

Global Listening – ein Test mit vielen Facetten

Masterarbeit an der Donauuniversität Krems – Zentrum für chinesische Medizin und Komplementärmedizin – niedergelegt an der Wiener Schule für Osteopathie - Autor: Beatrix Krall – Juni 2011

Zusammenfassung:

In vorliegender Masterthese wurde den Fragen nachgegangen, inwieweit das „Global Listening“ als globaler Überblickstest im Rahmen der osteopathischen Befundaufnahme im Praxisalltag eingesetzt wird, welche Zielsetzungen mit dem „Global Listening“ verbunden werden und im Speziellen, wie sich die Durchführung und Interpretation dieses Tests im Praxisalltag gestaltet. Obgleich der „Global Listening Test“ in seiner Reliabilität und Validität nicht hinreichend gesichert ist – eine aktuelle Reliabilitätsstudie für die Ausgangsstellung Stand ergab dazu eine zufällige Übereinstimmung (vgl. Rittler 2010) – fand dieser Test Eingang in die osteopathische Fachliteratur und in Osteopathieausbildungsstätten, so auch an der Wiener Schule für Osteopathie. Eine Literaturrecherche zum Thema „Global Listening“ und osteopathische Befundaufnahme zeigte eine Vielzahl an variierenden Angaben in Hinblick auf Zielsetzung, Durchführung und Interpretation. Erste Gespräche mit Osteopathen ließen ebenfalls einen großen Grad an Differenzierung erkennen und es schien, als ob die individuell gemachten Erfahrungen des einzelnen Osteopathen sowohl für die Zielsetzung und Durchführung, als auch für die Interpretation von Bedeutung sind. Vor dem Hintergrund, dass die Osteopathie nicht als außenstehende Alternative zur Schulmedizin gesehen werden möchte, sondern einen integrierten Platz innerhalb des Gesundheitswesens einnehmen will (vgl. Mayer-Fally 2007), ist eine kritische Beleuchtung ihrer Maßnahmen, Diagnoseinstrumente und Verfahren unerlässlich. Da es sich beim „Global Listening“ um einen Test handelt, welcher zu den fünf wichtigsten Befundungsinstrumenten zählt und innerhalb dieser an zweiter Stelle rangiert (vgl. Krönke 2006, Biberschick 2010), galt es mit Hilfe dieser Masterthese die Komplexität dieses osteopathischen Feintests zu beleuchten. Konkrete Studien liegen dazu nicht vor, weshalb der forschungsleitenden Fragestellung nachgegangen wurde, wie sich Zielsetzung, Durchführung und Interpretation für das „Global Listening“ aus Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet. Ergänzend wurde nach

der Ausgangsstellung des Patienten bzw. des Therapeuten, nach der Handhaltung des Therapeuten sowie nach Kriterien der Ergebnisinterpretation gefragt.

Beim Global Listening handelt es sich um ein Befundungsinstrument, welches im Rahmen der osteopathischen Befundaufnahme zwar häufig Anwendung findet, jedoch bestehen hinsichtlich seiner Begrifflichkeit, Zielsetzungen, Durchführungsaspekten und Ergebnisinterpretationen in der osteopathischen Fachliteratur unterschiedliche Auffassungen. Als gemeinsamer Nenner ließ sich in der theoretischen Aufarbeitung feststellen, dass die Listening Tests, zu welchen das „Global Listening“ und das „Local Listening“ zählen, zu diagnostischen Zwecken durchgeführt wird. Das „Global Listening“ (vgl. Ligner 2007, Liem/Dobler 2002) wird oft auch als „General Listening“ (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Lossing 2002) oder als „Allgemeiner Ecoute“ (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005) bezeichnet, welcher – mitunter um die Bezeichnung „Test“ wie „Global Listening Test“ und „Ecoute Test“ erweitert (vgl. Liem/Dobler 2002, Dunshirn 2006, Croibier 2006, Paoletti 2001) – *„[...] Änderungen der Körperfazienstension zur Lokalisationsdiagnostik [nutzt]“* (Hinkelthein/Zalpour 2006:13). D.h. der Osteopath versucht mit Hilfe dieses Tests veränderte Fazienstensionen, kleinste Bewegungssignale aus dem Körper aufzuspüren (vgl. Burch 2003, Barral 2005, Croibier 2006, Paoletti 2001), wodurch die Lokalisation von somatischen Dysfunktionen ermöglicht wird.

Theoretische Erklärungsmodelle

Vor diesem Hintergrund stellen die Faszientheorie, das Tensegrity Modell und die haptische Wahrnehmung zentrale Erklärungsmodelle dar, deren Grundlagen und Grundannahmen gemeinsam mit testtheoretischen Aspekten die theoretische Ausgangsbasis der Arbeit bildeten.

Fasziensystem

Der Begriff „Faszie“ (lateinisch: Band, Bündel, Verband) umfasst verschiedene Arten fasrigen Bindegewebes (vgl. Schleip 2004). Aus dem anatomischen Aufbau ist zu erkennen, dass die Faszien im Körper ein ununterbrochenes Kontinuum darstellen, welches sensibel innerviert ist und mit dem vegetativen Nervensystem in Verbindung steht (vgl. Van den Wal 2010, Schleip 2004). Paoletti (2001) beschreibt im Rahmen des „Global Listening“, dass es dem Therapeuten mit Hilfe seines Tastsinns möglich ist, Beeinträchtigungen im Bereich der Faszien zu spüren. Dies funktioniert aber nur

