



BVO · Am Kurpark 1 · 95680 Bad Alexandersbad

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Herrn Vorsitzenden
Prof. Dr. Edgar Franke, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 18(14)0204(13) gel. VB zur öAnhörung am 17.10. 2016_PSGIII 12.10.2016</p>

Per Mail: ma01.pa14@bundestag.de

Stellungnahme des Bundesverband Osteopathie e.V. - BVO zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 17.10.2016 zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD.

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Franke,

für die Einladung zu oben genannter Anhörung sagen wir herzlichen Dank und nehmen gerne vorab wie folgt schriftlich Stellung.

Unsere Stellungnahme basiert auf den Ausführungen des Herrn Professor Herbert Landau, Bundesverfassungsrichter a.D., Justizstaatssekretär a.D., Richter am Bundesgerichtshof a.D., der vom Verband der Osteopathen Deutschland e.V. in Abstimmung mit dem Bundesverband Osteopathie e.V. - BVO beauftragt wurde.

Mit freundlichen Grüßen

Georg Schöner
Erster Vorsitzender

I. Grundsätzlich begrüßen wir den vorgelegten Gesetzentwurf der Bundesregierung und die dazu gestellten Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und SPD. Die Zielsetzung des 3. Pflegestärkungsgesetzes, die kommunale Ebene zu stärken, weil diese im Rahmen ihrer Zuständigkeit ganz entscheidend zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen beiträgt, findet die Zustimmung unseres Verbandes.

II. Indes bestehen **erhebliche Bedenken** hinsichtlich des Änderungsantrages 33 der Fraktionen CDU/CSU und SPD, BT-Drucksache I 8/9518. Der Änderungsantrag 33 der Fraktion CDU/CSU und SPD ermöglicht eine Änderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Physiotherapeuten im Bereich der Osteopathie durch Veränderung der Anlagen 1, 2 und 3 zu §1 Abs. 1 Buchstabe A, der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV).

Ziel der Reform muss es sein, auch die Qualität im niederschweligen Bereich der Pflege zu sichern, anstatt sie, wie es diese Änderungsanträge bewirken, zu gefährden. Den Bundesverband Osteopathie e.V. - BVO treibt die Sorge, dass die Urheber des Änderungsantrags die eminenten gesundheitspolitischen, rechtlichen und verfassungsrechtlichen Bedenken verkennen, wenn sie die physiotherapeutische Ausbildung wie geplant um die Osteopathie ergänzen.

Osteopathie ist kein Teil der Physiotherapie und schon gar nicht eine Erweiterung der Physiotherapie. Osteopathie und manuelle Therapie wie auch Physiotherapie haben einen grundsätzlich unterschiedlichen Ansatz- und Tätigkeitsumfang. Osteopathie wird als Heilkunde im Primärkontakt ausgeübt und nicht als Heilhilfsberuf auf Anordnung eines Arztes, wie es bei den Physiotherapeuten der Fall ist. Es mag sein, dass es Probleme im Bereich der physiotherapeutischen Ausbildung und der Ausübung der Physiotherapie gibt, wie etwa die schlechte Vergütung und Fachkräftemangel. Dies kann indes nicht dazu führen, Physiotherapie durch osteopathische Behandlung und gar Diagnose zu ergänzen, weil hierdurch die Vergütungsproblematik innerhalb der Physiotherapie nicht gelöst wird und darüber hinaus durch die Angliederung der Osteopathie als einer fachfremden Medizinform eine massive Gesundheitsgefährdung der Patienten und ein hohes medizinisches Risiko ausgelöst wird.

III. Die den internationalen und europäischen Standards genügenden Ausbildungsinhalte von Osteopathen umfassen ein grundständiges Hochschulstudium von mindestens 240 Credits bzw. eine dementsprechende Fachschulausbildung oder Weiterbildung von mindestens 4 Jahren und 1350 Stunden.

Die Ausbildungsinhalte des Osteopathen und des Arztes decken sich in wesentlichen Punkten. Die Einzelheiten und der Vergleich mit der ärztlichen Ausbildung ergeben sich aus Anlage 1.

Anlage 1 - Ausbildungsinhalte Osteopath/Arzt-

Die Verfasser des Änderungsantrags haben offenbar ein grundlegend falsches Verständnis von Osteopathie. Osteopathie ist eine ganzheitliche umfassende Medizinform, die nicht durch physiotherapeutische Behandlungstechniken abgelöst oder ersetzt werden kann. Während die BAO-Richtlinien für die Weiterbildung 1350 Stunden Mindestausbildung vorschreiben, soll die durch den Änderungsantrag vorgeschlagene Ergänzung der Physiotherapeutenausbildung lediglich 60 Stunden „Osteopathie“ enthalten. Dies entspricht nicht einmal 4 % des derzeitigen Ausbildungsumfanges, die nach dem Verständnis unseres Verbandes, und vor allem nach international anerkannten Standards, von der Ausbildung von Osteopathen erwartet wird. Dies führt zu erheblichen gesundheitlichen Risiken und Beeinträchtigungen der Patienten und daher gerade auch pflegebedürftiger Menschen. Nach der in Anlage 2

Anlage 2

-Gutachterliche Stellungnahme Prof. Dr. med. habil Karl Ludwig Resch-

beigefügten Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. Resch, Deutsches Institut für Gesundheitsforschung, versteht sich Osteopathie als eigenständiger medizinischer Ansatz. Die Ausbildungsstandards in der Osteopathie und derjenigen Osteopathen, die dem Bundesverband Osteopathie angeschlossen sind, zeichnen sich durch eine spezifische diagnostische Vorgehensweise und durch eine typischerweise nicht medikamentöse, manuelle Behandlung aus. Behandelt werden können dabei im Prinzip alle Strukturen des menschlichen Körpers, also der muskuloskelettale Bereich sowie innere Organe und Regulationssysteme. Das für die Osteopathie typisch befundorientierte Vorgehen erfordert profunde Kenntnisse in der osteopathischen Diagnostik somatischer Dysfunktionen, die kompetente therapeutische Entscheidung, die praktische Durchführung sowie ein umfassendes Wissen und Verständnis um die Grenzen des therapeutischen Ansatzes und nicht zuletzt um die Kontraindikation osteopathischer Interventionen.

