129	19	6,7
Funktionelle T.	3	12	55	201	13	4,6
PINS-T.	109	73	33	28	41	14,4
Fasciale T.	2	14	50	203	15	5,3
Weichteilt.	2	14	51	198	19	6,7
Neuroviscerale, -lymphatische T.	39	79	67	61	38	13,4
Flüssigkeitst.	19	55	69	122	19	6,7
Viscerale Manip.	7	19	78	162	18	6,3
Neurocran.- viscerocran. T.	5	11	44	213	11	3,9
	% gültig					
	nie	selten	gelegentl.	regelmäßig	selten oder nie	zumindest gelegentl.
HVLA-T.	5,6	21,3	23,5	49,6	26,9	73,1
Toggle T.	44,5	30,2	18,4	6,9	74,7	25,3
Perkussions T.	21,1	44,5	27,3	7,0	65,6	34,3
MET-T.	3,9	20,1	28,2	47,9	24,0	76,1
GOT-, TBA-T.	4,5	14,7	32,1	48,7	19,2	80,8
Funktionelle T.	1,1	4,4	20,3	74,2	5,5	94,5
PINS-T.	44,9	30,0	13,6	11,5	74,9	25,1
Fasciale T.	0,7	5,2	18,6	75,5	5,9	94,1
Weichteilt.	0,8	5,3	19,2	74,7	6,1	93,9
Neuroviscerale, -lymphatische T.	15,9	32,1	27,2	24,8	48,0	52,0
Flüssigkeitst.	7,2	20,8	26,0	46,0	28,0	72,0
Viscerale Manip.	2,6	7,1	29,3	60,9	9,7	90,2
Neurocran.- viscerocran. T.	1,8	4,0	16,1	78,0	5,8	94,1

Bei dieser Frage wurden oftmals Teilfragen nicht beantwortet. Insbesondere die Fragen nach der Häufigkeit der Anwendung von PINS-Techniken, von neurovisceralen, -lymphatischen Techniken und von Toggle-Techniken wurden von mehr als 10% der Osteopathinnen und Osteopathen nicht beantwortet. Toggle- und PINS-Techniken sind auch die Techniken, die von den meisten Osteopathen/Osteopathinnen (rund 75%) nur selten oder nie verwendet werden. Im Gegensatz dazu fehlen weniger als 5% der Antworten auf die Fragen nach der Häufigkeit der Anwendung von funktionellen Techniken und von neuro- und

viscerocranialen Techniken, die auch am häufigsten (von rund 94% der Osteopathen/Osteopathinnen, die die entsprechenden Teilfragen beantworteten), zumindest regelmäßig verwendet werden.

Generell betrachtet wird die Mehrzahl der abgefragten Techniken von den meisten Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig oder zumindest gelegentlich verwendet. Ausnahmen bilden die bereits oben erwähnten Toggle- und PINS-Techniken, die, wie ebenfalls erwähnt, von drei Viertel der Osteopathinnen und Osteopathen, sowie Percussionstechniken, die von 65,6% der Osteopathen/Osteopathinnen nie oder selten angewandt werden.

Am häufigsten werden funktionelle, fasciale Techniken, neuro- und viscerocraniale Techniken, viscerale Manipulationen und Weichteiltechniken (von jeweils mehr als 90% der Osteopathinnen und Osteopathen) eingesetzt. Allen diesen Techniken ist gemeinsam, dass mehr als 60% der Osteopathinnen und Osteopathen angaben, sie regelmäßig zu nutzen und weniger als 3% nie.

GOT- und TBA-Techniken werden von 80,8% der Osteopathinnen und Osteopathen zumindest gelegentlich angewandt, MET-Techniken von 76,1%, HVLA-Techniken von 73,1% und Flüssigkeitstechniken von 72,0%.

In der Häufigkeit der Verwendung von neurovisceralen und neurolymphatischen Techniken gibt es keinen eindeutigen Trend. Diese Techniken werden von jeweils etwa einem Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen gelegentlich (27,2%) oder regelmäßig (24,8%) genutzt, von 32,1% selten und von 15,9% nie.

5.7.2.1. Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen

Die Verwendung von HVLA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der Verwendung von HVLA-Techniken (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=9548$, $p= 0,0008$).

In Abbildung 47 und Tabelle 99 ist die Häufigkeit der Verwendung der HVLA-Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt.

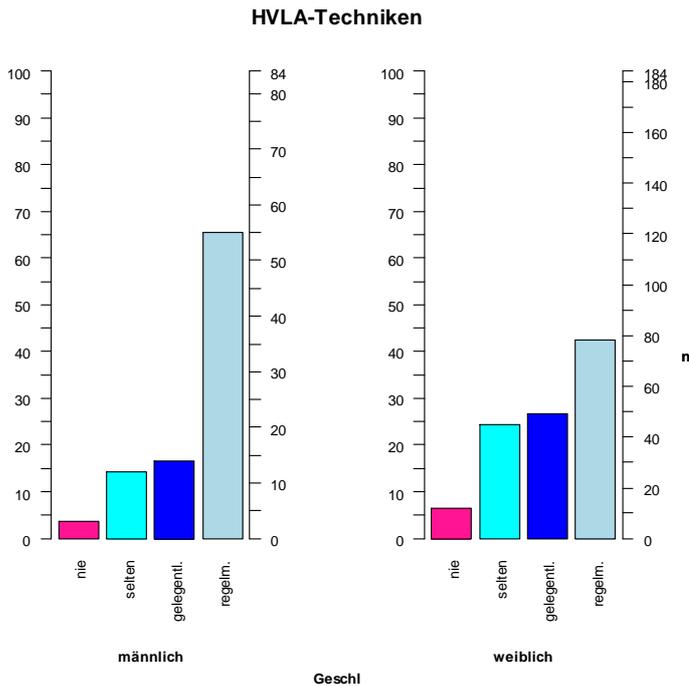


Abbildung 47: Häufigkeit der Verwendung von HVLA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 99: Häufigkeit der Verwendung von HVLA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

HVLA	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
nie	3	4	12	6,5
selten	12	14	45	24,5
gelegentl.	14	17	49	26,6
regelm.	55	65	78	42,4

Während die meisten männlichen Osteopathen (55 Fälle, 65%) HVLA-Techniken regelmäßig verwenden, sind es von den Osteopathinnen nur 42,4% (n=78). Osteopathinnen wenden diese Technik vergleichsweise häufiger nie an (n=12, 6,5%). Bei den männlichen Osteopathen sind es 4%.

Die Verwendung von GOT-, TBA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der Verwendung von GOT- und TBA-Techniken (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=6113,5$, $p=0,009$).

In Abbildung 48 und Tabelle 100 ist die Häufigkeit der Verwendung der GOT-, TBA-Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt.

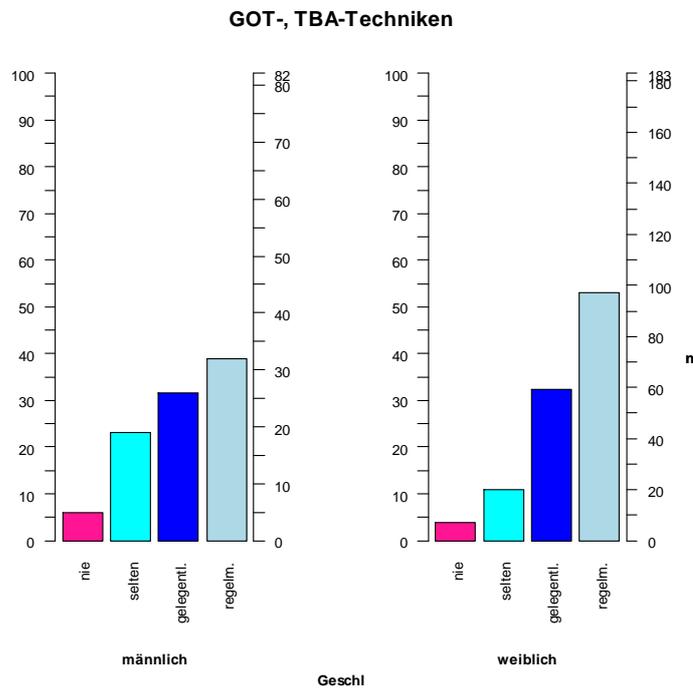


Abbildung 48: Häufigkeit der Verwendung von GOT-, TBA-Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 100: Häufigkeit der Verwendung von GOT-, TBA-Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

GOT- TBA-T.	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
nie	5	6	7	3,8
selten	19	23	20	10,9
gelegentl.	26	32	59	32,2
regelm.	32	39	97	53

Während die meisten weiblichen Osteopathen (97Fälle, 53%) GOT- und TBA-Techniken regelmäßig verwenden, sind es von den männlichen Osteopathen nur 39% (n=32), die auch vergleichsweise häufiger diese Technik nie (n=5, 6%) oder selten anwenden (n=19, 23%). Bei den Osteopathinnen sind es 3,8% (n=7), die angeben, nie eine GOT- oder TBA-Technik anzuwenden und 10,9% (n=20), die sie selten gebrauchen.

Die Verwendung von Flüssigkeitstechniken durch weibliche und männliche Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht weiters ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der Verwendung von Flüssigkeitstechniken (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=5975,5$, $p= 0,005$).

In Abbildung 49 und Tabelle 101 ist die Häufigkeit der Verwendung von Flüssigkeitstechniken von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt.

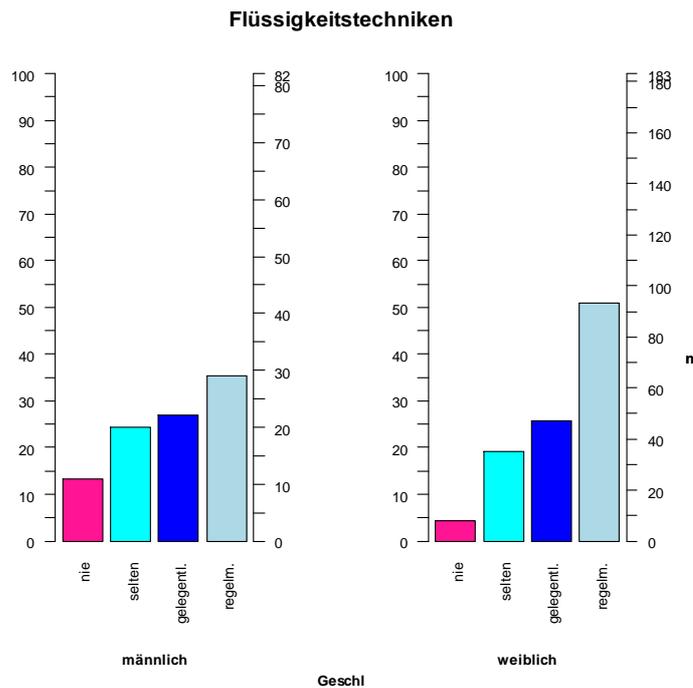


Abbildung 49: Häufigkeit der Verwendung von Flüssigkeitstechniken von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 101: Häufigkeit der Verwendung von Flüssigkeitstechniken von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Flüssigk.-T.	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
nie	11	13	8	4,4
selten	20	24	35	19,1
gelegentl.	22	27	47	25,7
regelm.	29	35	93	50,8

Etwas mehr als die Hälfte der Osteopathinnen wendet Flüssigkeitstechniken regelmäßig an ($n=93$, $50,8\%$), von den männlichen Kollegen sind es 35% ($n=29$). Auch in den Kategorien ‚nie‘ und ‚selten‘ gibt es zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen deutliche Unterschiede. Diese Antworten wurden von 13% (‚nie‘, $n=11$)

bzw. 24% („selten“, n=20) der männlichen Osteopathen gegeben, während sie von den Osteopathinnen nur Anteile von 4,4% (n=8) bzw. 19,1% (n=35) ausmachen.

Die Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit der Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=6525,5$, $p=0,001$).

In Abbildung 50 und Tabelle 102 ist die Häufigkeit der Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen dargestellt.

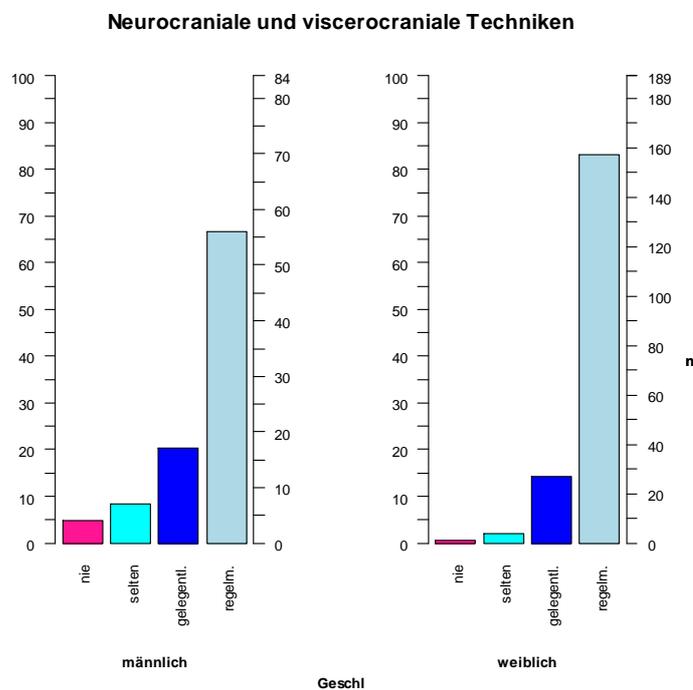


Abbildung 50: Häufigkeit der Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 102: Häufigkeit der Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

neuro-/viscerocraniale T.	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
nie	4	5	1	0,5
selten	7	8	4	2,1
gelegentl.	17	20	27	14,3
regelm.	56	67	157	83,1

Auch neurocraniale und viscerocraniale Techniken wenden Osteopathinnen häufiger an, als ihre männlichen Kollegen. Die Osteopathinnen geben häufiger an, diese regelmäßig zu verwenden (n=157, 83,1%) als die männlichen Osteopathen (67%, n=56). Während von den männlichen Osteopathen insgesamt 13% angeben, die Techniken nur selten (8%, n=7) oder nie (5%, n=4) anzuwenden, sind es bei den Osteopathinnen nur 0,5% (n=1), die sie nie und 2,1% (n=4), die sie selten anwenden.

5.7.2.2. Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlicher Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Die Verwendung von funktionellen Techniken in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Wilcoxon-Rangsummentests zeigen signifikante Unterschiede zwischen der Kategorie jener Osteopathen und Osteopathinnen, die länger als 10 Jahre osteopathisch tätig sind und allen anderen:

bis 3 Jahre' und '>10 Jahre'
'4-6 Jahre' und '>10 Jahre'
'7-10 Jahre' und '>10 Jahre'

Wilcoxon-Rangsummentest: W=2932, p= 0,0002
Wilcoxon-Rangsummentest: W=2348,5, p= 0,008
Wilcoxon-Rangsummentest: W=1942, p= 0,033

Die anderen Kategorien unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

In Abbildung 51 und Tabelle 103 ist die Häufigkeit der Anwendung funktioneller Techniken in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit dargestellt.

Funktionelle Techniken

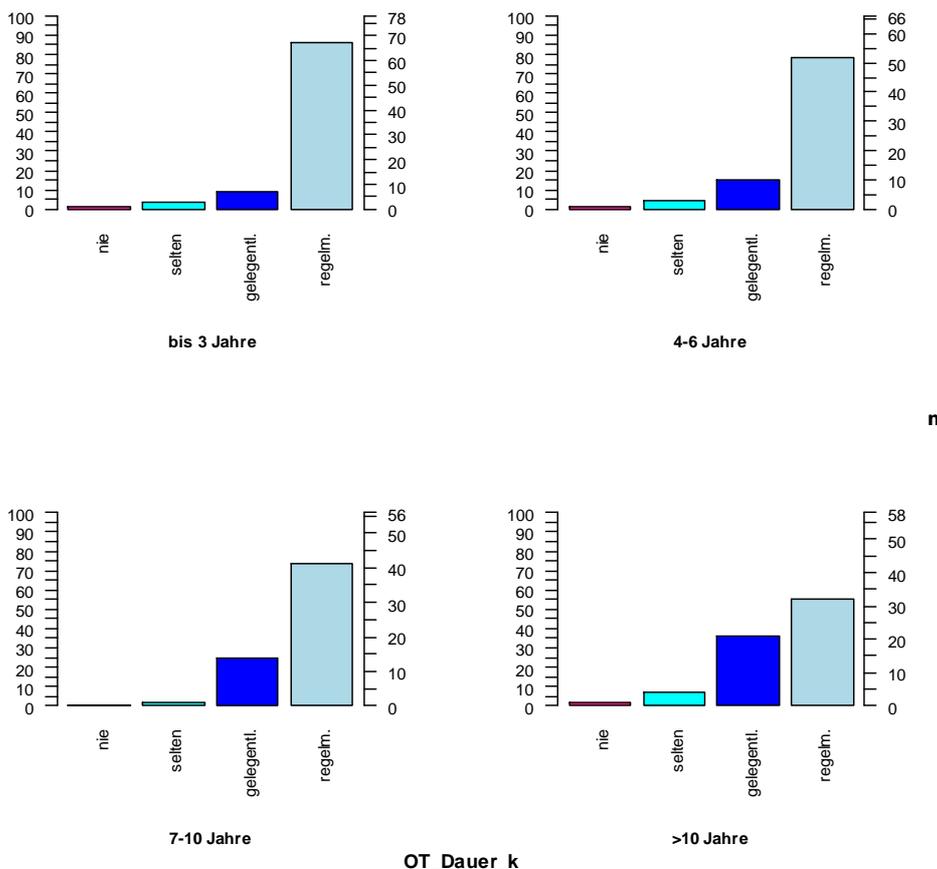


Abbildung 51: Häufigkeit der Anwendung funktioneller Techniken von bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 103: Häufigkeit der Anwendung funktioneller Techniken von bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

funkt. T.	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nie	1	1	1	2	0	0	1	2
selten	3	4	3	5	1	2	4	7
gelegentl.	7	9	10	15	14	25	21	36
regelm.	67	86	52	79	41	73	32	55

Die Osteopathinnen und Osteopathen die länger als 10 Jahre osteopathisch tätig sind, unterscheiden sich insbesondere dadurch von den kürzer osteopathisch Tätigen, dass sie seltener angaben, funktionelle Techniken regelmäßig zu verwenden. Sind es bei jenen Osteopathen/Osteopathinnen mit weniger als drei Jahren Praxis noch 86% (n=67), verringert sich der Anteil der regelmäßigen

Anwendung schrittweise auf 79% (Kategorie ‚4-6 Jahre‘), 73% (Kategorie ‚7-10 Jahre‘) und letztlich in der Kategorie ‚>10 Jahre‘ auf 55% (n=32).

Die Verwendung von Weichteiltechniken in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Die Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Jahren Berufspraxis unterscheiden sich signifikant in der Anwendung von Weichteiltechniken von den Kollegen/Kolleginnen mit längerer Tätigkeitsdauer (Wilcoxon-Rangsummentests: vs. 4-6 Jahre: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2815,5$, $p= 0,034$, vs. 7-10 Jahre: $W=2461,5$, $p= 0,011$, vs. >10 Jahre: $W=2705,5$, $p= 0,0008$).

Tabelle 104: Häufigkeit der Anwendung von Weichteiltechniken durch bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nie	0	0	0	0	0	0	1	2
selten	2	3	2	3	6	11	3	5
gelegentl.	7	9	15	23	10	18	17	30
regelm.	67	88	48	74	39	71	36	63

Wie in Tabelle 104 ersichtlich ist, nimmt die Häufigkeit der regelmäßigen Anwendung von Weichteiltechniken mit zunehmenden osteopathischen Tätigkeitsjahren stetig ab. Während 88% der Osteopathinnen und Osteopathen mit bis zu drei Jahren Berufserfahrung diese Techniken regelmäßig nutzen, sind es von den über 10 Jahre osteopathisch tätigen nur mehr 63%.

5.7.2.3. Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken in Abhängigkeit von der osteopathischen Ausbildungsstätte

Die Häufigkeit der Verwendung von HVLA-Techniken durch Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten

Absolventen/Absolventinnen der WSO wenden HVLA-Techniken signifikant häufiger an als jene anderer Ausbildungsstätten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=5194$, $p= 0,0003$). Während 54,1% der WSO-AbgängerInnen diese Techniken regelmäßig anwenden, sind es nur 24% der Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen. Umgekehrt wenden 42% von dieser Gruppe HVLA-Techniken nur selten an und 9%

nie, während nur 18,2% der WSO-AbgängerInnen einen seltenen Gebrauch angaben und 4,3 diese Techniken nie nutzen (siehe Tabelle 105).

Tabelle 105: HVLA-Techniken – Häufigkeit der Anwendung durch Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

HVLA T.	WSO		andere	
	n	%	n	%
nie	10	4,3	3	9
selten	42	18,2	14	42
gelegentl.	54	23,4	8	24
regelm.	125	54,1	8	24

5.7.2.4. Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung osteopathischer Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Die Verwendung von MET-Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Der Kruskal-Wallis-Test weist, wie auch die ANOVA (siehe Anlage 5) auf signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung von MET-Techniken zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit unterschiedlicher Basisausbildung hin ($\chi^2=8,0341$, $df=2$, $p= 0,018$). Konkret unterscheiden sich die Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung signifikant von jenen mit einem Medizinstudium (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 4477,5$, $p= 0,024$) und letztere signifikant von jenen mit einer anderen als den beiden oben genannten Basisausbildungen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 80$, $p= 0,022$). Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung unterscheiden sich nicht so deutlich von der letztgenannten Gruppe ($W = 691,5$, $p= 0,12$).

Am häufigsten werden MET-Techniken von Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung als einer Physiotherapieausbildung oder einem Medizinstudium regelmäßig angewandt (7 von 9; 78%). Von den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung wenden sie 48,8% regelmäßig an, von jenen mit einem Medizinstudium 32%. Nie werden diese Techniken von 12% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium und von 2,8% jener mit einer Physiotherapieausbildung angewandt. Hingegen gab niemand aus der Gruppe der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung als einer

Physiotherapieausbildung oder einem Medizinstudium an, diese Techniken nie zu nutzen (siehe Tabelle 106).

Tabelle 106: MET-Techniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

MET	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
nie	6	2,8	4	12	0	0
selten	42	19,5	9	26	1	11
gelegentl.	62	28,8	10	29	1	11
regelm.	105	48,8	11	32	7	78

Die Verwendung funktioneller Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Im Gegensatz zur ANOVA (siehe Anlage 5) weist ein Kruskal-Wallis-Test auf keine signifikanten Unterschiede in der Verwendung von funktionellen Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung hin ($\chi^2=4,6713$, $df=2$, $p= 0,097$). Die Unterschiede sind zwar deutlich ausgeprägt, jedoch nicht statistisch signifikant.

Die Verwendung von Faszientechniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Faszientechniken werden je nach Basisausbildung unterschiedlich häufig angewandt (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=8,356$, $df=2$, $p= 0,015$). Konkret unterscheiden sich die Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung signifikant von jenen mit einem Medizinstudium (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 4575$, $p= 0,026$) und letztere signifikant von jenen mit einer anderen als den beiden oben genannten Basisausbildungen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 105$, $p= 0,020$). Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung unterscheiden sich nicht so deutlich von der letztgenannten Gruppe ($W = 855$, $p= 0,089$). Faszientechniken werden von allen zehn Osteopathinnen und Osteopathen die eine andere Basisausbildung als Physiotherapie oder Medizin aufweisen regelmäßig angewandt, während 77% jener, die eine Physiotherapieausbildung abgeschlossen haben und 60% jener, die ein Medizinstudium als Basisausbildung aufweisen diese Techniken regelmäßig anwenden (siehe Tabelle 107).

Tabelle 107: Faszientechniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Faszient.	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
nie	1	0,4	1	3	0	0
selten	10	4,5	3	9	0	0
gelegentl.	40	18	10	29	0	0
regelm.	171	77	21	60	10	100

Die Verwendung von Weichteiltechniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Auch Weichteiltechniken werden je nach Basisausbildung unterschiedlich häufig verwendet (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=9,0361$, $df=2$, $p= 0,011$). Die Häufigkeitsverteilung ähnelt dabei jener der Faszientechniken. Signifikant unterscheiden sich wieder die Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung von jenen mit einer Physiotherapieausbildung (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 4579$, $p= 0,0060$) und jenen mit einer anderen Basisausbildung als den beiden zuvor genannten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 109,5$, $p= 0,049$). Zwischen letzteren und jenen Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium gibt sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 949,5$, $p= 0,32$).

Weichteiltechniken werden von neun der zehn Osteopathinnen und Osteopathen, die eine andere Basisausbildung als Physiotherapie oder Medizin aufweisen (90%) regelmäßig angewandt, während 76,8% jener, die eine Physiotherapieausbildung abgeschlossen haben und 56% jener, die ein Medizinstudium als Basisausbildung aufweisen diese Techniken regelmäßig anwenden (siehe Tabelle 108). Gelegentlich wenden diese Techniken 29% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung, 18,2% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung und 10% jener mit einer anderen Basisausbildung an.

Tabelle 108: Weichteiltechniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
nie	0	0	2	6	0	0
selten	11	5	3	9	0	0
gelegentl.	40	18,2	10	29	1	10
regelm.	169	76,8	19	56	9	90

Die Verwendung von Flüssigkeitstechniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Die Häufigkeit der Anwendung von Flüssigkeitstechniken hängt ebenfalls signifikant von der Basisausbildung der Osteopathinnen und Osteopathen ab (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=12,0582$, $df=2$, $p= 0,0024$).

Signifikant unterscheiden sich wieder die Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung von jenen mit einer Physiotherapieausbildung (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 4769,5$, $p= 0,00066$) und jenen mit einer anderen Basisausbildung als den beiden zuvor genannten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 90,5$, $p= 0,034$). Zwischen letzteren und jenen Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 1037,5$, $p= 0,73$). Am seltensten werden Flüssigkeitstechniken von Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung angewandt (siehe

Tabelle 109). 16% wenden diese Techniken nie an, 31% selten und nur 19% regelmäßig. Bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung gaben nur 5,9% an, diese Techniken nie zu nutzen, 19,9% meinten sie selten zu nutzen, während der überwiegende Teil (49,8%) sie regelmäßig verwendet. Auch von den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung verwendet die Hälfte diese Techniken regelmäßig (5 von 10).

Tabelle 109: Flüssigkeitstechniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Flüssigk.-T.	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
nie	13	5,9	5	16	1	10
selten	44	19,9	10	31	0	0
gelegentl.	54	24,4	11	34	4	40
regelm.	110	49,8	6	19	5	50

Die Verwendung visceraler Manipulationen in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Die Häufigkeit der Anwendung von visceralen Manipulationen ist ebenso signifikant von der Basisausbildung der Osteopathinnen und Osteopathen abhängig (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=10,9036$, $df=2$, $p= 0,0043$).

Wie bei den zuvor behandelten Techniken unterscheiden sich wieder die Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung signifikant von jenen mit einer Physiotherapieausbildung (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 4842,5$, $p= 0,0018$) und jenen mit einer anderen Basisausbildung als den beiden zuvor genannten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 101,5$, $p= 0,037$). Zwischen letzteren und jenen Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 959$, $p= 0,40$). Regelmäßig wenden 80% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung als Physiotherapie oder Medizin, 64,2% jener mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung und nur 35% jener Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium an (siehe Tabelle 110). Im Gegensatz zu den zuvor vorgestellten Techniken, werden viscerale Manipulationen jedoch von mehr (50%) Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium zumindest „gelegentlich“ angewandt.

Tabelle 110: Viscerale Manipulationen – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

visz_Man	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
nie	4	1,8	2	6	1	10
selten	15	6,8	3	9	0	0
gelegentl.	60	27,2	17	50	1	10
regelm.	142	64,2	12	35	8	80

Die Verwendung neuro- und viscerocranialer Techniken in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen

Die Häufigkeit der Anwendung von neuro- und viscerocranialen Techniken hängt signifikant von der Basisausbildung der Osteopathinnen und Osteopathen ab (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=6,4641$, $df=2$, $p= 0,039$). Im Gegensatz zu den anderen bislang präsentierten Techniken gibt es hier nur einen signifikanten Unterschied zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung als Physiotherapeut/-in oder Mediziner/-in (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 4558$, $p= 0,020$).

Während 79,3% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung als Physiotherapeut/-in neuro- und viscerocraniale Techniken regelmäßig nutzen, sind es von jenen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung 65% (siehe Tabelle 111). Umgekehrt nutzen 6% der letzteren diese Techniken nie und weitere 18% nur selten, während 1,3% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Basisausbildung als Physiotherapeut/-in diese Techniken nie und nur weitere 2,2% selten nutzen.

Tabelle 111: Neuro- und viscerocraniale Techniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

neurocran	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
nie	3	1,3	2	6	0	0
selten	5	2,2	6	18	0	0
gelegentl.	39	17,2	4	12	1	10
regelm.	180	79,3	22	65	9	90

5.7.3. Empfehlungen für Patienten

Bis auf drei der 273 Osteopathen/Osteopathinnen (1,1%) sprechen alle (270 Fälle, 98,9%) Empfehlungen für Patienten/Patientinnen aus, wobei 237 dieser 270 (87,8%) aktive Bewegungsübungen empfehlen und 269 (99,6%) allgemeine Verhaltensratschläge geben. Die Antworten aus dem ergänzenden freien Textfeld sind – nachträglich kategorisiert – in Tabelle 112 (allgemeine Empfehlungen) und Tabelle 113 (Empfehlungen von anderen Therapieformen) zusammengefasst. Bei Empfehlungen von anderen Therapieformen ist oftmals aus den Antworten nicht ersichtlich, ob die Therapieform an sich oder eine konkrete Person empfohlen werden, wobei letzteres jedoch ebenfalls einer Empfehlung einer Therapieform gleichkommt.

Tabelle 112: Empfehlungen (teilweise nachträglich kategorisiert aus ergänzenden Textantworten). Anzahl der einzelnen Kategorien, sowie relativer Anteil an der Gesamtzahl der Nennungen und der Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, Empfehlungen auszusprechen.

genannte Empfehlungen	n	% der Nennungen (N=144)	% der Ost. (N=270)
Ernährung	57	39,6	21,1
Therapieform oder Therapeut	39	27,1	14,4
Atemübungen	6	4,2	2,2
Diagnostik	5	3,5	1,9
Trinken	5	3,5	1,9
Stretching	5	3,5	1,9
Sportberatung	5	3,5	1,9
Spirituelle Ansätze (incl. Meditation)	4	2,8	1,5
Stressmanagement	4	2,8	1,5
Entspannung	3	2,1	1,1
Körperwahrnehmung	3	2,1	1,1
Lebensstil	3	2,1	1,1
Haltung	2	1,4	0,7
Yoga	2	1,4	0,7
Bewegung	1	0,7	0,4

Am häufigsten (Nennungen von mehr als 2% der 270 Osteopathen/Osteopathinnen, die Empfehlungen aussprechen) werden zusätzlich zu den explizit abgefragten aktiven Bewegungsübungen und allgemeinen Verhaltensratschlägen Empfehlungen hinsichtlich der Ernährung ausgesprochen (21,1% der 270 Empfehlungen aussprechender Osteopathen/Osteopathinnen), ergänzende oder alternative Therapieformen oder Empfehlungen von Therapeuten von 14,4% und Atemübungen von 2,2%.

Tabelle 113: Empfehlungen von Therapieformen (bzw. Therapeuten als Person) (teilweise nachträglich kategorisiert aus ergänzenden Textantworten). Anzahl der einzelnen Kategorien, sowie relativer Anteil an der Gesamtzahl der Nennungen und der Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, Empfehlungen auszusprechen.

genannte Therapieformen	n	% der Nennungen (N=58)	% der Ost. (N=270)
Psychotherapie/Psychologie	17	29	6,3
Arzt	10	17	3,7
Homöopathie	8	14	3,0
TCM	6	10	2,2
Akupunktur	3	5	1,1
Physiotherapie	3	5	1,1
Physioenergetik	2	3	0,7
Massage	2	3	0,7
Osteopathiekollegen	2	3	0,7

Tabelle 113 – Fortsetzung

genannte Therapieformen	n	% der Nennungen (N=58)	% der Ost. (N=270)
Kinesiologie	1	2	0,4
Logopädie	1	2	0,4
Bioresonanz	1	2	0,4
Shiatsu	1	2	0,4
Podologie	1	2	0,4

Am häufigsten (Nennungen von mehr als 2% der 270 Osteopathen/Osteopathinnen, die Empfehlungen aussprechen) werden Psychotherapie/Psychologie (6,3% der 270 Empfehlungen aussprechender Osteopathen/Osteopathinnen), Ärzte (3,7%), Homöopathie (3,0%) und TCM (2,2%) empfohlen.

5.7.3.1. Empfehlungen für Patienten in Abhängigkeit von anderen Einflussgrößen

Die aus den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) abzuleitende signifikante Abhängigkeit von Empfehlungen vom Arbeitsverhältnis der Osteopathinnen und Osteopathen werden durch exakte Tests von Fisher nicht bestätigt. Am deutlichsten sind die Unterschiede zwischen rein freiberuflichen und ausschließlich angestellten Osteopathen/Osteopathinnen (Exakter Test nach Fisher: $p=0,11$). Empfehlungen werden von 99,15% der freiberuflich tätigen (232 von 234) und 8 von 9 der angestellten Osteopathinnen und Osteopathen (89%) ausgesprochen. Aufgrund der geringen Fallzahl ist keine definitive Aussage möglich.

Bei allgemeinen Verhaltensratschlägen verhält es sich ähnlich wie bei den Empfehlungen allgemein. Es sind lediglich deutliche Unterschiede zwischen rein freiberuflichen und ausschließlich angestellten Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten (Exakter Test nach Fisher: $p=0,065$). 233 der 234 freiberuflich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen geben allgemeine Verhaltensratschläge (99,6%), von den angestellten Osteopathen/Osteopathinnen sind es 7 von 8 (88%).

Die Häufigkeit der Empfehlung aktiver Bewegungsübungen wird laut den Ergebnissen der ANOVA durch keinen der untersuchten Faktoren signifikant beeinflusst (siehe Anlage 5).

5.7.4. Verwendung anderer Methoden

Andere therapeutische und diagnostische Methoden, für die die Osteopathinnen und Osteopathen eine Ausbildung haben, werden von etwas mehr als der Hälfte der Respondentinnen und Respondenten verwendet (149 von 273, 54,6%), 124 Osteopathen/Osteopathinnen gaben an, das nicht zu tun (45,4%).

Die im ergänzenden Textfeld angeführten neben den osteopathischen Techniken angewandten Methoden sind in Tabelle 114, sortiert nach absteigender Häufigkeit der Nennungen, zusammengefasst.

Tabelle 114: Verwendung anderer therapeutischer und diagnostischer Methoden neben den osteopathischen Techniken (sortiert nach absteigender Häufigkeit der Nennungen). Anzahl der Nennung der einzelnen Methoden, sowie deren relativer Anteil an der Gesamtzahl der Nennungen und der Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, andere therapeutische und diagnostische Methoden zu verwenden.

	n	% der Nennungen (N=169)	% der Ost. (N= 149)
Physiotherapie	25	14,8	16,8
med. Diagnostik	10	5,9	6,7
Kinesiologie	9	5,3	6,0
APM	8	4,7	5,4
Biodynamik	7	4,1	4,7
Spiraldynamik	7	4,1	4,7
Bildgebende Verfahren	6	3,6	4,0
Physioenergetik	6	3,6	4,0
Sportphysiotherapie	6	3,6	4,0
FDM	5	3,0	3,4
Fußreflexzonenmassage	4	2,4	2,7
Lymphdrainage	4	2,4	2,7
PNF	4	2,4	2,7
Bobath	3	1,8	2,0
Manualtherapie	3	1,8	2,0
Manuelle Therapie (z.B. Lewitt)	3	1,8	2,0
Podologie	3	1,8	2,0
TCM	3	1,8	2,0
Yoga	3	1,8	2,0
Akupunktur	2	1,2	1,3
Bodytalk	2	1,2	1,3
Klangmassage (Peter Hess)	2	1,2	1,3
Manualtherapie (Maitland)	2	1,2	1,3
Neurophysiologische Therapie	2	1,2	1,3
sensorische Integration	2	1,2	1,3
Sohier	2	1,2	1,3
Physiotherapeutische Diagnostik	1	0,6	0,7
Manualtherapie für Kinder (HIO-Techniken)	1	0,6	0,7
3d Fußtherapie	1	0,6	0,7

Tabelle 114 – Fortsetzung

	n	% der Nennungen (N=169)	% der Ost. (N= 149)
ADL	1	0,6	0,7
AK	1	0,6	0,7
akt. Bewegungsübungen (Mc Kenzie)	1	0,6	0,7
ALReflex	1	0,6	0,7
Atemtherapie	1	0,6	0,7
ayurvedische Pulsdiagnostik	1	0,6	0,7
Babytherapie	1	0,6	0,7
Bindegewebe	1	0,6	0,7
Cyriax	1	0,6	0,7
Energiearbeit	1	0,6	0,7
FBL	1	0,6	0,7
Feldenkrais	1	0,6	0,7
Ganganalyse	1	0,6	0,7
Hakomi (Diagnostik)	1	0,6	0,7
Homöopathie	1	0,6	0,7
IAOM	1	0,6	0,7
Imedis Segmentardiagnostik	1	0,6	0,7
K-Taping	1	0,6	0,7
Laserakupunktur	1	0,6	0,7
Legasthenie/Dyskalkulie Training,	1	0,6	0,7
Muscle Balance	1	0,6	0,7
neurologische Bewegungskonzepte	1	0,6	0,7
neurale Mobilisation	1	0,6	0,7
neurologische Untersuchung	1	0,6	0,7
NLG	1	0,6	0,7
Nowo Balance	1	0,6	0,7
OMT	1	0,6	0,7
Phytotherapie	1	0,6	0,7
Rolfing	1	0,6	0,7
Skoliosebehandlung (Schroth)	1	0,6	0,7
Sportmotorische Tests	1	0,6	0,7
Trigger Punkt	1	0,6	0,7
Videointeraktionsanalyse (Maria Aarts)	1	0,6	0,7

Am häufigsten (Nennungen von mehr als 2% der 149 Osteopathinnen und Osteopathen, die andere Techniken anwenden) werden Physiotherapie (16,8% der 149 andere Techniken anwendenden Osteopathen/Osteopathinnen), medizinische Diagnostik (6,7%), Kinesiologie (6,0%), APM (5,4%), Biodynamik (4,7%), Spiraldynamik (4,7%), Bildgebende Verfahren (4,0%), Physioenergetik (4,0%), Sportphysiotherapie (4,0%), FDM (3,4%) sowie Fußreflexzonenmassage, Lymphdrainage und PNF (jeweils 2,7%) genannt.

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind hochsignifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Verwendung anderer diagnostischer und therapeutischer Methoden in Abhängigkeit davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen eine andere professionelle Aktivität ausüben oder nicht, zu beobachten. Weitere signifikante Unterschiede sind in Abhängigkeit von der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen erkennbar.

5.7.4.1. Verwendung anderer Methoden in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung und jenen mit einem Medizinstudium besteht ein signifikanter Unterschied in den Häufigkeitsverteilungen der Verwendung anderer Methoden (χ^2 -Test: $\chi^2=9,2541$, $df=1$, $p= 0,002$). Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung als den bereits genannten unterscheiden sich nicht signifikant in der Häufigkeit der Verwendung anderer Methoden von jenen, die eine Physiotherapieausbildung absolviert haben (Exakter Test nach Fisher: $p=0,76$) und von jenen mit Medizinstudium (Exakter Test nach Fisher: $p=0,070$).

In Abbildung 52 ist der Einfluss der Basisausbildung auf die Häufigkeit der Verwendung anderer Methoden dargestellt.

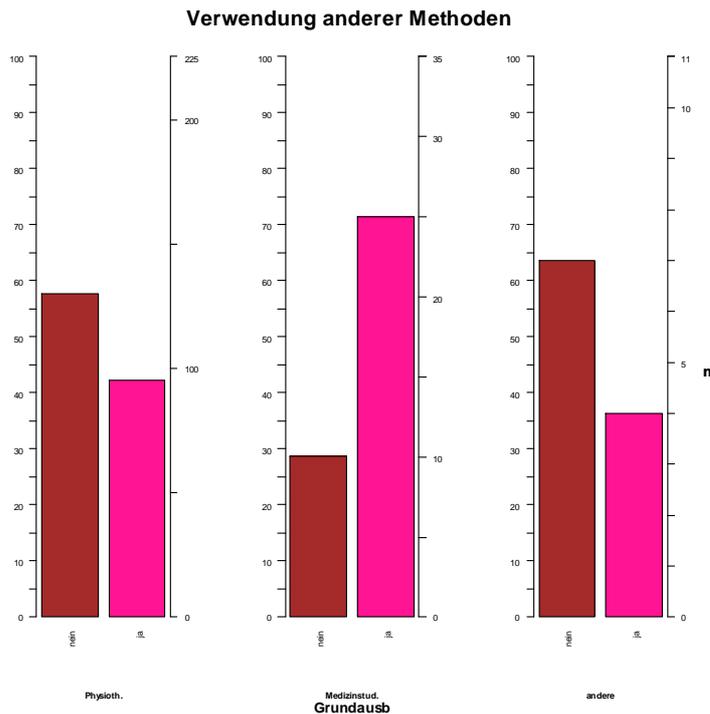


Abbildung 52: Verwendung anderer diagnostischer und therapeutischer Methoden durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium wenden am häufigsten andere Methoden an (25 von 35, 71%). Bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung sind es 42,2% (95 von 225) und bei jenen Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung vier von elf (36%).

