



DOSSIER · THERAPIE

Osteopathie und Manuelle Therapie

Die Osteopathie geht auf den US-amerikanischen Arzt **Andrew Taylor Still** zurück, der sie 1874 vorstellte. Sein Grundgedanke: Bau und Funktion des Körpers hängen zusammen, und mit den Händen lässt sich beides untersuchen und behandeln. Die **manuelle Therapie** entstand später vor allem in Europa aus Orthopädie und Physiotherapie. Am meisten untersucht sind beide beim **Bewegungsapparat**, besonders bei chronischen Rückenschmerzen; 336 der 1.074 ausgewerteten Arbeiten sind kontrollierte Studien am Menschen. Ihre Ergebnisse hängen stark von Technik und Vergleichsgruppe ab: Für manche Beschwerden zeigen sich kurzfristige Besserungen, gegenüber Scheinbehandlung oder Standardtherapie aber nicht durchgehend ein Vorteil.

2.569

STUDIEN
INSGESAMT

1.915

AM MENSCHEN

824

DAVON
KONTROLLIERT

11

AN TIEREN

1

IM LABOR

Zahlen aus der IHR-Studiendatenbank · Stand 2026-10-15

So lesen Sie dieses Dossier

BELEGT

am Menschen gemessen, mit
Vergleichsgruppe

PLAUSIBEL

gestützt durch Wirkmechanismus,
Tierversuch oder Beobachtung

VERMUTUNG

ein naheliegender Zusammenhang,
der noch geprüft werden muss

Osteopathie und Manuelle Therapie auf einen Blick

HERKUNFT:

Osteopathie und manuelle Therapie sind Verfahren der physikalischen Medizin, die mit gezielten Handgriffen, Mobilisationen oder Manipulationen des Bewegungsapparats arbeiten. Die Osteopathie umfasst zusätzlich viszerale und craniosacrale Techniken, während die manuelle Therapie sich auf Gelenke, Muskeln und Weichteile konzentriert. Die Osteopathie geht auf den US-amerikanischen Arzt Andrew Taylor Still zurück, der sie 1874 vorstellte; die manuelle Therapie entwickelte sich später vor allem in Europa aus Orthopädie und Physiotherapie.

STUDIENLAGE:

1.074 ausgewertete Arbeiten · 336 kontrollierte Studien am Menschen · 424 Beobachtungsstudien · 47 Übersichtsarbeiten · 5 Tierversuche · 0 Zellkulturarbeiten

STÄRKSTE HINWEISE:

- Chronischer unspezifischer Kreuzschmerz Kontrollierte Studien zeigen signifikante Verbesserungen in Schmerzintensität (VAS) und Funktionsfähigkeit (SF-36, Roland-Morris) nach osteopathischer Manipulationstherapie (OMT) im Vergleich zu Sham-Manipulation oder keiner Intervention. Effekte bleiben bis zu 6 Monate stabil, allerdings mit abnehmender Teilnehmerzahl und methodischen Einschränkungen wie fehlender Verblindung.
- Nackenschmerz Manuelle Therapie (MT) führt zu signifikanten Verbesserungen im Neck Disability Index (NDI) und Schmerz (VAS) nach 4 Wochen, besonders in Kombination mit Übungsprogrammen. Die Evidenzqualität wird als moderat eingestuft, jedoch fehlen Langzeitdaten und Verblindung der Therapeuten.
- Migräne und Kopfschmerz OMT zeigt signifikante Verbesserungen im Headache Impact Test (HIT-6), reduzierten Medikamentenverbrauch und weniger Migränetage über 6 Monate im Vergleich zu Medikation allein oder Sham. Effekte bleiben stabil, jedoch mit hoher Drop-out-Rate und fehlender Verblindung.
- **Sicherheit und Verträglichkeit:** Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass manuelle Therapien (MT) bei Nacken- und Kreuzschmerz nicht mit erhöhten schwerwiegenden Nebenwirkungen assoziiert sind. Leichte bis moderate Nebenwirkungen (z. B. vorübergehende Schmerzzunahme) sind häufig, aber selten schwerwiegend.
- Zentralnervöse Verarbeitung fMRI-Studien deuten darauf hin, dass OMT die BOLD-Antwort in interozeptiven Arealen (z. B. Insula, anteriorer zingulärer Kortex) nach 1 Monat reduziert. Effekte sind jedoch erst nach mehreren Sitzungen nachweisbar und klinische Endpunkte fehlen.

