



The Secretary-General

Michael Kuchera, D.O., FAAO

4170, City Avenue • Suite 320 • Philadelphia PA 19131 • USA

phone: +1 215 871 6168 • mobile: +1 610 664 0682 • email: michaelkuc@pcom.edu atstill21@hotmail.com

FIMM NEWS

Volume 16

August 2007

No. 2

Hybrid Edition

Content

Presidential Message:

FIMM and its future path – 2007 3

Official Position Paper of the FIMM Executive Board:

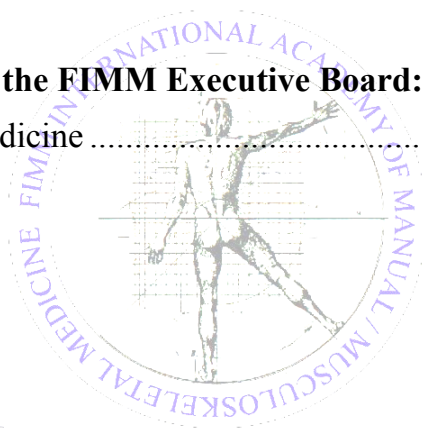
FIMM and Osteopathic Medicine 12

Le message du Président :

L'avenir de la FIMM..... 23

Mitteilung des Präsidenten:

Die FIMM und ihre Zukunft..... 34



www.fimm-online.com



FIMM and its future path – 2007

Dr. med Wolfgang von Heymann

FIMM President

Retrospective survey

Since its foundation in 1959, the *Fédération Internationale de Médecine Manuelle* has evolved in many ways. Its establishment in Nice was a union of some world pioneers in manual medicine. It was a European-centred group of extraordinary personalities (Cyriax, Gutmann, Levit, Maigne, Sell, Terrier) and they were all leaders and teachers of their own particular schools. They tried to spread their own science and skills and were also interested in exchanging their individual ideas on international grounds. This school-centred thinking is expressed in the FIMM's statutes determining that only one member per nation is admitted. The German solution, which links two, later three schools (leading to the foundation of the DGMM), was a compromise of the situation at that time – with advantages and disadvantages. All in all, the effect of synergistic union within the DGMM is to be regarded as a positive development compared to any losses from internal competition.

With the passage of time this group of young and extremely active founders grew older and continued to meet regularly at different, interesting and beautiful places, trying to maintain a close and friendly relationship while also creating a heritage, something like a closed club. Such a federation has no real future in today's world, even though everyone does not easily accept this logical view.

With the inevitable change of generations and the expansion of FIMM beyond European borderlines (USA, Canada, Australia, New Zealand, Japan and South Korea

joined in) there were several new initiatives keeping FIMM alive.

For approximately 15 years alterations in personnel and structure have been taking place. These have been hitherto finalised with the decisions taken at the General Assembly in Moscow in May 2006.

FIMM is and will still be a federation that lives through voluntary commitment. But with the second and third generation of leadership and administration, new expectations concerning medical concepts and practice have resulted in the appearance of new and different tasks. Within these lines FIMM had to change still further to ensure that the federation did not dissolve by being unable to effectively function in the current environment. Put simply, evidence based medicine has now (temporary?) arrived on the world scene.

FIMM was responsive to the need of change. In 1998, FIMM Scientific and Educational Committees were formed. They started with an internal inventory and then developed the first steps to develop standardised protocols for research, and to abolish dogma addressed by some member societies. These materials as *13 Golden Rules for Investigators Initiating Efficacy Studies in Manual/Musculoskeletal Medicine; Inter-Examiner Reliability & Validity of Diagnostic Procedures in Manual/Musculoskeletal Medicine; Randomized Controlled Efficacy-Trials in Low Back Pain: A Protocol Format* and *Version 2 of the Syllabus in the Basic Course of Manual Medicine in 300 hours* are now available for member societies and can be passed on by teachers of instructional courses

(www.fimm-online.com). Results of scientific studies in manual medicine do also already exist and are at the members' disposal.

Over the past years, some FIMM-Presidents have also formed study-groups consulting about and analysing concrete tasks; they broke up again after having fulfilled their respective projects.

The last of these Policy-Committees recommended the strategic orientation of FIMM "Policy and mission" for the next ten years. This was accepted by the General Assembly in London in September 2005. These presidential task-orientated committees were not, however, constant institutions of FIMM.

Returning to the Education and Scientific Committees, forming the Education Committee by delegating the leaders of M/M schools proved to be the easier of the two tasks.

Considering the work of the Science-Committee the restrictive statutes of FIMM seemed to act like a brake. Research at a high level was not possible when confronted with financial control and access to manpower. Early in the process, leaders pointed out that scientific principles superseded those of national delegations representing specific schools of M/M Medicine; the existence of doctors in manual medicine that work on a scientific base needed to be represented by clinical scientists based upon merit rather than nationality.

FIMM needed to remind its members repeatedly that a scientific-committee has to consider that science is not fixed to a nation or a school. FIMM came to the conclusion that a useful synergy in science could only be effective with structural change. Therefore, another solution was sought to solve the limitations imposed by the 1998 statute. After discussion, the solution found took the form of the semi-autonomous FIMM International Academy for Manual/Musculoskeletal Medicine. It was founded in 2004/2005 after six years of preparation, having been voted on in Bratislava September 2004 and it is still

being developed continuously. Its structure permits a broad number of scientifically interested persons to apply for membership and to contribute to the development and sharing of the M/M Medicine evidence-base. This constituted a clear difference to having just one vote for acceptance of a list of 12 scientific committee members at an annual General Assembly. It also meant an opportunity for every member association to take part and also provide influence in scientific work. FIMM leadership and the vast majority of the General Assembly felt this was an important improvement because thinking in national terms does not necessarily advance science, but indeed can actually restrict scientific research.

Scientific appraisal is necessary because of increasing demands by National Health authorities and health insurance companies, which increasingly link fees for medical treatment in manual medicine with the "evidence" of this treatment. The variable bases of "evidence" are never-the-less internationally binding so that thinking in national terms does not make any sense in this respect (e.g. the COST B13 results concerning the diagnosis and therapy of low back pain is binding all over Europe).

Political and economic actions of national or international health authorities requires a systematic political answer in this respect. Therefore the General Assembly in Moscow in May 2006 set up the foundation of a Health-Policy-Board that is still under construction and which will be a political representation of the interests of manual medicine in front of numerous international structures (WHO, Commission of the European Union, etc.).

The formal consultation on chiropractors by the World Health Organization (WHO) and the soon-to-be published consultation on osteopathy and osteopathic medicine in 2007 and last but not least the actual legislation in France and Belgium recognising non-medical osteopaths make it inevitable to promote also the recognition of manual medicine which up to now is not yet recognised at all.

The Present FIMM

A. The formal structure

The current statutory structure of FIMM is composed of:

- The FIMM General Assembly
Currently 30 voting delegates from 30 M/M Medicine National Societies or National Umbrella Organizations (limited to one per country)
- The Executive Board composed of
 - President
(W. v. Heymann, Germany)
 - Secretary-General
(M. Kuchera, USA)
 - Director of the Education Board
(G. G. Rasmussen, Denmark)
 - Director of the Health Policy Board
(B. Terrier, Switzerland)
 - Chairman of the FIMM Academy Executive Board
(M. Hutson, UK)
 - Treasurer
(V. Dvorak, Switzerland)
 - Communication officer
(M. Dedée, Belgium)
 - Member at large
(S. Nikonov, Russian Federation)
- The Education Board
 - Currently 12 members
 - FIMM Glossary Subcommittee
Currently 6 members
- The Health Policy Board
Currently 4 nominated members
- The FIMM International Academy (semi-autonomous)
Currently 65 members and a specialised structure

Formally the above structure provides services for the demands of education, advanced training, science and medico-political issues. However such functional demands for this portfolio of services can only be fulfilled with sufficient and qualified personnel as well as adequate financial

resources. Only in this way is continual work possible.

The internal structures of FIMM have to be adapted to these demands to teach manual medicine adequately, to make it a safe and effective method of treatment for patients, to improve existing correlations between the effects of manual medicine and the central sciences of anatomy and neurophysiology and, and to prove a positive cost-effectiveness of M/M medicine as a standardised evidence based medical procedure.

As mentioned before, FIMM cannot solve all of these problems if not supported firmly by its member societies with qualified personnel and sufficient finances for an international representation of these mutual interests.

Failure to gather and coordinate member societies' resources to address these problems in a timely manner could mean that FIMM will slowly and systematically dissolve.

B. Inner contradictions and possible solutions

It would be incorrect to say that no differences of opinion exist within FIMM in regard to the teaching, practice, reimbursement, and regulation of M/M Medicine much less to policies that govern or guide these elements. On the contrary, from numerous intrinsic and extrinsic changes within the last 15 years there have been and still remain several major problems for FIMM. When identified, such problems may warrant thorough and collegial discussion at the General Assembly; whispers of discontent behind the scenes are counter-productive.

Some problems simply arise from the inner contradictions of operating in a federation; yet other problems may require that the President and the FIMM Executive Board directly intervene and propose changes in structure or process to allow the Federation to function.

Federation vs. Democracy

Since FIMM is a medical federation, rules are a little different compared to democracy or even the rules in a commercial company. Each member society of a federation keeps its autonomy. The member societies need not accept or implement decisions of the whole federation in exactly the same way; in fact, federation consensus decisions are not really obligatory or binding outside a federation setting. Therefore voting in a federation has a different meaning when compared to voting in the Parliament of a democratic nation.

Regardless of this fact, majority-decisions taken by the General Assembly of FIMM are best formulated after thorough and convincing discussion precisely because a federation *is* different from a democracy. Thorough discussion in this sense takes – in many cases – longer than expected; often taking even longer than the term of office of the President who actually proposes a change.

Conversely, once a federation has thoroughly discussed items in the manner and times outlined in its bylaws, it must be able to take the groups' consensus and move forward. This is particularly true for policy issues. As previously noted, individual members may continue to not completely agree with FIMM policy within their own countries and are not held to implementation of the decision in their own jurisdiction. Only in representing themselves or others with respect to FIMM in a global setting and in the conduct of official FIMM activities do such decisions of policy carry force. While ill-will may arise when the federation structure described above has not been properly applied, understood, and/or followed; the explanation of such meaning is satisfactory for most policy decisions that are not unanimous.

In FIMM, the reality has unfortunately been that upon occasion some “trenches have been dug in the sand” on both sides of issues regardless of outcome. This has been particularly true when a fiscal policy,

passed by the majority, differs from the understanding or wishes of one or more of the larger member societies.

This paper addresses three examples from FIMM's past that will prepare the General Assembly's discussions for addressing its common future. As President of FIMM, I chose to discuss these three examples to illustrate *Policy* (Osteopathic Medicine), *Funding* (the FIMM Academy), and *Collaboration* (UEMMA).

1. Policy Statements – Example: Osteopathic Physicians and FIMM

First and foremost, our founding policy established FIMM as a federation of physician-only national societies. At the onset in 1959 and for nearly a decade thereafter, the European-based federation had no difficulty in implementing this policy or in differentiating manual medicine physician groups from groups of European lay-osteopaths, physical therapists, and heilpraktikers.

After the North American Association of Manual Medicine joined FIMM in 1966, physician definition lines began to blur. In the USA, the osteopathic profession had evolved as a M/M Medicine branch of physicians considered by that government as “parallel and equal” to M.D.s in their ability to diagnose and treat patients (with all skills and tools employed as physicians and surgeons). Understanding that these osteopathic practitioners were different than those in Europe in both training and scope of practice, representative FIMM leaders decided to invite and welcome American osteopathic physicians into the FIMM in 1978. Over the past 30 years, FIMM's policy of peer and organizational interactions with regard to American-trained osteopathic practitioners has been reaffirmed again and again in FIMM's political, educational, and scientific arenas.

As President of FIMM I have to recognize that to this day misconceptions exist about the differences between osteopaths and US- osteopathic physicians; I also recog-

nize that several European M/M Medicine National Societies within the FIMM family are actively developing their own osteopathic practitioners. To encapsulate FIMM's thirty-year history and FIMM policy for incoming representatives and leaders concerning the official FIMM policy in this regard, the first "Official Position Paper of the FIMM Executive Board" deals with osteopathic medicine.

This paper occurs in this issue of the FIMM News and the website of FIMM will quite soon publish it in the three official languages of FIMM. In the future, this and other "Position Papers" may be periodically reviewed, reaffirmed as warranted, and serve as the basis for discussion within the General Assembly.

2. Funding – Example:

The FIMM International Academy

After many years of thought, planning, and discussion on the FIMM General Assembly floor, the transition of the 12-member FIMM Scientific Committee (SC) into a semi-autonomous FIMM International Academy was achieved with an overwhelming majority vote. While the vast majority of FIMM member societies consider this structural change to offer more activity by more scientists at less cost, a few key member societies were not sufficiently persuaded.

This situation represents less of a policy issue and more an issue of what and how to fund an important mission of FIMM. I selected the example to illustrate what problems might occur when a large organization with significant budgetary impact within the Federation only gets one vote. In this example, the large group's leadership felt that the decision to change FIMM structure and transition budget to fund the change required more time for discussion within their own society to gain the support of their membership.

Irrespective of correct argumentation and objective necessity, the decision to change the Scientific Committee (SC) of FIMM

into a semi-autonomous Academy did not adequately gain the internal support of some of the key member societies, which had the resources and expertise to insure the outcome of a successful Academy. Special meetings have been required and FIMM needs to address such issues in the future to insure the success of projects it needs or seeks to fund.

In consensus with the FIMM Executive Board (EB) I recognize that, to this day, projects conducted by FIMM (and the infrastructure needed for these projects) require financial support and manpower resources of its national members. In particular, FIMM needs the continued support of those organizations that provide significantly to project budgets. FIMM leadership also recognizes that without such internal support, the dissatisfaction of one or more large national societies could jeopardize the overall success of the project or even the viability of FIMM itself. The Executive Board recognizes that a federation-style vote is a necessity for policy decisions but that is considering that funding issues may be better decided with votes that are weighted according to the fiscal contributions to the portion of the FIMM budget that is available for projects.

To balance the dichotomy between a federation single vote for policy and a weighted fiscal veto, the Executive Board has deliberated upon a number of plans that it will propose to the General Assembly.

A new format for reporting the budget has been proposed by the Executive Board that will increase transparency and understanding. It will separate the underlying operational cost of running the Federation from the projects that are being funded. A proposal to consider a federation-style vote for policy and a weighted vote for funding projects will require a change in the FIMM bylaws. It is anticipated that the General Assembly delegates will discuss this proposal in Prague.

3. Encouraging Collaboration – Example: UEMMA

Several years ago, an internationally operating European structure formed, the former ULEMMA (*Union Latine et Européenne de la Médecine Manuelle*), now named UEMMA (*Union Européenne de la Médecine Manuelle*). Its founders came from and are mostly still within FIMM, originally sharing a common language root but most importantly sharing several common perspectives and issues. Like FIMM, they are committed to promote manual medicine in Europe; they also aim at scientific and politically effective representation in Europe. A significant “win-win” opportunity can be expected to come from collaboration of resources to approach those elements of the mission that UEMMA and FIMM have in common. Collegial relationship would have significant and positive effects on the representation of Manual Medicine as a whole.

Together with the FIMM Executive Board I remain committed to find consensus in mutual dialogue with UEMMA (and other internally linked collaborative organizations). We also welcome and value the opportunity to ask UEMMA members to collaborate with their resources and special skills in Europe to create synergy. In many ways, UEMMA can be regarded as the organised expression of non-solved problems within FIMM. In this regard, it has a very important role in developing successful cooperation with FIMM.

