

Die osteopathische Behandlung aus PatientInnensicht

**Interviews mit PatientInnen über ihre subjektive Befindlichkeit bei osteopathischen
Behandlungen**

MASTER - THESIS

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Osteopathie

vorgelegt von

Johanna Hocher

Matr. Nr.: 00006897

Department für Gesundheitswissenschaften und Biomedizin

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin 1: Katharina Wimmer, MSc

Betreuerin 2: Mag. Dr. Astrid Grant Hay



01.06.2018

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Johanna Hocher, geboren am 16.05.1981 in Wien, erkläre,

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

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

An erster Stelle möchte ich meinen Eltern danken, ohne deren Unterstützung die vielen Ausbildungsjahre nicht möglich gewesen wären und die mich immer in der Freiheit erziehen haben, meinen eigenen Weg zu gehen.

Großer Dank gilt meinem Expertinnenteam Julia, Magdalena und Martina für die konstruktive und ausdauernde Unterstützung bei der qualitativen Inhaltsanalyse. Martina sei auch sehr gedankt für die Transkription der Interviews.

Ganz besonders möchte ich mich bei Magdalena, Martin, Peter und Philipp für das gewissenhafte Korrekturlesen und die konstruktiven Überarbeitungsvorschläge bedanken. Martin danke ich zusätzlich für die tatkräftige Unterstützung beim Formatieren und seine Geduld.

An dieser Stelle möchte ich meinen Betreuerinnen Astrid und Kathi herzlich danken, die mir von Beginn an motiviert zur Seite gestanden sind und mich mit ihrer fachlichen Kompetenz in den letzten Jahren begleitet haben.

Julia, Linde, Marco und Rebecca danke ich sehr für die Korrektur der englischen Texte und die Spontaneität in ihrer Unterstützung. Großer Dank gilt Karin für die Unterstützung bei der Erstellung der Grafiken und Tabellen.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meinem Sohn Laurenz, der in meinem zweiten Ausbildungsjahr an der Wiener Schule für Osteopathie auf die Welt gekommen ist. Er musste immer wieder viel Geduld an den Tag legen und beglückt mein Leben mit seinem fröhlichen Wesen.

Diese Arbeit hat wesentlich von der Offenheit der InterviewpartnerInnen profitiert und an dieser Stelle möchte ich ihnen herzlich dafür danken.

Auch danke ich meinen eigenen PatientInnen, die mich animieren, mich selbst und meine therapeutischen Fähigkeiten zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Nicht zuletzt deshalb war mir das Thema der vorliegenden Arbeit ein großes Anliegen.

Ich widme die Arbeit all jenen Menschen, die schon einmal die PatientInnenrolle kennengelernt und dadurch erfahren haben, wie wichtig ein achtsamer Umgang ist.

ABSTRACT

Autorin: Johanna Hocher

Titel: Die osteopathische Behandlung aus PatientInnensicht – Interviews mit PatientInnen über ihre subjektive Befindlichkeit während osteopathischen Behandlungen.

Zweck der Studie: Das Ziel der Studie ist, Faktoren zu identifizieren, die Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit der PatientInnen während einer osteopathischen Therapie haben. Es sollen jene Faktoren gefiltert werden, die durch die OsteopathInnen aktiv veränderbar sind.

Studiendesign: Leitfadengestützte, nicht-standardisierte Interviews mit halb-strukturierten und offenen Fragen.

Methodik: Interviews mit 13 PatientInnen im Alter zwischen 24 und 80 Jahren, die zumindest ein Mal in Österreich osteopathisch behandelt wurden. Die Interviews wurden mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) analysiert.

Ergebnisse: Kommunikation mit den OsteopathInnen steht für PatientInnen im Zentrum der Interaktion. Sie kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die Befindlichkeit der PatientInnen auswirken. Positiv wird der Aufbau einer Beziehung und der Einsatz für eine gute Aufklärung bewertet. Negativ wird die Befindlichkeit durch fehlende Empathie seitens der OsteopathInnen beeinflusst, wenn diese die persönlichen Grenzen der PatientInnen nicht wahrnehmen. Räumliche und organisatorische Faktoren stehen für PatientInnen im Hintergrund.

Diskussion: Ein steigendes wissenschaftliches Interesse an der Befindlichkeit von PatientInnen während der osteopathischen Behandlung ist von großem Nutzen für den therapeutischen Alltag. Durch Anpassung der Behandlungen an die subjektiven Bedürfnisse der Menschen kann die Zufriedenheit mit der Therapie verbessert werden, was ein zusätzliches Potential für die Aktivierung der Selbstheilungskräfte birgt.

Schlüsselwörter: *Osteopathie, Befindlichkeit, PatientInnensicht, Behandlungszufriedenheit, Empathie*

ABSTRACT

Author: Johanna Hocher

Titel: The osteopathic treatment from the patient's point of view - Interviews with patients about their subjective well-being during osteopathic treatments.

Objective: The aim of the study is to identify factors that influence the subjective well-being of patients during osteopathic treatment. The purpose is to analyze those factors that can be actively influenced by osteopaths.

Study design: Guided, non-standardized interviews with semi-structured and open questions.

Method: Interviews with 13 patients between the age of 24 and 80, who were treated in Austria osteopathically at least once. The interview analysis is done by using the Qualitative Content Analysis based on Mayring (2003).

Results: Communication with the osteopaths is at the center of the interaction with the patients. This can have a positive as well as a negative effect on the patient's well-being. On the positive side there is the building of a relationship and the commitment to good education through communication. On the negative side, the emotional state can be influenced by a lack of empathy on the part of the osteopaths when they do not perceive the personal limits of the patients. Spatial and organizational factors are not the main focus of the patients.

Discussion: An increasing scientific interest in the well-being of the patients during the osteopathic treatment is of great benefit for the therapeutic procedure. By adapting the treatment to the subjective needs of people, the satisfaction with the therapy can be improved. This has an additional potential for activating the self-healing powers.

Keywords: *Osteopathy, well-being, patient view, empathy, attentiveness*

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	5
2. DEFINITION GRUNDLEGENDER BEGRIFFLICHKEITEN.....	8
2.1. Subjektive Befindlichkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	8
2.2. Gesundheit und Krankheit.....	9
2.2.1. Gesundheit	9
2.2.2. Krankheit.....	10
2.3. Heilung und Therapieerfolg	12
2.3.1. Einflussfaktoren auf Heilung und Therapieerfolg.....	12
2.3.1.1. Der Placebo-Effekt	13
2.3.1.2. Kommunikation und Beziehung	13
2.3.1.3. Medizinische Prognosen und Erwartungshaltung	16
2.3.1.4. Die Beziehung zwischen PatientInnen und dem medizinischen Personal..	17
2.3.1.5. Das Behandlungssetting	19
2.3.1.6. Das Auftreten der OsteopathInnen und MitarbeiterInnen	21
2.3.1.7. Selbstkontrolle und Selbstbestimmung der PatientInnen.....	22
2.3.1.8. Soziales Umfeld	23
2.3.1.9. Kultur, Glaube und Religion	23
2.3.1.10. Psychosomatische Faktoren	24
2.3.1.11. Das Unbewusste	25
3. METHODISCHES FORSCHUNGSDESIGN.....	26
3.1. Qualitative Sozialforschung.....	26
3.2. Beschreibung des Feldes und des Feldzugangs	27
3.2.1. Einschlusskriterien.....	27
3.2.2. Stichprobengröße	27

3.2.3.	Art der Stichprobenziehung	29
3.3.	Erhebungs- und Auswertungsmethoden	29
3.3.1.	Leitfadeninterviews	29
3.3.2.	Validität und Reliabilität (Golden Standard).....	30
3.3.3.	Qualitative Inhaltsanalyse	30
3.3.4.	Inhaltliche Strukturierung	31
4.	MATERIALIEN	34
4.1.	Literaturrecherche	34
4.2.	Studienablauf	34
4.2.1.	Erhebungszeitpunkte und -orte.....	34
4.2.2.	Interviewende Person	34
4.2.3.	Kooperierende Institutionen und Personen	35
5.	ERGEBNISSE.....	36
5.1.	Kommunikation.....	36
5.1.1.	Erfassen der Krankengeschichte.....	36
5.1.2.	Behandlungseffekte darstellen	37
5.1.3.	Verständnis für Körper und Therapie verbessern.....	38
5.1.4.	Aufklärung und Anleitung.....	38
5.1.5.	Soziale Funktionen der Kommunikation	39
5.1.5.1.	Beziehung zwischen OsteopathInnen und PatientInnen.....	41
5.2.	TherapeutInnenspezifische Faktoren	42
5.2.1.	OsteopathInnen gehen auf die Psyche von PatientInnen ein.....	42
5.2.2.	Charakterliche Merkmale von OsteopathInnen	43
5.2.3.	Arbeitsspezifische Merkmale von OsteopathInnen.....	43
5.3.	Behandlungsspezifische Faktoren	45

5.3.1.	Die Untersuchung	45
5.3.2.	Die Therapie	46
5.3.3.	Sicht der PatientInnen auf die osteopathische Behandlung	47
5.3.4.	Behandlungsursachen	50
5.3.5.	Therapiereaktionen und -effekte	50
5.4.	Erwartungshaltungen der PatientInnen	51
5.4.1.	Erwartungen an die Therapie	51
5.4.2.	Erwartungen an die OsteopathInnen	53
5.4.3.	Erwartungen zu den Therapiereaktionen und -effekten.....	54
5.4.4.	Sonstige Erwartungen	55
5.5.	Organisatorische Faktoren	56
5.5.1.	Behandlungszeitpunkt, -dauer und -intervall	56
5.5.2.	Therapiekosten	57
5.5.3.	Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit	58
5.5.4.	Sonstige organisatorische Faktoren	59
5.6.	Räumliche Faktoren und physische Umgebung.....	59
5.6.1.	Das räumliche Umfeld der Praxis	60
5.6.2.	Die Praxis	60
5.6.3.	Der Behandlungsraum.....	62
5.7.	Therapieabbruchfaktoren	62
6.	DISKUSSION UND REFLEXION.....	66
6.1.	Diskussion des Theorieteils.....	66
6.2.	Diskussion der Methodik	66
6.2.1.	Die Forschungsmethode.....	66
6.2.2.	Ablauf der Studie	67

6.3. Diskussion der Ergebnisse.....	68
7. AUSBLICK.....	75
LITERATURVERZEICHNIS.....	76
TABELLENVERZEICHNIS.....	81
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	82
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	83
ANHANG A – LEITFADEN FÜR INTERVIEWS.....	84
ANHANG B – AUSSCHREIBUNG AUF FACEBOOK.....	86
ANHANG C – MAIL AN OSTEOPATHISCHE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN.....	88
ANHANG D – ENGLISCHE KURZFASSUNG.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. EINLEITUNG

Die Osteopathic International Alliance (OIA) hat 2013 eine Umfrage in 33 Ländern durchgeführt, um Basisdaten über den Stand des osteopathischen Berufsbildes weltweit zu sammeln. Die Ergebnisse zeigen ein umfangreiches Bild der beruflichen Rahmenbedingungen, der PatientInnenprofile, der derzeitigen Ausbildungssysteme sowie der Einbettung des Berufes in die nationalen Gesundheitssysteme. Laut OIA (2013) ist die Anzahl an praktizierenden OsteopathInnen weltweit in der letzten Dekade um 71,9 % gestiegen. Genaue Angaben und internationale Vergleiche sind jedoch schwierig, da einige Länder (darunter auch Österreich, Anm. d. Verf.) noch keine eindeutige gesetzliche Regelung und somit keine Pflicht zur Registrierung eingeführt haben.

Die Indikationen für eine osteopathische Behandlung umfassen zahlreiche Symptome und Diagnosen aus unterschiedlichen schulmedizinischen Disziplinen. Verschiedene AutorInnen geben einen umfassenden Einblick in die möglichen Krankheitsbilder (Langer & Hebgen, 2013; Liem, Dobler & Puylaert, 2014 sowie Hinkelthein & Zalpour, 2012). Wie auch schon das Wachstum der Berufsgruppe vermuten lässt, ist die Nachfrage nach Osteopathie in den letzten Jahrzehnten wesentlich gestiegen (Osteopathic International Alliance, 2013).

In einer Studie von Wagner-Scheidl (2006) wurden 204 Personen, die sich in Wien einer osteopathischen Behandlung unterzogen haben, befragt und daraufhin basierend für Wien erstmalig ein PatientInnenprofil erstellt. Der Schwerpunkt der Befragung liegt in der Erfassung der Symptome (Ort der Beschwerden, Quantität), der bisherigen bzw. zusätzlichen Therapien und Untersuchungen sowie den Wegen, über welche die PatientInnen überhaupt zu dieser Therapieform gefunden haben. Eine weitere Befragung von PatientInnen in Wien wurde von Sumesgutner (2007) durchgeführt. Sie wertet 374 Fragebögen aus, um PatientInnen, die in Wien osteopathisch behandelt wurden, anhand von zwei unterschiedlichen Klassifikationsmechanismen kategorisieren zu können. Zum einen wurde der Soziale Schichtindex von Winkler (1999) herangezogen, um die PatientInnengruppe nach sozialem Status einzuteilen. Andererseits wurde der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand verwendet. Der Fragebogen besteht aus 36 Items und erfasst acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden (Morfeld, Bullinger & Kirchberger, 2011, S. 10).

Die angeführten Studien haben einen wichtigen Beitrag zur deskriptiven Erfassung der PatientInnen in Wien innerhalb der Osteopathie geleistet. Die Ergebnisse geben Auskunft über die physischen Beschwerden, die Krankengeschichten der PatientInnen sowie die erfolgten Zusatztherapien und -untersuchungen. Ebenso wird aufgezeigt, auf welchem Weg

die PatientInnen zu einer osteopathischen Behandlung kommen und wie sie subjektiv ihren Gesundheitszustand beurteilen. Die sozialen Schichtungen und demografischen Daten werden von Sumesgutner dargestellt. Einer genaueren Betrachtung bedarf jedoch die Frage, wie die PatientInnen selbst die osteopathischen Behandlungen wahrnehmen. Dies geht aus den zuvor erwähnten Studien nicht oder nur ansatzweise hervor.

Im Zuge des Rahmenkonzepts „Gesundheit 2020“ gelangte erstmals auch die subjektive Komponente von Gesundheit ins Zentrum des Interesses. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) führte den Begriff des Wohlbefindens als wesentlichen Aspekt von Gesundheit an. Unterschieden werden eine subjektive und eine objektive Dimension von Wohlbefinden. „Wesentliche Aspekte für objektives Wohlbefinden sind Gesundheit, Bildung, Arbeitsplatz, soziale Beziehungen, Umwelt, Sicherheit, Bürgerbeteiligung, Politikgestaltung, Wohnbedingungen und Freizeit. Subjektives Wohlbefinden ist vor allem mit den Lebenserfahrungen von Menschen verknüpft“ (World Health Organization, 2013, S. 2).

Bei der Beurteilung und Bewertung von Ergebnissen medizinischer Behandlungsmaßnahmen geht es nicht allein um die Veränderung der klinischen Symptomatik oder die Verlängerung des Lebens, sondern zunehmend auch darum, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen und ihre sozialen Beziehungen gestalten. Im Kontext dieser Entwicklung rücken das subjektive Erleben und Befinden der betroffenen Person und deren Bemühungen zur Krankheitsbewältigung verstärkt in den Mittelpunkt der Betrachtung (Schumacher & Brähler, 2004, S. 23).

Schumacher und Brähler (2004) führen die Konzepte „Subjektive Gesundheit“ und „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ an, die ihrer Meinung nach nicht klar abzugrenzen sind. Es geht dabei um ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit beinhaltet. Lebensqualität selbst definiert sich über die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation. Diese ist abhängig vom individuellen Wertesystem sowie der Kultur und ist unter Berücksichtigung der eigenen Erwartungen, Ziele und Interessen zu definieren (Schumacher & Brähler, 2004, S. 23).

Platsch (2007) macht auf die Wichtigkeit der subjektiven Befindlichkeit aufmerksam und empfindet diese den (objektiven) Befunden gleichgestellt. „Im Befinden drücken sich die subjektiv empfundenen Beschwerden und Symptome aus, die oft ein Spiegelbild der Lebensumstände und Lebensbedingungen, der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben oder unerfüllter Sinnfragen sind“ (Platsch, 2007, S. 29).

In der vorliegenden Studie wird die subjektive Sicht der PatientInnen auf die osteopathischen Behandlungen erfasst und mittels leitfadengestützter Interviews erörtert. Der qualitative Zugang hilft dabei, ein möglichst umfassendes Gesamtbild der Sichtweisen von PatientInnen darzustellen. Im Zentrum der Befragung steht die subjektive Befindlichkeit während den Therapien. Ziel ist eine Darstellung der Faktoren, welche die Befindlichkeit der PatientInnen beeinflussen.

Das Wissen um diese Faktoren soll OsteopathInnen helfen, ihre Therapien noch besser an die Bedürfnisse der PatientInnen anzupassen. Nach Arnold (2011) kann dadurch ein zusätzliches Potential geschaffen werden, um den Heilungsverlauf positiv zu beeinflussen und die Selbstheilungskräfte der PatientInnen zu aktivieren.

2. DEFINITION GRUNDLEGENDER BEGRIFFLICHKEITEN

In diesem Kapitel werden die grundlegenden Begrifflichkeiten der vorliegenden Arbeit definiert und erörtert. Die Auseinandersetzung mit dem Begriff der subjektiven Befindlichkeit sowie eine vielschichtige Definition der Begriffe Gesundheit und Krankheit erscheinen naheliegend.

In weiterer Folge werden die Faktoren dargestellt, welche einen Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit von PatientInnen und deren Zufriedenheit mit der Therapie aufweisen können.

Der theoretische Teil der Arbeit erhebt keinen Anspruch auf vollständige Darstellung aller Faktoren. Vertiefend wird nur auf jene Faktoren eingegangen, welche durch OsteopathInnen aktiv beeinflusst werden können. Andere Faktoren (wie soziales Umfeld, Kultur, Glaube u.a.) sollen hier nur erwähnt werden, um auf deren Vorhandensein aufmerksam zu machen und deren Einflussnahme anzuerkennen.

2.1. Subjektive Befindlichkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Werden medizinische Behandlungsmaßnahmen beurteilt, so ist es mittlerweile nicht nur wichtig, die klinischen Veränderungen der Symptome bzw. eine Verlängerung des Lebens durch die Therapie zu berücksichtigen, sondern auch darzustellen und zu beachten, wie PatientInnen ihren Gesundheitszustand subjektiv erleben, ihre Beziehungen gestalten und im Alltag zurechtkommen (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003, S. 10).

Das Konzept der „Lebensqualität“ hat seine Wurzeln in der Medizin und der Sozialwissenschaft, während der Begriff des „Wohlbefindens“ der Fachrichtung Psychologie entspringt. Nach Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) ist eine klare Abgrenzung der beiden Konzepte jedoch kaum möglich. Die Begriffe werden entweder synonym verwendet oder der Begriff der Lebensqualität wird über die Aspekte des Wohlbefindens definiert (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003, S. 11).

Das subjektive Befinden der Menschen spielt in einer Medizin, die PatientInnen in ihrer Ganzheit erkennen möchte, eine wesentliche Rolle. Platsch (2007) verweist auf die Wichtigkeit, auch PatientInnen mit ihren Beschwerden ernst zu nehmen, wenn diese nicht durch (positive) Befunde objektiviert werden können. Demnach können Schmerzen Ausdruck blockierter Lebensenergie sein. Viele Beschwerden werden nicht ernst genommen und adäquat behandelt, wenn die Medizin zu stark auf organische Befunderhebung ausgerichtet ist (Platsch, 2007, S. 29-30).

In den energetisch orientierten Medizinsystemen wie der chinesischen Medizin, der Osteopathie oder der Homöopathie wird der Schmerz als eine Blockierung des Energieflusses erkannt, die mit den Energiefluss stützenden Maßnahmen wie z. B. Massage, Bewegungsübungen oder Akupunktur behandelt werden kann (Platsch, 2007, S. 30).

Platsch (2007) kritisiert, dass medizinische Standards in Universitätskliniken festgelegt werden, in denen vorwiegend schwer kranke PatientInnen liegen, die ein sehr selektives Klientel darstellen. Er konstatiert, dass dies weit an der Realität vorbeigeht und offizielle Schätzungen davon ausgehen, dass etwa 80 Prozent der Beschwerden von PatientInnen niedergelassener Praxen nicht durch Befunde objektiviert werden können (Platsch, 2007, S. 30).

Die Definitionen von Wohlbefinden weisen eine große Bandbreite auf, der Begriff wird sehr unterschiedlich interpretiert. Jedenfalls wird darunter etwas Positives und Erstrebenswertes verstanden. Bei Wohlbefinden handelt es sich nicht nur um das Gegenteil von Missempfindung. Vielmehr stellt es ein persönliches Erleben mit eigener Qualität dar. Im Zusammenhang mit Wohlbefinden findet man auch die Ausdrücke Glück, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität. Ebenso wird das Konzept der seelischen Gesundheit in enge Beziehung mit dem Wohlbefinden gestellt (Frank, 2010, S. 27). Wohlbefinden kann durch angenehme sensorische Reize, erfolgreiche Handlungen, glückliche Umstände, soziale Zuwendung oder Nähe bzw. eigene Phantasien entstehen (Frank, 2011, S.10).

2.2. Gesundheit und Krankheit

Es liegen derzeit keine allgemein anerkannten Definitionen von Gesundheit und Krankheit vor. Vielmehr werden die Begriffe in Abhängigkeit vom jeweiligen Betrachtungswinkel (juristisch, soziologisch, psychologisch, medizinisch etc.) und dem zugrunde liegenden Bezugssystem definiert (Schumacher & Brähler, 2004, S. 17).

2.2.1. Gesundheit

Die WHO hat 1948 die rein biomedizinische Sichtweise von Gesundheit durch eine auch psychische und soziale Faktoren umfassende Definition ersetzt: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization, 1948, S. 1315).

May und Söling (2006) konstatieren, dass ein Gesundheitsverständnis nach der WHO jedoch dazu führt, dass man sich permanent als krank und gesundheitsbedürftig empfindet. Sie verweisen auch auf „die archetypische Illusion einer leidfreien

Gesellschaft“ und sehen hier den Grund, dass alle Informationskanäle, wie etwa die Medien, mit Themen wie Gesundheit und Gesundheitsforschung gefüllt sind (May & Söling, 2006, S. 7). Durch die Medien wird die Nachricht verbreitet, dass man gesundheitsbedürftig und für seine Gesundheit selbst verantwortlich ist. Diese Botschaft verängstigt und weckt die Bedürfnisse nach medizinischer Behandlung. Werbekampagnen propagieren „grenzenlose Gesundheit“, wodurch der Druck auf die Menschen steigt, die diese Standards nicht erfüllen. May und Söling bezeichnen diese Entwicklung als „gesellschaftlichen Selbstoptimierungsdruck“ und weisen auf die Veränderung des Selbstverständnisses hin, das sich entwickelt, „wenn sich medizinisch-technische Möglichkeiten und wirtschaftliche Interessen zu einem Milliardenmarkt entwickeln“ (May & Söling, 2006, S. 7).

Bergdolt (2008) hebt hervor, dass Menschen bereits in der Antike um ihr körperliches und psychisches Wohlergehen besorgt waren. Auch er betont die Schwierigkeit einer Definition und weist auf die unterschiedlichen sozialen, wirtschaftlichen und subjektiven Interessen und Perspektiven auf Gesundheit hin. Gesund fühlen sich viele dann, wenn sie ihren Körper nicht wahrnehmen. Jedoch bedeutet Symptomfreiheit nicht Freiheit von Krankheit. Gesund sind all jene, die in der Lage sind, sich von einer Krankheit wieder zu regenerieren. Bergdolt schließt mit der Aussage ab, dass Gesundheitsstörungen naturgemäß zum Leben gehören und nicht alleine naturwissenschaftlich oder ökonomisch messend begriffen werden können. Wer glaubt, dass dies möglich sei, „steht im Verdacht, ein sehr reduziertes Menschenbild zu haben“ (Bergdolt, 2008, S. 26).

2.2.2. Krankheit

Warum werden Menschen krank? Dieser Satz ist vermutlich so alt wie die Menschheit selbst und steht am Anfang jeder Medizin. Denn sie ist untrennbar mit der Frage verbunden, was Menschen gesund hält und gesund macht. Die möglichen Antworten sind vielfältig und gehen weit über das wissenschaftlich Beweisbare hinaus. Zwangsläufig wird hier auch der Bereich der Spiritualität berührt. Denn die Frage nach den Ursachen von Erkrankungen lässt sich nur oberflächlich mit den Mitteln der Medizin beantworten. Hinterfragt man sie auf einer philosophischen Ebene, berührt man bald die Probleme der Logik und Kausalität (Rogner, 2005, S. 29).

Selbst bei der rein medizinischen Definition von Krankheit wird eine subjektive Komponente beschrieben. So wird Krankheit als „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen

bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen“ bezeichnet (Pschyrembel & Arnold, 2012, S. 1127).

Nach Schramme (2012) ist der Begriff von Krankheit heftig umstritten, da im Hintergrund oftmals gesellschaftliche Interessen stehen. Diese reichen von der Entbindung von Verpflichtungen (er führt hier als Beispiel die Arbeitstätigkeit an) bis hin zu Maßnahmen, die gegen den Willen eines Patienten (Beispielsweise in der Psychiatrie) gesetzt werden. Anhand der von Schramme angeführten Beispiele ist nachvollziehbar, dass es bei der Definition von Krankheit auch ethische und wirtschaftliche Fragen und Interessen zu beachten gibt. Er betont die Vielseitigkeit der Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. Zum einen hängt es von der subjektiven Beurteilung und Lebensauffassung bzw. -führung ab, ob sich jemand als gesund oder krank betrachtet. Andererseits erscheinen Krankheit und Gesundheit aus der Perspektive der wissenschaftlichen Beobachtungen und Generalisierungen der Medizin auf den ersten Blick als objektiv und universell messbar. Krankheit ist jedoch nicht nur ein medizinisches Problem, sondern bringt gesellschaftliche, soziale und wirtschaftliche Konsequenzen mit sich. Ebenso müssen religiöse Perspektiven und Auffassungen von Gesundheit und Krankheit beachtet werden (Schramme, 2012, S. 9-14).