GRENZEN:

- Nicht-muskuloskelettale Indikationen Für Anwendungsgebiete wie Säuglingskoliken, onkologische Schmerzen oder kardiovaskuläre Erkrankungen stehen kontrollierte Studien noch aus oder sind von sehr niedriger Qualität.
- Langzeiteffekte Die meisten Studien messen Effekte nur kurzfristig (Wochen bis Monate). Langzeitdaten (> 6 Monate) fehlen oder zeigen keine signifikanten Effekte mehr.
- Standardisierung und Vergleichbarkeit Heterogene Interventionen (z. B. Manipulation vs. Mobilisation), fehlende Verblindung und unklare Vergleichsgruppen erschweren die Verallgemeinerung der Ergebnisse.

EINORDNUNG:

Osteopathie und manuelle Therapie sind bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen kurzfristig wirksam. Für Langzeiteffekte, nicht-muskuloskelettale Indikationen und Vergleiche mit etablierten Therapieverfahren stehen weitere kontrollierte Studien noch aus.

1. Was Osteopathie und Manuelle Therapie sind

Osteopathie und **manuelle Therapie** sind Verfahren, die mit gezielten Handgriffen, Mobilisationen oder Manipulationen des Bewegungsapparats arbeiten. Beide Ansätze stammen aus der **physikalischen Medizin** und werden zur Behandlung von Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder funktionellen Störungen eingesetzt. Die Durchführung erfolgt durch geschulte Therapeuten, wobei die Techniken je nach Schule und Indikation variieren. Historisch geht die Osteopathie auf den US-amerikanischen Arzt Andrew Taylor Still zurück, der sie 1874 vorstellte und 1892 in Kirksville (Missouri) die erste Schule gründete. Die manuelle Therapie entwickelte sich später vor allem in Europa aus **Orthopädie** und **Physiotherapie**; die **Chiropraktik** ist eine eigene, ebenfalls US-amerikanische Schule.

Für das Verständnis der Studienlage ist entscheidend, dass **Osteopathie** und **manuelle Therapie** keine einheitlichen Verfahren sind. Die Techniken reichen von sanften Mobilisationen bis zu hochfrequenten Manipulationen, und die Anwendungsdauer variiert von Einzelbehandlungen bis zu mehrwöchigen Serien. Zudem werden die Verfahren oft mit **Übungsprogrammen** oder anderen Therapien kombiniert, was die Vergleichbarkeit erschwert. Die meisten Studien messen **Schmerzintensität**, **Funktionsfähigkeit** oder **Lebensqualität**, seltener objektive Parameter wie Bewegungsausmaße oder bildgebende Befunde. Die **Placebo-Kontrolle** ist methodisch anspruchsvoll, da Scheinbehandlungen schwer zu verblinden sind.

2. Was die Studien im Einzelnen zeigen

Die tragenden Arbeiten am Menschen und die wichtigsten Übersichten — nach Anwendungsgebiet, mit Population, Dauer, Zubereitung, Messgröße und Ergebnis, so wie die Originalarbeiten es berichten. Zahlen stehen nur dort, wo die Arbeit sie nennt.

Verteilung der **kontrollierten Studien am Menschen** nach Anwendungsgebiet — die Zahlen sind nicht addierbar, da eine Arbeit mehreren Gebieten zugeordnet sein kann:

ANWENDUNGSGBEIT	KONTROLLIERTE STUDIEN
Bewegungsapparat	180
Knochen und Gelenke	102
Sicherheit und Verträglichkeit	59
Erschöpfung und Stress	30
Kognition und Psyche	25
Darm und Mikrobiom	12
Onkologie	9
Entzündungsgeschehen	9

Knochen und Gelenke – Chronischer unspezifischer Kreuzschmerz

Die Teilnehmer erhielten entweder OMT (diverse Techniken wie High-Velocity-Low-Amplitude-Manipulation, Muskelenergietechniken), Sham-Manipulation oder keine Intervention – zusätzlich zur üblichen medizinischen Versorgung. Primäre Endpunkte waren der SF-36-Gesundheitsfragebogen, eine visuelle Analogskala (VAS, 0–10 cm) für Schmerzen, der Roland-Morris-Behinderungsfragebogen, verlorene Arbeitstage und Zufriedenheit mit der Behandlung. Kontrolle, $p < 0,01$ sowie höhere Zufriedenheit ($p < 0,001$). Die Effekte blieben bis Monat 6 stabil, allerdings mit abnehmender Teilnehmerzahl ($n = 66$). Einschränkungen: Keine Verblindung der Therapeuten, Sham-Manipulation möglicherweise nicht inert, hohe Drop-out-Rate (22 % bis Monat 6) ³.

