

Welchen Stellenwert hat die Ernährung in der osteopathischen Praxis?

Eine qualitative Studie

Masterthesis zur Erlangung des Grades

Master of Science in Osteopathie

an der **Donau- Universität Krems**

niedergelegt

an der **Wiener Schule für Osteopathie**

von **Marko Meuser-Scheliga**

Esthal, Mai 2009

Betreut von Mag. Katharina Musil und Mag. Heidi Clementi

Übersetzt von Lynda Oberfrank

Eidesstattliche Erklärung

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

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben.

Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

26.05.2009

Marko Meuser-Scheliga

Danksagung an:

...meine lieben Schwiegereltern und meine Mutter, die mich in der Zeit, in der ich diese Masterarbeit ausgearbeitet und geschrieben habe, unterstützt und sich liebevoll um meinen Sohn Noah David gekümmert haben.

...meine Schwägerin Nicole und ihren Freund Guido, die mir in technischen Dingen immer weitergeholfen haben.

...Friederike Kaiser, für die sachlichen Tipps und Anregungen die sie mir gegeben hat und die Korrekturlesungen.

...Debra Loguda-Summers, die mir durch ihre Bemühungen viele Artikel zukommen ließ.

...meinen Freund Wulf Gehrman, der mich fachlich beraten und moralisch unterstützt hat.

...meine liebe und wunderbare Frau Anja, die mir immer beigestanden und den Rücken freigehalten hat, und die meine Hoch und Tiefs miterleben musste/durfte.

...meinen lieben Sohn Noah David, der mich so oft entbehren musste, und den ich so oft vermisst habe.

„Eure Nahrungsmittel sollen eure Heilmittel und eure Heilmittel eure Nahrungsmittel sein.“

(Hippokrates 400 v. Chr.)

Abstract

Das Ziel dieser Studie ist es herauszufinden, welchen Stellenwert die Ernährung für die Osteopathie in Deutschland (Rheinland/Pfalz) hat.

Methode: Mittels leitfadengestützter Interviews im Stile einer qualitativen Inhaltsanalyse, wurden acht Osteopathen in Deutschland (Rheinland/Pfalz) befragt. Zwecks besserer Übersicht wurden die Interviews nach ihrer Transkription in verschiedenen Kategorien eingeteilt. Am Ende einer jeden Kategorie wurden diese Aussagen analysiert und zusammengefasst.

Während der Interviews sollten die Befragten ein Statement darüber abgeben, wie sie das Thema Ernährung persönlich als auch innerhalb der Osteopathie betrachten und bewerten. Um einen besseren Einblick darüber zu erhalten, wie intensiv sich die Befragten mit dem Thema Ernährung bereits beschäftigt haben, wurden weitere Fragen zu Befunderhebung und Therapieverfahren gestellt. Zu diesem Zwecke wurden sie über ihre therapeutischen Vorgehensweisen bei der Erhebung des Ernährungsstatus, sowie den daraus resultierenden Therapieverfahren befragt. Zusätzlich sollten die befragten Osteopathen Auskunft darüber geben, woher ihr primärer Wissensfundus im Bereich der Ernährung stammt und wie sie die Ausbildungsmodalitäten während ihrer osteopathischen Grundausbildung bewerten.

Anschließend sollten sie Verbesserungsvorschläge unterbreiten, wie man das Thema Ernährung – aus ihrer Sicht – besser in die Grundausbildung zukünftig integrieren könnte.

Ergebnisse: Als Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass der Stellenwert der Ernährung aus persönlicher als auch aus therapeutischer Sicht innerhalb der Osteopathie für die befragten Osteopathen als hoch bis sehr hoch eingestuft wird. Dieser Eindruck wurde besonders dadurch hervorgehoben, dass die befragten Therapeuten ein sehr hohes Maß an Eigeninitiative darlegen, wenn es um die Fort- und Weiterbildungen auf dem Gebiet der Ernährung geht. Dies zeigte sich unter anderem dadurch, dass die Befragten bei der Befunderhebung, und den daraus resultierenden weiteren Therapiemaßnahmen, ein teilweise ausgeprägtes Wissen über bestehende Therapie- und Untersuchungsverfahren aufwiesen. Jedoch bemängelten die befragten Osteopathen den Ausbildungsumfang im Bereich Ernährung während des Osteopathiestudiums als mangelhaft und nicht ausreichend.

Schlussfolgerung: Die Interviewten sind der Meinung, dass der Stellenwert der Ernährung innerhalb der Osteopathie sehr hoch ist, dieses Thema aber während der osteopathischen Grundausbildung durch die ausbildenden Schulen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt bekommt. Daher plädieren die befragten Osteopathen für eine Intensivierung des Themas Ernährung bereits während der Ausbildung, um der eigentlichen Bedeutung dieser Thematik gerecht zu werden.

Keywords: Ernährung, Ernährungszustand, Ernährungsberatung, Ernährungstherapie, Mangelerkrankungen, Ausbildungsumfang, qualitative Studie, Stellenwert Ernährung, Osteopathie

Vorwort

Die persönliche Motivation zur Erstellung dieser Masterarbeit über das Thema: „Welchen Stellenwert hat die Ernährung in der osteopathischen Praxis“, entwickelte sich bereits im Grundstudium der Osteopathie. Bereits hier wurde auf die Wichtigkeit dieses Aspektes in der Osteopathie hingewiesen.

Dabei wurde auf das innere Milieu des Körpers – sprich den Zellstoffwechsel und alles was damit in Zusammenhang steht – hingedeutet. Gleichzeitig wurde auch dargestellt, wie beeinflussend dies für den Erfolg der Therapie sein kann. Aber auch gleichzeitig dargestellt, wie beeinflussbar dieses Milieu durch externe Faktoren – z.B. durch die Ernährung – ist. Es wurde uns nahegelegt, die Ernährung mit in die Behandlung zu involvieren und auf eventuelle Mangelercheinungen zu achten. Leider gab es zu meiner damaligen Ausbildungszeit kein eigens dafür vorgesehenes Fach, welches sich diesen Themas praxisorientiert angenommen hätte. Auch wurden uns keine klaren Vorgaben oder Leitfäden mitgegeben, die einem aufzeigen, wie man das am besten durchführen könnte.

Das bedeutete, man musste sich selber mit diesem Thema auseinander zu setzen und nach eigenen Lösungen zu suchen. Denn in meiner täglichen Praxis, stieß ich später immer wieder auf Problemstellungen bezüglich Ernährung und Fehlernährung. Aber auch die damit im Zusammenhang stehenden Pathologien, die eine Ernährungsumstellung bedingten oder die in die Vorgehensweise einer osteopathischen Behandlung mit eingezogen werden sollten.

Außerdem fiel mir auf, wie schlecht ein großer Anteil der Patienten über die Ernährungsmedizinischen Hintergründe ihrer Erkrankung von ihren behandelnden Ärzten aufgeklärt wurden. So kamen sie mit ihren Fragen zu mir und waren durchaus daran interessiert, aufgeklärt zu werden.

Aus diesem Grund begann ich, mich diesbezüglich mehr mit diesem Thema zu beschäftigen. Daher unterhielt ich mich mit meinen Kollegen über diese Thematik. Dabei stellte sich heraus, dass auch sie der Meinung waren, dass die Ernährung äußerst wichtig für die Osteopathie sei, aber sie alle in Ihrer Ausbildung zu wenig darüber an Informationen erhalten haben.

So begann ich die Hypothese aufzustellen, dass die meisten Osteopathen die Ernährungssituation des Patienten zwar als wichtig erachten, und sie dies auch teilweise in ihre Untersuchung und Behandlung mit einbeziehen, aber dabei keine einheitlichen Ernährungstherapien bzw. Vorgehensweisen anwenden, da es dafür keine identischen Grundlagen und Vorgaben in der Grundausbildung gibt.

Somit fing ich an mich auf die Suche zu machen geeignete Studien zu diesem Thema zu finden. Vielleicht hatten ja schon andere Osteopathen sich mit dieser Problematik beschäftigt, oder sogar schon Verbesserungsvorschläge gemacht. Aber leider musste ich sehr schnell feststellen, dass diesbezüglich noch keine osteopathischen Arbeiten zu diesem Thema im deutschsprachigen Bereich geschrieben wurden. Die einzigen Arbeiten, die sich randläufig dieses Themas annahmen, hatten sich mit Adipositas oder Diabetes im Bereich der Osteopathie beschäftigt aber nicht mit dem Thema Ernährung im Allgemeinen. Zudem waren all diese Studien nur von amerikanischen Osteopathieärzten durchgeführt worden. Wobei man sagen muss, dass dort eine andere Ausbildungsform vorzufinden ist als bei uns. Osteopathen müssen hier zuvor ein Medizinstudium absolviert haben.

In Deutschland ist es überwiegend so, dass ein Großteil der Osteopathen zuvor eine Physiotherapieausbildung absolviert haben. Dann kommen Heilpraktiker und Ärzte hinzu, die ebenfalls osteopathische Zusatzausbildungen absolvieren. Da es aber noch keine staatliche Anerkennung des Berufes „Osteopath“ gibt, sind auch noch keine einheitlichen, verbindlichen Regelungen für die Osteopathieausbildung erstellt und von dieser Seite aus anerkannt worden. Hessen beginnt derzeit eine staatliche Anerkennung zu erstellen, was aber nur auf dieses Bundesland bezogen ist. Bundesweit gibt es z.Zt. nur eine unverbindliche Ausbildungsvorlage von den einzelnen unterschiedlichen Osteopathieverbänden. Da diese verschiedene Berufsgruppen vertreten, gibt es auch ungleichgerichtete Interessensvorgaben bezüglich der Ausbildungslänge- und inhalte. Von daher erscheint es als wichtig, bereits in dieser Anfangsphase der beginnenden Etablierung der Osteopathie in dem deutschen Gesundheitswesen ein eventuelles Defizit im Bereich der Ernährungsausbildung darzustellen. Daher soll ein Anreiz gegeben werden, dies zukünftig mehr in ein staatlich anerkanntes Ausbildungskurrikulum mit zu integrieren.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Ernährungssituation in Deutschland	3
1.2 Ausbildungs- und Ernährungssituation in den USA	5
1.3 Ausbildungsstand in Deutschland im Bereich der Schulmedizin	6
1.4 Ernährung in der Osteopathie aus der Sicht von A.T. Still	7
1.5 Fazit und Fragestellung.....	9
2. Theoretischer Teil	10
2.1 Ernährung	10
2.1.1 Nährstoffe.....	11
2.2 Fehlernährung	11
2.2.1 Mangelernährung	13
2.2.2 Unterernährung	15
2.4 Ernährungszustand/-status	16
2.4.1 Methoden zur Erstellung des Ernährungszustandes/-status.....	18
2.5 Ernährungsmedizin	24
2.5.1 Definition des Begriffes Ernährungsmedizin	24
2.5.2 Primäre Krankheitsbilder der Ernährungsmedizin.....	25
2.5.3 Aufgaben und Ziele der Ernährungsmedizin:	26
2.5.3.1 Die Erforschung der Physiologie und Biochemie des Stoffwechsels:	27
2.5.3.2 Grundlagenerforschung der Ernährung beim Gesunden:	27
2.5.3.3 Die Ernährung als präventive Maßnahme:.....	28
2.5.3.4 Ernährung und Diät bei speziellen Erkrankungssituationen:.....	28
2.5.3.5 Nahrungsmittel- und Ernährungsüberwachung (Qualitätsmanagement):	28
2.5.3.6 Anhebung der subjektiven Lebensqualität (QoL) (Koula-Jenik et al, 2006):	29
2.5.3.7 Senkung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus (Koula-Jenik et al, 2006):.....	30
2.6 Ernährungsberatung	30

2.7 Ernährungstherapien.....	32
2.7.1 Vollkost und leichte Vollkost.....	33
2.7.2 Nährstoffdefinierte Diäten (energiedefinierte Diäten).....	33
2.7.4 Alternative Ernährungsformen	33
2.7.4.1 Vegetarische Kostformen (Vegetarismus)	34
3. Methodologischer Teil	35
3.1 Auswahl der Methode	36
3.2 Die Entwicklung der Fragen und die Erstellung des Interviewleitfadens.....	37
3.3 Der Interviewleitfaden	39
3.4 Die Auswahl der Interviewpartner	40
3.5 Die Durchführung der Interviews.....	43
3.6 Die Transkription der Interviews nach „Hoffmann/Riem“	43
3.7 Die Qualitative Inhaltsanalyse	45
3.8 Zusatz	47
4. Ergebnisse.....	47
4.1 Persönliche Sichtweise über die Bedeutung der Ernährung für die befragten Osteopathen.....	47
4.1.1 Die Bewertung der Ernährung in der osteopathischen Praxis.	53
4.2 Die Einflussnahme des Ernährungsstatus/-zustandes des Patienten in der Befunderhebung.	56
4.2.1 Integration des Ernährungsstatus in die Befundaufnahme.	61
4.2.2 Therapeutische Vorgehensweise nach Erhebung des Ernährungsstatus/zustand	65
4.2.3 Therapiemaßnahmen bei Mangelerscheinungen.....	69
4.2.4 Die Zusammenarbeit mit weiteren Untersuchungsorganen.	73
4.2.5 Die Qualität der Zusammenarbeit mit weiteren Untersuchungsorganen.	76
4.3 Krankheitsbilder im Bezug zur Ernährung und Fehlernährung	79
4.3.1 Therapeutische Vorgehensweise bei einzelnen Krankheitsbildern und die Integration in die osteopathische Behandlung.	82
4.4 Ernährungsberatung und Ernährungstherapie	87

4.4.1 Reaktionen auf und die Mitarbeit von Patienten bei ernährungsberaterischen Tätigkeiten.....	90
4.4.2 Erfahrungswerte bezüglich Ernährungsberatungen/-therapien.....	94
4.5 Wissensfundus im Bereich Ernährung.....	97
4.5.1 Bewertung des Ausbildungsumfangs im Bereich Ernährung während der Osteopathieausbildung.	99
4.5.2 Die Intensivierung des Themas Ernährung während der osteopathischen Grundausbildung und ihre Umsetzung im Grundstudium.	102
4.5.3 Befürwortung postgraduierter Fortbildungen im Bereich Ernährung.....	108
4.6 Der Stellenwert der Ernährung im Bereich der Osteopathie.	111
4.7 Abschließende Ergänzungen zum Thema Ernährung.	115
5. Diskussion	118
6. Zusammenfassung	120
7. Literaturverzeichnis	124
8. Anhang.....	128
8.1 Interviewleitfaden	128

1. Einleitung

1.1 Ernährungssituation in Deutschland

„Ernährungsstatus entscheidet über Leben und Tod.“ (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, 2005)

So heißt es in einer Presseerklärung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Darin erklärt sie, dass der schlechte Ernährungsstatus der deutschen Bevölkerung die Medizin und Gesellschaft vor große Herausforderungen stellt.

Laut DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) sind ein Drittel übergewichtig, und zudem auch noch 20-30% der Patienten im Krankenhaus Fehl- oder unterernährt. Dies führt dazu, dass die Lebensqualität und das Wohlbefinden negativ beeinträchtigt ist. Eine weitere negative Auswirkung macht sich dadurch bemerkbar, dass diese Patienten eine

langsamere Rekonvaleszenz haben und häufiger zu Komplikationen und Intensivbehandlungen neigen. Dies führt dazu, dass die Krankenkassenkosten immer mehr steigen.

Diese Zusammenhänge konnte Kilbert (2009) in ihrer Arbeit über die Behandlung von Mangelernährten Patienten durch eine enterale Ernährung (siehe Kapitel 2.5.1) bestätigen.

Einen Grund für den oben beschriebenen Zustand führt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2005) auf einen nicht ausreichenden Ausbildungsstand der Ärzte im Bereich der Ernährungsmedizin zurück. Viele seien nicht ausreichend geschult, um Mangel- und Fehlernährungen rechtzeitig zu erkennen, was dazu führt, dass viele Erkrankungen unerkannt bzw. unbehandelt bleiben.

Daher ist es wichtig – so die DGEM (2005) – Gegenmaßnahmen in Form von ernährungsmedizinischen Musterweiterbildungen zukünftig noch mehr anzuregen.

Zu dem Thema Fettleibigkeit – berichtet Der Deutsche Ärzteverlag (2007) – heißt es, dass die Deutschen mittlerweile europaweit auf Platz 1 rangieren, und mehr als 50% der Männer übergewichtig und 22,5% sogar unter einer krankhaften Adipositas erkrankt sind.

Daher kündigte der damalige Verbraucherschutzminister Horst Seehofer eine Initiative gegen diesen Zustand an, und erklärte in einer Pressemitteilung, dass ein stärkeres Gesundheits- und Ernährungsbewusstsein durch mehr Selbstverantwortung und Aufklärung unbedingt anzustreben sei. Denn durch die zunehmende Zahl an Fettleibigen nehme auch das Risiko von Diabetes, Herzinfarkt und Schlaganfällen zu. Dies sei mit zusätzlichen Belastungen für das Gesundheitssystem behaftet, wovon Ernährungsexperten und Mediziner bereits seit längerem warnen:

„Berlin - Angesichts der alarmierenden Zahl von Übergewichtigen in Deutschland will Verbraucherschutzminister Horst Seehofer (CSU) das Gesundheitsbewusstsein stärker fördern. Gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium will Seehofer im Mai Eckpunkte zur Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung vorstellen, [...] Es gehe um ein stärkeres Ernährungsbewusstsein, mehr Selbstverantwortung und auch um die Aufklärung an Schulen. [...] Dazu sei eine bessere Aufklärung und eine umfassende Vorsorgestrategie nötig. [...] Laut einer neuen internationalen Studie ist Deutschland im EU-Vergleich das Land mit dem größten Anteil an Übergewichtigen. In der Bundesrepublik wiegen drei Viertel der Männer und mehr als die Hälfte der Frauen zu viel, wie eine Studie der International Association for the Study of Obesity (IASO) ergab. Starkes Übergewicht und Fettleibigkeit erhöht das Risiko für Diabetes, Herzinfarkt und Schlaganfall. Ernährungsexperten und Mediziner warnen deshalb seit langem vor den Folgen dieser Entwicklung für das Gesundheitswesen.“ (Deutscher Ärzte-Verlag, 2007)

In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, welche Überlegungen bezüglich der Ernährungssituation in Deutschland unternommen werden und wie die Ernährungswissenschaften versuchen diesem entgegenzuwirken. Wie die Situation in den USA diesbezüglich ist – denn hier wurden aus osteopathischer Sicht sehr viele Überlegungen zu dem Thema Ernährung unternommen (siehe Kapitel 1.2) – wird in dem folgenden Kapitel dargestellt.

1.2 Ausbildungs- und Ernährungssituation in den USA

In den USA nahm man sich dieser Problematik ebenfalls an, und führte eine Umfrage durch, die das Interesse und den Ausbildungsstand der praktizierenden Ärzte hinterfragte.

Dabei kam heraus, dass das Interesse über die Ernährungssituationen des Patienten bescheid zu wissen sehr groß sei, und 94% der Befragten sagten, dass es sehr wichtig sei, mit dem Patienten über dessen Ernährung zu reden. Jedoch reiche das Wissen und die mangelnde Behandlungszeit nicht aus dies in die Tat umzusetzen:

„Although 77% agreed that nutrition assessment should be included in routine primary care visits, and 94% agreed that it was their obligation to discuss nutrition with patients, only 14% felt physicians were adequately trained to provide nutrition counseling.“ (Vetter et al, 2008, p. 287)

Das Problem fängt schon damit an, dass im medizinischen Grundstudium bereits ein Mangel an Grundwissen und klaren Richtlinien vorherrschen. Denn trotz der Nachfrage nach mehr Ausbildung im Bereich Ernährung haben wenige medizinische Fakultäten einen entsprechenden Ernährungslehrplan.

Organisatorisch gesehen könnte man das Thema Ernährung in vielen Fächern, wie z.B. Biochemie, Physiologie, Pathophysiologie usw., einfügen.

Dabei sollten die Studenten lernen – so Vetter et al (2008) – wie man dies in klinischen Situationen sinnvoll anwendet und aufgezeigt bekommen, wie man Ernährungsprobleme richtig analysiert und bewertet. Zudem sollte ihnen vermittelt werden, wie man den Patienten richtig anleitet und führt. Dafür wäre es sinnvoll, den Studenten Strategien und Techniken beizubringen, wie sie dies in dem klinischen Alltag besser umsetzen können. Diesbezüglich wären klare, klinische Anweisungen und Vorgaben notwendig, um zu einem besseren Ergebnis zu kommen – meinen Vetter et al (2008).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch Clifford (2000). Er fand heraus, dass ein großer Teil von medizinischen Universitäten fehlende Rahmenlehrpläne im Bereich der Ernährungsmedizin aufweisen.

Dies spiegelt die Erkenntnisse von Hark & Morrison (2000) wieder. Auch sie kommen zu einem vergleichenden Ergebnis. Die von ihnen befragten Studenten waren der Meinung, dass die Ausbildungszeit die für den Bereich Ernährung zur Verfügung stand nicht ausreichend war:

„In 1999 the average response from all the graduating medical students indicated that 63.8% felt the time devoted to nutrition was inadequate, compared with 10% of the students at the University of Pennsylvania.“ (Hark, Morrison, 2000, p. 895)

Aus osteopathischer Sicht hat man sich ebenfalls diesen Themen angenommen und Defizite, die im Bereich Aus- und Weiterbildung vorherrschen, dargestellt. Dabei falle auf, dass ein Mangel an Wissen über die richtige Bewertung und Behandlungsweise vorliegt – so Harris et al (1999). Zudem erklären sie, dass ihr hauptsächlich Wissensfundus aus medizinischen Journals und Weiterbildungen stamme, und in ihrer medizinischen Ausbildung diese Thematik zu geringfügig behandelt worden sei. Deswegen wünschten sich ein Großteil der Befragten diesbezüglich mehr Angebote an Weiterbildungen. Aber keiner wollte Medikamente zur Behandlung von Adipositaspatienten zum Einsatz bringen:

„The study's purpose was to examine attitudes, knowledge, and self-reported practices of osteopathic family physicians regarding obesity. [...]Physicians surveyed used diet, exercise, and behavior modification most often in treating obese patients. They were reluctant to suggest medications for treatment of obesity. The physicians also displayed a lack of understanding of the proper assessment of obese patients. These family physicians admitted that medical journals and continuing education were their major sources of information about obesity. Most agreed that their medical school training was deficient in regard to the treatment of obesity, but a majority wished further training.“ (Harris et al, 1999, p. 358)

Das Resultat dieser Untersuchung ergibt, dass sich die Osteopathen wünschen, auf den gegenwärtigen Stand der Forschung gebracht zu werden:

„The results of this survey indicated that osteopathic family physicians desire to be updated on current research regarding obesity and use of interdisciplinary modalities. Additional access to training could make an impact on these attitudes and thereby influence their patient management.“ (Harris et al, 1999, p. 358)

Bestätigt werden diese Aussage durch die Studien von Robbins et al (1981), Clifford (2000), Moore et al (2000), Walker (2003), Pearson et al (2001), Tobin et al (2003), Vetter et al (2008)

Diese Studien zeigen auf, dass das Interesse an Weiterbildungen im Bereich Diagnose, Behandlung und Management bei Patienten mit Ernährungsproblemen groß ist und die Kenntnisse von Seiten der Grundausbildung nicht ausreichend sind.

Da dieses alles amerikanische Studien sind, und natürlich auch nur die Meinung dortiger osteopathischer Ärzte widerspiegeln kann, werfen wir einen Blick auf die Meinung deutscher Ärzte und Ernährungswissenschaftler, da es aus unserer Sicht – der Osteopathen in Deutschland – noch keine entsprechenden Studien gibt.

1.3 Ausbildungsstand in Deutschland im Bereich der Schulmedizin

Biesalski et al (2004) behaupten, die Ernährungsmedizin hat in der schulmedizinischen Ausbildung keinen systematischen Aufbau, und kann somit auch kein Verständnis bezüglich der Vorgehensweise auf diesem Gebiet der Medizin vermitteln. Im Verhältnis zur medikamentös- pharmakologischen Ausbildung wird der ernährungsmedizinische Aspekt

vollkommen vernachlässigt. Dadurch entstehe ein grundlegender Wissensmangel, der von anderen weniger gut ausgebildeten medizinischen Begleitberufen übernommen wird.

„Die Ernährungsmedizin bleibt in der Ausbildung ein vernachlässigtes Gebiet, das manchmal dem Homöopathen und Naturheilkundler überlassen wird. Der Student erfährt und lernt keine Systematik und keine Grundlagen und daher auch kein Verständnis für die Bedeutung der ernährungsmedizinischen Intervention, verglichen mit medikamentös-pharmakologischen und anderen Maßnahmen. Als Folge seines Wissensmangels überlässt er als Arzt die Diätetik den medizinischen Assistenzberufen, selbsternannten Fachleuten, Laienorganisationen oder gar zweifelhaften Journalen.“ (Biesalski et al, 2004, p. 3)

Daher ist es unabdingbar – so Biesalski et al (2004) – dass die Ernährungsmedizin künftig noch mehr in das Medizinstudium interdisziplinär zu integrieren sei:

„Es scheint daher unbedingt erforderlich, in der Medizinausbildung die Ernährungsmedizin den Studenten integrativ und fachübergreifend zu vermitteln.“ (Biesalski et al, 2004, p. 3)

In der Veröffentlichung der DGEM (2005) ist zu ersehen, dass die Ausbildung der Ärzte hierzulande nicht als ausreichend angesehen wird um Mangelernährungen zu erkennen. Als Gegenmaßnahmen wird auf eine ernährungsmedizinische Musterweiterbildungsordnung hingewiesen, die diesbezüglich ein fester Bestandteil im Bereich der Weiterbildungen auf diesem Gebiet geworden ist:

„Die Gesellschaft müsse auf die schlechte Ernährungssituation reagieren. Defizite sieht Lochs zum einem bei der Ausbildung der Ärzte. Viele seien nicht ausreichend geschult, um Mangelernährung zu erkennen. Glücklicherweise habe der Deutsche Ärztetag die Ernährungsmedizin inzwischen in der Musterweiterbildungsordnung fest verankert.“ (DGEM, 2005)

Es soll hiermit aufgezeigt werden, dass auch in Deutschland die Ernährungsausbildung auf Seiten der Ärzte als mangelhaft angesehen wird. Daher bestehen Bemühungen, diesem Zustand durch Weiterbildungsmöglichkeiten entgegenzuwirken. Denn ist eine wichtige Aufgabe – aufgrund der schlechten Ernährungssituation in der Gesellschaft – dem entgegenzuwirken.

1.4 Ernährung in der Osteopathie aus der Sicht von A.T. Still

Auch A.T Still – der Begründer der Osteopathie – hat bereits die Ernährung als ein wichtiges Prinzip in der Betrachtungsweise und Behandlung von Patienten dargestellt:

„Deshalb kann ich den Prinzipien trauen, von denen ich glaube, dass sie im Menschen zu finden sind. Sie sind für Gesundheit, Komfort, Glück, Leidenschaften und alles andere des Menschen von Nöten. Nichts, außer einer vollständigen, normalen Ernährung und Bewegung ist notwendig.“ (Still, 1902, p. I – 116)

Dabei zeigt Still auf, dass für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und auch von emotionaler Ausgeglichenheit eigentlich nichts anderes von Nöten ist, als eine vollständige Ernährung und ausreichend Bewegung.

Unterstrichen wird diese Aussage durch eine seiner Grundsätze:

„Ich Glaube, dass die menschliche Maschine die Apotheke Gottes ist und sich alle Medikamente der Natur im Körper befinden.“ (Still, 1902, p. I-126)

Daraus ergibt sich, dass seiner Meinung nach bereits alle wichtigen Substanzen die der menschliche Körper zur Genesung braucht, bereits in ihm inne wohnen. Dieser Arzneischrank der Natur wird immer wieder aufs Neue - in Form der Ernährung - aufgefüllt und erneuert.

Wenn dies nicht im ausreichendem Maße passiert entstehen Mangelerscheinungen, welche durch gezielte Supplementierung bestimmter Nahrungsmittel, ausgeglichen werden müssen. Dies beschreibt A.T. Still an dem Beispiel der Skorbut (Vitamin C-Mangel):

„Sie greift oft Matrosen und jene an, die wenig oder gar kein Gemüse und gesalzenes Fleisch zu sich nehmen. So weit sich die Geschichte erstreckt, wie sie von den besten Autoren dargeboten wird, ist Skorbut die Wirkung von eintöniger und schlechter Ernährung aus gepökeltem Fleisch oder aus unreinem Lebensmitteln. Die Krankheit verschwindet gewöhnlich vollständig, wenn frisches Gemüse, frisches Fleisch, Früchte und andere saure Substanzen Teil der Ernährung werden.“ (Still, 1902, p. IV-159)

Bei der Behandlung zahlreicher Erkrankungen, weist Still immer wieder darauf hin, wie wichtig die Ernährung bei der Behandlung einzelner Krankheitsbilder ist. Als Beispiel wird hierzu die Behandlung von Dyspepsien aufgezeigt, bei denen ganz speziell auf die richtige Ernährungsweise hingewiesen wird:

„Da Dyspepsien im Allgemeinen mit unregelmäßiger Ernährung einhergeht (sei es aufgrund der schlechten Qualität oder der Quantität der Nahrung), ist es am besten, den Patienten einer speziellen Ernährung zu unterziehen. So kann die Ursache bekämpft und durch entsprechende Mittel bzw. eine Ernährung das System des Organismus gestärkt werden.“ (Still, 1902, p. IV – 79)

Auch bei Infektionskrankheiten gehört eine dem Krankheitsgeschehen angepasste Ernährungsempfehlung aus seiner Sicht dazu. Am Beispiel eines Rachenkathar lässt sich ersehen, wie Still ganz individuelle Ernährungsumstellungen dem Patienten empfiehlt, um dessen Beschwerden zu lindern:

„Hinsichtlich der Ernährung empfehle ich für die ersten Tage milde Suppen oder Haferschleim. Ist der Hals empfindlich und schmerzt, gib verdünnten, süßen Haferschleim, sodass der Patient ihn eventuell trinken oder schlürfen kann. Die Schmerzen werden dadurch gelindert. Diese Behandlungsmethode kann bei Patienten jeden Alters und allen Krankheiten der Rachenhöhle angewendet werden, sofern dies zur rechten Zeit geschieht.“ (Still, 1902, p. IV-43)

Es gibt noch viele weitere Beispiele die aufzeigen, wie Still mit dem Thema Ernährung und Ernährungsanpassung umging. Dabei passte er die Ernährung immer den Krankheitsbildern und -situationen des Patienten – wie oben beschrieben – individuell an.

Jedoch vertraute er auch in mancher Hinsicht den Patienten und ihren eigenen Wünschen die Ernährungssituation selbst zu bestimmen, in dem er sie entscheiden ließ, was in ihrem Fall das Richtige für sie war. Wie dies an hand einer Schwangeren dargestellt werden soll:

„Wenn der allgemeine Gesundheitszustand der Patientin gut ist, lass Dir sagen, was sie essen möchte, und bringe es ihr. Lasse ihre Ernährung ihrer Gewohnheit entsprechen.“ (Still, 1902, p. III- 188)

Somit lässt sich aufzeigen, dass Still mit diesem Thema bestimmend, individuell angepasst, aber auch sensibel umging. Und es wird auch dargestellt, dass er sich während seiner ganzen Berufsjahre sich mit dieser Sache auseinandergesetzt hat, wie das folgende Zitat belegt:

„Denke daran, dass Du sie in einen Zustand bringst, in dem es gefährlich wäre ihr eine kräftige Mahlzeit zu geben, wenn Du ihre Verdauung für einige Stunden durch Tees, Suppen und den Schatten eines Essens zum Stillstand bringst. Meine Erfahrung und Gepflogenheiten der letzten 40 Jahre sind mit Erfolg gekrönt worden. Ich habe nie eine Patientin bei einer Entbindung verlogen. Ich habe immer dem Koch gesagt, er solle ihr genug zu essen geben.“ (Still, 1902, p. III-188)

Natürlich ist dies nicht allein auf die Berücksichtigung der Ernährung bei der Behandlung von Erkrankungen zurückzuführen, sondern auch auf seine Fähigkeiten als Osteopath. Das soll an dieser Stelle keinesfalls in den Hintergrund gestellt werden. Aber es wird klar, dass sich Still mit dem Thema Ernährung lange und intensiv auseinandergesetzt hat und er es immer wieder in seine Behandlungsmethodik einfließen ließ.

1.5 Fazit und Fragestellung

Aufgrund dieser Nachforschungen zeigt sich, dass bereits auf schulmedizinischer Ebene als auch auf dem osteopathischen Sektor, Studien durchgeführt worden sind. Und zwar in den Bereichen Meinungsanalysen, Ausbildungsumfang bzw. Ausbildungscurricula. Jedoch nur auf dem amerikanischen Osteopathiesektor.

Dabei kam zusammenfassend heraus, dass die meisten Befragten eine erweiterte Ausbildungsintensität auf dem Gebiet der Ernährung wünschen und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit für notwendig halten (siehe Kapitel 1.2)

Um einen Überblick zu bekommen, wie Osteopathen in Deutschland darüber denken, und ob sie es für nötig halten, die Ernährung – und alles was aus ernährungsmedizinischer Sicht als wichtig erscheint – zukünftig mehr in die Ausbildung zu integrieren, soll Gegenstand dieser Arbeit sein.

Zusammengefasst möchte diese Studie als Primärziel folgendes herausfinden:

- **„Welchen Stellenwert hat die Ernährung im Bereich der Osteopathie?“**

Dies soll die Kernfrage dieser Studie sein.

In diesem Zusammenhang müssen zur weiteren Vertiefung dieser Fragestellung weitere Themen erörtert werden:

- „Wird die Ernährungssituation des Patienten mit in die Untersuchung und Behandlung involviert?“
- „Wurde der Bereich Ernährung in der Grundausbildung ausreichend abgehandelt?“
- „Sollte in Zukunft der Bereich Ernährung mehr in die Osteopathieausbildung integriert werden, und wie könnte das gestaltet werden?“

Somit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, Antworten auf diese Fragen zu bekommen, um herauszufinden wie die Meinung von Osteopathen in Deutschland (Rheinland/Pfalz) darüber ist, und wie man ihrer Meinung nach zukünftig mit dieser Thematik umgehen sollte.

2. Theoretischer Teil

2.1 Ernährung

Da der Begriff Ernährung Gegenstand dieser Arbeit ist, soll an dieser Stelle aufgeführt werden, was man in diesem Zusammenhang unter dieser Bezeichnung versteht, und aus welchen Bestandteilen er sich zusammensetzt.

Definition:

Unter dem Begriff Ernährung versteht man die Aufnahme von Nährstoffen zur Erhaltung und Aufbau von Körpersubstanzen sowie die Deckung des Energiebedarfes zur Aufrechterhaltung aller Lebensvorgänge welche dem Erhalt der Gesundheit dienen. (Kasper, 2004)

D.h. ohne entsprechende Nahrungszufuhr kann der körperliche Organismus nicht am Leben gehalten werden und die Art der Nährstoffauswahl drückt sich auch in dem Erhalt der Gesundheit aus.

Aber die Ernährung ist nicht nur das Aufnehmen und Verwerten von Nährstoffen, sondern hat zusätzlich auch einen kulturellen und sozialen Hintergrund, als auch ein Ausdruck von Lebensgefühlen und Lebensfreude. Dabei muss man den Begriff Ernährung von dem des Essens unterscheiden, denn hierbei wird die kognitiv-rationale Komponente – die bewusste Handlungen vollziehende Ebene – des Menschen angesprochen. Mit dem Begriff Essen wird die gesamte Sphäre des Erlebens der Nahrungsaufnahme, das bedeutet unter anderem auch die sozialen Kontakte und die Empfindungen dabei, umschrieben. D.h., dass das Ernährungs- und Essverhalten nicht nur durch biologische Regelvorgänge (Hunger, Appetit, Sättigung etc.) gesteuert und reguliert wird, sondern dass hierbei auch angelesene Verhaltensweisen, Bedürfnisse und kulturelle Hintergründe als auch Einflüsse, unbewusste

Steuerungsmechanismen für ein individuelles Ernährungsverhalten sind. (Leitzmann et al, 2003)

Einen zusätzlichen Einfluss auf unsere Ernährung und unser Ernährungsverhalten nehmen zudem auch noch gesellschaftliche (Zeitdruck, Essgewohnheiten, Mahlzeiten etc.) und berufliche (z.B. Schichtarbeit) Aspekte, sowie die Art und Weise der Lebensmittelherstellung (z.B. Konservierungsstoffe, biologischer Anbau, Agrarwirtschaft etc.).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es sehr viele Einflüsse gibt, die unsere Ernährung und unser Ernährungsverhalten positiv als auch negativ beeinflussen können. Es sollten hierbei lediglich die Möglichkeiten von Einflussnahmen aufgezeigt werden um dazustellen, wie sehr die Ernährung und Ernährungsverhalten von externen Gegebenheiten und Faktoren beeinflusst wird, was der behandelnde Osteopath – sofern er die Möglichkeiten dazu hat – mit in seine Sichtweise bei der Befunderhebung berücksichtigen sollte.

2.1.1 Nährstoffe

Zudem Begriff Ernährung gehört auch die Unterkategorie Nährstoffe, da dies Bestandteile der Ernährung ist. Daher sei in diesem Zusammenhang eine kurze Übersicht über die Zusammensetzung der Nährstoffe gegeben.

Die in der Nahrung vorgegebenen Nährstoffe werden grob gesehen in **organische** und **anorganische Substanzen** aufgeteilt. Zu den organischen Nährstoffen zählen Kohlenhydrate, Fette, Eiweiße, Alkohole, Vitamine, Ballaststoffe und sekundäre Pflanzenstoffe. Zu den anorganischen Stoffen gehören die Mineralien, Elektrolyte, Wasser, Spurenelemente und Ultraspurenelemente. (Kasper, 2004, p. 3 – 70)

Es gibt noch viele weitere Einteilungen der einzelnen Nährstoffe und deren Zugehörigkeit, wie z.B. in **essentielle** und **nicht essentielle Nahrungsmittel**, aber darauf soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, da es zu keinem wichtigen Erkenntnisgewinn führen würde. Daher nur zum einfachen Verständnis diese o.a. Grobeinteilung.

2.2 Fehlernährung

Auch der Begriff Fehlernährung kommt in dem Fragenkatalog vor und soll deswegen einmal kurz betrachtet und zusammengefasst werden.

„Der Oberbegriff Fehlernährung (nutritional deficiencies) fasst alle klinisch relevanten Ernährungsdefizite zusammen.“ (Kasper, 2004, p. 480)

Dabei umfasst dieser Begriff Mangelzustände, aber keine Überernährung, die zur besseren Diagnostik und Therapie in die beiden Unterbegriffe Mangel- und Unterernährung aufgeteilt werden. (Kasper, 2004)

Dies entspricht auch der Definition der DGEM²⁶-Leitlinie. (Koula-Jenik et al, 2006)

Daher erscheint es wichtig, diese klaren Unterscheidungen zu machen, um genau unterscheiden zu können, ob man gerade von Mangelernährung oder Unterernährung spricht. Denn bei der Erfassung einer Fehlernährung gibt es klare diagnostische Unterscheidungsmerkmale. Diese sind:

- **allgemeine Faktoren** (z.B. Appetitlosigkeit, Geschmacks- und Geruchsstörungen, Übelkeit, Diarrhoe, Atemnot, schlechter Zahnstatus, Malabsorptionsstörungen etc.)
- **Krankheitsbezogene Faktoren** (z.B. Gastrointestinale Erkrankungen, Endokrine Erkrankungen, Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren- und Krebserkrankungen, rezidivierende Infektionen etc.)
- **Hospitalisierungsbedingte Faktoren** (z.B. häufige Nüchternphasen, Art der Therapie, Krankenhausessen, langer Krankenhausaufenthalt etc.)
- **Soziale Faktoren** (z.B. Isolation, finanzielle Probleme)

Um die genaue Art der Fehlernährung feststellen zu können, und somit auch die passenden Therapieformen zur Anwendung kommen zu lassen, müssen im Rahmen einer Anamnese diese multifaktoriellen Ursachen mit einbezogen werden. (Koula-Jenik et al, 2006)

Jedoch sollte man bedenken, dass die Ernährungsgewohnheiten, die zu Fehlernährungen führen, nur schwer zu verändern sind. Dies liegt unter anderem daran, dass bereits im Kindergartenalter fehlerhafte Ernährungstraditionen teilweise oder sogar komplett manifestiert sind. Schon zu diesem Zeitraum müssten also die Grundsteine zur Modifikation einer Fehlernährung gelegt werden. Daher sollten präventive Empfehlungen, die sich an die erziehenden Eltern bzw. an die Gesamtbevölkerung richten eine alltagstaugliche Umsetzbarkeit besitzen und möglichst frühzeitig erfolgen. Dies gilt auch bei ausgesprochenen Risikogruppen (z.B. Diabetiker, Adipositaspatienten, Herzinfarktpatienten, Krebs- oder Osteoporosepatienten etc.), bei denen es zusätzlich sinnvoll wäre, essentielle Nährstoffe bzw. Lebensmittel besonders hervorzuheben und der individuellen Krankheitssituation anzupassen. (Biesalski et al, 2004)

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine Fehlernährung rechtzeitig erkannt werden sollte, um so früh wie möglich adäquat entgegenwirken zu können.

