

**Eine empirische Studie zum beruflichen Selbstverständnis  
von OsteopathInnen und deren Einstellung zur  
gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie**

Master Thesis zur Erlangung des Grades

**Master of Science in Osteopathie**

an der Donau Universität Krems –

Zentrum für chin. Medizin & Komplementärmedizin

niedergelegt

an der Wiener Schule für Osteopathie

von **Renate Riermeier**

Wien, Juni 2011

Betreut von: Mag.a. Claudia Gamsjäger

## Eidesstattliche Erklärung

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

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

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

-----

Datum

-----

Unterschrift

## Abstract

Deutsch

Die vorliegende Arbeit ist eine quantitative Studie im Bereich der Berufsforschung.

In Österreich gibt es derzeit keine gesetzliche Regelung der Osteopathie. Osteopathie wird im Rahmen der gültigen Berufsgesetze der jeweiligen Grundberufe der OsteopathInnen als „mechanotherapeutische Maßnahme zur Behandlung krankhafter Zustände“ interpretiert. Nachdem sich die OsteopathInnen in Österreich hauptsächlich aus PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen zusammensetzen, ergeben sich unterschiedliche Ausgangspositionen und Möglichkeiten bei der Ausübung der Osteopathie. Die Literaturanalyse zeigt, dass Professionalität Voraussetzung ist für qualitativ hochwertige Osteopathie. Auch in Bezug auf Professionalisierung ist die Gruppe der OsteopathInnen in Österreich inhomogen.

Die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie arbeitet mit an europaweiten einheitlichen Regelungen für die Osteopathie. Dafür ist es nötig, die Bedürfnisse der OsteopathInnen in Österreich zu kennen. Es wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, um Einblicke in das berufliche Selbstverständnis von OsteopathInnen und deren Einstellung zu gesetzlichen Regelungen zu erhalten. Der Fragebogen wurde an 180 OsteopathInnen in Wien verschickt, der Rücklauf betrug 37%. Es zeigt sich, dass die OsteopathInnen mit der aktuellen Situation mehrheitlich unzufrieden sind. Alle befragten OsteopathInnen sind für eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie, wobei die Mehrheit Osteopathie sowohl als eigenen Beruf, als auch als Methode anerkannt haben möchte. PhysiotherapeutInnen sind signifikant unzufriedener als ÄrztInnen. Die Erwartungen an eine gesetzliche Anerkennung sind insgesamt stark, die Befürchtungen schwach ausgeprägt. In der Diskussion wird darauf eingegangen, wie sich die unterschiedliche Professionalisierungsgeschichte von PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen, sowie die verschiedene gesetzliche Ausgangslage auf die Beantwortung der Fragen auswirken.

Englisch

The paper at hand is a quantitative study in occupational research.

There is currently no legal regulation concerning osteopathy in Austria. Within the framework of the laws regarding the principal professions of the osteopaths, osteopathy is interpreted as “mechanotherapeutische Maßnahme zur Behandlung krankhafter Zustände“. Since most osteopaths in Austria are either physiotherapists or medical doctors, there is a range of different initial situations and possibilities of practising osteopathy. The analysis of literature proves that professionalism is a pre-condition for high quality osteopathy. Also in regard to professionalization the group of osteopaths in Austria is highly inhomogeneous.

The Österreichische Gesellschaft für Osteopathie follows and supports the aim of establishing unified legal regulations for osteopathy throughout Europe. It therefore is necessary to know the wishes of osteopaths in Austria. A standardized questionnaire was developed to gain an insight into the professional self-conception of osteopaths and their attitude towards the legal situation. The questionnaires were sent to 180 osteopaths in Vienna and the response rate was 37%. The results showed that most osteopaths are dissatisfied with the current situation. All osteopaths questioned are in favour of a legal acknowledgement of osteopathy, the majority wanting osteopathy to be accepted as both, a profession in its own right as well as a form of treatment. Physiotherapists are significantly more dissatisfied than medical doctors. Hopes concerning a legal acknowledgement are high, while the fears are modest. In the discussion the different professionalization histories of physiotherapists and doctors are taken into account as well as the different legal constellations and their influence on the answers of the questionnaire.

## Danksagungen

Ohne die Unterstützung zahlreicher Menschen wäre diese Masterthesis nicht zustande gekommen. Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen KollegInnen bedanken, die an der Studie teilgenommen haben.

Danke auch an Mag.a Claudia Gamsjäger, die mir die Grundbegriffe wissenschaftlichen Arbeitens vermittelt hat, an meine Schwester Dipl. Päd. Karin Kapell für das Korrekturlesen, und an Christian Hackl für die Übersetzung ins Englische.

Ein besonderes Danke geht an meine Freundin Mag.a Doris Klepp, die mich nicht nur in allen methodischen Belangen unterstützt hat, sondern die wertvolle Kritik und Anregungen beigesteuert hat, und die, besonders in der Schlussphase der Arbeit, jederzeit für mich erreichbar war.

Danke vor allem auch an meinen Mann Gerald, und unsere Kinder Konstantin und Valentin, die mich ermutigten und es mir ermöglichten, Zeit, Raum und Energie für diese Arbeit zu finden.

....Danke!

Renate Riermeier

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	8
1.1	Begriffsdefinitionen von Beruf und Profession.....	10
1.1.1	Beruf .....	10
1.1.2	Profession .....	13
1.1.3	Professionstheorien .....	15
1.1.4	Professionalisierung.....	22
1.1.5	Zusammenfassung Beruf und Profession .....	32
1.2	Das österreichische Gesundheitssystem .....	34
1.2.1	Gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe in Österreich .....	34
1.2.2	Komplementärmedizin .....	36
1.2.3	Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen .....	38
1.2.4	Zusammenfassung Österreichisches Gesundheitssystem.....	42
1.3	Osteopathie in Österreich.....	43
1.3.1	Definition .....	43
1.3.2	Geschichte der Osteopathie.....	44
1.3.3	Ausbildung .....	45
1.3.4	Gesetzliche Rahmenbedingungen .....	47
1.3.5	Osteopathie – ein Beruf in Österreich? .....	48
1.3.6	Berufliche Identität .....	49
1.3.7	Zusammenfassung Osteopathie in Österreich .....	52
2	Methodik .....	54
2.1	Forschungsziele und –fragen .....	54
2.2	Statistische Hypothesen.....	55
2.2.1	Hypothese 1 .....	55
2.2.2	Hypothese 2.....	56

2.2.3	Hypothese 3 .....	57
2.2.4	Hypothese 4 und 5 .....	58
2.2.5	Hypothese 6: .....	59
2.3	Material .....	60
2.3.1	Entwicklung und Beschreibung des Fragebogens .....	60
2.3.2	Beschreibung der Zielgruppe und Ablauf der Erhebung .....	61
2.3.3	Auswertung der Daten .....	62
2.3.4	Demographische Angaben.....	63
2.4	Ergebnisse .....	64
2.4.1	Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Basis .....	64
2.4.2	Berufliches Selbstverständnis .....	68
2.4.3	Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie .....	70
2.4.4	Einstellungen zu einheitlichen Regelungen.....	78
2.4.5	Erwartungen an eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie.....	84
2.4.6	Befürchtungen betreffend der Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf.....	86
2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	87
3	Diskussion.....	91
3.1	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	97
3.2	Grenzen und Kritik.....	98
4	Abbildungsverzeichnis .....	100
5	Literaturverzeichnis .....	101
6	Anhang.....	109
7	Kurzzusammenfassung (Englisch).....	117

# 1 Einleitung

In Österreich ist die Osteopathie noch relativ jung. Erst seit 1991 gibt es in Österreich an der Wiener Schule für Osteopathie (WSO) die Möglichkeit, eine berufsbegleitende Ausbildung zur OsteopathIn zu machen. Derzeit ist das Angebot an osteopathischen Kursen auf unterschiedlichstem Qualitätsniveau kaum mehr zu überblicken (Wilfling, 2007). OsteopathInnen sind in ihrem Grundberuf meist PhysiotherapeutInnen oder ÄrztInnen, wobei auf Grund der gültigen Gesetzeslage nicht ausgeschlossen werden kann, dass Angehörige jedes anderen Grundberufes eine der zahlreichen Ausbildungen absolvieren und Osteopathie zumindest vorbeugend anbieten. An der WSO, dem Anbieter mit den meisten AbsolventInnen in Österreich, werden derzeit nur ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen zur Ausbildung zugelassen (Wilfling, 2007).

Der ärztliche Beruf gehört zu den klassischen Vollprofessionen, während die PhysiotherapeutInnen eher zu den Semiprofessionen zu zählen sind (Schämann, 2005). Erst 1992 wurde die Berufsbezeichnung von „Diplomierte Assistentin für physikalische Medizin“ in „Diplomierte Physiotherapeutin“ umgewandelt. 2005 entfernte man den Zusatz „diplomiert“ und passte die Berufsbezeichnung international an (Strassnitzky, 2009). Die Veränderung der Berufsbezeichnung ist symptomatisch für das steigende Selbstbewusstsein der Berufsgruppe.

In der Ausbildung zur OsteopathIn treffen also zwei Berufsgruppen zusammen, die eine sehr unterschiedliche Berufsgeschichte und einen anderen Professionalisierungsgrad mit sich bringen, und die in ihren Grundberufen in einem hierarchischen Verhältnis zueinander stehen. Die ÄrztInnen sind den PhysiotherapeutInnen übergeordnet. In der Ausbildung zum Osteopathen/zur Osteopathin gibt es diese Hierarchie nicht mehr. Doch wie sieht die Situation dann in der Praxis aus? Osteopathie ist gesetzlich in Österreich nicht geregelt, daher müssen die praktizierenden OsteopathInnen Osteopathie auf der rechtlichen Basis ihres Grundberufes ausüben. Folgende Fragen eröffnen sich in diesem Zusammenhang: Können OsteopathInnen auf gesetzlicher Basis ihrer Grundberufe Osteopathie zufriedenstellend ausüben? Welches berufliche Selbstverständnis entwickeln sie?

Betrachten sie die Osteopathie eher als Zusatzausbildung oder als eigenen Beruf? Ist eine gesetzliche Anerkennung und Regelung aus Sicht der praktizierenden OsteopathInnen wünschenswert? Welche Erwartungen und welche Befürchtungen sind mit einer gesetzlichen Anerkennung verbunden? Wie sieht es aus mit der Toleranz gegenüber verbindlichen Standards?

Ziel der Arbeit ist es diese Fragen zu beantworten und Aufschlüsse darüber zu bekommen, wie bereits praktizierende OsteopathInnen sich den derzeitigen Arbeitsbedingungen stellen, und wie dringend für sie das berufspolitische Anliegen ist. Um Osteopathie in Österreich sinnvoll etablieren zu können, ist es wichtig, möglichst geschlossen aufzutreten. Dafür sind Erkenntnisse über die vorrangigen Bedürfnisse der praktizierenden OsteopathInnen nötig. Diese Arbeit soll erste Einblicke bringen. Dafür wurde ein Fragebogen entwickelt und an 180 in Wien praktizierende OsteopathInnen versandt.

Für ein grundlegendes Verständnis des Themas ist es aber zunächst erforderlich, sich näher mit den Begriffen „Beruf“, „Profession“, „Professionalisierung“ und „Professionalität“ auseinander zu setzen. Dabei soll auch ein Überblick über die Professionstheorien gegeben werden, mit besonderem Augenmerk auf den differenztheoretischen Ansatz nach Nittel (2002), der als Grundlage für die spätere Diskussion angenommen wird. Besondere Aufmerksamkeit in Bezug auf die Osteopathie verdienen auch der Begriff „berufliche Identität“, und das „spezielle Wissen“, das eine Profession begleitet.

Im Anschluss daran beschäftigt sich die Arbeit mit der Ausgangslage für OsteopathInnen in Österreich. Es erfolgt ein Überblick über die gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe und die Komplementärmedizin, sowie eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation im Gesundheitssektor, nämlich der zunehmenden Akademisierung und den Professionalisierungstendenzen nicht ärztlicher medizinischer Berufe.

Danach wird die Osteopathie in Österreich beleuchtet, auf geschichtliche Hintergründe, Definitionen, Ausbildungsmöglichkeiten, rechtliche Grundlagen und auf aktuelle berufspolitische Bestrebungen eingegangen.

Durch die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsmarkt und dem Thema Professionalisierung soll die unterschiedliche Ausgangssituation von ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen als OsteopathInnen - nicht nur auf rechtlicher Ebene – deutlich werden. Dementsprechend könnten die Bedürfnisse, die Erwartungen und Befürchtungen, die sich rund um eine rechtliche Anerkennung ergeben, auch unterschiedlich sein. Zu hoffen wäre, dass die Osteopathie die Überzeugungskraft besitzt, eine kollektive Identität zu kreieren, die die ursprüngliche berufliche Sozialisation in den Hintergrund treten lässt (vgl. Wagner 2009).

Zwischen dem Beginn und dem Abschluss der Studie liegen, bedingt durch eine zeitliche Unterbrechung der Arbeit an der Masterthesis von etwa zwei Jahren, etwas mehr als vier Jahre. Eine erste Literaturrecherche wurde im März/April 2007 durchgeführt und die Erhebung der Daten fand im Zeitraum Juni bis August 2007 statt. Die Auswertung der Daten wurde im Anschluss in Zusammenarbeit mit der Psychologin Mag.a Doris Klepp durchgeführt. Bei der Wiederaufnahme der Arbeit an der Masterthesis im Juni 2010 war eine neuerliche intensive Literaturrecherche erforderlich, um die aktuelle Literatur einfließen zu lassen und der erste Teil der Arbeit wurde komplett neu überarbeitet. Dies erschien notwendig, weil die Ergebnisse heute möglicherweise nicht mehr dem aktuellen Stand entsprechen. In der Diskussion werden somit die Ergebnisse der Erhebung von 2007 mit der aktuellen Literatur zusammengeführt.

## **1.1 *Begriffsdefinitionen von Beruf und Profession***

### **1.1.1 Beruf**

Ursprünglich geht der Begriff „Beruf“ auf Martin Luthers Bibelübersetzung zurück. Luther übersetzte das lateinische „vocatio“ mit „Berufung“ durch Gott. Der Begriff „Beruf“ wurde erst nach 1900 in die Alltagssprache integriert, um den Stand und das Amt des Menschen in der Gesellschaft zu benennen (Bontrup & Pulte, 2001).

Max Weber (1980) ist der erste, der den Begriff Beruf 1925 als soziologischen Grundbegriff entwickelt:

*„Beruf soll jene Spezifizierung, Spezialisierung und Kombination von Leistungen einer Person heißen, welche für sie Grundlage einer kontinuierlichen Versorgung und Erwerbschance ist.“ (Weber 1980, S.80)*

Max Weber gilt als Wegbereiter der modernen Berufsdefinition, wo Beruf nicht mehr Berufung bedeutet, sondern für qualifizierte Erwerbsarbeit steht (Kurtz, 2001, S.11f. zit n. Pirringer-Groll, 2004, S.15 f.). Bontrup & Pulte (2001) erkennen in Webers (1980) Definition drei Merkmale von Beruf. Beruf erfordert einen qualitativen Bildungsprozess, er bestimmt durch das Einkommen die sozialökonomische Position des einzelnen und dessen Familie in der Gesellschaft, und der Beruf wirkt dadurch soziologisch Schichten bildend in der Gesamtgesellschaft.

Die Sichtweise von Brater und Beck (1982) beinhaltet einen anderen Aspekt. Nicht der Beruf ist Schichten bildend, sondern in den Berufen kommt soziale Ungleichheit zum Ausdruck. Sie betrachten den Berufsentstehungsprozess historisch und erkennen, dass sich bestimmte Gruppen besser durchsetzen konnten als andere. Um ein bestimmtes Tätigkeitsfeld für sich zu beanspruchen, bedarf es Voraussetzungen, wie *„den Besitz an bestimmten Arbeitsmitteln, und, wichtiger noch, die Verfügung über bestimmte materielle, zeitliche und motivationale Ressourcen“* (Brater und Beck, 1982, S 214). Entsprechend den Schichten- und Klassenverhältnissen sind diese Ressourcen in der Gesellschaft aber immer ungleich verteilt gewesen. Ähnlich verhält es sich mit den Basisqualifikationen, wie zum Beispiel technisches Verständnis oder Verantwortungsbereitschaft, die als Voraussetzung für die spezielle berufliche Qualifikation dienen. Diese werden in den verschiedenen sozialstrukturell verfestigten Schichten nicht gleich ausgebildet. Im Kampf um die Monopolisierung von Arbeitsbereichen und um bestimmte Kompetenzen sind die Durchsetzungschancen entsprechend ungleich (Brater und Beck, 1982).

Hesse (1972, S. 129ff) definiert Beruf als ein planvoll konstruiertes Muster, das die Qualifizierung und den Tausch von Arbeitskraft organisiert. Es wird eine spezifische Qualifikation sowie eine spezifische Arbeitsleistung erwartet, wobei die Entschädigungschancen relativ niedrig sind (im Vergleich zu Professionen; besondere gesellschaftliche Anerkennung verbunden mit hohen Verdienstchancen zählen zu den Merkmalen von Professionen. Siehe Kap. 1.1.2). Laut Hesse (1972)

konkretisiert und limitiert Beruf die Chance auf Arbeit, auf Qualifikation, auf Erwerb und Versorgung sowie auf Ansehen und Einfluss. Durch die Konstruktion von Berufen soll in erster Linie Arbeitskraft kanalisiert werden.

Müller (2010) beschreibt Beruf als etwas Dynamisches. Er nennt mehrere Gründe für einen Berufswandel: veränderte Arbeitsteilung, Professionalisierung und Entprofessionalisierung, Innovationen, technischer Wandel, Rationalisierung, Automation und Humanisierung. Laut Müller beinhaltet der Berufsbegriff drei Dimensionen: die Funktion (Aufgabe), die Qualifikation und den Status. Veränderungen können auf allen drei Ebenen stattfinden.

Berufe können verschwinden, neue Berufe können entstehen, häufiger kommt es aber vor, dass sich Berufsinhalte und Berufsbezeichnungen ändern (Müller, 2010).

Dostal (2002) stellt sich der Diskussion, ob das Berufsmodell überhaupt noch zeitgemäß ist. Flexibilität, Innovationsgeist, Anpassungsfähigkeit und nicht zuletzt „lebenslanges Lernen“ sind gefordert. Der traditionelle Berufsbegriff ist möglicherweise zu starr, um mit den raschen Veränderungen mitzuhalten, und zu eng für das heutige umfassende Aufgabengebiet. Dostal (2002) thematisiert, dass gerade in dieser dynamischen aber auch unsicheren Arbeitswelt dem Beruf als Identifikationsanker neue Bedeutung zukommt. Er beschreibt den Beruf als „*Wurzel für die Allokation des Individuums in der Arbeitswelt und in der Gesellschaft.*“ (Dostal 2002, S.465). Dostal (2002) beschäftigt sich mit der Klassifikation von Berufen, und sieht eine der Herausforderungen aber auch der Chancen darin, mit der Unschärfe von Berufen, mit den Randbereichen und den Überdeckungen verschiedener Berufe umzugehen.

*Werden diese zusätzlichen Aspekte der Mehrdimensionalität, der Mehrfachzuordnung und der Unschärfe berücksichtigt, dann sind Klassifikationen keine Zwangsjacke mehr sondern in der Lage, die Vielfalt der Realität und ihre Dynamik abzubilden. (Dostal 2002, S.472)*

Im Gegensatz dazu steht der „Job“, der in der Regel eine schnell zu erlernende Tätigkeit bezeichnet, mit der Geld verdient wird. Jobs werden häufig gewechselt, und es entsteht kaum eine stabile Identifikation mit der Aufgabe. (Dostal, 2002; Bontrup & Pulte, 2001).

Betrachtet man die Osteopathie unter diesen Gesichtspunkten (Ausbildung, Einkommensgrundlage, gesellschaftliche Auswirkung), so kann man sie durchaus als einen gesetzlich nicht geregelten Beruf einordnen. Es gibt in Österreich OsteopathInnen, die ihre Lebensgrundlage aus der Osteopathie beziehen (Krönke, 2003). Die Ausübung der Osteopathie setzt eine intensive Auseinandersetzung mit der Materie voraus, die die Basis für eine hohe Identifikation mit der Aufgabe darstellt. Mit steigender Bekanntheit der Osteopathie in der Bevölkerung kann sich Osteopathie als Beruf auch zunehmend auf die gesellschaftliche Position der OsteopathInnen auswirken.

### **1.1.2 Profession**

Bestimmte Berufe haben sich im Lauf der Zeit als Professionen etabliert. Es stellt sich die Frage, worin der Unterschied zwischen einem Beruf und einer Profession liegt. Freidson (1979) bezeichnet die Profession als eine besondere Art von Beruf, als einen Beruf, der ein Bekenntnis oder ein Versprechen beinhaltet.

Der Begriff Profession wird in der Literatur sehr unterschiedlich und vielfältig diskutiert. Reiter & Steiner (1996) bezeichnen die Literatur zum Thema als kaum mehr zu überblicken, Strassnitzky (2009) findet die Begriffsbestimmung „Profession“ in der Literatur vielschichtig und verwirrend.

Der Begriff Profession kommt aus dem angelsächsischen Sprachraum. Er beschreibt Berufe, die hoch spezialisiert sind. Professionen führen ihre Tätigkeit selbständig aus.

Hesse (1972) beschäftigt sich mit der Problematik, dass es für den englischen Begriff „profession“ keine einheitliche Übersetzung gibt. Das Wort deckt eine Gruppe von Berufen ab, für die es keine vergleichbare Sammelbezeichnung im deutschsprachigen Raum gibt. Meist wird der Begriff eher unbefriedigend mit „akademischer Beruf“, „freier Beruf“ oder „Akademiker“ übersetzt, womit die Komplexität von Profession aber nicht wiedergegeben werden kann (vgl. Schämam, 2005).

D.Rüschemeyer (1980, zit. n. Peters, 2004) vergleicht das amerikanische mit dem deutschen Modell der Profession. Gemeinsam ist beiden das hohe Ausbildungsniveau von Professionsinhabern. In den USA wurde die Modernisierung in Verwaltung und Wirtschaft, und damit auch die Entwicklung von neuen Professionen hauptsächlich durch den Markt gesteuert, folglich dominiert dort eher eine liberal-geschäftsorientiert-zivile Elite, während im deutschsprachigen Raum durch die treibende Kraft des Staates eher die konservativ-bürokratisch-militärische Elite tonangebend ist.

Im deutschsprachigen Raum lässt sich folglich eine etwas andere Entwicklung feststellen.

Bis weit ins 19. Jahrhundert hinein wurde hier nur Medizin, Recht und Theologie als Profession bezeichnet. Diese drei höheren Fakultäten konnten sich etablieren, weil sie die wichtigsten Problembezüge des Menschen darstellten: das Verhältnis zu Gott (Theologie), zu anderen Personen (Recht) und zu sich selbst (Medizin) (Combe & Helsper, 1996; Stichweh, 1992).

Stichweh (1996, S.51) definiert Professionen als

*Berufe eines besonderen Typs. Sie unterscheiden sich dadurch, dass sie die Berufsidee reflexiv handhaben, also das Wissen und das Ethos eines Berufs bewusst kultivieren, kodifizieren, vertexten und damit in die Form einer akademischen Lehrbarkeit überführen. Die reflexive Handhabung einer Berufsidee schließt das Wissen um den sozialen Anspruch ein, der sich mit dem jeweiligen Beruf verbindet, und sie bezieht sich insofern um die jetzt erreichbar gewordenen gesellschaftlichen Positionen und Attribute.*

Schwendenwein (1990) definiert Profession anhand von sieben Strukturmerkmalen:

- die Existenz einer berufsrelevanten Forschung
- die Existenz einer entsprechenden Rechtsgrundlage
- die obligatorische Beachtung gesellschaftlicher Zentralwerte
- die obligatorische Beachtung berufsspezifischer Leitziele
- die Existenz eines Berufscodex mit einzuhaltenden berufsspezifischen Verhaltensregeln
- die Existenz einer berufseigenen Interessensvertretung
- die eigenverantwortliche (inhaltliche) Fortbildung der aktiven Berufsmitglieder

Aus den zahlreichen Definitionen kristallisieren sich Übereinstimmungen heraus. Zusammenfassend kann man Profession als einen besonderen Beruf beschreiben, der sein hohes, in der Regel wissenschaftliches Wissen und sein Können für die Problemlösung des einzelnen einsetzt. Dabei handelt es sich um Anliegen, die zugleich von zentralem Wert für die Gesellschaft, und die technisch nicht lösbar sind. Aufgrund der asymmetrischen Beziehung zu ihren Klienten sind Professionsinhaber nur begrenzt von außen zu kontrollieren. Sie verhalten sich klienten- und organisationsautonom. Diese Autonomie verpflichtet sie zur Selbstkontrolle, und zur Entwicklung eines Berufsethos mit einem bestimmten Verhaltenscodex. Professionen sind in Verbänden organisiert, die diese Kontrolle neben der individuellen Selbstkontrolle innehaben. Als weiteres Merkmal von Professionen gelten hohes gesellschaftliches Ansehen, Anerkennung und Privilegien (vgl. Peters, 2004; Krampe, 2009; Zoege, 2004).

Im Vergleich zu Laien verfügen Professionelle über spezialisiertes Wissen, im Gegensatz zu Berufstätigen wenden sie nicht nur Teilaspekte ihres Wissens an, und im Gegensatz zu Wissenschaftlern sind sie Praktiker (Zoege, 2004).

### **1.1.3 Professionstheorien**

Osteopathie hat nach den oben genannten Kriterien in vieler Hinsicht durchaus das Potential dazu, sich zu einer Profession zu entwickeln. Deshalb ist es interessant sich mit der Frage zu beschäftigen, wie Professionen entstehen, und wie sie ihren besonderen Status erhalten. Damit setzen sich die Professionstheorien auseinander.

*Mit einer gewissen Berechtigung könnte das letzte Jahrhundert auch als das Jahrhundert der Professionen und der Neukonstituierung von Professionalisierungsentwicklungen bezeichnet werden. Im Rahmen der Expansion medizinischer, pflegerischer, pädagogischer, therapeutischer, juristischer, etc. Dienstleistungen und Anforderungen expandieren nicht nur die ‚klassischen‘ Professionen im freiberuflichen Sektor, sondern zugleich entstehen neue professionelle und professionalisierungsbedürftige Felder, [...]. Die professionstheoretische Diskussion hat in diesem Rahmen der professionellen Expansion und Ausdifferenzierung [...] eine große Wegstrecke der theoretischen Präzisierung, der Ausdifferenzierung und zunehmend der empirischen Rekonstruktion professioneller Tätigkeiten und Handlungsfelder zurückgelegt. (Helsper et al., 2000, S. 5)*

Der folgende Überblick über die Professionstheorien orientiert sich an den folgenden Quellen: Combe & Helsper, (1996); Merten & Olk, (1996); Helsper et al., (2000) sowie Kraul et al., (2002).

Am Beginn der professionssoziologischen Diskussion stehen die „Attribute-Modelle“.

In diesen Modellen wird versucht, von den „klassischen Professionen“ wie der Medizin, allgemeingültige Merkmale abzuleiten, die das Wesen von Professionen beschreiben. Professionen werden über die Benennung spezifischer äußerer Kriterien definiert.

Merten & Olk (1996) sehen die Schwäche des „Attribute- Modells“ darin, dass es prinzipiell auf jeden Beruf anwendbar ist, egal ob der Beruf überhaupt professionalisierungsbedürftig oder -fähig ist.

Demgegenüber beschreiben die **funktionalistischen** Zugänge vor allem die gesellschaftlichen Funktionen und die Merkmale von Professionen. Diese Merkmale sind:

- Professionen verfügen über systematisches und in der Regel wissenschaftliches Wissen.
- Es besteht eine Bindung an zentrale Werte der Gesellschaft.
- Professionen orientieren ihr Handeln am Gemeinwohl, und nicht vordergründig an Erwerbskriterien.
- Sie sind autonom in der Kontrolle über die Standards der Berufsausübung und Ausbildung.

Diese Autonomie soll weniger dazu dienen, die Interessen des Berufsstandes zu wahren, sondern eher eine gewisse Unabhängigkeit gegenüber der Einschätzung und Beurteilung der Leistung von außen, wie zum Beispiel durch Medien, zu gewähren.

Combe & Helsper (1996) kritisieren, dass durch solche Merkmalstheorien keinerlei Vorstellung über den Professionalisierungsprozess entsteht, und sich die Annahme aufdrängt, die Professionen selbst seien die Initiatoren der Professionalisierung.

Parsons (1939,1952 sowie 1968, zit. n. Merten & Olk, 1996, S. 573f) sieht in den Professionen eine Art gemeinwirtschaftlichen Sektor, mit Verpflichtung auf ein ‚Dienstideal‘. Der Klient ist von einem Problem betroffen, das er nicht allein bewältigen kann, weil ihm die nötige Kompetenz fehlt. In dieser Situation hoher Verletzlichkeit und Bedürftigkeit kann es marktwirtschaftlich zu einer nicht akzeptablen Ausbeutung des Klienten kommen. Professionelle Berufe bieten eine Lösung, weil sie auf Grund ihres Dienstideals nicht eine rein geschäftliche sondern einer Solidaritätsbeziehung zu ihrem Klienten aufbauen. Diese ist getragen durch das Vertrauen des Klienten dahingehend, dass der Professionelle sein Wissen und Können für die spezielle Problemlösung einsetzt. Der Laie ist in dieser Situation auf den Professionellen angewiesen, ohne die Qualität der Leistung kontrollieren zu können. Der Professionelle unterliegt der kollegialen Selbstkontrolle, genießt hohes Ansehen und verfügt über ein überdurchschnittlich hohes Einkommen.

In der Folge wurde das funktionalistische Konzept durch **machttheoretische** Ansätze erweitert. Parsons (1939,1952 sowie 1968, zit. n. Merten & Olk, 1996) beschreibt die Privilegien einer Profession als Folge beziehungsweise Ausdruck des Wertes ihrer Leistung. Machttheoretische Reformulierungen stellen das jedoch in Frage und beschäftigen sich vor allem mit der Entstehung professioneller Vorrechte und mit den Strategien zur Durchsetzung von Monopolen. Diese werden mit Hilfe von Machtressourcen erkämpft und durch staatliche Lizenzierung abgesichert. Der Professionalisierungsprozess hängt *„maßgeblich von dem Zusammenwirken professionsinterner Strategien und externer Kontextbedingungen ab“* (Merten & Olk, 1996, S. 576).

Seit Mitte der 80er Jahre steht die Binnenstruktur und die Logik professionellen Handelns im Mittelpunkt der Diskussion.

In der **interaktionistisch** orientierten Betrachtungsweise ist die empirische Rekonstruktion von professionellen Handlungsproblemen, Spannungen und Paradoxien von zentraler Bedeutung. Unaufhebbare Grenz- und Grundprobleme gehören zum Wesen der professionellen Berufsarbeit.

Auch der **systemtheoretische** Ansatz misst der Klientenbeziehung zentrale Bedeutung zu. Stichweh (1992, zit. n. Combe & Helsper 1996, S.13) betont die

„Dreistelligkeit“ des Verhältnisses, das heißt, der Professionelle steht zwischen einem zentralen Gut und dem Klienten, der dazu keinen Zugriff hat. Er ist in der Rolle des Vermittlers.

Professionelle Tätigkeit ist dann von Nöten, wenn es ein Technologiedefizit gibt. Das heißt, es ist nicht möglich, das Handeln weitgehend zu formalisieren und zu technologisieren, sondern anspruchsvolle, voraussetzungsreiche, direkte face-to-face Kommunikation ist nötig. Es geht um die Auseinandersetzung mit der „*personalen Umwelt des Gesellschaftssystems*“ (Stichweh, 1992, S.42, zit. n. Helsper et al., 2000, S. 6).

Oevermann (1981, zit. n. Combe & Helsper 1996, S.13) betont mit seinem **strukturtheoretischen** Professionsbegriff das besondere Risiko, mit dem professionelles Handeln verknüpft ist. Aufgabe der Professionen ist die stellvertretende Generierung von Neuem und die Krisenbewältigung. Oevermann (1981, zit. n. Combe & Helsper 1996, S.13) formuliert den „Idealtypus“ professionellen Handelns.

Um die Anfälligkeit der professionellen Beziehung für Abhängigkeit, Machtmissbrauch, unkontrollierte eigene Involviertheit, mangelnden Respekt vor der Autonomie des Klienten, etc. zu minimieren, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein, um die entstehende Dynamik kontrollieren und reflektieren zu können (Kraul et al., 2002). In Oevermanns Modell der professionalisierten therapeutischen Praxis steht der Professionelle unter stellvertretendem Entscheidungszwang und damit verbunden unter einer gesteigerten Begründungspflicht, die ein breites Spektrum an erfahrungswissenschaftlichen Erkenntnissen beim Professionellen notwendig macht (Oevermann, 1996).

In diesen drei Modellen ist es möglich, einen gemeinsamen Strukturkern professionellen Handelns zu erkennen (Kraul et al., 2002):

- Professionen werden als gesellschaftliches Strukturerefordernis in Modernisierungsprozessen erkannt.

- Alle drei Ansätze weisen auf einen Strukturkern professionellen Handelns hin, der durch Riskanz, Störanfälligkeit, paradoxe Anforderungen und Ungewissheit gekennzeichnet ist.
- *„Drittens weisen alle drei Ansätze auf antinomische und paradoxe Spannungen im professionellen Handeln hin, die diesem prekäre Vermittlungsleistungen zwischen zum Teil widersprüchlichen Handlungsanforderungen abverlangt“* (Kraul et al., 2002, S.8).

Professionelles Handeln ist also weder durch die Wissenschaft, noch durch Expertenwissen oder allgemein gültige Regeln zu erklären. Es ist auch nicht bürokratisch steuerbar (Kraul et al., 2002).