Arnold (2011) stellt fest, dass Menschen Individuen sind und nicht als „medizinisch-wissenschaftliche Objekte“ gesehen und behandelt werden wollen. Gesundheit erfordert immer ein bewusstes Wahrnehmen von Körper, Seele und Geist. Wird eine der Komponenten nicht berücksichtigt, kann es zu Regulationsstörungen und chronischen Erkrankungen kommen (Arnold, 2011, S. 70).

Beachtet werden müssen auch die iatrogenen Leiden der PatientInnen. Also jene Leiden, die überhaupt erst durch medizinische Behandlungen entstehen. Wie beispielsweise Ängste und Verunsicherungen, die sich durch medizinische Testergebnisse und Diagnosen ergeben. Ebenso wie die medial stimulierten Erwartungshaltungen der PatientInnen, „dank derer die Hilfesuchenden es für sich selbst nahezu unmöglich machen, sich jemals wieder „pumperl-g´sund“ zu fühlen“ (May & Söling, 2006, S. 27).

Krankheit nagelt einen „an das Hier und Jetzt“, was zu einer „Desintegration in Raum und Zeit“ führt. In gesundem Zustand ist man in die Aktivitäten und Erfahrungen des Umfeldes integriert. Nach Lanzerath (2008) führen Krankheit oder Schmerzen dazu, dass man anderen gegenüber auf Distanz geht, da Außenstehende die Empfindungen und momentanen Erfahrungen nicht nachvollziehen können. Die Gesunden wiederum

meiden gerne die Kranken, da die Begegnung mit Krankheit einem die eigene Verwundbar- und Endlichkeit vor Augen führt (Lanzerath, 2008, S. 206).

Diese Aussagen legen den Gedanken nahe, dass den medizinischen Ansprech- und Betreuungspersonen eine umso wichtigere Rolle zuteil wird. Schließlich sind sie diejenigen, die in diesen Zeiten in engem Kontakt mit den Kranken und somit an deren Seite stehen.

2.3. Heilung und Therapieerfolg

Arnold (2011) kritisiert, dass der menschliche Körper in der schulmedizinischen Betrachtung als biologischer Organismus dargestellt wird, der wie eine Maschine funktioniert (Arnold, 2011, S. 98). Krankheit wird somit als Störung der normalen Funktion betrachtet und PatientInnen werden zu Objekten der ärztlichen Behandlung stigmatisiert, deren Individualität kaum eine Rolle spielt. Statt mit den Selbstheilungskräften der PatientInnen zu arbeiten, wird versucht, die Symptome zu bekämpfen. Dies endet bei chronischen Erkrankungen oft in Erfolglosigkeit. Er weist darauf hin, dass Heilung immer nur in der individuellen Auseinandersetzung mit den PatientInnen entstehen kann (Arnold, 2011, S. 115). Wichtig für den Heilungsprozess ist auch, dass PatientInnen aktiv mitarbeiten und ihre passiven Haltungen aufgeben. PatientInnen, die ihre Erkrankung bewusst erleben und die dadurch den Wunsch nach einer Veränderung der Situation entwickeln, haben laut Arnold eine größere Aussicht auf Heilung (Arnold, 2011, S. 61).

Je bewusster wir werden, desto eher erkennen wir unsere eigene Fähigkeit zur Selbstregulierung und über dieses Bewusstsein sensibilisieren wir uns mehr und mehr für das, was uns gut tut, was uns hilft gesund zu werden und es auch zu bleiben (Arnold, 2011, S. 70-71)

2.3.1. Einflussfaktoren auf Heilung und Therapieerfolg

Es gibt viele Faktoren, die sich auf den Krankheits- und Heilungsverlauf sowohl positiv als auch negativ auswirken können: Erwartungshaltungen von PatientInnen, Kultur und Glaube, soziale Beziehungen, Einkommen und viele mehr (Lamu & Olsen, 2016; Leach u. a., 2013; Aghababaei u.a., 2015).

Individuelle Einflüsse auf Krankheiten bleiben laut Arnold (2011) häufig unbeachtet, haben jedoch einen wichtigen Stellenwert. Faktoren wie das eigene Verhalten, (negative) Überzeugungen sowie biografische und psychodynamische Aspekte haben einen großen Einfluss auf den Heilungserfolg. Innere Einstellungen, wie etwa Glaube oder Spiritualität, können einen positiven oder auch negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben (Arnold, 2011, S. 116-118).

2.3.1.1. Der Placebo-Effekt

Der Begriff Placebo stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie „ich werde gefallen“ (Pschyrembel & Arnold, 2013, S. 1641). Diese Bezeichnung zeigt eine vorerst positive Konnotation (Porto, 2011; Bensing & Verheul, 2010). Sucht man in der Literatur nach dem Begriff „Placebo“, so fällt rasch auf, dass viele Definitionen nur vage Auskunft über das eigentliche Phänomen liefern. Henry Knowles Beecher, ein Anästhesist aus Boston, prägte den Begriff 1955 mit seiner Publikation „The Powerful Placebo“. Windeler hebt hervor, dass sich ein Placebo als Einflussfaktor nicht ausschließlich auf Substanzen beschränkt. Vielmehr müssen auch Faktoren wie der Geruch einer Ordination, Narben nach Operationen und andere Einflüsse berücksichtigt werden (Windeler, 2007, S. 309).

Windeler (2007) konstatiert, dass es keine umfassende Positivdefinition des Placebos geben kann und eine Definition nur für vergleichende Studien Sinn macht, nicht jedoch für die praktische Anwendung.

Drei Mechanismen können sogenannte Placebo-Effekte bewirken: Konditionierung, die Erwartungshaltung der PatientInnen sowie der Gefühlszustand bzw. das Stresslevel der PatientInnen. Von Konditionierung spricht man, wenn ein neutraler Stimulus in Zusammenhang mit einem Effekt gebracht wird. Der neutrale Stimulus wird dann zu einem konditionierten Stimulus, der einen Heilungseffekt nach sich ziehen kann (Bensing & Verheul, 2010). Wager, Scott und Zubieta (2007) konnten sogar belegen, dass es bei der Einnahme von Placebos zu Veränderungen an den Opioidrezeptoren im präfrontalen Cortex kam, während sich gleichzeitig eine Analgesie einstellte.

2.3.1.2. Kommunikation und Beziehung

Arnold (2011) konstatiert, dass beim Heilungsprozess die Beziehungen und die Kommunikation mit den PatientInnen im Zentrum stehen. Manche ÄrztInnen machen PatientInnen durch ihre Wortwahl oder das Gesagte zusätzlich Angst, was den Heilungsverlauf und die Prognose negativ beeinflussen kann. „Jeder weiß um die Macht des Wortes, jeder weiß, wie sehr Worte verletzen oder auch aufbauen können. Und gerade dort, wo ein besonders bewusster Umgang mit dem Wort erforderlich wäre, gerade dort scheint man kaum ein Bewusstsein von der Bedeutung des Wortes zu haben“ (Arnold, 2011, S. 59).

Auch Tewes (2015) betont die Wichtigkeit der Kommunikation und bezeichnet sie als eine der wichtigsten Grundlagen im Gesundheitswesen (Tewes, 2015, S. 6). Dabei gilt es die verbalen und die nonverbalen Aspekte der Kommunikation zu beachten, wobei letztere oft einen stärkeren Einfluss haben (Petermann, Wendt, Rölver, Schidlmeier & Hanke, 1996). Nach Günther (2003) sind Mimik, Gestik und Körperhaltung bei der nonverbalen Kommunikation ebenso von Bedeutung wie die Stimmlage und der Blickkontakt. Aber auch Faktoren wie physische Berührung und räumlicher Abstand zeigen eine Wirkung (Günther, 2003, S. 17-42). Das Repertoire an nonverbalen Kommunikationsmaßnahmen ist zum Großteil sozial erlernt und kulturell bedingt. Als Teil der Umwelt kommuniziert der Mensch permanent und auf unterschiedliche Art. Wie viel von dieser Kommunikation wirklich bewusst abläuft, ist ungeklärt (Lippka, 2015).

Am Anfang aller Kommunikation steht das Verstehen. Aktives Zuhören stellt die Grundlage der systemischen Kommunikation dar. Nach Lippka (2015) beinhaltet aktives Zuhören nonverbale und verbale Techniken. Nonverbale Techniken beziehen sich auf das Setting (die Gesprächsumgebung), die Körperhaltung, das Einhalten von Redepausen sowie das „Pacen“. Der englische Ausdruck „Pacen“ bedeutet so viel wie „Schritt halten“ und zielt dabei auf die Anpassung des eigenen Verhaltens an den Gesprächspartner ab, wie etwa die Wahl, auf der gleichen Höhe wie die PatientInnen zu sitzen. Verbale Techniken sind das Paraphrasieren, explorierendes Nachfragen sowie das Verbalisieren von Zusammenfassungen des Gehörten. Auch Franke (1999) weist darauf hin, dass bestimmte Kommunikationstechniken, wie das Paraphrasieren oder Spiegeln, eine verstehende Gesprächsführung fördern und dadurch eine therapeutische Wirkung haben. Aktives Zuhören und das dadurch entstehende Gesprächsklima tragen durch die verbesserte Informationslage (Missverständnisse werden verhindert) und das gestärkte Vertrauen deutlich zum Therapieerfolg bei (Lippka, 2015).

Einen wesentlichen Einfluss auf die Kommunikation mit den PatientInnen hat die Beziehungsebene, daher ist es sehr wichtig, die Beziehung zu den PatientInnen bewusst zu gestalten. Weitere Einflussfaktoren auf den Gesprächscharakter sind der Kontext (Ort, Zeit und Gesamtsituation, wobei hier persönliche Erfahrungen ebenso eine Rolle spielen), der Anlass des Gesprächs, die Beziehung der GesprächspartnerInnen, die Anwesenheit anderer Personen, das Ziel des Gesprächs und die Kommunikationsform. Die Kommunikation kann horizontal (auf gleicher Ebene, Anm. d. Verf.) oder vertikal (hierarchisch, Anm. d. Verf.)

verlaufen. In welcher Form dies stattfindet, hängt von individuellen Faktoren wie dem Selbstwertgefühl der GesprächspartnerIn, der Rollenklarheit sowie unbewussten Abwehrreaktionen, wie etwa Projektionen, ab (Tewes, 2015, S. 15-16).

Um ein positives Gesprächsklima zu schaffen, ist es wichtig, hierarchische Gefälle auszuschalten. Beispielsweise indem PatientInnen durch Lob oder Anerkennung aufgewertet werden bzw. durch eine teilnehmende und verständnisvolle Kommunikation deren Selbstwertgefühl gestärkt wird (Lippka, 2015). ÄrztInnen können PatientInnen mit medizinischer Fachsprache auf Distanz halten und sie auf diese Art auch bei der ärztlichen Entscheidungsfindung ausgrenzen. Dabei ruft die ungewohnte Umgebung (wie zum Beispiel eines Krankenhauses) mit ihren speziellen Geräuschen und Gerüchen generell oft schon Verunsicherung bei den PatientInnen hervor. Auch durch ihre Symptome oder eine unklare Diagnose bzw. Prognose kann Angst ausgelöst werden (Tewes, 2015, S. 33).

PatientInnen sollten immer dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen. Dafür ist der Einsatz einer adäquaten Sprache hilfreich, die sich durch verschiedene Jargons den situativen und personenspezifischen Gegebenheiten anpasst. Wichtig hierbei ist jedoch, dass die sprechende Person ihre Authentizität nicht verliert. Ein inadäquater Sprachgebrauch wirkt sich negativ auf die Kommunikation aus und alles, was nicht natürlich über die eigenen Lippen kommt, sollte vermieden werden (Lippka, 2015).

Maio (2015) kritisiert, dass ÄrztInnen nicht beigebracht wird, wie sie sich auf die Erlebniswelt der PatientInnen einlassen können, sondern stattdessen Techniken lernen, wie sie mit rhetorischen Mitteln aufgesetzte Empathie vermitteln. Emotionen werden genutzt, um den Behandlungserfolg zu beeinflussen und ein inszeniertes Gespräch zu führen, das nicht authentisch ist. Er verweist auf die Wichtigkeit, Sprechen in der Medizin nicht als Strategie, sondern als Ausdruck der Wertschätzung zu verstehen und einzusetzen (Maio, 2015, S. 12-23).

Nach Braun und Marstedt (2011) zeigen viele internationale Studien, dass der Therapieerfolg ganz entscheidend von der Art der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beeinflusst wird. Jedoch wird durch Umfragen immer wieder ersichtlich, dass eben jene Bedürfnisse wie „Zuhören“ oder „mehr Zeit für PatientInnen haben“ von den PatientInnen häufig als Mangel in der Interaktion erlebt wird. Sie machen darauf aufmerksam, dass die übliche Dauer des

Kontakts zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in Deutschland durchschnittlich acht Minuten beträgt, wodurch wiederum eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Besuchen bei ÄrztInnen stattfindet (Braun & Marstedt, 2011, S. 47-65).

Laut OIA (2003) dauert eine osteopathische Erstkonsultation in der Regel zwischen 30 und 60 Minuten (75,7 %), wodurch klar anzunehmen ist, dass hier wesentlich umfangreicher auf die Bedürfnisse der PatientInnen eingegangen werden kann (OIA, 2003, S. 41).

2.3.1.3. Medizinische Prognosen und Erwartungshaltung

Auch medizinische Prognosen können den Krankheitsverlauf beeinflussen. Prognosen beruhen auf statistischen Mittelwerten, die sich durch wissenschaftliche Untersuchungen erheben lassen. Sie verursachen im Bewusstsein der PatientInnen eine gewisse Festlegung. Der kranke Mensch wird mit seiner Krankheit gleichgesetzt. Fällt eine Prognose ungünstig aus, so entstehen bei den betroffenen PatientInnen Ängste, die nach Platsch (2007) selbsterfüllend die Beschwerden aufrecht erhalten. Wodurch wiederum die Prognose bestätigt wird (Platsch, 2007, S. 37-38).

Wenn Menschen ernsthaft erkranken, so beschäftigen sie sich mit existenziellen Fragen. Diese werden jedoch in der naturwissenschaftlichen Medizin nur wenig beachtet, wo der Fokus auf pragmatische Verfahrensweisen gesetzt wird.

Die moderne Medizin setzt auf die Zahl, auf die Kontrolle, auf das Berechnen; damit kann sie Prognosen herstellen, aber keine Hoffnung im Sinne eines Vertrauens in die Zukunft geben. Zwar muss das naturwissenschaftliche Denken sich auf das Feststellbare beschränken, um überhaupt wissenschaftliche Aussagen fällen zu können. Durch die einseitige Orientierung an dem, was man feststellen kann, wird der Horizont der Wirklichkeit jedoch zwangsläufig eingeengt (Maio, 2015, S. 146).

Für Menschen spielt die Hoffnung im Alltag immer eine bedeutende Rolle. Man hofft auf eine Zukunft, denn diese ist für die Gestaltung der Gegenwart ausschlaggebend. Jedoch kann man nur auf etwas hoffen, das auch prinzipiell erreichbar und realisierbar ist. Beispielsweise kann man nicht hoffen, für immer jung zu bleiben. Dies würde einem Wunsch bzw. einer Utopie entsprechen, nicht aber einer Hoffnung. „Das Besondere der Hoffnung liegt gerade darin, dass sie dazu befähigt, den rein kalkulatorischen Zugang auf die Welt zu übersteigen und

unter Vernunft mehr zu verstehen als ein rein instrumentelles Berechnen“ (Maio, 2015, S. 148). Der Hoffende lässt sich mit der Zuversicht auf die Zukunft ein, dass das, was kommt, zu bewältigen ist. Die Hoffnung richtet sich dabei weniger auf den zukünftigen Inhalt als vielmehr auf das eigene Selbst.

Um den Unsicherheiten entgegenzutreten, die dadurch entstehen, dass die Zukunft ungewiss und nicht planbar ist, setzt die naturwissenschaftliche Medizin umso mehr auf die Berechnung von Wahrscheinlichkeiten und Prognosen. Durch diese technische Herangehensweise werden Therapieziele von vornherein festgelegt, was sowohl den Blick der PatientInnen als auch den Blick der Medizin selbst einengt. Denn „Wahrscheinlichkeiten kann man nur im Hinblick auf das berechnen, was man bereits als erwartbare Zukunft festgelegt hat“ (Maio, 2015, S. 153). Dieser Zugang der naturwissenschaftlichen Medizin führt nach Maio (2015) dazu, dass PatientInnen sich auf die prognostizierte Zukunft fixieren und nur noch schwierig von diesen Erwartungen abzubringen sind.

Schlägt eine medizinische Behandlung nicht an bzw. führt sie nicht zum gewünschten Ergebnis, so können die PatientInnen entweder verzweifeln oder Hoffnung schöpfen. Beides sind natürliche Reaktionen in einer Situation, in der man die eigene Gesundheit bedroht sieht. Ausschlaggebend für die Reaktion der betroffenen Menschen ist, ob sie einen Grund zur Hoffnung finden. Dieser Grund liegt in den Menschen selbst sowie in ihren Einstellungen. Auch bei einer schlechten Prognose kann man sich immer noch getragen fühlen, etwa durch den Gedanken, etwas hinterlassen zu können, oder durch eine nahestehende, geliebte Person. Die Hoffnung entsteht durch das Vertrauen, dass eine Sache, die einem am Herzen liegt, weiterhin besteht. Hoffnung entsteht auch aus dem Gefühl, dass jemand da ist, der an einen glaubt. Deshalb ist Hoffnung letzten Endes immer auch ein Resultat der Beziehung zu anderen Menschen (Maio, 2015, S. 162-164).

2.3.1.4. Die Beziehung zwischen PatientInnen und dem medizinischen Personal

Die Medizin wird zunehmend als Wirtschaftsunternehmen betrachtet, wodurch sich auch die Einstellung zu ihr verändert hat. „Es geht um Vorschriften, um einklagbare Rechte, um Rechtsverhältnisse und Vertragsbeziehungen. Auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient hat zweifellos einen Vertragsgehalt, der nicht übersehen werden darf“ (Maio, 2015, S. 127). Bei der ärztlichen

Behandlung müssen vorwiegend festgelegte Standards und Regeln eingehalten werden, was die individuelle Behandlung von PatientInnen erschwert. Denn

[...] ärztliches Handeln kann im Vollzug einer Vertragsbeziehung nicht aufgehen, weil es darauf angewiesen ist, sich sowohl an die Regeln zu halten, als auch in der Begegnung mit dem einzelnen Patienten singuläre und damit kreative Entscheidungen zu fällen, die keinen standardisierten Schemata folgen (Maio, 2015, S. 127).

Sind Menschen ernsthaft erkrankt, so wünschen sie sich statt einer Vertragsbeziehung eine Vertrauensbeziehung mit dem betreuenden medizinischen Personal. Gerade Vertrauen jedoch fällt in der Medizin zunehmend schwer, da standardisierte Abläufe die Zwischenmenschlichkeit verdrängen. Sich anvertrauen birgt auch immer die Gefahr einer Erschütterung durch Vertrauensbruch. Dies macht verletzlich und führt bei vielen Menschen zu dem Bedürfnis, erst gar nicht auf Vertrauen angewiesen zu sein. Maio (2015) konstatiert, dass Menschen heutzutage mit der eigenen Verwundbarkeit nicht gut umgehen können und daher immer vertragliche Absicherungen vorziehen. Doch

[...] je berechnender wir auf die Welt zugehen und je unverletzbarer wir sein wollen, desto mehr laufen wir Gefahr, das Leben selbst zu verfehlen. Man kann es auch so sagen: Das uns rechtlich Zustehende reicht in der Regel nicht aus, um dadurch allein gut leben zu können (Maio, 2015, S. 128).

Nach Maio (2015) sind Attribute wie Zuwendung, Wohlwollen und persönliche Verantwortungsübernahme nötig, um Vertrauen in das Sozialsystem und die Zukunft zu erhalten.

Bei einer groß angelegten Umfrage in den USA wurden 5.514 Fragebögen ausgewertet. Es konnte aufgezeigt werden, dass PatientInnen, die mit Würde („dignity“) behandelt und in die medizinische Entscheidungsfindung eingebunden wurden, eine wesentlich höhere Zufriedenheit mit der Therapie angaben und eine deutlich bessere Compliance zeigten (Beach u. a., 2005). Der Begriff „Compliance“ stammt aus dem Englischen und bezeichnet die Bereitschaft von PatientInnen, mit ÄrztInnen zusammenzuarbeiten sowie die therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen und Anweisungen zu befolgen (Pschyrembel & Arnold, 2012, 407-408). Eine gute Compliance kann durch das Vertrauen zur medizinischen Betreuungsperson erzielt werden. Die PatientInnen müssen davon überzeugt sein, dass die Therapie sie ihrem individuellen Ziel näher bringt. Das

Vertrauen darauf, in guten Händen zu sein, steigert das Wohlbefinden der PatientInnen und verringert Gefühle wie Angst oder Druck (Lippka, 2015).

Nach Lippka (2015) sind vertrauensbildende Maßnahmen durch Beziehungsarbeit erlernbar. TherapeutInnen sollten verschiedene Verhaltensmaßnahmen einhalten, um zu PatientInnen eine gute Beziehung aufzubauen und ihr Vertrauen zu gewinnen. Dazu zählen der Einsatz von „Icebreakern“ (Lippka, 2015, S. 39) durch persönliche Kontaktaufnahme, die Rollenklärung (den PatientInnen den eigenen Aufgabenbereich erklären, um falsche Erwartungshaltungen gering zu halten und Enttäuschungen zu vermeiden), die Authentizität sowie die Aufklärung über zu setzende Maßnahmen, was nach Lippka einen enormen Einfluss auf das Vertrauensverhältnis zwischen PatientInnen und TherapeutInnen hat.

Die Zusammenarbeit mit PatientInnen erfordert jedoch auch ein gewisses Maß an Abgrenzung. Der ständige Kontakt zu Menschen, die mit Krankheit und belastenden Lebenssituationen konfrontiert sind, würde sonst langfristig Schäden beim medizinischen Fachpersonal wie Burnout oder sekundäre Traumatisierungen hervorrufen. Daher sollen PatientInnen eingeladen werden, eine Arbeitsbeziehung mit dem Teil der Persönlichkeit des Angestellten im Gesundheitswesen einzugehen, welcher dessen Rolle in diesem Sektor ausmacht (also als TherapeutIn, PflegerIn, Arzt bzw. Ärztin). Auf diesem Weg kann eine professionelle Arbeitsbeziehung aufgenommen werden, bei der das Rollenverhältnis klar festgelegt ist und die Privatsphäre der medizinischen Fachkräfte geschützt wird (Lippka, 2015).

Thill (2005) hebt hervor, dass es für den Umgang mit PatientInnen wichtig ist, deren Körpersprache richtig zu deuten. Er behauptet, dass Emotionen wie Unsicherheit, Angst, Unverständnis oder Aggression auf der einen Seite und die Kommunikationsstrategie der PatientInnen auf der anderen Seite über den „Grundtypus“ der Menschen Auskunft geben. Diese Kategorisierung leitet Thill aus zwei unterschiedlichen Dimensionen her: Die Ausrichtung der PatientInnen kann primär auf sachlicher oder emotionaler Ebene stattfinden. Zusätzlich spielt es eine Rolle, ob sich die PatientInnen eher introvertiert oder extrovertiert verhalten (Thill, 2005, S. 125-129).

2.3.1.5. Das Behandlungssetting

Die Wirkung der Atmosphäre des Behandlungssettings sollte beachtet werden. Sie kann sich auf unterschiedliche Weise manifestieren. So wirkt sich eine sterile,

nüchterne medizinische Umgebung auf manche PatientInnen vertrauenserweckend aus, während andere verunsichert sind und mit steigendem Blutdruck reagieren (Meyer-Abich, 2010, S. 229).

Da Wohlfühlen eine subjektive Empfindung ist, gehen die Meinungen zu diesem Thema weit auseinander. Will eine Praxis als „Wohlfühlpraxis“ dauerhaft erfolgreich sein, müssen unterschiedliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden (Wellner-Schulz, 2010, S. 39). Thill (2005) führt eine Metaanalyse aus 900 Praxisanalysen (Mehrfachnennungen waren möglich) über den Wartekomfort in deutschen Arztpraxen an, bei der sich folgende Hauptdefizite zeigen (Thill, 2005, S. 170): ungemütliche Sitzmöglichkeiten (84%) und Gestaltung des Raumes (76%), schlechtes Raumklima (Temperatur, Gerüche; 74%), zu wenig Sitzplätze (64%), geringe Diskretion durch offene Rezeption (57%), ein zu kleines Wartezimmer (51%) und das Fehlen einer Kinderspielecke (47%).

Wellner-Schulz (2010) bezieht sich auf Wischer und Hertzsch (2007) und filtert vier Kriterien für eine Wohlfühlpraxis heraus: Zum Ersten sollte eine Praxis funktionell eingerichtet sein. Die Behandlungsräume sollen optimal auf alle darin durchzuführenden Tätigkeiten ausgerichtet sein und Faktoren wie Größe des Raumes, Lichtverhältnisse und Ergonomie der Möbel sollen optimal daran angepasst sein. Zweites Kriterium ist die Flexibilität. Die einzelnen Arbeitsplätze sollen mit geringem Aufwand an die Anforderungen angepasst werden können. Als drittes Kriterium wird die Begegnungsqualität angeführt. Hier stehen die Möglichkeit zur Kommunikation und eine Transparenz der Abläufe im Vordergrund. Das vierte Kriterium ist die Organisationskultur. Hier geht es um alle gestalterischen Elemente wie Interieur, technisches Equipment sowie auch Leitsysteme. Diese Faktoren spiegeln im Wesentlichen die Werte und Philosophie der Praxis wider. Die vier Kriterien sollten nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. „Nur das harmonische Zusammenspiel sorgt für die Authentizität bei der Performance der Praxis. Und Authentizität überzeugt den Patienten davon, dass man es ehrlich mit ihm meint. Besucher einer Praxis erkennen sehr wohl, ob man ein Schauspiel für sie inszeniert oder ob die Bemühungen der Praxismitarbeiter aus tiefster Überzeugung kommen“ (Wellner-Schulz, 2010, S. 39).

Die erste Kontaktaufnahme zwischen PatientInnen und medizinischem Personal erfolgt oft übers Telefon. Dort wird den PatientInnen bereits der erste Eindruck des Servicedenkens und der Patientenorientierung einer Praxis vermittelt. Im Fokus einer guten Praxisverwaltung sollte das Ziel stehen, den PatientInnen so

rasch und kompetent wie möglich zu helfen (Thill, 2005, S. 106-110). Schlechte telefonische Erreichbarkeit oder auch eine kurz angebundene und abwehrende Gesprächshaltung werden von PatientInnen als negativ erlebt (Thill, 2008, S. 76). Weiters können im Vorfeld Faktoren wie das Praxislogo, Broschüren, Visitenkarten oder der Auftritt im Internet zum ersten Eindruck der Praxis beitragen (Thill, 2005, S. 130-157).