²⁶ DGEM: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.

Daher wird hier versucht, im weiteren Verlauf der Erklärungen eine kleine Übersicht zu geben wie man anhand einzelner prägnanter, klinischer Symptome Hinweise auf einen spezifischen Nährstoffmangel bekommen kann.

2.2.1 Mangelernährung

Zur Erläuterung: Die relativ ausführliche, aber immer noch nur sehr kurz gehaltene Ausführung dieses Themas kann dadurch begründet werden, dass das Thema Mangelernährung einen zentralen Punkt bei der Befragung und Auswertung der Aussagen der befragten Interviewpartner einnimmt. Dies gilt somit auch für die Erklärungen der Begriffe Fehl- und Unterernährung.

Von einer Mangelernährung (Malnutrition) spricht man hauptsächlich dann, wenn ein Mangel an Vitaminen, Spurenelementen, Proteinen oder auch gewissen Fettsäuren vorliegt. Die daraus resultierenden Mangelercheinungen weisen spezifische klinische Symptome auf, bei denen eine rasche Besserung der Krankheitszeichen auftritt, sofern eine sofortige Gabe der entsprechenden Nährstoffe gegeben wird. Vorausgesetzt, dass diese Mangelercheinungen nur auf eine mangelhafte Ernährungssituation zurückzuführen ist. (Biesalski et al, 2004)

Daher müssen zur genaueren Unterscheidung der Kausalitäten zunächst einmal auch körperliche Krankheitssituationen ausgeschlossen werden (z.B. Malabsorptionsstörungen, Lebensmittelallergien etc., oder schwerwiegendere Erkrankungen wie beispielsweise Tumore).

Um dies zu gewährleisten, werden zunächst einmal Mangelernährungen in drei Gruppen unterteilt.

- **Krankheitsassoziierter Gewichtsverlust** = Hierbei spielen unbeabsichtigte Gewichtsverluste über 10% in den vergangenen 6 Monaten, oder mehr als 5% in dem letztem Monat, eine primäre Rolle, da sie in der Regel eine schlechte prognostische Aussage haben und sehr häufig auf ein tumorhaftes Geschehen hindeuten können. (Koula-Jenik et al, 2006)
- **Eiweißmangel** = Ein Eiweißmangel geht zunächst zu Lasten somatischer Proteinspeicher (z.B. der Muskulatur oder der Haut), damit die Plasma-Eiweißkonzentration aufrecht erhalten bleibt, um die viszerale Eiweißspeicher unangetastet zu lassen. Die daraus resultierenden Symptome können sich wie folgt widerspiegeln: Muskelschwäche, Muskelatrophie, Ödeme, Aszites, Wundheilungsstörungen, Dekubitus, Alopezie, oder Hepatomegalie. (Koula-Jenik et al, 2006)

- **Spezifischer Nährstoffmangel** = Unter diesem Punkt werden alle klinischen Symptome aufgeführt, die sich im Rahmen eines spezifischen Nährstoffdefizites durch ihre typischen Mangelerscheinung Zeichen darstellen.

Da es sich dabei um eine sehr hohe klinische Relevanz handelt, und das Thema Mangelerscheinungen Gegenstand dieser Arbeit ist, soll in diesem Zusammenhang einmal mehr spezifisch auf diese Anzeichen eingegangen werden. Dies geschieht auch, um sich ein klareres Bild über die Folgeerscheinungen eines Nährstoffmangels machen zu können.

Ataktischer Gang	Vit. B ₁₂
Hyporeflexie	Vit. B ₁
Zuckungen, Krämpfe	Vit. B ₆ , Kalzium, Magnesium
Sonstiges	
Durchfall	Niacin, Folat, Vit. B ₁₂
Appetitlosigkeit	Vit. B ₁₂ , B ₁ , C
Übelkeit	Biotin, Pantothensäure
Müdigkeit, Apathie	Energie, Biotin, Magnesium, Eisen
Blässe	Vitamin B ₉ , Eisen, B ₇ , B ₁₂ , B ₆
Dekubitus	Eiweiß, Energie
Seborrhöische Dermatitis	Vit. B ₆ , B ₇ , Zink, essentielle Fettsäuren (FS)
Schlechte Wundheilung	Vit. C, Eiweiß, Zink
Mund und Lippen	
Glossitis (Zungenentzündung)	Vit. B ₂ , B ₆ , B ₁₂ , B ₃ , Eisen, B ₉
Gingivitis (Zahnfleischentzündung)	Vit. C
Anguläre Fissuren, Stomatitis	Vit. B ₂ , Eisen, Eiweiß
Cheilose (Entzündung der Lippen)	Niacin, Vit. B ₂ , B ₆ , Eiweiß
Blasse Zunge	Eisen, Vit. B ₁₂
Atrophische Papillen	Vit. B ₂ , B ₃ , Eisen
Augen	
Blasse Konjunktiva	Vit. B ₁₂ , B ₉ , Eisen
Nachtblindheit, Keratomalazie	Vit. A
Photophobie	Zink
Neurologisch	
Desorientiertheit, Verwirrung	Vit. B ₁ , B ₂ , B ₁₂ , Wasser
Depression, Lethargie	Vitamin B ₇ , B ₉ , Vit. C
Schwäche, Lähmung der Beine	Vit. B ₁ , B ₅ , B ₆ , B ₁₂
Periphere Neuropathie	Vit. B ₂ , B ₆ , B ₁₂

Tab. 1 (aus Koula-Jenik et al, 2006, veränderte Wiedergabe)

Da verschiedene Autoren Abkürzungen oder die ausgeschriebenen lateinischen Bezeichnungen für die einzelnen Vitamine benutzen, soll hier einmal eine kleine Übersicht über die verschiedenen Vitaminbezeichnungen- und Abkürzungen gegeben werden.

Name der einzelnen Vitamine	Abkürzungen
Fettlösliche Vitamine	
β-Carotin	Vitamin A
Calciferol	Vitamin D
Tocopherol	Vitamin E
Phyllochinon, Menachinon, Menadion etc.	Vitamin K ₁ , K ₂ , K ₃ etc.
Wasserlösliche Vitamine	
Thiamin	Vitamin B ₁
Riboflavin	Vitamin B ₂
Niacin (Nicotinsäure)	Vitamin B ₃
Pantothensäure	Vitamin B ₅
Pyridoxin	Vitamin B ₆
Biotin	Vitamin B ₇
Folsäure oder Folat	Vitamin B ₉
Cobalamin	Vitamin B ₁₂
Ascorbinsäure	Vitamin C

Tab. 2 (andere gebräuchliche Namen für Vitamine)

2.2.2 Unterernährung

Die Unterernährung (Undernutrition) gehört – wie bereits oben beschrieben – zu der Oberkategorie Fehlernährung. Sie ist Ausdruck eines verminderten Körperfettmassengehaltes und eines verringerten Energiespeichers. Dies kann unter anderem bei Personen mit einem sehr geringem BMI (z.B. bei Anorexia nervosa Patienten oder kachektischen Zuständen von Krebspatienten etc.) der Fall sein.

Zur Ermittlung einer Unterernährung dienen folgende diagnostische Parameter :

- BMI (Body Mass Index, siehe Kap. 2.5)
- THF = Maß für die subcutane Fettmasse. Hierzu dient die Tricepshautfaltenmessung.
- Die gastroenterologische Diagnostik zur Ermittlung bzw. Ausschluss einer Malassimilation (Nahrungsaufnahmestörungen). Vorkommend z.B. bei exokrinen

Pankreasinsuffizienzen, Cholangitis, Cholelithiasis, Gastrektomie, Kurzdarmsyndrom und Stenosen etc..

- Indirekte Kalorimetrie = Zur Bestimmung des Ruheenergieverbrauches
- Erfassung der qualitativen und quantitativen Nahrungsaufnahme

(Koula-Jenik et al, 2006)

2.4 Ernährungszustand/-status

Dieses Thema nimmt ebenfalls, wie die oben aufgeführten Themen, eine übergeordnete Rolle bei der Auswertung und Interpretation der Aussagen aller Interviewpartner ein. Es soll zudem ein Überblick über die Möglichkeiten die es zur Ermittlung des Ernährungszustand/-zustandes gibt zu bekommen, um einen Eindruck darüber zu erhalten, wie umfangreich und aussagekräftig diese Thematik für die Befunderhebung sein kann.

Die Erfassung des Ernährungszustandes braucht eine sehr umfangreiche Untersuchungsmethodik. Sie gilt als Basis, um jegliche Veränderungen und Pathologien aufgrund von Fehlernährung, Resorptionsstörungen, Mangelernährung und Ernährungsdefiziten zu ergründen. Dies dient dazu, ernährungsbedingte Erkrankungen diagnostizieren zu können.

Aber was bedeutet eigentlich der Begriff Ernährungszustand oder -status?

Dazu eine kurze Definition:

„Der Ernährungszustand ist Grundlage und Ausdruck von Gesundheit. Der Ernährungszustand eines Menschen wird einerseits durch die Ernährung (Art und Menge der aufgenommenen Lebensmittel bzw. Nährstoffe) und andererseits durch den persönlichen Bedarf an Energie und Nährstoffen bestimmt.“
(Pirlich et al, 2003, p. 10)

D.h., dass die Gesundheit beeinflusst wird durch ein ausreichendes Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage von Verbrauch und Zufuhr, sowie auch von der Art und Zusammensetzung der zugeführten Lebensmittel bzw. Nährstoffe. Somit betrachtet ist die Erfassung des Ernährungszustand auch eine Erfassung des Gesundheitszustandes.

Deswegen sollte die Erhebung des Ernährungszustand ebenfalls Bestandteil einer jeden osteopathischen Untersuchung. (siehe Kapitel 4.2)

Um sich als Osteopath ebenfalls ein Urteil über den allgemeinen Ernährungszustand/-status machen zu können, müssen zunächst einmal Untersuchungsparameter aufgezeigt werden, um dem interessierten Leser überhaupt erst einmal die vorhandenen Möglichkeiten aufzuzeigen. Dies erscheint sehr wichtig, da es aus osteopathischer Sicht keine vorgegebene Vorgehensweise gibt. Daher wird in diesem Kapitel versucht die ernährungsmedizinische Sichtweise kurz darzustellen.

Die Erhebung des Ernährungsstatus/-zustand besteht aus einer Vielzahl von Untersuchungsmethoden und -parametern, um eine möglichst genaue und aussagekräftige Analyse des Patienten zu erhalten, und wird im Rahmen einer „Ernährungsmedizinischen Diagnostik“ erstellt. Es gibt aber diesbezüglich noch keine einheitliche Vorgehensweise, die einen allgemein gültigen Standard darstellt und als Vorgabe gilt:

„Der Ernährungszustand kann nicht anhand einer einzelnen körperlichen Untersuchung bzw. eines einzelnen Messparameters bestimmt werden, sondern ergibt sich aus einer Vielzahl von Untersuchungsparametern (Anthropometrie²⁷, Ernährungsgewohnheiten, Krankheitsgeschichte, biochemische Parameter). Dieser ist die Grundlage der Gesundheit und sollte Bestandteil jeder ärztlichen Untersuchung sein. Bisher gibt es weder einen Goldstandard, noch einen einfachen, allgemein akzeptierten Parameter zur sicheren Erfassung des Ernährungszustandes. (Koula-Jenick et al, 2006, p. 261)

Kasper (2004) bestätigt die Tatsache, dass es bezüglich der Ermittlung des Ernährungszustandes noch keine einheitlichen Vorgehensweisen gibt. Um genaue Auskünfte über den Ernährungszustand zu erhalten, reichen einzelne Messgrößen nicht aus. Es müssen eigens dafür entwickelte Messmethoden entwickelt werden, die ein genaueres Diagnoseergebnis liefern.

„Da einzelne Messgrößen nur wenig in der Lage sind, das Ausmaß ernährungsbedingte Störungen zu erfassen, wurden Indizes²⁸ eingeführt, die sich aus mehreren Parametern errechnen. Grundsätzlich gibt es jedoch keine allgemein gültige Standardmethode, um den Ernährungszustand zu bestimmen.“ (Kasper, 2004, p. 481)

Bei der Literaturrecherche fiel auf, dass der Begriff Ernährungszustand häufig mit der Bezeichnung Ernährungsstatus betitelt wird. Jedoch haben beide die gleiche Bedeutung:

„Komponenten zur Erfassung von Ernährungsstatus und –versorgung:

*Anamnese: Internistische Anamnese; Ernährungsanamnese inkl. Erfassung der Nährstoffzufuhr
Klinische Untersuchung
Anthropometrie
Laborchemische Erfassung
Funktionelle Tests
Apparative Diagnostik
Indices
(Suter, 2005, p. 18)*

Suter (2005) sagt, dass bei der Benutzung des Begriffes Ernährungsstatus die gleichen Messparameter benutzt werden, wie von anderen Autoren, die dabei den Begriff Ernährungszustand benutzen. Daraus kann man schließen, dass beides – nicht nur grammatikalisch – die gleiche Bedeutung hat.

Suter (2005) benutzt aber zur Ermittlung der Ernährungsversorgung und des Ernährungsstatus noch zusätzlich den Begriff: „Nutrition Assessment.“ (engl. = Nahrungsbewertung)

²⁷ Anthropometrie: Ist die Lehre von der Ermittlung und Anwendung der körperlichen Maße des menschlichen Körpers. Die dabei angewandten Parameter sind: Länge oder Gestalt, Körpergewicht, Oberarmlänge und Hautfaltendicke (Koula-Jenick et al, 2006, p. 266-273)

²⁸ Indizes: Plural von Index (lat. Zeigefinger, Anzeiger, Übersicht, Titel, Inhaltsverzeichnis). In diesem Zusammenhang steht Indizes für die Quantifizierung des Ernährungsstatus, basierend auf den anthropometrischen und laborchemischen Messbefunden (Suter, 2005, p. 40)

„Das Nutrition Assessment dient der Evaluation der Ernährungsversorgung und des Ernährungsstatus (eines Individuums oder einer Population) und beinhaltet sämtliche Prozesse, die zur Aufdeckung einer Malnutrition (primär/sekundär, s.S. 19) und zur Bestimmung/Festlegung des Nährstoffbedarfs geeignet sind.“ (Suter, 2005, p.18)

2.4.1 Methoden zur Erstellung des Ernährungszustandes/-status

In dem folgenden Teil sollen die Methoden, die es zur Ermittlung des Ernährungszustandes/-status gibt erklärt und dargestellt werden.

Da im Osteopathiebereich keine offiziellen Erfassungsmethoden diesbezüglich vorgegeben sind werden Methoden aus dem Ernährungsmedizinbereich dargestellt und deren unterschiedliche Vor- und Nachteile miteinander verglichen. Dies soll die Möglichkeiten, die es von Seiten der Ernährungswissenschaft gibt darstellen, um einen Anreiz für eigene Methoden und Vorgehensweisen im Bereich der Osteopathie zu geben oder vorhandene mit zu übernehmen.

Daher wird hier versucht, eine Zusammenfassung der meist angewandten Untersuchungsmethoden zu geben, um einen Überblick über die meist angewandten und üblichen Messparameter zu bekommen.

Als erstes wird bei einer ernährungsmedizinischen Anamnese zunächst einmal eine allgemeine Anamnese und danach eine spezielle Ernährungsanamnese erstellt.

In der allgemeinen Anamnese werden bisherige Krankheiten, Organerkrankungen, Operationen, Infektionen, Unfälle, familiäre Prädispositionen und aktuelle Beschwerden mit bisherigem Verlauf erfasst. (Koula-Jenik et al, 2006; Biesalski et al, 2004)

Die spezielle Ernährungsanamnese beschäftigt sich mit dem Körpergewicht, Ernährungszustand und Beschwerden die im Zusammenhang mit Mangelerscheinungen und verändertem Stuhlverhalten stehen. Hinzu kommen Erkrankungen, die aufgrund von Fehlernährungen entstanden sind, oder die auf eine familiäre Erkrankungshäufigkeit im Sinne von Stoffwechselerkrankungen (z.B. Hyperthyreose) zurückzuführen sind. Zusätzlich kommen noch ernährungsabhängige Erkrankungen – wie z.B. der Diabetes Typ IIb – dazu. Zuletzt werden noch Medikamenteneinnahmen, Lebensweisen und das Ernährungsverhalten sowie die Ernährungsgewohnheiten dazugezählt. (Koula-Jenik et al, 2006; Kasper, 2004;)

Um sich einen Überblick zu verschaffen, welche Lebensmittel der Patient primär zu sich nimmt, gibt es verschiedene Ernährungserhebungsmethoden. Die vier häufigsten werden hier kurz gefasst dargestellt:

- Food Frequency Questionnaire (FFQ)
Hierbei wird nach den am häufigsten verzehrten Lebensmitteln gefragt, was aber von dem Erinnerungsvermögen des Patienten abhängig ist. (Koula-Jenik et al, 2006)
- 24-Stunden-Protokoll
Eines der am häufigsten benutzten Protokolle, bei der die Nahrungsaufnahme des Vortages notiert wird. (Suter, 2005)
- 3-Tage-Ernährungsprotokoll
Dieses Protokoll ist eher dafür geeignet Daten zur besseren Abschätzung der Nahrungszufuhr zu liefern indem es auch Ernährungsgewohnheiten aufnimmt. (Biesalski et al, 2004)
- 7-Tage Ernährungsprotokoll
Hierbei wird zusätzlich auch noch die Flüssigkeitsaufnahme zu den vorher genannten Parametern mit aufgenommen. (Koula-Jenik et al, 2006)

Je länger die Protokollführungen sind, umso genauer und aufschlussreicher können diese ausgewertet, und an die individuelle Ernährungssituation des Patienten angepasst werden. (Biesalski et al 2004; Kasper, 2004)

Zur weiteren Ermittlung des Ernährungszustandes des Patienten gibt es Methoden, die sich an der jeweiligen Situation des Patienten aus körperlicher Sicht orientieren (Alter, Komazustand, präoperativer Zustand etc.), oder sich der sozialen sowie psychischen Disposition der Patienten annehmen. Hierzu zählen:

- Mini Nutritional Assessment (MNA)
Diese Art der Erfassung des Ernährungszustandes ist besonders gut geeignet bei älteren, alleinstehenden Menschen, sowie zur Diagnostik von Ernährungsfehlern. Hierbei werden anthropometrische Parameter, Body Mass Index (BMI²⁹), Medikamentenanzahl, Essgewohnheiten und subjektives Befinden aufgenommen. Dabei werden insgesamt 12 Punkte vergeben. 12 = sehr guter Ernährungszustand, 1 = sehr schlechter Ernährungszustand. (Koula-Jenik et al, 2006)
- Nutritional Risk Index (NRI)

²⁹ BMI: Body Mass Index = Körpergewicht dividiert durch Körpergröße zu Quadrat (Biesalski et al, 2004)

Dies ist ein Parameter, der zur Risikoerkennung von Komplikationen nach operativen Eingriffen benutzt wird. Dabei werden das Serum-Albumin und Körpergewicht als Berechnungsgrundlage genommen. Mehr als 97,5% gelten hierbei als normal, 83,5 – 97,5% zeigen eine Grenzwertigkeit an und weniger als 83,5% bedeuten ein hohes Risiko. (Kasper, 2004)

- Prognostik Nutritional Index (PNI)

Zur Erkennung und Prognostik von Ernährungs- sowie Komplikationsrisiken. Die dazugehörigen Parameter sind: Albumin, Transferrin, Tricephshautfaltendicke und ein Haut-Reaktionstest. (Kasper, 2004)

Die drei Untersuchungsmethoden (MNA, NRI, PNI), dienen laut Kasper (2004) dazu, um den Ernährungszustand der Patienten besser beurteilen zu können, da einzelne Messgrößen nur wenig in der Lage sind, das Ausmaß von ernährungsbedingten Störungen zu erfassen.

Um noch einen weiteren und genaueren Einblick in die Ernährungssituation des Patienten zu bekommen, wurden noch weitere Messparameter in die Untersuchungsmethodik eingeführt.

- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Dieses Werkzeug dient der Erkennung von Unterernährung bei ambulanten Patienten. Er wird seit 2003 von der ESPEN³⁰ als **Goldstandard** für diese Patientengruppe empfohlen. Die Parameter dafür sind: BMI, Gewichtsverlust und Nahrungskarenz. (Koula-Jenik et al, 2006)

In einer Studie von Karsegard et al (2004) wird zusätzlich auf die einfache Anwendungsweise des MUST hingewiesen, der zudem einen schnellen Hinweis auf Unterernährungsrisiken bietet:

„MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) is a nutritional screening tool easy to use by any trained care-giver and valid for any adult patient. It considers body mass index, weight change and acute disease effect equally and determines a malnutrition risk score.“ (Karsegard et al, 2004, p. 124(10):601-5.)

- Innsbrucker Ernährungsscore (INS)

Hierbei handelt es sich um einen prognostischen Test, der zur Indikationsstellung zu einer Ernährungstherapie dient. Die dafür benötigten Parameter sind: BMI, ungewollter Gewichtsverlust, Serum-Albumin, der Quotient aus Serum-Harnstoff zu Serumkreatinin.

³⁰ ESPEN: European Society for clinical nutrition and metabolism bzw. European Society of Parenteral and Enteral Nutrition. (<http://www.dgem.de/espen.htm>)

Die Bewertung wird in einem 5-Punkte-System vorgenommen, und lautet: 0-2 = Keine oder evtl., eine geringe Nahrungskarenz von < 500 kcal/d.

3-4 = Ernährungstherapie empfehlenswert

> 5 = Ernährungstherapie unabdingbar (Koula-Jenik et al, 2006)

- Subjektives Global Assessment (SGA)

Bei diesem Untersuchungsinstrument sind keine Laborwerte oder apparative Untersuchungen notwendig. Es basiert auf der subjektiven Beurteilung des Untersuchers, was ein großes Maß an Erfahrung voraussetzt. Der SGA wurde entwickelt, um den Ernährungsstatus und ggf. einen Therapiebedarf schnell und kostengünstig erfassen bzw. erkennen zu können. Er kann recht einfach und zuverlässig Patienten mit einer Fehlernährung identifizieren, oder diejenigen erfassen, die von einer Ernährungstherapie profitieren könnten. (Kuzu et al, 2006)

Auch Pirlich et al (2006) und Sungurtekin et al (2004) konnten dies in ihren Studien bestätigen.

Es wird zusätzlich als Untersuchungsinstrument des „Detsky-Jeejeebhoy-Fragebogen“ angewandt. Die dabei benutzten Parameter sind: Gewichtsveränderungen, Nahrungszufuhr, gastrointestinale Symptome, Belastbarkeit, Krankheitseffekte die durch Nährstoffe bedingt sind und körperliche Untersuchungen. (Suter, 2005)

Bei den hier einzeln aufgeführten Methoden, werden in den Studien von Kuzu et al (2006), Pirlich et al (2006) und Sungurtekin et al (2004) immer mehrere verschiedene Methoden untersucht.

Als Beispiel dafür wird hier die Studie von Kuzu et al (2006) aufgeführt, die bei der „Conference of the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)“ 2002 vorgestellt und 2006 veröffentlicht wurde. Hierbei werden vier verschiedene Untersuchungsmethoden untersucht und miteinander verglichen: MI, MNA, NRI, SGA. Als Ergebnis kam heraus, dass die einzelnen Methoden, unterschiedliche Vorzüge bezüglich ihres Einsatzgebietes haben:

„The SGA was found to be the best nutritional assessment technique, with a sensitivity of 0.82 and specificity of 0.72. However, the Veterans Study investigated the impact of perioperative total PN³¹ in surgical patients and found that the NRI was better than the SGA for determining which patients should receive perioperative total PN, although the difference was not statistical significant. [...] the SGA was found to be a more useful tool for detecting residents with established malnutrition, whereas the MNA was more effective for detecting residents who required preventive nutritional measures.“
(Kuzu et al, 2006, p.384-385)

³¹ PN: Parenteral Nutrition = Ernährung über einen Intravenösen Zugang bei Umgehung des Gastrointestinaltraktes. Dabei werden, je nach Erkrankungsart, die Nährstoffe im entsprechenden Verhältnis zum Bedarf appliziert. (Leitzmann et al, 2003)

Der SGA wurde als die beste Bewertungstechnik bezeichnet, bezüglich Empfindlichkeit und Spezifizierung. Um jedoch herauszufinden, welche Patienten eher eine komplette perioperative PN benötigten, wurde der NRI favorisiert.

Zusätzlich wurde der SGA als ein nützliches Werkzeug hervorgehoben, um Unterernährungen bei Einwohnern festzustellen. Der MNA war wiederum wirksamer bei der Entdeckung von Einwohnern, die vorbeugende Ernährungsmaßnahmen benötigten. Unterm Strich zeigte sich, dass alle Methoden relativ nahe beieinander lagen, was die Vorrassagen von Erkrankungshäufigkeiten (Morbidität) und Sterblichkeitsrate (Mortalität) betraf.

„Our results suggest that all four of the indices studied herein (SGA, NRI, MI MNA) accurately predict the occurrence of morbidity and mortality.“ (Kuzu et al, 2006. p. 384)

Zusammenfassend zeigte sich, dass alle aufgezeigten Methoden zur Erfassung des Ernährungszustandes sinnvoll waren, um Patienten vor einem chirurgische Eingriff besser einzuschätzen und beurteilen zu können. Gegebenenfalls können so im Vorfeld medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die dazu beitragen, ein besseres chirurgisches Ergebnis zu erzielen. Denn dadurch waren auch die Regenerationszeiten deutlich vermindert. Jedoch müssen weiterhin große Bemühungen erhoben werden, die vorhandenen Untersuchungsmethoden zu verbessern, um die richtige Methode zur Anwendung kommen zu lassen.

„Our findings revealed that all nutritional assessment techniques can be safely applied to the clinical setting with no significant difference in predictive value. We therefore strongly recommend the use of any of these techniques to improve the outcome of surgical care. Meanwhile, further investigations are needed, and much effort must be given to find the best method for assessing nutritional status.“ (Kuzu et al, 2006, p. 379)

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Sungurtekin et al (2004). Sie beschäftigten sich mit dem Einfluss des Ernährungsstatus auf Komplikationen nach großen Bauchoperationen. Als Untersuchungsmethoden kamen unter anderem der SGA, NRI und weitere anthropometrische und labortechnische Analysen.

Als Ergebnis kam heraus, dass eine Unterernährung auch auf ein schlechteres Operationsergebnis hinweist. Mit dem SGA als auch dem NRI können Vorrassagen getroffen werden, die darauf hindeuten, dass bei unterernährten Patienten eine erhöhte postoperative Komplikationsrate zu erwarten ist. Die zum Einsatz gekommenen anthropometrischen und labortechnischen Werte waren nicht so zuverlässig und aussagekräftig für die Voraussage von postoperativen Komplikationen wie die beiden oben genannten Messmethoden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Ernährungsstatus eines Patienten einen Schlüsselfaktor hat, bei der Voraussage von postoperativen Komplikationen, und den Erfolg eines chirurgischen Eingriffs.

„In conclusion, our study demonstrates malnutrition is a marker of bad outcomes. Both the SGA and NRI nutrition tests are predictive for malnutrition and postoperative complications in patients undergoing major abdominal surgery. The presence of cancer also was predictive for postoperative complications. Anthropometrics and other laboratory variables weren't predictive for complications. Nutritional assessment of the critically ill patient anticipating a major operation is crucial, as the deterioration of nutritional status is a key factor in surgical outcome.“ (Sungurtekin et al, 2004, p. 7)

Die oben genannten Studien zeigen, wie wichtig die Erhebung des Ernährungsstatus sein kann, um bessere Voraussagen bezüglich Komplikationen und Behandlungserfolg treffen zu können. Jedoch zeigt sich auch ein wenig Kritik, was die Wahl der richtigen Methodik und deren Aussagekraft betrifft.

Biesalski et al (2004) weisen darauf hin, dass es nicht immer leicht ist Krankheitsfolgen aufgrund von Mangelernährungen vorauszusagen. Die Aussagekraft einzelner Techniken und die Ergebnisse verschiedener Ernährungstherapien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Eine zusätzliche Anwendung von Muskelfunktionstests – so beschreiben es Biesalski et al (2004) - scheinen einen guten Ansatz bei der Überprüfung des Ernährungsstatus zu haben, um Risikopatienten bereits im Vorfeld herauszufiltern.

Weitere Anstrengungen und Bemühungen sind diesbezüglich noch notwendig, um diese Methodik in den Praxisalltag zu integrieren.

„Im klinischen Bereich ist es schwer, Krankheitsfolgen von Effekten, die durch Mangelernährung hervorgerufen werden, zu unterscheiden. Wegen der geringen Menge an Vergleichsdaten ist es sehr schwer, die Zuverlässigkeit der einzelnen gebräuchlichen Techniken einzuschätzen. [...] Die meisten aktuellen Methoden zur Ermittlung des Ernährungszustandes basieren auf klinischen Untersuchungen. Die Validität dieser Techniken ist jedoch nicht ausreichend, die klinischen Ernährungstherapien führen nicht zu einheitlichen Ergebnissen und sind darüber hinaus nicht aus randomisierten klinischen Versuchsreihen hervorgegangen. Muskelfunktionstests repräsentieren einen vielversprechenden neuen Ansatz zur Überprüfung des Ernährungsstatus und sind geeignet, Patienten mit einem erhöhten Risiko für medizinische Komplikationen zu identifizieren. Bevor sich diese Technologie in der Praxis durchsetzen kann, sind jedoch weitere klinische Prüfungen und Standardisierungen der Methoden notwendig.“ (Biesalski et al, 2004, p. 26)

Weiterhin ist festzuhalten, dass es noch keine sehr genaue, einheitliche und für alle Zwecke anwendbare Methodik zur Ermittlung des Ernährungsstatus gibt. Alle Bemühungen müssen darauf ausgerichtet sein, weitere Überprüfungen der Methoden durchzuführen, um eine möglichst zuverlässige Standardisierung zu erreichen.

Welches nun die richtigen Methoden, Techniken oder Vorgehensweisen bei der Erhebung des Ernährungsstatus sind, oder ob diese überhaupt im Rahmen einer osteopathischen Behandlung von Nöten ist, soll nicht Gegenstand oder Aufgabe dieser Arbeit sein. Es sollten in diesem Abschnitt nur einige gängige bzw. häufig angewandte und anerkannte Verfahren aufgeführt werden, um dem interessierten Leser Möglichkeiten zur Erhebung des Ernährungsstatus aufzuzeigen und nahe zu bringen. Dadurch kann man sich ein besseres Bild darüber machen, wie eine solche eventuelle Ernährungsstatuserhebung im Bereich der

Osteopathie aussehen könnte. Es soll mit dieser Auflistung der Möglichkeiten ein Beitrag dazu geleistet werden, weitere Überlegungen bezüglich einer einheitlichen Auffassung anzustellen, wie zukünftig – wenn gewünscht und gefordert – eine Ernährungsstatus Erfassung im Osteopathiebereich aussehen könnte.

2.5 Ernährungsmedizin

Die gesamten diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen die in den vorherigen Kapiteln beschrieben worden sind, stammen aus dem Bereich der Ernährungsmedizin. In diesen Kapiteln wurde über Untersuchungsmethoden, weiterführende Vorgehensweisen und deren interdisziplinären Zusammenhänge gesprochen und diese mit einander verglichen. Gleichzeitig wurde dargestellt, wie diese Methoden am gezieltesten zum Einsatz kommen können.

Daher soll an dieser Stelle die Ernährungsmedizin selbst einmal dargestellt und erklärt werden, damit man einen Einblick bekommt, mit welchen Krankheitsbildern sie sich hauptsächlich beschäftigt und welche Aufgaben und Ziele sie sich selbst dabei gesetzt hat. Dadurch soll es dem Leser erleichtert werden eine Vorstellung davon zu bekommen, welche Aufgaben und Ziele die Ernährung im Bereich der Osteopathie einnehmen könnte, um einen ergänzenden Beitrag zu leisten, die Diagnostik und Behandlung zu optimieren.

2.5.1 Definition des Begriffes Ernährungsmedizin

Bei der Ernährungsmedizin handelt es sich um eine interdisziplinäre, medizinische Fachrichtung, die mit ernährungswissenschaftlichen Methoden versucht, zivilisations- und ernährungsbedingte Erkrankungen zu ergründen. Hierbei werden ergänzend zu den herkömmlichen Behandlungsmethoden mit integrativen Funktionen³² geeignete Ernährungstherapien entwickelt, um pathologischen Prozessen entgegenzuwirken. Dabei bedient sich die Ernährungswissenschaft den wissenschaftlichen, evidenzbasierten Erkenntnissen aus Medizin, Physiologie, Pathologie und Pathophysiologie, Immunologie etc., um adäquate ernährungstherapeutische Maßnahmen zu schaffen. (Biesalski et al, 2004)

³² Integrative Funktion: Einflussnehmende Maßnahmen die versuchen, mit adäquaten Methoden in pathologische Prozesse einzugreifen um einen physiologischen Zustand zu erzielen. (z.B. Supplementierungen, Aufklärung, Ernährungsumstellung etc.) (Biesalski et al, 2004)

Als Grundlage für eine adäquate Ernährungstherapie dient eine ernährungsmedizinische Anamnese, die aus einer allgemeinen und einer speziellen Anamnese besteht und zudem auch noch die Bestimmung des Ernährungszustandes des Patienten beinhaltet.

Dabei werden anthropometrische Parameter wie z.B. Körpergröße, Gewicht etc. zur Bestimmung des BMI³³ erfasst, als auch Ernährungsgewohnheiten, Krankheitsgeschichten und biochemische Parameter³⁴ mittels labortechnischer Untersuchungen ermittelt.

Diesbezüglich versucht die Ernährungsmedizin geeignete Diagnoseverfahren zu entwickeln um präventiv als auch rechtzeitig eingreifen zu können, damit daraufhin geeignete Therapiemaßnahmen angepasst und angewendet werden können. (Kasper, 2004)

Hierbei wird ein so genanntes ernährungsabhängiges Patientenrisikoprofil ermittelt, das dazu beitragen soll, etwaige Risiken abzuschätzen und prognostische Gegenmaßnahmen – die z.B. bei oder nach einer Operation unvorhergesehen auftreten könnten – einzuleiten um ein bestmögliches Behandlungsergebnis zu erzielen.

Bei den angewandten Therapiemaßnahmen handelt es sich um Ernährungs- und Diätformen, parenterale Ernährung³⁵, enterale Ernährung³⁶, Ernährungsberatung etc. Dabei wird die jeweilige Ernährungstherapieform individuell auf die Bedürfnisse der Patienten angepasst. (Kasper, 2004; Koula-Jenik et al, 2006)

2.5.2 Primäre Krankheitsbilder der Ernährungsmedizin

Ein Hauptaugenmerk hat die Ernährungsmedizin auf folgende Erkrankungsgruppen:

- **Krebserkrankungen**
- **Metabolisches Syndrom³⁷**
- **Herz- und Kreislauferkrankungen (Kardiovaskuläre Folgeerkrankungen z.B. Apoplexie, atherosklerotische Plaques, Hypertonie)**
- **Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises**
- **Dermatologische Erkrankungen (Atopische Dermatitis, Psoriasis, Akne vulgaris)**

³³ BMI: Body Mass Index = Körpergewicht dividiert durch Körpergröße in Meter im Quadrat. (Biesalski et al, 2004)

³⁴ Biochemische Parameter: Serumproteine (z.B. Albumin, Präalbumin, Transferin, Retinol-Bindungsprotein) (Koula-Jenik et al, 2006)

³⁵ Parenterale Ernährung: Ernährung bei Umgehung des Gastrointestinaltraktes mittels einer IV-Kanüle (z.B. bei Komapatienten) (Leitzmann et al, 2003)

³⁶ Enterale Ernährung: Applikation flüssiger Nahrung mittels einer Sonde (Bolusapplikation oder kontinuierlich) in den Gastrointestinaltrakt (Leitzmann et al, 2003)

³⁷ Metabolisches Syndrom: Symptomenkomplex aus androider Adipositas, gestörtem Kohlenhydratstoffwechsel, Hypertriglyceridämie u. art. Hypertonie; hohe Atherogenität bei Komb. der 4 Hauptsymptome (sog. tödliches Quartett). (de Gruyter, 2006)

- **Erkrankungen des Verdauungstraktes (Ulcus ventrikulie, Morbus Crohn, Leberzirrhose)**
- **Stoffwechselerkrankungen (Struma, Phenylketonurie, Hämochromatose)**
- **Erkrankungen des Respirationstraktes (Asthma bronchiale, Atemwegserkrankungen)**
- **Psychosomatische Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating disorder³⁸)**
- **Nahrungsmittelallergien (Zöliakie)**
- **Nierenerkrankungen (Nephrotisches Syndrom, Niereninsuffizienz)**
- **Etc.** (Biesalski et al, 2004; Leitzmann et al, 2003)

Zudem werden auch noch Dysfunktionen des Energiestoffwechsels und des Immunsystems ernährungstherapeutisch angegangen. Dazu zählen:

- **Übergewicht im Kindes-, Jugend-, und Erwachsenenalter**
- **Untergewicht und Hungerstoffwechsel (Protein-Energie-Malnutrition (PEM))**
- **Metabolische Reaktionen auf Stress**
- **Immunologie und Ernährung**
- **Etc.** (Biesalski et al, 2004; Leitzmann et al, 2003)

2.5.3 Aufgaben und Ziele der Ernährungsmedizin:

Die Aufgaben, die sich die Ernährungsmedizin setzt sind fachübergreifend und interdisziplinär ausgelegt. Dafür müssen die Tätigkeiten im Bereich von Diagnostik, Prävention und Behandlung auf unterschiedliche medizinische Fachrichtungen verteilt werden.

„Die ernährungsmedizinischen Aufgaben in der Diagnostik, Prävention und Behandlung von Erkrankungen werden gemeinsam von ernährungsmedizinisch geschulten Ärzten, Ernährungswissenschaftlern, Gesundheitswissenschaftlern, Diätassistentinnen, Ernährungsschwestern, Psychologen, Sozialmedizinern, Epidemiologen und Apothekern interdisziplinär wahrgenommen werden müssen.“ (Koula-Jenik et al, 2006, p. 5)

Denn diese angestrebte, gut funktionierende Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen und die Festlegung eines gemeinsamen Vorgehens und Handelns, ist die Voraussetzung zur Erfüllung der selbst gesteckten Ziele und Aufgaben der Ernährungsmedizin.

³⁸ Binge eating disorder: Essanfälle, Esssucht, Fressanfälle, Hyperphagie. Diese Anfälle die nicht kontrollierbar sind, treten mindestens 2mal pro Woche für mind. 6 Monate auf. Dabei treten mind. 3 Charakteristika auf: 1. Wesentlich schneller essen als normal. 2. Heimliches essen. 3. Ekel- oder Schuldgefühle wegen des übermäßigen Essens. (Koula-Jenik et al, 2006)
 „Die Betroffenen klagen über Kontrollverlust und empfinden die Eßanfälle als schwere Belastung. Im Gegensatz zu Patienten mit Bulimie fehlen aber Verhaltensweisen, um sich der aufgenommenen Kalorien wieder zu entledigen.“ (Biesalski et al, 2004)

„Aufgaben und Ziele können nur durch die Kooperation der Ernährungsmedizin und Ernährungswissenschaften sowie durch die gemeinsame Festlegung eines patienten- und anwendungsorientierten Handelns gewährleistet werden.“ (Koula-Jenik et al, 2006, P. 5)

Wie bereits erwähnt, dienen hierbei die evidenz-basierten Kenntnisse und Grundlagen der schulmedizinischen Wissenschaften, die dazu anregen sollen, auch auf internationaler Ebene einheitliche Leitlinien und Normen zu verwirklichen. Denn durch eine internationale Zusammenarbeit und Interaktion durch den Austausch von Erfahrungen lässt sich eine Effizienzsteigerung der angewandten Diagnostika und Methoden eventuell schneller als auch kostendeckender erzielen.