Primäre Endpunkte waren Schmerzintensität und Behinderung (modifizierte Von-Korff-Skalen, 0–100 Punkte) nach 12 und 24 Wochen. Sekundäre Endpunkte umfassten schmerzfreie Tage, Medikamenteneinnahme und globale Verbesserung. Die Gruppe mit 18 Sitzungen profitierte am stärksten, allerdings ohne signifikanten Unterschied zur 12-Sitzungs-Gruppe. Einschränkungen: Keine Verblindung der Therapeuten, Kontrollgruppe erhielt leichte Massage (keine echte Placebo-Kontrolle), hohe Drop-out-Rate (20 % bis Woche 24).

Eine weitere RCT mit 60 Patienten (Durchschnittsalter 46 Jahre, 60 % Frauen) untersuchte die Wirkung von Erhaltungsmanipulation (alle 2 Wochen über 9 Monate) nach initialer 4-wöchiger Therapiephase (12 Sitzungen) bei chronischem Kreuzschmerz. Die Gruppen erhielten entweder (1) Sham-Manipulation + übliche Versorgung, (2) Manipulation + übliche Versorgung ohne Erhaltungstherapie oder (3) Manipulation + Erhaltungstherapie. Primäre Endpunkte waren Schmerz (VAS) und Behinderung (Oswestry Disability Index, ODI) nach 1, 4, 7 und 10 Monaten. Gruppe 3 zeigte nach 10 Monaten signifikant geringere Schmerzen (–2,2 cm VAS vs. Gruppe 1, $p < 0,01$). Die Effekte waren ab Monat 4 stabil. Einschränkungen: Kleine Stichprobe, keine Verblindung der Therapeuten, Sham-Manipulation möglicherweise aktiv ⁷.

Die Übersichtsarbeit untersucht verschiedene komplementäre und alternative Verfahren bei chronischem unspezifischem Kreuzschmerz. Langfristig (6–12 Monate) waren die Effekte in den kontrollierten Studien nicht mehr signifikant. Die Qualität der Evidenz wurde als niedrig bis moderat eingestuft, da viele der kontrollierten Studien methodische Mängel aufwiesen (z. B. fehlende Verblindung, heterogene Interventionen). Keine der kontrollierten Studien verglich direkt osteopathische mit chiropraktischen Techniken ⁴.

Knochen und Gelenke – Nackenschmerz

Die MT umfasste Mobilisationen der Hals- und Brustwirbelsäule sowie Weichteiltechniken. Primäre Endpunkte waren der Neck Disability Index (NDI), Schmerz (VAS) und die Druckschmerzschwelle (Algometrie). Nach 4 Wochen zeigte die MT-Gruppe signifikant größere Verbesserungen im NDI (–2,2 Punkte vs. Kontrollgruppe). Die Veränderungen der Druckschmerzschwelle (Algometrie) waren nicht signifikant und lassen keine Rückschlüsse auf klinische Wirkungen zu. Einschränkungen: Keine Verblindung der Therapeuten, kurze Nachbeobachtung (keine Langzeitdaten).

Die Übersichtsarbeit untersuchte MT, ET und MT + ET bei Nackenschmerz (Grad I–II). Die Qualität der Evidenz wurde als moderat eingestuft.

Einschränkungen: Heterogene MT-Interventionen (z. B. Manipulation vs. Mobilisation), fehlende Verblindung in den meisten kontrollierten Studien ⁸.

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit (23 RCTs) differenzierte zwischen akut/subakutem und chronischem Nackenschmerz sowie verschiedenen MT-Techniken (z. B. Manipulation vs. Mobilisation). Für akut/subakuten Schmerz war die Evidenz inkonsistent. Einschränkungen: Hohe Heterogenität der Studien, fehlende Standardisierung der MT-Techniken ²⁰.

Knochen und Gelenke – Migräne und Kopfschmerz

Primärer Endpunkt war die Veränderung im Headache Impact Test (HIT-6) nach 6 Monaten. Sekundäre Endpunkte umfassten Medikamentenverbrauch, Migränetage, Schmerzintensität und funktionelle Behinderung. Die OMT-Gruppe zeigte größere Verbesserungen im HIT-6 (–8,74 Punkte vs. Medikation allein, $p < 0,001$; –6,62 Punkte vs. Sham, $p < 0,001$), reduzierten Medikamentenverbrauch (RR 0,20 vs. Medikation allein, $p < 0,001$) und weniger Migränetage (–21,06 Tage vs. Medikation allein, $p < 0,001$). Die Effekte blieben über 6 Monate stabil. Ob osteopathische Manipulation langfristige strukturelle Veränderungen am Menschen bewirkt, ist nicht untersucht.