5.7.4.2. Verwendung anderer Methoden in Abhängigkeit von anderer professioneller Aktivität

Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen, verwenden signifikant häufiger andere diagnostische und therapeutische Methoden als ihre Kollegen/Kolleginnen, die ausschließlich osteopathisch tätig sind (χ^2 -Test: $\chi^2=17,0526$, $df=1$, $p=0,00004$). Während 34,6% der Letzteren (55 von 159) angaben, andere Methoden anzuwenden, sind es von den zusätzlich anderweitig professionell Tätigen 61% (68 von 112).

5.7.5. Dokumentation

In Abbildung 53 und Tabelle 115 ist die Häufigkeit, wie viele der Osteopathen/Osteopathinnen unterschiedliche Behandlungsschritte dokumentieren, zusammengefasst.

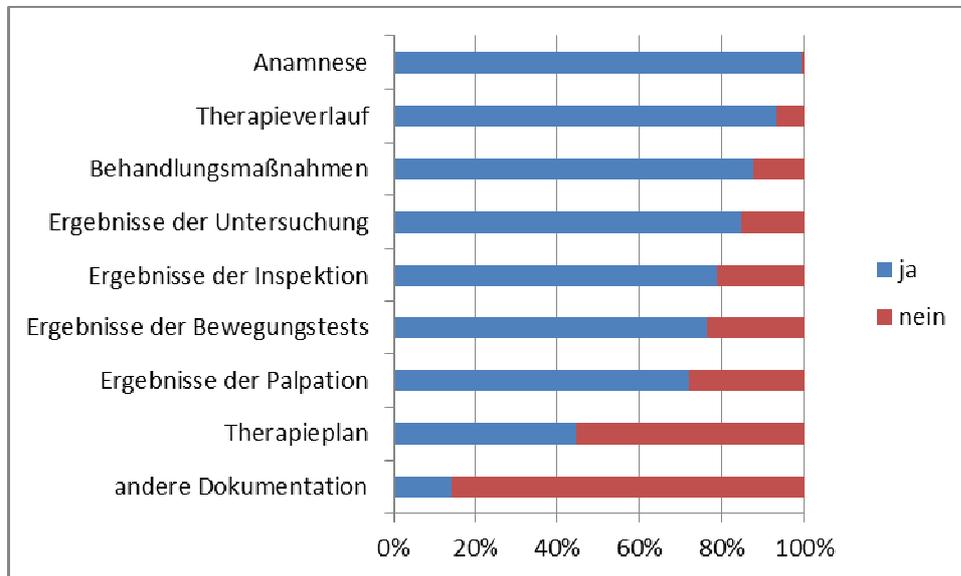


Abbildung 53: Dokumentation- Häufigkeit der Dokumentation unterschiedlicher Behandlungsschritte (prozentuell).

Tabelle 115: Dokumentation- Häufigkeit der Dokumentation unterschiedlicher Behandlungsschritte (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Dokumentation von ...	n			% (gültig)	
	ja	nein	fehlend	ja	nein
Anamnese	273	2	9	99,3	0,7
Inspektion	217	58	9	78,9	21,1
Palpation	198	77	9	72,0	28,0
Bewegungstests	210	65	9	76,4	23,6
Untersuchung	233	42	9	84,7	15,3
Therapieplan	123	152	9	44,7	55,3
Behandlungsmaßnahmen	241	34	9	87,6	12,4
Therapieverlauf	256	19	9	93,1	6,9
anderem	39	236	9	14,2	85,8

Die Anamnese wird von annähernd allen, das heißt von 273 der 275 Osteopathinnen und Osteopathen (99,3%) dokumentiert, die diese Frage beantworteten, der Therapieverlauf von 93,1%, die Behandlungsmaßnahmen von 87,6% und die Ergebnisse der Untersuchung von 84,7%. Mehr als drei Viertel der Osteopathinnen und Osteopathen gaben weiters an, die Ergebnisse der Inspektion (78,9%) und der Bewegungstests (76,4%) zu dokumentieren. Während noch 72,0% der

Osteopathinnen und Osteopathen die Ergebnisse der Palpation aufzeichnen, sind es nur 44,7%, die einen Therapieplan dokumentieren.

Im ergänzenden freien Textfeld wurden 39 Antworten über zusätzlich dokumentierte Behandlungsschritte gemacht. Diese Antworten sind – nachträglich kategorisiert – in Tabelle 116 zusammengefasst.

Tabelle 116: Zusätzliche Dokumentation- Häufigkeit der Dokumentation nicht explizit im Fragebogen angeführter Behandlungsschritte in absteigender Häufigkeit der Nennung (in absoluten Zahlen und in relativer Häufigkeit bezogen auf die Gesamtzahl der Nennungen und der die Frage beantwortenden Osteopathinnen und Osteopathen).

Dokumentation von:	n	% der Nennungen (N=39)	% der beantwortenden Osteopathen (N=275)
Evaluation/Rückmeldungen	7	17,9	2,5
Empfehlungen	6	15,4	2,2
Befunde	5	12,8	1,8
Behandlungsreaktionen	3	7,7	1,1
Kontraindikationen/Ablehnung best. Techniken	3	7,7	1,1
Psych. Eindruck	2	5,1	0,7
allgemeiner Eindruck	2	5,1	0,7
wörtliche Aussagen	2	5,1	0,7
Messergebnisse (z.B. RR, Puls, Schmerzskala)	2	5,1	0,7
weitere Vorgehensweise	2	5,1	0,7
Rechnungsstatus	1	2,6	0,4
Kooperation	1	2,6	0,4
besondere Beobachtungen	1	2,6	0,4
Biodynamische Ergebnisse	1	2,6	0,4
Sicherheitstests	1	2,6	0,4

Rückmeldungen über den Behandlungsfortschritt bzw. dessen Evaluation wurden von sieben der 275 Osteopathen/Osteopathinnen, die zumindest eine Frage über die Dokumentation von Behandlungsschritten beantworteten (2,5%), dokumentiert. Sechs gaben an, Empfehlungen zu notieren (2,2%) und 1,8% Befunde. Jeweils über ein Prozent der Osteopathinnen und Osteopathen dokumentiert darüber hinaus Behandlungsreaktionen und Kontraindikationen bzw. die Ablehnung bestimmter Techniken (jeweils 1,1%).

5.7.5.1. Unterschiede in der Dokumentation zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen

Bei der Dokumentation der Anamnese besteht zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied in den Häufigkeitsverteilungen der Anamnese (Exakter Test nach Fisher: $p=0,10$). Zwei der 86 männlichen Osteopathen (2%) gaben an, die Anamnese nicht zu dokumentieren, während alle 189 Osteopathinnen Aufzeichnungen über die Anamnese führen.

5.7.5.2. Unterschiede in der Dokumentation in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte

Die Ergebnisse der Palpation werden von 69,1% der WSO-Absolventen/Absolventinnen (163 von 236) und von 91% (32 von 35) der Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen aufgezeichnet (Exakter Test nach Fisher: $p=0,02$). Hingegen werden Behandlungsmaßnahmen von signifikant mehr WSO-Absolventen/Absolventinnen festgehalten (Exakter Test nach Fisher: $p=0,02$). 89,8% der WSO-Abgänger/-innen (212 von 236) und 74% (26 von 35) der Absolventinnen und Absolventen anderer Osteopathieschulen dokumentieren diese.

5.7.5.3. Unterschiede in der Dokumentation in Abhängigkeit von der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten

Ausschließlich osteopathisch Tätige unterscheiden sich in der Dokumentation der Ergebnisse von Bewegungstests deutlich, jedoch nicht signifikant, von Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen (χ^2 -Test: $\chi^2=3,4144$, $df=1$, $p= 0,06$). So dokumentieren 93% der zusätzlich abseits der Osteopathie professionell Aktiven diese Ergebnisse (93 von 113), während nur 71,9% der ausschließlich osteopathisch Tätigen die Ergebnisse von Bewegungstests aufzeichnen (115 von 160).

Auch bei der Dokumentation des Therapieplans gibt es signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen (χ^2 -Test: $\chi^2=6,6381$, $df=1$, $p= 0,010$). Dieser wird von 54% der zusätzlich anderweitig professionell Aktiven (61 von 113) aufgezeichnet, jedoch nur von 37,5% (60 von 160) der ausschließlich osteopathisch Tätigen.

5.7.5.4. Unterschiede in der Dokumentation durch in Praxismgemeinschaften oder Einzelpraxen tätigen Osteopathen/Osteopathinnen

Der in den Ergebnissen der ANOVA als signifikant eingeschätzte Unterschied zwischen alleine und im Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen in der Dokumentation der Anamnese, wird durch einen exakten Test nach Fisher nicht bestätigt ($p=0,11$).

Bestätigt wird hingegen der signifikante Unterschied in der Dokumentation von Behandlungsmaßnahmen (χ^2 -Test: $\chi^2=5,3195$, $df=1$, $p= 0,02$). Diese werden von 91,2% der im Team arbeitenden (165 von 181) und von 81% der in einer Einzelpraxis arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen (75 von 93) dokumentiert.

5.7.5.5. Ausmaß der Dokumentation in Abhängigkeit von einer ÖGO-Mitgliedschaft

Die Ergebnisse der χ^2 -Tests, bzw. Exakten Tests nach Fisher auf Unterschiede zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern im Ausmaß der Dokumentation sind in Tabelle 117 zusammengefasst.

Tabelle 117: Dokumentation: Ergebnisse der χ^2 -Tests, bzw. Exakten Tests nach Fisher auf Unterschiede zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern im Ausmaß der Dokumentation.

Dokumentation von:	Test	χ^2	df	p
Anamnese	Fisher's exact p			1,0
Inspektion	Chi-square/Yates	0,0203	1	0,89
Palpation	Chi-square/Yates	5,5509	1	0,018
Bewegungstests	Chi-square/Yates	0	1	1,0
Untersuchung	Chi-square/Yates	0,088	1	0,77
Therapieplan	Chi-square/Yates	0,1551	1	0,69
Behandlungsmaßnahmen	Chi-square/Yates	1,886	1	0,17
Therapieverlauf	Chi-square/Yates	0,0069	1	0,93
andere	Chi-square/Yates	0,2205	1	0,64

Ein signifikanter Einfluss einer ÖGO-Mitgliedschaft ist lediglich bei der Dokumentation der Palpation zu erkennen ($\chi^2=5,5509$, $df=1$, $p=0,018$). Während 110 der 139 ÖGO-Mitglieder (79,1%) die Ergebnisse der Palpation dokumentieren, sind es lediglich 88 der 134 Nichtmitglieder (65,7%).

5.7.6. Bevorzugte Patientengruppen

Annähernd drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen gaben an, mit keiner Patientengruppe bevorzugt in ihrer Praxis zu arbeiten (199 Fälle, 72,6%), während 27,4% angaben, mit bevorzugten Patientengruppen zu arbeiten (siehe Tabelle 118).

Tabelle 118: Bevorzugte Patientengruppen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

bev. Pat.-Gr.	n	% gültig	% total
nein	199	72,6	70,1
ja	75	27,4	26,4
fehlend (abh)	10		3,5

In Tabelle 119 sind die Angaben der Osteopathen/Osteopathinnen über bevorzugt behandelte Patientengruppen, sowie die relativen Anteile an den Nennungen und an den 75 Osteopathinnen und Osteopathen, die bevorzugte Patientengruppen angaben, sortiert nach absteigender Häufigkeit zusammengefasst. Dafür wurden die Antworten so kategorisiert, dass möglichst der gesamte Zusammenhang erhalten bleibt. Beispielsweise wurde neben der allgemeinen Kategorie „Kinder“ auch die spezifischere Gruppe „Kleinkinder“ als eigene Kategorie belassen.

Tabelle 119: Bevorzugte Patientengruppen – Ergänzende Angaben der Osteopathinnen und Osteopathen im freien Textfeld (absolute Zahlen und relativer Anteil an den Nennungen, an den 75 Osteopathinnen und Osteopathen, die bevorzugte Patientengruppen angaben und an allen Osteopathen/Osteopathinnen).

bevorzugte Patientengruppen	n	% der Nennungen (N= 124)	% an Osteopathen mit bevorzugten Gruppen (N=75)	% aller Osteopathen (N=274)
Kinder	42	33,9	45,2	15,3
Schwangere	10	8,1	10,8	3,6
Babys	9	7,3	9,7	3,3
Sportler	9	7,3	9,7	3,3
Frauen	6	4,8	6,4	2,2
Craniomandibuläre Dysfunktionen	5	4	5,3	1,8
Säuglinge	4	3,2	4,3	1,5
Erwachsene	3	2,4	3,2	1,1
orthopädische Patienten	3	2,4	3,2	1,1
Alte Patienten/Pensionisten	2	1,6	2,1	0,7
Kleinkinder	2	1,6	2,1	0,7
Rehabilitationspatienten	2	1,6	2,1	0,7
Sänger	2	1,6	2,1	0,7
Schauspieler	2	1,6	2,1	0,7
Unfall	2	1,6	2,1	0,7
Wöchnerinnen	2	1,6	2,1	0,7
Akutschmerzpatienten	1	0,8	1,1	0,4
Akutverletzungen	1	0,8	1,1	0,4
Angestellte	1	0,8	1,1	0,4
Bissprobleme	1	0,8	1,1	0,4
Chronische Schmerzen	1	0,8	1,1	0,4
Drogenentzugsbabys	1	0,8	1,1	0,4

Tabelle 119 – Fortsetzung

bevorzugte Patientengruppen	n	% der Nennungen (N= 124)	% an Osteopathen mit bevorzugten Gruppen (N=75)	% aller Osteopathen (N=274)
Familien	1	0,8	1,1	0,4
Frühgeborene	1	0,8	1,1	0,4
gynäkologische Patienten	1	0,8	1,1	0,4
kieferorthopädische Patienten	1	0,8	1,1	0,4
Landwirte	1	0,8	1,1	0,4
Läufer	1	0,8	1,1	0,4
Pferde	1	0,8	1,1	0,4
psychosomatische Patienten	1	0,8	1,1	0,4
Schulkinder mit Lernschwäche	1	0,8	1,1	0,4
Schulter	1	0,8	1,1	0,4
Selbständige	1	0,8	1,1	0,4
Tänzer	1	0,8	1,1	0,4
unfallchirurgische Patienten	1	0,8	1,1	0,4

Bei 45,2% jener Osteopathinnen und Osteopathen, die bevorzugte Patientengruppen behandeln, bestehen diese aus Kindern, bei 10,8% aus Schwangeren, bei jeweils 9,8% aus Babys oder Sportlern. Frauen sind die bevorzugte Gruppe von 6,4% dieser Osteopathen/Osteopathinnen, Patienten/Patientinnen mit craniomandibulären Dysfunktionen von 5,3% und Säuglinge von 4,3%. Erwachsene und orthopädische Patienten werden von jeweils drei Osteopathinnen und Osteopathen, die bevorzugte Patientengruppen behandeln (jeweils 3,2%) als solche bezeichnet. Kinder stellen somit eine bevorzugte Gruppe von 15,3% aller Osteopathen/Osteopathinnen dar. Kinder, Babys, Säuglinge, Kleinkinder und Frühgeborene stellen somit die häufigsten bevorzugten Patientengruppen dar (insgesamt 58 Nennungen, entsprechend 46,8% der zusätzlichen Textangaben). Sie werden von 21,2% aller Osteopathen/Osteopathinnen bevorzugt behandelt.

In den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) sind signifikante Unterschiede darin, ob die Osteopathen/Osteopathinnen bevorzugte Patientengruppen behandeln oder nicht, zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen und zwischen Absolventen der WSO und anderer Ausbildungsstätten erkennbar.

5.7.6.1. Bevorzugte Patientengruppen bei weiblichen und männlichen Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Behandlung bevorzugter Patientengruppen (χ^2 -Test: $\chi^2=6,5933$, $df=1$, $p=0,01$).

In Abbildung 54 ist ersichtlich, wie viele weibliche und männliche Osteopathen/Osteopathinnen mit bevorzugten Patientengruppen arbeiten.

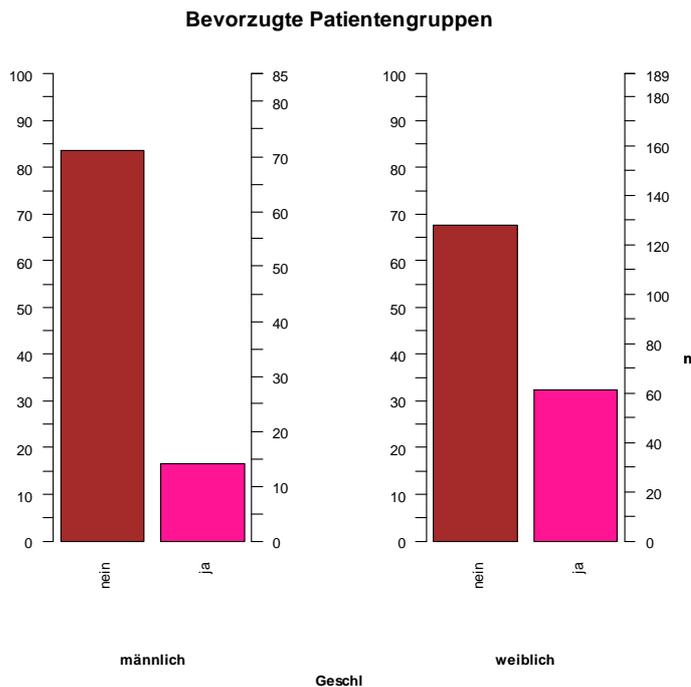


Abbildung 54: Bevorzugte Patientengruppen von weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Der Anteil der Osteopathinnen, die mit bevorzugten Patientengruppen arbeiten, ist doppelt so hoch, wie jener der männlichen Kollegen (61 von 189, entsprechend 32,3% gegenüber 14 von 85, entsprechend 16%).

5.8. Patientencharakteristika

5.8.1. Typisches Geschlecht der Patientenklientel

In

Tabelle 120 ist dargestellt, wie die Osteopathen/Osteopathinnen die Verteilung zwischen ihren männlichen und weiblichen Patienten/Patientinnen einschätzen.

Tabelle 120: Typisches Geschlecht der Patientenklientel (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Klientel	n	% gültig	% total
männlich	0	0	0
weiblich	94	34,1	33,1
ausgewogen	182	65,9	64,1
fehlend (abh)	8		2,8

Etwa zwei Drittel der Osteopathen/Osteopathinnen gaben an, dass das Geschlechtsverhältnis ihrer Patienten/Patientinnen ausgewogen ist (182 Fälle, 65,9%), die restlichen 94 Osteopathen/Osteopathinnen arbeiten vorwiegend mit weiblichen Patienten (34,1% der gültigen Fälle). Kein einziger Osteopath/keine einzige Osteopathin gab an, vorwiegend Männer zu behandeln.

Aus den Ergebnissen der ANOVA (siehe Anlage 5) ist abzuleiten, dass von den untersuchten Faktoren nur ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Osteopathen/Osteopathinnen und jenem der vorrangig behandelten Patienten/Patientinnen besteht.

5.8.1.1. Typisches Geschlecht der Patientenklientel von weiblichen und männlichen Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen besteht ein signifikanter Unterschied in der Verteilung von männlichen und weiblichen Patienten (χ^2 -Test: $\chi^2=4,5639$, $df=1$, $p= 0,03$).

In Abbildung 55 und Tabelle 121 ist die Einschätzung der Verteilung zwischen männlichen und weiblichen Patienten durch weibliche und männliche Osteopathen gegenübergestellt.

Typisches Geschlecht des Patienten Klientel

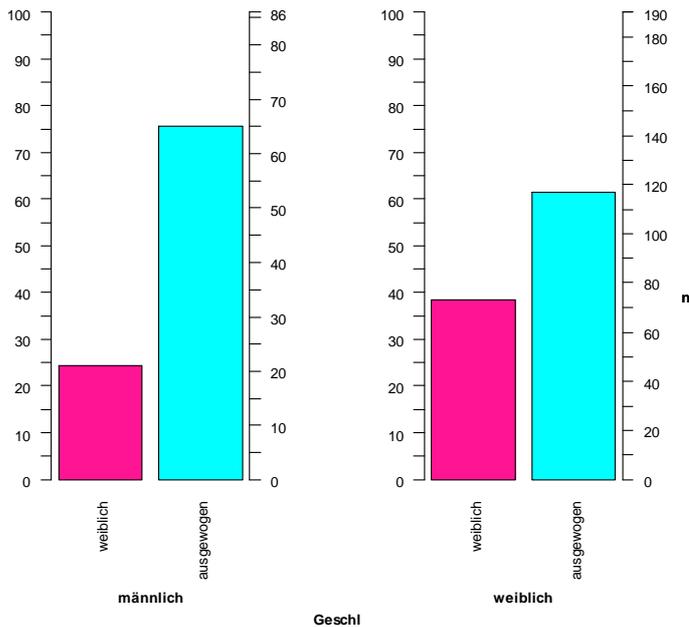


Abbildung 55: Typisches Geschlecht der Patienten Klientel bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse, linke Achse: %, rechte Achse: n).

Tabelle 121: Typisches Geschlecht der Patienten Klientel bei weiblichen und männlichen Osteopathen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	männliche O.		weibliche O.	
	n	%	n	%
Klientel				
männlich	0	0	0	0
weiblich	21	24	73	38,4
ausgewogen	65	76	117	61,6

Etwa drei Viertel der männlichen Osteopathen geben an, dass das Verhältnis von Patienten zu Patientinnen ihrer Klientel ausgewogen ist (65 Fälle, 76%). Auch beim Großteil der Osteopathinnen ist das Verhältnis ausgeglichen, jedoch nur in 61,6% der gültigen Fälle (n=117). Nachdem kein einziger der Osteopathinnen und Osteopathen angab, vorwiegend männliche Patienten zu behandeln, entfällt der Rest auf 100% auf die Kategorie ‚vorwiegend weibliche Patienten‘.

5.8.2. Alter der Patienten/Patientinnen

Das Alter der Patientinnen und Patienten wurde in zwei Fragen behandelt. Einerseits wurde das Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel erhoben, wobei Mehrfachnennungen ohne Einschränkung möglich waren. Um die vorwiegenden Altersgruppen der Patienten und Patientinnen herauszuarbeiten,

wurde in einer zweiten Frage erhoben, welche drei Altersgruppen der Patienten/Patientinnen die Osteopathinnen und Osteopathen am häufigsten aufsuchen.

5.8.2.1. Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel

In Abbildung 56 sind die Altersgruppen der in den letzten sechs Monaten behandelten Patienten/Patientinnen nach absteigender Häufigkeit dargestellt.

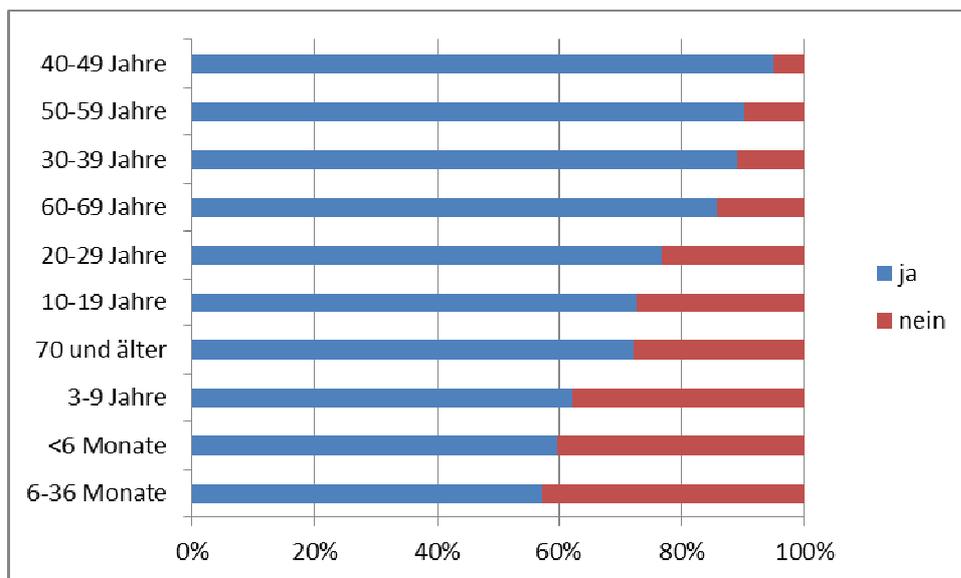


Abbildung 56: Altersgruppen der in den letzten sechs Monaten behandelten Patienten/Patientinnen-Klientel (sortiert nach absteigender Häufigkeit).

Vorrangig gaben die Osteopathinnen und Osteopathen an, eine Klientel von 40-49 Jahre in den letzten sechs Monaten behandelt zu haben, jedoch wurden auch die Altersgruppen von 30-39 Jahre und zwischen 50 und 69 Jahre von mehr als 80% der Osteopathinnen und Osteopathen angeführt. Während mehr als 70% eine Klientel zwischen 10 und 29 Jahre und älter als 70 Jahre angab, wurden Kinder bis 9 Jahre in den letzten sechs Monaten von weniger Osteopathen/Osteopathinnen behandelt. Hier werden von etwas mehr als 60% Kinder zwischen drei und neun Jahren, und knapp unter 60% Babys unter sechs Monaten angeführt. Kinder zwischen sechs und 36 Monaten wurden in den letzten sechs Monaten von den wenigsten der Osteopathen/Osteopathinnen (ca. 58%) behandelt.

Alter der in den letzten sechs Monaten von weiblichen und männlichen Osteopathen behandelten Klientel

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen gibt es signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nennungen einer in den letzten sechs Monaten behandelten Patienten Klientel im Alter zwischen 10-39 Jahre und über 60 Jahre. Konkret ergaben die χ^2 -Tests Folgendes:

Klientel 10-19 Jahre: χ^2 -Test: $\chi^2=4,1256$, $df=1$, $p= 0,04$

Osteopathen: 81% (70 von 86)

Osteopathinnen: 68,8% (130 von 189)

Klientel 20-29 Jahre: χ^2 -Test: $\chi^2=4,0211$, $df=1$, $p= 0,04$

Osteopathen: 85% (73 von 86)

Osteopathinnen: 73,0% (138 von 189)

Klientel 30-39 Jahre: χ^2 -Test: $\chi^2=4,1487$, $df=1$, $p= 0,04$

Osteopathen: 95% (82 von 86)

Osteopathinnen: 86,2% (163 von 189)

Klientel 60-69 Jahre: χ^2 -Test: $\chi^2=4,5108$, $df=1$, $p= 0,03$

Osteopathen: 93% (80 von 86)

Osteopathinnen: 82,5% (156 von 189)

Klientel >70 Jahre: χ^2 -Test: $\chi^2=9,3941$, $df=1$, $p= 0,002$

Osteopathen: 85% (73 von 86)

Osteopathinnen: 66,1% (125 von 189)

Generell ist die relative Häufigkeit der Nennungen aller dieser Altersgruppen bei den männlichen Osteopathen höher, als bei den weiblichen. Am deutlichsten ist der Unterschied bei Patienten/Patientinnen, die 70 Jahre oder älter sind, die von 85% der männlichen, aber nur 66,1% der weiblichen Osteopathen genannt wurden. Bei den anderen Altersgruppen gaben etwa 9-12% (absolut) der männlichen Osteopathen häufiger an, diese Gruppen in den letzten sechs Monaten behandelt zu haben als die weiblichen Osteopathen.

Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region

Die Häufigkeit der Nennung von im letzten halben Jahr behandelten Patienten/Patientinnen mit einem Alter unter sechs Monaten unterscheidet sich signifikant zwischen allen drei Regionen (χ^2 -Tests: Ost- vs. Westösterreich:

$\chi^2=26,9041$, $df=1$, $p < 0,00001$, Ost. vs. Südösterreich: $\chi^2=4,3604$, $df=1$, $p= 0,04$, Süd- vs. Westösterreich: $\chi^2=3,808$, $df=1$, $p= 0,05$).

79% der westösterreichischen Osteopathinnen und Osteopathen gaben an, Babys unter sechs Monaten behandelt zu haben, während es in Südösterreich 62% und in Ostösterreich 43% waren.

Bei Kindern unter drei Jahren besteht ein signifikanter Unterschied zwischen West- und Ostösterreich (χ^2 -Test: $\chi^2=16,0046$, $df=1$, $p= 0,00006$), während sonst keine signifikanten Unterschiede zwischen den Regionen festzustellen sind ($p_{\min}=0,11$). In Westösterreich gaben 72% der Osteopathinnen und Osteopathen an, Kinder dieser Altersstufe behandelt zu haben, während es in Südösterreich 58% und in Ostösterreich 45% waren.

Bei Kindern im Alter von 3- 9 Jahren ist ebenfalls ein signifikanter Unterschied nur zwischen West- und Ostösterreich zu beobachten (χ^2 -Test: $\chi^2=7,3953$, $df=1$, $p= 0,007$). Während in Westösterreich 72% der Osteopathinnen und Osteopathen angaben, Kinder dieser Altersgruppe behandelt zu haben, sind es in Ostösterreich nur 54% und in Südösterreich 62%.

Hingegen hebt sich bei einer Klientel zwischen 60 – 69 Jahren Südösterreich von West- und Ostösterreich signifikant ab (χ^2 -Test: $\chi^2=6,4631$, $df=1$, $p= 0,01$, bzw. $\chi^2=6,0636$, $df=1$, $p= 0,01$). In Südösterreich gaben 72% der Osteopathen/Osteopathinnen an, Patienten dieser Altersgruppe behandelt zu haben, während es in Ostösterreich 89% und in Westösterreich 90% waren.

Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Die Häufigkeit der Nennungen einer behandelten Patientenklientel im Alter von unter sechs Monaten und 3-9 Jahren hängt signifikant von den Tätigkeitsjahren der Osteopathen/Osteopathinnen ab:

Klientel 0-6 Monate:

Bei Babys unter sechs Monaten gibt es signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Nennung zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 und jenen mit unter drei Tätigkeitsjahren (χ^2 -Test: $\chi^2=7,8999$, $df=1$, $p= 0,005$). Weiters unterscheiden sich letztere deutlich, jedoch nicht signifikant von jenen mit 7-10 Jahren osteopathischer Tätigkeit (χ^2 -Test: $\chi^2=3,1569$, $df=1$, $p= 0,076$) und die

Osteopathen mit 4-6 von jenen mit mehr als 10 Tätigkeitsjahren (χ^2 -Test: $\chi^2=2,6199$, $df=1$, $p=0,10$). Die Häufigkeit der Nennung dieser Altersgruppen ist in Abbildung 57 und Tabelle 122 ersichtlich.

Klientel 3-9 Jahre:

Bei den Kindern zwischen 3 und 9 Jahren besteht ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 und jenen mit unter drei Tätigkeitsjahren (χ^2 -Test: $\chi^2=5,6926$, $df=1$, $p=0,02$), sowie jenen mit 4-6 Tätigkeitsjahren (χ^2 -Test: $\chi^2=8,1178$, $df=1$, $p=0,004$). Die Häufigkeit der Nennung dieser Altersgruppen ist ebenfalls in Abbildung 57 und Tabelle 122 dargestellt.

In beiden Fällen ist ein Anstieg der Häufigkeit der Nennungen mit zunehmenden Tätigkeitsjahren zu erkennen.

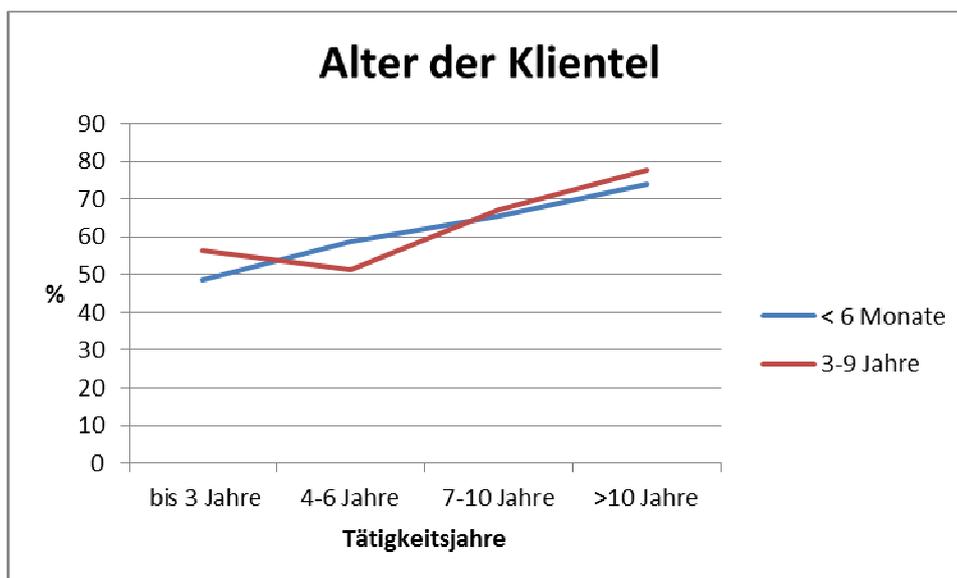


Abbildung 57: Häufigkeit der Behandlung von Patientengruppen mit einem Alter unter 6 Monaten und zwischen 3-9 Jahren durch bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätige (prozentuell).

Während nur etwa die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen, die maximal drei Jahre osteopathisch tätig sind, in den letzten sechs Monaten Kinder unter sechs Monaten behandeln (48,7%, siehe Tabelle 122), sind es annähernd 60% jener, mit 4-6 Jahren Berufspraxis, 65,5% jener mit 7-10 Jahren osteopathischer Tätigkeitsdauer

und 74,1% jener mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung. Kinder mit einem Alter zwischen drei und 9 Jahren wurden in diesem Zeitraum vor der Befragung von ca. 50-60% der Osteopathinnen und Osteopathen bis sechs Jahre Tätigkeitsdauer, von 67,2% jener mit 7-10 Jahren osteopathischer Tätigkeitsdauer und annähernd 80% jener mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung (77,6%) behandelt.

Tabelle 122: Häufigkeit der Behandlung von Patientengruppen mit einem Alter unter 6 Monaten und zwischen 3-9 Jahren durch bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätige (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Tätigkeitsd.		bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
		n	%	n	%	n	%	n	%
< 6 Monate	bev. Gr.	38	48,7	40	58,8	38	65,5	43	74,1
	keine bev. Gr.	40	51,3	28	41,2	20	34,5	15	25,9
3-9 Jahre	bev. Gr.	44	56,4	35	51,5	39	67,2	45	77,6
	keine bev. Gr.	34	43,6	33	48,5	19	32,8	13	22,4

Alter der in den letzten sechs Monaten behandelten Klientel in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung als Physiotherapeut/-in unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Altersverteilung der behandelten Klientel von jenen mit einem Medizinstudium ($p_{\min}=0,061$, älter als 69 Jahre).

5.8.2.2. Häufigste Patienten-/innengruppen

In Abbildung 58 sind die Antworten auf die Frage nach den drei am häufigsten vorkommenden Altersgruppen der behandelten Patienten/Patientinnen sortiert nach absteigender Häufigkeit dargestellt.

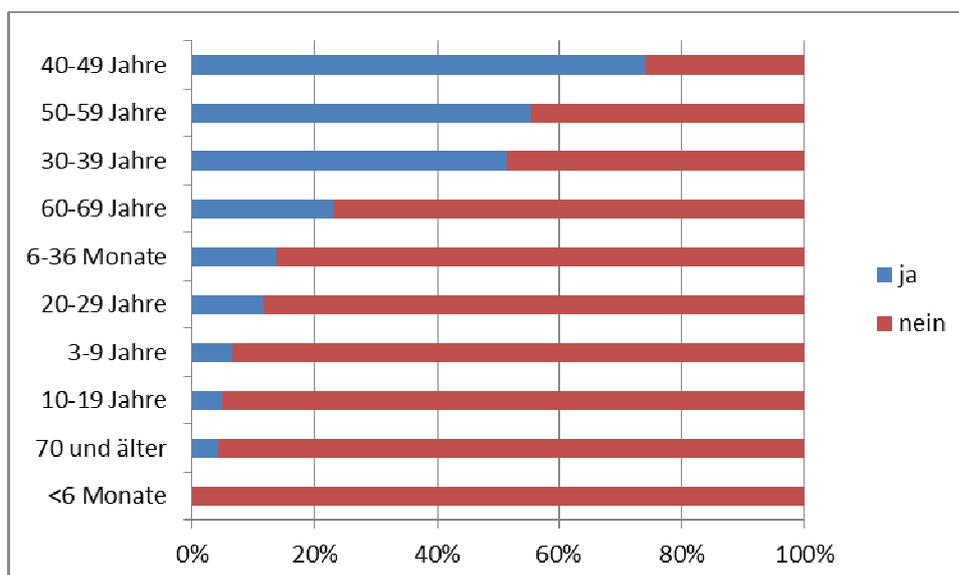


Abbildung 58: Altersgruppen der in den letzten sechs Monaten behandelten Patienten/Patientinnen-Klientel (sortiert nach absteigender Häufigkeit).

Am häufigsten wurde von den Osteopathen/Osteopathinnen die Altersgruppe der 40-49-jährigen Patienten/Patientinnen als eine der drei häufigsten im Praxisbetrieb behandelten genannt (ca. 73%). Die Altersgruppe der 50-59-Jährigen wurde von etwa 58%, jene der 30-39-Jährigen von ca. 51% den drei am häufigsten behandelten zugeordnet. Bereits weitaus seltener (ca. 23%) wurden die 60-69-jährigen Patienten genannt. Jüngere, jedoch bereits erwachsene Patienten wurden noch seltener den drei am häufigsten vorkommenden Altersgruppen zugeordnet. So wurden die 20-29 Jahre alten Patienten nur von ca. 13% genannt. Etwas häufiger, von 15% der Osteopathen/Osteopathinnen wurden zwischen 6 und 36 Monate alte Kinder den drei hauptsächlich auftretenden Altersgruppen zugeordnet, Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 19 Jahren, sowie Patientinnen mit mindestens 70 Jahren jedoch von weniger als 10%. Kein einziger Osteopath/keine einzige Osteopathin gab Babys unter 6 Monaten als eine der drei am häufigsten vertretenen Altersgruppen an.

Häufigste Altersgruppen der Patienten/-innen bei männlichen und weiblichen Osteopathen

Im Gegensatz zu der in den letzten sechs Monaten vor der Befragung behandelten Patienten Klientel gibt es zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen nur einen einzigen signifikanten Unterschied in der Häufigkeit der Nennungen der drei am häufigsten vorkommenden Altersgruppen der behandelten Patienten. Dieser betrifft die Altersgruppe der Patienten zwischen 20 und 29 Jahre (χ^2 -Test: $\chi^2=4,7983$, $df=1$, $p=0,03$), die von 18% der männlichen Osteopathen (16 von 89) als eine der drei am häufigsten behandelten Altersgruppen genannt wurde, jedoch nur von 8,5% der Osteopathinnen (16 von 189).

Häufigste Altersgruppen der Patienten/-innen in Abhängigkeit von der geographischen (NUTS1) Region

In Südösterreich wurden die Patienten/Patientinnen zwischen 40 und 49 Jahren signifikant häufiger den drei am häufigsten behandelten Altersgruppen zugeordnet, als in Ostösterreich (χ^2 -Test: $\chi^2=5,2711$, $df=1$, $p=0,02$). Zwischen Südösterreich und Westösterreich ist zumindest ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied zu erkennen (χ^2 -Test: $\chi^2=2,8605$, $df=1$, $p=0,09$), während sich Ost- und Westösterreich

nicht signifikant unterscheiden (χ^2 -Test: $\chi^2=0,379$, $df=1$, $p= 0,54$). In Südosterreich nannten 88% der Osteopathinnen und Osteopathen diese Altersgruppe, während in Westösterreich 75% und in Ostösterreich 70% der Osteopathinnen diese Altersgruppe als eine der drei am häufigsten vorkommenden nannten.

Häufigste Altersgruppen der Patienten/-innen in Abhängigkeit von der osteopathischen Tätigkeitsdauer

Die Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 Tätigkeitsjahren unterscheiden sich signifikant sowohl von jenen mit bis zu drei als auch jenen mit 4-6 Jahren osteopathischer Tätigkeit in der Häufigkeit der Zuordnung der Gruppe von *6 bis 36 Monate alten Patienten* zu den drei häufigsten behandelten Alterskategorien (χ^2 -Test: $\chi^2=8,0184$, $df=1$, $p= 0,005$, bzw. $\chi^2=7,5678$, $df=1$, $p= 0,006$).

Während nur 7,7% der Osteopathen/Osteopathinnen, die bis zu drei Jahre osteopathisch tätig sind, Kinder zwischen 6-36 Monaten als eine der drei häufigsten Patientengruppen bezeichneten, sind es bei jenen mit über 10 Jahren osteopathischer Berufserfahrung 27,1% (siehe Tabelle 123 und Abbildung 59).

Tabelle 123: Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die die Alterskategorien der Patienten zwischen 6 und 36 Monaten und 30-39 Jahren als eine der drei häufigsten auswählten in Abhängigkeit von der Tätigkeitsdauer (nur prozentuell).