Anlage 2, s.o., Pkt. 4

In der in der Anlage 2 beigefügten Stellungnahme sind Beispiele für dramatische Gesundheitsrisiken bei zu geringer fachlicher Kompetenz, etwa bei Osteoporose, begleitenden inneren Erkrankungen und malignen Erkrankungen.

Anlage 2, s.o., Pkt. 6

IV. Kapitel 2 der WHO-Benchmarks 2010 beschreibt die international als notwendig erachteten Anforderungen an die Ausbildung zum Osteopathen.

Anlage 2, s.o., Pkt. 4

Es ist für ein international so anerkanntes Gesundheits- und Pflegesystem wie dem deutschen, **skandalös**, wenn diese Standards völlig außer Acht bleiben und stattdessen der Eindruck, wie durch den oben genannten Änderungsantrag 33 - erreicht wird, 60 Stunden „Osteopathie-Ausbildung“ für nicht akademische Berufe, wie den Physiotherapeuten, könnten den medizinischen Anforderungen genügen.

V. Diese völlig unterschiedliche Sichtweise der Verfasser des Änderungsantrags von CDU/CSU und SPD einerseits und der aktuellen medizinischen Diskussion andererseits, erhellt aus den Beschlüssen der 89. Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahre 2016 zu TOP 6.2, Berufsgesetz Osteopathie. Dort wird das Bundesministerium für Gesundheit ausdrücklich aus *Gründen des Patientenschutzes* gebeten, zu prüfen, wie die durch verschiedene Gerichtsurteile entstandenen Rechtsunsicherheiten im Hinblick auf Voraussetzung, Finanzierungs- und Haftungsfragen der osteopathischen Leistungserbring ausgeräumt werden können. In diesem Zusammenhang, so heißt in diesem Beschluss, sei auch zu prüfen, ob das Berufsbild des Osteopathen einer Reglementierung durch ein eigenes Berufsgesetz bedürfe. Der vorgelegte Änderungsantrag Nr. 33 der Fraktion von CDU/CSU und SPD widerspricht dieser Intention fundamental. Dieser Weg wird nicht zu der notwendigen Rechtssicherheit und Qualitätssicherung führen, sondern wird osteopathische Behandlungen nicht qualifizierten Therapeuten anvertrauen und dadurch ein hohes Risiko und eine massive Gesundheitsgefährdung von Patienten und dabei auch von pflegebedürftigen Menschen auslösen. Der Bundesverband Osteopathie e.V. - BVO kann hinter dieser Intention des Änderungsantrags deshalb nur spezifische Berufsinteressen vermuten.

Dies wird allerdings dazu führen - sollte der Änderungsantrag Gesetzeskraft erlangen -, dass die Bevölkerung über den Inhalt und die Möglichkeiten der osteopathischen Behandlung vollständig im Unklaren gelassen, ja sogar getäuscht wird. Dadurch, dass gesetzliche Kassen diese Behandlungskosten übernehmen würden, entstünde nämlich bei Patienten zwangsläufig der Eindruck, eine sichere osteopathische Behandlung lege artis werde gewährleistet:

Dies ist falsch!

Die Rechtslage, die sich schon in dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2016 andeutet, wird entgegen der Unterstellung des Änderungsantrags in seiner Begründung nicht gelöst, sondern weiter verkompliziert und verunklart. Das Oberlandesgericht Düsseldorf wird zwar mit seinem Urteil vom 08.09.2015 (AZ I-20 U 236/13, 20 U 236/13) zitiert, indes bezog sich dieses Urteil auf Osteopathie als Heilkunde, die in der Form von mindestens 1350 Stunden gemäß der BAO-Richtlinien erlernt werden muss. Diese internationalen Standards entsprechende Ausbildung zur Osteopathie kann keinesfalls durch die bloße Eingliederung von 60 Stunden „Ausbildung“ in den Beruf des Physiotherapeuten erfolgen.

Die vorgeschlagenen Regelungen des Änderungsantrages können unter keinen Umständen einfachrechtlich, aber vor allem auch nicht **verfassungsrechtlichen Anforderungen** entsprechen.

VI. Der Bundesverband Osteopathie e.V. - BVO weist deshalb darauf hin, dass der Änderungsantrag erhebliche verfassungsrechtliche Probleme auslöst, weil er nicht nur die Eigenständigkeit des Berufsbildes der Osteopathen negiert, sondern darüber hinaus die Verpflichtung des Gesetzgebers zum Schutz der Patienten und der pflegebedürftigen Menschen unterläuft. Folge einer gesetzlichen Regelung, wie von den Antragstellern vorgeschlagen, wird sein, dass Menschen osteopathische Behandlungen bei Physiotherapeuten beauftragen und annehmen im Glauben, dies sei eine medizinisch ordnungsgemäße Versorgung ihrer Leiden. Diese fatale Fehlvorstellung der Patienten - einer Täuschung vergleichbar - wird dadurch verstärkt, dass die gesetzlichen Krankenkassen und die Pflegeversicherungskassen solche Leistungen der Physiotherapeuten bezahlen sollen. Daraus entsteht der irreführende Eindruck, Osteopathie könne von Therapeuten, wie Physiotherapeuten, eigenständig und eigenverantwortlich ausgeübt werden. Dies ist nicht der Fall. Das Gegenteil, nämlich eine massive Gesundheitsgefährdung und ein hohes Risiko für alle Patienten - Jung oder Alt - wird eintreten.

1. Für die Eigenständigkeit der Osteopathie spricht allein schon der Umstand, dass Osteopathen regelmäßig eine vierjährige Ausbildung absolvieren müssen, auf deren Grundlage eine spezielle Diagnostik und Behandlung erfolgt. Dies beruht auf den weltweit anerkannten Richtlinien der WHO

Anlage 2, s.o. Pkt. 3

und trägt vielfältigen Bestrebungen in den europäischen Staaten Rechnung, ähnlich dem Vorbild der Vereinigten Staaten, diese osteopathische Ausbildung allein in Gleichstellung zur medizinischen Ausbildung der Bevölkerung als Versorgung anzubieten.

2. Auch der Berufsverband Deutscher Osteopathischer Ärzte (BDOÄ) hat sich in einer Erklärung vom 31.08.2016 klar zu Mindeststandards der osteopathischen Ausbildung bekannt, die **sogar für Ärzte ein Vielfaches der nun geplanten 60 Stunden** betragen.