To this end, we will be sharing proposals by which collaborative groups may form and have a voice at the General Assembly.

C. Finances

Discussing financial claims is a very delicate issue within FIMM. Membership fees – for the member societies as well as for the physicians in these societies – always evoke emotions and intensive discussions. These heavy discussions have always arisen when an increase of fees was rec-

ommended after the treasurer’s report. But it should be mentioned that financing FIMM has always been managed with a very low margin of error. Furthermore, the budget of FIMM is very low for a worldwide operating federation that has ambitions in science/research, in education/training as well as in health policy.

Mostly working voluntarily it appears in fact as if most part of the money is spent on travel charges. But it is of course not true. FIMM is not administered by pleasure-seeking officers. All meetings are prepared by the officers donating countless hours of their private free time without being paid for this in any respect. As an example, the Secretary-General, Dr. Kuchera has travelled from the USA to Europe on FIMM business multiple times in the past decade using his own finances and delaying/forgiving the FIMM commitment to reimburse his travel. Furthermore, meetings take place in economical-priced conference rooms near airports or even in industrial areas, with Spartan amenities.

Though often quite unattractive, such meetings cannot be replaced by exchanging information electronically. Nothing replaces face-to-face contact (or better “hand-to-hand”) for multiple days of planning or for overcoming language barriers (which are not unique to the international organizations such as FIMM); however FIMM leadership does prepare and refinish their work electronically to conserve money.

Face-to-face meetings and the international travel required are equally important for the Executive Board and for the Education and Health Policy Boards. Projects of subcommittees have attempted (and sometimes succeeded) special sponsoring by member-societies (e.g. “Glossary”). Travel expenses will always appear in financial reports; they are inevitable in any international federation. With tasks for the Boards still increasing, the number of members on these Boards must also increase and FIMM will need more finance.

Financial reserves of FIMM have quickly and constantly diminished over the last 4 years (2003 – 2006). In addition loans have been taken and promised repayments are causing considerable problems with annual cash-flow. In this respect it has to be mentioned that some negative effects have also come from the unreliability and fiscal difficulties of certain member societies; they do not pay on time/in the year or even, in several cases, have not paid for multiple years.

Without any reserve funds a clean budget cannot be accurately established and significant approved projects of FIMM cannot be financially met. For these reasons, changes are unavoidable for FIMM. These changes have to be discussed and have to be voted on seeking unanimity, always respecting the objective conditions of its members. Even if the number of hours of voluntary effort and forgiven reimbursement cannot be paid in the future – this “muddling along” as we see today is no longer possible. Either a sizable expansion in membership or a future substantial fee-rise will be required to stabilize the FIMM budget.

Attempts to establish a foundation with external money have unfortunately failed. To alter the present situation, FIMM-members are the only ones left. Survival is an individual (and collective) society effort.

Perspectives and plans

In the near future (e.g. for at least the next four years) it will be necessary to initiate changes.

The following tasks have to be dealt with:

Recommendation A:

The basic or underlying structure of FIMM must be principally reconstituted and strengthened in line with its current priorities.

The business plan of the Health Policy Board will be prepared. This Board will present its project proposal and recommended personnel in Prague. The actual number of colleagues joining this board is dependant on the kind of projects proposed and the financial resources needed. **External sponsoring cannot be expected**, it must be sought nevertheless. The Board will put all its strength behind projects that lead to full recognition for Manual/Musculoskeletal Medicine as a medical speciality by the WHO as well as on European level.

Because of budgetary constraints, the Education Board has not – after finishing the core-curriculum (v2) – been able to meet to actively work on the FIMM Inventory of Diagnostic Tests or begin another project. Following the election of a new Chairman at the coming General Assembly in Prague, the structure of this Board has to be reorganized along with its projects and must receive a budget that will allow it to produce the expected documents. In my opinion, education should remain under the full control of the FIMM General Assembly and the Executive Board. Neither the Federation nor its Academy should attempt to streamline the huge variety of national school systems, rather than give some recommendations to achieve a certain standard of medical quality that is necessary for recognition.

The FIMM Glossary Subcommittee had hoped to finish its work before the next General Assembly so that a revised glossary will be at disposal as quickly as possible. This was authorized by the last General Assembly provided that additional funds could be secured outside the FIMM budget. Recently the chairman of the FIMM Glossary subcommittee received a grant of \$5,000 (3,700 Euro) for this project from the National Osteopathic Research Centre in Texas. If necessary, not yet confirmed meetings of the subcommittee, should be financed by means of the budget of the Educational Board.

Recommendation B:

The changes that I have already mentioned need to take place in the areas of *Policy*, *Finance*, and *Collaboration*.

Furthermore, after the structural changes of the past it will be necessary to improve FIMM's activities concerning its policies, collaboration and finances. Should change not be accepted by its members the Federation will be less effective than member societies would wish, or is even in danger of failing outright. In planning those future changes the previous listed mistakes of the past must be strictly avoided.

Neither misconceptions nor objections to the reality of American D.O.s' medical education can continue within FIMM. Statements expressing doubts or other recommendations must disappear. We must convince critics through accurate information and logic and through direct personal contacts.

FIMM leadership wants to strongly encourage the leadership of the FIMM Academy to continue and enhance their efforts to improve its image in front of critical member societies. This is especially important for member societies in German-speaking countries, which outnumber the others though being underrepresented in the Academy. American D.O.s are also not represented on equal terms, having their own academies. Anyway, German-speaking scientists within FIMM's members have an ambivalent or even negative attitude towards the Academy, and this has not changed up to the present. Open discussions among responsible personalities are necessary to deal with prejudice and deliberations that were perhaps not considered before. Opportunities for positive presentations must be found. Critics should be visited and convinced. Diplomats are required here. In this respect a positive exchange with the scientific platform called EFoMM (European Forum for Manual Medicine) should be furthered. As long as this forum keeps its distance from the Academy, there will not be an increase of

scientists and financial contribution from these important societies towards FIMM.

Some consider that UEMMA is made up of a group of "unhappy" FIMM members. All opinions, even minority perspectives, are important – and necessary – in FIMM. UEMMA, therefore, has to be respected and its needs have to be taken seriously.

The FIMM-Executive-Board will propose to the coming General Assembly that FIMM members be allowed to form groups of common interest in the sense of parliamentary parties within FIMM on basis of language, geographic neighbourhood or common political aims. Funding possible common projects of those groups it will be necessary to change the way of taking decisions about the distribution of a part of FIMM's budget. Those groups should be entitled to decide about a part of their budget according to the number of paying members they represent.

In addition it is necessary to clarify rules for communication and exchanging information between FIMM and the semi-autonomous FIMM Academy. The FIMM Executive Board is not satisfied with the status quo. The FIMM Executive Board does not wish to control science; it never intended to do so. Without adequate information about the activities and the results of the Academy, the Executive Board is not able to act, as it should, which means it is unable to support the Academy sufficiently. The report of the Chairman of the Executive Board of the FIMM-Academy should give detailed information on the use of the FIMM contributions.

Recommendation C:

The present FIMM budget foresees a total annual income of not more than € 42'000 - but only if all members pay in time and as they should. This is a ridiculously small amount in relation to the tasks and the demands of an international federation having to deal with research, education and the political concerns of its members in a constructive and successful way. The

budget needed should be double, and this even if the administration continues to take place fully on voluntary bases. Therefore, a rise of fees seems to be urgently required. However, in which way can this aim be promoted politically and with success?

Big member societies will disagree to paying for most, and minor ones will point out their fiscal difficulties. But FIMM cannot fulfil its present duties unless it is convincing in its need for better financial support. Members should not ask what they can get out from FIMM, but should, on the contrary, ask what they can do to strengthen FIMM, in order to improve its efficiency.

The annual fees will be discussed in detail at the coming General Assembly in order to put forward wise decisions. Differentiated solutions are conceivable.

The General Assembly will be asked to discuss the proposal of the Executive Board to split the future budget into operating costs (for the General Assembly, the Executive Board and the administration) and variable costs for special projects. Connected with this is the proposal for a possible change of the statutes in respect to the votes. Regarding *political* decisions there will be no change. However in regard to *financial* decisions a member society could have more votes, related to the number of paying individuals that are represented by this member (e. g. one vote per 500 paying individuals). Such a proposal, if passed, would provide more fairness on decisions about the fees. Member societies

with many individual members will reconsider to not longer hold back their financial support as soon as they have more influence on fiscal decisions.

There could be change in the amount of project-related (variable) part of the membership fees, but only after a change of the voting system guaranteed by a change of the bylaws. In that perspective the Executive Board proposes to discuss the right and how to get support to form groups of joint member societies for their planning and funding of projects of common interest to a joint group.

As an important side-aspect, all member societies should be excluded, which act against the FIMM statutes and have not been paying their annual fees for more than two years. Unfortunately at the time this is true for 4 to 5 members. They represent a sixth of all FIMM members. Moral standards are hereby undermined, and a clear signal has to be sent. A member can only be part of an organisation if it respects the statutes and pays the subscription along to its possibilities. The treasurer has to rely on a realistic budget. FIMM can only work if it is solvent.

Conclusions

FIMM has to find immediate answers to the actual requests in regard to the contents and its structure.

United we should achieve **our** aims.

FIMM and Osteopathic Medicine

An Official Position Paper of the FIMM Executive Board

Accepted by the Executive Board on August 19, 2007

Presented to the FIMM General Assembly on September 15, 2007

The *Fédération Internationale de Médecine Manuelle* (FIMM) recognizes that its leaders and many representatives of its National Society membership desire or need to interact with various governmental and regulatory bodies, scientists, educational institutions, and healthcare practitioners within the international community. In particular, the FIMM has prioritized interactions with the World Health Organization (WHO) with regard to the field of Manual/Musculoskeletal (M/M) Medicine.

The WHO has recently undertaken a number of consultations with regard to healing systems that incorporate “manual therapies”. The most recent consultation differentiated osteopathic medicine and osteopathy as practiced by osteopathic physicians and so-called *lay osteopaths*. With an increasing number of National Societies within FIMM containing osteopathic physicians, osteopathic educational tracks in M/M Medicine, and/or recognized osteopathic credentials, this is a timely topic both within FIMM and with respect to developing international health policy.

In undertaking such discussions, the FIMM Executive Board recognizes that different languages, customs, histories, cultures, and health regulatory practices make communication difficult and increase the potential for miscommunication. Therefore, in all interactions and communications, including health policy processes, information gathering, education, collaboration, cooperative ventures, and discussions, the FIMM desires accurate representation of

the FIMM, its National Societies and their members’ credentials, the FIMM Academy, and the field of M/M Medicine. Furthermore, the FIMM stresses the responsibility of integrating ethics and respect for the known history, authority, and relationships currently governing international health and medical policy when communicating any and all information concerning the FIMM, any of its National Society members, or the field of M/M Medicine.

To this end, the FIMM Executive Board has developed this Position Paper concerning *Osteopathic Medicine* as it relates to FIMM and its position on Manual/Musculoskeletal Medicine by physicians. While not all-inclusive, the perspective and principles delineated in this document should serve as guidelines for the FIMM leadership, representatives and delegates from FIMM National Societies, and for those who would know of M/M Medicine.

FIMM: A Physician-Only Multi-National Federation

The *Fédération Internationale de Médecine Manuelle* (FIMM) is a non-profit, physician-only international medical association comprised of individual national societies of similar philosophical beliefs and practices. Through scientific and educational channels, together with evidence-based research, FIMM aims to create consistently high standards in the practice of Manual/Musculoskeletal Medicine world-

wide. Most recently, the Federation has accepted the charge from member national societies to participate in health policy designed to improve access to and quality of care in Manual/Musculoskeletal Medicine for the benefit of patients and their healthcare.

FIMM identifies the following concerning its role as a Federation:

1. FIMM offers a platform for representatives of the different schools of M/M Medicine to exchange experience and knowledge.
2. FIMM promotes expertise and collegiality among physicians involved in M/M Medicine from all over the world.
3. FIMM feels responsible to support medical professionals in M/M Medicine in order to strengthen their professional position.
4. FIMM promotes interdisciplinary cooperation in the interest of patients and the development M/M Medicine.
5. FIMM takes an active role in analyzing the scientific reports and communications about incidents, accidents and complications of methods and techniques of M/M Medicine, as it is usual in medicine.
6. FIMM contributes to quality management systems in many ways including promoting regularly scientific congresses and educational courses as well as promoting and updating educational standards of M/M Medicine.

Osteopathic Medicine in the U.S.A. as a Recognized School of Manual/Musculoskeletal Medicine

The FIMM Executive Board acknowledges the expertise of the United States government in according the American osteopathic profession status as a parallel and distinctive mainstream school of medicine whose degree (D.O.) is equal under the law and scope of practice with the other physician degree offered in the United States, that of M.D.. Furthermore, the FIMM Executive Board considers that osteopathic medical schools in teaching palpatory diagnosis and osteopathic manipulative treatment to physicians constitute a recognized and distinctive school of manual medicine. This conclusion is based upon a comparison of the M/M Medicine core curriculum prepared by the FIMM Education Board (and adopted by the FIMM General Assembly) to documents and syllabi representing the content making up core manual medicine teaching required in American osteopathic colleges/universities.

In considering their conclusion, the Executive Board drew upon FIMM documents^{1, 2} to identify the following aspects concerning Manual/Musculoskeletal Medicine (M/M Medicine):

1. M/M Medicine is the medical discipline of enhanced knowledge and skills in the diagnosis, therapy and prevention of functional reversible disorders of the locomotor system and especially the spine.
2. M/M Medicine completes and complements the syllabus of both undergraduate and postgraduate education and training of physicians.

¹ FIMM Policy & Mission (2005) www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/fimm_policy_and_mission_e.pdf

² FIMM Core Curriculum (2005) www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/curriculum_manual_2nd_edition.pdf

- Diagnostic skills build on conventional medical techniques with manual assessment of individual tissues and functional assessment of the whole system, based on scientific biomechanical and neurophysiologic principles.
- Therapeutic skills add manual/manipulative techniques and advanced interventional techniques to conventional treatments for the reduction of pain or other therapeutic outcome.
- 3. M/M Medicine is a specific help for the individual as well as economical for social expenditure.
- 4. Patient involvement in the therapeutic activity, resulting from the detailed diagnosis, helps in the prevention of recurrence.
- 5. FIMM suggests a basic core curriculum (totalling approximately 300 hours) to be structured in the style of a diploma course to contain an overview course concerning manual medicine, theory conferences (125 hours), practical training 125 hours), and assisted/supervised commented patient consultations in hospital/outpatient settings. The content distribution recommended was 35% theory, 35% treatment, and 30% examination.

The Executive Board then compared M/M Medicine to Osteopathic Medicine by listing parallel items from American Osteopathic Association (AOA) documents^{3, 4, 5}. These items identified the following M/M-related information concerning Osteopathic Medicine:

1. Osteopathic Medicine is a complete system of medical care with a philosophy that combines the needs of the pa-

tient with the current practice of medicine, surgery, and obstetrics, that emphasizes the interrelationship between structure and function and that has an appreciation of the body's ability to heal itself. The only type of license for osteopathic physicians (D.O.) in the United States is one reflecting a full scope of medical practice.