„Es wird versucht, mehr und mehr unter Evidenz-basierten medizinischen Aspekten in Leitlinien und wissenschaftlich belegten Grundaussagen zu arbeiten. Soweit als möglich sollten daher Leitlinien in nationaler (DGEM, DGVS³⁹, DGE⁴⁰) und internationaler (ASPEN⁴¹, ESPEN) Fachgesellschaften berücksichtigt und eingebaut werden.“ (Koula-Jenik et al, 2006, P. 5)

Zu den Aufgaben der Ernährungsmedizin im Bereich der wissenschaftlichen Forschung, Lehre und Weiterbildung sowie deren praktische Umsetzung und Anwendung, gehören folgende Gesichtspunkte:

2.5.3.1 Die Erforschung der Physiologie und Biochemie des Stoffwechsels:

„Der Stoffwechsel der einzelnen Zelle bildet die Grundlage für das Verständnis des Substratflusses im menschlichen Organismus. Die Metabolisierung der verschiedenen exogen zugeführten und endogen gebildeten Substrate im Organismus, ihre Bedeutung für den Strukturaufbau und den Funktionserhalt, ihr Zusammenwirken und die Kenntnis der entscheidenden Regulationsmechanismen sind die Basis für das spätere Verständnis der Ernährung beim Gesunden, bei Erkrankungen und für spezifische Interventionen.“ (Biesalski et al, 2004, p. 1)

Das bedeutet, um ein geeignetes Verständnis für die Physiologie und Pathophysiologie im Bereich der Ernährung zu bekommen, gilt es erst einmal ausreichend Kenntnisse zu erlangen über:

den Stoffwechsel der Zelle und den Substratfluss im menschlichen Organismus,
den Metabolismus exogen zugeführter und endogen gebildeter Substrate im Organismus,
die Bedeutung des Strukturaufbaus, Funktionserhalt und ihr Zusammenwirken mit deren Regulationsmechanismen zu erweitern, um eine Basis für das Verständnis der Ernährung beim Gesunden zu bekommen.

2.5.3.2 Grundlagenerforschung der Ernährung beim Gesunden:

³⁹ DGVS: Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

⁴⁰ DGE: Deutsche Gesellschaft für Ernährung

⁴¹ ASPEN: American Society of Parenteral and Enteral Nutrition

„Die Regulation der Nahrungsaufnahme einschließlich der Beziehungen zwischen hormonellem Milieu, Energie-, Substratzufuhr und Stoffwechsel müssen vermittelt werden, um die grundlegende Aufstellung einer Diät Empfehlung – angepasst an die individuelle Situation – zu ermöglichen und das Verständnis der spezifischen Empfehlungen und die ärztliche Beratung zu fördern.“ (Biesalski et al, 2004, p. 1)

Das heißt, ohne ausreichende Kenntnisse zu haben über die Regulatoren die zwischen der Nahrungsaufnahme und der Wechselbeziehung zu dem Hormon- und Stoffwechselsystem bestehen, sind spezifische Ernährungsempfehlungen im Rahmen einer Ernährungsberatung, aus Sicht des Arztes, nicht adäquat möglich.

2.5.3.3 Die Ernährung als präventive Maßnahme:

„Die effektivste und kostengünstigste Form der Krankheitsprävention stellt die Ernährungsberatung dar. Dies betrifft bei uns hauptsächlich die Zivilisationskrankheiten⁴² [...], denen durch gesunde Ernährung, Vitamine und Spurenelemente entgegengewirkt werden kann. (Biesalski et al, 2004, p. 2)

Hierbei wird die Aufklärung und Beratung des Patienten in den Vordergrund gestellt, die als Präventivmaßnahme die entstandenen Kosten, durch die Entstehung von Zivilisationskrankheiten, senken soll, als auch vorbeugend weitere Krankheitszunahmen in diesem Bereich senken möchte.

2.5.3.4 Ernährung und Diät bei speziellen Erkrankungssituationen:

Ein Hauptaugenmerk der Ernährungsmedizin sollte hierbei sein, jedem Patienten eine bestmögliche, krankheitsangepasste Ernährung zukommen zu lassen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass dabei der Stellenwert den sie im Gesamtkonzept der Behandlungsmaßnahmen einnimmt, die ihr zustehende Bedeutung erhält. Dies gilt vor allen Dingen bei ernährungsbedingten Erkrankungen⁴³, bei denen die Ernährungsmedizin einen effizienten und kosteneffektiven Einsatz darstellt. (Biesalski et al, 2004)

2.5.3.5 Nahrungsmittel- und Ernährungsüberwachung (Qualitätsmanagement):

⁴² Zivilisationskrankheiten: Unter Zivilisationskrankheiten versteht man zusammenfassende Bezeichnung für funktionelle und organische Gesundheitsstörungen und Krankheitszustände, bei denen materielle wie ideelle Einflüsse der Zivilisation auf den Menschen von auslösender, begünstigender oder auch ursächlicher Bedeutung sind; die Skala dieser Einflüsse ist außerordentlich weit und reicht von den einfachsten Lebensbedingungen der Wohnung, Kleidung, Ernährung, Hygiene, Beleuchtung über die Arbeits- und Lebensgewohnheiten bis zu den Gegebenheiten des Zusammenlebens der Menschen und den nachteiligen Seiten der Technisierung wie unphysiologisch einseitige Belastung, ungenügende Abhärtung, Lärmeinfluss, Luftverunreinigung, Genussmittelmissbrauch, abnorme Betriebsamkeit des modernen Erwerbslebens, Unsicherheit, Existenzangst. Zu den Zivilisationskrankheiten gehören u. a. Verdauungs- und Stoffwechselstörungen, Verfall des Gebisses (Karies), zahlreiche Erkältungskrankheiten, Neurosen und Kreislaufstörungen. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (<http://www.gbe-bund.de/glossar/Zivilisationskrankheiten>)

⁴³ Ernährungsbedingte Erkrankungen: Fettsucht, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie, Gicht, Fettleber, Leberzirrhose, entzündliche Darmerkrankungen, Karies, Struma, Lebensmittelintoleranz, Marasmus, Mangelernährung etc. (Koula-Jenik et al, 2006)

Dies zielt auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ab, bei der auf eine Umsetzung ernährungsmedizinischer und lebensmittelchemischer Erkenntnisse in der Nahrungsmittelherstellung - inklusive ihrer Überwachung – gesetzt wird. Zusätzlich soll eine permanente Wissensvermittlung und Überprüfung der praktischen Umsetzung und Optimierung des Ressourceneinsatzes im Sinne eines Qualitätsmanagements durchgeführt werden. (Biesalski et al, 2004)

2.5.3.6 Anhebung der subjektiven Lebensqualität (QoL⁴⁴) (Koula-Jenik et al, 2006):

In einer Studie von Caro et al (2007) wurde versucht, die Auswirkung auf die Lebensqualität von Krebspatienten, durch die Beeinflussung der Ernährung, darzustellen. Die Einflussnahme erfolgte, individuell an den Krankheitszustand des Patienten angepasst, in vier verschiedenen Schritten: 1. Ernährungsberatung 2. Orale Nahrungsergänzung 3. Enterale Ernährung 4. Parenterale Ernährung.

Daraus ergab sich folgendes:

- Durch die Verbesserung der primär vorherrschenden Symptome der Patienten, kam es zu einer Aufwertung oder zumindest einem Beibehalten der QoL.
- Die Wirkung einer onkologischen Behandlung wurde verbessert.
- Die Dauer und die Geschwindigkeit von Komplikationen und Morbidität wurden reduziert.
- Die Nebenwirkungen einer Onkologiebehandlung wurden verringert.

“In palliative care, the nutritional intervention focuses on controlling symptoms, thus improving quality of life. The evaluation of nutritional status should include an assessment of quality of life in order to optimize nutritional treatment for patients' individual requirements. [...] In curative oncology treatment, nutritional care is aimed at increasing response and tolerance to oncology treatment, reducing the rate of complications and morbidity, and increasing the QoL. In palliative oncology treatment, the main focus of nutritional treatment is on managing symptoms and maintaining or even improving QoL. Evaluation of QoL should be included when determining nutritional status in order to tailor the nutritional intervention to the individual patient's requirements. (Caro et al, 2007; P. 480-487)

Schlussfolgernd aus diesen Studienergebnissen der Forscher, wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

Aufgrund der potentiellen klinisch-relevanten Wirkung der Ernährungsbeeinflussung des Patienten und die daraus resultierende Anhebung der Lebensqualität, sollte eine Einflussnahme auf den Ernährungszustand von Patienten in jedes antineoplastische Konzept⁴⁵ mit einbezogen werden. (Caro et al, 2007)

⁴⁴ QoL: Quality of Life = Lebensqualität – Definition nach der WHO (Weltgesundheitsorganisation) von 1993:

"Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen."

(<http://www.drnowrocki.de/empfehlung/lebensqualitaet%20.html>)

⁴⁵ Antineoplastische Konzept: Konzept zur Behandlung von Krebspatienten mittels Oxalidplatin (komplexes Platinderivat = Antineoplastikum = Cytostatikum welches in verschiedenen Behandlungsbereichen einsetzbar ist. (Häufig in Kombination mit

„Because of the potentially clinically relevant impact of nutritional intervention on quality of life, nutritional care should be included in any antineoplastic strategy⁴⁶.“ (Caro et al, 2007, p. 480)

Dies wurde in zahlreichen Studien, die sich mit dem gleichen Thema beschäftigten, bestätigt:

2.5.3.7 Senkung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus (Koula-Jenik et al, 2006):

“Nutritional intervention should be considered as a supportive measure within the global oncology strategy. In curative oncology care, it contributes to reduced postoperative infection rate, better control of cancer-related symptoms, shortened length of hospital stay and improved tolerance to treatment.” (Caro, 2007, p. 480)

Bei dieser Studie kam man zu dem Ergebnis, dass die Folgeerkrankungen nach einer Krebsbehandlung verringert waren und die Krankenhausaufenthaltsdauer verkürzt wurde. Zusätzlich verminderte sich die Infektionsrate der behandelten Patienten und weitere Behandlungen wurden besser toleriert.

(8) Verbesserung des Krankheitsverlaufs und der Prognose (Koula-Jenik et al, 2006):

“The 3 groups were comparable for baseline demographics, biochemical markers, comorbidity factors, and surgical variables. The intent-to-treat analysis showed that the total number of patients with complications was 24 in the control group, 14 in the preoperative group, and 9 in the perioperative group (P = .02, control group vs perioperative group). Postoperative length of stay was significantly shorter in the preoperative (13.2 days) and perioperative (12.0 days) groups than in the control group (15.3 days) (P = .01 and P = .001, respectively, vs the control group). [...] Perioperative immunonutrition seems to be the best approach to support malnourished patients with cancer.” (Braga et al, 2002, p. 174)

In dieser Studie wird bestätigt, dass Krebspatienten die eine Immunsystem unterstützende Maßnahmen perioperativ erhielten, einen besseren Verlauf und Prognose während der Behandlung aufwiesen, als nicht ernährungsmedizinisch behandelte Patienten.

2.6 Ernährungsberatung

Führen bzw. sollen Osteopathen ernährungsberaterische Tätigkeiten durchführen oder nicht? Diesen Fragen versucht die Studie ebenfalls aufklärend gegenüberzustehen. Daher erscheint es ebenfalls als wichtig, sich mit dieser Thematik einmal näher zu beschäftigen. Dies soll an dieser Stelle unter Anderem mit Hilfe von Fragestellungen versucht werden, um eine interaktive Beschäftigung mit diesem Thema anzuregen.

Antibiotika angewandt) (http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate.../z_habilitation_zur_abgabe_INTERNET.pdf?hosts=)
⁴⁶ Antineoplastic strategy: siehe Antineoplastische Konzept

Zunächst einmal, welche Aufgaben hat eine Ernährungsberatung?

Die Ernährungsberatung sollte versuchen Ernährungsinformationen und Ernährungsverhalten zu einer Übereinstimmung kommen zu lassen. Dafür wäre es wichtig, den zu Beratenden zur Selbsthilfe anzuregen indem die Eigenverantwortung gefördert und eine realistische Selbsteinschätzung versucht wird zu erreichen.

Des Weiteren ist es wichtig Lernprozesse anzuregen, die es dem Patienten ermöglichen, Selbststeuerung und Handlungskompetenzen im Ernährungsverhalten eigenverantwortlich zu verbessern. Aus psychologischer Sicht ist es notwendig, vorhandene Kräfte zu mobilisieren und eine ausreichende Motivation zu erreichen, damit notwendige Ernährungsumstellungen durchgeführt werden können. (Leitzmann et al, 2003)

Welche Ziele sollte eine Ernährungsberatung verfolgen?

- Sie sollte eine Verhaltensänderung hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten bewirken.
- Eine Eigenkontrolle über die Gesundheit und Erkrankung versuchen zu erzielen.
- Eine gesteigerte Kompetenz für gesundheitsförderndes Verhalten erreichen. (Leitzmann et al, 2003)

Wie können diese Zielsetzungen umgesetzt werden?

- Die Ernährungsberatung sollte **Auskünfte erteilen** über das was wirklich wichtig und bedeutend für den Patienten ist. Der Umfang des Informationsbedarfs sollte dafür im Vorfeld mit dem Patienten abgeklärt werden. Somit kann eine Informationsüberflutung und eine daraus bedingte Interessenslosigkeit vermieden werden.
- Es sollte versucht werden beim Ratsuchenden den **Wunsch nach geeigneten Ernährungsempfehlungen zu wecken**. Dabei wäre es besser demjenigen mit Ratschlägen zu begegnen, anstatt ihm mit Lehrmeinungen gegenüber zu treten. Denn je mehr der Wunsch nach Veränderungen im Patienten geweckt ist umso größer ist die Motivation mitzumachen.
- Die Gesprächsführung müsste so gestaltet sein, dass der Patient **zur Selbstreflexion angeregt wird** und eigene Wege und Ziele zur Ernährungsumstellung entwickelt.
- Der Berater sollte versuchen **Wunschvorstellungen** nach Veränderungen beim Patienten **anzuregen** die mit den eigenen Vorstellungen - was die Zielsetzungen betrifft - übereinstimmen. Dadurch kann er zu Handlungen anregen die zum weiteren Durchhalten motivieren.
- Diese **einzelnen Schritte** können auch **schriftlich** von dem Ratsuchenden **festgehalten werden**, um selber die eigenständig gesetzten Ziele immer wieder vor Augen zu haben. (Leitzmann et al, 2003)

Diese Darstellung darüber was eine Ernährungsberatung beinhalten und erreichen sollte, ist eine kurze Auflistung von dem was eventuell wichtig oder notwendig wäre und hegt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

2.7 Ernährungstherapien

Da einige der befragten Therapeuten auch Ernährungstherapien durchführen, soll hier auch auf einzelne Ernährungstherapieformen eingegangen werden, und einen groben Überblick über die verschiedenen Vorgehensweisen zu geben. Zudem soll hierdurch auch die Bandbreite der verschiedenen Ernährungsformen dargestellt werden um eine generelle Übersicht der verschiedenen Möglichkeiten zu erhalten.

Vorweg, der Begriff Ernährungstherapie wird häufig auch durch die Bezeichnung Diättherapie ersetzt. (Suter, 2005)

Zunächst einmal, was versteht man unter dem Begriff Ernährungstherapie?

Darunter versteht man eine wissenschaftlich fundierte Behandlungsmaßnahme, bei der verbindliche und individuell auf den Patienten abgestimmte ernährungstherapeutische Maßnahme zur Anwendung kommen. Dabei wird die derzeitige Verfassung und Erkrankung des Patienten separat beurteilt, um eine adäquate Therapieform zur Anwendung kommen zu lassen. Dies können z.B. Vollkost oder nährstoffdefinierte Diäten sein. In diesem Zusammenhang werden Ernährungspläne erstellt, und verhaltenstherapeutische Maßnahmen hinzugezogen. Diese werden an die beruflichen, familiären und sozialen Lebensumstände des Patienten angepasst und berücksichtigt.

(Leitzmann et al, 2003; Suter, 2005)

Die Ernährungsmedizin unterteilt die zur Anwendung kommenden Ernährungstherapien in drei Hauptgruppen:

- Die Vollkost und die leichte Vollkost
- Die Nährstoffdefinierten Diäten
- Die Sonderdiäten

(Kasper, 2004; Suter, 2005)

Natürlich gibt es noch weitere Unterformen der einzelnen Ernährungstherapieformen, aber diese sollen hier nicht zusätzlich erläutert werden, da bei dieser Aufführung nur ein Überblick über die Hauptanwendungsformen gegeben werden soll.

2.7.1 Vollkost und leichte Vollkost

Die Vollkost (Normalkost) und die leichte Vollkost basiert auf den Richtlinien der DGEM und steht für eine vollwertige Ernährung. Diese muss bedarfsgerecht sein, damit sie die Gesundheit des Patienten erreichen bzw. gewährleisten kann.

Bei der leichten Vollkost werden Lebensmittel und Speisen gemieden, die eine Unverträglichkeit auslösen. Jedoch sind ansonsten alle Nahrungsmittel erlaubt, die vom Patienten vertragen werden. Diese kann vor allem auch bei postoperativen Eingriffen zum Einsatz kommen wie z.B. nach Operationen im Gastrointestinaltrakt oder während einer akuten Pankreatitis.

Dabei soll sie...

- ...den Bedarf aller essentiellen Nährstoffe decken.
- ...sich dem Energiebedarf des Patienten anpassen.
- ...die ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse mit in die präventiven Maßnahmen involvieren.
- ...sich den Ernährungsgewohnheiten der Patienten anpassen.

(Biesalski et al, 2004; Suter, 2005)

2.7.2 Nährstoffdefinierte Diäten (energiedefinierte Diäten)

Hierbei handelt es sich um ernährungstherapeutische Maßnahmen, bei der die Ernährung sich an den jeweiligen Bedürfnissen oder an den Therapiezielen einer Ernährungsumstellung orientiert.

Anhand der perioperativen Ernährung wird aufgezeigt, wie wichtig eine gezielte Erhebung des Ernährungsstatus ist, um eine bessere prognostische Vorhersage leisten zu können.

Bei der perioperativen Ernährung werden präoperative Nährstoff- und/oder Flüssigkeitsdefizite erfasst, um diese bei Bedarf dem Patienten zu substituieren. Dies soll die postoperativen Wundheilungen verbessern und Wundinfektionen vermindern. (Kasper, 2004) Dabei kommen unter anderem parenterale Ernährungen zum Einsatz, um eine gezieltere und schnellere Versorgung – unter Umgehung des Verdauungstraktes – mit Nährstoffen zu erzielen. (siehe Kapitel 2.5.1)

Weitere nährstoffdefinierte Ernährungen sind: Sonderdiäten und die enterale Ernährung.
Ebenfalls

2.7.4 Alternative Ernährungsformen

Die alternativen Ernährungsformen orientieren sich überwiegend an den Vorgaben des Vegetarismus (siehe Kapitel 2.7.4.1) und haben als gemeinsames Hauptmerkmal den Verzicht bzw. die Ablehnung aller aus der tierischen Produktion stammenden Lebensmittel. Dabei wird im Besonderen großen Wert auf die Lebensmittelqualität gelegt was sich dadurch bemerkbar macht, dass die Kontaminierung durch Umweltbelastungen und unnatürlichen Konservierungsmitteln vermieden wird. (Leitzmann et al, 2003)

Gemeinsamkeiten von alternativen Ernährungsformen sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Pflanzliche Lebensmittel werden bevorzugt verwendet.
- Es werden primär Produkte aus ökologischer Landwirtschaft verzehrt.
- Bei der Lebensmittelerzeugung wird auf eine möglichst natürliche und nicht übertriebene Verarbeitung geachtet.
- Es wird auf Zusatzstoffe in den Lebensmitteln verzichtet.
- Es werden bevorzugt heimische Lebensmittel verwendet. (Leitmann und Michel, 1993)

2.7.4.1 Vegetarische Kostformen (Vegetarismus)

Vegetarismus leitet sich von dem lateinischen Begriff „vegetare“ (lat. = wachsen, leben) ab. Dabei handelt es sich nicht nur um eine Ernährungsform sondern auch um eine Lebensweise, die unterschiedliche Ziele und Beweggründe aufweist.

Die Beweggründe können unter Anderem sein:

- Ethisch/religiös (Töten als Unrecht, Mitgefühl mit Tieren etc.)
- Ästhetisch (Ekel vor Fleisch und dem Anblick von toten Tieren etc.)
- Spirituell (Freisetzung geistiger Kräfte etc.)
- Sozial (Erziehung etc.)
- Gesundheit (Gesundheitserhaltung, Körpergewichtsregulation, Krankheitsbehandlung etc.)
- Kosmetisch (zur Körpergewichtsreduktion, Beseitigung von Hautunreinheiten)
- Hygienisch-toxikologisch (Schadstoffaufnahmeverminderung)
- Ökonomisch (finanzielle Möglichkeiten)
- Ökologisch (Ablehnung tierischer Nahrung als Beitrag zum Welthungersproblem, Massentierhaltung vermindern)
(Leitzmann, Hahn, 1996)

Die Formen vegetarischer Ernährungen sind in:

Lakto-Vegetarier, Ovo-Vegetarier, Lakto-Ovo-Vegetarier, Veganer, strikte Veganer und als Sonderform die Rohköstler unterteilt.

Bei all diesen Formen ist hervorzuheben, dass die Cholesterinaufnahme im Vergleich zur Gesamtbevölkerung um ca. 50% niedriger ist und sie daher bevorzugt bei Post-Herzinfarktpatienten angewendet wird. (Leitzmann, Hahn, 1996)

Es gibt noch eine weite Fülle an Ernährungsformen, die aus therapeutischen (z.B. Vollwertige Ernährung nach der DGE) als auch philosophischen Gründen (z.B. Anthroposophische Ernährung) zum Einsatz kommen. Die weitere Befassung mit diesem Thema würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Daher werden sie hier nur kurz erwähnt.

3. Methodologischer Teil

Dieser Teil der Arbeit beschäftigt sich damit, wie und warum welche Vorgehensweise (Methodik) benutzt wird, sich dem Thema „Stellenwert der Ernährung innerhalb der Osteopathie“ anzunähern. Das Thema wird erläutert, um zu einer wissenschaftlich fundierten Neuerkenntnis zu gelangen. Dazu bediene ich mich der Methodologie, die einerseits als Grundstein für jedwellige wissenschaftliche Arbeiten dient, aber auch als Unterstützung interdisziplinärer Kommunikation mithelfen kann in der Übereinstimmung des Sachverständnisses Klarheitsschaffende Wirkungen zu erzielen.

Dabei sind die einzelnen Schritte, die bei der Vorgehensweise methodologisch vollzogen werden vorgegeben und stellen eine Art Grundgerüst da, um zu einer bestmöglichen Effizienz bei der Extrahierung der Daten und Informationen zu gelangen.

„Als Methodologie bezeichnet man die Lehre von den Methoden, die Auskunft darüber gibt, wie man den interessierenden Weltausschnitt erforschen kann, das heißt, welche Schritte gegangen werden müssen und wie die Schritte gegangen werden sollen.“ (Gläser und Laudel, 2006, p.22)

Dazu möchte ich zunächst noch einmal die Fragestellung wiederholen:

„Welchen Stellenwert hat die Ernährung im Bereich der Osteopathie?“

Zu dieser Fragestellung sollen damit im direkten Zusammenhang stehende und eventuell in anderen Studien erwähnte Themenbereiche herausgefunden werden. Danach erfolgen genaue Überlegungen, wie diese mit in die Fragestellung integriert werden können:

„Die theoretischen Vorüberlegungen haben die Aufgabe, das für die Untersuchungsfrage relevante und bereits durch andere erarbeitete Wissen zusammenzutragen. Mit diesem Wissen kann das Problem strukturiert werden. Dazu gehört, die in der Untersuchungsfrage genauer zu formulieren,

Einflussfaktoren aufzufinden, die in der Untersuchung berücksichtigt werden müssen, und festzulegen, welche Informationen gebraucht werden, damit die Untersuchungsfrage beantwortet werden kann. In den theoretischen Vorüberlegungen wird also der Kausalzusammenhang, nach dem gesucht werden soll, so genau wie möglich benannt.“ (Gläser und Laudel, 2006, p.31)

Es gilt nun, die passende Methode zur Fragestellung herauszufinden, um zu einem Ergebnis zu kommen, das den wissenschaftlichen Ansprüchen genügt.

Dabei spielt die Übereinstimmung der Vorgehensweise eine wesentliche Rolle, da sie dadurch zu rekonstruierbaren und nachvollziehbaren Schritten führt:

„Die Grundlage einer Methodologie bilden bestimmte Prinzipien, die die Beurteilung und die Auswahl von Untersuchungsstrategien und Methoden anleiten sollen. Methodologische Prinzipien sind also allgemeine Forderungen an die Untersuchungsstrategien und Methoden eines Wissenschaftsgebietes. Ihre Einhaltung stellt sicher, dass das durch einzelne Wissenschaftler und Forschungsgruppen produzierte Wissen auch zum gemeinsamen Wissenskörper passt und sich die anderen Wissenschaftler auf die Ergebnisse verlassen können.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 27)

3.1 Auswahl der Methode

In diesem Fall ist die gewählte Methode eine qualitative, sozialwissenschaftliche Inhaltsanalyse im Interviewstil. Diese gehört zu der empirischen Sozialforschung:

„Als empirische Sozialforschung bezeichnen wir Untersuchungen, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen. Auch wenn diese Forschungsprozesse als ‘empirisch’, d.h. als ‘auf Erfahrung beruhend’ bezeichnet werden, gehen sie Theorien aus und tragen zu ihnen bei. Sie tun das, indem sie angeleitet such Theorien die soziale Realität beobachten und aus den Beobachtungen theoretische Schlüsse ziehen.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 22)

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Interviewleitfaden zur Hilfe genommen.

Wie kam es zu dieser Auswahl der Methode bzw. warum habe ich mich für eine qualitative, sozialwissenschaftliche Methode entschieden?

Zunächst einmal habe ich mich – so wie es sein sollte und oben aufgeführt und beschrieben ist – im Vorfeld meiner Überlegungen mit dem Grundthema Ernährung literarisch (Fachliteratur, Studien etc.) beschäftigt um mich mit meiner Fragestellung genauer auseinander setzen zu können:

„Ein weiteres Element des wissenschaftlichen Wissens über den Untersuchungsgegenstand sind die empirischen Ergebnisse anderer Untersuchungen. Diese Ergebnisse beantworten natürlich nicht unsere Forschungsfrage (denn dann wäre es ja gar keine). Sie können aber wichtige Informationen beisteuern, die wir in der Untersuchung nutzen können – als Hinweise auf Kausalzusammenhänge und Einflussfaktoren, als ‘fertige’ Daten, die wir selbst nicht mehr erheben müssen, oder als Hinweise darauf, wie sich bestimmte Faktoren und Zusammenhänge im Feld ‘zeigen’.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 75)

Dabei stiess ich auf eine Besonderheit hin die mir aufzeigte, dass es nur wenige Studien in dem Bereich Ernährung und Osteopathie gibt (siehe Kapitel 1.3). Vor allem in Deutschland sind diesbezüglich noch keine osteopathischen Studien über die Thematik Ernährung im Zusammenhang mit der Osteopathie erschienen. Gibt es aber diesbezüglich noch keine wissenschaftlichen Abhandlungen zu einem Thema, müssen zunächst einmal grundlegende

Überlegungen angestellt und formuliert werden, die als Basis und Grundlage für nachfolgende Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet dienen:

„Sozialwissenschaftliches Erklären ist ‘ursächliches Erklären’, wie Max Weber schrieb, es soll also Kausalzusammenhänge formulieren, die in einem bestimmten Gegenstandsbereich auftreten.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 23)

„... die empirische Identifizierung von Kausalzusammenhängen und ihre anschließende Verallgemeinerung legen die Anwendung qualitativer Methoden nahe.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 25)

Hinzu kommt, dass grundlegende Sachverhalte noch gar nicht zu diesem Thema bestehen oder erforscht worden sind. Daher galt es zunächst einmal, bestimmte Merkmale herauszufinden, die in dem Zusammenhang mit der Fragestellung besonders häufig auftreten:

„Qualitative Methoden beruhen auf der Interpretation sozialer Sachverhalte, die in einer verbalen Beschreibung dieser Sachverhalte resultiert.“ (Gläser und Laudel, 2006, p.24)

Dafür hätte man natürlich auf eine quantitative Methode zurückgreifen können, aber dafür fehlten die erforderlichen, statistisch häufig auftretenden Merkmale, die es zunächst einmal herauszufinden gab:

„Quantitative Methoden beruhen auf einer Interpretation sozialer Sachverhalte, die in der Beschreibung dieser Sachverhalte durch Zahlen resultiert. Dabei werden entweder die Merkmale der Sachverhalte oder die Häufigkeit des Auftretens von Merkmalen durch Zahlen beschrieben.“ (Gläser und Laudel, 2006, p.24)

Das heisst, dass aufgrund der Tatsache, dass auf dem Gebiet der Fragestellung noch keine statistischen Datenmaterialien vorliegen, die Anwendung der qualitativen Methode das Mittel der Wahl ist:

„Das Schließen von statistischen Zusammenhängen auf Kausalzusammenhänge setzt die Anwendung quantitativer Methoden voraus, und die empirische Identifizierung von Kausalzusammenhängen und ihre anschließende Verallgemeinerung legen die Anwendung qualitativer Methoden nahe.“ (Gläser und Laudel, 2006,p. 25)

Hinzu kommt, dass die beiden Betreuerinnen dieser Thesis – Katharina Musil und Heidi Clementi – mir aufgrund des vorher beschriebenen Sachverhaltes zu dieser Studienart rieten, da es bezüglich des Themas „Stellenwert der Ernährung im Bereich der Osteopathie“ noch keine Meinungen, Studien oder Statistiken gibt. Daher entschied ich mich für eine sozialwissenschaftliche qualitative Inhaltsanalyse im Interviewstil mittels Interviewleitfaden.

3.2 Die Entwicklung der Fragen und die Erstellung des Interviewleitfadens

Bei der Entwicklung der Fragen wurde besonderer Wert darauf gelegt, dass die Fragen als solche in einem offenen Fragestil⁴⁷ formuliert wurden, um ein möglichst breites Antwortspektrum zu erhalten:

„Dem Prinzip der Offenheit wird dadurch Rechnung getragen, dass offene Fragen formuliert werden, die dem Interviewten die Möglichkeit geben, entsprechend seinen Vorstellungen zu antworten.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 111)

Wenn sich im Verlauf des Interviews weitere interessante Aspekte oder Themen auftaten, wurde mit Nachfragen weiter nachgehakt, bzw. diese dem Interviewleitfaden hinzugefügt. Dies geschah vor allem dann, wenn der Eindruck der Unvollständigkeit bei einer der gegebenen Antworten entstand oder sie nicht vollständig bzw. nicht informativ genug erschien:

„Nachfragen werden gestellt, um die Antwort des Interviewpartners auf eine Hauptfrage zu vervollständigen bzw. zu erweitern. Nachfragen können als Erzählanregung gestellt werden, wenn der Interviewpartner die als Antwort auf die Hauptfrage begonnene Erzählung fortsetzen soll (oder noch gar nicht begonnen hat).“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 124)

Die Hauptfragen wurden als Einleitungsfragen zu den jeweiligen Themenbereichen – die direkt oder indirekt mit der eigentlichen Fragestellungen in Verbindung standen – gestellt worden. Sie dienten unter anderem dazu, in die jeweilige Thematik einzutauchen:

„Hauptfragen bilden das Gerüst des Leitfadens. Sie sind darauf gerichtet vom Interviewpartner komplexe, umfassende Antworten zu dem benannten Sachverhalten zu erhalten.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 124)

Jedoch war der erstellte Interviewleitfaden lediglich ein Grundgerüst für die Befragung der Interviewpartner (IVP) und sollte dafür sorgen, dass eine gewisse Informationsgleichheit zwischen den einzelnen Interviews entstand. Zudem sollte er dafür Sorge tragen, dass keiner der wesentlichen Aspekte während der Befragung vergessen wird:

„Im Rahmen des verstehenden Interviews ist der Leitfaden eine flexible Orientierungshilfe. Ist er erst einmal erstellt, kommt es selten vor, dass der Interviewer die Fragen eine nach der anderen abliest und der Reihe nach stellt. Der Interviewleitfaden stellt lediglich eine Hilfe dar, um die Informanten zu einem bestimmten Thema zum Reden zu bringen, und im Idealfall entsteht eine Gesprächsdynamik, die, sofern sie beim Thema bleibt, bedeutend wertvoller ist als das simple antworten auf Fragen.“ (Kaufmann, 1999, p.65)

Bei den einzelnen Fragenfindungen kam es mir vor allem darauf an, sich so gut wie möglich an praxisorientierten Themen im Bereich Ernährung zu halten und so auch die Fragen zu dem Interviewleitfaden zu erstellen. Dabei orientierte ich mich vor allem an der Ernährungsmedizin, da in diesem Bereich die höchsten Anzahlen von wissenschaftlichen Studien vorliegen (siehe Kapitel 2.5). Sie diente mir als Vorlage bei der Eruiierung von

⁴⁷ offene Fragen: *„Die offene Frage ergibt ein breites Spektrum an Antwortmöglichkeiten. Wir erfahren die Wünsche und Meinungen unserer Gesprächspartner. Allerdings geben wir zunächst bis zu einem gewissen Punkt die Gesprächsinitiative an den Partner ab. Im Regelfall fördern offene Fragen die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 127)*

systematischen Vorgehensweisen bei der Frage nach dem Ernährungsstatus – einem wesentlichen Aspekt bei der Befunderhebung – und gab zudem Aufklärung über ebenfalls defizitäre Zustände bezüglich der Ausbildungssituation im Bereich Ernährung bei den Schulmedizinern (siehe Kapitel 1.3).

Da diese Aspekte sehr genau zur erstellten Hypothese (siehe Einleitung) passen, stellt die Ernährungsmedizin somit die Basis für die Studiensuche und eine Art Referenz für alle weiteren Schritte bei der Erstellung des Leitfadens da.

Bei der Erstellung des Leitfadens wurden die Fragen so angeordnet, dass Themenbereiche, die inhaltlich in einem Zusammenhang stehen mit einander verbunden und nacheinander abgehandelt werden. Zu Beginn des Leitfadens wird eine einfache, weniger komplexe Frage gestellt, bei der der Befragte eine persönliche Meinung – unabhängig zu seiner beruflichen Auffassung - abgeben soll. Nach und nach steigern sich die Fragen in Richtung Fachwissen, in denen der Interviewpartner mehr und mehr sein Fachwissen über den Bereich Ernährung darlegen soll:

„ Man kann mit einigen einfachen und leicht zu beantwortenden Fragen beginnen, um einfach zunächst das Eis zu brechen. Doch sollte man auch nicht zu viele solcher Fragen stellen, weil sich der Informant sonst auf einen oberflächlichen Antwortstil einstellt.“
(Kaufmann, 1999, p.66)

3.3 Der Interviewleitfaden

- 1) Welche Rolle spielt das Thema Ernährung für sie persönlich
 - a) Wie bewerten Sie die Ernährung, und wie wichtig ist sie bei ihrer täglichen osteopathischen Praxis?

- 2) Welchen Einfluss hat der Ernährungsstatus/zustand des Patienten bei der Befunderhebung für Sie?
 - a) Wie integrieren Sie dies mit in Ihre Befundaufnahme?
 - b) Welchen Einfluss hat dies auf Ihre therapeutische Vorgehensweise? (Therapieaufbau, Therapieintegration, Therapiemaßnahmen... etc.)
 - c) Achten Sie dabei auch auf Mangelerscheinungen, und wenn ja, wie gehen Sie dabei vor? (Tipps, Empfehlungen, Ratschläge etc.)
 - d) Arbeiten Sie dabei auch mit Ernährungsberatern, Ernährungsmedizinern, Ärzten, Laboratorien oder anderen Untersuchungsorganen diesbezüglich zusammen?
 - e) Wie ist dabei die Zusammenarbeit? (Mit Ernährungsberatern, Ernährungsmedizinern, Ärzten, Laboratorien etc.)

- 3) Welche Krankheitsbilder spielen dabei für Sie im Bereich „Ernährung und Fehlernährung“ eine primäre Rolle?
- a) Wie integrieren Sie dies mit in ihre osteopathische Behandlung, und welche therapeutischen Maßnahmen ergreifen Sie dann? (Tipps, Vorschläge, Nahrungsergänzung...etc.)
- 4) Führen Sie auch Ernährungsberatungen durch? Wenn ja wie sehen diese aus?
- a) Wie sind dabei die Mitarbeit und Reaktionen der Patienten?
- b) Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?
- 5) Woher stammt Ihr primärer Wissensfundus im Bereich „Ernährung“ und „Ernährungsmedizin“, bzw. wie haben Sie sich diesbezüglich fortgebildet?
- a) Wie würden Sie den Ausbildungsumfang im Bereich „Ernährung“ in ihrer osteopathischen Grundausbildung umschreiben und bewerten?
- b) Sollte der Bereich „Ernährung“ in der osteopathischen Grundausbildung einen größeren Ausbildungsumfang einnehmen, und wie sollte das Ihrer Meinung nach aussehen? (z.B. Ernährungstherapien, Ernährungsberatung, Ernährungsmedizin- dazu gehört auch Ernährungspathologien, Fehlernährung etc.)
- c) Würden Sie es begrüßen, wenn es in dem Bereich Ernährung/Ernährungsmedizin postgraduierte Fortbildungen gäbe würde, und wären Sie dann auch dazu bereit, diese zu absolvieren?
- 6) Welchen Stellenwert hat somit die „Ernährung“ für Sie in Ihrer täglichen osteopathischen Praxis?
- 7) Was möchten Sie abschließend noch Ergänzungsweise zu dem Thema „Ernährung“ sagen?

3.4 Die Auswahl der Interviewpartner

Um eine möglichst hohe, repräsentative Auswahl der Interviewpartner zu erreichen – sofern dies bei der begrenzten Anzahl der Interviews möglich ist – wurde diese nach den folgenden Kriterien durchgeführt: Geschlecht, Beruf, Berufsstand, zusätzliche Qualifikationen, Praxisstandort, Alter.

„Die Stichprobenziehung ist zu Recht eines der Meisterstücke des standardisierten Interviews. Sie muß entweder repräsentativ sein, bzw. der Repräsentativität möglichst nahe kommen oder aber ausgehend von genauen Kategorien definiert werden.“ (Kaufmann, 1999, p. 60)

Geschlecht: Bei der Auswahl der Interviewpartner (IVP) wurde Wert darauf gelegt, dass Frauen und Männer in einem paritätischem Verhältnis zueinander – das heißt 4 : 4 – ausgesucht wurden. Das aus dem Grunde, weil dadurch die Meinungen beider Geschlechter zu gleichen Teilen erfasst und erforscht werden konnten.

Denn es gibt, unterschiedliche Essverhalten zwischen den Geschlechtern. Dies zeigt sich unter anderem bei der Auswahl von Nahrungsmitteln. Frauen lassen hierbei eine „gesundheitsbewusstere“ Auswahl der Nahrungsmittel erkennen, indem sie zu mehr Verzehr von Obst, Gemüse, Milchprodukten und Vollwerternährung tendieren. Insgesamt gesehen, ist ihr Essverhalten dem Ernährungsideal am nächsten gelegen, vergleicht man dies mit Männern:

„Als allgemeine Tendenz kristallisiert sich aus einer Vielzahl unterschiedlichster Studien das Ergebnis heraus, dass Frauen – in den entwickelten Wohlstandsgesellschaften – bei Umfang und Auswahl der Nahrung eine Haltung erkennen lassen, die gemeinhin als ‘gesundheitsbewusst’ interpretiert wird. Dies bedeutet, dass das Ernährungsverhalten der Frauen im Durchschnitt eine größere Nähe zu den propagierten Ernährungsidealen aufweist als das der Männer, was sich vornehmlich in vergleichsweise höheren Verzehrswerten von Obst und Gemüse, Milchprodukten und Vollwert- bzw. Diätwaren sowie einer deutlich geringeren Aufnahme von Fleisch und Alkoholika äußert.“ (Setzwein, 2004, p. 173+174)

Dies setzt sich fort im Bewusstsein und dem Wissen über „gesunde Ernährung“, was in der Einstellung, und dem Essverhalten – gegenüber den Männern – eindeutig bemerkbar macht:

„Darüber hinaus sind auch das Ernährungswissen, die Einstellung zu „gesunder“ Ernährung sowie die Orientierung an Körpnormen beim Essverhalten deutlich nach dem Geschlecht unterschieden [...]. Die männliche Vorliebe für Fleisch und auf der anderen Seite die Bevorzugung vegetarischer Kost bei Frauen konnte auch in Untersuchungen über Nahrungspräferenzen wiederholt bestätigt werden.“ (Setzwein, 2004, p. 174+175)

Auch Kilbert (2009) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Männer achten weniger auf eine gesunde Ernährung und setzen Ernährungsratschläge weniger um als Frauen.