dann, wenn es eine Struktur im menschlichen Körper gibt, welches alle großen Systeme des Menschen (parietales System, Viszerales System, Kraniosakrales System) miteinander verbindet, so wie dies von Lossing (2002) beschrieben wird. *„One diagnostic technique (general listening) uses a fascial continuity model [...]. Bones, muscles, blood vessels, and viscera are seen as tissues stuffed in a three-dimensional covering, the fascia. The fascia is tighter in an area of abnormal mechanical tension, and pulls into that location”* (Lossing 2002:1079). Das gesamte Bindegewebe, wozu die Faszien zählen, entsteht aus embryonalem Bindegewebe, sodass heute nicht mehr zwischen den Begriffen Bindegewebe und Faszien unterschieden wird (vgl. Kwakman 2010). Faszien bestehen *„hauptsächlich aus einem dichten Netz von Kollagenfasern (plus geringem Maß elastische und retikuläre Fasern), aus Fibroblasten und anderen Zellen, sowie aus einer wasserbindenden Grundsubstanz“* (Schleip 2004:10). Sie schließen die unmittelbare Umgebung jeder Zelle ein und wirken somit direkt oder indirekt auf den Zellmetabolismus. Dadurch können Druck und / oder Spannungen, welche einerseits von außen und andererseits aus dem inneren des menschlichen Körpers entstehen können, die Zellfunktion sowohl im positiven als auch im negativen Sinn beeinflussen (vgl. Fossum 2003). Im Bindegewebe selbst (Faszien) wird zwischen zellulären und extrazellulären Bestandteilen unterschieden. Alle extrazellulären Bestandteile werden als extrazelluläre Matrix, bestehend aus Kollagen, Fasern, elastische Fasern, Grundsubstanz, Wasser, Nicht - kollagene Proteine, bezeichnet (vgl. Van den Berg 1999). Zwischen diesen und den Gefäßen findet ein ständiger Flüssigkeitsaustausch statt, womit das Faszien-system eine wesentliche Rolle beim Wasserhaushalt des Menschen spielt (vgl. Scheiterbauer 2010). Es handelt sich dabei um eines der größten funktionierenden Systeme des menschlichen Körpers, welches jeden Winkel des Körpers verbindet, jede Zelle reguliert, einschließlich der Gehirnzellen, Nerven, Muskeln, Weichgewebe, Blutgefäße, Knochen und Organe (vgl. Fossum 2003, Paoletti 2001, Van der Wal 2010). Zusammen mit dem Stützgewebe, Knochen und Knorpel, welche von Fossum (2003) ebenfalls zum Faszien-system gezählt werden, stellt das Bindegewebe das Hauptgewebe des menschlichen Körpers dar und hat einen Anteil von 30% am Körpergewicht (vgl. Kwakman 2010). Da das Bindegewebe in der embryonalen Entwicklung an der Bildung von Körperhöhlen beteiligt ist und das Grundgewebe der Organe bildet, kann es auch als „Organ der Form“ bezeichnet werden, welches den einzelnen Bauelementen des Körpers eine relativ stabile

dreidimensionale Grundordnung ermöglicht (vgl. Scheiterbauer 2010, Schwind 2010). Des Weiteren könnte zwischen Bindegewebe das „Raum für Bewegung schafft“ und Bindegewebe das „feste Verbindungen“ herstellt differenziert werden. *„Es geht hierbei um die Ausbildung des Interzellulärraumes, z.B. bei der Bildung des Zöloms, der Körperhöhlen und der Gelenk – „Höhlen“, wo durch räumliche Trennung Bewegung möglich wird. [...], solche Epithelien sind mehr oder wenig von kontinuierlicher Bewegung abhängig. Dies kann beobachtet werden bei Faszien-schichten wie dem Peritoneum oder der Pleura, die miteinander verkleben, sobald die Bewegung der beteiligten Strukturen und Organe fehlt“* (Van den Wal 2010/1:27). Das Bindegewebe, d.h. die Faszien passen sich somit ständig den funktionellen Belastungen des Alltags an. Als weitere Aufgabe des Bindegewebes kann seine Funktion als „Sinnesorgan“ gesehen werden. So sind die Faszien reichlich mit freien Nervenendigungen versehen, welche auf mechanische Druck- und Zugbelastungen reagieren. Sie dienen, ebenso wie die Mechanorezeptoren der Muskeln, der Propriozeption und sind wesentlich für die Koordinierung der Aktivitäten des Zentralen Nervensystems (vgl. Scheiterbauer 2010, Schleip 2004, Schwind 2003, Van den Wal 2010). Um eine neuere wissenschaftliche Erkenntnis handelt es sich bei dem Faktum, dass innerhalb der Faszien kontraktile Zellen histologisch nachweisen werden konnten, welche sich wie glatte Muskelzellen verhalten und mit dem sympathischen Nervensystem in Verbindung stehen (vgl. Schleip 2004, Schwind 2003, Scheiterbauer 2010). So erhält einerseits das vegetative Nervensystem über die freien Nervenendigungen Informationen aus der Peripherie, andererseits kann es über die kontraktilen Zellen innerhalb der Faszien selbst Einfluss auf die Spannung des Faszien-systems nehmen. Diese anatomischen Grundkenntnisse erscheinen insofern von Bedeutung, da es beim „Global Listening“ darum geht, Änderungen der Körperfaszienspannung wahrzunehmen.

Tensegrity-Modell

Zunehmend wird das Faszien-netz als architektonische „Tensegrity“ Struktur gesehen, welche durch ein viel verzweigtes kontinuierliches Netzwerk an Spannungsverbindungen gekennzeichnet ist (vgl. Schwind 2003). Dieses Modell, bestehend aus festen und elastischen Elementen, stellt ein dreidimensionales „Raumpuzzle“ dar. Wirkt auf dieses Modell von außen eine Kraft ein, so reagiert es in seiner Gesamtheit und es kommt zu einer Kräfteverteilung innerhalb dieses Systems.

Dieses aus der Architektur stammende Modell, wurde von Ida Rolfs auf den menschlichen Organismus übertragen und hält Implikationen für die osteopathische Befundaufnahme und die therapeutische Intervention bereit. Es erscheint nachvollziehbar, dass Beschwerden welche an einem Ort im Körper vom Patienten wahrgenommen werden, ihren kausalen Ursprung an einem ganz anderen Ort nehmen, da die auf den menschlichen Körper einwirkenden Kräfte dreidimensional auf diesen verteilt werden. Daher macht es innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme Sinn, sich eines Diagnoseinstrumentes zu bedienen, welches durch manuelle Berührung Kontakt mit der Gesamtheit des Faszien-systems aufnimmt. Mit Hilfe des „Global Listening“ kann diesem Anspruch Rechnung getragen werden, da es mit dem Ziel angewendet wird, einen ersten Eindruck über vorhandene Spannungszentren im Körper des Patienten zu erhalten (vgl. Liem/Dobler 2002).