2. Manual medicine is the skilful use of the hands to diagnose and treat structural and functional abnormalities in various tissues and organs throughout the body, including bones, joints, muscles and other soft tissues as an integral part of complete medical care. (Term recognized as coming from the German, "Manuelle Medizin"). Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) is the therapeutic application of manually guided forces by an osteopathic physician to improve physiologic function and/or support homeostasis that has been altered by somatic dysfunction.
- In the United States, the educational standards of the AOA specifies that such M/M Medicine (OMT) is a mandatory and integral component in the complete syllabus of both predoctoral and postgraduate medical education & training of osteopathic physicians (D.O.).
- Diagnostic skills build on the total examination of the patient with manual assessment emphasizing the neuromusculoskeletal system while incorporating palpatory diagnosis for somatic dysfunction and viscerosomatic change. The examination is performed within the context of total patient care and emphasizes finding somatic dysfunction in all parts of the body through static and dynamic (functional) evaluations in multiple positions. Objective diagnostic findings sought include tenderness, asymmetry, restriction of motion, and local tissue texture change.
- Therapeutic skills include a physician's consideration of the risk-to-benefit ratio

³ ECOP Glossary of Osteopathic Terminology (2006) www.aacom.org/om/Glossary.doc

⁴ International White Paper of the Bureau of International Osteopathic Medical Education and Affairs (2007)

⁵ AOA Position Papers (2005) www.osteopathic.org/pdf/aoa_positionindex.pdf

of all recognized treatments including manual/manipulative techniques for the reduction of pain or other therapeutic outcome.

- In the United States, the Comprehensive Osteopathic Licensure Examination (COMLEX) is accepted by all States and integrates written and hands-on testing of neuromusculoskeletal medicine and of OMT indications and contraindications. All COMLEX questions used to test diagnostic and therapeutic skill in this field are based upon scientific biomechanical and neurophysiologic principles and state-of-the-art evidence-based medicine references.
- 3. Osteopathic medicine centres upon the needs of the individual patient who may happen to have a disease or symptom; patients are centrally involved in the diagnostic and therapeutic process and are strongly encouraged to take responsibility for their own health. The osteopathic approach to the patient is nationally recognized and growing scientific evidence suggests it is an effective, valued, and economical approach to health care.
- 4. The osteopathic curriculum is annually reviewed by the Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP), which is made up of all chairpersons of the departments charged in osteopathic colleges to teach palpatory diagnosis and manual treatment. The Commission on Osteopathic College Accreditation accredits all American osteopathic educational programs and mandates a curriculum that supports a philosophically distinct and educationally separate school of medicine through the integration of osteopathic philosophy and manual diagnosis and treatments.
- ECOP surveys indicate 180-360 hours of curriculum is delivered in the first two years of training alone (typically this time is expended equally in lecture and hands-on laboratory sessions). The remainder of the FIMM Core Curriculum is fulfilled by further requirements for classroom, practical, and supervised applications completed during osteopathic year 3-4 predoctoral patient experiences.
- Written and practical testing of this material is frequent, comprehensive, and administered both locally and nationally.
- Over and above the basic core requirements for a degree in osteopathic medicine, further education in manual medicine is required in any postdoctoral training acquired in an AOA-accredited education program. These hours are variable depending upon the specialty field but are most prevalent in the family medicine residency program and in the neuromusculoskeletal medicine program each lasting two additional supervised years in a full-time hospital-linked program.
- Finally, all licensed D.O.s practicing in the United States must additionally complete a minimum of 120 postgraduate continuing medical education hours every three years having osteopathic category IA status (at least half of the instructional staff are osteopathically-related educators).

FIMM Recognizes International Diversity in Osteopathic Practitioners

The osteopathic medical profession originated in rural America in 1892 as a distinctively American medical school. Whilst the original osteopathic institution could have granted an M.D. degree, the founder, wishing to distinguish the graduates' of this school unique emphasis on manual medicine, elected to have the American School of Osteopathy grant the degree D.O.. Almost immediately after the founding of the school, some graduates immigrated to other countries.

Today as a consequence of their individual credentials and successful testing, several emigrating osteopathic physicians trained in the United States have now been accepted as complete physicians in a number of countries outside the U.S.A. Thousands more practice outside the U.S.A. in the duty of the U.S. military or after being accepted to conduct international medical missionaries as physicians to those in need. American osteopathic colleges and universities are registered with the World Health Organization (WHO) as medical schools.

This was not the case for early graduates from the American osteopathic school who travelled internationally. Furthermore, the fate and allowed scope of practice of these early graduates 50-100 years ago led to divergence and/or restrictions in the educational pathways used outside the United States. To address the confusion that remains to this day and to better understand the international osteopathic professional arena, in 2006 a consultation was conducted at the World Health Organization concerning basic training and safety within the international osteopathic community.

Historically, cultural divergence within the osteopathic profession arose due to national boundaries and the ability (or lack thereof) to secure practice rights. As a consequence, the osteopathic philosophy, science, and art have evolved differently over time on numerous continents with varying impact on healthcare delivery in each country and differing per-

spectives on osteopathy and osteopathic medicine.

- In some countries, the philosophy, science and art of osteopathy needed to operate in a limited spectrum-of-practice setting, linked or not to parallel standards of medical diagnosis and treatment of allopathic physicians. Schools that arose in this setting did not implement training of complete physicians and focused instead on preparing “osteopaths” for the scope of practice their countries would tolerate or subsequently recognize.
- In some countries, selected elements of the osteopathic culture were transferred in postgraduate or specialty training settings to full spectrum-of-practice physicians simply as “manual medicine” skills. Schools or organized programs electing this path resulted in M.D.’s ranging from those who were unaware of any osteopathic connection to those who incorrectly equate the loose connection to techniques that originated in the osteopathic profession to an osteopathic education. Such physicians are not considered by definition to be “osteopathic practitioners” (regardless of self-designation or some internal credential).
- In some countries, full-spectrum manual medicine physicians sought (and continue to seek) to expand their understanding of the osteopathic philosophy, science and art. Some FIMM National Societies actively requested and/or contracted osteopathic professors (particularly credentialed American D.O.s) to develop or teach osteopathic curricula (substantive-partial to more comprehensive) in their countries. Graduates of these curricula are physicians who, by self-designation, peer credential, or national registry, deliver M/M Medicine as physicians who were “osteopathic practitioners”.
- In the U.S.A., “It is the unwavering position of the American Osteopathic Association that the only type of license for D.O.s in the United States is one reflect-

ing a full scope of medical practice.”⁶ This means that internationally educated osteopaths are not able to practice in the United States with a D.O. credential that originated outside the institutions accredited by the American Osteopathic Association.

As a consequence of this historical divergence outside the United States, the recognition of what it means to practice “osteopathically” has become blurred and confusion now internationally abounds in both public and professional settings. As national boundaries begin to have less meaning with globalization processes, multinational federations such as FIMM have an obligation to assume their roles as knowledgeable resources to help sort through health policy issues such as safety, quality, access, and cost.

The FIMM Executive Board acknowledges that it represents numerous schools of M/M Medicine and that its many M/M National Societies are made up of widely diverse practitioners with differing expertise within. It also is aware that a number of osteopathic practitioners are members of several FIMM National Societies. It accepts that to provide its stated role to support the position of the entirety of M/M Medicine includes accurate portrayal of the basic training and safety of a number of different schools of manual medicine including those received by its osteopathic practitioners. It further recognizes that the American education and licensure of osteopathic medical practitioners differs from that in other countries, both for manual-medicine physicians and for non-physicians. It simultaneously understands that individual M/M Medicine National Societies have differing experiences with American-trained osteopathic physicians and/or other nationally or internationally trained practitioners who practice “osteopathy.” It is concerned that misunderstanding amongst such factors may interfere with the mission of FIMM and therefore welcomes language and policy to

help others to understand such divergence while respecting the sovereignty of countries and National Societies to operate within their requisite environment.

To this end, the FIMM Executive Board formally adopts the following terms that have been internationally defined⁷ concerning the osteopathic profession:

- ***osteopath:*** 1. A person who has achieved the nationally recognized academic and professional standards within her or his country to independently practice diagnosis and treatment based upon the principles of osteopathic philosophy. Individual countries establish the national academic and professional standards for osteopaths practicing within their countries (International usage). 2. Considered by the American Osteopathic Association to be an archaic term when applied to graduates of U.S. schools (reserved for historical, sentimental, and informal situations only).
- ***osteopathic physician:*** A person with full unlimited medical practice rights who has achieved the nationally recognized academic and professional standards within his or her country to practice diagnosis and treatment based upon the principles of osteopathic philosophy. Individual countries establish the national academic and professional standards for osteopathic physicians practicing within their countries.
- ***osteopathic practitioner:*** Refers to an osteopath, an osteopathic physician or an allopathic physician (M.D.) who has been trained in osteopathic principles, practices and philosophy.

⁶ International White Paper (2007) of the Bureau of International Osteopathic Medical Education and Affairs

⁷ Educational Council on Osteopathic Principles, *Glossary of Osteopathic Terminology*, April 2006

Finally, the FIMM Executive Board acknowledges that the FIMM, as a federation of member National Societies, is primarily concerned with M/M Medicine delivered by physicians and therefore in representing these practitioners accurately. Other bodies represent osteopathic practitioners who are not physicians and FIMM will not attempt to represent or explain these practitioners. The FIMM Executive Board however is committed to representing American-trained D.O.s in the United States and Canada as M/M Medicine practitioners and, where relevant, in accurately representing those physicians who qualify as osteopathic practitioners in their countries known to the National Societies or their umbrella organizations.

Background of FIMM Relative to the Osteopathic School of M/M Medicine

Founded in 1958, the International Federation of Manual/Musculoskeletal Medicine (FIMM) now represents approximately 13,000 physicians in some 29 nations. Each country is represented in the Federation by a national manual medicine society or an umbrella organization consisting of several societies within that country. At this point in time, each nation is permitted a single vote (regardless of the number of physicians in that organization) at an annual General Assembly.

In the beginning FIMM was a European society; however, in 1966, 10 US and Canadian M.D.s founded the North American Association of Manual Medicine (NAAMM). Early members included Janet Travell, M.D., John Mennell, M.D., and John Bourdillon, M.D. and osteopathic physicians (D.O.s) were specifically excluded from NAAMM at that time.

In 1977, Philip Greenman, D.O., Paul Kimberly, D.O., and Robert Ward, D.O. were allowed to attend a NAAMM meeting and their expertise earned them the respect of the NAAMM leadership paving the way for others to attend. Osteopathic physicians, beginning with Paul Kimberly, were first invited by John Bourdillon to

join NAAMM in 1978. From the time of their acceptance in 1978, osteopathic teachers from the USA taught alongside top manual medicine practitioners from Europe both in the USA and abroad.

While osteopathic representation remained numerically small, Philip Greenman would later become president of NAAMM, write a "Manual Medicine" textbook, and be elected FIMM vice-president. Robert Ward would also serve as NAAMM president and later be a major contributor to the FIMM Scientific Committee documents. Michael Kuchera, D.O. was elected to the Board of Directors of NAAMM in 1991.

NAAMM was absorbed into the American Association of Orthopaedic Medicine (AAOM) in 1992. With this event, Dr. Kuchera was invited to move from the NAAMM Board to that of AAOM. He was appointed by the AAOM as the North American delegate to the FIMM General Assembly in 1995 and was elected to the FIMM Education Committee. Other American osteopathic physicians served FIMM on the Scientific Committee including Robert Ward, D.O. and Boyd Buser, D.O..

In 1996, AAOM proposed to the General Assembly that the American Academy of Osteopathy (AAO) be accepted as the second North American FIMM organization (representing Canada). Adding over 1000 American-trained osteopathic physicians into the FIMM mix caused some concern for a few national society representatives; however the proposal was overwhelmingly approved by the General Assembly in 1998.

The FIMM General Assembly subsequently approved the AAO and AAOM to co-host the 13th Triennial Scientific & Educational Congress in Chicago in 2001. That year FIMM leaders and representatives met with leaders of the American Osteopathic Association (AOA) and members of that organization's Council on International Osteopathic Medical Education

and Affairs in the AOA offices in the AOA Building.

In 2002, the FIMM Executive Board proposed that when the AAOM withdrew from FIMM for fiscal reasons and was replaced by the Canadian Association of Orthopaedic Medicine (CAOM), that the newly accepted CAOM represent Canada and AAO represent the USA. This was approval rectified the international representation anomaly that had existed since 1998. Dr. Kuchera was also elected Vice-President of FIMM that year and after reorganization in 2006, he was elected Secretary-General.

Currently (2007), the USA is represented by a single “national society”, the AAO, which has approximately 1200 FIMM-status D.O.s and M.D.s. This positions the USA as the third largest of the national societies. By perspective, Germany is the largest organization in FIMM with its three-society umbrella, the DGMM, representing approximately 6000 members.

Finally, a significant number of FIMM’s national societies beyond the American Academy of Osteopathy have direct and indirect osteopathic links that should be noted in relationship to this position paper.

- Canada’s CAOM has a number of American-educated osteopathic physicians as members.
- France manual medicine leader, Robert Maigne, received training in 1950 at London’s osteopathic school for M.D.s (with acknowledged training from prominent American osteopathic teacher, Myron Beal, D.O.). Maigne progressively gave up traditional osteopathy before publishing his first book on manual treatment of spinal pain syn-

dromes. The French school however presently provides their degree in *Médecine manuelle et ostéopathie*. A number of French manual medicine physicians have studied osteopathic medicine and/or osteopathy, identify themselves as “osteopathic practitioners” and/or belong to the European Register of Osteopathic Physicians (EROP).

- All three of the German societies in the German umbrella organization, DGMM, have osteopathic educational tracks and even provide a “D.O.” credential to their members. The MWE-linked DAAO contracts with American osteopathic professors from the Philadelphia College of Osteopathic Medicine while the FAC-linked DGOM contracts with American osteopathic professors from Ohio University’s College of Osteopathic Medicine. Many members of the DGMM identify themselves as “osteopathic practitioners” and belong to the DGOM or the DAAO as well. At least one American-trained osteopathic physician (D.O.) currently is a member of DGMM (MWE) and has a full license to practice medicine and manual medicine in Germany.
- The FIMM national society representing Austria also contracts with osteopathic professors from the Philadelphia College of Osteopathic Medicine; it has graduates of this program who refer to themselves as “osteopathic practitioners”.
- A number of FIMM national societies have routinely invited American osteopathic educators to educate their members including Denmark, Finland, and Australia.

Implementation of FIMM Core Role Functions

The Policy Committee of FIMM and the General Assembly recently (2005) adopted a number of central core functions in defining its role as a Federation. The FIMM Executive Board concludes that several of these points are directly applicable to the relationship of FIMM with the osteopathic profession, as follows:

1. “FIMM offers a platform for representatives of the different schools of M/M Medicine to exchange experience and knowledge.”

- FIMM and its national societies recognize members of the American osteopathic profession as practitioners of a recognized and respected school of M/M Medicine.
- FIMM and its national societies acknowledge that the osteopathic profession has provided experience and knowledge that has significantly and positively impacted the schools employed by a number of its national society members.
- FIMM is committed to continue to offer an environment wherein the physician-based osteopathic school of M/M Medicine is represented and where all schools may offer and receive the experience and knowledge of the other schools.

2. “FIMM promotes expertise and collegiality among physicians involved in M/M Medicine from all over the world.”

- FIMM and its national societies recognize that members within their own societies may benefit from the expertise and collegiality of physicians who are osteopathic practitioners.
- FIMM and its National Society members recognize that American-trained osteopathic physicians are colleagues who practice the medical discipline of enhanced knowledge and skills in the diagnosis, therapy and prevention of

functional reversible disorders of the locomotor system and especially the spine.