Nittel (2002) entkoppelt in seinem **differenztheoretischen** Ansatz die Begriffe **Profession – Professionalisierung – Professionalität**. Profession stellt die Strukturkategorie dar, während Professionalisierung die kollektiven und individuellen Prozesse der Verberuflichung beschreibt. Weiter merkt er an, dass es für diese Prozesse keinen logischen Ablauf gibt. Der Begriff Professionalität, auf den in dieser Arbeit später noch eingegangen wird, verlangt einen handlungstheoretischen Erklärungsansatz. Er bezweckt mit der Trennung der drei Begriffe voneinander eine Entlastung, weil somit auch Berufe, die nicht den Status einer Profession haben, nicht auf Professionalität verzichten müssen.

Unter **Profession** versteht Nittel (2002, S.254) *„einen ‚besonderen‘, in der Regel akademischen Beruf, in welchem die Berufsidee reflexiv gewendet wird, und dessen Kernaktivitäten auf den Strukturaufbau, die Strukturhaltung und Strukturveränderung von persönlichen Identitäten abzielen.“*

Professionen haben ein bestimmtes Verhältnis zur Gesamtgesellschaft, zu ihren Klienten, zur Wissenschaft und zu sich selbst. Sie erhalten von der Gesellschaft den Auftrag und die Erlaubnis (Mandat und Lizenz), und zeichnen sich vor allem durch einen Zentralwertbezug aus. (Zentralwerte sind zum Beispiel Gesundheit, Recht auf Leben, Gerechtigkeit...)

Im Hinblick auf das Publikum entwickeln Professionen eine Klientenorientierung. Das heißt, die Beziehung ist durch Vertrauen getragen und darf von Seiten des

Professionsinhabers nicht ausschließlich durch kommerzielles Interesse gesteuert sein. Es muss einen objektiven Bedarf für die Leistung geben.

Die Wissenschaft versorgt die Profession mit Fach-, Orientierungs-, und Reflexionswissen.

Der Begriff **Professionalisierung** verlangt nach Nittel (2002) einen prozess- und machttheoretischen Zugang. Kollektive Professionalisierung beschreibt den Vorgang, der möglicherweise dazu führt, dass ein „besonderer“ Beruf entsteht - möglicherweise deshalb, weil Professionalisierungsprozesse in vielen Berufen zu beobachten sind, die nicht unbedingt mit der Konstituierung einer Profession enden müssen. Nittel (2002) weist darauf hin, daß es bei der Definition des ‚besonderen‘ Berufs zu großen Unterschieden zwischen der Beschreibung der Berufsangehörigen selbst, und der Beschreibung von außen kommen kann. Die Frage, wer eigentlich den Professionalisierungsprozess steuert, ist nicht leicht zu beantworten.

*Rechtliche, staatliche, wissenschaftliche oder andere Instanzen entscheiden in vielen Fällen mehr über das Schicksal der Verberuflichung als die Mitglieder einer Berufskultur selbst. Die vielfältigen Bestrebungen in Richtung Professionalisierung laufen letztlich auf den Versuch hinaus, die strategisch wichtigen Orte ‚Arbeitsplatz‘, ‚öffentliche Meinung‘ und ‚staatliche Instanzen‘ und die Medien ‚Macht‘ und ‚Wissenschaft‘ zur Durchsetzung von Strategien zu nutzen, um die Entschädigungschancen der Arbeit (Geld und Prestige) zu sichern und wenn möglich zu steigern (Nittel, 2002, S. 254f).*

Wer von Professionalisierung spricht, darf laut Nittel (2002) die Deprofessionalisierung nicht verschweigen. Es ist möglich, dass im Verlauf der Professionalisierung gleichzeitig Vorgänge der Deprofessionalisierung stattfinden, wie zum Beispiel in Teilen der Erwachsenenbildung.

Der dritte Begriff, nämlich **Professionalität** ist nach Nittel (2002) nicht an professionelles Handeln gebunden, „*sondern beschreibt die besondere Qualität einer personenbezogenen Dienstleistung auch über den institutionellen Komplex der anerkannten Professionen hinaus*“ (Nittel, 2002, S. 255).

Nittel (2002) beschreibt einen Zustand von Beruflichkeit, der in der Situation mit dem Gegenüber hergestellt und gehalten werden muss, der also nicht als konstant, sondern als flüchtig bezeichnet werden kann. Professionalität entsteht im Arbeitsvollzug, und ermöglicht Rückschlüsse auf die Qualität der personenbezogenen Leistung und auf die Kompetenz des Ausübenden.

Der differenztheoretische Zugang stellt Professionalität als die nur schwer bestimmbare Schnittstelle zwischen Wissen und Können dar. Erst die widersprüchliche Einheit aus Wissen und Können ermöglicht den Umgang mit beruflichen Widersprüchen und Paradoxien (vgl. Nittel, 2002, S. 253ff).

Laut Tietgens (1988, S.37, zit. n. Nittel, 2002, S.256) heißt Professionalität, wissenschaftliches Wissen in konkreten Situationen anzuwenden,

*[...] zu erkennen, welche Bestandteile aus dem Wissensfundus relevant sein können. Es geht also darum, im einzelnen Fall, das allgemeine Problem zu entdecken. Es wollen immer wieder Relationen hergestellt sein zwischen gelernten Generalisierungen und eintretenden Situationen, zwischen einem umfangreichen Interpretationsrepertoire und dem unmittelbar Erfahrenen.*

Abschließend zu diesem Kapitel sei erwähnt, dass Professionstheorien teilweise zwischen den Vollprofessionen und den **Semiprofessionen** unterscheiden. Dieser Begriff wurde 1969 von Etzioni (zit. n. Zoege 2004) geprägt. Er beschreibt damit Berufe, die zwischen den Berufen und den anerkannten Professionen stehen. Bemerkenswert ist dabei auch der hohe Frauenanteil in den Semiprofessionen. Obwohl der Begriff nicht abwertend sein soll, bemerkt Zoege (2004), dass seine Beschreibung (bezogen auf teacher, nurses, social workers) eine reine Defizitaufzählung ist.

*„Their training is shorter, their status is less legitimated, their right to privileged communication is less established, there is less of specialized body of knowledge, and they have less autonomy from supervision or social control than ,the professions‘. (Etzioni 1969, S.5, zit. n. Zoege, 2004, S.228)*

Der Begriff Semiprofession ist nach wie vor in Professionssoziologischen Diskussionen von Bedeutung.

*„Wirkliche‘ Professionen sind dadurch definiert, dass ihnen als Gruppe von den Klienten wie auch von den beschäftigten Organisationen Autonomie zuerkannt wird. ‚Semiprofessionen‘ sind entweder organisations - oder klientenautonom. (Daheim, 1992, S.26)*

Schämann (2005) sieht ebenfalls in der fehlenden autonomen Kontrolle über den eigenen Berufsstand, und die eigene Ausbildung ein wesentliches Kriterium. Sie stellt fest, dass Semiprofessionen häufig im Umfeld von Vollprofessionen zu finden sind, wie zum Beispiel die PhysiotherapeutInnen im Umfeld der ÄrztInnen.

Zoege (2004) kritisiert, dass Etzioni (1969 zit. n. Zoege, 2004) den Semiprofessionen empfiehlt, sich einen gesellschaftlich anerkannten Platz zu schaffen, der zwischen

den Professionen und den Berufen liegt. Das hierarchische Verhältnis männlicher Professionen zu weiblichen Semiprofessionen scheint unantastbar. Er zieht nicht in Erwägung, dass „*verschiedene Wissensbestände auch zu einem gleichberechtigten und gemeinsamen Arbeiten führen können*“ (Zoege, 2004, S.230).

#### **1.1.4 Professionalisierung**

Während der Professionsbegriff eher auf die Merkmale und auf die Struktur abzielt, und Definitionen oft statisch wirken, beschreibt Professionalisierung die dynamische, veränderliche Dimension.

Schwendenwein (1990) beschreibt mit „allgemeiner Professionalisierung“ Prozesse, die bis zur Erlangung des Professionsstatus durchlaufen werden.

Aktive Berufsmitglieder erreichen durch ihr erfolgreiches Handeln zunehmende Wertschätzung der Gesellschaft. Gefördert wird dieser Prozess durch eine gezielte marktstrategische Vorgangsweise der Berufsvertretung, so dass es schließlich zur Vergabe eines Monopols kommt. (Andere Autoren bemerken, dass Professionalisierung nicht zwingend zur Konstitution einer Profession führen muß, vgl. Nittel, 2002; Pundt, 2006.)

Als „Scheinprofessionalisierung“ bezeichnet Schwendenwein (1990) Anstrengungen der Berufsvertretung in Richtung Professionalisierung, die in erster Linie unternommen werden, um den Berufsmitgliedern höheren sozialen Status und mehr Einkommen zu sichern. Es geht nicht vordergründig darum, eine besondere Qualität des Handelns für den Klienten zu sichern (Schwendenwein, 1990).

Peters (2004) erkennt ebenfalls zwei Hauptstrategien in der Professionalisierung. Sie ordnet das, was Schwendenwein (1990) als Scheinprofessionalisierung bezeichnet, eher den machtorientierten Professionsstrategien zu und spricht von einem quantitativen Ausbau der Berufsposition, von Berufsaufwertung durch Installierung von Quantitäten. Im Gegensatz dazu gibt es andere Strategien, die eine Berufsaufwertung durch die Wirkung der Qualität erzielen wollen. Peters (2004) räumt ein, dass sich in der Realität die beiden Formen mischen, meist aber doch die vorherrschenden Tendenzen gut erkennbar sind. So nimmt zum Beispiel bei den

Professionalisierungstendenzen in der Krankenpflege Macht zur Abgrenzung den Ärzten gegenüber eine zentrale Funktion ein (Deutmeyer & Thiekötter, 2007).

Strassnitzky (2009) setzt sich mit der Professionalisierung der PhysiotherapeutInnen auseinander.

Zur Einschätzung von Stand und Richtung der Professionalisierung eines Berufes analysiert sie diesen auf der Makro-, Meso-, und der Mikroebene nach Ziep (1990, S.294, zit. n. Strassnitzky, 2009, S. 24).

Die Makroebene beschreibt die übergreifende, gesellschaftliche Dimension, die sich mit der Lösung von berufsstandsorientierten Problemen, wie z.B. Zugang zur Tätigkeit oder gesetzliche Regelungen, beschäftigt. Ziep (1990, S.294, zit. n. Strassnitzky, 2009, S. 24) definiert die Mesoebene als die wissenschaftlich institutionelle Dimension, mit Forschung, Theoriebildung, Bezugswissen und Weiterbildung. Die Mikroebene stellt die handlungspraktische Dimension dar. Professionalisierung soll zu kriterienorientierten, kompetenten Handeln, entsprechender Berufseinstellung und Haltung führen.

Strassnitzky durchforstet die von ihr recherchierte Literatur mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse und kommt zu sogenannten Schlüsselaussagen zu jeder Ebene. Die Schlüsselaussagen markieren Aspekte, die relevant sind, wenn sich ein Beruf im Professionalisierungsprozess befindet.

*Makroebene ( übergreifende gesellschaftliche Dimension):*

- *Der Beruf ist gesellschaftlich relevant.*
- *Für den Berufszugang liegen gesetzliche Regelungen vor.*
- *Für die Berufsausübung liegen gesetzliche Regelungen vor.*
- *Die Berufsausübenden sind in ihrem Tun autonom.*
- *Es existiert ein Berufsverband.*

*Mesoebene ( wissenschaftlich institutionelle Dimension, Forschung, Theoriebildung, Bezugswissen, Weiterbildung):*

- *Es besteht eine geregelte Form der Ausbildung.*
- *Die Disziplin hat wissenschaftlichen Charakter.*

- *Der Wissensstand ist spezialisiert und systematisiert.*
- *Der Beruf hat eine eigene Ethik entwickelt.*
- *Der Beruf erfordert Weiterbildung.*

*Mikroebene (handlungspraktische Dimension, professionelles Handeln, Deutungsmuster):*

- *Es besteht eine spezielle Motivation zur Berufsanstrebung und –ausübung.*
- *Die Ausübenden benötigen eine soziale und ethische Gesinnung.*
- *Der Beruf erfordert besonderes Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten.*
- *Der Beruf erfordert das Reflektieren des eigenen Tuns.*

( Strassnitzky 2009 S. 64f.)

Mithilfe dieser Schlüsselaussagen erstellt sie ein Synopsespektrum, um zu beurteilen, wie weit ein Beruf den Anforderungen einer Profession gerecht wird.

Kriterium	Ausprägung			
	Sehr stark	Deutlich	Schwach	Keine
<b>MAKROEBENE</b>				
Der Beruf ist gesellschaftlich relevant.				●
Für den Berufszugang liegen gesetzliche Regelungen vor.				●
Für die Berufsausübung liegen gesetzliche Regelungen vor.				●
Die Berufsausübenden sind in ihrem Tun autonom.			●	
Es existiert ein Berufsverband.				●
<b>MESOEBENE</b>				
Es besteht eine geregelte Form der Ausbildung.			●	
Die Disziplin hat wissenschaftlichen Charakter.				●
Der Wissensstand ist spezialisiert und systematisiert.			●	
Der Beruf hat eine eigene Ethik entwickelt.				●
Der Beruf erfordert Weiterbildung.			●	
<b>MIKROEBENE</b>				
Es besteht eine spezielle Motivation zur Berufsanstrebung und -ausübung.			●	
Die Ausübenden benötigen eine soziale und ethische Gesinnung.			●	
Der Beruf erfordert besonderes Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten.			●	
Der Beruf erfordert das Reflektieren des eigenen Tuns.			●	

**Abbildung 1: Synopse-Spektrum-Krankengymnastinnen bzw. Assistentinnen für physikalische Therapie 1943 (Strassnitzky, 2009, Abb.37, S244.)**

Kriterium	Ausprägung			
	Sehr stark	Deutlich	Schwach	Keine
<b>MAKROEBENE</b>				
Der Beruf ist gesellschaftlich relevant.				
Für den Berufszugang liegen gesetzliche Regelungen vor.				
Für die Berufsausübung liegen gesetzliche Regelungen vor.				
Die Berufsausübenden sind in ihrem Tun autonom.				
Es existiert ein Berufsverband.				
<b>MESOEBENE</b>				
Es besteht eine geregelte Form der Ausbildung.				
Die Disziplin hat wissenschaftlichen Charakter.				
Der Wissensstand ist spezialisiert und systematisiert.				
Der Beruf hat eine eigene Ethik entwickelt.				
Der Beruf erfordert Weiterbildung.				
<b>MIKROEBENE</b>				
Es besteht eine spezielle Motivation zur Berufsanstrengung und -ausübung.				
Die Ausübenden benötigen eine soziale und ethische Gesinnung.				
Der Beruf erfordert besonderes Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten.				
Der Beruf erfordert das Reflektieren des eigenen Tuns.				

Abbildung 2: Synopse-Spektrum- Physiotherapeutin 2006 (Strassnitzky, 2009, Abb 40, S.247)

Man erkennt anhand der Abbildungen, dass sich die Beurteilung der für eine Profession relevanten Kriterien deutlich verlagert hat. Waren 1943 noch sämtliche Merkmale gar nicht oder schwach ausgeprägt, befinden sich 2006 alle Bereiche, bis auf die wissenschaftliche Prägung des Berufes, im Bereich deutlich oder sehr stark ausgeprägt.

1943 startete die erste „Schule zur Ausbildung staatlich anerkannter Krankengymnastinnen und Assistentinnen für physikalische Medizin“ in Österreich, die aber damals gleich gehalten werden musste, wie die Schulen für Krankengymnastik im Deutschen Reich (Strassnitzky, 2009, S.243 f.). Es gab damals keine gesetzlichen Regelungen für die Berufsausübung in Österreich. Die erste gesetzliche Regelung gab es 1961. 1993 wurde die Berufsbezeichnung von Diplomierte Assistentin für Physikalische Medizin in Diplomierter Physiotherapeutin geändert. 2006 wurde die Grundausbildung auf Hochschulniveau angehoben. Mit Hilfe dieser Synopsespektren, die Strassnitzky (2009) für die Physiotherapie zu vier berufspolitisch relevanten Zeitpunkten zwischen 1943 und 2006 erstellte, konnte sie ihre Hypothesen „Der Beruf des Physiotherapeuten ist eine eigenständige Profession“ und „ Die geschichtliche Entwicklung der Physiotherapie in Österreich

*zeigt eine zunehmende Tendenz zur Professionalisierung sowohl des Berufs als auch der Berufsinhaber.“ bestätigen (Strassnitzky, 2009, S.248).*

Zum gegebenen Zeitpunkt kann Osteopathie in Österreich sicher nicht als Profession bezeichnet werden, weil Grundvoraussetzungen wie die rechtliche Grundlage und die Autonomie nicht gegeben sind. Man kann aber davon ausgehen, dass Osteopathie das Potential hat, sich zu einer Profession zu entwickeln. Laut Wagner (2009) geht der Trend dazu, die Ausbildung europaweit auf akademisches Niveau zu heben, der Weg zu Osteopathie als eine „Disziplin mit wissenschaftlichen Charakter“ (Strassnitzky 2009) scheint aber nach Wagners (2009) Analyse der verschiedenen Ausbildungen in Europa noch weit zu sein.

Andere Kriterien von Professionen, wie die Selbstkontrolle durch die Berufsverbände oder die Schaffung eines Berufsethos verbunden mit einem Verhaltenscodex, werden in vielen Ländern bereits erfüllt (Wagner, 2009).

Kein Zweifel kann daran bestehen, dass Osteopathie über einen Zentralwertbezug (Gesundheit) verfügt, und dadurch sowohl für den einzelnen, als auch für die Gesellschaft von Bedeutung ist. Der Patient kommt mit einem Problem, das er alleine nicht mehr lösen kann zum Osteopathen/zur OsteopathIn, die sein/ihr spezielles Wissen abgestimmt auf die Situation zur Problemlösung des Patienten/der Patientin einsetzt. Sowohl für die PatientInnen, als auch für äußere Instanzen ist es kaum möglich, die Qualität der Behandlung zu beurteilen. Die Beziehung zwischen OsteopathIn und PatientIn ist also von dem Vertrauen getragen, dass die OsteopathIn ihr Können bestmöglich für die PatientInnen einsetzt, und keine Behandlungen durchführt, die hauptsächlich dem persönlichen Profit dienen. Ein objektiver Bedarf für die Leistung muss vorliegen (Nittel, 2002).

Die Osteopathie befindet sich gegenwärtig in Europa in einem Professionalisierungsprozess. Eine vorsichtige Einschätzung der Osteopathie anhand von Strassnitzkys Synopsespektrum (2009) lässt erkennen, dass vor allem auf der Makro-, und der Mesoebene großer Aufholbedarf vorhanden ist. Die übergreifende gesellschaftliche Dimension betrifft zum Beispiel die gesetzlichen Regelungen für die Berufsausübung und den Berufszugang, die es in Europa teilweise, in Österreich noch gar nicht gibt (Wagner, 2009; Wilfling, 2007). Auch in

der wissenschaftlichen Dimension mit Forschung, Bezugswissen und Theoriebildung hat die Osteopathie noch viel zu leisten.

Geht man von Nittels (2002) differenztheoretischem Ansatz aus, bedeuten die Defizite auf der Makro- und Mesoebene keineswegs, dass es in der Osteopathie keine Professionalität geben kann. Die OsteopathIn ist während einer Intervention ständig in der Situation, Wissen und Können kombinieren zu müssen. Osteopathie erfordert Fallverständnis und Reflexionsfähigkeit. Unabhängig davon, ob man Osteopathie als Profession bezeichnet oder nicht, unabhängig vom gegenwärtigen Stand der Professionalisierung, ist Professionalität als ein Zustand, der in jeder Behandlung neu hergestellt werden muss (vgl. Nittel, 2002), für eine OsteopathIn unverzichtbar.

#### **1.1.4.1 Akteure der Professionalisierung**

Wenn man davon ausgeht, dass sich die Osteopathie in einem Professionalisierungsprozess befindet, interessiert es, wer diesen Prozess bestimmt und vorantreiben, oder aber zum Stocken bringen kann.

Wie schon von Nittel (2002) erwähnt, ist es nicht einfach, die Akteure der Professionalisierung zu bestimmen. Er spricht von staatlichen, rechtlichen und wissenschaftlichen Instanzen, die maßgebenden Einfluss auf den Verlauf der Professionalisierung ausüben. Peters (2004) dagegen betont wie wichtig es ist, dass vor allem die Berufstätigen selbst aktiv sind, auch wenn der Staat letztlich eine entscheidende Rolle spielt. Dafür ist es aber notwendig, ein Bewusstsein für die Besonderheiten einer Profession zu entwickeln, und entsprechend Zeit und Kraft zu investieren.

*Die Professionalisierung des eigenen Berufs und beruflichen Handelns selbst in die Hand zu nehmen, setzt allerdings die Erarbeitung von Vorstellungen über die Art und Funktion einer Profession im Unterschied zu einem qualifizierten Beruf bei einer nennenswerten Zahl von Berufstätigen voraus, die über individuelle Aufstiegs- und Status-Wünsche bzw. Karriere-Vorstellungen hinausreichen sowie die Bereitschaft zu einem entsprechenden berufspolitischen Engagement. ( Peters, 2004, S.93)*

Professionalisierung muss bewusst von den Berufstätigen selbst auf verschiedenen Handlungsebenen und an verschiedenen Handlungsorten vorangetrieben werden.

Überlässt man die Hauptverantwortung der Politik oder anderen Institutionen, besteht die Gefahr, dass die Verantwortlichen ihr Interesse verlieren und der Prozess stagniert. Nur die Berufstätigen selbst können die Gesellschaft von der hohen Qualität ihrer Arbeit, von der Bedeutung ihrer komplexen Leistung für den einzelnen und die Gesellschaft und von einem fairen Kosten-Nutzen Verhältnis überzeugen.

Nur sie selbst können für einen hohen Bekanntheitsgrad in der Gesellschaft sorgen. Das Besondere einer Profession ist auch, dass ihre Aufgabe nicht vollständig technologisierbar ist, weil sie auf der individuellen Begegnung mit dem Klienten basiert, was wieder eine gewisse Unberechenbarkeit des Verlaufs der Aktion nach sich zieht. Die Mitarbeit des Klienten und die Beziehung zu ihm sind wesentlich für das Gelingen.

Besonders wichtig im Professionalisierungsprozess ist also nicht nur die hohe Qualität der Leistung, sondern es geht auch darum, die Vertrauenswürdigkeit der Berufsausübenden zu beweisen. Wenn das gelingt, wird den Berufsangehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung zuerkannt, was wiederum notwendig ist, um eine Profession zu etablieren ( vgl. Peters, 2004).

Auch Hesse (1972, S. 131) betont, dass Berufsangehörige selbst wesentlich an der Professionalisierung mitwirken, und dass ihnen dadurch ein hohes Maß an Autonomie zugesprochen wird.

*Professionalisierung soll heißen ein planmäßiger Vorgang zur Konstruktion von Mustern zur Qualifizierung und zum Tausch von Arbeitskraft, an dem die Berufsangehörigen maßgeblich beteiligt sind und das im Interesse der Arbeitskraftverwertung vor allem auf die Sicherung und Steigerung von Entschädigungschancen zielt.*

Er kommt zu dem Schluss, dass der Begriff Professionalisierung Prozesse abdeckt,

*in denen ein relativ hohes Maß an Selbstgestaltung verwirklicht ist. Da wir in einem hohen Maß an Selbstgestaltung zugleich ein Indiz für überdurchschnittliche Qualifikationserwartungen einerseits sowie für überdurchschnittliche Entschädigungschancen andererseits gesehen haben, können wir zugleich den Begriff Profession einführen, um entsprechend unterschiedlicher Verteilung der Qualifikationserwartungen und der Entschädigungschancen Rechnung zu tragen. (Hesse, 1972, S.130)*

Die oben zitierten Autoren bestätigen, was offensichtlich scheint. Ohne einer großen Anstrengung der einzelnen OsteopathInnen ist es nicht möglich, Professionalisierung voranzutreiben. Hohes Engagement auf allen Ebenen ist nötig. Es gilt sowohl die PatientInnen von der hohen Qualität der Leistung, als auch Leistungsträger, wie die

Krankenkassen, von der Effizienz der Behandlung zu überzeugen. Osteopathie muss in der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation beweisen, dass sie einen Beitrag zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen leisten kann. Parallel dazu ist es dringend notwendig, die wissenschaftliche Fundierung voranzutreiben. Neben OsteopathInnen, die in der Praxis und in der Forschung tätig sind, braucht es auch berufspolitisch geschickte Menschen, die sich zum Beispiel als Vertreter der Berufsorganisation für die Anliegen der Osteopathie in der Öffentlichkeit engagieren. All diese Bemühungen sollen die Osteopathie stärken und nicht einschränken. Der motivierende Hintergedanke sollte sein, Osteopathie autonom und sicher auf hohem Niveau ausüben zu können, also die Qualität der Leistung für den Patienten zu steigern, und nicht nur die Chance auf verbesserte soziale und finanzielle Möglichkeiten (vgl. Peters, 2004).

#### **1.1.4.2 Subjektorientierte Professionalisierung:**

Nicht nur ein gesamter Beruf, sondern auch der einzelne Berufsinhaber kann in Hinblick auf seine individuelle Professionalisierung betrachtet werden. Dabei wird die individuelle berufsbiographische Entwicklung in den Mittelpunkt des Interesses gestellt.

Bollinger & Hohl (1981) haben anhand der Vollprofession des Arztes Merkmale erarbeitet, die den Professionellen vom Berufstätigen unterscheiden:

Es herrscht eine enge Verbundenheit und eine hohe Identifikation mit der Profession, es kommt zu einer „*professionstypische(n) Formung der Persönlichkeit*“ (Bollinger & Hohl 1981, S.445), im Gegensatz zu einzelnen berufstypischen Fähigkeiten.

„Höhere“ Ziele dienen als Motivation für die Berufswahl, es gibt den Berufungsgedanken.

Im Leben des Professionellen gibt es keine strikte Trennung von Privat- und Berufsleben, weil die Profession „*Ausdruck einer Berufung und Äußerung der ganzen Person ist.*“ ( Bollinger & Hohl, 1981,S.445)

Beziehungsstrukturen weisen im Privatleben ähnliche hierarchische Strukturen auf wie im Beruf, z.B. in den Bereichen Macht und Verantwortung.

In der Ausbildung, der beruflichen Sozialisation, identifiziert sich der Schüler stark mit seinem Lehrer, seinem Meister, seinem Mentor.

Das Ziel der professionellen Tätigkeit ist nicht die Lösung eines Detailproblems. Es geht nicht nur um ein partielles Problem, wie z.B. „*die Reparatur eines Organschadens*“, sondern um „*die in einem umfassenden Sinne verstandene Gesundheit des Patienten, ja der Bevölkerung.*“ (Bollinger & Hohl, S.451), also um eine ganzheitlich umfassende Problembewältigung.

Der Professionelle verfügt über spezielles Wissen, das sich aus Erfahrungs-, wissenschaftlichem und Alltagswissen zusammensetzt.

Zwei dieser Aspekte scheinen in Hinblick auf die individuelle Professionalisierung unabhängig von den strukturellen Bedingungen einer Profession auch bezüglich der Osteopathie besonders wichtig. Das sind zum einen die hohe Identifikation mit dem Beruf, und zum anderen das spezielle Wissen, über das Professionelle verfügen. Auf die berufliche Identität wird später direkt im Zusammenhang mit Osteopathie eingegangen (Kapitel 1.3.6).

### **1.1.4.3 Spezielles Wissen**

Einen bedeutenden Stellenwert in der professionssoziologischen Diskussion nimmt das Thema Wissen ein. Dieses besondere Wissen, das den Menschen befähigt komplexe, individuelle Lösungen mit und für seinen Klienten zu erarbeiten, ist mehr als die wissenschaftliche Grundlage, die zum Wesen von Professionen gehört. (Siehe Kap. 1.1.2)

Goode (1979, S.21, zit.n. Dewe, 1996, S.733) versucht die Wissensbasis der professionell Handelnden zu präzisieren.

*Das (professionelle) Wissen soll für konkrete Lebensprobleme verwendbar gehalten werden.*

*Die Gesellschaft, bzw. die relevanten Gruppen sollen glauben, dass man diese Probleme lösen kann und es für sinnvoll halten, dass man diese Probleme zur Lösung einer bestimmten Gruppe überlässt.*

*Die Profession selbst sollte dazu beitragen, dieses Wissen zu schaffen, zu strukturieren und weiter zu vermitteln.*

*Das Quantum an Wissen und Fähigkeiten sollte groß und schwierig genug zu erwerben sein, damit der Profession von Seiten der Gesellschaft Kompetenz konzidiert wird, die Laien sich nicht aneignen können.*

Dewe (1996) kritisiert diese Merkmalskataloge stark. Professionswissen wird auf Expertenwissen reduziert, das in erster Linie reproduziert wird. Fallverstehen, das ja von einem Professionellen gefordert wird, setzt aber Erfahrung und vor allem Reflexionsfähigkeit voraus. Reiter & Steiner (1996, S.9) sehen eine wesentliche Eigenschaft von Professionsinhabern darin, „während des Handelns in Bezug auf bestimmte Kriterien und situative Erfordernisse reagieren zu können.“

Schämann (2005) spricht von „universellem Wissen“, das sich aus wissenschaftlichem Wissen, Berufserfahrung und allgemeinem Alltagswissen zusammensetzt (vgl. Bollinger & Hohl 1981). Universelles Wissen beinhaltet demnach wesentlich mehr als das Wissen, das im Rahmen einer Ausbildung gelehrt werden kann.

Reiter & Steiner (1996) erstellen die These, dass eine Profession (die Autoren sprechen von Psychotherapie und Medizin) keine Wissenschaft ist, sondern dass Wissenschaft in der Umwelt von Professionen vorkommt. Gerade in der Geschichte der Psychotherapie war es häufig so, dass klinisch erprobtes Wissen erst im Nachhinein wissenschaftlich begründet wurde. Es gibt also eine Diskrepanz zwischen „klinisch nützlichem“ und „wahrem“ Wissen, wobei klinische Theorien nicht im Widerspruch zu begründeten Forschungsergebnissen stehen sollten (Reiter & Steiner, 1996).

Die Autoren wechseln, nachdem sie ausführlich die Differenz zwischen Praxis und Forschung in der Psychotherapie dargelegt haben, die Perspektive und betrachten Praxis, Supervision und Forschung als Einheit. Sie schlagen Supervision und Forschung als Rahmen für die Reflexion der Praxis vor (Reiter & Steiner, 1996).

Dieser Gedanke scheint auch für die Osteopathie sehr sinnvoll und praktikabel zu sein. Einerseits ist Supervision wichtig, um den Umgang mit den Patienten, die

Therapiesituation, die Beziehung zum Patienten, das Fallverstehen und vieles mehr zu reflektieren, andererseits braucht es die Forschung, um die Diagnosestellung und die Therapie hinterfragen und begründen zu können. Reflexionsmöglichkeiten auf beiden Ebenen sollten also gegeben sein.

Aus zahlreichen Gesprächen mit KollegInnen ergibt sich, dass osteopathisches Können sich aus mehreren Komponenten zusammensetzt. Um Osteopathie qualitativ auf hohem Niveau ausführen zu können, sind sowohl spezielle osteopathische Kenntnisse in Praxis und Theorie, wissenschaftliches Wissen aus Medizin, Biologie, Physik und mehr, Berufserfahrung aber auch Lebenserfahrung und Alltagswissen nötig. Diese Aufzählung erinnert sehr an Schämans (2005) universelles Wissen, das Professionen auszeichnet. In diesem Sinn scheint Osteopathie ein Kriterium von Profession zu erfüllen. Auf Subjektebene gebracht bedeutet es, dass es für OsteopathInnen nötig ist, sich zu professionalisieren.

### **1.1.5 Zusammenfassung Beruf und Profession**

Die erste soziologische Definition des Begriffs Beruf geht auf Max Weber (1980) zurück. Seine Definition von 1925 beinhaltet bereits die Aspekte Ausbildung und Entlohnung. Ausbildung und Einkommen sind wichtige Parameter für die Stellung eines Menschen innerhalb der Gesellschaft. Der Beruf konkretisiert und limitiert die Chancen auf Einkommen und Ansehen (Hesse, 1972). Berufe sind eng an gesellschaftliche Veränderungen gekoppelt. Einerseits stellt sich die Frage, ob das Berufsmodell noch zeitgemäß ist, andererseits könnten gerade die Berufe als Stabilitäts- und Identitätsanker eine Renaissance erleben (Dostal, 2002).

Medizin, Recht und Theologie zählen zu den ältesten Professionen in Europa. Sie stellen den Bezug des Menschen zu sich selbst, zu anderen und zu Gott dar. Professionen verfügen über einen Zentralwertbezug. Das heißt, sie beschäftigen sich mit einem Gut, das sowohl für den einzelnen als auch für die Gesellschaft von hoher Bedeutung ist. Dazu benötigen sie spezielles Wissen, das in der Regel wissenschaftlich fundiert ist. Dieses Wissen wird fallspezifisch in der Praxis für den Klienten angewandt. Professionen sind von außen schwer kontrollierbar und handeln autonom. Sie sind in Berufsverbänden organisiert, und verpflichten sich zur

Einhaltung eines Berufscodex. Professionen genießen hohes gesellschaftliches Ansehen und ihre Leistung wird entsprechend vergütet (vgl. z. B. Peters, 2004; Krampe, 2009).

Die verschiedenen Professionstheorien gehen der Frage nach, wie Professionen entstehen. Der differenztheoretische Ansatz nach Nittel (2002) trennt die Begriffe Profession, Professionalisierung und Professionalität, und geht davon aus, dass Professionalität auch zu finden sein kann, wenn ein Beruf nicht als Profession deklariert ist. Dieser Ansatz ermöglicht es, über Professionalität in der Osteopathie zu diskutieren.