Tätigkeitsdauer	bis 3 Jahre	4-6 Jahre	7-10 Jahre	>10 Jahre
Altersgruppe	%			
6- 36 Monate	7,69	7,35	17,54	27,12
30-39 Jahre	43,59	63,24	59,65	35,59

Patienten/Patientinnen zwischen 30 und 39 Jahre nehmen vorwiegend bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit 4-6 bzw. 7-10 Berufsjahren eine vorrangige Stellung ein. So gaben 63,2% bzw. 59,7% der Osteopathen/Osteopathinnen dieser Kategorien der Tätigkeitsdauer an, dass diese Patienten-/Patientinnengruppe einer der drei häufigsten Alterskategorien angehört, während von den kürzer als drei Jahre Tätigen nur 43,6% und von den länger als 10 Jahre Tätigen 35,6% diese Altersgruppe anführten (siehe Tabelle 123 und Abbildung 59).

Signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Zuordnung der Patienten-/Patientinnengruppe der 30-39-Jährigen zu den drei häufigsten behandelten gibt es

- zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen mit bis zu drei Jahren und 4-6 Jahren Tätigkeitsdauer (χ^2 -Test: $\chi^2=4,8647$, $df=1$, $p= 0,03$),

- zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 und 4-6 Jahren Tätigkeitsdauer (χ^2 -Test: $\chi^2=8,5816$, $df=1$, $p= 0,003$) und
- zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 und 7-10 Jahren Tätigkeitsdauer (χ^2 -Test: $\chi^2=5,7985$, $df=1$, $p= 0,02$).

Zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen mit bis zu drei Jahren und jenen mit 7-10 Jahren osteopathischer Tätigkeit besteht weiters ein deutlicher, jedoch nicht signifikanter Unterschied (χ^2 -Test: $\chi^2=2,7856$, $df=1$, $p= 0,10$).

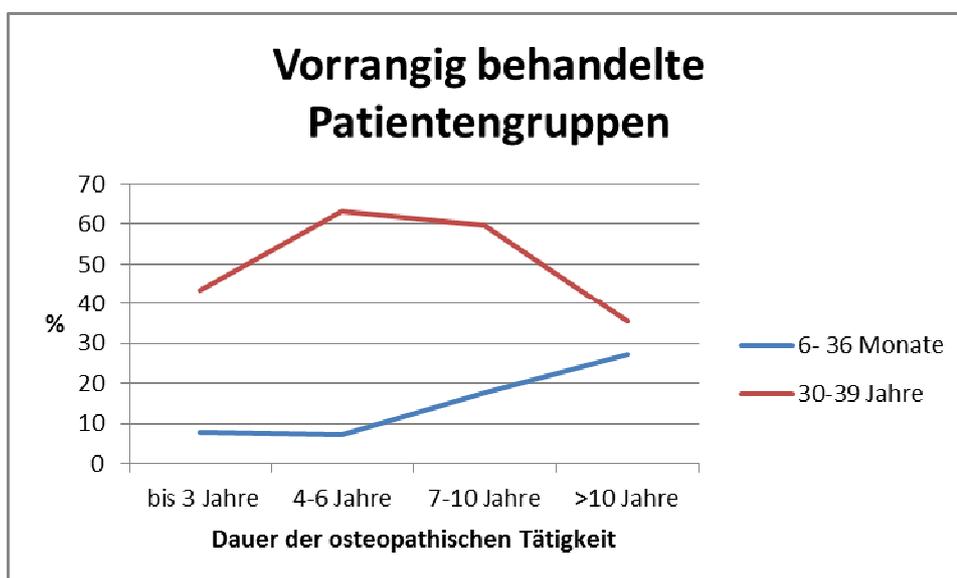


Abbildung 59: Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer osteopathischen Tätigkeitsdauer von bis zu drei Jahren/4-6 Jahren/7-10 Jahren und mehr als 10 Jahren, die die Alterskategorien der Patienten zwischen 6 und 36 Monaten und 30-39 Jahren als eine der drei häufigsten auswählten.

Häufigste Altersgruppen der Patienten/-innen in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Die von Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung als Physiotherapeut/-in am häufigsten behandelten Patienten/Patientinnen unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des Alters von jenen mit einem Medizinstudium ($p_{\min}=0,11$, 50-59 Jahre).

5.8.3. Häufigkeit von Beschwerden

In Abbildung 60 und Überwiegend als sehr häufig auftretend - das heißt mehr als 50% der Osteopathinnen und Osteopathen gaben die Antwort „5-sehr häufig“ - wurden Beschwerden der Wirbelsäule (von 85,6%), der LWS (von 78,1%), des Nackens (von 73,3%) und der Schulter (von 53,5% der Osteopathinnen und Osteopathen) angeführt.

Überwiegend als überdurchschnittlich häufig auftretend - das heißt mit einer Bewertung von 3-5 durch mehr als die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen - wurden alle Beschwerden außer jenen der Hand (32,3% der Osteopathinnen und Osteopathen) und des Ellbogens (45,6%) eingestuft. Hingegen wurde die Häufigkeit der Konfrontation mit Beschwerden des Nackens von allen (100%) Osteopathinnen und Osteopathen mit einer dieser drei Kategorien eingestuft, Beschwerden der Wirbelsäule von 99,3% und auch jene der LWS, der Schulter des Kopfes und des Beckens von mehr als 95% der Osteopathinnen und Osteopathen. Über 80% der Osteopathinnen und Osteopathen gaben an, dass in ihrer osteopathischen Tätigkeit Beschwerden der Hüfte, der unteren sowie der oberen Extremität und des Thorax überdurchschnittlich häufig auftreten.

Die Häufigkeit der Beschwerden des Abdomens wird von 68,5% auf diese Weise beurteilt.

Tabelle 124 ist ersichtlich, wie häufig Beschwerden einzelner Körperregionen von den Osteopathinnen und Osteopathen behandelt werden.

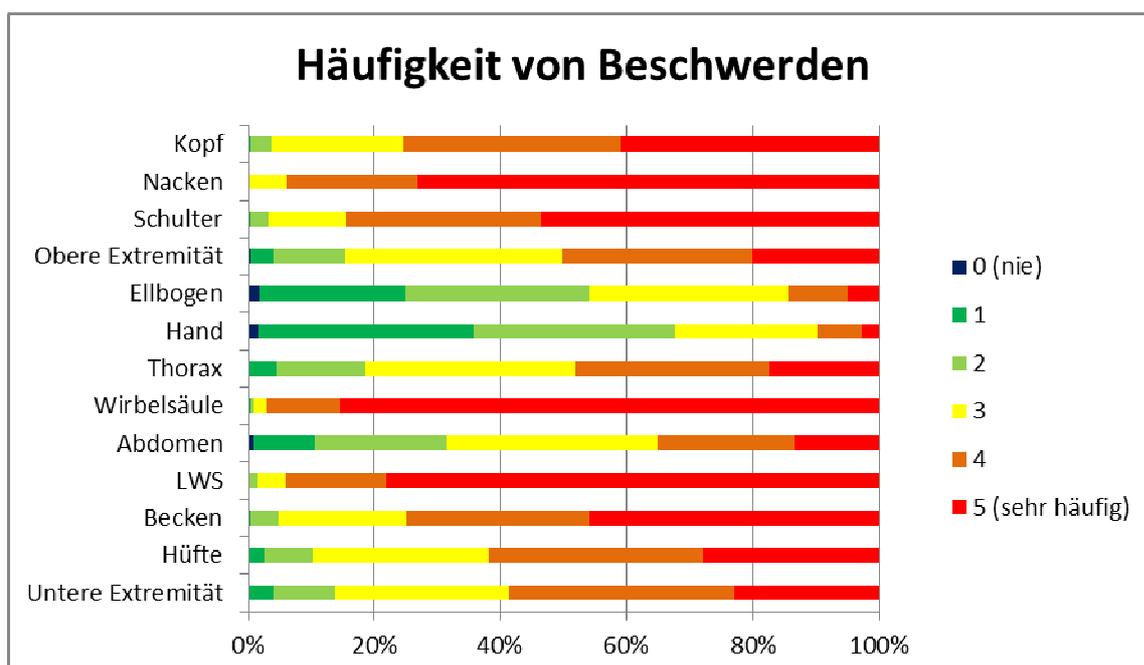


Abbildung 60: Antworten der Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung einzelner Körperregionen auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig).

Überwiegend als sehr häufig auftretend - das heißt mehr als 50% der Osteopathinnen und Osteopathen gaben die Antwort „5-sehr häufig“ - wurden Beschwerden der Wirbelsäule (von 85,6%), der LWS (von 78,1%), des Nackens (von 73,3%) und der Schulter (von 53,5% der Osteopathinnen und Osteopathen) angeführt.

Überwiegend als überdurchschnittlich häufig auftretend - das heißt mit einer Bewertung von 3-5 durch mehr als die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen - wurden alle Beschwerden außer jenen der Hand (32,3% der Osteopathinnen und Osteopathen) und des Ellbogens (45,6%) eingestuft. Hingegen wurde die Häufigkeit der Konfrontation mit Beschwerden des Nackens von allen (100%) Osteopathinnen und Osteopathen mit einer dieser drei Kategorien eingestuft, Beschwerden der Wirbelsäule von 99,3% und auch jene der LWS, der Schulter des Kopfes und des Beckens von mehr als 95% der Osteopathinnen und Osteopathen. Über 80% der Osteopathinnen und Osteopathen gaben an, dass in ihrer osteopathischen Tätigkeit Beschwerden der Hüfte, der unteren sowie der oberen Extremität und des Thorax überdurchschnittlich häufig auftreten.

Die Häufigkeit der Beschwerden des Abdomens wird von 68,5% auf diese Weise beurteilt.

Tabelle 124: Antworten der Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung einzelner Körperregionen auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Beschwerden in ...	n						fehlend (n)	% fehlend
	0 (nie)	1	2	3	4	5 (sehr häufig)		
Untere Extremität	0	11	26	74	96	62	15	5,3
Hüfte	0	7	20	75	90	74	18	6,3
Becken	0	1	12	54	78	122	17	6,0
LWS	0	0	4	12	43	210	15	5,3
Abdomen	2	27	56	91	58	36	14	4,9
Wirbelsäule	0	1	1	6	31	231	14	4,9
Thorax	0	12	37	88	80	46	21	7,4
Hand	4	89	83	59	18	7	24	8,5
Ellbogen	5	61	78	83	25	13	19	6,7
Obere Extremität	1	10	30	93	80	54	16	5,6
Schulter	0	1	8	33	84	145	13	4,6
Nacken	0	0	0	17	56	200	11	3,9
Kopf	0	1	9	56	93	110	15	5,3

	% gültig						Summe 3-5
	0 (nie)	1	2	3	4	5 (sehr häufig)	
Untere Extremität	0,0	4,1	9,7	27,5	35,7	23,0	86,2
Hüfte	0,0	2,6	7,5	28,2	33,8	27,8	89,8
Becken	0,0	0,4	4,5	20,2	29,2	45,7	95,1
LWS	0,0	0,0	1,5	4,5	16,0	78,1	98,6
Abdomen	0,7	10,0	20,7	33,7	21,5	13,3	68,5
Wirbelsäule	0,0	0,4	0,4	2,2	11,5	85,6	99,3
Thorax	0,0	4,6	14,1	33,5	30,4	17,5	81,4
Hand	1,5	34,2	31,9	22,7	6,9	2,7	32,3
Ellbogen	1,9	23,0	29,4	31,3	9,4	4,9	45,6
Obere Extremität	0,4	3,7	11,2	34,7	29,9	20,1	84,7
Schulter	0,0	0,4	3,0	12,2	31,0	53,5	96,7
Nacken	0,0	0,0	0,0	6,2	20,5	73,3	100
Kopf	0,0	0,4	3,3	20,8	34,6	40,9	96,3

In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse hinsichtlich möglicher Einflüsse auf die Häufigkeit der Behandlung dieser Beschwerden näher betrachtet.

Während bei Beschwerden des Kopfes, des Nackens, der oberen und der unteren Extremität, bei Beschwerden der Hand, der LWS, des Beckens, der Hüfte und der unteren Extremität keine Einflüsse der untersuchten unabhängigen Variablen erkennbar sind, gibt es aus der ANOVA (siehe Anlage 5) Hinweise auf Einflüsse auf die Häufigkeit von Beschwerden des Schultergürtels, des Ellbogens, des Thorax, der Wirbelsäule und des Abdomens, wobei nur die unabhängigen Variablen Geschlecht und Basisausbildung weiterverfolgt wurden.

5.8.3.1. Beschwerden des Ellbogens

Bei der Behandlungshäufigkeit von Beschwerden des Ellbogens ist aus der ANOVA (siehe Anlage 5) eine Abhängigkeit vom Geschlecht und der Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen ersichtlich.

Behandlungshäufigkeit von Beschwerden des Ellbogens in Abhängigkeit vom Geschlecht der Osteopathen

Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen gibt es signifikante Unterschiede in der Behandlungshäufigkeit von Ellbogenbeschwerden (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 9337,5$, $p = 0,00098$).

63,4% der männlichen Osteopathen beantworteten die Frage mit den Antwortkategorien 3-5, die eine überdurchschnittliche Häufigkeit kennzeichnen,

davon 11,0% mit „5 (sehr häufig)“, während die entsprechenden Prozentsätze bei den Osteopathinnen 37,7% bzw. 2,2% betragen (siehe Tabelle 125).

Tabelle 125: Häufigkeit von Beschwerden des Ellbogens bei männlichen und weiblichen Osteopathen.

	männlich		weiblich	
	n	%	n	%
0 (nie)	2	2,44	3	1,64
1	11	13,41	50	27,32
2	17	20,73	61	33,33
3	39	47,56	44	24,04
4	4	4,88	21	11,48
5 (sehr häufig)	9	10,98	4	2,19

Behandlungshäufigkeit von Beschwerden des Ellbogens in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Die Häufigkeit, mit der Osteopathinnen und Osteopathen Beschwerden des Ellbogens behandeln hängt von deren Basisausbildung ab (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2=9,6316$, $df=2$, $p= 0,0081$). Konkret gibt es signifikante Unterschiede zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung und jenen mit einer Physiotherapieausbildung (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 2531$, $p= 0,0078$), sowie jenen, die über eine andere Basisausbildung verfügen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 260$, $p= 0,012$). 62% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium bewerteten die Häufigkeit mit der Kategorie 3 auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) (siehe Tabelle 126). Diese Kategorie wurde von 27,7% jener Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung und 18% jener mit einer anderen Ausbildung gewählt. Während somit der Großteil der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem grundlegenden Medizinstudium (77%) eine Kategorie von 3-5 für die Beschreibung der Häufigkeit von Beschwerden des Ellbogens wählte, waren es nur 42,3% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung und drei von elf Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung (27%).

Tabelle 126: Häufigkeit von Beschwerden des Ellbogens bei Osteopathen/Osteopathinnen durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere)

	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
0 (nie)	2	0,9	2	6	1	9

1	54	24,6	2	6	4	36
2	71	32,3	3	9	3	27
3	61	27,7	20	62	2	18
4	21	9,6	3	9	1	9
5 (sehr häufig)	11	5	2	6	0	0

5.8.4. Krankheitsbilder

In Abbildung 61 und Tabelle 127 ist ersichtlich, wie häufig Beschwerden einzelner Körperregionen von den Osteopathinnen und Osteopathen behandelt werden.

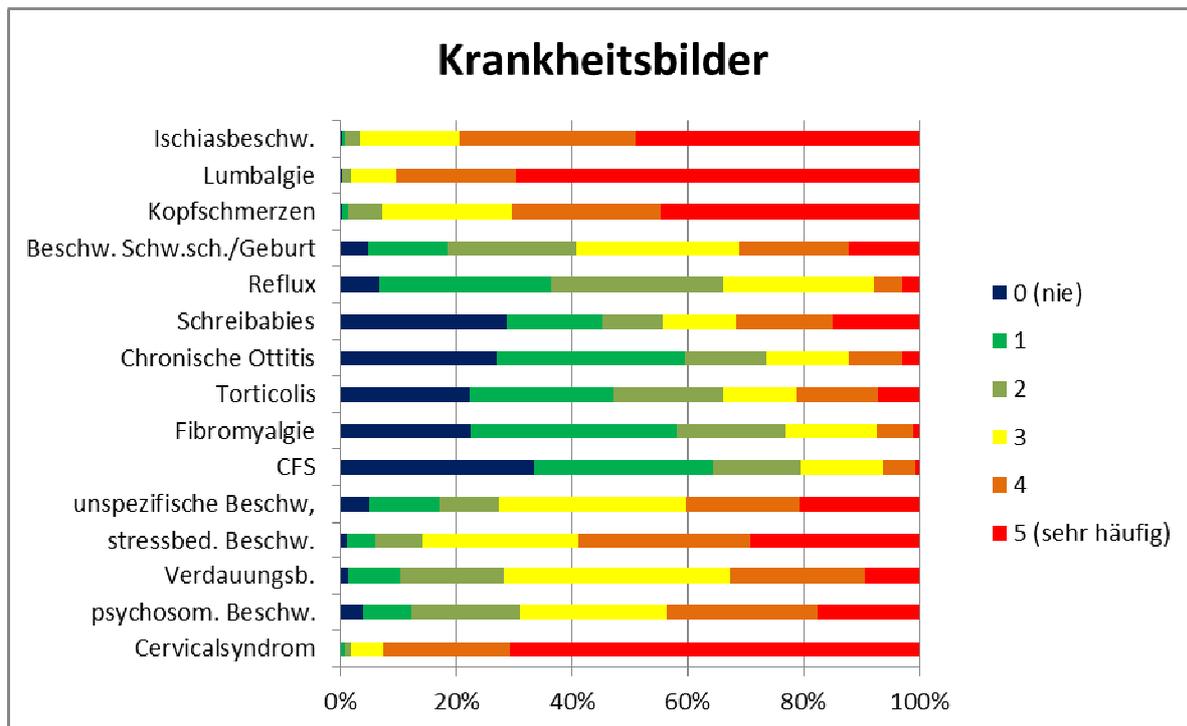


Abbildung 61: Antworten der Osteopathen/Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig).

Tabelle 127: Antworten der Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	n						fehlend (n)	% fehlend
	0 (nie)	1	2	3	4	5 (sehr häufig)		
Cervicalsyndrom	0	2	3	14	57	184	24	8,5
psychosom. Beschw.	10	22	49	66	68	46	23	8,1
Verdauungsb.	4	24	48	105	63	25	15	5,3
stressbed. Beschw.	3	13	22	72	80	78	16	5,6
unspezifische Beschw,	13	33	27	86	52	55	18	6,3
CFS	89	83	40	38	15	2	17	6,0
Fibromyalgie	60	95	50	42	17	3	17	6,0

Torticolis	59	66	50	34	37	19	19	6,7
Chronische Otitis	72	87	37	38	25	8	17	6,0
Schreibabys	77	44	28	34	45	40	16	5,6
Reflux	18	80	80	70	13	8	15	5,3
Beschw. Schw.sch./Geburt	13	37	60	76	51	33	14	4,9
Kopfschmerzen	1	3	15	60	68	119	18	6,3
Lumbalgie	1	0	4	21	56	188	14	4,9
Ischiasbeschw.	1	1	7	46	82	131	16	5,6

Tabelle 127 - Fortsetzung

	% (gültig)						Summe 3-5
	0 (nie)	1	2	3	4	5 (sehr häufig)	
	nie	selten	eher selten	eher häufig	häufig		
Cervicalsyndrom	0,0	0,8	1,2	5,4	21,9	70,8	98,1
psychosom. Beschw.	3,8	8,4	18,8	25,3	26,1	17,6	69,0
Verdauungsb.	1,5	8,9	17,8	39,0	23,4	9,3	71,7
stressbed. Beschw.	1,1	4,9	8,2	26,9	29,9	29,1	85,9
unspezifische Beschw.	4,9	12,4	10,2	32,3	19,5	20,7	72,5
CFS	33,3	31,1	15,0	14,2	5,6	0,7	20,5
Fibromyalgie	22,5	35,6	18,7	15,7	6,4	1,1	23,2
Torticolis	22,3	24,9	18,9	12,8	14,0	7,2	34,0
Chronische Otitis	27,0	32,6	13,9	14,2	9,4	3,0	26,6
Schreibabys	28,7	16,4	10,4	12,7	16,8	14,9	44,4
Reflux	6,7	29,7	29,7	26,0	4,8	3,0	33,8
Beschw. Schw.sch./Geburt	4,8	13,7	22,2	28,1	18,9	12,2	59,2
Kopfschmerzen	0,4	1,1	5,6	22,6	25,6	44,7	92,9
Lumbalgie	0,4	0,0	1,5	7,8	20,7	69,6	98,1
Ischiasbeschw.	0,4	0,4	2,6	17,2	30,6	48,9	96,7

In den folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse hinsichtlich möglicher Einflüsse auf die Häufigkeit der Behandlung dieser Krankheitsbilder näher betrachtet. Während bei Ischiasbeschwerden, Lumbalgie, Fibromyalgie, CFS stressbedingten und psychosomatischen Beschwerden, sowie dem Cervikalsyndrom keine Einflüsse der untersuchten unabhängigen Variablen erkennbar sind, gibt es aus der ANOVA (siehe Anlage 5) Hinweise auf Einflüsse auf die Häufigkeit der Behandlung von Kopfschmerzen, Beschwerden während der Schwangerschaft und nach der Geburt, gastroösophagealem Reflux, Schreibabys, chronischer Otitis, Torticolis und unspezifischen Beschwerden. Vorgestellt werden jedoch nur signifikante Einflüsse

der Dauer der osteopathischen Tätigkeit und des Basisberufs, die Schreibabys, Chronische Otitis, Torticollis und unspezifische Beschwerden betreffen.

5.8.4.1. Behandlungshäufigkeit von Schreibabys in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Schreibabys werden vorwiegend von länger osteopathisch Tätigen behandelt. Es sind signifikante Unterschiede zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 Tätigkeitsjahren und jenen mit weniger als drei (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1279,5$, $p= 0,00002$), sowie jenen mit 4-6 Tätigkeitsjahren (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1455,5$, $p= 0,014$). zu beobachten. Zwischen der Gruppe der Osteopathen/Osteopathinnen mit weniger als drei und jener mit 7-10 Tätigkeitsjahren besteht ebenfalls ein signifikanter Unterschied (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1592,5$, $p= 0,015$). So behandeln nur 5% der Osteopathen/Osteopathinnen mit bis zu drei Jahren osteopathischer Berufspraxis Schreibabys sehr häufig, während 31% der länger als 10 Jahre Tätigen das angaben. Umgekehrt behandeln 39% der bis zu drei Jahre Tätigen gar keine Schreibabys, im Vergleich zu 14% der mehr als 10 Jahre Tätigen (siehe Tabelle 128).

Tabelle 128: Behandlungshäufigkeit von Schreibabys bei bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schreibab								
0 (nie)	29	39	18	27	17	30	8	14
1	18	24	12	18	4	7	9	15
2	6	8	8	12	5	9	7	12
3	7	9	8	12	9	16	10	17
4	11	15	13	20	11	20	7	12
5 (sehr häufig)	4	5	7	11	10	18	18	31

5.8.4.2. Behandlungshäufigkeit von Chronischer Otitis in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Die Häufigkeit der Behandlung von Chronischer Otitis hängt ebenfalls von der Berufspraxis der Osteopathen/Osteopathinnen ab, wobei sich sowohl die Osteopathen/Osteopathinnen mit bis zu drei Berufsjahren und mit 4-6 Berufsjahren, wie auch jene mit 7-10 und mehr als 10 Jahren Berufspraxis jeweils nicht signifikant unterscheiden. Signifikante Unterschiede gibt es jeweils zwischen folgenden Gruppen von Osteopathen/Osteopathinnen:

bis 3 Jahre und >10 Jahre Berufspraxis: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1182$, $p < 0,00001$

bis 3 Jahre und 7-10 Jahre Berufspraxis: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1439$, $p=0,002$

4-6 Jahre und 7-10 Jahre Berufspraxis: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1455$, $p=0,04$

4-6 Jahre und >10 Jahre Berufspraxis: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1234,5$, $p=0,0003$.

Die Abnahme der Häufigkeit der Nennungen der Kategorie „nie“ mit zunehmender Tätigkeitsdauer, weist darauf hin, dass Patienten/Patientinnen mit Chronischer Otitis nur selten die Hilfe eines Osteopathen/einer Osteopathin aufsuchen, so dass die Osteopathen/Osteopathinnen erst mit längerer Tätigkeitsdauer damit konfrontiert werden. Während 40% der bis zu drei Jahre und 30% der 4-6 Jahre osteopathisch Tätigen nie Chronische Otitis behandelt haben, sind es noch 24% der 7-10 Jahre osteopathisch Tätigen und nur mehr 10% der Osteopathinnen und Osteopathen mit längerer Berufsdauer (siehe Tabelle 129).

Tabelle 129: Behandlungshäufigkeit von chronischer Otitis bei bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

Chron_Ott	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig	n	% gültig
0 (nie)	30	40	20	30	13	24	6	10
1	25	33	26	39	13	24	18	31
2	9	12	9	13	10	18	7	12
3	7	9	6	9	9	16	15	26
4	4	5	5	7	7	13	8	14
5 (sehr häufig)	0	0	1	1	3	5	4	7

5.8.4.3. Behandlungshäufigkeit von Torticollis in Abhängigkeit von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit

Die Häufigkeit der Behandlung von Torticollis durch bis 3 Jahre osteopathisch tätige Osteopathinnen und Osteopathen unterscheidet sich signifikant von jener der länger als 6 Jahre osteopathisch tätigen Kolleginnen und Kollegen (Wilcoxon-Rangsummentests: bis 3 Jahre vs. 7-10 Jahre: $W = 1566$, $p= 0,022$, bis 3 Jahre vs. >10 Jahre: $W = 1378$, $p= 0,00054$). Deutlich, jedoch nicht signifikant sind weiters die Unterschiede zwischen den Kategorien <3 Jahre und 4-6 Jahre ($W = 2036,5$, $p=$

0,061), sowie zwischen den Kategorien 4-6 Jahre und >10 Jahre osteopathische Tätigkeitsdauer ($W = 1530,5$, $p = 0,053$).

Während 35% der bis 3 Jahre osteopathisch Tätigen angaben, nie Torticollis zu behandeln, sind es bei den mehr als 10 Jahre Tätigen nur mehr 12%. Auch auf die Antwortkategorie 1, die eine sehr seltene Behandlungshäufigkeit auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) anzeigt, entfallen bei kürzer osteopathisch Tätigen mehr Antworten als bei länger osteopathisch Tätigen. Dementsprechend sind die Antworten, die ein häufigeres Auftreten kennzeichnen (Antwortkategorien 3-5) bei den 7-10 Jahre und vor allem den mehr als 10 Jahre osteopathisch Tätigen häufiger zu beobachten (siehe Tabelle 130).

Tabelle 130: Behandlungshäufigkeit von Torticollis bei bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	bis 3 Jahre		4-6 Jahre		7-10 Jahre		>10 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Torticollis								
0 (nie)	26	35	12	18	11	20	7	12
1	19	26	21	31	13	24	11	19
2	11	15	13	19	8	15	14	25
3	7	9	8	12	9	16	9	16
4	8	11	10	15	10	18	8	14
5 (sehr häufig)	3	4	3	4	4	7	8	14

5.8.4.4. Behandlungshäufigkeit von unspezifischen Beschwerden in Abhängigkeit von der Basisausbildung

Die Häufigkeit der Behandlung von unspezifischen Beschwerden hängt signifikant von der Basisausbildung ab (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 9,0599$, $df = 2$, $p = 0,011$). Konkret gibt es signifikante Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung als Basisausbildung und jenen Osteopathen/Osteopathinnen, die ein Medizinstudium aufweisen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 4616$, $p = 0,0041$). Während 23,5% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung sehr häufig unspezifische Beschwerden behandeln, sind es nur 6% jener Osteopathen/Osteopathinnen, die ein Medizinstudium aufweisen. In Summe nannten 76,0% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung und nur 53% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium die Kategorien 3-5 auf einer Skala von 0 (nie) bis 5 (sehr häufig) (siehe Tabelle 131).

Tabelle 131: Behandlungshäufigkeit von unspezifischen Beschwerden bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere) (gültige Ergebnisse prozentuell und in absoluten Zahlen).

	Physioth.		Medizinstud.		andere	
	n	%	n	%	n	%
0 (nie)	10	4,5	2	6	1	9
1	23	10,4	9	28	0	0
2	20	9	4	12	3	27
3	73	33	9	28	4	36
4	43	19,5	6	19	2	18
5 (sehr häufig)	52	23,5	2	6	1	9

5.8.4.5. Sonstige Krankheitsbilder

Zusätzlich zu den konkret abgefragten Krankheitsbildern wurden 93 zusätzliche Antworten gegeben, die in Tabelle 132 nach teilweiser nachträglicher Kategorisierung, nach absteigender Häufigkeit sortiert, zusammengefasst sind.

Tabelle 132: Zusätzliche, im Praxisbetrieb von einzelnen Osteopathen/Osteopathinnen häufig beobachtete Krankheitsbilder (teilweise nachträglich kategorisiert und nach absteigender Häufigkeit sortiert, in Prozent der 93 Nennungen und in absoluten Zahlen).

sonstige Krankheitsbilder:	n	% der Nennungen (N=93)
Kiefer	13	14,0
ADHS	6	6,5
Prophylaxe	6	6,5
Schwindel	6	6,5
Baby post partum	5	5,4
Bandscheibenvorfall	4	4,3
Menstruationsbeschwerden	4	4,3
neurologische Auffälligkeiten/Beschwerden	4	4,3
Skoliose	4	4,3
Tinnitus	4	4,3
Dreimonatskolik	3	3,2
Entwicklungsverzögerung/-störung	3	3,2
Lernschwäche	3	3,2
Schlafstörungen	3	3,2
Schlafstörungen Säugling	3	3,2
Zahnregulierung	3	3,2
Frozen Shoulder	2	2,2
Hautprobleme	2	2,2
ISG	2	2,2
Kinderwunsch	2	2,2
Rheumatische Erkrankungen	2	2,2
Schwangere	2	2,2

Sternales Syndrom	2	2,2
postoperative Patienten	2	2,2
posttraumatische Patienten	2	2,2
Allergien	1	1,1

Mehr als zwei Nennungen der in Tabelle 132 zusammengefassten, zusätzlich angeführten Krankheitsbilder entfallen vorwiegend auf Kieferbeschwerden (n=13). ADHS, Prophylaxebehandlungen und Schwindel wurden jeweils sechsmal genannt, Post partum Behandlungen von Babys fünfmal. Auf Behandlungen von Bandscheibenvorfällen, Menstruationsbeschwerden, neurologischen Auffälligkeiten/Beschwerden, Skoliose und Tinnitus entfallen jeweils vier Nennungen. Häufige Behandlungen von Dreimonatskoliken, Entwicklungsverzögerung/-störungen, Lernschwäche, Schlafstörungen und Schlafstörungen von Säuglingen, sowie Begleitung von Zahnregulierungen wurden jeweils dreimal genannt.

6. Diskussion

6.1. Allgemeines

Nachdem der Fragebogen bereits am 06.06.2011 ausgesandt, bzw. online gestellt wurde, handelt es sich bei den hier vorgestellten Ergebnissen um aktuelle Werte vom Sommer 2011. Nachdem die Situation zu diesem Zeitpunkt relevant für die Ergebnisse ist, wurde von einer Aktualisierung der Literatur nach Vorliegen der Auswertung abgesehen, obwohl sich mittlerweile Änderungen in der Ausbildung aber auch anderen Bereichen ergeben haben.

6.1.1. Fragebogenerstellung

Die Fragebogenerstellung erfolgte in Kooperation mit dem damaligen wissenschaftlichen Leiter der WSO Patrick van Dun MSc DO, der vor allem die internationale Vergleichbarkeit als primäres Ziel sah, während ich die Vergleichbarkeit mit bereits vorliegenden österreichischen Daten aus dem Jahr 2003 als vorrangig erachtete. In intensiven Diskussionen entstand als Kompromiss der aktuell verwendete Fragebogen, der hauptsächlich auf Krönke (2006) und KCE (2010) beruht und weitestgehend beide Ziele abdeckt.

Nachträglich betrachtet sind jedoch einige Punkte verbesserungswürdig.

So sind die Fragen 4 („Waren Sie schon einmal Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie?“) und 6 („Hatten Sie schon einmal eine aktive Rolle im ÖGO?“) aufgrund der unscharfen Fragestellung für weitere Interpretationen weitgehend ungeeignet. Hier wäre die Nennung eines Referenzzeitpunktes (z.B. „in den letzten 5 Jahren“) empfehlenswert. Damit könnten durch einen Vergleich des aktuellen (aktiven) Mitgliedsstatus mit den Antworten auf diese Fragen sowohl Eintritte als auch Austritte bzw. der Neubeginn und die Beendigung einer aktiven Mitarbeit ermittelt werden. Eine andere Möglichkeit wäre die Betonung, dass jegliche (aktive) Mitgliedschaft (also auch die aktuelle) von Interesse ist, um zumindest Austritte gesichert feststellen zu können.

Bei der Frage 7 wäre empfehlenswert die Frage „Seit wann sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie“ auf „Seit welchem Jahr sind Sie Mitglied bei der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie“ zu ändern, um formal einheitliche Antworten zu erlangen. Durch die gewählte Fragestellung wurde sowohl mit Zeitperioden als auch Jahreszahlen geantwortet, was dadurch, dass oftmals auch Kurzformen wie beispielsweise „98“ für 1998 verwendet wurden, zur Frage führte, ob „10“ das Jahr 2010 oder 10 Jahre bedeutet. Nachdem derzeit Jahreszahlen generell eher ganz ausgeschrieben werden, wurden Zahlen kleiner 11 systematisch als Jahre interpretiert, was sich bei einer Überprüfung anhand der osteopathischen Tätigkeitsdauer auch als plausibel herausstellte.

Bei Frage 9 („Welchen Ausbildungsstatus führen Sie?“) gaben 15 Respondenten/Respondentinnen nur „MSc“ an, obwohl 14 dieser Osteopathen/Osteopathinnen die Ausbildung an der WSO abgeschlossen haben und somit gesichert auch den Titel „DO“ führen. Nachdem diese Osteopathen/Osteopathinnen keine weiteren Kategorien auswählten (insbesondere nicht die Kategorie „OsteopathIn“, ist anzunehmen, dass sie über den Mastertitel in Osteopathie und nicht in einer anderen Ausbildung verfügen. Es ist daher wahrscheinlich, dass die Osteopathen/Osteopathinnen teilweise nur den höchsten Ausbildungsgrad anführten. Um sicherzustellen, dass bei dieser Frage nur osteopathische Titel angeführt werden, wäre eine diesbezügliche Präzisierung empfehlenswert. Aus den zusätzlichen Antworten ist abzuleiten, dass eine

Ergänzung der Antwortkategorien mit der Kategorie „DPO“ ebenfalls ins Auge gefasst werden sollte.

Bei Frage 11 („Listen Sie hier bitte alle erworbenen Diplome auf“) wäre eine Präzisierung hinsichtlich der Qualität und Mindestdauer der Ausbildung empfehlenswert, um die angeführten Diplome eingehender bewerten zu können.

Frage 24 („In welchem Bundesland von Österreich arbeiten Sie?“) wäre dahingehend verbesserungsfähig, dass bei einer Tätigkeit in zumindest zwei Bundesländern der hauptsächlich genutzte Praxissitz erhoben werden sollte, um eine bessere Abschätzung der Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen durchführen zu können. Gleichzeitig sollten bei Frage 25 („Wieviele Einwohner hat der Ort Ihrer Arbeitsstelle?“) wie bei Frage 24 Mehrfachantworten vorgesehen werden.

Bei der Frage 26 („Wie lange braucht es, bis ein Patient bei Ihnen einen Termin bekommt?“) fielen große Zeitspannen auf, die auf unterschiedliche Wartezeiten für Bestands- und Neupatienten, sowie Akut- und Nicht-Akut-Patienten hinweisen. Für den Fall der Wiederholung dieser Umfrage wäre eine diesbezügliche Auftrennung der Frage zu empfehlen.

Für die Fragen 32/33 („Wie viel verlangen Sie für eine Erstkonsultation/Ihre weitere Behandlung?“) wäre zu überlegen, die bestehenden Kategoriegrenzen der Inflationsrate anzupassen, um Preisänderungen anhand der realen Kaufkraft bewerten zu können.

Letztlich wäre es noch interessant zu befragen, welche typischen Behandlungsintervalle von den Osteopathen/Osteopathinnen vorgegeben werden.

6.1.2. Rücklaufquote und Repräsentativität der Studie

Die Rücklaufquote ist trotz des hohen durchschnittlichen Zeitaufwands für das Beantworten des gesamten Fragebogens (51 Fragen) von $M = 15$ Minuten ($SD = 15$) mit 52,9% der angeschriebenen 537 Osteopathen/Osteopathinnen überdurchschnittlich hoch. Laut Porst (2001) liegt diese bei vergleichbaren Umfragen kaum über 20%. Dabei ist kein Unterschied zwischen der postalischen und der

Onlineumfrage zu erkennen. Die Rücklaufquote der Online-Befragung beträgt 52,9% (182 von 344) und jene des versandten Fragebogens 52,8% (102 von 193). Es kann also davon ausgegangen werden, dass sowohl die Solidarität zwischen den Osteopathen/Osteopathinnen sehr hoch ist, aber auch der Fragestellung offenbar hohe Relevanz zugewiesen wird. Aufgrund der Rücklaufquote ist zu erwarten, dass die Ergebnisse repräsentativ für die österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen sind. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Osteopathen/Osteopathinnen mit bestimmten Charakteristika häufiger an der Umfrage teilgenommen haben, als andere und somit diese Charakteristika überbewertet werden. Bei der folgenden Diskussion der Ergebnisse wird daher wiederholt die Plausibilität der Ergebnisse anhand Literaturwerten hinterfragt.

Die minimale Rücklaufquote (ohne Berücksichtigung der Osteopathen/Osteopathinnen, die parallel in zwei Bundesländern tätig sind) variiert zwischen 40,6% (Wien) und 62% (Kärnten), die maximale (mit dieser Berücksichtigung) zwischen 48,7% (Wien) und 75% (Burgenland). Eine eindeutige Zuordnung eines Hauptarbeitsortes zu den Osteopathen/Osteopathinnen ist, wie auch das Rückverfolgen, welchem Bundesland diese bei Erhebung der Adressdaten zugeordnet worden sind, nicht möglich. Einerseits war das im Fragebogaufbau nicht vorgesehen andererseits ist eine Rückverfolgung aufgrund der anonymen Befragungsform nicht möglich. Unter der Annahme, dass der Hauptarbeitsort dort situiert ist, wo am meisten potentiellen Patienten/Patientinnen vorhanden sind, kann davon ausgegangen werden, dass für Wien eher die maximale Rücklaufquote gültig ist, und für die anderen betroffenen Bundesländer eher die niedrigere. Wiener Osteopathen/Osteopathinnen sind zwar auch in diesem Fall noch immer unterrepräsentiert, jedoch sind sinnverändernde Fehler aufgrund der absoluten Häufigkeiten der Osteopathen/Osteopathinnen in Wien und den anderen Bundesländern nicht wahrscheinlich.

Auffälligkeiten bei einzelnen Antworten gaben Anlass, auch die anderen Ergebnisse dieser Osteopathen/Osteopathinnen auf Plausibilität zu untersuchen. Dabei wurden keine systematischen Fehleinträge festgestellt, sodass anzunehmen ist, dass es sich um einzelne Fehlantworten handelte. Diese unplausiblen Antworten betreffen zwei Antworten auf die Frage nach der osteopathischen Tätigkeitsdauer, die bei einem Vergleich mit dem Alter einen Beginn der osteopathischen Tätigkeit mit maximal 23

Jahren ergeben würde. Ebenso fallen bei einzelnen Osteopathen/Osteopathinnen sehr hohe Patienten-/Patientinnenzahlen pro Woche auf, deren Plausibilität fraglich ist. Extremwerte von bis zu 200 Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche, die von einer Ärztin angeführt wurden, wurden überprüft und da kein Übertragungsfehler festgestellt werden konnte, trotz einer möglichen Unplausibilität im Datensatz belassen.

Weitere Flüchtigkeitsfehler, insbesondere bei der Beantwortung von Fragen nach Zeitperioden oder länger zurückliegenden Zeitpunkten, sind nicht auszuschließen, jedoch sind aufgrund der hohen Teilnehmer-/Teilnehmerinnenanzahl sinnverändernde Einflüsse durch einzelne Fehlantworten nicht zu erwarten.

6.2. Demographische Daten

6.2.1. Geschlecht, Alter und Basisausbildung

Generell sind im österreichischen Gesundheitswesen mehr Frauen als Männer beschäftigt. So sind 85% der Beschäftigten im physiotherapeutischen Dienst und 92% im ergotherapeutischen Dienst in Krankenanstalten Frauen (Statistik Austria 2012). Bei den Osteopathen/Osteopathinnen überwiegen ebenfalls Frauen wobei deren Anteil von 68,3% zwar geringer ist als in den oben angeführten Berufsgruppen, allerdings hat deren Anteil im Vergleich zur Vollbefragung 2003, bei der 64% der Osteopathen weiblich waren (Krönke 2006: 25), geringfügig zugenommen.

International ist Österreich damit mit Deutschland vergleichbar, wo je nach Bundesland der Anteil der weiblichen Osteopathen 60 – 80% (VOD 2012) beträgt, während in Belgien lediglich 28% der Osteopathen/Osteopathinnen Frauen sind (KCE 2010: 5).