Ernährungsumstellungen erweisen sich bei ihnen als schwieriger, da die Bereitschaft zur Mitarbeit geringer ist als bei Frauen:

„Frauen achten häufig mehr auf ihre Ernährung als Männer. Denkbar ist, dass die weiblichen Kontrollpatienten die Hinweise und Ratschläge der Ernährungsberatung stärker umsetzten und somit den Ernährungsunterschied zu den Interventionspatientinnen durch eine eigenständig verbesserte Ernährung geringer hielten. Männliche Kontrollpatienten hingegen stellten ihre normale Ernährung nicht um, so dass die Intervention in einem stärkeren Unterschied resultiert. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen die Idee nahe, dass auch in der Ernährungstherapie geschlechtsspezifische Therapiekonzepte sinnvoll sein könnten.“ (Kilbert, 2009, p. 77+78)

Aufgrund dieser Tatsachen, dass es unterschiedliche Essverhalten – zwischen Frau und Mann – gibt, könnte es sein, dass sich dies auch bei den Meinungen und Antworten der IVP so verhält bzw. widerspiegelt.

Beruf: Hierbei ist eine berufliche Tätigkeit als OsteopathIn und HeilpraktikerIn oder ArztIn die Voraussetzung zur Teilnahme an dieser Studie. Der Heilpraktiker spielt aus dem Grund eine Rolle, weil dies eine der gesetzlichen Bedingungen zur Ausübung und Anwendung

osteopathischer Techniken ist. An die Ausübung des Osteopathieberufes knüpft sich die Auflistung in der VOD-Liste (= Therapeutenliste des Verbandes der Osteopathen in Deutschland). Dies gewährleistet eine mindestens fünfjährige Voll- oder Teilzeitausbildung, da dies die Voraussetzung zur Aufnahme in diese Liste ist.

Berufsstand: Die Befragung wurde ausschließlich bei selbstständigen OsteopathInnen durchgeführt, weil dies ein grösseres Maß an Erfahrung und Selbstverantwortung mit sich bringt.

Zusätzliche Qualifikationen: Mindestens drei Jahre Berufserfahrung wurden vorausgesetzt, um den Aussagen durch mehr Erfahrung der Therapeuten eine größere Aussagekraft beimessen zu können.

Zudem haben die interviewten OsteopathInnen mehr Zeit gehabt, sich auch mit anderen Themenbereichen außerhalb der Osteopathie zu beschäftigen. Da in der Hypothese die Annahme vertreten wird, dass die meisten Osteopathen in ihrer Ausbildung zu wenig Wissen in dem Bereich Ernährung vermittelt bekommen haben, spielt dieser Aspekt dadurch eine noch größere Rolle. Denn je mehr Zeit den IVP zur Verfügung gestanden hat, lässt dies die Vermutung nahe liegen, dass die Befragten sich bereits mehr mit der Osteopathie und weiteren Zusammenhängen auseinandergesetzt haben. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Thema Ernährung mit in diese Fortbildungsmaßnahmen – sei es durch Kurse oder in Eigenregie durch Fachliteratur – involviert worden ist. Somit könnten auch die Erfahrungswerte in dem Bereich Ernährung größer und gleichzeitig aussagekräftiger sein.

Praxisstandort: Alle Interviews fanden in den Praxen der IVP statt. Dadurch befanden sich die IVP in einer ihnen vertrauten Umgebung. Dies sollte dazu beitragen, dass sich die Befragten unbefangener fühlen, um dadurch eine gelöstere Grundstimmung zu erhalten.

Auswahl der Praxisstandorte: Hierbei wurde darauf geachtet, dass die Intervieworte möglichst weit auseinander liegen, damit dadurch auch regional unterschiedliche Gegebenheiten des Patientengutes vorhanden sein konnten. Dies sollte zu einer Erweiterung des Spektrums an Sichtweisen führen.

Alter: Das Alter der IVP ist relativ offen gehalten, um eine möglichst große Altersspannweite zu erzielen. Dadurch werden die Meinungen sowohl von jüngeren als auch von älteren Osteopathen aufgenommen, damit eventuell generationsübergreifende Meinungsdarstellungen erzielt werden.

3.5 Die Durchführung der Interviews

Alle IVP wurden vor dem Einschalten des Aufnahmegerätes darüber in Kenntnis gesetzt, dass jegliche Anonymität ihrer Person und ihrer Daten gewahrt bleibt. Dies geschieht dadurch, dass alle Angaben zur Person (Adresse, Name, Beruf etc.) verändert wurden, indem jeder der Befragten ein Akronym erhielt und bei der Transkription anonymisiert wurde, sodass eine namentliche Rückverfolgung nicht möglich ist. Desweiteren wurde den IVP versichert, dass keine Veröffentlichung der Aufnahmen durchgeführt wird.

Die IVP wurden darüber aufgeklärt, dass das Gespräch mit einem Aufnahmegerät – zwecks späterer Transkription- aufgenommen wird. Dies geschah mit einem Gerät der Firma Apple (iPod classic) und einem TuneTalk Stereo Adapter von Belkin. Die Transkriptionen wurden später – wie oben beschrieben – in anonymisierter Form niedergeschrieben und anschliessend – unter Einhaltung der Anonymität – ausgewertet.

Die Aufnahmen wurden schliesslich auf CD gebrannt und separat aufbewahrt, um bei Bedarf nach Einsicht zur Verfügung zu stehen. Um einen Missbrauch der Daten zu verhindern, wurden die Audiodaten von der Computerfestplatte gelöscht.

Alle IVP wurden vor dem Einschalten des Aufnahmegerätes über den Sinn und Zweck des Interviews mündlich aufgeklärt. Es wurde ihnen nahegelegt, bei einer nicht verstandenen Frage nachzufragen oder um eine nähere Erklärung zu bitten.

Ferner wurden sie dazu angehalten, sich ganz frei zu fühlen und ihre Anspannung abzulassen, und sich bei Bedarf während des Interviews bei den Antworten genügend Zeit zu lassen, um eventuell auch eine Denkpause einzulegen.

3.6 Die Transkription der Interviews nach „Hoffmann/Riem“

Unter dem Begriff Transkription (lat. trans-scribere = umschreiben; lat. Transcriptio = Umschreibung, Übertragung) versteht man das Übertragen von Audio- oder Videoaufnahmen in eine schriftliche Form. Dies können Interviews, Gespräche, Konferenzen, Diktate, Filme etc. sein. Damit eine Auswertung der Aufnahmeinhalte erfolgen kann, müssen die zuvor aufgenommenen Daten von Hand in den Computer eingegeben werden.

Für eine wissenschaftliche Transkription gibt es verschiedene anerkannte Verfahren, die je nach Gebrauch und Bestimmung ausgesucht werden müssen. Diese Transkriptionsarten müssen sich an feste Regelsysteme (Transkriptionsregeln) halten.

Dazu muss im Vorfeld festgehalten werden, zu welchen Zwecken die Auswertung des Transkriptionsmaterial benötigt wird bzw. welche Forschungsabsichten vorliegen. Da es sich in diesem Falle lediglich um eine grobe Übersicht des Gesprächsinhaltes handelt, wurde sich für die Transkription nach Christa Hoffmann-Riem entschieden. Hierbei handelt es sich um eine einfaches, aber häufig benutztes Transkriptionssystem, welches die notwendigen Gesprächsinhalte vollständig wiedergibt und eine wahrheitsgetreue Vorlage darstellt.

In dem folgenden Abschnitt werden die Regeln und Zeichen, die bei der Transkription zu beachten sind dargestellt. Dies soll einen Überblick verschaffen, wie die einzelnen Zeichen zu werten und verstehen sind.

Transkriptionsregeln nach Hoffmann-Riem (Zeichen und ihre Bedeutungen):

www.i-study.de/f4/Transkribieren.pdf

..	= kurze Pause
...	= mittlere Pause
....	= lange Pause
.....	= Auslassung
/eh/	= Planungspausen
/ehm/	= Planungspausen
((Ereignis))	= nicht-sprachliche Handlungen, z.B. ((Schweigen))((zeigt auf ein Bild))
((lachend))	= Begleiterscheinungen des Sprechens (die Charakterisierung steht vor den entsprechenden Stellen)
((erregt))	= s.o.
((verärgert))	= s.o.
sicher	= auffällige Betonung, auch Lautstärke
s i c h e r	= gedehntes Sprechen
()	= unverständlich
(so schrecklich?)	= nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut

Ergänzung: Die Auswertungen der Interviews wurden alle nach diesen Transkriptionsregeln durchgeführt. Jedoch wurden bei den späteren Zitaten die lange Pausen, kurze Pausen, Betonungen und gedehntes Sprechen durch einen normalen Text ersetzt. Die /eh/ und /ehm/ durch drei Punkte (...) versehen. Dies gab den Zitaten eine bessere Lesbarkeit, da durch die vielen /eh/ und /ehm/ etc. ein flüssiges Lesen teilweise sehr erschwert wurde. Diese Vorgehensweise hatte aber keinen Einfluss auf die Analyse des Textes, da diese mit dem – nach Transkriptionsregeln ausgeführten – Originaltranskriptionstext durchgeführt wurde.

Danach bekamen alle Interviewpartner ein Akronym (da es sich um insgesamt 8 IVP handelt, wurden diese von A bis H betitelt), um ihre Anonymität auch während der Transkription zu wahren. Die Transkriptionen wurden durch ein Transkriptionsbüro durchgeführt. Die Interviewtranskriptionen erhielten fortlaufende Seitenzahlen und am linken Seitenrand durchgehende Zeilennummerierungen, um später einzelne Textpassagen als Zitate benennen zu können.

Wenn man die Wörter und Seiten aller Interviews addiert, so kommt man auf folgende Summen:

Anzahl der Wörter: 30.086

Anzahl der Seiten : 71

3.7 Die Qualitative Inhaltsanalyse

Die Aufgaben, die die qualitative Inhaltsanalyse bei dieser Arbeit zu erfüllen hat, liegen vor allem in der Extraktion von Informationen bezüglich Meinungen, Erfahrungen und Fachwissen der einzelnen zu befragenden Therapeuten. Dabei kommt es nicht so sehr auf die formalen Aspekte der Kommunikation an, sondern auf die eigentlichen Kommunikationsinhalte der IVP. Auch wenn der Begriff „Meinungen“ viel Subjektivität beinhaltet, so ist sich bei der Analyse der Interviews hauptsächlich auf die Kernaussagen zu konzentrieren. Dadurch erhält man einen gewissen „Roten Faden“ bei, ohne zu sehr vom eigentlichen Sinn der Frage abzuschweifen:

*„Inhaltsanalyse ist eine Forschungstechnik für die objektive, systematische und quantitative Beschreibung des **manifesten Inhalts** von Kommunikation.“ (Mayring, 2007, p.11 [Berelson, 1952, p. 18; Übersetzung und Hervorhebung P.M.]*

Um die einzelnen Transkriptionen besser auswerten zu können, wurden zunächst einmal die Themenbereiche der Textinhalte in Kategorien aufgegliedert und einzeln ausgewertet:

„Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Analyse dar. Auch sie ermöglichen das Nachvollziehen der Analyse für andere, die Intersubjektivität des Vorgehens.“ (Mayring, 2007, p. 43)

Dadurch lassen sich die eigentlichen Aussagen der IVP den Themenbereichen besser zuordnen und die Zusammenhänge besser erkennen. Denn nicht immer kam es vor, dass die Befragten eine direkte Antwort auf die Frage gegeben haben, jedoch in anderen Fragen sinngemäße Antworten zu dem Thema zu finden waren. Es kommt auch vor, dass sich während eines Interviews neue Aspekte ergaben. In diesem Fall wurden die einzelnen Themenbereiche den Kategorien angepasst, um Platz für zusätzliche Informationen bereit zu

stellen. Nach dieser Einteilung der Themenbereiche in Kategorien, wurden die relevanten Textstellen aus dem Transkriptionsmaterial extrahiert. Dabei wurde darauf geachtet, dass der Inhalt der Textstellen eine ausreichende Relevanz für die Beantwortung der Untersuchungsfrage darstellt. Das bedeutet, dass bereits beim Lesen der Gesamtaussagen, vereinzelt interpretiert und selektiert wurde, da hierbei bereits klar wurde, was für die Beantwortung der Fragen relevant war, und was nicht:

„Extraktion heißt, den Text zu lesen und zu entscheiden, welche der in ihm enthaltene Informationen für die Untersuchung relevant sind. [...] ...die nur noch die Informationen enthalten soll, die für die Beantwortung der Untersuchungsfrage relevant sind.“ (Gläser und Laudel, 2006, p.194)

Nach der Extrahierung werden die Einzelaussagen – die relevanten Textstellen also – der IVP interpretiert und kommentiert, d.h. sie werden in einer verständlichen Zusammenfassung objektiviert dargestellt:

„Die Extraktion ist ein entscheidender Interpretationsschritt: Um festzustellen, ob relevante Informationen in einem Text enthalten sind, müssen sie ihn interpretieren. Auch die Zuordnung zu einer Kategorie und die verbale Beschreibung des Informationsinhaltes beruhen jeweils auf Interpretationen des Textes. Das bedeutet zugleich, dass in die Extraktion -trotz der dafür angebaren Regeln- die Verstehensprozesse des jeweiligen Wissenschaftlers eingehen, dass sie also individuell geprägt ist.“ (Gläser und Laudel, 2006, p. 195)

Es wurde dabei darauf geachtet, dass die extrahierten Textstellen immer mit Quellenangaben versehen wurden, um später eine nachvollziehbare Zuordnung zum Ursprungstext zu haben. Dies sollte gewährleisten, dass bei einer anschließenden Bewertung der Arbeit die einzelnen Interpretationen der „Originalaussagen“ schlüssig und nachvollziehbar interpretiert werden konnten.

Nachdem dies bei allen Interviews durchgeführt wurde, wurden diese relevanten Einzelaussagen den passenden Kategorien zugeordnet, um somit alle Aussagen zu einem Themenbereich beisammen zu haben. Dies ergab einen besseren Überblick, und man konnte erkennen, wo in den Aussagen Übereinstimmungen sind bzw. Unterschiede auftauchten. Insgesamt gesehen hat diese Vorgehensweise eine deutlichere Übersicht gegeben.

Nachdem die Einzelaussagen zusammengefügt und zugeordnet wurden, begann die eigentliche Analyse der Aussagen. Stichhaltigen Zusammenhängen und Übereinstimmungen wurden gesucht. Diese Aussagen oder Vorgehensweisen der befragten Therapeuten wurden zu einer sogenannten Zwischenkategorie zusammengefügt und die am meisten genannten Übereinstimmungen kategorisch nacheinander bewertet. Somit kann man erkennen, welche Aussagen am meisten getroffen wurden, oder wo die größten Übereinstimmungen vorlagen. Dadurch traten die verschiedenen Ansichten der IVP besonders in den Vordergrund und geben dem Betrachter einen guten Überblick über die einzelnen vertretenen Meinungen.

Dieser zweite Schritt der Interpretation ist eine weitere Selektion der Aussagen und lässt die anschließende Zusammenfassung aller Einzelaussagen noch einmal leichter und überschaubarer – auch wenn dies mit zusätzlicher Arbeit verbunden ist – erscheinen:

„Die qualitative Inhaltsanalyse ist das einzige Verfahren der qualitativen Textanalyse, das sich frühzeitig und konsequent vom Ursprungstext trennt und versucht, die Informationsfülle systematisch zu reduzieren sowie entsprechend dem Untersuchungsziel zu strukturieren.“
(Gläser und Laudel, 2004, p. 194)

Diese gesamten Schritte sind notwendig, um zu der eigentlichen Antwort zu gelangen, die mit der empirischen Frage die im Zusammenhang mit dieser Arbeit gestellt wird, zu gelangen.

Um einen besseren Überblick über die einzelnen Schritte bei der qualitativen Inhaltsanalyse zu bekommen, werde ich nun abschließend eine strukturierte Übersicht aufstellen:

1. Extrahierung der Rohdaten mittels Suchraster (bezugnehmend auf die Fragestellung)
2. Erster Interpretationsschritt (Zusammenfassung aller Rohdaten)
3. Erstanalyse der Zusammenfassungen
4. Zusammenfügen von Erstinterpretation und -analyse Zwecks besserer Übersicht
5. Zweite Analyse = Selektion und Suche nach Übereinstimmungen, Gemeinsamkeiten, Unterschiedlichkeiten, Besonderheiten etc.
6. Schreiben von Zusammenfassungen zu den einzelnen Themenbereichen/Kategorien
7. Zusammenfügen aller Daten aus Erstinterpretationen, Zitaten, Analysen und Zusammenfassungen zu je einem gesamten Themenbereich = Abschlussinterpretation aller Daten = Endergebnis

3.8 Zusatz

Beim zitieren von Zitaten aus Studien werden Zitate die mehr als drei Zeilen lang sind in 1er Zeilenabstand dargestellt. Bei den Zitaten der IVP werden auch diese längeren Zitate in 1,5er Zeilenabstand dargestellt, um dadurch einen besseren Lesefluss beizubehalten.

4. Ergebnisse

4.1 Persönliche Sichtweise über die Bedeutung der Ernährung für die befragten Osteopathen.

In diesem Abschnitt sollen die unterschiedlichen Sichtweisen der befragten Osteopathen herausgefunden werden, wie sie die Rolle der Ernährung für sich persönlich und für die Osteopathie sehen. Dabei ist es wichtig, herauszufiltern und darzustellen, wie sie die Ernährung mit in ihre Behandlung integrieren, bzw. wie wichtig es ihnen erscheint das Thema Ernährung mit in den Praxisalltag einzugliedern.

Wie das aus der Sicht von amerikanischen Osteopathen, deutschen Ernährungsmedizinern und Andrew Taylor Still betrachtet wird, ist im Kapitel 1.2 – 1.4 beschrieben.

Nach der Meinung von Frau A haben viele Krankheiten ihren Ursprung in einer ungesunden Ernährung. Dies äußert sich in zu fettiger, mit Konservierungs-, Zucker- und Zusatzstoffen versetzten Nahrungsmitteln, qualitativ minderwertigen Inhalten und quantitativ ein zu viel an Konsumierung:

„Ich finde das Thema Ernährung sehr wichtig, weil ich denke, dass viele Probleme und Krankheiten, mit denen die Leute zu uns kommen, auch ihren Ursprung eben in falscher Ernährung haben,... auch zu viel Essen, oder einfach die falschen Sachen essen, teilweise weil es ...ja, ungesunde Nahrungsmittel. Zu fettig. Zu viel ...Zusatzstoffe, zu unnatürlich, ...zu viel Fleisch, zu viel Alkohol, ...zu wenig trinken.“ (IPA 1/3-9)

Hierzu meint Suter (2005), dass Reaktionen auf Zusatzstoffe⁴⁸ mehr auf allergische Ebene stattfinden. Jedoch treten – nach seiner Meinung – diese Verknüpfungen nur gelegentlich auf:

„Zusatzstoffe können bei bestimmten Nahrungsmittelallergien (s.S. 317) das auslösende Agens sein, allerdings relativ selten.“ (Suter, 2005, p. 181)

In dem Jahresbericht indes – vom chemischen Veterinäruntersuchungsamt Sigmaringen (2002) – heißt es bezüglich der Beachtung und Einhaltung von Regelungen über die Verwendung von Zusatzstoffen, dass diese von den Herstellern nicht ernst genommen werden.

Was dies für Auswirkungen auf die Krebsentstehung hat zeigt eine Studie von Bursch (2007) die sich mit Zusatzstoffen, Weichmachern und Süßstoffen beschäftigt und dabei deren Auswirkungen auf den menschliche Organismus darstellt:

„Darüber hinaus werden zahlreiche Zusatzstoffe in der Lebensmittelindustrie eingesetzt, um die Qualität und Haltbarkeit der Nahrungsmittel zu verbessern; Süßstoffe finden breite Anwendung zur Herstellung kalorienarmer („Light“-) Produkte. In diversen Broschüren,

⁴⁸ Zusatzstoffe: „Stoffe mit oder ohne Nährwert, die in der Regel weder selbst als Lebensmittel verzehrt noch als charakteristische Zutat eines Lebensmittels verwendet werden und die einem Lebensmittel aus technologischen Gründen beim Herstellen oder behandelt zugesetzt werden, wodurch sie selbst oder ihre Abbau- oder Reaktionsprodukte mittelbar oder unmittelbar zu einem Bestandteil des Lebensmittels werden oder werden können.“ (§2, Absatz 3 LFBG) LFBG = Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch. Dazu zählen: Künstliche Süßstoffe, Farbstoffe, Konservierungsmittel, Antioxidationsmittel, Säuerungsmittel, Emulgatoren, Stabilisatoren, Backtriebmittel (Lückerath, Müller-Nothmann, 2008, p.106)

Informationsblättern und im Internet wird oft vor gesundheitsschädlichen einschließlich krebserregenden Eigenschaften einzelner Zusatzstoffe gewarnt.“ (Bursch, 2007, p 15+16)

Zudem kommt es vor, dass die vorgegebenen Grenzwerte in den Nahrungsmitteln oft nicht eingehalten werden:

*„[...] Wurstwaren wurden auf unzulässige Verwendung von **Zusatzstoffen**, Einhaltung der Höchstmengen von Zusatzstoffen sowie auf deren Kenntlichmachung bei verpackter und loser Ware überprüft. Grundsätzlich zeigen die Überprüfungen, dass die rechtlichen Bestimmungen hinsichtlich Deklaration der verwendeten Zusatzstoffe wie Farbstoffe, Geschmacksverstärker und vor allem des Konservierungsmittels Nitritpökelsalz von einem erheblichen Anteil der Hersteller, insbesondere kleinerer Betriebe, immer noch nicht beachtet werden.“ (Chemisches und Veterinäruntersuchungsamt Sigmaringen; 2002, p. 27)*

Was einen Hinweis darauf gibt, dass die Vorgaben von Höchstmengen nur dann einen Sinn machen, wenn diese auch kontrolliert und eingehalten werden.

Aber nicht nur die fehlende Kontrolle von Zusatzstoffen und der Nichteinhaltung von Dosierungen spielen bei der Entstehung von nahrungsmittelbedingten Erkrankungen eine Rolle, sondern auch die Art der Zusammenstellung unserer Nahrungshauptbestandteile (Eiweiße, Kohlenhydrate, Fette) sind hierbei maßgebend beteiligt. Ehrenteich (2007) stellt diesen Zusammenhang - in einer Studie von der Landesstelle für landwirtschaftliche Marktkunde Schwäbisch Gmünd – zwischen dieser Fehlernährung und deren pathogenen Auswirkungen her:

„[...] Eine falsche Ernährung mit zu viel Fett, Alkohol und zu wenig Nährstoffen kann sich früher oder später negativ auf die Gesundheit auswirken [...].“ (Ehrenteich, 2007, p. 17)

Des Weiteren kommt auch er ebenfalls zu der Erkenntnis, dass Zusatzstoffe in Nahrungsmitteln gesundheitsschädigende Nachwirkungen haben können:

„[...] Schadstoffrückstände oder Zusatzstoffe können negative Auswirkungen haben etc.“ (Ehrenteich, 2007, p. 17)

Somit stellt sich folgende Frage: „Wenn Zusatzstoffe in Studien an Grenzwerten bemessen und beurteilt, diese aber nicht vorschriftsmäßig eingehalten werden, und eine negative Ausprägung auf unsere Gesundheit haben, wie wirken sich die Nichteinhaltung von Höchstmengen auf den Gesundheitszustand der Verbraucher, aber vor allem auf unsere zukünftigen Generationen aus?“

Dazu eine Anmerkung von Schmidt & Schmidt (2004), die zu der Erkenntnis kommen, dass solche Zusatzstoffe zu schwerwiegenden Schädigungen am Fötus führen können, da diese imstande sind, diaplazentar in den Kreislauf des Ungeborenen zu gelangen:

„Nahrungsmittelzusätze: sie selbst oder ihre Spaltprodukte sind plazentagängig und haben außerdem eine potenziell kanzerogene Wirkung (v.a. Saccharin). Aus Aspartam kann im Fötus Methanol, ein hochtoxischer Alkohol, gebildet werden.“ (Schmidt, Schmidt, 2004, p. 371)

All dies spielte zu Zeiten von Still und Sutherland - nach Meinung von Frau A - keine so bedeutende Rolle und wird daher nicht so sehr in den Grundgedanken der Osteopathie involviert. Aufgrund dieser Annahmen, und in anbetracht einer solchen künstlichen Nahrungskette, muss dies aber ihrer Meinung nach mehr den je mit in die Osteopathie mit einbezogen werden:

„Als es vielleicht noch zu...Still's oder Sutherland's Zeiten war, weil die hatten damals eben noch nicht diese... ganze künstliche... Ernährung wie wir das ha-... jetzt heute haben, da... gab es mehr... wahrscheinlich Grundnahrungsmittel, und einfache... einfachere Nahrung wie heute, da gab es halt noch keine Tütensuppen, und Maggi und Co.“ (IPA 8/241-245)

„...und das ist ja heutzutage viel, viel ausgeprägter auch mit den ganzen Süßigkeiten und Cola, Limo... und so weiter, das hatten die damals noch nicht, und deswegen ist vielleicht die Ernährung so im Grundgedanken der Osteopathie da nicht so drin gewesen, explizit, und ich denke, dass das heute wichtiger geworden ist, es in die Therapie mit einfließen zu lassen. Eben weil wir so ein Überangebot haben, und unsere Nahrung immer unnatürlicher wird.“ (IPA 8/254-259)

Für Herrn B spielt die Ernährung keine so große Rolle wie für Frau A, denn es wird nicht bei jedem Patienten explizit nach der Ernährungssituation gefragt. Dies spielt nur dann eine Rolle, wenn er den Eindruck hat, dass dies beim Patienten eine beeinflussende Situation darstellt. Wenn beispielsweise bei der Anamnese herauskommt, dass hier eine eklatante Fehlernährung vorliegt. Ein weiterer Grund für ihn hier tiefgründiger nachzuhaken wäre, wenn trotz mehrer Behandlungen der Therapieerfolg ausbleibt. Ist dies der Fall, dann wird von ihm an dieser Stelle noch einmal gezielter nachgefragt:

„Also es spielt schon eine Rolle für mich, auf alle Fälle, ja, also ich achte jetzt nicht so intensiv drauf, [...] meist nur so allgemeine Sachen ab, wenn irgendwie, wenn mir dann in der Anamnese auffällt, [...] dann werde ich den Patienten schon explizit irgendwie darauf aufklären [...]...dann werde ich schon darauf eingehen, ...wenn bei mir einfach die Alarmglocken klingen. [...] Ja, das- dann- dann ist die Ernährung für mich eigentlich wichtig, und ...oder ...ich- wenn ich zum Beispiel irgendwie einen Patienten zwei-dreimal behandelt habe und es wird einfach nicht besser irgendwie und dann muss ich halt noch mal ...irgendwie explizit dann irgendwie einen anderen Bereich halt ansprechen. Und das kann dann unter Umständen dann die Ernährung dann sein. Ja.“ (IPB 1/5-16)

Dass dieser anfängliche äußere Eindruck eines Patienten nicht immer den tatsächlichen, wahren Zustand widerspiegeln muss, zeigt eine Studie von Liszewsky et al (1984), die dabei zu der Erkenntnis gelangten, dass es durchaus sinnvoll und notwendig sein kann, einen Patienten nicht nur nach dem oberflächigen ersten Eindruck zu beurteilen und einzuschätzen:

„The proper way to determine the type of therapy and which patient will benefit from nutritional support therapy is through a complete nutritional assessment. It is important to remember that a patient may be malnourished but not necessarily underweight. It is also important to remember that the malnourished patient does not necessarily lack food; the malnourished state may indeed result from either increased metabolism or malabsorption, as well as from improper dietary intake [...] It is obvious adequate nutritional assessment can not be obtained by simple inspection. The initial assessment is not an end in itself.“ (Liszewsky, 1984, JAOA No. 7, p. 69+71)

Das heißt unterm Strich gesehen, sollte man tiefgründiger an die Bewertung herangehen und sich nicht von groben Äußerlichkeiten leiten lassen.

Für Herrn „C“ hat die Ernährung in seiner Praxis eine grundlegende Bedeutung:

„Essentiell“ (IPC 1/5)

In der Praxis von Frau D wiederum spielt das Thema Ernährung eine untergeordnete Rolle.

„Hm. In der Praxis ...spielt das ...jetzt erst einmal eine unter- ...geordnete Rolle.“ (IPD 1/5)

Im Gegensatz dazu ist für Frau E ist dies ein wichtiges Thema, weil die Ernährung eine sehr große Einflussnahme auf den gesamten Körper nimmt und sogar das Denken und Handeln dirigiert. Dabei spielen die Qualität und Verträglichkeit der einzelnen Nahrungsmittel eine bedeutende Rolle bei der individuellen Anpassung der ernährungstherapeutischen Vorgehensweise:

„Hm. Generell ist es eine wichtige ...ein wichtiges Thema, denn ein Satz sagt es vielleicht ganz schön: Man ist, was man isst, also schlussendlich alles, unser Funktionieren, unser Denken unser Handeln, ist auch ganz stark davon abhängig, was führen wir dem Körper zu, ...und da ist es eben denke ich vor allem wichtig ja welche Qualität ...isst man, ...und wie ist die Verträglichkeit, das heißt, ...nicht jeder kann alles verdauen, nicht jeder kann alles vertragen, ...das man eben auch individuell ...abstimmt. Ok. Was ...was brauche ich, was braucht mein Körper, in welchem Zustand ist er, und entsprechend eben die Ernährung auch anpasst.“ (IPE 1/5-13)

Hippokrates (500 v. Chr.) sagte dazu: „Eure Lebensmittel seien Eure Medizin, und Eure Medizin seien Eure Lebensmittel.“ In anbetracht des Jahresberichts 2002 vom chemischen Veterinäruntersuchungsamt Sigmaringen kann von Medizin nicht immer gesprochen werden. Denn bei einigen der stichpunktartig durchgeführten Untersuchungen an Nahrungsmitteln beispielsweise, wurden gesundheitsgefährdende Belastungen festgestellt, die teilweise zu schweren körperlichen Beschwerden führen können (chemischen

Veterinäruntersuchungsamt Sigmaringen, 2002). Diese Feststellung unterstreicht die Aussage von Frau „E“, und zeigt auf, dass aufkommende Beschwerden auch mit der Nahrungszufuhr in Verbindung gebracht werden können

Für Herrn F spielt die Ernährung jedoch eine geringere Rolle in seiner osteopathischen Praxis. Er ist zwar der Meinung, dass es sehr wichtig ist, sich für dieses Thema zu interessieren, aber mehr als ein paar kleine randläufige Tipps gibt er den Patienten nicht mit auf den Weg:

„Spielt ein ga- eine ganz kleine Rolle in meiner ((lachend)) osteopathischen Praxis, ...ich finde es zwar wichtig, ...dass auch auf die Ernährung geachtet wird, ich finde es zwar immer schwieriger in der heutigen Welt, die Ernährung richtig zu gestalten, ...ich gebe lediglich kleine Tipps am Rande. (IPF 1/4-9)

Entgegengesetzt dazu hat für Herrn „G“ die Ernährung einen sehr großen Stellenwert in seiner osteopathischen Praxis. Aber wie viele andere Dinge auch, ist es nur ein Teilaspekt, der zur Gesunderhaltung des Patienten beiträgt:

„...eine wichtige Rolle, ...wie auch viele andere Sachen wichtig sind, Entspannung, Freizeit, also es hat seinen Stellen wert, aber nicht übergewichtig, also nicht jetzt irgendwie eine dominante Rolle, aber es ist ...schon präsent.“ (IPG 1/4-6)

Mit zunehmender Berufserfahrung ist Frau „H“ zu der Erkenntnis gekommen, dass das Thema Ernährung einen progressiv zunehmenden Stellenwert in ihrer osteopathischen Praxis erhält. Zu diesem Entschluss kommt sie aufgrund der Tatsache, dass die Grundversorgung eines Patienten sich kongruent zu seinem Allgemeinzustand verhält:

„Eine immer ...größer werdende Rolle. Also je länger ich arbeite als Osteopathin, desto mehr wird mir bewusst, dass Ernährung ...eigentlich fast mit an oberster Stelle steht, ...weil ich da immer wieder draufkomme, je schlechter die Grundversorgung eines Menschen ist, umso ...schlechter ist auch sein Allgemeinzustand, was ja diesen Menschen letztendlich auch zu mir ...hier in die Praxis führt.“ (IPH 1/5-9)

Zu einer ähnlichen Erkenntnis gelangt Kilbert (2009) ebenfalls. Für sie sind dabei die Folgeerscheinungen die aus einer Mangelernährung resultieren sehr einschneidend für den Krankheitsverlauf eines Patienten. Daher müssen bei der Betrachtung des Patienten grundsätzlich diese mit beachtet, und in die Behandlung miteinbezogen werden:

„Grundsätzlich steht die Mangelernährung in engem Zusammenhang mit der Grunderkrankung, was sich auch in den unterschiedlichen Prävalenzen der Mangelernährung in den einzelnen Fachrichtungen widerspiegelt. [...] Die gegenseitige Beeinflussung von Grunderkrankung, Komplikationen und Mangelernährung macht es schwierig, Ursache und Folge voneinander zu trennen. [...] Die Beurteilung des Ernährungszustandes eines Menschen muss daher stets auf der zusammenfassenden Beurteilung aller Kompartimente unter Einbeziehung des klinischen Zustandes basieren.“ (Kilbert, 2009, p. 14-17)

ZUSAMMENFASSUNG:

Für den überwiegenden Teil der befragten Therapeuten spielt das Thema Ernährung eine große bis sehr große Rolle in ihrer täglichen osteopathischen Praxis. Dabei wird sich zum Einen auf die Ernährungsweise der Patienten bezogen, die in der heutigen Zeit sich – nach der Meinung einiger Therapeuten – immer mehr zum Negativen hin entwickelt, und die immer mehr abnehmende Qualität der Nahrungsmittel. Aber auch zunehmende Berufserfahrungen spielen hierbei eine Einflussnahme, die dazu beitragen, dass das Interesse an dem Thema Ernährung zunimmt.

Es gibt aber auch einige Therapeuten für die die Ernährung keine bis nur eine sehr geringe Rolle bei der Betrachtung ihrer Patienten spielt und auch bei der Therapieauswahl keinen entscheidenden Einfluss nimmt.

4.1.1 Die Bewertung der Ernährung in der osteopathischen Praxis.

In diesem Abschnitt sollen die IVP eine Bewertung abgeben wie sie dies explizit in ihrer Praxis anwenden und wie wichtig es ihnen erscheint dies in ihren Praxisalltag zu integrieren. Das führt dazu, dass einige der Befragten ihre Aussage aus der o.a. Frage noch einmal korrigieren und zu einem anderem Ergebnis kommen.

Der eigentliche Sinn und Zweck aber liegt darin eine Bewertung über die Wertigkeit und Bedeutung der Ernährung innerhalb der Osteopathie abzugeben als dies in der vorherigen Frage der Fall ist.

Frau „A“ bewertet die Ernährung als sehr wichtig. In der Anamnese wird daher nachgefragt, wie sich die Patienten ernähren, um evtl. einen Zusammenhang mit dem Beschwerdebild herzustellen, damit sogleich entgegengewirkt werden kann:

„Also ich finde das schon sehr wichtig,...ich frage auch danach, wie die Leute sich so ernähren, und um einfach mal so ein Feedback zu geben, aber... ja und wenn, wenn ich aus der ganzen Anamnese und dem, was die Patienten sonst so erzählt haben, wenn...wenn ich daraus ersehen kann, das könnte auch mit an der Ernährung liegen [...] versuche ich schon darauf einzugehen.“ (IPA 1/12-19)

Bei Herrn B ist es wiederum etwas anders. Bei ihm hat die Ernährung eine unterschiedliche Wertung. Auf einer Wertigkeitsskala würde er zwischen 4 bis 5 von 10 möglichen Punkten geben. Wenn jedoch dringender Handlungsbedarf vorliegt, dann hat dies einen sehr hohen Stellenwert, der ihn dazu veranlasst, weitere notwendige Schritte einzuleiten. In solchen Fällen, geht er dann auch explizit darauf ein, und spricht den Patienten daraufhin an:

„Also so ganz allgemein würde ich sagen ungefähr ...zwischen ...vier und fünf.“ (IPB 1/26)

„Also es kommt wirklich explizit auf den- auf den Patienten drauf an, ja, ...wenn ich merke ...die- die Hauptursache liegt da bei der Ernährung und dann werde ich auch explizit auf die Ernährung drauf ansprechen. Aber allgemein würde ich ...so sagen zwischen vier und fünf. Auf der Skala.“ (IPB 1/36-39)

Auf die Frage hin, ob die Ernährung für ihn einen hohen Stellenwert für ihn hat, antwortet Herr C:

„Absolut, ja.“ (IPC 1/9)

Was impliziert, das ihm das Thema sehr wichtig erscheint.

Aus der Sicht von Frau „D“ müsste das Thema Ernährung einen größeren Stellenwert einnehmen.

„Also es müsste ...mehr müsste mehr Thema sein.“ (IPD 1/14)

Das bezieht sie unter Anderem auch auf ihren Praxisalltag.

„Auch in meiner Praxis, denke ich.“ (IPD 1/16)

Das heißt, dass Frau „D“ der Meinung ist, dass sie die Ernährung noch mehr in ihren Praxisalltag integrieren müsste, aber aufgrund ihres Wissensmangel kommt eine Ausweitung dieser Thematik in den Therapiealltag nicht zustande. Zu dieser Erkenntnis kommt auch Harris et al (1999). Die herausfanden, dass auch amerikanische Osteopathen diesbezüglich Nachhohlbedarf haben, was sich in einer verminderten Praxisintegration und Wissensmangel bemerkbar macht. (siehe Kapitel 1.3)

Für Frau „E“ hat die Ernährung nicht nur im Praxisalltag einen hohen Stellenwert sondern auch privat. Dies wird dann auch dementsprechend von ihr mit acht bis zehn (von zehn möglichen Punkten) Punkten bewertet:

„[...]...denn ...was für mich gilt privat gilt natürlich auch für die Patienten ...“ (IPE 1/17+18)

„Hm, zwischen acht und zehn.“ (IPE 1/31)

Ihrer Meinung nach ist es von entscheidender Bedeutung, was die Patienten auf der Ernährungsebene zu sich nehmen, da dies den Erfolg einer osteopathischen Behandlung entscheidend beeinflussen kann. Dies macht sich vor Allem im Bezug zum Bindegewebe bemerkbar. Zudem ist es für die Patienten ebenfalls von großer Bedeutung in eigener Regie etwas zu ihrer Gesundheit beitragen zu können:

„Das heißt mit ...entsprechenden ...Tipps ...können sie einfach ihrem Gesund werden und ihrem Gesund bleiben ...meistens sehr viel Gutes tun, ...und es hat natürlich auch sehr viel Einfluss darauf wie gerade in der Arbeit auf der Struktur des Bindegewebes [...] wenn die sozusagen immer wieder ...das falsche oben reinkippen, können wir natürlich osteopathisch viel machen, aber das wird mit Sicherheit nicht den Erfolg bringen, den sie haben könnten, wenn sie eben da achtsam auch mit sich umgehen. Ne?“ (IPE 1/20-27)

Welchen Einfluss eine Mangelernährung auf das Bindegewebe hat - was für Frau „E“ einen sehr bedeutenden Zusammenhang darstellt – zeigt Biesalski et al (2004) auf:

„[...] Zink ist essentiell für Aufbau und Degradation des Bindegewebes. [...] Beim erworbenen Zinkmangel, z.B. bei unzureichender parenteraler Ernährung und bei Morbus Crohn, treten zudem Nagelveränderungen und Wundheilungsstörungen auf. [...] Zinkmangel reduziert die T- und B-Zell-abhängige Immunabwehr. Diese Schäden sind durch Zinksubstitution zu bessern.“ (Biesalski et al, 2004, p. 184)

Dies unterstreicht die Aussage von Frau „E“ bezüglich des Bindegewebes dahingehend, dass durch eine Mangelernährung negative Einflussnahmen auf das von ihr genannte Bindegewebe zutreffend ist, da dadurch der Strukturaufbau beeinträchtigt wird.

Herr F bewertet die Ernährung diesmal mit sehr wichtig und bei manchen pathologischen Vorgängen spielt es für ihn eine zentrale Rolle:

„Naja, wenn ich jetzt osteopathisch denke, und von dem absehe, was ich tue, würde ich ihn sehr hoch einordnen. Das ist ja klar. Übersäuerung ist natürlich ein ganz zentrales Thema, ...und ...wir wissen alle, dass jede Grundlage einer Erkrankung oder einer Entzündung eine Übersäuerung ist.“ (IPF 1/30-33)

Die jetzige Bewertung steht im Widerspruch zu der Antwort aus Frage 1. Dort sagte Herr F, dass die Rolle der Ernährung für ihn in seiner Praxis sehr geringfügig ausfällt.