So umfasst die Basisqualifikation in osteopathischer Medizin eine osteopathische/manualmedizinische Fortbildung von insgesamt 2050 Unterrichtsstunden über mindestens 4 Jahre. Dies macht auch aus ärztlicher Sicht den hohen Stellenwert und die erforderliche mehrjährige Mindestqualifikation in der Osteopathie deutlich.

Osteopathie stellt sich somit als eigenes Diagnose- und Behandlungsverfahren dar und ist keinesfalls ein Anhängsel oder ein Unterfall der Physiotherapie oder der Tätigkeit eines Chiropraktikers. Der internationale Standard zur Ausbildung im Bereich der Osteopathie, wie er in den Eckpunkten der WHO niedergelegt ist, bestätigt diese Sichtweise.

3. Wenn aber die Verletzung von nach internationalen Standards bestimmten Vorgaben für den Risikoausschluss und Gesundheitsgefährdung von Menschen deren Recht auf Leben und deren Recht auf Menschenwürde verletzen kann, so ergibt sich aus der Schutzpflichtdoktrin der Grundrechte, dass nicht nur ein Anspruch darauf besteht, berufsrechtliche Regelungen für Osteopathen zu schaffen sowie deren Ausbildung und Zulassung **staatlich** zu regeln, sondern auch andere Therapeuten, also Physiotherapeuten oder Chiropraktiker, den Zugang zu diesem Fachgebiet und die entsprechende Handlung **gesetzlich** zu verwehren.

Der Änderungsantrag verfolgt genau das Gegenteil.

Das Bundesverfassungsgericht hat schon in mehreren Entscheidungen seine Lehre von aus den Grundrechten folgenden Schutzpflichten auf die Garantie der körperlichen Unversehrtheit angewandt und sich in mehreren Entscheidungen (BVerfGE 49,89 (141 F.); 53,30 (57); 75,40 (61 ff.)) inhaltsgleich mit der Frage auseinandergesetzt, ob die aus Artikel 2 Abs. 2 GG folgende Schutzpflicht gerade auch bei Gesundheitsgefährdung durch nicht lege artis angewandte medizinische Verfahren zu erstrecken sind. Wenn aus der Schutzpflichtkonzeption der Grundrechte ein Anspruch auf Erlass grundrechtlicher Regelungen zur Ausbildung, zur Zulassung zum Examen und zur Zulassung zum Beruf grundrechtlich folgen, so ist es geradezu die **Pflicht des Deutschen Bundestages**, dies nicht zu konterkarieren, indem nicht dazu befähigte Therapeuten, wie Physiotherapeuten, Behandlungsmethoden der Osteopathie anwenden. Die Risiken sind im Einzelnen oben geschildert. Sie sollten dem Gesetzgeber Anlass geben, statt die Ausbildungsordnung der Physiotherapeuten nun mit osteopathischen Inhalten zu befrachten und zu überfordern, ein eigenständiges Berufsregelungsgesetz für Osteopathen nach internationalen Standards zu erlassen.

Der Bundesverband Osteopathie e.V. - BVO kündigt deshalb an, nicht nur einzelne Fachgerichte mit den Auswirkungen der bevorstehenden Entscheidung, sollte der Änderungsantrag Gesetzeskraft erlangen, zu befassen, sondern behält sich auch Verfassungsbeschwerde gegen ein solches Gesetz vor.

Anlage 1

Ausbildungsinhalte Osteopath / Arzt

Beruf	Osteopath (Studium FH) Bachelor of Science + Heilpraktiker	Arzt
Ausbildungsdauer	8 - 10 Semester (Bachelor / Master) + externe Heilpraktikerprüfung	10 Semester + 1 Praktisches Jahr
Ausbildung	<p>1. + 2. Semester:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Osteopathische Grundlagen ❖ Inhalte aus den Bereichen: Anatomie, muskulo-skeletale Anatomie, Physiologie, Biologie, Wahrnehmung ❖ wissenschaftliches Arbeiten, Clinical Reasoning, Psychologie und Gesprächsführung ❖ Grundlagen der Palpation (Untersuchung des Körpers durch Erasten) ❖ Behandlungstechniken ❖ osteopathische Tests, Diagnostik <p>3.- 5. Semester:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Symptome und Aktivität des Gewebes ❖ Zusammenhänge von innerer und äußerer Befindlichkeit ❖ palpatorische Integration ❖ inhaltliche Schwerpunkte der Gesundheitswissenschaften <p>6. Semester: praktische klinische Ausbildung</p> <p>800 Stunden praktische Tätigkeit</p> <p>7. Semester:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Therapeutischer Prozess ❖ Vertiefung der Pathophysiologie ❖ Integration der gelernten osteopathischen Techniken (Theorie und Praxis) ❖ Rahmenbedingungen des beruflichen Handelns von Osteopathen ❖ Vertiefen medizinischer Themen, als Vorbereitung auf die notwendige externe Heilpraktikerprüfung <p>8. Semester:</p> <p>Patho-Physiologie und Differentialdiagnostik, Palpatorische Kompetenz, Heilpraktikergesetz, rechtliche Aspekte, Praxismanagement, Organisation des Gesundheitswesens</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bachelorabschlussphase ❖ Bachelor-Arbeit ❖ begleitendes Kolloquium ❖ 	<p>Vorklinischer Teil (4 Semester):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Natur- und sozialwissenschaftliche Grundlagen der Medizin ❖ Praktika in Physik, Chemie, Biologie, Physiologie, Biochemie/ Molekularbiologie, Kurs der makroskopischen und mikroskopischen Anatomie, Kurs der medizinischen Soziologie und Psychologie, Seminar Physiologie, Biologie/ Molekularbiologie, Anatomie, Praktika zur Einführung in die klinische Medizin, Medizinischer Terminologie, Berufsfelderkundung ❖ Krankenpflegepraktikum (90 Tage) ❖ Erste-Hilfe-Ausbildung ❖ Prüfung <p>Klinischer Teil (6 Semester):</p> <p>Unterricht in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Allgemeinmedizin ❖ Anästhesiologie ❖ Arbeitsmedizin/Sozialmedizin ❖ Augenheilkunde ❖ Chirurgie ❖ Dermatologie/ Venerologie ❖ Frauenheilkunde/ Geburtshilfe ❖ Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ❖ Humangenetik ❖ Hygiene/Mikrobiologie/ Virologie ❖ Innere Medizin ❖ Kinderheilkunde ❖ Klinische Chemie/ Laboratoriumsdiagnostik ❖ Neurologie ❖ Orthopädie ❖ Pathologie ❖ Pharmakologie/Toxikologie ❖ Psychiatrie und Psychotherapie ❖ Rechtsmedizin ❖ Urologie <p>Leistungsnachweise folgender Querschnittsbereiche: Epidemiologie, medizinische Biometrie und Informatik, Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen, Infektiologie,</p>