Allerdings gibt es auch innerhalb Österreichs lokale Unterschiede, die die Plausibilität der Ergebnisse von Feurstein stützen, die bei einer vergleichsweise kleinen Stichprobe von Osteopathinnen und Osteopathen im Bodenseeraum einen höheren Anteil von Osteopathen als von Osteopathinnen ausweisen (63 % Männer und 37 % Frauen) (Feurstein 2006: 25). Laut den aktuellen Befragungsergebnissen beträgt der Anteil von männlichen Osteopathen in den NUTS-Regionen Westösterreich (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich) 45%, in Ostösterreich (Niederösterreich, Wien, Burgenland) 28% und in Südösterreich (Kärnten,

Steiermark) lediglich 18%. In Vorarlberg sind aktuell 67% und in Tirol 41% der Osteopathen/Osteopathinnen männlich.

Ein österreichspezifisches Charakteristikum ist der verglichen mit Deutschland und Belgien hohe Anteil von Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung. Während in diesen Ländern nur 1-3% der Osteopathinnen und Osteopathen einen medizinischen Hochschulabschluss haben (VOD 2012, KCE 2010), sind es in Österreich 12,8%, wobei auch deren Anteil seit 2003 gesunken ist. So gaben in Krönke (2006) 20% der Osteopathen/Osteopathinnen ein Medizinstudium und 77% eine Physiotherapieausbildung als Grundausbildung an (Krönke 2006: 25). Aktuell haben 83,3% der Osteopathen/Osteopathinnen ihre Osteopathieausbildung auf Basis einer Physiotherapieausbildung abgeschlossen. Osteopathen/Osteopathinnen mit anderen Basisberufen (Ergotherapie, Hebamme, Heilmasseurausbildung, diplomierte medizinisch-technische Fachkraft, Heilpraktikerausbildung) sind die Ausnahme. Am größten ist davon die Gruppe der Ergotherapeuten/-therapeutinnen, die zurzeit jedoch nicht zur Osteopathieausbildung zugelassen sind (Prenner 2012).

Anhand der Ergebnisse dieser Befragung zeigt sich, dass signifikant mehr männliche Osteopathen mit einem Medizinstudium tätig sind, als Osteopathinnen mit gleicher Basisausbildung ($p < 0,0001$). Während 26% der männlichen Osteopathen diese Basisausbildung angaben, sind es nur 7% der Osteopathinnen. Dieses Ergebnis erscheint angesichts des Verhältnisses des Anteils von männlichen und weiblichen Ärzten in Österreich (66% vs. 33%; Statistik Austria 2012A) plausibel. Aufgrund der Daten der Meduni Wien (Medizinische Universität Wien, 2009: 131), die für 2009 eine ziemlich ausgeglichene Anzahl von männlichen und weiblichen Studienanfängern und einen höheren Frauenanteil (63%) bei den Studienabschlüssen ausweisen, wird sich in Zukunft zeigen, ob sich der Anteil der Osteopathinnen mit einem Medizinstudium ebenfalls erhöhen wird. Ein häufigerer Umstieg auf eine Osteopathieausbildung nach einem Abbruch des Medizinstudiums ist

Eine möglicherweise höhere Drop-out-Quote der männlichen Medizinstudenten (nach dem 1. Studienabschnitt) und ein darauffolgender Umstieg auf eine Osteopathieausbildung ist aber als vorrangiger Grund auszuschließen: Von den drei jener 36 Osteopathen, die als Basisausbildung ein Medizinstudium angaben, arbeiten nur drei (eine weiblich, die anderen beiden männlich) nicht als Mediziner.

95% der Therapeuten/Therapeutinnen, die keiner anderen professionellen Tätigkeit nachgehen (und sich somit ausschließlich als Osteopathen sehen), haben eine Physiotherapieausbildung und jeweils 2,5% ein Medizinstudium bzw. eine andere Basisausbildung. Dem gegenüber weisen nur 67% der Therapeuten/Therapeutinnen, die neben der Osteopathie noch anderweitig professionell aktiv sind, eine Basisausbildung als Physiotherapeut/-in, 27% ein Medizinstudium und 6% eine andere Basisausbildung auf.

Betrachtet man das Arbeitsverhältnis der Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen, so zeigt sich, dass 87,9% der *freiberuflich tätigen* Osteopathinnen und Osteopathen eine Basisausbildung als Physiotherapeut/Physiotherapeutin aufweisen, 10% ein Medizinstudium und 2,1% eine andere Basisausbildung. Hingegen weisen nur 50% der *angestellten* Osteopathen/Osteopathinnen eine Physiotherapieausbildung als Basisausbildung auf. Dafür gaben 40% der ausschließlich angestellten Therapeuten/Therapeutinnen ein Medizinstudium als Basisausbildung an. 10% der Angestellten verfügen über eine andere Basisausbildung als die oben genannten.

Von den Osteopathen/Osteopathinnen, die *sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig* sind, haben ebenfalls nur 55% eine Basisausbildung als Physiotherapeut/-therapeutin, 28% haben verfügen über ein Medizinstudium als Basisausbildung und 17% verfügen über eine andere Basisausbildung als die beiden genannten.

Die unterschiedlichen Basisausbildungen stehen auch in Zusammenhang mit dem Alter der Osteopathinnen und Osteopathen. So sind unter den Osteopathen/Osteopathinnen, die ein Medizinstudium als Grundausbildung angeben, keine Osteopathen/Osteopathinnen unter 30 Jahre und, verglichen mit den anderen beiden Kategorien (Physiotherapie, andere), deutlich weniger unter 39 Jahre vertreten. Hingegen ist der Anteil der über 50-Jährigen in dieser Gruppe höher.

Prinzipiell ist es möglich, die Zulassungsvoraussetzungen zur Osteopathieausbildung in Österreich mit einer Physiotherapieausbildung und ab dem ersten Studienabschnitt des Medizinstudiums (studienplangemäß vier Semester) in etwa zeitgleich zu erreichen. Wie aber schon beschrieben wurde, hat der Großteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung dieses auch abgeschlossen und offenbar erst im Anschluss daran die

Osteopathieausbildung absolviert. Das signifikant höhere Alter der Mediziner ist somit dadurch erklärbar, dass nur Osteopathen/Osteopathinnen mit abgeschlossener Ausbildung befragt wurden und der Ausbildungsabschluss aus obigen Gründen erst später erreicht wird.

Betrachtet man das Alter *aller* Osteopathinnen und Osteopathen, ist die Alterskategorie '40-49' am häufigsten vertreten (42,2%), 41,2% der Osteopathinnen/Osteopathen sind zwischen 30 und 39 Jahre alt, und 12,7% zwischen 50 und 59 Jahre. Das seltenste Ergebnis ist '<30' (1,8%) und auf die Kategorie '>59' entfallen 2,1% der Osteopathen/Osteopathinnen. Demnach ist bei einem gleichbleibenden gesetzlichen Pensionsalter und gleichbleibenden Absolventenzahlen in den nächsten Jahren mit einem weiteren Zuwachs an Osteopathinnen und Osteopathen in Österreich zu rechnen, der nicht durch Pensionierungen ausgeglichen wird.

Die Altersverteilung der Osteopathinnen und Osteopathen ist jedoch je nach Region unterschiedlich. In Südösterreich sind deutlich mehr junge Osteopathinnen und Osteopathen tätig als in West- und Ostösterreich ($W = 2140$, $p = 0,064$ bzw. $W = 4043$, $p = 0,00260$). So sind in Südösterreich 59% der Osteopathen/Osteopathinnen unter 40 Jahre alt, in Westösterreich sind 43% und in Ostösterreich 37% jünger als 40 Jahre, während der Anteil der über 50-jährigen Osteopathen geringer ist (Südösterreich: 8%, Westösterreich: 13% und Ostösterreich: 21%). Wie in der Folge ausgeführt werden wird, ist in Südösterreich (insbesondere in Kärnten) seit 2003 in etwa eine Verzehnfachung der Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen zu beobachten. In Gebieten, wo die Versorgung bereits früher besser war, ist ein höheres Durchschnittsalter, das auch mit einer längeren Tätigkeitsdauer einhergeht, zu beobachten. Es besteht die Möglichkeit, dass durch die Lehrgänge der WSO in Klagenfurt junge Therapeutinnen und Therapeuten angesprochen worden sein könnten und nunmehr in Südösterreich osteopathisch tätig sind, während früher die Therapeuten/Therapeutinnen den Weg nach Wien oder zu anderen osteopathischen Ausbildungsstätten gescheut haben.

6.2.2. Arbeitsstätten und Arbeitsverhältnisse

Generell arbeitet die Mehrzahl der Osteopathen/Osteopathinnen in einer Privatpraxis. So sind 79,2% der Osteopathinnen und Osteopathen ausschließlich in einer

Privatpraxis und weitere 16,8% sowohl in einer Privatpraxis, als auch in einer anderen Institution tätig. Ausschließlich in Krankenhäusern und Physikalischen Instituten sind jeweils 1,4% und in Rehabilitationszentren 1,1% der Osteopathen/Osteopathinnen beschäftigt.

Etwa die Hälfte jener 47 Osteopathen/Osteopathinnen, die sowohl in einer Privatpraxis als auch in einer anderen Institution arbeiten, sind hauptsächlich zusätzlich in Krankenhäusern beschäftigt (n= 22), drei sind in einem Physikalischen Institut tätig, vier in einem Rehabilitationszentrum und 22 in einer anderen nicht vorgegebenen Institution wobei auch hier in einigen Fällen zusätzliche Paralleltätigkeiten (z.B. Krankenhaus und Rehabilitationszentrum und Privatpraxis) zu beobachten sind, woraus die Summe größer als 47 resultiert.

Von den 23 ergänzenden Textantworten, die allesamt zusätzlich zu einer der vorgegebenen Kategorien (vorwiegend „Privatpraxis“ außer eine Antwort „Physikalisches Institut“) gegeben wurden, fallen elf auf Institutionen, die dem Gesundheitsbereich und acht auf Institutionen, die dem Ausbildungsbereich zuzuordnen sind, wobei davon nur eine Antwort einem Bereich außerhalb der Osteopathieausbildung zuzuordnen ist.

Beim Arbeitsplatz unterscheiden sich die Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung signifikant von jenen mit einem Medizinstudium (Exakter Test nach Fisher: $p < 0,00001$) und einer anderen Grundausbildung (Exakter Test nach Fisher: $p = 0,007$). Während 84,9% der ursprünglichen Physiotherapeuten ausschließlich in einer Privatpraxis tätig sind und weitere 12,1% in einer Privatpraxis und zusätzlich in einer anderen Institution, arbeiten nur 50% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium ausschließlich in einer Privatpraxis. Hingegen sind 38% zusätzlich zur Tätigkeit in einer Privatpraxis noch in einer anderen Institution tätig. Dieser Prozentsatz beträgt bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen als den bereits genannten Grundausbildungen 55%, während 45% ausschließlich in einer Privatpraxis tätig sind. Ein anderer Arbeitsplatz, als die im Fragebogen vorgegebenen, wurde von diesen Osteopathinnen und Osteopathen nicht genannt, während 12% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium ausschließlich in

einem Krankenhaus tätig sind. Bei den ursprünglichen Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen wurden zusätzlich in 1,7% der Fälle ein Physikalisches Institut und in 1,3% der Fälle ein Rehabilitationszentrum als Arbeitsplatz genannt.

Zwei Drittel der Osteopathinnen und Osteopathen arbeiten in einer Praxisgemeinschaft (66,6%), in Einzelpraxen sind 33,4% tätig. Wie später eingehender betrachtet werden wird, ist annähernd die Hälfte der im Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen in Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern tätig. Hingegen haben nur 12,9% der Team-Osteopathen einen Praxissitz in einem Ort mit weniger als 5.000 Einwohnern. Während in Wien 74% der Osteopathen/Osteopathinnen im Team arbeiten, sind es in Orten unter 5.000 Einwohner nur (bzw. immerhin) 43%.

Die Mehrzahl der im Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen kooperiert mit Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen (73,3%) und weiteren Osteopathiekollegen/-kolleginnen (71,7%). Kooperationen mit Ärzten/Ärztinnen wurden von 29,9% der im Team arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen angegeben.

Die Frage nach Gemeinschaftspraxen wurde in Krönke (2006) nicht behandelt, aus KCE (2010) geht jedoch hervor, dass in Belgien 42% der Osteopathen/Osteopathinnen in Gruppenpraxen arbeiten, wobei sie vorwiegend mit anderen Osteopathinnen/Osteopathen oder Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen zusammenarbeiten (KCE 2010: 5).

Kooperationen mit nicht explizit im Fragebogen angeführten Berufsgruppen betreffen vorwiegend Masseur/Masseusen, Shiatsu-PraktikerInnen und Kinesiologen/Kinesiologinnen, wobei hier nur Berufsgruppen, die häufiger als fünf Mal genannt wurden, angeführt sind.

(Untersuchte) signifikante Einflüsse darauf, wie häufig in den Teams mit einzelnen Berufsgruppen kooperiert wird, bestehen in der Dauer der osteopathischen Tätigkeit (Osteopathiekollegen, Physiotherapeuten) und der Basisausbildung. Letztere hat einen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit der Kooperation mit Ärztinnen und

Ärzten. Während 55% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium mit Ärzten/Ärztinnen kooperieren, sind es von jenen mit einer Physiotherapieausbildung nur 26,5% (χ^2 -Test: $\chi^2=5,6121$, $df=1$, $p= 0,02$) und von jenen mit einer anderen Basisausbildung 29%.

Die Häufigkeit einer Kooperation mit Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen nimmt mit zunehmender Dauer der osteopathischen Tätigkeit stetig ab, jene mit Kollegen/Kolleginnen zeigt ein Minimum bei den 4-6 Jahren osteopathisch Tätigen und einen Maximalwert bei jenen mit über 10 Jahre osteopathisch Tätigkeitsdauer.

Die meisten Osteopathen/Osteopathinnen sind freiberuflich tätig (86,1%), sowohl angestellt, als auch freiberuflich tätig sind 10,3%. Rein in einem Angestelltenverhältnis sind 3,6% der Osteopathinnen und Osteopathen tätig.

2003 waren 93% der Osteopathinnen und Osteopathen selbständig und 7% angestellt, wobei 4% der Osteopathinnen und Osteopathen in Privatinstituten, 1% bei einer Versicherungsanstalt, 6% in Krankenhäusern und die restlichen 90% in Privatpraxen tätig waren. Krönke nennt nur einen einzigen Osteopathen, der in mehreren Institutionen tätig war, wobei anzunehmen ist, dass dieser nur als exemplarischer Extremfall erwähnt wurde, da er parallel an drei Arbeitsplätzen tätig war (Krönke 2006: 28). Ein Vergleich dieser Daten ist somit nicht direkt möglich.

Das Arbeitsverhältnis hängt signifikant von der Basisausbildung ab. Während der Großteil (91%) der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung freiberuflich tätig ist, und nur 2,2% angestellt und 6,9% sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, beträgt der Anteil der freiberuflich Tätigen bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung 67% und bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung nur 45%. Bei letzteren sind 9% ausschließlich angestellt und ebenfalls rund 45% sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig, bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium rund 11% rein angestellt und 22% beides.

6.2.3. Regionale Verteilung und Versorgungsdichte

Seit 2003 hat die Anzahl der in Österreich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen von 192 im Jahr 2003 (Krönke 2006: 24) auf 453 im Jahr 2011 zugenommen.

In Wien, Salzburg, Tirol und Vorarlberg sind gemessen am Anteil der Gesamtbevölkerung Österreichs vergleichsweise viele Osteopathen/Osteopathinnen tätig, in den anderen Bundesländern hingegen weniger. Bis auf Vorarlberg sind diese Bundesländer auch überdurchschnittlich gut mit Ärzten/Ärztinnen versorgt.

Während beispielsweise in Wien 20,4% der österreichischen Bevölkerung leben, sind hier 28,1% der Ärztinnen und Ärzte und 34,8% der Osteopathinnen und Osteopathen tätig. In Niederösterreich haben 12,8%, in Oberösterreich 11,0%, in Salzburg 10,6% und in der Steiermark 10,4% einen Praxissitz. Auf Tirol entfallen 8,9%, auf Kärnten 4,8% und auf Vorarlberg 5,0% der Osteopathen/Osteopathinnen. Am seltensten sind Osteopathen/Osteopathinnen im Burgenland (1,5%) tätig.

Nicht berücksichtigt sind in diesen Zahlen die Antworten von Osteopathen/Osteopathinnen, die parallel in mehreren Bundesländern tätig sind. Insgesamt betrifft das 6,8% der österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen. Zusätzlich (oder auch hauptsächlich) in einem anderen Bundesland sind vor allem Osteopathen/Osteopathinnen, die auch in Wien beschäftigt sind, tätig.

2003 hatten 36% der Osteopathinnen und Osteopathen ihren Praxissitz in Wien (Krönke 2006: 24), wobei auch in diesem Wert mehrfache Praxissitze einzelner Osteopathen/Osteopathinnen nicht berücksichtigt waren.

Seit 2003 ist somit der Anteil der Wiener Osteopathen/Osteopathinnen an allen in Österreich tätigen (2011: 34,8%) geringfügig gesunken, was, wie noch gezeigt werden wird, nicht auf eine Abwanderung von bereits hier tätigen Osteopathen/Osteopathinnen, sondern eine vermehrte Ansiedlung in bislang weniger versorgten Gebieten zurückzuführen ist.

Laut Krönke war die Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen 2003 in Salzburg und Wien mit einem Osteopathen/einer Osteopathin auf etwa 21.500 bzw. 22.500 Einwohner/-innen am höchsten (Krönke 2006: 24).

Die höchste Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen besteht weiterhin in Wien und Salzburg (ca. 11 Osteopathen/Osteopathinnen pro 100.000 Einwohner/innen), wobei Wien aufgrund der bei diesen Zahlen nicht berücksichtigten Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich in einem anderen Bundesland arbeiten, eine noch höhere Versorgungsdichte aufweist. Ohne diese kommt in diesen Bundesländern ein Osteopath auf etwa 9.200 bzw. 9.300 Einwohner.

In Vorarlberg und Tirol sind etwa 7 Osteopathen/Osteopathinnen pro 100.000 Einwohner tätig (entsprechend einem Osteopathen/einer Osteopathin pro 13.800 bzw. 14.800 Einwohnern).

In der Steiermark und in Kärnten ist ein Osteopath/eine Osteopathin pro 21.400 bzw. 21.700 Einwohner tätig (ca. 5 Osteopathen/100.000 Einwohner). Etwas geringer ist die Versorgungsdichte in Ober- und Niederösterreich, wo auf 100.000 Einwohner vier Osteopathen/Osteopathinnen kommen (1:24.000 bzw. 1:23.500). In Niederösterreich ist dabei, wie in Wien, mit einem wahrscheinlich höheren Versorgungsgrad zu rechnen, da hier ebenfalls viele Osteopathen/Osteopathinnen angaben, zusätzlich in einem anderen Bundesland zu arbeiten.

Am geringsten ist die Versorgungsdichte im Burgenland, wo 3 Osteopathen/Osteopathinnen auf 100.000 Einwohner kommen (1:35.900).

Österreichweit sind im Durchschnitt (mindestens) 6,4 Osteopathen/Osteopathinnen pro 100.000 Einwohner tätig. Auf einen Osteopathen/eine Osteopathin entfallen somit ca. 15.700 Einwohner. Die Versorgungsdichte mit Ärzten beträgt, zum Vergleich, österreichweit 478,1 Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner, wobei die geringste Dichte ebenfalls im Burgenland zu beobachten ist (352,0 Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner) und die höchste in Wien (661,3 Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohner) (Statistik Austria 2012A).

Laut Krönke war die Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen 2003 in Kärnten und Vorarlberg am geringsten, wo ein Osteopath auf etwa 186.500 bzw. 175.500 Einwohner/-innen kam und in Salzburg und Wien mit einem Osteopathen/einer Osteopathin auf etwa 21.500 bzw. 22.500 Einwohner/-innen am höchsten (Krönke 2006: 24).

2011 ist im Burgenland die geringste Dichte mit einem Osteopathen pro 35.900 Einwohner, und in Oberösterreich mit einem Verhältnis von 1: 24.000 zu beobachten. In Wien sank der Wert hingegen auf 1: 9.200 und in Salzburg auf 1: 9.300 ab, was in etwa einer Verdoppelung der Versorgungsdichte entspricht.

Kärnten und Vorarlberg liegen hingegen nunmehr mit einer Versorgungsdichte von 1:21.400 bzw. 1:13.800 im Mittelfeld der österreichischen Bundesländer. Im Vergleich zur Befragung 2003 ist in diesen Bundesländern in etwa eine Verzehnfachung der Versorgungsdichte zu beobachten.

Für die Veränderung in Kärnten könnte der neue Ausbildungsstandort in Klagenfurt verantwortlich sein, die neue Ausbildungsstätte der IAO in Innsbruck jedoch aufgrund ihrer erst späteren Eröffnung noch nicht von Relevanz.

Während für die Betrachtung der Verteilung in den einzelnen Bundesländern die durch Recherche identifizierten Osteopathen/Osteopathinnen herangezogen wurden, erfolgt die Betrachtung der Verteilung der Osteopathen/Osteopathinnen in Orten unterschiedlicher Größe (wie auch in Krönke (2006)) anhand der Befragungsergebnisse. Dadurch treten, einerseits durch fehlende Antworten, andererseits durch unterschiedlich hohe Rücklaufquoten bedingt, teilweise differierende Werte auf.

Vergleicht man den Anteil der Einwohner, die in Orten unterschiedlicher Größe leben an der österreichischen Gesamtbevölkerung, zeigt sich, dass der Anteil an Osteopathinnen und Osteopathen nur in Orten unter 5.000 Einwohner geringer ist, als der entsprechende relative Bevölkerungsanteil: Während in solchen Orten 42,7% der Gesamtbevölkerung leben, sind in Orten unter 5.000 Einwohner nur 19,8% der Osteopathinnen und Osteopathen tätig. In Wien (dem einzigen Ort mit mehr als 500.000 Einwohnern) sind laut den Antworten auf diese Frage 28,9% der Osteopathen/Osteopathinnen tätig, während 20,5% der Gesamtbevölkerung hier ansässig sind (Statistik Austria 2012B).

Allerdings hat sich die Lage seit der letzten Befragung geändert. So arbeiteten 2003, 34% der Osteopathen/Osteopathinnen in Wien (über 500.000 Einwohner), 20% in Städten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern und 13% in Orten unter 5.000 Einwohnern (Krönke 2006: 25).

2011 waren 14,3% der Osteopathen/Osteopathinnen in Städten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern tätig, in Orten unter 5.000 Einwohnern jedoch bereits 19,8% und in Orten mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern 18,3%. Auf Orte mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern entfallen 13,2% der Osteopathen/Osteopathinnen. Am seltensten haben Osteopathinnen und Osteopathen in Städten mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern ihren Praxissitz (5,5%). Insgesamt ist somit eine Verschiebung der Praxisstandorte in kleinere Orte erkennbar, wobei das auf Basis der absoluten Zahlen vorwiegend auf Praxisneugründungen und nicht auf Verlegungen von Praxen zurückzuführen ist. So hat sich, wie schon zuvor geschildert, die Versorgungsdichte in Wien in etwa verdoppelt, in anderen Bundesländern jedoch im selben Zeitraum verzehnfacht.

Die Wahl des Arbeitsortes hängt laut Kruskal-Wallis-Test signifikant von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab ($\chi^2=8,2588$, $df=3$, $p= 0,041$). Insgesamt ist zu beobachten, dass der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die in Wien (>500.000 EW) arbeiten mit kürzerer Dauer der osteopathischen Tätigkeit abnimmt. Während 37% der Osteopathinnen und Osteopathen die schon länger als 10 Jahre tätig sind, hier ihren Arbeitsplatz haben, sind es noch 34% der Therapeuten und Therapeutinnen mit 7-10 Praxisjahren, und nur mehr 22% bzw. 24% jener Osteopathinnen und Osteopathen, die erst 4-6 Jahre bzw. bis drei Jahre osteopathisch tätig sind. Umgekehrt nimmt die Anzahl an Osteopathen/Osteopathinnen in Orten unter 5.000 Einwohnern mit geringerer Dauer der osteopathischen Tätigkeit zu. Sind es bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Praxis von mehr als 10 Jahren nur 8%, die in kleinen Orten arbeiten, so sind es bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Jahren osteopathischer Berufspraxis bereits 22%. Das bedeutet, dass der Arbeitsmarkt in den großen Städten offenbar vielfach von den Osteopathinnen und Osteopathen bereits als gesättigt angesehen wird, sodass Neuabsolventen/-absolventinnen vermehrt bereits von vornherein auf kleinere Orte ausweichen.

Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, sind signifikant häufiger in größeren Orten vertreten, als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 5974$, $p<0,00001$). 32,4% der in einem Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen sind in Wien (wie bereits erwähnt,

der einzigen Stadt mit mehr als 500.000 Einwohnern) tätig. In Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern haben weitere 17,3% den Praxissitz. Das heißt, dass annähernd die Hälfte der im Team arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen in Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern (mit 29,1% der Gesamtbevölkerung) arbeiten, was in Hinblick auf den größeren Bedarf an Patienten/Patientinnen, um eine Gemeinschaftspraxis für alle Osteopathinnen und Osteopathen wirtschaftlich zufriedenstellend führen zu können, schlüssig ist. Hingegen haben nur 12,9% der Team-Osteopathen einen Praxissitz in einem Ort mit weniger als 5.000 Einwohnern (mit 20,5% der Gesamtbevölkerung). In Orten dieser Größe ist hingegen der Großteil aller in einer Einzelpraxis arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen (33,33%) tätig. In Städten über 100.000 Einwohnern (d.h. inklusive Wien) haben 30,1% der in einer arbeitenden Osteopathen/Osteopathen ihren Praxissitz.

6.3. Ausbildung und Berufserfahrung

6.3.1. Ausbildungsstätten, Abschlüsse und Fortbildung

Die Mehrzahl der 2011 in Österreich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen sind Absolventen der WSO (86%), am DOK (Deutschland) schlossen 6,1% der Osteopathinnen und Osteopathen ihre Ausbildung ab und 3,9% der Therapeutinnen und Therapeuten stammen vom College Sutherland (Deutschland) und 2,2% vom COE (Deutschland). An der IAO (Belgien/Deutschland) wurden 1,4% der in Österreich tätigen Osteopathinnen und Osteopathen ausgebildet und am College Sutherland (Niederlande) 0,4%.

Das heißt, dass weiterhin der Großteil der Osteopathinnen und Osteopathen ihre Ausbildung an der WSO absolviert haben, wobei zwischen den drei NUTS1-Regionen West-, Ost- und Südösterreich signifikante Unterschiede bestehen. In Ostösterreich haben 97% der Osteopathinnen und Osteopathen die Ausbildung an der WSO abgeschlossen, in Südösterreich 92% und in Westösterreich nur 71%. In Süd- und Westösterreich machen Absolventinnen und Absolventen des College Sutherland in Deutschland jeweils 6% der hier ansässigen Osteopathinnen und Osteopathen aus, in Ostösterreich nur 1%. Westösterreich sticht durch den mit 16% hohen Anteil an Absolventen des deutschen DOK hervor, von denen in Süd- und Ostösterreich bei der Befragung keiner registriert wurde. Das DOK hat seinen Sitz in Rohrdorf, das in Bayern rund 80 Kilometer von Salzburg und 110 km von Innsbruck

entfernt liegt. Auch die Niederlassung des College Sutherland in Ulm (Baden Württemberg) und das COE in München (Bayern), sind näher bei Tirol und Vorarlberg gelegen als Wien.

Die Basisausbildung hat ebenfalls Einflüsse darauf, welche Osteopathieschule gewählt wird. Während 94% der Osteopathen/Osteopathinnen, die ein Medizinstudium und 85,8% jener, die eine Physiotherapieausbildung absolviert haben, Absolventen/Absolventinnen der WSO sind, beträgt der Anteil der WSO-Absolventen/-Absolventinnen an den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung (d.h. Ergotherapie und andere) nur 64%, wofür andere Zulassungsbestimmungen an diesen Schulen in Hinsicht auf medizinisches Vorwissen verantwortlich gemacht werden können.

Die meisten Respondentinnen und Respondenten bezeichnen sich als ‚Osteopath/Osteopathin‘ (64,8%) und haben somit keine Diplomarbeit verfasst. 21,2% geben einen Abschluss mit dem ‚MSc. D.O.‘ an. Weiters nannten 15 Therapeuten/ Therapeutinnen nur den ‚MSc.‘ (also ohne ‚D.O.‘) (5,4%). Bei einer Kontrolle, wo diese ihre Ausbildung abgeschlossen haben, stellte sich heraus, dass 14 an der WSO ausgebildet wurden, wonach eine Korrektur in den ‚MSc. D.O.‘ erfolgte. Die Kategorie ‚D.O.‘ wurde von 6,5% der Osteopathen/Osteopathinnen genannt. Jeweils 0,7% der Osteopathen/Osteopathinnen sind ‚MSc. D.O. DPO‘ bzw. ‚BSc. DO‘. (College Sutherland Niederlande, IAO Belgien). Auf die Kategorien ‚D.O. DPO‘ (COE-Deutschland) und ‚Ph.D.‘ (DOK Deutschland) entfallen jeweils 0,4%. Zusätzlich haben vier Osteopathen/Osteopathinnen zwar die Ausbildung, jedoch (noch) keine Diplomarbeit in pädiatrischer Osteopathie abgeschlossen. Nachdem dieser Punkt nicht explizit abgefragt wurde, ist es wahrscheinlich, dass sich mehr Osteopathinnen und Osteopathen in pädiatrischer Ausbildung befinden.

Der Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses hängt von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ab. So sind zwischen allen vier Kategorien der Dauer der osteopathischen Tätigkeit signifikante Unterschiede erkennbar ($p_{\max}=0,04$).

Während nur 11% der Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung ihre Ausbildung mit dem ‚MSc. D.O.‘ (incl. Antworten ‚MSc.‘) abgeschlossen haben, sind es bei jenen, die bereits 4-6 Jahre osteopathisch tätig sind, 25%, in der Kategorie der 7-10 Jahre Tätigen 32% und in der Kategorie der

über 10 Jahre osteopathisch Tätigen 48%. Umgekehrt bezeichnen sich 86% der weniger als drei Jahre osteopathisch Tätigen, 72% der 4-6 Jahre und 58% der 7-10 Jahre osteopathisch Tätigen, und nur 34% der Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Berufspraxis als „Osteopath/Osteopathin“. Es ist daher offensichtlich, dass viele der bereits länger tätigen Osteopathinnen und Osteopathen den Abschluss mit dem MSc. im Zuge der Umstellung der Ausbildung auf einen Master-Lehrgang nachgeholt haben.

Osteopathinnen und Osteopathen mit Diplomen bzw. akademischen Graden sind häufiger im Team tätig, während „Osteopathinnen“ und „Osteopathen“ ohne Abschlussarbeit häufiger unter den in Einzelpraxen arbeitenden Therapeuten vorzufinden sind (80% vs. 56,8%, $p=0,008$). Gründe dafür könnten in einer erhöhten Motivation innerhalb des Teams liegen, aber auch im Bestreben nicht gegenüber den Kollegen/Kolleginnen ausbildungsmäßig zurückzuliegen, allerdings können diese Begründungen anhand der untersuchten Daten nicht gestützt werden und sind somit spekulativ.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass sich Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung in Medizin nicht im Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses von jenen unterscheiden, die eine Physiotherapieausbildung absolviert haben ($p=0,17$). Das heißt, dass den Ärztinnen und Ärzten unter den Osteopathen ein zusätzlicher akademischer Abschluss (in Osteopathie) ebenso wichtig ist, wie den Physiotherapeuten der zumeist erste akademische Grad. Ebenso ist aus den Ergebnissen ersichtlich, dass die Ärzte den Abschluss nicht als Sprungbrett in einen anderen Tätigkeitsbereich nutzen, sondern das Wissen zusätzlich zur Ausübung ihres Basisberufs anwenden.

Weitere Diplome außerhalb der allgemeinen Osteopathieausbildung, über die die Osteopathinnen und Osteopathen verfügen, betreffen hauptsächlich Physiotherapie, die von 57,0% der Osteopathen/Osteopathinnen genannt wurden. 4,9% der Osteopathen/Osteopathinnen führten diverse Facharztdiplome und Diplome für ärztliche Weiterbildungen an, 4,6% ein Diplom für Sportphysiotherapie, 3,2% für Kinderosteopathie und 2,8% für Manuelle Medizin. Insgesamt wurden von den 284 Respondentinnen und Respondenten 403 unterschiedliche Diplome angeführt, wovon nur jene angeführt wurden, die von zumindest 2,5% der Osteopathen/Osteopathinnen genannt wurden.

6.3.2. Osteopathische Tätigkeitsdauer

Im Durchschnitt sind die österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen $M= 6,8$; $SD=4,4$ Jahre osteopathisch tätig (Median: 6,0 Jahre).

Die 35 Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung weisen die längste osteopathische Tätigkeitsdauer auf ($M=9,1$; $SD=4,4$ Jahre; Median=10 Jahre), jene 222 mit einer Physiotherapieausbildung sind durchschnittlich $M=6,5$; $SD=4,2$ Jahre osteopathisch tätig (Median: 6 Jahre; Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2560,5$, $p= 0,001$). Jene elf Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung sind $M=5,7$ Jahre; $SD=4,5$ Jahre osteopathisch tätig. Das ist ein Hinweis darauf, dass das Interesse von Medizinern an einer Osteopathieausbildung abgenommen haben könnte. Eine mögliche Ursache dafür könnte in einer vermehrten Nutzung des Angebots einer eigenen Ausbildung der Österreichischen Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin e.V. (ÖÄGMM 2012) bestehen. Nachdem bei der Erstellung der Adressliste für die Fragebogenaussendung zwar aktiv nach dem Terminus „Osteopathie“ gesucht wurde, jedoch trotz Suche über ein Onlinebranchenverzeichnis (Herold 2011) keine Absolventinnen oder Absolventen dieses Lehrganges geantwortet haben (oder auch nicht erfasst wurden), bleibt der Wissensstand über diese Untergruppe osteopathisch tätiger Ärzte/Ärztinnen sehr gering. Eine andere Erklärungsmöglichkeit wäre, dass, aus welchen Gründen auch immer (Zeitmangel, mangelnde Relevanz des Themas, etc...), ein geringerer Anteil der Mediziner mit kürzerer osteopathischer Tätigkeitsdauer an der Befragung teilgenommen hat. Andererseits kann dieses Ergebnis auch so interpretiert werden, dass auch in Österreich eine langsame Angleichung an die Verhältnisse in Belgien und Deutschland erfolgt, wo nur 1-3% der Osteopathinnen und Osteopathen eine medizinische Ausbildung haben (VOD 2012, KCE 2010), während es in Österreich 2011 noch 12,8% sind.

Bei den sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätigen, die 10,3% der Osteopathen/Osteopathinnen ausmachen, überwiegen mit 50% die bis zu drei Jahre Tätigen. Länger als 10 Jahre sind nur 7% dieser Gruppe osteopathisch tätig. Der Mittelwert der osteopathischen Tätigkeitsdauer in dieser Gruppe ($n=28$) beträgt $M=4,4$; $SD=3,0$ und der Median 3,5 Jahre und ist signifikant niedriger als in der Gruppe der rein freiberuflich Tätigen ($n=231$, $M=7,1$; $SD=4,4$, Median: 6,0 Jahre; Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 4324$, $p= 0,0026$), die in allen vier Kategorien der

osteopathischen Tätigkeitsdauer (bis 3 Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre/>10 Jahre) ähnlich häufig vertreten sind. Ausschließlich angestellt tätige Osteopathinnen und Osteopathen stellen mit 3,6% die Minderheit dar. Ein Arbeitsverhältnis wird demnach von den meisten Osteopathinnen und Osteopathen nur vorübergehend während des Schritts zu einer freiberuflichen Tätigkeit aufrechterhalten.

6.3.3. Zusätzliche professionelle Aktivitäten und Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit

Je nachdem, welche Fragen man für die Interpretation verwendet, geben 42,5% bzw. 77,8% der Osteopathen und Osteopathinnen an, andere professionelle Aktivitäten auszuüben. Während bei der ersten allgemeinen Frage (Frage 13: „Haben Sie andere professionelle Aktivitäten?“) der Großteil der Respondenten/Respondentinnen angibt, keine zusätzlichen professionellen Aktivitäten auszuüben, wird bei den Detailfragen (beispielsweise, ob der/die Osteopathen/Osteopathinnen auch physiotherapeutisch tätig ist) weitaus häufiger eine zusätzliche professionelle Aktivität bestätigt. Das deutet darauf hin, dass sich 57,5% aller Osteopathen/Osteopathinnen zwar hauptsächlich über diesen Beruf definieren, aber nur 22,2% ausschließlich osteopathisch tätig sind. Somit haben 35,3% der Osteopathen/Osteopathinnen Elemente aus anderen Therapieformen in den Arbeitsprozess integriert, ohne sich dessen ausdrücklich bewusst zu sein.

Stellt man die Daten über andere professionelle Aktivitäten den Basisausbildungen der Osteopathen/Osteopathinnen gegenüber, so üben 91,7% der Ärzte/Ärztinnen, 77,8% der Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen und 63,6% der Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Hebammen zusätzlich zur osteopathischen Tätigkeit weiterhin ihren Basisberuf aus.

In Belgien arbeiten hingegen 73% der Osteopathen/Osteopathinnen rein osteopathisch und 15% osteopathisch und physiotherapeutisch (KCE 2010: 9, 20).

Für die Fragestellungen, die auf den Untergruppen der Osteopathen/Osteopathinnen basieren, die anderen professionellen Aktivitäten nachgehen, bzw. nicht nachgehen, wurden die Antworten aus der allgemeinen Frage („Haben Sie andere professionelle Aktivitäten?“) zugrundegelegt.

Von den ausschließlich freiberuflich Tätigen gaben immerhin 37,9% und von den Osteopathinnen und Osteopathen in einem *zusätzlichen* Anstellungsverhältnis rund 70% an, zusätzliche professionelle Aktivitäten auszuüben (χ^2 -Test: $\chi^2=11,2911$, $df=1$, $p= 0,0008$). Das deckt sich auch damit, dass Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung, von denen 89% anderen professionellen Tätigkeiten nachgehen, signifikant häufiger angestellt sind, als jene mit einer Physiotherapieausbildung, von denen nur 34,2% eine andere Tätigkeit angaben (χ^2 -Test: $\chi^2=36,1337$, $df=1$, $p<0,00001$).

2003 arbeiteten 86% der befragten Osteopathinnen und Osteopathen noch in ihrem Primärberuf, wobei dieser einen durchschnittlichen Anteil von 20,5% von ihrer Gesamttätigkeit einnahm, die osteopathische Tätigkeit jedoch einen Anteil von 79,5% (Krönke 2006: 26). Es ist also verglichen mit 2003 eine Abnahme der Anzahl von Osteopathen/Osteopathinnen, die eine andere professionelle Tätigkeit ausüben, zu beobachten.

Allerdings ist der Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit der Osteopathinnen in der aktuellen Studie mit jenem aus 2003 vergleichbar. So beträgt 2011 der durchschnittliche Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit $79,1\pm 22,5\%$, der Median 85,0%.

Dabei ist zu beobachten, dass der Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit mit zunehmender Dauer dieser Tätigkeit zunimmt und sich jene Osteopathen/Osteopathinnen, die bis zu drei Jahre in diesem Bereich arbeiten und jenen, die zumindest sieben Jahre osteopathisch tätig sind, signifikant im Anteil der osteopathischen Tätigkeit unterscheiden. Während der Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit der Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Praxisjahren durchschnittlich etwa 75% ausmacht ($M=74,5\%$, $SD=23,9$), steigt der Anteil bei den Osteopathinnen und Osteopathen mit 4-6 Jahren auf $M=80\%$, $SD=22,4$ an (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2077,5$, $p= 0,10$). Mit längerer Dauer der osteopathischen Tätigkeit ist eine weitere Zunahme zu beobachten. So geben die Therapeutinnen und Therapeuten, die länger als 10 Jahre osteopathisch tätig sind, einen Anteil von $M= 82,9\%$, $SD=21,8$ an (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1509,5$, $p= 0,01$).

Wie aufgrund der signifikanten Zusammenhänge aus der Ausübung anderer professioneller Tätigkeiten mit der Grundausbildung sowie dem Arbeitsverhältnis zu

erwarten ist, sind auch Einflüsse dieser Faktoren auf den prozentuellen Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit zu erkennen. Während die Osteopathen/Osteopathinnen, die keiner anderen professionellen Aktivität nachgehen, im Durchschnitt $M=87,1\%$; $SD=17,1$ (Median: $95,0\%$, 145 gültige Antworten) ihrer Tätigkeit der Osteopathie zurechnen, betragen diese Werte für Osteopathen/Osteopathinnen und Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen zusätzlichen professionellen Aktivität $M=68,7\%$; $SD=24,3$ (Median: $75,0\%$; Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 12321$, $p<0,0001$).

Ausschließlich freiberuflich tätige Osteopathen/Osteopathinnen weisen den höchsten Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit auf ($M=83,1\%$; $SD=18,9$), sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätige gaben im Durchschnitt einen signifikant niedrigeren Wert von $M=58,5\%$, $SD=24,4$ (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 1892$, $p<0,00001$) an und ausschließlich Angestellte von $M=44,0\%$; $SD=30,7$.