- FIMM National Society members have seen and/or directly participated in the development of manual medicine practitioners who are now identified as osteopathic practitioners in numerous countries outside the United States.

3. “FIMM feels responsible to support medical professionals in M/M Medicine in order to strengthen their professional position.”

- FIMM endorses no single M/M Medical school, discipline, or philosophy; rather it provides its members access to experience and discussion gained through the application and examination of an evidence-base closely aligned with the solid and central sciences of anatomy and neurophysiology.
- FIMM is supportive of osteopathic physicians in the United States, those who trained in the United States, and of members of its Federation of National Societies who have studied in a curriculum incorporating the core components of the osteopathic school of M/M Medicine.
- FIMM is committed to work to strengthen the worldwide professional standing of manual medicine by defining manual medicine to the World Health Organization; this commitment inherently includes denoting/defending the American osteopathic profession as physicians who practice a form of manual medicine recognized by FIMM.

4. “FIMM promotes interdisciplinary cooperation in the interest of patients and the development M/M Medicine.”

- FIMM recognizes that it is in the interest of both patients and the development of M/M Medicine to promote interdisciplinary cooperation especially cooperation between M/M Medicine physicians regardless of their specialty

designation (rheumatology, family medicine, musculoskeletal medicine, orthopaedic medicine, neuromusculoskeletal medicine, etc).

- FIMM recognizes that it is in the interest of both patients and the development of M/M Medicine to promote interdisciplinary cooperation especially cooperation between M/M Medicine physicians regardless of their nationally recognized degree designation as a complete physician (M.D., D.O., MB BS, MB BCh, MB ChB, BM BCh or MB Bchir, etc).

Summary Statement with Respect to Osteopathic Medicine

The FIMM Executive Board specifically reaffirms the role of FIMM with respect to its policy and mission as delineated and approved by the General Assembly in 2005. In particular, with respect to osteopathic medicine, the FIMM Executive Board on August 19, 2007 officially accepted this Position Paper and adopted the following Position Paper points to be used in future decisions concerning the direction and management of FIMM.

1. Past FIMM-Osteopathic Interactions

- Whereas osteopathic physicians trained in the U.S.A. were invited in 1978 by national and international representatives of FIMM to join in advancing the mission and goals of FIMM;
- Therefore, be it resolved that the FIMM Executive Board declares that evidence and history both support over a quarter of a century of direct, productive and official interactions with American-trained osteopathic physicians.
- Therefore, be it further resolved that the FIMM Executive Board actively supports the past interactions with the national societies that have included American-trained osteopathic physicians especially the North American Association of Manual/Manipulative

Medicine, the American Association of Orthopaedic Medicine, and the American Academy of Osteopathy.

2. Osteopathic Practitioners Outside of the United States

- Whereas confusion exists outside of the United States of America where the terms incorporating descriptors such as “osteopathic and osteopathy” are not regulated;
- And whereas a recent consultation with the World Health Organization defined and differentiated various osteopathic practitioners, documenting their basic education;
- Therefore, be it resolved that the FIMM Executive Board, the FIMM *Glossary*, all official FIMM documents and all discussions adopt the official definitions of “osteopath”, “osteopathic practitioner”, and “osteopathic physician” used in this international document when discussing osteopathic practitioners outside the United States.

3. The American (U.S.A.) Osteopathic School of M/M Medicine

- Whereas documentation identifies a distinctive but congruent school of Manual/Musculoskeletal Medicine in the United States that is practiced and regulated by osteopathic physicians who make a primary medical diagnosis and supplement their diagnosis and treatment decisions by integrating manual medicine skills acquired in a curriculum at least as rigorous as that recommended by the FIMM;
- Therefore, be it resolved that the FIMM Executive Board formally recognizes that the curriculum of palpatory diagnosis and manual treatment as taught by physicians (D.O.) in colleges accredited by the American Osteopathic Association constitutes a distinctive but recognized M/M Medicine school that warrants representation within the FIMM.
- Therefore, be it further resolved that the FIMM Executive Board and its repre-

sentatives will define and support such osteopathic practitioners from the American osteopathic school in the same fashion as it supports M/M Medicine practitioners from other recognized schools of M/M Medicine.

- And therefore, be it yet further resolved that the FIMM Executive Board extends its resources to insure that both collegiality and a forum for exchange of scientific, experiential, and clinical expertise will exist between osteopathic practitioners (D.O.) trained in the United States and those of other recognized schools of M/M Medicine.

L'avenir de la FIMM

Etat des Lieux et perspectives en janvier 2007

Docteur Wolfgang von Heymann

Président de la FIMM

Rétrospective

La FIMM s'est, à de nombreux égards, modifiée depuis sa création en 1959. Elle a été créée à Nice en 1959 à l'initiative de tous les pionniers dans le domaine de la Médecine Manuelle de l'époque. Il s'agissait d'un groupe de personnalités éminentes qui souhaitaient soit en tant que Fondateurs de leur propre école (Cyriax, Gutmann, Lewit, Maigne, Sell, Terrier) soit tout au moins en tant que Dirigeant et Enseignant d'une école, d'une part répandre leur Enseignement et d'autre part initier et développer un échange international d'idées.

L'expression de cette pensée centrée sur une école se retrouve dans l'ancrage dans les statuts que la FIMM ne peut accréditer auprès d'elle qu'une seule société par nation.

La solution allemande de regrouper 2 (puis 3) écoles sous le même toit – ce qui a conduit à la création de la DGMM – est un compromis dû à la situation de l'époque, ce qui a ultérieurement présenté des avantages et des inconvénients.

L'effet synergique de la DGMM, société la plus importante en nombre de membres, à l'intérieur de la FIMM, peut être considéré comme globalement positif en regard des pertes collatérales dues aux conflits internes.

Au fil des années, ce club de jeunes et très actifs membres fondateurs d'écoles était devenu un club très fermé composé de « gentlemen » qui se rencontraient à différents endroits beaux et intéressants du monde et entretenaient une relation ami-

cale dans le respect des héritages acquis. Une telle fédération n'a aujourd'hui pas vraiment d'avenir, même si certains ont du mal à l'admettre.

De nouvelles initiatives visant à pérenniser la FIMM ont été prises à cause du renouvellement inévitable de génération mais aussi à cause de l'élargissement de la FIMM au-delà des frontières de l'Europe (les USA, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande l'ont rejointe).

Depuis à peu près 15 ans la FIMM a commencé à subir une mutation sur le plan personnel et structurel ce qui a abouti à un accord provisoire entériné lors de l'Assemblée Générale à Moscou en mai 2006. Cependant la FIMM est et reste une Fédération dont les activités reposent sur le bénévolat.

À l'intérieur même de la FIMM, sous l'influence de la 2^{ème} et 3^{ème} génération de dirigeants, un nouveau mode de pensée et une nouvelle méthode de travail se sont instaurés. De l'extérieur des obligations nouvelles qui n'existaient pas auparavant sont apparues.

Dans ce champ de tension la FIMM devra évoluer encore sous peine de devoir se dissoudre pour cause d'incapacité à réaliser le moindre travail. Le terme « médecine fondée sur les preuves » est devenu un concept dominant (provisoirement ?) dans le monde entier.

La FIMM a réagi et répondu à cette nécessité de changement.

En 1988 un Comité scientifique et un Comité pédagogique se sont d'abord

constitués. Ils ont commencé par faire un état des lieux et ont jeté les bases de « Standards » valables pour la recherche et l'enseignement, standards destinés aux sociétés membres. Il faut ici citer les documents tels Les 13 règles d'or pour l'établissement d'études d'efficacité en MM, Fiabilité reproductibilité indépendante de l'examineur et Valeur des méthodes diagnostiques en MM, Compte-rendu des Études contrôlées et randomisées concernant les lombalgies profondes et la 2^{ème} version du curriculum concernant la formation post-doctorat de 300h qui sont à la disposition des membres (www.fimm-online.com) peuvent être transmis par les enseignants des cours de formation. De même les premiers résultats des études scientifiques en MM sont à la disposition des membres.

Certains Présidents s'étaient, de surcroît, dotés, ces dernières années, de groupes de travail, sortes de conseil et de « think tanks » concernant des tâches précises et qui étaient dissous après accomplissement de ces tâches. Le dernier en date de ces groupes de travail, connu sous le nom de « Comité politique » a élaboré les orientations stratégiques appelées « Recommandations de la FIMM » lesquelles ont été acceptées en 2005 à Londres par l'Assemblée Générale. Ces comités temporaires n'étaient pas partie intégrante des instances permanentes de la FIMM.

La constitution et l'attribution des postes du Comité pédagogique avec les représentants des différentes écoles a été une tâche beaucoup plus facile que celle de la constitution du Comité Scientifique.

Les statuts stricts de la FIMM se sont avérés être un handicap particulièrement en ce qui concerne les travaux du Comité Scientifique. La recherche de haut niveau n'est pas possible dans le cadre du bénévolat quand des contrôles financiers en gênent l'accès et quand le principe d'une seule délégation nationale ne peut être congruent avec l'existence d'un nombre donné aléatoire de médecins de MM s'impliquant dans la recherche.

Depuis longtemps les dirigeants de la FIMM ont fait remarquer que les principes de la recherche doivent être placés au-dessus des intérêts nationaux des différentes écoles. Les médecins qui devront s'occuper de recherche en MM, devront être désignés selon le niveau de leur connaissances en ce qui concerne la recherche clinique et non selon leur nationalité.

Après que la FIMM a fait remarquer de nombreuses fois que la recherche n'est liée ni à une Nation ni à une École, on s'est aperçu que seule une modification des statuts rigides de 1998 permettrait un effet synergique pertinent. La solution trouvée après différentes consultations et lors de 6 années de préparation a consisté en la création fin 2004/début 2005 de l'« Académie de la FIMM pour la Médecine manuelle et l'appareil locomoteur », structure semi autonome entérinée par l'Assemblée Générale de Bratislava et qui n'a cessé depuis d'élaborer un cadre pour se structurer.

Sa composition permet aux chercheurs de chaque pays quel que soit leur nombre de poser leur candidature et – c'est la différence avec une seule voix par pays dans l'Assemblée Générale pour une liste de 12 personnes – d'obtenir une participation aux travaux scientifiques correspondant à leurs effectifs et aussi d'influer sur les contenus. Le principe que la science est plutôt gênée que confortée par une pensée nationale est ainsi pris en considération selon le souhait des dirigeants de la FIMM et d'une large majorité de ses membres.

Cette recherche scientifique devient nécessaire à cause des exigences des caisses publiques de sécurité sociale et des autorités nationales de santé qui aujourd'hui font dépendre le paiement des actes médicaux en MM de l'« évidence fondée sur les preuves » quelle qu'en soit la définition actuelle exacte. Comme les règles d'une « évidence fondée sur les preuves » ont une validité internationale, une pensée nationale serait là dénuée de sens – exemple la « directive » COST B 13 de l'Union Européenne pour le traitement des douleurs

rachidiennes chroniques ou aiguës est valable dans toute l'Europe.

L'attitude des responsables économiques et politiques des structures nationales et internationales de santé nécessite en tout cas une démarche politique systématique de notre part. C'est pourquoi l'Assemblée Générale de Moscou a décidé la création d'un Comité politique qui est actuellement en cours de constitution et qui défendra les intérêts politiques légitimes de la Médecine Manuelle vis-à-vis des structures internationales (OMS, Commission européenne).

La reconnaissance de l'existence des « chiropractors » qui a déjà eu lieu, celle attendue pour 2007 de l'ostéopathie médicale par l'OMS, ainsi que l'évolution de la législation en France et en Belgique concernant les ostéopathes non médecins nous oblige, en tant que représentant de la Médecine Manuelle, qui elle n'y est pas encore reconnue, à agir de toute urgence.

La FIMM aujourd'hui

A. La structure formelle

La structure de la FIMM ancrée dans les statuts est aujourd'hui constituée :

- *de l'Assemblée Générale de la FIMM avec*
30 Sociétés Nationales ou Organismes chapeautant les Sociétés représentant la Médecine Manuelle (limité à 1 par nation)
- *du Comité directeur (membres élus pour la période 2007-2010)*
 - *Le Président*
(W. von Heymann, Allemagne)
 - *Le Secrétaire Général*
(M. Kuchera, Les Etats-Unis)
 - *Le Président du Comité pédagogique*
(G. G. Rasmussen, Danemark)
 - *Le Président du Comité des politiques de santé*
(B. Terrier, Suisse)
 - *Le Président du Comité d'Administration de l'Académie de la FIMM*
(M. Hutson, Royaume-Uni)

Le Trésorier
(V. Dvorak, Suisse)

- *Le responsable de la Communication*
(M. Dedée, Belgique)

- *un Membre du Bureau sans portefeuille*
(S. Nikonov, Fédération de Russie)

• *du Comité pédagogique avec actuellement 12 membres*

Sous-comité « Glossaire » avec 6 membres

• *du Comité des politiques de santé avec jusqu'à présent*
4 membres prévus

• *L'Académie de la FIMM (semi autonome) avec actuellement*

65 membres et différentes subdivisions

Cette structure répond formellement aux exigences de la formation aussi bien celle formation de base que formation continue en Médecine Manuelle, aux exigences de la recherche et à la prise en compte des politiques de santé.

Mais on ne peut vraiment répondre à ces exigences internes que si un travail continu est rendu possible avec des postes en nombre suffisant, un know-how et une dotation correspondante à ces subdivisions.

Bien sûr les structures de la FIMM doivent répondre à de nombreuses exigences qui résultent du devoir d'enseigner la MM en tant que méthode reproductible et sûre pour le patient, méthode dont l'efficacité est démontrée et prouvée grâce à des travaux scientifiques sur l'anatomie fonctionnelle et la neurophysiologie et qui apporte la preuve d'un bon rapport qualité prix grâce à une méthode quasiment standardisée. C'est pourquoi si les Sociétés Membres ne dotent la FIMM ni d'un nombre de collaborateurs suffisants ni de moyens financiers correspondants et si elles ne la soutiennent pas solidairement alors qu'elle représente pourtant sur le plan international, la défense des intérêts intrinsèques de la MM, la FIMM sera dans l'impossibilité d'assumer ses obligations. S'il n'est possi-

ble ni de poser le problème en toute franchise devant tous ni de le résoudre rapidement ensemble, la FIMM se verrait dans l'obligation de prendre la décision de se dissoudre.

B. Les contradictions internes et les solutions envisageables

Ce serait une grave erreur de croire qu'il n'existe pas au sein de la FIMM des points de vue divergents concernant la formation, l'attitude thérapeutique ou le financement, ou que les réglementations concernant la MM ne soient pas soumises à l'influence des contingences politiques. Bien au contraire, des problèmes cruciaux liés aux changements à l'intérieur et à l'extérieur de la FIMM sont apparus dans les 15 dernières années et perdurent. Ils doivent par conséquent être abordés franchement et nécessitent une discussion de fond sérieuse et collégiale lors de l'Assemblée Générale. La propagation de rumeurs plus ou moins dénuées de fondement serait particulièrement dommageable.

Certains problèmes sont dus aux interactions spécifiques dans une Fédération, d'autres par contre exigent l'intervention du Président et du Comité Directeur pour que la Fédération grâce aux changements de structure puisse continuer à assumer son rôle.

Fédération contre Démocratie

Comme la FIMM est une Fédération, elle est soumise à d'autres règles que celles qui régissent une Démocratie ou une Société commerciale. Chaque membre d'une Fédération conserve son autonomie, les décisions de la Fédération ne doivent pas être appliquées de la même façon par les différents membres, elles n'ont pas de caractère obligatoire réel. C'est pourquoi les votes dans une Fédération ont une autre signification qu'un vote au Parlement dans une Démocratie.