Sowohl neue als auch bereits bestehende PatientInnen werden durch den Außeneindruck der Praxis beeinflusst. Sollte ein negativer Außeneindruck im starken Gegensatz zu einem positiven Dienstleistungseindruck bestehen, so reichen schon kleine Minderungen in der Qualität der Dienstleistungen, um einen unverhältnismäßig hohen negativen Gesamteindruck der Praxis zu bewirken. Faktoren wie die Fassade des Hauses, der Gehsteig, Sauberkeit und Helligkeit im Stiegenhaus zählen ebenso dazu wie die Erkennbarkeit und Sauberkeit des Praxisschildes oder die Türglocke (Thill, 2005, S. 118-121).

2.3.1.6. Das Auftreten der OsteopathInnen und MitarbeiterInnen

Eine Arbeitsatmosphäre frei von Hektik und Unruhe ist für das Wohlfühl der PatientInnen wichtig. Bei der Kontaktaufnahme wirken auch nonverbale Faktoren wie der Blickkontakt, ein Lächeln als Vorbegrüßung oder die Wahl einer ordentlichen und sauberen Kleidung. Eine positive Sprache hat ebenso Einfluss wie eine persönliche Begrüßung. Neben einem freundlichen Empfang erwarten sich PatientInnen Informationen und professionelle Auskünfte über die Gestaltung ihres ersten Besuchs. Befinden sich MitarbeiterInnen am Empfang, so übernehmen diese die oben genannten Aufgaben (Thill, 2005, S. 125-127).

Wichtig ist, dass bereits bei der Planung einer Praxis die Auswirkungen der Praxisgestaltung auf die Personen, die in der Praxis arbeiten, beachtet wird. Eine ergonomische Arbeitsplatzgestaltung ist hier ebenso wesentlich wie die Beachtung von gestalterischen Elementen. Im Zentrum sollten hier die Zufriedenheit und das Wohlfühl der MitarbeiterInnen stehen, denn „eine Wohlfühlpraxis, so schön gestaltet sie auch ist, lebt vor allem von den Menschen, die dort arbeiten“ (Wellner-Schulz, 2010, S. 43). Diese verbringen viele Stunden ihres Tages in der Praxis und daher ist es wichtig, dass die Grundstimmung der MitarbeiterInnen durch die Praxis möglichst positiv beeinflusst wird (Wellner-Schulz, 2010).

PatientInnen erwarten volle Aufmerksamkeit von allen Personen, mit denen sie in der Praxis zu tun haben. Der Kontakt mit MitarbeiterInnen beeinflusst

PatientInnen ebenso wie der Kontakt zum medizinischen Personal selbst. PatientInnen erwarten sich neben Freundlichkeit und Aufmerksamkeit vor allem Diskretion und ein angenehmes Gesprächsklima. Eine patientenorientierte, präzise und freundliche Kommunikation ist für PatientInnen wichtig (Thill, 2005, S. 120-121).

2.3.1.7. Selbstkontrolle und Selbstbestimmung der PatientInnen

Hoefert und Klotter (2011) konstatieren, dass sich PatientInnen heutzutage zunehmend wie KonsumentInnen verhalten und sehen darin die große Herausforderung im Gesundheitssystem. PatientInnen stellen das Machtgefälle MedizinerIn - PatientIn immer mehr in Frage und bekommen auch von politischer Seite mehr Rechte zugestanden. Es wird nicht mehr blind allem vertraut, was ÄrztInnen empfehlen. PatientInnen holen sich über das Internet selbst Informationen und wollen mit ÄrztInnen gemeinsam über die beste Therapie entscheiden. Somit emanzipieren sich PatientInnen und zweifeln auf gewisse Weise auch die Kompetenzen der GesundheitsexpertInnen an (Hoefert & Klotter, 2011, S. 9-11).

Der Begriff „Empowerment“ bezeichnet im medizinischen Bereich „eine therapeutische Haltung, die besonders auf die Förderung von Fähigkeiten abzielt, welche es Patienten ermöglicht, so weit wie möglich selbstbestimmt und selbstständig zu handeln“ (Lippka, 2015, S. 51). PatientInnen sollen durch verständliche Aufklärung zu Experten ihrer eigenen Gesundheit werden und den Therapieverlauf aktiv mitgestalten. Dafür ist es wichtig, sich in einer umfassenden Anamnese darüber klar zu werden, wie der Wissensstand und die individuelle Lebenslage der PatientInnen sind. Die PatientInnen werden über bestehende Wahlmöglichkeiten informiert, sollen jedoch auch nicht durch zu umfangreiche Wahlmöglichkeiten überfordert werden. Um die PatientInnen in ihren Ressourcen zu stärken, können (sofern existierend) positive Rahmenbedingungen oder physische bzw. psychische Stärken betont werden. Zu guter Letzt soll die Selbstbefähigung der PatientInnen dadurch gestärkt werden, dass sie die Möglichkeit bekommen, die gewählte Therapie zu reflektieren bzw. korrigieren. Mitbestimmung gibt den PatientInnen Verantwortung und die Möglichkeit zu wachsen. Nicht indiziert ist Empowerment in akuten Lebenskrisen, die von (psychischer) Instabilität und Überforderung gekennzeichnet sind. Ebenso bei Menschen, die für sich selbst oder andere eine Gefährdung darstellen bzw. aus kognitiven Gründen nicht in der Lage sind, eigenständige Entscheidungen zu treffen (Lippka, 2015).

Vor allem Spitalsaufenthalte sind häufig mit dem Verlust der Selbstkontrolle verbunden. In PatientInnen machen sich Gefühle der Hilflosigkeit oder Abhängigkeit breit, wenn Dinge des eigenen Lebens bzw. des eigenen Körpers nicht mehr selbst gesteuert werden können. Solche negativen Emotionen können den Heilungsverlauf blockieren oder negativ beeinflussen. Das Gefühl der Selbstkontrolle über die therapeutischen Interventionen ist eine entscheidende Voraussetzung für den Heilungsprozess (Tewes, 2015, S. 63).

2.3.1.8. Soziales Umfeld

Ebenso kann das soziale Umfeld und das Vorhandensein oder Fehlen von Beziehungen einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben. Bereits in den 80er Jahren war es Cohen (1988) möglich, durch eine Studie aufzeigen, dass ein Fehlen von Liebe und Unterstützung das Risiko, ernsthaft zu erkranken, um das Drei- bis Fünffache erhöht.

Bereits 1989 konnten in einer Studie die psychosozialen Effekte bei Frauen mit Metastasen nach einer Erkrankung mit Brustkrebs festgestellt werden. Es zeigte sich, dass Patientinnen, die wöchentlich an einer 90-minütigen, geleiteten Gruppentherapie teilnahmen, signifikant länger lebten (im Durchschnitt 18 Monate). In diesen Gruppen hatten sie die Möglichkeit, sich mit Gleichgesinnten unter Anwesenheit von PsychiaterInnen oder SozialarbeiterInnen auszutauschen und wurden animiert, Selbsthypnose gegen die Schmerzen einzusetzen. An der Untersuchung nahmen 86 Patientinnen teil, 50 in der Untersuchungsgruppe und 36 in der Kontrollgruppe. Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte randomisiert. Beide Gruppen erhielten die übliche schulmedizinische Behandlung (Spiegel, Kraemer, Bloom & Gottheil, 1989).

Nach Platsch (2007) haben Menschen, die in geborgenen und sicheren Verhältnissen aufwachsen, eher eine gute Gesundheit und ein gutes Immunsystem. Als beste präventive Faktoren für eine stabile Gesundheit nennt er „ein emotional ausgewogenes Leben, ein Leben ohne übermäßig destruktiven Stress, ein Leben, das angstfrei ist, ein Leben, das erfüllt ist und Sinn macht“ (Platsch, 2007, S. 52).

2.3.1.9. Kultur, Glaube und Religion

Utsch (2011) führt zahlreiche Studien an, in denen eine ambivalente Wirkung von Religion festgestellt wurde. So wurden Religion und Glaube nicht nur als hilfreich, sondern manchmal auch als belastend erlebt. Während in amerikanischen

Studien eher die Heilkraft des Glaubens belegt wird, scheinen europäische Studien ambivalente Effekte zu zeigen. Auch sind kulturelle Unterschiede zu beachten (Utsch, 2011, S. 235–254). Straube (2011) weist auf die Schwierigkeit hin, mit standardisierten wissenschaftlichen Methoden (randomisierte PatientInnenzuteilung, Verblindung der Zuteilung etc.) herauszufinden, ob spirituelle Heilungsmethoden objektivierbare Wirkungen erzielen können (Straube, 2011, S. 255–263).

Die Schulmedizin wird traditionellerweise eher als wertkonservativ eingestuft. Man findet heutzutage viele medizinische Fachkräfte mit Migrationshintergrund. Damit hier eine gute Zusammenarbeit funktionieren kann, ist nach Lippka (2015) ein gewisses Maß an interkultureller Kompetenz nötig. Er betont die Wichtigkeit, Gepflogenheiten von anderen Kulturkreisen kennenzulernen und angemessen auf diese einzugehen. Beispielsweise könnte es für eine PatientIn aus einem streng muslimischen Kulturkreis grenzüberschreitend sein, von einem männlichen Krankenpfleger im Intimkreis gewaschen zu werden.

Wie genau die moralischen Werte einer Person sind und wo deren persönliche Grenzen liegen, sollte immer individuell und unabhängig von der religiösen und kulturellen Zugehörigkeit mit den PatientInnen geklärt werden. Interkulturelle Kompetenz bedeutet

[...] sich der eigenen Vorurteile bewusst zu werden und dem Gegenüber somit die Chance einzuräumen, als Individuum wahrgenommen zu werden und nicht bloß als Stereotyp - der Argentinier, die Frau, die Mutter, der Obdachlose, die Behinderte etc. Menschen sind mehr als die Summe ihrer Charakteristika und Rollen (Lippka, 2015, S. 77).

Auch in der Sprache findet man kulturelle Unterschiede. Beispielsweise ist Humor ein kulturabhängiges Phänomen. Was als lustig empfunden wird, variiert stark von Kultur zu Kultur. Aber auch soziale und historische Faktoren bzw. individuelle Lebenserfahrungen und -einstellungen spielen eine Rolle (Lippka, 2015).

2.3.1.10. Psychosomatische Faktoren

In der Psychosomatischen Medizin werden die Wechselwirkungen von Psyche und Körper beachtet. Wegbereiter für diese Ansätze waren Ärzte wie Sigmund Freud, Carl Gustav Jung und Alfred Adler, welche die Psychoanalyse etablierten. Anfangs wurden nur bei wenigen Erkrankungen psychosomatische Ursachen

anerkannt, wie etwa bei Asthma bronchiale oder Anorexia nervosa. Gerade wissenschaftlich denkende SchulmedizinerInnen hatten Schwierigkeiten mit der Vorstellung, dass die subjektive Befindlichkeit bzw. psychische Störungen einen Einfluss auf die physische Gesundheit haben sollen. Mit der psychosomatischen Medizin erhielt das Subjekt Einzug in die vormals objektorientierte Schulmedizin. Sie führte zu einem ersten Schritt in Richtung ganzheitliches Denken (Platsch, 2007, S. 16-17).

Unterschieden wird eine somatopsychische Richtung (körperliche Beschwerden führen zu psychischen Belastungen) und eine psychosomatische Richtung (psychische Erkrankungen oder Belastungen führen zu körperlichen Beschwerden). Nach Platsch (2007) müssten weniger PatientInnen nebenwirkungsreiche Medikamente einnehmen, wenn die psychosomatischen Zusammenhänge von Krankheiten stärker berücksichtigt werden würden. Er kritisiert das System der modernen Schulmedizin und meint, dass eine längere Gesprächszeit notwendig wäre, um die PatientInnen richtig diagnostizieren und behandeln zu können. Dadurch könnten unnötig verschriebene Medikamente eingespart werden, was einerseits die Kosten im schulmedizinischen System senken und sich andererseits positiv auf die Gesundheit der Menschen auswirken würde (Platsch, 2007, S. 17-18).

2.3.1.11. Das Unbewusste

Platsch (2007) macht darauf aufmerksam, dass der größte Teil des Bewusstseinsfeldes immer unbewusst bleibt. Dies entspricht der Metapher des Eisberges nach Freud: Entsprechend der Spitze eines Eisberges ist nur ein geringer Teil der Motive und Strebungen bewusst (Platsch, 2007, S. 117). Der Hauptanteil jedoch „schwimmt“ unbewusst unter der Wasseroberfläche (Wagner, 2004, S. 91). Auch diese Gedanken gilt es in der Auseinandersetzung mit den Themen Heilung und Therapieerfolg zu beachten.

Heutige Modelle gehen von einer komplexen Wechselwirkung zwischen physischen und psychischen Einflussfaktoren auf Erkrankungen und deren Verlauf aus. Nach Wagner (2004) können die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen der Komplexität dieser Einflussfaktoren jedoch nicht gerecht werden (Wagner, 2004, S. 16).

3. METHODISCHES FORSCHUNGSDESIGN

Da zum Thema der osteopathischen Behandlung in Österreich nur wenige Daten vorhanden sind, bietet sich eine qualitativ explorative Vorgehensweise an, um die Forschungsfrage nach der subjektiven Sicht der PatientInnen auf die Therapie und ihre Befindlichkeit während dieser beantworten zu können.

Die vorliegende Arbeit steht im Kontext theoriegeleiteter Sozialforschung. In diesem Kapitel soll das methodische Vorgehen von den allgemeinen Kriterien der qualitativen Sozialforschung über die Beschreibung des Feldzugangs bis hin zur konkreten Erhebungsmethode und dem Auswertungsinstrument erörtert werden. Die grundlegenden Regeln dieser Art der Sozialforschung werden kurz dargestellt.

3.1. Qualitative Sozialforschung

Aufgrund der Forschungsfrage und der vorhandenen Datenlage wurde eine Arbeitsweise gewählt, welche nach den Prinzipien der qualitativen Sozialforschung vorgeht. Nach Lamnek (2005) gibt es bestimmte Prinzipien zu beachten. Die ForscherInnen sollen sich den Untersuchungspersonen, der Situation sowie der Methodenauswahl gegenüber offen zeigen, damit ihre Wahrnehmung nicht eingeschränkt wird. Interaktionen zwischen ForscherInnen und Personen des Untersuchungsfeldes werden als Teil des Forschungsprozesses gesehen, welcher die Analyse der Interpretation des alltagsweltlichen Handelns möglich macht und nicht als Störfaktor betrachtet wird. Der Akt des Forschens soll als flexibler Vorgang mit Prozesscharakter betrachtet werden, da die Realität veränderbar ist und keine starren Wirkungszusammenhänge aufweist.

Lamnek (2005) weist darauf hin, dass der Rückbezug auf das Gesamtforschungsfeld sowie die Kontextgebundenheit der Bedeutungen des Forschungsprozesses im Fokus bleiben müssen. Das Verstehen von Einzelaspekten setzt nach hermeneutischen Prinzipien das Verstehen des Kontextes voraus. Die Ergebnisse sollen durch Explikation nachvollziehbar gemacht werden. Es ist jedoch keine Garantie, dass die Ergebnisse der Analyse auch tatsächlich Gültigkeit haben. Flexibilität hilft dabei, die Anpassung des Forschungsprozesses an den Untersuchungsgegenstand zu gewährleisten. Erst die wiederholte Anpassung des Vorgehens während des gesamten Forschungsprozesses führt zu einer differenzierten Sichtweise.

Die genannten Prinzipien stellen lediglich eine Auswahl dar, wie die Ergebnisse abgesichert werden können. Abhängig von der konkreten Vorgehensweise können andere hinzukommen (Lamnek, 2005). Daher sollen die typischen Regeln der

spezifischen Vorgehensweise genau beachtet werden, die in Kapitel 3.3. Erhebungs- und Auswertungsmethoden beschrieben werden.

3.2. Beschreibung des Feldes und des Feldzugangs

Um das Forschungsvorhaben umzusetzen, sind dreizehn PatientInnen, die zumindest einmal in Österreich osteopathisch behandelt wurden, mittels leitfadengestützten Interviews befragt worden. Ziel der Forschungsarbeit ist es, die Faktoren zu filtern, welche die subjektive Befindlichkeit der PatientInnen während der osteopathischen Behandlung beeinflussen.

3.2.1. Einschlusskriterien

Die PatientInnen sollen zumindest einmal in Österreich behandelt worden sein. Die erste Therapie soll nicht länger als fünf Jahre zurückliegen, um eine möglichst vollständige Erinnerung an die Behandlung(en) zu gewährleisten. Es wird nicht außer Acht gelassen, dass es sich hierbei immer um eine subjektive Sicht und Wahrnehmung handelt und auch die Erinnerungen den persönlichen Filtern der PatientInnen unterliegen. Hat nur eine Behandlung stattgefunden, so muss diese zumindest vier Wochen her sein, um mögliche Therapiereaktionen und -effekte überhaupt beurteilen zu können.

Um Missverständnisse zu vermeiden und zwecks eindeutiger Verständigung, müssen die PatientInnen ausreichende Deutschkenntnisse besitzen. Die Behandlung muss dezidiert als osteopathische Therapie aufgesucht und auch als diese abgerechnet worden sein.

Die InterviewpartnerInnen sollen selbst keine OsteopathInnen, PhysiotherapeutInnen oder ÄrztInnen sein, um eine Voreingenommenheit bzw. eine Einflussnahme durch etwaiges Fachwissen gering zu halten. Um bei den Antworten Verzerrungen aufgrund der persönlichen Nähe zur Autorin zu vermeiden, dürfen die StudienteilnehmerInnen keine PatientInnen der Autorin sein.

Die OsteopathInnen, bei denen die Behandlungen stattgefunden haben, bleiben anonym, ebenso die interviewten PatientInnen. Dies soll die Rechte der betreffenden Personen schützen und eine mögliche Einflussnahme durch die Autorin minimieren.

3.2.2. Stichprobengröße

Die weltweite Studie der OIA (2013) kommt zu den Ergebnissen, dass etwa 23% der osteopathischen PatientInnen jünger als 19 Jahre sind. Die Gruppe der 19- bis 30-

jährigen PatientInnen umfasst 16%. Circa 32% der PatientInnen sind zwischen 31 und 50 Jahren alt und weitere 20% befinden sich im Alter zwischen 51 und 70 Jahren. Lediglich 9% der PatientInnen sind älter als 71 Jahre alt. In Anlehnung an diese Statistik wird für die vorliegende Forschungsarbeit eine ähnliche prozentuelle Aufteilung gewählt.

Da die Befragung von Kindern häufig nur über deren Eltern möglich ist, wird die Altersgruppe der unter 19-jährigen PatientInnen in der vorliegenden Arbeit nicht beachtet. Diese Gruppe bedarf einer gesonderten Betrachtung, da anzunehmen ist, dass die Einflussnahme und Befindlichkeit der Betreuungspersonen einen wesentlichen Einfluss auf die PatientInnen haben und in der Befragung und Auswertung beachtet werden sollten.

Die Aufteilung der InterviewpartnerInnen kann mit einer Stichprobenzahl von dreizehn Personen gemäß Tabelle I abgebildet werden (siehe S. 29). Drei interviewte PatientInnen sind zwischen 19 und 30 Jahre alt, fünf Personen befinden sich im Alter zwischen 31 und 50 Jahren, die Gruppe der 51- bis 70-Jährigen umfasst drei PatientInnen und zwei InterviewpartnerInnen sind älter als 71.

Nach den Berichten der OIA (2013) teilen sich die osteopathischen PatientInnen weltweit in circa 60% Frauen und 40% Männer. Dementsprechend werden in dieser Studie bei den 19- bis 30-Jährigen zwei Frauen und ein Mann interviewt. In der Altersklasse der 31- bis 50-jährigen PatientInnen werden drei Frauen und ein Mann befragt. Die Gruppe der PatientInnen zwischen 51 und 70 Jahren umfasst zwei Frauen und einen Mann. Durch die Notwendigkeit der Rundung auf ganze Personen kann bei der geringen TeilnehmerInnenzahl der Altersgruppe der über 71-Jährigen die Aufteilung zwischen Frauen und Männern nicht im Verhältnis von 60 zu 40 Prozent erfolgen. Daher werden in dieser Altersgruppe jeweils eine Frau und ein Mann interviewt.

Tab. I: Darstellung der Stichprobengröße (eigene Tabelle in Anlehnung an die Ergebnisse der OIA, 2013)

ALTERSGRUPPE	ANTEIL IN %	BERECHNETE PERSONEN	DAVON FRAUEN	DAVON MÄNNER
19-30 Jahre	20,78	3	2	1
31-50 Jahre	41,56	5	3	2
51-70 Jahre	25,97	3	2	1
> 71 Jahre	11,69	2	1	1
	100%	13	8	5

3.2.3. Art der Stichprobenziehung

Die InterviewpartnerInnen wurden über die Autorin selbst sowie ihr näheres Umfeld angesprochen. Mittels der Social Media Plattform Facebook wurden die sozialen Kontakte der Autorin gebeten, in ihrem näheren Umfeld nach geeigneten Personen zu suchen. Weiters wurden gezielt OsteopathInnen per E-Mail angeschrieben mit der Bitte, die Studie zu unterstützen und eigene PatientInnen zu animieren. In einem durchgeführten Interview, das über die Hilfestellung eines osteopathischen Kollegen zustande kam, war es der Patientin jedoch nicht möglich, den Namen des Osteopathens für sich zu behalten. Das Interview wurde ausgeschieden und in weiterer Folge wurde auf die Hilfestellung von osteopathischen KollegInnen verzichtet.

Bei zwei Patientinnen wurden nachträglich per Telefonat die Informationen zum Ausbildungsstand ihrer Osteopathinnen eingeholt, da sich diese Information retrospektiv als wichtig für die Analyse zeigte.

Die Teilnahme an den Interviews erfolgte freiwillig. Den InterviewpartnerInnen wurde eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro angeboten.

3.3. Erhebungs- und Auswertungsmethoden

3.3.1. Leitfadeninterviews

Zur Gewinnung der Daten wurden Interviews mittels Leitfaden durchgeführt. Der Leitfaden für die Interviews wurde im Vorfeld erstellt und von der Wiener Schule für Osteopathie (WSO) genehmigt. Es handelt sich dabei um ein nicht-standardisiertes Interview mit halb-strukturierten und offenen Fragen.

Der Sinn eines Leitfadens ist es, Themengebiete anzusprechen, die sonst möglicherweise nicht thematisiert würden. Es soll dadurch auch eine gewisse Vergleichbarkeit der Daten des Interviews erzielt werden. Es liegt immer in der Verantwortung der InterviewerInnen, den Fragenkatalog flexibel zu halten und den Redefluss der InterviewpartnerInnen nicht zu unterbinden. Eigene Themen, die durch die befragten Personen eingebracht werden, sollen nicht gestoppt oder unterbrochen werden (Helfferich, 2009).

3.3.2. Validität und Reliabilität (Golden Standard)

Die Interviewerin hat durch Orientierung am Leitfaden in den Erzählfluss der befragten Personen vorwiegend nur eingegriffen, um die Beantwortung aller Teilaspekte des Leitfadens zu gewährleisten. Die Interviews wurden mittels Diktierfunktion des Mobiltelefons der Autorin aufgenommen und anschließend transkribiert.

Für die Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) gewählt.

3.3.3. Qualitative Inhaltsanalyse

Durch die Fragen des Leitfadens wurden die PatientInnen dazu angeregt, über ihre Sicht auf die osteopathische Behandlung sowie ihre subjektiven Befindlichkeiten und Empfindungen während der Therapie zu berichten. Nach dem inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell ist die Richtung der Analyse durch den Text der Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Haltungshintergrund der Kommunikation zu machen (Mayring, 2003, S. 11-12).

Um die Präzision der Inhaltsanalyse zunächst zu erhöhen, werden nach Mayring (2003, S. 53) folgende Analyseeinheiten festgelegt:

- Über die „*Kodiereinheit*“ wird festgelegt, welches der kleinste Materialbestandteil bzw. Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen darf
- Eine „*Kontexteinheit*“ wiederum legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fällt
- Eine „*Auswertungseinheit*“ legt fest, welche Textteile nacheinander ausgewertet werden

Hierbei steht die Entwicklung eines Kategoriensystems im Zentrum. Im Wechselverhältnis zwischen der Fragestellung (Theorie) und dem konkreten Material werden diese Kategorien entwickelt, durch Zuordnungsregeln definiert und während

der Analyse immer wieder überarbeitet und rücküberprüft. Die Ergebnisse werden abschließend Richtung Hauptfragestellung interpretiert, die Aussage der Analyse wird mittels inhaltsanalytischer Gütekriterien eingeschätzt (Mayring, 2003, S. 53).

Je nach Forschungsinteresse sieht Mayring drei unterschiedliche Arten der Inhaltsanalyse vor (Mayring, 2003, S. 58):

- *„Zusammenfassung“*: Hier wird das Material so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Ziel ist, durch Abstraktion einen überschaubaren Grundkern zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.
- *„Explikation“*: Hier wird die Analyse durch zusätzliches Material, wie zusätzliche Begriffe oder Sätze, erweitert, um fragliche Textstellen dadurch genauer interpretieren zu können.
- *„Strukturierung“*: Durch vorab festgelegte Kriterien soll ein Querschnitt durch das Material gelegt werden, um bestimmte Aspekte herauszufiltern oder das Textmaterial mit Hilfe bestimmter Merkmale besser einzuschätzen.

Diese drei Grundformen des Interpretierens entsprechen nach Mayring (2003) dem Alltagsverständnis davon, welche grundsätzlichen Wege eingeschlagen werden können, um ein zunächst unbekanntes (sprachliches) Material zu analysieren.

3.3.4. Inhaltliche Strukturierung

Bei der vorliegenden Masterarbeit wurde die inhaltlich strukturierende Form der Inhaltsanalyse gewählt. Es handelt sich hierbei um eine deduktive Vorgehensweise, deren Ziel es ist, das Material durch vorher festgelegte Kategorien zu bearbeiten. Das Kategoriensystem soll nach Mayring (2003) so genau definiert werden, dass unmissverständliche Zuordnungen von Textstellen zu Kategorien möglich sind (Mayring, 2003, S. 53).