Betrachtet man den Einfluss unterschiedlicher Basisausbildungen, ist der prozentuelle Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung am geringsten ($M=59,5\%$; $SD= 27,5$; Median= 55%), während er bei jenen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung $M=82,1\%$; $SD=20$ (Median= 90%) beträgt (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 5421$, $p<0,0001$).

Auch zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten gibt es signifikante Unterschiede im Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit (Wilcoxon-Rangsummentest: $W= 2639$, $p=0,005$). Absolventen/Absolventinnen der WSO schätzen im Durchschnitt den Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit mit $M=77,7\%$; $SD=22,9$ ein, Absolventen anderer Schulen mit $M=87,8\%$; $SD= 17,6$. Dieser Unterschied kann zumindest teilweise durch den höheren Anteil von Absolventen/Absolventinnen eines Medizinstudiums an der WSO als an anderen Schulen erklärt werden.

6.4. Behandlungsanzahl, Arbeitszeit, Preisgestaltung und Terminvergabe

Etwas mehr als zwei Drittel der Osteopathinnen/Osteopathen gaben an, 5-10 Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag zu behandeln ($67,6\%$), $21,6\%$ behandeln mehr als zehn. Nur etwa jede zehnte Respondentin/jeder zehnte Respondent behandelt weniger als fünf Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag ($10,8\%$).

Dabei ist wieder ein signifikanter Unterschied zwischen Osteopathinnen und ihren männlichen Kollegen zu beobachten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=10426,5$, $p=0,00004$).

Zwar wurde sowohl von den weiblichen als auch männlichen Osteopathen das Ergebnis '5-10' am häufigsten genannt, jedoch gaben 72,2% der Osteopathinnen und nur 57% der Osteopathen diese Kategorie an. Dafür behandeln 37% der männlichen Osteopathen mehr als 10 Patienten pro Arbeitstag, von den Osteopathinnen sind es hingegen nur 14,7% und weniger als 5 Patienten pro Arbeitstag werden von nur 6% der Männer behandelt, jedoch von 13,1% der Kolleginnen.

Dasselbe Bild zeigt sich in der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche, was bedeutet, dass die Unterschiede in der Anzahl der behandelten Patienten/Patientinnen pro Tag nicht durch unterschiedliche Wochenarbeitsstage ausgeglichen werden.

Bei den männlichen Osteopathen beträgt die mittlere Anzahl der Patienten pro Arbeitswoche $M= 39,2$; $SD= 17,8$ PatientInnen, der Median 35,0 PatientInnen. Bei den Osteopathinnen ist ein signifikant niedrigerer Mittelwert von $M= 27,6$; $SD= 18,0$ PatientInnen zu beobachten (Median: 25,0) (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=11480,5$, $p<0,00001$).

Aufgrund der zusätzlichen Abhängigkeit der pro Arbeitswoche durchschnittlich behandelten Patientenanzahl von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit ist anzunehmen, dass die Geschlechtsabhängigkeit weiterhin auf der häufigeren Doppelbelastung der Frauen durch Familie und Beruf beruht. Die Zunahme der Wochenarbeitszeit mit fortschreitender Dauer der osteopathischen Tätigkeit kann auf bessere Kinderbetreuungsangebote mit höherem Alter der Kinder zurückgeführt werden, wodurch sich Osteopathinnen wieder vermehrt dem Beruf widmen können. Während die mittlere Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Arbeitswoche in der Kategorie der bis 3 Jahre osteopathisch Tätigen $M= 28,0$; $SD= 13,2$ PatientInnen (Median: 30,0) und in der Kategorie der 4-6 Jahre osteopathisch Tätigen $M= 26,7$; $SD= 12,1$ PatientInnen (Median: 25,0) beträgt, behandeln Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Jahren Berufspraxis durchschnittlich 38,8 Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche ($SD= 27,5$) (Median 32,0 PatientInnen) ($p=0,011$ bzw. $p=0,002$).

Gesamt betrachtet, d.h. ohne Berücksichtigung des Geschlechts beträgt der Mittelwert der Anzahl der Patienten pro Arbeitswoche $M=31,2$; $SD=18,7$ und der Median 30,0.

Verglichen mit Krönke (2003: 34) (33 Patienten pro Woche und acht Patienten pro Tag) ist eine leichte Abnahme der Anzahl der pro Arbeitswoche behandelten Patienten zu beobachten. Die Anzahl der pro Tag behandelten Patienten/Patientinnen ist aufgrund der unterschiedlichen Skalierung nicht direkt vergleichbar, allerdings stimmen die Werte sinngemäß überein. Möglicherweise übersteigt die vermehrte Konkurrenz unter den Osteopathen/Osteopathinnen den Neuzuwachs an Patienten/Patientinnen, jedoch können auch andere Gründe (z.B. mehr Osteopathen/Osteopathinnen in einem Lebensabschnitt mit begrenzten Zeitressourcen als 2003, veränderte Wertigkeiten von Beruf und Freizeit, ...) dafür verantwortlich sein.

Neben dem Geschlecht des Osteopathen/der Osteopathin sind auch noch Einflüsse der Tatsache, ob die Osteopathen/Osteopathinnen in einer Einzel- oder Gruppenpraxis arbeiten auf die Anzahl der behandelten Klienten/Klientinnen pro Tag, sowie regionale Unterschiede erkennbar.

In Südösterreich behandeln 29% der Osteopathinnen und Osteopathen mehr als 10 Patienten/Patientinnen pro Tag, in Westösterreich 22% und in Ostösterreich 17%, wobei sich Ost- und Südösterreich signifikant unterscheiden (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2528,5$, $p=0,012$). In Ostösterreich ist auch der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen am höchsten, die weniger als fünf Patienten/Patientinnen pro Tag behandeln (15%). In Südösterreich sind es nur 4% und in Westösterreich 9%. Diese Zahlen korrelieren mit der osteopathischen Versorgungsdichte, die weiterhin in Südösterreich in Relation zur Bevölkerungsdichte am geringsten ist. Während in Südösterreich 21% der österreichischen Bevölkerung beheimatet ist, sind hier nur 17% der Osteopathen/Osteopathinnen tätig. In Ostösterreich sind hingegen 47% der Osteopathen/Osteopathinnen und nur 43% der Gesamtbevölkerung ansässig und in Westösterreich ist eine weitgehende Übereinstimmung (rund 35-36%) gegeben.

Auffällig ist auch, dass in Gemeinschaftspraxen arbeitende Osteopathen/Osteopathinnen signifikant mehr Patienten/Patientinnen pro Tag behandeln als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7531,5$, $p=0,039$). Während 18% der in einer Einzelpraxis Tätigen weniger als

fünf Patienten/Patientinnen pro Tag behandeln, behandeln nur 6,6% der in einer Gemeinschaftspraxis tätigen Osteopathinnen und Osteopathen eine entsprechende Anzahl. Hingegen geben 23% der im Team und 19% der in einer Einzelpraxis arbeitenden tätigen Osteopathen/Osteopathinnen eine Patientenanzahl von mehr als 10 pro Tag an. Dafür können mehrere Gründe verantwortlich sein. Hat der Osteopath/die Osteopathin von vornherein aufgrund anderer Verpflichtungen wenig Zeit zur Verfügung, wird er/sie den mit der Organisation einer Gruppenpraxis verbundenen Mehraufwand nicht auf sich nehmen. Andererseits ist die Einmietung in eine Gruppenpraxis oftmals aufgrund der dafür nötigen größeren Räumlichkeiten und den zu tragenden Kostenanteilen (z.B. für das Sekretariat) nicht, oder nur unwesentlich günstiger als die Führung einer eigenen Praxis. Ist man daher in einer Gemeinschaftspraxis eingemietet, wird man trachten, die dort verfügbare Zeit zu nutzen, um das Einkommen zu optimieren.

Ein weiterer Grund könnte möglicherweise auch darin bestehen, dass dadurch, dass in Gruppenpraxen insgesamt mehr Patienten/Patientinnen behandelt werden, auch die Anzahl der Empfehlungen und dadurch die Anfragen neuer Patienten/Patientinnen häufiger sind. Durch die vermehrten Anfragen und das Unvermögen Patienten/Patientinnen abzuweisen, kann auch trotz der gängigen Praxis Patienten/Patientinnen an Teamkollegen/-kolleginnen zu vermitteln, ein Druck aufgebaut werden, mehr Klienten/Klientinnen zu behandeln.

Das wird aber bei Betrachtung der Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche widerlegt, in der sich in Einzelpraxen und in Gemeinschaftspraxen arbeitende Osteopathen/Osteopathinnen nicht signifikant unterscheiden ($p=1,0$).

Die meisten Osteopathen/Osteopathinnen (61,4%) behandeln weniger als fünf neue Patienten/Patientinnen pro Woche, 28,5% zwischen fünf und zehn und immerhin 10,1% behandeln mehr als zehn neue Patienten/ Patientinnen pro Woche.

Auch hier ist ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl neuer Klienten pro Arbeitswoche zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen zu erkennen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=9923,5$, $p= 0,003$). Während mehr als 2/3 der Osteopathinnen (67,7%) weniger als fünf neue Patientinnen pro Woche behandeln, sind es bei den männlichen Kollegen nur 48%. Dieser Unterschied spiegelt sich vorwiegend in den Anteilen der Osteopathinnen und Osteopathen, die zwischen fünf und zehn neue Patienten/Patientinnen pro Woche behandeln wider (weiblich: 23,3%, männlich: 40%). Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen die mehr als

zehn neue Patientinnen/Patienten pro Arbeitswoche behandeln, sind nur geringe Unterschiede zu beobachten. So behandeln 9% der Osteopathinnen und 12% der Osteopathen mehr als zehn neue Patienten pro Woche.

Weiters werden weniger als fünf neue Patienten/Patientinnen von jeweils 64% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung und von 44% jener Osteopathinnen und Osteopathen mit grundlegendem Medizinstudium pro Woche behandelt (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3213$, $p=0,015$). Mehr als zehn neue Patienten/Patientinnen werden von 8,8% der Osteopathen mit Physiotherapieausbildung und von 19% jener mit Medizinstudium behandelt.

Für die Erstkonsultation veranschlagen mehr als drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen (77,1%) zwischen 30 Minuten und einer Stunde. Ein Zeitrahmen von 1:00 Stunde und 1:30 Stunden wird von 20,4% der Osteopathinnen/Osteopathen benötigt. Während eine noch längere Zeit lediglich von einem einzigen Osteopathen/einer einzigen Osteopathin angegeben wurde (0,4%), wird eine Behandlungszeit von weniger als 30 Minuten von 2,2% der Respondenten/Respondentinnen angegeben.

Für einen Folgetermin veranschlagen neun von zehn Osteopathen/Osteopathinnen (90,6%) zwischen 30 Minuten und einer Stunde. Ein Zeitbedarf von weniger als 30 Minuten wurde von 6,5% der Osteopathinnen und Osteopathen genannt. Eine längere Behandlungsdauer als eine Stunde ('1:00 h - 1:30 h') wurde lediglich von 2,9% angegeben.

Damit ist im Vergleich mit den Daten aus 2003 keine Änderung erkennbar. Laut Krönkes Befragungsergebnissen benötigte ein Osteopath/eine Osteopathin für die Erstkonsultation im Durchschnitt $M= 54$ Minuten (Range: 30-75 Minuten), für die Folgetermine $M=42$ Minuten (Range: 30-60 Minuten) (Krönke 2006:33).

Auch im Vergleich mit belgischen Daten (KCE 2010) ist kein wesentlicher Unterschied erkennbar. In Belgien dauert die Erstkonsultation typischerweise (bei 83% der Osteopathen/Osteopathinnen) zwischen 30 und 60 Minuten und bei 16% länger als eine Stunde. Bei den Folgebehandlungen werden keine konkreten Zahlen angeführt (KCE 2010: 6).

Wieder sind signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlungsdauer zu erkennen (Wilcoxon-Rangsummentests: Erstkonsultation: $W=7034$, $p= 0,003$, Folgekonsultation: $W=7388,5$, $p= 0,003$). Es zeigt sich, dass nur 1% der Osteopathinnen aber 5% von ihren männlichen Kollegen weniger als eine

halbe Stunde für die Erstkonsultation veranschlagen. Auffälliger ist jedoch, dass ein Viertel der Osteopathinnen (n=47, 24,6%) zwischen 1:00 und 1:30 Stunden brauchen, jedoch nur 11% der männlichen Osteopathen (n=11) und dementsprechend auch der Anteil der weiblichen Osteopathen, die zwischen 30 Minuten und einer Stunde veranschlagen niedriger ist (73,8%) als bei ihren männlichen Kollegen (84%).

Das selbe ist bei der Dauer der Folgekonsultation zu beobachten, wobei der größte Unterschied in der Behandlungsdauer zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen darin besteht, dass 13% der männlichen Osteopathen weniger als 30 Minuten für einen Folgetermin veranschlagen, während nur 3,7% der Frauen mit dieser Zeit auskommen. Umgekehrt brauchen 3,7% der Osteopathinnen zwischen 1:00 und 1:30 Stunden, während dieser Zeitraum nur von 1% der männlichen Osteopathen benötigt wird.

Ebenso ist ein Einfluss der Ausbildungsstätte sowohl auf die Dauer der Erst- als auch der Folgekonsultation erkennbar. Absolventen/Absolventinnen der WSO benötigen signifikant weniger Zeit für die Erstkonsultation als jene anderer Ausbildungsstätten (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3749$, $p=0,024$). Während 34% der Absolventen/Absolventinnen anderer Osteopathieschulen länger als eine Stunde für die Erstkonsultation brauchen, sind es nur ca. 19% der WSO-Absolventen/Absolventinnen. Noch deutlicher als bei der Erstkonsultation ist der Unterschied zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Schulen in der benötigten Zeit für einen Folgetermin (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3891$, $p=0,009$). Keiner der Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen als der WSO benötigt weniger als eine halbe Stunde für den Folgetermin, während 7,6% der WSO-Absolventen/Absolventinnen nur diesen Zeitrahmen veranschlagt. Andererseits benötigen 1,7% der WSO-Abgänger/-innen mehr als eine Stunde. Von den Absolventen anderer Schulen sind es jedoch 8%.

In der Dauer der Folgekonsultation besteht zusätzlich ein signifikanter Unterschied zwischen jenen Osteopathen/Osteopathinnen, die länger als 10 Jahre und jenen, die bis zu drei Jahren, bzw. 4-6 Jahre osteopathisch tätig sind (Wilcoxon-Rangsummentests: $W=2631,5$, $p=0,034$, bzw. $W=2490$, $p=0,002$), wobei vor allem ein Unterschied in der Häufigkeit, mit der eine Behandlungszeit unter einer halben Stunde veranschlagt wird, besteht. 18% der Osteopathinnen und Osteopathen, die mehr als 10 Jahre osteopathisch tätig sind, benötigen diese Zeit, während in den

anderen Kategorien der Dauer der osteopathischen Tätigkeit maximal 5% mit dieser Zeit das Auslangen finden.

Deutlich mehr in Einzelpraxen tätige Osteopathinnen und Osteopathen veranschlagen eine längere Zeit für die Erstkonsultation als ihre im Team arbeitenden Kolleginnen und Kollegen (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=9536$, $p=0,056$). So wird von 27,7% der in Einzelpraxen arbeitenden und von 17,4% der im Team arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen eine Zeit von mehr als einer Stunde für die Erstkonsultation benötigt. Das ist wieder ein Zeichen, dass das Bestreben besteht, die in einer Praxisgemeinschaft zur Verfügung stehende Zeit nach wirtschaftlichen Überlegungen optimal zu nutzen, während dieser Gesichtspunkt bei in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen aufgrund der permanenten Verfügbarkeit der Praxisräume keinen Stellenwert hat.

2003 wurden für die Erstbehandlung von 69% der Osteopathinnen und Osteopathen 50-75 Euro pro Behandlung verlangt. Weitere 22% nahmen zwischen 75 und 100 Euro bei einer Erstbehandlung ein und 6% mehr als 100 Euro. Die restlichen 3% verlangten unter 50 Euro (Krönke, 2006: 35).

Aktuell verlangen 51,6% der Osteopathinnen/Osteopathen für die Erstkonsultation unter 75 Euro und 42,5% zwischen 75 und 100 Euro. 5,9% der Osteopathinnen und Osteopathen stellen mehr als 100 Euro in Rechnung. Obwohl der Anteil dieser Osteopathinnen und Osteopathen im Vergleich zu 2003 gleichgeblieben ist, kann anhand der Verschiebung in den anderen Kategorien eine Preiserhöhung abgeleitet werden.

Für einen Folgetermin verlangen 67,4% der Osteopathen/Osteopathinnen unter 75 Euro, 30% zwischen 75 und 100 Euro. Am seltensten werden mehr als 100 Euro verlangt (2,6%). Auch hier ist im Vergleich zur Vorstudie eine Verteuerung erkennbar: So gaben im Jahr 2003 lediglich 15% an, zwischen 75 und 100 Euro in Rechnung zu stellen. Höhere Preise wurden nicht genannt und der Großteil der Osteopathinnen und Osteopathen (82%) verlangte zwischen 50 und 75 Euro (Krönke, 2006: 35).

In Österreich liegen die Kosten für eine osteopathische Behandlung somit deutlich über jenen in Belgien, wo hauptsächlich zwischen 25 und 50 Euro für die Erstkonsultation verlangt werden, und bei Folgebehandlungen oftmals ein weiterer Preisnachlass erfolgt (KCE 2010: 7-8) und deutlich unter den in der Schweiz üblichen Preisen. In der Ostschweiz werden von 83% der Osteopathinnen und Osteopathen

sowohl für die Erst- als auch Folgekonsultation Preise, die umgerechnet zwischen 81 und 105 Euro betragen, verlangt, die restlichen 17% stellen umgerechnet zwischen 56 und 80 Euro in Rechnung (Feurstein 2006: 66-68).

Sowohl bei den Preisen für die Erstkonsultation, als auch bei jenen für Folgebehandlungen ist eine signifikante Abhängigkeit vom Geschlecht des Osteopathen, von der Basisausbildung und von der Dauer der osteopathischen Tätigkeit erkennbar.

Trotz längerer veranschlagter Behandlungszeit nehmen Osteopathinnen signifikant weniger ein als ihre männlichen Kollegen (Wilcoxon-Rangsummentests: sowohl für Erstkonsultation als auch Folgekonsultation: $W=10465,5$, $p= 0,00001$). Die Erstkonsultation kostet bei 59,7% der Frauen und nur bei 34% der Männer unter 75 Euro. Hingegen werden 75 bis 100 Euro von 52% der Männer und nur 38,2% der Osteopathinnen verlangt. Höhere Preise als 100 Euro werden ebenfalls beinahe ausschließlich von männlichen Osteopathen verlangt (14% der Männer vs. 2,2% der Frauen).

Ähnlich stellt sich die Situation bei Folgeterminen dar: Während drei Viertel der Osteopathinnen unter 75 Euro für den Folgetermin verlangen, ist das nur bei der Hälfte der männlichen Osteopathen der Fall. Mehr als 100 Euro verlangen nur 0,5% der Frauen, von den männlichen Osteopathen sind es hingegen 7%.

Neben dem Einfluss des Geschlechts auf die Preisgestaltung ist ebenfalls ein Einfluss der Dauer der osteopathischen Tätigkeit erkennbar, der zu signifikanten Preisunterschieden zwischen den jeweils zwei Kategorien der Osteopathen/Osteopathinnen mit der kürzesten (bis 3 Jahre/4-6 Jahre) und der längsten Tätigkeitsdauer (7-10/>10 Jahre) führt ($p_{\max}=0,014$ für Erstkonsultationen und $p_{\max}=0,004$ für Folgekonsultationen).

Während 70% der Osteopathinnen und Osteopathen mit bis zu drei Jahre osteopathischer Berufspraxis unter 75 Euro für die Erstkonsultation verlangen, sind es bei jenen, die 7-10 Jahre osteopathisch tätig sind 40% und bei jenen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Tätigkeit nur mehr 30%. Konträr dazu nimmt der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die mehr als 100 Euro für die Erstkonsultation verlangen, mit der Dauer der osteopathischen Tätigkeit zu. So gibt es keinen Osteopathen/keine Osteopathin mit bis zu 3 Jahren osteopathischer Berufspraxis, der/die über 100 Euro verlangt, bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit 4-6 Jahren

Berufspraxis ist es 1%, bei jenen, die bereits 7-10 Jahre osteopathisch tätig sind, sind es hingegen bereits 9% und bei allen, die eine noch längere osteopathische Berufspraxis aufweisen, 17%.

Für Folgetermine werden Preise unter 75 Euro zwar in allen Kategorien am häufigsten genannt, jedoch sinkt der Anteil der Osteopathen von der Kategorie 'bis 3 Jahre' von 83% auf jeweils 53% in den Kategorien '7-10 Jahre' und '>10 Jahre' ab. Andererseits verlangt keiner der Osteopathen aus den Kategorien 'bis 3 Jahre' und '4-6 Jahre' mehr als 100 Euro für den Folgetermin, während bei 5% der Osteopathinnen mit 7-10 Jahren und bei 7% der Osteopathen mit mehr als 10 Jahren osteopathischer Praxis mehr als 100 Euro pro Folgetermin zu bezahlen sind.

Zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Basisausbildung in Physiotherapie und jenen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung besteht ebenfalls ein signifikanter Unterschied im Preis für die Erstkonsultation (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 1762$, $p < 0,0001$) und für die Folgekonsultation (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 2068$, $p < 0,0001$).

Während 31% der Osteopathinnen und Osteopathen, die ein Medizinstudium als Basisausbildung aufweisen, über 100 Euro für die Erstkonsultation verlangen, sind es von jenen mit einer Physiotherapieausbildung nur 2,6% und keiner/keine der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung. Umgekehrt sind nur 16% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium billiger als 75 Euro, während 55,7% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung und 7 von 11 (64%) der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer anderen Basisausbildung weniger als 75 Euro für die Erstkonsultation verlangen.

Für eine Folgekonsultation verlangen annähernd drei Viertel der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung in Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung als eine Physiotherapieausbildung oder ein Medizinstudium (71,7% bzw. 73%) weniger als 75 Euro. Von den Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium verlangen nur 32% weniger als 75 Euro. Dafür sind 10% teurer als 100 Euro, was bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit grundlegender Physiotherapieausbildung nur in 1,8% der Fälle vorkommt und in der dritten Gruppe nie.

Zusätzlich ist bei den Folgekonsultationen zu beobachten, dass sich Südösterreich sowohl von Ost- als auch Westösterreich signifikant im Preis für Folgetermine abhebt

(Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3777$, $p= 0,0009$, bzw. $W=1779$, $p= 0,001$). Während in Ost- und Westösterreich jeweils 62% der Osteopathinnen und Osteopathen unter 75 Euro für den Folgetermin verlangen sind es in Südösterreich 88%. Mehr als 100 Euro werden hier von keinem Osteopathen/keiner Osteopathin verlangt, während in den beiden anderen Regionen jeweils 3% mehr als 100 Euro für den Folgetermin verrechnen.

Die Behandlungspreise werden von jedem zweiten Osteopathen/jeder zweiten Osteopathin nach sozialen Gesichtspunkten gestaffelt, wobei weder das Geschlecht noch die Tätigkeitsdauer oder die Basisausbildung einen signifikanten Einfluss haben. Neben finanziellen Kriterien für die soziale Staffelung („soziale Situation“, „finanzielle Situation“, „Einkommen“, etc...) wird ein Preisnachlass auch bestimmten Bevölkerungsgruppen (v.a. Pensionisten und Kindern) gewährt, wobei in vielen Fällen zusätzliche Kriterien angeführt wurden (Mindestpension, Kinderanzahl oder mehrere Patienten aus einer Familie). Die Homogenität in der Gewährung von Preisreduktionen ist ein Indiz für die Richtigkeit der Einschätzung von Och, dass Osteopathinnen und Osteopathen über die Norm hinausgehend sozial orientiert sind (Och 2011: 69).

Jeweils etwa die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen gibt an, typischerweise bis zu fünf oder mehr als fünf Konsultationen pro Jahr und Patient zu veranschlagen, wobei Osteopathinnen signifikant häufiger mehr als fünf Konsultationen als Männer angeben (54% vs. 41%; Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7292$, $p= 0,048$) und Osteopathen/Osteopathinnen mit längerer Berufserfahrung eher weniger Termine pro Patient und Jahr vergeben. So behandeln 64% der bis zu drei Jahre tätigen und 37% der über 10 Jahre tätigen Osteopathen/Osteopathinnen einen Patienten/eine Patientin typischerweise häufiger als fünfmal pro Jahr (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=3020,5$, $p= 0,002$).

Auch zusätzliche professionelle Aktivitäten und die Basisausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen sind für die typische Anzahl an Behandlungen pro Patient und Jahr bestimmend. 62% der Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen, behandeln einen Patienten weniger als fünfmal pro Jahr und nur 38% öfter, während signifikant mehr ausschließlich osteopathisch Tätige (58,5%) angaben, einen Patienten/eine Patientin

typischerweise öfter als fünfmal pro Jahr zu behandeln (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=7359$, $p=0,00062$).

Zwischen den Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Physiotherapieausbildung und jenen mit einem Medizinstudium bestehen ebenfalls signifikante Unterschiede (Wilcoxon-Rangsummentest: $W = 1824,5$, $p < 0,00001$). Die Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung gaben mehr als fünf Konsultationen pro Patient und Jahr am häufigsten an (58,5%), während nur 3% jener Osteopathinnen und Osteopathen mit einem grundlegenden Medizinstudium und 2 von 11 der Osteopathen mit einer anderen Basisausbildung als den genannten (18%), mehr als fünf Konsultationen pro Jahr als typische Anzahl angaben. Die Differenzwerte auf 100% geben jeweils den Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die als typische Anzahl 1-5 Konsultationen ansehen.

Der Mittelwert der durchschnittlichen Wartezeit auf Behandlungstermine beträgt $M= 22,9$; $SD= 32,9$ Tage, der Median 14,0 Tage.

Berücksichtigt man nur die kürzeste Wartezeit, die von den Osteopathinnen und Osteopathen, die ein Intervall für diese Frage angegeben haben und die Originalwerte von jenen, die mit nur einem Wert geantwortet haben, beträgt der Mittelwert der kürzeste Wartezeit auf einen Behandlungstermin beträgt $M= 19,6$; $SD= 31,8$ Tage, der Median 14,0 Tage.

Umgekehrt, also bei Berücksichtigung des höheren Werts aus den Zeitintervallen, die von den Osteopathinnen und Osteopathen angegeben wurden, beträgt die mittlere längste Wartezeit auf einen Behandlungstermin $M= 26,3$; $SD= 38,6$ Tage, der Median 14,0 Tage.

Das heißt, dass der Patient/die Patientin nur bei etwa der Hälfte aller Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Wartezeit unter zwei Wochen rechnen kann. Aufgrund der häufig längeren Wartezeiten beträgt die durchschnittliche Wartezeit drei Wochen und ist bei männlichen Osteopathen deutlich länger als bei weiblichen. So beträgt die mittlere durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungstermin bei männlichen Osteopathen $M= 31,2$; $SD= 49,3$ Tage, der Median 19,5 Tage. Bei den Osteopathinnen ist ein Mittelwert von $M= 19,2$; $SD= 21,4$ Tage zu beobachten (Median: 14,0) (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=8077$, $p= 0,059$).

Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungstermin ist ebenfalls regional unterschiedlich. Zwischen Ost- und sowohl Süd- als auch Westösterreich bestehen

signifikante Unterschiede in der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Behandlungstermin (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=1914,5$, $p= 0,0008$ bzw. $W=4092,5$, $p= 0,013$). Während ein Patient/eine Patientin in Ostösterreich durchschnittlich $M=15,4$; $SD=17,2$ Tage wartet, sind es in Südösterreich $M= 24,1$; $SD=18,9$ Tage und in Westösterreich $M=31,9$; $SD=49,0$ Tage. Auch hier ist erkennbar, dass Ostösterreich besser mit Osteopathen/Osteopathinnen versorgt ist, als die beiden anderen NUTS1-Regionen.

Unabhängig von den unterschiedlichen Einflussgrößen ist die Dauer der Wartezeit auf einen Termin bei einem in Österreich tätigen Osteopathen somit weitaus länger als in Belgien. In KCE (2010) geben 57% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen an, einen Termin am selben oder nächsten Tag zu vergeben (KCE 2010: 6). Österreichspezifische Daten zur Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Termin beim Osteopathen gibt es bislang nicht.

Während 2003 37% der Osteopathen/Osteopathinnen nach Beendigung eines Behandlungsblocks einen Kontrolltermin vereinbarten, der im Durchschnitt 1,3 Monate später stattfand (Krönke 2006: 31), sind es in der aktuellen Studie nur 18% der Osteopathinnen und Osteopathen.

Ebenso machen nur etwa drei von zehn Osteopathinnen/Osteopathen mehrere Termine verbindlich im Vorhinein aus, wobei dieser Wert in allen untersuchten Untergruppen ähnlich ist.

Beides weist darauf hin, dass weniger als die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen ein Selbstverständnis als Präventivtherapeut aufweisen, bzw. dass der Großteil die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Symptome selbst entscheiden lässt, wann ein erneuter Therapietermin ratsam ist. Laut Tamkin sind bei Patienten und Patientinnen, die eigenständig darüber entscheiden können, bessere Erfolge zu beobachten, als bei therapeutenbestimmten Erhaltungsbehandlungen (Tamkin 2011: 33). Diese Vorgehensweise entspricht auch besser Stills „Find it, fix it and leave it alone.“ (Murillo Kochen, 2008).

6.5. Arbeitsweise

6.5.1. Diagnose, Empfehlungen für Patienten/Patientinnen, Verwendung anderer Techniken und Spezialisierung

Etwas mehr als drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen (77,4%) erstellen eine osteopathische Diagnose bei jeder einzelnen Sitzung und 22,6% nicht. Dabei unterscheiden sich ÖGO-Mitglieder, die signifikant häufiger regelmäßig eine osteopathische Diagnose erstellen, von Nichtmitgliedern (83% vs. 72%, χ^2 -Test: $\chi^2=3,89$, $df=1$, $p= 0,05$).

Empfehlungen werden in Übereinstimmung mit Krönke (2006) von beinahe allen (98,9%) Osteopathinnen und Osteopathen (d.h. auch in allen untersuchten Untergruppierungen) ausgesprochen, wobei diese sowohl allgemeine Verhaltensratschläge (99,6% der Empfehlungen) als auch aktive Bewegungsübungen (87,8%) betreffen. An allgemeinen Verhaltensratschlägen stehen Ernährungsratschläge (21,1% der Empfehlungen), andere Therapieformen oder Therapeuten/Therapeutinnen (14,4%) und Atemübungen (2,2%) an oberster Stelle. Empfehlungen für andere Therapieformen/Therapeuten werden vorwiegend für PsychotherapeutInnen/PsychologInnen (6,3% der Empfehlungen), ÄrztInnen (3,7%), Homöopathie (3,0%) und TCM (2,2%) ausgesprochen.

Auch das stimmt mit den Ergebnissen der Patienten-/Patientinnenbefragung von Wagner-Scheidel überein, wonach Empfehlungen anderer Therapieformen bei 13% der Patienten/Patientinnen ausgesprochen werden, wobei diese vorwiegend Massagen (11% der PatientInnen), Homöopathie (6%) und Physiotherapie (5%) betreffen (Wagner-Scheidel 2006: 51).

Andere therapeutische und diagnostische Methoden, für die die Osteopathinnen und Osteopathen eine zusätzliche Ausbildung haben, werden von etwas mehr als der Hälfte (54,6%) der Respondentinnen und Respondenten verwendet, wobei Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung signifikant häufiger auf diese Methoden zurückgreifen (71%), als jene mit einer Physiotherapieausbildung (42,2%; χ^2 -Test: $\chi^2=9,2541$, $df=1$, $p= 0,002$). Generell verwenden Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen, signifikant häufiger andere diagnostische und therapeutische Methoden als ihre Kollegen/Kolleginnen, die ausschließlich osteopathisch tätig sind (χ^2 -Test: $\chi^2=17,0526$, $df=1$, $p= 0,00004$). Während 34,6% der

letzterenangaben, andere Methoden anzuwenden, sind es von den zusätzlich anderweitig professionell Tätigen 61%.

Die am häufigsten zusätzlich angeführten Methoden (mehr als 4% der Nennungen) sind Physiotherapie (14,8% der Nennungen), medizinische Diagnostik (5,9%), Kinesiologie (5,3%), APM (4,7%), Biodynamik und Spiraldynamik (jeweils 4,1%).

Diese Werte sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die Fragestellung nicht hinsichtlich der Ausbildungsdauer, -qualität und -intensität differenziert. Demnach ist es möglich, dass manche Osteopathinnen und Osteopathen Zusatzausbildungen nicht angaben, da sie sie für nicht relevant hielten, während andere bereits Kurz- und Kürzestkurse anführten. Bei einer Folgebefragung wäre demnach eine Einschränkung der Antwortmöglichkeiten sinnvoll.

Laut Krönke wird ebenfalls hauptsächlich Physiotherapie als zusätzliche nicht osteopathische Therapieform angeführt, wobei sich die von ihr genannte Anzahl von 60% der Osteopathen/Osteopathinnen, die diese verwenden, durch unterschiedliche Befragungsmodalitäten von der aktuellen Zahl, die aus den Antworten in einem offenen Textfeld (d.h. ohne Vorschlag dieser Option) ermittelt wurde, unterscheidet.

Spezialisierungen auf bestimmte Patienten-/Patientinnengruppen werden von etwa einem Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen angegeben, wobei aufgrund der Fragestellung nicht klar zwischen einer geplanten Spezialisierung des Osteopathen/der Osteopathin und Patientengruppen, die beispielsweise aufgrund von Mundpropaganda oder zufällig bevorzugt den Therapeuten/die Therapeutin aufsuchen, unterschieden werden kann.

Annähernd drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen gaben an, mit keiner Patientengruppe bevorzugt in ihrer Praxis zu arbeiten (72,6%), wobei signifikant mehr Osteopathinnen solche bevorzugte Patientengruppen angaben, als ihre männlichen Kollegen (32,3% vs. 16%; χ^2 -Test: $\chi^2=6,5933$, $df=1$, $p=0,01$).

Die größten Patientengruppen, die aus den Antworten von jenen 27,4% der Osteopathen/Osteopathinnen hervorgehen, die solche Patientengruppen angaben, umfassen Kinder (45%), Schwangere (11%), Babys und Sportler (jeweils 10%).

Hinzuzufügen ist, dass eine gröbere Kategorisierung (z.B. Zusammenfassung der Kategorien Kinder, Kleinkinder, Babys, Säuglinge und Frühgeborene, Drogenentzugsbabys, Schulkinder mit Lernschwäche in eine Überkategorie „Kinder“)

möglich wäre, jedoch unter dem Gesichtspunkt, die Vielseitigkeit der Antworten darzustellen, nicht durchgeführt wurde.

Für eine Folgebefragung wäre eine Vorkategorisierung der Antworten zusätzlich zur hier angewandten offenen Fragestellung empfehlenswert, um eine klarere Häufigkeitsverteilung bestimmen zu können. Dabei könnte auch eine Aufschlüsselung in symptombezogene, altersbezogene, sowie Bevölkerungsgruppen betreffende Unterfragen erfolgen.

6.5.2. Angewandte Techniken

Die Frage der Häufigkeit der Verwendung ausgewählter osteopathischer Techniken ist wegen der unterschiedlichen Befragungsmodalitäten in Krönke (2006) und KCE (2010) nur teilweise vergleichbar. Während Krönke sowohl einzelne relativ spezifische Techniken (z.B. „Jones-Technik“, „Recoil an Organen“) als auch übergeordnete Techniken („Recoil“) anführte und mit einer Skala von vier Möglichkeiten beantworten ließ (nie/selten/gelegentlich/regelmäßig), wurde in KCE (2010), eine Skala mit fünf Kategorien verwendet. Die Formulierung dieser Frage und die Auswahl der Techniken war Gegenstand intensiver Diskussionen mit Patrick van Dun, der die willkürliche Auswahl einzelner Techniken in Krönke (2006) und KCE (2010) bemängelte und (auf Kosten der Vergleichbarkeit) eine andere Fragestellung, bei der mehrere verwandte Techniken thematisch zusammengefasst werden, für den Fragebogen vorsah.

In KCE wird lediglich beschrieben, dass 63% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen HVLA-Techniken und mehr als 77% sanfte Techniken (vorwiegend viszerale und craniosacrale Techniken) häufig bzw. sehr häufig benutzen, Triggerpunkttechniken werden von 33% in diesem Ausmaß angewandt (KCE 2010: 9).

Während Triggerpunkttechniken nicht Teil der Fragestellung waren, zeigen die Ergebnisse, dass HVLA-Techniken in Österreich aktuell von ca. 50% der Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig angewandt werden. Im Jahr 2003 wurden diese Techniken noch von 78% der Osteopathinnen und Osteopathen regelmäßig verwendet (78%; Krönke 2006: 30).

Viscerale Manipulationen werden aktuell von 61% der Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig angewandt, neurocraniale und viscerocraniale Techniken von 78%. Laut Krönke (2006) wurden 2003 indirekte craniosacrale Techniken von 91% der

Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig angewandt, Listening von 96% und viscerale Mobilisation von 93%. Weniger häufig erfolgte die Anwendung von direkten craniosacralen Techniken, die von 86% der Osteopathinnen und Osteopathen zumindest gelegentlich oder regelmäßig angewandt wurden (Krönke 2006: 30). Das heißt, dass die Häufigkeit der Anwendung dieser Techniken offensichtlich zurückgegangen ist.

Hingegen ist die Häufigkeit der Anwendung von GOT seit 2003 gestiegen. Gaben 2003 67% der Osteopathen/Osteopathinnen an, diese regelmäßig oder zumindest gelegentlich zu nutzen (Krönke 2006: 30), sind es aktuell 80,8%.

Zusammenfassend geht aus den aktuellen Daten geht hervor, dass funktionelle, neuro- und viscerocraniale und fasziale Techniken, Weichteiltechniken sowie viscerale Manipulationen von jeweils zumindest 90% der Osteopathinnen und Osteopathen *gelegentlich* oder *regelmäßig* angewandt werden, wobei neuro- und viscerocraniale Techniken am häufigsten (78%) *regelmäßig* Verwendung finden, viscerale Manipulationen am seltensten (60,9%).

GOT- und TBA-Techniken sowie MET-Techniken werden von zumindest drei Viertel der Osteopathinnen und Osteopathen *gelegentlich* oder *regelmäßig* angewandt, wobei sie von 48-49% der Osteopathinnen/Osteopathen sogar *regelmäßig* verwendet werden.

Mehr als die Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen wendet weiters HVLA-Techniken, Flüssigkeitstechniken sowie neuroviscerale und neurolymphatische Techniken *gelegentlich* oder *regelmäßig* an, wobei letztere nur von 24,8% der Osteopathen/Osteopathinnen *regelmäßig* verwendet werden und die anderen beiden Techniken von 49,6% (HVLA) bzw. 46,0% (Flüssigkeitstechniken). Während neuroviscerale und neurolymphatische Techniken von 15,9% der Osteopathinnen und Osteopathen *nie* angewandt werden, verwenden 5,6% *nie* HVLA-Techniken und 7,2% *nie* Flüssigkeitstechniken.

Am seltensten finden Perkussions Techniken, Toggle Techniken und PINS-Techniken Verwendung. Toggle- und PINS-Techniken werden von jeweils rund 44% der Osteopathen *nie* angewandt. *Regelmäßig* finden sie nur bei 6,9% (Toggle) bzw. 11,5% (PINS) der Therapeuten/Therapeutinnen Verwendung. Perkussionstechniken werden zwar auch nur selten *regelmäßig* verwendet (7,0%), jedoch ist die Ablehnung nicht so stark ausgeprägt, wie bei den anderen beiden Techniken (keine Anwendung durch 21,1% der Osteopathen/Osteopathinnen).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit der Anwendung der oben angeführten Techniken gibt es bei HVLA-Techniken (Wilcoxon-Rangsummentest: $W=9548$, $p= 0,0008$), die von 65% der männlichen Osteopathen regelmäßig verwendet werden, jedoch nur von 42,4% der Frauen, die auch vergleichsweise häufiger diese Technik nie anwenden (6,5% vs. 4%). Die HVLA-Techniken stellen jedoch die einzige Technik dar, die von Osteopathinnen signifikant seltener angewandt wird als von männlichen Osteopathen.

Umgekehrt werden GOT- und TBA-Techniken häufiger von Osteopathinnen regelmäßig angewandt, als von ihren männlichen Kollegen (53% vs. 39%). Männliche Osteopathen wenden diese Techniken auch häufiger diese Technik *nie* (6% vs. 3,8%) oder selten an (23% vs. 10,9%). Dasselbe Bild zeigt sich bei der Anwendung von Flüssigkeitstechniken, die ebenfalls von etwas mehr als der Hälfte der Osteopathinnen regelmäßig angewandt werden (50,8%), während es von den männlichen Kollegen nur 35% sind. Auch in den Kategorien ‚nie‘ und ‚selten‘ gibt es zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen deutliche Unterschiede. Die Antwort ‚nie‘ wurde von 13% und die Antwort ‚selten‘ von 24% der männlichen Osteopathen gegeben, während sie von den Osteopathinnen nur Anteile von 4,4% bzw. 19,1% ausmachen.