VERMUTUNG Einige kontrollierte Studien deuten darauf hin, dass OMT bei chronischer Migräne als adjuvante Therapie wirksam sein könnte, insbesondere bei Patienten mit hoher Medikamentenlast. Allerdings fehlen Vergleiche mit etablierten nicht-medikamentösen Verfahren wie Biofeedback oder Entspannungstechniken, um den Stellenwert von OMT einzuordnen.

Knochen und Gelenke – Schwangerschaftsbedingte Rückenschmerzen

Ergänzende manuelle Therapien (darunter osteopathische Techniken, oft kombiniert mit Massage oder Übungen) wurden mit üblicher Versorgung oder Entspannung verglichen. Die Effekte waren kurzfristig (bis 6 Wochen nach der Geburt) nachweisbar, Langzeitdaten fehlten. Einschränkungen waren heterogene Interventionen und fehlende Verblindung in allen Studien ²².

Eine ältere systematische Übersichtsarbeit (7 RCTs) fand starke Evidenz für die Wirksamkeit von Akupunktur und Beckengurten bei schwangerschaftsbedingten Schmerzen. Die Evidenz für manuelle Verfahren im Allgemeinen – darunter auch osteopathische Techniken als Teilgruppe – wurde als „sehr begrenzt“ eingestuft.

Knochen und Gelenke – Säuglingskoliken

Kontrollierte Studien verglichen MT mit Sham-Therapie oder keiner Intervention. Die Qualität der Evidenz wurde als „sehr niedrig“ eingestuft aufgrund methodischer Mängel (z. B. fehlende Verblindung, kleine Stichproben). Keine der Studien berichtete schwerwiegende Nebenwirkungen.

VERMUTUNG Die heterogenen Ergebnisse könnten auf unterschiedliche Techniken (z. B. kraniosakrale Therapie vs. Wirbelsäulenmanipulation) oder Populationen (z. B. Alter der Säuglinge) zurückzuführen sein. Aufgrund der sehr niedrigen Evidenzqualität der vorliegenden Studien kann keine Empfehlung für die Praxis abgeleitet werden.

Neurologische Effekte – Zentralnervöse Verarbeitung

Die Teilnehmer erhielten 4 wöchentliche OMT- oder Sham-Sitzungen. fMRI-Messungen erfolgten vor der ersten Sitzung (T0), unmittelbar danach (T1) und nach 1 Monat (T2). Primärer Endpunkt war die Veränderung der BOLD-Antwort in der Insula, dem anterioren zingulären Kortex (ACC) und anderen interozeptiven Arealen. Nach 1 Monat zeigte die OMT-Gruppe eine signifikante Reduktion der BOLD-Antwort in bilateraler Insula (–0,5 % Signaländerung vs. Sham). Die Effekte waren unmittelbar nach der ersten Sitzung noch nicht nachweisbar. Einschränkungen: Kleine Stichprobe, fehlende klinische Endpunkte (z. B. Schmerzreduktion), Sham-Intervention möglicherweise aktiv ⁵.

VERMUTUNG Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass OMT die Aktivität interozeptiver Hirnareale modulieren könnte. Allerdings fehlen Vergleiche mit anderen nicht-medikamentösen Verfahren (z. B. kognitive Verhaltenstherapie), um die Spezifität der Effekte zu bewerten.

Sicherheit und Verträglichkeit

Eine systematische Übersichtsarbeit (147 RCTs, darunter 5 zu MT) untersuchte die Sicherheit verschiedener manueller und komplementärer Therapien bei Nacken- und Kreuzschmerz. Die Metaanalyse ergab, dass MT (Manipulation, Mobilisation) im Vergleich zu keiner Behandlung oder Physiotherapie nicht mit erhöhten schwerwiegenden Nebenwirkungen assoziiert war. Leichte bis moderate Nebenwirkungen (z. B. vorübergehende Schmerzzunahme) traten auf. Die Qualität der Evidenz wurde als niedrig eingestuft, da viele Studien Nebenwirkungen nicht systematisch erfassten und die Übersichtsarbeit mehrere Therapieformen umfasste ²¹.

Einschränkungen: Retrospektives Design, Confounding durch Indikationsstellung (z. B. Schweregrad der Schmerzen) nicht ausgeschlossen.

Gesamtbild

Ein Teil der kontrollierten Studien unter den ausgewerteten Arbeiten zeigt, dass manuelle Therapien (MT) – insbesondere osteopathische und chiropraktische Techniken – bei muskuloskelettalen Schmerzen (Kreuzschmerz, Nackenschmerz, Migräne) kurzfristig wirksam sind. Für chronische Schmerzen scheint die Kombination aus MT und Bewegungstherapie der alleinigen MT überlegen zu sein, allerdings sind die Unterschiede oft klinisch nicht relevant. Die Evidenz für langfristige Effekte (> 6 Monate) ist begrenzt, da die meisten kontrollierten Studien keine ausreichende Nachbeobachtung aufweisen.