Der Tastsinn aus wahrnehmungspsychologischer Sicht

„The sensibility of the individual to the world adjacent to his body by the use of his body will here be called the haptic system. The word haptics comes from a Greek term meaning “able to lay hold of”. It operates when a man or animal feels things with his body or its extremities” (Gibson 1982:97). Durch die haptische Wahrnehmung ist es daher dem Individuum möglich, nicht nur Informationen über seine Umgebung, sondern auch über seinen Körper zu erlangen (vgl. Gibson 1982). Grunwald/Beyer (2001) beschreiben den Tastsinn, die haptische Wahrnehmung in der Art, dass sie *„uns zum einen die Wirkung mechanischer Reize auf unsere Körperoberfläche und andererseits Informationen über die Beschaffenheit beim untersuchenden Abtasten mit der Hand [vermitteln]“* (Grunwald/Beyer 2001:25). Der Tastsinn zählt zum somatosensorischen System und ist für die Tastempfindung, Wärme-, Kälte- und Schmerzeindrücke zuständig (vgl. Guttman 1982). Im Rahmen der Tastempfindung wird zwischen Oberflächen- und Tiefensensibilität (Propriozeption) unterschieden, wofür eine Vielzahl unterschiedlicher Rezeptoren und freien Nervenendigungen zur Verfügung steht (vgl. Schmidt 1998, Silber-nagel/Despopoulos 2007, Grunwald/Beyer 2001). Für das Tastsinnessystem des Menschen gibt es kein adäquates Parallelsystem, sodass es sich hierbei um das sowohl für den Menschen als auch für die Tierwelt wichtigste Sinnessystem handelt und als wesentliche Grundlage für das Aufspüren von faszialen Spannungen mit Hilfe der Hände, wie dies beim „Global

Listening“ der Fall ist, gesehen werden kann (vgl. Grunwald 2009). Die haptische Wahrnehmung stellt somit für jeden manuell tätigen Therapeuten die Basis seines täglichen Handelns dar, wird durch den therapeutischen Kontakt zum Patienten täglich trainiert und ein Stück weit verfeinert. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Tastsinneswahrnehmung von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt ist. Es ist daher nicht überraschend, dass im Besonderen das Tastsinnessystem bei blinden Menschen entwickelt ist, um mit dessen Hilfe ein Abbild von der physikalischen Außenwelt herzustellen. Heller/Ballesteros (2006) verweisen dazu in ihren Ausführungen darauf, dass bewusste und unbewusste Erfahrungen wichtig für die Entwicklung der haptischen Wiedererkennung sind. Daher bedarf es oft Jahre an Schulung um noch so feinste Informationen wahrnehmen und erkennen zu können, wie dies beim „Global Listening“ der Fall ist (vgl. Croibier 2006, Paoletti 2001).

Reliabilität und Validität von manuellen Diagnoseverfahren

Der Begriff der Reliabilität bezieht sich auf die Zuverlässigkeit einer Messmethode und wird charakterisiert von der Reproduzierbarkeit der Messergebnisse unter gleichen bzw. ähnlichen Bedingungen (vgl. Fröhlich 2010). Die Reliabilität ist umso höher, je geringer die Anzahl möglicher Messfehler ist (vgl. Bortz/Döring 2006). Idealerweise wäre dies der Fall wenn *„der Test in der Lage ist, den wahren Wert [eines Testergebnisses] ohne jeden Messfehler [...] zu erfassen“* (Bortz/Döring 2006:196). *„Dieser Idealfall tritt in der Praxis nie auf, da sich Fehlereinflüsse durch situative Störungen“* (Bortz/Döring 2006:196), durch den Menschen selbst, welcher ständigen Adaptationen sowohl in physischer als auch in psychischer Sicht unterworfen ist, nie ausschließen lassen (vgl. Rittler 2010). Daher kann die Anforderung an völlig gleiche Testbedingungen nicht realisiert werden (vgl. Rittler 2010). Des Weiteren stellt sich als Problemfeld die Kommunikation des Wahrgenommenen, im Hinblick auf die Testobjektivität von manuellen Testmethoden, dar (vgl. Sommerfeld 2000, 2006). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit manuelle Diagnosemethoden zur Befundung und Therapieauswahl herangezogen werden können, bzw. wie deren Reliabilität und Validität verbessert werden kann. Allgemein gelten die funktionellen Befundungsinstrumente, zu welchen die Listening Tests zählen, zu jenen Tests, welche eine geringe Reliabilität und Validität aufweisen. Ähnliches gilt auch für die so genannten strukturellen Tests, zu welchen z.B. manuelle Test zur Wirbelsäulenuntersuchung zählen, da diese

ebenfalls eine schwache bis leidliche Interrater-Reliabilität ergab (vgl. McConnell et. al 1980, Gemmel/ Miller 2005, Hawk et. al 1999, Schöps et. al 2000, Van Trijffel et. al 2005). Podlesnic (2006) verweist in seiner Masterthese zum „Local Listening“ darauf, dass durch ein Konsenstraining der Untersucher die Intra- und Inter-Reliabilität hätte verbessert werden können, so wie dies Degenhart et. al (2005) nachgewiesen haben. Daher bedarf es einer genaueren Präzisierung von Testabläufen, um Fehlerquellen so gering als möglich zu halten und somit die Reliabilität von manuellen Diagnosemethoden zu erhöhen.

Die Validität spielt ebenso wie die Reliabilität eine wesentliche Rolle bei manuellen Diagnoseverfahren und ist Bestandteil der Testobjektivität (vgl. Schelten 1997). Der Begriff der Objektivität wird einerseits auf die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität, welche für die Reliabilität von Bedeutung sind, andererseits auf die Interpretationsobjektivität, welche für die Validität von Bedeutung ist, eingegrenzt. So sollen Aussagen, welche an Hand der Testergebnisse gemacht werden, unabhängig vom Untersucher sein, andernfalls kann der Test nicht als valide bezeichnet werden (vgl. Schelten 1997, Bortz/Döring 2006). Für das „Global Listening“ bedeutet dies Folgendes: Es soll ein und dieselbe Wahrnehmung in gleicher Art und Weise, unabhängig vom Untersucher, interpretiert werden. In weiterer Folge soll ein und dieselbe Wahrnehmung zu ein und derselben Struktur, welche sich in Dysfunktion befindet, führen. Es handelt sich bei der Interpretation des Wahrgenommenen um einen wichtigen Prozess innerhalb des „Global Listening“ und die Interpretationsobjektivität stellt eine wesentliche Bedingung für die Validität dar (vgl. Schelten 1997). *„Sind die Aussagen, die anhand der Testergebnisse gemacht werden, abhängig von der Person, welche die Testergebnisse interpretiert, so kann der Test nicht zu gültigen, m. a. W. zu validen Ergebnissen führen“* (Schelten 1997:124).