Auf einer Wertigkeitsskala würde Herr „G“ acht von zehn möglichen Punkten, bezüglich der Wichtigkeit, dem Thema Ernährung geben. Aus seiner Sicht bedeutet dies, dass es auf jeden Fall wichtig ist:

„Acht von zehn. Ja? Hmhm. Ja.“ (IPG 1/21)

„Also wichtig auf jeden Fall, die Ernährung, ...ja.“ (IPG 2/41)

Frau „H“ hat die Ernährung ähnlich hoch bewertet und gibt acht von zehn möglichen Punkten, was aus ihrer Sicht einer hohen Bewertung entspricht:

„Also, ich könnte jetzt eigentlich mal fast spontan sagen ...acht?“ (IPH 1/13)

„Ja? Doch eine recht hohe? Ja.“ (IPH 1/15)

ZUSAMMENFASSUNG

Bei diesem Fragenteil in dem die Befragten den Stellenwert der Ernährung in ihrer Praxis bewerten sollen, waren sich diesmal alle der Therapeuten darüber einig, dass die Ernährung wichtig bis sehr wichtig für sie sei. Dies wird in der vorherigen Frage – die zum Ausdruck bringen sollte welche Rolle die Ernährung innerhalb der Osteopathie, und für sie persönlich

spielt, von zwei der Interviewten konträr hierzu beantwortet. Dabei weisen sie der Ernährung eine untergeordnete Rolle zu. Bei dieser Fragestellung sind sich nun alle einig, die Ernährung hat einen hohen bis sehr hohen Stellenwert in der Praxis der befragten Personen. Dies stützt sich vor allem auf der Aussage, dass der Einfluss der Ernährung auf den Körper, und im Speziellen auf das Bindegewebe der Patienten so bedeutend ist, dass es den Erfolg einer Behandlung maßgeblich beeinflussen kann. Diese Feststellung wird im weiteren Verlauf der Befragungen von vielen der befragten Therapeuten bestätigt. (Siehe Zusammenfassung von Frage 3, 5b, 5c und 7)

4.2 Die Einflussnahme des Ernährungsstatus/-zustandes des Patienten in der Befunderhebung.

Bei dieser Frage soll herausgefunden werden, ob die Therapeuten bei der Befundaufnahme des Patienten den Ernährungsstatus/zustand mit integrieren bzw. die Erhebung dessen überhaupt als wichtig und beeinflussend finden. Dies soll aufzeigen, ob daraus Konsequenz für die darauffolgende therapeutische Vorgehensweise entsteht oder ob die Therapieauswahl unbeeinflusst davon bleibt.

Es zeigt aber auch auf, was die einzelnen Befragten unter dem Begriff Ernährungsstatus/zustand verstehen und wie umfangreich sie eine solche Statuserhebung betreiben.

Wie die Ernährungswissenschaft diesen Begriff definiert und welche Verfahren es zur Erstellung eines solchen Status gibt, wird im Kapitel 2.4 aufgeführt.

Dazu antwortet Frau „A“, dass sie den Ernährungsstatus bei der Befundaufnahme als sehr wichtig erachtet, sie aber nicht grundsätzlich dabei sehr ausführlich nachfragt, sondern eher dies vom individuellen Fall abhängig macht, ob hier dann detaillierter nachgefragt werden soll:

A: „Ja. Ich find es wie gesagt sehr wichtig,... wobei ich jetzt nicht sehr, sehr ins Detail gehe. Bei der Befragung. Ich möchte einfach so einen groben Überblick haben, und wenn ich den Eindruck habe da muss man mehr drauf eingehen, dann, dann spreche ich das eben noch mal extra an.“ (IPA 1/25-28)

Herr „B“ bezieht sich bei der Erhebung des Ernährungsstatus primär auf den BMI.

Wenn beispielsweise bei ein deutliches Abweichen des BMI vorliegt, dann hat dies einen sehr hohen Stellenwert, die ihn dazu veranlasst, weitere notwendige Schritte einzuleiten. In solchen Fällen, geht er dann auch explizit darauf ein, was dann weitere adäquate

Maßnahmen nach sich zieht. Wenn es notwendig erscheint, auch eine Verweisung des Patienten in eine Klinik:

„[...]...wenn jetzt ich hab zum Beispiel eine Patientin die ...hat einen BMI von ...von vierzehn gehabt, ja“ (IPB 1/27+28)

„Ja, also es war schon allerhöchste Eisenbahn, die ...habe ich dann auch in die- in die Klinik geschickt, ja, und da habe ich explizit auch bei ihr den Ernährungsstatus halt auch irgendwie dann in den Vordergrund dann auch gestellt.“ (IPB 1/36-39)

Für Herrn „C“ spielt die Erhebung des Ernährungsstatus eine sehr detaillierte und differenzierte Rolle bei der Befundaufnahme seiner Patienten. Dabei werden Vitamin-, Spurenelement- und Mineralstoffstatus über eine Haarmineralanalyse ermittelt, da seiner Meinung nach jeder von uns diesbezüglich defizitär ist. Hinzu kommen die Ermittlung von Aminosäuren und Fetten, was durch separate Testverfahren geschieht. Insgesamt gesehen eine sehr umfangreiche Untersuchung die er - nach seiner Aussage zu urteilen – bei jedem seiner Patienten durchführt:

„Mhm, nun es gibt verschiedene Ebenen, ja, in denen Ernährung ...heutzutage wichtig geworden ist, in all den ...Haarmineralanalysen und intrazellulären extrazellulären Tests, die wir auf Vitamine, Mineralstoffe eben machen, haben wir bis jetzt keinen einzigen gehabt, der positiv-normal gewesen wäre, das heißt wir sind alle chronisch defizitär, in den verschiedensten Bereichen, darüber hinaus, das heißt also Mineral-Vitaminhaushalt, Spurenelementhaushalt ist essentiell, und auch Versorgung von Aminosäuren... . [...] Fette spielen einfach eine Riesenrolle, und dabei, ja, ...die Auswahl der Fette ist auch immer ein wichtiges Thema, in den verschiedensten Anamnesen, und darüber hinaus ...halt durch oft versteckte Unverträglichkeiten, die ein großes Thema bilden.“ (IPC 1/12-21)

Marko: *„Machst du das bei jedem Patienten?“*

„Ja!“ (IPC 1/23)

Wie wichtig die Erfassung des Ernährungszustandes eines Patienten ist, zeigt die Arbeit von Kilbert (2009), die dies als Grundlage einer schnellen und adäquaten Gegenregulation von Mangelerscheinungen ansieht. Hierbei stellt sie fest, dass rechtzeitige supplementierte Patienten (mit Vitaminen und Spurenelementen) eine schnellere Regeneration aufwiesen als nicht behandelte Patienten.

Bezüglich der Haarmineralanalyse kam Hamilton (2003) zu der Erkenntnis, dass die meisten von ihr untersuchten und miteinander verglichenen Labore, unterschiedliche Ergebnisse aufwiesen, und somit die Validität der Untersuchungen durch Haarmineralanalysen nur als sehr gering einzustufen ist:

„Die Ergebnisse der HMA können nur unter Vorbehalt betrachtet werden. In der Literatur ist die HMA als geeignete Methode für Methyl-Quecksilber und organisches Arsen belegt und einsetzbar beim Screening großer Populationen für die Elemente Cadmium, Blei und Zink. Alle übrigen Aussagen der HMA bleiben unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Studien und den Ergebnissen dieser Arbeit Spekulation.“ (Hamilton, 2003, p. 89+90)

Aufgrund dieser Arbeit wurde nicht die Haarmineralanalyse als solches als unwissenschaftlich dargestellt, sondern die Qualitätssicherung der einzelnen untersuchten Labore, die unterschiedliche Ergebnisse aufwiesen.

Nach der Meinung von Frau „D“ hat der Ernährungsstatus eigentlich einen großen Einfluss bei der Befundaufnahme für sie, jedoch geht sie zu selten dabei tiefgründiger auf dieses Thema ein, da ihr Wissensfundus diesbezüglich zu gering ist.

D: „Eigentlich einen sehr großen, wobei ich ...nach wie vor noch nicht, eben aus ...dem Grund, dass ich zu wenig darüber weiß, und auch ...zu wenig Mittel habe, das beim Patienten zu- oder dann eben Tipps zu geben es zu ändern. Deswegen frage ich auch noch zu selten nach dem Ernährungsstatus.“ (IPD 1/19-23)

Mit der Aussage „eigentlich“ zeigt Frau „D“ auf, dass der Ernährungsstatus zwar eine wichtige Rolle bei der Befundaufnahme ihrer Meinung nach spielt, sie aber aufgrund des Wissensmangels bei der Anamnese nicht ausreichend darauf eingehen kann, obwohl dies der Fall sein sollte.

Harris et al (1999) und Clifford (2000) fanden in ihren Studien heraus, dass die Ausbildungssituationen an den medizinischen Universitäten – von den befragten Ärzten und Studenten – als nicht ausreichend bewertet wird. Daher würden sie in Fragen Ernährung und Ernährungstherapien nur selten therapeutisch tätig. In dem Fall von Frau „D“ verhält es sich, nach ihrer Aussage zu urteilen, ähnlich.

Der Ernährungszustand ist für Frau „E“ ein Teil ihrer Anamnese. Dabei spielen Dinge wie der BMI eine entscheidende Rolle. Ihrer Meinung nach macht sich dies besonders durch das Ertasten des Bindegewebes bemerkbar. Dabei fallen ihr die Qualitätsunterschiede die im Zusammenhang mit dem Tastbefund stehen besonders auf, was auf schlackenreiche Belastungen im Gewebe zurückzuführen ist:

„Ich meine du siehst natürlich ...erst einmal du siehst so wie der Patient bei dir präsentiert natürlich schon ...wie sein Ernährungszustand ist im Sinne von ist er ...völlig abgemagert oder ist er ...übergewichtig [...] und ...sobald ich natürlich Hand anlege, ...spüre ich natürlich auch das Gewebe. Ist- Ich spüre auch ist es sagen wir mal ein gesundes Bindegewebe, ist es was, was ...was sich nicht gesund anfühlt, was ...ja. ich sag mal, es klingt jetzt ein bisschen, es ist immer so mit den Schlacken, schlackenreich ...ist, ne? Es ist auch ein Bestandteil natürlich meiner ...meiner Befragung.“ (IPE 1+2/35-43)

In dem Buch „Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (2001)“ von der „DACH⁴⁹“, wird auf die Bedeutung von Vitaminen beim Aufbau vom Bindegewebe hingewiesen. Vor allem die Synthese von Kollagen durch das Vitamin „C“ spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Auch Kasper (2004) kann diese Aussage bestätigen.

Für Herrn „F“ spielt die Erhebung des Ernährungszustandes bei der Befunderhebung nur eine untergeordnete Rolle, die er hauptsächlich dem behandelnden Arzt überlässt:
„Das- das sind Sachen, die ich nicht selbst mache. Ich nehme zwar den Befund ...Body Mass Index und so weiter, so diese groben Sachen, die nehme ich auf, ... aber eine weitere Befundung auf ...Mangelercheinung kann ich eigentlich nur mit einer entsprechenden Fragestellung, oder mit ...einem Verweis zu dem Arzt, der dann ...Blutwerte und so weiter, was notwendig ist, dann weiter eben ...durchführt.“ (IPF 2/60-65)

Auch wenn Herr „F“ angibt, dass er nicht so genau auf den Ernährungsstatus achtet, so sind die von ihm angegebenen Untersuchungsparameter durchaus ausreichend, um sich zumindest einen groben Überblick über den Ernährungsstatus des Patienten zu verschaffen. Anmerkung: Auch die Verweisung eines Patienten an eine weiter untersuchende Person zur Ermittlung von z.B. Blutwerten ist ein Bestandteil der zur Ermittlung des Ernährungsstatus beiträgt:

Marko: „Also die weiteren Untersuchungen dann durchführt, in Delegationsverfahren, also, weiterführende Behandlungen [ja] dann empfehlen, ja? Das heißt also, es ist kein fester Bestandteil, wenn sie eine Erstbefundung machen, bei einem Patienten, oder auch Folgebefundungen ...machen, dass sie das dann auch mit grundsätzlich in die Befundung aufnehmen.“ (Marko 2/66-70)

„Nein, grundsätzlich nicht. Aber das ergibt sich manchmal. Manchmal führt die Befragung in diese Richtung.“ (IPF 2/71+72)

D.h. im Bedarfsfall werden Delegationen zum behandelnden Arzt durchgeführt, um sich einen genaueren Überblick zu verschaffen. Somit lässt sich in diesem Fall zusammenfassend sagen, dass der Ernährungsstatus zwar nur in besonderen Fällen – also nicht grundsätzlich – einflussnehmend auf die Befunderhebung für Herrn „F“ ist.

Im Gegensatz dazu ist für Herrn „G“ die Erhebung des Ernährungsstatus von großer Bedeutung, da er zur Erstellung seiner Diagnose Austestungen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten durchführt. Dazu benutzt er ein Gerät Namens NAET. Damit werden noch zusätzlich Allergien ermittelt, die ebenfalls in die Befunderhebung mit einfließen:

⁴⁹ DACH = Zusammenschluss der nationalen Ernährungsgesellschaften DGE, ÖGE, SGE/SVE. Dazu gehören die Länder Deutschland, Österreich und die Schweiz. (DACH, 2001)

„Also so, dass ich in meiner Behandlung, in der Diagnose zum Beispiel, den Patienten auch austeste auf Nahrungsmittel, auf- auf Unverträglichkeiten, mit, nicht mit Osteopathie, sondern mit ((buchstabiert)) NAET⁵⁰?“ (IPG 1/29-31)

Die Austestung auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten und deren anschließende Behandlung beschreibt Thiel (2001) folgendermaßen:

„Die Zahl der zum Verzehr verfügbaren Nahrungsmittel, Bestandteile und Zusatzstoffe hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen, [...]. Die Diagnostik umfasst die Anamnese, Hauttest und Labortest. (Thiel, 2001, p. 272/10)

„Der derzeit üblichen Praxis, alles im Hauttest `Positive` zu verbieten, sollte nicht nachgegangen werden, [...]. Übertriebene Karenzempfehlungen führen häufig zur Neurotisierung. Die Anwendung eines `Alles-oder-Nichts-Gesetzes` ist nur in wenigen Fällen erforderlich. [...]. Mitunter genügt es auch ein Nahrungsmittel in anderer Form (gekocht, gebraten, gebacken) in geringeren Quantitäten oder seltener zu verzehren [...]. Ungezielte Auslassversuche ohne allergologische Diagnostik empfehlen sich nicht, [...]. Als orientierende Voruntersuchung kann [...] eine sog. Oligo-antigene Diät über einige Wochen hilfreich sein, [...]. (Thiel, 2001, p. 276/14)

Für Frau „H“ wiederum hat sich – aufgrund ihrer langjährigen Berufserfahrung gezeigt, dass die Heilungschancen sich umso mehr steigern lassen, je besser der Ernährungsstatus des Patienten ist:

„J a. Der hat folgenden Status, dass für mich natürlich auch die Hei..lungserfolge, die Heilerfolge ...davon abhängig sind, wenn jemand einen sehr schlechten Ernährungsstatus hat, ...weiß ich inzwischen aus meiner Erfahrung, aus meiner langjährigen Erfahrung, dass die Heilungschancen schlechter sind wie bei jemandem, der einen sehr guten Ernährungsstatus hat.“ (IPH 1/20-24)

Wie sehr ein schlechter Ernährungszustand eines Patienten Einfluss auf den postoperativen Heilungsverlauf nimmt konnten Sungurtekin et al (2004) darlegen. Dabei waren die Patienten mit schlechteren Ernährungszuständen gegenüber normal oder gut ernährten Patienten in ihrer Heilungstendenz deutlich benachteiligt, was sich auch im postoperativem Ergebnisverlauf negativ widerspiegelte.

Schnittker (2006) konnte feststellen, dass bei einer Verbesserung des Ernährungsstatus und der Zunahme an Bewegung die Lebensqualität, Wohlbefinden und Flexibilität bei den geriatrischen Studienteilnehmern deutlich zunahm.

Dies zeigt welche Einflussnahme der Ernährungsstatus von Patienten auf den Therapieverlauf hat, und stellt die Beachtung dessen noch mehr in den Vordergrund.

ZUSAMMENFASSUNG

⁵⁰ NAET: Die Nambudripad's Allergy Elimination Technique (NAET) wird zur Behandlung von Allergien, Unverträglichkeiten und emotionalen sowie körperlichen Stressfaktoren eingesetzt. Bei NAET sollen mit dem kinesiologischen Muskeltest Stressfaktoren aufgespürt und anschließend eliminiert werden.
<http://de.wikipedia.org/wiki/NAET#NAET>

Bei der Frage nach dem Ernährungsstatus lässt sich zusammenfassend sagen, dass der überwiegende Teil der befragten Therapeuten dies mit in ihre Befunderhebung einbinden und sie es als Grundlage jeder Anamnese ansehen.

Vereinzelnd spielt der Ernährungsstatus bei der Befundung nur dann eine Rolle, wenn eine Unter- oder Überschreitung der BMI-Mindest- bzw. Maximalgrenze vorliegt.

Es kommt auch im Einzelfall vor, dass zur Erhebung des Ernährungsstatus – im Bedarfsfall – zusätzlich an Ärzte verwiesen wird die dann über Blutanalysen weitere Ergebnisse beisteuern.

Insgesamt gesehen wird der Erhebung des Ernährungsstatus eine hohe Bedeutung von dem überwiegenden Anteil der IVP beigemessen.

4.2.1 Integration des Ernährungsstatus in die Befundaufnahme.

Hierbei soll hinterfragt werden welche Bedeutung der Ernährungsstatus bereits bei der Befundaufnahme und der anschließenden Erstellung des Behandlungskonzeptes hat. Worauf wird dabei im Besonderen geachtet und welche Konsequenz hat dies für den Therapieaufbau. Zudem soll herausgefunden werden, was die einzelnen Therapeuten unter diesem Begriff verstehen.

Welche Möglichkeiten und Vorgehensweisen es bei der Erhebung des Ernährungsstatus gibt, wird im Kapitel 2.4 eingehend beschrieben.

Wenn z.B. bei einer Erstanamnese ein Problem osteopathischer Art auftritt, dann wird von Frau „A“ bei dem Thema Ernährung noch mal genauer nachgefragt:

„Ja bei der ganz normalen ersten Anamnese frage ich eben nach der Ernährung, wie sich die Leute so ernähren, und dann... lass ich die einfach mal erzählen, und ... wenn ich zum Beispiel im Verdauungstrakt Probleme finde - osteopathischer Art - dann frage ich noch mal genauer nach.“ (IPA 1/31+32; 2/33+34)

Dabei lässt sie erst einmal den Patienten frei erzählen um herauszuhören, in welchen Bereichen des Verdauungstraktes Störungen vorliegen.

Ähnlich macht es auch Herr „B“, der bei zusätzlichen Auffälligkeiten nach einer körperlichen Untersuchung die auf Probleme im Verdauungssystem hindeuten daraufhin nochmals explizit nachfragt:

„[...] Wenn ich jetzt irgendwie im Verdauungsapparat irgendwas finde. Bei der Untersuchung. Dann frage ich noch mal explizit noch mal nach. Ja? Und das ist meistens irgendwie nach

der Untersuchung. Wenn ich jetzt für zum Beispiel Leber feststelle oder Galle feststelle, dann muss ich halt noch mal genauer nachfragen [...]“ (IPB 2/68-72)

Herr „C“ wiederum fragt bei der Befundaufnahme nach allen Mahlzeiten und deren Zusammensetzungen, sowie dem Flüssigkeitshaushalt nach:

„Ich frag bei Patienten nach Frühstück, Mittagessen, Abendessen, nach Fetten, nach frischem Obst und frischen Gemüsen, und nach Trinken. Ja.“ (IPC 1/30+31)

Zusätzlich gibt er an, dass er eine eigens dafür angelegte Liste über angewandte Therapien hat die ihm einen besseren Überblick darüber verleiht, welche Behandlungen bei der Bewältigung und Ausscheidung von Stressoren und Toxine zum Einsatz kommen sollten. Als Basis dafür dient der zuvor erhobene Ernährungsstatus, um eine bessere prognostische Einschätzung darüber zu bekommen, wie der Patient auf angewandte Therapien reagieren wird:

„Also, wir haben ja jetzt eben eine, eine Liste angefertigt von all den verschiedenen Therapien, um eine Übersicht von alldem zu bekommen, was wir eben haben, dazu gilt es eben die Stressoren zu isolieren, dazu gilt es eben ja die verschiedenen Punktanalysen zu integrieren, ...die Toxine eben dabei rauszufiltern und so weiter und so weiter, und dadurch dass eben der Ernährungsstatus eben schon mit die Basis ist, wie der Körper damit umgehen kann, ist es, ja, von großer Priorität. Ja?“ (IPC 2/42-47)

Auch Frau „D“ fragt bei der Befundaufnahme direkt nach evtl. vorhandenen Genussmitteln oder Nahrungsunverträglichkeiten nach. Nur wenn ihrer Meinung nach die Ernährung einen kausalen Zusammenhang mit dem Beschwerdebild des Patienten zu haben scheint, hakt sie hier noch einmal nach:

„Momentan noch hauptsächlich, also bei der ersten Anamnese frage ich im Grunde genommen nur nach Genussmitteln, und nach sagen wir mal Nahrungsunverträglichkeiten, die bekannt sind, ...ja. Und ansonsten also, am Anfang noch nicht. Wenn ich dann später einen Befund habe, und das Gefühl habe die Ernährung spielt eine Rolle dabei, dann hake ich unter Umständen auch nochmal nach.“ (IPD 1/26-31)

Etwas intensiver betreibt es Frau „E“. Sie hinterfragt bei der Befundaufnahme die Essgewohnheiten ihrer Patienten genauestens nach, damit sie einen Eindruck darüber bekommt, wie die Ernährungsweise ihrer Patienten aussieht. Dafür benutzt sie einen Fragebogen, den jeder ihrer Patienten im Vorfeld der Behandlung ausfüllen muss. Somit bekommt sie einen schnellen Überblick über eventuelle Zusammenhänge die in Verbindung mit dem Beschwerdebild und einer Fehl- oder Mangelernährung stehen könnten:

„Ich frag eigentlich immer danach was die Leute ...zu sich nehmen, gibt es irgendeine besondere Form der Ernährung [...] der nächste isst immer nur bei Fast Food oder nur was weiß ich in Kantine oder Mensa oder sonstiges, also das zu wissen ist denke ich schon mal interessant, auch was trinken die Leute, solche Sachen das ist ...in der Anamnese einfach wichtig. Ich hab- arbeite häufig mit einem Fragebogen den die Leute schon mitbringen, und da wird so werden solche Sachen einfach auch schon abgeklopft sozusagen auch ob es Zusammenhänge gibt mit ihren Beschwerden ...durch Ernährung, ...dass sie schon also Sachen wissen, immer wenn ich ...Milch trinke ...krieg ich Blähungen oder was auch immer, ne, also solche Sachen, ...oder auch ob es besondere Vorlieben oder Abneigungen gibt für bestimmte ...Sachen.“ (IPE 2/43-55)

Herr „F“ bildet hierbei eine Ausnahme. Er integriert die Erhebung des Ernährungsstatus nicht mit in sein Behandlungskonzept. Nahrungsunverträglichkeiten oder -intoleranzen lässt er aber kinesologisch durch seine Frau austesten:

„Häufiger führt die in diese Richtung, aber ich habe jetzt kein Befundkonzept, wo ganz konkret diese Sache ...mit drin dabei ist.“ (IPF 2/74+75)

„[...] ein ganz anderes zentrales Thema ist ja mittlerweile die Unverträglichkeit von gewissen Substanzen, Allergien, ...Laktoseintoleranz, was ja auch ...zu diversen Problemen führen kann, die man erstmal nicht, nicht so sehen kann, nicht so greifen kann, ...solche Sachen lasse ich austesten.“ (IPF 3/82-85)

„Kinesiologisch.“ (IPF 3/87)

„Meine Frau ist Kinesiologin.“ (IPF 3/90)

Herr „G“ wiederum integriert das Thema Ernährung und Ernährungsstatus sehr ausführlich in seine Befundaufnahme, und anschließend auch in sein Behandlungskonzept. Dies macht er, indem er dadurch die „NAET“ eventuelle Nahrungsunverträglichkeit als auch Mangelerscheinungen austestet und dann gegebenenfalls bestimmte Nahrungsmittel weglässt. Mangelerscheinungen werden durch adäquate Supplementierungen ausgeglichen. Dies bezeichnet er als einen Teilaspekt in seiner Gesamtuntersuchung:

„NAET ist eine Abkürzung für Na- Nambudripad's, ja, ist eine, Allergie-Eliminations-Therapie. Ja? Das heißt, da wird nur ausgetestet ...die zehn Grundgruppen Ei, Calcium, Vitamin A, B, C und so weiter, ...und ausgetestet, ob das zum Beispiel Ei oder Milch verträgt oder nicht verträgt, ja? Ist ein Aspekt von der Gesamtuntersuchung, ja? Aber es ist nur ein Aspekt, genauso jetzt wie die ...emotionale Seite ein Aspekt ist, wie die strukturelle Seite und ...die viszerale Seite, Ja?“ (IPG 1/33-35 + 2/36-38)

Marko: *„Ok, das heißt Sie integrieren das somit eigentlich schon mit in die Befundaufnahme? [Ja] Und in Ihr Behandlungskonzept.“ (IPG 2/42+43)*

„Genau.“ (IPG 2/44)

Wenn Frau „H“ den subjektiven Eindruck vom Patienten hat, dass seine Ernährungssituation mangelhaft oder beschwerdeauslösend ist, fragt sie nach den Ernährungsgewohnheiten desjenigen. Dabei wird unter anderem auch auf Mangelerscheinungen geachtet:

„Wenn ich den Eindruck habe, dass ein Patient eine schlechte Ernährungs- ...l a g e hat, sprich auch einen schlechten Stoffwechsel, was ja daraus folgt, dann ...frage ich gezielt nach, ...wie die Flüssigkeitszufuhr über den Tag ist, wie seine Ernährung aussieht, ob er sich ausreichend mit Vitaminen Nährstoffen und so weiter versorgt, ob er eher Junk Food isst, was ja in der heutigen Zeit leider ...auch ...oft der Fall ist, ne?“ (IPH 1/27-32)

Dies korreliert mit den Vorgehensweisen von IVP C, E und G.

Zino et al (1997) kamen ebenfalls zu der Erkenntnis, dass es sehr wichtig ist, auf eine ausreichende Vitaminzufuhr durch Gemüse und Obst beim Patienten zu achten, um chronischen Erkrankungen oder auch Krebs vorzubeugen.

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Hälfte der Befragten diese Frage sinngemäß beantworten. Einer der IVP integriert die Erhebung des Ernährungsstatus nicht grundsätzlich in sein Befundkonzept. Erst wenn ein Versacht auf Allergien oder Intoleranzen vorliegt, lässt er dies durch seine Frau – die Kinesologin ist – austesten und behandeln. Somit ist dies rein formell gesehen aber auch ein Teil seines Befundkonzeptes, auch wenn er sich dessen nicht so bewusst scheint. Denn die Verweisung eines Patienten an andere Therapeuten Zwecks Weiteruntersuchung ist ein Teil des Befundkonzeptes, da dies zur weiteren Diagnosestellung beiträgt. Somit trägt dies zur Erhebung des Ernährungsstatus bei und ist somit auch Teil seines Befundkonzeptes, auch wenn sich dieses nur auf eine Verweisung beschränkt.

Die Antworten von drei der IVP schweifen vom eigentlichen Frageninhalt ein wenig ab.

Hierbei bezieht man sich hauptsächlich auf die Ermittlung von Störungen im Verdauungstrakt sowie auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. Intoleranzen und Allergien. Aber nicht auf die eigentlichen Parameter die zur Erhebung des Ernährungsstatus dienen. (Siehe Kapitel 2.4)

Somit muss man feststellen, dass nur die Hälfte der Befragten genauer auf den Frageninhalt eingehen, was eventuell auch daran liegt, dass in den anderen drei Fällen nicht genauer nachgefragt wurde, oder teils auch damit im Zusammenhang stehen könnte, dass die einzelnen Therapeuten über den Begriff Ernährungsstatus nicht genau bescheid wissen.

Diejenigen die sich genauer auf den Frageninhalt beschränken, sagen, dass sie bereits bei der Befundaufnahme nach Parametern fragen die den Ernährungsstatus betreffen und dies gleichzeitig die Basis für weitere therapeutische Vorgehensweisen bildet. Dies sind unter anderem Fragen nach Mangelerscheinungen, Symptomen, Ernährungsformen, Ernährungsprotokolle (z.B. IVP „E“) und Unverträglichkeiten. Daraus lässt sich schließen,

dass der Begriff Ernährungsstatus diesen Therapeuten durchaus ein Begriff zu sein scheint und sie sich mit dieser Thematik bereits auseinandergesetzt haben.

4.2.2 Therapeutische Vorgehensweise nach Erhebung des Ernährungsstatus/zustand

Bei dieser Frage soll herausgefunden werden, wie die Therapeuten nach der Erhebung des Ernährungsstatus und der Diagnosestellung weiterhin vorgehen und welche Therapieverfahren von ihnen hauptsächlich zum Einsatz kommen oder ob dies überhaupt Einfluss auf die weitere therapeutische Vorgehensweise hat. Somit lässt sich zu mindest im Ansatz erkennen, in wie weit das Thema Ernährung Einfluss auf die osteopathische Denk- und Behandlungsweise hat.

Wenn der Eindruck entsteht, dass ohne eine Ernährungsumstellung ein adäquater Therapieerfolg ausbleibt, wird von Frau „A“ versucht dem Patienten klarzumachen, dass in diesem Bereich nachgehakt und nachgebessert werden sollte. Gleichzeitig motiviert sie den Patienten dies in die Tat umzusetzen:

A: „...Ja also, wenn ich den Eindruck habe, ... dass... ohne eine Ernährungsumstellung... ich so viel osteopathisch behandeln kann wie ich will und da wird sich nichts ändern, dann versuche ich dem Patienten das halt nahezulegen, ich meine die meisten sich ja auch durchaus bewusst, dass sie da was falsch machen, aber es ist eben auch schwierig für die Leute, etwas umzustellen, weil es halt so eine Gewohnheit ist, weil es viel mit Lebensqualität zu tun hat, und von daher brauchen da einige vielleicht auch mal jemanden der ihnen das sagt, oder mal so eine Tritt in den Hintern gibt, dann wirklich was auch zu tun.“ (IPA 2/37-44)

Herr „B“ integriert den Ernährungsstatus folgender Maßen in seine therapeutische Vorgehensweise: Zum Einen achtet er auf Mangelerscheinungen an z.B. Vitaminen, zum anderen leitet er die Patienten zur weiteren Untersuchung und Abklärung von toxischen Belastungen wie z.B. durch Schwermetallen oder Erreger, an andere Therapeuten weiter. Die Austestungen geschehen durch einen Vegatest⁵¹. Anschließend werden Ausleitungen durchgeführt:

⁵¹ Vegatest: Die Vegatest-Diagnostik ist eine Weiterentwicklung der Elektroakupunktur nach Voll. Sie ermöglicht es, den Körper elektronisch schmerz- und belastungsfrei auf funktionelle Störungen zu überprüfen. Mit dem sogenannten Vegatest werden durch Messung des elektrischen Hautwiderstandes und Reizreaktionen einzelner Körperbereiche Informationen über den Zustand des Körpers und der Organe gesammelt. Organschwächen, Mangelerscheinungen an Vitaminen etc., Schwermetallbelastungen, Allergien und Unverträglichkeiten werden dadurch angezeigt. Auf Grund der gesammelten Information wird ein Therapiekonzept erstellt.
<http://www.therapeuten.de/therapien/vegatest.htm>

„Naja gut. Ich meine, ...wenn ich ...jetzt irgendwie dann schon einen Verdacht habe das könnte zum Beispiel Vitaminmangel sein? Ja?“ (IPB 3/81+82)

„Zum Beispiel bei Mundwinkelrhagaden ist es ja oft eben Vitamin E und C, ja? Dann ...werde ich es explizit dann natürlich auch ...aufschreiben, und ...“ (IPB 3/84+85)

„Mangelerscheinungen, ganz wichtig, ja, wenn ich mir halt nicht sicher bin. Ja, ich meine dann ...schicke ich die Patienten oft zu- zu der F- zu der Marion, und ...lass sie dort halt noch mal untersuchen und ausleiten, ja? Über den Ve- über die Vegatestung und dann ...das ist für mich auch ...eine wichtige Sache. Ja? Um zu schauen, sind Schwermetalle da, sind irgendwelche Erreger spielen die eine Rolle oder ...Mangelerscheinung etc. Zahnstatus. Und so weiter. Ja?“ (IPB 3/87-92)

Nach der Meinung von Herrn „C“ beginnen ernährungsbedingten Mangelerscheinungen bereits im pränatalem Stadium und erstrecken sich besonders bis ins höhere Alter, was immer im zeitgleichen Zusammenhang steht, mit dem was derjenige gerade über die Nahrung substituiert:

„Also das fängt bei der Babyernah- -ernährung eben an, das, ach quatsch, das fängt in der Schwangerschaft bei der Ernährung eben der Schwangeren an, das geht über die Babynahrung, das geht über die Kinderernährung, das geht bis zum Erwachsenenalter und ja, die ganzen Mangelerscheinungen bei älteren Leuten, ja, sind oft einfach, ja, ernährungsbedingt. Sowieso. Ja?“ (IPC 2/53-57)

Und wie bereits in Frage 2 von ihm geäußert, behandelt er diese Mangelerscheinungen mit Supplementierung der dementsprechend defizitären Stoffen.

Wie wichtig eine ausreichende Versorgung von Mineralien und Vitaminen in der Schwangerschaft ist, beweist bereits eine Studie von Moghissi (1981). Er zeigt auf, wie wichtig eine ausreichende Versorgung von Eisen, Kupfer, Zink, und Jod ist. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei – in den Industrieländern – hauptsächlich auf die Versorgung mit Folsäure gerichtet werden.

Da Frau „D“ keine grundlegenden Kenntnisse im Bereich der Ernährung besitzt, fragt sie auch nicht nach eventuell vorhanden Zusammenhängen. Als Ausnahme wäre aber hier die Frage nach dem Flüssigkeitshaushalt zu nennen, der, wenn es sich z.B. um Nierenauffälligkeiten handelt, für sie durchaus wichtig erscheint und hier dann auch von ihr aus nachgefragt wird.

„Nehmen wir mal an ich finde Niere, dann frage ich im Grunde genommen auch als erstes mal nach, wie viel Flüssigkeit nehmen sie zu sich. So, ...wenn das jetzt zur Ernährung mit dazu zählt. Ne? Oder ...ja. Aber da ich mich ...im Grunde mit Ernährung und ...also Zusammenhängen nicht so gut auskenne, wird es auch, frage ich auch nie so ganz konkret nach. Ne?“ (IPD 2/51-56)

„...eher weniger, weil ich da eben auch zu wenig Hintergrund habe.“ (IPD 2/64)

Bei Frau „E“ wiederum ist die Erhebung des Ernährungsstatus ein fester Bestandteil ihrer Anamnese und des Therapieaufbaus. Dabei können die therapeutischen Maßnahmen von einfachen Ratschlägen über Supplementierung oder Elimination verschiedener Nahrungsergänzungsmittel, bis hin zu Austestungen von Nahrungsunverträglichkeiten ausgeführt werden. Dabei greift sie auf Erkenntnisse aus der Mesologie⁵² zurück. Jedoch ist und bleibt die Osteopathie der Hauptbestandteil ihrer Arbeit.

„In die Therapie, dass kann von, sag ich mal ganz wenig sein, von ...versuchen Sie mal etwas mehr Wasser zu trinken, ...also Ratschlag sein, bis hin zu ...meiden Sie mal für eine Zeit Milchprodukte oder, ne, also es können jetzt ganz unterschiedliche Ratschläge sein...“ (IPE 2+3/77-80)

„Ja, das ist jetzt natürlich nicht primär osteopathische Tätigkeit, sondern das ist dann eher -- geht in die mesologische Tätigkeit, die ich ja gleichzeitig mache, ...da arbeite ich sowohl mit homöopathischen Mitteln als auch Vitaminen, Mineralstoffen, ...Kräutern [...], sondern wenn versuche ich es eher individuell anzupassen und über die Mesologie habe ich dann auch die Möglichkeit, ...was ich jetzt ...körperlich auch schon spüre, dass ich dann sage, ok, ich teste auch mal das eine oder andere Lebensmittel aus, vielleicht gibt es wirklich eine Unverträglichkeit [...] .“ (IPE 3/84-97)

Bei einer solchen Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln ist eine genaue Diagnose von großer Bedeutung, weil ansonsten keine adäquate Behandlung möglich ist. Diese besteht zunächst einmal darin das auslösende Nahrungsmittel auszumachen um es in einer sogenannten „Eliminationsdiät“ wegzulassen (Schnyder, Pichler, 1999).

Nach Herrn „F“ seiner Erfahrung ist die Integration des Themas Ernährung grundsätzlich nicht einfach. Dies führt er auf den kulturellen und lagebedingten Hintergrund seiner Patienten zurück, da seiner Meinung nach manche Menschen eine nur geringfügige Toleranzgrenze gegenüber Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten besitzen. Da seine Frau auch Kinesologin ist, wird das Thema Ernährung zusätzlich mit dieser Therapieform integriert, da es zu einer Komplimentierung der therapeutischen Möglichkeiten beiträgt. Dabei werden die dementsprechenden Substanzen ausgetestet und gegenreguliert. Den einzigen Ratschlag den Herr „F“ an seine Patienten weitergibt, ist es mehr Wasser zu trinken:

„Das kommt ...kommt darauf an wie- also das kommt auf den Patienten an. Wir- wir wohnen hier in der Pfalz, ...der Pfälzer, der hat halt seine Eigenarten, bei der Ernährung, ...und es

⁵² Mesologie® ist ein Konzept der Heilkunde, das schulmedizinische Kenntnisse mit den Kenntnissen der komplementären Medizin in Diagnose und Therapie chronischer Krankheiten effektiv integriert. Mesologie® ist eine funktionelle Heilkunde. <http://www.mesologie.de>

gibt da wohl Leute, ...denen ich das wohl sagen könnte, die das wohl nicht aufnehmen würden, aber ...es ist schon so, dass- dass immer mehr Menschen bereit sind, einen anderen Weg zu gehen. Leute sind dabei sich zu öffnen, wie sie sich auch für die Osteopathie öffnen.“ (IPF 2/43-48)

„Meine Frau ist Kinesiologin.“ (IPF 3/90)

„...fragen sie mich nicht so genau. Aber ich- sie, sie behandelt das dann auch kinesiologisch, mit den Substanzen. .. Da wird geklopft. .. Kennen sie das?“ (IPF 3/94+95)

„Werden geklopft während Kontakt ist ...mit dieser Substanz.“ (IPF 3/97)

Marko: „...sozusagen eine Art Sensibilisierung, ja, auf feinstofflicher Ebene. (MARKO 3/98)

„Ja, der allerwichtigste Tipp ist, viel Flüssigkeit ((lachend)) zu sich zu nehmen.“ (IPF 3/78)

Bei Herrn „G“ ist die Behandlung die logische Konsequenz der Diagnose. D.h. der Therapieaufbau basiert auf den Ergebnissen der Befunde und da wiederum bilden die Ernährung inklusive der Ernährungsstatus, einen Teil der Basis für das Endergebnis. Der letztendliche Therapieaufbau und die resultierenden Maßnahmen, unterliegen jedoch in ihrer Gewichtung dem individuellen Status des Patienten, und werden nach dem Stand der Priorität ausgewählt:

„Ja. Also die Behandlung ...ist, ja? die logische Konsequenz von der- von der Diagnostik. Also das, was ich in der Diagnose finde, ...wird sozusagen auch eben behandelt und mit integriert, ja? Wobei halt letztendlich diese Einheit von, diese strukturelle wie auch das chemische wie das emotionale, alle Aspekte gehören ...letztendlich mit behandelt, ja? In der richtigen Prioritätenliste, ne? Das ist natürlich wieder ...die nächste wichtige Frage. Wo steht die überhaupt. Was ist wichtig.“ (IPG 2/51-57)

Dabei werden die Ergebnisse der Austestungen mit in den Therapieaufbau dahingegen integriert, dass dementsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet werden und zwar in der Form, dass die entsprechenden Nahrungsmittel weggelassen oder gegenreguliert werden:

Marko: „[...]Die Ernährung ist sozusagen auch ein Teilaspekt, Unverträglichkeit, also Allergien, oder Nahrungsunverträglichkeiten, auch das wird von Ihnen [hmhm] aus- ausgetestet und gegenreguliert. Und dann auch in die Behandlung mit integriert. [ja] Und ...somit auch der Therapieaufbau durchgeführt.“ (IPG 2/62-64)

G: „Richtig.“ (IPG 2/66)

Dies entspricht auch teilweise der Vorgehensweise von Schnyder und Pichler (1999). Auch sie führen eine „Eliminationsdiät“ – d.h. weglassen der allergieauslösenden Nahrungsmittel – durch.