Es bleibt festzuhalten, dass der Kodierleitfaden bei Bedarf während der Analyse überarbeitet und erweitert werden darf und kein starres Gerüst darstellt. Das Datenmaterial wird nach Erstellung des Kategoriensystems in einem ersten Schritt in Bezug auf die Kategorien durchgegangen und die Textstellen werden den einzelnen Kategorien zugeordnet. In einem weiteren Schritt wird das zugeordnete Material in Paraphrasen nach den von Mayring (2003) ausformulierten Interpretationsregeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Z-Regeln) zusammengefasst (Mayring, 2003, S. 59-61).

Als nächster Schritt wird das Abstraktionsniveau mittels der vorliegenden Daten bestimmt und alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, werden verallgemeinert. In Zweifelsfällen werden ab diesem Analyseschritt auch theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen. Die Verallgemeinerungen führen dazu, dass inhaltsgleiche Paraphrasen entstehen, welche im nächsten Arbeitsschritt gestrichen werden. Ebenso werden unwichtige und nichtssagende Paraphrasen gestrichen (Mayring, 2003, S. 74-76).

Im zweiten Analyseschritt werden Paraphrasen, die sich aufeinander beziehen und über das Material verstreut sind, gebündelt und in neuen Aussagen reduziert aufgeschrieben. Nach Mayring (2003) ist am Ende des gesamten Analysedurchlaufs zu prüfen, ob sich alle wichtigen Aussagen in den Ergebnissen finden (Mayring, 2003, S. 89-94).

Manchmal ist ein erneuter Analysedurchlauf nötig, in dem das Abstraktionsniveau höher angesiedelt wird. Die Analyseschritte werden durch Abbildung I auf Seite 33 dargestellt.

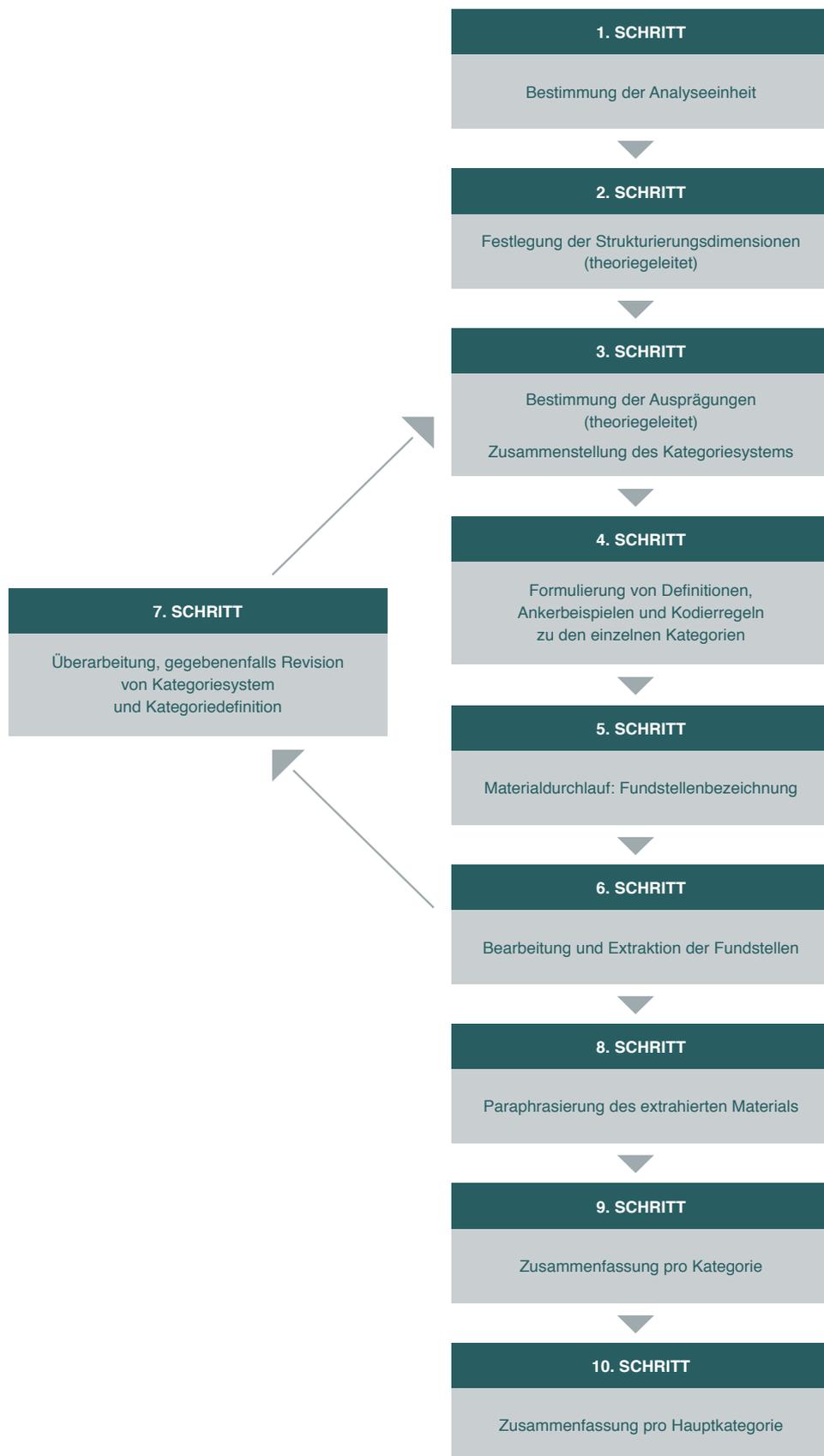


Abb. I: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (eigene Grafik auf Basis von Mayring, 2003, S. 84)

4. MATERIALIEN

4.1. Literaturrecherche

Für die Literaturrecherche wurden folgende Datenbanken im Zeitraum von Oktober 2015 bis Mai 2018 herangezogen:

- Google (<http://www.google.com> sowie <http://www.google.at>)
- Google Scholar (<http://scholar.google.at>)
- Osteopatic Research (<http://www.osteopatic-research.com>)
- OPAC-Katalog der Universität Wien (<http://aleph.univie.ac.at/F?547213374>)
- OPAC der Medizinischen Universität Wien (<http://opac.meduniwien.ac.at/F/>)
- PEDro (<http://www.pedro.org.au>)
- Pubmed mittels Medline-Zugang auf der Hauptuniversität Wien sowie der Medizinischen Universität Wien (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

4.2. Studienablauf

4.2.1. Erhebungszeitpunkte und -orte

Es handelt sich bei den Interviews um eine einmalige Befragung. Der Termin für die Interviews wurde im Vorfeld telefonisch vereinbart. Die dreizehn Interviews fanden im Zeitraum zwischen 17.06.2017 und 03.11.2017 statt. Die Länge der Interviews liegt zwischen 14:51 und 30:51 Minuten.

Vorab wurde ein Probeinterview mit einer Bekannten der Autorin geführt, um die Gesprächsführung zu üben. Dieses Interview wurde nicht aufgezeichnet. Ein weiteres Interview wurde aufgezeichnet, aber nicht in die Analyse einbezogen, da es einerseits nicht gelungen ist, die Patientin entsprechend des Leitfadens zu lenken und andererseits der behandelnde Osteopath nicht anonym geblieben ist.

Die Interviews wurden in Restaurants, in den Wohnungen der PatientInnen oder in der Praxis der Autorin durchgeführt. Zwölf der Interviews fanden in Wien statt und eines im Burgenland.

4.2.2. Interviewende Person

Alle Interviews wurden ausschließlich von der Autorin durchgeführt.

4.2.3. Kooperierende Institutionen und Personen

Die ersten drei Interviews wurden von der Autorin selbst transkribiert, die restlichen zehn Interviews wurden von Mag. Rammer-Gmeiner Martina transkribiert und von der Autorin anschließend in eine einheitliche Transkriptionsform gebracht.

Das Expertinnenteam für die qualitative Inhaltsanalyse setzte sich zusammen aus den beiden Soziologinnen Mag. Günther Julia und Hoher Magdalena, MA, sowie der Psychologin Mag. Rammer-Gmeiner Martina.

Wie in Kapitel 3.2.3. Art der Stichprobenziehung bereits beschrieben, wurden die InterviewpartnerInnen über die Autorin selbst sowie über ihr näheres soziales Umfeld und mittels der Social Media Plattform Facebook angesprochen. Es wurden osteopathische KollegInnen der Autorin per E-Mail kontaktiert und um Mithilfe gebeten.

Wie in Kapitel 4.2.1. Erhebungszeitpunkte und -orte beschrieben, wurde das Interview der Patientin, die über einen osteopathischen Kollegen kam, nicht in die Auswertung genommen, weil der Therapeut nicht anonym gehalten werden konnte. In weiterer Folge wurde auf die Hilfestellung von osteopathischen KollegInnen verzichtet.

5. ERGEBNISSE

Die Vorgehensweise der Analyse des Interviews ist deduktiv und orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Innerhalb der gebildeten Kategorien werden die Ergebnisse dargestellt und durch exemplarische Zitate aus den Interviews untermauert.

5.1. Kommunikation

Die Analyse der Interviews zeigt, dass die Kommunikation alleine schon in ihrer Quantität bei unterschiedlichen OsteopathInnen stark variiert. Sprechen einige OsteopathInnen viel mit ihren PatientInnen und klären über Therapiemaßnahmen und -wirkung auf, so erklären und sprechen andere wiederum sehr wenig.

„Nein, wir haben wenig gesprochen, weil er gesagt hat, er muss nicht, ähm, wir müssen nicht drüber reden, er spürt die Dinge eh.“ (P38: Zeile 46f)

Es zeigt sich auch von Seiten der PatientInnen ein sehr unterschiedliches Bedürfnis hinsichtlich des Ausmaßes an Kommunikation. Zu wenig sprechen kann unangenehm für die PatientInnen sein (siehe Kapitel 5.1.5.1. Beziehung zwischen OsteopathInnen und PatientInnen). Aber auch ein Zuviel an Kommunikation kann von PatientInnen als störend empfunden werden. Vor allem, wenn es sich dabei nicht um therapiespezifische Inhalte handelt, sondern Gespräche auf persönlicher Ebene stattfinden.

„Er hat mir irgendwelche Geschichten erzählt, die mich überhaupt nicht interessiert haben und ich war irgendwie (stockt). Ich komme da um sieben oder acht am Abend hin, ich war fix und fertig von der Arbeit und der textet mich zu. Und es war irgendwie so: Es interessiert mich nicht!“ (P38: Zeile 130ff)

Im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) konnten fünf Funktionen der Kommunikation gefiltert werden. Kommunikation dient dem Erfassen der Krankengeschichte, dem Darstellen von Behandlungseffekten, der Verbesserung des Verständnisses für Körper und Therapie, der Aufklärung sowie Anleitung der PatientInnen und erfüllt außerdem auch eine soziale Funktion, wobei hier der Aufbau einer Beziehung als wichtigster Faktor gefiltert wird.

Im folgenden Textteil soll nun genauer auf die einzelnen Funktionen eingegangen werden.

5.1.1. Erfassen der Krankengeschichte

Die OsteopathInnen der interviewten PatientInnen führen zu Beginn eine Anamnese durch und nutzen Kommunikation, um verschiedene Informationen zu erhalten. Eine Person wurde gefragt, wie sie zur Therapie gekommen ist, eine andere, ob sie schon

einmal eine Behandlung gehabt hat, eine dritte, wie ihr/sein Befinden ist, während eine/ein PatientIn gefragt wurde, welche beruflichen Anforderungen bestehen. Zwei weitere Personen erhielten Fragen nach Häufigkeit sportlicher Betätigung sowie zum Lebensstil. Speziell gehen OsteopathInnen auf die Krankengeschichte und den Krankheitsverlauf ein (zwei Nennungen) und fragen bei sieben PatientInnen gezielt nach den aktuellen Beschwerden. Dabei war den OsteopathInnen wichtig, das Beschwerdebild (sechs Nennungen) und die Lokalisation der Symptome (eine Nennung) zu erfahren.

Fünf OsteopathInnen der interviewten Personen versuchen anhand des Gespräches die Ursachen und Zusammenhänge der Beschwerden festzumachen. Ein 44-jähriger Patient erklärt seinem Osteopathen, was er selbst als Auslöser der Beschwerden vermutet. Auch hilft ihm die Kommunikation festzustellen, ob er die gleichen Hypothesen über die Entstehung der Beschwerden hat wie sein Osteopath. Der Patient erzählt, dass sein Osteopath ihm zugehört hat, sich dann jedoch sein eigenes Bild gemacht hat, woher die Beschwerden kommen.

5.1.2. Behandlungseffekte darstellen

Drei OsteopathInnen nutzen Kommunikation, um am Beginn der Folgeeinheit festzustellen, ob sich die Beschwerden verändert haben.

Mehr als die Hälfte der befragten PatientInnen geben an, dass die OsteopathInnen ihnen erklären, woran sie arbeiten und teilweise auch, was sich physisch durch die gesetzten Maßnahmen verändert hat.

Ein 33-jähriger Patient erzählt von den pointierten Fragen, mit denen sein Osteopath am Ende der Therapieeinheit Feedback über die Behandlung eingeholt hat. Der Patient erlebt die Aufforderungen zu einem Feedback positiv und meint, dass sie dazu geführt haben, dass er achtsamer auf seinen Körper geworden ist.

„Also man muss sich da selbst auch ein bisschen befragen, wie das für einen war. Das ist schon in Ordnung. Man hört ein bisschen, also man lernt über die Behandlungen hindurch ein bisschen auf seinen Körper zu hören.“ (P33: Zeile 260ff)

Eine 60-jährige Patientin informiert ihren Osteopathen darüber, dass ihr die Therapie zu schmerzhaft ist (siehe 5.7. Therapieabbruchfaktoren). Zwei PatientInnen sagen, dass Ihnen die physischen Behandlungen und deren Effekte wichtiger sind als die Kommunikation mit den OsteopathInnen.

5.1.3. Verständnis für Körper und Therapie verbessern

Mit Hilfe von Kommunikation können OsteopathInnen ihren PatientInnen die angewandten Techniken und deren Effekte erklären, wodurch diese ein besseres Verständnis für die osteopathische Behandlung und ihre Wirkung bekommen. Erklären OsteopathInnen nichts über die Wirkungsweise, kann dies dazu führen, dass bei den PatientInnen kein Verständnis für die Therapie aufkommt, wie ein 68-jähriger Patient verbalisiert.

„Naja, ich glaub, dass er (stockt), dass ich vielleicht ein wenig Verständnis gekriegt hätte, wenn er was erklärt hätte davon. Ich weiß nur nicht, ob ich es verstanden hätte. Also ich weiß nicht, ob das etwas genützt hätte.“ (P68: Zeile 192ff)

Hier zeigt sich auch die Unsicherheit des Patienten, ob er die Erklärungen des Osteopathen überhaupt verstehen würde. Ein anderer Patient beschreibt die Situation, in welcher der Osteopath zwar Erklärungen abgibt, der Patient sie jedoch nicht versteht.

„Und es ist sicher anatomisch, wissenschaftliches, medizinisches Verständnis notwendig. Also es ist das (stockt), ich kann es nicht in jeder Einzelheit nachvollziehen.“ (P33: Zeile 388ff)

Kommunikation hilft, die PatientInnen über physiologische Zusammenhänge und die Ursachen von Beschwerden aufzuklären, wodurch sie ein besseres Verständnis für den eigenen Körper entwickeln können. Wie die Aussagen des 33-jährigen Patienten jedoch hervorheben, muss beachtet werden, ob die PatientInnen auch über das nötige Hintergrundwissen verfügen, um die Erklärungen der OsteopathInnen zu verstehen.

5.1.4. Aufklärung und Anleitung

Mehr als die Hälfte aller PatientInnen gibt an, dass OsteopathInnen Anweisungen für eine Verhaltensanpassung geben. OsteopathInnen sagen, dass sich die PatientInnen keine Sorgen machen, weniger Fokus auf die Symptome setzen, mehr Sport betreiben oder spazieren gehen sollen und welche Übungen sie durchführen können.

Zwei OsteopathInnen klären ihre PatientInnen über mögliche Therapiereaktionen auf und geben Prognosen ab. Einem 68-jährigen Patienten wird von seinem Therapeuten gesagt, dass ein weiterer Besuch nicht mehr nötig ist, falls die Schmerzen vergehen.

OsteopathInnen schauen sich die mitgebrachten Befunde an, wie zwei PatientInnen berichten. Erzählt die 60-jährige Patientin, die ein ausführliches Erstgespräch von 30

Minuten bei ihrem zweiten Osteopathen hatte, davon, dass ihr der Osteopath die Befunde auch erklärt hat, so bleibt genau dieser Wunsch bei einem 76-jährigen Patienten unerfüllt.

„Analysieren (Pause). Also für die 190 Euro hätte er vielleicht analysieren können, ja. [...] ‚Wie der Befund schon sagt, Sie werden es ja sicher gelesen haben?!‘ Das könnte er sagen. ‚Aber das liegt halt darin und da müssten Sie mehr aktivieren und vielleicht den Kopf hie und da drehen.‘ Also Punkte ansetzen, die aktiviert gehören. In besonderem Maße.“ (P76: Zeile 249ff)

Eine gynäkologisch arbeitende Osteopathin nutzt die Kommunikation, um die Patientin vor dem Einsatz von internen Techniken (anale bzw. vaginale Techniken) über die Maßnahmen aufzuklären, was diese als empathisch empfindet.

„Also die war da auch sehr einfühlsam und hat gefragt, ob das auch ok ist mit mir und hat dann da natürlich das ganze Equipment mit Handschuhen und so weiter. Und hat dann auch eine Riesenauswahl an irgendwelchen Ölen und so...“ (P35: Zeile 93ff)

Aufklärungen und Anleitungen beruhigen PatientInnen und sie sind dankbar für die Hilfestellungen, wie drei PatientInnen anführen.

„Sagt, es wird alles gut und das Baby wird sich umdrehen und sie wird gut rauskommen und der Beckenboden ist weich und es ist alles so super und ja, der dich so ein bisschen an der Hand nimmt.“ (P35: Zeile 228ff)

Jedoch können Aufklärungen von PatientInnen nur verstanden werden, wenn die Sprachkenntnisse dafür ausreichen, wie ein französischer Patient verdeutlicht, dem für körperbezogene Begriffe teilweise das Vokabular fehlt.

„Sie hat mir genug erklärt. [...] Also, das war für mich schon ein bisschen schwer. Ich bin nicht fließend auf Deutsch.“ (P28: Zeile 244ff)

5.1.5. Soziale Funktionen der Kommunikation

Durch Fragen können PatientInnen ihr Interesse an der Behandlung zeigen. Den OsteopathInnen dient die Kommunikation, um die Empfindungen ihrer PatientInnen zu verstehen.

Wenn OsteopathInnen sympathisch sind und der Therapieeffekt gut ist, dann gehen PatientInnen weiterhin zur Therapie und blenden Faktoren wie eine störende

Kommunikation aus. Allerdings sind PatientInnen mit der Therapie zufriedener, wenn die kommunikative Ebene mit den OsteopathInnen harmoniert.

„Sie (die erste Osteopathin, Anm. d. Verf.) war mir sympathisch, sie war mir angenehm. Aber es waren einfach, durch dieses Gequatsche war ein Thema drinnen, wo ich dachte: Bitte sei doch endlich still! Wenn sie mir nicht sympathisch gewesen wäre, wäre ich nicht hingegangen. Aber es war die Behandlung so gut, dass ich dieses Gequatsche ausblenden konnte. Aber jetzt hab ich kein Gequatsche, und noch eine bessere Osteopathin, also eigentlich eine super Win-Situation für mich, ja.“ (P39: Zeile 296ff)

Manche OsteopathInnen erzählen aus dem privaten Leben, wodurch die InterviewpartnerInnen sie als aufgeschlossen erleben und ihnen vertrauen. Auch PatientInnen erzählen von persönlichen Ereignissen. Die 38-jährige befragte Frau beschreibt, wie sie mit ihrem Osteopathen gut scherzen konnte und der 33-jährige Patient berichtet, wie er sich durch die angenehme Konversation mit seinem Osteopathen entspannen kann.

„Ja, man kann nämlich auch gut zuhören. Es werden auch (stockt), also man erzählt dann auch von sich natürlich, da hat er auch zugehört und dann kann man sich beim Zuhören vielleicht auch wieder entspannen.“ (P33: Zeile 229)

PatientInnen nutzen Kommunikation, um den OsteopathInnen ihre Meinung zu sagen. Jedoch besitzen nicht alle den Mut dafür. Drei InterviewpartnerInnen erzählen von Situationen, in denen sie mit ihren OsteopathInnen darüber gesprochen haben, wenn ihnen etwas unangenehm war oder sie sich etwas Bestimmtes gewünscht hatten. Im Gegenzug geben jedoch fünf Personen an, dass sie mit ihren OsteopathInnen nicht darüber sprechen, wenn ihnen etwas unangenehm ist, sie eine andere Meinung haben bzw. bestimmte Erwartungen und Wünsche unerfüllt geblieben sind.

Werden geäußerte Wünsche der PatientInnen von Seiten der OsteopathInnen nicht wahrgenommen, so ist dies sehr unangenehm für die betroffenen Personen. Eine Patientin berichtet davon, dass sie den Osteopathen gebeten hatte, länger eine bestimmte Körperregion zu behandeln, was der Therapeut jedoch ablehnt.

„Er sagt, ja, das reicht.“ (P80: Zeile 148)

Die 60-jährige Frau sagt ihrem Osteopathen, dass ihr die Therapie zu schmerzhaft ist und sie diese nicht ertragen kann. Als ihr der Osteopath antwortet, dass dies der einzig mögliche Weg sei, die Beschwerden zu beheben, wechselt die Patientin ihren Osteopathen (siehe Kapitel 5.7. Therapieabbruchfaktoren).

PatientInnen tauschen sich mit anderen PatientInnen darüber aus, ob sich die Behandlungen der OsteopathInnen bei ihnen ähneln und was sie bewirken.

5.1.5.1. Beziehung zwischen OsteopathInnen und PatientInnen

Als wichtigste soziale Funktion der Kommunikation wird der Aufbau einer Beziehung zwischen OsteopathInnen und PatientInnen gefiltert. Achten OsteopathInnen auf eine gute Kommunikation mit ihren PatientInnen, so verbessert sich deren Vertrauen, denn PatientInnen wünschen sich ein gutes Gesprächsklima und dass gehört wird, was sie sagen. Wenn OsteopathInnen den PatientInnen zeigen, dass sie sich auf sie einstellen und ihnen verbal Zuversicht vermitteln, so fühlen sich die PatientInnen geborgen und gut aufgehoben. Kommunikation unterstützt somit beim Aufbau einer guten Beziehung zwischen OsteopathInnen und PatientInnen.

„[...] Das bin ich ja in Wahrheit überhaupt nicht aber in dem Fall ist das so ein bisschen Ei-Ei und Streicheln, ein Seele streicheln und es wird alles gut und so. [...] ...ist das irgendwie schon schön wenn man da wen hat, der einem da so ein bisschen die Hand reicht und so.“ (P35: Zeile 222ff)

Für PatientInnen ist es wichtig, dass Ihnen die OsteopathInnen sympathisch sind und sie ihnen vertrauen können. Die 39-jährige Patientin betont, dass ihrer Meinung nach die Therapie nur effektiv ist, wenn man sich als PatientIn öffnen kann und PatientIn und TherapeutIn gut zusammenpassen.

„Ich glaube, dass gerade bei so was, ja schon irgendwie Intimem wie der Osteopathie. Dass das wichtig ist, dass der Therapeut und der Klient auf so einer Ebene schwingen, ja. Ich glaube, ja, dass die Erfolge wirklich nur durchschlagend sind und wirklich was bringen, wenn man merkt, man hat seinen Therapeuten gefunden. Ich glaub nicht, dass die ach so tolle Osteopathin für jeden passt, sondern dass es wirklich individuell ist.“ (P39: Zeile 270ff)

PatientInnen fühlen sich bei OsteopathInnen wohl, wenn diese empathisch, ruhig und nett sind und spezifisch auf deren Probleme eingehen. Eine Patientin beschreibt, dass sie sich bei ihrer neuen Osteopathin wohler fühlt, die ihr auch charakterlich ähnlicher ist.

Jedoch kann Kommunikation auch den Aufbau einer guten Beziehung behindern. Der 76-jährige Mann erzählt davon, dass sein Osteopath nur wenig mit ihm

gesprächen hat, wodurch er keine Beziehung zu ihm aufbauen und auch keine Sympathie für ihn empfinden konnte.

*„Also zu einem Gespräch ist es im Wesentlichen nicht gekommen. [...] Es ist so, wenn man einen Menschen nicht reden hört, dann kann man nicht bewerten. [...] Das heißt, wenn jemand nur sagt: ‚Umdrehen, aufstehen, runter‘. Also nicht im Befehlstone, aber fast schon so, dann kann man nicht sagen: ‚Ui, der ist mir sympathisch. Der ist Klasse‘.“
(P76: Zeile 270ff)*

Auch die 24-jährige Patientin berichtet von der Erfahrung, dass die Osteopathin ihr Angebot der persönlichen Anrede ablehnt, wodurch sich die Patientin abgewiesen fühlt (siehe Kapitel 5.7. Therapieabbruchfaktoren).

Die 39-jährige Patientin erzählt davon, wie ihre erste Osteopathin sie in Bezug auf persönliche Lebensentscheidungen analysiert, was die Patientin als sehr negativ empfindet (siehe Kapitel 5.2.3. Arbeitsspezifische Merkmale). Der Aufbau einer Beziehung wird also auch negativ über Kommunikation beeinflusst.

5.2. TherapeutInnenspezifische Faktoren

Aus den Aussagen, bei welchen die interviewten Personen auf ihre OsteopathInnen eingehen, wurden drei Kategorien entwickelt: Die InterviewpartnerInnen beschreiben, wie ihre OsteopathInnen auf die psychische Ebene eingehen. Folgend werden die charakterlichen Merkmale der OsteopathInnen dargestellt, welche die PatientInnen ihnen zuschreiben und abschließend werden von den PatientInnen genannte arbeitsspezifische Merkmale der TherapeutInnen beschrieben.

5.2.1. OsteopathInnen gehen auf die Psyche von PatientInnen ein

Kommunikation kann dazu führen, dass PatientInnen neben physischer Unterstützung auch psychische Unterstützung erhalten und dadurch Beschwerden im Sinne eines Überlastungssyndroms abgewehrt werden können, wie eine 61-jährige Patientin berichtet. Sie kann mit ihrer Osteopathin über ihre persönlichen Probleme und Anliegen sprechen und empfindet dies als psychische Unterstützung.