Die Akteure der Professionalisierung sind nicht leicht zu bestimmen. Staat und öffentliche Stellen beeinflussen den Prozess maßgeblich (Nittel, 2002). Umso mehr ist es notwendig, dass die Berufstätigen selbst hohes Engagement zeigen, und die Professionalisierung aktiv vorantreiben (Peters, 2004).

Professionalisierung kann auch auf Subjektebene betrachtet werden (Bollinger & Hohl, 1981). Vor allem das spezielle Wissen, das der einzelne sich aneignet, und die hohe Identifikation mit dem Beruf scheinen auch für OsteopathInnen maßgebend für die individuelle Professionalisierung zu sein (vgl. Wagner, 2009).

Osteopathie kann in Österreich zum gegebenen Zeitpunkt nicht als Profession bezeichnet werden, weil Grundvoraussetzungen, wie z. B. gesetzliche Regelungen für die Berufsausübung, fehlen. Osteopathie erfüllt aber bereits einige Kriterien, die Professionen auszeichnen. Es besteht Bezug zum Zentralwert Gesundheit, Osteopathie ist damit für den einzelnen und für die Gesellschaft von Bedeutung. Auch die Situation PatientIn/OsteopathIn entspricht einer professionellen Beziehung. In einer osteopathischen Behandlung geht es darum, das Wissen und Können in einer Situation, die der Patient ohne Hilfe nicht mehr bewältigen kann, fallspezifisch einzusetzen, damit der Patient sein eigenes (Gesundheits-) Potential wieder voll entfalten kann. Betrachtet man Professionalisierung in der Osteopathie auf Subjektebene, zeigt sich ein hoher Professionalisierungsbedarf bei den OsteopathInnen, damit Osteopathie auf entsprechendem Niveau ausgeführt werden kann.

## **1.2 Das österreichische Gesundheitssystem**

Für das Verständnis dieser Arbeit ist es wichtig, einen Überblick über das österreichische Gesundheitssystem zu erhalten. Einerseits soll der gesetzliche Rahmen bekannt sein, in dem OsteopathInnen in Österreich arbeiten, andererseits ist es auch nötig, über die aktuellen Veränderungen, Herausforderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen informiert zu sein, die ja auch die Osteopathie betreffen. Nicht zu vergessen ist, dass die Osteopathieausbildung in Österreich berufsbegleitend angeboten wird. Viele OsteopathInnen haben davor, bzw. arbeiten während der Ausbildung jahrelang in einem Gesundheitsberuf und haben eine berufliche Sozialisation im österreichischen Gesundheitssystem erfahren.

### **1.2.1 Gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe in Österreich**

In Österreich gibt es eine Vielzahl von gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen, die dafür sorgen sollen, dass PatientInnen von entsprechend ausgebildeten Menschen betreut werden. Kurpfuscherei, also die Ausübung von Tätigkeiten, die den ÄrztInnen vorbehalten sind, ist in Österreich strafbar (§ 184 StGB) (Jusline GmbH, 2011).

*Unter einem Gesundheitsberuf ist ein auf Grund des Kompetenztatbestandes ‚Gesundheitswesen‘ (Art.10 Abs. 1 Z 12 B-VG) gesetzlich geregelter Beruf zu verstehen, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden. (Weiss, 2009, S.3)*

Weiss (2009) fasst die Gesundheitsberufe in 14 Kategorien zusammen. Sie scheint die Reihung nach dem Niveau der Ausbildung vorgenommen zu haben, beginnend mit den ÄrztInnen (Studium) bis zu Berufen, die auch ohne Matura erlernbar sind.

1.Ärztin / Arzt

2.Zahnärztin / Zahnarzt

3.Klinische Psychologin / Klinischer Psychologe

4.Gesundheitspsychologin / Gesundheitspsychologe

5. Psychotherapeutin / Psychotherapeut

6. Musiktherapeutin / Musiktherapeut

7. Hebamme

8. Gehobene medizinisch-technische Dienste

Physiotherapeutischer Dienst – Physiotherapeutin / Physiotherapeut

Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst – Biomedizinische Analytikerin /  
Biomedizinischer Analytiker

Radiologisch-technischer Dienst – Radiologietechnologin /  
Radiologietechnologe

Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst – Diätologin /  
Diätologe

Ergotherapeutischer Dienst – Ergotherapeutin / Ergotherapeut

Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst – Logopädin / Logopäde

Orthoptischer Dienst – Orthoptistin / Orthoptist

9. Gesundheits- und Krankenpflegeberuf

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, z. B. Allgemeine  
Gesundheits- und Krankenpflege – Diplomierte Gesundheits- und  
Krankenschwester / -pfleger, Kinder- und Jugendlichenpflege, Psychiatrische  
Gesundheits- und Krankenpflege

Pflegehilfe – Pflegehelferin / Pflegehelfer

10. Kardiotechnischer Dienst – Diplomierte Kardiotechnikerin / Diplomierter  
Kardiotechniker

11. Medizinisch technischer Fachdienst – Diplomierte medizinisch-technische  
Fachkraft.

12. Medizinische Masseurin und Heilmasseurin / Medizinischer Masseur und Heilmasseur

13. Sanitäterin / Sanitäter

14. Sanitätshilfsdienste

Der Gesundheitsmarkt ist ein dynamischer, expandierender Markt, was laut Weiss (2009) einerseits auf das höher entwickelte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung, andererseits auch auf die zunehmende Alterung der Menschen zurück zu führen ist. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist steigend. Diese Tatsache stellt das System vor Herausforderungen. Auf diese Herausforderungen soll später eingegangen werden. ( Kap. 1.2.3.)

## 1.2.2 Komplementärmedizin

Neben den gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen gibt es in Österreich ein großes Feld der Komplementär- und Alternativmedizin. Auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (2009) findet man folgende Beschreibung, bei der nicht zwischen Komplementärmedizin und Alternativmedizin unterschieden wird:

*Unter dem Begriff Komplementärmedizin wird ein breites Spektrum von Disziplinen und Behandlungsmethoden zusammengefasst, die definitionsgemäß ergänzend zur Schulmedizin eingesetzt werden. [...]*

*Viele komplementärmedizinische Verfahren gehen von einem holistischen Konzept - einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen - aus. Kommt es zu einem Ungleichgewicht zwischen Körper, Geist und Umwelt manifestiert sich dies in Krankheit. Die Behandlung von erkrankten Menschen hat die Aktivierung der Selbstheilungskräfte des Körpers zum Ziel.*

*Ein weiterer, zentraler Aspekt komplementärmedizinischen Denkens ist die Gesunderhaltung. Vorsorge- und Gesundheitsanwendungen beruhend auf gesunder Ernährung, regelmäßiger Bewegung, Ausgleich zwischen Belastung und Entspannung spielen in der Prävention eine bedeutende Rolle.*

*Für manche dieser Methoden gibt es aus konventionell, naturwissenschaftlicher Sicht keinen plausiblen Wirkmechanismus, dennoch gilt das Fehlen von Plausibilität nicht als Beweis für die Unwirksamkeit und stellt kein zwingendes Kriterium innerhalb einer evidenzbasierten Medizin dar. Aber auch komplementäre Therapien müssen evaluiert werden, um eine optimale und sichere Anwendung zu gewähren.*

Im englischsprachigen Raum ist die Abkürzung CAM (complementary and alternative medicine) gebräuchlich. Das „National Center for Complementary and Alternative Medicine“ (2011) in Maryland, USA, definiert und unterscheidet folgendermaßen:

*Defining CAM is difficult, because the field is very broad and constantly changing. NCCAM defines CAM as a group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not generally considered part of conventional medicine. Conventional medicine (also called Western or allopathic medicine) is medicine as practiced by holders of M.D. (medical doctor) and D.O. (doctor of osteopathy) degrees and by allied health professionals, such as physical therapists, psychologists, and registered nurses. The boundaries between CAM and conventional medicine are not absolute, and specific CAM practices may, over time, become widely accepted.*

*‘Complementary medicine’ refers to use of CAM **together with** conventional medicine, such as using acupuncture in addition to usual care to help lessen pain. Most use of CAM by Americans is complementary. ‘Alternative medicine’ refers to use of CAM **in place of** conventional medicine. ‘Integrative medicine’ (also called integrated medicine) refers to a practice that combines both conventional and CAM treatments for which there is evidence of safety and effectiveness.*

Der Unterschied zwischen Komplementär- und Alternativmedizin liegt also, wie es auch die Namen schon beinhalten, darin, ob die Heilmethode zusätzlich zur oder anstatt der konventionellen Medizin angewandt wird.

CAM und die klassische Medizin werden daran unterschieden, ob sie anerkannter Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems sind.

Eine ähnliche Definition gibt die World Health Organisation, die WHO (2011). Sie fügt hinzu, dass CAM Praktiken bezeichnet, die nicht der Tradition des jeweiligen Landes entsprechen.

Anders als in Österreich ist Osteopathie in den USA fixer Bestandteil des Nationalen Gesundheitssystems, und fällt nach dieser Definition eindeutig nicht in den Bereich der CAM. Trotzdem gibt es die Diskussion, wo die amerikanische Osteopathie einzuordnen ist (Wagner, 2009). Alternativmedizinische Methoden werden an vielen Osteopathic Colleges unterrichtet, und die Nachfrage nach Alternativmethoden steigt. In Europa gibt es keine einheitliche Zuordnung. Osteopathie wird als Komplementärmedizin, als CAM, als Integrativmedizin oder als unkonventionelle Medizin bezeichnet. Es wird auch nicht klar differenziert zwischen den Begriffen Medizin und Therapie (Wagner 2009).

## 1.2.3 Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitswesen

### 1.2.3.1 Patientenbetreuung und Finanzierbarkeit

Gesundheitsreform, Ärztestreik, Spitalsreform, Krankenkassendefizit, Pflegepersonalmangel und Medizinerknappheit sind wohlbekannte Schlagworte aus den Medien, die einige der aktuellen Probleme im Gesundheitswesen nennen. Gesundheit ist ein wertvolles, teures Gut, das nicht nur Menschen aus höheren Einkommens- und Bildungsschichten vorbehalten sein darf. Entsprechend groß ist der Spagat zwischen der erwarteten hohen Qualität und der Leistbarkeit für alle, der im Gesundheitswesen vollbracht werden muss.

*Denn wie kaum eine Branche steht das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen den Bedarfen der Patienten bzw. Kunden (Microebene) und den jeweiligen ökonomischen externen Anforderungen (Makroebene), um langfristig erhöhte Lebensqualität (auch auf Seiten der Beschäftigten) zu erzielen.*(Pundt, 2006, S. 16f.)

Um dem PatientInnen eine gute Versorgung bieten zu können, bedarf es einer hohen fachlichen Qualifikation der Gesundheitsdienstleister und entsprechender Maßnahmen zur Qualitätssicherung, andererseits müssen auch die Kosten getragen werden. Das heißt, die Kosten – Leistungsrelation gewinnt zunehmend an Bedeutung (Weiss, 2009).

Doch nicht nur der Ökonomisierungszwang stellt die Gesundheitsberufe vor Herausforderungen. Steigende Lebenserwartung und niedrigere Geburtenraten bewirken eine veränderte Alterszusammensetzung in der Bevölkerung. Das führt einerseits zu finanziellem Druck, weil es im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung weniger Erwerbstätige gibt als in den Generationen davor, andererseits zieht es auch einen Wandel in der Krankheitsentwicklung nach sich. Der Schwerpunkt verlagert sich von Infektionskrankheiten zu chronischen Zivilisationskrankheiten (Kälble, 2006).

Dies sind nur einige der gesellschaftlichen Veränderungen, die sich auf den Gesundheitssektor auswirken. Hinzu kommt der rasche Fortschritt an wissenschaftlichen Erkenntnissen, Spezialisierung und Technologisierung im medizinischen Bereich. Veränderungen am Arbeitsmarkt (z. B. weniger Pragmatisierung, befristete Dienstverhältnisse) und neue Qualifikationsanforderungen wie Flexibilität und Teamgeist sind Entwicklungen, denen die Gesundheitsdienstleister begegnen müssen (Pundt, 2006).

Veränderte gesellschaftliche Werte führen zu mehr Selbstbestimmtheit und hohen Ansprüchen von Seiten der Patienten. Patienten fordern nicht nur fachliche Kompetenz in Diagnostik und Therapie, sondern auch Transparenz, Aufklärung, Zuwendung und Beratung. Die Bevölkerung wird gesundheitsbewusster und nimmt medizinische Leistungen vermehrt in Anspruch (Kälble, 2006; Weiss, 2009).

Kälble (2006) sieht die Defizite im System vor allem im ambulanten Bereich und in der psychischen, sozialen und pflegerischen Betreuung. Vor- und Nachsorgebehandlungen haben immer noch nicht genügend Stellenwert.

Unausgeschöpfte Ressourcen bietet die interdisziplinäre Patientenbetreuung, beziehungsweise die Koordination zwischen stationärem und ambulantem Bereich unter Miteinbeziehung aller Gesundheitsberufe. Laut Kälble (2006, S.215) gilt es dies *„- auch mit Blick auf qualifikatorische Konsequenzen für die Gesundheitsberufe zu überdenken, zu verbessern oder neu zu entwickeln.“*

Mehr Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Ergebnisse sind gefordert, das führt zu organisatorischen Umstrukturierungen und neuen Kompetenzprofilen. „Managerqualitäten“ werden zumindest in leitenden Positionen erwartet, gleichzeitig gewinnen die „Soft Skills“ (häufig als Synonym für „soziale Kompetenz“ verwendet) im Umgang mit den PatientInnen und auch im Sinne der Teamarbeit bzw. der interdisziplinären Vernetzung an Bedeutung.

### **1.2.3.2 Ausbildung und Machtstrukturen**

Die oben genannten Wandlungsprozesse machen eine Veränderung der Berufsausbildungsstrukturen und -inhalte unumgänglich. Eines der Hauptdiskussionsthemen ist die Professionalisierung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe. Zahlreiche Studiengänge für Pflege und Gesundheit werden derzeit an Fachhochschulen und Universitäten etabliert. Dabei werden nicht nur die medizinisch technischen Berufe und der Hebammenberuf auf akademisches Niveau gehoben, sondern es entstehen auch ganz neue Disziplinen, wie die Pflegewissenschaft oder das Management im Gesundheitswesen (Deutmeyer & Thiekötter, 2007). Die Akademisierung der MTD Berufe und der Hebammen kann als Teil der Professionalisierung dieser Berufe gewertet werden (Strassnitzky, 2009; Zoega, 2004).

Deutmeyer & Thiekötter (2007) sehen die größte Herausforderung für diese Berufe im Fehlen des Handlungskompetenzmonopols. Angehörige der MTD Berufe und Hebammen steht zwar die eigenverantwortliche Anwendung und Ausführung therapeutischer Behandlungen zu, aber nur nach ärztlicher Anordnung. Ausnahme bildet die Beratung, bzw. bei Hebammen die Betreuung „normaler“ Schwangerschaften und Geburten. Man kann also nicht von Autonomie sprechen. Gerade das ist aber eines der Hauptmerkmale von Professionen. Es bleibt zu diskutieren, in wie weit diese Einschränkung der Kompetenz dem Wohl der PatientInnen oder der Machterhaltung des Ärztestandes dient.

Bollinger et.al. (2005) stellen die Frage, ob die Emanzipation der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe die Deprofessionalisierung des Ärztestandes fördert. Nicht nur das steigende berufliche Selbstbewusstsein der Angehörigen der MTD, Pflegeberufe und Hebammen, sondern auch Berufsgruppen wie Psychologen und Sozialarbeiter, die von den Medizinern nicht so eindeutig abhängen, kritisieren die dominante Stellung der Ärzte. Sie setzen ihr eigenes Wissen gegen das der Ärzte und zweifeln an deren Omnipotenz (Bollinger & Hohl, 1981). Auch die Rolle des Patienten wandelt sich zunehmend von einer untergeordneten passiven Rolle zu einer aktiven. Patienten verlangen mehr Information und involvieren sich in medizinische Entscheidungen (Klemperer, 2006).

Nach Bollinger & Hohl (1981) tragen auch die Ärzte selbst zu ihrer Deprofessionalisierung bei, indem sie nicht mehr bereit sind in ihrer Sorge um den Patienten über die berufliche Leistung hinauszugehen, was aber von einem Professionsangehörigen im Gegensatz zu einem Berufstätigen erwartet wird. Sie nennen noch andere Gründe der Deprofessionalisierung, wie etwa die veränderten Zulassungsbedingungen an den Universitäten, die es auch den Mitgliedern niederer Sozialschichten ermöglicht Medizin zu studieren, denen eine paternalistische Verhaltensweise nicht so selbstverständlich ist, wie Studenten aus dem Großbürgertum. Die staatliche Prüfungskontrolle stellt einen massiven Eingriff in die Schüler/Lehrer Beziehung dar, die das Einwirken des „Mentors“ auf den Studenten beeinflusst. Neben zahlreichen berechtigten und zeitgemäßen Veränderungen weisen die Autoren darauf hin, wie wichtig es ist, die positiven Momente einer professionellen Medizin zu bewahren. Klemperer (2006, S.62) formuliert dies folgendermaßen:

*„die berechtigten Erwartungen an die ärztliche Profession haben sich gewandelt, ohne dass die Ärzteschaft angemessen und umfassend reagiert hat. Das Erkennen, Akzeptieren und Erfüllen dieser Erwartungen bietet die Chance einer grundlegenden Neubestimmung ärztlichen Rollenverhaltens und medizinischen Handelns mit dem Ergebnis der Reprofessionalisierung des ärztlichen Berufsstandes. Im Zentrum stehen dabei die ‚Rechenschaftslegung und Qualitätsdarlegung‘ (assessment and accountability), die Relmann bereits 1988 (S.1220 zit. n. Klemperer 2006 S.62) als die ‚dritte Revolution im Gesundheitswesen‘ beschrieben hat.“*

Die Gesundheitsberufe befinden sich mitten in einem spannenden Prozess, der von Modernisierungsdruck und Ökonomisierungszwang geprägt ist. Viele nicht ärztliche Gesundheitsberufe stehen im Professionalisierungsprozess und beanspruchen Professionalität für sich. Professionalität kann nach Bollinger & Gerlach (2008, S. 147) auf drei Weisen interpretiert werden:

- als Merkmal jeder beruflichen Arbeit
- als Merkmal herausragender beruflicher Arbeit
- und als Merkmal der Arbeit von Angehörigen einer Profession.

Bollinger & Gerlach (2008) vertreten die Ansicht, dass Professionalität stets einen Doppelcharakter aufweist: Professionalität umfasst eine Fülle von Kompetenzen, birgt gleichzeitig aber auch Erwartungen an soziale Bedingungen. Professionalität stellt den Zusammenhang von Kompetenz und sozialer Verortung der Kompetenzträger dar.

Wenn Professionalität ausschließlich als Eigenschaft einer Profession interpretiert wird, stellen Bollinger & Gerlach (2008) in Frage, ob es den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen je gelingen kann, den Vorsprung an selbst generiertem Wissen, klinischer Erfahrung, politischer Erfahrung mit Autonomie und Selbstorganisation und der Auseinandersetzung mit Fragen der Ethik einzuholen.

Schewior- Popp (1999, S.167f, zit. n. Strassnitzky 2009, S.13) hält es dagegen für möglich, dass theapeutische Berufe, wie die Physio- und Ergotherapie erreichen können, sich als Professionen zu etablieren. Es müsste gelingen,

*den ‚Mechanismus der Monopolisierung und der Abschottung von Kompetenzbereichen‘ zu Gunsten berufsimmanenter Handlungslogiken zu überwinden, welche auf wissenschaftlichen Leitlinien und dem berufspraktischen Handlungswissen basieren und wo Kompetenzscheidungen durchaus als Sinn bringend erachtet werden.*

Obwohl Osteopathie nicht als gesetzlicher Gesundheitsberuf definiert ist, sind OsteopathInnen mit den gleichen Problemen konfrontiert. Will sich die Osteopathie im Gesundheitssystem etablieren, muss sie beweisen, dass sie einen effizienten Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit beitragen kann. Außerdem steht sie vor der Herausforderung, sich sowohl als Beruf, als auch als Konzept einen Platz in einem sehr machtpolitisch geprägten System zu schaffen.

#### **1.2.4 Zusammenfassung Österreichisches Gesundheitssystem**

Es gibt in Österreich ein gesetzlich streng geregeltes System von Gesundheitsberufen. An der Spitze stehen die ÄrztInnen, mit zahlreichen Monopolen wie die Diagnosestellung oder der Möglichkeit, Untersuchungen anordnen zu können, verbunden mit der Hauptverantwortung über das Wohl der PatientInnen. Es folgen andere universitäre Berufe wie die PsychologInnen, es gibt die große Gruppe der MTD-Berufe, die oft unterschätzten Pflegeberufe und zahlreiche Fach- und Hilfsdienste. Neben den gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen gibt es die Komplementärmedizin, die zum Teil von Menschen ohne medizinische Grundausbildung angeboten wird.

Die Mediziner und auch alle anderen im Gesundheitswesen Tätigen kommen zunehmend unter ökonomischen Druck. Hohe fachliche Kompetenz, Transparenz aber auch Zuwendung und vermehrtes Miteinbeziehen der PatientInnen in medizinische Entscheidungen sind gefordert. Gleichzeitig sind Effizienz und Wirtschaftlichkeit gefragt (Pundt, 2006; Weiss, 2009; Kälble 2006).

Gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen schlagen sich auch in einer Neuorganisation der Ausbildungen nieder. Gegenwärtig werden die MTD-Berufe, die Hebammen und zum Teil die Pflegeberufe auf Fachhochschulniveau gehoben. Es entstehen auch neue Berufe auf Hochschulniveau, wie zum Beispiel das „Management im Gesundheitswesen“ (Deutmeyer & Thiekötter, 2007). Diese Umstrukturierungen führen auch zu neuen Diskussionen über die Kompetenzverteilung. Die unangefochtene Monopolstellung der ÄrztInnen ist kein Tabuthema mehr.

Die Osteopathie sieht sich, obwohl sie nicht als gesetzlicher Gesundheitsberuf definiert ist, mit den gleichen Problemen konfrontiert. Eine sinnvolle Auseinandersetzung mit der gesellschaftspolitischen Dimension ist nötig, um Osteopathie etablieren zu können.

## **1.3 Osteopathie in Österreich**

### **1.3.1 Definition**

Es gibt zahlreiche Versuche Osteopathie zu definieren. Dr. Andrew Tayler Still, der Begründer der Osteopathie, gibt folgende Beschreibung (Still, 1902, S.14 zit. n. Wagner-Scheidl, 2007, S.3)

*Es ist die wissenschaftliche Kenntnis der Anatomie und Physiologie in den Händen einer intelligenten Person mit Kunstfertigkeit, die dieses Wissen anwenden kann, und zwar zum Nutzen von Menschen, die durch Belastungen, Schocks, Stürze oder mechanische Verschiebungen und andere Verletzungen des Körpers krank oder beeinträchtigt sind.*

Still verknüpft in seiner Beschreibung Osteopathie eng mit der Person, die sie anwendet. Osteopathie ist nur dann Osteopathie, wenn sie von einem Menschen mit dem entsprechenden Wissen und Können fallspezifisch zum Wohl des Patienten eingesetzt werden kann. Still verlangt von den OsteopathInnen, mit anderen Worten, Professionalität.

Die World Osteopathic Health Organisation (WOHO) ist eine internationale Interessensvertretung mit dem Ziel, Osteopathie weltweit in möglichst hoher Qualität für Patienten zugänglich zu machen. Laut Wagner (2009) gibt es zwischen den unterschiedlichen Osteopathiedefinitionen der Länder und der folgenden Definition der WOHO (2006) die größte Übereinstimmung.

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

Das Konzept der Osteopathie basiert auf dem manuellen Kontakt des Osteopathen mit dem Patienten und umfasst sowohl Diagnose als auch Behandlung. Osteopathie

ist eine ganzheitliche Methode, die die Einheit von Körper, Geist und Seele respektiert und die Wirksamkeit der Selbstheilungskräfte des Menschen beeinflusst.

Auf der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (2011) findet man eine Beschreibung des Konzepts, die Osteopathie als „*eigenständige, medizinisch-wissenschaftlich begründete, ganzheitliche manuelle Behandlungsmethode*“ bezeichnet. Auf den diagnostischen Aspekt wird nicht verwiesen. Die Ganzheitlichkeit erklärt sich durch die Einbeziehung „*aller Systeme des Menschen (strukturelles/funktionelles System, viscerales System und cranio sacrales System)*“.

### **1.3.2 Geschichte der Osteopathie**

Der Begründer der Osteopathie ist der Amerikaner Andrew Taylor Still (1828 – 1917). Tragische Verluste geliebter Menschen ließen ihn an der damaligen Medizin zweifeln, die hauptsächlich aus Aderlässen und der Verabreichung von Quecksilber bestand. Still ging davon aus, dass der Mensch als Gottes Schöpfung eine Einheit von Körper, Geist und Seele ist, und über enorme Selbstheilungsressourcen verfügt. Er stellte fest, dass geringe Veränderungen, wie z. B. eine Gelenkblockade, nicht nur lokale Probleme verursachen, sondern das gesamte System beeinflussen können. Durch die Lösung von solchen Störungen beeinflusste er die Durchblutung und die Nervenversorgung, und verbesserte dadurch die Voraussetzung für die Wirksamkeit der Selbstheilungskräfte. Er nannte seine Methode der Diagnostik und Therapie „Osteopathie“ und gründete 1892 in Kirksville, Missouri, die erste Schule für Osteopathie. Sein Schüler Dr. William Garner Sutherland (1873-1954) übertrug die Prinzipien der Osteopathie auf den Schädel und begründete die Cranio-Sacrale Osteopathie. In den 1980er Jahren entwickelte sich die viscerale Osteopathie, also die Anwendung von Osteopathie an inneren Organen, unter anderen durch die Franzosen Jean-Pierre Barral und Jacques Weinscheck.

Stills Schüler Dr. John Martin Littlejohn (1865-1947) brachte die Osteopathie nach Europa und begründete in London die erste europäische Schule für Osteopathie. Von dort breitete sich die Osteopathie in Europa aus (vgl. Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2010; Internationale Schule für Osteopathie, 2011a;

Wagner-Scheidl, 2006). Derzeit gibt es in Europa gesetzliche Regelungen auf unterschiedlichem Niveau für die Osteopathie in England, Finnland, Frankreich, Island, Malta, Belgien und teilweise in der Schweiz. Für Österreich liegen keine gesetzlichen Regelungen vor. Europäische Dachorganisationen versuchen einheitliche Regelungen in ganz Europa zu erwirken (Wagner, 2009; Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2010).

### **1.3.2.1 Österreich**

In Österreich gibt es seit 1991 die Möglichkeit, eine Osteopathieausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie zu absolvieren (Wilfling, 2007). Auf die aktuellen Ausbildungsmöglichkeiten wird im nächsten Kapitel eingegangen.

Die Mitgliedervertretung der OsteopathInnen in Österreich ist die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie. Ihr Ziel ist es, sich für die Förderung und Anerkennung der Osteopathie einzusetzen, ein Mitgliederverzeichnis zu führen, um PatientInnen die OsteopathInnensuche zu erleichtern, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und Kriterien für die osteopatische Ausbildung in Österreich zu erstellen. Die ÖGO ist Mitglied in mehreren europäischen Dachorganisationen (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2010).

### **1.3.3 Ausbildung**

Nachdem es keine gesetzlichen Regelungen für die Ausübung der Osteopathie gibt, ist auch die Ausbildung nicht vereinheitlicht. Dadurch gibt es zahlreiche Angebote, die schwer zu überblicken sind. Wilfling (2007, S.12) unterscheidet zwischen „*Professional Training Programs*“ und „*Osteopathic Advanced and Continuing Training Programs*“ in Österreich.

Als Professional Training Programs bezeichnet sie jene Ausbildungsangebote, die Osteopathie in ihrer Gesamtheit, also sowohl strukturelle, viszerale als auch craniosacrale Osteopathie unterrichten, und die mit Universitäten kooperieren.

Es gibt drei Ausbildungen, die diesen Kriterien entsprechen.

1. Seit 1991 bietet die Wiener Schule für Osteopathie, die WSO eine Ausbildung in Österreich an. Zugelassen sind ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung. Seit dem Studienjahr 2005/2006 schließt die Ausbildung mit dem akademischen Titel "Master of Science" ("MSc") ab. Zusätzlich wird von der WSO ein Diplom verliehen (Internationale Schule für Osteopathie, 2011b).

2. Die International Academy of Osteopathy (2011), die I.A.O. bietet in sechs europäischen Ländern, darunter seit 2003 auch in Österreich, eine berufsbegleitende Ausbildung an. Zugelassen sind ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen.

3. Weiters werden seit 1999 Osteopathiekurse von der Österreichischen Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin in Kooperation mit dem Department of Osteopathic Manipulative Medicine, des Philadelphia College of Osteopathic Medicine (PCOM), in Pennsylvania, USA, angeboten. Zugelassen zur Ausbildung sind ausschließlich ÄrztInnen (Wilfling, 2007).

Die letztgenannte Ausbildung unterscheidet sich wesentlich im Umfang von den beiden ersten, und wird von der ÖGO nicht anerkannt (Wilfling, 2007).

In der zweiten Kategorie, den „Osteopathic Advanced and Continuing Training Programs“ systematisiert Wilfling (2007) alle Fortbildungen, die den Begriff Osteopathie im Ausbildungstitel oder zur Beschreibung von Kursinhalten verwenden, bzw. Teilbereiche von Osteopathie vermitteln.

Die Zahl der Kurse ist groß, Wilfling (2007) listet elf Anbieter auf, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Die Vortragenden kommen oft nicht aus dem medizinischen Bereich, beziehungsweise sind ihre Qualifikation zum Teil nicht eruierbar. Manche Ausbildungen sind für medizinische Laien zugänglich. Wilfling (2007) leitet aus dieser Tatsache die Annahme ab, dass Osteopathie in Österreich auch von Laien angeboten und durchgeführt werden könnte.

### 1.3.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Nachdem dieses Thema für die österreichischen OsteopathInnen von existentieller Bedeutung ist, wurde es schon in zahlreichen Masterthesen behandelt (Wagner-Scheidl, 2006; Wilfling, 2007; Pankovits, 2007; Lammer, 2008).

Aufbauend auf die Darstellung der oben genannten Autorinnen ergeben sich zusammengefasst folgende Aspekte:

Es gibt in Österreich kein Gesetz in dem Osteopathie geregelt ist (Wagner-Scheidl, 2006; Wilfling, 2007; Pankovits, 2007; Lammer, 2008).

Es gibt Gesetze, die die jeweiligen Gesundheitsberufe regeln, wie z.B. das Ärztegesetz oder das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (Wilfling, 2007).

Man kann anhand dieser Gesetze Rückschlüsse über die Ausübung von Osteopathie ziehen, wenn man Osteopathie als „mechanotherapeutische Maßnahmen zur Krankenbehandlung“ betrachtet (Wilfling, 2007; Pankovitz, 2007). Diese Betrachtungsweise entspricht in keiner Weise der Definition von Osteopathie als diagnostisches und therapeutisches ganzheitliches Konzept (siehe 1.3.1).

ÄrztInnen ist es derzeit grundsätzlich erlaubt Osteopathie auszuüben, da ÄrztInnen jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, unmittelbar am Menschen ausführen dürfen (Wilfling, 2007).

PhysiotherapeutInnen ist es ebenfalls möglich, an PatientInnen Osteopathie anzuwenden, es bedarf aber einer ärztlichen Verordnung. Prophylaktisch dürfen PhysiotherapeutInnen auch ohne ärztliche Verordnung arbeiten (Wagner-Scheidl, 2006; Wilfling, 2007; Pankovits, 2007; Lammer, 2008).

Pankovits (2007) stellt in Frage, ob die Anwendung von visceralen Techniken und Gelenksmanipulationen für PhysiotherapeutInnen erlaubt sind. Weiters warnt sie eindeutig davor, den Begriff „Diagnose“ zu verwenden. Jede Information über den Gesundheitszustand des Patienten, die ihm vermitteln könnte, dass ein Arztbesuch nicht nötig sei, fällt unter unlauteren Wettbewerb. Die Diagnosestellung ist in Österreich den ÄrztInnen vorbehalten (Pankovits 2007).

Die gesetzlichen Regelungen für ErgotherapeutInnen, Hebammen, Heilmasseure und gewerbliche Masseure lassen sich nicht eindeutig interpretieren. Am ehesten wäre eine legale Ausübung der Osteopathie durch die Masseure möglich (Wilfling, 2007).

Die Frage, ob Osteopathie von medizinischen Laien angeboten werden darf, ist nicht eindeutig zu beantworten.

Als richtungweisend kann die einstweilige Verfügung des Obersten Gerichtshofes 4Ob 156/04a angesehen werden. Eine Person, die nicht PhysiotherapeutIn oder ÄrztIn ist, darf „cranio-sacrale Osteopathie“ nicht zur Behandlung krankhafter Zustände anbieten. Die Behandlung von krankhaften Zuständen mit mechanotherapeutischen Maßnahmen fällt in den Tätigkeitsvorbehalt von PhysiotherapeutInnen (Aistleithner, 2004).

Damit ist die Frage, ob Osteopathie in Österreich auch von medizinischen Laien angeboten werden kann aber noch nicht geklärt. Der Tätigkeitsvorbehalt bezieht sich lediglich auf die Behandlung „krankhafter Zustände“. Das heißt, es gibt immer noch das Schlupfloch der Behandlung von Gesunden, die auch von medizinischen Laien, wie etwa den „Energetikern“, angeboten werden kann (Wilfling, 2007; Aistleithner, 2004).

### **1.3.5 Osteopathie – ein Beruf in Österreich?**

Es stellen sich die Fragen, ob es in Österreich Menschen gibt, die als „VollzeitosteopathInnen“ arbeiten und ob es OsteopathInnen gibt, die ihre Lebensgrundlage aus der osteopathischen Tätigkeit beziehen und nicht aus ihrem Grundberuf (vgl. Kapitel 1.1.1).