	<p>9. und 10. Semester</p> <p>Masterstudiengang</p> <p>Wissenschaftstheorie und Ethik Informationsmanagement Wissenschaftliche Projektarbeit/Praktikum</p> <p>Sport</p> <p>Sportmedizinische Grundlagen, Verletzungen, Therapieplanung Bewegungsanalyse Qualitativ und Quantitativ, Leistungsdiagnostik Anti Doping/Ernährung/Personalmanagement Angepasste osteopathische Behandlungstechniken</p> <p>Kulturphilosophie</p> <p>Theorie kultureller Sinnbildung Praktische Kulturreflexion und Ethik</p> <p>Faszientherapie und Forschung</p> <p>Grundlagen und Faszienforschung Klinische Diagnostik, und Palpation Einführung in das Faszien-distorsionsmodell Integration in der Therapie Grundlagen und Faszienforschung Klinische Diagnostik und Palpation Einführung in das Faszien-distorsionsmodell Integration in der Therapie</p> <p>Osteopathie in der Pädiatrie</p> <p>Schwangerschaft und Geburt Theoretische Grundlagen der Pädiatrie Osteopathische Forschung in der Pädiatrie (1) Angepasste osteopathische Untersuchungs- und Behandlungstechniken</p> <p>Osteopathie in der Urologie, Gynäkologie und Schwangerschaft und Geburt</p> <p>Theoretische Grundlagen in der Urologie, Gynäkologie, Schwangerschaft und Geburt Osteopathische Forschung in der Urologie, Gynäkologie, Schwangerschaft und Geburt Angepasste osteopathische Untersuchungs- und Behandlungstechniken in der Gynäkologie</p> <p>Externe Heilpraktikerprüfung</p>	<p>Immunologie, klinisch-pathologische Konferenz, Klinische Umweltmedizin, Medizin des Alterns und des alten Menschen, Notfallmedizin, Klinische Pharmakologie/Prävention, Gesundheitsförderung, Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz, Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren, Palliativmedizin, Schmerzmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prüfung erster Ärztlicher Abschnitt ❖ Vier Monate Famulatur in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung <p>Praktisches Jahr:</p> <p>Einteilung in drei Ausbildungsabschnitte von je 16 Wochen: Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin</p> <p>Ärztliche Prüfung</p>
--	---	--

Stellungnahme

Aus aktuellem Anlass erlaube ich mir, zur Frage der Notwendigkeit von Mindest-Ausbildungsstandards in der Osteopathie zur Gewährleistung einer adäquaten Patientensicherheit wie folgt Stellung zu nehmen.

1. Grundsätzliches

Grundsätzlich ist zunächst festzustellen, dass die Frage der Sicherheit in der medizinischen Behandlung von Menschen allgemein von zwei Teilaspekten bestimmt ist, nämlich

- a) Das inhärente Risiko einer medizinischen Intervention
- b) Das Risiko der „Malpractice“

Das inhärente Risiko einer medizinischen Intervention wird durch äußere Faktoren (z.B. Nebenwirkungen von Medikamenten, allergischer Reaktion des Behandelten, Lageanomalien einzelner Strukturen bei chirurgischen Eingriffen etc.) geprägt und ist weder durch Können und Wissen (skills) noch durch sorgfältiges Vorgehen im konkreten Fall (Performance) bzw. einschlägige praktische Erfahrung (experience) gezielt beeinflussbar. Daher ist vor jeder therapeutischen Entscheidung eine auf der Würdigung des konkreten klinischen Falles basierende Abschätzung des Verhältnisses von Nutzen und Risiko zu treffen.

Das Risiko der Malpractice (deutsche Synonyme z.B. Behandlungsfehler, Kunstfehler) beschreibt demgegenüber ein zusätzliches Risiko, das unabhängig vom inhärenten Risiko (also von Gegebenheiten seitens des Patienten) ist, mithin ausschließlich durch den Behandler zu verantworten ist. Im Wesentlichen sind dies Nachlässigkeit und/oder Inkompetenz („negligence or incompetence on the part of a professional“ [1]).

Nachlässigkeit (Fahrlässigkeit) stellt dabei typischerweise eine sporadische Komponente dar, Inkompetenz immer eine systematische, durch einen Mangel an Qualifikation verursachte Komponente. Letztere ist deshalb in besonderem Maße einer Kontrolle auf Systemebene zugänglich, nämlich durch entsprechend qualifizierende Ausbildungscurricula mit obligatorischer Abschlusskontrolle (Examen) sowie obligatorische Standards der Qualitätssicherung nach Abschluss der Ausbildung (CME, continuous medical education).

Die Qualitätssicherung (CME) ist üblicherweise unter der Kontrolle berufsständischer Organisation (Selbstverwaltung), die Definition und Kontrolle der Einhaltung von Ausbildungsstandards ist üblicherweise staatlich geregelt (vgl. Staatsexamina bei der ärztlichen Ausbildung).

2. Medizin und Osteopathie

Die Osteopathie versteht sich als ein eigenständiger medizinischer Ansatz. Ihre Wurzeln liegen in den USA, sie wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch den amerikanischen Arzt Andrew Taylor Still begründet und wird aktuell an über 30 osteopathischen Universitäten in den USA gelehrt. Seit über einem halben Jahrhundert sind die Absolventen osteopathischer Universitäten (DO, Doctor of Osteopathy) in den USA der universitären Medizin (MD, medical degree) in allen Belangen gleichgestellt. Absolventen beider Studiengänge können sich in der gesamten Bandbreite der fachärztlichen Weiterbildung für alle Fachgebiete qualifizieren, ein klares Indiz, dass es sich bei der Osteopathie nicht um ein fachärztliche Disziplin (oder eine „ärztliche Zusatzbezeichnung“) handelt.