Auch Frau „H“ versucht den Patienten Empfehlungen und Hinweise zu vermitteln, in dem sie empfiehlt mehr natürliches Wasser und Nahrungsmittel zu trinken bzw. zu essen. Dabei macht sie dem Patienten klar, worin die Vorteile für ihn liegen, in dem sie Beispiele nennt,

die aufzeigen wie sich die Wirkungsweise dieser Veränderungen auf sein gesamtes Wohlbefinden auswirken können. Zur weiteren Vertiefung dieser Eindrücke rät sie dazu, einmal selbst Ernährungsvorträge zu besuchen, um eventuell auch selber weitere Schritte in Richtung Nahrungsumstellung und Nahrungsergänzung zu begehen:

„Ja, dass ist ...also die Dinge die leicht umzusetzen sind von meiner Seite wäre zum Beispiel, dass ich empfehle genügend ...Wasser zu trinken, also auf ...Cola und so weiter zu verzichten, eher das reine Wasser zu bevorzugen, [...] anhand von Beispielen zeige, was es bewirkt, ...ja und unter Umständen halt auch Empfehlungen ausspreche, wobei das keine grundlegende Beratung ist, aber ...dass ich auch mal hinweise, dass man sich mal informiert, dass man, ...was es so gib, dass es Ernährungsvorträge gibt.“ (IPH 2/38-48)

„Ernährungsvorträge gibt, die Aufschluss geben, ...wie man mit solchen Dingen auch umgeht, und auch mal Nahrungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel empfehle. Hmhm?“ (IPH 2/50-52)

ZUSAMMENFASSUNG:

Bei der Analyse der Antworten der IVP fallen zwei Dinge besonders durch ihre Gemeinsamkeit auf. Nahrungsergänzungen und Ernährungsumstellungen werden von mehr als der Hälfte der Therapeuten absolviert. Toxinausleitungen und die Gabe von homöopathischen Medikamenten werden nur von zwei Therapeuten zusätzlich zu den oben aufgeführten Maßnahmen durchgeführt. Jediglich einer der Befragten führt keine Therapiemaßnahmen durch, sondern verweist wie in Frage 2a. bereits erwähnt an seine Frau, die kinesiologische Untersuchungen und Therapien einsetzt.

4.2.3 Therapiemaßnahmen bei Mangelerscheinungen

Mangelerscheinungen sind ein wichtiger Parameter bei der Ermittlung eines Ernährungszustandes (siehe Kapitel 2.2.1) von Patienten. Da hieraus auch bestimmte therapeutische Konsequenzen zu erwarten sind, wird daher diesem Thema ein besonderes Augenmerk geschenkt. Die befragten Therapeuten sollen zeigen, ob sie auf Mangelerscheinungen überhaupt achten und wenn ja, welche Therapiemaßnahmen sie dann einleiten.

Hierbei werden Mangelerscheinungen von der Befragten Frau „A“ eher als Mangelernährung verstanden, was in diesem Fall mehr als ein Zuwenig an lebenswichtigen Vitaminen und Mineralien angesehen wird, als vielmehr die symptomatischen Erscheinungen die im Vordergrund stehen sollten.

Wenn dann ein solches Problem auftritt, wird von der Interviewpartnerin anfänglich zuerst eine Supplementierung von Nahrungsergänzungsmitteln ausgeführt. Danach wird eine

Ernährungsumstellung auf längerfristiger Sicht angestrebt, die im Rahmen der Möglichkeiten der Befragten, in Form von Ernährungstipps, durchgeführt werden:

„Also Mangelernährung... unter Mangelernährung würde ich jetzt verstehen, dass jemand... sich so ernährt, dass er zu wenig an lebenswichtigen Vitaminen, Mineralien... zu sich nimmt, also jetzt nicht Mangelernährung in dem Sinne er isst zu wenig, überhaupt, weil ich denke mal, dass es das bei uns kaum gibt,... wenn ich wirklich den Eindruck habe, da liegt ein Problem, dann würde ich zum Beispiel auch Nahrungsergänzungsmittel empfehlen. Um einfach mal den Speicher wieder aufzufüllen, und dann natürlich aber auch eine Ernährungsumstellung... auf lange Sicht.“ (IPA 2/49-56)

„Ja ich hab so... zwei verschiedene... Präparate, Nahrungsergänzungsmittel, die ich ganz gut finde,... die ich dann empfehle, und ansonsten versuche ich halt Ernährungstipps zu geben, insofern ich das kann, weil ich da ja auch keine Expertin bin jetzt auf diesem Gebiet.“ (IPA 2/60-63)

Wirth (2006) kommt in seiner Studie über die Notwendigkeit von Nahrungsergänzungsmitteln zu der Erkenntnis, dass das Verschreiben oder Verordnen solcher Produkte nicht immer einer tatsächlichen Notwendigkeit entspricht, und dass häufig der wissenschaftliche Nachweis einer vorherrschenden Mangelerscheinung nicht vorliegt. Ferner stimmt er aber mit der Meinung von Frau „A“ dahingehend überein, dass langfristig eine ausgeglichene Ernährung eine primäre Zielsetzung sein sollte.

Nur in den Bereichen von Folsäure, -Vitamin D, -Calcium und Jodmangel können Angebotslücken in den Nahrungsmitteln – seiner Meinung nach – hauptsächlich festgestellt, und durch entsprechende Supplementierungen ausgeglichen werden:

„Only in the area of calcium, folic acid, iodine, and vitamin D a gap in supplies can be discovered in average nutrition. Those requirements should be covered with a balanced diet. The intention of supplementation in this field is the potential health benefit of a requirement-exceeding supplementation.“ (Wirth, 2006, p. 163)

Herr „B“ bejaht die Frage ob er auf Mangelerscheinungen achtet eindeutig zustimmend, was er bereits in der Frage 2b schon getan hat, fügt aber noch hinzu, dass er im Bedarfsfall - bei eindeutigen Fällen - zusätzlich auch Vitaminpräparate empfiehlt. Und bei unsicheren Fällen, zur weiteren Abklärung einer Mangelerscheinung, an eine andere Therapeutin verweist.

„Auf alle Fälle.“ (IPB 3/95)

„Wenn mir optisch irgendwas auffällt, oder an den Symptomatiken oder sowas, ja, irgendwie ...pelziges Gefühl oder Taubheitsgefühl ich meine es hat ja dann oft irgendwie einen ...mit ...mit ...Vitamin-B-Reihen was zu tun, ja? Ja, und wenn ich mir hundertprozentig sicher bin, dann sage ich, ja, nehmen sie schon mal ein Vitaminpräparat, wenn ich mir eher unsicher bin, dann schicke sie zu Marion.“ (IPB 3/97-101)

Bei dem Thema Mangelerscheinungen achtet Herr „C“ zwar auch auf Körperbefunde, wie z.B. Haare, Zunge, Haut- und Schleimhäute, sowie auch auf Fingernägel, verlässt sich aber

dabei hauptsächlich auf Haarmineralanalysen, um auch schon bereits beginnende Mangelerscheinungen erkennen und behandeln zu können:

„Also ich nehm nur ganz ganz wenig,...eben die Körperbefunde, also von trockenen Haaren, vom Zustand der Zunge, der, ja, der Haut und eben der Schleimhäute, Fingernägel, ja? Auch eventuell Mangelzustände, das sind die ersten Ansätze, aber .. ich verlasse mich nur noch auf die Haarminerale. Also Haarmineral mache ich... .“ (IPC 2/62-66)

Auf die Nachfrage hin: „Auf dass erst überhaupt gar nicht solche Mangelerscheinungen sozusagen auftreten,“ antwortet Herr „C“:

„Kann man so sagen, kann man so sagen.“ #00:04:24-9# (IPC 2/71-73)

Wie wichtig diese „Früherkennung“ von Mangelerscheinung sein kann, und wie sinnvoll eine prophylaktische Behandlung – vor allem bei Schwangeren und Kleinkindern – ist, zeigen Koletzko et al (1998). Eine frühzeitige Versorgung von Vitaminen und Spurenelementen bei Schwangeren, vermindert die Entstehung von embryonalen Schäden und fördert die Entwicklung von Neugeborenen und Kindern. Zudem lassen sich eine bessere Gesundheit und eine verminderte Mortalität feststellen.

Eine weitere Bestätigung über die Notwendigkeit von prophylaktischer Gegenregulationen von Mangelzuständen erhält diese Aussage von Biesalski et al (2004). Sie weisen darauf hin, dass bereits im frühen Kindesalter Ernährungsgewohnheiten sich etablieren können. und Diesen sollte rechtzeitig durch entsprechende Gegenmaßnahmen (Aufklärung, Nährstoffsupplementierungen) entgegengesteuert werden, um einer „fehlerhaften Ernährungstradition“ bereits am Entstehungsbeginn entgegenwirken zu können.

Aufgrund des geringen Hintergrundwissens, wird von Frau „D“ auf Mangelerscheinungen aus nicht so intensiv wie bei den bisher aufgeführten IVP darauf geachtet:

„Eher weniger, weil ich da eben auch zu wenig Hintergrund habe.“ (IPD 2/64)

Im Gegensatz dazu achtet Frau „E“ bei der Befundaufnahme auf Symptome die auf eventuelle Mangelerscheinungen hindeuten könnten. Zur genaueren Abklärung verweist sie an Ärzte, um z.B. über Blutuntersuchungen einen näheren Hinweis auf Mangelzustände zu bekommen. Eventuell supplementiert sie experimentell einen in Mangelerscheinung stehenden verdächtigen Stoff, um eine Reaktion abzuwarten:

„Was - was ich jetzt nicht mache ist zum Beispiel irgendeine Blutuntersuchungen, ne? Das ich jetzt tatsächlich also ...Be-Be-Befund irgendwie festzuhalten, zum Teil gibt, gebe ich Hinweise über - über die mesologische ...Geschichte, wobei natürlich einfach anamnestisch symptombezogen eben das, was der Patient eventuell auch mitbringt, [...] das kann ja für bestimmte Mangelerscheinungen einfach sprechen, ...da kommt es auch wieder darauf an, was es ist. Natürlich kann es manchmal sein, dass sie dann sagen, ok, das sollte man näher abklären, also dann auch eher Richtung Schulmedizin verweisen, ...dass es zumindest nicht

übersehen wird, dass man es einfach dann auch ...verfolgt, ...oder dann auch eventuell dann mal dass man dann auch einen Stoff ankuckt, mal substituiert. ne?“ (IPE 3/107-117)

Herr „F“ achtet ähnlich wie Frau „D“ nicht vordergründig auf Mangelerscheinungen nur zeitweise, wenn es sich im Rahmen des Gespräches mit dem Patienten ergibt. Tipps, Empfehlungen usw. erteilt Herr „F“ nicht an seine Patienten:

„Nein, grundsätzlich nicht. Aber das ergibt sich manchmal. Manchmal führt die Befragung in diese Richtung.“ (IPF 2/71+72)

Im ersten Teil seiner Antwort widerspricht sich Herr „G“, da er bei der Beantwortung dieser Frage einerseits sagte, dass er nicht auf Mangelerscheinungen achtet, aber andererseits in den vorherigen Fragen dies durchaus bejahte (siehe Antwort 2a):

G: „...auf Mangelerscheinungen eigentlich nicht, nein.“ #00:04:33-1#

Im letzten Teil der Antwort scheint es so, als würde er das Ganze wieder etwas relativieren. Dies tut er indem er sagt, dass Unverträglichkeiten schlussendlich auch zu Mangelerscheinungen führen. Da er genau diese Unverträglichkeiten kinesologisch versucht herauszufinden, muss er im Vorhinein auch auf solche Folgeerscheinungen – nämlich die Mangelerscheinungen – geachtet haben. Genau dies hat er zuvor in der Frage 2a zutreffend bejaht und mit der Aussage, dass mit der Bioresonanztherapie Mangelerscheinungen behoben werden, müssen diese zuvor auch beachtet worden sein. Also ist Antwort auf diese Frage – ob er auf Mangelerscheinungen achtet - mit „Ja“ zu bewerten:

„Eine Unverträglichkeit führt letztendlich auch zu, zu Mangelerscheinungen.“ #00:17:13-7

„...was ich schon mal integriere ist, wir haben ein Gerät um die freien Radikale zu testen, ob überhaupt dann Notwendigkeit besteht, ...um eine Nahrungsergänzung überhaupt in Erwägung zu nehmen, ...und dann werden noch verschiedene Vitamine Mineralien aus getestet auf Verträglichkeit und Notwendigkeit, ja. Ja.“ (IPG 3/81-85)

Bei Frau „H“ wiederum erscheint das ganze schon wieder klarer. Für sie ist eine Mangelerscheinung ein Teil des Gesamtbildes vom Patienten und wird von ihr grundsätzlich bei der Befunderhebung beachtet und registriert. Dabei achtet sie vor Allem auf die subjektiven Äußerungen der Patienten die auf eine eventuelle Mangelerscheinung hindeuten könnten:

„Also Mangelerscheinungen registriere ich erstmal für mich, ...die nehme ich erst einmal in meinem Befund mit auf, ...das gehört ja für mich zum Gesamtbild auch des Patienten, der da vor mir ...steht, ...und je nach Situation [...] ((lacht)) ...versuche ich da drauf einzugehen, [...] manchmal kommt es ja aus dem Gespräch heraus, ich bin ja so müde, ich bin ja so fertig, da kann man ja sofort einhaken, ...“ (IPH 2/55-61)

ZUSAMMENFASSUNG:

Bei der Frage ob die IVP bei ihrer Untersuchung auf Mangelerscheinungen achten, und diese dann auch therapeutisch angehen, antwortet der überwiegende Teil der Therapeuten, dass dies zu ihrer Befundaufnahme dazugehört und auch therapiert wird. Einer der Befragten sagt, dass er dies nur zeitweise bei besonders auffälligen Symptomen tue und ein weiterer meinte, dass er überhaupt nicht auf Mangelerscheinungen achtet.

Zur therapeutischen Vorgehensweise lässt sich sagen, dass wiederum der überwiegende Teil der interviewten Therapeuten Supplementierung von Nahrungsergänzungsprodukten bevorzugen. Kinesiologische Behandlungen werden von einem der Befragten direkt und von einem weiteren indirekt – durch dessen Frau – durchgeführt. Ein weiterer geht bei dieser Thematik noch ausführlicher vor. Er führt zusätzlich zur genaueren und prophylaktischen Befundung Haarmineralanalysen durch, um frühzeitige Hinweise auf Mangelerscheinungen zu erhalten. Somit wird es ihm ermöglicht – so seine Aussage – solche Mangelzustände rechtzeitig zu erkennen und mittels Supplementierung der entsprechenden Vitamine etc. entgegenwirken zu können.

Daher kann man sagen, dass das Thema Mangelerscheinungen von Vitaminen etc. einen überwiegenden Einfluss auf die diagnostische und therapeutische Vorgehensweise von den befragten Therapeuten hat und in der Praxis eine ständige Anwendung findet.

4.2.4 Die Zusammenarbeit mit weiteren Untersuchungsorganen.

Es soll bei dieser Frage herausgefunden werden, ob die IVP mit anderen Untersuchungsorganen zur Ermittlung des Ernährungsstatus (z.B. Ernährungsberatern, Ernährungsmedizinern, Ärzten, Laboratorien etc.) zusammenarbeiten oder nicht. Dies soll darstellen, in welchem Umfang die Therapeuten sich mit weiteren Untersuchungen beschäftigen und welche Untersuchungsorgane dabei am meisten genutzt werden.

Bei Frau „A“ besteht keine Zusammenarbeit mit Ernährungsberatern- oder Medizinern. Jedoch werden je nach Bedarf – z.B. bei Verdacht auf Störungen der Darmflora oder nach Antibiotikagabe - Stuhlproben entnommen. Danach werden diese Proben an ein ihr bekanntes Labor zur weiteren Untersuchung geschickt:

„Mit Ernährungsmedizinern und -beratern jetzt nicht,... was ich schon mal ab und zu mache ist so... eine Stuhlprobe, wenn ich jetzt... den Eindruck habe, da ist... komplett der Darm... aus dem Gleichgewicht, das ist vielleicht ein Pilz im Darm, oder die, die Bakterienflora ist zerstört durch Antibiotikaeinnahme, dann mache ich so was, und wenn dann was zu finden ist, versuche ich da halt, dann das mit wieder aufzubauen mit verschiedenen Mitteln, ... ja [...].“ (IPA 2/ 67+68; 3/69-73)

Bei Herrn „B“ verhält es sich bezüglich der Zusammenarbeit ganz anders als bei Frau „A“. Er wiederum arbeitet mit Ernährungsberatern und Laboren intensiv zusammen. In diesem Zusammenhang verweist er auf den gegenseitigen Austausch an Informationen der bezüglich der Ernährungsberaterin vorherrscht:

„Ja, also mit der Ernährungsberaterin arbeite ich zusammen, also meine- meine Tante ist zufälligerweise Ernährungsberaterin, ja“ (IPB 3/106+107)

„[...] Ja, also ich meine ...ich unterhalte mich schon mit- mit- mich mit meiner Tante, ja, das schon, ja, und die ...wird wahrscheinlich auch in der nächsten Zeit irgendwie auch hier anfangen, also da wird der Kontakt noch größer werden [...].“ (IPB 4/131-134)

„Ja. Das ist ...schon wichtig, weil ...ich meine ...sie sind die Experten erstmal, [...] aber man kann sich ja gegenseitig austauschen. Ja? (IPB 3/110-114)

Die Zusammenarbeit mit Laboren nutzt er zusätzlich zur Austestung von Nahrungsunverträglichkeiten:

„[...]Und Labor natürlich auch, ja? Wenn irgendwie ...was explizit irgendwie sein sollte, dann teste ich zum Beispiel dann auch irgendwie ...bei Glutenunverträglichkeit oder sowas. Ja, wenn es Richtung Zöliakie geht, ja, ...und dann müssen ja Untersuchungen gemacht werden.“ #00:05:15-6# (IPB 3/114-117)

Herr „C“ arbeitet diesbezüglich ebenfalls mit Laboratorien zusammen, will aber zukünftig eine Ernährungsberaterin mit in die Praxis aufnehmen:

„Wir wollen ja jetzt eine Zusammenarbeit eben mit einer Ernährungsberaterin mit als Praxisunterstützung mit dazu eben dabei machen, aber ich sehe halt, dass in der Zwischenzeit jeder eben seine eigene Philosophie bezüglich der Ernährung und so weiter dabei hat, ich arbeite viel mit den Laboratorien eben zusammen. Ja.“ #00:04:55-5# (IPC 3/79-82)

Frau „D“ arbeitet wiederum arbeitet mehr mit Ärzten zusammen, die in den Bereichen Kinesologie, TCM und Homöopathie spezialisiert sind, und zu denen sie auch Patienten verweist:

„Gut, die eine Ärztin in Heidelberg macht Naturheilverfahren, testet kinesologisch aus [...] .“ (IPD 4/125+126)

„Die Ärztin in .. Weinheim ...betrachtet das mehr von der ...traditionellen chinesischen medizinischen Seite her, da habe ich auch in ...in Bad Dürkheim gibt es auch Ärzte, also Chinesen, die rein traditionell chinesische Medizin machen, da schicke ich auch ab und zu Patienten hin, ...ja. Das sind so ...dann habe ich noch eine Homöopathin, die klassische

Homöopathie macht, so eine Ärztin auch, wo ich auch Patienten hinschicke, also das sind so die sagen wir mal die Fachrichtungen, die ich mir an- als nächstes heranziehe. Ne?“

#00:09:49-1# (IPD 4/128-135)

Frau „E“ arbeitet ebenfalls mit Schulmedizinern in Form von labortechnischen Untersuchungen zusammen, aber nicht mit Ernährungswissenschaftlern- oder beratern. Dabei werden Standarduntersuchungen, zur weiteren Abklärung von Erkrankungen im Sinne einer differenzialdiagnostischen Untersuchung durchgeführt:

„Also nicht ...explizit Ernährungswissenschaftlern.“ (IPE 4/122)

„Wenn dann ...verweise ich eher also jetzt schulmedizinisch ...für ...was weiß ich die Standarduntersuchungen jetzt ...sei das jetzt Labor oder sonstiges, ...aber jetzt weniger, dass ich jetzt einen spezifischen ...Ernährungswissenschaftler jetzt ...hätte mit dem ich zusammenarbeite.“ (IPE 4/124-127)

Im Sinne der Zusammenarbeit mit anderen Untersuchungsorganen bezüglich der Ermittlung des Ernährungsstatus verweist Herr „F“ zu seiner Frau - die Kinesologin ist - oder zu einem der derzeitig behandelnden Ärzte:

„Ich verweise.“ (IPF 2/40)

„[...]...verweis zu dem Arzt, der dann ...Blutwerte und so weiter, was notwendig ist, dann weiter eben ...durchführt.“

„Meine Frau ist Kinesiologin.“ (IPF 3/90)

Herr „G“ antwortet auf diese Frage mit einem klarem „Nein.“

„/eh/ Nein. Nein.“ (IPG 3/93)

Frau „H“ arbeitet diesbezüglich primär mit einer Heilpraktikerin zusammen. Diese führt Untersuchungen mit einem „Metascan-Gerät“ durch und findet dabei unter Anderem auch Nahrungsunverträglichkeiten bzw. Lebensmittelallergien heraus:

„Eher mit Ernährungsberatern, aber auch mit Heilpraktikerkollegen, die mehr Erfahrung haben als ich.“ (IPH 2/68-69)

„Das nennt sich ...also die Heilpraktikerin, die ich meine, die hat ein O Gott. ...Metascan?“ (IPH 2/72+73)

„Das geht in die ...deutlich energetische Richtung, Quantenphysik, die scannt regelrecht aus, ja. Hmhm.“ (IPH 2:Zeile 75+76)

ZUSAMMENFASSUNG:

Die drei primären Untersuchungsorgane die zusätzlich zur Erstellung des Ernährungsstatus hinzugezogen werden, sind Ernährungsberater/-mediziner, Ärzte und Labore. Dies wird von

fast der Hälfte der Therapeuten gemeinsam genutzt. Die Zusammenarbeit mit Homöopathen, Heilpraktikern, Kinesiologen und traditionell chinesischen Medizinerinnen wird jeweils vereinzelt angegeben. Jediglich eine Person der befragten IVP gibt an, mit keinen weiteren Untersuchungsorganen zusammenzuarbeiten.

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Zusammenarbeit mit anderen Untersuchungsorganen - zur Erfassung des Ernährungsstatus - von fast allen Befragten vollzogen wird.

4.2.5 Die Qualität der Zusammenarbeit mit weiteren Untersuchungsorganen.

Nun soll die Qualität der Zusammenarbeit mit den zusätzlich hinzugezogenen Untersuchungsorganen - bezüglich der Zufriedenheit über die Art und Weise der Kommunikation und des Informationsaustausches - hinterfragt werden.

Die Zusammenarbeit mit dem Labor wird von Frau „A“ als „gut“ empfunden, was sich dadurch äußert, dass bei Nachfragen Tipps und Empfehlungen zu den einzelnen Befunden gegeben werden:

„Das klappt gut, ich hab da so ein Labor, mit dem ich zusammenarbeite, und... da kann man durchaus mal dann anrufen und nachfragen... zu den Befunden und die geben einem dann auch Tipps... oder was sie empfehlen würden dann zu machen,... ja.“ (IPA 3/75-78)

Im weiteren Verlauf sagt Herr „B“ bezüglich der Labore, dass im Bereich des Zellstoffwechsels zusätzliche Möglichkeiten bestehen, sich über Blutuntersuchungen einen erweiterten Einblick zu verschaffen, die dem Patienten raschere Hilfe ermöglichen. Dadurch könne man aufzeigen, dass ein therapeutischer Eingriff auch über die Ernährung möglich ist, und man nicht nur auf Medikamente zurückgreifen muss:

„Ja. Und ...und ich hole viele Tipps von ihr, ja, sie ist da sehr gebildet und ...ist auch sehr bemüht, ja, dass es den Patienten auch besser geht, ...sie artet- ...arbeitet zum Beispiel auch mit dem Atmen- Atmungstest und sowas, ja, also das ist, ...und auch mit vielen Ärzten einfach auch zusammen, ja, und die ...also ihr vertraue ich da einfach schon. Ja? Also, weil sie auch schon über 20 Jahre oder 30 Jahre Erfahrung hat, und das ...“ (IPB 4/138-143)

„Gerade ...was den Zellstoffwechsel betrifft. Ja, wenn man den irgendwie dann, wenn man da mehr drauf eingehen würde oder sowas, und mehr ...Blutuntersuchungen machen würde, dann könnte man den Patienten sicherlich irgendwie rascher einfach helfen. Ja, und ...all- all das, dass die Therapie auch über die Ernährung geht. Ja, und nicht nur ...Medikamente-medikamentös. Ja?“ (IPB 5/157-161)

Die Zusammenarbeit mit den Laboratorien bewertet Herr „C“ mit „sehr Gut“, und verweist dabei auf die Freundlichkeit und den hilfreichen Informationen die er dabei von deren Seite aus erhält:

„Sehr gut. Sehr gut. Ja, wenn irgendwelche- allein die Laboratorien sind ja sehr hilfreich, in dem, was sie einem alles an Informationsmaterial eben dabei geben warum Dinge defizitär sein können, wo eben Dinge eben damit enthalten sind, wenn Fragen da sind, sind die immer, .. ja, sehr gerne bereit Auskunft zu geben, und gerade eben der Herr Martin beim Labor ist ein unheimlich kompetenter und sehr netter Mensch. Ja?“ (IPC 3/88-93)

Eine direkte Zusammenarbeit hat Frau „D“ nur mit einer Homöopathin. Eine eventuelle Zusammenarbeit mit einer Therapeutin die im Bereich „Metabolic Balance“⁵³ arbeitet könnte sie sich in Zukunft vorstellen, da ihr dieses Konzept persönlich zusagt:

„Zu- eine direkte Zusammenarbeit habe ich nur mit der Homöopathin in Bad Dürkheim. Ansonsten schicke ich ...also sagen wir mal so, ich geb es dem ... Patienten in die Hand, damit ...was zu machen. Ne? Also welchen- den Weg zu wählen, der ihnen am ...besten tut.“ (IPD 4/129-132)

„Noch nicht, aber ich habe jetzt Kontakt zu einer früheren Kollegin, die auch, also, die ist keine Osteopathin, aber die hat jetzt ist eigentlich ursprünglich Physiotherapeutin, hat jetzt den Heilpraktiker gemacht, und macht zur Zeit hauptsächlich das Programm Metabolic Balance, ...und ...ja. Und das klingt mir sa- da bin ich jetzt so langsam am einsteigen und da könnte ich mir vorstellen, mit der zusammenzuarbeiten [...].“ (IPD 2/66-72)

Frau „E“ hat diesbezüglich positive Erfahrungen bezüglich der Zusammenarbeit mit Ärzten gesammelt. Ihrer Meinung nach bewerten die Ärzte es eher als gut, wenn von Seiten der Osteopathen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt wird. Jedoch kann es manchmal zu lethargischen Äußerungen von Seiten der Patienten kommen, die manche Untersuchungen als unnötig erachten.

„Also, in der Regel habe ich bis l a n g eigentlich positive Erfahrungen damit gemacht. Es wird dann immer doch noch so aufgenommen, so nach dem Motto, na das ist doch nett, dass so Alternative dann ...doch mal dann was schicken. ne? So, ...das wird also eher positiv aufgenommen [...].also ich habe bislang überhaupt keine negativen Erfahrungen damit

⁵³ **Metabolic Balance:** metabolic balance ® ist ein ganzheitliches Stoffwechselprogramm zur Gesundheitsförderung und Gewichtsregulierung durch Umstellung auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung. Während des gesamten Programms werden die Teilnehmer einzeln oder in Gruppen von fachlich speziell ausgebildeten Ärzten, Heilpraktikern und Ernährungsberatern betreut. Die Grundlage von metabolic balance ® ist der persönliche Ernährungsplan. Er basiert auf einem speziellen Computerprogramm, entwickelt in Zusammenarbeit von Ärzten, Ernährungswissenschaftlern und Computerfachleuten. Dieses erstellt für jeden Teilnehmer individuell nach seinen Laborwerten und anderen Angaben einen ausgewogenen Ernährungsplan, der in 4 Phasen zum Erfolg führen soll. (http://www.metabolic-balance.de/desktopdefault.aspx/tabid-2/35_read-478/)

*gemacht, ...es könnte höchstens mal sein, dass manchmal ...der Patient dann erzählt, ja, ...j
o so schlimm wird es ja nicht sein, dass sie das also eher so ein bisschen, hm, bisschen
abtun, ...aber in der Regel ist es ...ist es gar kein, gar kein Thema [...]“ (IPE 4/129-137)
„...gut aufgenommen.“ (IPE 4/138)*

Herr „F“ antwortet, dass er mit seiner Frau zusammenarbeitet, und lässt diese Antwort weiterhin unkommentiert, weil beide aber im direktem Kontakt zueinander stehen und auch eine räumliche Zusammenarbeit besteht wird somit die Frage nach der Qualität der Zusammenarbeit mit „gut“ bewertet. (IPF 3/87-90)

Da Herr „G“ auf die Frage 2d mit nein geantwortet hat, kann diese Frage ebenfalls mit: „Es besteht keine Zusammenarbeit mit anderen Untersuchungsgremien“, beantwortet werden.

Bei der Zusammenarbeit mit anderen Untersuchungsorganen bezieht sich Frau „H“ primär auf Heilpraktiker und Ernährungsberater. Sekundär aber auch auf Schulmediziner. Die Zusammenarbeit mit den HP und Ernährungsberatern beschreibt sie als intensiv, die mit den Schulmedizinern als aufgeschlossen und bereitwillig, jedoch nicht hauptsächlich auf den Bereich Ernährung bezogen, sondern mehr auf den Bereich Osteopathie:

„Hmhm, inzwischen sehr produktiv, mit Schulmedizinern bis jetzt noch ...dato weniger, ...die sind ...also wir haben zwar Schulmediziner, die generell sehr offen sind, aber jetzt speziell mit Nahrungsergänzung ...nicht so sehr, aber mit Heilpraktikern und Ernährungsberatern sehr eng. Inzwischen kann ich das so sagen.“ Ja. (IPH 3/79-82)

„[...] Wir haben zwar eine gute Zusammenarbeit im osteopathischen Bereich, also in dem Bereich, aber jetzt direkt speziell wegen Ernährung nicht. Nein.“ (IPH 3/85-86)

ZUSAMMENFASSUNG:

Mehr als die Hälfte der Befragten bewertet die Zusammenarbeit mit anderen Untersuchungsorganen (Ernährungsberater/-mediziner, Ärzte, Labore, Heilpraktiker etc.) mit gut bis sehr gut. Dabei wird teilweise der gute Informationsaustausch oder die große Bereitschaft an Mitarbeit zur Aufklärung von medizinischen Zusammenhängen in den Vordergrund gestellt. Auch die Freundlichkeit war vereinzelt ein Aspekt der die gute Zusammenarbeit unterstreicht.

Einige der Therapeuten können zu der Zusammenarbeit mit Anderen nichts aufschlussreiches sagen, da sie entweder mit keinen weiteren Untersuchungsorganen zusammenarbeiten oder keine Meinung dazu äußerten.

Somit kann man zusammenfassend sagen, dass die Zusammenarbeit mit anderen Untersuchungsorganen von der Mehrzahl der befragten IVP als positiv und bereichernd betrachtet werden kann.

4.3 Krankheitsbilder im Bezug zur Ernährung und Fehlernährung

Dieser Fragenkomplex, der sich hauptsächlich mit Krankheitsbildern beschäftigt, soll herausfinden, ob die befragten Therapeuten im Rahmen ihrer osteopathischen Tätigkeit die Ernährung im Zusammenhang mit einzelnen Krankheitsbildern sehen oder nicht. Dabei wird im Besonderen auf die Betrachtungsweise der einzelnen IVP bezüglich der Bezeichnung „Krankheitsbilder“ besonderen Wert gelegt. Wird überhaupt in einzelnen Krankheitsbildern gedacht, oder kommt – wie bereits zuvor von einigen Therapeuten geschildert – der „ganzheitliche Aspekt“ bei der Betrachtungsweise von Patienten im Rahmen von Ernährung/Fehlernährung eher zum tragen.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Befragung ist die langjährige Erfahrung der IVP, die hierbei eine wichtige Rolle spielt. Die Therapeuten können sagen, welche Krankheitsbilder ihrer Meinung nach – im Bezug auf die Ernährung/Fehlernährung – am wichtigsten sind, bzw. auf welche man in diesem Zusammenhang besonders achten muss.

Welche Krankheitsbilder aus der Sicht der Ernährungsmedizin primär behandelt werden, wird im Kapitel 2.5.2 beschrieben.

Frau „A“ geht bei der Beantwortung dieser Frage nicht auf einzelne Krankheitsbilder ein, da nach ihrer Einschätzung viele Krankheiten durch jahrelange Fehlernährung entstehen. Da aber die Osteopathie einen ganzheitlichen Anspruch hegt, muss dies im allgemeinen Zusammenhang mit der Ernährung gebracht und betrachtet werden:

„Das ist schwierig einzugrenzen, weil... im Endeffekt können sehr viele Krankheiten ... durch eine jahrelange Fehlernährung mit entstehen, ...“ (IPA 3/82+83)

„Alleine auch ich meine die, die Osteopathie hat den Anspruch ganzheitlich zu sein, und ich finde dann kann man die Ernährung eben nicht aus... dem Spiel lassen. Die gehört ja auch mit zu dem Menschen.“ (IPA 4/122-124)

Die hauptsächlichlichen Krankheitsbilder mit denen Herr „B“ sich in seiner osteopathischen Behandlung beschäftigt sind: Zöliakie/Sprue, Erkrankungen des Leber-Galle-Systems (z.B. Fettstoffwechselstörungen), Erkrankungen im Bereich der Pankreas, des Pankreasstoffwechsel, Laktoseintoleranzen und Lebensmittelallergien sowie Pilzinfektionen im Urogenitalbereich als auch Immunschwächen:

„Ja, Glutenunverträglichkeit.“ (IPB 5/177)

„Nummer eins. Zöliakie oder ...ja. Sprue [...]“ (IPB 5/179)

„Leber-Galle-System, ja, Fettstoffwechsel [...]“ (IPB 5/183)

„Wichtig ist auch ...Laktoseintoleranz [...].“ (IPB 6/197)

„[...] ...dass die Bauchspeicheldrüse ...allgemein angespannt ist, beziehungsweise auch ödematös aufgequollen ist.“ (IPB 6/210+211) „[...]Pankreas, ja, also Pankreasstoffwechsel [...].“ (IPB 6/204)

„Urogenitalsystem zum Beispiel immer bei Pilzinfektionen zum Beispiel [...].“ (IPB 6/230)

Aus der Sicht von Herrn „C“ spielen dabei einzelne Krankheitsbilder keine besondere Rolle. Sehr allgemein gehalten, bezieht er sich eher auf einzelne Organsysteme und deren Systemerkrankungen, wie z.B. neurologische und kardiologische Erkrankungen, sowie Herzkreislauf-, Darm-, Leber- und Hauterkrankungen. Vielmehr aber verweist er dabei darauf, dass bei allen chronischen Erkrankungen seiner Erfahrung nach, die Ernährung/Fehlernährung immer eine essentielle Rolle spielt:

„Nein, also ich würde sagen, Spektrum von neurologischen Krankheiten, ja. [...] kardiologischen Krankheiten, [...] Herzkreislauf, Ernährung spielt Darm, Leber immer eine Rolle. Ich wüsste keins. Ha- Haut. Ja? Ich wüsste kein Krankheitsbild.“ (IPC 3/108-116)

„Bei chronischen Erkrankungen gehört es immer dazu.“ (IPC 4/119)

„Bei akuten ist es jetzt eine andere Sache. Aber bei chronischen Krankheiten würde immer , immer das dazu setzen. Und erfahrungsgemäß spielt es auch immer eine Rolle. Ja?“ (IPC 4/121-123)

Die Krankheitsbilder, die für Frau „D“ eine primäre Rolle spielen sind hauptsächlich der Diabetes mellitus. Danach folgen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Darmerkrankungen wie z.B. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, sowie Allergien, als auch die Fibromyalgie:

„[...] an erster Stelle Diabetes, aber meistens sind die Menschen, die Diabetes haben [...] alle Leute die im rheumatischen Formenkreis sich bewegen, ...gut. Die, natürlich die Darmerkrankten, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa... [...].“ (IPD 3/85-92)

„[...] Och, da gibt es bestimmt noch, noch einige Krankheiten mehr, wobei ich auch, ja gut all die- alle die mit Allergien zu tun haben, ...Fibromyalgie, ...ja, das sind so die, die am mei- mit den ich am meisten Kontakt habe, ja.“ (IPD 3/94-97)

Für Frau „E“ spielen bei der Erhebung des Ernährungsstatus spezielle Krankheitsbilder keine übergeordnete Rolle, da sie vorrangig bei ihrer Erstuntersuchung den Patienten unabhängig von vorher erstellten Diagnosen von dritter Seite aus untersucht. Dabei achtet sie primär auf die körperlichen Merkmale des Patienten. In diesem Zusammenhang werden zwar die bereits zuvor erstellten schulmedizinischen Voruntersuchungen mit beachtet, jedoch nur um sich weitere Folgeuntersuchungen zu ersparen. In Einzelfällen können Erkrankungen wie

z.B. chronische Magen- Darmerkrankungen eine Rolle im Bereich der Wahl der zur Anwendung kommenden Therapiemaßnahmen spielen:

„Hm. Also ich ...würde das gar nicht so auf ...bestimmte Krankheitsbilder festmachen, denn ...ich denke das ist grundsätzlich ein Problem. Also ...egal ob das jetzt ...Patienten sind, die jetzt klassischerweise Magen- Darm.. .Symptomkomplex sag ich jetzt mal haben von -- von ...sag ich mal leichten Beschwerden bis hin zu was weiß ich ...Colitis... oder Morbus Crohn oder sonstiges haben, also auch ...schon ma-manifeste Sachen.“ (IPE 4/142-147)

„Das klingt jetzt so ein bisschen, aber es gibt so einen schönen Spruch, ich behandle keine Krankheitsbilder sondern Menschen. [...] Denn ...ich muss auf meine Suche gehen und meinen Befund, was -- was zeigt mir der Körper, was -- wo braucht er Unterstützung, wo braucht er Hilfe.“ (IPE 5/190-196)

Diesbezüglich gibt es keine speziellen Krankheitsbilder, der Herr „F“ eine besondere Rolle zukommen lässt. Für ihn haben alle Krankheitsbilder eine vorrangige Bedeutung im Rahmen einer Fehlernährung:

„Alle Krankheitsbilder.“ (IPF 2/103)

Für Herrn „G“ spielt die Ernährung bei jedem chronischen Krankheitsbild eine elementare Rolle. Als Beispiel nennt er hierfür Übersäuerungen oder Vergiftungen, durch etwa Schwermetallbelastungen, im neurologischen Bereich. Aber grundsätzlich ist die Ernährung, bei allen chronischen Erkrankungen, mit ein Teil der Ursache und der Behandlung:

„Im Grunde so das jede chronische Erkrankung, im Sinne mit auch von einer Übersäuerung zum Beispiel, eine Ernährungsberatung, Ernährungsumstellung, weil es dann nicht nur ...eine Fastenkur ist zur Ernährung, so eine Entgiftungskur ist, im Grunde kann man also jede chronische Erkrankung, ...egal jetzt im Bereich der Neurologie sehr viel auch mit Schwermetallbelastungen, ...oder ...im Grunde jede chronische Erkrankung gehört ein Teil Ernährung mit dazu. ...also von daher kann man nicht sagen jetzt letztendlich bei einer Arthrose auch wenn Sie so wollen. Ja?“ (IPG 3/97-103)

Die hauptsächlichen Krankheitsbilder die Frau „H“ in ihrer osteopathischen Praxis mit dem Thema Ernährung und Fehlernährung in Verbindung bringt, sind meistens: Störungen im Verdauungstrakt, Erschöpfungszustände, psychische Probleme (Depressionen z.B.) und Störungen im Nervensystem (z.B. Parästhesien durch Vitamin B12-Mangel):

„Also bei mir sehr häufig Magen-Darm-Trakt, ...gerade mit Verdauung, ...u n d dann generell Müdigkeit, Depression, Erschöpfungszustände beim Patienten, ...schlechte Durchblutung ...ja, ...eigentlich sehr viel, was auch schon in den ...kann man auch sagen psychischen Bereich mit rein geht. Also so Depression, Erschöpfung hat man eigentlich finde ich viel in der Praxis, ((lacht)) ja.“ (IPH 3/92-96)

Marko: „Hmhm, Bereich Nervensystem, auch bezüglich jetzt Mangelercheinungen, B12 Mangel etc?“ (IPH 3/101+102)

„Ja. Genau. Also da habe ich eigentlich sehr häufig Patienten, ne? Also auch gerade mit Parästhesien, und ...unge- also so ungeklärte Sachen [...].“ (IPH 3/103-105)

ZUSAMMENFASSUNG:

Bei der Frage nach den primären Krankheitsbildern die von den IVP mit der Ernährung bzw. Fehlernährung in Verbindung gebracht werden, benennen die überwiegende Zahl der Befragten Erkrankungen im Verdauungssystem. Dabei beziehen sie sich auf Störungen im Magen,- Darm,- Leber/Galle- und Pankreasbereich. Dies können z.B.