Es gibt zur Beantwortung dieser Fragen kaum Daten. Krönke (2003) erhob, dass immerhin 14% der von ihr befragten OsteopathInnen ausschließlich Osteopathie anbieten. Sie befragte 107 Personen in Österreich, die zumindest das fünfte Ausbildungsjahr abgeschlossen hatten. Menschen mit Teil- und Kurzausbildungen wurden von der Befragung ausgeschlossen. Man kann also davon ausgehen, dass sich Menschen in Österreich dazu entschieden haben, Osteopathie dauerhaft als

Erwerb auszuüben und mit diesen Einnahmen ihren Lebensunterhalt bestreiten. Berufssoziologisch betrachtet gibt es den Beruf Osteopath/OsteopathIn in Österreich.

### 1.3.6 Berufliche Identität

Wie bereits beschrieben, gibt es aktuell Bemühungen Osteopathie in Österreich bzw. europaweit einheitlich zu regeln (vgl. 1.3.2). Die Anerkennung der Osteopathie als ein unabhängiger Beruf in Europa ist wesentlich von einem gemeinsamen, auf europäischer Ebene formulierten Berufsprofil abhängig (Wagner, 2009). Wagner (2009) setzt sich in diesem Zusammenhang intensiv mit der Identitätsfrage der Osteopathie auseinander. Ihre Schulssfolgerung ist, dass osteopathische Identität aus zwei Komponenten besteht, aus der persönlichen Identität der OsteopathInnen und aus der kollektiven Identität der osteopathischen Berufsgruppe.

Assmann (1992) definiert kollektive Identität folgendermaßen:

*„Unter einer kollektiven oder Wir-Identität verstehen wir das Bild, das eine Gruppe von sich aufbaut, und mit dem sich deren Mitglieder identifizieren. Kollektive Identität ist eine Frage der Identifikation seitens der beteiligten Individuen. Es gibt sie nicht ‚an sich‘, sondern immer nur in dem Maße, wie sich bestimmte Individuen zu ihr bekennen. Sie ist so stark oder so schwach, wie sie im Denken und Handeln der Gruppenmitglieder lebendig ist und deren Denken und Handeln zu motivieren vermag.“ (Assmann 1992, S. 132, zit. n. Philipp 2007, S.19)*

Nach Wagner (2009) wird die berufliche Identität gemeinsam von den einzelnen OsteopathInnen und den OsteopathInnen als Berufsgruppe geformt, indem sie sich mit den professionellen Werten der Osteopathie identifizieren. Diese kollektive Identität beeinflusst die Identität ihrer Mitglieder maßgeblich.

*The choice and exercise of a profession are first of all performed by the individual. The development of that individual's professional identity can be regarded as directly related to his or her personal identity. Assuming, [...], that personal identity is connected via the process of identification with collective identity (in this case in reference to the profession), we are warranted in extending the concept of professional identity to collectives. In other words, followers of a profession identify themselves with osteopathy and achieve personal and professional identity as individuals and as osteopaths; osteopathy in the sense of an osteopathic vocational group develops its own collective professional identity. The concept of professional identity consequently applies both to person and to collectives. (Wagner 2009, S.18)*

Wagners Beschreibung von beruflicher Identität zeigt Parallelen zu den Merkmalen von Bollingers subjektorientierter Professionalisierung (Kap. 1.1.4.2). Bollinger (1981) spricht von einer „*professionstypische(n) Formung der Persönlichkeit*“ (S.445), und von einer Vermischung von Berufs- und Privatleben.

Wagner (2009) untersucht die Identität der Osteopathie in den verschiedenen europäischen Ländern anhand der Internetauftritte der Berufsorganisationen. Sie vergleicht die Präsentationen von Osteopathie mit besonderem Augenmerk auf die angestrebten Ziele, die Rolle, die die Osteopathie in der Gesellschaft und im jeweiligen Gesundheitssystem einnehmen soll, und die jeweiligen Aufnahmebedingungen für die Mitglieder in die Berufsorganisation. Wagner begründet dies mit der Definition von Meyer & Price (1993, zit. n. Wagner, 2009 S.8), die die Identität der Osteopathie von der Mission und der Vision abhängig machen.

*Concerning the osteopathic literature Meyer and Price (1993) relate the concept of identity to the notions of mission and vision. They write that an identity can derive from plans and pursued goals. In their view, a mission constitutes the justification for the purpose of an organization. A vision is the goal that is pursued, and the two together provide a profession with its identity.*

Sie kommt zu dem Ergebnis, dass Osteopathie in Europa nicht einheitlich genug präsentiert wird, um von Identität mit den Kriterien Einigkeit und Zusammenhalt sprechen zu können. Vielmehr sieht sie die Osteopathie in einer Identitätskrise.

Die Entwicklung von Identität ist unweigerlich mit Identitätskrisen verbunden. Sie sind notwendig, um Identität entwickeln zu können, vorausgesetzt es gibt einen konstruktiven Umgang damit, und die Krise wird nicht chronisch. Die Geschichte der Osteopathie in Amerika und Großbritannien hat gezeigt, dass die Osteopathie in der Lage ist, Krisen zu begegnen. Osteopathie hat damit bewiesen, dass sie nicht identitätslos ist, denn sonst hätte sie sich in diesen Ländern nicht zu gesetzlich geregelten Berufen entwickeln können. Möglicherweise wäre Osteopathie sonst von anderen Sparten, wie z.B. der klassischen Medizin oder der Chiropraktik übernommen worden (Wagner, 2009, S.155).

Auch der/ die einzelne OsteopathIn kann von einer beruflichen Identitätskrise betroffen sein.

Strassnitzky (2009) betrachtet Bildung und Identität in einem gemeinsamen Kontext und gibt hier ein gutes Beispiel, wie das Durchwandern einer Krise, ausgelöst durch die Konfrontation mit Neuem, die Identität stärken kann. Die Möglichkeit zu lernen erweitert die Selbstkompetenz. Die Identität kann so weiterentwickelt werden.

*Nicht zu übersehen ist aber, dass jede Form von Veränderung primär Unsicherheit in einem erprobten System bedeutet und somit auch Weiterbildung als Verunsicherungsparameter in der Kontinuität eines Subjekts gesehen werden kann. Wenn bewährte Lebensentwürfe, Deutungsmuster und Handlungsorientierungen durch die Konfrontation mit neuen Interaktionssystemen infrage gestellt werden, kann es zur Identitätserschütterung und zur Identitätskrise kommen. Erst wenn die neuen Interaktionssysteme als sinnvoll anerkannt werden, kommt es zur Uminterpretation der ursprünglich bewährten Lebensentwürfe etc. und es findet eine Identitätstransformation statt. ( Strassnitzky, 2009, S.93f)*

In der Folge geht sie darauf ein, dass in der Phase des Lernens Regressionsmöglichkeiten vorhanden sein müssen, um in bestimmten Situationen auf Altbewährtes zurück zu greifen (z.B. eine angehende Osteopathin, die in einer osteopathischen Behandlung aufgrund von Unsicherheit auf ein physiotherapeutisches Konzept zurückgreift).

Diese Beschreibung schildert treffend die Situation angehender OsteopathInnen in Österreich. Durch die langjährige intensive Ausbildung werden alte Behandlungsmuster infrage gestellt. Kann das neu erworbene Wissen integriert werden? Bedeutet das neue Wissen eine Erweiterung der bisherigen Kenntnisse oder stellt es etwas Neues, Eigenes dar? Müssen alte Behandlungsmethoden verworfen werden? Kommt es zu einer Entscheidung zwischen Osteopathie und Physiotherapie, bzw. Osteopathie und ärztlicher Tätigkeit? Ist eine Kombination möglich? Ist sie sinnvoll? Mit diesen und ähnlichen Fragen müssen sich OsteopathInnen während und nach ihrer Ausbildung auseinandersetzen.

Krönke (2003) stellte fest, dass OsteopathInnen, die die Osteopathieausbildung kurz nach dem Abschluss ihres Grundberufes begonnen hatten, zu einem höheren Anteil als OsteopathInnen arbeiteten, als jene, die davor schon länger in ihrem Grundberuf tätig waren. Auf berufliche Identität bezogen könnte man daraus schließen, dass sie sich rascher mit der Osteopathie identifizieren, als jene die sich schon eine Identität als PhysiotherapeutIn aufgebaut haben.

Wagner (2009) hat die oben gestellten Fragen für sich gelöst. Sie begann die Osteopathieausbildung mit der Vorstellung eine Zusatzausbildung, aufbauend auf ihrem Grundberuf zu absolvieren.

*Later on, however, we were forced to discover that the content taught and the philosophy of osteopathy (as articulated by the school) led to the development of an independent professional concept, which actually necessitated a new career choice. The occupational changes also entailed changes in private life, and new contacts and communities of interest arose. Wagner (2009, S.18)*

### 1.3.7 Zusammenfassung Osteopathie in Österreich

Der Begründer der Osteopathie ist der Amerikaner Andrew Taylor Still (1828 – 1917). Er gründete 1892 in Kirksville, Missouri, die erste Schule für Osteopathie. Sein Schüler Dr. William Garner Sutherland (1873-1954) begründete die cranio-sacrale Osteopathie, in den 1980er Jahren entwickelte sich die viscerale Osteopathie, stark beeinflusst durch die Franzosen Jean-Pierre Barral und Jacques Weinscheck (Wagner-Scheidl, 2007). Stills Schüler, Dr. John Martin Littlejohn (1865-1947) brachte die Osteopathie nach Großbritannien, von wo sie sich in Europa ausbreitete.

Es gibt zahlreiche Definitionen von Osteopathie. Das Konzept der Osteopathie basiert auf dem manuellen Kontakt des Osteopathen mit dem Patienten und umfasst sowohl Diagnose als auch Behandlung. Osteopathie ist eine ganzheitliche Methode, die die Einheit von Körper, Geist und Seele respektiert und die Wirksamkeit der Selbstheilungskräfte des Menschen beeinflusst (vgl. World Osteopathic Health Organisation, 2006).

Seit 1991 gibt es in Österreich die Möglichkeit, an der WSO eine Osteopathieausbildung zu absolvieren. Seit damals hat sich das Angebot stark weiterentwickelt. Es gibt Ausbildungen auf unterschiedlichem Niveau, von solchen, die mehrere Jahre dauern und die mit Universitäten kooperieren, bis zu Kurzausbildungen, die Teilaspekte der Osteopathie anbieten und die die Ausführung der Osteopathie grundsätzlich auch für Laien zugänglich machen (Wilfling, 2007). Eines der Ziele der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie ist es, Kriterien für die osteopathische Ausbildung in Österreich zu erstellen. Die OEGO ist die Berufsvertretung der OsteopathInnen in Österreich und setzt sich für die Förderung und Anerkennung der Osteopathie ein. Die OEGO ist auch Mitglied in mehreren europäischen Dachorganisationen, die an einer einheitlichen Regelung für Osteopathie in Europa arbeiten (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2010).

Laut Wagner (2009) kann man nicht von einer gemeinsamen beruflichen Identität der Osteopathie in Europa sprechen. Eher befindet sich die europäische Osteopathie in einer Identitätskrise, mit der ein konstruktiver Umgang nötig ist. Osteopathische

Identität setzt sich zusammen aus der individuellen Identität der OsteopathInnen und aus der kollektiven Identität der osteopathischen Berufsgruppe (Wagner, 2009).

Nachdem es in Österreich keinerlei gesetzlichen Regelungen für den Zugang, die Ausübung und die Ausbildung der Osteopathie gibt, ist die osteopathische Berufsgruppe in Österreich sehr inhomogen. Vermutlich setzt sie sich aus PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen, ErgotherapeutInnen, Hebammen, MasseurInnen und wahrscheinlich auch aus medizinischen Laien zusammen. Es gibt keine Registrierungen aller osteopathisch tätigen Menschen in Österreich. Die Aufzählung der Berufe ist eine Schlussfolgerung daraus, für wen die Ausbildungen zugänglich sind, bzw. bis vor einigen Jahren zugänglich waren.

Osteopathie kann derzeit nur im Rahmen der jeweiligen Berufsgesetze interpretiert werden, wenn man Osteopathie als „mechanotherapeutische Maßnahmen zur Krankenbehandlung“ betrachtet (Wilfling, 2007; Pankovitz, 2007). Bei dieser Betrachtungsweise ergibt sich, dass Osteopathie grundsätzlich von ÄrztInnen und von PhysiotherapeutInnen auf ärztliche Anordnung hin ausgeführt werden darf. Pankovits (2007) sieht Unklarheiten bei viszeralen Techniken und Gelenkmanipulationen. Die Anwendung von Osteopathie am Gesunden ist gesetzlich möglicherweise auch für medizinischen Laien erlaubt (Aistleithner, 2004).

Die Betrachtungsweise von Osteopathie als „mechanotherapeutische Maßnahme zur Krankenbehandlung“ entspricht in keiner Weise den Definitionen von Osteopathie, die Osteopathie mehrheitlich als ganzheitliches Konzept zur Diagnose und Behandlung beschreiben (vgl. 1.3.1).

Die Literaturanalyse ergibt eine rechtliche Ausgangssituation für OsteopathInnen in Österreich, die sich ausschließlich am Grundberuf orientiert. Die Folge daraus ist, dass OsteopathInnen nicht über einheitliche Kompetenzen und Befugnisse verfügen, die Gruppe der OsteopathInnen in Österreich ist diesbezüglich sehr inhomogen.

Andererseits zeigt sich, dass die Osteopathie in vielerlei Hinsicht über das Potential verfügt, sich zu einer Profession zu entwickeln und dass auch zum gegebenen Zeitpunkt Professionalität von OsteopathInnen verlangt werden muss, um Osteopathie auf qualitativ hohem Niveau anwenden zu können. OsteopathInnen befinden sich also zum Großteil (ÄrztInnen ausgenommen) in einem Spannungsfeld

zwischen dem was die Osteopathie verlangt und dem, was ihnen gesetzlich zugestanden wird. Die folgende Studie soll zeigen, wie OsteopathInnen in Österreich mit dieser Situation umgehen.

## **2 Methodik**

### ***2.1 Forschungsziele und –fragen***

Derzeit wird in Europa an einer einheitlichen gesetzlichen Regelung für Osteopathie gearbeitet. Die Österreichische Vertretung der OsteopathInnen beteiligt sich aktiv an diesem Prozess. Sie befindet sich damit in der Position, einerseits die Interessen der österreichischen OsteopathInnen auf Europaebene zu vertreten, andererseits soll sie den österreichischen OsteopathInnen die Europaziele näher bringen. Nur wenn beides gelingt, nämlich dass die österreichischen OsteopathInnen gut informiert sind und eine einheitliche Lösung mittragen, und andererseits die OEGO sich der Bedürfnisse der heimischen OsteopathInnen bewusst ist, diese ernst nimmt und berücksichtigt, kann eine zufriedenstellende Lösung erarbeitet werden.

Anhand des in Kapitel 1.2. dargestellten österreichischen Gesundheitssystems lässt sich ableiten, dass es keine einheitliche rechtliche Ausgangssituation für OsteopathInnen in Österreich gibt. Wird Osteopathie als mechanotherapeutische Maßnahme zur Krankenbehandlung interpretiert, ergeben sich je nach Grundberuf unterschiedliche rechtliche Bedingungen (siehe Kapitel 1.3.4). Auch in Bezug auf den Stand der Professionalisierung und den damit verbundenen gesellschaftlichen Verortungen ergeben sich große Unterschiede.

Ziel der OEGO ist es, Osteopathie in Österreich gesetzlich zu verankern und eine einheitliche gesetzliche Regelung zu erwirken. Davon ausgehend ist es das zentrale Ziel der vorliegenden Arbeit, einen Beitrag dazu zu leisten, indem das berufliche Selbstverständnis von OsteopathInnen erhoben wird und OsteopathInnen befragt werden, welche Form der gesetzlichen Anerkennung sie bevorzugen und welche Erwartungen und Befürchtungen sie damit verknüpfen.

Es ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Ist eine gesetzliche Regelung aus Sicht der praktizierenden OsteopathInnen wünschenswert?
- Können OsteopathInnen auf gesetzlicher Basis ihrer Grundberufe Osteopathie zufrieden stellend ausüben?
- Ergeben sich auf Grund der verschiedenen Ausgangssituationen von ÄrztInnen und anderen unterschiedliche Bedürfnisse bezüglich der rechtlichen Anerkennung der Osteopathie?
- Welches berufliche Selbstverständnis entwickeln OsteopathInnen?
- Hat die Berufsdauer Einfluss auf das Bedürfnis nach rechtlicher Anerkennung?
- Betrachten OsteopathInnen die Osteopathie eher als Zusatzausbildung oder als eigenen Beruf?
- Welche Erwartungen und welche Befürchtungen sind mit einer gesetzlichen Anerkennung verbunden?
- Wie sieht es mit der Toleranz gegenüber verbindlichen Standards aus?

## **2.2 Statistische Hypothesen**

Abgeleitet vom Forschungsziel, den Forschungsfragen und den Ergebnissen der Literaturanalyse wurden folgende statistische Hypothesen gebildet, die im Rahmen der Analyse der Daten beantwortet werden sollen.

### **2.2.1 Hypothese 1**

#### **Vorannahme:**

Aufgrund ihrer Position im Gesundheitssystem ist es ÄrztInnen möglich Osteopathie ohne jede Einschränkung an PatientInnen anzuwenden (Wilfling, 2007). ÄrztInnen sind gesellschaftlich hoch anerkannt. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass ÄrztInnen grundsätzlich mit ihrer Situation unzufrieden sind.

PhysiotherapeutInnen und andere dürfen Osteopathie, wenn überhaupt, nur auf ärztliche Anordnung ausüben. Sie dürfen keine Diagnostik betreiben und keine Untersuchungen veranlassen. Akutbehandlungen sind dadurch so gut wie unmöglich. Behandlungen ohne Verordnung sind nur an gesunden Menschen erlaubt (Wilfling, 2007; Pankovits, 2007; Aistleithner 2004). Unklar ist auch, ob Physiotherapeutinnen alle ihnen nötig erscheinenden Techniken anwenden dürfen (Pankovits, 2007). Es ist daher anzunehmen, dass PhysiotherapeutInnen und andere weniger damit zufrieden sind, Osteopathie auf der rechtlichen Basis ihres Grundberufes auszuüben.

**Nullhypothese 1:** Es besteht kein Unterschied in der Zufriedenheit mit der bestehenden gesetzlichen Situation zwischen PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen.

**Alternativhypothese 1:** Es besteht ein Unterschied in der Zufriedenheit mit der bestehenden gesetzlichen Situation zwischen PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen.

### 2.2.2 Hypothese 2

#### **Vorannahme:**

Wagner (2009) beschreibt, wie sich ihr Bild der Osteopathieausbildung im Laufe der Zeit geändert hat. Sie ging davon aus eine Zusatzausbildung zu machen, erkannte aber mit fortschreitender Ausbildung, dass es sich um ein vollständiges Berufskonzept handelte. Es ist daher anzunehmen, dass OsteopathInnen, die eine ähnliche Entwicklung wie Wagner (2009) erleben, die Osteopathieausbildung eher als Berufsausbildung betrachten und, dass sie somit eine Anerkennung der Osteopathie als Beruf bevorzugen.

Umgekehrt ist zu erwarten, dass diejenigen, die die Ausbildung als Zusatzqualifikation bewerten, eher dazu tendieren werden, Osteopathie als Methode anzuerkennen.

**Nullhypothese 2:** Es besteht kein Unterschied bezüglich der Zustimmung zur Form der gesetzlichen Anerkennung zwischen jener Gruppe, die die Osteopathie als

Zusatzqualifikation betrachtet und jener Gruppe, die die Osteopathie als Berufsausbildung betrachtet.

**Alternativhypothese 2:** Es besteht ein Unterschied bezüglich der Zustimmung zur Form der gesetzlichen Anerkennung zwischen jener Gruppe, die die Osteopathie als Zusatzqualifikation betrachtet und jener Gruppe, die die Osteopathie als Berufsausbildung betrachtet.

### 2.2.3 Hypothese 3

#### **Vorannahme:**

Es ist davon auszugehen, dass Berufsanfänger mehr Unsicherheiten haben, wie sie mit der rechtlich unklaren Situation umgehen, während OsteopathInnen, die schon lange im Beruf sind, sich mit dem bestehenden System arrangiert haben könnten. Demzufolge wäre anzunehmen, dass die rechtliche Anerkennung besonders „jungen“ OsteopathInnen ein Anliegen ist.

Umgekehrt können die fachlichen Unsicherheiten bei Berufsanfängern auch dazu führen, dass sie froh sind, auf ihre Position als PhysiotherapeutIn und andere zurückgreifen zu können, und die Letztverantwortung beim Arzt/ der Ärztin zu lassen. Dann würde die Unzufriedenheit mit fortschreitender Berufserfahrung, steigender Sicherheit in der Behandlung, und vermehrter Verantwortungsbereitschaft steigen.

ÄrztInnen sind in einer anderen Situation. Praktisch besteht für sie kein Unterschied, ob Osteopathie rechtlich anerkannt ist oder nicht. Aber es ist durchaus möglich, dass ÄrztInnen sich mit zunehmender Berufserfahrung stärker als OsteopathInnen identifizieren, und sich eine rechtliche Anerkennung wünschen, weniger um ihre persönliche rechtliche Situation zu klären, sondern mehr um der Osteopathie Anerkennung zu verschaffen.

**Nullhypothese 3:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen Berufsdauer und dem Bedürfnis nach rechtlicher Anerkennung der Osteopathie.

**Alternativhypothese 3:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen Berufsdauer und dem Bedürfnis nach rechtlicher Anerkennung der Osteopathie

#### **2.2.4 Hypothese 4 und 5**

##### **Vorannahme 4 und 5**

Osteopathie als eigener Beruf kann für die Osteopathie aber auch für die OsteopathInnen persönlich zu großen Veränderungen führen. Osteopathie als Beruf könnte OsteopathInnen Rechte, wie ohne ärztliche Verordnung arbeiten zu dürfen oder das Recht Untersuchungen anzuordnen, verschaffen. Dadurch wären ein rascherer Behandlungsbeginn, eine schnellere Diagnostik und dadurch eine Verbesserung der Qualität und der Effizienz der Behandlung möglich. Selbstverständlich stiege auch die Verantwortung der OsteopathInnen, und damit die Anforderungen an Aus- bzw. Weiterbildung. Gelingt es OsteopathInnen das Vertrauen der Bevölkerung zu erlangen, wären mit Osteopathie als eigener Beruf bei hoher Professionalität der Ausübenden auch höheres gesellschaftliches Ansehen und bessere Entlohnung verbunden. Osteopathie als eigener Beruf setzt bei den OsteopathInnen die Bereitschaft voraus, persönliche Anstrengungen auf sich zu nehmen, und berufspolitisches Engagement zu zeigen. Es ist zu erwarten, dass Unzufriedenheit mit der gegebenen Situation eher dazu führt, diese Anstrengungen auf sich nehmen zu wollen.

Würde Osteopathie als Methode anerkannt, so bliebe vieles für die OsteopathInnen beim Alten. Der Grundberuf entschiede weiterhin darüber, wer unter welchen Bedingungen Osteopathie ausüben dürfte. Befürchtungen wie die von Pankovits (2007), ob einzelne Teilbereiche wie etwa viscerale Techniken angewandt werden dürfen, könnten ausgeräumt werden. Es besteht Grund zur Annahme, dass OsteopathInnen, die damit zufrieden sind, Osteopathie auf der Basis ihres Grundberufes auszuüben eher eine rechtliche Anerkennung der Osteopathie als Methode bevorzugen.

**Nullhypothese 4:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf.

**Alternativhypothese 4:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf.

**Nullhypothese 5:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf.

**Alternativhypothese 5:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf.

### **2.2.5 Hypothese 6:**

#### **Vorannahme:**

Wie schon in den Vorannahmen 4 und 5 beschrieben, setzt die Anerkennung der Osteopathie als Beruf hohe Leistungsbereitschaft und viel persönliches Engagement der Beteiligten voraus. Daraus lässt sich ableiten, dass bei OsteopathInnen, die eine Anerkennung der Osteopathie als Beruf wünschen, eine hohe Akzeptanz für Regeln im Sinn des Schutzes der PatientInnen und der OsteopathInnen vorhanden ist.

**Nullhypothese 6:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf und der Akzeptanz für Regeln.

**Alternativhypothese 6:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf und der Akzeptanz für Regeln

## **2.3 Material**

### **2.3.1 Entwicklung und Beschreibung des Fragebogens**

Für die Datenerhebung wurde ausgehend von den statistischen Hypothesen in Zusammenarbeit mit einer Psychologin ein Fragebogen mit standardisierten und offenen Fragen entwickelt. Danach wurde der Fragebogen sechs KollegInnen vorgelegt, um Rückmeldung zur Verständlichkeit und zur Sachlogik der Fragen zu bekommen. Die Rückmeldungen erwiesen, dass keine weiteren Veränderungen des Fragebogens nötig waren.

Der Beginn des Fragebogens ist in Briefform gestaltet. Die Befragten wurden über das Thema und den Zweck der Befragung sowie die anonymisierte Auswertung informiert und gebeten, den Fragebogen auszufüllen und in den nächsten Tagen im vorfrankierten Antwortkuvert retour zu senden.

Der Fragebogen besteht aus 16 Items und gliedert sich in vier Abschnitte:

Im ersten Abschnitt werden soziodemographische Daten erhoben. Relevant sind vor allem die Angaben über die Art und Dauer der Osteopathieausbildung, den Grundberuf und die Berufsdauer (Frage 1 bis 8).

Vor dem zweiten Abschnitt erfolgt eine kurze Information zur rechtlichen Situation in Österreich. Danach folgen Fragen, die sich auf die Zufriedenheit mit der bestehenden Situation und auf das berufliche Selbstverständnis beziehen. (Frage 10 bis 13). Hier wird zum Beispiel gefragt, wie sich OsteopathInnen bezeichnen, wenn sie nach ihrem Beruf gefragt werden (Frage 11), oder danach ob die Ausbildung als Zusatzqualifikation oder als Berufsausbildung betrachtet wird (Frage 10).

Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit der Zustimmung zu gesetzlichen Rahmenbedingungen. Diese Fragen wurden aus dem osteopathischen Standard (2005), dem Verhaltenscodex der Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie, entwickelt, und beinhalten Bedingungen wie Fortbildungspflicht, Dokumentationspflicht oder auch den rechtlichen Schutz des Berufsbildes (Frage 14, bestehend aus neun Unterfragen).

Im letzten Abschnitt werden Informationen zu den Erwartungen und Befürchtungen, die mit einer rechtlichen Anerkennung verbunden sind, erhoben. (Erwartungen: Frage 15, sechs Unterfragen; Befürchtungen: Frage 16, drei Unterfragen).

Bei Frage 9 (Zufriedenheit mit der derzeitigen rechtlichen Situation), Frage 14 (gesetzliche Rahmenbedingungen), Frage 15 (Erwartungen) und Frage 16 (Befürchtungen) gibt es die Möglichkeit persönliche Anmerkungen zu machen. Auch am Ende des Fragebogens steht Raum zur Verfügung für weitere persönliche Überlegungen zum Thema, sowie das Angebot eines persönlichen Interviews.

### **2.3.2 Beschreibung der Zielgruppe und Ablauf der Erhebung**

Zielgruppe waren alle Personen, die Osteopathie zum Zeitpunkt der Erhebung (Juni 2007) im Raum Wien anboten. Die Adressen der OsteopathInnen in Wien wurden über das Internet gesucht. Es wurde keine Vorauswahl bezüglich der osteopathischen Ausbildung oder des Grundberufes getroffen. Menschen, die nur Teilangebote wie craniosacrale oder viscerale Osteopathie anbieten, wurden hier nicht berücksichtigt.

Die Auswahl erfolgte aus der Sicht eines Patienten/einer Patientin, der/die keine Vorinformationen hat, und eine OsteopathIn in Wien sucht. Es sollte damit das gesamte Spektrum des Angebots für PatientInnen erfasst werden.

Es wurden insgesamt 180 OsteopathInnen in Wien gefunden. Davon sind 91 (51%) AbsolventInnen der WSO. Davon sind 61 (67%) PhysiotherapeutInnen und 30 (33%) ÄrztInnen. Bei diesen 91 (51%) Befragten sind die Ausbildung und der Grundberuf bekannt. Weitere 17(9%) wurden in der OsteopathInnenliste der OEGO gefunden. Davon sind zwei ÄrztInnen. Diese 17 OsteopathInnen müssen eine Osteopathieausbildung haben, die von der OEGO anerkannt ist. Weitere 27 (15%) OsteopathInnen, die in den vorigen beiden Gruppen nicht vertreten sind, wurden über den Verband der PhysiotherapeutInnen, Physio Austria, gefunden. Bei ihnen kann der Grundberuf Physiotherapie vorausgesetzt werden, über die Art der Osteopathieausbildung gibt es keine näheren Angaben. Über die Ärztekammer wurden 32 (18%) Adressen von ÄrztInnen ausfindig gemacht, die Osteopathie

anbieten. Im Heroldverzeichnis konnten unter Osteopathie weiter 11(6%) Adressen gefunden werden. Die Suche mit Google brachte noch zwei (1%) bis dahin unbekannte Osteopathieangebote in Wien.

Der Fragebogen wurde postalisch Anfang Juni 2007 an die 180 OsteopathInnen in Wien mit der Bitte um baldige Retournierung versandt. Ein adressiertes und vorfrankiertes Antwortkuvert war beigelegt. Drei Fragebögen konnten aufgrund unbekannter Empfänger nicht zugestellt werden. In den nächsten acht Wochen wurden insgesamt 66 Fragebögen ausgefüllt zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 37%. Diese 66 Fragebögen wurden statistisch ausgewertet. Vier weitere Fragebögen wurden im Lauf der nächsten sechs Monate retourniert. Diese konnten für die Auswertung nicht mehr berücksichtigt werden.

### **2.3.3 Auswertung der Daten**

Die quantitative Auswertung der Daten, die grafische Darstellung der Ergebnisse und die Interpretation der Ergebnisse wurde mit Unterstützung einer Psychologin durchgeführt.

Eine SPSS-Matrix wurde erstellt und die quantitativen Daten wurden in diese händisch eingegeben. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows 11. Zur Überprüfung der Hypothesen kamen der U-Test nach Mann und Whitney und Spearman-Rho Korrelation zur Anwendung.

Der U-Test nach Mann und Whitney zählt nach Bühl und Zöfel (1999) zu den am häufigsten verwendeten Tests, die zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben herangezogen werden. Dieser Test ist ein nichtparametrischer Test. Er eignet sich zur Auswertung, wenn angenommen wird, dass es keine Normalverteilung der Ergebnisse gibt. Der Test ist auch für kleine Stichproben geeignet. Er basiert auf einer gemeinsamen Rangreihe der Werte beider Stichproben. (Bühl & Zöfel 1999, S.272).  $Z$  bezeichnet die Prüfgröße,  $p$  die Irrtumswahrscheinlichkeit. Wobei  $p > 0,05$  nicht signifikant,  $p \leq 0,05$  signifikant,  $p \leq 0,01$  sehr signifikant und  $p \leq 0,001$  als höchst signifikant bewertet wird (vgl. Bühl & Zöfel 1999, S.101).

Mit der Spearman-Rho Korrelation kann die Stärke des statistischen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen und die Signifikanz des Zusammenhangs geprüft werden, auch wenn eine der beiden Variablen nicht normalverteilt ist (Bühl & Zöfel 1999). Der Korrelationskoeffizient  $r$  bezeichnet die Stärke des Zusammenhangs und wird folgendermaßen interpretiert:  $r$  bis 0,2=sehr geringe Korrelation,  $r$  bis 0,5=geringe Korrelation,  $r$  bis 0,7=mittlere Korrelation,  $r$  bis 0,9 =hohe Korrelation,  $r$  über 0,9=sehr hohe Korrelation (vgl. Bühl & Zöfel, 1999, S.302). Der Korrelationskoeffizient kann auch negativ sein. Das bedeutet, dass der Zusammenhang gegenläufig ist. Je kleiner der Wert der einen Variablen, desto größer der andere (zum Beispiel je kleiner die Zufriedenheit, desto größer die Zustimmung). Die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$  sagt aus, ob der festgestellte Zusammenhang signifikant ist oder auf einem zufälligen Zusammenhang beruht.  $p > 0,05$  wird als nicht signifikant,  $p \leq 0,05$  als signifikant,  $p \leq 0,01$  als sehr signifikant und  $p \leq 0,001$  als höchst signifikant bewertet (vgl. Bühl & Zöfel 1999, S.101).

Die Auswertung der offenen Fragen wurde mittels Kategorisierung und Interpretation der Angaben durchgeführt.

### **2.3.4 Demographische Angaben**

Die Stichprobe umfasst 66 Personen, davon sind 48 Frauen (73%) und 18 Männer (27%), die zum Zeitpunkt der Befragung im Alter von 27 bis 55 Jahren (MW=39,33, SD=6,144) sind.

49 der Befragten (74,25%) sind von ihrem Grundberuf PhysiotherapeutInnen, davon ist eine zusätzlich Sportwissenschaftlerin. 16 der befragten Personen sind ÄrztInnen (24,25%) (davon je acht AllgemeinärztInnen und acht FachärztInnen). Eine der Befragten ist diplomierte medizinisch technische Fachkraft (1,5%).

Die acht FachärztInnen verteilen sich auf sechs FachärztInnen der Physikalischen Medizin (75 %), eine FachärztIn der Neurologie (12,5 %) und eine der Anästhesie und Intensivmedizin (12,5%).