¹ Black's Law Dictionary 9th ed. (West Group, 2009), Bryan A. Garner, editor, ISBN 0-314-19949-7

Die formelle Gleichstellung von Ärzten und Osteopathen ist (wohl aus historischen Gründen –bislang–) auf die USA begrenzt. In vielen anderen Ländern haben sich „Osteopathen“ als eine nicht-ärztliche Profession etabliert, die im Rahmen der Strukturen der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme tätig werden – in einer zunehmenden Zahl von Ländern als staatlich anerkannter Gesundheitsfachberuf, meist mit der Kompetenz/Berechtigung zum Erstkontakt.

3. Aktuelle internationale Standards

Auch in Ländern außerhalb der USA wird die Osteopathie seit vielen Jahrzehnten praktiziert, z.B. in Großbritannien, wo der Osteopath schon seit vielen Jahren ein staatlich anerkannter Gesundheitsfachberuf ist. Demgegenüber hat die Osteopathie in Deutschland erst in den letzten 20 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und rückte erst vor wenigen Jahren zum ersten Mal in den Blickpunkt z.B. der Bundesärztekammer (der Autor dieser Stellungnahme hat dazu im Jahre 2007 ein Gutachten zur Fragestellung „Osteopathie und Evidenz verfasst [2]).

Vor diesem Hintergrund, insbesondere der Tatsache, dass die gesamte Thematik in Deutschland vergleichsweise neu ist und entsprechende Fachkompetenz vor allem außerhalb der „osteopathic community“ eher bescheiden ist, soll im aktuellen Kontext der Stand der Entwicklung auf internationaler Ebene Berücksichtigung finden. In erster Linie sei auf das von einer Konsensusgruppe von ca. 200 Experten aus 57 Ländern entwickelte, 2010 verabschiedete Werk der WHO „Benchmarks for Training in Osteopathy“ verwiesen, das bis heute weltweit den Goldstandard darstellt [3], im Folgenden als WHO-Benchmarks 2010 bezeichnet.

Ein im Jahr 2003 gegründeter, internationaler Zusammenschluss von Osteopathen, die "Osteopathic International Alliance" (OIA), repräsentiert inzwischen 75 ärztliche und nicht-ärztliche osteopathische Organisationen aus 30 Ländern mit insgesamt ca. 120000 praktizierenden professionellen Osteopathen [4].

Die OIA hat im Jahr 2013 ein Dokument veröffentlicht, das eine weltweite Übersicht über wesentliche Aspekte der Osteopathie zusammenfasst [5]. Dort wird mehrfach auf die europäische Initiative „Forum for Osteopathic Regulation in Europe“ (FORE) Bezug genommen [6]. Mitglieder aus 17 europäischen Ländern haben es sich zum Ziel gemacht „den Schutz der Patienten in Europa zu verbessern, in dem eine breitere Anerkennung und staatliche Regulierung von Osteopathen und hohe Standards der osteopathischen Behandlung befördert werden sollen („to enhance the protection of patients in Europe by promoting the wider recognition and regulation of osteopaths and high standards of osteopathic treatment“). Bereits im Jahr 2007 verständigte man sich auf Standards für die osteopathische Praxis (EFSOP [7]) bzw. osteopathische Grundregeln (EFCOP [8]), im darauf folgenden Jahr auch noch auf Standards für die osteopathische Ausbildung (EFSOET [9]).

Vor allem auf diese europa- bzw. weltweiten Initiativen und länderübergreifenden Standards wird im Folgenden ggf. Bezug genommen, da sie als Goldstandard in Bezug auf die weltweit als notwendig erachteten Minimalvoraussetzungen zu betrachten sind, was eine kompetente Ausübung der Osteopathie anbetrifft.

² Resch KL. Gutachten zur Fragestellung „Osteopathie und Evidenz“. Bundesärztekammer 2007 (http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/StellOVLiteraturgutachtenResch.pdf)

³ WHO. Benchmarks for Training in Osteopathy. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 2010 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17555en/s17555en.pdf>)

⁴ <http://wp.oialliance.org>

⁵ Osteopathy and Osteopathic Medicine. A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery. Osteopathic International Alliance (OIA), 142 E. Ontario St., Chicago, IL 60611, USA (: <http://wp.oialliance.org/?ddownload=12412>)

⁶ <http://www.forewards.eu/>

⁷ EFSOP: European Framework for Standards of Osteopathic Practice (www.forewards.eu/app/download/5218871/EFSOP.pdf)

⁸ EFCOP: European Framework for Codes of Osteopathic Practice (www.forewards.eu/app/download/5218844/EFCOP.pdf)

⁹ EFSOET: European Framework for Standards of Osteopathic Education and Training (www.forewards.eu/app/download/5219307/EFSOET.pdf)

4. Ausbildungsstandards in der Osteopathie

Die Osteopathie zeichnet sich durch eine spezifische diagnostische Vorgehensweise und durch eine typischerweise nicht-medikamentöse, manuelle Behandlung aus. Behandelt werden können dabei im Prinzip alle Strukturen des menschlichen Körpers, also der muskuloskeletale Bereich (parietale Osteopathie) wie innere Organe und Regulationssysteme (viszerale Osteopathie, kraniosakrale Osteopathie). Das für die Osteopathie typische befundorientierte Vorgehen erfordert profunde Kenntnisse in der osteopathischen Diagnostik somatischer Dysfunktion, die kompetente therapeutische Entscheidung und praktische Durchführung sowie ein umfassendes Wissen und Verständnis um die Grenzen des therapeutischen Ansatzes und nicht zuletzt um die Kontraindikationen osteopathischer Interventionen (absolute und relative). Dies spiegelt sich wieder in den oben angeführten internationalen Dokumenten:

4.1. WHO. Benchmarks for Training in Osteopathy

Kapitel 2 der WHO-Benchmarks 2010 beschreibt die international als notwendig erachteten Anforderungen an die Ausbildung von nichtärztlichen Osteopathen (*"Training of osteopathic practitioners"*), neben inhaltlichen Details auch eine grundsätzliche Dimension von mindestens 1000 Stunden klinisch-therapeutischer Ausbildung und Supervision (*"1000 hours of supervised clinical practice and training"*). Kapitel 3 ist dem Thema Sicherheit gewidmet. Die dortigen Ausführungen implizieren einen Konsens, dass davon ausgegangen werden muss, dass die zur Verfügung stehende Literatur zur Sicherheit einzelner Techniken derzeit (noch) rudimentär ist (*"There is only little published evidence on which techniques should be avoided in specific conditions"*). Vor diesem Hintergrund wird gefordert, dass praktizierende Osteopathen über eine medizinisch hinreichend fundierte Ausbildung verfügen müssen, um kompetent bio-physiologische Überlegungen bezüglich möglicher Kontraindikationen anstellen zu können (*"Osteopathic practitioners use their understanding of the pathophysiology of the patient's condition and the mechanism of action of the technique to establish absolute and relative contraindications that are biologically plausible"*). Darauf aufbauend wird eine umfangreiche Liste von Kontraindikationen aufgeführt, aus der sich die hohen Anforderungen an die Kompetenz zwanglos ableiten lassen (siehe Anhang).

4.2. European Framework for Standards of Osteopathic Education and Training

EFSOET bekennt sich zu den WHO-Benchmarks, spezifiziert diese in wesentlichen Bereichen weiter und kann damit als maßgebliche Guideline für die hohen curriculären Anforderungen in Europa zumindest in den nächsten 5 bis 10 Jahren angesehen werden und macht dabei nachvollziehbar, welche hohe Anforderungen an die fachliche Qualifikation als erforderlich erachtet werden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

4.3. European Framework for Standards of Osteopathic Practice

Kapitel 1 des EFSOP listet den Konsens über das erforderliche Wissen für das Praktizieren der Osteopathie (*"Section 1: Relevant knowledge for osteopathic practice"*) auf, eine breite und anspruchsvolle Liste. Kapitel 7 verweist auf die zentrale Bedeutung profunder Fähigkeiten in der Palpation für Diagnostik, Behandlung und Ergebniskontrolle (*"Palpation may be considered to be one of the primary communication channels for most osteopaths in undertaking their professional interactions with patients in terms of diagnosis, treatment and evaluation. They should be able to detect and respond to alterations of physiological and structural changes at all levels in the body of a patient and to monitor subtle changes."*) und Kapitel 8 auf die Notwendigkeit, auch den medizinischen Kontext der osteopathischen Behandlung zu verstehen und zu beherrschen (*"Planning, monitoring and justifying osteopathic treatment"*).

5. Grenzen von ärztlicher Verordnung/Delegierbarkeit

In Deutschland wird praktizierenden nichtärztlichen medizinischen Fachberufen die Verantwortung für therapeutische Entscheidungen insbesondere dadurch abgenommen, dass sie nur im Rahmen der De-

legation einzelner Maßnahmen bzw. im Rahmen der Verordnung einer Therapie durch einen verantwortlich zeichnenden Arzt tätig werden dürfen. Dabei ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die meisten therapeutischen Fachberufe im Rahmen an deutschen medizinischen Fakultäten gelehrt diagnostischen und therapeutischen Prinzipien tätig werden (weshalb sie in der Vergangenheit nicht selten auch als „Heilhilfsberufe“ bezeichnet wurden).

Aus dem bislang zum Wesen des osteopathischen Ansatzes Ausgeführten lässt sich zwanglos folgern, dass sowohl tiefes theoretisches Wissen (in den Bereichen osteopathische Diagnostik, therapeutische osteopathische Techniken, Kontraindikationen) über die allgemein auch nichtärztlichen Berufen vermittelten Grundkenntnisse von Anatomie, Physiologie und Pathologie hinaus eine unabdingbare Voraussetzung sind, die Risiken des osteopathischen Ansatzes zu minimieren und eine höchstmögliche Sicherheit der Patienten zu gewährleisten (wie dies auch vom ärztlichen und anderen Fachberufen gefordert wird). Hierbei ist nicht zuletzt zu berücksichtigen, dass der Gegenstandskatalog für die ärztliche Ausbildung in Deutschland (wie wohl in den meisten Ländern der Welt) keine und schon gar keine hinreichenden Grundlagen der Osteopathie vermittelt, die erwarten lassen könnten, dass eine ärztliche Verordnung bzw. Delegation häufiger als nur in Ausnahmefällen durch hinreichende spezifische Kenntnisse des verordnenden/delegierenden Arztes abgesichert sein dürfte. Als Konsequenz besteht nicht nur ein breiter internationaler Konsens, dass eine hinreichende Kompetenz (vgl. Punkt 4) von Praktizierenden der Osteopathie zu fordern ist – vor dem Hintergrund der konkreten Situation in Deutschland kommt entsprechenden Anforderungen eine zentrale Bedeutung zu, um die Patientensicherheit nicht zu gefährden.

6. Beispiele für potentielle Risiken bei zu geringer fachlicher Kompetenz

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass schon das „Beherrschen der osteopathischen Diagnostik und Intervention“ hohe Anforderungen an die praktischen Fähigkeiten des Osteopathen stellt. Deshalb wird allenthalben eine hohe Zahl an Stunden unter Anleitung gefordert, um eine hinreichende Sicherheit in der praktischen Ausübung zu gewährleisten. Lernen aus Büchern bzw. Videos allein ohne das unmittelbare Korrektiv eines erfahrenen Dozenten reichen sicherlich nicht aus, um die allein inhärenten Risiken der Osteopathie im möglichen Ausmaß zu kontrollieren.

Grundsätzlich gehen z.B. die palpatorischen Anforderungen weit über die üblicherweise von Ärzten geforderten und praktizierten „manuell-diagnostischen Anforderungen“ hinaus (z.B. Palpieren der Lebergrenzen, Perkussion der Lunge, Funktionstests in der Orthopädie zur Diagnostik von Bänderrissen), die ihre Diagnostik inzwischen weitestgehend auf bildgebende Verfahren (Röntgen, Computertomogramm, Kernspintomogramm, Ultraschall etc.) stützen. Damit lassen sich aber diskrete Störungen (Dysfunktionen), deren Identifikation und Behandlung ein zentrales Anliegen des osteopathischen Ansatzes ist, nicht erkennen. Die manuelle Palpation erfordert umgekehrt viel Erfahrung und Gefühl, um nicht wichtige Befunde zu übersehen oder erkrankte Strukturen zu verletzen. Hier ist zu bedenken, dass Osteopathen im Prinzip alle der Palpation zugänglichen Strukturen und Organe des Körpers zum Gegenstand ihrer Untersuchung machen, also z.B. auch die inneren Organe des Brust- und Bauchraums sowie des Beckens, Herz und Gefäße incl. der großen Arterien.