Deutliche Lücken bestehen in der Differenzierung zwischen verschiedenen MT-Techniken (z. B. Manipulation vs. Mobilisation) und deren spezifischen Indikationen. Zudem fehlen direkte Vergleiche mit etablierten Verfahren wie Physiotherapie oder psychologischen Interventionen. Die Sicherheit von MT wird durch Beobachtungsdaten gestützt, allerdings sind schwerwiegende Nebenwirkungen (z. B. zervikale Arterien Dissektion) extrem selten und werden in Studien oft nicht systematisch erfasst. Für nicht-muskuloskelettale Indikationen (z. B. Säuglingskoliken, onkologische Schmerzen) steht eine belastbare Evidenz noch aus.

Methodik der Studienlage

Die hier betrachteten kontrollierten Studien (n = 25) und systematischen Übersichtsarbeiten (n = 10) zeigen eine stark variierende methodische Qualität. Typische Studiendesigns sind 2–3-armige RCTs mit aktiven Kontrollgruppen (z. B. Sham-Manipulation, Bewegungstherapie) oder Wartelistenkontrollen. Die Behandlungsdauer reicht von 1 Sitzung (akute Effekte) bis zu 12 Monaten (Erhaltungstherapie), wobei die meisten Studien 4–8 Wochen umfassen. Primäre Endpunkte sind meist Schmerzintensität (VAS/NRS) und funktionelle Behinderung (z. B. Roland-Morris, ODI), seltener neurophysiologische Parameter (fMRI) oder patientenberichtete Outcomes (z. B. Zufriedenheit). Systematische Mängel sind fehlende Verblindung der Therapeuten. Zudem fehlen häufig Dosis-Wirkungs-Analysen und Vergleiche mit nicht-manuellen Verfahren (z. B. Psychotherapie).

Die Annahme, manuelle Therapien seien für alle Schmerzsyndrome gleich wirksam

Die verbreitete Vorstellung,
OSTEOPATHIE

und **manuelle Therapie** seien universell bei Schmerzen einsetzbar, wird durch die Studienlage **nicht gestützt**. Die Mehrzahl der kontrollierten Studien untersucht **chronische unspezifische Rückenschmerzen oder Nackenschmerzen**. Für andere Schmerzsyndrome – etwa **Migräne, viszerale Schmerzen oder neuropathische Schmerzen** – ist die Evidenz **noch im Aufbau oder widersprüchlich**. Selbst innerhalb der Rückenschmerzfor schung zeigen Metaanalysen, dass die Effekte **moderat** und **kurzfristig** sind. Zudem profitieren nicht alle Patienten gleichermaßen: **Psychosoziale Faktoren** wie Erwartungshaltung oder Angstvermeidungsverhalten beeinflussen den Therapieerfolg stärker als die Technik selbst. Studien, die **manuelle Therapie mit Bewegungstherapie** vergleichen, finden oft **keine Überlegenheit** der manuellen Ansätze.

Ein weiteres Problem ist die

MANGELNDE STANDARDISIERUNG

. Selbst bei ähnlichen Indikationen variieren die Techniken, die Anwendungsdauer und die Qualifikation der Therapeuten stark. Dies führt zu **heterogenen Ergebnissen**, die sich schwer verallgemeinern lassen. Zudem fehlen häufig **Langzeitdaten**: Die meisten Studien messen Effekte nach **Wochen**, nicht nach **Monaten oder Jahren**. Für **akute Schmerzen** ist die Datenlage besonders schwach; hier gibt es kaum kontrollierte Studien, die eine Überlegenheit gegenüber **Standardtherapien** zeigen. Auch die **Sicherheit** wird oft überschätzt: Zwar sind schwere Nebenwirkungen selten, aber **vorübergehende Verschlimmerungen** oder **neurologische Symptome** nach Manipulationen der Halswirbelsäule sind dokumentiert. Die Forschung konzentriert sich auf **harmlose Verläufe**, während **Risiken** selten systematisch erfasst werden.

3. Wie belastbar die Forschung ist

Die Forschung zu **Osteopathie und manueller Therapie** ist breit aufgestellt. Ein erheblicher Teil der Arbeiten sind kontrollierte Studien. Der Schwerpunkt liegt auf **chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats**, insbesondere **Rücken- und Nackenschmerzen**, die in zahlreichen kontrollierten Studien untersucht wurden. Weitere häufige Anwendungsgebiete sind **Knochenerkrankungen** (z. B. Osteoporose), **Erschöpfungssyndrome** und **kognitive Funktionen**. Selten untersucht sind dagegen **onkologische, kardiovaskuläre oder dermatologische** Indikationen. Die meisten Arbeiten stammen aus den letzten 20 Jahren, wobei **systematische Reviews und Metaanalysen** zunehmend die Evidenz zusammenfassen. Auffällig ist die hohe Zahl **beobachtender Studien**, die Zusammenhänge beschreiben, aber keine kausalen Schlüsse zulassen.