60 (91%) der Befragten haben Ihre osteopathische Ausbildung an der WSO absolviert, davon besuchten zwei zusätzlich Osteopathiekurse der österreichischen

Ärztegesellschaft für manuelle Medizin. Eine Osteopathin machte ihre Ausbildung bei der IAO (1,5%), die verbleibenden fünf bei anderen Ausbildungsstätten in England, Frankreich und Deutschland (7,5 %).

Den Abschluss ihrer Ausbildung mit der Masterthesis haben zum Zeitpunkt der Erhebung 29 der Befragten (44%) vor 0-14 Jahren absolviert (MW=3,93; SD=3,77). 20 (30,5%) haben die Prüfungen bestanden, die in der Ausbildung vorgesehene Masterthesis aber noch nicht fertig abgeschlossen. Ihre letzte Prüfung haben sie vor 0 bis 7 Jahren abgelegt (MW=2,95; SD=2,53). 16 (24%) befinden sich noch in Ausbildung vor Abschluss der Prüfungen. Eine Befragte (1,5%) hat die Ausbildung nach drei Jahren abgebrochen, will diese aber in unbestimmter Zeit fortsetzen.

60 (91%) Befragte sind zwischen einem und 16 Jahren (MW=5,71; SD=3,415) als OsteopathInnen tätig; 6 (9%) gaben darüber keine Auskunft.

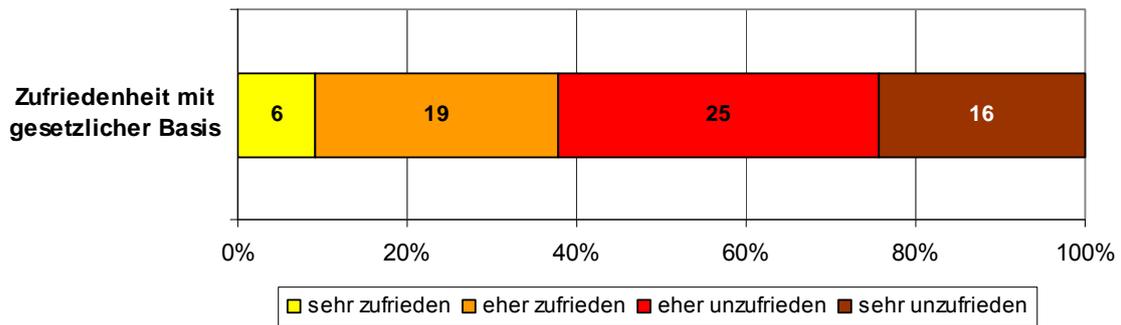
Alle 66 (100%) üben die Osteopathie als Selbständige aus; 10 (15%) davon auch in Form einer unselbständigen Tätigkeit. Davon sind sechs an einer Ambulanz und zwei stationär; von zweien fehlt die Angabe darüber.

Entsprechend der Zielgruppe sind alle Befragten in Wien tätig.

## **2.4 Ergebnisse**

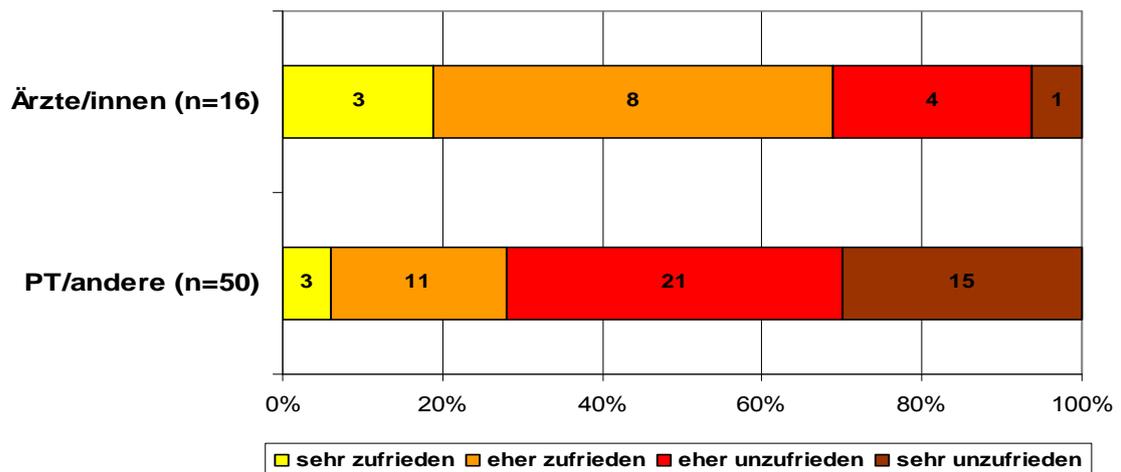
### **2.4.1 Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Basis**

Mit der aktuellen gesetzlichen Basis in Österreich zur Ausübung der Osteopathie sind 25 der Befragten (38%) eher bis sehr zufrieden. Der überwiegende Anteil (62%) zeigt sich jedoch zumindest eher unzufrieden damit; immerhin sind 16 der Befragten (24%) „sehr unzufrieden“ mit der aktuellen gesetzlichen Regelung (Abb. 3).



**Abbildung 3: Ausmaß der Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Basis; n= 66**

Betrachtet man die Zufriedenheit mit der gesetzlichen Situation zur Ausübung der Osteopathie nach dem Grundberuf der Befragten, dann zeigt sich, dass die PhysiotherapeutInnen weit unzufriedener mit der aktuellen gesetzlichen Basis zur Ausübung der Osteopathie sind als die ÄrztInnen. 36 der 50 befragten PhysiotherapeutInnen (72%) sind eher bis sehr unzufrieden damit, während dies bei den ÄrztInnen nur auf 31% der 16 befragten zutrifft (Abb. 4).



**Abbildung 4: Zufriedenheit nach Grundberuf**

**Nullhypothese 1:** Es besteht kein Unterschied in der Zufriedenheit mit der bestehenden gesetzlichen Situation zwischen PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen.

**Alternativhypothese 1:** Es besteht ein Unterschied in der Zufriedenheit mit der bestehenden gesetzlichen Situation zwischen PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen.

Mittels Mann-Whitney-U-Test wurde eine Signifikanzprüfung der Unterschiede der Zufriedenheit zwischen den beiden Gruppen durchgeführt. Es zeigt sich, dass sich die Zufriedenheit zwischen den beiden Berufsgruppen signifikant unterscheidet ( $p=0,003$ ,  $Z= -2,938$ ). PhysiotherapeutInnen sind mit der derzeitigen gesetzlichen Situation zur Ausübung der Osteopathie unzufriedener als ÄrztInnen.

Die Alternativhypothese 1 kann bestätigt werden: Es besteht ein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit mit der bestehenden gesetzlichen Situation zwischen PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen. Es zeigt sich, dass PhysiotherapeutInnen mit der derzeitigen gesetzlichen Situation zur Ausübung der Osteopathie unzufriedener sind als ÄrztInnen.

Während jene, die erst kurz (bis zu drei Jahren) die Osteopathie beruflich anwenden zu 42% zumindest eher zufrieden sind und jene, die vier bis sieben Jahre tätig sind zu 46%, sind nur mehr rund 14% der OsteopathInnen, die länger als sieben Jahre tätig sind, mit der rechtlichen Situation zufrieden (Abb. 5). Statistisch nachweisen lässt sich die Abnahme an Zufriedenheit nur für die Berufsgruppe der PhysiotherapeutInnen ( $r=0,322$ ;  $p=0,033$ ), nicht aber für die Gruppe der ÄrztInnen ( $r=-0,030$ ;  $p=0,916$ ).

Somit lässt sich feststellen, dass die Unzufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Basis zur Ausübung der Osteopathie bei den PhysiotherapeutInnen mit der Dauer der beruflichen Ausübung der Osteopathie zunimmt.

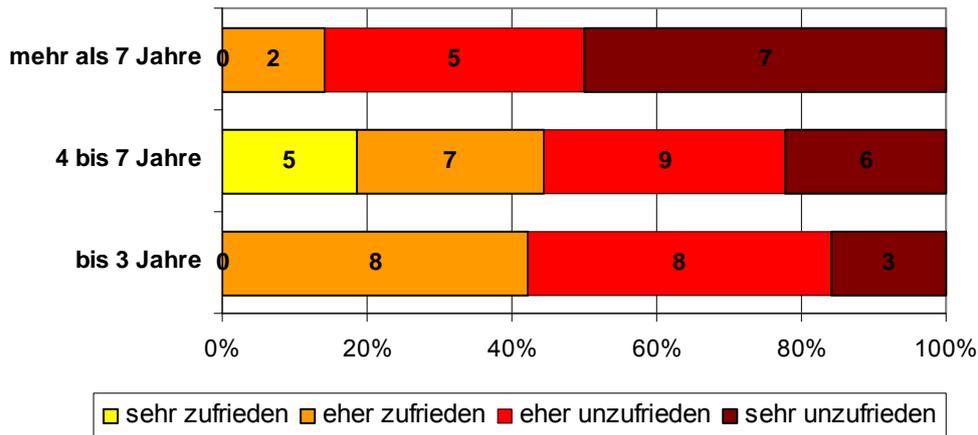


Abbildung 5 :Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Regelung nach Berufsdauer, n= 60

### 2.4.1.1 Qualitative Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der aktuellen Situation

Von den 66 Befragten geben 45 eine Begründung ihrer Antwort an. Als Begründung für Zufriedenheit mit der herrschenden Situation wird am häufigsten (sechs Mal) angeführt, dass jede OsteopathIn über eine medizinische Grundausbildung, klinisches Wissen und Anatomiekenntnisse verfügt. Offensichtlich wird von den Personen davon ausgegangen, dass ausschließlich Menschen mit medizinischem Grundberuf die Osteopathie ausüben.

Vier Personen geben an, dass die jetzige Situation nicht optimal ist, aber zumindest eine Möglichkeit darstellt Osteopathie auszuüben, die bis jetzt ohne Probleme läuft.

Zwei Ärzte begründen ihre Zufriedenheit damit, dass sie als Ärzte ohnehin alles dürfen. Vier PhysiotherapeutInnen sehen es positiv, osteopathische Behandlungen über Physiotherapie abrechnen zu können (drei davon sind noch in Ausbildung).

Die Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation wird folgendermaßen begründet:

24 Befragte geben die rechtlich unklare Situation als Begründung an. Sie nennen den mangelnden rechtlichen Schutz, die fehlende rechtliche Vertretung und die Möglichkeit, dass sich derzeit jeder als OsteopathIn bezeichnen kann als Grund für ihre Unzufriedenheit. Zehn davon sehen die Lösung in der Anerkennung der Osteopathie als eigener Beruf.

Sieben PhysiotherapeutInnen beklagen, dass sie eine ärztliche Verordnung benötigen, um im gesetzlichen Rahmen zu bleiben, und ein Osteopath möchte Untersuchungen anordnen können.

Eine OsteopathIn ist unzufrieden mit dem Niveau der Ausbildung, sie möchte Osteopathie als Studium.

Unzufriedenheit mit der geltenden Situation wird auch durch die Befürchtung, dass bei der Beibehaltung der derzeitigen Situation die Osteopathie ihr Konzept und ihre Philosophie verliert, geäußert.

## 2.4.2 Berufliches Selbstverständnis

40 der Befragten (60,6%) betrachten die Osteopathie als Berufsausbildung, während 24 (36,4%) diese „nur“ im Sinne einer Zusatzqualifikation sehen. Zwei Befragte (3%) betrachten die Osteopathie als Berufs- und Zusatzausbildung (Abb. 6.).

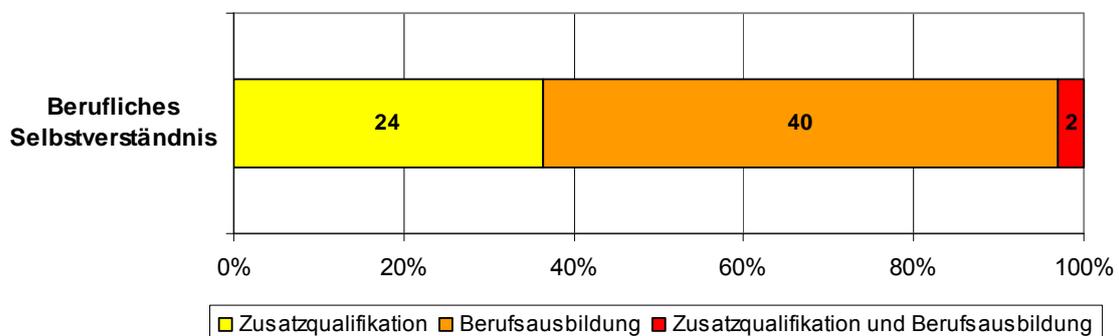


Abbildung 6: Berufliches Selbstverständnis; n=66

Differenziert nach Grundberuf der Befragten erweist sich, dass ein tendenzieller Zusammenhang zwischen beruflichem Selbstverständnis als OsteopathIn und dem Grundberuf besteht. Und zwar betrachten PhysiotherapeutInnen die Ausbildung zur OsteopathIn eher als (zweite) Berufsausbildung (70%), während ÄrztInnen diese eher als Zusatzqualifikation (62,5%) ansehen (Abb. 7).

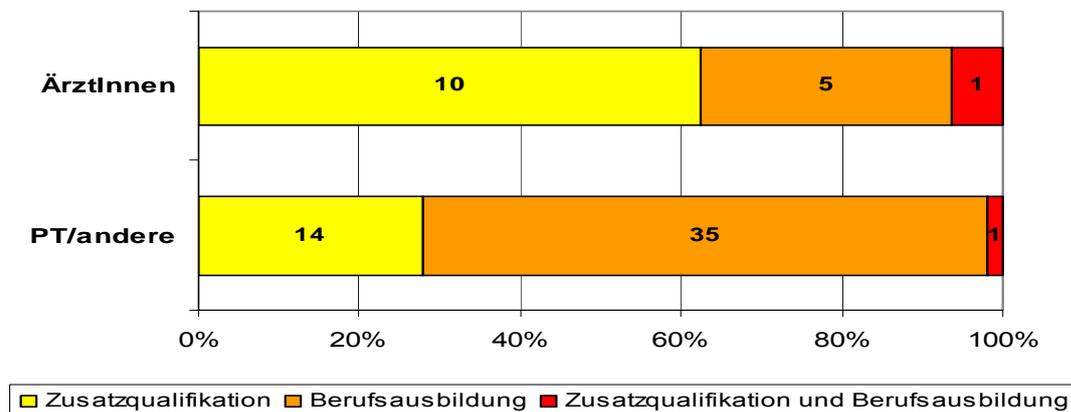


Abbildung 7: Berufliches Selbstverständnis nach Grundberuf; n= 66

### 2.4.2.1 Qualitative Ergebnisse: Berufsbezeichnung

Von den 66 Befragten bezeichnen sich 24 Personen (36%) als OsteopathInnen ohne nähere Angabe zum Grundberuf. 34 (51,5%) geben ihren Grundberuf und die Osteopathie an, nur 7 der Befragten (10,5%) bezeichnen sich lediglich mit ihrem Grundberuf und eine ÄrztIn (1,5%) bezeichnet sich als Kinesiologin.

Auffallend ist, dass nur eine der PhysiotherapeutInnen (2%) im Verhältnis zu sechs der ÄrztInnen (38%) auf die Bezeichnung als OsteopathIn verzichtet. Jene 24 Personen, die sich als OsteopathInnen bezeichnen, setzen sich aus 21 PT/andere (43%) und drei ÄrztInnen (19%) zusammen.

Offensichtlich ist den meisten PT/andere die Bezeichnung als OsteopathIn sehr wichtig. Sie lassen außerdem öfter ihren Grundberuf ganz weg als die ÄrztInnen.

Dieses Ergebnis stimmt überein mit dem unterschiedlichen beruflichen Selbstverständnis der beiden Berufsgruppen. Die PhysiotherapeutInnen, die eher dazu tendieren, Osteopathie als Berufsausbildung zu betrachten, führen die

Osteopathie häufiger in der Berufsbezeichnung an, während ÄrztInnen eher dazu tendieren, Osteopathie als Zusatzqualifikation zu betrachten, die nicht unbedingt in der Berufsbezeichnung aufscheinen muss.

Wie man nun tatsächlich die Qualifikation als OsteopathIn mit oder ohne Grundberuf darstellt, ist teilweise sehr unterschiedlich. Knapp 80% nennen sich OsteopathIn bzw. OsteopathIn in Ausbildung. Die Bezeichnungen der restlichen 20% variieren vom „MSc für Osteopathie“ über die „Kinderdiplomosteopathin“ bis zur „Physiotherapeutin mit Schwerpunkt Osteopathie“.

### 2.4.3 Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie

51 der Befragten (77%) sind zumindest eher dafür, dass die Osteopathie in Österreich als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf anerkannt wird. Und 52 (rund 79%) sind zumindest eher dafür, dass die Osteopathie als Behandlungsform gesetzliche anerkannt werden soll, die einen medizinischen Grundberuf voraussetzt, wobei die Zustimmung zur Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf stärker ausgeprägt ist. So haben hier 39 (59%) gegenüber 30 Befragte (45,5%) angekreuzt, dass sie sehr dafür sind (Abb. 8). Zwei Personen haben hierzu keine Angabe gemacht.

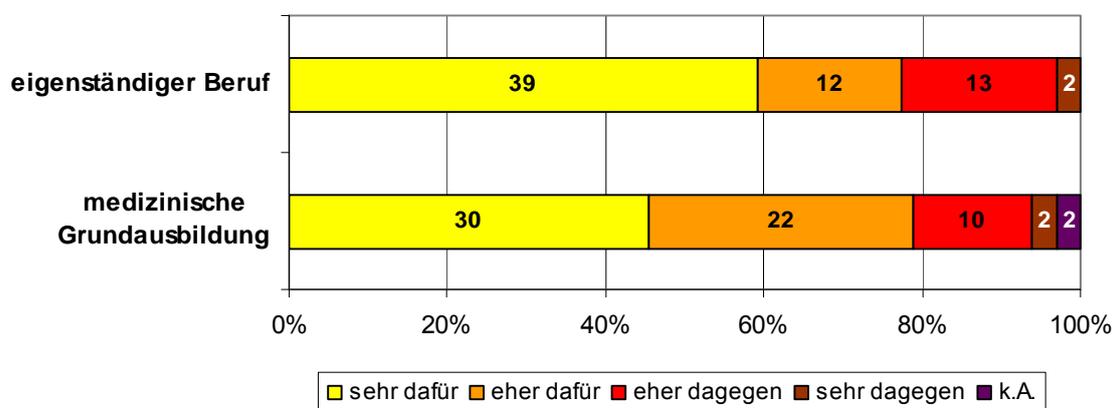


Abbildung 8: Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie; n= 66

Die ÄrztInnen stimmen eher der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, zu. 75% sind zumindest eher dafür, während für die Anerkennung als eigenständiger Beruf „nur“ 63,5% sind. Die PhysiotherapeutInnen hingegen stimmen beiden Varianten der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie stärker zu als die ÄrztInnen. Tendenziell sind sie etwas stärker für die Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf. So stimmen 41 der 50 PhysiotherapeutInnen (82%) dieser Variante zu und 40 (80%) der Variante der Anerkennung als Behandlungsform.

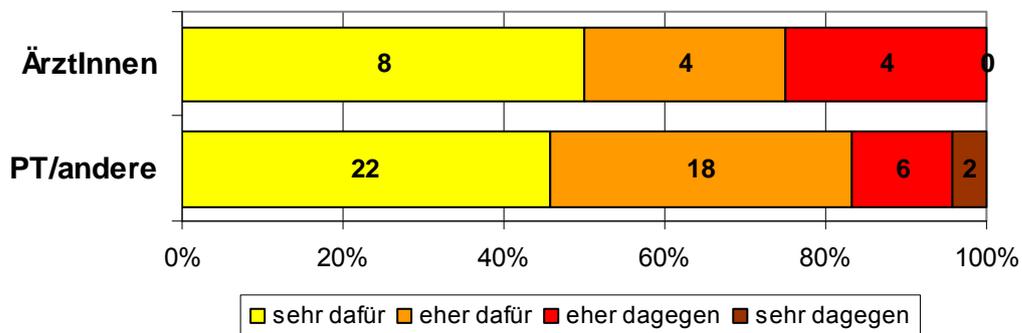


Abbildung 9: Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach Grundberuf; n=64 (2 fehlend).

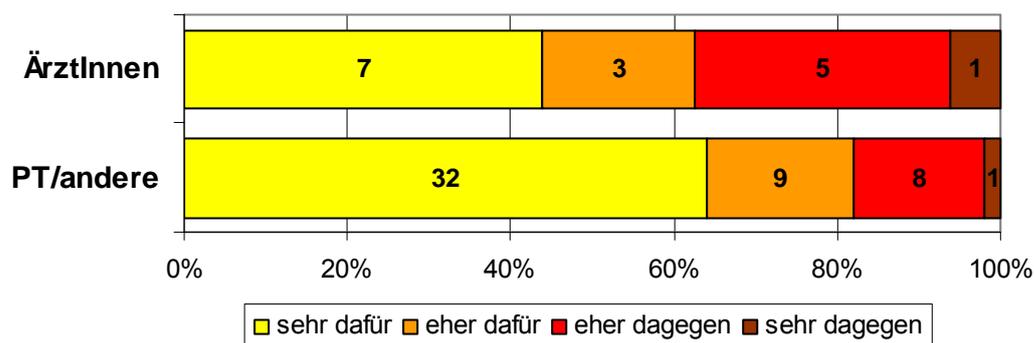
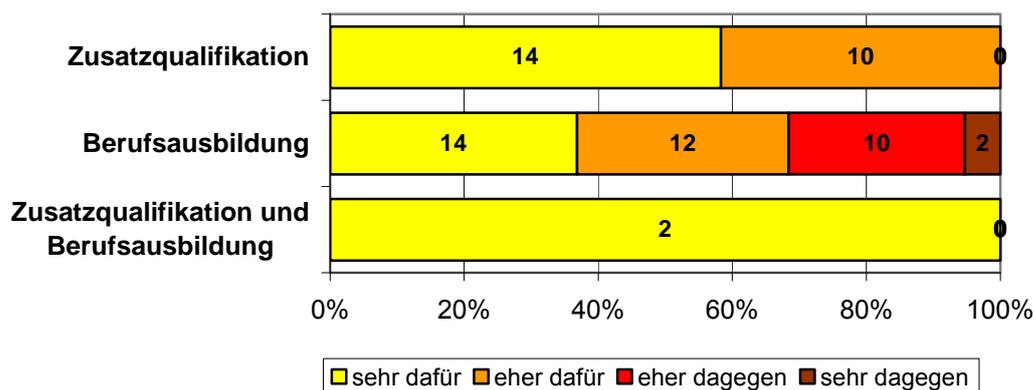


Abbildung 6: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach Grundberuf; n= 66

Es besteht zwar, wie eben gezeigt, ein Zusammenhang zwischen Grundberuf und der Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie, aber als stärker erweist sich der Zusammenhang zwischen dem beruflichen Selbstverständnis der Befragten als OsteopathInnen und der Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie.

So sind all jene, die die Osteopathie als eine berufliche Zusatzqualifikation betrachten, zumindest eher dafür, dass die Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert gesetzlich anerkannt wird. Dasselbe trifft nur auf 26 von 38 (rund 68%) derjenigen zu, die ihre osteopathische Ausbildung als Berufsausbildung betrachten. Umgekehrt sind über 92,5% derer, die die Osteopathie als Berufsausbildung betrachten, zumindest eher für eine Anerkennung als eigenständiger Beruf, während dies nur auf die Hälfte jener zutrifft, die ihre osteopathische Ausbildung als Zusatzqualifikation betrachten.

Jene zwei Befragten, die die Osteopathie als Berufsausbildung und als Zusatzqualifikation betrachten (eine Ärztin und eine Physiotherapeutin), sind sowohl sehr für die Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, als auch sehr für die gesetzliche Anerkennung als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf.



**Abbildung 7: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach beruflichem Selbstverständnis; n= 66.**

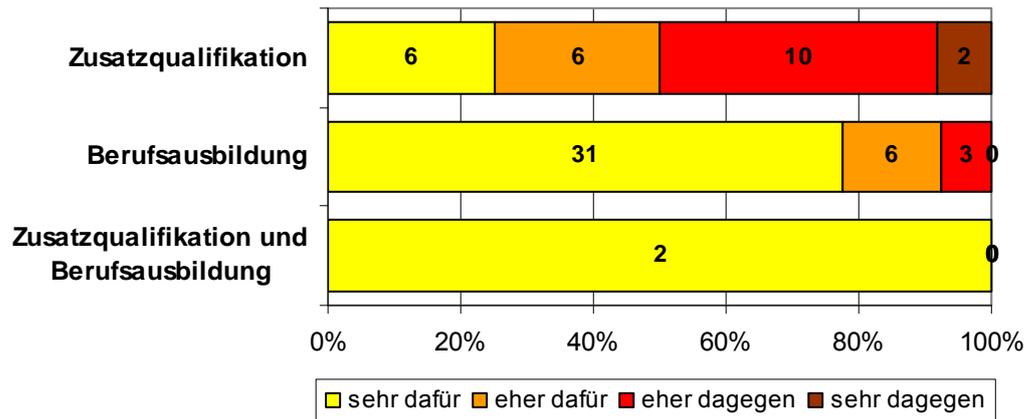


Abbildung 8: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach beruflichem Selbstverständnis; n= 66.

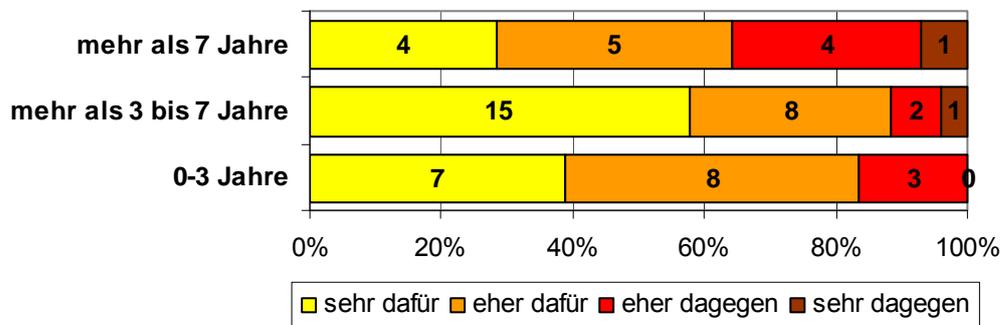
**Nullhypothese 2:** Es besteht kein Unterschied zwischen jener Gruppe, die die Osteopathie als Zusatzqualifikation betrachtet und jener Gruppe, die die Osteopathie als Berufsausbildung betrachtet, bezüglich der Zustimmung zur Form der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie.

**Alternativhypothese 2:** Es besteht ein Unterschied zwischen jener Gruppe, die die Osteopathie als Zusatzqualifikation betrachtet und jener Gruppe, die die Osteopathie als Berufsausbildung betrachtet, bezüglich der Zustimmung zur Form der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie.

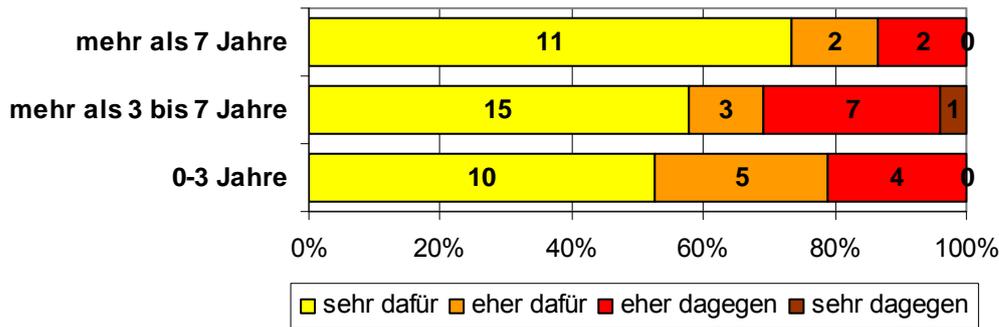
Die Signifikanzprüfung der Unterschiede mittels eines U-Tests nach Mann und Whitney zeigt hochsignifikante Unterschiede in der Zustimmung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie nach dem beruflichen Selbstverständnis. Die Gruppe derer, die die Osteopathie als Berufsausbildung definieren, unterscheiden sich signifikant in ihrer Zustimmung zur Form der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie von der Gruppe jener, die die Osteopathie als Zusatzqualifikation betrachten. Und zwar trifft dies auf beide Formen der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie zu, wobei der Unterschied bei der Zustimmung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf ausgeprägter vorhanden ist (Variante 1:  $Z=-0,463$ ,  $p=0,014$ ; Variante 2:  $Z=-4.394$ ,  $p=0,000$ ).

Alternativhypothese 2 konnte bestätigt werden: es besteht ein Unterschied zwischen jener Gruppe, die die Osteopathie als Zusatzqualifikation betrachtet und jener Gruppe, die die Osteopathie als Berufsausbildung betrachtet, bezüglich der Zustimmung zur Form der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie. Und zwar dahingehen, dass Personen, die die Ausbildung zur OsteopathIn als Zusatzqualifikation betrachten, stärker der Variante zustimmen, dass diese als Behandlungsform basierend auf dem Grundberuf anerkannt werden soll, während jene, die die Ausbildung zur Osteopathin als Berufsausbildung betrachten, weit stärker für die gesetzliche Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf sind.

Betrachtet man die Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie nach Berufsdauer, dann zeigt sich anhand der Häufigkeitsbalken eine Tendenz der Befragten, die mehr als 7 Jahre als OsteopathInnen tätig sind, zur Anerkennung als eigenständiger Beruf, während jene, die mehr als drei bis sieben Jahre tätig sind, die gesetzliche Anerkennung als Behandlungsform etwas stärker bevorzugen. Jene, die am kürzesten die Osteopathie beruflich anwenden, stimmen beiden Varianten annähernd gleichermaßen zu (Abb. 13 und 14).



**Abbildung 9: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach Berufsdauer; n= 58.**



**Abbildung 10: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach Berufsdauer; n= 60.**

**Nullhypothese 3:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen Berufsdauer und dem Bedürfnis nach rechtlicher Anerkennung der Osteopathie.

**Alternativhypothese 3:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen Berufsdauer und dem Bedürfnis nach rechtlicher Anerkennung der Osteopathie.

Die Hypothese wurde mittels einer Spearman-Rho Korrelation geprüft. Für beide Varianten der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden (Variante 1:  $r = 0,123$ ,  $p = 0,358$ ; Variante 2:  $r = -0,097$ ;  $p = 0,463$ ).

Die Nullhypothese 3 wurde verifiziert: es besteht kein Zusammenhang zwischen Berufsdauer und dem Bedürfnis nach rechtlicher Anerkennung der Osteopathie.

Jene 41 Befragten (62%), die mit der aktuellen gesetzlichen Lage eher bis nicht zufrieden sind, sind zu 88% zumindest eher für die Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf, aber nur zu 73% für die Anerkennung als Behandlungsform.

Jene 25 Personen, die mit der aktuellen Situation eher bis sehr zufrieden sind (38%), sind zu 88% zumindest eher für die Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, aber nur zu 60% zumindest eher für die Anerkennung als eigenständiger Beruf.

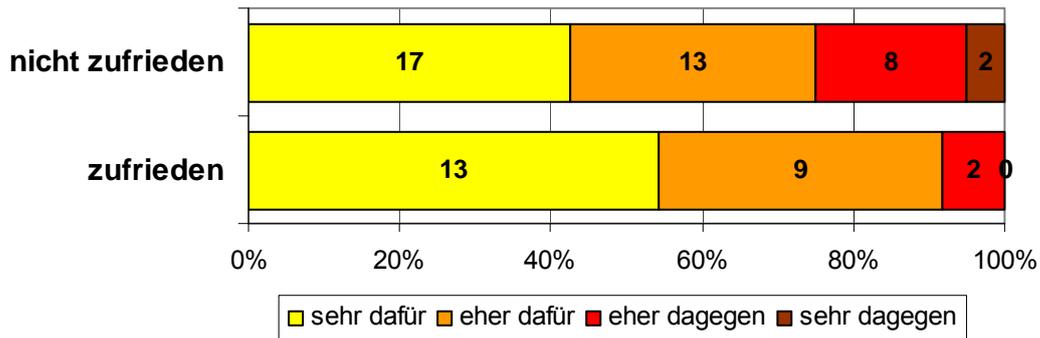


Abbildung 11: Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach Zufriedenheit mit der aktuellen Situation; n= 64 (2 fehlend)

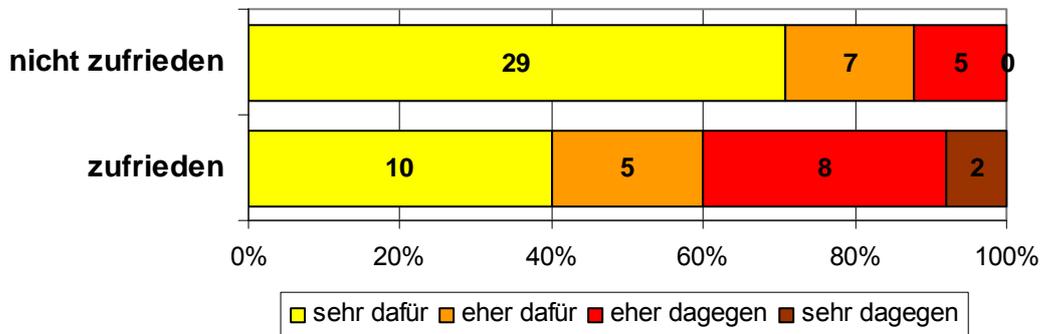


Abbildung 12: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach Zufriedenheit mit der aktuellen Situation; n= 66

**Nullhypothese 4:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf.

**Alternativhypothese 4:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf.

Hypothese 4 wurde mittels einer Spearman-Rho Korrelation geprüft. Für das Ausmaß der Zufriedenheit und der Zustimmung der Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsmethode, die eine medizinische Grundausbildung erfordert, besteht kein signifikanter Zusammenhang ( $r = 0,172, p = 0,174$ ).