Dabei sind nicht nur physiologische Aspekte zu berücksichtigen, also Anforderungen an Achtsamkeit und Sorgfalt gegenüber gesunden Strukturen, sondern auch mögliche Pathologien, also besondere Verhältnisse bei krankhaft veränderten Strukturen. Besondere Relevanz kommt diesem Aspekt auch dadurch zu, dass der osteopathische Ansatz grundsätzlich keine lokale/regionale Beschränkung des manuellen diagnostischen und therapeutischen Vorgehens auf die prima vista erkrankte Stelle oder Region macht, sondern grundsätzlich den Patienten als Ganzes untersucht und ggf. auch behandelt. Gerade bei älteren Menschen, bei denen die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass neben dem vordergründigen Behandlungsanlass weitere, auch chronische Pathologien vorliegen, sind hier tiefes Wissen in Pathologie und auch medizinischer Befundung erforderlich.

Aus der breiten Liste an Kontraindikationen der WHO-Benchmarks lassen sich zwanglos schwere, z.T. sogar lebensbedrohliche Konsequenzen einer durch mangelnde Kompetenz begründeten Malpractice ableiten. Hier einige Beispiele:

6.1. Osteoporose

Veränderungen der Knochendichte und Stabilität sind bei älteren Menschen ein häufiges, fast regelhaftes Phänomen. Das rechtfertigt allerdings es nicht, Menschen ab einem bestimmten Alter eine osteopathische Therapie vorzuenthalten. Nicht selten führt gerade eine solche, lege artis durchgeführte Therapie zu einem erheblichen, längerfristigen Rückgang der Beschwerdesymptomatik und damit einer relevanten Verbesserung der Lebensqualität. Ein besonders häufig auftretendes Problem bei älteren Menschen betrifft degenerative Veränderungen der Gelenke (Arthrose) und/oder Schmerzen in der Muskulatur (Fibromyalgie, Weichteilrheuma, polymyalgia rheumatica). Bei nicht sachgemäßer Manipulation und/oder der (nicht genügend gefühlvollen) Anwendung potentiell traumatisierender Techniken wie z.B. High-Velocity Low-Amplitude (HVLA) Thrusts kann es bei fortgeschrittener, oftmals aber (noch) nicht klinisch manifester Osteoporose zu Frakturen im Bereich der Wirbelkörper führen, die schlimmstenfalls zur Querschnittslähmung führen können. Andere Techniken (oder auch etwa falsches Abstützen am Patienten) können die Ursache von Rippenbrüchen sein, zu kraftvolle Unterstützung beim Aufrichten kann z.B. einen Bruch des Oberarmknochens verursachen (ggf. mit Schädigung der diesem aufliegenden Nerven).

6.2. Kopf und Nacken

Ein für den Osteopathen wichtige Behandlungsregion nicht nur für lokale/regionale Problem ist der Kopf- und Nackenbereich. Bedingt durch ihre Lage ist vor allem die Vertebralarterie bei traumatischen Verletzungen im in diesem Bereich, z.B. beim Schleudertrauma gefährdet. Aber auch zu heftige Drehbewegungen im unteren Kopfgelenk sind ein bedeutendes Risiko in diesem Bereich, bei der es zur Überdehnung und dabei zu kleinen Einrissen der inneren Gefäßwand der Arterie kommen kann, an denen sich dann leicht Gerinnsel (Thromben) bilden können, die sich ablösen und als Emboli zu einem Schlaganfall auch bei ganz jungen Menschen führen können. Die Problematik wird zwar typischerweise als Risiko bei chiropraktischer Behandlung beschrieben, kann aber bei unsachgemäßer Anwendung bestimmter osteopathischer Techniken auftreten.

6.3. Begleitende innere Erkrankungen

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Patienten zuverlässig alle ihre „Risikofaktoren“ für eine osteopathische Behandlung spontan berichten. Gerade die Bedeutung einer Antikoagulation („Blutverdünnung“, um die Gefahr der Bildung von Thromben z.B. bei Vorhofflimmern zu verringern) wird in ihrer Bedeutung von einem Gutteil der Patienten nicht verstanden oder unterschätzt. Im Prinzip kann jede „kräftige“, diagnostische wie therapeutische Palpation innere Blutungen verursachen, die, je nach Lokalisation und Ausmaß, lebensbedrohlich werden können. Ähnliches gilt, wenn Patienten mit vorgeschädigten oder iatrogen veränderten Gefäßen behandelt werden (z.B. einem Aortenaneurysma oder Dialyseshunt).

6.4. Maligne Erkrankungen

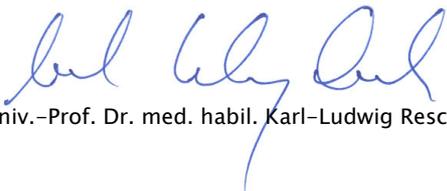
Viele Erkrankungen zeigen ein klares (verlässliches) Krankheitsbild. Maligne Erkrankungen zeigen im Gegensatz dazu nicht selten individuell sehr unterschiedliche Lokalisationen und/oder Ausprägungen, was auch Konsequenzen für die Primärtherapie (insbesondere Operation und Bestrahlung) hat. Oberflächliche, vor allem aber tiefer liegende Gewebsdefekte, aber auch Veränderungen der Gewebestruktur und -widerstandsfähigkeit können dabei auch noch längere Zeit nach Abschluss der Akutbehandlung hohe Anforderungen an das palpatorische Geschick des Osteopathen stellen. Fehlt die durch Erfahrung und Anleitung entsprechend intensiv geschulte palpatorische Feinfühligkeit, können Verletzungen bindegewebiger Strukturen (Narben!), Knochen, Bänder und Sehnen die Folge sein. Maligne Erkrankungen bergen immer das Risiko auf (noch nicht diagnostizierte) Absiedelungen, sog. Metastasen, wobei sich

je nach Primärtumoren teilweise besonders häufig befallene Areale benennen lassen. Kenntnisse dieser Zusammenhänge sind ein wichtiges Element der Patientensicherheit.