Methode

Zur Aufarbeitung der forschungsleitenden Fragestellung wurde ein theoriegenerierendes qualitatives Verfahren gewählt, in dessen Rahmen das problemzentrierte Interview (PZI) nach Witzel (1982, 2000) zum Einsatz kam. Dieser halbstrukturierten Befragung lag ein Interviewleitfaden zu Grunde, welcher den „roten

Faden“ durch das Interview bildete und dessen Fragen im Sinne der Problemzentrierung eine Konzentration auf den Untersuchungsgegenstand und damit eine relativ gute Auswertbarkeit und Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichte (vgl. Mayring 2002). In Summe wurden zwölf Osteopathen aus Wien und Niederösterreich, welche Ihre Ausbildung an der Wiener Schule für Osteopathie absolviert hatten, interviewt. Der Durchführungszeitpunkt der Interviews wurde auf drei Monate beschränkt und fand zwischen Oktober und Dezember 2008 statt. Im Anschluss daran fand die Transkription der Interviews statt, welche mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden.

Ergebnisdarstellung

Insgesamt ergaben sich 19 Hauptkategorien, welche zu fünf Bereiche – Begriff, Bedeutung innerhalb des Befundungsprozesses, Zielsetzung, Durchführung und Interpretation – verdichtet wurden.

In Bezug auf den Wortgebrauch zeigte sich, dass übereinstimmend mit der Fachliteratur in der osteopathischen Praxis die Begriffe „Global Listening“ (sechs Nennungen), „General Listening“ (drei Nennungen) und „Globaler Ecoute“ (eine Nennung) vorherrschend sind.

So wie in osteopathischen Fachbüchern, wird von sieben Interviewpartnern dem „Global Listening“ eine diagnostischen Zielsetzung innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme zugesprochen. Dabei gilt es, mit den Händen einen ersten Eindruck von den Geweben zu erhalten, wobei sich der Therapeut in einem passiven Zustand, im Zustand des Zuhörens befindet (vgl. Burch 2003, Barral 2005, Croibier 2006, Paoletti 2001). Bezüglich des Stellenwertes des „Global Listenings“ im osteopathischen Praxisalltag kann festgehalten werden, dass sechs der zwölf befragten Osteopathen diesen Test regelmäßig und weitere sechs Interviewpartner beim Vorliegen bestimmter Kriterien diesen beim Erstkontakt anwenden. Dieser hohe Stellenwert deckt sich mit den Ergebnissen aus den Masterthesen von Krönke (2006) und Biberschick (2010). Als Gründe und Motive für die unregelmäßige Anwendung des „Global Listenings“ kristallisierten sich folgende Argumentationsstränge heraus: Komplexer Befund versus spezifische Symptome (drei Nennungen), Intuition (zwei

Nennungen) und der Aspekt des Screenings (eine Nennung). Als Resümee für das Unterkapitel „komplexer Befund versus spezifische Symptome“ kann festgehalten werden, dass die Interviewpartner umso öfters das „Global Listening“ als Überblickstest verwenden, je komplexer sich die Symptome, das Gesamtbild des Patienten präsentiert und je spezifischer sich die Symptome gestalten, desto eher wird dieser Überblickstest weggelassen (drei Nennungen). Im Unterkapitel „Intuition“ wurde auf Erkenntnis aus der Spiegelneuronenforschung des Neurobiologen Rizzolatti zurückgegriffen (vgl. Zeuch 2008, Jung 2006). Bei der Intuition handelt es sich um eine Metakompetenz, welche einerseits sehr hilfreich bei der Gestaltung einer gelungenen Arzt – Patientenbeziehung und bei der Diagnosefindung ist (vgl. Zeuch 2008). Interessante Überlegungen zu den in der Primär- und Sekundärprävention verwendeten Screeningmethoden fanden sich bei Strasser (2010), welche auch auf ein osteopathisches Screening übertragen werden können. Des Weiteren war von Interesse, inwieweit der „Global Listening Test“ den eigenen Befundungsprozess beeinflusst. So gaben acht Interviewpartner an, dass das Ergebnis aus dem „Global Listening Test“ auf jeden Fall das weitere Prozedere im Befundungsprozess beeinflusst, während für drei Interviewpartner das Ergebnis nur bedingt einen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Befundung hat. In ersterer Gruppe war zu erkennen, dass dem Ergebnis aus dem „Global Listening“ ein hoher Stellenwert eingeräumt wird, da es den Ablauf des Befundungsprozesses verändert, d.h. es werden weitere speziell darauf abgestimmte Tests durchgeführt, noch einmal genauer dazu nachgefragt bzw. darüber reflektiert, ob Fragen innerhalb der Anamnese vergessen wurden. Dabei handelt es sich um einen interessanten Aspekt, welcher so nicht in der Literatur angesprochen wird. Hingegen konnte für die zweite Gruppe dieser hohe Stellenwert des „Global Listening“ für den Befundungsprozess nicht abgeleitet werden, als Ergebnisse dieses Listeningtests die Befundaufnahme nur bedingt oder gar nicht beeinflussen und die Ergebnisse aus allen durchgeführten Tests erst am Ende des Befundungsprozesses einer Bewertung unterzogen werden. Darüber hinaus wird in einschlägiger Fachliteratur vermerkt, dass den Geweben wertschätzend und mit Respekt begegnet werden soll (vgl. Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Liem 1998, Riedl/Schleupen 2010, Paoletti 2001); ein Aspekt, den dezidiert nur zwei Interviewpartner ansprachen.