„Ich meine, seit vier Jahren bin ich ja dort, so dass sie mich durch diese Trennungszeit behandelt und nachdem ich auch gesagt habe, es ist für mich psychisch so wichtig, dass ich, dass ich wo etwas tue für mich... [...] Ja, es war für mich so eine Art Therapie. Und da hat sie sich ziemlich einlassen (lacht kurz), da ist sie mit Begeisterung dabei (lacht wieder)“ (P61: Zeile 149ff)

Durch die Tatsache, dass sich die Osteopathin sehr auf die psychischen Belange ihrer Patientin eingelassen hat und auch in Folgeeinheiten viel mit ihr bespricht, nimmt die Patientin an, dass die Osteopathin eine psychotherapeutische Ausbildung hat.

PatientInnen erwarten zwar, dass OsteopathInnen auf ihre Leiden eingehen und wollen das Gefühl haben, dass die OsteopathInnen hören, was sie sagen. Jedoch wollen sie auch nicht ungefragt auf psychischer Ebene analysiert werden (siehe Kapitel 5.1.5.1.. Beziehung zwischen OsteopathInnen und PatientInnen sowie Kapitel 5.2.3. Arbeitsspezifische Merkmale).

5.2.2. Charakterliche Merkmale von OsteopathInnen

Die PatientInnen wurden gebeten, ihre OsteopathInnen charakterlich zu beschreiben. Auffällig sind die durchwegs positiven Attribuierungen. Auch PatientInnen, die entweder mit dem Therapieerfolg nicht zufrieden waren oder aus einem anderen Grund die Therapie abgebrochen hatten, beschreiben ihre OsteopathInnen auf eine positive Weise. Nur zwei von dreizehn PatientInnen schreiben ihren OsteopathInnen Eigenschaften zu, die eher eine negative Konnotation aufweisen. Eine Patientin findet ihre Osteopathin grundsätzlich sympathisch, kommt aber wie erwähnt mit der Art der Kommunikation nicht zurecht. Vermutlich führt dies dazu, dass sie ihre Osteopathin als forsch bezeichnet. Allerdings empfindet sie ihre Osteopathin auch als sympathisch, interessiert, aufgeweckt und eloquent. Ein 76-jähriger Patient bezeichnet seinen Osteopathen als schweigsam und wortkarg und kann keine Sympathie für ihn empfinden, da dieser nur in kommandierendem Tonfall kurze Anweisungen gibt und keine richtige Konversation aufnimmt.

Von den positiven Eigenschaften werden hier nur jene angeführt, die zumindest von zwei Personen genannt wurden. Die OsteopathInnen werden als sympathisch (vier Nennungen), nett (vier Nennungen), interessiert (drei Nennungen), aufgeschlossen (drei Nennungen), empathisch (drei Nennungen) und vertrauenswürdig (zwei Nennungen) bezeichnet. Zwei männliche Interviewpartner meinen, dass ihre Osteopathen viel Kraft besitzen.

5.2.3. Arbeitsspezifische Merkmale von OsteopathInnen

OsteopathInnen arbeiten sehr vielfältig und unterscheiden sich bei arbeitsspezifischen Merkmalen stark voneinander. Acht der interviewten PatientInnen empfinden die Osteopathie als eine sehr sanfte Therapieform. Nur ein 76-jähriger Patient und eine 60-jährige Patientin erzählen von einer überwiegend schmerzhaften Therapie. Zwei der PatientInnen waren bei zumindest zwei unterschiedlichen OsteopathInnen und kennen

verschiedene Arbeitsweisen und ein 33-jähriger Patient erzählt von einem Osteopathen, der sowohl feste als auch sanfte Techniken einsetzt.

Nicht allen PatientInnen ist bewusst, dass osteopathische Behandlungen sehr unterschiedlich ablaufen können und die Form der Behandlung auch von den TherapeutInnen abhängt (siehe Kapitel 5.3.2. Die Therapie). Sieben PatientInnen berichten von speziellen Arbeitsmerkmalen, welche hier dargestellt werden sollen.

Die 38-jährige Frau erzählt davon, dass ihr Osteopath durch physische Eindrücke auf charakterliche Merkmale bei ihr rückgeschlossen hat, was die Patientin sehr beeindruckt, da er mit seinen Annahmen richtig liegt.

„Und das hat bei Kleinigkeiten begonnen und er hat die Dinge super auf den Punkt getroffen. Und für mich war irgendwie so ein: Oh, wow, der weiß irgendwie total viel, nur weil er da irgendwo rum klopft oder so.“ (P38: Zeile 36ff)

Eine 35-jährige Patientin sucht ihre Osteopathin in der Schwangerschaft auf. Die Osteopathin bietet sich als Sprachrohr für das ungeborene Kind an, was die Patientin wie folgt beschreibt:

„Und irgendwie halt (stockt), dass sie mir dann auch so süß irgendwie sagt, ist vielleicht ein bisschen esoterisch, ich weiß nicht, aber dass sie halt sagt, ja, das war bei der Philippa, bei meinem ersten Kind so, ja das ist eine (stockt), das Mäuschen, das hat es gern geborgen bei der Mama drinnen. Dass sie halt so Kontakte herstellt. Auch so, wie sie die Haltung von meinem Kind irgendwie wahrgenommen hat, wie sie halt dann irgendwie Rückschlüsse zieht, vielleicht ist irgendwie, weißt eh, aber das hört man irgendwie gern.“ (P35: Zeile 132ff)

Zwei PatientInnen erzählen von einem Osteopathen, der seinen PatientInnen erklärt, dass er auch Läsionen löst, die pränatal entstanden sind. Zu Demonstrationszwecken verwendet er eine Plastik vom Uterus. Für die Arbeit hat der Osteopath bei einer 80-jährigen Patientin die Hände nicht immer am Körper, manchmal hält er sie auch etwas weiter entfernt. Sie nimmt die Therapie als eine Art von Strahlung wahr, bei der sich manchmal die behandelte Körperregion erwärmt und entspannt. Die 60-jährige Patientin erzählt davon, wie sie sich bei der Behandlung gut entspannen kann:

„Ja, naja, das ist kein Schlaf. Das ist ein Weggleiten. So energiemäßig weggleiten.“ (P60: Zeile 210)

Die 39-jährige Interviewpartnerin berichtet von einer Osteopathin, die sie in der Therapie auffordert, auf verbaler Ebene mit ihren verstorbenen Vater in Kontakt zu

treten, was die Patientin als esoterisch empfindet. Die Patientin fühlt sich durch die Osteopathin übergangen, da diese ungefragt persönliche Lebensentscheidungen der Patientin interpretiert.

„Es war dann in manchen Dingen auch ein bisschen übergriffig, würd ich sagen, weil es so in so einen intimen Bereich gegangen ist, was jetzt meine Schwangerschaften betrifft. Was ich jetzt so nicht unterschreiben konnte. Also so ein bisschen in dieses Psychotherapeutische, was, finde ich, aber jetzt dort nicht hingehört hat.“ (P39: Zeile 104ff)

Drei PatientInnen erzählen davon, dass ihre OsteopathInnen ihnen Verhaltensmaßnahmen oder eine Übung zur Mobilitätsverbesserung mitgegeben haben und erleben dies als positiv. Dem 68-jährigen Mann hingegen fehlt genau diese aktive Komponente. Er empfindet auch, dass die Therapie zu wenig Bewegung beinhaltet, weshalb er eine physiotherapeutische Behandlung vorzieht.

5.3. Behandlungsspezifische Faktoren

In diesem Kapitel werden alle Faktoren dargestellt, die PatientInnen im Zusammenhang mit der Behandlung berichten. Die gebildete Kategorie gliedert sich in fünf Bereiche: die Untersuchung, die Therapie, die Sicht der PatientInnen auf die osteopathische Behandlung, Behandlungsursachen sowie die Therapiereaktionen und -effekte.

5.3.1. Die Untersuchung

Sieben PatientInnen berichten darüber, dass sie von ihren OsteopathInnen untersucht wurden, wobei fünf davon bis auf die Unterwäsche entkleidet waren. Vier PatientInnen erzählen von einer durchgeführten Inspektion, während der ihnen die OsteopathInnen auch erklärt haben, worauf sie achten und welche Fehlstellungen sie feststellen können. Bei zwei Patienten haben die Osteopathen die Anamnese auch während der Untersuchung fortgesetzt.

„In meiner Erinnerung war das so, dass ich mich mal ausgezogen hab. Er mal begutachtet hat nach meiner allgemeinen Haltung. Währenddessen hat er natürlich auch gefragt, was ich so im Alltag mache. [...] Also, ob das Ganze auch irgendwo Hintergründe hat in Richtung, dass das eine Sportverletzung sein könnte.“ (P44: Zeile 48ff)

Zwei OsteopathInnen wiederholen die Untersuchungen in verschiedenen Therapieeinheiten, um zu sehen, ob sich die behandelten Strukturen verändert haben. OsteopathInnen untersuchen die Mobilität der Gelenke und führen die Untersuchungen

in unterschiedlichen Positionen durch. Ein Patient berichtet, dass der Osteopath die Behandlungsform anhand der Untersuchung ausgewählt hat.

„Also dass er mich von hinten, also dass ich das Hemd ausgezogen gehabt hab und er untersucht hat die Wirbelsäule. [...] Und erst aufgrund dessen dann die Behandlung gemacht hat.“ (P68: Zeile 108ff)

Bei sechs PatientInnen hat gar keine Untersuchung stattgefunden. Sie wurden aufgefordert, sich direkt auf die Behandlungsliege zu legen.

5.3.2. Die Therapie

Vier der dreizehn PatientInnen waren bereits bei mehr als einer bzw. einem OsteopathIn und zwei davon bringen deutlich zum Ausdruck, wie unterschiedlich verschiedene TherapeutInnen arbeiten. Weitere vier PatientInnen erzählen davon, dass ein und dieselbe behandelnde Person ein breites Spektrum an Techniken und unterschiedlichen Therapieformen angewendet hat. Im Gegenzug berichten drei InterviewpartnerInnen davon, dass ihre OsteopathInnen in verschiedenen Einheiten immer sehr ähnlich arbeiten.

OsteopathInnen korrigieren die Fehlstellungen des Körpers, indem sie Blockaden lösen. Sie arbeiten dabei mit den Händen. Eine 80-jährige Patientin betont, dass keine Geräte eingesetzt wurden.

Eine 38-jährige Patientin erzählt, dass ihr Osteopath jedes Mal den ganzen Körper vom Kopf bis zu den Zehen durchgearbeitet hat. Sie stellt den Unterschied der Arbeit ihrer beiden Osteopathen wie folgt dar:

„Ahm, der Erste hat bei den Beinen angefangen und hat sich irgendwie bis zum Kopf hin gearbeitet. Und der jetzt arbeitet nur mehr an den Punkten, die wir irgendwann am Anfang, ahm, besprochen haben.“ (P38: Zeile 54ff)

Die meisten PatientInnen berichten davon, dass ihre OsteopathInnen verschiedene Körperregionen behandeln, auch wenn sie in einer Therapieeinheit bestimmte Schwerpunkte setzen. Vier PatientInnen stört es, dass ihre OsteopathInnen mit zu wenig Bewegung arbeiten oder Körperstellen bearbeiten, die sie für ihre Beschwerden unpassend finden (siehe Kapitel 5.3.3. Sicht der PatientInnen auf die Therapie und Kapitel 5.7. Therapieabbruchfaktoren). Drei davon berichten, dass ihre OsteopathInnen vorwiegend oder ausschließlich die Hände bei ihrem Kopf liegen hatten.

„Mir ist es lange vorgekommen. [...] Weil nicht viel passiert ist in der Therapie, also bewegungsmäßig.“ (P68: Zeile 50ff)

Ob OsteopathInnen ihre PatientInnen in Unterwäsche oder angezogen behandeln ist sehr variabel und hängt sowohl von der behandelnden Person als auch von den angewandten Techniken ab. So berichten drei PatientInnen, dass sie bei der Therapie immer angezogen waren, vier PatientInnen erzählen, dass sie entkleidet waren. Ein 68-jähriger Patient ist bei seinem Osteopathen meist angezogen, wurde aber auch einmal im Unterhemd behandelt.

Insgesamt acht PatientInnen erzählen dezidiert davon, dass sie in der Therapie am Rücken liegend behandelt werden. Zwei PatientInnen werden am Ende der Therapieeinheit im Sitzen behandelt.

Deutlich wird bei den Erzählungen, wie unterschiedlich osteopathische Therapien sein können. Die Mehrzahl der PatientInnen (acht Personen) empfindet die Behandlung als sanft. Drei PatientInnen berichten von unterschiedlich starken Techniken bzw. waren sie bei unterschiedlich arbeitenden OsteopathInnen und haben sanfte und feste Therapiemaßnahmen kennengelernt. Ein 76-jähriger Patient berichtet davon, dass die Therapie sehr schmerzhaft ist und der Osteopath den Körper mit kräftigen Handgriffen bearbeitet. Der 44-jährige Mann erzählt davon, dass er bei einer Technik genaue Anweisungen vom Osteopathen bekommen hat.

„Er hat gesagt, er wird jetzt, also ich soll beim Ein- und Ausatmen jetzt kontrolliert ein- und ausatmen und auf, quasi auf ein Countdown hin hat er dann, hat er eine ruckartige (kurze Pause), ähm, Handlung ausgeführt.“ (P44: Zeile 101ff)

Die Intensität des Therapieereizes variiert nicht nur mit den TherapeutInnen, sondern hängt auch von den angewandten Techniken und Therapieformen ab. So erzählen die PatientInnen davon, dass OsteopathInnen craniosakral mit wenig oder kaum Druck arbeiten und auch Gelenke sanft mobilisieren. Zwei Patienten berichten von Repositionstechniken an der Wirbelsäule, wobei einer der beiden diese auch akustisch wahrnehmen kann. Drei PatientInnen erzählen von sehr schmerzhaften Techniken an ihren Faszien und ein Patient hat sowohl angenehme als auch schmerzhaft myofasziale Behandlungen erlebt.

Der Osteopath des 44-jährigen Patienten testet am Ende der Behandlung mittels Mobilitätsuntersuchungen den Therapieerfolg.

5.3.3. Sicht der PatientInnen auf die osteopathische Behandlung

Zwei interviewte Frauen haben die Empfindung, ihr Osteopath würde über Energiefelder arbeiten bzw. eine Art von Strahlung einsetzen. Die ältere der beiden Damen meint, ihr Osteopath würde mal mehr und mal weniger Energie haben.

Für die 39-jährige Interviewpartnerin ist Osteopathie eine intime Behandlung, bei der TherapeutIn und PatientIn zusammenpassen müssen. Und die 61-jährige Patientin hat die osteopathische Therapie am Beginn gar als Zauberei empfunden. Sie weiß, dass Heilung entsteht, wenn die Flüssigkeiten wieder zirkulieren.

„Ja, manchmal hab ich mir gedacht, das ist Zauberei oder was. Inzwischen denk ich mir, wir haben so ein starkes Körpergedächtnis, und das ist alles gespeichert, und wirklich abrufbereit. Und diese Möglichkeiten, über diese Form der Behandlung, das sehr Sanfte, da habe ich wirklich das Gefühl, es ist Traumaarbeit. [...] Es heilt ganz viel so über dieses, dass man schaut, dass es wieder ins Fließen kommt.“ (P61: Zeile 328ff)

Bei der Untersuchung beeindruckt PatientInnen, wenn OsteopathInnen nur durchs Hinsehen und wenige Fragen schon wissen, wo die Ursache der Beschwerden liegen oder Adhäsionen an den inneren Organen wahrnehmen können. Die 60-jährige Patientin versteht nicht, wie ihr Osteopath ohne Untersuchung überhaupt die Fehlstellungen feststellen kann und der 44-jährige Mann kann die vom Osteopathen wahrgenommene Fehlstellung nicht nachvollziehen. Eine Interviewpartnerin findet es gut, dass ihr Osteopath ihre Beckenfehlstellung korrigiert, auch wenn sie sich danach asymmetrisch fühlt.

Vier PatientInnen sind enttäuscht, weil bei der Therapie nur wenig passiert. Im Gegenzug sind zwei PatientInnen der Meinung, bei einer osteopathischen Behandlung wäre ein großer Krafteinsatz nötig.

„Schon sanft. Das ist alles ganz sanft. Schon, dass sie sich auch über mich drüber hängt so mit ganzem Körpereinsatz. Ich hab mir die ganze Zeit gedacht: Das ist schon ein anstrengender Job.“ (P35:Zeile 85ff)

Wie den PatientInnen die Therapie gefallen hat, hängt nicht nur von den Therapiemaßnahmen ab, sondern auch von den wahrgenommenen Effekten. So berichten zwei InterviewpartnerInnen darüber, dass ihnen die sanfte Therapieform zwar angenehm war, jedoch mit zunehmender Therapiedauer die Entspannung abgenommen hat (24-jährige Patientin) bzw. die Therapiedauer durch die wenig wahrgenommene Bewegung sehr lange gewirkt hatte (68-jähriger Patient).

Ja, also am Anfang fand ich es ganz angenehm, weil ich das ja auch noch nicht kannte. Nur dann eben, nach einer Zeit lang hab ich mich gewundert, wieso nicht irgendwie was anderes passiert?!“ (P24: Zeile 182ff)

Neun der befragten Personen empfinden die osteopathische Behandlung oder zumindest Teile davon als angenehm und haben sie positiv in Erinnerung. Ein 33-jähriger Mann berichtet von Repositionstechniken, die er als unangenehm und gleichzeitig erleichternd empfindet. Der 44-jährige Interviewpartner, bei dem ebenfalls eine Repositionstechnik durchgeführt wurde, ist enttäuscht darüber, dass er bei der Technik weder ein Geräusch hören, noch einen Schmerz empfinden konnte.

„Es gab auch keine geräuschliche Hintermalung des Einrenkvorgangs. Also, ich hab auch keinen Schmerz verspürt beim Einrenken. [...] Ein bisschen Enttäuschung war schon da.“ (P44: Zeile 97ff)

Eine Patientin erzählt davon, dass sie in der Schwangerschaft zur Osteopathin gegangen ist und empfindet es als wichtig, dass die Therapie bei einer Frau stattfindet, da sie Geburtsvorbereitung im Zusammenhang mit weiblichen Eigenschaften sieht. Sie empfindet Osteopathie als wichtige Begleitung und konsultiert ihre Osteopathin daher auch in der folgenden Schwangerschaft.

„Aber ich sag jetzt einmal, es war auch ihr Einfluss oder ihr Ding, ja. Weil es ist auch die erste Geburt dann super gut gegangen... [...] Und das war mir dann auch eigentlich wichtiger als alles andere. Yoga oder so. Das hab ich dann alles nimmer gemacht beim zweiten Mal. Aber zu ihr bin ich schon noch einmal gegangen.“ (P35: Zeile 240ff)

Insgesamt fünf PatientInnen sprechen an, dass Osteopathie eine wirksame Therapie ist, die durch wiederholte Reize den Körper verändert. Eine 30-jährige Patientin betont ihre Verwunderung, dass durch diese sanften Berührungen Veränderungen im Körper bewirkt werden können.

„Und das fand ich recht faszinierend, weil eben die Bewegungen wirklich nur super klein waren und wenig Druck oder irgendwas, wo ich mir halt am Anfang gedacht hab [...] Ok, was, was soll das auslösen im Körper? Aber dann das Gefühl hatte, dass es wirklich halt irgendwas macht und es ist meine Haut auch eigentlich besser geworden in der Zeit. Es ist halt immer schwierig zu sagen, ob das damit zusammenhängt, weil ich halt viele Sachen probiert hab.“ (P30: Zeile 100ff)

Der 44-jährige Patient und die 80-jährige Frau sind der Meinung, dass ihr eigenes Verhalten während der Behandlung einen Einfluss auf den Therapieeffekt hat. So meint der Patient, dass eine Repositionstechnik vielleicht besser geklappt hätte, wenn er weniger entspannt gewesen wäre und mehr dagegen gedrückt hätte. Die Frau

wiederum ist der Meinung, dass die Therapie weniger effektiv ist, wenn sie nicht gut entspannen kann.

5.3.4. Behandlungsursachen

PatientInnen kommen wegen unterschiedlicher Beschwerden zur osteopathischen Behandlung. Die interviewten Personen hatten Beschwerden am Bewegungsapparat wie Verspannungen im Nacken, Kopf-, Rücken-, Hüft- und Knieschmerzen, Schmerzen im Gesäß, Mobilitätsverlust der oberen Extremitäten und eine Verletzung der Hand. Eine Patientin konsultiert ihre Osteopathin wegen chronischer Erkrankungen. Sie hat Neurodermitis und eine Schilddrüsenfunktionsstörung. Allergieähnliche Symptome werden von einer anderen Interviewpartnerin als Therapieursache genannt. Im Zuge einer Schwangerschaft kommt eine Patientin zur Osteopathin, um ihre Beschwerden wie Magenschmerzen oder eine Ischialgie behandeln zu lassen und in der Folgeschwangerschaft, um das ungeborene Kind aus der Beckenendlage in eine Schädellage mobilisieren zu lassen. Auch in Folge der Schwangerschaften entstandene sakrale Schmerzen werden von einer Patientin als Behandlungsursache angeführt.

5.3.5. Therapiereaktionen und -effekte

Wie in Kapitel 5.3.3. Sicht der PatientInnen auf die osteopathische Behandlung bereits beschrieben, empfinden viele PatientInnen die osteopathische Therapie als eine angenehme Behandlungsform, die zu Veränderungen im Körper führt und bewirkt, dass Entspannung einkehrt. Zwei InterviewpartnerInnen berichten davon, dass sie bei der Therapie fast eingeschlafen sind, was ihnen unangenehm war. Die 60-jährige Patientin, die bei zwei unterschiedlich arbeitenden Osteopathen war, befindet, dass sanfte Therapieformen besser wirken und zieht diese vor. Sie hat das Gefühl, bei der Faszienbehandlung des ersten Osteopathen vor Schmerzen fast das Bewusstsein verloren zu haben. Auch der 76-jährige Mann, der sich selbst als schmerzunempfindlich bezeichnet, gibt an, bei der Therapie sehr starke Schmerzen gehabt zu haben. Während die Frau aufgrund der schmerzhaften Therapie den Osteopathen wechselt (siehe Kapitel 5.7. Therapieabbruchfaktoren), nimmt der Mann die Schmerzen für den guten Therapieeffekt gerne in Kauf.

„Das heißt sehr wohl, das Schmerzempfinden kann ekelhaft werden und unerträglich. Aber das war mir egal, muss ich sagen. Das habe ich durchgehalten, ausgehalten. Ich bin diesbezüglich schmerzunempfindlich.“ (P76: Zeile 116 ff)

PatientInnen achten auf die körperlichen Reaktionen während und nach der Therapie. So erzählen zwei der interviewten Personen von einer angenehmen Wärme, die sie während der Behandlung spüren. Eine der beiden achtet darauf, ob die Spannung in ihrem Gewebe nachlässt und kann in unterschiedlichen Einheiten verschieden starke Reaktionen wahrnehmen. Sie meint, dies hängt davon ab, wie gut sie sich selbst entspannen kann und auch von der Tagesverfassung ihres Osteopathen.

Die 35-jährige Patientin fühlt sich von der sanft arbeitenden Osteopathin gut unterstützt und führt den Positionswechsel ihres Kindes aus der Beckenendlage in eine Schädellage sowie die rasche Geburt auf die osteopathische Behandlung zurück.

Spüren manche PatientInnen, wie ihr Körper nach der Therapie zu arbeiten beginnt und sich verändert, so können andere unmittelbar nach der Behandlung keinen großen Effekt wahrnehmen. Drei InterviewpartnerInnen erzählen davon, wie sie erst mit einer Verzögerung die Therapieeffekte wahrnehmen konnten.

Die 30-jährige Patientin erzählt von einer reduzierten physischen Belastbarkeit unmittelbar nach der Behandlung. Bei der 61-jährigen Interviewpartnerin haben die osteopathischen Behandlungen, wie bereits erwähnt, neben der Behebung der physischen Beschwerden auch zu einem positiven Einfluss auf ihre Psyche geführt.

Nur zwei von dreizehn PatientInnen können keine Verbesserung ihrer Beschwerden durch die osteopathische Behandlung wahrnehmen und sind mit der Therapie nicht zufrieden. Eine andere Patientin berichtet davon, dass sie neben der osteopathischen Behandlung auch andere therapeutische Maßnahmen eingesetzt hat und deshalb nicht genau rückschließen kann, welche Faktoren zu einer Verbesserung ihrer Neurodermitis geführt haben.

5.4. Erwartungshaltungen der PatientInnen

Im vorliegenden Kapitel werden die Erwartungshaltungen der PatientInnen dargestellt. Sie gliedern sich in drei Unterkategorien: Erwartungen an die Therapie, Erwartungen an die OsteopathInnen und Erwartungen zu den Therapiereaktionen und -effekten. Sonstige Erwartungen, die keiner dieser drei Kategorien zugeordnet werden können, werden abschließend beschrieben.

5.4.1. Erwartungen an die Therapie

Fünf PatientInnen erzählen davon, dass sie keine besonderen Erwartungen an die osteopathische Behandlung und keine bestimmten Vorkenntnisse über die Methode und Wirkungsweise hatten. Im Gespräch konnten jedoch auch bei diesen

InterviewpartnerInnen bestimmte Erwartungen festgemacht werden, die im Hinblick auf eine Therapie bestehen.

Der 44-jährige Patient erzählt davon, dass er sich eine lange Untersuchung erwartet hat. Interessanterweise berichtet eben dieser Patient davon, dass sein Osteopath nur mittels einer kurzen Untersuchung und wenigen Fragen die Ursache der Beschwerden festmachen konnte, was den Patienten beeindruckt hat. Er hatte sich eine schmerzhaftere Behandlung erwartet und ist der Meinung, dass Schmerzen während der Therapie darauf hinweisen, dass sich etwas aus dem Gewebe löst. Während seiner Behandlung kann der interviewte Mann jedoch keine Schmerzen spüren. Obwohl am Ende der Therapieeinheit jene Bewegung, die zu Beginn noch Beschwerden verursacht hat (in die Hocke gehen), schmerzfrei möglich ist, ist er sich nicht sicher, ob dies auf die Behandlung zurückzuführen ist. Als Ursache für seine Skepsis gibt er an, dass seine Schmerzen zum Zeitpunkt der Therapie ohnehin nicht mehr akut waren, da er zwei Wochen auf den Termin warten musste.