Ainsi les décisions prises à la majorité et entérinées par l'Assemblée Générale de la FIMM ne devraient être réellement prises qu'après une discussion sérieuse, suffisante – et suffisante dans le vrai sens du terme: c'est-à-dire une discussion ayant convaincu pratiquement jusqu'au dernier – justement parce qu'une Fédération est une entité différente d'une Démocratie. Cette discussion suffisante dure dans de nombreux cas bien plus longtemps que prévu. Généralement elle dure plus longtemps que dure le temps du mandat électif qui est dévolu au Président qui fait de nouvelles propositions.

Quand, par contre, après que des entretiens et des négociations ont été conduits sérieusement et pendant un laps de temps suffisant, conformément à ses statuts, la FIMM doit être à même de parvenir à un consensus et d'agir en tant que représentant des intérêts communs de la Fédération. Cela concerne particulièrement les décisions politiques.

Certains membres peuvent, comme évoqué ci-dessus, continuer à ne pas adhérer complètement à la politique de la FIMM en ce qui concerne leur pays et considérer ne pas avoir l'obligation de la mettre en pratique dans le cadre légal correspondant à une situation locale donnée. Cependant pour constituer un poids politique fort la FIMM a besoin que ses décisions politiques soient respectées sur le plan international et qu'elles soient soutenues lors d'activités officielles de la FIMM. C'est

pourquoi il faut respecter le processus démocratique et arriver à convaincre pour éviter les malentendus qui peuvent entraîner une réticence à appliquer réellement des décisions qui n'ont pas vraiment été comprises. Cela fournit l'explication du résultat des décisions politiques passées qui n'avaient pas été prises dans un consensus total.

Dans le passé de la FIMM, en effet, des tranchées ont été malheureusement creusées de part et d'autre, quelle qu'ait été l'issue du conflit. Cela concerne en particulier des décisions concernant le financement, décisions prises certes à la majorité mais non avalisées par une ou plusieurs Sociétés membres importantes.

Dans ce contexte, je souhaiterais citer 3 exemples, tirés de l'histoire de la FIMM, qui devront être évoqués lors de l'Assemblée Générale de façon à réintégrer leurs protagonistes dans un avenir commun. En tant que Président de la FIMM, j'estime nécessaire de réfléchir à l'aspect politique (médecine ostéopathique), au financement (l'Académie de la FIMM) et à la coopération (UEMMA).

1. Déclarations politiques – exemple : Médecins ostéopathes et FIMM

Il faut rappeler d'abord que la FIMM a été fondée en tant que Fédération de Sociétés nationales regroupant uniquement des Médecins. Depuis sa création en 1959, et pendant une dizaine d'années, cette Fédération centrée sur l'Europe n'a eu aucun problème pour mettre en application cette politique ou pour se démarquer des ostéopathes non médecins, des physiothérapeutes et des guérisseurs.

Quand en 1966 la Société nord-américaine de MM devint membre de la FIMM, la définition du mot « médecin » commença à se brouiller. Aux Etats-Unis la médecine ostéopathique est issue de la communauté médicale et en constitue la partie s'occupant de la Médecine manuelle et de l'appareil locomoteur. Les autorités sanitaires et le Gouvernement les mettent sur le

même plan que les médecins (M.D.s). En tant que tels, ils peuvent poser un diagnostic et effectuer un traitement. Ils possèdent les mêmes connaissances et ont les mêmes possibilités diagnostiques et thérapeutiques que les médecins de Médecine interne et les Chirurgiens. Sachant que les ostéopathes médecins américains sont différents des ostéopathes qui pratiquent en Europe, les dirigeants de la FIMM de l'époque les ont invités et les ont volontiers intégrés en 1978. Depuis maintenant 30 ans, il s'est toujours avéré lors de travaux communs, qu'ils soient politiques, qu'ils concernent l'enseignement ou bien la recherche que les médecins ostéopathes nord-américains ont le même niveau que les médecins de l'Europe.

En tant que Président de la FIMM, je constate cependant que des idées erronées continuent de circuler en ce qui concerne la différence entre les Médecins ostéopathes des USA et les autres soi-disant ostéopathes.

Par ailleurs j'observe aussi que certaines Sociétés européennes membres de la FIMM s'impliquent activement à créer un statut de Médecin ostéopathe dans leur pays.

Le Comité Directeur de la FIMM publiera bientôt dans le bulletin de « FIMM NEWS » une première « prise de position » concernant un résumé de 30 ans d'Histoire de la FIMM et de politique pour les nouveaux dirigeants explicitant, pour tous ceux qui sont intéressés, les relations de la FIMM avec l'Ostéopathie depuis le début de son histoire et sa position actuelle au regard de l'Ostéopathie. Ces explications seront prochainement mises en ligne sur le site internet de la FIMM dans les trois langues.

2. Finances – exemple :

L'Académie internationale de la FIMM pour la Médecine Manuelle et l'appareil locomoteur

Après de nombreuses années de réflexion, discussions, lors des Assemblée Générale de la FIMM, il a été décidé avec une écrasante majorité que le Comité scientifique (SC) comprenant 12 personnes se transformerait en une Académie internationale de la FIMM semi autonome. Alors que la grande majorité voyait dans cette décision la possibilité structurelle d'une plus grande activité de plus de chercheurs à un moindre coût, des membres importants n'ont pas été suffisamment convaincus.

Cela a moins à voir avec une décision politique qu'avec la réponse à la question de comment seront financés quels projets de la FIMM. J'ai choisi cet exemple car il illustre les problèmes qu'entraînent le fait qu'une grosse Société qui participe avec une très importante cotisation au budget de la FIMM n'a en fin de compte qu'une seule voix. Il est là bien évident que les responsables de ces grosses Sociétés auraient eu besoin de plus de temps pour prendre la décision d'un changement et de son financement, en particulier pour pouvoir le justifier vis-à-vis de leurs propres Sociétés de façon à obtenir l'appui nécessaire des membres de celle-ci.

La décision de transformer le Comité Scientifique en une Académie semi autonome de la FIMM, indépendamment de sa justification logique et de sa nécessité objective, n'a absolument pas reçu l'appui de certains membres importants de la FIMM qui pourtant pourraient contribuer grandement du fait de leurs ressources humaines et de leur expérience au succès de l'Académie. Cela a nécessité des rencontres supplémentaires.

La FIMM doit continuer à se préoccuper de ce sujet de façon à pouvoir dans l'avenir financer ses indispensables projets avec succès.

Les dirigeants de la FIMM dans leur ensemble constatent aujourd'hui que tous les projets (et l'infrastructure qui s'y rapporte) ont besoin non seulement du soutien financier mais aussi des ressources humaines des Sociétés nationales membres. En particulier la FIMM a besoin du soutien permanent des Sociétés qui participent de façon décisive au Budget voté. Le Comité Directeur est bien conscient du fait que sans travail interne de persuasion, le mécontentement d'une ou plusieurs Sociétés membre peut mettre en péril aussi bien le succès de tels projets qu'à la limite même le travail de la FIMM dans sa totalité. Le Comité Directeur veut donc certes rester fidèle aux statuts actuels en ce qui concerne les décisions politiques, mais il est parvenu à la conclusion qu'il est nécessaire, pour les questions financières, d'arriver à obtenir pour certains projets, une pondération des voix qui corresponde à la part de cotisation de chaque Société membre dans le budget global de la FIMM.

Le Comité Directeur fera des propositions à l'Assemblée Générale en ce qui concerne la répartition des voix selon qu'il s'agit d'une question financière ou d'une question politique pour arriver à parvenir à une meilleure pondération.

Dans ce contexte un reformatage du Budget a été préparé pour en améliorer la transparence et en faciliter la compréhension. Les coûts de fonctionnement de la FIMM et les coûts des projets seront présentés à part l'un de l'autre.

La proposition de répartir les voix de façon différente selon qu'il s'agit d'un projet politique ou d'un projet financier nécessite une modification des statuts. Je suis sûr qu'il y aura un débat à ce sujet lors de l'Assemblée Générale à Prague.

3. Coopération – exemple de l'UEMMA

Il y a 12 ans une structure européenne opérant au niveau international, est apparue : l'ancienne ULEMMA (Union Latine et Européenne de la Médecine Manuelle) devenue aujourd'hui l'UEMMA (Union Européenne de la Médecine Manuelle). Ses fondateurs sont issus de la FIMM et en sont encore membres. Leurs points communs à l'origine étaient d'une part la langue mais surtout – ce qui est plus important – des convictions et des perspectives communes. Comme la FIMM, ils veulent développer la Médecine Manuelle en Europe, et souhaitent avoir une représentation politique et scientifique efficace de la MM en Europe.

Ici la mise en commun des ressources humaines permettrait d'arriver à une situation de bénéfice réciproque pour résoudre les mêmes problèmes dont les deux structures se préoccupent. Des rapports positifs et confraternels avec eux auraient une répercussion importante et bénéfique sur l'image de la Médecine Manuelle dans son ensemble.

En accord avec le Comité Directeur, je continue à penser que le dialogue avec l'UEMMA (ou avec d'autres coopérations organisées) doit permettre de rechercher et d'obtenir un consensus. Nous souhaitons saisir toutes les occasions d'arriver à motiver les Membres de l'UEMMA pour des travaux communs de façon à obtenir un effet synergique en utilisant leurs ressources et leurs connaissances et nous saluons toutes les initiatives qui s'y emploient. À de nombreux points de vue on peut considérer l'UEMMA comme l'incarnation de conflits non résolus au sein de la FIMM: C'est pourquoi un rôle important doit lui incomber pour développer le travail en commun avec la FIMM.

À cette occasion, nous ferons des propositions pour définir comment des groupes de coopérations pourront se former et comment ils pourront s'articuler lors de l'Assemblée Générale.

C. Les finances

La discussion sur les finances est devenue à l'intérieur de la FIMM une question extrêmement sensible. La cotisation des différentes sociétés à l'intérieur d'un pays pour leur Société nationale et la cotisation de chaque membre de ces sociétés a toujours été discutée avec une forte émotion. Cette discussion a toujours éclaté chaque fois qu'il a été question d'augmenter la cotisation ou lors du rapport du trésorier. De fait le financement de la FIMM s'est toujours situé au niveau le plus bas. Pour une association qui a la prétention d'être une Fédération opérant dans le monde entier avec des ambitions dans le domaine de la recherche, de l'enseignement et aussi dans le domaine des politiques de santé, le budget est en effet ridiculement bas.

Comme le travail essentiel est effectué bénévolement, il en ressort lors des comptes-rendus financiers sur l'écran que l'argent effectivement utilisé l'a été pour la majeure partie pour des voyages. En conclure que la FIMM actuelle serait seulement une agence de voyage pour fonctionnaires soucieux de divertissements serait complètement fausse. Beaucoup de ces rencontres sont préparées par les « fonctionnaires » de façon bénévole et ils y consacrent d'innombrables heures de leur temps libre. Le Docteur Kuchera par exemple est venu, au service de la FIMM, de nombreuses fois en Europe dans ces dix dernières années sans même exiger un remboursement de ses frais sans parler du temps qu'il y a consacré. Beaucoup de ces rencontres ont lieu, d'ailleurs, par souci d'économie, dans les salles de conférence peu attractantes d'hôtels situés près des aéroports ou dans des zones industrielles, et l'hébergement est assuré d'une façon qui peut être qualifiée de spartiate.

Malgré le peu d'attractivité de ces rencontres, elles ne peuvent être complètement remplacées par la communication électronique.

Rien ne pourra remplacer les échanges « face à face » ou plutôt de « main à main », quand il s'agit de débats de fond durant plusieurs jours ou quand joue la barrière de la langue ce qui n'est pas extraordinaire dans une Organisation internationale telle la FIMM. Bien sûr toutes ces rencontres continueront à être préparées et à être précédées d'échanges en ligne de façon à limiter au maximum les coûts.

Les rencontres personnelles et les voyages internationaux resteront cependant nécessaires aussi bien pour le Comité Directeur que pour les Comités pédagogique et des Politiques de Santé. En ce qui concerne les projets concernant les sous-comités on doit se servir et rechercher le principe du sponsoring – là l'industrie est moins concernée que les Sociétés membres comme par ex. pour le glossaire. Même en organisant les voyages de façon économique – ils ne peuvent être évités dans une Fédération internationale, ils se retrouveront donc dans les rapports financiers. Avec l'augmentation des tâches, les comités devraient avoir plus de membres qu'ils n'en ont actuellement. Les quatre dernières années (2003-2006) ont épuisé complètement les réserves de la FIMM et ont trop exigé d'elle. Il a été aussi fait des emprunts dont le remboursement pose des problèmes majeurs de liquidités. Ce qui est très difficile aussi c'est la mentalité de mauvais payeur ou la situation financière difficile de certaines sociétés qui payent bien trop tard, certaines l'année suivante et certaines pas du tout pendant plusieurs années. C'est pourquoi sans réserve financière, il n'est pas possible d'avoir un budget sain pour financer tous les projets nécessaires et programmés.

Des changements sont inévitables si on veut financer une FIMM capable de fonctionner et de travailler de façon constructive pour ses membres. Ils doivent être décidés de façon consensuelle après une discussion suffisante et dans le respect des possibilités objectives de chaque membre. Même si l'énorme quantité d'heures de

travail bénévole ne pourra jamais être payée, de même le remboursement de certains déplacements – un « bricolage » au niveau actuel n'est plus possible. Une augmentation substantielle du budget total de la FIMM est ainsi nécessaire.

L'essai de mettre en place une Fondation pour doter financièrement la FIMM grâce à l'apport de fonds extérieurs s'est soldé par un échec complet. Il ne reste donc en fin de compte que l'apport financier fourni par les Membres. La survie de la FIMM dépendra donc des efforts que les Membres (individuels et collectifs) accepteront de fournir.

Perspectives et prévisions

Pour les prochaines échéances c'est-à-dire pour les quatre prochaines années au moins, la FIMM aura pour ordre du jour de s'adapter à la nouvelle donne ce que je formulerais sous forme de recommandations :

Recommandation A :

La structure de base de la FIMM doit en principe être redéfinie en tenant compte des priorités actuelles et renforcée.

Il va y avoir la préparation du travail du comité de politique de santé qui va présenter à Prague le 1^{er} projet et proposer l'attribution des postes. Le nombre des collègues qui seront pris dans le conseil dépendra des possibilités financières. **Un sponsorat pour ce comité externe n'est en pratique pas à attendre.** Le Comité s'impliquera de façon intensive à demander la reconnaissance de la Médecine Manuelle dans le catalogue des spécialités médicales en premier lieu auprès de l'OMS mais aussi au niveau européen.

À cause des contingences financières, le comité pédagogique – après les travaux pour la 2^{ème} version du curriculum concernant la formation post graduée – n'a pour l'instant pas émis de proposition nouvelle ni commencé à travailler au catalogue de tests diagnostiques de la FIMM.

Un nouveau Directeur devra être élu lors de l'Assemblée Générale à Prague et pourra structurer de façon nouvelle le travail du Comité dans le cadre de ce projet et devra obtenir les moyens nécessaires pour présenter les résultats souhaités. Mon opinion est que le Comité pédagogique doit continuer à demeurer sous le contrôle direct de l'Assemblée Générale de la FIMM et de son Comité Directeur. La Fédération et l'Académie ne doivent ni tenter d'uniformiser la diversité des systèmes d'enseignement des différents pays ni de faire des recommandations concernant les standards de qualification médicale préalables à toute reconnaissance auprès d'elle.