Die Fragestellung, wie sich die Zielsetzung für das „Global Listening“ aus der Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet, erbrachte interessante Erkenntnisse. Deckungsgleich mit den Angaben aus der osteopathischen Literatur (vgl. Barral/Croibier 2008, Barral 2004, Barral 2005, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Lossing 2002, Mayer-Fally 2007, Ligner 2006, Riedl/Schleupen 2010, Paoletti 2001) artikulierten die Interviewpartner folgende fünf zentrale Zielsetzungen für das „Global Listening“: Wahrnehmung faszialer Spannung (sieben Nennungen), Auffinden von Läsionen/Problemzonen (vier Nennungen), Auffinden von Körperebenen, welchen eine Dysfunktion zugeordnet werden kann (vier Nennungen), Kontaktaufnahme zu den Geweben (zwei Nennungen) sowie Formulierung einer osteopathischen Diagnose (fünf Nennungen). Im Rahmen der Aufarbeitung der einschlägigen Fachliteratur wurde der Begriff der somatischen Dysfunktion, welche 1973 den bis dahin gültigen Begriff der osteopathische Läsion ablöste, näher erläutert, da die Interviewpartner als eine Zielsetzung, das Auffinden von Läsionen / Problemzonen angaben. So kann es sich bei einer somatischen Dysfunktion um ein primäres Gebrechen handeln, oder *„[...] sich sekundär aus psychischen, viszeralen Beschwerden, anderen somatischen Dysfunktionen oder strukturellen Anomalien des Körpers ergeben“* (Mitchell/Mitchell 2004:46). Für eine erweiterte Betrachtungsweise plädiert Fossum (2003), für welchen *„die Beziehung zwischen Flüssigkeiten, Faszien und Knochen für die Körperfunktion symbiotisch (ist) und die muskuloskelettalen und visceralen Systeme lediglich ein Teil des Ganzen [sind]“* (Fossum 2003:4). Der Begriff der somatischen Dysfunktion kann damit auf jedes gelenkartige Gewebe angewendet werden, wobei hierunter nicht nur anatomisch definierte Gelenke zu verstehen sind, sondern alle Gewebe, welche eine veränderte Beweglichkeit, eingeschränkte Fließeigenschaft, dadurch eine reduzierte Funktion aufweisen und durch eine manuelle osteopathische Untersuchung festgestellt werden können. Aus den Aussagen der Interviewpartner ging hervor, dass der Begriff der somatischen Dysfunktion noch kaum Einzug in den osteopathischen Praxisalltag gefunden hat, obwohl mit Hilfe des „Global Listenings“ mehrheitlich Dysfunktionen zu ermitteln versucht wird. Diese werden in weiterer Folge den aus der Literatur bekannten Körperebenen wie z.B. der parietalen, der viszeralen, der kraniosakralen oder der psychoemotionalen Ebene (vgl. Barral 2004, Barral 2007, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2006, Paoletti 2001, Upledger 2000) zugeordnet.

Neu hingegen war der Aspekt, mittels des „Global Listening“ Dysfunktionen auf einer so genannten Flüssigkeitsebene und / oder hormonellen Ebene (eine Nennung) auffinden zu wollen. Erklärungsmodelle finden sich hierfür in der Faszienforschung (vgl. Schleip 2004, Schwind 2003, Scheiterbauer 2010), welche Zusammenhänge zwischen dem Zustand der Faszien und den von den Interviewpartnern genannten Körperebenen vermuten lassen. Um mit den Geweben des Patienten Kontakt aufnehmen zu können, ist eine wertschätzende und liebevolle Haltung des Osteopathen notwendig; ein Aspekt, welcher in der osteopathischen Literatur viel Aufmerksamkeit geschenkt wird (vgl. Barral/Croibier 2008, Croibier 2006, Liem 1998, Riedl/Schleupen 2010, Paoletti 2001). In Hinblick auf die Zielsetzung „Formulierung einer osteopathischen Diagnose“ (fünf Nennungen) gaben zwei Interviewpartner an, das „Global Listening“ als einen Baustein von vielen innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme zu sehen. Somit wird das Ergebnis aus diesem Test von Beiden als hilfreich bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose erlebt. Beide Aussagen spiegeln sich in der osteopathischen Literatur wieder (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001) und sind konträr zu den Aussagen jener drei Interviewpartnern, bei welchen das Ergebnis aus dem „Global Listening“ die Vorgehensweise zwar innerhalb der eigenen Befundaufnahme beeinflusst, jedoch als nicht hilfreich bei der Formulierung der osteopathischen Diagnose erlebt wird. In diesem Zusammenhang wurde von einem Interviewpartner eine interessante Diskussion angeregt. Mit der Begründung, dass der „Global Listening Test“ nicht ausreichend wissenschaftlich sei, weist er dem „Global Listening“ einen geringeren Stellenwert als den so genannten Mobilitätstests im Befundungsprozess zu. Diese Aussage kann weder mit Ergebnissen aus Reliabilitätsstudien zu manuellen Diagnoseverfahren (vgl. McConell et. al 1980, Gemmel/Miller 2005, Hawk et. al 1999, Schöps et. al 2000, Trijffel et. al 2005), noch mit Aussagen aus der osteopathischen Literatur zum Thema Befundaufnahme begründet werden.

Folgende Zielsetzungen konnten hingegen neu generiert werden: So wird das „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für therapeutisches Vorgehen (sechs Nennungen), zur Beurteilung der Befindlichkeit des Patienten (drei Nennungen), zur Evaluation (acht Nennungen), zur Beurteilung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder der Midline (jeweils eine Nennung) herangezogen. Zuerst sollen jene Zielsetzung Berücksichtigung finden, welche Mehrfachnennungen aufweisen. Drei Interviewpartner gaben an mit dem „Global Listening Test“ ein Diagnoseinstrument in