6.5. Behandlung von Kindern

Die Nachfrage nach osteopathischen Behandlungen von Kindern, insbesondere Säuglingen steigt ständig und kann als deutliches Indiz dafür gewertet werden, dass solche Behandlungen sehr häufig von Eltern als besonders erfolgreich eingeschätzt werden und deshalb eine starke positive Mundpropaganda besteht. Die Behandlung von Säuglingen ist allein schon wegen der geringen Größe vieler intrakorporaler Strukturen diagnostisch eine große Herausforderung, die eine lange und sensible Anleitung in der Lernphase ebenso erfordert wie ein besonders kundiges und sorgfältiges Vorgehen. Dies gilt neben der Diagnostik natürlich auch für die Therapie um die Gefahr der akzidentellen Verletzung von Geweben oder gar inneren Organen zu minimieren. Denkbar ist hier die gesamte Bandbreite an Schädigungen, von schmerzhaften Bagatellverletzungen bis zu lebensbedrohlichen Verletzungen. Das gilt insbesondere auch für den in der Kinderosteopathie so wichtigen Bereich des Schädels, da beim Säugling die Verknöcherung des Gehirns unvollständig und somit das Gehirn besonders gefährdet ist.

Bad Elster, 5.10.2016



Univ.-Prof. Dr. med. habil. Karl-Ludwig Resch

3. Safety issues

Osteopathic practitioners have a responsibility to diagnose and refer patients as appropriate when the patient's condition requires therapeutic intervention that falls outside the practitioner's competence. It is also necessary to recognize when specific approaches and techniques may be contraindicated in specific conditions.

Osteopathic practitioners consider that a contraindication to OMT in one area of the body does not preclude osteopathic treatment in a different area. Likewise, a contraindication for any specific technique does not negate the appropriateness of a different type of technique in the same patient. Absolute and relative contraindications for OMT are often based upon the technique employed in each particular clinical situation.

The contraindications identified by the community of osteopathic practitioners are regrouped in function of the osteopathic techniques considered: these can be direct, indirect, combined, fluid and/or reflex-based (1). Direct techniques, such as muscle energy, thrust and articulatory manoeuvres, pose different risks from indirect, fluid and reflex-based techniques. There is only little published evidence on which techniques should be avoided in specific conditions. Osteopathic practitioners use their understanding of the pathophysiology of the patient's condition and the mechanism of action of the technique to establish absolute and relative contraindications that are biologically plausible. On that basis the lists below have been established.

3.1 Contraindications to direct techniques

Direct techniques, may use thrust, impulse, muscle contraction, fascial loading or passive range of motion, to achieve tissue response. They can be applied specifically to a joint or nonspecifically to a larger area of the body. Often an area that should not be treated using a direct technique may safely and effectively be treated using an alternative technique, e.g. indirect, fluid or reflex-based. There are absolute and relative contraindications to direct techniques.

Systemic conditions that constitute absolute contraindications to direct techniques

- suspected bleeding disorder;
- prolonged bleeding times;
- anticoagulant pharmacotherapy without recent evaluation of therapeutic level;
- clotting abnormalities;
- congenital or acquired connective tissue diseases that result in compromised tissue integrity;
- compromised bone, tendon, ligament or joint integrity, such as might occur in metabolic disorders, metastatic disease and/or rheumatoid diseases.

Systemic conditions that constitute relative contraindications to direct techniques

- osteoporosis;
- osteopenia.

Absolute contraindications to direct techniques specifically applied at a local site

- aortic aneurysm;
- open wounds, skin derangement, recent surgery;
- acute hydrocephalus;
- hydrocephalus without diagnostic workup;
- acute intracerebral bleed;
- acute cerebral ischemia, including transient;
- suspected cerebral arterial-venous malformation;
- cerebral aneurysm;
- abdominal pain;
- acute cholecystitis with suspected leakage or rupture;
- acute appendicitis with suspected leakage or rupture;
- acute or subacute closed head injury;
- acute intervertebral disc herniation with progressive neurological signs;
- suspicion or evidence of vascular compromise;
- suspected vertebral artery compromise;
- known congenital malformation;
- acute cauda equine syndrome;
- ocular lens implant (early post-operative period);
- uncontrolled glaucoma;
- neoplasm;
- suspected bone compromise, such as osteomyelitis, bony tuberculosis, etc, or risk of same.

Absolute contraindications to direct techniques that specifically involve thrust or impulse applied at a local site

- specific technique at the site of surgical internal fixation of the joint;
- compromised bone or joint stability, such as might occur focally in neoplasm, metastatic disease, suppurative arthritis, septic arthritis, rheumatoid diseases, osteomyelitis, bony tuberculosis etc;
- acute fracture;
- bony or intramuscular haematoma or abscess.

Relative contraindications to direct techniques that specifically involve thrust or impulse applied at a local site

- intervertebral disc herniation;
- strained ligaments at the site;
- acute acceleration-deceleration injury of the neck.

3.2 Contraindications to indirect, fluid, balancing and reflex-based techniques

Indirect, fluid, balancing or reflex-based techniques may be applied specifically to a joint or non-specifically to a larger area of the body. These techniques do not

16

engage the restrictive barrier. They may include fascial and soft-tissue loading or unloading, hydraulic pressures, phases of respiration and cranial or postural adjustments, as part of the application of the technique. Relative contraindications to indirect techniques usually concern the clinical-temporal profile of the problem.

Absolute contraindications to indirect, fluid, balancing or reflex-based techniques applied at a local site

- acute hydrocephalus without diagnostic workup;
- acute cerebral bleed;
- acute intracerebral vascular accident;
- suspected cerebral arterial-venous malformation;
- cerebral aneurysm;
- suspected acute peritonitis;
- acute appendicitis or other visceral disease with suspected leakage or rupture;
- recent closed head injury.

Relative contraindications to any indirect, fluid, balancing or reflex-based technique applied at the local site

- metastatic disease;
- neoplasm;
- closed head injury.