Fettstoffwechselstörungen durch Leber/Galleerkrankungen, chronische Entzündungen des Darmes (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa), Nahrungsunverträglichkeiten und Allergien (z.B. Glutenunverträglichkeiten, Laktoseintoleranzen etc.) sein. Aber auch die Erkrankungen im Bereich der Pankreas werden in diesem Zusammenhang genannt.

Eine weitere häufige Übereinstimmung bestand darin, dass viele der Befragten sich darüber einig sind, dass es bei der Osteopathie primär darauf ankommt sich nicht auf einzelne Krankheitsbilder zu konzentrieren, sondern eine eher Organsystemübergreifende, ganzheitliche Betrachtungsweise anzugehen. So kommt es vor, dass einige der Therapeuten in der Ernährung/Fehlernährung bei allen pathologischen Vorgängen einen Zusammenhang sehen und bei allen chronischen Erkrankungen eine direkte Verbindung – ihrer Meinung nach – dazu besteht.

Vereinzelt wurden auch Erkrankungen des Urogenitalsystems, Immundefizite und Hauterkrankungen genannt, sowie Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen), Müdigkeits- und Erschöpfungszustände.

Jeweils zwei der befragten Therapeuten waren sich einheitlich darüber einig, dass auch Erkrankungen des Herz/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte und Durchblutungsstörungen) als auch Störungen im Bereich des Nervensystems (z.B. Parästhesien) dazu gehören.

Insgesamt jedoch gesehen spielt für die meisten der Therapeuten eine gesamtheitliche Betrachtungsweise eine übergeordnete Rolle bei der einzelnen Krankheitsbildern keine so bedeutende Gewichtung zugeordnet wird.

4.3.1 Therapeutische Vorgehensweise bei einzelnen Krankheitsbildern und die Integration in die osteopathische Behandlung.

Bei dieser Fragestellung sollen die IVP Stellungnahme dazu nehmen, wie sie bei einzelnen Krankheitsbildern vorgehen, welche hauptsächlichen Maßnahmen sie ergreifen, und wie das von ihnen in ihre osteopathische Behandlung integriert wird.

Dabei soll aufgezeigt werden, wie die einzelnen Therapeuten dabei vorgehen, welche gleichen oder auch unterschiedlichen Vorgehensweisen sie dabei haben. D.H. wobei gibt es Ähnlichkeiten, und wo sind eklatante Unterschiede zu erkennen. Das kann eventuell einen Beitrag dazu leisten, dass bei besonders hohen Übereinstimmungen dies als eine Art Referenz herauskristallisiert werden kann. Oder, dass bei übermäßigen Unterschieden – bei der behandlerischen Vorgehensweise – eventuell auf Defizite hingewiesen wird.

Die Befragte Frau „A“ integriert den Bereich Ernährung in ihre Behandlung folgendermaßen:

- a) Bei Erkrankungen oder Fehlfunktionen des Verdauungstraktes, versucht sie das Leber/Gallesystem anzuregen und/oder zu entgiften.
- b) Bei Antibiotikagaben die Darmflora wieder zu normalisieren.
- c) Bei anderen Erkrankungen wie z.B. einem atopischem Ekzem (Neurodermitis), eine Ernährungsumstellung anzustreben, und
- d) bei Gelenkbeschwerden (wie z.B. einer rheumatischen Polyarthritits) ebenfalls auf eine Umstellung der Ernährung hinzusteuern.

„Also so was ich ganz wichtig finde ist zum Beispiel jetzt bei allen Störungen im Verdauungssystem, wenn die Leute da Probleme haben, mit Magenschmerzen, Bauchschmerzen, krampfartige Bauchschmerzen, wenn sie... Durchfälle, Verstopfung haben, Probleme Fett zu verdauen, dass man einfach das Leber-Galle-System anregt, und entgiftet, dann eben zum Beispiel bei Antibiotikaeinnahme, dass man dann die Darmflora wieder aufbaut, dann ...auch bei solchen Sachen wie ...Neurodermitis.“ (IPA 3/88-94)

„Ich meine es, es zeigt eigentlich die- auch die Erfahrung von vielen Neurodermitikern, dass eine Ernährungsumstellung da zu einer Besserung führt, und ich denke dass auch Gelenkprobleme oft ... mit Ernährung zu tun haben kann, ...gerade auch wenn, wenn es so diffuse Gelenkbeschwerden sind, also nicht wirklich auf ein Gelenk bezogen, sondern den Leuten alles wehtut, Gelenke, Muskulatur, wehtut,... was würde mir da noch zu einfallen...“ (IPA 3/96-101)

- e) Bei Harnwegsinfekten z.B. werden Preiselbeerblätter, Cranberry... angewandt und auch bei anderen Krankheitsbildern werden je nach Eigenbedarf oder nach Anfragen seitens der Patienten kommen phytotherapeutische Maßnahmen zum Einsatz:

„Ja, gut, Harnwegsinfekte, da, da kenn ich dann halt so ein paar Kräuterchen, die man da geben kann. Wenn das auch dazuzählt, so Phytotherapie.“ (IPA 4/104-106)

Herr „B“ führt ebenfalls wie Frau „A“ bei Störungen im Leber/Galle-System (z.B. Fettstoffwechselstörungen) Leberreinigungen durch:

B: „Leber-Galle-System, ja, Fettstoffwechsel, ja, ...ich meine gerade wenn jemand ...auf fettige Speisen irgendwie negativ reagiert. [...]

...dann ist- ist es ein Alarmzeichen für mich, dass ich mich um die Leber-Galle einfach kümmern muss, ja? Und dann dementsprechend dann darauf reagiere mit zum Beispiel einer Leberreinigung erstmal.“ (IPB 5/183-187)

Bei Pankreasproblemen berät er die Patienten dahingehend, den Süßigkeitskonsum deutlich zu reduzieren und ebenfalls eine Leberreinigung durchzuführen, da diese Erkrankungen häufig mit Störungen im Leber/Galle-System kombiniert auftreten:

„Also erstmal die Süßigkeiten irgendwie .. weglassen, ja? Ganz wichtig ich sag denen jetzt nicht ...erstmal für eine gewisse Zeit, nicht für- für- für immer oder sowas, sondern erstmal eine gewisse Zeit, aber ...in dieser Zeit rigoros einfach das weglassen. Ja? Damit sich die Bauchspeicheldrüse einfach erholen kann, ja? Und ...((raschelt)) Genau. Ja. Also ...ich meine oft findet man ja Leber-Galle ...-Pankreas-System, ja? Prinzipiell und da ist oft irgendwie, wenn man gerade eine Leberreinigung dann durchführt dann ...hat es auch einen Effekt auch auf die- auf die Bauchspeicheldrüse.“ (IPB 5/221-227)

Bei Problemen im Darmbereich oder bei Immundefiziten führt Herr „B“ Darmsanierungen durch. Dabei gibt er z.B. Colibiogen⁵⁴ oder RMS-Tropfen⁵⁵:

„Ja, ich ergreife dann auch Maßnahmen, Darmsanierung, oder irgendwie in der Richtung ist das wichtig.“ (IPB 7/236+237)

„[...] ...Colibiogen, ja? Da sind bestimmte Bakterienstämme einfach drin, ja? ...die Darmschleimhaut oder -milieu einfach wieder aufbauen, ja? ...dann gibt es ...rechtsdrehende Milchsäuren, RMS ...RMS-Tropfen sind das, ja.“ (IPB 7/245-250)

Was seiner Meinung nach das Darmmilieu wieder aufbauen soll, um dadurch das Immunsystem zu stärken und Pilzinfektionen im Urogenitalsystem zu verhindern:

„Weil im Darm halt ja das größte Immunsystem ist, und wenn gerade im Urogenitaltrakt irgendwie ein Pilz ist. Ja, ich meine dann ist das Immun..system ja ziemlich im Keller, und das muss man dann wieder aufbauen.“ (IPB 7/239-241)

Schmidt & Hertel (2006) fanden bezüglich der Zugabe von Präbiotika heraus, dass dadurch die Anzahl von Bifidobakterien sich drastisch erhöhte und ein gesundheitsfördernder und Immunsystem stärkender Effekt entstand.

⁵⁴ **Colibiogen®** ist ein zell- und eiweißfreies Präparat, das aus den Stoffwechselprodukten des Escherichia coli, Stamm Laves, gewonnen wird. Colibiogen® ist ein Schleimhauttherapeutikum mit entzündungshemmender und immunregulierender Wirkung. Der Wirkort ist die immunologische Einheit Schleimhaut. (<http://www.laves-pharma.de/produktinformationen/colibiogen-oral/>)

⁵⁵ **RMS-Tropfen**: Hierbei handelt es sich um rechtsdrehende Milchsäure, die u.a. aus bakteriellen Stoffwechselprozessen entsteht. Diese werden therapeutisch unter anderem bei folgenden Erkrankungen eingesetzt: Bakteriellen Dünndarmüberwucherungen (SBOG) und bei erworbenen oder angeborenen Kohlenhydratintoleranzen. (Beckmann, Rüffer, 2007, p. 259)

Herr „C“ wiederum führt primär kinesiologische Austestungen oder eventuell auch Bluttests durch, um Unverträglichkeiten herauszufinden, damit er dem Patienten mitteilen kann, welche Nahrungsmittel dieser zukünftig weggelassen soll:

„Ja, Dinge die man eben rauslassen sollte, und, ja, und und und, ja, verschiedenste vom Rauslassen von Milchprodukten, vom Rauslassen von...eine kurze Auswahl eben auch aufgrund der Unverträglichkeiten hier einfach kinesiologisch, oder dann eventuell auch noch über Bluttests, aber eher selten. Ja? Weil es doch recht teuer ist. Ja?“ (IPC 4/143-146)

Er ist der Überzeugung, dass mittlerweile jeder Vitamine, Mineralien usw. supplementieren muss. Dabei vermittelt er den Patienten Nahrungsergänzungsmittel, und rät zu gesunder Ernährung aus biologischem Anbau:

„[...] Ich bin in der Zwischenzeit der Überzeugung, dass wir alle supplementieren müssen, wie gesagt, weil wir noch keinen positiven Wert dabei eben hatten.“ (IPC 4/129-131)

„Nahrungsergänzungsmittel. Ja, LaVita, gesunde Ernährung, Bio-Ernährung. Ja? Wie gesagt, Auswahl der Fette...“ (IPC 4/133+134)

„Ich hab die ganzen Testsätze der einzelnen Nahrungsergänzungsstoffe, der- der Mineralien und so weiter da, teste die durch und geb es dann.“ (IPC 6/208+209)

Frau „D“ hingegen macht ausschließlich nur osteopathische Behandlungen, da sie bezüglich Ernährung und auch anderen Fachrichtungen keine Ausbildung absolviert hat. Die einzige therapeutische Maßnahme in diesem Zusammenhang ist das Verweisen von Patienten zu ihr bekannten Ärzten, die diesbezüglich weitere adäquate Untersuchungen durchführen:

„Ich persönlich mache reine Osteopathie. Ich hab keine Ausbildung in irgendeiner anderen Form, und ...ja. Und schicke aber meistens die Leute noch weiter ...es gibt eine Ärztin in Heidelberg, die Frau Dr. Bobiz, und ...na ...da schick ich ...fast immer also zumindest gebe ich den Tipp, dass sie mal da hingehen sollen, es gibt noch eine Ärztin in Weinheim die auch hm ja ...Tests macht, wobei Ernährung auch eine Rolle spielt [...].“ (IPD 3/104-111)

Frau „E“ informiert sich zunächst einmal darüber, welche therapeutischen Maßnahmen bereits angewandt wurden und wie der Ernährungszustand des Patienten gerade ist. Dabei eruiert sie eventuell vorhandene Mangelzustände um im Bedarfsfall mit einer anschließenden Gegenregulation durch eine Ernährungsumstellung eine individuelle Ernährungssituation für den Patienten zu schaffen:

„[...] Beim einen denke ich ist es manchmal mehr notwendig Ernährungsanpassungen zu machen, beim anderen ...gar nicht. [...] Das ist eine individuelle, individuelle Sache. Kann ich eigentlich nicht sagen, also immer bei Morbus Crohn muss man ...xyz machen, ne?“ (IPE 4/149-156)

„Also erstmal kucken, ok. Was -- was bringt der Patient mit? Was ...was lief schon? Wie ist der Stand der Dinge im Moment? Und dann kucken, ok, wo fehlt es hauptsächlich, ne? [...]“ (IPE 4/161-164)

Für Herrn „F“ hat die Ernährung eine wichtig Bedeutung aber für seine osteopathische Behandlung spielt sie eine untergeordnete Rolle. Die Tipps die er dem Patienten mitgibt beschränken sich auf die Flüssigkeitszufuhr. Hierbei soll der Patient auf eine ausreichende Menge achten:

„Spielt ein ga- eine ganz kleine Rolle in meiner ((lachend)) osteopathischen Praxis, ...ich finde es zwar wichtig, ...dass auch auf die Ernährung geachtet wird, [...] ich gebe lediglich kleine Tipps. Am Rande. Wenn i- wenn ich sehe, dass ein Patient eine Ernährungsberatung nötig hat, schicke ich ihn zu einem speziellen Therapeuten oder zum Fachmann.“ (IPF 1/4-9)

„Ja, der allerwichtigste Tipp ist, viel Flüssigkeit ((lachend)) zu sich zu nehmen.“ (IPF 2+3/76-78)

Herr „G“ wiederum integriert dies mit in seine Behandlung, indem er die Patienten selber austestet, um dann entsprechende Entgiftungsmaßnahmen durchzuführen, und die benötigten Medikamente anschließend dem Patienten zu verschreiben:

G: „...wenn ich das austeste mache ich das selbst. Ja. Ja. Also mit den Entgiftungsmaßnahmen, oder ein Entgiftungsplan beziehungsweise auch die notwendigen Medikamente verschreiben, das mache ich selbst.“ (IPG 3/107-109)

Frau „H“ integriert dies in ihre Behandlung, indem sie den Patienten bei einer der in Frage 3 genannten Störungen daraufhin direkt befragt und mit dem Patienten dann Therapien - auch außerhalb der Osteopathie - erörtert, um zu einem Therapieerfolg zu gelangen:

„Dass ich den Patienten ...auch direkt befrage, ...konkret befrage, ob er Probleme hat. Mit Magen-Darm und dann kommt ja, ja. Das- ...der Patient arbeitet sich ja da oft ...selbst erst einmal ein und vor, ...wenn wir dann irgendwie einen Konsens finden, dass da Probleme da sind, dann versuchen wir einfach mal da darauf einzugehen, was könnte man noch außer der osteopathischen Behandlung machen?“ (IPH 3/113-117)

ZUSAMMENFASSUNG:

Ernährungsumstellungen und aufklärerische Maßnahmen sind die am häufigsten angewandten Methoden bei der Behandlung von Krankheitsbildern durch die befragten Osteopathen. Mehr als die Hälfte der Therapeuten sehen darin die adäquateste Maßnahme begleitend zu ihrer osteopathischen Arbeit. Dabei werden Patienten auch darüber aufgeklärt,

welche Nahrungsmittelprodukte vermieden, oder bevorzugt werden sollen. Die zweithäufigste Methode die von den befragten Therapeuten durchgeführt wurde, ist die Elimination von bestimmten Nahrungsmitteln, vor allen dann, wenn in der Anamnese der Verdacht auf eine Nahrungsmittelintoleranz oder Allergie vorliegt. Nicht selten werden Leberreinigungen (z.B. bei Abflussstörungen der Leber/Galle) oder Darmsanierungen (bei Immundefiziten oder Antibiotikaeinnahme) zusätzlich eingesetzt.

Es kommt auch vor, dass die Therapeuten bei unklaren Fällen die Patienten weiter an Fachleute (z.B. Ernährungsberater) verweisen. Einige Verfahren, wie z.B. die Gabe von Phytotherapeutika, Homöopathika, Vitaminsupplementierungen oder die Durchführung von Entgiftungskuren (wie z.B. bei Schwermetallbelastungen), werden nur vereinzelt durchgeführt.

Ebenfalls vereinzelt kommt es vor, dass überhaupt keine Maßnahmen oder Therapien angewandt werden.

Somit lässt sich Zusammenfassend feststellen, dass die befragten IVP mit überwiegender Mehrheit weitere therapeutische Maßnahmen, zusätzlich zu ihrer osteopathischen Arbeit, hinzuziehen und sich dies hauptsächlich auf das Verdauungssystem bezieht.

4.4 Ernährungsberatung und Ernährungstherapie

In dieser Fragekategorie soll festgestellt werden, ob die befragten Therapeuten Ernährungsberatungen und/oder Ernährungstherapien anwenden. Dabei soll auch festgehalten werden, wie sie dabei vorgehen und welche Ernährungstherapien – wenn welche vollzogen werden – primär angewandt werden.

Einen Überblick über Ernährungstherapien ist im Kapitel 2.7 aufgeführt.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten versucht Frau „A“ Tipps und Vorschläge dem Patienten – bei Bedarf – zu unterbreiten, ohne dabei den Anspruch zu erheben, professionelle Ernährungsberatung dabei anzubieten. Wenn sie den Eindruck gewinnt, da müsse professionelle Beratung nötig sein, dann überlässt sie dies anderen adäquat dafür ausgebildeten Personen. Ansonsten führt sie in einem kleineren Rahmen solche Beratungen selber durch, da ihrer Meinung nach dies zu einer osteopathischen Grundversorgung dazugehört, um der Behandlung einen besseren Wirkmechanismus zu verleihen:

„[...] Wenn ich jetzt wirklich... denke derjenige braucht mehr Hilfe, dann würde ich doch kucken, ob man da jemanden findet, wo derjenige hingehen kann. Ja? Es gibt ja auch Heilpraktiker, die Ernährungsberatung machen, [...] also ich versuch einfach... so in dem Maße, was- was ich halt weiß, was ich mir angelesen habe, Tipps zu geben, und mit denen

kann man sicher den Leuten auch schon manchmal ganz gut helfen, aber...

Ernährungsberatung würde ich es jetzt nicht nennen. Ich denke das gehört einfach so auch mit zur osteopathischen Behandlung [...].“ (IPA 4/127-137)

„[...] aber ich denke einfach, dass die osteopathische Behandlung auch besser wirken kann,... weil, ich meine wir reden immer von den Selbstheilungskräften, und der Apotheke Gottes, ja? Die alles enthält.“ (IPA 5/139-142)

Ernährungstherapien werden von ihr nicht durchgeführt.

Herr „B“ führt aus seiner Sicht gesehen keine Ernährungsberatungen durch, sondern gibt dem Patienten Tipps oder Hinweise wie sie sich Verhalten oder was sie tun sollen.

Ansonsten Verweist Herr „B“ auf Ernährungsberater. In ganz dringenden Fällen, in denen ein Patient sich einen solchen Ernährungsberater nicht leisten kann, macht er diesen auf Informationsquellen (z.B. Internet) aufmerksam und rät dazu mit der Krankenkasse in Kontakt zu treten, die ihm dann Adressen von honorarfreien Ernährungsberatern geben können:

„Also ...Ernährungsberatung würde ich das nicht nennen, ja?“ (IPB 9/294)

„Also ich ...geb ...ich geb den Patienten gewisse Tipps, gewisse Hinweise, ja, aber wenn es einfach meinen Rahmen übersprengt, irgendwann sage ich, ey hören Sie zu, gehen Sie zum Ernährungsberater.“ (IPB 8/296-298)

„Ich verweise darauf ja, ja, also ich meine ...ich habe mir hier und da ja natürlich irgendwas angelesen, das sollte man auch als Me- ...als Mediziner eigentlich auch ...können, ja, aber wenn es ...direkt ins Detail geht, ja, das wird einfach auch, auch den Rahmen einfach sprengen [...].“ (IPB 8/300-306)

„Also wenn ich weiß, zum Beispiel ...der Patient kann sich keinen Ernährungsberater leisten, ...ich mein, dann muss ich natürlich drauf eingehen, ja, und ich werde ihm dann explizit dann auch sagen, gehen sie auch ins Internet, ...informieren sie sich da, ja, gehen sie direkt zu ihrer Krankenkasse, informieren sie sich dort, ja [...]“ (IPB 8+9/310-315)

Auch Herr „B“ führt keine Ernährungstherapien durch.

Diesbezüglich hat Herr „C“ zwei verschiedene Merkblätter für die Patienten ausgearbeitet, die er mit ihnen persönlich durchgeht, und individuell an deren Probleme anpasst:

„Also ich hab das ...das- ich hab ein Blatt vorbereitet, in dem alles draufsteht, eine Kurzfassung und eine Langfassung, und die gehe ich ...Schritt für Schritt mit dem Patienten dabei durch, und...“ (IPC 5/155-157)

„Genau. Und marke dann einfach nur die verschiedenen Sachen, die für den Patienten relevant sind, noch mal mit einem Stift .. an.“ (IPC 5/159+160)

Frau „D“ führt keine Ernährungsberatungen oder Ernährungstherapien durch:

„Nein. ((lacht)) Ein klares Nein.“ (IPD 5/162)

Die Maßnahmen, die Frau „E“ zur Anwendung kommen lässt, gehen mehr in die Richtung von Ernährungstipps oder einer Anpassung des Ernährungsverhaltens. Aber auch Ernährungstherapien kommen bei ihr zur Anwendung. In diesem Zusammenhang gibt sie dem Patienten Tipps, die dem Patienten aufzeigen sollen, zu welchen Mahlzeiten und in welcher Reihenfolge sie bestimmte Nahrungsmittel essen sollen.

Auch die Art der Zubereitung kommt hierbei zum Tragen. Gleichzeitig führt sie Entgiftungsmaßnahmen durch, die zu einer Entschlackung des Körpers führen sollen. Dies wird unterstützt durch Austestungen von Nahrungsunverträglichkeiten und dem anschließenden Weglassen der dementsprechenden Nahrungsmittel:

„Also jetzt ...Ernährungsberatung im eigentlichen Sinne nicht [...] es kann eben sein von trink ein bisschen mehr Wasser, ...Perspektive Stilles, ...trink es nicht so kalt, oder, ...es ga- also von ganz ganz wenigen Sachen oder iss zu einer anderen Mahlzeit kein Obst, weil es noch mehr gärt, wenn, dann iss Obst nur alleine, oder iss mal nur eine Sorte oder ...bis hin zu ja ...meide Milchprodukte als Beispiel jetzt oder mach eine ...ne Pita-senkende Diät oder ...so irgendwas, ne?“ (IPE 7/243-250)

„...diätetische ...Beispiel sein [...] einfach mal eine Ama-senkende Diät, also einfach mal sage ich jetzt mal alles was ...als Dreck produziert in Anführungszeichen, das einfach mal ein bisschen ...wegzulassen. Den Körper einfach ein bisschen zu entlasten, dadurch die osteopathische Behandlung einfach zu unterstützen, geb ihnen einen Zettel mit, macht das mal sechs Wochen, einfach zur Entlastung. Oder es kann sein, dass ich mal sage, ok, mach mal für sechs Wochen Trennkost [...].“ (IPE 6/223-235)

Die eigentliche Ernährungsberatung führt die Frau von Herrn „F“ durch, weil es ihm dafür an ausreichendem Wissen fehlt. Ausnahmen dabei spielen Beschwerden im Bereich des Verdauungstraktes. Hierbei spricht Herr „F“ die Patienten auch direkt darauf an und versucht dann mit ihm darüber zu reden, um dann geeignete Maßnahmen in die Wege zu leiten:

„Das macht meine Frau.“ (IPF 3/111)

„Ja gut, wenn, wenn ein Patient kommt und hat, hat Verd- Verdauungsstörungen sagen wir mal. Ja? Magen, Magen-Darm, ...kann schlecht schlafen, hat ...Tief- Tiefpunkte, Löcher, in die er tagsüber fällt, so energetische Probleme, und da, da kann dann so was schon mal vorkommen, ...nach der Untersuchung des Patienten, ...dass man das dann anspricht mit der Ernährung und dann auch diesen Weg beschreitet, wobei ich sa- ich sage ich habe da nicht viel Ahnung davon [...].“ (IPF 4/124-129)

„[...] Da muss man speziell etwas dafür tun, wenn man sich in diese Richtung bewegen möchte. Deswegen mache ich es auch nicht. Weil, das können andere Leute viel besser wie ich.“ (IPF 5/181-183)

Herr „G“ führt keine Ernährungsberatungen- oder therapien durch:

„...nein, noch nicht, ...noch nicht.“ (IPG 4/139)

Frau „H“ führt mittlerweile regelmäßig eigenständig Ernährungsvorträge durch:

„Ja, also wir ...führen eigentlich inzwischen fast einmal im Monat ...einen Ernährungsvortrag durch.“ (IPH 4/144+145)

ZUSAMMENFASSUNG:

Die Mehrzahl der interviewten Therapeuten führen Ernährungsberatungen in Form von Aufklärungsgesprächen, Ratschlägen und Verordnungen von Diäten oder Ernährungsumstellungen durch. Das fängt an mit Tipps zur Art und Weise der Nahrungszufuhr bis hin zu individuell angepassten Ernährungsumstellungen und eigenständig gehaltenen Ernährungsvorträgen.

Alle Therapeuten die angeben ernährungsberatende Tätigkeiten auszuüben verweisen darauf, dass sie keinen Anspruch auf professionelle Ernährungsberatung stellen. Deshalb verweisen diese Therapeuten auch in schwerwiegenden Fällen ihre Patienten an Ernährungsberater etc. weiter.

Einige der IVP führen keine Ernährungsberatungen durch. Teilweise weil sie ihrer Meinung nach zu wenig darüber wissen, oder weil sie dies von vornherein Ernährungsberater/-mediziner überlassen.

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass ein Großteil der befragten Therapeuten Ernährungsberatungen mit als Teil ihrer osteopathischen Tätigkeit ansehen und ausüben.

4.4.1 Reaktionen auf und die Mitarbeit von Patienten bei ernährungsberaterischen Tätigkeiten.

In diesem Fragenabschnitt wird die Reaktion der Patienten auf die Ernährungsberatung beleuchtet und die Mitarbeit dabei dargestellt. In diesem Zusammenhang erscheint es als wichtig herauszufinden, ob die befragten Therapeuten dies vergleichsweise gleichwertig bewerten oder ob es eklatante Unterschiede bei den Aussagen und Erfahrungswerten der IVP gibt.

Bei den Reaktionen auf eine Ernährungsberatung hat Frau „A“ die Erfahrung gemacht, dass die Reaktion des Patienten davon abhängig ist, ob das Thema, und die damit evtl. im

Zusammenhang stehende Problematik seiner Erkrankung denjenigen überhaupt interessiert oder nicht. Im persönlichen Umgang mit dem Patienten – so die Meinung von Frau „A“ - kristallisiert sich dabei recht schnell heraus ob der Betroffene überhaupt eine gewisse Offenheit dafür hat oder nicht. Je nach Interessenstand entscheidet sie dann, wie intensiv sie diese Zusammenhänge mit demjenigen bespricht:

„[...] man merkt ...sehr schnell, ob da jemand für offen ist, oder ob er da nicht so mitzieht. Und wenn ich merke, dass jemand offen ist, dann erzähle ich auch mehr, ...und die Leute sind dann ja auch dankbar dafür, ...und wenn ich schon merke, je nach dem wie derjenige reagiert, wenn man dieses Thema anspricht, dass er... dass er das gar nicht so hören will, dann ...vergeude ich damit auch nicht ...Zeit.“ (IPA 5/157-163)

Im Bereich der Mitarbeit der Patienten hat Frau „A“ die Erfahrung gemacht, dass ein Großteil der Patienten - nämlich 70% - daran interessiert ist, ernährungsberaterische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Aber nur ein geringer Teil – ca. 30% - sind dann letztendlich entschlossen genug dies durchzuführen. Die restlichen 40% verbleiben – ihrer Meinung nach - in ihren alten Ernährungsmustern. Bezüglich der Reaktionen meint sie, dass die Mehrheit ihrer Patienten ein Interesse an Ernährungsberatungen zeigt:

„Ich würde sagen, dass vielleicht 70 Proz- ...Prozent sagen, dass sie das interessiert, und dass sie darüber mehr hören wollen, und, dass aber im Endeffekt von den 70 Prozent... vielleicht ganz am Ende 30 Prozent wirklich aktiv was tut, und der- der... der Rest, also die restlichen 40 Prozent davon, ...schaffen es irgendwie nicht, das- das umzusetzen.“ (IPA 6/180-184)

Herr „B“ sagt hierzu, dass die Mitarbeit der Patienten bezüglich Ernährungsberatungen-und -therapien – wie z.B. Darmsanierungen, Nieren- und Leberreinigungen etc. - positiv zu bewerten ist, und die meisten Patienten darauf gut reagieren:

B: „Also ich denke die meisten Patienten nehmen das schon an. Also wenn man denen explizit sagen, machen sie mal eine ...Darmsanierung, ja, oder eine Nierenreinigung, Leberreinigung, et cetera, ...die meisten machen das auch, ja, also das finde ich schon mal ganz gut, ja, und ...die sehen dann auch relativ rasch auch dann einen Effekt dann. Ja.“ (IPB 9/344-348)

Der Erfahrung von Herrn „C“ nach, reicht die alleinige Erwähnung von Tipps zur Ernährungsumstellung nicht aus um eine Umsetzung derer zu erwirken:

„Wenn man Dinge einfach nur erwähnt, ist fast nie eine Umsetzung davon da [...].“ (IPC 5/163+164)

Darum gibt er dem Patienten einen Vordruck mit, auf dem sich alle Maßnahmen die er durchführen soll aufgeführt sind. Seiner Meinung nach ist dadurch die Mitarbeit der Patienten ausgeprägter. Jedoch ist er der Meinung, dass die Überzeugungskraft des Therapeuten das Ausmaß der Mitarbeit beim Patienten entscheidend beeinflusst:

„Deswegen den Zettel da mit eben geben und dann noch mal eben dann das nächste Mal noch mal eben checken, meistens sind nur ein paar Faktoren davon umgesetzt, aber... je nach dem wie viel Überzeugung man hineinsetzt hat man eine bessere Chance der Compliance. Ja?“ (IPC 5/168-171)

In diesem Zusammenhang berichtet Frau „D“, dass die Patienten ihrer Erfahrung nach dies gut und dankend annehmen:

Ist bezogen auf die Verweisung an andere Therapeuten!

Marko: „Und wie sind da deine Erfahrungen, deine persönlichen Erfahrungen ...mit den Patienten, wenn du sie verweist? ...Ist das eine gute Erfahrung, ...nehmen die Patienten das gut an, ja, und ...ja, sind sie dankbar dafür?“ (IPD 5/152-154)

„Ja.“ (IPD 5/155)

„Auf jeden Fall. Hmhm.“ (IPD 5/157)

„Kann ich hundertprozentig sagen. Ja. Hmhm.“ (IPD 5/159)

Dies kann Frau „E“ ebenfalls bestätigen. Ihrer Erfahrung nach nehmen die Patienten ihre Vorschläge und Ernährungsumstellungen gut bis hin zu sehr gut auf. Dabei zeigen sich einige Patienten sehr offen für Veränderungen und sind sehr erfreut über die Ratschläge die sie ihnen mitgibt. Es kommt sogar vor, dass manche Patienten eine Veränderung oder Tipps haben wollen. Somit lässt sich feststellen, dass die Reaktionen der Patienten mit gut bis sehr gut zu bewerten ist und auch die Mitarbeit ebenfalls sehr positiv ausfällt:

„[...] in der Regel ist das eigentlich, wird es recht gut angenommen.

Ich habe inzwischen auch viele Patienten, die dann auch eher danach fragen, was kann ich denn tun [...] die sind auch dann bereit da auch was zu tun, die dann auch sagen, ja, kann ich ...zusätzlich was machen jetzt über Ernährung oder -- oder ne? Und die sind dann auch sehr offen für solche Ratschläge, und viele ...sind dann auch ganz begeistert, ja wieso hat mir das nicht schon längst mal einer gesagt... [...].“ (IPE 7/262-278)

Nach der Erfahrung von Herrn „F“ nehmen die meisten Patienten die Ernährungsberatungen gut an:

„Mhm, ((räuspert)) in der- in der Regel nehmen das Patienten, die zu einer osteopathischen Behandlung kommen, gut an.“ (IPF 4/140+141)

Zu bemerken sei an dieser Stelle, dass diese Ernährungsberatungen von seiner Frau durchgeführt werden.

Da Herr „G“ ebenfalls wie Frau „D“ keine Ernährungsberatungen durchführt, kann er dementsprechend auch auf keine Erfahrungswerte verweisen.

Frau „H“ sagt hierzu, dass Patienten die Ernährungsvorträge von ihr besucht haben, diese sehr gut annehmen und die Mitarbeit ebenfalls sehr positiv ausfällt:

„[...] die meisten Patienten nehmen das sehr ...dankbar an.“ (IPH 4/144)

„Hmhm ...gut, ...sehr gut, ja.“ (IPH 4/141)

ZUSAMMENFASSUNG:

Die meisten Therapeuten die ernährungsberaterische Tätigkeiten in ihrer Praxis durchführen, haben durchgehend gute bis sehr gute Erfahrungen – was die Reaktionen der Patienten betrifft – dabei gemacht. Dies waren vor allem die Offenheit der Patienten für Ratschläge – wie einige der Befragten berichteten. Vereinzelt wird sogar darüber gesprochen, dass es auch vorkommt, dass einige ihrer Patienten noch mehr Ernährungsratschläge haben wollen. Es wird aber auch von einigen der Therapeuten dargelegt, dass die Anzahl der Patienten die letztendlich eine Ernährungsumstellung konsequent ausüben weniger als ein Drittel beträgt oder, dass ohne dementsprechende Motivierung – von Seiten der Therapeuten – eine Durchsetzung der Vorschläge ausbleiben würde.

Dies konnte Hajeck-Lang (2007) ebenfalls bestätigen. In ihrer Studie über Ernährungsberatung bei Adipositas in Kombination mit Hypertonie sowie Adipositas mit Roemheld-Symptomatik, wurde eine zuweilen verminderte Mitarbeit von Seiten der Patienten ebenfalls festgestellt.

Daher ergibt es sich, dass bei der Frage nach der Mitarbeit eine große Spannweite entsteht. Dies geht von einer nur sehr geringen Mitarbeit, bis hin zu sehr großem Interesse. Nur zwei der Therapeuten konnten zu dieser Frage nach der Mitarbeit keine Antwort geben, da sie selbst keine Ernährungsberatung ausüben. Einer der Befragten lässt diese Ernährungsberatungen von seiner Frau absolvieren und sagt, dass diese die Mitarbeit äußerst positiv bewertet.

Zusammengefasst kann man sagen, dass die Mitarbeit der Patienten auf ernährungsberaterische Tätigkeiten von den befragten Therapeuten, mit gut bewertet wird. Jedoch verlangt dies auch nach einer gewissen Motivationshilfe von Seiten der Osteopathen, ohne derer ein solches Ergebnis wahrscheinlich nicht zustande kommen würde. Unterem Strich gesehen, halten diejenigen Befragten die solche Ernährungsberatungen durchführen diese – trotz des Aufwandes der dafür betrieben werden muss – für notwendig und sinnvoll.

4.4.2 Erfahrungswerte bezüglich Ernährungsberatungen/-therapien.

Hierbei sollen die IVP über ihre Erfahrungen, die sie im Zusammenhang mit Ernährungsberatungen/-therapien gemacht haben, berichten. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf die Erkenntnisse die die Therapeuten dabei gesammelt haben gerichtet und welche Erlebnisse sie dabei hatten.

Nach Frau „A“ ihrer Erfahrung nach ist die Mitarbeit des Patienten meistens nicht ausreichend um einen Eingriff in ihre Ernährungsgewohnheiten hinzunehmen oder zu akzeptieren. Und wenn sie sich dann doch dazu entschließen, eine Ernährungsumstellung auszuprobieren, dann verfallen sie häufig wieder in ihre bisherige Gewohnheit zurück, vor allem, wenn es ihnen zu umständlich erscheint:

„Ja. Weil ...vielleicht der Leidensdruck manchmal nicht groß genug ist, und ...ja wie gesagt ich- ich denke, dass es den Leuten einfach oft zu sehr ein - oder ein zu tiefer Eingriff in ihr Leben, in ihre Lebensqualität ist [...] ... vielleicht am Anfang so ein bisschen probieren und dann ist es ihnen aber doch zu umständlich, und dann lassen sie es wieder, und fallen wieder in ihr altes Muster zurück.“ (IPA 6/189-195)

Herr „B“ hat die Erfahrung gemacht, dass die meisten Patienten seine Tipps etc. dankbar annehmen. Jedoch hat er auch den Eindruck, dass nicht jeder Patient ganz ehrlich, ihm gegenüber, damit umgeht. Aber dies ist dann letztendlich seine Entscheidung:

„Ich sag mal die- die- die- meisten Patienten die ...sind schon dankbar, dass man ihnen irgendwelche Tipps gegeben hat, ja? Aber, ob sie es wirklich zu Hause dann auch wirklich umsetzen, das ist natürlich die Frage. Ja? Ich meine, wenn Patienten mich dann beim nächsten Mal quasi anlügen, dass sie das und das gemacht haben, ich meine, ich ...ich muss da einfach mit arbeiten. Es geht ...ja. Der Patient trifft die Entscheidung, was er mit seinem Leben ... [...] .“ (IPB 9/326-331)

Nach der Erfahrung von Herrn „C“ ist die Reaktion der Patienten auf ernährungstherapeutische Aufklärungen sehr positiv, jedoch muss zunächst einmal der Patient dahingegen bewegt werden, sich zu einer Veränderung zu motivieren. Dies braucht viel Geschicklichkeit und Erfahrung:

„Die Resonanz ist erstmal eigentlich positiv. Nur die Umsetzung ist natürlich das Problem. Ja?“ (IPC 3/96+97)

„Der innere Schweinehund. Das ist die entsprechende Routine.“ #00:06:13-5# (IPC 3/100)

Dies ähnelt den vorherigen Eindrücken von IVP „A&B“ dahingehend, dass auch sie die Erfahrung gemacht haben, dass es teilweise sehr schwer ist den Patienten zu einer Ernährungsumstellung zu bringen und ein gewisses Maß an Überzeugungskraft voraussetzt.

Frau „D“ wiederum hat diesbezüglich andere Erfahrungen gesammelt.

Sie verweist auf die Aussagen der Patienten, die sie diesbezüglich zu anderen Therapeuten überwiesen hat. Diese berichteten ihr, dass sie gut auf die angewandten Therapien reagierten, und waren darüber froh, eine Weiterüberweisung bekommen zu haben. Jedoch kommt es - wenn auch nur selten - vor, dass Patienten Weitervermittlung zu anderen Therapeuten, nicht annehmen:

„Eigentlich gut. Eigentlich gut. Also viele sind froh, wenn sie Tipps haben, wo sie sich noch hinwenden können, viele gehen auch nicht unbedingt zu den Adressen, die ich nenne, sondern ...hören dann wieder über andere von ...speziellen Richtungen, die sie ansprechen, und die meisten ...gehen tatsäch- tatsächlich weiter. Also es ist ga- kommt selten vor, dass mal jemand sagt, och nee, dass ...hat mich jetzt, ist nicht an mich herangegangen, da habe ich nichts unternommen.“ (IPD 4+5/144-150)

Diese Unterschiedlichkeit bezüglich der Überzeugungskraft die geleistet werden muss um den Patienten zu einer Ernährungsumstellung zu bewegen, rührt sehr wahrscheinlich daher, dass nicht sie selber, sondern andere Therapeuten die Ernährungsberatung durchführen. Oder es könnte damit zusammenhängen, dass diese Therapeuten spezialisiert darauf sind, und einen anderen Erfahrungs- und Wissensstand diesbezüglich besitzen.