Die methodische Qualität der Studien ist **heterogen**. Während einige **randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)** hohe Standards erfüllen, leiden andere unter kleinen Stichproben, fehlender Verblindung oder unklaren Vergleichsgruppen. Besonders bei **chronischen Schmerzen** zeigen kontrollierte Studien oft **kurzfristige Effekte**, während Langzeitdaten selten sind. Die **Dosis-Wirkungs-Beziehung** ist kaum untersucht: Wie viele Behandlungen nötig sind oder wie lange Effekte anhalten, bleibt meist unklar. Zudem fehlen häufig **objektive Messverfahren**; stattdessen dominieren **subjektive Schmerzskalen**. Die **meistzitierten Arbeiten** (z. B. der *UK evidence report 2010*) zeigten zwar Wirksamkeit für bestimmte Indikationen, wiesen aber auch auf **methodische Lücken** hin. Für Anwendungsgebiete außerhalb des Bewegungsapparats steht weitere Forschung noch aus.

4. Was häufig behauptet wird — und was die Daten hergeben

AUSSAGE	STUDIENLAGE
Osteopathie hilft bei Migräne	Die Studienlage ist noch im Aufbau . Kontrollierte Studien zeigen keine konsistenten Effekte ; einige Arbeiten finden kurzfristige Besserungen , andere ke
Manuelle Therapie ist bei akuten Rückenschmerzen wirksamer als Bewegungstherapie	Es gibt kaum kontrollierte Studien zu akuten Schmerzen. Die wenigen vorhandenen Arbeiten zeigen keinen klaren Vorteil gegenüber Bewegungstherap
Osteopathische Techniken wirken über spezifische physiologische Mechanismen	Die meisten Studien messen klinische Effekte , nicht Mechanismen . Bildgebende Arbeiten (z. B. fMRI) zeigen zwar Veränderungen in der Hirnaktivität , a
Manuelle Therapie ist sicherer als medikamentöse Schmerztherapie	Schwere Nebenwirkungen sind selten , aber Halswirbelmanipulationen können in Einzelfällen zu Schlaganfällen führen. Systematische Erhebungen zu F

5. Die belastbarsten Arbeiten

Geordnet nach Aussagekraft, nicht nach Bekanntheit. Die vollständige Auswertung umfasst deutlich mehr Arbeiten; hier stehen die tragfähigsten.

Kontrollierte Studien am Menschen

- ¹ Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report (2010)

- ² Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review (2010)
- ³ Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial (2003)
- ⁴ A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain (2010)
- Dose-response and efficacy of spinal manipulation for care of chronic low back pain: a randomized controlled trial (2014)
- ⁵ Effect of manual approaches with osteopathic modality on brain correlates of interoception: an fMRI study (2020)
- A Comparison of the Effects of Stabilization Exercises Plus Manual Therapy to Those of Stabilization Exercises Alone in Patients With Nonspecific Mech (2016)
- American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain (2016)
- ⁶ Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial (2015)
- ⁷ Does maintained spinal manipulation therapy for chronic nonspecific low back pain result in better long-term outcome? (2011)
- ⁸ Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain - A systematic review and meta-analysis (2017)
- ⁹ Dose-response for chiropractic care of chronic low back pain (2004)
- ¹⁰ A randomized controlled trial comparing 2 types of spinal manipulation and minimal conservative medical care for adults 55 years and older with subacu (2009)
- ¹¹ Immediate changes after manual therapy in resting-state functional connectivity as measured by functional magnetic resonance imaging in participants w (2014)
- Massage therapy for low back pain: a systematic review (1999)
- ¹² Efficacy and safety of osteopathic manipulative treatment: an overview of systematic reviews (2022)
- ¹³ Immediate effects of region-specific and non-region-specific spinal manipulative therapy in patients with chronic low back pain: a randomized controll (2013)
- ¹⁴ Manual therapy followed by specific active exercises versus a placebo followed by specific active exercises on the improvement of functional disabilit (2012)
- ¹⁵ Does targeting manual therapy and/or exercise improve patient outcomes in nonspecific low back pain? A systematic review (2010)
- ¹⁶ Immediate effects of a high-velocity spine manipulation in paraspinal muscles activity of nonspecific chronic low-back pain subjects (2010)
- ¹⁷ Additional Effects of a Physical Therapy Protocol on Headache Frequency, Pressure Pain Threshold, and Improvement Perception in Patients With Migraine (2016)
- ¹⁸ Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review (2013)
- ¹⁹ Muscle energy technique for non-specific low-back pain (2015)
- Cost-effectiveness of conservative treatments for neck pain: a systematic review on economic evaluations (2012)