Le sous-comité du glossaire de la FIMM devrait pratiquement finaliser son travail avant la prochaine Assemblée Générale, ceci afin que le glossaire actualisé puisse être rapidement mis à disposition. Cela avait été décidé lors de la précédente Assemblée Générale à condition qu'un financement supplémentaire soit trouvé en dehors du Budget de la FIMM. Mais c'est seulement récemment que le Président du sous-comité du « Glossaire » a reçu la promesse d'un don de 3'700 Euros de la part du « Centre national de recherche ostéopathique du Texas ».

Le financement des rencontres du sous-comité du Glossaire n'est pas encore assuré, mais peut être pris en charge par le Comité pédagogique dont il constitue une subdivision.

Recommandation B :

Comme déjà évoqué ci-dessus, des changements doivent avoir lieu en ce qui concerne la politique, le financement et les coopérations.

Comme il a été décrit plus haut, il faut, après les modifications structurelles, rendre la FIMM apte à être à même de remplir ses objectifs. Si cela ne recevait pas l'approbation de ses membres, cela la conduirait à travailler de façon moins satisfaisante que ce que ses membres sont en

droit d'attendre voire même à déposer un constat d'échec. Lors de la planification des changements futurs, il conviendra de veiller à ne pas reproduire les erreurs du passé.

Les doutes concernant la légalité de la formation médicale des D.O.s américains ne doivent plus être tolérés au sein de la FIMM. Toute allusion en ce sens doit définitivement disparaître.

Il est nécessaire de parvenir à convaincre ceux qui critiquent et doutent encore grâce à un entretien personnel.

Le Comité Directeur de la FIMM souhaite encourager et soutenir les autorités de l'Académie dans leurs efforts d'amélioration de leur image vis-à-vis de ceux qui restent critiques à son égard. Cela concerne principalement les sociétés germanophones ayant de nombreux membres et qui actuellement sont extrêmement sous représentées dans l'Académie. Cependant les D.O.s américains ne sont pas représentés non plus de façon adéquate, mais ils ont déjà leurs propres Académies. Les membres germanophones de la FIMM ont tendance à rejeter l'Académie, attitude qui n'a pu être modifiée jusqu'à ce jour. Ici il est important d'éliminer les préjugés et les réserves et de conduire ces entretiens en toute-bonne foi avec chaque responsable, ce qui n'a pas été pris en considération avant la constitution de l'Académie. Il faut rechercher activement des occasions de promouvoir la FIMM.

On doit rechercher le dialogue avec ceux qui critiquent et effectuer auprès d'eux un travail de persuasion. Il appartiendra donc aux « diplomates » de réussir à briser la glace. Dans ce contexte, il serait opportun de nouer des contacts positifs et fructueux avec la partie scientifique de l'EFoMM (Forum européen de Médecine Manuelle). Tant que ce Forum se concevra comme un Forum clairement séparé de l'Académie, le développement des Finances et des Ressources Humaines de l'Académie ne pourra se faire à partir des Sociétés qui en

auraient pourtant de façon décisive à la fois la vocation et le potentiel.

Les membres qui se sont regroupés dans l'UEMMA n'étaient pas satisfaits de la FIMM.

Sa création a été importante et nécessaire. On doit traiter l'UEMMA avec égard et prendre au sérieux ses arguments parce qu'ils comportent toujours une part essentielle de vérité.

C'est pourquoi le Comité Directeur de la FIMM va proposer lors de la prochaine Assemblée Générale que différents Groupements se forment à l'intérieur de la FIMM, Coopérations fondées sur la langue, la proximité géographique ou visant des objectifs politiques identiques.

Il sera nécessaire, pour financer les projets communs de ces différents groupes, de modifier les critères de décision en ce qui concerne la répartition de la partie variable du budget de la FIMM. Ces Coalitions/Coopérations devraient avoir la possibilité de décider de la façon dont les moyens financiers seront utilisés au prorata du nombre de membres actifs représentés dans la Coalition.

Enfin il est nécessaire de définir clairement les règles du jeu de la communication et de l'échange d'informations entre la FIMM et l'Académie de la FIMM qui est semi autonome.

Le Comité directeur n'est en effet pas satisfait de l'évolution de ces deux points. Le Comité Directeur de la FIMM n'exerce certes aucun contrôle sur l'aspect scientifique et n'a jamais souhaité en exercer un. Mais s'il n'est même pas informé des activités et des résultats, il ne peut ni agir, comme on le souhaite, ni apporter une aide suffisante à l'Académie dans son travail. Le Rapport d'activité de l'Académie à l'Assemblée Générale doit en tout cas être très clair en ce qui concerne l'utilisation des fonds mis à disposition par la FIMM.

Recommandation C :

Le budget actuel de la FIMM se monte à 42 000 euros/an – à condition que tous payent correctement et dans les délais. Il n'y a plus de réserves. Ce montant est ridiculement bas en regard des missions (tâches) et des exigences d'une société savante spécialisée internationale qui est censée représenter de façon constructive et couronnée de succès ses membres sur le plan de l'enseignement, de la recherche et sur le plan politique. Le budget qui serait nécessaire pour bien remplir ces tâches avec une activité reposant toujours uniquement bénévolat devrait être le double du budget actuel. Une augmentation de la cotisation est théoriquement nécessaire mais n'est politiquement guère en mesure d'être couronnée de succès. Car les grosses sociétés vont argumenter qu'elles ne peuvent pas tout financer et les petites rappelleront leur pauvreté.

Si la FIMM ne parvient pas à rendre plausible vis à vis de ses membres un financement suffisant de leur part, elle ne pourra plus remplir sa tâche. La question des membres ne doit plus être « Que m'apporte la FIMM ? » mais « Comment puis-je rendre la FIMM assez forte pour qu'elle puisse être utile à tous ».

De ce fait la question de l'augmentation de la cotisation doit être discutée en détail avec tous les membres avant la prochaine Assemblée Générale, de façon à prendre une décision sage. Ici il est tout à fait pensable qu'il soit trouvé des solutions différenciées.

L'Assemblée Générale devrait délibérer et prendre une décision en ce qui concerne la proposition du Comité Directeur de diviser la cotisation en 2 parties, la première serait une cotisation de base servant à couvrir les dépenses de fonds de l'Assemblée Générale, du Comité directeurs et les dépenses de routine d'administration, la

deuxième serait variable et servirait à financer différents projets. Il conviendrait de discuter et de décider d'une éventuelle nouvelle répartition des voix. Chaque membre continuerait à avoir une voix en ce qui concerne les questions **politiques** mais pourrait en avoir plus en ce qui concerne les questions **financières** et ce au prorata du nombre de ses cotisants (par exemple 1 voix pour 500 membres). Ainsi on obtiendrait une plus grande équité dans la répartition des fonds. Les membres des grosses Sociétés n'auraient plus tendance à afficher une certaine réticence dans leur engagement au regard de leur manque de poids au moment des votes.

Ce sera seulement après les changements de statut concernant la pondération des voix qu'un projet d'augmentation de cotisation pourra être décidé. Comme on l'a vu des coalitions/coopérations pourraient alors se former pour réaliser et financer des projets précis.

C'est pourquoi le Comité Directeur de la FIMM propose à l'Assemblée Générale de débattre la question du droit de vote et de définir comment des Groupements au sein

de la FIMM peuvent se former pour atteindre des buts communs et en assurer le financement.

Enfin, aspect secondaire important, il faudrait exclure les membres qui depuis plus de deux ans ne respectent pas les statuts et ne payent pas leur cotisation. Cela concerne actuellement 5 membres c'est-à-dire malheureusement 1/6 de tous les membres de la FIMM. S'ils restaient membres, cela saperait d'évidence le bon moral des autres. Il faut par conséquent donner un signal fort – un membre doit s'intégrer selon ses possibilités, sinon il ne peut être une part du tout. Le trésorier a besoin d'un budget fiable. Si la FIMM veut survivre, elle doit rester solvable.

Conclusion :

La FIMM doit donc adapter rapidement sa structure et ses contenus sous peine de ne pouvoir répondre aux défis nouveaux auxquels elle est confrontée.

Donnons-lui **ensemble** les moyens de réaliser **nos** objectifs.

Die FIMM und ihre Zukunft

Bestandesaufnahme und Ausblicke 2007

Dr. med. Wolfgang von Heymann

FIMM Präsident

Rückblick

Seit ihrer Gründung 1959 in Nizza hat die FIMM in verschiedener Hinsicht ihr Gesicht gewandelt. Es war damals ein Zusammenschluss von Pionieren auf dem Gebiet der Manuellen Medizin, eine Europa-zentrierte Gruppierung herausragender Persönlichkeiten (Cyriax, Gutmann, Levit, Maigne, Sell, Terrier), die sich zumindest als Leiter und Lehrer von eigenen Schulen, einerseits um die Verbreitung ihrer Lehre bemühten, andererseits aber auch an einem internationalen Gedankenaustausch interessiert waren. Ausdruck dieses Schul-zentrierten Denkens ist die Festlegung in den Statuten, dass pro Nation nur ein Mitglied zugelassen werden kann. Die deutsche Lösung, die zwei, später drei Schulen unter ein Dach zu zwingen – was zur Gründung der DGMM führte – ist ein Kompromiss aus der damaligen Situation, welcher in dem weiteren Verlauf Vor- und Nachteile gezeigt hat. Als derzeit mitgliederstärkstes Mitglied der FIMM kann der Synergie-Effekt innerhalb der DGMM jedoch trotz aller innerer Konkurrenz insgesamt als positiv resümiert werden.

Im Laufe der Jahre wurde diese Gruppierung der jungen und sehr aktiven Schulgründer älter. Sie trafen sich weiterhin an verschiedenen, interessanten und schönen Orten und pflegten ein freundschaftliches Verhältnis unter Respektierung der geschaffenen Erbhöfe – etwa wie ein geschlossener Club. Eine solche Föderation hat heute keine wirkliche Zukunft mehr, auch wenn diese Einsicht manchem schwer fallen mag.

Mit einem unvermeidlichen Generationenwechsel und der Erweiterung der FIMM über die Grenzen Europas (USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Japan und Süd-

Korea kamen dazu) ergaben sich jedoch eine Reihe neuer Initiativen für den Weiterbestand der FIMM.

Seit etwa 15 Jahren hat ein Umbau der FIMM auf personeller und struktureller Ebene eingesetzt, der mit den Beschlüssen der GV in Moskau im Mai 2006 einen vorläufigen Abschluss gefunden hat.

Zwar ist und bleibt die FIMM auch weiterhin eine Föderation, die von ehrenamtlicher Arbeit lebt. Durch die zweite und dritte Generation in den Führungs- und Funktionsebenen hat allerdings von innen her eine andere Denk- und Arbeitsweise Fuß gefasst, von außen sind ganz neue und sehr veränderte Aufgaben aufgetaucht. In diesem Spannungsfeld wird sich die FIMM noch weiter ändern müssen, oder sie wird sich als nicht arbeitsfähig auflösen. Schlicht gesagt, eine weltweite Dominanz der *Evidence-Based-Medicine* ist (vorübergehend?) eingetreten.

FIMM hat die diesen Änderungsbedarf beantwortet. 1998 wurden die Wissenschafts- und Ausbildungs-Komitees gebildet, die in den ersten Jahren mit einer Bestandsaufnahme angingen. Diese entwickelten dann erste Schritte für einen standardisierten Vorschlag an die Mitgliedsgesellschaften für das Vorgehen in Forschung und Lehre sowie zur Beseitigung von existierenden Dogmen. Das hier erstellte Material wie *13 goldene Regeln für die Durchführung von Wirksamkeitsstudien in Manueller Medizin, Die Zuverlässigkeit zwischen Untersuchen und die Wertigkeit diagnostischer Verfahren in der Manuellen Medizin, Randomisierte, kontrollierte Wirksamkeitsstudien über tiefen Rückenschmerz: ein Protokoll-Format* und die *2.Version des Kerncurriculums zur postgraduierten Weiterbildung über 300 Stunden* steht den Mitgliedern zur Verfü-

gung und die Inhalte können über Instruktionkurse an die jeweiligen Mitglieder vermittelt werden (www.fimm-online.com). Auch die Ergebnisse der Untersuchungen über die Durchführung von wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich der Manuellen Medizin stehen heute bereits allen zur Verfügung.

Einige Präsidenten haben sich in den vergangenen Jahren zusätzlich noch Arbeitsgruppen gebildet, welche eine Art Berater- und Denkerstab für konkrete Aufgaben darstellten und nach Beendigung der jeweiligen Aufgaben wieder aufgelöst wurden. Das letzte dieser als Politik-Komitees bezeichneten Gremien hat die strategische Orientierung *FIMM-Leitbild* erstellt, welches in 2005 von der GV in London akzeptiert wurde. Diese Komitees waren jedoch keine feste, ständige Einrichtung der FIMM.

Die Bildung und Besetzung des Ausbildungskomitees mit den jeweiligen Schulvertretern war hierbei eindeutig die leichtere Aufgabe gegenüber dem Wissenschaftskomitee.

Gerade im Bereich der Arbeit des Wissenschaftskomitees hat es sich aber gezeigt, dass die strenge Satzung der FIMM hier einen Hemmschuh darstellt. Forschung auf hohem Niveau ist nicht möglich, wenn Finanzkontrollen den Zugang behindern und das Prinzip der nationalen Delegation nicht mit der Existenz entsprechend wissenschaftlich arbeitender Manualmediziner kongruent werden kann. Schon früh wiesen die Aktivisten darauf hin, dass die Prinzipien der Wissenschaft über den nationalen Interessen der einzelnen Schulen für Manuelle Medizin stehen müssen. Die Ärzte, die sich mit der wissenschaftlichen Forschung in der Manuellen Medizin befassen sollen, müssen nach Grad ihrer Kenntnisse in klinischer Forschung bestimmt werden, nicht nach ihrer Nationalität.

Nachdem die FIMM vielfach darauf hingewiesen hat, dass Wissenschaft nicht an ein Land oder eine Schule fixiert sein kann, kam man zu der Einsicht, dass nur durch eine Änderung der Struktur der einengenden Statuten von 1998 ein sinnvoller Synergie-Effekt möglich sei. Die nach Be-

ratungen gefundene Lösung besteht heute in der nach 6 Jahren Vorbereitung zum Jahreswechsel 2004/2005 gegründeten, halbautonomen *FIMM Academy for Manual/Musculoskeletal Medicine*, die von der GV 2004 in Bratislava beschlossen wurde und die sich seitdem beständig im Aufbau befindet.

Ihre Struktur lässt es zu, dass sich aus jedem Land beliebig viele wissenschaftlich interessierte Personen als Mitglieder bewerben können. Damit kann jede Mitgliedsgesellschaft – anders als über die eine Stimme bei der Generalversammlung zur Annahme einer 12-Personen-Liste – entsprechend ihrer wissenschaftlichen „Manpower“ an dieser Arbeit teilnehmen und sie durchaus auch inhaltlich mitbestimmen. Nach Vorstellung der Führer der FIMM und einer großen Mehrheit der Mitglieder wird damit auch dem Prinzip Rechnung getragen, dass Wissenschaft durch nationales Denken eher behindert als gefördert wird.