Auch der 76-jährige Interviewpartner meint, dass schmerzhaftere Behandlungen effektiver sind. Sein Osteopath arbeitet mit kräftigen manuellen Reizen, welche zu einer Verbesserung der Beschwerden führen. Dennoch gehört er zu jenen PatientInnen, die mit der osteopathischen Behandlung nicht zufrieden sind, da er keine Sympathie für den Osteopathen empfinden kann (siehe Kapitel 5.7. Therapieabbruchfaktoren).

Drei PatientInnen erzählen, dass sie von OsteopathInnen Manipulationstechniken mit akustischer Untermauerung im Sinne eines Knacksens erwarten. Eine 39-jährige Patientin erwartet sich kräftigere Techniken und dass ihr nicht nur die „Hände aufgelegt“ werden. Vier PatientInnen hatten sich eine mobilisierende Bearbeitung ihrer Muskeln ähnlich einer Massage vorgestellt.

Die 24-jährige Patientin erzählt, dass sie davon ausgegangen ist, an unterschiedlichen Körperstellen behandelt zu werden und ihre anfängliche Entspannung in der Therapie zunehmend geringer wurde, weil die Osteopathin nur die Hände bei ihrem Kopf liegen hatte. Auch der 28-jährige Interviewpartner ist enttäuscht, weil seine Osteopathin nur an seinem Kopf und den Beinen arbeitet, während er sich eine massageähnliche Behandlung des Rückens erwartet hatte.

„Ich hab wirklich gedacht, das wird eine Massage vom Rücken und so was. [...] Ich war schon ein bisschen überrascht, dass sie mir (stockt). Sie hat nur mit dem Kopf gearbeitet. Und den Knien. Und das war es.“ (P28: Zeile 85ff)

Bleiben Erwartungen unerfüllt, sind PatientInnen zumindest momentan enttäuscht. Insgesamt sieben PatientInnen berichten davon, dass zumindest eine Erwartung an die Therapie oder die OsteopathInnen nicht erfüllt wurde und dies zu einer Enttäuschung führte. So erzählt die 39-jährige Interviewpartnerin beispielsweise davon, dass sie sich eine viel kräftigere Therapie erwartet hat.

„Ja, die erste Behandlung war für mich [...] ein bisschen enttäuschend. Weil ich mir gedacht hab, ich spüre gar nichts. Da passiert nicht wirklich etwas, was tut die da? Es ist so ein bisschen Hand auflegen und Hokuspokus. Also ich war eher skeptisch.“ (P39: Zeile 30ff)

Jedoch kann sich ein Therapieerfolg auch einstellen, wenn die PatientInnen völlig andere Erwartungen haben und anfangs enttäuscht sind. So erzählen beide PatientInnen davon, dass sie eine deutliche Verbesserung ihrer Symptome mit einer zeitlichen Verzögerung wahrnehmen konnten.

Der 28-jährige Mann berichtet von einem Abklingen der Symptome nach einigen Monaten und führt die Verbesserung auf die osteopathische Behandlung zurück.

„Mh, vielleicht nicht am Anfang, aber danach. [...] Und nach der zweiten Behandlung war viel besser und jetzt, seitdem eigentlich keine Probleme mehr oder nicht so viel.“ (P28: Zeile 121f)

Auch die 39-jährige Patientin berichtet von den Behandlungserfolgen, die sich verzögert gezeigt haben.

„...weil ich mit der Zeit gemerkt habe, dass das, was sie tut, Erfolge mit sich bringt.“ (P39: Zeile 127)

5.4.2. Erwartungen an die OsteopathInnen

Während die 30-jährige Patientin und der 68-jährige interviewte Mann erwarten, dass alle OsteopathInnen gleich oder ähnlich arbeiten, denkt die 80-jährige Interviewpartnerin, dass verschiedene OsteopathInnen unterschiedlich arbeiten. Die 30-jährige Frau ist jedoch der Meinung, dass ein und dieselbe behandelnde Person bei verschiedenen Beschwerden oder PatientInnen unterschiedliche Techniken und Therapieformen einsetzt und somit in der Art zu behandeln variiert.

Die 80-jährige Patientin erwartet sich, dass OsteopathInnen nicht immer die gleichen Heilkräfte besitzen und glaubt prinzipiell, dass nur wenige Menschen heilende Fähigkeiten besitzen. Sie erzählt ihrem Osteopathen nicht, wo sie akut Beschwerden hat, weil sie erwartet, dass er es von selbst wahrnehmen kann.

„Ich sag ihm eigentlich nicht, also er sagt dann nachher was er gemacht hat. Also was ist, das muss er spüren.“ (P80: Zeile 210f)

PatientInnen erwarten sich von ihren OsteopathInnen Aufklärung über mitgebrachte Befunde, über gesetzte Therapiemaßnahmen, die körperlichen Zusammenhänge ihrer Beschwerden und welche Maßnahmen sie eigenständig setzen können, um Beschwerden dauerhaft in den Griff zu bekommen. Zwei PatientInnen wollen von ihren OsteopathInnen eine fachlich kompetente Behandlung. Wohingegen zwei andere Männer sich empathische und aufmerksame OsteopathInnen wünschen.

Auf sozialer Ebene ist es PatientInnen wichtig, eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren OsteopathInnen zu haben, geprägt von einem guten Gesprächsklima. PatientInnen erwarten, dass OsteopathInnen wertfrei sind, ihnen zuhören und auf sie eingehen, ohne sich zu sehr in ihre psychischen Belange einzumischen (siehe Kapitel 5.2.3. Arbeitsspezifische Merkmale der OsteopathInnen).

„Na also, geht ja schon! Also aufmunternde Worte oder aber sagt: Naja da müssen Sie schon ein bisschen mehr üben! Oder auch Kritik. Kritik vertrag ich locker. [...] Aber das würde ich mir schon erwarten.“ (P76: Zeile 456ff)

Es gibt auch PatientInnen, die sich erwarten, dass OsteopathInnen sie auf psychischer Ebene unterstützen, wie eine 30-jährige Patientin berichtet. Sie hat vor dem Besuch bei ihrer Osteopathin einen Arzt konsultiert, der sie in Bezug auf ihre chronischen Erkrankungen massiv verunsichert hat. So meinte der Arzt, dass sie sehr anfällig für chronische Erkrankungen sei, da sie bereits Neurodermitis und eine Schilddrüsenfunktionsstörung habe und dadurch die Wahrscheinlichkeit für eine erneute Erkrankung, wie etwa eine Multiple Sklerose, massiv erhöht sei. Die Patientin erzählt, dass sie auf der Suche nach einer Therapeutin war, bei der sie sich nach dieser schockierenden medizinischen Prognose gut betreut fühlt.

5.4.3. Erwartungen zu den Therapiereaktionen und -effekten

Die 24-jährige Interviewpartnerin ist der Meinung, dass die innere Einstellung zur Therapie sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Behandlung und somit auf den Effekt der Therapie haben kann. Da die Patientin mit der ersten Behandlung nicht zufrieden war, kommt sie in die zweite bereits mit der Erwartung, dass ihr die Therapie nicht helfen wird (siehe Kapitel 5.7. Therapieabbruchfaktoren).

Da sie von ihrer Schwester und dem Osteopathen darüber informiert wurde, dass es zu Therapiereaktionen kommen kann, erwartet die 38-jährige Patientin, dass sie im Anschluss an die Therapie Schmerzen haben wird. Diese bleiben jedoch aus.

Ein 44-jähriger Patient beschreibt seine Erwartungen an die Therapiereaktion folgendermaßen:

„...also ich erwarte mir immer so eine Befreiung. Und diese Befreiung war in dem Fall halt nicht gegeben, weil ja auch kein unmittelbarer Akutschmerz [...] vorhanden war.“ (P44: Zeile 252ff)

Die 39-jährige interviewte Frau erwartet zu Beginn ihrer osteopathischen Behandlungen, dass sich ein Therapieerfolg schnell zeigen muss. Es dauert jedoch eine Weile, bis sich bei ihr eine Verbesserung der Symptome einstellt. Sie erwartet ebenso, dass sie nur bei OsteopathInnen schmerzfrei werden kann, die ihr sympathisch sind.

Im Gegenzug erzählen drei PatientInnen, dass sie keine rasche Behebung ihrer (chronischen) Beschwerden erwarten. Jedenfalls erhoffen sich PatientInnen, dass ihre Beschwerden, wie Schmerzen, beseitigt oder zumindest gelindert werden. Die 80-jährige Frau geht davon aus, dass viele Behandlungen nötig sind, um chronische Beschwerden zu beheben.

Vier PatientInnen haben erwartet, dass die Behandlung gut wirkt, weil sie andere PatientInnen kennen, bei denen Osteopathie geholfen hat.

5.4.4. Sonstige Erwartungen

Drei männliche Patienten gehen davon aus, dass Beschwerden auch von selbst wieder vergehen und zwei davon sind deshalb nicht sicher, ob die osteopathische Behandlung überhaupt zur Behebung der Beschwerden beigetragen hat.

„Weil ich mich letztendlich gefragt hab: War es wirklich notwendig, dass ich dort war? Oder wäre es, wie gesagt, eh durch die Zeit vergangen?“ (P68: Zeile 147f)

Ein älterer Patient erzählt, seine Familie hätte von ihm erwartet, dass er sich behandeln lässt und ihn förmlich zur Therapie gedrängt. Die 80-jährige Dame erwartet von sich, dass sie während den Behandlungen entspannt und denkt, dass dies den Therapieeffekt beeinflusst.

„Naja, ich versuch mich zu entspannen. [...] Den ganzen Körper zu entspannen und das ist die Schwierigkeit.“ (P80: Zeile 96ff)

5.5. Organisatorische Faktoren

Die organisatorischen Faktoren wurden in drei Unterkategorien eingeteilt: Die Kategorie Behandlungszeitpunkt, -dauer und -intervall sowie die beiden Kategorien Therapiekosten sowie Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit. Unter dem Punkt „Sonstige organisatorische Faktoren“ werden abschließend all jene Aussagen der InterviewpartnerInnen angeführt, die keiner der drei oben genannten Unterkategorien zugeordnet werden können.

5.5.1. Behandlungszeitpunkt, -dauer und -intervall

Drei PatientInnen sagen, dass sie rasch einen Termin bei ihren OsteopathInnen bekommen haben, wobei ein 68-jähriger Patient konkret eine Woche nennt. Der 44-jährige Patient muss auf seinen Ersttermin beim Osteopathen eineinhalb bis zwei Wochen warten und empfindet dies als zu lange.

Die 30-jährige Patientin beschreibt ihre Osteopathin als flexibel, da diese auch Termine bis 19 Uhr anbietet. Dass sich bei Terminen zu Randzeiten immer wieder längere Wartezeiten ergeben, nimmt die Patientin verständnisvoll in Kauf.

Als Abstand für Folgetermine geben fünf PatientInnen zwei bis vier Wochen an. Die 61-jährige Frau kommt alle vierzehn Tage zur Therapie, so lange sie akut Beschwerden hat, und erhöht dann den Abstand auf einmal im Monat. Sie empfindet die osteopathische Behandlung als gute Begleitung und fühlt sich durch die Therapie entlastet. Die 80-jährige Patientin würde gerne häufiger zur Therapie kommen. Jedoch ist dies aus finanziellen Gründen, und weil der Osteopath nicht öfters Zeit hat, nicht möglich.

„Alle drei Wochen wäre es vielleicht günstiger, auf eine Weise. Aber es ist halt auch ein bisschen eine finanzielle Sache. Man muss ja alles selbst bezahlen. [...] Er hat nicht Zeit.“ (P80: Zeile 228ff)

PatientInnen erwarten sich kurzfristige Termine bei akuten Beschwerden und möchten nicht monatelang auf einen Termin warten müssen, wie eine 38-jährige Patientin berichtet (siehe Kapitel 5.7. Therapieabbruchfaktoren).

Zu Beginn der ersten Therapie findet eine Anamnese statt, wobei die Länge des Erstgesprächs stark variiert. Die interviewten PatientInnen nennen eine Dauer von fünf bis dreißig Minuten. Auch die Länge der Therapieeinheit selbst zeigt sich sehr unterschiedlich. Die Behandlungen der InterviewpartnerInnen dauern zwischen 30 und 50 Minuten, wobei die erste Einheit manchmal länger oder sogar doppelt so lange dauern kann wie Folgeeinheiten. Die Wahrnehmung, ob die Therapielänge

ausreichend ist, ist sehr individuell. Eine Patientin empfindet eine Behandlungsdauer von 30 Minuten als viel zu kurz, zwei Patientinnen sind mit 30 Minuten zufrieden und ein weiterer Patient berichtet gar, dass ihm 30 Minuten sehr lange vorgekommen sind. Eine Patientin hätte gerne, dass die Behandlung länger dauert, weil sie sich so gut entspannen kann, ist aber mit der halben Stunde generell zufrieden.

„Hm. Es könnte die Behandlung länger dauern. [...] Weil ich liebe das. [...] Für mich könnt es drei Stunden auch dauern.“ (P60: Zeile 206ff)

Der 33-jährige Patient ist der Meinung, dass Behandlungsdauer und -kosten immer in Hinsicht auf das Therapieergebnis beurteilt werden müssen. Er bemerkt, dass die Behandlungen bei seinem Osteopathen immer pünktlich begonnen haben. Kurzfristige Terminverschiebungen bringen PatientInnen in die unangenehme Situation, Zeit überbrücken zu müssen, wovon der 76-jährige Mann berichtet.

„Und sie haben mich einmal versetzt. [...] Von drei auf vier... Dann bin ich zum Interspar gegangen, hab mich dort ein bisserl hingesezt und gewartet, dann wieder Anruf: Es geht wirklich nicht, es ist wieder etwas dazwischen gekommen. [...] Aber ich kann Ihnen am Abend einen Termin geben. Da hab ich gesagt, das tu ich aber nicht. Ich muss ja zurückfahren... [...] Und hab es dann unterlassen.“ (P76: Zeile 346ff)

5.5.2. Therapiekosten

Die 61-jährige Interviewpartnerin sagt, dass der Preis für sie im Hintergrund steht und zwei weitere Patientinnen behaupten, dass sie bereit sind, auch als hoch empfundene Kosten zu tragen, wenn sie mit dem Behandlungsergebnis zufrieden sind. Jedoch sind die Therapiekosten für andere PatientInnen wiederum der Grund, warum sie nicht so häufig zur Therapie kommen oder gar die Therapie abbrechen. Insgesamt vier PatientInnen geben die Therapiekosten als belastend an und gehen deshalb selten oder gar nicht mehr zu ihren OsteopathInnen. Dennoch empfindet einer von diesen vier Patienten die Kosten als gerechtfertigt, auch wenn er sich die Therapie langfristig nicht leisten kann. Drei weitere PatientInnen halten die Therapiekosten für gerechtfertigt. Einer davon empfindet den Preis sogar gerechtfertigt, obwohl er mit der Therapie selbst gar nicht zufrieden ist und das Gefühl hat, dass der Osteopath kaum etwas tut in seiner Arbeit.

„Er tut unheimlich wenig, ja. [...] Also nicht, dass ich jetzt glaub, dass es nicht (stockt), dass es überbezahlt ist oder was. [...] Aber er hat mit wenig eigentlich das bearbeitet. Das bin ich einfach nicht gewohnt.“ (P68: Zeile 165ff)

Die Therapiekosten weisen eine große Schwankungsbreite auf und es werden Preise zwischen 50 und 190 Euro pro Einheit genannt. PatientInnen vergleichen sowohl die Preise unterschiedlicher OsteopathInnen, als auch die Preise von OsteopathInnen gegenüber den Kosten anderer Dienstleistungen, wie etwa einer Massage. Ein Patient vergleicht den Preis mit einem Einkauf im Supermarkt und ist schockiert über die Therapiekosten in der Höhe von 85 Euro pro Behandlung.

„Es ist (stockt), man darf nicht vergessen 85! [...] Das ist ein Einkauf beim Merkur-Markt.“ (P76: Zeile 180ff)

Der 76-jährige interviewte Mann wird von Seiten der Krankenkasse informiert, dass es für Osteopathie keine Kostenübernahme gibt und kann dies nicht nachvollziehen. Die 39-jährige Patientin ärgert sich über ihre Osteopathin, da diese die Behandlungskosten nicht über Physiotherapie abrechnen möchte. Der 44-jährige Interviewpartner bekommt am Ende der Behandlung von seinem Osteopathen keine Rechnung ausgestellt, wodurch bei ihm ein negativer Eindruck zurückbleibt. Der Patient empfindet es als unangenehm, dass der Osteopath nicht von selbst eine Rechnung ausstellt.

„...also wir haben das Ganze dann ohne Rechnung abgewickelt und (stockt) ohne drüber zu reden. Also es war nicht mein, mein, meine Intention das Ganze ohne Rechnung zu machen. Also (lacht kurz auf) er hat mir am Ende dann gesagt, was er haben möchte, und ich hab ihm das gegeben, und hab dafür nichts im Gegenzug erhalten. Das war das Irritierende an der ganzen Sache. [...] Natürlich hat es einen, einen negativen Beigeschmack. Da fehlt einem, ja, da zweifelt man so ein bisschen an der Professionalität.“ (P44: Zeile 197ff)

5.5.3. Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit

Alle dreizehn interviewten PatientInnen kommen aufgrund einer Empfehlung zu ihren OsteopathInnen. Genannt wurden Familienmitglieder, FreundInnen, ArbeitskollegInnen, PhysiotherapeutInnen und MasseurInnen.

„...und nachdem meine Mutter eben zufrieden war und eine Freundin von ihr angeblich da schon jahrelang regelmäßig hingeht, um sich einfach besser zu fühlen, hab ich mir auch gedacht... [...] ...schau ich es mir mal an.“ (P30: Zeile 206ff)

Für eine Patientin ist die Qualität der Behandlung wichtiger, als dass diese in unmittelbarer Umgebung stattfindet. Sie meint, sie nimmt gerne eine Anfahrtszeit von 25 Minuten in Kauf und folgt ihrer ersten Osteopathin auch, als diese in einen

Randbezirk von Wien übersiedelt. Auch eine zweite Patientin meint, sie würde eine längere Anfahrt nicht scheuen und auch in eine Gegend fahren, die ihr weniger gut gefällt, um zur/zum Osteopathin/ Osteopathen ihres Vertrauens zu gelangen.

Eine 35-jährige Patientin berichtet davon, wie sie von ihrer Osteopathin direkt an der Tür empfangen und ins Behandlungszimmer begleitet wird und fühlt sich bei dieser Therapeutin auch durch deren empathische Art gut betreut.

5.5.4. Sonstige organisatorische Faktoren

PatientInnen sind es von anderen medizinischen Einrichtungen nicht gewohnt, dass sie die Schuhe ausziehen müssen und so ist es zwei Männern ganz besonders in Erinnerung geblieben.

„Also ich hab nur in Erinnerung, dass man schon beim Eingang zur, zur Praxis die Schuhe ausziehen musste. [...] Das ist halt etwas, das ich sonst nicht so kenne von Arzt, herkömmlichen Arztpraxen.“ (P44: Zeile 237ff)

Zwei Patientinnen bekommen während der Anamnese etwas zu trinken, eine davon auch etwas zu essen. Beide Frauen haben dies als sehr positiv in Erinnerung.

Der 76-jährige Mann muss sein eigenes Handtuch in die Praxis mitbringen und macht sich einen dritten Folgetermin aus, um dieses Handtuch wieder zurückzuholen, nachdem er es wegen einer kurzfristigen Terminverschiebung in der Gemeinschaftspraxis zurückgelassen hatte (siehe Kapitel 5.5.1. Behandlungszeitpunkt, -dauer und -intervall).

„Und deswegen hab ich mein Handtuch auch dort zurück lassen, ich geh jetzt aus Höflichkeitsgründen ein drittes Mal hin.“ (P76: Zeile 374f)

Die 24-jährige Patientin hat den Eindruck, dass sich ihre Osteopathin nicht gut auf sie einstellen kann und schreibt dies dem Umstand zu, dass die Osteopathin zu viele unterschiedliche PatientInnen betreut.

5.6. Räumliche Faktoren und physische Umgebung

In den Interviews wurde auch nach räumlichen Faktoren und Einflüssen gefragt. Die Antworten der PatientInnen sollen in diesem Kapitel dargestellt werden und werden in folgende drei Unterkategorien eingeteilt: Das räumliche Umfeld der Praxis, die Praxis und der Behandlungsraum.

5.6.1. Das räumliche Umfeld der Praxis

Das Setting einer Praxis kann dazu führen, dass PatientInnen verunsichert sind und sich unwohl fühlen. Eine 38-jährige Patientin berichtet von einem großen Geschäftsgebäude, in dem abends meist nach 19 Uhr ihre Therapie stattfindet. Für die Patientin ist es irritierend, dass das Gebäude größtenteils verlassen und der Empfang der Räumlichkeiten nicht mehr beleuchtet ist. Sie beschreibt die Situation folgendermaßen:

„Oder ich hab einfach diesen Gedanken gehabt, ahm, ok wenn da was wäre, wie würde ich da raus kommen. Oder einfach so dieser (kurze Pause), ahm, Flucht (kurze Pause), Flucht, gibt's ne Fluchtmöglichkeit. [...] Nein, durch ihn, überhaupt nicht. Nein, es war diese Atmosphäre, du fährst 20 Stockwerke hoch, es ist alles dunkel, das Büro ist verlassen und du bist da in einem Zimmer von einem Osteopathen in einem Bürogebäude.“ (P38: Zeile 232ff)

Das Unwohlgefühl der interviewten Frau wird durch die Tatsache ausgelöst, dass sie mit einem fremden Mann in einem Geschäftsgebäude alleine ist, das verlassen wirkt. Allerdings führen die Gespräche mit dem Osteopathen dazu, dass die Patientin rasch Vertrauen schöpfen kann und das Gefühl der Unsicherheit vergeht.

„Aber nachdem ich ihn über meine Schwester gekannt habe und er mir so viel über seine Frau und seine Kinder erzählt hat, und er war, ist auch scheinbar sehr, all das heißt nix, aber ein sehr religiöser Mensch, wie ich mir dann irgendwie durch die Gespräche, ähm, gedacht hab. Aber ganz am Anfang war's ein bisschen ein irritierendes Gefühl, dass ich alleine mit ihm da oben bin, da war sonst niemand. [...] Ich, ich würd so sagen, ich hab mir am Anfang, ich hab ein bisserl gezögert, aber ich hab ihm mein Vertrauen geschenkt...“ (P38: Zeile 218ff)

Positiv an dem hohen Geschäftsgebäude ist, dass die Patientin die schöne Aussicht genießen kann. Die 24-jährige Patientin erzählt von einem weniger schönen Gebäude, betont jedoch die Gemütlichkeit der Praxis selbst. Der 30-jährigen Interviewpartnerin ist in Erinnerung, dass die Praxis trotz ihrer straßenseitigen Lage sehr ruhig ist. Nur ein Patient spricht an, dass es Parkmöglichkeiten gibt und empfindet dies als positiv. Es handelt sich hierbei um den einzigen Patienten, der nicht in Wien behandelt wurde.

5.6.2. Die Praxis

Der 33-jährige Patient hebt hervor, dass die Räumlichkeiten einer Praxis für den Ersteindruck ausschlaggebend sind. Dennoch stimmt er mit drei weiteren PatientInnen überein, dass räumliche Faktoren nebensächlich sind und die Einrichtung einer Praxis im Hintergrund steht. Er selbst fühlt sich von der Praxis seines Osteopathen ästhetisch

nicht angesprochen und nimmt die Einrichtung humorvoll zum Anlass, bei der Therapie die Augen zu schließen. Die leeren Räume erwecken bei dem interviewten Mann einen sterilen und kühlen Eindruck und verändern zusätzlich die Akustik. Sie erinnern ihn an ein Krankenhaus. Mit der Behandlung, den Interaktionen mit dem Osteopathen und den Therapieergebnissen ist der Patient jedoch sehr zufrieden und bewertet diese unabhängig von der Umgebung.

PatientInnen achten auf die Räumlichkeiten und die Einrichtung einer Praxis. Drei PatientInnen erzählen von Praxen in Altbauwohnungen und betonen, dass ihnen hohe, helle Räume gefallen.

Im Wartebereich entwickelt sich bei den PatientInnen ein Gefühl, ob die Praxis einladend und ansprechend gestaltet ist. Sechs PatientInnen berichten, dass der Wartebereich in der Praxis ihrer OsteopathInnen sehr klein ist. Keine der Personen erwähnt dies jedoch als störend. PatientInnen sind zufrieden, wenn es eine Sitzgelegenheit, etwas zu trinken oder etwas zu lesen gibt. Eine 39-jährige Patientin macht auf die Wichtigkeit eines angenehmen Raumklimas aufmerksam und fühlt sich wohl, wenn es in einer Praxis gut riecht, warm und sauber ist.

„Ich möchte gerne, dass es gut riecht. Also ich bin sehr auf Gerüche, merk ich immer mehr. Ich bin sehr auf Gerüche ausgerichtet. Bei meiner jetzigen Therapeutin, es riecht nach Lavendel. Es ist sehr angenehm. Ich fühle mich sehr cosy und wohl, ja.“ (P39: Zeile 266ff)

Drei PatientInnen erzählen von einem zusätzlichen Bereich in der Praxis, der als Kinderspielecke eingerichtet ist. Zwei Frauen berichten, dass im Wartebereich nicht gegessen werden darf und Mobiltelefone abgeschaltet werden müssen. Sie können beides nachvollziehen.

Auf eine 35-jährige Patientin macht die Praxis aufgrund der verwendeten Farben Orange, Rot und Gelb bei den Einrichtungsgegenständen einen esoterischen Eindruck. Auch die Literatur, welche die Osteopathin in einem Bücherregal im Behandlungsraum stehen hat, unterstreicht für sie den esoterischen Charakter.

„Ja, aber das ist nur eine persönliche Geschmacksfrage. Es war halt sehr viel rot, orange und gelb und das ist halt so (stockt), das hat für mich so ein bisschen einen esoterischen Touch, ja. Auch die Bilder, ja, alles nicht so mein Geschmack.“ (P35: Zeile 203ff)

5.6.3. Der Behandlungsraum

Beschreiben PatientInnen den Behandlungsraum, so erwähnen acht von ihnen, dass es eine Therapieliege gibt und sieben, dass sich ein Schreibtisch in dem Raum befindet. Als weitere Möbel werden eine Kommode, ein Sessel, eine Couch und ein Regal genannt. Drei PatientInnen erzählen davon, dass ihre OsteopathInnen Plakate, Skelette oder andere Plastiken des menschlichen Körpers verwenden, um sie zur Aufklärung über die Funktionen des Körpers oder die Wirkungsweise der Therapie einzusetzen.