6. Resümee

Die vorliegenden kontrollierten Studien deuten darauf hin, dass Osteopathie und manuelle Therapie (MT) bei muskuloskelettalen Schmerzen, insbesondere chronischen unspezifischen Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Migräne, kurzfristig wirksam sein können. Sie liefern Hinweise auf signifikante Verbesserungen in Schmerzintensität, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität, wobei die Effekte oft bis zu 6 Monate anhalten. Die Kombination von MT mit Bewegungstherapie scheint der alleinigen MT überlegen zu sein, allerdings sind die Unterschiede klinisch oft nicht relevant. Die Sicherheit von MT ist gut dokumentiert, mit seltenen schwerwiegenden Nebenwirkungen und häufigen leichten bis moderaten Begleitreaktionen.

Zudem könnte OMT bei chronischer Migräne als adjuvante Therapie wirksam sein, insbesondere bei Patienten mit hoher Medikamentenlast. Allerdings fehlen direkte Vergleiche mit etablierten nicht-medikamentösen Verfahren wie Biofeedback, Entspannungstechniken oder kognitiver Verhaltenstherapie, um den spezifischen Stellenwert von MT einzuordnen. Die heterogenen Ergebnisse bei Säuglingskoliken könnten auf unterschiedliche Techniken oder Populationen zurückzuführen sein, doch aufgrund der geringen Evidenzqualität lassen sich keine praktischen Empfehlungen ableiten.

Zukünftige Studien müssten mehrere zentrale Fragen klären: 1) **Langzeiteffekte**: Sind die beobachteten kurzfristigen Effekte nachhaltig, und wie lassen sich Rückfälle verhindern? 2) **Differenzierung der Techniken**: Welche spezifischen MT-Techniken (z. B. Manipulation vs. Mobilisation) sind für welche Indikationen am wirksamsten? 3) **Vergleiche mit anderen Verfahren**: Wie schneidet MT im direkten Vergleich zu etablierten nicht-medikamentösen Therapien (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie) ab? 4) **Objektive Messverfahren**: Können neurophysiologische Parameter (z. B. fMRI) oder bildgebende Befunde die subjektiven Schmerzskaalen ergänzen? 5) **Standardisierung**: Wie lassen sich Interventionen und Therapeutenqualifikationen vereinheitlichen, um die Vergleichbarkeit der Studien zu verbessern? 6) **Nicht-muskuloskelettale Indikationen**: Gibt es spezifische Patientengruppen (z. B. mit viszeralen Schmerzen oder neurologischen Erkrankungen), die von MT profitieren könnten?

7. Was offen ist

- **Langzeiteffekte**: Ob manuelle Therapien **dauerhaft** Schmerzen lindern oder Funktionsstörungen bessern, ist kaum untersucht.
- **Dosis-Wirkungs-Beziehung**: Wie viele Behandlungen nötig sind oder wie lange Effekte anhalten, bleibt unklar.
- **Patientenselektion**: Welche Patienten **am meisten profitieren** und welche Faktoren den Therapieerfolg vorhersagen, ist nicht ausreichend erforscht.

Häufige Fragen

Sollen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zuerst manuelle Therapie oder Bewegungstherapie erhalten?

Die Studienlage zeigt **keinen klaren Vorteil** für eine der beiden Therapien. Einige Metaanalysen finden **leichte Überlegenheit** der Kombination aus manueller Therapie und Bewegungstherapie gegenüber Bewegungstherapie allein. Andere Arbeiten zeigen **ähnliche Effekte** beider Ansätze. Entscheidend ist die **individuelle Passung**: Patienten mit **Angstvermeidungsverhalten** profitieren möglicherweise stärker von **Bewegungstherapie**, während Patienten mit **muskulären Dysbalancen** von manuellen Techniken profitieren könnten.

Gibt es Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen Osteopathie und klassischer manueller Therapie?

Direkte Vergleichsstudien sind **selten**. Die meisten Arbeiten untersuchen entweder **Osteopathie** oder **manuelle Therapie**, nicht beide im Vergleich. Die vorhandenen Daten deuten darauf hin, dass **beide Ansätze ähnliche Effekte** bei Rückenschmerzen zeigen. Ob **viszerale oder craniosacrale Techniken** zusätzliche Vorteile bringen, ist **unklar** und wird kontrovers diskutiert. Die Wahl hängt oft von der **Schulung des Therapeuten** und der **Patientenpräferenz** ab.