Notwendig ist diese wissenschaftliche Arbeit aufgrund der Anforderungen der nationalen Gesundheitsautoritäten und der Kranken-Versicherungen, die heute zunehmend auch die Honorierung ärztlicher Leistungen in der Manuellen Medizin von dem Nachweis einer wie auch immer aktuell definierten „Basis der Evidenz“ abhängig machen. Da die Regeln für einen evidenz-basierten Nachweis international verbindlich sind, macht hier nationalistisches Denken keinen Sinn – als Beispiel: die Leitlinien COST B13 der EU für die Behandlung des akuten oder chronischen Rückenschmerzes gelten eben europaweit.

Das Vorgehen der politisch und ökonomisch Verantwortlichen in den nationalen und internationalen Strukturen des Gesundheitswesens erfordert allerdings auch ein systematisches politisches Vorgehen in diesem Bereich. Die GV in Moskau 2006 hat daher die Einrichtung eines gesundheitspolitischen Ausschusses bestimmt, der sich derzeit konstituiert und die politische Interessenvertretung der Manuellen Medizin gegenüber den internationalen Strukturen (WHO, EU-Kommission) wahrnehmen wird. Die bereits erfolgte formale Beratung der Chiropraktoren und

die für 2007 zu erwartende Publikation der Beratung der ärztlichen Osteopathie durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und nicht zuletzt die jüngste Gesetzgebung in Frankreich und Belgien mit der Anerkennung nicht-ärztlicher Osteopathen machen es für die bisher nicht dort anerkannte Manuelle Medizin zwingend erforderlich, an dieser Stelle tätig zu werden.

Die FIMM heute

A. Die formale Struktur

Die auch satzungsgemäß verankerte Struktur der FIMM besteht heute aus:

- Der Generalversammlung der FIMM mit 30 stimmberechtigten nationalen Mitgliedsgesellschaften oder Dachverbänden (1 pro Nation), die ärztliche Manualmedizin vertreten
- Dem FIMM- Vorstand: 8 Mitglieder, gewählt für die Periode 2007 – 2010:
 - Präsident
(W. von Heymann, Deutschland)
 - Generalsekretär
(M. Kuchera, USA)
 - Vorsitzender des Ausbildungsausschusses
(G. G. Rasmussen, Dänemark)
 - Vorsitzender des Gesundheitspolitischen Ausschusses
(B. Terrier, Schweiz)
 - Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der FIMM-Akademie
(M. Hutson, GB)
 - Schatzmeister
(V. Dvorak, Schweiz)
 - Verantwortlicher für Kommunikation
(M. Dedée, Belgien)
 - Mitglied ohne Geschäftsbereich
(S. Nikonov, Russische Föderation)
- Dem Ausbildungs-Ausschuss mit derzeit
 - 12 Mitgliedern und dem
 - Unterausschuss „Glossar“ mit 6 Mitgliedern
- Dem Gesundheitspolitischen Ausschuss mit bisher 3 geplanten Mitgliedern
- Der halbautonomen wissenschaftlichen FIMM-Akademie mit derzeit 65 Mitgliedern und verschiedensten Gliederungen

B. Innere Widersprüche und Lösungsmöglichkeiten

Es wäre falsch zu behaupten, dass es innerhalb der FIMM keine Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf Ausbildung, praktische Therapie oder Finanzierung gäbe, oder dass die Regulierungen in Bezug auf die Manuelle Medizin nicht den zwingenden Einflüssen der Politik ausgesetzt wäre. Ganz im Gegenteil sind aus den vielen inneren und äußerlich bedingten Veränderungen der letzten 15 Jahre einige wesentliche Probleme für die FIMM entstanden, die auch noch fortauern. Diese Probleme müssen offen benannt und bedürfen einer ernsten und kollegialen Diskussion in der Generalversammlung. Unzufriedene Legendenbildung hinter vorgehaltener ist äußerst schädlich.

Einige Probleme entstehen aus dem typischen Zusammenspiel in einer Föderation. Andere Probleme allerdings erfordern ein direktes Eingreifen des Präsidenten und des Vorstands, damit durch Struktur- oder Prozess-Veränderungen die Funktion der Föderation zu gewährleisten.

Föderation oder Demokratie

Da die FIMM eine Föderation von Ärzten ist, gelten andere Regeln als in einem demokratischen Staat oder auch in einer kommerziellen Gesellschaft. Jede Mitgliedsgesellschaft der Föderation behält ihre Autonomie. Mitgliedsgesellschaft müssen nicht alle Entscheidungen der gesamten Föderation in gleicher Weise annehmen oder umsetzen. Tatsächlich sind auch Konsensus-Entscheidungen der Föderation nach außen für die Mitglieder nicht bindend. Insofern hat eine Abstimmung in einer Föderation ein anderes Gewicht als im Parlament eines demokratischen Staates.

Deshalb sollten Mehrheitsentscheidungen, die von der Generalversammlung der FIMM formuliert werden, nach ausführlicher, ernsthafter und überzeugender Diskussion getroffen werden – gerade weil eine Föderation anders ist als eine Demokratie. In diesem Sinne dauert eine ernsthafte Diskussion vielfach länger, als erwartet; oft dauert sie sogar länger als die

Wahlperiode des Präsidenten, der den Vorschlag initiiert hat.

Wenn allerdings die Föderation die nach der Satzung vorgesehenen Beratungen ernsthaft und in ausreichender Zeit durchgeführt hat, muss sie auch in der Lage sein, einen Konsens zu finden und als Gruppe damit zu handeln. Dies gilt besonders für politische Entscheidungen. Einzelne Mitglieder mögen, wie ausgeführt, auch weiterhin der Politik der FIMM für ihre Länder nicht völlig zustimmen und sich nicht verpflichtet fühlen, diese in die legalen Strukturen ihres Landes umzusetzen. Eine starke FIMM-Politik erfordert es allerdings, dass die politischen Entscheidungen auf internationaler Ebene respektiert und in offiziellen FIMM-Aktivitäten auch vertreten werden. Dagegen wird stets Unwillen aufkommen, wenn die genannten Vorgehensweisen nicht korrekt angewendet, verstanden oder befolgt wurden; dies erklärt hinreichend das Ergebnis politischer Entscheidungen, die nicht einstimmig erfolgten.

Im Leben der FIMM hat es leider Gelegenheiten gegeben, bei denen von beiden Seiten Gräben ausgehoben wurden, unabhängig davon, wie der Streit letztlich ausging. Dies betrifft insbesondere finanzielle Entscheidungen der Mehrheit von einer oder mehreren größeren Mitglieds-gesellschaften nicht getragen wurden.

In diesen Ausführungen möchte ich drei Beispiele aus der Geschichte der FIMM wählen, um die Diskussion der Generalversammlung über den Weg in die gemeinsame Zukunft vorzubereiten. Als Präsident der FIMM halte ich es für notwendig, über **Politik** (osteopathische Medizin), **Finanzierung** (FIMM-Akademie) und **Kooperation** (UEMMA) nachzudenken.

1. Politische Erklärungen – am Beispiel: Osteopathische Ärzte und die FIMM

Zunächst muss daran erinnert werden, dass unsere Gründung die FIMM als eine Föderation rein ärztlicher nationaler Mitgliedsgesellschaften bestimmt hat. Seit der Gründung 1959 hatte die Europa-zentrierte Föderation für fast ein Jahrzehnt kein Problem, diese Politik umzusetzen

oder sich von osteopathischen Laien, physikalischen Therapeuten oder Heilpraktikern abzugrenzen.

Als dann 1966 die Nordamerikanische Gesellschaft für Manuelle Medizin Mitglied der FIMM wurde, begann die Definition des „Arztes“ zu verschwimmen. In den USA hatte sich die osteopathische Medizin als der manuelle/muskuloskelettale Arm der Ärzteschaft herausgebildet und wird als solcher von der Regierung als den anderen Ärzten (M.D.s) gleichgestellt definiert. Als solche sind sie voll befugt zur Diagnostik und Therapie, sie sind mit allen Kenntnissen und Fähigkeiten wie Internisten und Chirurgen ausgestattet. Im Wissen darüber, dass die osteopathischen Ärzte anders seien als die in Europa praktizierenden Osteopathen, haben die damaligen Verantwortlichen der FIMM die amerikanischen osteopathischen Ärzte eingeladen und 1978 als Mitglieder willkommen geheißen. Über nunmehr 30 Jahre wurde diese Politik der FIMM, die amerikanischen osteopathischen Ärzte als gleich und berechtigt zur organisatorischen Zusammenarbeit anzusehen, immer wieder in der politischen, ausbildungsbezogenen und wissenschaftlichen Arbeit der FIMM bestätigt.

Als Präsident der FIMM muss ich jedoch feststellen, dass auch heute noch gravierende falsche Vorstellungen über die Unterschiede zwischen den osteopathischen Ärzten der USA und anderen sog. Osteopathen bestehen. Auch ist zu beobachten, dass einige europäische Mitgliedsgesellschaften der FIMM sehr aktiv an der Schaffung eines eigenen Berufsbildes eines osteopathischen Arztes arbeiten. In der Zusammenfassung von 30 Jahren FIMM- Geschichte und -Politik für neu ankommende Vertreter, die sich mit der Politik der FIMM in dieser Hinsicht befassen wollen, wird sich das erste *Positions-Papier des Präsidiums der FIMM* mit der osteopathischen Medizin befassen.

Diese Erklärung wird in dieser Ausgabe der FIMM-NEWS erscheinen, die Website wird in Kürze den Text dreisprachig enthalten. Zukünftig sollen dieses und andere „Positions-Papiere“ regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Sie sollen als

Grundlage der Diskussionen der Generalversammlung dienen.

2. Finanzierungen – am Beispiel: Internationale FIMM Akademie für Manuelle/Muskuloskelettale Medizin

Nach vielen Jahren von Überlegungen, Planungen und Diskussionen in den Generalversammlungen der FIMM wurde der Übergang des 12-köpfigen Wissenschaftskomitees (SC) in eine halbautonome internationale FIMM-Akademie mit überwältigender Mehrheit der zugelassenen Stimmen beschlossen. Während die große Mehrheit in diesem Schritt die strukturelle Möglichkeit zu mehr Aktivität von mehr Wissenschaftlern bei gleichzeitig geringeren Kosten sah, waren einige wichtige Mitglieder nicht hinreichend überzeugt.

Dies bezieht sich weniger auf eine politische Entscheidung, als vielmehr darauf, welche wichtigen Vorhaben der FIMM wie finanziert werden sollen. Ich wähle dieses Beispiel, weil es zeigt, welche Probleme entstehen, wenn eine große Gesellschaft mit erheblichen Beiträgen zum Budget der FIMM nur eine einzige Stimme hat. Hier wird deutlich, dass die Verantwortlichen dieser großen Gruppierung für eine Entscheidung zu einem Wechsel und die Finanzierung desselben mehr Zeit benötigt hätten, besonders um in ihren eigenen Gesellschaften die notwendige Unterstützung ihrer Mitglieder zu bekommen.

Unabhängig von logischer Begründung und objektiver Notwendigkeit hat der Beschluss zur Umwandlung des Wissenschaftskomitees in eine halbautonome FIMM-Akademie keineswegs die notwendige Unterstützung einiger wichtiger Mitglieder der FIMM gefunden, die mit ihren Ressourcen und Erfahrungen für den Erfolg der Akademie gebraucht werden. Es wurden besondere Treffen notwendig. Die FIMM muss sich allerdings auch weiter mit diesem Thema beschäftigen, um auch in Zukunft mit der Finanzierung notwendiger Projekte Erfolg zu haben.

Das ganze Präsidium stellt heute fest, dass alle Projekte der FIMM (wie auch die dafür benötigte Infrastruktur) die finanzielle

und personelle Unterstützung der nationalen Mitgliedsgesellschaften erfordern. Insbesondere braucht die FIMM die ständige Unterstützung der Gesellschaften, die ganz wesentlich zu den beschlossenen Budgets beitragen. Das Präsidium ist sich auch bewusst, dass ohne die interne Überzeugung die Unzufriedenheit einer oder mehrerer Mitgliedsgesellschaften sowohl den Erfolg solcher Projekte, wie aber auch den ganze Arbeit der FIMM zum Scheitern bringen kann. Das Präsidium hält zwar an der Notwendigkeit fest, dass in politischen Entscheidungen die bisherigen Statuten weiter gelten müssen. Es ist allerdings zu der Überzeugung gekommen, dass in finanziellen Belangen eine Gewichtung der Stimmen entsprechend dem finanziellen Beitrag des jeweiligen Mitgliedes zum Budget der FIMM für spezielle Projekte nötig ist.

Zum Erreichen eines Gleichgewichtes in der Aufteilung der Gewichtung der politischen und der finanziellen Stimmverteilung sollen der Generalversammlung vom Präsidium Vorschläge gemacht werden.

In diesem Zusammenhang wurde ein neues Format der Budgetierung vorbereitet, welches die Transparenz und das Verständnis verbessern wird. Dabei werden die ständigen Betriebskosten zur Führung der FIMM von den Kosten für Projekte getrennt. Der Vorschlag für eine Aufteilung der Stimmen nach politischer und finanzieller Wertung bedarf einer Satzungsänderung. Ich gehe davon aus, dass die Generalversammlung in Prag mit der Diskussion darüber beginnen wird.

3. Kooperationen – am Beispiel: UEMMA

Vor 12 Jahren bildete sich eine international operierende europäische Struktur, die damalige ULEMMA (*Union Latine et Européenne de la Médecine Manuelle*), die heute UEMMA (*Union Européenne de la Médecine Manuelle*) heißt. Ihre Gründer kommen aus der FIMM und sind noch immer dort Mitglieder; ihre ursprüngliche Gemeinsamkeit basiert auf der Sprache und – wichtiger – auf gemeinsamen Überzeugungen und Perspektiven. Wie die FIMM wollen sie die Manuelle Medizin in

Europa weiterentwickeln, auch beabsichtigen sie eine effektive politische und wissenschaftliche Vertretung in Europa. Hier ist eine positive „win-win“ Möglichkeit in der Zusammenarbeit personeller Ressourcen zu erwarten, um die Aufgaben zu bewältigen, die FIMM und UEMMA beide vorhaben. Ein positives, kollegiales Verhältnis würde sich ganz wesentlich und vorteilhaft auf die Darstellung der Manuellen Medizin insgesamt auswirken.

Zusammen mit dem Präsidium bin ich weiterhin davon überzeugt, dass im Dialog in vieler Hinsicht ein Konsens mit der UEMMA (oder anderen intern verbunden organisierten Kooperationen) gefunden werden muss. Wir begrüßen und schätzen außerdem jede Gelegenheit, die Mitglieder der UEMMA zu einer Zusammenarbeit zu gewinnen, um mit der Hilfe ihrer Ressourcen und Kenntnisse für Europa einen Synergie-Effekt zu erzielen. In vieler Hinsicht kann die UEMMA als der organisierte Ausdruck der nicht gelösten Konflikte innerhalb der FIMM betrachtet werden. Daher wächst ihr eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung erfolgreicher Zusammenarbeit in der FIMM zu.

Aus diesem Anlass werden wir Vorschläge machen, wie sich kooperative Gruppierungen formieren und bei der Generalversammlung artikulieren können.