Auch neurocraniale und viscerocraniale Techniken wenden Osteopathinnen häufiger an, als ihre männlichen Kollegen. Die Osteopathinnen geben häufiger an, diese regelmäßig zu verwenden (83,1%) als die männlichen Osteopathen (67%).

Die Dauer der osteopathischen Tätigkeit wirkt sich signifikant auf die Häufigkeit der Anwendung funktioneller Techniken und von Weichteiltechniken aus.

Sind es bei jenen Osteopathen/Osteopathinnen mit weniger als drei Jahren Praxis noch 86%, die funktionelle Techniken regelmäßig anwenden, verringert sich der Anteil der regelmäßigen Anwender schrittweise auf 79% (Kategorie ‚4-6 Jahre‘), 73% (Kategorie ‚7-10 Jahre‘) und letztlich in der Kategorie ‚>10 Jahre‘ auf 55%.

Bei der Anwendung von Weichteiltechniken unterscheiden sich die Osteopathinnen und Osteopathen mit weniger als drei Jahren Berufspraxis signifikant von den Kollegen/Kolleginnen mit längerer Tätigkeitsdauer (Wilcoxon-Rangsummentests: vs. 4-6 Jahre: Wilcoxon-Rangsummentest: $W=2815,5$, $p= 0,034$, vs. 7-10 Jahre:

W=2461,5, p= 0,011, vs. >10 Jahre: W=2705,5, p= 0,0008), wobei auch die Häufigkeit der regelmäßigen Anwendung von Weichteiltechniken mit zunehmenden osteopathischen Tätigkeitsjahren stetig abnimmt. Während 88% der Osteopathinnen und Osteopathen mit bis zu drei Jahren Berufserfahrung diese Techniken regelmäßig nutzen, sind es von den über 10 Jahre osteopathisch Tätigen nur mehr 63%.

Bei HVLA-Techniken ist zusätzlich ein Einfluss der Ausbildungsstätte auf die Häufigkeit der Anwendung sichtbar. Absolventen/Absolventinnen der WSO wenden HVLA-Techniken signifikant häufiger an als jene anderer Ausbildungsstätten (Wilcoxon-Rangsummentest: W=5194, p= 0,0003). Während 54,1% der WSO-AbgängerInnen diese Techniken regelmäßig anwenden, sind es nur 24% der Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen. Umgekehrt wenden 42% von dieser Gruppe HVLA-Techniken nur selten an und 9% nie, während nur 18,2% der WSO-AbgängerInnen einen seltenen Gebrauch angeben und 4,3% diese Techniken nie nutzen.

Die Häufigkeit der Anwendung unterschiedlicher Methoden wird jedoch am meisten von der Basisausbildung beeinflusst, die Auswirkungen auf die Anwendung von Muskelenergietechniken und Techniken unter Verwendung neuromuskulärer Reflexe, faszialen Techniken, Weichteiltechniken, Flüssigkeitstechniken, viszeralen Mobilisationen und neurocranialen und viscerocranialen Techniken hat.

Allen diesen Techniken ist gemeinsam, dass sie von Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium häufiger selten oder nie genutzt werden, als von jenen mit einer Physiotherapieausbildung, die sie dafür häufiger regelmäßig oder zumindest gelegentlich nutzen. Muskelenergietechniken werden beispielsweise von 12% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium nie genutzt, während sie nur von 2,8% jener mit einer Physiotherapieausbildung nie angewandt werden.

Bei Flüssigkeitstechniken beträgt der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung, die diese nie anwenden 16%, bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung hingegen nur 5,9%, während der überwiegende Teil (49,8%) sie regelmäßig verwendet.

Viscerale Manipulationen werden regelmäßig von 64,2% der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung und nur 35% jener mit einem Medizinstudium angewandt.

Während 79,3% der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Basisausbildung als Physiotherapeut/Physiotherapeutin neuro- und viscerocraniale Techniken regelmäßig nutzen, sind es von jenen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung 65%. Umgekehrt nutzen 6% der letzteren diese Techniken nie und weitere 18% nur selten, während 1,3% der Osteopathen mit einer Basisausbildung als PhysiotherapeutIn diese Techniken nie und nur weitere 2,2% selten nutzen.

Das stimmt damit überein, dass die Hälfte der Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium den Anteil der osteopathischen Tätigkeit an ihrer Gesamttätigkeit mit 55% angibt, während der Median bei den Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung bei 90% liegt.

6.5.3. Dokumentation

Die Anamnese wird von annähernd allen Osteopathinnen und Osteopathen (99,3%) dokumentiert, der Therapieverlauf von 93,1%, die Behandlungsmaßnahmen von 87,6% und die Ergebnisse der Untersuchung von 84,7%. Mehr als drei Viertel der Osteopathinnen und Osteopathen gaben weiters an, die Ergebnisse der Inspektion (78,9%) und der Bewegungstests (76,4%) zu dokumentieren. Während noch 72,0% der Osteopathinnen und Osteopathen die Ergebnisse der Palpation aufzeichnen, sind es nur 44,7%, die einen Therapieplan dokumentieren.

Zusätzlich dokumentiert werden hauptsächlich Ergebnisse der Evaluation/Rückmeldungen, Empfehlungen, Befunde, Behandlungsreaktionen und Kontraindikationen bzw. die Ablehnung bestimmter Techniken.

Behandlungsmaßnahmen werden von signifikant mehr WSO-Absolventen/Absolventinnen festgehalten (89,8%) als von Absolventinnen und Absolventen anderer Osteopathieschulen (74%, Exakter Test nach Fisher: $p=0,02$). Hingegen werden Ergebnisse der Palpation von 69,1% der WSO-AbgängerInnen, jedoch von 91% der Absolventen/Absolventinnen anderer Schulen dokumentiert (Exakter Test nach Fisher: $p=0,02$).

Ausschließlich osteopathisch Tätige unterscheiden sich in der Dokumentation der Ergebnisse von Bewegungstests deutlich, jedoch nicht signifikant, von Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen (χ^2 -Test: $\chi^2=3,4144$, $df=1$, $p= 0,06$). So dokumentieren 93% der zusätzlich abseits der Osteopathie professionell Aktiven diese Ergebnisse, während

nur 71,9% der ausschließlich osteopathisch Tätigen die Ergebnisse von Bewegungstests aufzeichnen. Auch bei der Dokumentation des Therapieplans gibt es signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen (χ^2 -Test: $\chi^2=6,6381$, $df=1$, $p=0,010$). Dieser wird von 54% der zusätzlich anderweitig professionell Aktiven aufgezeichnet, jedoch nur von 37,5% der ausschließlich osteopathisch Tätigen.

Letztlich gibt es noch einen signifikanten Unterschied in der Dokumentation von Behandlungsmaßnahmen, die von 91,2% der im Team und von 81% der in einer Einzelpraxis arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen dokumentiert werden (χ^2 -Test: $\chi^2=5,3195$, $df=1$, $p=0,02$).

Ein signifikanter Einfluss einer ÖGO-Mitgliedschaft, die theoretisch die Annahme der im „Osteopathischen Standard“ (ÖGO 2005) definierten Qualitätsmaßnahmen voraussetzt, ist lediglich bei der Dokumentation der Palpation zu erkennen ($\chi^2=5,5509$, $df=1$, $p=0,018$). Während 79,1% der ÖGO-Mitglieder die Ergebnisse der Palpation dokumentieren, sind es lediglich 65,7% der Nichtmitglieder. Nachdem, relativ betrachtet, mehr Absolventen/Absolventinnen anderer Ausbildungsstätten ÖGO-Mitglieder sind als von den WSO-Absolventen/Absolventinnen, ist zumindest ein Teil dieses Unterschieds erklärbar.

6.6. Patienten-/Patientinnenrekrutierung

6.6.1. Empfehlungen durch andere Berufsgruppen und Patienten/Patientinnen

69,2% der Osteopathen/Osteopathinnen geben an, dass überdurchschnittlich häufig bis sehr häufig Patienten/Patientinnen über Empfehlung von Ärzten/Ärztinnen zur Therapie kommen. Hingegen geben nur 50,3%, bzw. 50,9% der Osteopathen/Osteopathinnen an, überdurchschnittlich häufig bis sehr häufig Patienten/Patientinnen durch eine Empfehlung von Therapeuten/Therapeutinnen bzw. Kolleginnen oder Kollegen zu bekommen. Am weitaus häufigsten werden jedoch überdurchschnittlich häufige Empfehlung von Patienten/Patientinnen (97,8%) angeführt.

Etwas mehr als drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen geben an, dass Empfehlungen von Patienten/Patientinnen sehr häufig vorkommen (Kategorie 5), sehr häufige Empfehlungen von Ärzten/Ärztinnen werden von 22% der Osteopathinnen und Osteopathen genannt.

Das deckt sich in der Reihung der Häufigkeit von Empfehlungen durch die unterschiedlichen Gruppen weitgehend mit Wagner-Scheidel, die durch PatientInnenbefragungen zum Ergebnis kommt, dass Empfehlungen vorwiegend durch Freunde/Bekannte und Verwandte, seltener durch medizinische Spezialisten und kaum durch Allgemeinmediziner erfolgen (Wagner-Scheidel 2006: 25-27). Laut Wagner-Scheidel werden 15% der Patienten/Patientinnen von medizinischen Spezialisten, vorwiegend Orthopäden, angeregt einen Osteopathen/eine Osteopathin aufzusuchen. Während Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerinnen vergleichsweise selten diesbezüglich Empfehlungen aussprechen, suchen weitere 7% der Patientinnen und Patienten aufgrund einer Empfehlung von Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen einen Osteopathen/eine Osteopathin auf (Wagner-Scheidel 2006: 50).

Nur 16% der Osteopathen/Osteopathinnen geben an, überdurchschnittlich häufig bis sehr häufig nicht zu wissen, auf welche Empfehlung hinauf Patientinnen/Patienten zu ihnen kommen, wobei die Kategorie ‚sehr häufig‘ von lediglich 5% der Osteopathinnen und Osteopathen verwendet wurde.

Dabei sind regionale Unterschiede in dieser Kenntnis erkennbar. In Ostösterreich gaben nur 26% der Osteopathen/Osteopathinnen an, „nie keine Ahnung zu haben“, über welche Empfehlungen die Patienten zu ihnen kommen, während in West- und Südösterreich jeweils 56% mit der Antwortkategorie „nie“ antworteten.

Ebenso sind in Ostösterreich signifikant seltener Empfehlungen von Patienten/Patientinnen Anlass für das Aufsuchen eines Osteopathen/einer Osteopathin. Sehr häufige Empfehlungen durch Patienten/Patientinnen werden von 82% bzw. 83% der süd- und westösterreichischen Osteopathen angeführt, jedoch nur von 69% der ostösterreichischen. Die Kategorien 1 und 2, die seltene Empfehlungen kennzeichnen, werden ausschließlich von ostösterreichischen Osteopathen/Osteopathinnen verwendet (insgesamt 4%). Die Kategorie „0 (nie)“ wurde hingegen von keinem einzigen der Osteopathinnen und Osteopathen angeführt

Die Häufigkeit von Empfehlungen durch Kollegen wird von in einer Einzelpraxis tätigen Osteopathen/Osteopathinnen als signifikant geringer eingeschätzt, als von ihren in Gemeinschaftspraxen arbeitenden Kolleginnen und Kollegen. Als sehr häufig werden diese Empfehlungen von rund 14% der im Team tätigen und von nur 5% der

alleine arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen eingeschätzt. Auch die anderen Antwortkategorien, die eher häufige Empfehlungen charakterisieren (2-4), wurden von mehr im Team tätigen Osteopathen/Osteopathinnen verwendet.

6.6.2. Werbemaßnahmen

Die Präsenz in Verbandslisten (WSO, ÖGO, usw.) wird von 74,5% der Osteopathinnen und Osteopathen als Maßnahme für die Patientenrekrutierung angeführt, 74,1% arbeiten mit Visitenkarten und 66,9% sind nach außen über ein Türschild präsent. Annähernd die Hälfte der Osteopathen/Osteopathinnen (48,6%) verfügen über eine Homepage und 43,9% arbeiten mit umliegenden Ärzten/Ärztinnen zusammen. Folder werden von 39,9% aufgelegt. Inserate und Fachpublikationen nehmen in der Patienten-/Patientinnenrekrutierung nur eine untergeordnete Stellung ein (4,7% bzw. 3,6%).

Der im Vergleich zu Lammer (2008) geringe Prozentsatz an Osteopathinnen und Osteopathen, die eine Zusammenarbeit mit umliegenden Ärzten angeben (laut Lammer kooperieren nur 16% der Osteopathinnen und Osteopathen nicht mit Ärzten) kann damit erklärt werden, dass sich Lammers Fragebogen allgemein auf die Kooperation mit Ärzten konzentrierte, während bei der aktuellen Befragung eine aktive Kontaktaufnahme für die Patientenrekrutierung hinterfragt wurde.

Aus den zusätzlich zu dieser Frage gegebenen Textantworten ist ersichtlich, dass zumindest 7,9% der Osteopathinnen und Osteopathen Mundpropaganda als wesentliche Quelle für Patientenbesuche ansehen, 2,5% das Telefonbuch, 1,8% Vorträge, 1,4% öffentliches Engagement und 1,1% mediale Präsenz. 2,5% gaben an, keine Aktivitäten zur Patientenrekrutierung zu setzen. Nachdem diese Werte aus freiwilligen Eintragungen stammen, ist lediglich die Reihung der Nennungen von Interesse. Übereinstimmend damit führt Wagner-Scheidel an, dass 77% der Patienten/Patientinnen ihren behandelnden Osteopathen/Osteopathin aufgrund von ausdrücklichen persönlichen Empfehlungen auswählen und somit nur ein vergleichsweise geringer Prozentsatz aufgrund eigener Recherchen (Wagner-Scheidel 2006: 50).

Die Werbemaßnahmen werden sehr unterschiedlich genutzt, wobei insbesondere das Arbeitsverhältnis (im Sinne von freiberuflicher oder angestellter Tätigkeit, aber

auch im Sinne einer Tätigkeit in einer Gruppenpraxis oder einer Einzelpraxis) einen Einfluss zeigt.

In einer Gemeinschaftspraxis arbeitende Osteopathen/Osteopathinnen verfügen signifikant häufiger über eine Homepage, Folder, ein Türschild und Visitenkarten, kooperieren häufiger mit umliegenden Ärzten und nutzen ebenfalls häufiger Eintragungen in Listen, als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind.

Rein freiberuflich tätige Osteopathen/Osteopathinnen verfügen signifikant häufiger über eine Homepage als zusätzlich angestellte Kolleginnen und Kollegen. Visitenkarten werden ebenfalls vorwiegend von freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen (77,2%) genutzt, während nur 22% der Angestellten darüber verfügen. Über Türschilder und Eintragungen in Listen verfügen rein angestellte Tätige seltener als ihre (zusätzlich) freiberuflich tätigen Kollegen/Kolleginnen. Hingegen nutzen ausschließlich freiberuflich tätige Osteopathinnen und Osteopathen andere Werbemaßnahmen signifikant seltener als sowohl ihre rein angestellten als auch ihre zusätzlich angestellten Kollegen/Kolleginnen (Exakter Test nach Fisher: $p=0,006$, bzw. $p=0,03$).

Neben diesen Einflüssen des Arbeitsverhältnisses gibt es noch signifikante Unterschiede zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen, wobei 48,7% der Osteopathen/Osteopathinnen mit Physiotherapieausbildung mit umliegenden Ärzten/Ärztinnen kooperieren, jedoch nur 17% der Osteopathen mit Medizinstudium (χ^2 -Test: $\chi^2=10,9793$, $df=1$, $p=0,0009$). Das deckt sich mit den Ergebnissen aus Lammer (2008), wonach Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Grundausbildung als Physiotherapeut/In häufiger mit Allgemeinmedizinern kooperieren, als Osteopathen/Osteopathinnen mit einem Medizinstudium (Lammer 2008: 27-28).

Die Eintragung in Listen wird von ÖGO-Mitgliedern signifikant häufiger genannt, als von Nicht-Mitgliedern. Während 85% der ÖGO-Mitgliederangaben, die Eintragung in Listen als Werbemittel zu sehen, sind es nur 64% der Nichtmitglieder, die zwar auf der ÖGO-Liste nicht aufscheinen, jedoch zumeist auf der Liste ihrer osteopathischen Ausbildungsstätte.

Die Häufigkeit der Schaltung von Inseraten ist hingegen in allen untersuchten Untergruppen ähnlich.

Interessant ist letztlich noch, dass insgesamt nur zehn Osteopathen/Osteopathinnenangaben, Fachpublikationen zu nutzen um auf sich aufmerksam zu machen, wobei

diese von vier Frauen (2,1% der weiblichen Osteopathen) und sechs Männern (7% der männlichen Osteopathen) verfasst wurden.

6.7. Patientencharakteristika

6.7.1. Bevorzugte Patientengruppen

Etwa zwei Drittel der Osteopathen/Osteopathinnen gaben an, dass das Geschlechtsverhältnis ihrer Patienten/Patientinnen ausgewogen ist (65,9%), die restlichen 34,1% der Osteopathen/Osteopathinnen arbeiten vorwiegend mit einer weiblichen Klientel. Vorwiegend mit Männern zu arbeiten, gab kein einziger Osteopath/keine Osteopathin an.

Auch in Hinsicht auf die Behandlung von vorwiegend weiblichen Patienten unterscheiden sich die weiblichen Osteopathen signifikant von den männlichen. Während 24% der männlichen Osteopathen vorwiegend Frauen behandeln, sind es 38,4% der Osteopathinnen. Das heißt, dass in Übereinstimmung mit bisheriger Literatur weiterhin Frauen in der Patienten Klientel von Osteopathen/Osteopathinnen überwiegen (Sumesgutner 2007, Wagner-Scheidel 2006, Marstett, 2003, Häußermann, 1997).

Laut KCE gibt es in Belgien keinen signifikanten Unterschied im vorrangig behandelten Geschlecht der Patienten Klientel zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen/Osteopathinnen (KCE 2010: 4), wobei jedoch ein ausgewogenes Geschlechtsverhältnis nicht explizit abgefragt wurde.

Wie bereits oben erwähnt, geben annähernd drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen an, mit keiner Patientengruppe bevorzugt in ihrer Praxis zu arbeiten (72,6%), wobei signifikant mehr Osteopathinnen solche bevorzugte Patientengruppen angaben, als ihre männlichen Kollegen (32,3% vs. 16%).

Die größten Patientengruppen, die aus den Antworten von jenen 27,4% hervorgehen, die solche Patientengruppen angaben, umfassen Kinder (45,2% der Nennungen), Schwangere (10,8%), Babys und Sportler (jeweils 9,7%).

6.7.2. Altersstruktur der Patientinnen und Patienten

In Belgien besteht die Patienten Klientel der Osteopathen/Osteopathinnen hauptsächlich aus Erwachsenen und Babys, während Jugendliche viel seltener behandelt werden. KCE führt die hohe Anzahl an Babys auf die Spezialisierung

mancher Osteopathen/Osteopathinnen auf pädiatrische Osteopathie zurück (KCE 2010: 4), die von manchen Ausbildungsstätten (wie in Österreich am Osteopathischen Zentrum für Kinder) angeboten wird

Hier gibt es insbesondere in der Häufigkeit von Kindern und Babys als Patienten Unterschiede zu den in Österreich erhobenen Daten. Kein einziger Osteopath/keine einzige Osteopathin gab Babys unter 6 Monaten als eine der drei am häufigsten vertretenen Altersgruppen an. Von 15% der Osteopathen/Osteopathinnen wurden zwischen 6 und 36 Monate alte Kinder den drei hauptsächlich auftretenden Altersgruppen zugeordnet, was in etwa mit dem Anteil der ausgebildeten Kinderosteopathen/-osteopathinnen an der Grundgesamtheit der Osteopathen/Osteopathinnen in Österreich von 11,4 % (61 von 537) entspricht (OZK 2013). Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 19 Jahren wurden von weniger als 10% der Osteopathen/Osteopathinnen den drei hauptsächlich auftretenden Altersgruppen zugeordnet.

Etwa 60% der Osteopathinnen und Osteopathen gaben jedoch an, in den letzten sechs Monaten Babys bzw. Kinder bis 9 Jahre behandelt zu haben, Jugendliche (10-19 Jahre) etwas mehr als 70%. Daraus kann ein geringer Spezialisierungsgrad auf pädiatrische Osteopathie abgeleitet werden. Belgische Eltern sind möglicherweise besser über die Möglichkeit der Behandlung von Babys informiert, als österreichische und nutzen dieses Angebot auch häufiger. Möglich ist auch, dass die Versorgung mit Kinderosteopathen/Kinderosteopathinnen den Bedarf nicht deckt, so dass Eltern auf andere (wie in der Folge gezeigt wird, vorwiegend länger tätige Osteopathen/Osteopathinnen) ohne diese Zusatzausbildung ausweichen.

Bei den Erwachsenen werden die Altersgruppen der 30-59-Jährigen von mehr als 50% der Osteopathinnen und Osteopathen als eine der drei am häufigsten vertretenen Altersgruppen eingeschätzt, gefolgt von den 60-69-jährigen PatientInnen (ca. 23%). Jüngere, jedoch bereits erwachsene PatientInnen wurden noch seltener den drei am häufigsten vorkommenden Altersgruppen zugeordnet. So wurden die 20-29 Jahre alten PatientInnen nur von ca. 13% genannt und PatientInnen mit mindestens 70 Jahren jedoch von weniger als 10%. Es ist anzunehmen, dass der Gesundheitszustand der 20-29-Jährigen ein Aufsuchen eines Osteopathen/einer Osteopathin nur selten erfordert, während die geringere Anzahl älterer Patienten

darauf zurückzuführen sein dürfte, dass sie ein konventionelleres Verständnis von Behandlungsmöglichkeiten aufweisen.

Die Osteopathen/Osteopathinnen mit mehr als 10 Tätigkeitsjahren unterscheiden sich signifikant sowohl von jenen mit bis zu drei als auch jenen mit 4-6 Jahren osteopathischer Tätigkeit in der Häufigkeit der Zuordnung der Gruppe von *6 bis 36 Monate alten Patienten* zu den drei häufigsten behandelten Alterskategorien (χ^2 -Test: $\chi^2=8,0184$, $df=1$, $p= 0,005$, bzw. $\chi^2=7,5678$, $df=1$, $p= 0,006$).

Während nur 7,7% der Osteopathen/Osteopathinnen, die bis zu drei Jahre osteopathisch tätig sind, Kinder zwischen 6-36 Monaten als eine der drei häufigsten Patientengruppen bezeichneten und 7,4% von jenen mit 4-6 Jahren Berufserfahrung, sind es bei jenen mit über 10 Jahren osteopathischer Berufserfahrung 27,1%. Möglich ist, dass Osteopathen/Osteopathinnen sich erst nach längerer Praxiserfahrung und/oder mit einer Zusatzausbildung in pädiatrischer Osteopathie, die erst im Anschluss der Grundausbildung erfolgt (d.h. nach mindestens zwei Jahren Osteopathieerfahrung) zutrauen, Kinder dieser Altersgruppe zu behandeln. Möglich ist auch, dass Eltern ihre Kinder vorwiegend erfahreneren Osteopathinnen und Osteopathen anvertrauen, was auch auf vermehrte Empfehlungen durch andere Eltern zurückzuführen sein kann, die bei längerer Tätigkeitsdauer häufiger auftreten.

Signifikante regionale Unterschiede in der Häufigkeit der Behandlung von Babys und Kindern bestehen vorwiegend zwischen West- und Ostösterreich. In Westösterreich behandeln signifikant mehr Osteopathen/Osteopathinnen Babys unter 6 Monaten (79%) als in Ostösterreich (43%), Kinder zwischen 6 und 36 Monaten (72% vs. 45%; $p= 0,00006$) und zwischen 3 und 9 Jahren (72% vs. 54%; $p=0,007$).

Aus den Ergebnissen des Data-Minings ist letztlich ersichtlich, dass die Altersverteilung in der Patientenklientel am deutlichsten vom Arbeitsverhältnis beeinflusst wird, allerdings wurde von einer eingehenderen Untersuchung wegen des ohnedies hohen Umfanges der Studie und der geringen Relevanz abgesehen.

6.7.3. Beschwerdebilder

6.7.3.1. Beschwerden nach Körperregionen

Bis auf Ellbogen und Hand werden alle Körperregionen von mehr als 50% der Osteopathinnen und Osteopathen überdurchschnittlich bis sehr häufig behandelt (Bewertung von 3-5 auf der Skala von 0-5). Überwiegend (das heißt von mehr als 50% der Osteopathinnen und Osteopathen) mit ‚sehr häufig‘ (5) wurden Beschwerden der Wirbelsäule (von 85,6%), der LWS (von 78,1%), des Nackens (von 73,3%) und der Schulter (von 53,5% der Osteopathinnen und Osteopathen) angeführt. Becken und Kopf werden von zumindest 40% der Osteopathinnen und Osteopathen, Hüfte und obere sowie untere Extremitäten von mehr als 20% sehr häufig behandelt, Thorax und Abdomen von 17,5% bzw. 13,3% und Ellbogen und Hand von 4,9 bzw. 2,7%.

Unterschiede in der Häufigkeit von Patienten mit Beschwerden einzelner Körperregionen bestehen zwischen weiblichen und männlichen Osteopathen, wobei letztere häufiger Ellbogenbeschwerden anführten. Diese wurden auch signifikant häufiger von Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium genannt.

6.7.3.2. Krankheitsbilder

An Krankheitsbildern überwiegen das Cervicalsyndrom, Lumbalgie, Ischiasbeschwerden und Kopfschmerzen, die von mehr als 90% der Osteopathinnen und Osteopathen überdurchschnittlich bis sehr häufig behandelt werden (Bewertung von 3-5 auf der Skala von 0-5). Stressbedingte Beschwerden werden von 85% der Osteopathinnen und Osteopathen als überdurchschnittlich häufig auftretend eingeschätzt, während unspezifische Beschwerden, Verdauungsbeschwerden und psychosomatische Beschwerden von etwa 70% überdurchschnittlich häufig behandelt werden. Beschwerden während oder nach Schwangerschaft und Geburt werden von 59,2%, Schreibabys von 44,4% und Torticollis, sowie Reflux von 34% der Osteopathinnen und Osteopathen als überdurchschnittlich häufig auftretend klassifiziert. Seltener suchen Patienten/Patientinnen mit Chronischer Otitis, Fibromyalgie und CFS einen Osteopathen/eine Osteopathin auf. Diese Krankheitsbilder werden nur von 20-26% der Osteopathen/Osteopathinnen als überdurchschnittlich häufig auftretend eingeschätzt.

Mit dieser Einschätzung besteht insofern eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen der KCE, die Lumbalgie und Ischias als Hauptindikationen für das Aufsuchen eines Osteopathen oder einer Osteopathin ansehen (Daten über das Cervikalsyndrom sind aus Versehen nicht zugänglich; KCE 2010: 4). Diese beiden Krankheitsbilder werden auch von 69,6% bzw. 48,9% der österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen als sehr häufig auftretend beschrieben, allerdings ist das Cervikalsyndrom noch vor diesen der häufigste Behandlungsgrund (70,8% der Osteopathen/Osteopathinnen klassifizieren mit „sehr häufig“).

Außer dieser generellen Übereinstimmung in der Reihung, bestehen zwischen Belgien und Österreich jedoch große Unterschiede in der Häufigkeit dieser Indikationen, wobei diese in Österreich deutlich häufiger genannt wurden, als in Belgien. Lumbago wird laut KCE von 54% der belgischen Osteopathen und Osteopathinnen als Motiv für das Aufsuchen eines Osteopathen/einer Osteopathin genannt, Ischiasbeschwerden von nur mehr 12%, stressbedingte Beschwerden von 8% und Kopfschmerzen und Migräne von 5%. Alle anderen Motive werden nur von weniger als 5% der Osteopathinnen und Osteopathen genannt, wobei gastroösophagealer Reflux und Schreibabys von 4% bzw. 3% als Motive für das Aufsuchen eines Osteopathen/einer Osteopathin genannt wurden (KCE 2010: 4). Es ist anzumerken, dass die Häufigkeit der Nennungen durch Ausgemessen aus einer Abbildung (KCE 2010: 4) bestimmt wurden und daher keine exakten Zahlen darstellt.

Auffallend ist, dass, mit steigender Berufserfahrung der Osteopathen/Osteopathinnen auch die Häufigkeit der Behandlung von Patienten/Patientinnen mit Otitis media, Schreibabys und Torticollis ansteigt. Nachdem diese Krankheitsbilder oftmals (bzw. ausschließlich) Babys und Kinder betreffen, besteht Übereinstimmung mit der Tatsache, dass länger tätige Osteopathen/Osteopathinnen signifikant häufiger pädiatrische Patienten/Patientinnen behandeln, als jene mit kürzerer osteopathischer Tätigkeitsdauer.

Unspezifische Beschwerden werden von Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung deutlich seltener genannt, als von jenen mit einer grundlegenden Physiotherapieausbildung. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass die konventionelle Medizin bei unspezifischen Beschwerden oftmals nicht zu einem Heilungserfolg führt, weshalb die Patientinnen/Patienten einen

Alternativmediziner (Osteopathen) aufsuchen und dabei Ärzte aufgrund von unbefriedigenden schlechten Erfahrungen generell meiden, oder dass die Mediziner (gerechtfertigt oder auch nicht) eher kategorisieren als die Physiotherapeuten.

Regionale Unterschiede in der Häufigkeit der Behandlung bestimmter Körperregionen und eine Abhängigkeit von der unterschiedlichen Tätigkeitsdauer, die aus den Ergebnissen des Data-Minings häufiger abzuleiten sind, wurden nicht weiter verfolgt.

An sonstigen häufig auftretenden Krankheitsbildern, die nicht explizit im Fragebogen angeführt waren, ist vor allem die Häufigkeit der Nennung von Kieferbeschwerden auffällig (14% der zusätzlich genannten Krankheitsbilder), was für weitere Untersuchungen eine Aufnahme in den Fragebogen rechtfertigen würde.

6.8. Interessensvertretung

2011 sind etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Osteopathen/Osteopathinnen Mitglieder der ÖGO (51,8%). Somit sind anteilmäßig deutlich weniger Osteopathen/Osteopathinnen in ihrem Berufsverband organisiert, als noch 2003.

2003 waren 70% der Osteopathinnen Mitglied der ÖGO (Krönke 2006: 36), was in etwa mit dem aktuellen Anteil von Mitgliedern der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bei deren Berufsverband Physio Austria, der knapp 75% beträgt, vergleichbar war (Physio Austria 2012). Laut Feurstein waren 2006 rund 82% der in Vorarlberg oder Tirol tätigen Osteopathinnen und Osteopathen Mitglied der ÖGO, während im benachbarten Bayern und Baden-Württemberg etwa 86% der Osteopathen/Osteopathinnen Mitglied ihres nationalen Berufsverbandes und in der Ostschweiz 91,7 % Verbandsmitglieder waren (Feurstein 2006: 69-70).

Diese höheren Mitgliederzahlen in Vorarlberg und Tirol werden auch bei der aktuellen Erhebung 2011 bestätigt. So besteht zwischen Ost- und Westösterreich ein signifikanter Unterschied (χ^2 -Test: $\chi^2=6,8275$, $df=1$, $p= 0,009$), wobei in Westösterreich 62% der Osteopathinnen und Osteopathen sind und in Ostösterreich hingegen nur 44% ÖGO-Mitglieder. In Südösterreich sind 49% der Osteopathen/Osteopathinnen ÖGO-Mitglieder.

Mit steigender Dauer der osteopathischen Tätigkeit steigt auch der Anteil an ÖGO-Mitgliedern signifikant an. Sind in der Kategorie der unter drei Jahre osteopathisch tätigen Therapeutinnen und Therapeuten erst 27% Mitglied der ÖGO, sind es in der Gruppe der 4-6 Jahre Tätigen bereits 52% und in der Gruppe der 6-10 Jahre Tätigen 56%. Die Osteopathinnen und Osteopathen mit mehr als 10 Berufsjahren sind zu 82% ÖGO-Mitglieder.

Zwischen der WSO und den anderen Ausbildungsstätten besteht ebenfalls ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit einer ÖGO-Mitgliedschaft ($p < 0,00001$). Dabei zeigt sich, dass nur 44,1% der WSO- Absolventen/Absolventinnen, jedoch 95% der Absolventen/Absolventinnen anderer Ausbildungsstätten der ÖGO beigetreten sind. Ein möglicher Grund wäre, dass die ÖGO auch Absolventinnen und Absolventen anderer Ausbildungsstätten die Möglichkeit bietet, im Internet präsent zu sein, was diesen über die Absolventen-/Absolventinnenliste der WSO, die aufgrund der längeren Präsenz einen höheren Bekanntheitsgrad unter potentiellen Patienten/Patientinnen aufweist, nicht möglich ist. Dementsprechend kann es für die Absolventinnen und Absolventen von Bedeutung sein, auf einer Liste einer seriös wirkenden übergeordneten Institution aufzuscheinen.

Ebenfalls gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Arbeitsverhältnis und einer ÖGO-Mitgliedschaft, wobei sich die ausschließlich freiberuflich tätigen von den ausschließlich angestellten Osteopathen/Osteopathinnen, sowie von den sowohl angestellten als auch freiberuflich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen signifikant in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften unterscheiden (freiberuflich vs. angestellt: $p = 0,0003$, bzw. $p = 0,0004$).

Während 57,1% der rein freiberuflich arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen ÖGO-Mitglieder sind, sind es von den sowohl angestellt als auch freiberuflich Tätigen nur 21%. Unter den zehn ausschließlich angestellten Osteopathinnen und Osteopathen befindet sich kein ÖGO-Mitglied. Das weist darauf hin, dass bei den ausschließlich freiberuflich Tätigen ein höheres Bedürfnis nach berufspolitischer Vertretung besteht. Es besteht offenbar ein stärkeres Bewusstsein, dass einer Interessensvertretung mit steigender Mitgliedanzahl bei Verhandlungen mit politischen Vertretern oder Versicherungen und Krankenkassen mehr Gewicht zugemessen wird.

Auch die zuvor erwähnte öffentlich zugängliche Registrierung auf der ÖGO-Homepage zur Patientenrekrutierung, die für Angestellte von keiner und für sowohl

angestellt als auch freiberuflich Tätige von untergeordneter Bedeutung ist, stellt einen möglichen Grund für diese Unterschiede dar.

Der ebenfalls sichtbare, jedoch mit einer höheren Fehlerwahrscheinlichkeit behaftete signifikante Zusammenhang einer ÖGO-Mitgliedschaft mit der Ausübung anderer professioneller Aktivitäten ist auf den Zusammenhang zwischen dem Arbeitsverhältnis und der Ausübung einer anderen professionellen Tätigkeit zurückzuführen. Während 57,5% der ausschließlich osteopathisch Tätigen ÖGO-Mitglieder sind (92 von 160), sind es nur 44% der zusätzlich anderweitig professionell Aktiven.

Daraus erklärt sich auch, dass ÖGO-Mitglieder einen signifikant höheren Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit aufweisen ($p < 0,00001$). Der prozentuelle Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit wird von ÖGO-Mitgliedern mit durchschnittlich $M=86,6\%$; $SD=16,6$ (Median: 90%) eingeschätzt. Bei den Nichtmitgliedern liegt er bei $M=71,6$; $SD=24,9\%$ (Median: 80%). Das deutet im Umkehrschluss darauf hin, dass eine verstärkte berufliche Auseinandersetzung mit dem Thema Osteopathie auch mit einem höheren Bewusstsein für die Relevanz einer starken Standesvertretung einhergeht.

Unterschiede zwischen im Team und in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen in der Häufigkeit von ÖGO-Mitgliedschaften sind ebenfalls signifikant, jedoch schwierig zu interpretieren. Während nur 40% der in einer Einzelpraxis arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen Mitglieder der ÖGO sind, sind es von den in Gemeinschaftspraxen arbeitenden 57,5%. Möglich wären gruppenspezifische Prozesse, sowie Vorbildwirkungen innerhalb des Praxisteam.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist, dass auch 47% der als Mediziner/-innen tätigen Osteopathen/Osteopathinnen eine Mitgliedschaft bei der ÖGO aufweisen, obwohl sie durch ihre ärztliche Tätigkeit zur Mitgliedschaft bei der österreichischen Ärztekammer verpflichtet sind und somit kein signifikanter Unterschied zu Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen besteht.

Der deutlich geringere prozentuelle Anteil an ÖGO-Mitgliedern unter den Osteopathinnen/Osteopathen als im Jahr 2003 ist anhand der in der aktuellen Befragung lediglich drei erkennbaren Austritte aus der ÖGO (denen zumindest 17 Neueintritte gegenüberstehen) nicht erklärbar. Aufgrund des üblichen erst später im

weiteren Berufsleben erfolgenden Eintritts kann er jedoch auf den starken Zuwachs an Osteopathen/Osteopathinnen (von 192 im Jahr 2003 auf 537 im Jahr 2011) zurückgeführt werden, die noch nicht beigetreten sind.

Im Durchschnitt traten die Osteopathen/Osteopathinnen der ÖGO $M= 1,9$ Jahre; $SD= 3,1$ nach dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit (Median 1,0 Jahre) bei. Der früheste Beitritt erfolgte vier Jahre vor dem eigentlichen Beginn der osteopathischen Tätigkeit, der späteste 10 Jahre danach. Der Großteil der ÖGO-Mitglieder trat im selben Jahr, in dem sie die osteopathische Tätigkeit aufnahmen auch der ÖGO bei (26,7% der ÖGO-Mitglieder). Im darauffolgenden Jahr waren es 16,3%, zwei Jahre nach Tätigkeitsbeginn 12,6% und drei Jahre nach Aufnahme der osteopathischen Tätigkeit 8,1% der aktuellen ÖGO-Mitglieder. Vor Beginn der osteopathischen Tätigkeit sind 11,9% der ÖGO-Mitglieder bereits dieser Gesellschaft beigetreten.

Die mittlere Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft beträgt $M= 6,4$; $SD= 3,8$ Jahre, der Median 5,0 Jahre. Das heißt, (zumindest) 50% der Osteopathen/Osteopathinnen sind bis zum Jahr 2006 (Median) der ÖGO beigetreten.

3,2% der Osteopathinnen und Osteopathen haben derzeit eine aktive Rolle in der ÖGO. Früher und/oder aktuell aktiv waren 7,2% der Osteopathinnen und Osteopathen, wobei diese Prozentsätze der in der ÖGO aktiv tätigen Mitglieder möglicherweise zu hoch sind, da ein aktives Engagement in der ÖGO darauf hindeutet, dass Osteopathen/Osteopathinnen dieser Personengruppe an der Entwicklung der Osteopathie interessiert sind und aus diesem Grund überproportional viele an Befragungen teilnehmen.

Aufgrund der niedrigen Anzahl der 2011, aber auch davor in der ÖGO aktiv tätigen Osteopathinnen und Osteopathen, kann lediglich die Tendenz beschrieben werden, dass bis 2011 eher männliche Osteopathen eine aktive Rolle einnahmen (11% der männlichen und 4,8% der weiblichen Osteopathen). 2011 waren aktuell fünf Frauen und vier Männer der Stichprobe aktiv tätig.

7. Zusammenfassung

7.1. Allgemeines

In Österreich wurden im Jahr 2011 über die Osteopathen-/Osteopathinnenlisten der WSO (WSO 2011A) und der ÖGO (ÖGO 2011), sowie dem Online-Telefonbuch Herold (Herold 2011) 537 Osteopathen/Osteopathinnen ausfindig gemacht, wovon 284 an der Befragung teilnahmen, die nach Möglichkeit online und anderenfalls mit

postalisch versandten Fragebögen durchgeführt wurde. Die Rücklaufquote beträgt 52,9%, wobei zwischen der Onlinebefragung und der Befragung mit Fragebogen kaum Unterschiede in der Rücklaufquote bestehen (52,9% vs. 52,8%). Mittels des Fragebogens wurde erhoben, welche grundlegenden Charakteristika die österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen aufweisen. Diese wurden in Relation zu internationalen Daten und nationalen Vergleichsdaten aus dem Jahr 2003 gesetzt. Damit sollte ein umfassendes Bild über die Osteopathie in Österreich entstehen und homogene und heterogene Aspekte des Berufsstandes aufgezeigt werden.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Praxissitz, Arbeitsverhältnis), der Ausbildung der Osteopathen/Osteopathinnen (Basisberuf, Ausbildungsstätte, Ausbildungsgrad, Zusatzqualifikationen), der typischen Patientenklientel (Geschlecht, Alter, Beschwerdebilder), der Arbeitsweise (verwendete Techniken, Dauer der Behandlungseinheit und Anzahl der behandelten Patienten, Dokumentation, Werbemaßnahmen), dem Arbeitsplatz (Tätigkeit in Gemeinschafts- oder Einzelpraxen, Institutionen, Arbeitsverhältnis) und der Zugehörigkeit zur offiziellen Berufsvertretung der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie. Weiters wurde erhoben, wie lange die Osteopathen/Osteopathinnen bereits diesen Beruf ausüben und ob sie zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen. Als für Patienten/Patientinnen relevante Daten wurden Informationen über die Preisgestaltung für Erst- und Folgetermine und die Wartezeit auf einen Termin eingeholt.