Nullhypothese 4 wurde verifiziert: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf.

**Nullhypothese 5:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf.

**Alternativhypothese 5:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf.

Hypothese 5 wurde mittels einer Spearman-Rho Korrelation geprüft. Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Zustimmung der Osteopathie als eigenständiger Beruf ( $r = -0,414$ ,  $p = 0,001$ ).

Alternativhypothese 5 wurde bestätigt: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der derzeitigen Situation und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf. Je geringer die Zufriedenheit mit der derzeitigen rechtlichen Situation zur Ausübung der Osteopathie, desto stärker ist die Zustimmung zur Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf.

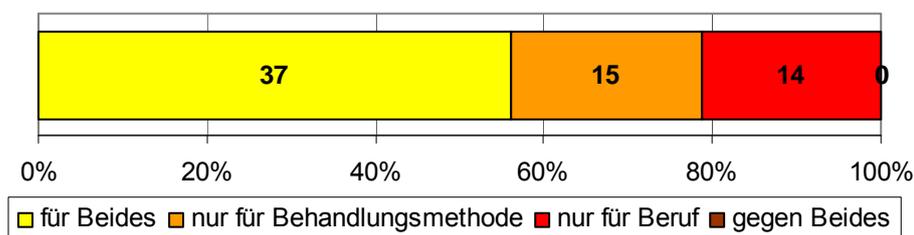
#### **2.4.3.1 Integrierte Analyse der Zustimmung zur gesetzlichen Anerkennung**

Da bisher die Zustimmung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie nur getrennt nach den beiden Varianten betrachtet wurde, interessiert auch, wie es insgesamt mit der Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung aussieht. Daher wurde mittels einer Kreuztabelle die Zustimmung zu den beiden Varianten der gesetzlichen Anerkennung miteinander in Zusammenhang gebracht und nach Zustimmung zu den Varianten unterschieden. Hierbei wurden die Kategorien eher und sehr dafür zusammengefasst. .

Es zeigt sich nun als interessante neues Ergebnis, dass alle 66 Befragten zumindest für eine Variante der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie sind, wobei 37

(56%) beiden Varianten zustimmen. Nur für die Anerkennung als Behandlungsmethode sind 15 (23%) und nur für die gesetzliche Anerkennung als eigenständiger Beruf sind 14 der Befragten (21%).

Hierdurch wird also eindeutig ersichtlich, dass unabhängig von der Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Situation, des Grundberufs und des beruflichen Selbstverständnisses als OsteopathIn, eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie gewünscht wird. Und überwiegend wird gewünscht, beide Varianten der gesetzlichen Anerkennung möglich zu machen. Sowohl als Behandlungsmethode, als auch als eigenständiger Beruf.



**Abbildung 13: Varianten der Zustimmung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie; n= 66.**

#### 2.4.4 Einstellungen zu einheitlichen Regelungen

Im Folgenden wurde nach der Zustimmung zu verschiedenen möglichen einheitlichen Regelungen für OsteopathInnen gefragt. In der folgenden Beschreibung sind die Ergebnisse nach der Größe der Zustimmung gerangreicht.

Die größte Zustimmung findet sich zum rechtlichen Schutz der Osteopathie als Berufsbild (100%). An zweiter Stelle steht die Akzeptanz für eine einheitliche gesetzliche Grundlage zur Ausübung der Osteopathie (nur eine Gegenstimme). An dritter Stelle folgt die Zustimmung zu einheitlichen Mindeststandards in der Ausbildung (nur zwei Gegenstimmen). Die Anerkennung bei der Krankenkasse, die vorgeschriebene Fortbildung und die Errichtung einer Patientenlaufstelle finden bei rund 80-90% der Befragten Zustimmung.

Am meisten Ablehnung erfährt hingegen der Aushang der Preise, hier sind 51,5% der Befragten dagegen und die Vorlage eines Informationsblattes (44% dagegen). Auch eine ausführliche Dokumentationspflicht stößt bei 27% auf Ablehnung.

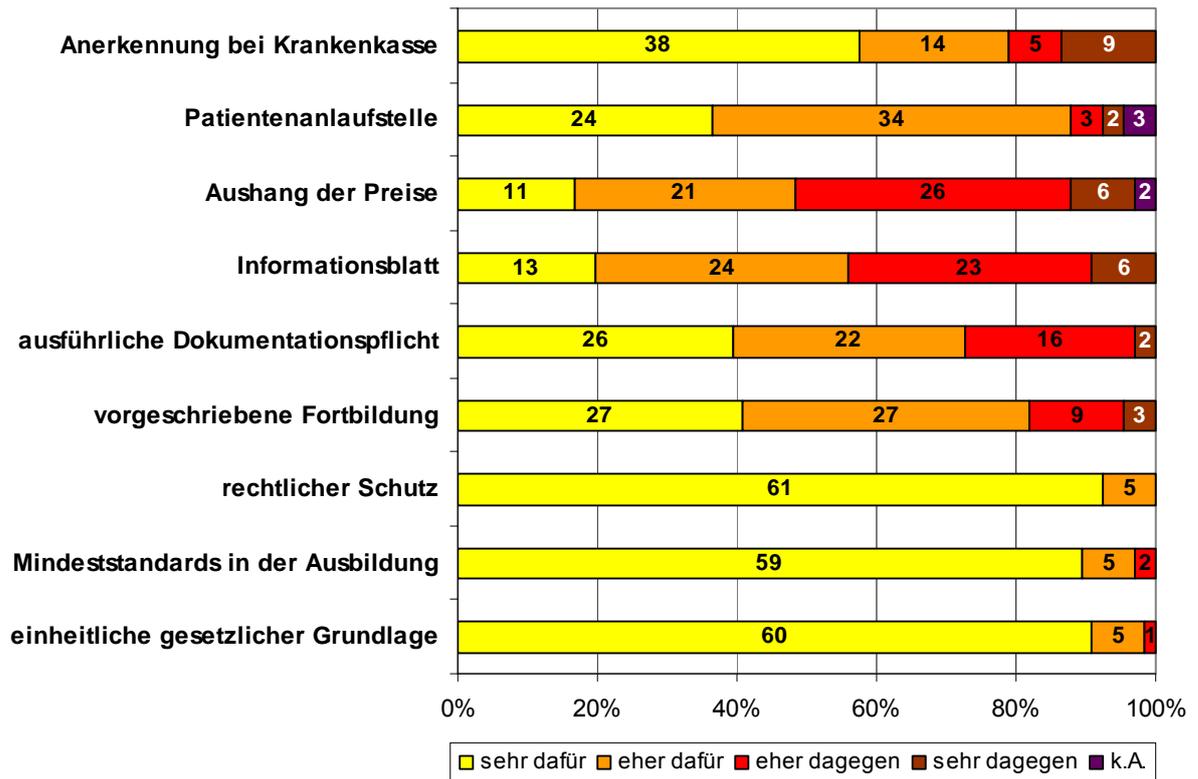


Abbildung 14: Einstellung zu einheitlichen Regelungen; n=66

**Nullhypothese 6:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf und der Akzeptanz für einheitliche Regeln.

**Alternativhypothese 6:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf und der Akzeptanz für einheitliche Regeln

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde der Gesamtscore für die Zustimmung zu einheitlichen Regelungen gebildet. Es zeigt sich für die Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf und die Akzeptanz für einheitliche Regeln kein signifikanter Zusammenhang ( $r=0,109$ ;  $p=0,402$ ).

Die Nullhypothese 6 wurde bestätigt: Der Wunsch der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf geht nicht gleichzeitig mit einer größeren Akzeptanz einheitlicher Regelungen einher.

Hingegen zeigt sich ein schwacher aber signifikanter Zusammenhang dahingehend, dass die Zustimmung zu einheitlichen gesetzlichen Regelungen mit der Dauer der Berufsausübung abnimmt ( $r=0,303$ ;  $p=0,023$ ). Differenziert nach Grundberuf betrachtet erweist sich, dass dieser Zusammenhang nur für OsteopathInnen besteht, die von ihrem Grundberuf ÄrztInnen sind ( $r=0,596$ ;  $p=0,024$ ), nicht aber für OsteopathInnen, die von ihrem Grundberuf PhysiotherapeutInnen sind ( $r=0,231$ ;  $p=0,146$ ). D.h je länger ÄrztInnen als OsteopathInnen praktizieren, desto geringer ist die Akzeptanz für einheitliche gesetzliche Regelungen der Osteopathie, während für für PhysiotherapeutInnen hier kein Zusammenhang mit der Dauer der Ausübung der Osteopathie besteht.

PhysiotherapeutInnen stimmen einheitlichen Regelungen tendenziell stärker zu als ÄrztInnen ( $Z=-1,729$ ;  $p=0,084$ ). Differenziert betrachtet stimmen PhysiotherapeutInnen signifikant stärker als ÄrztInnen folgenden einheitlichen Regelungen zu:

- Einer einheitlichen gesetzlichen Grundlage ( $Z= -2,519$ ,  $p=0,012$ )
- Mindeststandards in der Ausbildung ( $Z=-1,983$ ,  $p=0,047$ )
- Einem rechtlichen Schutz ( $Z= -2,969$ ,  $p=0,003$ )
- Der Anerkennung bei der Krankenkasse ( $Z=-3,223$ ;  $p= 0,001$ )

Keiner der möglichen einheitlichen gesetzlichen Regelungen stimmen hingegen ÄrztInnen signifikant stärker zu als PhysiotherapeutInnen.

#### **2.4.4.1 Qualitative Ergebnisse zu einheitlichen Regelungen**

##### **2.4.4.1.1 *Rechtlicher Schutz des Berufsbildes***

Bezüglich des rechtlichen Schutzes des Berufsbildes (100% Zustimmung) gibt es nur drei kurze Anmerkungen, die die Notwendigkeit des Schutzes unterstreichen.

#### **2.4.4.1.2 Einheitliche gesetzliche Grundlagen und Mindeststandards in der Ausbildung**

Mehr Anmerkungen gibt es zur einheitlichen gesetzlichen Grundlage (8) und zu einheitlichen Mindeststandards in der Ausbildung (8), wobei sich diese Aussagen inhaltlich überschneiden und deshalb zusammengefasst werden. Die Ausbildung ist ein zentrales Thema, wenn es um einheitliche gesetzliche Grundlagen zur Ausübung der Osteopathie geht.

Es gibt neun Anmerkungen, die eine Veränderung der derzeitigen Ausbildungsmöglichkeiten fordern. Die Ausbildung soll umfassend, fundiert und europaweit vergleichbar sein.

Mindeststandards in der Ausbildung und eine einheitliche gesetzliche Grundlage werden von vier Personen als erforderliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung gewünscht.

Zwei der Befragten möchten, dass die Osteopathie den ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen vorbehalten bleibt, eine davon betont, dass die osteopathische Ausbildung für beide Berufsgruppen gleich sein soll.

Zwei andere befürchten eine Einschränkung der Osteopathie durch gesetzliche Grundlagen. Eine von ihnen ist eher gegen die gesetzliche Anerkennung der Osteopathie.

Alle anderen Anmerkungen wurden von Personen gemacht, die sehr für die Einführung einer einheitlichen gesetzlichen Grundlage und von einheitlichen Mindeststandards in der Ausbildung sind.

#### **2.4.4.1.3 Fortbildungspflicht und Dokumentationspflicht**

Großteils wird die Fortbildung (10 von 13 Anmerkungen) und die Dokumentation (11 von 12 Anmerkungen) als selbstverständlich und als für die Qualitätssicherung wichtig bezeichnet. Die Fortbildungspflicht wird drei Mal abgelehnt mit den Begründungen, dass die sechs bis siebenjährige Osteopathieausbildung lang genug

sei und dass auch Praxis am Patienten schult. Häufiger (sechs Mal) wird die Meinung geäußert, dass die Art und die Dauer der Fortbildung jeder für sich individuell entscheiden solle. Die Dokumentationspflicht wird größtenteils als selbstverständlich angesehen. Genauere Vorgaben für die Art und den Umfang der Dokumentation werden eher abgelehnt. Eine Befragte lehnt Dokumentation grundsätzlich ab, mit der Bemerkung, dass „beim Gesundwerden Kreativität gefragt sei“.

#### **2.4.4.1.4 Informationsblatt**

Zum Informationsblatt gibt es 18 Anmerkungen. Sieben der Befragten meinen, dass der Bürokratie- und der Zeitaufwand zu groß wären. Genauso oft wird eine unnötige Verunsicherung der PatientInnen ähnlich wie durch den Beipacktext eines Medikamentes befürchtet. Dem kann sich eine/r der Befragten gar nicht anschließen, indem er/sie meint, dass die Osteopathie nichts hinzufügt, und demzufolge auch keine Nebenwirkungen erzeugen kann.

Vier Personen sind der Meinung, die OsteopathIn solle die Patientenaufklärung individuell regeln. Nur einmal wird erwähnt, dass ein Informationsblatt auch Schutz für die OsteopathIn bedeutet.

#### **2.4.4.1.5 Preisaushang**

Vier der Befragten (es gibt 16 Anmerkungen) möchten wieder, dass jede OsteopathIn selbst entscheidet, wie sie die Patienten über die Preise informiert. Drei geben an, dass sie die Patienten auf Anfrage vor der Behandlung telefonisch informieren.

Sieben der Befragten befürchten, dass durch einen Aushang der Preise eine individuelle Preisanpassung im Sinne einer sozialen Staffelung nicht mehr möglich wäre. Möglicherweise ist die Frage missverstanden worden. Ein Aushang der Preise in der Praxis sollte nicht bedeuten, dass im Einzelfall keine Sondervereinbarungen getroffen werden können.

#### **2.4.4.1.6    *Anerkennung von der Krankenkassa***

Fast die Hälfte der 15 Anmerkungen bezieht sich darauf, dass die Krankenkassa den Zeitaufwand nicht entsprechend abgelten wird können. Drei Mal wird befürchtet, dass dies zu einem Qualitätsverlust der Behandlungen führt.

Zwei OsteopathInnen würden es begrüßen, den PatientInnen eine finanzielle Entlastung anbieten zu können. Genauso viele sehen aber in der Bezahlung der Therapie einen Teil der Eigenverantwortung, die der Patient für seine Genesung übernimmt.

Eine OsteopathIn sieht die Bezahlung durch die Krankenkassa als angepasste Übergangslösung für die derzeitige rechtliche Situation. Eine meint, die Bezahlung der Osteopathie würde langfristig die Kosten im Gesundheitssystem reduzieren.

Eine Therapeutin tituliert ihre osteopathische Leistung als Physiotherapie.

Neun der Anmerkungen wurden von den 14 Personen gemacht, die eher oder sehr gegen die Bezahlung der Osteopathie durch die Krankenkassa sind.

#### **2.4.4.1.7    *Patientenanlaufstelle***

Zu diesem Thema gibt es vier Anmerkungen.

Zwei OsteopathInnen sind sehr für eine Patientenanlaufstelle, weil dadurch hohe Gerichtskosten und viel Zeit gespart werden kann. Es müsse aber eine OsteopathIn Ansprechperson sein.

Die Gegenstimmen finden, dass dieser Bereich durch Patientenanwalt und Ärztekammer entsprechend abgedeckt ist, beziehungsweise, dass eine Patientenanlaufstelle für den gesamten medizinischen Bereich und nicht nur für die Osteopathie gelten sollte.

## 2.4.5 Erwartungen an eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie

Die Erwartungen an eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie sind insgesamt recht stark ausgeprägt. An erster Stelle betreffen die Erwartungen an eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie einen besseren rechtlichen Schutz, 58 (88%) der 66 Befragten finden dies zumindest eher zutreffend. Die Gewährleistung einer hohen Qualität der Ausübung der Osteopathie erwarten sich zumindest eher 55 (83%). 42 der Befragten (74%) erwarten sich eine höhere Inanspruchnahme der Osteopathie und 47 (71%) ein höheres Wissen der Bevölkerung zum Thema Osteopathie. Dass die rechtliche Anerkennung der Osteopathie zu einer höheren persönlichen Anerkennung führen werde, wird am wenigsten stark erwartet, aber immerhin doch noch von 42 (64%) der Befragten.

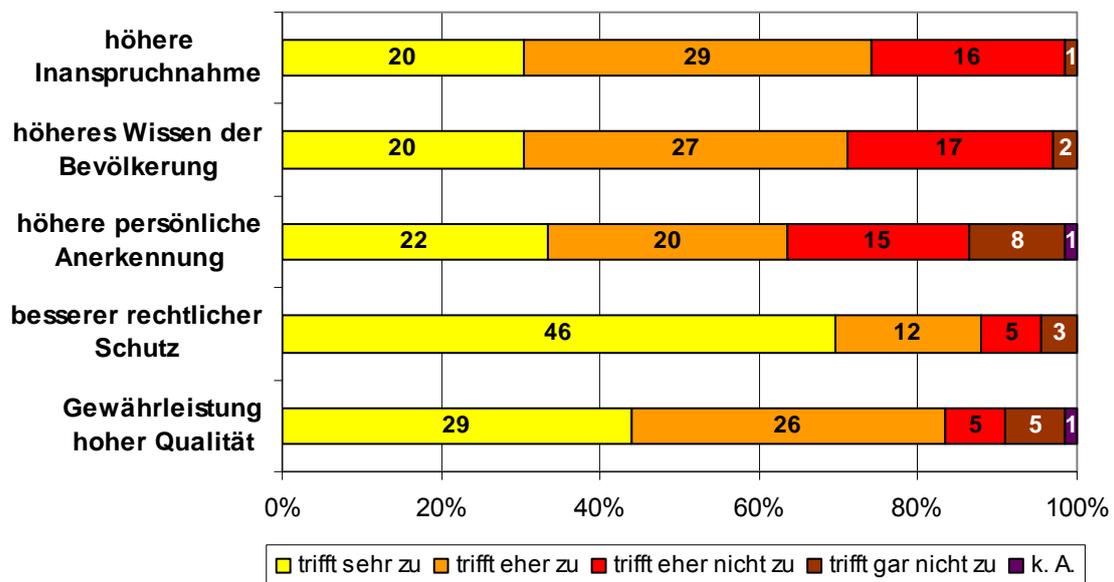


Abbildung 19: Erwartungen an die gesetzliche Anerkennung der Osteopathie

PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen unterscheiden sich nur hinsichtlich der Erwartung, durch die gesetzliche Anerkennung einen besseren rechtlichen Schutz zu erhalten. Dieser Unterschied ist aber hochsignifikant:  $Z=-4,418$ ,  $p=0,000$ . So trifft diese Erwartung für alle PhysiotherapeutInnen zu und nur für die Hälfte der ÄrztInnen.

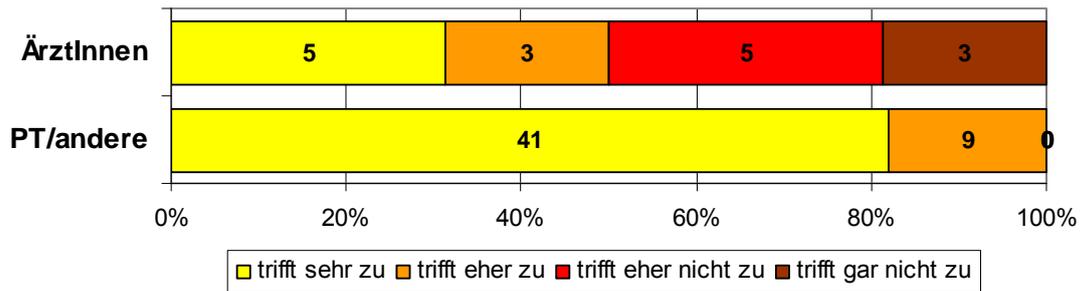


Abbildung 20: Erwartung „besserer rechtlicher Schutz“ nach Grundberuf

Betrachtet man die Erwartungen nach Zufriedenheit mit der aktuellen rechtlichen Situation zeigt sich, dass auch hier ein signifikanter Unterschied für die Erwartung nach einem besseren rechtlichen Schutz besteht. Je größer die Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation, desto höher die Erwartung nach besserem rechtlichen Schutz  $r=-0,327$ ,  $p=0,000$ .

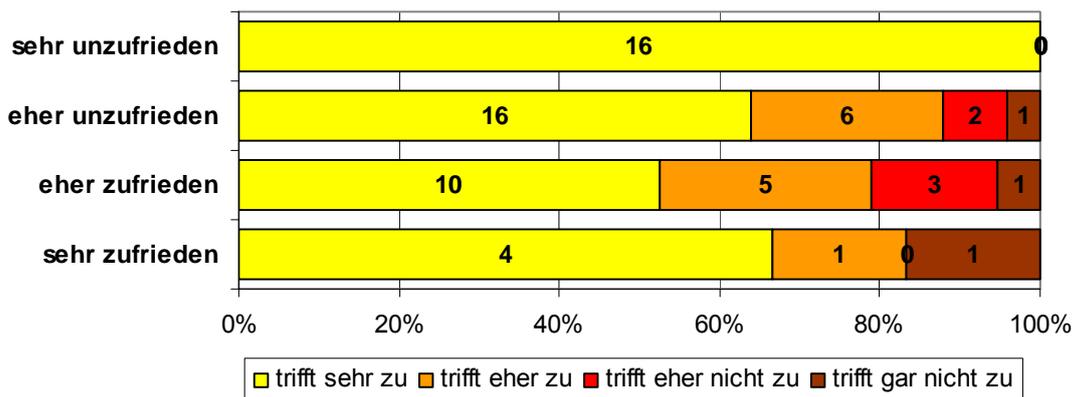


Abbildung 15: Erwartung „besserer rechtlicher Schutz“ nach Zufriedenheit mit aktueller gesetzlicher Lage.

### 2.4.5.1 Qualitative Ergebnisse zu den Erwartungen

Es gibt neun andere Erwartungen, die nicht im Fragebogen angeführt wurden. Drei davon beziehen sich auf eine verbesserte Ausbildung, die auch von nicht medizinisch vorgebildeten Menschen absolviert werden kann. Drei weitere OsteopathInnen erwarten eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit. Eine Erwartung bezieht sich auf eine vermehrte Integration der Osteopathie in die Bereiche der Schulmedizin.

Eine Osteopathin erwartet sich durch die gesetzliche Anerkennung eine bessere Abgrenzung zu anderen medizinischen Berufen, aber auch zu Laien. Die neunte Anmerkung lautet „vielleicht?“ und kann nicht zugeordnet werden.

## 2.4.6 Befürchtungen betreffend der Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf

Befürchtungen betreffend der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf sind nicht sehr stark vorhanden. Sie betreffen in erster Linie einer möglichen Konkurrenz durch fachfremde Personen. Diese Befürchtung finden 24 Befragte (36%) zumindest eher zutreffend. Einen Mehraufwand erwarten sich 9 Personen (14%). Dass Ausbildungsteile nachgeholt werden müssen, befürchten nur fünf von den 66 Befragten (7,5%), und dass sie sich nicht mehr als OsteopathIn bezeichnen dürfen, vier Befragte (6%).

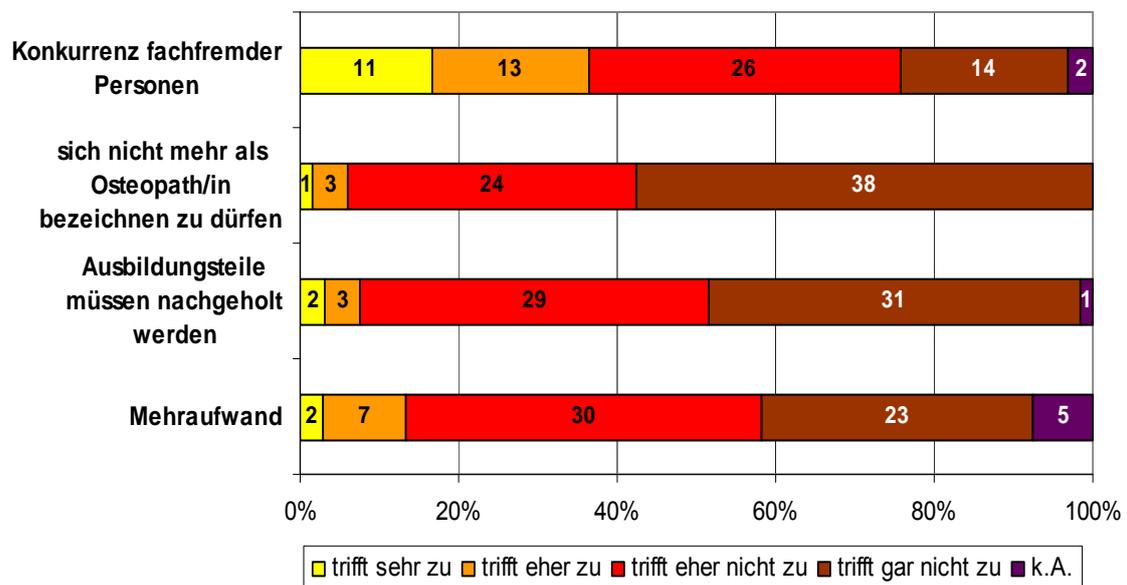
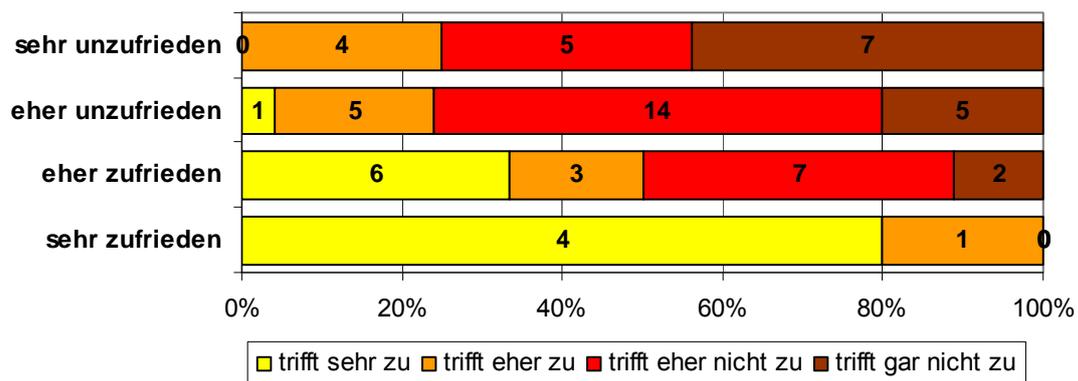


Abbildung 16: Befürchtungen bei die Anerkennung der Osteopathie als eigener Beruf

Zwischen ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen bestehen keine Unterschiede in ihren Befürchtungen.

Ein signifikanter Unterschied erweist sich aber, betrachtet man die Befürchtungen nach Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Lage: Je größer die Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Lage, desto größer die Befürchtung durch eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf, mit fachfremder Konkurrenz konfrontiert zu werden ( $r=0,476$ ,  $p=0,000$ ). So meinen nur 24,5% der eher bis sehr Unzufriedenen, dass diese Befürchtung auf sie zutrifft, während 61% der eher bis sehr Zufriedenen dieser Ansicht sind.



**Abbildung 17: Befürchtung „fachfremde Konkurrenz“ nach Zufriedenheit mit aktueller gesetzlicher Lage**

## 2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der überwiegende Teil der OsteopathInnen (62%) ist mit der aktuellen gesetzlichen Situation zumindest eher unzufrieden ist. Dabei gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen ( $Z=-2,938$ ;  $p=0,003$ ). Die Alternativhypothese eins kann bestätigt werden. PhysiotherapeutInnen sind unzufriedener damit Osteopathie auf der rechtlichen Basis ihres Grundberufes auszuüben als ÄrztInnen.

Interessant ist, dass bei den PhysiotherapeutInnen die Unzufriedenheit mit der Dauer der Berufsausübung steigt. Bei jenen, die länger als sieben Jahre tätig sind, beträgt die Unzufriedenheit 86%. Das Bedürfnis, die Zufriedenheit bzw. die Unzufriedenheit zu kommentieren ist groß, es gibt immerhin 45 (68%) Kommentare. Die Zufriedenheit wird am häufigsten damit begründet, dass bei der gegenwärtigen Regelung garantiert ist, dass OsteopathInnen über eine medizinische Grundausbildung

verfügen. Der Hauptgrund für die Unzufriedenheit ist die rechtlich unklare Situation und der damit verbundene fehlende rechtliche Schutz.

Betrachtet man das berufliche Selbstverständnis, zeigt sich wieder ein tendenzieller Zusammenhang mit dem Grundberuf. PhysiotherapeutInnen betrachten die Osteopathieausbildung eher als Berufsausbildung, während ÄrztInnen eher dazu tendieren, die Osteopathieausbildung als Zusatzqualifikation einzustufen.

Bei der Frage nach der Berufsbezeichnung gibt die Mehrheit (51%) ihren Grundberuf und die Osteopathie an. 36% bezeichnen sich als OsteopathIn ohne Angabe zum Grundberuf, und 12% verzichten auf eine osteopathische Bezeichnung und nennen nur den Grundberuf. Auffallend ist, dass nur 2% der PhysiotherapeutInnen im Verhältnis zu 38% der ÄrztInnen die osteopathische Qualifikation in der Berufsbezeichnung weglassen. Dagegen verzichten 43% der PhysiotherapeutInnen auf die Nennung ihres Grundberufes im Verhältnis zu 19% der ÄrztInnen.

Verschiedene Zusammenhänge, die teilweise statistisch signifikant sind und teilweise als Tendenzen eingestuft werden können, gibt es bezüglich der bevorzugten Form der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie.

Ein Zusammenhang besteht zwischen der Form der gesetzlichen Anerkennung und dem Grundberuf. PhysiotherapeutInnen bevorzugen etwas stärker die Anerkennung der Osteopathie als Beruf, während ÄrztInnen eher eine Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf bevorzugen. Hochsignifikant erweist sich der Zusammenhang zwischen beruflichem Selbstverständnis und der bevorzugten Form der Anerkennung.

Die Alternativhypothese zwei konnte bestätigt werden. Personen, die die Ausbildung als Zusatzqualifikation betrachten, stimmen stärker der Variante zu, Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf anzuerkennen. Jene, die die Osteopathieausbildung als Berufsausbildung empfinden, sind weit stärker für eine Anerkennung der Osteopathie als eigener Beruf. (Variante 1:  $Z=0,463$ ,  $p=0,014$ ; Variante 2:  $Z=4,394$ ,  $p=0,000$ ).

Dagegen konnte kein Zusammenhang zwischen der Berufsdauer und dem Bedürfnis nach rechtlicher Anerkennung der Osteopathie festgestellt werden (Variante 1:

$r=0,123$ ,  $p=0,358$ ; Variante 2:  $r=0,097$ ,  $p=0,463$ ). Somit wurde die Nullhypothese 3 bestätigt.

Interessant ist das Ergebnis bezüglich der Zufriedenheit. Hier zeigt sich, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und dem Bedürfnis nach Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsmethode gibt ( $r=0,172$ ,  $p=0,174$ ), sehr wohl aber einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und dem Wunsch nach Anerkennung der Osteopathie als Beruf ( $r=0,414$ ,  $p=0,001$ ). Je größer die Unzufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation, desto stärker ist die Zustimmung zur Anerkennung als Beruf. Das heißt, die Nullhypothese 4 und die Alternativhypothese 5 konnten verifiziert werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die bevorzugte Form der Anerkennung der Osteopathie (als Beruf oder als Behandlungsmethode, die einen medizinischen Grundberuf erfordert) mit drei Parametern in Verbindung gebracht werden kann. Und zwar erstens damit, ob die Ausbildung als Berufsausbildung oder als Zusatzqualifikation empfunden wird, also dem beruflichen Selbstverständnis, zweitens mit der Zufriedenheit in Zusammenhang mit der Anerkennung der Osteopathie als Beruf und drittens - wenn auch nur tendenziell - mit dem Grundberuf.

Aber unabhängig von der Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Situation, dem Grundberuf und dem beruflichen Selbstverständnis als OsteopathIn, wird zumindest eine Form der gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie gewünscht. Es gibt keine einzige Person, die sich gegen beide Formen der Anerkennung ausspricht. Überwiegend wird gewünscht, beide Varianten möglich zu machen.

Es zeigte sich entgegen der Vorannahme, dass der Wunsch der Anerkennung der Osteopathie als Beruf nicht mit einer größeren Akzeptanz einheitlicher Regelungen einher geht.

Wobei PhysiotherapeutInnen einheitlichen Regelungen tendenziell stärker zustimmen als ÄrztInnen und signifikant stärker einer einheitlichen gesetzlichen Grundlage, Mindeststandards in der Ausbildung, einem rechtlichen Schutz und der Anerkennung der Osteopathie von der Krankenkassa zustimmen.

Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich dahingehend, dass die Zustimmung zu einheitlichen gesetzlichen Regelungen mit der Dauer der Berufsausübung bei den ÄrztInnen abnimmt, während bei den PhysiotherapeutInnen hier kein Zusammenhang feststellbar ist.

Als Erwartungen an eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie wurden ein besserer rechtlicher Schutz, die Gewährleistung von hoher Qualität der Behandlung, höhere persönliche Anerkennung für die OsteopathInnen, höheres Wissen in der Bevölkerung und vermehrte Inanspruchnahme der Osteopathie vorgegeben. Die Erwartungen sind insgesamt recht stark ausgeprägt. 88% der Befragten finden die Erwartung von besserem rechtlichem Schutz zumindest eher zutreffend. Am geringsten, aber immerhin noch mit 64%, ist die Erwartung an höhere persönliche Anerkennung ausgeprägt

Hochsignifikant ist der Unterschied in der Erwartung an einen besseren rechtlichen Schutz zwischen PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen. Diese Erwartung trifft für alle PhysiotherapeutInnen aber nur für etwa die Hälfte der ÄrztInnen zu.