Wie hoch ist das Risiko schwerer Nebenwirkungen bei Halswirbelmanipulationen?

Schwere Nebenwirkungen wie **Schlaganfälle** sind **sehr selten**, aber dokumentiert. Die genaue Häufigkeit ist unklar, da systematische Erhebungen fehlen. Die meisten Studien berichten **vorübergehende Beschwerden** wie Kopfschmerzen oder Nackenschmerzen. Patienten mit **vaskulären Risikofaktoren** oder **vorbestehenden Halswirbelerkrankungen** sollten besonders aufgeklärt werden. Alternative Techniken (z. B. **Mobilisationen**) könnten ein geringeres Risiko bergen.

Quellen

- 1 Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report
Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J · 2010
- 2 Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review
Miller J, Gross A, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N et al. · 2010
- 3 Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial
Licciardone JC, Stoll ST, Fulda KG, Russo DP, Siu J, Winn W et al. · 2003
- 4 A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain
Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR et al. · 2010
- 5 Effect of manual approaches with osteopathic modality on brain correlates of interoception: an fMRI study
Cerritelli F, Chiacchiaretta P, Gambi F, Perrucci MG, Barassi G, Visciano C et al. · 2020
- 6 Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial
Cerritelli F, Ginevri L, Messi G, Caprari E, Di Vincenzo M, Renzetti C et al. · 2015
- 7 Does maintained spinal manipulation therapy for chronic nonspecific low back pain result in better long-term outcome?
Senna MK, Machaly SA · 2011
- 8 Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain - A systematic review and meta-analysis
Fredin K, Lorås H · 2017
- 9 Dose-response for chiropractic care of chronic low back pain
Haas M, Group E, Kraemer DF · 2004
- 10 A randomized controlled trial comparing 2 types of spinal manipulation and minimal conservative medical care for adults 55 years and older with subacute or chronic low back pain
Hondras MA, Long CR, Cao Y, Rowell RM, Meeker WC · 2009
- 11 Immediate changes after manual therapy in resting-state functional connectivity as measured by functional magnetic resonance imaging in participants with induced low back pain
Gay CW, Robinson ME, George SZ, Perlstein WM, Bishop MD · 2014
- 12 Efficacy and safety of osteopathic manipulative treatment: an overview of systematic reviews
Bagagiolo D, Rosa D, Borrelli F · 2022
- 13 Immediate effects of region-specific and non-region-specific spinal manipulative therapy in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial
de Oliveira RF, Liebano RE, Costa Lda C, Rissato LL, Costa LO · 2013
- 14 Manual therapy followed by specific active exercises versus a placebo followed by specific active exercises on the improvement of functional disability in patients with chronic non specific low back pain: a randomized controlled trial
Balthazard P, de Goumoens P, Rivier G, Demeulenaere P, Ballabeni P, Dériaz O · 2012
- 15 Does targeting manual therapy and/or exercise improve patient outcomes in nonspecific low back pain? A systematic review
Kent P, Mjøsund HL, Petersen DH · 2010
- 16 Immediate effects of a high-velocity spine manipulation in paraspinal muscles activity of nonspecific chronic low-back pain subjects
Bicalho E, Setti JA, Macagnan J, Cano JL, Manfira EF · 2010
- 17 Additional Effects of a Physical Therapy Protocol on Headache Frequency, Pressure Pain Threshold, and Improvement Perception in Patients With Migraine and Associated Neck Pain: A Randomized Controlled Trial
Bevilaqua-Grossi D, Gonçalves MC, Carvalho GF, Florencio LL, Dach F, Speciali JG et al. · 2016
- 18 Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review
Posadzki P, Lee MS, Ernst E · 2013
- 19 Muscle energy technique for non-specific low-back pain
Franke H, Fryer G, Ostelo RW, Kamper SJ · 2015
- 20 The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review
Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L · 2017
- 21 A systematic review and meta-analysis of efficacy, cost-effectiveness, and safety of selected complementary and alternative medicine for neck and low-back pain
Furlan AD, Yazdi F, Tsertsivadze A, Gross A, Van Tulder M, Santaguida L et al. · 2012
- 22 The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain: A systematic review with meta-analysis
Hall H, Cramer H, Sundberg T, Ward L, Adams J, Moore C et al. · 2016

International Health Research

Forschung, eingeordnet. Jede Aussage führt zur Originalarbeit; die Entscheidung im Einzelfall trifft die behandelnde Person.
ih-research.com/wissen/osteopathie/ · Stand 2026-10-15