Die Antworten auf diese Fragestellungen wurden auf Einflüsse von Geschlecht, Tätigkeitsdauer, Basisberuf, Ausbildungsstätte der Osteopathen/Osteopathinnen, sowie regionale Unterschiede untersucht. Weiters wurden Einflüsse des Arbeitsverhältnisses (freiberuflich/angestellt/beides), einer ÖGO-Mitgliedschaft, der Ausübung zusätzlicher anderer professioneller Aktivitäten, und der Tatsache, ob die Osteopathen/Osteopathinnen in einer Gemeinschaftspraxis oder in einer Einzelpraxis tätig sind, geprüft.

7.2. Der österreichische „Standard-Osteopath 2011“

Der typische österreichische Osteopath ist weiblich (68,3%) und zwischen 30 und 49 Jahre alt (83,4%), hat eine Basisausbildung als Physiotherapeut (83,3%) und die Osteopathie-Ausbildung an der WSO (86%) abgeschlossen, jedoch keine Abschlussarbeit verfasst (64,8%). Er/sie arbeitet nicht ausschließlich osteopathisch

(77,8%), sondern hauptsächlich kombiniert mit dem Basisberuf. Dennoch beträgt der mittlere Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit $M= 79,1\%$; $SD= 22,5$ (Median 85,0%). Die durchschnittliche osteopathische Tätigkeitsdauer beträgt $M= 6,8$; $SD= 4,4$ Jahre, die Arbeit wird hauptsächlich freiberuflich ausgeführt (86,1%). Als Arbeitsort überwiegen Gemeinschaftspraxen (66,6%), in denen die Osteopathen/Osteopathinnen vor allem mit Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen (73,3% der in Gemeinschaftspraxen tätigen Osteopathen/Osteopathinnen) und weiteren Osteopathen/Osteopathinnen (71,7%) zusammenarbeiten. Praxissitze befinden sich hauptsächlich in Ostösterreich (49,2%) und hier vornehmlich in Wien (34,8% aller Osteopathen/Osteopathinnen). Im Durchschnitt werden sie von $M= 31,2$; $SD= 18,7$ Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche (Median: 30,0) konsultiert, wobei mehr als zwei Drittel 5-10 Patienten/Patientinnen pro Tag behandeln. Für gewöhnlich werden weniger als fünf neue Patienten/Patientinnen pro Woche angenommen (61,4%). Überwiegend kommen diese über Empfehlungen anderer Patienten/Patientinnen (bei 76,9% der Osteopathen/Osteopathinnen sehr häufig). Die durchschnittlichen Wartezeit auf einen Behandlungstermin beträgt $M= 22,94$ Tage; $SD= 32,91$ (Median 14,00 Tage). Auf sich aufmerksam machen Osteopathen/Osteopathinnen vor allem über Verbandslisten, Visitenkarten und Türschilder (mehr als 2/3 der Osteopathen/Osteopathinnen).

In der Regel nimmt sich ein Osteopath/eine Osteopathin sowohl für die Erstkonsultation als auch die Folgekonsultation zwischen 30 Minuten und einer Stunde Zeit (77,1%, bzw. 90,6%). Die Mehrheit der Osteopathen/Osteopathinnen verlangt für die Erstkonsultation unter 75 Euro oder zwischen 75-100 Euro (51,6% bzw. 45,5%). Für jede weitere Behandlung wird am häufigsten weniger als 75 Euro verrechnet (67,4%). Eine soziale Staffelung der Behandlungspreise wird von jedem zweiten Osteopathen/jeder zweiten Osteopathin durchgeführt.

Geringfügig mehr als die Hälfte der Osteopathen/Osteopathinnen behandeln Patienten/Patientinnen ohne chronische Beschwerden bis zu fünf Mal im Jahr (50,4%). Nach Abschluss einer Behandlungsserie werden größtenteils keine neuen Termine vergeben (82,0%). Bei den Konsultationen selbst, wird üblicherweise jedes Mal eine osteopathische Diagnose erstellt (77,4%). Beinahe alle Osteopathen/Osteopathinnen geben Empfehlungen für ihre Patienten/Patientinnen ab (98,9%).

Generell wird vom Großteil der Osteopathen/Osteopathinnen dokumentiert. Am häufigsten umfasst die Dokumentation das Aufnehmen der Anamnese (99,3%), und des Therapieverlaufs (93,1%), am seltensten wird ein Therapieplan (44,6%) dokumentiert.

Etwa zwei Drittel der Osteopathen/Osteopathinnen (65,9%) gaben an, dass das Geschlechtsverhältnis ihrer Patienten/Patientinnen ausgewogen ist, die restlichen arbeiten vorwiegend mit Frauen.

Annähernd drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen (72,6%) gaben an, mit keiner Patientengruppe bevorzugt in ihrer Praxis zu arbeiten. In den anderen Fällen überwiegen Kinder, Schwangere und Sportler.

Überwiegend als sehr häufig auftretend wurden Beschwerden der Wirbelsäule, der LWS, des Nackens und der Schulter angeführt. An Krankheitsbildern wurden am häufigsten das Cervicalsyndrom, Lumbalgien, Ischiasbeschwerden und Kopfschmerzen angegeben. Die drei häufigsten Alterskategorien der Patienten-/Patientinnenklientel befinden sich zwischen dem 30. und 59. Lebensjahr.

Regelmäßig werden am häufigsten funktionelle, fasciale Techniken, neuro- und viscerocraniale Techniken, viscerale Manipulationen und Weichteiltechniken (von jeweils mehr als 60% der Osteopathinnen und Osteopathen) eingesetzt. Andere therapeutische und diagnostische Methoden, für die die Osteopathinnen und Osteopathen eine Ausbildung haben (vorwiegend Physiotherapie) werden von etwas mehr als der Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen (54,6%) verwendet.

Etwa die Hälfte der teilnehmenden Osteopathen/Osteopathinnen sind aktuelle Mitglieder der ÖGO (51,8%), wobei der Großteil der ÖGO-Mitglieder im selben Jahr, in dem sie die osteopathische Tätigkeit aufnahmen, auch der ÖGO beitrug (26,7%). Im Durchschnitt traten die Osteopathinnen/Osteopathen der ÖGO $M= 1,9$ Jahre; $SD= 3,1$ nach dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit (Median 1,0 Jahre) bei.

Bei eingehender Betrachtung zeigt sich aber, dass selbst bei eindeutig erscheinenden Verhältnissen, wie beim Geschlecht der österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen (68,3% Frauen) oder der Ausbildungsstätte (86% WSO-Absolventen/Absolventinnen), keine klare Homogenität festzustellen ist,

sondern, wie bei den erwähnten Beispielen, regionale Unterschiede (oder auch andere) bestehen.

7.3. Heterogenität im Berufsbild österreichischer Osteopathen/Osteopathinnen

7.3.1. Hervorstechende Charakteristika von männlichen Osteopathen
Zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen bestehen hauptsächlich signifikante Unterschiede, die vorwiegend für Patienten/Patientinnen relevant sind. Bei männlichen Osteopathen ist, obwohl sie mehr Patienten/Patientinnen pro Woche und auch neue Patienten/Patientinnen pro Woche behandeln, eher mit einer höheren Wartezeit auf einen Termin zu rechnen. Trotz einer kürzeren Behandlungsdauer bei der Erst-, aber auch Folgekonsultationen bei männlichen Osteopathen, sind diese sowohl bei den Erst- aber auch Folgekonsultationen teurer als ihre weiblichen Kollegen. Dafür vergeben männliche Osteopathen signifikant weniger Behandlungstermine pro (nicht chronisch erkranktem) Patienten und Jahr.

Im behandelten Patientenkontext bestehen signifikante Unterschiede darin, dass männliche Osteopathen häufiger eine im Geschlechtsverhältnis ausgeglichene Klientel und weniger häufig auf spezielle Patientengruppen (Kinder, Sportler,...) spezialisiert sind. Weiters behandeln sie häufiger Patienten/Patientinnen im Alter zwischen 20 und 29 Jahren. Die Beschwerdebilder der Patienten/Patientinnen sind bei männlichen und weiblichen Osteopathen größtenteils vergleichbar, es gibt aber signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Behandlung von Ellbogenbeschwerden, die von männlichen Osteopathen signifikant häufiger behandelt werden.

In Bezug auf die Arbeitsweise ist außer der signifikant kürzeren Behandlungsdauer bei Erst- und Folgekonsultationen festzustellen, dass weibliche Osteopathen HVLA-Techniken signifikant seltener und funktionelle Techniken, Flüssigkeitstechniken, sowie neurocraniale und viscerocraniale Techniken signifikant häufiger anwenden als ihre männlichen Kollegen.

Männliche Osteopathen haben weiters signifikant häufiger eine Basisausbildung als Mediziner, schreiben signifikant häufiger Fachpublikationen, um auf sich aufmerksam

zu machen und waren bisher signifikant häufiger aktiv in der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie tätig als weibliche.

7.3.2. Einflüsse der Berufserfahrung auf die osteopathische Tätigkeit

Mit steigender osteopathischer Tätigkeitsdauer gehen signifikant höhere Preise für die Erst- und Folgebehandlung einher. Die Dauer von Erstkonsultationen ist unabhängig von der beruflichen Erfahrung, Folgebehandlungen sind bei länger tätigen Osteopathen jedoch signifikant kürzer und auch die Anzahl der Behandlungen pro Patient und Jahr nimmt signifikant ab.

Osteopathen mit einer längeren Berufspraxis behandeln signifikant mehr Patienten/Patientinnen pro Woche als kürzer osteopathisch tätige, jedoch gibt es keine Unterschiede in der Anzahl der pro Tag behandelten Patientinnen und Patienten.

In der Patientenklientel sind Babys und Kinder bei länger tätigen Osteopathen signifikant häufiger vertreten, als bei weniger erfahrenen Kollegen.

Mit steigender Berufserfahrung ist eine Abnahme der Anwendung von funktionellen Techniken und Weichteiltechniken zu beobachten. Andere Unterschiede in der Arbeitsweise sind nicht festzustellen.

Mit zunehmender Tätigkeitsdauer steigt der Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen mit einer absolvierten wissenschaftlichen Abschlussarbeit signifikant an. Ebenso gehen eine signifikant häufigere ÖGO-Mitgliedschaft, eine aktive Tätigkeit bei der ÖGO, sowie eine steigende Dauer einer ÖGO-Mitgliedschaft einher.

Letztlich sind Osteopathinnen und Osteopathen mit kürzerer Tätigkeitsdauer signifikant häufiger in kleineren Orten tätig, während länger tätige vorwiegend in Ballungszentren arbeiten.

7.3.3. Regionale Unterschiede in der osteopathischen Tätigkeit

Westösterreich (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich) fällt dadurch auf, dass hier einerseits signifikant mehr Männer als Osteopathen arbeiten (in Vorarlberg übersteigt der Anteil an Männern sogar jenen der Frauen), andererseits, dass die Ausbildung signifikant häufiger an anderen Ausbildungsstätten als der WSO absolviert wurde, als in Ost- und Südösterreich. Babys und Kinder bis neun Jahre

werden in Westösterreich signifikant häufiger behandelt als in Ostösterreich, Babys (bis 6 Monate) auch signifikant häufiger als in Südösterreich.

In **Südösterreich** (Kärnten, Steiermark) sind signifikant mehr junge Osteopathinnen und Osteopathen tätig als in West- und Ostösterreich. Hier werden signifikant mehr Patienten/Patientinnen pro Tag behandelt, als in Ostösterreich. In der Anzahl der pro Woche behandelten Patienten/Patientinnen hebt sich Südösterreich jedoch nicht von den beiden anderen Regionen ab. Die Preise für die Erstkonsultation sind in den drei NUTS1-Regionen vergleichbar, jedoch sind in Südösterreich Folgebehandlungen signifikant billiger als in West- und Ostösterreich.

In **Ostösterreich** (Niederösterreich, Wien, Burgenland) ist die mittlere Wartezeit für den Patienten/die Patientin auf einen Termin signifikant kürzer als in West- und Südösterreich. Empfehlungen von Patienten/Patientinnen werden von den Osteopathen/Osteopathinnen in Ostösterreich signifikant seltener genannt, als von ihren westösterreichischen Kolleginnen und Kollegen. Auch das Wissen über die Wege, wie Patienten/Patientinnen zu ihnen kommen, ist in Ostösterreich signifikant niedriger.

7.3.4. Hervorstechende Charakteristika der Absolventen/Absolventinnen der WSO im Vergleich zu jenen anderer Ausbildungsstätten

Herausstechende Charakteristika der Absolventen/Absolventinnen der WSO sind, dass die Dauer von Erst-, aber auch Folgekonsultationen signifikant kürzer sind, als von jenen anderer Ausbildungsstätten. Sie wenden HVLA-Techniken signifikant häufiger an, Ergebnisse von Palpationen werden von signifikant weniger und Behandlungsmaßnahmen von signifikant mehr Absolventinnen und Absolventen der WSO dokumentiert als von jenen anderer Ausbildungsstätten.

Generell schätzen Absolventinnen und Absolventen der WSO den Anteil der osteopathischen Tätigkeit an ihrer Gesamttätigkeit signifikant geringer ein als jene anderer Ausbildungsstätten.

Während beinahe alle Absolventinnen und Absolventen anderer Ausbildungsstätten als der WSO Mitglieder der ÖGO sind, ist der Anteil der ÖGO-Mitglieder an den WSO-Absolventen/Absolventinnen signifikant geringer. Keine Unterschiede bestehen jedoch in der Häufigkeit einer (früheren) aktiven Tätigkeit in der ÖGO und in der Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft.

7.3.5. Einflüsse der Ausübung zusätzlicher anderer professioneller Aktivitäten auf die osteopathische Tätigkeit

Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen, sind häufiger Mediziner, weisen einen signifikant geringeren Anteil der osteopathischen Tätigkeit an ihrer Gesamttätigkeit auf, verwenden signifikant häufiger andere diagnostische und/oder therapeutische Methoden und behandeln Patienten/Patientinnen mit nicht chronischen Erkrankungen signifikant seltener pro Jahr als jene, die ausschließlich osteopathisch arbeiten.

In der Dokumentation heben sich Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen, dadurch von den ausschließlich osteopathisch tätigen ab, dass sie signifikant häufiger Ergebnisse von Bewegungstests und einen Therapieplan dokumentieren.

Letztlich sind von den Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich anderen professionellen Aktivitäten nachgehen, signifikant weniger Mitglieder der ÖGO als von jenen, die ausschließlich osteopathisch tätig sind.

7.3.6. Einflüsse des Arbeitsverhältnisses auf die osteopathische Tätigkeit

Sowohl angestellt als auch freiberuflich tätige Osteopathen/Osteopathinnen weisen eine signifikant kürzere osteopathische Tätigkeitsdauer auf, als jene die rein freiberuflich tätig sind. Ein signifikant höherer Prozentsatz der Osteopathen/Osteopathinnen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, geht zusätzlich einer anderen professionellen Tätigkeit nach, als von jenen die ausschließlich freiberuflich tätige sind, was auch einen geringeren mittleren Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit mit sich bringt. Werbemaßnahmen sind für (zusätzlich) angestellt tätige Osteopathen/Osteopathinnen nicht von so hoher Bedeutung, wodurch sich signifikant seltenere Nutzung von Homepages, Türschildern und Visitenkarten ergibt.

Ebenso wird die Mitgliedschaft in der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie von (zusätzlich) angestellt tätigen Osteopathen/Osteopathinnen als weniger wichtig erachtet. Von den ausschließlich angestellt tätigen Osteopathen/Osteopathinnen ist keiner/keine ÖGO-Mitglied, sowohl freiberuflich als auch angestellt tätige sind signifikant seltener Mitglied der ÖGO als ausschließlich freiberuflich tätige.

7.3.7. Hervorstechende Charakteristika von Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften tätig sind

Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, sind signifikant häufiger in Orten mit höherer Einwohnerzahl tätig, als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind.

Sie werden signifikant häufiger durch Kollegen/Kolleginnen empfohlen, als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind und unterscheiden sich auch in ihren Werbemaßnahmen signifikant von diesen. So nutzen sie signifikant häufiger eine Homepage und Folder, sie arbeiten signifikant häufiger mit umliegenden Ärzten zusammen und verfügen auch signifikant häufiger über ein Türschild, Visitenkarten und Eintragungen in Verbandslisten als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind.

Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, behandeln signifikant mehr Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind. Deutliche, jedoch nicht signifikante Unterschiede bestehen ebenfalls in der Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Woche. Sie benötigen signifikant weniger Zeit für die Erstkonsultation als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind. Bei Folgekonsultationen ist die benötigte Zeit hingegen vergleichbar.

Behandlungsmaßnahmen werden von Osteopathen/Osteopathinnen, die in Praxisgemeinschaften arbeiten, signifikant häufiger dokumentiert als von jenen, die in einer Einzelpraxis tätig sind.

Letztlich weisen Osteopathen/Osteopathinnen, die in einer Praxisgemeinschaft arbeiten, signifikant häufiger einen Ausbildungsabschluss mit akademischen Grad auf und sind auch häufiger Mitglieder der ÖGO, als jene, die in einer Einzelpraxis tätig sind

7.3.8. Unterschiede zwischen Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium und jenen mit einer Physiotherapieausbildung

Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium sind signifikant älter als jene mit einer Physiotherapieausbildung und weisen eine signifikant längere osteopathische Tätigkeitsdauer auf. Weiters sind unter den

Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium sind signifikant mehr Männer vertreten als bei jenen mit einer Physiotherapieausbildung.

Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium sind signifikant seltener ausschließlich freiberuflich tätig, gehen erwartungsgemäß signifikant häufiger einer zusätzlichen anderen professionellen Aktivität nach und verwenden signifikant häufiger andere diagnostische und therapeutische Methoden als Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung. Dementsprechend ist auch der durchschnittliche prozentuelle Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit ist bei Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium signifikant geringer als bei jenen mit einer Physiotherapieausbildung.

Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium wenden Muskel-Energietechniken, fasziale Techniken, Weichteiltechniken, Flüssigkeitstechniken, viszerale Manipulationen und neurocraniale und viscerocraniale Techniken signifikant seltener an, als jene mit einer Physiotherapieausbildung.

Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium behandeln signifikant mehr neue Patienten/Patientinnen pro Woche als jene mit einer Physiotherapieausbildung, sind sowohl bei Erst- als auch Folgekonsultationen signifikant teurer, geben aber eine signifikant niedrigere Anzahl von Konsultationen pro Patient und Jahr an.

In der Patientenkielentel besteht lediglich ein Unterschied in der Häufigkeit von Patienten/Patientinnen mit unspezifischen Beschwerden, die bei Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium signifikant seltener vorkommen.

In Praxisgemeinschaften arbeiten Osteopathen/Osteopathinnen mit einem grundlegenden Medizinstudium signifikant häufiger mit Ärztinnen und Ärzten zusammen als jene mit einer Physiotherapieausbildung. Allerdings werden sie signifikant seltener durch Ärztinnen und Ärzte empfohlen als Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung und arbeiten auch seltener mit umliegenden Ärzten/Ärztinnen zusammen, um auf sich aufmerksam zu machen.

7.3.9. Hervorstechende Charakteristika von ÖGO-Mitgliedern

Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie können vornehmlich durch eine intensivere oder längere Auseinandersetzung mit der Osteopathie charakterisiert werden, als dies bei Nichtmitgliedern der Fall ist: Sie haben signifikant häufiger eine Abschlussarbeit verfasst, gehen signifikant seltener anderen zusätzlichen professionellen Aktivitäten nach und weisen einen signifikant höheren mittleren Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit, sowie eine längere mittlere Dauer der osteopathischen Tätigkeit auf als Nichtmitglieder.

ÖGO-Mitglieder arbeiten signifikant häufiger ausschließlich in einer Privatpraxis, wobei der Anteil jener, die in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten ebenfalls signifikant höher ist als bei Nichtmitgliedern.

Eine Homepage, Visitenkarten und insbesondere Verbandslisten werden von Osteopathen/Osteopathinnen, die Mitglied der ÖGO sind, signifikant häufiger als Maßnahmen genutzt um auf sich aufmerksam zu machen, als von Nichtmitgliedern.

Hinsichtlich der Qualität der osteopathischen Tätigkeit ist zu erkennen, dass ÖGO-Mitglieder signifikant häufiger bei jeder Sitzung eine erneute Diagnostik durchführen als Nichtmitglieder. Das Ausmaß der Dokumentation ist jedoch bis auf jene der Ergebnisse der Palpation vergleichbar. Diese werden von ÖGO-Mitgliedern häufiger dokumentiert als von Nichtmitgliedern.

Letztlich fällt auf, dass Absolventen/Absolventinnen anderer Ausbildungsstätten als der WSO signifikant häufiger ÖGO-Mitglied sind, als Absolventen/Absolventinnen der WSO.

7.4. Veränderungen im Vergleich zur Befragung im Jahr 2003

Seit 2003 hat die Anzahl der in Österreich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen von 192 im Jahr 2003 (Krönke 2006: 24) auf 453 im Jahr 2011 zugenommen.

Es ist eine weitere Zunahme des Frauenanteils unter den Osteopathen/Osteopathinnen von 64% im Jahr 2003 (Krönke 2006: 25) auf 68,3% zu beobachten. Hingegen ist der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit

Medizinstudium in diesem Zeitraum von 20% (Krönke 2006: 25) auf 12,8% gesunken.

2003 hatten 36% der Osteopathinnen und Osteopathen ihren Praxissitz in Wien (Krönke 2006: 24), 2011 sind es 34,8%. Diese Abnahme ist jedoch, wie noch gezeigt werden wird, nicht auf eine Abwanderung von bereits hier tätigen Osteopathen/Osteopathinnen, sondern eine vermehrte Ansiedlung in bislang weniger versorgten Gebieten zurückzuführen.

Laut Krönke war die Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen 2003 in Kärnten und Vorarlberg am geringsten, wo ein Osteopath auf etwa 186.500 bzw. 175.500 Einwohner/-innen kam (Krönke 2006: 24).

2011 ist im Burgenland die geringste Dichte mit einem Osteopathen pro 35.900 Einwohner, und in Oberösterreich mit einem Verhältnis von 1: 24.000 zu beobachten. Kärnten und Vorarlberg liegen hingegen nunmehr mit einer Versorgungsdichte von 1:21.400 bzw. 1:13.800 im Mittelfeld der österreichischen Bundesländer. Im Vergleich zur Befragung 2003 ist in diesen Bundesländern in etwa eine Verzehnfachung der Versorgungsdichte zu beobachten.

Für die Veränderung in Kärnten könnte der neue Ausbildungsstandort in Klagenfurt verantwortlich sein, die neue Ausbildungsstätte der IAO in Innsbruck jedoch aufgrund ihrer erst späteren Eröffnung noch nicht von Relevanz.

Wie schon 2003, als in Salzburg und Wien mit einem Osteopathen/einer Osteopathin auf etwa 21.500 bzw. 22.500 Einwohner/-innen die höchste Versorgungsdichte bestand (Krönke 2006: 24), sind auch 2011 diese beiden Bundesländer mit einem Osteopathen/einer Osteopathin pro 9.200 Einwohner (Wien) und 1: 9.300 (Salzburg) am besten versorgt. Die Versorgungsdichte in Wien dürfte jedoch aufgrund der bei diesen Zahlen nicht berücksichtigten Osteopathen/Osteopathinnen, die zusätzlich in einem anderen Bundesland arbeiten, eine noch höhere Versorgungsdichte aufweisen. Es hat sich in diesen Bundesländern die Versorgungsdichte seit 2003 in etwa verdoppelt.

Auch hinsichtlich der Verteilung der Osteopathen/Osteopathinnen auf Orte unterschiedlicher Einwohnerzahl sind seit 2003 Veränderungen zu beobachten.

2003 arbeiteten 34% der Osteopathen/Osteopathinnen in Wien (über 500.000 Einwohner), 20% in Städten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern und 13% in Orten unter 5.000 Einwohnern (Krönke 2006: 25). Daten über Orte anderer Einwohnerzahl wurden nicht angeführt.

2011 waren 28,9% der Osteopathen/Osteopathinnen in Wien (über 500.000 Einwohner) und 14,3% in Städten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern tätig, in Orten unter 5.000 Einwohnern jedoch bereits 19,8%. Auf Orte mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern entfallen 13,2% der Osteopathen/Osteopathinnen und auf jene mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern 18,3%. Am seltensten haben Osteopathinnen und Osteopathen in Städten mit 50.000 bis 100.000 Einwohnern ihren Praxissitz (5,5%). Insgesamt ist somit eine Verschiebung der Praxisstandorte in kleinere Orte erkennbar, wobei das, auf Basis der absoluten Zahlen, vorwiegend auf Praxisneugründungen und nicht auf Verlegungen von Praxen zurückzuführen ist. So hat sich, wie bereits zuvor festgestellt wurde, die Versorgungsdichte in Wien in etwa verdoppelt, in Kärnten und Vorarlberg jedoch im selben Zeitraum verzehnfacht.

2003 arbeiteten 86% der befragten Osteopathinnen und Osteopathen noch in ihrem Primärberuf, wobei dieser einen durchschnittlichen Anteil von 20,5% von ihrer Gesamttätigkeit einnahm, die osteopathische Tätigkeit jedoch einen Anteil von 79,5% (Krönke 2006: 26). Aus den aktuellen Zahlen ist verglichen mit 2003 eine Abnahme der Anzahl von Osteopathen/Osteopathinnen, die eine andere professionelle Tätigkeit ausüben abzuleiten. So führen 2011 77,8% der Osteopathen und Osteopathinnen, andere professionelle Aktivitäten (die ihrer Basisausbildung entsprechen) aus.

Allerdings ist der Anteil der osteopathischen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit der Osteopathinnen in der aktuellen Studie mit jenem aus 2003 vergleichbar. So beträgt 2011 der durchschnittliche Anteil der osteopathischen an der Gesamttätigkeit $79,1 \pm 22,5\%$, der Median 85,0%.

Die durchschnittliche Anzahl der pro Arbeitswoche behandelten Patienten/Patientinnen ist von 33 im Jahr 2003 (Krönke 2003: 34) auf $M= 31,2$; $SD= 18,7$ (Median 30,0) im Jahr 2011 zurückgegangen.

In der Dauer der osteopathischen Behandlungen ist kein Unterschied zwischen 2003 und 2011 erkennbar. Laut Krönkes Befragungsergebnissen benötigte ein

Osteopath/eine Osteopathin 2003 für die Erstkonsultation im Durchschnitt M= 54 Minuten (Range: 30-75 Minuten), für die Folgetermine M=42 Minuten (Range: 30-60 Minuten) (Krönke 2006:33). Trotz der unterschiedlichen Befragungsmodalitäten ist eine Übereinstimmung mit den aktuellen Daten erkennbar. Im Jahr 2011 veranschlagen mehr als drei Viertel der Osteopathen/Osteopathinnen (77,1%) zwischen 30 Minuten und einer Stunde für die Erstkonsultation. Ein Zeitrahmen von 1:00 Stunde und 1:30 Stunden wird von 20,4% der Osteopathinnen/Osteopathen benötigt.

Für einen Folgetermin veranschlagen 2011 neun von zehn Osteopathen/Osteopathinnen (90,6%) zwischen 30 Minuten und einer Stunde. Ein Zeitbedarf von weniger als 30 Minuten wurde von 6,5% der Osteopathinnen und Osteopathen genannt.

2003 wurden für die Erstbehandlung von 69% der Osteopathinnen und Osteopathen 50-75 Euro pro Behandlung verlangt. Weitere 22% nahmen zwischen 75 und 100 Euro bei einer Erstbehandlung ein und 6% mehr als 100 Euro. Die restlichen 3% verlangten unter 50 Euro (Krönke, 2006: 35).

Aktuell verlangen 51,6% der Osteopathinnen/Osteopathen für die Erstkonsultation unter 75 Euro und 42,5% zwischen 75 und 100 Euro. 5,9% der Osteopathinnen und Osteopathen stellen mehr als 100 Euro in Rechnung. Obwohl sich der Anteil dieser Osteopathinnen und Osteopathen im Vergleich zu 2003 nicht wesentlich geändert hat, kann anhand der Verschiebung in den anderen Kategorien eine Preiserhöhung abgeleitet werden.

Für einen Folgetermin verlangen 67,4% der Osteopathen/Osteopathinnen unter 75 Euro, 30% zwischen 75 und 100 Euro. Am seltensten werden mehr als 100 Euro verlangt (2,6%). Auch hier ist im Vergleich zur Vorstudie eine Verteuerung erkennbar: So gaben im Jahr 2003 lediglich 15% an, zwischen 75 und 100 Euro in Rechnung zu stellen. Höhere Preise wurden nicht genannt und der Großteil der Osteopathinnen und Osteopathen (82%) verlangte zwischen 50 und 75 Euro (Krönke, 2006: 35).

Während 2003 37% der Osteopathen/Osteopathinnen nach Beendigung eines Behandlungsblocks einen Kontrolltermin vereinbarten (Krönke 2006: 31), sind es in der aktuellen Studie nur 18% der Osteopathinnen und Osteopathen.

Die Frage der Häufigkeit der Verwendung ausgewählter osteopathischer Techniken ist wegen der unterschiedlichen Befragungsmodalitäten in Krönke (2006) nur teilweise vergleichbar. Eindeutig ist jedoch, dass die Anwendung von HVLA-Techniken in Österreich, die aktuell von ca. 50% der Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig angewandt werden seit 2003 zurückgegangen ist. In diesem Jahr wurden diese Techniken noch von 78% der Osteopathinnen und Osteopathen regelmäßig verwendet (78%; Krönke 2006: 30).

Viscerale Manipulationen werden aktuell von 61% der Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig angewandt, neurocraniale und viscerocraniale Techniken von 78%. Laut Krönke (2006) wurden 2003 indirekte craniosacrale Techniken von 91% der Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig angewandt, Listening von 96% und viscerale Mobilisation von 93%. Weniger häufig erfolgte die Anwendung von direkten craniosacralen Techniken, die von 86% der Osteopathinnen und Osteopathen zumindest gelegentlich oder regelmäßig angewandt wurden (Krönke 2006: 30). Das heißt, dass auch diese Techniken offensichtlich weniger häufig verwendet werden.

Hingegen ist die Häufigkeit der Anwendung von GOT seit 2003 gestiegen. Gaben 2003 67% der Osteopathen/Osteopathinnen an, diese regelmäßig oder zumindest gelegentlich zu nutzen (Krönke 2006: 30), sind es aktuell 80,8%.

Während 2003 70% der Osteopathinnen Mitglied der ÖGO waren (Krönke 2006: 36), was in etwa mit dem aktuellen Anteil von Mitgliedern der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bei deren Berufsverband Physio Austria, der knapp 75% beträgt, vergleichbar ist (Physio Austria 2012), sind 2011 nur mehr etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Osteopathen/Osteopathinnen Mitglieder der ÖGO (51,8%).

7.5. Vergleich mit internationalen Daten

Ein österreichspezifisches Charakteristikum ist der verglichen mit Deutschland und Belgien hohe Anteil von Osteopathinnen und Osteopathen mit einem Medizinstudium als Basisausbildung. Während in diesen Ländern nur 1-3% der Osteopathinnen und Osteopathen einen medizinischen Hochschulabschluss haben (VOD 2012, KCE 2010), sind es in Österreich im Jahr 2011 12,8%.

Im hohen Frauenanteil von 68,3% sind die österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen jedoch mit den deutschen vergleichbar, wo je nach

Bundesland der Anteil der weiblichen Osteopathen 60 – 80% (VOD 2012) beträgt, während in Belgien lediglich 28% der Osteopathen/Osteopathinnen Frauen sind (KCE 2010: 5).

In Österreich sind mit einem Anteil von 66,6% auch vergleichsweise mehr Osteopathen/Osteopathinnen in Gemeinschaftspraxen tätig als in Belgien, wo 42% der Osteopathen/Osteopathinnen in Gruppenpraxen arbeiten. In der hauptsächlichen Zusammenarbeit mit anderen Osteopathinnen/Osteopathen oder Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen besteht jedoch Übereinstimmung (KCE 2010: 5).

Österreichische Osteopathen/Osteopathinnen arbeiten häufiger zusätzlich in ihrem Basisberuf als belgische, wo 73% der Osteopathen/Osteopathinnen rein osteopathisch und 15% osteopathisch und physiotherapeutisch arbeiten (KCE 2010: 9, 20). In Österreich gaben hingegen 57,5% der Osteopathen/Osteopathinnen an, zusätzlich eine andere Tätigkeit auszuüben. Bei Detailfragen gaben 91,7% der Osteopathinnen und Osteopathen mit Medizinstudium an, auch als Arzt/Ärztin zu arbeiten, 77,8% der Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung auch als Physiotherapeut/Physiotherapeutin und 63,6% der Osteopathinnen und Osteopathen, die eine andere Basisausbildung absolvierten (Ergotherapie, Hebamme) in ihrem jeweiligen Grundberuf. Zusammengefasst arbeiten 77,8% der Osteopathinnen und Osteopathen zusätzlich als Arzt, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Hebamme oder anderweitig professionell aktiv zu sein.

In Österreich beträgt die durchschnittlichen Wartezeit der Patienten/Patientinnen auf einen Behandlungstermin $M= 22,9$; $SD= 32,9$ Tage, der Median 14,0 Tage und somit weitaus länger als in Belgien. In KCE (2010) geben 57% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen an, einen Termin am selben oder nächsten Tag zu vergeben (KCE 2010: 6).

Hinsichtlich der Behandlungszeit ist im Vergleich mit belgischen Daten (KCE 2010) kein wesentlicher Unterschied erkennbar. In Belgien dauert die Erstkonsultation typischerweise (bei 83% der Osteopathen/Osteopathinnen) zwischen 30 und 60 Minuten und bei 16% länger als eine Stunde. Bei den Folgebehandlungen werden keine konkreten Zahlen angeführt (KCE 2010: 6). In Österreich veranschlagen 77,1%

Osteopathen/Osteopathinnen zwischen 30 Minuten und einer Stunde und 20,4% einen Zeitrahmen von 1:00 Stunde und 1:30 Stunden für die Erstkonsultation.

Aktuell verlangen 51,6% der österreichischen Osteopathinnen/Osteopathen für die Erstkonsultation unter 75 Euro und 42,5% zwischen 75 und 100 Euro. 5,9% der Osteopathinnen und Osteopathen stellen mehr als 100 Euro in Rechnung. Für einen Folgetermin verlangen 67,4% der Osteopathen/Osteopathinnen unter 75 Euro, 30% zwischen 75 und 100 Euro. Am seltensten werden mehr als 100 Euro verlangt (2,6%). Damit liegen in Österreich die Kosten für eine osteopathische Behandlung somit deutlich über jenen in Belgien, wo hauptsächlich zwischen 25 und 50 Euro für die Erstkonsultation verlangt werden, und bei Folgebehandlungen oftmals ein weiterer Preisnachlass erfolgt (KCE 2010: 7-8). Hingegen sind osteopathische Behandlungen in Österreich deutlich billiger als in der Schweiz. In der Ostschweiz werden von 83% der Osteopathinnen und Osteopathen sowohl für die Erst- als auch Folgekonsultation Preise, die umgerechnet zwischen 81 und 105 Euro betragen, verlangt, die restlichen 17% stellen umgerechnet zwischen 56 und 80 Euro in Rechnung (Feurstein 2006: 66-68).

Die Frage der Häufigkeit der Verwendung ausgewählter osteopathischer Techniken ist wegen der unterschiedlichen Befragungsmodalitäten in KCE (2010) nur teilweise vergleichbar. In KCE wird lediglich beschrieben, dass 63% der belgischen Osteopathen/Osteopathinnen HVLA-Techniken und mehr als 77% sanfte Techniken (vorwiegend viszerale und craniosacrale Techniken) häufig bzw. sehr häufig benutzen, Triggerpunkttechniken werden von 33% in diesem Ausmaß angewandt (KCE 2010: 9).

Während Triggerpunkttechniken nicht Teil der Fragestellung waren, zeigen die Ergebnisse, dass HVLA-Techniken in Österreich 2011 von ca. 50% der Osteopathen/Osteopathinnen regelmäßig angewandt werden.

In Österreich gibt es zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen einen signifikanten Unterschied im vorrangig behandelten Geschlecht der Patienten. Weibliche Osteopathen betreuen signifikant häufiger eine vorrangig weibliche Klientel, als Männer (38,4 vs. 24%). Die Differenzwerte auf 100% stellen ein ausgewogenes Geschlechtsverhältnis dar, da eine vorrangig männliche Patienten Klientel von keinem Osteopathen/keiner Osteopathin genannt wurde. In

Belgien gibt es laut KCE keinen diesbezüglich signifikanten Unterschied (KCE 2010: 4), wobei hier jedoch ein ausgewogenes Geschlechtsverhältnis nicht explizit abgefragt wurde.

Auch im Alter der Patientenklientel der Osteopathen/Osteopathinnen sind Unterschiede zwischen Belgien und Österreich zu erkennen.

In Belgien besteht die Patientenklientel der Osteopathen/Osteopathinnen hauptsächlich aus Erwachsenen und Babys, während Jugendliche viel seltener behandelt werden. KCE führt die hohe Anzahl an Babys auf die Spezialisierung mancher Osteopathen/Osteopathinnen auf pädiatrische Osteopathie zurück (KCE 2010: 4), die von manchen Ausbildungsstätten (wie auch in Österreich am Osteopathischen Zentrum für Kinder) angeboten wird.

Hier gibt es insbesondere in der Häufigkeit von Kindern und Babys als Patienten Unterschiede zu den in Österreich erhobenen Daten. Kein einziger Osteopath/keine einzige Osteopathin gab Babys unter 6 Monaten als eine der drei am häufigsten vertretenen Altersgruppen an. Von 15% der Osteopathen/Osteopathinnen wurden zwischen 6 und 36 Monate alte Kinder den drei hauptsächlich auftretenden Altersgruppen zugeordnet, Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 19 Jahren von weniger als 10%. Etwa 60% der Osteopathinnen und Osteopathen gaben jedoch an, in den letzten sechs Monaten Babys bzw. Kinder dieser Altersgruppen behandelt zu haben, Jugendliche (10-19 Jahre) etwas mehr als 70%. Daraus kann ein geringer Spezialisierungsgrad auf pädiatrische Osteopathie abgeleitet werden. Belgische Eltern sind möglicherweise besser über die Möglichkeit der Behandlung von Babys informiert, als österreichische und nutzen dieses Angebot auch häufiger.

Hingegen sind die Hauptgründe für das Aufsuchen eines Osteopathen/einer Osteopathin in Österreich und Belgien vergleichbar. Übereinstimmend mit den Ergebnissen der KCE, die Lumbalgie und Ischias als Hauptindikationen für das Aufsuchen eines Osteopathen oder einer Osteopathin ansehen (Daten über das Cervikalsyndrom sind aus Versehen nicht zugänglich; KCE 2010: 4-5), werdend diese beiden Krankheitsbilder auch von 69,6% bzw. 48,9% der österreichischen Osteopathen/Osteopathinnen als sehr häufig auftretend beschrieben. Das in der belgischen Studie nicht angeführte Cervikalsyndrom ist in Österreich jedoch der häufigste Behandlungsgrund, wobei 70,8% der Osteopathen/Osteopathinnen angaben, sehr häufig damit konfrontiert zu sein.

7.6. Schlussfolgerungen

Camerons Diagnose, dass die Osteopathie ein vielseitiger Berufsstand ist (Cameron, 1998), trifft auch für österreichische Verhältnisse zu. Als bezeichnendes Beispiel sei der in Westösterreich signifikant höhere Männeranteil unter den Osteopathen/Osteopathinnen als im restlichen Bundesgebiet erwähnt, wobei in Vorarlberg sogar mehr Männer als Frauen den Beruf des Osteopathen ergreifen, während Osteopathie, gesamtösterreichisch betrachtet, vorwiegend ein Frauenberuf ist.

Die Qualität der Tätigkeit (gemessen am Ausmaß der Dokumentation und der Ausführung einer osteopathischen Diagnose bei jeder Sitzung) ist jedoch relativ homogen.

Welche osteopathische Techniken angewendet werden, ist hauptsächlich vom Basisberuf der Osteopathinnen und Osteopathen abhängig. Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium wenden mehr als die Hälfte der abgefragten osteopathischen Techniken signifikant seltener an, als Osteopathen/Osteopathinnen mit einer Physiotherapieausbildung. Daraus dass Osteopathen/Osteopathinnen mit Medizinstudium zusätzlich einen signifikant niedrigeren Anteil ihrer Tätigkeit der Osteopathie zuordnen (Median: 55% vs. 90% bei den Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen), ist abzuleiten, dass etwa die Hälfte Osteopathie nur als Zusatztherapie nutzen und daher eher die Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen als klassische Osteopathen/Osteopathinnen arbeiten, die dadurch, dass sie den Hauptanteil der Osteopathen/Osteopathinnen stellen, das öffentliche Bild der Osteopathie stärker prägen. Allerdings ist für die Nutzung einzelner Techniken auch das Geschlecht oder die Tätigkeitsdauer der Osteopathen/Osteopathinnen ausschlaggebend. Unterschiede zwischen Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten in ihrer Arbeitsweise bestehen lediglich in der Nutzung von HVLA-Techniken, die von Absolventen/Absolventinnen der WSO signifikant häufiger angewandt werden, als von jenen anderer Ausbildungsstätten.

Die hauptsächlich Vielseitigkeit osteopathischer Behandlungen besteht jedoch in der Anwendung zusätzlicher diagnostischer und therapeutischer Methoden, die

werden von etwas mehr als der Hälfte der Osteopathinnen und Osteopathen angewandt werden. Hier wurden von den 149 andere Techniken anwendenden Osteopathen/Osteopathinnen über 60 verschiedene Techniken genannt.