Händen zu halten, welches ihnen erlaubt, während oder nach einer osteopathischen Behandlung die Befindlichkeit des Patienten, welches sich einerseits auf das physische und andererseits auf das psychische Wohlbefinden bezieht, zu beurteilen. Des Weiteren gaben sechs Interviewpartner an, das Ergebnis aus dem „Global Listening“ als Entscheidungshilfe für das therapeutische Vorgehen und / oder für die Auswahl der Behandlungstechnik heranzuziehen. Zu betonen ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass drei der zwölf Interviewpartner gegenteiliger Meinung waren und für sie das „Global Listening“ keinen Einfluss auf ihr therapeutisches Vorgehen hat. Interessant waren die Aussagen von acht Interviewpartnern, welche das „Global Listening“ als Evaluierungsinstrument während und am Ende der Behandlung einsetzen. So ist im Bereich der strukturellen Osteopathie die Nachuntersuchung mit Hilfe manueller Mobilitätstests als fixer Bestandteil integriert (vgl. Greenman 2000). Ähnliche Hinweise fanden sich in der osteopathischen Literatur im Bereich der kraniosakralen und viszerale Osteopathie, allerdings wurden nicht explizit Tests zum Zwecke der Evaluation angeführt (vgl. Liem 1998, Liem/Dobler 2002, Barral/Mercier 2005). Die Interviewpartner wiesen darauf hin, dass der „Global Listening Test“ ein eindeutiges Ergebnis erbracht haben muss, um als Evaluierungsinstrument eingesetzt werden zu können. Dabei determinieren verschiedene Faktoren, ob das „Global Listening“ von den Interviewpartnern regelmäßig oder bei Bedarf als Evaluierungsinstrument eingesetzt wird. Bei den Einzelnennungen wurde bzgl. der Beurteilung der Midline auf Gedankenkonstrukte aus der biodynamischen Osteopathie, dessen Begründer Jim Jealous ist, zurückgegriffen. So verweist Dunshirn (2006) in ihrer Masterthese darauf, dass mit Hilfe des „Ecoute – Test“ relativ rasch ein Eindruck von der Midline gewonnen werden kann; bzgl. der Beurteilung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten wurde auf Erkenntnisse aus der Faszienforschung zurückgegriffen. So scheint es vorstellbar, dass eine Nahrungsmittelunverträglichkeit und / oder Essstörung für den menschlichen Körper eine Stressreaktion darstellen, welche in weiterer Folge zu einer veränderten Faszienspannung führen könnten.

In Bezug auf die Fragestellung, wie sich die Durchführung des „Global Listening“ aus der Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet, lässt sich zunächst festhalten, dass das Vorgehen nicht einheitlich ist. Insgesamt fand sich bzgl. der Durchführung des „Global Listening“ innerhalb der

Interviewpartner ein großer individueller Spielraum, welcher auch die Vielfalt differierender Angaben in der osteopathischen Literatur widerspiegelt (vgl. Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Ligner 2007, Liem/Dobler 2002, Paoletti 2001, Prat 2007).

Für die Ausgangsstellung des Patienten, in welcher das „Global Listening“ im osteopathischen Praxisalltag durchgeführt wird, wählen die Therapeuten am häufigsten die Position Stand (11 Nennungen), gefolgt von der Position Rückenlage (neun Nennungen) und von der Position Sitz (vier Nennungen). Darüber hinaus wird der „Global Listening Test“ häufig in den Positionen Stand/Rückenlage, selten in den Positionen Stand/Sitz und nur in Ausnahmefällen in den Positionen Sitz/Rückenlage kombiniert ausgeführt. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass für das „Global Listening“ die Ausgangsstellungen Stand und Sitz zu verwenden sind, hingegen die Ausgangsstellung Rückenlage für ein „Global Listening“ zu meiden ist (vgl. Barral 2005). In dieser werden so genannte „lokale Ecoute Tests“ bzw. „segmentale Ecoute Tests“ durchgeführt (vgl. Croibier 2006, Hinkelthein/Zalpour 2006, Paoletti 2001), während für Paoletti (2001) die Ausgangsstellung Rückenlage auch für die „Globalen Ecoute -Tests“ zulässig ist. Diese unterschiedlichen Angaben und Begrifflichkeiten (Global Listening, Local Listening, Segmentaler Ecoute, ect.) in der Fachliteratur mögen zur Verwirrung innerhalb der Osteopathen beitragen und es scheint mehr als sinnvoll, hier eine Begriffsklärung innerhalb der Osteopathengemeinschaft herbei zu führen. Für die Ausgangsstellung Stand konnten als Gemeinsamkeiten die Blickrichtung des Patienten nach vorne (elf Nennungen), das Schließen der Augen (9 Nennungen) und eine Spurbreite, welche zwischen hüftgelenksbreit und beckenbreit liegen kann (neun Nennungen), festgestellt werden. Es fand sich weder in der osteopathischen Literatur noch innerhalb der Aussagen der Interviewpartner Angaben bzgl. der Gleichgewichtserhaltung und der Größe der Unterstützungsfläche, welche durch die Spurbreite vorgegeben ist. Dies ist umso erstaunlicher, da die Gleichgewichtsreaktionen mit geschlossenen Augen zunehmen (vgl. Hochschild 2002, Klein-Vogelbach 2000) und das Ergebnis aus dem „Global Listening“ verfälschen könnten. Für die Ausgangsstellung Sitz kann einzig und allein festgehalten werden, dass die Unterschenkel des Patienten frei hängen sollen und für die Ausgangsstellung Rückenlage, dass der Patient entspannt liegen soll. Der Arm- bzw. Handposition in der Ausgangsstellung Rückenlagen wurde keine

Aufmerksamkeit geschenkt, obwohl sich dazu interessante Aspekte im Bereich der Inhibitionstests fanden (vgl. Liem/Dobler 2002, Croibier 2006, Barral 2005).

Zur Ausgangsstellung und Handhaltung des Therapeuten fand sich ein ähnlich großer individueller Spielraum wie für die Position des Patienten. Als kleinster gemeinsamer Nenner ergab sich für die Ausgangsstellung Stand, dass elf Interviewpartner eine Hand am Kopf platzieren. Ob die zweite Hand dazu genommen wird oder nicht und an welchen Körperstellen der Kontakt zum Patienten aufgenommen wird, ist individuell sehr unterschiedlich. Es bestand von den Interviewpartnern einzig und allein die Anforderung, dass der Therapeut eine entspannte Haltung einnehmen soll. Ähnlich verhielt es sich für die Ausgangsstellung Rückenlage, wobei hier der Kontakt an den Füßen (Rist), an den Unterschenkeln, am Bauch, am Sternum, an den Schultern und am Kopf hergestellt werden kann. Aus der Aufarbeitung der osteopathischen Literatur und aus den Interviews ging nicht hervor, ob die Handhaltung und die Tatsache, ob eine oder zwei Hände verwendet werden, von Relevanz für die Durchführung des „Global Listening“, für die haptische Wahrnehmung des Therapeuten sind. Weiters fanden sich Aussagen in der Literatur, welche den Rückschluss zulassen, dass an jeder Stelle des Körpers ein Listening durchgeführt werden kann (vgl. Barral 2005, Paoletti 2001). Es scheint dem zu Folge nicht von Bedeutung zu sein, an welcher Stelle der Osteopath den Kontakt zum Patienten herstellt.