C. Die Finanzen

Die Diskussion der Finanzen hat sich innerhalb der FIMM zu einer äußerst sensiblen Frage entwickelt. Der Beitrag der einzelnen nationalen Mitgliedsgesellschaften für die Gesellschaft und für die einzelnen Mitglieder dieser Gesellschaften ist stets mit großer Emotion diskutiert worden. Diese Diskussion brach stets an der Frage einer Beitragserhöhung nach den Berichten der Schatzmeister auf. Tatsächlich ist die Finanzierung der FIMM immer auf unterstem Niveau angesiedelt gewesen. Für eine nach eigenem Anspruch weltweit operierende Föderation mit Ambitionen auf den Gebieten von Forschung und Lehre wie auch der gesundheitspolitischen Arbeit ist das Budget in der Tat erschreckend gering. Da die meiste Arbeit ehrenamtlich durchgeführt wird, kommt es

in allen Finanzberichten natürlich nur so auf die Leinwand, dass das tatsächlich gebrauchte Geld zu einem überwiegenden Anteil für Reisespesen aufgewendet wird. Daraus zu schließen, dass es sich bei der heutigen FIMM nur um eine Reiseagentur für vergnügungssüchtige Funktionäre handelt, ist allerdings falsch. Viele dieser Treffen werden von den „Funktionären“ in unzähligen Stunden ihrer privaten Zeit unentgeltlich vorbereitet. So ist z. B. Dr. Kuchera im Dienste der FIMM in den letzten zehn Jahren vielfach von den USA nach Europa gekommen, ohne eine zeitgerechte oder überhaupt eine Kostenerstattung zu fordern. Die Treffen finden außerdem kostengünstig in unattraktiven Konferenzräumen trister Hotels an Flughäfen oder in Industriegebieten statt, in spartanischen Unterkünften.

Trotz der geringen Attraktivität dieser Treffen sind sie nicht völlig durch elektronischen Austausch zu ersetzen, sondern allenfalls besser vor- und nachzubereiten. Nichts kann ein Treffen von Angesicht zu Angesicht (oder besser *von Hand zu Hand*) ersetzen, wenn es um eine mehrtägige Grundsatzdebatte geht oder wenn Sprachbarrieren, die in einer internationalen Organisation wie der FIMM nicht ungewöhnlich sind, aufgeklärt werden müssen. Natürlich werden alle Treffen elektronisch vor- und nachbreitet, um Gelder zu sparen.

Die persönlichen Treffen und die internationalen Reisen sind sowohl für das Präsidium, wie für die Ausschüsse Ausbildung und Gesundheitspolitik gleichermaßen von Bedeutung. Für Projekte mit einem Unterausschuss sollte weiter das Prinzip des einzuwerbenden Sponsoring gelten – hier sind weniger die Industrie, als zumeist die Mitgliedsgesellschaften anzusprechen, wie z.B. für das Glossar. Selbst bei sparsamster Organisation der Reisen – sie sind nicht zu vermeiden in einer internationalen Föderation, sie werden weiter in den Finanzberichten auftauchen. Mit den wachsenden Aufgaben sollten die Ausschüsse eher mehr Mitglieder bekommen als sie derzeit haben. Eine höhere finanzielle Ausstattung der FIMM ist daher erforderlich.

Die letzten vier Jahre (2003 bis 2006) haben die finanziellen Reserven der FIMM völlig ausgeschöpft und überfordert. Es wurden zum Teil auch Anleihen gemacht, deren Rückzahlungen jetzt erheblich Probleme mit der Liquidität machen. Als sehr schwierig wirkt sich auch die schlechte Zahlungsmoral bzw. die finanziellen Nöte einzelner Mitgliedsgesellschaften aus, die oft viel zu spät, manche erst im folgenden Jahr und manche auch für einige Jahre gar nicht zahlen. Ohne jede Rücklage ist daher ein sauberes Budget mit sinnvoller finanzieller Ausstattung aller notwendigen und beschlossenen Projekte nicht mehr zu finanzieren. Für die Finanzierung einer funktionierenden und für die Mitglieder konstruktiv arbeitenden FIMM sind daher Änderungen unausweichlich. Diese müssen nach hinreichender Diskussion und unter Respekt der objektiven Verhältnisse der Mitglieder einvernehmlich beschlossen werden. Auch wenn die Unzahl ehrenamtlicher Stunden und die unerstatteten Reisekosten niemals zu bezahlen sein werden – ein „Herumwurschteln“ auf dem gegenwärtigen Stand ist nicht weiter möglich. Eine substantielle Erhöhung des FIMM-Budgets ist daher zukünftig erforderlich. Die Versuche, eine entsprechende Stiftung zur finanziellen Ausstattung der FIMM mit Fremdmitteln aufzubauen, sind leider gescheitert. Es bleiben daher letztlich nur die Mitglieder. Das Überleben hängt ab von den Anstrengungen der individuellen (und kollektiven) Mitglieder.

Ausblicke und Pläne

Für die nächste Zeit, d. h. für mindestens die nächsten vier Jahre, sind weitere Veränderungen erforderlich. Folgende Aufgaben stehen daher an:

Empfehlung A:

Die Grundstruktur der FIMM muss im Prinzip nach den heutigen Prioritäten neu bestimmt und verstärkt werden.

Es wird die Vorbereitung der Arbeit des Gesundheitspolitischen Ausschusses geben, der in Prag das erste Projekt vorstellen und die Besetzung beantragen wird.

Die Zahl der noch in den Ausschuss aufzunehmenden Kollegen wird auch von den finanziellen Möglichkeiten abhängen. **Ein externes Sponsoring für diesen Ausschuss ist nicht zu erwarten**, wenngleich es weiter versucht werden sollte. Der Ausschuss wird sich intensiv mit der Beantragung der Aufnahme der Manuellen Medizin in den Katalog ärztlicher Spezialitäten vorrangig bei der WHO, aber auch auf europäischer Ebene befassen.

Wegen der finanziellen Beschränkungen hat der Ausbildungsausschuss – nach Beendigung der 2. Version des Kerncurriculums - bisher kein neues Projekt angemeldet oder die Arbeit an dem FIMM-Katalog für Diagnostik-Tests aufgenommen. Ein bei der Generalversammlung in Prag neu zu wählender Direktor kann dann die Arbeit des Ausschusses neu entlang den Projekten strukturieren und wird dafür die benötigten Mittel erhalten müssen, um die gewünschten Ergebnisse vorlegen zu können.

Nach meinen Vorstellungen sollte der Ausschuss für Ausbildung weiterhin unter der vollständigen Kontrolle der Generalversammlung der FIMM und ihres Präsidiums verbleiben. Weder die Föderation noch ihre Akademie sollten versuchen, die große Vielfalt der nationalen Schulsysteme zu vereinheitlichen, noch sollten sie Empfehlungen für einen gewissen ärztlichen Qualitätsstandards als Voraussetzung für eine Anerkennung geben.

Das Glossar-Unterkomitee sollte seine Arbeit vor der nächsten Generalversammlung weitgehend abschließen, damit das aktualisierte Glossar baldmöglichst zur Verfügung steht. Dies wurde von der letzten Generalversammlung unter der Voraussetzung beschlossen, dass zusätzliche Geldquellen außerhalb des FIMM-Budgets gefunden werden. Kürzlich erst erhielt der Vorsitzende des Glossar-Unterausschusses die Zusage für eine € 3'700 Spende vom *National Osteopathic Research Centre, Texas*. Die Finanzierung bisher nicht gesicherter Treffen kann aus dem Budget des Hauptausschusses erfolgen.

Empfehlung B:

Wie bereits oben ausgeführt, müssen Veränderungen in Hinsicht der **Politik**, der **Finanzen** und der **Zusammenarbeit** stattfinden.

Es steht daher an, nach den strukturellen Veränderungen die FIMM auch politisch, kooperativ und finanziell für ihre Aufgaben fit zu machen. Sollte dies nicht die Zustimmung der Mitglieder finden, wird die FIMM ihre Aufgaben schlechter erfüllen, als es die Mitglieder erwarten oder sogar völlig scheitern. Bei der notwendigen Planung zukünftiger Veränderungen sollten Fehler aus der Vergangenheit keinesfalls wiederholt werden.

Die Einwände hinsichtlich der Legalität der ärztlichen Ausbildung der US-amerikanischen D.O.s können innerhalb der FIMM nicht weiter toleriert werden. Anders lautende Stellungnahmen oder Empfehlungen müssen verschwinden. Zur weiteren Überzeugungsarbeit sind in erster Linie persönliche Kontaktaufnahmen mit den Kritikern erforderlich.

Der Vorstand der FIMM möchte die Autoritäten der FIMM-Akademie zu weiteren Anstrengungen bestärken und ermutigen, ihr Image bei den Mitgliedsgesellschaften, welche der Akademie kritisch gegenüberstehen, deutlich zu verbessern. Dies betrifft insbesondere die zahlenmäßig großen Gesellschaften des deutschsprachigen Raumes, die derzeit in der Akademie extrem unterrepräsentiert sind. Zwar sind auch die US-D.O.s nicht adäquat vertreten, aber sie haben bereits eigene Akademien. Die deutschsprachigen Mitglieder der FIMM jedenfalls nehmen eine sehr abweisende Haltung zur Akademie ein, die bisher nicht aufgebrochen werden konnte. Hier gilt es, durch offene Gespräche mit den jeweiligen Verantwortlichen, welche in aller Ehrlichkeit geführt werden müssen, die Vorurteile und Bedenken zu bearbeiten, die vor Einrichtung der Akademie nicht berücksichtigt wurden. Gelegenheiten zur Präsentation müssen offensiv gesucht werden. Die Kritiker müssen aufgesucht und sorgfältig überzeugt werden. Hier müssen *Diplomaten* ans Werk, um das Eis zu brechen. In diesem Zusammenhang wäre es äußerst ratsam, einen

positiven Austausch mit der wissenschaftlichen Plattform EFOMM (Europäisches Forum Manuelle Medizin) aufzubauen. Solange dieses Forum sich in klarer Distanz zur Akademie sieht, wird der personelle und finanzielle Zuwachs aus den entscheidenden Gesellschaften nicht erreicht werden.

Die in der UEMMA zusammengeschlossenen Mitglieder waren unzufrieden mit der FIMM. Dieser Schritt war wichtig und notwendig, man muss die UEMMA achten und ihre Argumente ernst nehmen, weil sie stets einen berechtigten Kern enthalten.

Der Vorstand der FIMM wird daher der kommenden Generalversammlung vorschlagen, dass sich Gruppierungen innerhalb der FIMM bilden sollten, welche sich auf der Grundlage der Sprache, der geographischen Nachbarschaft oder wegen gemeinsamer politischer Ansichten zusammenschließen. Es wird zur Finanzierung gemeinsamer Projekte dieser Untergruppen notwendig sein, die Grundlagen für die Entscheidung über die Verteilung des variablen Anteils des FIMM-Budgets zu verändern. Diese Koalitionen/Kooperativen sollten daher die Möglichkeit erhalten, entsprechend der Zahl der von ihnen repräsentierten, zahlenden Mitglieder über die Verwendung der Mittel zu entscheiden.

Schließlich ist es noch erforderlich, die Spielregeln über die Kommunikation und den Informationsaustausch zwischen der FIMM und der halbautonomen Akademie klar zu regeln. Das Präsidium der FIMM ist mit der bisherigen Entwicklung nicht zufrieden. Das Präsidium der FIMM übt keinerlei Kontrolle über die Wissenschaft aus und hat dies nie beabsichtigt. Wenn es jedoch auch nicht einmal über die Aktivitäten und Ergebnisse informiert wird, kann es nicht wie verlangt handeln, kann es der Akademie in ihrer Arbeit auch nicht hinreichend behilflich werden. Der Rechenschaftsbericht der FIMM-Akademie an die Generalversammlung sollte daher auch sehr übersichtlich die Verwendung der von der FIMM gezahlten Mittel ausweisen.

Empfehlung C:

Das derzeitige Budget der FIMM sieht ein Einkommen von jährlich € 42'000 vor – vorausgesetzt alle zahlen korrekt und rechtzeitig. Rücklagen gibt es keine mehr. Dies ist lächerlich gering in Relation zu den Aufgaben und Anforderungen einer internationalen Fachgesellschaft, die Lehre, Forschung und Politik für ihre Mitglieder konstruktiv und erfolgreich vertreten soll. Das Budget, welches gebraucht wird, um die Aufgaben bei weiterhin ausschließlich ehrenamtlicher Tätigkeit gut zu erfüllen, müsste doppelt so groß sein. Eine Beitragserhöhung ist theoretisch erforderlich, aber politisch nicht erfolgreich umzusetzen.

Die großen Mitgliedsgesellschaften werden argumentieren, dass sie nicht immer alles bezahlen können, die kleineren werden auf ihre Armut verweisen. Sofern es der FIMM nicht gelingt, die Notwendigkeit einer ausreichender Finanzierung durch die Mitglieder plausibel zu machen, kann sie ihre Aufgabe nicht mehr erfüllen. Die Frage der Mitglieder darf nicht mehr lauten „Was bekomme ich von der FIMM?“, sondern im Gegenteil „Wie kann ich die FIMM stärker und effektiver machen?“

Insofern muss die Frage des Beitrags von allen Mitgliedern vor der nächsten Generalversammlung ausführlich diskutiert werden, damit dann eine weise Entscheidung gefunden wird. Hierbei ist es durchaus denkbar, dass differenzierte Lösungen gefunden werden.

Die Generalversammlung sollte daher über den Vorschlag des Vorstandes beraten, dass der Beitrag zukünftig in einen Basisbeitrag für die laufenden Kosten der Generalversammlung, des Vorstandes und sonstiger Verwaltungsausgaben einerseits, sowie in einen variablen Anteil zur Finanzierung spezieller Projekte andererseits aufgeteilt wird. Dabei sollte zusätzlich eine mögliche Änderung der Stimmenzuteilung beraten und entschieden werden. Weiterhin soll danach jedes Mitglied bei **politischen** Entscheidungen

eine Stimme haben, allerdings bei **finanziellen** Entscheidungen entsprechend der Zahl seiner zahlenden Mitglieder auch mehr (z. Bsp. je 500 Mitglieder 1 Stimme). Dadurch wird eine größere Gerechtigkeit bei der Verteilung der Gelder erreicht, die großen Mitglieder werden nicht mehr ihr Engagement aus Gründen fehlenden Gewichtes bei den Abstimmungen zurückhalten.

Erst nach einer solchen Veränderung in der Satzung hinsichtlich der Stimmengewichtung kann über die Frage einer projektbezogenen Beitragserhöhung entschieden werden.

Wie bereits ausgeführt können sich dann auch Koalitionen/Kooperativen bilden, die gemeinsame Projekte planen und finanzieren. Unter diesem Aspekt schlägt das Präsidium der FIMM der Generalversammlung vor, das Stimmrecht zu beraten und zu klären, wie Gruppierungen aus Mitgliedsgesellschaften gebildet werden können, die ihre gemeinsamen Ziele planen und finanzieren wollen.

Als wichtigen Nebenaspekt sollte außerdem ein Ausschluss all derjenigen Mitglieder erfolgen, die seit mehr als zwei Jahren gegen die Satzung verstoßen und ihre Beiträge nicht bezahlen. Dies betrifft derzeit 5 Mitglieder, formal also leider ein Sechstel aller FIMM-Mitglieder. Da durch einen Verbleib die Moral der anderen offensichtlich unterhöhlt wird, muss ein klares Zeichen gesetzt werden – ein Mitglied muss sich nach seinen Möglichkeiten einbringen, sonst kann es nicht Teil des Ganzen sein. Der Schatzmeister braucht ein zuverlässiges Budget. Zum Überleben muss die FIMM solvent bleiben.

Fazit:

Die FIMM muss sich inhaltlich und strukturell schnell auf die neuen Anforderungen einstellen. Wir müssen **gemeinsam unsere** eigenen Ziele verfolgen.