Zusätzlich zeigte sich, dass je größer die Unzufriedenheit mit der aktuellen rechtlichen Situation ist, desto höher sind die Erwartungen betreffend eines besseren rechtlichen Schutzes.

Befürchtungen, wie die Konkurrenz fachfremder Personen, einen Teil der Ausbildung nachholen zu müssen, sich nicht mehr als Osteopathin bezeichnen zu dürfen oder einen beträchtlichen Mehraufwand zu haben, wenn Osteopathie als Beruf anerkannt wird, sind nicht sehr stark vorhanden. Am stärksten ist hier die Befürchtung vor fachfremder Konkurrenz mit 36% Zustimmung ausgeprägt. Es zeigte sich diesbezüglich kein Unterschied zwischen ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen.

Aber es erwies sich, dass, je größer die Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Lage ist, desto größer ist die Befürchtung durch eine gesetzliche Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger Beruf, mit fachfremder Konkurrenz konfrontiert zu werden.

### 3 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist es, zu erfahren, wie OsteopathInnen mit der aktuellen gesetzlichen Situation zufrieden sind, und wie ihre Einstellung zu gesetzlichen Regelungen ist. Die Literaturanalyse zeigt, dass die Gruppe der OsteopathInnen in Österreich in Bezug auf den Grad ihrer Professionalisierung und auf die gesetzliche Ausgangslage sehr inhomogen ist, da Osteopathie in Österreich auf der gesetzlichen Grundlage des Grundberufs ausgeübt wird.

OsteopathInnen absolvieren eine mehrjährige intensive theoretische und praktische Ausbildung, reflektieren ihre Tätigkeit in Form von Supervisionen, Gesprächen und Diskussionen und verfügen über Berufserfahrung im Umgang mit Menschen, sowohl aus ihrem Grundberuf als auch aus ihrer osteopathischen Tätigkeit. So ist davon auszugehen, dass es sich bei einer OsteopathIn um eine „intelligente Person mit Kunstfertigkeit“ handelt, „die ihr Wissen auch anwenden kann“ (Still, 1902, S.14 zit. n. Wagner-Scheidl, 2007, S.3). Dieses Wissen setzt sich, wie für Professionen typisch, aus Fachwissen, Erfahrungs- und Alltagswissen zusammen (vgl. Schämamm, 2005), und wird in der Behandlung situativ und fallspezifisch angewendet. Osteopathische Arbeit ist ohne Professionalität nicht möglich. Obwohl also Professionalität unbedingt nötig ist, um osteopathisch arbeiten zu können, kann die Osteopathie in Österreich (noch) nicht als Profession bezeichnet werden, wie die Literaturanalyse ergab.

Durch die gesetzliche Situation, die die Kompetenzen einer OsteopathIn anhand des Grundberufes festlegt, sind nicht-ärztliche OsteopathInnen in Österreich mit einigen Einschränkungen in der professionellen Ausübung der Osteopathie konfrontiert. Das betrifft vor allem die Autonomie, die Diagnosestellung und die Anwendung einiger Techniken. Für eine osteopathische Behandlung muss eine ärztliche Verordnung vorliegen (Wagner-Scheidl, 2006; Wilfling, 2007; Pankovits, 2007; Lammer, 2008). Akutbehandlungen durchzuführen ist dadurch fast unmöglich. Es ist rechtlich auch nicht klar, ob OsteopathInnen alle ihnen in einer Behandlung notwendig erscheinenden Techniken wirklich anwenden dürfen (Pankovits, 2007).

OsteopathInnen, die von ihrem Grundberuf nicht ÄrztInnen sind, stehen also in dem Spannungsfeld zwischen einerseits dem, was für eine qualitativ hochwertige

Behandlung notwendig ist und dem, was sie wissen und können, und andererseits dem, was sie dürfen.

Abgesehen davon ergibt sich durch die gesetzliche Lage, dass Osteopathie am Gesunden auch von Laien, die weder über medizinisches Grundwissen noch eine fundierte Osteopathieausbildung verfügen, angewendet werden darf. Dieser Umstand ist für die Qualität der Osteopathie nicht förderlich, und kann auch als Argument dienen, wenn es darum geht die Autonomie von OsteopathInnen einzugrenzen.

Diese Überlegungen entsprechen den vorliegenden Ergebnissen zur Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Basis. So sind insgesamt 62% zumindest eher unzufrieden und 24% der Befragten sogar sehr unzufrieden mit der gesetzlichen Situation. PhysiotherapeutInnen sind signifikant unzufriedener als ÄrztInnen. Die am häufigsten geäußerte Begründung für die Unzufriedenheit liegt in der rechtlich unklaren Situation. Diese Begründung ist insofern interessant, weil die rechtliche Situation ja gar nicht so unklar ist. Sie ist aber offensichtlich schwer zu akzeptieren und nicht befriedigend.

Die Akzeptanz für eine einheitliche Regelung ist nicht wie erwartet bei jenen besonders hoch, die sich die Anerkennung der Osteopathie als Beruf wünschen, sondern tendenziell bei den PhysiotherapeutInnen. Bei den ÄrztInnen nimmt die Bereitschaft zu einheitlichen gesetzlichen Regelungen, betreffend die Ausübung der Osteopathie, hingegen mit fortschreitender Berufsdauer ab.

Betrachtet man die Erwartungen, die an eine gesetzliche Regelung für Osteopathie geknüpft werden, so gibt es einen auffallenden Unterschied zwischen den beiden Berufsgruppen. Zwar sind alle Befragten für einen rechtlichen Schutz des Berufsbildes, aber während alle PhysiotherapeutInnen sich von der rechtlichen Anerkennung der Osteopathie einen besseren rechtlichen Schutz erwarten, trifft dies bei den ÄrztInnen nur auf cirka die Hälfte zu. Dies lässt den Schluss zu, dass sich PhysiotherapeutInnen in der gegenwärtigen Situation rechtlich weniger gut geschützt fühlen als ÄrztInnen und bietet auch einen Erklärungsansatz dafür, dass sie eine höhere Akzeptanz für einheitliche rechtliche Regelungen aufweisen.

Warum ÄrztInnen nach mehrjähriger osteopathischer Tätigkeit weniger Akzeptanz für Regelungen zeigen als am Beginn, kann nur vermutet werden. Sie sind nach Beendigung der Ausbildung möglicherweise nicht mehr so viel in Kontakt mit anderen OsteopathInnen und bekommen dadurch wieder mehr Abstand zur berufspolitischen Situation ihrer physiotherapeutischen KollegInnen. Im Lauf der Jahre könnte es sein, dass sie zwar grundsätzlich für die Anerkennung der Osteopathie sind, aber persönlich weniger Akzeptanz für mögliche Einschränkungen mitbringen, da die Anerkennung ihnen persönlich auf Grund ihrer hohen Professionalisierung und ihrer Position im Gesundheitswesen kaum Vorteile bringen kann. Möglicherweise geht bei manchen ÄrztInnen mit fortschreitender Berufsdauer die kollektive Identität als OsteopathIn etwas zurück.

Die aktuelle Gesetzeslage birgt aber noch eine ganz andere Gefahr für die Osteopathie an sich. Osteopathie wird als „mechanotherapeutische Maßnahmen zur Krankenbehandlung“ interpretiert (Wilfling, 2007; Pankovitz, 2007). In der einstweiligen Verfügung des Obersten Gerichtshofes 4Ob 156/04a wird die cranio-sacrale Osteopathie als solche bezeichnet (Aistleithner, 2004). Dies sichert zwar, dass cranio-sacrale Osteopathie am Patienten nur von PhysiotherapeutInnen und ÄrztInnen ausgeführt werden darf, muss aber trotz dieses scheinbaren Erfolgs in der Abgrenzung zu Laien äußerst kritisch betrachtet werden. Kann es wünschenswert sein, dass Osteopathie als mechanotherapeutische Maßnahme definiert wird? Ist es rechtlich und berufspolitisch betrachtet sinnvoll, cranio-sacrale Osteopathie getrennt vom Gesamtkonzept einzustufen? (Eine grundsätzliche Diskussion zu diesem Thema ist im Rahmen dieser Arbeit nicht angedacht.) Es kann nicht im Sinne der Osteopathie sein, diesen gesetzlichen Weg weiter zu verfolgen, weil „die Gefahr besteht, dass unser Beruf seine Philosophie und sein Konzept verliert“, wie ein Osteopath diese Überlegungen in seiner Begründung mit der Unzufriedenheit zusammen fasst.

Die Unzufriedenheit mit der gesetzlichen Lage nimmt bei den PhysiotherapeutInnen mit zunehmender Berufserfahrung zu, während dies bei den ÄrztInnen nicht der Fall ist. Geht man davon aus, dass Weiterbildung zunächst als „*Verunsicherungsparameter in der Kontinuität eines Subjekts gesehen werden kann*“ (Strassnitzky, 2009, S.93), so kann die Osteopathieausbildung laut Strassnitzky (2009) zu einer Identitätserschütterung führen. Diese Identitätserschütterung oder

vielleicht sogar -krise kann im Endeffekt zu einer Identitätsstärkung führen, wenn es einen kreativen Umgang damit gibt (Wagner, 2009). Die Unzufriedenheit nimmt möglicherweise deshalb zu, weil an die Stelle der Verunsicherung ein sicherer Umgang mit neuen Möglichkeiten entstanden ist, und die oben genannten gesetzlichen Richtlinien in der Ausübung der Osteopathie für PhysiotherapeutInnen vermehrt als einschränkend, vielleicht sogar als hindernd empfunden werden.

Strassnitzky (2009, S.93f) spricht von einer „*Identitätstransformation*“ als Folge dessen, dass die neuen Möglichkeiten als sinnvoll anerkannt werden, und ursprünglich bewährte Lebensentwürfe uminterpretiert werden. Findet bei PhysiotherapeutInnen diese berufliche Identitätstransformation statt, in dem Sinne dass es zu einer zunehmend stärkeren Identifikation als OsteopathIn kommt, könnte der Wunsch nach gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie dadurch steigen, und auch darin eine Ursache liegen, dass die Unzufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Lage mit fortschreitender Berufsdauer zunimmt.

Schämamm (2005) sieht PhysiotherapeutInnen eher im Bereich der Semiprofessionen, Strassnitzky (2009) dagegen zählt sie zu den Professionen. Die schrittweise Änderung der Berufsbezeichnung von „Diplomierte Assistentin für physikalische Medizin“ in die international gebräuchliche Bezeichnung „Physiotherapeutin“ (2006) ist symptomatisch für das steigende Selbstbewusstsein dieser Berufsgruppe. 2006 wurde die Grundausbildung auf Hochschulniveau angehoben. Die Grundausbildung dauert drei Jahre und schließt mit dem „Bachelor of Science in Health Studies“ ab (Deutmeyer & Thiekötter, 2007). Im Anschluss an die Grundausbildung gibt es für PhysiotherapeutInnen ein großes Angebot an Fortbildungen. Die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens wurde von dieser Berufsgruppe schon lange erkannt (Strassnitzky, 2009).

Durch die Osteopathieausbildung werden PhysiotherapeutInnen mit einem Konzept konfrontiert, für das ihre rechtlichen Kompetenzen aus dem Grundberuf zum Teil nicht mehr ausreichen. Sie verfügen nicht über die notwendige Autonomie, um Osteopathie professionell ausführen zu können. PhysiotherapeutInnen betrachten die Ausbildung zur OsteopathIn überwiegend als Berufsausbildung. Der Grund dafür liegt möglicherweise darin, dass die Osteopathieausbildung nicht nur einen fachlich anderen Zugang darstellt, sondern auch andere rechtliche Rahmenbedingungen

erfordert, als es für die Physiotherapie in Österreich vorgesehen ist. Osteopathie als Beruf zu betrachten, könnte bei einer gesetzlichen Anerkennung als solcher zu erweiterten rechtlichen Befugnissen führen. PhysiotherapeutInnen könnten als OsteopathInnen einen höheren Professionalisierungsgrad erreichen. Unabhängig davon stellt die Osteopathie für PhysiotherapeutInnen ebenfalls ein neues Konzept der Diagnostik und Behandlung dar, obwohl es speziell bei den strukturellen Techniken Überschneidungen gibt. Das Konzept und die Philosophie dahinter ist ein anderes. Die Dauer der Ausbildung ist länger als bei physiotherapeutischen Zusatzausbildungen üblich, verglichen mit dem Ausbildungsangebot des Berufsverbandes (Physio Austria, 2011).

OsteopathInnen mit ärztlichem Grundberuf haben eine andere Ausgangssituation. Der Arztberuf zählt zu den klassischen Vollprofessionen. Die medizinische Ausbildung hat wissenschaftlichen Charakter und verlangt nach einem mehrjährigen Doktoratsstudium eine mehrjährige praktische Ausbildung, den Turnus oder die Facharztausbildung. ÄrztInnen verfügen über hohe Autonomie und gesellschaftliches Ansehen. Die Osteopathieausbildung ist vom Zeitumfang im Verhältnis zu ihrem Grundberuf geringer, bietet aber für viele ÄrztInnen einen völlig neuen Patientenzugang, den sie in ihrer Grundausbildung so nicht erfahren haben. ÄrztInnen tendieren mehr dazu, die Osteopathie als Zusatzausbildung zu betrachten. Das mag daran liegen, dass sie viele nötige Voraussetzungen für die Ausübung der Osteopathie aus ihrem Grundberuf beziehen können. Die Osteopathie ist zwar etwas Neues, Eigenes aber nur die Verbindung mit ihrer ärztlichen Profession schafft die Voraussetzung für eine legale, qualitativ hochwertige, also für eine professionelle Ausübung der Osteopathie. Das betrifft vor allem die Diagnostik, den Erstkontakt zu den PatientInnen und die Entscheidung, ob Osteopathie die Maßnahme der Wahl ist (Verordnung der Behandlung). Die Osteopathie kann daher für ÄrztInnen rein berufspolitisch betrachtet kaum eine Verbesserung bewirken. Diese Überlegungen könnten erklären, warum ÄrztInnen die Osteopathie einerseits eher als Zusatzqualifikation betrachten und andererseits ihre Zufriedenheit mit der gesetzlichen Lage mit der Berufsdauer nicht abnimmt und sie auch an einheitlichen gesetzlichen Regelungen weniger interessiert sind.

Das Bild präsentiert sich aber nicht ganz so einheitlich. Es gibt rund ein Drittel ÄrztInnen, die die Osteopathieausbildung als Berufsausbildung betrachten, und

etwas weniger als ein Drittel PhysiotherapeutInnen, die darin eine Zusatzqualifikation sehen. Und mit diesem beruflichen Selbstverständnis im Zusammenhang steht, weit stärker als mit dem Grundberuf, ob der Anerkennung der Osteopathie eher als Beruf oder als Methode der Vorzug gegeben wird.

Folgende Überlegungen können dazu angestellt werden: Unabhängig von berufspolitischen Überlegungen bietet die Osteopathie für einen Teil der ÄrztInnen ein Konzept, das sich so grundlegend von ihrer medizinischen Ausbildung unterscheidet, dass sie die Osteopathie als zweite Berufsausbildung erkennen. Dem gegenüber gibt es PhysiotherapeutInnen, für die die Überschneidungen mit der Physiotherapie so groß sind, dass sie die Osteopathieausbildung als Zusatzqualifikation bewerten. Dazu trägt auch der Zustand bei, dass zum Teil auch über den Berufsverband der PhysiotherapeutInnen Fortbildungen angeboten werden, die sich an die Osteopathie anlehnen, wie zum Beispiel die Fortbildung „Viscerale Manipulation III“, eine „manuelle Therapieform“, die „aus Barrals klinischer Arbeit“ entwickelt wurde (Physio Austria, 2011).

Beachtlich ist, dass alle befragten OsteopathInnen zumindest einer Form der gesetzlichen Regelung zustimmen, auch jene, die mit der gegebenen Situation (eher) zufrieden sind. Das lässt darauf schließen, dass auch die Zufriedenen den aktuellen Zustand für sich oder/und die Osteopathie nicht als ideal empfinden und eine Änderung wünschen. Es gibt überwiegend Zustimmung dazu, beide Varianten möglich zu machen. Es überrascht, dass OsteopathInnen, die die Ausbildung ganz klar als Berufsausbildung betrachten, die Anerkennung der Osteopathie nicht nur als eigenen Beruf wünschen, sondern ihre Zustimmung auch der Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform mit medizinischem Grundberuf geben. Dasselbe trifft auch umgekehrt zu. Hier sollte man der Frage nachgehen, ob wirklich beide Varianten gewünscht werden, oder ob diese Antworten eher der Unsicherheit entspringen, sich auf eine Möglichkeit festzulegen. Es scheint hier ein Informationsdefizit zu geben, was genau der Unterschied und die Folgen der beiden Varianten für die OsteopathInnen und die Osteopathie sein könnten.

### **3.1 Schlussfolgerungen und Ausblick**

Soll die Osteopathie in Österreich ein eigener Beruf werden, ist es dringend nötig, ein klares Berufsbild zu entwerfen. Wagner (2009, S.154) stellt hierzu folgende Überlegung an:

*Consequently, the professional group of osteopaths must pose the question of distinctiveness of osteopathy, not in order to define osteopathy relative to the other manual forms of medicine, but to present what osteopathy is inherently, what is essential to it.*

Das Wesentliche, die Natur der Osteopathie zu erkennen und in einem Berufsbild zu formulieren, wie Wagner (2009) es vorschlägt, ist eine große Herausforderung.

Dafür scheint eine offen geführte Diskussion zu den Vor- und Nachteilen der Osteopathie als Beruf oder Methode angebracht, in die die angehenden und praktizierenden OsteopathInnen von der OEGO als Berufsvertretung aktiv mit einbezogen werden sollten.

Im Rahmen der Ausbildung sollte es Raum für eine kritische Auseinandersetzung mit berufspolitischen Themen geben, und keine falsche Scheu vor der Auseinandersetzung mit den Grenzen und den Überschneidungen zu den Grundberufen.

Eine zufriedenstellende Ausbildungsstruktur muss erarbeitet werden. Ängste und Befürchtungen vor fachfremder Konkurrenz könnten ausgeräumt werden, wenn OsteopathInnen eine umfassende medizinische Grundausbildung erhalten. Diese ist auch notwendig, wenn OsteopathInnen mehr rechtliche Kompetenzen zugestanden werden sollen.

Dostal (2002) sieht Herausforderungen aber auch Chancen darin, mit der Unschärfe von Berufen, mit den Randbereichen und den Überdeckungen verschiedener Berufe umzugehen. Die Grenzen zur Physiotherapie und zur ärztlichen Behandlung, aber auch die Überschneidungen sollten formuliert werden, um ein klares Bild der Osteopathie zu entwerfen.

Osteopathische Techniken sind das Werkzeug, mit dem angehende OsteopathInnen ausgestattet werden müssen, sie sind aber nicht ausreichend, um wie Wagner (2009) es fordert, das Wesentliche der Osteopathie zu erkennen. Dafür wäre es notwendig,

dass die Philosophie und die Geschichte der Osteopathie in der Ausbildung einen hohen Stellenwert bekommen.

Eine Chance für die Anerkennung der Osteopathie liegt in den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitssektor in Österreich. Um diese Chance nutzen zu können bedarf es dringend wissenschaftlicher Arbeiten, die die Wirksamkeit der Osteopathie belegen, damit die Osteopathie zeigen kann, dass sie der Gesellschaft einen wertvollen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit, zur Förderung der vorhandenen Potentiale im Menschen und letztlich auch zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen liefert.

Wenn die OsteopathInnen ihre Professionalisierung auf den verschiedenen Ebenen aktiv betreiben, sollte es gelingen, einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, in dem alle OsteopathInnen professionell agieren können.

### ***3.2 Grenzen und Kritik an der vorliegenden Arbeit***

Die Fragebögen wurden zu 91% von Absolventen der WSO beantwortet, und auch die restlichen 9% haben eine mehrjährige Ausbildung zum Teil im Ausland absolviert. Es ist nicht gelungen Antworten von Menschen ohne medizinischen Grundberuf oder mit einer osteopathischen Kurzausbildung zu bekommen, die in Wien Osteopathie anbieten.

Ein möglicher Kritikpunkt ist, dass die Umfrage nur in Wien stattgefunden hat, und deshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Ergebnisse für Österreich repräsentativ sind. Folgende Gründe führten dazu, die Umfrage in Wien stattfinden zu lassen. Es wurde angenommen, dass die Ärztedichte in Wien höher ist, als in ländlichen Gegenden, und es war der Autorin ein Anliegen, auch die Meinung der ÄrztInnen zu erfahren. Laut Krönke (2003) sind 34% der OsteopathInnen in Wien tätig. Krönkes (2003) Stichprobe der OsteopathInnen aus ganz Österreich setzte sich aus 77% PhysiotherapeutInnen, 20% ÄrztInnen und 3% andere Grundberufe zusammen. Diese Verteilung in Österreich ist vergleichbar mit der Verteilung der hier vorliegenden Stichprobe. Es wurden etwas mehr Ärztinnen (24,75%) erreicht. Nachdem Krönke (2003) keine weiteren Unterschiede zwischen OsteopathInnen in

ländlichen und in urbanen Gegenden feststellen konnte und der Raum Wien mehr als ein Drittel der OsteopathInnen in Österreich abdeckt, wurde in der Diskussion der Ergebnisse davon ausgegangen, dass das Ergebnis für Gesamtösterreich repräsentativ ist.

#### Kritik am Fragebogen

Die zweite Antwortmöglichkeit in Frage sechs ist nicht korrekt formuliert. Die Frage lautet: Wie weit sind Sie mit Ihrer osteopathischen Ausbildung? Die Antwortmöglichkeit „Ausbildung absolviert, und zwar im Jahre \_\_\_\_\_ aber Diplomarbeit/Masterthesis fehlt noch“ ist in dieser Form nicht korrekt. Ist eine Masterthesis oder Diplomarbeit in der Ausbildung vorgesehen, so kann die Ausbildung nicht absolviert sein, wenn die Diplomarbeit/Masterthesis noch fehlt.

Vor Frage neun gibt es eine kurze Information über die rechtliche Situation in Österreich. Darin wird behauptet, dass die Osteopathie in Großbritannien und Belgien ein eigenständiger medizinischer Beruf ist. Die Information ist ungenau, in Belgien ist der Prozess noch nicht abgeschlossen, der Berufstitel ist nicht geschützt (Wagner 2009).

## 4 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Synopse-Spektrum Diplomierte Assistentin für physikalische Medizin 1943 ....	24
Abbildung 2: Synopse-Spektrum Physiotherapeutin 2006 .....	25
Abbildung 3: Ausmaß der Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Basis.....	65
Abbildung 4: Zufriedenheit nach Grundberuf .....	65
Abbildung 5: Zufriedenheit mit der aktuellen gesetzlichen Regelung nach Berufsdauer .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
Abbildung 6: Berufliches Selbstverständnis .....	68
Abbildung 7: Berufliches Selbstverständnis nach Grundberuf .....	69
Abbildung 8: Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie .....	70
Abbildung 9: Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach Grundberuf. ...	71
Abbildung 10: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach Grundberuf .....	71
Abbildung 11: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach beruflichem Selbstverständnis. ....	72
Abbildung 12: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach beruflichem Selbstverständnis. ....	73
Abbildung 13: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach Berufsdauer. ...	74
Abbildung 14: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach Berufsdauer.....	75
Abbildung 15: Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform, die einen medizinischen Grundberuf erfordert, nach Zufriedenheit mit der aktuellen Situation .....	76
Abbildung 16: Einstellung zu gesetzlicher Anerkennung der Osteopathie als eigenständiger medizinisch-therapeutischer Beruf, nach Zufriedenheit mit der aktuellen Situation .....	76
Abbildung 17: Varianten der Zustimmung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie. .	78
Abbildung 18: Einstellung zu einheitlichen Regelungen.....	79
Abbildung 19: Erwartungen an die gesetzliche Anerkennung der Osteopathie .....	84
Abbildung 20: Erwartung „besserer rechtlicher Schutz“ nach Grundberuf .....	85

Abbildung 21: Erwartung „besserer rechtlicher Schutz“ nach Zufriedenheit mit aktueller gesetzlicher Lage. ....	85
Abbildung 22: Befürchtungen bei die Anerkennung der Osteopathie als eigener Beruf .....	86
Abbildung 23: Befürchtung „fachfremde Konkurrenz“ nach Zufriedenheit mit aktueller gesetzlicher Lage .....	87

## 5 Literaturverzeichnis

- Aistleithner, R. (2004). Mit Recht. *Physio Austria inform*, Heft 6/2004, S.10.
- Assmann, J. (1992). Das kulturelle Gedächtnis. Schrift, Erinnerung und Identität in frühen Hochkulturen. München: Beck
- Bollinger, H. & Hohl, J. (1981). Zur Deprofessionalisierung des Ärztstandes. *Soziale Welt. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis*, Heft 4/1981, S.440-464.
- Bollinger, H., Gerlach, A. & Pfadenhauer, M. (2005). Soziologie und Gesundheitsberufe. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*. (S.7-12). Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Bollinger H. & Gerlach, A. (2008). Professionalität als Kompetenz und Element der Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen. In S. Matzick (Hrsg.), *Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bontrup, H.-J. & Pulte, P. (2001). *Handbuch Ausbildung. Berufsausbildung im dualen System*. München, Wien: R. Oldenburg Verlag.
- Brater, M. & Beck, U. (1982). Berufe als Organisationsformen menschlichen Arbeitsvermögens. In W. Littek, W. Rammert & G. Wachtler (Hrsg.), *Einführung in die Arbeits- und Industriesoziologie*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Komplementär/ Alternativmedizin*. Verfügbar unter: [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Komplementaer Alternativmedizin](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin) [Zugriff am: 1.3.2011]

Bühl, A. & Zöfel, P. (1999). SPSS Version 8. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Bonn: Addison-Wesley-Longman.

Combe, A. & Helsper, W. (1996). Einleitung: Pädagogische Professionalität. Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungstendenzen. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. (S. 9-48). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Daheim, H. (1992). Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machtheoretischer Modelle der Profession. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F. Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. (S.36-48). Opladen: Leske+Budrich.

Dewe, B. (1996). Das Professionswissen von Weiterbildungern: Klientenbezug-Fachbezug. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. (S. 714-757). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Dewe, B. (2006): Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven*. (S.23-35). Bern: Hans Huber.

Deutmeyer, M. & Thiekötter, A. (2007). *Studienführer Pflege und Gesundheit in Österreich. Ein Beitrag zur Professionalisierung durch Akademisierung*. Wien: Facultas.

Dostal, W. (2002). *Der Berufsbegriff in der Berufsforschung des IAB*. Verfügbar unter: <http://www.iab.de/de/publikationen/beitraege/onlineausgaben/250-inhalt.aspx> [Zugriff am 15.9.2010]

Etzioni, A. (1969). *The Semi-Professions and their Organization – Teachers, Nurses, Social Workers*. New York: Free Press

- Freidson, E. (1979). *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. J.J. Rohde & W. Schoene (Hrsg.), Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Goode, W. J. (1979). The Theoretical Limits of Professionalization. In *Explorations in Social Theory* (S.343-359). New York.
- Helsper, W., Krüger, H. & Rabe-Kleberg, U. (2000). Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung – Einführung in den Themenschwerpunkt. *ZBBS Heft 1/2000* S. 5-19.
- Hesse H. A., (1972). *Berufe im Wandel*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- International Academie of Osteopathy (2011). *Ausbildung in Osteopathie*. Verfügbar unter: <http://www.osteopathie.eu/de> [Zugriff am 4.3.2011]
- Internationale Schule für Osteopathie (2011a). *Geschichte der Osteopathie*. Verfügbar unter: <http://www.wso.at/index.php/osteopathie/geschichte-der-osteopathie> [Zugriff am 4.3.2011]
- Internationale Schule für Osteopathie (2011b). *Die Ausbildung*. Verfügbar unter: <http://www.wso.at/index.php/die-ausbildung/die-ausbildung-im-ueberblick> [Zugriff am 4.3.2011]
- Jusline GmbH (2011). § 184 StGB Kurpfuscherei. Verfügbar unter: [http://www.jusline.at/184\\_Kurpfuscherei\\_StGB.html](http://www.jusline.at/184_Kurpfuscherei_StGB.html) [Zugriff: 6.5.2011]
- Kälble, K. (2006). Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen –Potentiale – Perspektiven*. (S.213-233). Bern: Hans Huber.
- Klemperer, D. (2006). Vom Paternalismus zur Partnerschaft – Eine Profession im Wandel. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen –Potentiale – Perspektiven*. (S.61-75). Bern: Hans Huber.

- Krampe, E.-M. (2009). *Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kraul, M., Marotzki, W. & Schweppe, C. (2002). Biographie und Profession. Eine Einleitung. In M. Kraul, W. Marotzki & C. Schweppe (Hrsg.), *Biographie und Profession* ( S.7-18). Bad Heilbronn: Klinkhardt.
- Krönke, K. (2003). *A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria. Pilot study*. Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Kurtz, Th. (2001). *Aspekte des Berufs in der Moderne*. Opladen: Leske + Budrich.
- Lammer, M. (2008). *Osteopath/innen und Ärzt/innen – ein Spannungsfeld?* Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Merten, R. & Olk, T.(1996). Sozialpädagogik als Profession. Historische Entwicklung und künftige Perspektiven. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. (S. 570 - 613). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Meyer, C.T. & Price, A. (1993). Osteopathic medicine: a call for reform. *Journal of the American Osteopathic Association* ,1993 ( Heft 4), S. 473-485.
- Müller, K.-W. (2010). *Einführung in die Berufskunde*. Verfügbar unter: [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:d2\\_KGMzq60kJ:www.arbeitslehre.uni-wuerzburg.de/uploads/media/Berufskunde-Skript-Mueller-TUM.pdf+karl-werner+m%C3%BCller+berufskunde&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESh2M-3HlwIGgutEdlhuQOwxoXZ-9Gals0sZhEblAcZPKpJ-mkc6AG9zJlykFsJ68m61imZ0daUjTnaBNlaVDqiVrwPmDL0e5C25qbsQ\\_E8aoJaJZg5nkGNIhUHfIVTrwZk8EI3&sig=AHIEtbTC1\\_MsIMS7d87DWkWz6INCTyOfXg](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:d2_KGMzq60kJ:www.arbeitslehre.uni-wuerzburg.de/uploads/media/Berufskunde-Skript-Mueller-TUM.pdf+karl-werner+m%C3%BCller+berufskunde&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESh2M-3HlwIGgutEdlhuQOwxoXZ-9Gals0sZhEblAcZPKpJ-mkc6AG9zJlykFsJ68m61imZ0daUjTnaBNlaVDqiVrwPmDL0e5C25qbsQ_E8aoJaJZg5nkGNIhUHfIVTrwZk8EI3&sig=AHIEtbTC1_MsIMS7d87DWkWz6INCTyOfXg) [ Zugriff am 15.9. 2010]
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2011). *Defining CAM*. Verfügbar unter: <http://nccam.nih.gov/health/whatisacam> [ Zugriff am 2.3.2011]

- Nittel, D. (2002). Professionalität ohne Profession? In M. Kraul, W. Marotzki & C. Schweppe (Hrsg.), *Biographie und Profession* ( S.253-286). Bad Heilbronn: Klinkhardt.
- Oevermann, U. (1981). Mitschrift des Vortrags „ *Professionalisierung der Pädagogik*“ im Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der Freien Universität Berlin, Berlin.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. (S. 50-70). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, (2005). Der osteopathische Standard. Verfügbar unter: [http://www.oego.org/cms/fileadmin/uploads/Formulare/Der\\_osteopathische\\_Standard.pdf](http://www.oego.org/cms/fileadmin/uploads/Formulare/Der_osteopathische_Standard.pdf) [Zugriff am 10.3.2007]
- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (2010). *Konzept*. Verfügbar unter: <http://www.oego.org/cms/index.php?id=40> [Zugriff am 2.3.2011]
- Pankovits, V. (2007). Current legal framework governing manual-therapeutic osteopathic work by physiotherapists in Austria. An Analysis of the perspective of self-employed physical therapists. Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Parsons, T. (1939). The Professional and the Social Structure, *Social Forces* (Band17), S.457-467.
- Parsons, T. (1952). *The Social System*. London: Tavistock.
- Parsons, T. (1968). Professions . In D.S. Sills (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. (Band 12) (S. 536-547). New York: Macmillan, Free Press.
- Peters, R. (2004). Erwachsenenbildungs – Professionalität. Ansprüche und Realitäten. In S. Nolda, E. Nuissl von Rein & R. Tippelt (Hrsg.), *Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag GmbH & CoKG.