Zusätzlich zu den erwähnten Aspekten wurde nach weiteren Durchführungsspezifitäten wie nach der Art und Weise des Handkontaktes, dem Auflagedruck der Hand, der Zeitdauer für das „Global Listening“ und nach dem Zeitpunkt der Durchführung gefragt. Auf die Art und Weise des Handkontaktes bezogen lässt sich festhalten, dass mehrheitlich von den Interviewpartnern die Hand einen leichten Berührungskontakt zum Patienten herstellt, welcher den Angaben von Hinkelthein/Zalpour (2006) entsprechen dürfte. Bezüglich des Auflagedruckes der Hand deckten sich die Angaben in der osteopathischen Literatur, welcher zehn bis 30 Gramm betragen kann, mehrheitlich mit den Aussagen der Interviewpartner (zehn Nennungen). In Hinblick auf die Zeitdauer fanden sich so wie in der Fachliteratur, entweder genaue Sekundenangaben oder allgemein gehaltene Aussagen. So variierten die Angaben von einer bis fünf Sekunden (sieben Nennungen), von fünf bis

20 Sekunden (vier Nennungen) bis zu ein paar Minuten (eine Nennung). Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit das „Global Listening“ bei einer längeren Zeitdauer, dies gilt sicher für die dritte Kategorie, nicht in eine Behandlung übergeht bzw. das Ergebnis aus dem „Global Listening“ verwischt wird, d.h. zu einer Fehlinterpretation des Testergebnisses führt. Bezogen auf den Durchführungszeitpunkt für das „Global Listening“ fanden sich in der osteopathischen Literatur dahingehend Aussagen, dass dieser Test nach der Anamnese, nach der Inspektion und Palpation in der Ausgangsstellung durchgeführt werden soll. Croibier (2006) verweist darauf, dass der „Global Listening Test“ noch vor den Mobilitätstests ausgeführt werden soll, da diese invasiver sind und das tiefe Gleichgewicht der Gewebe kurzfristig stören. Aus den Aussagen der Interviews konnte keine einheitliche Vorgehensweise, sondern lediglich eine Tendenz abgeleitet werden, d.h. sechs Interviewpartner führen das „Global Listening“ vor den allgemeinen Mobilitätstests in der Ausgangsstellung durch, zwei Interviewpartner setzen ihn variabel ein, bei zwei Interviewpartnern kann auf Grund der Aussagen kein definitiver Zeitpunkt festgelegt werden und drei Interviewpartner wenden ihn dezidiert nach den Mobilitätstests an. Dass die Durchführung des „Global Listening“ besonderer haptischer Wahrnehmungsqualitäten bedarf und es Jahre an Erfahrung braucht, um immer feinere Informationen aus den Geweben wahrnehmen und interpretieren zu können, betonen Paoletti (2001) und Croibier (2006). Dies deckt sich mit den Aussagen von acht Interviewpartnern, welche als bedeutende Faktoren einerseits die Berufserfahrung und andererseits den Einfluss von Zusatzausbildungen nannten. In Hinblick auf die Inter – und Intrarater-Reliabilität wäre es wünschenswert, wenn es zu einer teilweisen Standardisierung des Testablaufes käme, obwohl Rittler (2010) in ihrer Masterthese trotz Konsenstraining keine Verbesserung der Reliabilität erzielen konnte. Ähnliches gilt für die Testobjektivität, welche ein wesentlicher Aspekt der Validität ist (vgl. Schelten 1997), wobei für das „Global Listening“ vor allem die Durchführungs- und Interpretationsobjektivität von Bedeutung sind. Daher sollten Faktoren, welche die Reliabilität und Validität beeinträchtigen, möglichst vermieden und konkrete Kriterien für die Durchführung präzisiert werden. Insbesondere die Ausgangsstellung des Patienten, der Handkontakt des Therapeuten, die Zeitdauer und der Durchführungszeitpunkt scheinen einer Präzisierung zu bedürfen. Die Tatsache ob der Therapeut mit einer Hand oder mit zwei Händen den Kontakt zum Patienten herstellt und an welchem Ort dieser erfolgt, so wie dies aus der

Aufarbeitung einschlägiger Fachliteratur und aus den Interviews hervorging, dürfte für die Testobjektivität eine geringere Rolle spielen.

In Zusammenhang mit der Testobjektivität steht auch die Frage, wie und nach welchen Kriterien sich die Interpretation des „Global Listening“ aus der Sicht der Osteopathie innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme gestaltet. Hierbei bildeten sich fünf relevante Bereiche heraus, welche einerseits Interpretationen zu bekannten Dysfunktionsbereichen, wie dem parietalen Bereich (fünf Nennungen), dem viszeralen Bereich (acht Nennungen), dem kraniosakralen Bereich (fünf Nennungen), dem psychoemotionalen Bereich (zwei Nennungen) und andererseits zu einem neuen Dysfunktionsbereich (drei Nennungen), welcher mit „Dysfunktionen in Flüssigkeitssystemen“ titulierte wurde, umfassen.

Bezüglich der Dysfunktionen, welche den parietalen Bereich betreffen, sind die Aussagen der Interviewpartner mit jenen aus der osteopathischen Literatur deckungsgleich und umfassen Wahrnehmungsqualitäten wie Extension und / oder Seitneigung (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Barral 2005, Barral/Mercier 2005, Liem 1998, Ligner 2007, Prat 2007). Für Dysfunktionen, die den viszeralen Bereich betreffen, werden in der Literatur hingegen die Wahrnehmungsqualitäten Flexion, Rotation und Stehen bleiben als interpretationsrelevant beschrieben (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006). Diese werden von den Autoren in unterschiedlichster Kombination einem entsprechenden Organ zugeordnet, wobei ein und dieselbe Kombination jeweils einem anderen Organ zugeordnet sein kann (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Croibier 2006, Liem/Dobler 2002, Ligner 2007, Prat 2007). Die genannten Wahrnehmungsqualitäten deckten sich mit den Aussagen von vier Interviewpartnern. Vier Interviewpartner hingegen beschrieben gänzlich von der Literatur abweichende Wahrnehmungsqualitäten, welche sie auf Dysfunktionen der Viszera betreffend rückschließen ließen. So sprach ein Interviewpartner in Zusammenhang mit einem Nierenschock davon, dass der Körper sich wie der Buchstabe „C“ formt, ein anderer Interviewpartner, dass er während des „Global Listening“ das Gefühl hat, dass sich alles wie eine Spirale im Körper zusammendrehet. Ein Osteopath beschreibt in Zusammenhang mit den Viszera Wahrnehmungsqualitäten wie Stau, welche den Rückschluss auf Flüssigkeiten zulässt. Bei diesen Aussagen handelt es sich um subjektive