Unterschiede in Anzahl der pro Tag und pro Woche behandelten Patientinnen und Patienten, die vorwiegend vom Geschlecht und dem Basisberuf abhängen, wirken sich auch auf die Wartezeit auf einen Behandlungstermin aus.

Letztlich gibt es eine hohe Variabilität der Dauer und des Preises der osteopathischen Behandlungen, die ebenfalls hauptsächlich vom Geschlecht des Osteopathen, andererseits von der Tätigkeitsdauer und dem Basisberuf abhängen, aber auch regionale Unterschiede aufweisen.

Seit 2003 ist eine starke Erhöhung der Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen erkennbar, die vor allem bislang weniger versorgte Bundesländer betrifft. Ebenso ist eine Ansiedlung von Osteopathen/Osteopathinnen in Orten mit geringerer Einwohnerzahl zu beobachten. Anhand der trotz höherer Preise in Vergleich zu Belgien langen Wartezeiten auf einen Behandlungstermin ist erkennbar dass noch keine Sättigung des Bedarfs an Osteopathen/Osteopathinnen besteht.

Ebenso ist erkennbar, dass ein Bedarf an Kinderosteopathen/-osteopathinnen besteht. Etwa 60% der Osteopathinnen und Osteopathen gaben an, in den letzten sechs Monaten Babys bzw. Kinder bis 9 Jahre behandelt zu haben, der Anteil der ausgebildeten Kinderosteopathen/-osteopathinnen an der Grundgesamtheit der Osteopathen/Osteopathinnen in Österreich beträgt hingegen (Anfang 2013) nur 11,4 %.

Die WSO-Absolventen/Absolventinnen, die den Hauptanteil der in Österreich tätigen Osteopathen/Osteopathinnen bilden, heben sich von jenen, die an anderen Ausbildungsstätten ausgebildet wurden, nur in Teilbereichen ab. Die auffälligsten Charakteristika, die auf eine unterschiedliche Ausbildung zurückzuführen sein können, sind eine kürzere Dauer von Erst-, aber auch Folgekonsultationen, die bereits erwähnte häufigere Verwendung von HVLA-Techniken. Weiters werden Behandlungsmaßnahmen anteilmäßig von mehr WSO-Absolventen/Absolventinnen dokumentiert, Ergebnisse der Palpation jedoch von weniger. Zudem ist der Anteil der weniger Absolventen/Absolventinnen der WSO, die Mitglied der Österreichischen

Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO) sind, niedriger als der von anderen Ausbildungsstätten. Generell ist der Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die ÖGO-Mitglied sind, seit 2003 von 70% auf rund 52% abgesunken ist. Es ist zwar anhand der Befragungsergebnisse zu beobachten, dass Neuabsolventen/-absolventinnen erst später im Verlauf ihrer osteopathischen Tätigkeit der ÖGO beitreten, jedoch ist der Stellenwert einer Berufsvertretung, die zwar absolut betrachtet mehr Mitglieder hat, jedoch nur die Hälfte der Osteopathen/Osteopathinnen vertritt, geringer, als noch im Jahr 2003.

Für Folgestudien wäre es auch interessant, Osteopathen/Osteopathinnen, die in Städten tätig sind mit solchen zu vergleichen, die in ländlichen Gebieten arbeiten. Prinzipiell wäre das über die Einwohnerzahl des Praxisortes möglich, jedoch wäre zusätzlich ein Ausschluss von Orten im „Speckgürtel“ von Großstädten, die trotz geringerer Einwohnerzahl eher dem städtischen Umfeld zuzurechnen sind, empfehlenswert.

Nachträglich betrachtet, wäre ebenso ein Ausschluss von Osteopathen/Osteopathinnen, die nur einen geringen Teil ihrer Tätigkeit der Osteopathie zurechnen, überlegenswert, um das Tätigkeitsfeld der Osteopathen/Osteopathinnen ohne Einflüsse durch andere Berufsgruppen, die Osteopathie nur als Zusatzmethode anwenden, genauer eingrenzen zu können. Andererseits treten auch diese Therapeuten/Therapeutinnen als Osteopathen/Osteopathinnen auf, sodass diese zum öffentlichen Bild der Osteopathie in Österreich beitragen.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dauer der osteopathischen Tätigkeit nach nachträglicher Kategorisierung.	98
Abbildung 2: Zusammenhänge zwischen den untersuchten unabhängigen Variablen.	101
Abbildung 3: Alter der Osteopathen/Osteopathinnen (kategorisiert).	136
Abbildung 4: Altersverteilung der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	138
Abbildung 5: Altersverteilung der Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen (Physiotherapieausbildung, Medizinstudium und andere).	140
Abbildung 6: Altersverteilung in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	141
Abbildung 7: Verteilung der osteopathischen Praxen in den österreichischen	143
	372

Bundesländern.

Abbildung 8: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	149
Abbildung 9: Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	152
Abbildung 10: Zeitraum zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und dem der ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	155
Abbildung 11: Gewählte Ausbildungsstätten der Osteopathinnen und Osteopathen in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	160
Abbildung 12: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses.	162
Abbildung 13: Dauer der osteopathischen Tätigkeit.	166
Abbildung 14: Beginn der osteopathischen Tätigkeit.	167
Abbildung 15: Basisausbildung - Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung, Medizinstudium oder anderer Basisausbildung.	170
Abbildung 16: Basisausbildung von weiblichen und männlichen Osteopathen.	173
Abbildung 17: Ausübung einer zusätzlichen anderen professionellen Tätigkeit durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	177
Abbildung 18: Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die auch als Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Hebammen, sowie in nicht explizit spezifizierten Berufen arbeiten.	179
Abbildung 19: Arbeitsplatz – Institutionen, wo die Osteopathinnen und Osteopathen tätig sind, in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	184
Abbildung 20: Prozentueller Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit.	186
Abbildung 21: Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	188
Abbildung 22: Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die im Team mit Osteopathiekollegen/-kolleginnen und Physiotherapeuten/-therapeutinnen kooperieren, an den bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	195
Abbildung 23: Einwohnerzahl des Arbeitsortes.	196
Abbildung 24: Einwohnerzahl des Arbeitsortes der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	199
Abbildung 25: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag.	201
Abbildung 26: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von weiblichen und männlichen Osteopathen.	202
Abbildung 27: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche.	204
Abbildung 28: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen.	206
Abbildung 29: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	207
Abbildung 30: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche.	209
Abbildung 31: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen.	210
Abbildung 32: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Ärzten, Therapeuten, Kollegen und Patienten.	212

Abbildung 33: Preis für Erstkonsultation bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	222
Abbildung 34: Preis für Erstkonsultation der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	224
Abbildung 35: Preis für Folgetermine bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	227
Abbildung 36: Preis für Folgetermine der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	228
Abbildung 37: Zeit für Erstkonsultation.	233
Abbildung 38: Zeit für Erstkonsultation von weiblichen und männlichen Osteopathen.	234
Abbildung 39: Zeit für Folgetermin.	236
Abbildung 40: Zeit für Folgetermin von weiblichen und männlichen Osteopathen.	237
Abbildung 41: Zeit für Folgetermine der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	239
Abbildung 42: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	241
Abbildung 43: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	242
Abbildung 44: Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine.	244
Abbildung 45: Durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	247
Abbildung 46: Häufigkeit der Verwendung ausgewählter osteopathischer Techniken.	249
Abbildung 47: Häufigkeit der Verwendung von HVLA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen.	252
Abbildung 48: Häufigkeit der Verwendung von GOT-, TBA-Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen.	253
Abbildung 49: Häufigkeit der Verwendung von Flüssigkeitstechniken von weiblichen und männlichen Osteopathen.	254
Abbildung 50: Häufigkeit der Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen.	255
Abbildung 51: Häufigkeit der Anwendung funktioneller Techniken von bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	257
Abbildung 52: Verwendung anderer diagnostischer und therapeutischer Methoden durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	270
Abbildung 53: Dokumentation- Häufigkeit der Dokumentation unterschiedlicher Behandlungsschritte.	271
Abbildung 54: Bevorzugte Patientengruppen von weiblichen und männlichen Osteopathen.	277
Abbildung 55: Typisches Geschlecht der Patientenklientel bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	279
Abbildung 56: Altersgruppen der in den letzten sechs Monaten behandelten Patienten/Patientinnen-Klientel.	280
Abbildung 57: Häufigkeit der Behandlung von Patientengruppen mit einem Alter unter 6 Monaten und zwischen 3-9 Jahren durch bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätige.	283
Abbildung 58: Altersgruppen der in den letzten sechs Monaten behandelten Patienten/Patientinnen-Klientel.	285
Abbildung 59: Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit einer osteopathischen Tätigkeitsdauer von bis zu drei Jahren/4-6 Jahren/7-10 Jahren und mehr als 10 Jahren, die	287

die Alterskategorien der Patienten zwischen 6 und 36 Monaten und 30-39 Jahren als eine der drei häufigsten auswählten.

Abbildung 60: Antworten der Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung einzelner Körperregionen. 288

Abbildung 61: Antworten der Osteopathen/Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder. 292

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Osteopathen/Osteopathinnen laut Recherche und der beantworteten Fragebögen durch Osteopathinnen und Osteopathen, die nur in einem Bundesland tätig sind, sowie die daraus berechnete minimale Rücklaufquote.	95
Tabelle 2: Unabhängige Variable, deren Ausprägungen und die Größe der einzelnen Kategorien.	100
Tabelle 3: Ergebnisse der Überblicksanalyse mittels ANOVA (p-Werte).	104
Tabelle 4: Geschlechtsverteilung - Anteil der männlichen und weiblichen Osteopathen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	134
Tabelle 5: Geschlechtsverteilung - Anteil der weiblichen und männlichen Osteopathen in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	135
Tabelle 6: Alter der Osteopathen/Osteopathinnen.	136
Tabelle 7: Altersverteilung der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	138
Tabelle 8: Altersverteilung der Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	140
Tabelle 9: Altersverteilung - Anteil der einzelnen Alterskategorien in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	141
Tabelle 10: Minimale und maximale Rücklaufquoten in den einzelnen Bundesländern, sowie Angaben über Paralleltätigkeiten von Osteopathen/Osteopathinnen in mindestens zwei Bundesländern.	145
Tabelle 11: Verteilung der osteopathischen Praxen in den österreichischen Bundesländern (lt. Recherche) gegenübergestellt den prozentuellen Anteilen der Einwohnerzahl und der Ärzte in den einzelnen Bundesländern an der österreichischen Gesamtbevölkerung bzw. an allen österreichischen Ärzten. Zusätzlich ist die minimale Versorgungsdichte mit Osteopathen/Osteopathinnen in den einzelnen Bundesländern zusammengefasst.	146
Tabelle 12: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft.	148
Tabelle 13: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	149
Tabelle 14: Aktuelle ÖGO-Mitgliedschaften in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	151
Tabelle 15: Deskriptive Daten für die Dauer der ÖGO-Mitgliedschaft.	152
Tabelle 16: Deskriptive Daten für die Dauer des Zeitraums zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und jenem der ÖGO-Mitgliedschaft der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen, sowie Anteil der ÖGO-Mitglieder an allen Osteopathinnen und Osteopathen der jeweiligen Kategorie der osteopathischen Tätigkeitsdauer.	154
Tabelle 17: ÖGO-Beitritte in Abhängigkeit vom Zeitraum zwischen dem Beginn der osteopathischen Tätigkeit und dem Zeitpunkt des ÖGO-Beitritts, Anteil der zu diesen	157

Zeitpunkten der ÖGO beigetretenen Osteopathinnen und Osteopathen.

Tabelle 18: Ausbildungsstätte - Anteil der einzelnen Kategorien.	159
Tabelle 19: Gewählte Ausbildungsstätten der Osteopathinnen und Osteopathen in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	160
Tabelle 20: Ausbildungsstätte – Absolventen-/Absolventinnenzahlen der WSO und anderer Schulen in den österreichischen Bundesländern ohne Berücksichtigung von Osteopathen/Osteopathinnen, die in zwei Bundesländern Praxisitze haben.	161
Tabelle 21: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses - Anteil der einzelnen Kategorien.	163
Tabelle 22: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	164
Tabelle 23: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses von in Gruppenpraxen und in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen.	165
Tabelle 24: Grad des osteopathischen Ausbildungsabschlusses - Anteil der einzelnen Kategorien bei ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern.	166
Tabelle 25: Deskriptive Daten für die Dauer der osteopathischen Tätigkeit.	167
Tabelle 26: Basisausbildung - Anteil der Osteophtinnen und Osteopathen mit Physiotherapieausbildung, Medizinstudium oder anderer Basisausbildung.	170
Tabelle 27: Basisausbildung – Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit den Basisausbildungen Physiotherapieausbildung und Medizinstudium, sowie einer anderen Basisausbildung an den ausschließlich osteopathisch Tätigen und jenen Osteopathinnen und Osteopathen, die zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen.	172
Tabelle 28: Basisausbildung – Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen mit den Basisausbildungen Physiotherapieausbildung und Medizinstudium, sowie einer anderen Basisausbildung an den Osteopathen/Osteopathinnen die angestellt oder freiberuflich tätig sind, sowie jenen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind.	172
Tabelle 29: Basisausbildung von weiblichen und männlichen Osteopathen.	173
Tabelle 30: Diplome – Anzahl der Nennungen, sowie relative Anteile an deren Gesamtzahl und relative Häufigkeit der Nennung bezogen auf alle 284 Osteopathen/Osteopathinnen.	174
Tabelle 31: Andere professionelle Tätigkeit - Anteil der ausschließlich osteopathisch tätigen Osteopathen/Osteopathinnen und jener, die zusätzlich anderen professionelle Tätigkeiten nachgehen.	176
Tabelle 32: Ausübung einer zusätzlichen anderen professionellen Tätigkeit durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	177
Tabelle 33: Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die auch als Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Hebammen, sowie in nicht explizit spezifizierten Berufen arbeiten und Anteil der Osteopathinnen und Osteopathen, die in ihrem Basisberuf arbeiten.	180
Tabelle 34: Arbeitsplatz - Institution wo die osteopathische Tätigkeit ausgeübt wird- Anteil der einzelnen Kategorien.	180
Tabelle 35: Arbeitsplatz - Institution in der die osteopathische Tätigkeit ausgeübt wird, in Abhängigkeit davon, ob die Osteopathen/Osteopathinnen ausschließlich osteopathisch tätig sind, oder zusätzlich einer anderen professionellen Aktivität nachgehen. Zusätzlich ist der Prozentanteil ausschließlich osteopathisch Tätiger in der jeweiligen Institution ausgewiesen.	182
Tabelle 36: Arbeitsplatz - Institutionen, wo die Osteopathinnen und Osteopathen tätig sind in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	184
Tabelle 37: Arbeitsplatz - Institutionen, wo ÖGO-Mitglieder und Nichtmitglieder tätig sind. Zusätzlich ist der Anteil der ÖGO-Mitglieder an den in den jeweiligen Institutionen tätigen Osteopathen/Osteopathinnen angeführt.	185

Tabelle 38: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit.	186
Tabelle 39: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	188
Tabelle 40: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	189
Tabelle 41: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit in Abhängigkeit vom Arbeitsverhältnis.	190
Tabelle 42: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit bei Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten.	191
Tabelle 43: Deskriptive Daten für den prozentuellen Anteil der osteopathischen an der gesamten Tätigkeit bei ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern.	191
Tabelle 44: Arbeitsverhältnis - Anteil der ausschließlich freiberuflich tätigen und der ausschließlich angestellt tätigen Osteopathinnen und Osteopathen, sowie jener, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind.	191
Tabelle 45: Arbeitsverhältnis - Anteil der freiberuflich und angestellt Tätigen, sowie jener Osteopathen/Osteopathinnen die sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig sind an den Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	192
Tabelle 46: In Einzel- und Gruppenpraxen arbeitende Osteopathinnen und Osteopathen.	192
Tabelle 47: Häufigkeit von Kooperationen mit anderen Berufsgruppen von in Gruppenpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen.	193
Tabelle 48: Kooperationen von in Gruppenpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen mit anderen als den explizit im Fragebogen angeführten Berufsgruppen.	194
Tabelle 49: Einwohnerzahl des Arbeitsortes - Anteil der einzelnen Kategorien und Daten über die Bevölkerung nach Gemeinden.	196
Tabelle 50: Einwohnerzahl der Arbeitsorte von in Gruppenpraxen und in Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen. Zusätzlich ist der prozentuelle Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die in Gemeinschaftspraxen arbeiten für die jeweiligen Größen der Praxisorte ausgewiesen.	198
Tabelle 51: Einwohnerzahl des Arbeitsortes der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	200
Tabelle 52: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag.	201
Tabelle 53: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von weiblichen und männlichen Osteopathen.	202
Tabelle 54: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	203
Tabelle 55: Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitstag von in Gruppenpraxen und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen.	204
Tabelle 56: Deskriptive Daten für die Anzahl der Patienten/ Patientinnen pro Arbeitswoche.	204
Tabelle 57: Deskriptive Daten für die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen.	206
Tabelle 58: Deskriptive Daten für die Anzahl der Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	208
Tabelle 59: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche.	209
Tabelle 60: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche von weiblichen und männlichen Osteopathen.	210

Tabelle 61: Anzahl neuer Patienten/Patientinnen pro Arbeitswoche bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	211
Tabelle 62: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Ärzten, Therapeuten, Kollegen und Patienten.	212
Tabelle 63: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Patienten/Patientinnen durch Osteopathinnen und Osteopathen in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	214
Tabelle 64: Einschätzung der Häufigkeit der Unkenntnis über Empfehlungen durch Osteopathinnen und Osteopathen in West-, Ost- und Südösterreich.	214
Tabelle 65: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Kollegen/Kolleginnen durch in Gemeinschaftspraxen bzw. Einzelpraxen arbeitenden Osteopathinnen und Osteopathen	215
Tabelle 66: Einschätzung der Häufigkeit von Empfehlungen von Ärzten/Ärztinnen durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	216
Tabelle 67: Häufigkeit des Einsatzes unterschiedlicher Werbemaßnahmen.	216
Tabelle 68: Häufigkeit des Einsatzes zusätzlicher Werbemaßnahmen.	217
Tabelle 69: Preis für Erstkonsultation.	221
Tabelle 70: Preis für Erstkonsultation bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	222
Tabelle 71: Preis für Erstkonsultation der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	224
Tabelle 72: Preis für Erstkonsultation bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	225
Tabelle 73: Preis für Folgetermine.	226
Tabelle 74: Preis für Folgetermine bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	227
Tabelle 75: Preis für Folgetermine der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	228
Tabelle 76: Preis für Folgetermine in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	229
Tabelle 77: Preis für Folgetermine bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	230
Tabelle 78: Soziale Staffelung.	230
Tabelle 79: Soziale Staffelung - Häufigkeit der Nennung einzelner allgemeiner Kriterien und relative Häufigkeit bezogen auf die Anzahl aller Nennungen und auf die Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, Preise sozial zu staffeln.	231
Tabelle 80: Soziale Staffelung - Anteil von Bevölkerungsgruppen, die in den Genuss einer sozialen Staffelung der Behandlungspreise kommen.	231
Tabelle 81: Zeit für Erstkonsultation.	233
Tabelle 82: Zeit für Erstkonsultation bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	234
Tabelle 83: Zeit für Erstkonsultation in Abhängigkeit von der Ausbildungsstätte (WSO/andere).	235
Tabelle 84: Zeit für Erstkonsultation von in Gruppenpraxen und Einzelpraxen arbeitenden Osteopathen/Osteopathinnen.	235
Tabelle 85: Zeit für Folgetermin.	236
Tabelle 86: Zeit für Folgetermin bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	237
Tabelle 87: Zeit für Folgetermin der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10	239

Jahre osteopathisch Tätigen.

Tabelle 88: Zeit für Folgetermin bei Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten.	239
Tabelle 89: Typische Anzahl von Konsultationen pro Patient/Patientin und Jahr - Anteil der einzelnen Kategorien.	240
Tabelle 90: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	241
Tabelle 91: Typische Anzahl von Konsultationen/Patient/Jahr der bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	243
Tabelle 92: Deskriptive Daten für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine.	245
Tabelle 93: Deskriptive Daten für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine in den geographischen (NUTS1) Regionen West-, Ost- und Südösterreich.	246
Tabelle 94: Deskriptive Daten für die durchschnittliche Wartezeit auf Behandlungstermine bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	247
Tabelle 95: Terminvergabe nach Abschluss einer Behandlungsserie.	248
Tabelle 96: Verbindliche Terminvergabe im vorhinein.	248
Tabelle 97: Osteopathische Diagnose bei jeder Sitzung.	248
Tabelle 98: Häufigkeit der Verwendung ausgewählter osteopathischer Techniken.	250
Tabelle 99: Häufigkeit der Verwendung von HVLA-Techniken durch weibliche und männliche Osteopathen.	252
Tabelle 100: Häufigkeit der Verwendung von GOT-, TBA-Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen.	253
Tabelle 101: Häufigkeit der Verwendung von Flüssigkeitstechniken von weiblichen und männlichen Osteopathen.	254
Tabelle 102: Häufigkeit der Verwendung von neurocranialen und viscerocranialen Techniken von weiblichen und männlichen Osteopathen.	255
Tabelle 103: Häufigkeit der Anwendung funktioneller Techniken von bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	257
Tabelle 104: Häufigkeit der Anwendung von Weichteiltechniken durch bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	258
Tabelle 105: HVLA-Techniken – Häufigkeit der Anwendung durch Absolventen/Absolventinnen der WSO und anderer Ausbildungsstätten.	259
Tabelle 106: MET-Techniken – Häufigkeit der Anwendung durch durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	260
Tabelle 107: Faszientechiken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung.	261
Tabelle 108: Weichteiltechniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung.	262
Tabelle 109: Flüssigkeitstechniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung.	263
Tabelle 110: Viscerale Manipulationen – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder einer anderen Basisausbildung.	263
Tabelle 111: Neuro- und viscerocraniale Techniken – Häufigkeit der Anwendung durch Osteopathinnen und Osteopathen mit einer Ausbildung in Medizin, Physiotherapie oder	264

einer anderen Basisausbildung.

Tabelle 112: Empfehlungen. Anzahl der einzelnen Kategorien, sowie relativer Anteil an der Gesamtzahl der Nennungen und der Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, Empfehlungen auszusprechen.	265
Tabelle 113: Empfehlungen von Therapieformen (bzw. Therapeuten als Person). Anzahl der einzelnen Kategorien, sowie relativer Anteil an der Gesamtzahl der Nennungen und der Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, Empfehlungen auszusprechen.	265
Tabelle 114: Verwendung anderer therapeutischer und diagnostischer Methoden neben den osteopathischen Techniken. Anzahl der Nennung der einzelnen Methoden, sowie deren relativer Anteil an der Gesamtzahl der Nennungen und der Osteopathen/Osteopathinnen, die angaben, andere therapeutische und diagnostische Methoden zu verwenden.	267
Tabelle 115: Dokumentation- Häufigkeit der Dokumentation unterschiedlicher Behandlungsschritte.	271
Tabelle 116: Zusätzliche Dokumentation- Häufigkeit der Dokumentation nicht explizit im Fragebogen angeführter Behandlungsschritte.	272
Tabelle 117: Dokumentation: Ergebnisse der χ^2 -Tests, bzw. Exakten Tests nach Fisher auf Unterschiede zwischen ÖGO-Mitgliedern und Nichtmitgliedern im Ausmaß der Dokumentation.	
Tabelle 118: Bevorzugte Patientengruppen.	275
Tabelle 119: Bevorzugte Patientengruppen – Ergänzende Angaben der Osteopathinnen und Osteopathen im freien Textfeld.	275
Tabelle 120: Typisches Geschlecht der Patientenklientel.	278
Tabelle 121: Typisches Geschlecht der Patientenklientel bei weiblichen und männlichen Osteopathen.	279
Tabelle 122: Häufigkeit der Behandlung von Patientengruppen mit einem Alter unter 6 Monaten und zwischen 3-9 Jahren durch bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätige.	284
Tabelle 123: Anteil der Osteopathen/Osteopathinnen, die die Alterskategorien der Patienten zwischen 6 und 36 Monaten und 30-39 Jahren als eine der drei häufigsten auswählten in Abhängigkeit von der Tätigkeitsdauer.	286
Tabelle 124: Antworten der Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung einzelner Körperregionen.	289
Tabelle 125: Häufigkeit von Beschwerden des Ellbogens bei männlichen und weiblichen Osteopathen.	290
Tabelle 126: Häufigkeit von Beschwerden des Ellbogens bei Osteopathen/Osteopathinnen durch Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	291
Tabelle 127: Antworten der Osteopathinnen auf die Frage nach der Häufigkeit der Behandlung ausgewählter Krankheitsbilder.	292
Tabelle 128: Behandlungshäufigkeit von Schreibabys bei bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	294
Tabelle 129: Behandlungshäufigkeit von chronischer Otitis bei bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	295
Tabelle 130: Behandlungshäufigkeit von Torticollis bei bis drei Jahre/4-6 Jahre/7-10 Jahre und länger als 10 Jahre osteopathisch Tätigen.	296
Tabelle 131: Behandlungshäufigkeit von unspezifischen Beschwerden bei Osteopathen/Osteopathinnen mit unterschiedlichen Basisausbildungen.	296
Tabelle 132: Zusätzliche, im Praxisbetrieb von einzelnen Osteopathen/Osteopathinnen häufig beobachtete Krankheitsbilder.	297

10. Literaturverzeichnis

Berthold L. (2011): Craniosacrale Osteopathieanbieter. Überblick und Vergleich der in Österreich angebotenen Bildungsmöglichkeiten im Teilbereich Craniosacrale Osteopathie. Masterthese, Wien: WSO.

Biberschick M. (2010): Die Routineuntersuchung in der Osteopathie. Masterthese, Wien: WSO.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011): 1. Bericht zum freiwilligen Engagement in Österreich. Online unter:

<http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/3/4/0/CH0016/CMS1245323761951/freiwilligenbericht.pdf>

Letzter Zugriff: 2012-12-27

BMWF (2012): Universitätslehrgang Osteopathie (MSc). Online unter:

[http://www.bmwf.gv.at/nc/print/startseite/studierende/studieren_in_oesterreich/informationen_fuer_studierende/universitaeten/weiterbildung_an_universitaeten/gesundheitswesen/osteopathie_msc/?sword_list\[0\]=osteopathie](http://www.bmwf.gv.at/nc/print/startseite/studierende/studieren_in_oesterreich/informationen_fuer_studierende/universitaeten/weiterbildung_an_universitaeten/gesundheitswesen/osteopathie_msc/?sword_list[0]=osteopathie)

(Letzter Zugriff: 2012-10-13).

BMWF/Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung. (1999): Der Europäische Hochschulraum gemeinsame Erklärung der Europäischen Bildungsminister. Online unter: www.bmwf.gv.at/fileadmin/user_upload/...bologna/bologna_dt.pdf (Letzter Zugriff: 2010-04-05).

Cameron, M. (1998): Geschichte, Ausbildung und Praxis der Osteopathie in Australien und den USA- ein Vergleich. Manuelle Medizin 36: 282-289.

Der Standard (2012): Niederösterreicher sind die Internetmuffel der Nation. 18. August 2011. Online unter: <http://derstandard.at/1313024546164/Niederoeesterreicher-sind-die-Internetmuffel-der-Nation> (Letzter Zugriff: 2012-12-13).

DUK (2005): Mitteilungsblatt 2005 / Nr. 18 vom 03. Mai 2005 - 24. Verordnung über die Einrichtung und den Studienplan des Universitätslehrganges „Osteopathie“ mit dem Abschluss Master- of Science (Osteopathie) – MSc. Online unter:

http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/donau-uni/mitteilungsblaetter/2005/duk_mb_1805.pdf

(Letzter Zugriff: 2012-10-12).

DUK (2008): 138. Verordnung der Donau-Universität Krems über die Einrichtung und das Curriculum des Universitätslehrganges „Osteopathie“ mit dem Abschluss Master of Science (Osteopathie)

(Wiederverlautbarung). Online unter: http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/donau-uni/mitteilungsblaetter/2008/duk_mb_2408.pdf

(Letzter Zugriff: 2012-10-12).

Engel, R. (2009): Studienrechtliche Informationen zum „Universitätslehrgang Osteopathie“. Aussendung vom 17.09.2009. Wien: WSO.

Eppensteiner M. (2006) Development of a questionnaire to analyse the knowledge of medical doctors about osteopathy. Masterthese, Wien: WSO.

Eurostat (2011): NUTS (Nomenclature of Territorial Units for Statistics), by regional level (NUTS). Online unter:

http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures/index.cfm?TargetUrl=LST_CLS_DLD&StrNom=NUTS_33&StrLanguageCode=EN Download: NUTS Classification in MS-Excel

format.

(Letzter Zugriff: 2013-05-12)

Feurstein D. (2006): Das Berufsbild Osteopathie im Großraum Bodensee (Westösterreich, Süddeutschland, Ostschweiz, Liechtenstein). Masterthese, Wien: WSO.

FHG (2012): Osteopathie - Lehrgang zur Weiterbildung gemäß § 14a FHStG – Curriculum Matrix. Online unter:

http://www.fhg-tirol.ac.at/dataarchive/data58/lehrgang_ost_curriculum_matrix_2011_10_14.pdf

(Letzter Zugriff: 2012-10-13).

Fossum C. (2010). Die osteopathische Diagnosefindung. In: Liem T. und Dopler TK. (Hrsg.). Leitfaden Osteopathie. München: Urban & Fischer Elsevier GmbH.

Gerke, W., Breipohl W., Forster J., Hahn EG., Kraft HG., Öchsner W., Schirlo C., Tullius M. und Wennekes V. (2005): Medizinische Ausbildung und der Bologna- Prozess. Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Online unter:

<http://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org>

Gevitz, N. (2006): Center or Periphery? The Future of Osteopathic Principles and Practices. J Am Osteopath Assoc. 2006 Vol106(3): 121-129. Online unter:

<http://www.jaoa.org/content/106/3/121.long>

(Letzter Zugriff: 2013-05-29).

Haas, N.P., Hoppe J.-D. und Scriba PC. (2009): Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. Dtsch Arztebl 106(46): A-2325 / B-1997 / C-1941.

Online unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/66809>

(Letzter Zugriff: 2012-10-13).

Häußermann D. (1997): Allensbach-Studie: Wachsendes Vertrauen in Naturheilmittel.

Dtsch Arztebl 1997; 94(39): A-2466 / B-2108 / C-1974

Online unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/7802> (Letzter Zugriff: 2012-12-13)

Herold (2011): Gelbe Seiten. Online unter:

http://www.herold.at/gelbe-seiten/was_osteopath/

(Letzter Zugriff: 2011-08-29).

IAO (2012 A): Training osteopathy. Online unter:

<http://www.osteopathie.eu/en/training-osteopathy>

(Letzter Zugriff: 2012-10-11).

IAO (2012 B): Ausbildung Osteopathie Österreich. Online unter:

<http://www.osteopathie.eu/de/ausbildung-osteopathie-oesterreich>

(Letzter Zugriff: 2012-10-11).

IAO (2012 C): Master of Science training in osteopathy. Online unter:

<http://www.osteopathie.eu/en/training/diplomas/master-of-science-training-in-osteopathy>

(Letzter Zugriff: 2012-10-11).

IAO (2012): Recognition of Osteopathy in Europe. Online unter:

<http://www.osteopathie.eu/en/osteopathy/recognition-of-osteopathy-in-europe>

(Letzter Zugriff: 2012-10-11).

KCE (2010): Synthèse du rapport 'Etat des lieux de l'ostéopathie et de la chiropraxie en Belgique'.

Online unter:

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_148b_ost%C3%A9opathie_et_chiropraxie_en_belgique_synth%C3%A8se.pdf (Letzter Zugriff: 2012-11-26).

Lammer M. (2008): Osteopathen/innen und Ärzte/innen - ein Spannungsfeld ?
Masterthese, Wien: WSO.

Marstedt G.: Alternative Medizin: Eine Bilanz aus Patientensicht Online unter:
<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/AlternativmedizinBilanz.pdf>.
(Letzter Zugriff: 2012-12-13)

Medizinische Universität Wien (2009): Jahresbericht 2009. Online unter:
http://www.meduniwien.ac.at/bilder/MedUni_Wien_Jahresbericht_2009_web.pdf
(Letzter Zugriff: 2012-10-16).

Morandell R. (2009): Die Integration der Osteopathie in die öffentliche
Gesundheitsversorgung in Südtirol. Masterthese, Wien: WSO.

Murillo Kochen R. (2008): Find it, fix it, leave it alone. Betrachtung der Anamnese,
Behandlung und Heilung aus phänomenologischem Gesichtspunkt. Abschlussarbeit,
Hamburg: Osteopathie Schule Deutschland.

ÖÄGMM (2012): Kurse Osteopathie. Online unter:
www.manuellemedizin.org/html/kurse_osteopathie.html
(Letzter Zugriff: 2012-12-06)

Och V. (2011): Hat der Osteopath einen bestimmten Persönlichkeitstypus? Masterthese,
Wien: WSO.

ÖGO (2005): Der osteopathische Standard. Online unter:
http://www.oego.org/cms/fileadmin/uploads/Formulare/Der_osteopathische_Standard.pdf
(Letzter Zugriff: 2012-10-11).

ÖGO (2011): OsteopathInnen Suche. Online unter:
<http://www.oego.org/cms/index.php?id=24>
(Letzter Zugriff: 2011-08-29).

ÖGO (2012): Der Osteopathische Standard. Online unter:
<http://www.oego.org/cms/index.php?id=50>
(Letzter Zugriff: 2012-10-15).

ÖGO (2012A): Ausbildung. Online unter:
<http://www.oego.org/cms/index.php?id=44>
(Letzter Zugriff: 2012-10-11).

ÖGO (2012B): Gesellschaft: Ziele und Aufgaben. Online unter:

<http://www.oego.org/cms/index.php?id=48>

(Letzter Zugriff: 2012-09-26).

ÖGO (2012C): Wir über uns. Online unter: <http://www.oego.org/cms/index.php?id=47>

(Letzter Zugriff: 2012-10-16).

OIA (2012): History and Current Context of the Osteopathic Profession. Status Report on Osteopathy Stage 1 Online unter: <http://www.oialliance.org/oia-status-report-history-context-of-osteopathic-profession.pdf>

(Letzter Zugriff: 2012-10-15).

Onlineumfragen.com (2011): Onlineumfragen.com. Online unter:

<http://www.onlineumfragen.com/>

(Letzter Zugriff: 2012-10-12).

OZK (2012): Ausbildung. Online unter:

<http://www.ozk.at/index.php?id=3>

(Letzter Zugriff: 2012-10-14).

OZK (2013): KinderosteopathInnen.

Online unter: <http://www.ozk.at/index.php?id=11>

(Letzter Zugriff: 2013-05-14).

Physio Austria (2012): 50 Jahre Physio Austria: Interessenvertretung und Qualitätssicherung für

PhysiotherapeutInnen in Österreich. Wien: Presseinformation vom 08.09.2011. Online unter:

<http://www.physioaustria.at/sites/default/files/Artikel/presseinfophysioaustriaallgemein2011.pdf> (Letzter Zugriff: 2012-09-27)

Pingitzer T. (2008): How often are thrust techniques used in practice. Masterthese, Wien: WSO.

Pithan, M. (2008): Die RL 2005/36/EG Anerkennung von Berufsqualifikationen in der Europäischen Union. Dissertation Wien: Universität Wien.

Porst, R. (2001): Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht; Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen –ZUMA. How-to-Reihe, Nr. 09 Online unter:

<http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/20141>

(Letzter Zugriff: 2013-02-12).

Prenner J. (2012): Gespräch mit Jutta Prenner (Assistentin der Geschäftsführung) am 2012-10-04. Eigene Notizen. Wien: WSO.

Riermeier R. (2011): Eine empirische Studie zum beruflichen Selbstverständnis von OsteopathInnen und deren Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie. Masterthese, Wien: WSO.

RIS (2012): Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien-BGBl. I Nr. 120/2002 (Universitätsgesetz 2002 – UG). Online unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002128&FassungVom=2012-10-12> (Letzter Zugriff: 2012-10-12).

RIS (2012A): 22. Bundesgesetz über die Universität für Weiterbildung Krems (DUK-Gesetz 2004). Online unter: http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2004_I_22/BGBLA_2004_I_22.pdf (Letzter Zugriff: 2012-10-12).

RIS (2012B): Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem. Online unter: <http://www.ris.bka.gv.at> (Letzter Zugriff: 2012-10-12).

RIS (2012C): Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz). Online unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010701> (Letzter Zugriff: 2012-10-12).

RIS (2012D): Bundesgesetz über Vereine (Vereinsgesetz 2002 - VerG). Online unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001917> (Letzter Zugriff: 2012-10-12).

RIS (2012E): Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998). Online unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138> (Letzter Zugriff: 2013-04-25).

Rüscher M (2007): Communication Concept for the Austrian Osteopathic Association and the Individual Osteopath. Masterthese, Wien: WSO.

Seewald S. (2007) Doctors' knowledge of osteopathy in the district of Bregenz (Vorarlberg/Austria). Masterthese, Wien: WSO.

Statistik Austria (2011): Soziales. Online unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/index.html
(Letzter Zugriff: 2013-05-29).

Statistik Austria (2012): Personal im Gesundheitswesen. Online unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Download: Personal in Krankenanstalten 2011 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern. (Letzter Zugriff: 2012-10-16).

Statistik Austria (2012A): Personal im Gesundheitswesen. Online unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Download: Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen 2011 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern. (Letzter Zugriff: 2012-10-16).

Statistik Austria (2012B): Bevölkerung nach Gemeinden am 1.1.2012. Online unter:
http://www.statistik.at/web_de/static/einwohnerzahl_nach_gemeinden_mit_status_1.1.2012_064320.pdf . (Letzter Zugriff: 2012-11-26).

Statistik Austria (2012C): Verbraucherpreisindex. Online unter:
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/preise/verbraucherpreisindex_vpi_hvpi/index.html
Download: VPI Inflationsraten und Indizes 1999 bis 2011. (Letzter Zugriff: 2012-12-13).

Statistik Austria (2012D): Bildung in Zahlen 2010/2011 Struktur des österreichischen Bildungswesens. Online unter:
http://www.statistik.at/web_de/static/pressegesprach_bildung_in_zahlen_201011_063694.pdf (Letzter Zugriff: 2012-12-13).

Stemedeseder G. (2007): Die Anwendung von visceralen Techniken in der Osteopathischen Praxis in Österreich. Masterthese, Wien: WSO.

Still A.T. (2000):Autobiography of A.T.Still (2nd Ed., 5th reprint). Indianapolis: American Academy of Osteopathy.

Sumesgutner A. (2007): Who are our guests? A quantitative social study about the social

stratum of patients consulting an osteopath in private practice in Vienna and their subjective physical and mental wellbeing. Masterthese, Wien: WSO.

Tamkin R. (2011): A qualitative study of osteopaths' opinions about maintenance treatment. Research Paper. London: The British School of Osteopathy.

Van der Wende, M. (2000): The Bologna Declaration: Enhancing the Transparency and Competitiveness of European Higher Education. Higher Education in Europe 25 (3). 305-310.

VOD (2012): Therapeutenliste. Online unter: <http://www.osteopathie.de/de-therapeuten-therapeutenliste.html> (Letzter Zugriff: 2012-11-26).

Wagner-Scheidel B. (2006): Wie kommen sie eigentlich zu uns? Eine quantitative Sozialstudie über die Wege, wie Patienten zu osteopathischen Behandlungen kommen. Masterthese, Wien: WSO.

WHO (2010): Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine -

Benchmarks for Training in Osteopathy. Online unter: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf> (Letzter Zugriff: 2012-10-15).

Wilfling E. (2007): Survey, Systematisation and Comparison of Professional, Advanced and Continuing Training Programs for Osteopathy available in Austria in the Winter Term 2006/2007. Masterthese, Wien: WSO.

Wotruba S. (2010): The level of knowledge about osteopathy among medical doctors in private practice in the rural and small-town Weinviertel region. Masterthese, Wien: WSO.

WSO (2011): Infoblatt Postgradualer Lehrgang „Neue Entwicklungen in der Osteopathie“. Wien: WSO.

WSO (2011A): Osteopathinnenliste. Online unter: <http://www.wso.at/index.php/osteopathen-finden> (Letzter Zugriff: 2011-08-29).

WSO (2012): Die Schule. Online unter: <http://www.wso.at/index.php/wso/die-schule> (Letzter Zugriff: 2012-10-11).

WSO (2012A): Projekte und Kooperationspartner. Online unter:

<http://www.wso.at/index.php/wso/projekte-a-kooperation>

(Letzter Zugriff: 2012-10-11).

WSO (2012B): Die Ausbildung im Überblick. Online unter:

<http://www.wso.at/index.php/die-ausbildung/die-ausbildung-im-ueberblick#main-shift>

(Letzter Zugriff: 2012-10-12).

WSO (2012C): Die Ausbildung im Überblick. Online unter:

<http://www.wso.at/index.php/kursprogramm/universitaetslehrgang>

(Letzter Zugriff: 2012-10-12).

WSO (2012D): Postgraduate-Seminare.

<http://www.wso.at/index.php/kursprogramm/postgraduateseminare>

(Letzter Zugriff: 2012-10-13).