„Und dann hat er seine Gerippe umeinander stehen. [...] Und dann hat er den Mutterleib, also diesen Ding. Er fängt ja beim ersten Mal an, ganz zurück zu gehen und dort zu arbeiten. [...] Ja, in den Mutterleib. Da schickt er dich komplett zurück. [...] Ja, das sagt er.“ (P60: Zeile 244ff)

Positiv in Erinnerung haben die InterviewpartnerInnen helle Behandlungsräume, angenehme Gerüche nach natürlichen Ölen, Regale, die nicht übervoll sind und bunte Aufkleber, die an der Decke über der Behandlungsliege angebracht sind.

Einen negativen Eindruck machen dunkle Räume, eine sehr schmale Behandlungsliege und eine kühle, spärliche Einrichtung. Kleine Räume selbst empfinden die befragten PatientInnen nicht als störend, so lange diese hell sind. Die 39-jährige Frau berichtet von Rollos im Behandlungsraum. Sie werden zum Sichtschutz eingesetzt und lassen trotzdem genug Tageslicht hinein.

Werden PatientInnen in einem anderen Raum als gewöhnlich behandelt, so kann dies anfangs irritierend für sie sein, wie die 61-jährige Interviewpartnerin berichtet.

„Und sie, ich weiß, sie teilt es mit jemanden. Das heißt, sie arbeitet (stockt). Einmal war ich in einem anderen Raum. Da hab ich so kurz ein bissl gefremdelt, und dann war's auch wurscht.“ (P61: Zeile 210f)

5.7. Therapieabbruchfaktoren

Im abschließenden Kapitel sollen die im Fließtext teilweise bereits erwähnten Faktoren, die in den einzelnen Fällen zu einem Therapieabbruch geführt haben, nochmals zusammengetragen und dargestellt werden. Neun PatientInnen erzählen von mindestens einem Therapieabbruch.

Die 38-jährige Patientin sieht ein Problem darin, dass sie bei ihrem Osteopathen keine Termine bekommt, wenn sie akut Beschwerden hat. Sie muss bis zu drei Monate auf einen neuen Termin warten. Ursprünglich hatte sie ihre Termine deshalb monatelang

im Vorhinein bereits fixiert und ist regelmäßig zum Osteopathen gegangen, auch wenn sie gerade keine Beschwerden hatte. Dies sieht die Patientin positiv und betrachtet es als „Service für den Körper“ (P38: Zeile 25). Die Tatsache, dass ihr Osteopath aber auch keinen raschen Termin anbieten kann, als sie akut starke Beschwerden hat, führt letztlich zu einem Therapieabbruch, obwohl sie mit allen anderen Faktoren der Arbeit des Osteopathen zufrieden war.

Die 61-jährige Interviewpartnerin bricht die Behandlung bei einem Osteopathen ab, da ihr die Behandlungsdauer von 30 Minuten zu kurz erscheint. Sie beschreibt ihre Wahrnehmung wie folgt:

„Eine halbe Stunde finde ich zu wenig. Das ist zu kurz. [...] Der Körper braucht, bis er sich einstellt, einlässt. Das sind sicher auch fünf Minuten. Und dann fängt der Prozess an und (stockt), das ist so eine Reduktion für mich.“ (P61: Zeile 300ff)

Die Patientin musste die Therapie auch bei zwei anderen OsteopathInnen abbrechen. Ihre Osteopathin spezialisierte sich auf Kinder und ein Osteopath aus England, der ausschließlich Visitationsbehandlungen angeboten hatte, kam nicht mehr nach Wien.

Der 33-jährige interviewte Mann bricht die Therapie bei seinem Osteopathen ab und nennt als Ursache zeitliche und finanzielle Gründe. Die Rückenbeschwerden, wegen derer er den Osteopathen ursprünglich aufgesucht hatte, konnten mit zwei Therapieeinheiten behoben werden. Der Patient konsultierte den Osteopathen danach wegen einer älteren Verletzung des Band- oder Sehnenapparats der Hand erneut. Nachdem der Osteopath ihm Übungen gezeigt hatte, mit denen er seine Finger auch selbst behandeln kann, befand der Patient, dass die Eigetherapie ausreichend sei, um die Beschwerden zu beheben. Außerdem hält es der Patient für möglich, dass die Beschwerden an der Hand bereits austherapiert sind, da es sich um eine ältere Verletzung handelt. Er konsultiert den Osteopathen daher nicht mehr wegen der Hand.

Wie bereits in Kapitel 5.4.3. Erwartungen zu den Therapiereaktionen und -effekten beschrieben, führt die abweisende Art der Osteopathin auf das Angebot der persönlichen Anrede zu einem Gefühl der Antipathie bei der 24-jährigen Patientin. Es stört die junge Frau, dass die Therapeutin ausschließlich an ihrem Kopf arbeitet, da sie sich erwartet hatte, an mehreren Körperstellen behandelt zu werden. Die Osteopathin spricht die Patientin mehrfach auf das Thema Impfungen an, woraus sie schließt, dass die Osteopathin die Impfungen als Ursache für ihre allergieähnlichen Symptome annimmt. Dies hält die Patientin selbst jedoch nicht für wahrscheinlich und führt zu weiteren Zweifeln an der Kompetenz der Therapeutin. Die Kombination dieser

Faktoren führt dazu, dass die Patientin nicht von der Therapie überzeugt ist und nach der zweiten Behandlung die Therapie abbricht. Die Patientin geht jedoch aufgrund von Erzählungen von Personen ihres näheren Umfeldes davon aus, dass Osteopathie prinzipiell helfen kann.

„Also ich wollte dann auch nicht öfter hingehen, weil sie mir eben als Person einfach nicht sehr sympathisch war. [...] Ja, ich war dann noch einmal dort, aber dann hab ich mich eigentlich nicht mehr (stockt), äh, hab ich mir gedacht, ja für mich (stockt), oder hab ich beschlossen, dass das für mich nichts ist in dem Fall. Oder bei ihr auf jeden Fall.“ (P24: Zeile 194ff)

Die 39-jährige Interviewpartnerin hat zu ihrer Osteopathin eine ambivalente Einstellung. Einerseits empfindet sie die Osteopathin als sympathisch und auch die physischen Therapieeffekte als hilfreich. Andererseits erweist sich die Kommunikation mit der Osteopathin für die Patientin als sehr anstrengend, da diese bewertende Aussagen in Bezug auf ihre Lebensentscheidungen macht, die in dieser Form für die Patientin unstimmtig und übergriffig sind. Da die Behandlungsergebnisse jedoch gut sind, geht die Patientin weiterhin zu dieser Osteopathin. Erst als sie eine neue Therapeutin kennenlernt, die ihr charakterlich ähnlicher ist und ihrer Meinung nach besser zu ihr passt, bricht sie die Therapie ab.

Für den 68-jährigen Patienten ist die osteopathische Behandlung nicht zufriedenstellend, da der Osteopath für ihn bei der Therapie nicht aktiv genug ist. Von physiotherapeutischen Behandlungen ist der Patient gewohnt, dass TherapeutInnen mobilisierend die Muskeln bearbeiten und Übungen mitgeben. Der Patient ist unsicher, ob die Reduktion seiner Schmerzen tatsächlich auf die osteopathische Behandlung zurückzuführen ist. Er denkt, dass Schmerzen auch von selbst wieder vergehen können und zieht prinzipiell die Physiotherapie einer osteopathischen Behandlung vor.

„Ich würd generell als Erstbehandlung die Physiotherapie bei solchen Sachen sehen. Und vielleicht in Folge, wenn das empfohlen wird, den Osteopathen, aber nicht als Hauptding.“ (P68: Zeile 273f)

Die 30-jährige Frau bricht die Therapie bei ihrer Osteopathin ab, nachdem diese meint, künftig reicht eine einmalige Behandlung pro Jahr. Als Grund dafür nennt die Therapeutin, dass alle Blockaden im Körper der Patientin gelöst sind. Die Patientin ist enttäuscht, denn sie selbst hatte das Gefühl, dass ihr die Behandlungen sehr gut tun und wäre gerne weiterhin regelmäßig gekommen. Nachdem es jedoch auch eine Kostenersparnis für sie bedeutet, fasst sie die Aussagen der Osteopathin nicht ausschließlich negativ auf und würde bei neuerlichen Beschwerden wieder dieselbe

Therapeutin aufsuchen. Ein gewisses Gefühl des „Abgewiesen-seins“ hat es dennoch bei der Patientin hinterlassen und sie betont, dass sie es persönlich nehmen würde, wenn die Osteopathin auf eine neue Terminanfrage nicht sofort reagieren würde.

„Hm, ja, also ein bisschen enttäuschend fast. Weil ich mir gedacht hab, also erstens mal. Aber das hab ich auch nicht erwartet, dass ich jetzt vollkommen geheilt werde dort, ja. Aber, weil sie halt gemeint hat, dass sie das gemacht hat, was sie quasi machen konnte. Sie hat die Blockaden gelöst und ähm im Prinzip (stockt). Sie hat das so dargestellt: Juhu, wir sind fertig! Und: Du brauchst nicht mehr kommen. Und so: Ja, dann musst erst wieder in einem Jahr kommen. So auf die Art. Und für mich war es eigentlich eher: Ok, ja, ich wäre schon noch öfter hin gegangen.“ (P30: Zeile 258ff)

Die hohen Therapiekosten sind der Grund für den 76-jährigen Mann, um die osteopathische Behandlung abubrechen. Er bezeichnet die Kosten als belastend und vergleicht die Behandlungen mit der wesentlich billigeren Massage. Vom Therapeuten ist der Patient enttäuscht, da es zu keiner richtigen Konversation gekommen ist und dieser ausschließlich Anweisungen in kommandierendem Tonfall gibt. Der Patient hätte sich erwartet, dass der Osteopath mitgebrachte Befunde erläutert und bespricht und wünscht sich mehr Kommunikation, egal ob in Form von aufmunternden Worten oder Kritik (siehe Kapitel 5.4.2. Erwartungen an die OsteopathInnen).

Für die 60-jährige Patientin ist die Behandlungsart der Grund für den Therapieabbruch. Ihr erster Osteopath korrigiert zuerst die Stellung ihres Beckens und behandelt sie dann mittels sehr schmerzhafter Faszientechniken. Die Patientin hat das Gefühl, dass sie infolge der Schmerzintensität fast das Bewusstsein verliert. Dies kommuniziert sie auch ihrem Osteopathen. Dieser ist jedoch der Meinung, dass der Einsatz von schmerzhaften Faszientechniken die einzige Möglichkeit ist, um die Beschwerden der Frau zu beheben. Daraufhin wechselt die Patientin zu einem Osteopathen, der sehr sanft arbeitet. Zu ihm geht sie regelmäßig alle vier Wochen und ist der Meinung, dass diese Therapieform zwar langsamer, dafür langfristiger und anhaltender wirkt.

„Und dann hat er gemeint, ich müsste so Faszienbehandlungen noch machen, weil das alles verkrampt ist. Da ist er mir einmal runtergefahren und einmal rauf und ich habe gedacht, ich muss sterben. [...] Also das ist (stockt). Ich hab das Gefühl, ich falle in Ohnmacht vor lauter Schmerzen.“ (P60: Zeile 25ff)

6. DISKUSSION UND REFLEXION

Die vorliegende Arbeit erhebt nicht den Anspruch, alle Faktoren zu identifizieren, die sich auf das subjektive Wohlbefinden der PatientInnen während der osteopathischen Behandlung auswirken. Ziel ist eine Darstellung jener Faktoren, die von den PatientInnen bewusst wahrgenommen werden und ihre Befindlichkeit während der osteopathischen Behandlung beeinflussen.

6.1. Diskussion des Theorieteils

Auf die Aspekte von Gesundheit und Krankheit wird zwar in Kapitel 2. Definition grundlegender Begrifflichkeiten eingegangen, jedoch wurde die Frage nach den Beschwerden und Symptomen der PatientInnen in den Interviews bewusst im Hintergrund gehalten. Der Fokus der Befragung sollte nicht auf der Krankengeschichte liegen, sondern auf der Befindlichkeit der PatientInnen während der Therapie. Die Studie von Wagner-Scheidl (2006) zeigt, dass 62% der befragten PatientInnen bereits seit mehreren Jahren unter Beschwerden leiden und viele andere Therapieversuche unternommen haben. Zwar ist anzunehmen, dass PatientInnen mit einem langen Leidensweg die osteopathische Behandlung anders wahrnehmen als jene, die noch medizinisch unbelastet sind. Eine differenzierte Darstellung würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Auffallend wenig wurde von den meisten InterviewpartnerInnen über die Räumlichkeiten einer Praxis erzählt. Diese Faktoren scheinen bei den befragten PatientInnen nur einen geringen Eindruck hinterlassen zu haben. Nur etwa ein Drittel benennt entscheidende Aspekte der Räumlichkeiten der OsteopathInnen.

6.2. Diskussion der Methodik

6.2.1. Die Forschungsmethode

Die Wahl der Forschungsmethode stellt sich retrospektiv als passend heraus. Anhand des bisherigen Forschungsstands war unklar, was überhaupt im Bewusstsein der PatientInnen hinsichtlich ihrer Befindlichkeit während den osteopathischen Behandlungen vorhanden ist. Interviews sind hier in der Forschung hilfreich, da der Facettenreichtum der PatientInnenperspektiven dargestellt werden kann. Im Zuge der vorliegenden Arbeit musste die Anzahl der InterviewpartnerInnen aus forschungspragmatischen Gründen gering gehalten werden, wodurch weitreichende Schlussfolgerungen nur beschränkt zu ziehen sind. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen, wäre es möglich, aufbauend auf den Ergebnissen dieser Arbeit eine größer angelegte Studie mittels Fragebögen durchzuführen.

6.2.2. Ablauf der Studie

Die durchgeführten Interviews haben deutlich gemacht, dass PatientInnen ihre Sicht auf die osteopathische Behandlung bzw. Auskünfte über ihre Befindlichkeit während der Therapie gerne für Forschungszwecke bereitstellen. Das Gesprächsklima war im Allgemeinen offen und vertrauensvoll. Lediglich bei den über 70-jährigen PatientInnen war es teilweise schwierig, eindeutige Aussagen zu erhalten. Es entstand der Eindruck, dass beide InterviewpartnerInnen aus Höflichkeit die Osteopathen und deren Therapie nicht kritisieren wollten bzw. konnte die Kritik erst durch wiederholtes Nachfragen zum Ausdruck gebracht werden.

Bei einigen InterviewpartnerInnen zeigte sich ein guter Gesprächsfluss, der nur bei Unklarheiten unterbrochen werden musste. Andere PatientInnen gaben nur sehr spärliche Antworten und viele zusätzliche Fragen waren nötig, um brauchbare Informationen zu erhalten. Dies führte dazu, dass nicht alle Fragen beantwortet wurden, was wiederum Auswirkungen auf die Vollständigkeit des Analysematerials hat. Teilweise wurden wichtige Themen nur oberflächlich berührt. Um die Erhebung der für die Studie notwendigen Daten zu gewährleisten, mussten nachträglich Informationen eingeholt werden. So wurde ermittelt, ob die beiden Osteopathinnen, die ihre Behandlung auf die psychische Ebene der Patientinnen ausweiten, in diesem Bereich eine fundierte Ausbildung aufweisen können. Anhand der gewonnenen Erfahrungen empfehle ich, bei künftigen Studien besonderes Augenmerk auf eine vollständige und lückenlose Klärung aller mit der Forschungsfrage zusammenhängenden Teilbereiche zu legen, auch wenn dies wiederholtes Nachhaken oder die Notwendigkeit einer bestimmteren Gesprächsführung mit sich bringt.

Nachdem bei der Befragung einer Interviewpartnerin, die über einen osteopathischen Kollegen vermittelt wurde, die Anonymität des Therapeuten nicht gewahrt bleiben konnte, wurde in weiterer Folge auf die Hilfestellung von KollegInnen bei der Suche nach passenden InterviewpartnerInnen verzichtet. Durch den Einbezug des direkten sozialen Umfelds und über die Social Media Plattform Facebook konnten alle InterviewpartnerInnen gefunden werden.

In Anlehnung an die Daten der OIA (2013) ist anzumerken, dass mit der Gruppe der unter 19-Jährigen fast ein Viertel der osteopathischen PatientInnen in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt wird. Diese Gruppe bedarf einer spezifischen Betrachtung und stellt insofern eine Herausforderung dar, da anzunehmen ist, dass die Befindlichkeit der Begleit- bzw. Erziehungspersonen einen markanten Einfluss auf die Befindlichkeit der jungen PatientInnen ausübt. In die Studie von Wagner-Scheidl (2006), die erstmals ein PatientInnenprofil für den Großraum Wien erstellte, werden

Kinder miteinbezogen und über deren Eltern befragt (per Fragebogenerhebung). Allerdings muss hier die leichtere Umsetzbarkeit in ihrer Studie genannt werden, da sie keine Fragen beinhaltet, die auf persönliche Einstellungen oder emotionale Komponenten abzielen.

6.3. Diskussion der Ergebnisse

In den Interviews zeigt sich, dass die Anamnese mit einer Länge von fünf bis dreißig Minuten eine große Variationsbreite aufweist. In der vorliegenden Studie wurde davon abgesehen, die PatientInnen eingehend nach der Befindlichkeit während der Anamnese zu befragen, was im Nachhinein als Versäumnis gesehen wird. Eine vertiefende Befragung hätte die Möglichkeit geboten, zu filtern, ob sich die PatientInnen von ihren OsteopathInnen ausreichend über ihre Beschwerden und deren Entstehung informiert gefühlt haben. Vor allem die Emotionen, die sich im Zuge der Erstbefragung bei den PatientInnen entwickelt haben, wären in der Analyse von großem Interesse gewesen.

Generell zeigt sich, dass die Kommunikation mit den OsteopathInnen großen Stellenwert besitzt und die PatientInnen darüber teilweise ausführlicher berichten, als über die physische Behandlung. Den PatientInnen ist es wichtig, aufgeklärt zu werden. Über gesetzte Maßnahmen ebenso, wie über körperliche Zusammenhänge und die Wirkungsweise der Therapie.

Die Ergebnisse der Interviews in Bezug auf die Kommunikation als Einflussfaktor auf die Beziehung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen, gehen mit dem Theorieteil dieser Arbeit konform. Wie zu erwarten stellt Kommunikation das wichtigste Mittel in der Interaktion zwischen OsteopathInnen und ihren PatientInnen dar und ist wesentlich am Aufbau einer guten Beziehung beteiligt. Die zwei InterviewpartnerInnen, die für ihre OsteopathInnen keine Sympathie empfinden und insofern auch keine gute Beziehung aufbauen können, erzählen beide von Kommunikationsproblemen. Im Gegenzug berichten jene sechs PatientInnen, die sich bei ihren TherapeutInnen besonders gut betreut fühlen, davon, dass die OsteopathInnen sich verbal stark auf sie und ihre Bedürfnisse eingestellt haben. Etwa in situativ passendem Erzählen von Dingen aus dem eigenen Privatleben oder durch besondere Empathie in der Aufklärung und Therapie.

Zwar kommt nach Petermann et. al. (1996) den nonverbalen Aspekten der Kommunikation ein noch stärkerer Einfluss zu als den verbalen. Diese Faktoren lassen sich im Gespräch mit den InterviewpartnerInnen jedoch nicht filtern und wirken oft unbewusst (Lippka, 2015). Dennoch ist Kommunikation für den Aufbau einer

Beziehung im medizinischen Heilungsprozess wesentlich (Arnold, 2011; Braun & Marstedt, 2011; Franke, 1999; Günther, 2003; Lippka, 2015; Tewes, 2015 u.a.), was durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstrichen werden kann.

Erwähnenswert ist die Tatsache, dass der 76-jährige Interviewpartner, trotz vorhandener Antipathie durch die wortkarge Art seines Osteopathen, eine deutliche Verbesserung seiner Beschwerden wahrnehmen kann und die Therapie vorwiegend aus Kostengründen abbricht. Dies steht im Kontrast zur Aussage von Braun und Marstedt (2011), dass der Therapieerfolg ganz entscheidend von der Art der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beeinflusst wird. Allerdings ist anzunehmen, dass andere Faktoren wirksam waren, die beim Patienten einen positiven Eindruck hinterlassen haben. Der Mann erzählt eindrücklich von den Techniken des Osteopathen, die zum Teil starke Schmerzen verursacht haben. Die Aussage des Patienten, er nehme diese Schmerzen gerne für eine gute Therapiewirkung in Kauf, lässt vermuten, dass in seiner Vorstellung ein direkter Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Schmerzintensität besteht.

Lippka (2015) macht auf die Wichtigkeit aufmerksam, hierarchische Gefälle auszuschalten, um ein positives Gesprächsklima zu schaffen. Auch Tewes (2015) betont den wesentlichen Einfluss der Kommunikation auf die Beziehungsebene mit den PatientInnen. Beides bestätigt sich in der vorliegenden Arbeit. Die Erzählungen der 24-jährigen Interviewpartnerin zeigen, dass an genau diesen Punkten die Beziehung zu ihrer Osteopathin gescheitert ist. Durch die abwehrende Art der Therapeutin auf ihre Anfrage der persönlichen Anrede fühlt sich die junge Patientin von Beginn an unwohl. In die zweite Therapieeinheit kommt sie bereits mit der vorgefassten Meinung, dass die Behandlung nicht helfen wird. In der Folge kann sie auch keine Effekte durch die Therapiesitzungen feststellen.

Erfolgreich konnten die Befindlichkeiten der InterviewpartnerInnen während der physischen Therapie gefiltert und analysiert werden. Viele PatientInnen berichten darüber, ob ihnen gewisse Techniken und Therapiemaßnahmen angenehm oder unangenehm gewesen sind. Überraschend ist die Tatsache, dass eine Verbesserung der Symptome auch von PatientInnen berichtet wird, deren Befindlichkeit während der Therapie durch bestimmte Faktoren negativ beeinflusst wurde. So erzählen der 28-jährige Mann und die 39-jährige Frau, dass sie während der Therapie enttäuscht waren, weil sie etwas völlig anderes von der Behandlung erwartet hatten. Beide berichten dennoch von einer Verbesserung ihrer Beschwerden und führen diese auf die osteopathische Therapie zurück.

Unerwartet sind die fast ausschließlich positiven Eigenschaften, die den OsteopathInnen zugeschrieben werden. Wie oben bereits beschrieben, empfinden nur die 24-jährige Frau und der 76 Jahre alte Mann ihre OsteopathInnen als nicht sympathisch, was bei beiden durch Kommunikationsprobleme ausgelöst wird. Durch die geringe TeilnehmerInnenzahl sind hier jedoch keine allgemeinen Aussagen möglich. Auffallend wenig wurde über das Auftreten oder die Arbeitsweise der OsteopathInnen berichtet. Eventuell wird dies durch die Interviewsituation bedingt, da die PatientInnen rasch antworten und die Beschreibung einer Person mehr Vorbereitung und Reflexion in Anspruch nehmen würde. Die Personenbeschreibungen wurden von fast allen PatientInnen mit der Aufzählung von zwei bis fünf Eigenschaften abgehandelt. Nur die 38-jährige und die 39-jährige Patientin nennen mindestens sechs unterschiedliche Eigenschaften und gehen präzise auf charakterliche Merkmale und Interaktionsformen der OsteopathInnen ein.

Die Erzählungen von zwei Patientinnen machen deutlich, dass manche OsteopathInnen auch auf die psychische Ebene von PatientInnen eingehen. Die beiden Frauen erleben diesen Aspekt sehr konträr. Während sich die 61-jährige Patientin von ihrer Osteopathin gut unterstützt fühlt und sogar annimmt, dass diese eine Ausbildung zur Psychotherapeutin besitzt, fühlt sich die 39-jährige Interviewpartnerin vor den Kopf gestoßen durch die interpretativen Annahmen ihrer Therapeutin. Die nachträgliche Recherche zeigt, dass keine der beiden Osteopathinnen eine fundierte Ausbildung auf psychologischer oder psychotherapeutischer Ebene besitzt. Zwar belegen verschiedene Studien den positiven Einfluss auf den Therapieerfolg durch Einbeziehung der psychischen Ebene. Bereits 1996 zeigt eine Studie mit PatientInnen, die unter chronischen Rückenschmerzen leiden, dass durch Anwendung eines multimodalen Behandlungsprogramms, in dem psychische Komponenten ebenso berücksichtigt werden wie physische, eine signifikante Verbesserung der Beschwerden erzielt werden kann. In jener Studie wird die subjektive Sicht der PatientInnen stark berücksichtigt (Hildebrandt, Pfingsten, Franz, Seeger & Saur, 1996). Jedoch ist anzumerken, dass alle Therapien in dieser Studie von ausgebildeten Fachkräften geleitet werden. An diesem Punkt soll auf die Wichtigkeit aufmerksam gemacht werden, dass OsteopathInnen ihren Arbeitsbereich eindeutig definieren. In einer professionellen Arbeit sollten die Kompetenzen immer klar deklariert und nicht überschritten werden. Ebenso sollte auf psychischer Ebene niemals ohne die aktive Zustimmung der PatientInnen eingegangen werden.

Die Untersuchung ist ein wesentlicher Bestandteil der ersten Therapie. Hinkelthein und Zalpour (2012) heben hervor, dass es das Ziel der osteopathischen Untersuchung ist, die Ursachen für die Beschwerden zu finden, um die Probleme der PatientInnen ursächlich behandeln zu können. Umso erstaunlicher ist das Ergebnis, dass bei sechs OsteopathInnen gar keine Untersuchung stattgefunden hat oder diese zumindest für die PatientInnen nicht wahrnehmbar war. Sie wurden aufgefordert, sich unmittelbar auf die Therapieliege zu begeben. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass fast die Hälfte der interviewten Personen nicht untersucht wurde. Es wäre von Interesse, dieses Ergebnis nochmals in einer größer angelegten Studie zu überprüfen.