- Philipp, T. (2007). *Identität und Bildung. Zur Kompetenzentwicklung von Erwachsenen im Zeichen gesellschaftlicher Umbrüche*. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Verfügbar unter <http://www.die-bonn.de/doks/philipp0701.pdf> [Zugriff am 12.4.2011]
- Physio Austria. Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs (2011). *Kursübersicht*. Verfügbar unter: <http://www.physioaustria.at/kurse> [Zugriff am 20.5.2011]
- Pirringer-Groll, D. (2004). *Berufswahl und vorberufliche Bildung – Relevanz, Durchführung und Auswirkung unter Bedachtnahme wirtschaftlicher und gesellschaftliche Rahmenbedingungen in der Polytechnischen Schule*. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien. Verfügbar unter <http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Berufswahl%20und%20vorberufliche%20Bildung.pdf> [Zugriff am 4.5.2011]
- Pundt, J. (2006). Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven*. (S.7-22). Bern: Hans Huber.
- Reiter, L., Steiner, E. (1996). Psychotherapie und Wissenschaft. Beobachtung einer Profession. In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 159-203). Wien, New York: Springer.
- Relman, A.S. (1988). Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *New England Journal Medicine*, Band 319, S.1220-1222.
- Rüchemeyer, D. (1980). Professionalisierung. Theoretische Probleme für die vergleichende Geschichtsforschung. *Geschichte und Gesellschaft*, Heft 6, S. 311-325.
- Schämann, A. (2005). *Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: „Der studentische Blick auf die Profession“*. Verfügbar unter: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/schaemann-astrid-2005-07-06/HTML/chapter2.html> [Zugriff am 05.09.2010]

- Schewior-Popp, S. (1999). *Krankengymnastik und Ergotherapie. Eine exemplarische Studie zur Entwicklung von Professionalisierungsprozessen und Ausbildung in den Berufen des Gesundheitswesens.* (2. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Schwendenwein, W. (1990). Profession – Professionalisierung – Professionelles Handeln. In L. Alisch, J. Baumert & K. Beck (Hrsg.), *Professionswissen und Professionalisierung. Sonderband in Zusammenarbeit mit der Zeitschrift Empirische Pädagogik.* (S. 359 – 381). Braunschweig.
- Stichweh, R. (1992). Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. Betrachtungen aus systemtheoretischer Sicht. In B. Dewe, W. Ferchhoff & F. Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern.* (S.36-48). Opladen: Leske+Budrich.
- Stichweh, R. (1996). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.* (S. 49-69). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Still, A.T. (1902). Die Philosophie und die mechanischen Prinzipien der Osteopathie. In C. Hartmann (2005) (Hrsg.), *Das große Still Kompendium. Autobiographie. Die Philosophie der Osteopathie. Die Philosophie und mechanische Prinzipien der Osteopathie. Forschung und Praxis.* (S.III-14). Pähl: Jolandos.
- Strassnitzky, A.-M. (2009). Die Professionalisierung der Physiotherapeuten-einerwachsenen- und berufspädagogische Auseinandersetzung. Saarbrücken: SVH Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.
- Tietgens, H. (1988). Professionalität für die Erwachsenenbildung. In W. Giesecke (Hrsg.), *Professionalität und Professionalisierung.* (S.8-75). Bad Heilbrunn: J. Klinkhardt.
- Wagner, C. (2009). Exploring European Osteopathic Identity: An Analysis of the Professional Webstes of European Osteopathic Organisations. Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau Universität Krems.

- Wagner-Scheidl, B. (2006). How do they end up coming to us? Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Weber, M. ; Winckelmann, J. (Bearb.) (1980). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*.5. (rev. Auflage, Studienausgabe). Tübingen: Mohr.
- Weiss, S. (2009). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Broschüre des Gesundheitsministeriums für Gesundheit (Hrsg.), Wien.
- Wilfling, E. (2007). Survey, Systematisation and Comparison of Professional, Advanced and Continuing Training Programs for Osteopathy available in Austria in the Winter Term 2006/2007. Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau Universität Krems.
- World Health Organisation (2011). *Traditional Medicine: Definitions*. Verfügbar unter <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html> [Zugriff am 2.3.2011]
- World Osteopathic Health Organisation (2006). *What is Osteopathy?* Verfügbar unter: <http://www.woho.org/index.php/woho-mainmenu-34/osteopathy-mainmenu-31/what-is-osteopathy-mainmenu-30> [Zugriff am 3.3.2011]
- Ziep, K.-D. (1990). *Der Dozent in der Weiterbildung. Professionalisierung und Handlungskompetenzen*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung*. Bern: Hans Huber.

## **6 Anhang**

### **FRAGEBOGEN**

**Liebe Kollegin, lieber Kollege!**

**Im Rahmen meiner Master-Thesis an der Donauuniversität führe ich eine Befragung zum beruflichen Selbstverständnis von OsteopathInnen und deren Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie durch. Ich bitte Sie, mir die nachstehenden Fragen zu beantworten. Der Zeitaufwand dafür beträgt etwa 10 Minuten. Ich versichere Ihnen, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und die Ergebnisse in anonymisierter Form ausgewertet werden.**

**Bitte schicken Sie innerhalb der nächsten Tage den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückantwortkuvert an mich retour.**

**Falls Sie Fragen haben können Sie mich telefonisch oder per Email erreichen.**

**Herzlichen Dank!**

**Renate Riermeier**

**Osteopathin, Physiotherapeutin**

**Adresse: Fasholdgasse 3/4 , 1130 Wien**

**T: 0664/5256477**

**Email: reate.riermeier@gmx.at**

**1. Geschlecht:**     weiblich         männlich

**2. Alter:** \_\_\_\_\_Jahre

**3. Was ist Ihr Grundberuf?**

Allgemeinärztin/-arzt

Fachärztin/Facharzt, und zwar: \_\_\_\_\_

PhysiotherapeutIn

ErgotherapeutIn

Hebamme

Anderer: .....

**4. Wo haben Sie Ihre Osteopathieausbildung gemacht?**

WSO

IAO

Osteopathiekurse der österreichischen Ärztesgesellschaft für manuelle Medizin

Andere, und zwar: .....

**5. Ist in Ihrer osteopathische Ausbildung eine Diplomarbeit/ Masterthesis vorgesehen?**

Ja

Nein

**6. Wie weit sind Sie mit Ihrer osteopathischen Ausbildung?**

Ausbildung absolviert, und zwar im Jahre \_\_\_\_\_

- Ausbildung absolviert, und zwar im Jahre \_\_\_\_\_ aber Diplomarbeit/Masterthesis fehlt noch.
- in Ausbildung seit \_\_\_\_\_ Jahren
- Anderes, und zwar: .....

**7. Wie lange arbeiten Sie schon als OsteopathIn?**

\_\_\_\_\_ Jahr/e

**8. In welcher Form führen Sie Ihre Arbeit als OsteopathIn aus? (mehrere Antworten möglich)**

- selbständig
- angestellt
- ambulant
- stationär

***Bevor Sie die nächsten Fragen beantworten, möchte ich kurz die derzeitige rechtliche Situation in Österreich zusammenfassen:***

*Das Berufsbild OsteopathIn ist rechtlich nicht geschützt, es gibt keine einheitliche Ausbildung. Jeder/ Jede OsteopathIn übt die Osteopathie auf der rechtlichen Basis seines/ihrer Grundberufes aus. Es gibt eine einstweilige Verfügung des obersten Gerichtshofes (4Ob156/04a) nach der craniosacrale Osteopathie nur von ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen angeboten werden darf, soweit es sich um die „Behandlung krankhafter Zustände“ handelt. In Großbritannien und Belgien ist die Osteopathie ein eigenständiger medizinischer Beruf. Es wird an einer EU-weiten einheitlichen Regelung gearbeitet.*

**9. Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Situation, die Osteopathie auf der gesetzlichen Basis des Grundberufes auszuüben?**

- sehr zufrieden    eher zufrieden    eher unzufrieden    sehr unzufrieden

Bitte um eine kurze Begründung Ihrer Entscheidung:

**10. Welche der beiden Aussagen entspricht eher Ihrem beruflichen Selbstverständnis?**

- Ich betrachte Osteopathie als Zusatzqualifikation zu meinem Grundberuf  
 Ich betrachte Osteopathie als (zweite) Berufsausbildung

**11. Wie bezeichnen Sie sich, wenn Sie nach Ihrem Beruf gefragt werden?**

.....

**12. Wie sehr stimmen Sie einer gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als Behandlungsform zu, die einen medizinischen Grundberuf voraussetzt?**

- bin sehr dafür    bin eher dafür    bin eher dagegen    bin sehr dagegen

**13. Wie sehr stimmen Sie einer gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie als eigenständigen medizinisch-therapeutischen Beruf zu?**

- bin sehr dafür    bin eher dafür    bin eher dagegen    bin sehr dagegen

**14. Wie stehen Sie zu der Festlegung folgender gesetzlicher Rahmenbedingungen?**

***Es gibt eine einheitliche gesetzliche Grundlage zur Ausübung der Osteopathie.***

bin sehr dafür    bin eher dafür    bin eher dagegen    bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

***Es gibt einheitliche Mindeststandards in der Ausbildung, um als OsteopathIn anerkannt zu werden.***

bin sehr dafür    bin eher dafür    bin eher dagegen    bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

***Das Berufsbild OsteopathIn ist rechtlich geschützt.***

bin sehr dafür    bin eher dafür    bin eher dagegen    bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

***OsteopathInnen müssen eine vorgeschriebene Zahl an Fortbildungseinheiten in einer gewissen Zeit machen, um ihre Berufsberechtigung zu behalten.***

bin sehr dafür    bin eher dafür    bin eher dagegen    bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**Eine ausführliche Dokumentationspflicht, die Anamnese, osteopathischen Befund, osteopathische Diagnose, Behandlungsplan und Prognose, durchgeführte Behandlungsmaßnahmen und den Behandlungsverlauf beinhaltet, wird festgelegt.**

bin sehr dafür  bin eher dafür  bin eher dagegen  bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**Jeder Patient/jede Patientin muss mittels Informationsblatt über Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen der Osteopathie informiert werden und eine Einverständniserklärung unterschreiben, dass er/sie informiert wurde.**

bin sehr dafür  bin eher dafür  bin eher dagegen  bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**Die Preise für die osteopathischen Behandlungen müssen in der Praxis für die PatientInnen sichtbar ausgehängt werden.**

bin sehr dafür  bin eher dafür  bin eher dagegen  bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**Es gibt eine Anlaufstelle für PatientInnen, die im Einzelfall abklärt, was einer Beschwerde zugrunde liegt, ohne dass der Patient zu Gericht gehen muss.**

bin sehr dafür  bin eher dafür  bin eher dagegen  bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**Osteopathie wird von der Krankenkasse als Leistung anerkannt.**

bin sehr dafür    bin eher dafür    bin eher dagegen    bin sehr dagegen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**15. Was erwarten Sie sich allgemein von der rechtlichen Anerkennung der Osteopathie?**

***Die Gewährleistung für eine hohe Qualität osteopathischer Behandlungen.***

trifft sehr zu    trifft eher zu    trifft eher nicht zu    trifft gar nicht zu

***Einen besseren rechtlichen Schutz für Sie als OsteopathIn.***

trifft sehr zu    trifft eher zu    trifft eher nicht zu    trifft gar nicht zu

***Eine höhere persönliche Anerkennung für Sie als Osteopathin.***

trifft sehr zu    trifft eher zu    trifft eher nicht zu    trifft gar nicht zu

***Ein höheres Wissen um die Inhalte der Osteopathie in der Bevölkerung.***

trifft sehr zu    trifft eher zu    trifft eher nicht zu    trifft gar nicht zu

***Eine höhere Inanspruchnahme der osteopathischen Behandlung von PatientInnen.***

trifft sehr zu    trifft eher zu    trifft eher nicht zu    trifft gar nicht

***Einen Mehraufwand für OsteopathInnen, der nicht dafür steht.***

trifft sehr zu    trifft eher zu    trifft eher nicht zu    trifft gar nicht zu

***Anderes, und zwar:*** \_\_\_\_\_

**16. Welche der folgenden möglichen Befürchtungen treffen auf Sie zu, wenn die Osteopathie als eigenständiger medizinischer Beruf rechtlich anerkannt wird?**

***Sie befürchten, dass Ihre Qualifikation als Osteopathin nicht anerkannt wird, und Sie Teile der Ausbildung nachholen müssen.***

trifft sehr zu  trifft eher zu  trifft eher nicht zu  trifft gar nicht zu

***Sie befürchten, dass Ihre Qualifikation als Osteopathin nicht anerkannt wird, und Sie sich nicht mehr als Osteopathin bezeichnen dürfen***

trifft sehr zu  trifft eher zu  trifft eher nicht zu  trifft gar nicht zu

***Sie befürchten bei einer Anerkennung der Osteopathie als eigenständigen medizinischen Beruf, dass fachfremde Personen ohne ausreichende medizinische Kenntnisse diesen Beruf ergreifen können.***

trifft sehr zu  trifft eher zu  trifft eher nicht zu  trifft gar nicht zu

***Anderes, und zwar:***

*Gibt es weitere Überlegungen Ihrerseits zu diesem Thema, die im Fragebogen nicht berücksichtigt wurden, dann bitte ich Sie, diese hier zu notieren.*

*Sollten Sie Interesse an einem vertiefenden Gespräch haben, dann schicken Sie bitte ein kurzes Email an: [renate.riermeier@gmx.at](mailto:renate.riermeier@gmx.at) und ich melde mich bei Ihnen.*

***Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben den Fragebogen auszufüllen!***

**Bitte retournieren Sie mir diesen im beigefügten Antwortkuvert in den nächsten Tagen. Die Kosten für das Porto werden von mir übernommen.**

## **7 Kurzzusammenfassung (Englisch)**

### **Summery**

#### **An Empirical Study on the Professional Self-Conception of Osteopaths and Their Attitude towards the Legal Acknowledgement of Osteopathy**

##### ***7.1 Introduction***

The American physician Andrew Taylor Still (1828 – 1917) can be considered the founder of osteopathy and Dr. John Martin Littlejohn (1865 – 1947), one of Still's disciples brought osteopathy to Europe, establishing the first European school of osteopathy in London. From there osteopathy spread throughout Europe (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2010; Internationale Schule für Osteopathie, 2011a; Wagner-Scheidl, 2007). In Austria, however, osteopathy is still a relatively young practice. It is only since 1991 that an extra-occupational training course has been offered to future osteopaths (Internationale Schule für Osteopathie, 2011b). The Österreichische Gesellschaft für Osteopathie is the official trade representation for osteopaths in Austria. Its aim, amongst others, is to encourage the acknowledgement of osteopathy and to develop certain training criteria (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2010). The OEGO is a member of several European umbrella associations who are working on a unified body of rules and regulations for osteopathy in Europe.

In order to efficiently represent Austrian osteopaths in this concern, it is necessary to understand the key issues and essential requests in the professional policy of osteopaths. It therefore is the aim of this current study to provide a valuable contribution to this end. Thus an especially composed questionnaire was sent to 180 osteopaths in Vienna, who were asked about their personal perspectives and

attitudes concerning their professional policy and self-conception, their satisfaction with the current situation as well as the hopes and fears related to a new legal regulation including the acceptance of such unified regulations.

Between commencing and completing work on this master thesis lies a period of slightly more than four years, due to a two-year-interruption. Initial research was carried through in March/ April 2007 and the relevant data collected between June and August of the same year. Following this, the data was then evaluated. When, after the interruption, work on the master thesis was continued in June 2010, further intensive research into literature had become necessary in order to take new material into consideration. This led to a complete revision of the original first part. As a consequence results of the data recruited in 2007 are consolidated and processed with findings from current literature.

## **7.2 Initial Situation**

In Austria the practice of osteopathy is in the transitional phase of turning from an occupation to a profession. A profession can be described as a special kind of job in which a high level of mostly scientific knowledge and trained skill is necessary for the solution of the individual's problem. These are concerns which are of great value for our society and cannot be solved technically. Due to the asymmetric relationship to their clients, those performing a profession can only be controlled to a certain degree from the outside. They act autonomously, and are independent of their clients or any organization. This autonomy presupposes self-control and the development of professional ethics with certain regulative codes of behaviour. Professions are organised in associations, which take over the control-function in addition to the individual self-control. As a further distinctive feature, professions enjoy a high level of social prestige and regard as well as a number of privileges (cf. Peters, 2005; Krampe, 2009; Zoege, 2004). Medicine is considered one of the classic full professions, while physiotherapy tends to be regarded as a semi-profession (Schämann, 2005).

Theories of profession deal with the emergence of professions. For this study Nittel's (2002) approach of differentiated theory is of interest, since he distinguishes between the terms profession, professionalization and professionalism, allowing for the

circumstance that professionalism can also be found in an occupation that is not declared a profession. This approach is to be examined here in greater detail, for it enables us to discuss professionalism in osteopathy.

Nittel (2002) defines a profession as a 'special', usually academic occupation, in which the idea of this occupation is reflexively reversed, and the core activities of which aim at establishing, maintaining and altering the structure of personal identities (Nittel, 2002, p. 254).

The term professionalization describes the process that possibly allows a 'special' occupation to emerge – the word "possibly" indicates a certain degree of caution, because professionalization processes can be observed in many occupations that need not necessarily lead to the development of a profession (Nittel, 2002).

*Legal, national, scientific or other authorities* (Nittel, 2002, p.254) considerably influence this process. It therefore is essential for those performing this occupation to be highly committed themselves and to actively promote professionalization (Peters, 2004).

The third term, professionalism, according to Nittel (2002) is not linked to professional activity, but much rather describes the specific quality of individual, personal service which also transcends the institutional confines of the acknowledged profession in question (Nittel, 2002, p. 255).

The differentiated theory-approach defines professionalism as the critically to define interface between knowledge and skill. It is only this controversial unity of knowledge and skill which makes it possible to deal with job-related contradictions and paradoxes (cf. Nittel, 2002, pp. 253).

Currently osteopathy cannot be termed a profession in Austria, because basic conditions, such as legal regulations for practising this occupation, are missing. Osteopathy, however, already complies with some of the criteria, which distinguish a profession (Wagner, 2009). There is the strong reference to the core value of health, making osteopathy significant for each individual as well as our entire society. The constellation of patient/osteopath requires professional action. In an osteopathic session the aim is to apply knowledge and skill to the help-seeking patient, in

accordance with the specific situation and with the aim to fully re-establish this patient's (self-) healing potential. From the osteopaths' personal perspective a strong need for professionalization is evident so that osteopathy can be practised on the appropriate level.

An analysis of the relevant literature shows that the legal situation for osteopaths in Austria is such that it refers exclusively to the principal occupation (Wagner-Scheidl, 2006; Wilfling, 2007; Pankovits, 2007; Lammer, 2008).

Currently osteopathy can only be interpreted within the legal framework of the occupation in question, providing it is considered to belong to the "mechanotherapeutische Maßnahmen zur Krankenbehandlung" (Wilfling, 2007; Pankovitz, 2007). When viewed this way, the logical consequence is that osteopathy is basically practised by medical doctors and physiotherapists by order of the doctor. It cannot be ruled out that this kind of treatment is administered to healthy people by laymen (Aistleithner, 2004). The outcome of this is that osteopaths have no standardized, official competence and authority at their disposal. The group of osteopaths in Austria therefore is highly inhomogeneous.

Thus osteopaths (with the exception of medical doctors) work in a field of tension created by the demands of osteopathy on the one hand, and the legal restrictions on the other.

Doctors and all others working in healthcare are increasingly feeling the economic pressure. Higher levels of professional competence and transparency as well as patient-attention and -involvement are demanded, while the requirements of economic feasibility and efficiency still have to be met (Pundt, 2006; Kälble, 2006).

Social and economic changes have also their effects in the re-organization of education and training. Occupations in the field of medical-technical services, midwifery and nursing are currently being upgraded to college-of-higher-education-level. New occupations are emerging such as "Management im Gesundheitswesen" (Deutmeyer & Thiekötter, 2007). Restructuring also leads to new discussions about the allocation of rights and duties.

Although it is not a legally defined healthcare profession, osteopathy is confronted with the same problems. A careful discussion of its socio-political dimension is necessary in order to establish osteopathy.

## **7.3 Methodology**

### **7.3.1 Research objectives and -questions**

In the training to become an osteopath two professional groups are confronted with each other whose historical backgrounds and levels of professionalization are very different and whose principal occupations stand in a strong hierarchy to one another. The physiotherapists are subordinate to the medical doctors. This hierarchy no longer exists in the osteopathy training. But what is the situation like then in practice? Osteopathy is not legally regulated in Austria, which is why it is practised on the basis of the practitioners' principal occupation.

This circumstance leads to the following questions:

- Is a regulation by law desirable from the perspective of a practising osteopath?
- Can osteopaths practise their profession in a satisfactory manner on the legal basis of their principal occupation?
- Do the requirements regarding the legal acknowledgement of osteopathy vary amongst doctors and others, due to the different initial situations?
- Which professional self-conception do osteopaths develop?
- Does the time in office influence the desire for legal acknowledgement?
- Do osteopaths tend to consider osteopathy an additional qualification or a profession in its own right?
- Which hopes and fears are there in regard to a legal acknowledgement?
- To which extent would obligatory standards be tolerated?

### 7.3.2 Hypotheses

Deduced from the research objectives and questions as well as the analysis of the literature the following statistical hypotheses were established, which were then to be evaluated in the course of the data-analysis.

**Null hypothesis 1:** There is no difference in satisfaction with the current legal situation between physiotherapists and medical doctors.

**Alternative hypothesis 1:** There is a difference in satisfaction with the current legal situation between physiotherapists and medical doctors.

**Null hypothesis 2:** There is no difference between those who look at osteopathy as an additional qualification and those who consider it their vocational training, in regard to their acceptance of the legal status of osteopathy.

**Alternative hypothesis 2:** There is a difference between those who look at osteopathy as an additional qualification and those who consider it their vocational training, in regard to their acceptance of the legal status of osteopathy.

**Null hypothesis 3:** There is no interrelation between the years of service and the desire for legal acknowledgement of osteopathy.

**Alternative hypothesis 3:** There is an interrelation between the years of service and the desire for legal acknowledgement of osteopathy.

**Null hypothesis 4:** There is no interrelation between the level of satisfaction with the current situation and the wish for osteopathy to be accepted as a profession in its own right.

**Alternative hypothesis 4:** There is an interrelation between the level of satisfaction with the current situation and the wish for osteopathy to be accepted as a profession in its own right.

**Null hypothesis 5:** There is no interrelation between the level of satisfaction with the current situation and the wish for osteopathy to be accepted as a form of treatment based on the medical profession.

**Alternative hypothesis 5:** There is an interrelation between the level of satisfaction with the current situation and the wish for osteopathy to be accepted as a form of treatment based on the medical profession.

**Null hypothesis 6:** There is no interrelation between the desire for legal acknowledgement of osteopathy as a profession in its own right and the acceptance of rules.

**Alternative hypothesis 6:** There is an interrelation between the desire for legal acknowledgement of osteopathy as a profession in its own right and the acceptance of rules.

### **7.3.3 Development and description of the questionnaire**

Based on the statistic hypotheses and in co-operation with a psychologist, a questionnaire, consisting of standardized as well as open questions, was developed for the data acquisition.

The questionnaire is divided into four sections:

In the first section socio-demographic data is acquired. The second part is preceded by some brief information on the legal situation in Austria. Then follow questions regarding the level of satisfaction with the current situation and the professional self-conception. The third part is concerned with the agreement over legal framework conditions. The questions contained here were developed from Der osteopathische Standard (2005), the code of ethics for members of the Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, and deal with conditions such as the obligation of further education and documentation, but also the legal protection of the occupational image. The final section concentrates on collecting information on hopes and fears related to the legal acknowledgement of osteopathy.

### **7.3.4 Description of the target group and the procedure of data acquisition**

The target group consisted of all those offering osteopathic treatment in and around Vienna at the time of the survey (June 2007). The required addresses were searched for via the internet. No preliminary selection was made regarding the nature of the addressees' osteopathic training or their principal occupation. People offering merely selected forms of osteopathy, such as cranio-sacral or visceral osteopaths, were not taken into consideration.

At the beginning of June 2007 the questionnaires were sent by post to 180 osteopaths within the vicinity of Vienna, with the request for an early reply. A stamped and addressed envelope was enclosed. In the following eight weeks a total of 66 completed questionnaires were sent back, which amounts to a response rate of 37%. These 66 questionnaires were statistically evaluated.

### **Evaluation of the data**

An SPSS-matrix was established, whereupon the quantitative data was manually entered in the same programme. Subsequently the data was statistically evaluated with SPSS for Windows 11 and the hypotheses were verified by means of non-parametric procedures (Mann-Whitney U-test and Spearman's rho). The diagrams were created with EXCEL.

The open questions were evaluated by categorizing and interpreting them.

### **7.3.5 Demographic data**

The random sample comprises 66 people, of whom 48 are women (73%) and 18 are men (27%), whose age at the time of the survey ranged between 27 and 55 (M=39,33; SD=6, 144).

49 of those questioned (74,25%) are originally physiotherapists, one of them additionally being a sports scientist. 16 are medical doctors (24,25%). One of them is a certified medical-technical assistant (1,5%).

60 (91%) test persons completed their osteopathic training at the WSO (Wiener Schule für Osteopathie – Vienna School of Osteopathy), two of them additionally attending osteopathy courses at the ÖÄGMM (Austrian Doctors' Association for Manual Medicine). One of the osteopaths trained at the IAO (International Academy of Osteopathy) (1,5%), the remaining five at other institutions in England, France and Germany (7,5%).

60 (91%) of those questioned have been working as osteopaths for one to 16 years (M=5,71; SD=3,415); 6 people (9%) gave no relevant information.

#### **7.4 Summary and Discussion of the Results**

The majority of osteopaths (62%) is at least vaguely dissatisfied with the current legal situation, there being a significant difference between physiotherapists and medical doctors (Man-Whitney-U-Test:  $p=0,003$ ;  $Z=-2,938$ ). Alternative hypothesis number one can be confirmed. Physiotherapists are less satisfied with practising their profession on the legal basis of their principal occupation than medical doctors.

There is a further correlation between the form of legal acknowledgement and the principal occupation. Physiotherapists, to a somewhat stronger degree, prefer to see osteopathy as a profession in its own right, while doctors would like to consider their osteopathic treatment as based on their medical profession. The correlation between professional self-conception and the preferred form of acknowledgement is highly significant. Alternative hypothesis two can be confirmed. People who consider osteopathy as an additional qualification are in favour of having it acknowledged as a form of treatment based on the medical profession. Those who consider it to be vocational training, are far more in favour of having osteopathy accepted as a profession in its own right. (Man-Whitney-U-test: variant 1:  $Z=0,463$ ,  $p=0,014$ ; variant 2:  $Z=4,394$ ,  $p=0,000$ ).

Null hypothesis three was verified. There is no correlation between the years of service and the desire for legal acknowledgement of osteopathy. (Spearman's rho correlation: variant 1:  $r=0,123$ ,  $p=0,358$ ; variant 2:  $r=0,097$ ,  $p=0,463$ )

The results concerning the level of satisfaction are interesting. Here there is no correlation between the level of satisfaction and the desire for osteopathy to be

accepted as a form of treatment. There is, however, a significant correlation between the level of satisfaction and the wish for osteopathy to be acknowledged as a profession in its own right. The correlation is negative. The higher the level of dissatisfaction, the greater the wish for acknowledgement as a profession. This means that null hypothesis four (Spearman's rho correlation:  $r=0,172$ ,  $p=0,174$ ) and alternative hypothesis five (Spearman's rho correlation:  $r=0,414$ ,  $p=0,001$ ) could be verified.

Summarising it can be said that the favoured form of acknowledgement, i.e. as profession in its own right or form of treatment based on the medical profession, can be associated with *three parameters*. The following correlations are of statistical significance: Is the osteopathic training considered as vocational training or an additional qualification (*professional self-conception*)? Furthermore there is the *level of satisfaction* in connection with the acknowledgement of osteopathy as a profession, and finally a certain tendency can be deduced from the *principal occupation*.

If agreement with a legal acknowledgment is viewed generally and not specifically according to the form of acknowledgement, it becomes apparent that a legal acknowledgement of osteopathy is desired, regardless of the level of satisfaction with the current legal situation, the principal occupation and the professional self-conception as osteopath. There is not a single person who is against both forms of acknowledgement. Generally speaking both variants are considered desirable.

The wish for osteopathy to be acknowledged as a profession, however, does not coincide with a greater acceptance of unified regulations. (Spearman's rho correlation: very weak correlation between agreement to "legal protection of osteopathy" and "info-sheet":  $r=0,245$ ,  $p=0,024$ ;  $r=0,249$ ,  $p=0,022$ .; confirmation of null hypothesis 6).

The analysis of the literature proved that regardless of the fact that osteopathy can currently not be described as a profession, professionalism is absolutely necessary when working as an osteopath. It was no other than Still himself who spoke about, "*wissenschaftlichen Kenntnissen [...] in den Händen einer intelligenten Person mit*

*Kunstfertigkeit, die dieses Wissen anwenden kann,...“* (Still, 1902, p.14 quoted in Wagner-Scheidl, 2006, p.3).

As with other professions, osteopathic knowledge comprises expert knowledge, experience and everyday-knowledge (cf. Schämann, 2005), the chosen form of treatment being practised according to the situation and the particular case in question. Osteopathic work is impossible without professionalism. If osteopaths cannot be counted to the medical doctors, there will be legal regulations which will prohibit osteopaths to practise their skill according to their knowledge and competence. Instead of being able to act professionally, osteopaths are obliged to act semi-professionally. This affects primarily their autonomy.

The current legal situation also bears another risk for osteopathy itself. Osteopathy is considered to belong to the “mechanotherapeutische Maßnahmen zur Krankenbehandlung“ (Wilfling, 2007; Pankovitz, 2007). In the last decision of the Supreme Court 4Ob 156/04a cranio-sacral osteopathy is defined as above (Aisthleitner, 2004). This secures that cranio-sacral osteopathy is allowed to be practised by physiotherapists and medical doctors only, but still is a critical court order, though it might seem a first success. Can it really be desirable for osteopathy to be defined as a mechanical-therapeutic form of treatment? From the legal and professional policy point of view, does it make sense to separate cranio-sacral osteopathy from the entire concept of osteopathy? It cannot be in the interest of osteopathy to continue this policy. An osteopath sums up his thoughts in his explanation of the existing dissatisfaction: “There is the danger that our profession will lose its philosophy and concept”.

According to the survey all osteopaths are in favour of a form of legal regulation, even those who merely tend to be dissatisfied with the situation as it is. From this it can be deduced that osteopaths find their own situation and that of osteopathy in general far from ideal and wish for a change. Both variants seem to find agreement, although it is not quite clear whether this is due to insecurity and the resulting reluctance to decide for one of the two possibilities.

If osteopathy is to become a profession in its own right in Austria, it is absolutely necessary to create a clear-cut professional image (cf. Wagner, 2009). The

borderlines as well as the crossover sections to physiotherapy and medical treatment must be defined in order to give osteopathy a stronger profile. The pros and cons of osteopathy as a profession and a form of treatment should be shown up and openly discussed. A satisfactory training structure must be developed. Doubts and fears from critical outsiders could be allayed by making a comprehensive medical training compulsory for osteopaths. The Oego as the professional representation of osteopaths should try to establish a closer relationship to its members, in order to offer more information, but also a forum for discussion.

Limitations and criticism of this paper:

To 91% the questionnaires were completed by graduates of the WSO (Wiener Schule für Osteopathie – Vienna School of Osteopathy) and the remaining 9% had also trained abroad for several years. It was not possible to receive answers from people without medical training or those who had merely attended a short course in osteopathy.

## **7.5 Bibliography**

Aistleithner, R. (2004). Mit Recht. In *Physio Austria inform*. Vol. 6/2004 p.10)

Deutmeyer, M. & Thiekötter, A. (2007). *Studienführer Pflege und Gesundheit in Österreich. Ein Beitrag zur Professionalisierung durch Akademisierung*. Vienna: Facultas.

Internationale Schule für Osteopathie (2011a). *Geschichte der Osteopathie*. Available on <http://www.wso.at/index.php/osteopathie/geschichte-der-osteopathie> [accessed 4.3.2011]

Internationale Schule für Osteopathie (2011b). *Die Ausbildung*. Available on <http://www.wso.at/index.php/die-ausbildung/die-ausbildung-im-ueberblick> [accessed 4.3.2011]

Kälble, K. (2006). Gesundheitsberufe unter Modernisierungsdruck – Akademisierung, Professionalisierung und neue Entwicklungen durch Studienreform und Bologna-Prozess. In J. Pundt (ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen –Potentiale – Perspektiven* (pp.213-233). Bern: Hans Huber.

- Krampe, E.-M. (2009). *Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Lammer, M. (2008). *Osteopath/innen und Ärzt/innen – ein Spannungsfeld?* Unpublished master thesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Nittel, D. (2002). Professionalität ohne Profession? In M. Kraul, W. Marotzki & C. Schweppe (eds.), *Biographie und Profession* (pp. 253–286). Bad Heibronn: Klinkhardt.
- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, (2005). *Der osteopathische Standard*. Available on [http://www.oego.org/cms/fileadmin/uploads/Formulare/Der\\_osteopathische\\_Standard.pdf](http://www.oego.org/cms/fileadmin/uploads/Formulare/Der_osteopathische_Standard.pdf) [accessed 10.3.2007]
- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (2010). *Geschichte*. Available on <http://www.oego.org/cms/index.php?id=39> [accessed 2.3.2011]
- Pankovits, V. (2007). *Current legal framework governing manual-therapeutic osteopathic work by physiotherapists in Austria. An analysis of the perspective of self-employed physical therapists*. Unpublished master thesis. Krems: Donau Universität Krems
- Peters, R. (2004). *Erwachsenenbildungs – Professionalität. Ansprüche und Realitäten*. In S. Nolda, E. Nuissl von Rein & R. Tippelt (ed.), *Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag GmbH & CoKG.
- Pundt J. (2006). Professionalisierung im Gesundheitswesen – Einstimmung in das Thema. In J. Pundt (ed). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven* (pp.7-22). Bern: Hans Huber.
- Schämann, A. (2005). *Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: "Der studentische Blick auf die Profession"*. Available on: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/schaemann-astrid-2005-07-06/HTML/chapter2.html> [accessed 05.09.2010]

- Still, A.T. (1902). Die Philosophie und die mechanischen Prinzipien der Osteopathie. In C. Hartmann (2005) (ed.), *Das große Still Kompendium. Autobiographie. Die Philosophie der Osteopathie. Die Philosophie und mechanische Prinzipien der Osteopathie. Forschung und Praxis.* (pp.III-14). Pähl: Jolandos.
- Wagner, C. (2009). *Exploring European Osteopathic Identity: An Analysis of the Professional Websites of European Osteopathic Organisations.* Unpublished master thesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Wagner-Scheidl, B. (2006). *How do they end up coming to us?* Unpublished master thesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Wilfling, E. (2007). *Survey, Systematisation and Comparison of Professional, Advanced and Continuing Training Programs for Osteopathy available in Austria in the Winter Term 2006/2007.* Unpublished master thesis. Krems: Donau Universität Krems.
- Zoege, M. (2004). *Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung.* Bern: Hans Huber.