Wahrnehmungsqualitäten, welche für den jeweiligen Osteopathen stehen. Es scheint so, dass betreffende Osteopathen auf ein eigenes Referenzsystem bei der Interpretation des Ergebnisses aus dem „Global Listening“ zurück greifen. Dieser große individuelle Interpretationsspielraum findet sich ebenso in der osteopathischen Literatur und es kann lediglich die Flexion als allgemein gültige Wahrnehmungsqualität festgehalten werden. Für den kraniosakralen Bereich wurden in der Literatur Wahrnehmungsqualitäten wie „Einsinken“ und „nach innen gezogen werden“ beschrieben (vgl. Hinkelthein/Zalpour 2006, Liem/Dobler 2002, Croibier 2006). Diese Wahrnehmungsqualitäten fanden keine Zustimmung bei den Interviewpartnern. Allerdings fanden sich in Aussagen von fünf Interviewpartnern Wahrnehmungsqualitäten wie „flimmern“, „schwankig“ und „drehend“, welche einen Rückschluss auf das zentrale und autonome Nervensystem zulassen. Ebenso wird von diesen Osteopathen versucht, den Zustand des Liquor cerebrospinalis und die Qualität der Schädelmembranen zu beurteilen. Da es sich hierbei um sehr individuelle Wahrnehmungen und Interpretationen handelt, konnten keine allgemein gültigen Interpretationsempfehlungen für den kraniosakralen Bereich abgeleitet werden. Für Dysfunktionen, welche den psychoemotionalen Bereich betreffen, fand sich in der osteopathischen Literatur die Wahrnehmungsqualität „Umfallen“, wobei einerseits ein „Umfallen nach vorne“ und andererseits „ein Umfallen nach hinten“ beschrieben wurden. Allerdings werden diese Wahrnehmungsqualitäten ebenso parietalen Dysfunktionen zugeordnet (vgl. Ligner 2007, Paoletti 2001, Prat 2007). Von den Interviewpartnern (zwei Nennungen) wurde als Wahrnehmungsqualität ein „nach hinten ziehen“ beschrieben. Ob dieses „nach hinten ziehen“ in weiterer Folge zu einem Umfallen nach hinten führt, konnte nicht beantwortet werden. Zu den in der Literatur beschriebenen Zusammenhängen zwischen Emotionen und Organfunktionen (vgl. Barral 2007, Upledger 2000), fanden sich keine Aussagen innerhalb der Interviews. Aussagen von drei Interviewpartnern bezogen sich auf Dysfunktionen im Bereich der Flüssigkeiten. Dabei handelt es sich um einen neuen Aspekt, welcher in der osteopathischen Literatur in Zusammenhang mit dem „Global Listening“ nicht erwähnt wird. Von den Interviewpartnern wurde einerseits versucht die Qualität der Flüssigkeiten z.B. der extrazellulären Flüssigkeiten zu erfassen, andererseits wurde von Störungen im Bereich der Flüssigkeitszirkulation z.B. von Stauungsphänomenen gesprochen. Hierzu wurden einerseits Erkenntnistheorien aus der Fasziensforschung (vgl. Scheiterbauer 2010, Kwakman 2010) und andererseits

aus der biodynamischen Osteopathie (vgl. Shaver 2010) als Erklärungsmodell herangezogen. So war auffallend, dass alle drei Interviewpartner Zusatzausbildungen in Kinderosteopathie und / oder biodynamischer Osteopathie aufweisen. Daraus könnte ein Einfluss dieser Zusatzausbildungen auf die Wahrnehmungsfähigkeit betreffender Osteopathen abgeleitet werden. Es dürfte sich hierbei nicht mehr nur um ein „Global Listening“ im klassischen Sinn handeln, bei dem es darum geht Spannungen im Bereich der Faszien aufzuspüren, sondern um ein erweitertes Listening, welches sowohl den physischen Körper, als auch den so genannten „Fluidbody“ umfasst.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine sehr große Vielfalt an Interpretationsmöglichkeiten für ein und denselben Dysfunktionsbereich bestehen, welche zum Teil widersprüchlich sind und nicht selten auf der Einordnung von Wahrnehmungsqualitäten in individuelle Referenzsysteme beruhen. In Hinblick auf die Testobjektivität, speziell auf die Interpretationsobjektivität, wäre es wünschenswert, grundlegende Wahrnehmungsqualitäten bezüglich ihrer Interpretation festzulegen und in die Ausbildung zum Osteopathen einfließen zu lassen (vgl. Degenhart et. al 2005, Conradi et. al 2003, Podlesnic 2006, Schelten 1997, Strebel et. al 2003). Des Weiteren sollte es im Hinblick auf die Reliabilität des „Global Listening“ zu einer Präzisierung hinsichtlich der Zielsetzungen für das „Global Listening“ innerhalb des Befundungsprozesses, der Durchführung, hier im Speziellen bzgl. der Ausgangsstellung des Patienten, des Handkontaktes des Therapeuten, der Zeitdauer und des Durchführungszeitpunktes kommen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll eine teilweise Standardisierung für das „Global Listening“ anzustreben und diese bereits in der Ausbildung zu vermitteln. Da es Jahre an Erfahrung braucht, um noch so feinste Informationen aus dem Körper wahrnehmen und interpretieren zu können, wäre es wünschenswert, das „Global Listening“ von Beginn an die Ausbildung zu integrieren. Aus den Aussagen der Interviewpartner ging hervor, dass allgemein zu wenig Zeit im Unterricht für den „Global Listening Test“ aufgewendet und zudem unterschiedlichste Interpretationsmöglichkeiten gelehrt würden. Zwei Interviewpartner sprachen in diesem Zusammenhang direkt die Lehrenden der Wiener Schule für Osteopathie an, innerhalb derer ein Diskussionsprozess zum Thema „Global Listening“ angeregt werden sollte, um so ein koordiniertes Vorgehen für den Unterricht betreffend des „Global Listening“ in

Zukunft zu ermöglichen. Diesem Anliegen sollte, mit dem Wissen um den hohen Stellenwert des „Global Listenings“ innerhalb der osteopathischen Befundaufnahme, Beachtung geschenkt werden.