Das Resultat, dass OsteopathInnen in der Therapie sehr unterschiedlich arbeiten, entspricht den Erwartungen. In diesem Kontext wäre allgemein eine gute Aufklärung der PatientInnen von Vorteil. Einerseits sollte in patientengerechter Sprache über die Wirkungsweise der Osteopathie aufgeklärt werden. Andererseits wäre es wichtig, darauf aufmerksam zu machen, dass verschiedene OsteopathInnen sehr unterschiedlich arbeiten. Vier der InterviewpartnerInnen haben bereits verschiedene TherapeutInnen kennengelernt und wissen über die Vielfalt an Arbeitsweisen Bescheid. Jedoch ist dies für PatientInnen, die einmalig bei einer osteopathischen Behandlung sind, nicht immer klar, wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen.

Im Hinblick auf die Aufklärung der PatientInnen ist es ratsam, deren Feedback einzuholen und abzuklären, inwiefern diese überhaupt in der Lage sind, den Erklärungen der OsteopathInnen zu folgen. So zeigen vier Interviews deutlich, dass die jeweiligen OsteopathInnen die PatientInnen entweder unzulänglich oder in einer für die InterviewpartnerInnen unverständlichen Weise informiert haben. Nicht alle PatientInnen trauen sich, Fragen zu stellen oder nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben, wie die Ergebnisse der Interviews verdeutlichen.

Ein Bereich, dem in der vorliegenden Arbeit nicht die Aufmerksamkeit gewidmet werden konnte, die seiner maßgeblichen Bedeutung entspricht, ist der Therapieeffekt. Von weiterführendem Interesse wäre, diesen in Zusammenhang mit der Befindlichkeit während der osteopathischen Behandlung und dem Verhältnis zur Osteopathie generell zu stellen.

Interessant ist das Ergebnis, dass eine unerfüllte Erwartungshaltung gegenüber der Therapie zwar momentan zu einer Enttäuschung führt, sich jedoch nicht unbedingt negativ auf den Therapieerfolg auswirken muss, wie die Erzählungen von drei InterviewpartnerInnen zeigen. Eine größer angelegte Studie wäre sinnvoll, um zu

überprüfen, ob es sich hier um Ausnahmefälle handelt oder eine unerfüllte Therapieerwartung tatsächlich keinen Einfluss auf das Therapieergebnis hat

Die Annahme der Autorin, dass die Therapiekosten und die Behandlungsdauer mehr im Mittelpunkt des Interesses der PatientInnen stehen, wurde nicht erfüllt. Wie bereits in Kapitel 6.2. Ablauf der Studie beschrieben, wurde nur in manchen Interviews dezidiert nach der Behandlungslänge und den Therapiekosten gefragt. Teilweise wurden die Informationen erst nachträglich eingeholt, da sie für die Vergleichbarkeit und die Analyse von Interesse waren. Überraschend war das Ergebnis, dass nur drei von dreizehn PatientInnen die Therapiekosten als sehr hoch bezeichnen. Für den 76-jährigen Mann sind die hohen Kosten der Grund für den Therapieabbruch und die 80-jährige Interviewpartnerin sowie der 33-jährige Mann erwähnen, dass die Therapiekosten belastend sind. Allerdings scheint das Empfinden dafür, was hohe Kosten sind, subjektiv sehr unterschiedlich zu sein. Für die meisten InterviewpartnerInnen stehen Behandlungslänge und -kosten im Hintergrund. Im Allgemeinen wirken sich Faktoren wie die Kommunikation und Interaktion mit den OsteopathInnen sowie die physische Behandlung selbst wesentlich deutlicher auf die Befindlichkeit aus. Sumesgutner (2007) beschäftigt sich in ihrer Fragebogenerhebung mit dem Haushaltseinkommen und der damit verbundenen Zugehörigkeit zu sozialen Schichten der osteopathischen PatientInnen in Wien. Ihre Ergebnisse besagen, dass über 80% der befragten PatientInnen in Wien der Mittel- oder Oberschicht angehören. Dies kann eine Erklärung dafür sein, warum für die meisten InterviewpartnerInnen Kosten nicht im Vordergrund stehen. Die Ergebnisse von Sumesgutner (2007) bleiben insofern kritisch zu betrachten, als es unter den befragten PatientInnen missverständliche Auffassungen der Bezeichnung Netto- und Bruttogehalt gegeben hatte.

Wie erwartet steht die Erreichbarkeit einer Praxis eher im Hintergrund und PatientInnen erzählen davon, dass sie auch einen weiten Weg für eine Behandlung in Kauf nehmen würden.

In Anlehnung an die Studienergebnisse von Wagner-Scheidl (2006) kann auch in den durchgeführten Interviews festgestellt werden, dass die meisten PatientInnen aufgrund von persönlichen Empfehlungen die OsteopathInnen aufsuchen. Auffallend ist die Tatsache, dass niemand der InterviewpartnerInnen der vorliegenden Arbeit von einer Ärztin oder einem Arzt geschickt wurde. Die Ergebnisse von Wagner-Scheidl (2006) zeigen, dass 55,9% der PatientInnen aus Wien auf Empfehlung von FreundInnen kommen, immerhin 24,6% auf Empfehlung von ÄrztInnen und 19,5% machten die Angabe „andere“, wobei es sich hier hauptsächlich um Empfehlungen von

Familienmitgliedern handelt. Interessant ist in diesem Kontext vor allem die Betrachtung, wie weit Osteopathie im schulmedizinischen System in Österreich eingebettet und wie eng die Vernetzung mit den einzelnen Fachbereichen ist. Jedoch sind diese Fragen nicht Inhalt der vorliegenden Arbeit und können in weiterführenden Studien untersucht werden.

Es wurde erwartet, dass die InterviewpartnerInnen mehr über die Einflussnahme des Behandlungssettings und der Räumlichkeiten auf die Befindlichkeit während der Therapie berichten. Immerhin vier der befragten PatientInnen erzählen detaillierter über die Behandlungsräume. In ihren Aussagen bestätigen sie, dass sich die räumliche Umgebung auf die Befindlichkeit während der Therapie auswirkt. Jedoch scheint zumindest vordergründig der Einfluss auf die Therapieergebnisse und die Zufriedenheit mit der Behandlung bei den interviewten Personen nicht gegeben zu sein. Jene PatientInnen, die mit der Behandlung unzufrieden sind und von einem Therapieabbruch berichten, haben sich im Gegenzug positiv über die Räumlichkeiten ihrer OsteopathInnen ausgesprochen.

Als unerwartet hoch erweist sich die Anzahl der InterviewpartnerInnen, die zumindest einmal eine Therapie abgebrochen hat. Insgesamt neun PatientInnen betrifft diese Tatsache. Jedoch nur eine Patientin nennt dezidiert die Antipathie zu ihrer Osteopathin als Ursache. Bei einem weiteren Patienten ist anzunehmen, dass die fehlende Sympathie zumindest eine Rolle spielte, wenn er als Hauptgrund für den Therapieabbruch auch die Kosten anführt. Zu kurze Behandlungsdauer, zu lange Wartezeiten oder fehlende Verfügbarkeit von Terminen sind einige der Gründe, weshalb die PatientInnen die Therapie abbrechen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich Kommunikation als der wichtigste Einflussfaktor auf die Befindlichkeit der PatientInnen während der osteopathischen Behandlung erwiesen hat. Womit auch die Wichtigkeit der Empathie der TherapeutInnen in den Mittelpunkt gerückt wird. In Fällen, in denen ein Beziehungsaufbau bzw. die Etablierung einer gemeinsamen Kommunikation scheiterte, ist dies hauptsächlich auf einen Mangel an Empathie seitens der OsteopathInnen zurückzuführen. In besagten Momenten konnten die OsteopathInnen die Bedürfnisse ihrer Patienten nicht, oder nur zu wenig wahrnehmen. Die Ergebnisse der Studie von Müller-Steffens und Wikus (2015) zeigen in diesem Zusammenhang, dass OsteopathInnen der Rolle der Empathie in der Therapie zwar einen hohen Stellenwert zuschreiben, doch durch mangelnde Schulung in der Ausbildung ein bewusster Einsatz empathischer Kompetenzen oft nicht gegeben ist. Im täglichen Umgang mit den PatientInnen wird den TherapeutInnen ein hohes Maß an sozialer

Kompetenz abverlangt. Diese Interaktionen bleiben durch die fehlende Schulung jedoch meist intuitiv und sind somit nicht bewusst gestaltet.

7. AUSBLICK

Die vorliegende Arbeit konnte einen Überblick über die Befindlichkeit der PatientInnen während der osteopathischen Behandlung schaffen sowie Faktoren benennen, die diese beeinflussen. Daraus ergeben sich zahlreiche Anknüpfungspunkte. Aufbauend auf den vorliegenden Ergebnissen lässt sich eine groß angelegte Erhebung mittels Fragebögen durchführen, um das bedeutsame Feld der subjektiven Patientenbefindlichkeit weiter zu untersuchen, Kernaussagen der vorliegenden Arbeit zu validieren sowie aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen.

Besonderes Augenmerk verdienen Dauer sowie Qualität der Anamnese, Untersuchung und Behandlung. Diese im Kontext des subjektiven Wohlfühlens zu erfragen und analysieren hilft, den Forschungsstand zu konsolidieren. Das Wissen um die Befindlichkeit der PatientInnen während dieser zentralen Elemente osteopathischer Behandlung würde ermöglichen, die Therapien noch besser an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen.

Ein steigendes wissenschaftliches Interesse an Faktoren der PatientInnenbefindlichkeit während der Behandlung würde eine Grundlage bilden, um diesen wichtigen Bereich noch gründlicher in der fachlichen Ausbildung der OsteopathInnen zu verankern. Die Themenbereiche Kommunikation und Interaktion mit den PatientInnen sind seit kurzem Gegenstand des Lehrplans an den Schulen für Osteopathie in Österreich. Eine bessere Integration dieser Themen kann dazu beitragen, die Zufriedenheit der PatientInnen mit den Behandlungen zu steigern und damit letztlich auch den Therapieerfolg positiv zu beeinflussen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aghababaei, N., Sohrabi, F., Eskandari, H., Borjali, A., Farrokhi, N., & Chen, Z. J. (2016). Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators. *Personality and Individual Differences, 90*, 93–98.
- Arnold, P. (2011). *Krankheit: Was anfängt, kann aufhören: Handbuch für eine bessere Medizin*. Oldenburg: Isensee.
- Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R. L., Arbelaez, J. J., Duggan, P. S., & Cooper, L. A. (2005). Do Patients Treated With Dignity Report Higher Satisfaction, Adherence, and Receipt of Preventive Care? *The Annals of Family Medicine, 3* (4), 331–338.
- Bensing, J. M., & Verheul, W. (2010). The silent healer: The role of communication in placebo effects. *Patient Education and Counseling, 80* (3), 293–299.
- Bergdolt, K. (2008). Der Traum von der Gesundheit. In D. Schäfer, A. Frewer, E. Schockenhoff & V. Wetzstein (Hrsg.), *Gesundheitskonzepte im Wandel: Geschichte, Ethik und Gesellschaft* (S. 17-28). Stuttgart: Franz Steiner.
- Braun, B., & Marstedt, G. (2011). Der informierte Patient: Wunsch und Wirklichkeit. In H.-W. Hoefert & C. Klotter (Hrsg.), *Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen* (S. 47-65). Göttingen: Hogrefe.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7* (3), 269–297.
- Günther, U. (2003). Basics der Kommunikation. In A. E. Auhagen & H.-W. Bierhoff (Hrsg.), *Angewandte Sozialpsychologie: Das Praxishandbuch* (S. 17-42). Weinheim: Beltz.
- Frank, R. (2010). *Wohlbefinden fördern: Positive Therapie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, R. (2011). Den störungsorientierten Blick erweitern: Wohlbefinden fördern. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 3-16). Berlin: Springer.
- Franke, J. (1999). Stress burnout and addiction. *Texas Medicine, 95* (3), 42–52.
- Helferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Hildebrandt, J., Pfungsten, M., Franz, C., Seeger, D. & Saur, P. (1996). Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP): Ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Teil 4: Prognostik und Fazit. *Der Schmerz*, 11 (1), 30-41.
- Hinkelthein, E., & Zalpour, C. (2012). *Diagnose- und Therapiekonzepte in der Osteopathie* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Hoefert, H.-W., & Klotter, C. (Hrsg.). (2011). *Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lamu, A. N., & Olsen, J. A. (2016). The relative importance of health, income and social relations for subjective well-being: An integrative analysis. *Social Science & Medicine*, 152, 176–185.
- Langer, W. & Hebgen, E. (2013). *Lehrbuch Osteopathie*. Stuttgart: Karl F. Haug.
- Leach, C. M. J., Mandy, A., Hankins, M., Bottomley, L. M., Cross, V., Fawkes, C. A., Fiske, A. & Moore, A. P. (2013). Patients' expectations of private osteopathic care in the UK: A national survey of patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 122.
- Lanzerath, D. (2008). Die neuere Philosophie der Gesundheit: Von der Normativität des Krankheitsbegriffs zur Medikalisierung der Gesellschaft. In D. Schäfer, A. Frewer, E. Schockenhoff & V. Wetzstein (Hrsg.), *Gesundheitskonzepte im Wandel: Geschichte, Ethik und Gesellschaft* (S. 203–213). München: Franz Steiner.
- Liem, T., Dobler, T. K. & Puylaert, M. (Hrsg.). (2014). *Leitfaden Viszerale Osteopathie* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Lippka, M.-M. (2015). *Leitfaden Kommunikation im therapeutischen Alltag: Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie: von A wie Aktives Zuhören bis Z wie Zeitdruck*. München: Urban & Fischer.
- Maio, G. (2015). *Den kranken Menschen verstehen: für eine Medizin der Zuwendung*. Freiburg: Herder.
- May, A. T. & Söling, C. (2006). *Gesundheit, Krankheit, Behinderung: gottgewollt, naturgegeben, gesellschaftlich bedingt?.* Paderborn: Bonifatius.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meyer-Abich, K. M. (2010). *Was es bedeutet, gesund zu sein: Philosophie der Medizin*. München: Carl Hanser.

- Morfeld, M., Bullinger, M. & Kirchberger, I. (2011). *Fragebogen zum Gesundheitszustand: SF-36: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Müller-Steffens, C. & Wikus, P. (2015). Rolle der Empathie in der Osteopathie: eine qualitative Studie. *Osteopathische Medizin*, 16 (3), 9-13.
- Osteopathic International Alliance OIA (2013). *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and Contribution to Healthcare Delivery*. Verfügbar unter <http://oialliance.org/resources/oia-status-report/> [06.10.2016]
- Petermann, F., Wendt, A., Rölver, K.-M., Schidlmeier, A. & Hanke, U. (Hrsg.). (1996). *TYP-I-Diabetiker in Beruf und Alltag: Konzeption und Materialien zur Patientenschulung*. München: Quintessenz.
- Platsch, K.-D. (2007). *Was heilt: Vom Menschsein in der Medizin*. Stuttgart: Theseus.
- Pschyrembel, W. & Arnold, U. (2012). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2013* (264 Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Pschyrembel, W. & Arnold, U. (2013). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2014* (265. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Porto, R. (2011). The Placebo effect: Its importance in treatment. *Sexologies*, 20 (1), 15–19.
- Rogner, R. (Hrsg.). (2005). *Was ist Gesundheit?: Philosophen, Mediziner, Sozialwissenschaftler und Theologen im Gespräch; Die erste Diskussionsrunde des „Neuen Wiener Kreises für Ganzheitlichen Gesundheitstourismus“*. Wien: Relax.
- Schramme, T. (Hrsg.) (2012). *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In B. Strauß, U. Berger, J. von Troschke & E. Brähler (Hrsg.), *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie* (S. 15-40). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334 (8668), 888–891.
- Straube, E. R. (2011). Zulauf zu „Heilern“ - ein Versuch, Umfang und Gründe zu erfassen. In H.-W. Hoefert & C. Klotter (Hrsg.), *Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen* (S. 255–263). Göttingen: Hogrefe.

- 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*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Wiener Schule für Osteopathie, Wien.
- Tewes, R. (2015). „Wie bitte?“. *Kommunikation in Gesundheitsberufen* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Thill, K.-D. (2005). *Marketing in der Arztpraxis: Analyse, Strategie, Instrumente*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Thill, K.-D. (2008). *Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis: Die Voraussetzung für eine erfolgreiche unternehmerische Praxisführung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Utsch, M. (2011). Spiritualität in therapeutischen Beziehungen. In H.-W. Hoefert & C. Klotter (Hrsg.), *Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen* (S. 235–254). Göttingen: Hogrefe.
- Wagner, R. F. (2004). *Krankheitsbewältigung aus metatheoretischer und methodologischer Perspektive*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Wager, T. D., Scott, D. J. & Zubieta, J.-K. (2007). Placebo effects on human μ -opioid activity during pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104 (26), 11056–11061.
- Wagner-Scheidl, B. (2006). *Wie kommen sie eigentlich zu uns? Eine quantitative Sozialstudie über die Wege, wie Patienten zu osteopathischen Behandlungen kommen*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Wiener Schule für Osteopathie, Wien.
- Wellner-Schulz, K. (2010). Die Wohlfühlpraxis: Marketingkonzepte für den wirtschaftlichen Erfolg. In P. Meuser & F. Labryga (Hrsg.), *Arztpraxen: Handbuch und Planungshilfe* (S. 38–47). Berlin: DOM.
- Windeler, J. (2007). Placebo-Effekte. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101 (5), 307-312.
- Wischer, R. & Hertzsch, E. (2007). Psycho-Physiologische Aspekte: Sehen und Licht. In R. Wischer & H.-U. Riethmüller (Hrsg.), *Zukunftsoffenes Krankenhaus: Fakten, Leitlinien, Bausteine* (S. 129–132). Wien: Springer.
- World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 36 (11), 1315–1323.

World Health Organization (2009). *Night Noise Guidelines for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf [11.03.2017]

World Health Organization (2013). *Gesundheit 2020: Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf [04.12.2015]

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. I: Darstellung der Stichprobengröße (eigene Tabelle in Anlehnung an die Ergebnisse der OIA, 2013)	29
---	----

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. I: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (eigene Grafik auf Basis von Mayring, 2003, S. 84).....	33
---	----

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

OIA Osteopathic International Alliance

WHO World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

WSO Wiener Schule für Osteopathie

ANHANG A – LEITFADEN FÜR INTERVIEWS

Erhebung allgemeiner Daten:

Alter, Geschlecht, Osteopathische Behandlung: Wann erste? Wann letzte? Wie viele insgesamt? Welches Intervall? Wo?

Spezifische Fragen:

- Bitte erzählen Sie mir, was Sie von der ersten osteopathischen Therapie noch in Erinnerung haben?
- Wie war der Behandlungsablauf gegliedert und waren Sie damit zufrieden? (Stichworte: Gesprächszeit, Behandlungszeit, Informationen über gesetzte Maßnahmen, Aufklärung über Ursachen oder weitere Maßnahmen, Wartezeit vor der Therapie)
- Wie war die Therapie selbst? Was hat Ihnen nicht gefallen? Wie hat die/ der OsteopathIn gearbeitet? (Stichworte: schmerzhaft/angenehm, entkleidet/angezogen, fokussiertes arbeiten/unkoordiniert, Kommunikation/Gesprächsqualität)
- Behandlungsdauer? Kosten? gepasst oder zu teuer/kurz?
- Hat OsteopathIn erklärt? Prognosen? Empfehlungen?
- Was haben Sie im Zuge der Behandlung als Positiv bzw. als Negativ in Erinnerung?
- Wie würden Sie den/die OsteopathIn beschreiben? (Stichworte: Sympathie/Antipathie, Persönlichkeit, Charaktermerkmale)
- Haben Sie sich gut betreut gefühlt? Was war Positiv an der Betreuung und was hätten Sie sich noch gewünscht, das unerfüllt geblieben ist?
- Durch wen sind Sie zu genau dieser/diesem OsteopathIn gekommen und wie lange mussten Sie auf den ersten Termin warten?
- Können Sie mir die Räumlichkeiten beschreiben, in denen die Behandlung(en) stattgefunden hat/haben? (Stichworte: was hat gefallen/nicht gefallen? Einrichtung, Setting)
- Gebäude und Gegend beschreiben, hat das einen Einfluss auf Sie? Erreichbarkeit?
- Mit welchen Erwartungen sind Sie gekommen und wurden diese erfüllt?
- Mit welchen physischen Beschwerden sind Sie gekommen und welche dieser Beschwerden haben sich durch die Therapie verändert? Wenn sich welche verändert haben: wie?
- Würden Sie wieder zur/zum gleichen OsteopathIn zurückgehen und würden Sie generell die osteopathische Behandlung weiter empfehlen?
- Schon bei anderen OsteopathInnen gewesen? Vergleich?!

- Was bedeutet Osteopathie für Sie? Was passiert Ihrer Meinung nach?
- Welche Eigenschaften sind Ihnen bei einem Osteopathen wichtig?
- Gibt es etwas, das Sie noch sagen möchten, weil Sie es wichtig finden und ich es nicht gefragt habe?

ANHANG B – AUSSCHREIBUNG AUF FACEBOOK

POSTING AM 22.06.2017 (Einstellung als „öffentlicher Post“, 17 Mal geteilt)

Liebe Freunde und Freundinnen,

Ich brauche dringend Unterstützung: Für meine Masterarbeit suche ich Frauen und Männer in WIEN, die bereit sind, ein Interview mit mir zu machen. Dauer 20-40 Minuten ca. Als kleine Entschädigung für den zeitlichen Aufwand zahle ich 10€.

Ich suche:

- Menschen, die sich in Österreich osteopathisch behandeln haben lassen, in folgender Altersgruppe:

19-30 Jahre (noch 2 Frauen und 1 Mann)

31-50 Jahre (noch 1 Mann)

51-70 Jahre (noch 2 Frauen und 1 Mann)

71+ (noch 1 Frau und 1 Mann)

- Die erste Behandlung darf maximal 5 Jahre her gewesen sein

- Falls nur eine Therapie stattgefunden hat, so soll diese zumindest vier Wochen her sein

- Es soll definitiv Osteopathie gewesen sein (also keine Mischung mit Physiotherapie oder anderen Therapieformen wie TCM) und auch als diese verrechnet worden sein

- Die Therapie darf nicht bei mir stattgefunden haben

Ich garantiere absolute Anonymität meiner InterviewpartnerInnen und frage nicht nach den Namen der OsteopathInnen (ausschließlich Geschlecht und ungefähres Alter des/der TherapeutIn werden erfragt).

Wenn ihr selbst dafür in Frage kommt, jemanden kennt oder die Nachricht teilen/weiterleiten könnt, wäre ich sehr dankbar!!!

Bitte per PN über den Messenger, meine Tel 06509207513 oder johanna.hocher@tz-rosensteingasse.at

POSTING AM 02.10.2017 (Einstellung als „öffentlicher Post“, 20 Mal geteilt)

Liebe FreundInnen, Liebe KollegInnen,

Ich benötige nochmals eure tatkräftige Unterstützung! Mir fehlen für meine Masterarbeit nur noch vier InterviewpartnerInnen. Und zwar folgende:

- 1 Mann Alter 19-30 Jahre
- 1 Frau Alter 51-70 Jahre
- 1 Frau Alter 71+ Jahre
- 1 Mann Alter 71+ Jahre

Folgende Voraussetzungen:

- In den letzten 5 Jahren zum ersten Mal zu einer osteopathischen Behandlung gegangen (egal wie oft)
- Wenn nur eine Behandlung stattgefunden hat, so soll diese zumindest vier Wochen her sein
- Die Behandlung hat in Österreich stattgefunden
- Keine Physiotherapie, keine ärztliche Behandlung (also Medikamente verschrieben bekommen oder ähnliches)
- das Interview muss in Wien stattfinden

Inhalt des Interviews ist die subjektive Erfahrung mit der Osteopathie, es geht nicht um die Krankengeschichte der PatientInnen.

Dauer des Interviews ca. 20 Minuten, ich komme zu passendem Ort und zahle 10€ Aufwandsentschädigung. Das Interview ist anonym.

Bitte fragt eure Verwandten und Bekannten und/oder PatientInnen, ob sich jemand zur Verfügung stellen würde.

Auch die OsteopathInnen bleiben anonym, es ist sogar wichtig, dass ich keinen Namen erfahre, damit ich unvoreingenommen meine Fragen stellen kann.

Ich bin unter der Tel. 06509207513 oder per Mail johanna.hocher@tz-rosensteingasse.at erreichbar. Teilen erwünscht.

Vielen Dank für eure Unterstützung!

ANHANG C – MAIL AN OSTEOPATHISCHE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN

Wien, 04.07.2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Zuge meiner Masterarbeit an der Donau Universität Krems führe ich Interviews mit osteopathischen PatientInnen durch.

Inhalt und Ziel der Befragung ist, die **subjektive Sichtweise von PatientInnen** auf die osteopathische Behandlung zu erfahren. Es geht bei der Befragung also um Ihre persönlichen Erfahrungen mit der Osteopathie und es ist kein spezielles Wissen nötig.

Der Inhalt der Interviews wird **anonym** festgehalten, das heißt Ihre persönlichen Angaben werden nirgendwo erscheinen. Ich frage nicht nach den Namen der OsteopathInnen, bei denen Sie waren. Lediglich das Geschlecht der/des TherapeutIn und das ungefähre Alter spielen für meine Befragung eine Rolle.

Das Interview dauert durchschnittlich **20 Minuten** und sollte an einem ruhigen Ort durchgeführt werden. Dies kann in einem Kaffeehaus, einer Wohnung, einem Park oder meiner Praxis sein.

Als kleine Aufwandsentschädigung zahle ich meinen InterviewpartnerInnen den Betrag von **10€**.

Folgende **Voraussetzungen** müssen erfüllt sein:

1. Die Behandlung hat in Österreich stattgefunden.
2. Die erste Behandlung ist nicht länger als fünf Jahre her.
3. Hat nur eine Behandlung stattgefunden, so muss diese mindestens vier Wochen her sein.
4. Die Behandlung muss eine osteopathische Therapie gewesen sein - also keine Physiotherapie, Akupunktur, Medikamenten oder anderen Therapieformen.
5. Die InterviewpartnerInnen dürfen selbst keine OsteopathInnen, ÄrztInnen oder PhysiotherapeutInnen sein.
6. Ich suche noch InterviewpartnerInnen in **folgenden Altersklassen**:
 - 19 - 30 Jahre
 - 51 - 70 Jahre (nur noch Frauen)
 - älter als 71 Jahre

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mich unterstützen und mich kontaktieren, um einen Termin für ein Interview auszumachen:

Tel. +43 650 920 75 13

Mail: johanna.hocher@tz-rosensteingasse.at

In der Hoffnung auf zahlreiche Meldungen verbleibe ich mit besten Grüßen,
Johanna Hocher