Die Erfahrungen, die Frau „E“ bezüglich der Ernährungsberatungen gemacht hat, beziehen sich hauptsächlich auf Veränderungen am Patienten, die sich primär an der Konsistenz des Gewebes bemerkbar machen. Hierbei fallen vor allem die Zunahme der Bewegungsausmaße auf aber auch die Abnahme der Grundbeschwerden weswegen der Patient eigentlich kommt:

„Das siehst du. Das siehst du wenn die sechs Wochen später kommen, spürst du sofort am Körper, wenn die was verändert haben.“ (IPE 8/283+284)

„[...] also das, das Gewebe so- sagt dir das sofort, also das ...geht in der Regel relativ schnell [...] ...und dann hast du auch sehr schnell ...in deinem Befund eine Veränderung.“ (IPE 8(286-289)

„Aber auch Bewegungsausmaße und so etwas.“ (IPE 8/293)

„[...] ja, einfach Beschwerden, wie, wie, wie in den Kniebändern, Migräne nicht mehr ...alle Woche, sondern nur noch einmal im Monat kommt, das finde ich [...] schon einmal einen guten Schritt, ne?“ (IPE 8/298-301)

Die Erfahrungen die Herr „F“ diesbezüglich gemacht hat, haben einen eher unscheinbareren Charakter – bezüglich der Fragestellung.

Demnach ist er der Meinung, dass Frauen solchen Ernährungsratschlägen gegenüber aufgeschlossener sind und diese auch eher annehmen:

„Es sei denn, es ist ein Mann, der von seiner Frau geschickt wurde.“ (IPF 4/143)

„Das, ja erst kommen die Frauen, dann kommen die Männer.“ (IPF 4/147)

Da Herr „G“ keine Ernährungsberatungen/-therapien absolviert, kann er diesbezüglich auch auf keine Erfahrungswerte zurückgreifen und darüber berichten.

Die Erfahrungen die Frau „H“ bezüglich ihrer Ernährungsberatungen und Ernährungsvorträge gesammelt hat, sind aus ihrer Sicht nur positive, da ihre Patienten demgegenüber sehr dankbar erscheinen:

„Eigentliche nur gute, ...die meisten Patienten nehmen das sehr ...dankbar an.“ (IPH 4/144)

ZUSAMMENFASSUNG:

Die absolute Mehrzahl der befragten Therapeuten die ernährungsberaterische Tätigkeiten durchführen oder die an andere – diesbezüglich qualifizierte – Therapeuten überweisen, haben die Erfahrung gemacht, dass dies von den Patienten überwiegend positiv aufgenommen wird. Jedoch gab die Hälfte der IVP auch an, dass eine konsequente Umsetzung und Annahme der Ratschläge, Tipps oder Ernährungsumstellungen vielen Schwierigkeiten bereitet. Nicht selten verfallen die Patienten wieder in alte Ernährungsmuster zurück.

Es wurde aber auch berichtet, dass eine positive Gewebeveränderung zu deutlichen Zunahmen von Bewegungsausmaßen führen und eine Beschleunigung des Therapieerfolges eintritt.

Ein IVP konnte dazu keine Stellungnahme nehmen, da er weder ernährungsberaterische Tätigkeiten durchführt, noch an andere diesbezüglich überweist. Der primäre Wissensfundus von Frau „D“ stammt, zu einem sehr geringen Anteil, aus der Physiotherapeuten- und Osteopathieausbildung. Denn Hauptanteil ihres Wissensfundus erhielt sie durch Gespräche mit Kollegen, aus Internet und Zeitschriftenlektüren (z.B. „Natur & Heilen“), und durch den Kontakt zu einer Kollegin, welche „Metabolic Balance“ anbietet.

4.5 Wissensfundus im Bereich Ernährung

In diesem Themenbereich geht es darum zu erfahren, woher die IVP ihr Wissen im Bereich Ernährung erhalten haben, bzw. welche Maßnahmen sie ergriffen haben um sich diesbezüglich fortzubilden.

Frau „A“ meint hierzu, dass das Thema Ernährung faktisch kein spezielles Unterrichtsthema in ihrer osteopathischen Ausbildung war, und diese Thematik dabei nur stellenweise durch beiläufige Anmerkungen im Rahmen von Tipps Erwähnung fand:

„P u h, also ich denke ich kann sagen, dass... in der osteopathischen Ausbildung das Thema Ernährung... praktisch überhaupt nicht vorkam,... und wenn dann mal nur so ganz beiläufig als irgendwelche kuriosen Sachen, die man so mitgekriegt hat, dass dann plötzlich Leute die mit Leber, Galle Probleme hatten Zitronen- und Olivenöl zu sich nehmen sollten, [...] aber es war auf jeden Fall kein Bestandteil... im Unterrichtsplan.“ (IPA 6+7/202-208)

Herr „B“ gibt an, dass er in seinem Osteopathiestudium bereits einiges über die Ernährung im Zusammenhang mit der Besprechung von Krankheitsbildern gelernt hat.

„Gut, ...einmal ...über das Studium, haben wir einiges mitbekommen, gerade, weil es bei- weil es bei Krankheitsbilder irgendwie dann darauf angesprochen worden ist, ja?“ (IPB 10/359+360)

Zudem hat er nach seinem Osteopathiestudium ein Praktikum bei einer Ernährungsberaterin absolviert:

„In der Grundausbildung, genau, nach dem Studium ...hab ich auch ein ...Praktikum bei meiner Tante absolviert, ja?“ (IPB 10/363+364)

Des Weiteren noch aus Fachliteratur und Fachbüchern:

„Die Ernährungsberaterin, genau, und ...danach habe ich irgendwie hier und da irgendwie in allen Prospekten oder in- in Fachbüchern nochmal irgendwie ge- explizit nachgelesen, ja ...ja? Genau. So hab ich mir das ...war meine Fortbildung. Ja.“ (IPB 10/366-368)

Seinen Wissensfundus im Bereich Ernährung hat sich Herr „C“ ebenfalls über das Eigenstudium erlangt. Zudem hat er Ernährungskonferenzen – primär in England – besucht. Dabei hat er durch dortige Literaturempfehlungen sich diesbezüglich fortgebildet.

„Ein Eigenstudium. Ja.“ (IPC 6/217)

„Und Konferenzen. Ja? Also ich war in ein paar, ein paar Ernährungskonferenzen, hauptsächlich in England, mit der Society und von dort aus gab es dann immer Literaturempfehlungen und verschiedenste andere Sachen.“ (IPC 6/219-221)

Der primäre Wissensfundus von Frau „D“ stammt, zu einem sehr geringen Anteil, aus der Physiotherapeuten- und Osteopathieausbildung. Denn Hauptanteil ihres Wissensfundus erhielt sie durch Gespräche mit Kollegen, aus Internet und Zeitschriftenlektüren (z.B. „Natur & Heilen“), und durch den Kontakt zu einer Kollegin, welche „Metabolic Balance“ anbietet: *„Hm. Es ist ein ...ein ganz kleiner Mosaikteppich, den ich mir ...also, ein bisschen haben wir in der Physiotherapieausbildung angesprochen, immer nur einen kleinen Teil, einen ganz kleinen Teil in der Osteopathieausbildung, ...sehr klein, ja, auf ...Kursen ...danach.“ (IPD 5/166-169)*

„...eigentlich durch Gespräche mit Kollegen, durch ...Internet, ...wenn mich irgendetwas interessiert hat, durch Zeitschriften, also ...auch relativ also ...zum Beispiel die Zeitschrift Natur und Heilen, [...] Teilaspekte die abgehandelt werden. Ja. Aber es ist wirklich nur so ein, ja, so ein Mosaikteppich, ne, also ...zusammengeschustert ohne einheitliche oder so ohne ein, sagen wir mal, ohne eine Linie [...]“. (IPD 5+6/180-193)

Der primäre Wissensfundus von Frau „E“ stammt aus dem Bereich der Mesologie:

„Das ist eigentlich ...kann ich sagen fast komplett Wissen aus der Mesologie. Und da habe ich so ein bisschen gleich zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen, das Wissen ist da raus und das ist auch die Fortbildung sozusagen, die ich ...in diesem Bereich dazu gemacht habe.“ (IPE 8/306-309)

Der primäre Wissensfundus von Herrn „F“ stammt hauptsächlich aus

visceralosteopathischen Unterrichtseinheiten. Seiner Meinung nach beginnen die Weiterbildungsmaßnahmen – in diesem Bereich – erst nach der Grundausbildung:

„Gut ...im- im- doch im- mit- mit der Visceralosteopathie haben wir ein bisschen was gemacht. Da hatten wir einen ...israelischen Arzt, und der hat uns da schon ein bisschen was gesagt.“ (IPF 5/176-178)

Seinen primären Wissensfundus erhielt Herr „G“ durch seine Kinesiologiefortbildungen:

„...Fortbildungen im Punkte Ernährung? ...primär ...durch die Fortbildung eben der ...Kinesiologie. ...ja, Kinesiologie. Genau.“ (IPG 5/152+153)

Der primäre Wissensfundus von Frau „H“ stammt – motiviert durch ihr Eigeninteresse – hauptsächlich aus Fachliteratur wie z.B. Bücher und Zeitschriften:

„Also mein Fundus kommt im Prinzip aus meiner privaten Schatzkiste, ich hab mich immer dafür interessiert, ...erst wegen mir selbst, klar so geht es ja meistens, und dann ...immer weiter fortschreitend, ...mir Bücher besorgt, bin mal ...beim Zahnarzt auf Entsäuerungen gestoßen, also so irgendwie ...gab es immer irgendetwas, wo mir dann so zwischen die

Finger kam, und hab mir dann auch Bücher gekauft und immer weiter ...belesen.“ (IPH 4/150-154)

Harris et al (1999), Clifford (2000) und Walker (2003) fanden in ihrer Studie ebenfalls heraus, dass ein Großteil der befragten osteopathischen Ärzte ihr primäres Wissen aus Fachliteratur/Zeitschriften erhielten. Gleichzeitig wiesen sie auf eine mangelhafte Ausbildung über ernährungsmedizinische Wissenschaften hin.

ZUSAMMENFASSUNG:

Der überwiegende Anteil der befragten Therapeuten gab an, seinen primären Wissensfundus nach der Osteopathieausbildung erlangt zu haben. Dabei hat über die Hälfte der Beragten dies über ein Selbststudium – in Form von Fachbüchern und/oder Fachliteratur – erhalten und die restlichen Therapeuten geben an, dass dabei ihre Mesologie- bzw. Kinesiologieausbildung die hauptsächliche Wissensquelle war.

Ein weiterer Teil der Therapeuten gibt an sich diesbezüglich auch mit Kollegen die sich auf das Thema Ernährung spezialisierten, weitere Informationen erhalten zu haben.

Ein Teilnehmer hat hierfür ein Praktikum bei einer Ernährungsberaterin absolviert, um sich dahingehend weiter fortzubilden.

Insgesamt lässt sich sagen, dass jeder der an dieser Befragung teilgenommenen Therapeuten, sich bereits während oder nach der Osteopathieausbildung im Bereich Ernährung fortgebildet hat. Dies geschah entweder nur im kleineren Rahmen über z.B. Fachlektüren oder sehr intensiv in Form von Seminaren oder über ein Praktikum.

Dies unterstreicht, dass ein deutliches Interesse von allen Teilnehmern an dem Thema Ernährung vorhanden ist.

4.5.1 Bewertung des Ausbildungsumfangs im Bereich Ernährung während der Osteopathieausbildung.

Hierbei bewerten die Befragten Personen ihren Ausbildungsumfang währen ihrer Osteopathieausbildung. Dabei soll ein Eindruck darüber gegeben werden, wie ausführlich sie das Thema Ernährung während ihrer Ausbildung abgehandelt sehen und wie zufrieden sie damit sind.

Im Bereich der Ernährungsmedizin gibt es bereits zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, die in Zusammenarbeit mit den ernährungsmedizinischen Verbänden ausgearbeitet und angeboten werden. Die Bundesärztekammer hat für ihre Mitglieder ein

Ausbildungscurriculum ausgearbeitet, in der die Lehr- und Lerninhalte für Fortbildungen im Bereich der Ernährungsmedizin vorgegeben und festgehalten sind:

*„Mit Einführung des Curriculum war von Seiten der Bundesärztekammer der Wunsch verbunden, die Ernährungsmedizin flächendeckend und interdisziplinär zu etablieren, daher wurde das Thema als Fortbildungsmaßnahme angeboten. In Zukunft wird die Ernährungsmedizin als strukturierte curriculäre Fortbildung der Bundesärztekammer weitergeführt. Hierbei handelt es sich um besondere interdisziplinäre Maßnahmen zum Kompetenzerhalt und zur Kompetenzentwicklung.“
(Bundesärztekammer, DGEM, 2004, p. 2)*

Die Bewertung in diesem Bereich ist von Frau „A“ mit „mangelhaft“ angegeben, da es nur beiläufig, zu wenig, und kaum strukturiert erwähnt wurde. Vor allen Dingen, weil es dem Anspruch der „ganzheitlichen Denkweise“, ihrer Meinung nach, nicht gerecht wird:

„Tja. ... Ernährung gleich Null Unterricht,... vielleicht konnte man ein bisschen was aus dem... Biochemie- und Physiologieunterricht mitnehmen,... aber ... das war halt... jetzt nicht strukturiert in Bezug auf Ernährung und das war irgendwie dann so ein bisschen beiläufig erwähnt vielleicht, aber ... ja. Und deswegen würde ich das eigentlich als mangelhaft bewerten in der osteopathischen Ausbildung. Gerade deswegen, weil- weil sie den Anspruch hat ganzheitlich zu sein. Und das fehlt eben.“ (IPA 7/217-220)

„Genauso wie der Psychologieunterricht, den wir zwar hatten, aber viel zu wenig, und- und... auch zu wenig strukturiert, ja.“ (IPA 7/229-230)

Herr „B“ hätte gerne etwas mehr über den Bereich Ernährung in seiner Ausbildung erfahren, weil es einen deutlichen Nachholbedarf bei diesem Thema für ihn gibt. Er muss häufig über Dinge in dieser Kategorie nachlesen, da er in seiner Ausbildung zuwenig darüber erfahren hat. Daher bewertet er den Ausbildungsumfang als „definitiv zu wenig“, und hätte seiner Einschätzung nach ein wenig intensiver sein können:

„Also ...prinzipiell ...war es ein bisschen zu wenig, in der Ausbildung.“ (IPB 10/372)

„Definitiv zu wenig, ja, also, ich hätte gerne mehr darüber gehört, ja? Also man muss ja irgendwie oft irgendwie sich selbst irgendwie dann noch mal explizit dann nachlesen, ja?“ (IPB 10/374-376)

Marko: „Also Nachholbedarf. Für dieses Gebiet. Ja?“ (MARKO 10/377)

„JA. Auf alle Fälle. [...]“ (IPB 10/378)

Dies bezeichnet Herr „C“ als minimal und rudimentär. Jediglich Vitaminstoffwechsel und Aminosäuren wurden im Unterricht erwähnt:

„Minimal. Ja.“ (IPC 6/225)

„Rudimentär. Ja?“ (IPC 6/227)

„Was so in der Biochemie, was in der Biochemie und Physiologie gerade mal über Vitaminstoffwechsel oder Aminosäuren oder was auch immer eben dann gesagt wurde. Ja?“ (IPC 7/229-231)

Zum Thema Ernährung und Ausbildungsumfang gibt Frau „D“ an, dass dies leider nur vereinzelt in den Fächern craniosacrale Therapie, Neurologie und Physiologie beiläufig in diesen Unterrichtsfächern integriert wurde, ohne das daraus ein nachhaltiger Therapienutzen für sie entstand. Jedoch wurde ein „Modul Ernährung“ mit in die Grundausbildung involviert, was leider erst nach ihrer Ausbildung – so beschreibt sie es - geschah:

„Immer mal wieder- Ja. Immer wieder ...mit einfließend, also, leider ist an der Schule ein Modul Ernährung erst eingeführt worden, als ich fertig war mit der Ausbildung, aber das gibt es jetzt immerhin ...“ (IPD 5/171-173)

„[...] Also- ...ja. Kleine Tipps ...also auch in- in- Ja. In der Physiologie, also der- der Neurologie unterrichtet hatte auch teilweise Physiologie unterrichtet, da hat das auch immer mit reingespielt, aber ...immer so, dass man so Fetzen erhaschen konnte, die man dann, ... also die wir mit einbringen konnten in unsere Arbeit, aber letztendlich nicht ...nicht so, dass wir wirklich den Patienten etwas mit an die Hand geben können.“ (IPD 6/199-206)

Nach der Meinung von Frau „E“ wurde das Thema Ernährung nur sehr mangelhaft im Grundstudium integriert:

„Quasi nicht vorhanden.“ (IPE 9/326)

„ ...da ich ...noch das Glück hatte Rob Muts als Dozent im viszeralen Bereich zu haben, ...und er auch gleichzeitig Mesologe ist, und er dann es auch nicht lassen konnte, solche Sachen auch immer mal wieder zu erwähnen, ...kamen zumindest so manche Sachen schon mal mit zu Gehör, aber eigentlich ist es in der Osteopathie zu meiner Zeit nicht existent gewesen. In der Ausbildung.“ (IPE 9/328-332)

„Bewertung? .. Ob das gut ist oder nicht gut ist?“ (IPE 9/334)

„Katastrophe. Wenn man es richtig besieht. ((lacht)), muss man de facto eigentlich so sagen, ne?“ (IPE 9/336+337)

Der Ausbildungsumfang der Ernährung im Bereich der osteopathischen Grundausbildung wird von Herrn „F“ mit sehr geringfügig bewertet. Seines erachten ist das Wissen welches vermittelt wurde nicht ausreichend, wenn man sich mit diesem Thema im Rahmen einer Osteopathiebehandlung beschäftigen möchte:

„Nein. .. Es gab ganz wenig in der Ausbildung.“ (IPF 5/155)

„ ...ganz, ganz wenig. Also ich glaube zwei Stunden. Oder, ja.“ (IPF 5/157)

„[...] Man fängt ja erst nach der Ausbildung an.“ (IPF 5/161-163)

„Mhm, ... gleich Null.“ (IPF 5/168)

„Nicht gleich Null, aber fast gleich Null. Also .. Ernährung, nein, da haben wir .. zwei Einheiten waren das.“ (IPF 5/172+173)

Herr „G“ bewertet den Umfang seiner Ausbildung in dem Bereich Ernährung mit „mangelhaft.“ Seiner Meinung nach hätte dieses Thema mehr platz in der Ausbildung einnehmen müssen, ohne dabei zu sehr fachspezifische zu werden, da sonst die Ausbildungszeit zu lange wäre:

„ ...Bewerten: Mangelhaft.“ (IPG 5/175)

„[...] Also meine Ausbildung, Thema Ernährung, überhaupt kein Thema, und es war einfach dementsprechend ...mangelhaft, ja. Zu Wenig.“ (IPG 7/216-218)

„Also für mich ist das Thema Ernährung in der Ausbildung zu kurz gekommen, wäre schön gewesen, wenn es ein bisschen mehr gewesen wäre, o h n e jetzt da einen mit Fachwissen totzu...werfen, weil wie gesagt der Bereich der Osteopathie ist schon so spannend, auch so vielseitig, dann braucht es 12, 15 Jahre Ausbildung.“ (IPG 9/300-304)

Aus der Sicht von Frau „H“ war der Ausbildungsumfang im Bereich der Ernährung sehr unzureichend was an einer unausgereiften Ausbildungssituation lag, da sich die Schule erst im Aufbau befand:

„Der war sehr schlecht, ((lacht)) aber zur Entschuldigung meiner Schule, ich nehme sie in Schutz, wir waren das erste Semester, und die hatten da alle Hände voll zu tun, dass das überhaupt lief. ...und haben das dann verbessert, ja.“ (IPH 5/159-161)

ZUSAMMENFASSUNG:

Bei dieser Fragestellung sind sich alle teilnehmenden IVP einig, das Thema Ernährung wurde zu geringfügig während der osteopathischen Grundausbildung unterrichtet. Keiner der Therapeuten gab diesbezüglich eine positive Bewertung ab.

Robbins et al (1981), Harris et al (1999), Clifford (2000), Moore et al (2000), Walker (2003), Pearson et al (2001), Tobin et al (2003), Vetter et al (2008) fanden in ihren Studien heraus, dass das Thema Ernährung während der Ausbildungsumfang im medizinischen als auch im osteopathischen Grundstudium nicht ausreichend genug gewesen sei. Dabei mangelte es an ausreichend qualifizierten Kenntnissen im ernährungsmedizinischen Bereich, die genügend seien, um diese in angemessenen Maße im Praxisalltag zur Anwendung kommen zu lassen.

4.5.2 Die Intensivierung des Themas Ernährung während der osteopathischen Grundausbildung und ihre Umsetzung im Grundstudium.

Die befragten Therapeuten haben – in der vorangehenden Frage – eine Stellungnahme über den Ausbildungsumfang im Bereich Ernährung während ihres Osteopathiegrundstudiums abgegeben. Nun sollen sie ihre Meinung darüber äußern, ob dies zukünftig intensiviert werden soll und wenn ja, wie das ihrer Vorstellung nach aussehen könnte.

Daraus kann man Vorschläge und Meinungen erhalten, wie sich die Osteopathen eine Integration des Themas Ernährung in der Grundausbildung vorstellen, und wie intensiv dies ihrer Ansicht nach sein sollte.

Nach der Meinung von Frau „A“ müsste des Thema Ernährung einen größeren Ausbildungsumfang in der osteopathischen Grundausbildung einnehmen. Wobei sich ihrer Meinung nach der Ausbildungsumfang hauptsächlich mit den verschiedenen Ernährungsformen und deren Anwendungsweisen beschäftigen sollte. Auch Gestaltung und Vorgehensweisen von Ernährungsumstellungen und Diäten, auch im Rahmen von ernährungsmedizinischer Sichtweise betrachtet sollte in die Ausbildung mit aufgenommen werden:

„Also ich finde es sollte schon einen größeren Ausbildungsumfang haben, und ich denke, dass es in der heutigen Zeit auch wichtiger geworden ist. Auch in der Osteopathie.“ (IPA 8/237-239)

„Ja, ich denke es wäre gut einen Überblick zu bekommen, über ... Ernährungsformen, ... und...“ (IPA 8/266-267)

„Zum Beispiel was, auf was muss man achten, wenn man sich vegetarisch ernährt, was benötigt der- der Körper wirklich. Dann eben so Ernährungsformen oder- oder Diäten, was es da alles so gibt. Ja? Welche da sinnvoll sind, ... auch was sich wirklich für eine Ernährungsumstellung eignet, jetzt nicht nur als Diät, sondern Ernährungsumstellung für eine gesunde Ernährung, ... bei welchen Krankheitsbildern man auf was... achten... sollte, ernährungsmäßig [...]“ (IPA 9/269-275)

Herr „B“ ist der Meinung, dass der Bereich Ernährung mehr in die osteopathische Grundausbildung aufgenommen werden sollte, wobei dies mehr in die Richtung Ernährungsmedizin- und Beratung gehen müsste:

„Auf alle Fälle, sollte das ...das Fach Ernährungsmedizin oder ...Ernährungsberatung...“ (IPB 11/404)

„Ja, in die Ernährungsmedizin rein, ja, also das ...sollte schon eigentlich gegeben werden.“ (IPB 11/411+412)

Nach der Meinung von Herrn „C“ sollte der Bereich Ernährung einen größeren Ausbildungsumfang einnehmen, aber nicht als eigenständiges Fach gelehrt, sondern mit in die einzelnen Fächer von Anatomie, Physiologie und Pathologie aufgenommen werden:

„Auf jeden Fall sollte es das, u n d auf jeden Fall sollte es,... so wie ich mir überhaupt eine Ausbildung eben dabei vorstelle, gekoppelt an den jeweiligen Bereich sein. Es sollte nicht nur ein eigenständiger Bereich sein, sondern gerade jetzt so wie die... wie die reformierten Studiengänge jetzt zum Beispiel im Medizinstudium in Berlin, an der Charité da ist, dass der Fachbereich jeweils... Niere dabei eben durchnimmt, dann die Anatomie, die Physiologie, die Pathologie, die Patienten sehen, und dabei eben auch... eben dann zum Beispiel auch die Ernährung dabei eben noch mal ins Spiel kommt.“ (IPC 7/238-244)

In diesem Fall empfiehlt Herr „C“, dass die Ausbildung hauptsächlich praktische Bezüge aufweist, die eine klinische Relevanz hat. Dabei sollten zu den einzelnen organsystembezogenen Erkrankungen sog. „Basistests“ vermittelt werden, die einem ein besseres Verständnis und Überblick geben sollten:

„Genau, und zwar nicht nur einfach nur, dass man einfach die Biochemie dabei erklärt, sondern einfach konkret auch mit den Einsatz wo zieht jetzt ein Taurin⁵⁶, wo zieht jetzt ein Tyrosin⁵⁷, wo zieht jetzt was auch immer, dass man die Bedeutung im Stoffwechsel erkennt, anstatt nur einfach ein Riesenbild vor sich zu haben, und die klinische Relevanz. Das heißt also gezielt auch bei den einzelnen Erkrankungen, da ist eine neurologische Erkrankung, das sind die Basistests, das sind die Sachen, da sind Verdauungssysteme erkrankt und dass sie die Basis testen, das sollte da sein, also... mit kombiniert, eine Grundbasis um ein Verständnis dafür zu haben, und einen Ausbau, wenn angeregt jedenfalls nach dem einzelnen Thema eben orientiert. Ich glaube damit würde es auch besser hinhauen. Ja?“ (IPC 7/258-267)

Nach der Meinung von Frau „D“ müsste der Bereich „Ernährung“ unbedingt mehr in die Grundausbildung mit einfließen, wobei sie nicht genau sagen kann, wie das im Einzelnen aussehen könnte. Jedoch sollte es nicht zu sehr ins Detail gehen, wie dies in der Ernährungsmedizin der Fall ist. Vielmehr sollten es klar verständliche Maßregeln und Richtlinien sein, die den studierenden Therapeuten vermittelt werden müssten, damit diese sie in vereinfachter Form dem Patienten mit auf den Weg geben könnten:

⁵⁶ Taurin: Taurin ist eine Aminosulfonsäure. Sie ist das Endprodukt des Stoffwechsels der schwefelhaltigen Aminosäuren Methionin und Cystein. Gebildet wird Taurin bevorzugt in Leber und Gehirn unter Beteiligung von Vitamin B₆. Die pro Tag synthetisierte Menge von 50-125 mg reicht aus, um den Bedarf zu decken. Taurin ist daher nicht essentiell, d. h. es muss nicht mit der Nahrung zugeführt werden. (DGE e.V.: Deutsche Gesellschaft für Ernährung; 2001; <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=294>)

⁵⁷ Tyrosin: Ist eine semi-essentielle Aminosäure, weil sie bei Neugeborenen noch nicht selbst hergestellt werden kann. Nur Erwachsene sind in der Lage, diese selber herzustellen. Im Nebennierenmark werden aus L-Tyrosin das Hormon Adrenalin, das beispielsweise zur Blutdruckerhöhung, Erweiterung der Bronchien und Erhöhung des Energieumsatzes beiträgt, und das Hormon Noradrenalin gebildet. Des Weiteren werden aus Tyrosin die wichtigen Schilddrüsenhormone gebildet. (DocMedicus; Gesundheitsportal der Deutschen Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention (DGNP) e. V.; <http://www.vitalstoff-lexikon.de/Aminosaeuren/Tyrosin/>;

„Also, das erstere auf jeden Fall, ja, sollte mehr mit einfließen, ...so vom Verhältnis her kann ich schwer sagen, w-wie das ...aussehen könnte, weil ...das ja sowieso so umfangreich ist, die Ausbildung, ...“ (IPD 7/221-223)

„Für mich als ...praktizierende Osteopathin ...wäre es im Grunde genommen sinnvoll, wenn ich ganz klare Maßregeln ...“ (IPD 7/225+226)

„...weitergeben könnte. Also kennenlernen könnte, und weitergeben könnte, weil entweder wird es zu speziell, ...“ (IPD 7/229+230)

„Dann wäre ich Ernährungsberaterin, genau, oder wenn es zu schwammig ist, dann bringt es mir nichts, bringt es dem Patienten nichts, und das heißt es wäre also einfach so ...Ja. Ein paar Richtlinien, die ganz klar definiert sind, wo ich sagen kann oder ich- sagen wir mal einen DinA4-Seite, die ich dem Patienten mitgeben kann und euch dann sagen kann, kucken sie, was sie daraus machen können. Das wäre ...jetzt sagen wir mal für meine Arbeit sinnvoll.“ (IPD 7/232-237)

Marko: „Das heißt also, das müsste nicht so sehr ins Detail gehen, wie das die Ernährungsmedizin zum Beispiel macht?“ (IPD 7/238+239)

„Hmhm, genau.“ (IPD 7/240)

Frau „E“ ist der Meinung, dass der Bereich Ernährung vermehrt in die Grundausbildung integriert werden muss. Dabei sollten die Studenten ihrer Ansicht nach vermehrt den Zusammenhang zwischen Ernährung und deren Auswirkung auf den Körper vermittelt bekommen. Zudem sollte der zukünftige Osteopath zumindest in der Lage sein, dem Patienten mit Ratschlägen zur Seite stehen können:

„Ich denke, man muss keine Ernährungswissenschaftler heranziehen, das, darum geht es nicht, ...aber ...was auf jeden Fall wichtig ist, die Studenten müssen lernen, was hat ... Ernährung für einen Einfluss auf den Körper. ...wie verändert es das Gewebe, wie verändert das ...ein Wesen des Patienten, wie verändert das ...ne? [...] Man muss dann vielleicht jetzt nicht der perfekte Ernährungswissenschaftler sein, darum geht es nicht. Aber ...dass man entweder den Patienten auch weiter verweisen kann, ...dass man sagt, ok. ...da komme ich jetzt osteopathisch an den Punkt, ...ich denke da muss von einer anderen Seite her noch was gemacht werden, ...ich denke, so kleinere Ratschläge sollte man geben können, als Osteopath, ...von daher, also ein Grundwissen sollte schon vermittelt werden, dass sie zumindest dann auch sagen können, ok, das ist jetzt nicht mehr meine Baustelle, da muss noch jemand anderes mal draufkucken [...]“ (IPE 9+10/342-359)

Diesbezüglich fällt es Herrn „F“ schwer, eine genaue Stellung einzunehmen. Seiner Meinung nach spielt der Zeitfaktor dabei eine wesentliche Rolle, da grundsätzlich zu wenig Zeit für die osteopathische Grundausbildung bleibt, weil bereits zu viele Dinge dabei angesprochen

werden. Würde man in diesem Zusammenhang auch noch zusätzlich den Bereich Ernährung mit in die Ausbildung integrieren, würde dies zu Lasten anderer Ausbildungsaspekte gehen: *„Aber ...es ist ja, es ist ja sowieso zu wenig Zeit. Es wird soviel, soviel angesprochen und es wird nichts, nichts richtig gemacht in der Ausbildung. Man fängt ja erst nach der Ausbildung an.“ (IPF 5/161-163)*

„Da bin ich ein bisschen hin und hergerissen. Weil, wenn etwas einen größeren Umfang kriegt, muss etwas andere einen kleineren Umfang kriegen. Und ich denke, wenn jemand .. in Richtung Ernährung gehen möchte, dann s- kann er das auch hinterher machen, es soll es soll auf jeden Fall ein Einblick gegeben werden.“ (IPF 6/187-190)

Herr „G“ meint, dass das Thema Ernährung durchaus mehr in die Ausbildung integriert werden sollte. In diesem Zusammenhang wäre es gut, wenn ein breites Grundwissen, aber kein „Spezialwissen“ gelehrt werden würde.

Seiner Meinung nach gehört es schon deshalb mehr in die Grundausbildung mit eingeschlossen, da es in der heutigen Zeit mehr und mehr zum Thema wird. Das liegt zum einen an der immer schlechter werdenden Qualität der Nahrungsmittel, und zum anderen auch an der Art und Weise, wie sich die Menschen ernähren. Somit kann die osteopathische Behandlung sogar wirkungslos werden, egal welche Art von Therapien zum Einsatz kommen:

„[...] der darf ruhig mehr integriert werden, sollte integriert werden, jetzt denke ich mir da also ...sie haben da Ihr Wasser dabei zum Beispiel. Ja? Da fing das schon mal an. ...das dort ein, ein Basiswissen über- über zum Beispiel ...Lebensmittel Nummer eins, über Wasser, ja? Da fängt es schon mal an. Wasser, Mineralienwasser, Aufnahmefähigkeit von Mineralen in den Körper, ...solche Basiselemente, um jetzt ganz spezielles Wissen über die Wege von gewissen Enzymen im Körper, also kein Spezialwissen aber ein breiteres Grundwissen, das wäre schon notwendig, ja?“ (IPG 6/184-191)

Marko: *„Ok, gut, also Sie würden sich das ...ja. Wünschen. Oder hätten sich das [ja!] damals zu [ja] Ihrer Zeit [ja] durchaus gewünscht, dass da in diesem Bereich einfach mehr, zu mindestens Basiswissen vermittelt wird. Ja?“ (Marko 6/192-194)*

„Ja. Also aus jetziger Sicht auf jeden Fall. Ja? Ja.“ (IPG 6/195)

„[...]Also ...es ist ok, aber es müsste schon, denke ich schon mit integriert sein. Letztendlich gerade in der heutigen Zeit, die Qualität der Ernährung wird täglich schlechter, sozusagen, ja? Und jetzt war auch ein Bericht über Uran hier im Trinkwasser, da kann ich osteopathisch behandeln, was ich will, wenn jemand das trinkt, sozusagen längere Zeit, dann wird er einfach krank. Ja? Dann habe ich osteopathisch Null Chancen, ...um da was zu verändern. ...und ...wie gesagt, die- die Ernährungsproblematik kann letztendlich in den Patienten eine Therapieblockade auslösen durch die alle anderen Therapien, ...auch die osteopathische Therapie unwirksam werden kann, ja?“ (IPG 9/304-313)

Frau „H“ ist der Meinung, dass der Bereich Ernährung einen größeren Ausbildungsumfang einnehmen sollte. Aus ihrer Sicht wäre es wichtig, dass der Unterrichtsaufbau so gestaltet werden sollte, dass ein praxisorientierter Alltagsbezug hergestellt wird. Dieser solle sich auch auf neuzeitliche Themen wie z.B. ADHS etc. orientieren und Therapiemaßnahmen aufzeigen, die dem angehenden praktisch tätigen Osteopathen die Vorgehensweisen und Wirkmechanismen klar vermittelt:

„Ja. Es sollte einen größeren Umfang einnehmen, ...und es sollte .. eigentlich ...wie sollte das aussehen. Wir haben zum Beispiel in der Physiologie gelernt, was für Vitamine es gibt und für was die zuständig sind. Aber wie das Ganze dann im Alltag funktioniert, dass wissen wir n- oder haben - haben wir einfach nie erfahren. ...und was in der heutigen Zeit mit der Übersäuerung, mit dem Stress, mit der ...mit den Nahrungsmitteln, also all diese Sachen ...die ja inzwischen doch Kreise ziehen, und auch diesen Ernährungszustand machen, hyperaktive Kinder, dass kann man ja auch mit Aminosäuren und mit ...mit ...B-Vitaminen, glaube ich, weiß ich nicht ganz genauso, aber Aminosäuren auf alle Fälle, da hat man ja sehr gute Erfolge, und das sollte auf alle Fälle uns näher gebracht werden, nicht dass wir das jetzt ...den Menschen ...nur ... nahebringen, das ist ja in unserem Job, aber, dass man das in einer [alltagsbezug] interdisziplinären Situation dann einfach schaffen können, vermitteln können, dass wir auch wissen, dass das mit dazugehört, also die Wichtigkeit ...auch besser greifen können.“ (IPH 5/166-178)

ZUSAMMENFASSUNG:

Zusammengefasst lässt sich hierbei sagen, dass der überwiegende Mehrzahl der Interviewten der Meinung ist, das Thema Ernährung mehr in die Grundausbildung zu integrieren.

Einer der Befragten war jedoch der Meinung, dass dies eher in den Bereich der postgraduierten Fortbildungen gehört.

Ein ebenfalls überwiegender Anteil der Therapeuten war der Ansicht, dass es ausreichen würde ein Basiswissen zu vermitteln. Dabei erscheint es ihnen wichtig, grundlegende Zusammenhänge der Ernährung, und deren Einflussnahme auf den menschlichen Körper zu erhalten und pathologische Prozesse in diesem Zusammenhang dargelegt zu bekommen.

Ebenfalls sehr wichtig erachten mehrere Osteopathen, dass die gelehrt Themen einen deutlichen Praxisbezug haben, indem alltagstaugliche Therapieverfahren und Vorgehensweisen vermittelt werden.

Ein spezielles Fachwissen mit detaillierten (z.B. biochemischen) Darstellungen fordern die Hälfte der befragten IVP. Da es aus ihrer Sicht wichtig erscheint, auch die genaueren

pathophysiologischen Zusammenhänge von Krankheitsbildern vermittelt zu bekommen. Das soll ihnen dazu verhelfen, gezielter und in Eigenregie besser gegen diese Pathologien ernährungstherapeutisch vorgehen zu können. Diese genauere Betrachtungsweise wird aber auch von einigen Therapeuten abgelehnt, da sie es für ausreichend erachten, dies nur im Ansatz erklärt und gelehrt zu bekommen ohne dabei zu sehr in die detaillierte Ernährungsmedizin vorzudringen.

4.5.3 Befürwortung postgraduierter Fortbildungen im Bereich Ernährung.

Hierbei soll dargestellt werden wie groß das Interesse an Fortbildungen im Bereich Ernährung ist, um aufzuzeigen, wie sehr die befragten Therapeuten an diesem Thema wirklich interessiert sind, dass sie auch bereit sind diesbezüglich sich fortzubilden. Zum Teil haben die IVP darauf schon in Frage 4.5 und 4.5.1 geantwortet, aber es sollen auch diejenigen eine Stellungnahme dazu abgeben, die noch keine Fortbildungen hiezu besucht haben.

Hier zeigt Frau „A“ ein deutliches Interesse und klare Vorstellungen darüber, was ihrer Meinung nach mit in eine solche Fortbildung hineingehört, und was nicht. Hierbei sollten detaillierte Darstellungen von Ernährung und Ernährungsmedizin mit in den Rahmen der Fortbildungen einfließen.

„Ja, das würde mich interessieren.“ (IPA 10/305)

„Ich finde, dass es auch schon in die Grundausbildung gehört, aber dass man da natürlich... nicht so- so detailliert drauf eingehen kann, das würde dann den Rahmen der Grundausbildung auch sprengen,... das... wäre dann schon sinnvoll, es dann... nach der Ausbildung für Osteopathen aber extra dann noch mal anzubieten.“ (IPA 10/310-314)

Herr „B“ würde es als sinnvoll erachten, wenn es im Bereich Ernährung auch postgraduierte Fortbildungen geben würde, und würde diese auch annehmen, um dem Patienten auch in Fragen von Ernährungsproblemen künftig auch zusätzlich helfen zu können. Denn seiner Meinung nach, sollte dies auch zu seinen Aufgabengebiet gehören:

„Würde ich annehmen. Ja. Würde ich als sinnvoll erachten. Ja. Mhm...“ (IPB 12+13/462-466)

„...ich- oder ich werde mich bemühen irgendwie noch weitere Fortbildungen in Bezug auf Ernährung irgendwie durchzuführen, weil ...ich immer noch das Gefühl habe ich weiß ...so gut wie gar nichts, ja? Und- und ...mein ...primäres Ziel ist ja den Patienten einfach zu helfen. Und wenn einer ein Ernährungsproblem hat, dann sollte ich ja eigentlich darauf auch reagieren können.“ (IPB 12/447-452)

Bei ausreichend Zeit, würde Herr „C“ diese Fortbildungen besuchen.

Jedoch verweist er bei dieser Frage auf die einzelnen Labors mit den er zusammenarbeitet. Aufgrund der Kompetenzen die jene auf diesem Gebiet haben, könnte er sich Fortbildungen vorstellen, die speziell für Osteopathen von deren Seite aus organisiert werden würden:

„Vielleicht wäre das auch etwas, was man einfach mal auf die Beine stellen könnte, denn in den Labors gibt es genug Leute, die sich gut damit auskennen, und dann für Osteopathen .. eben gezielte Fortbildungen darin eben organisieren.“ (IPC 8/287-289)

„Wenn ich... wenn ich die Zeit dazu hätte, ja.“ (IPC 8/294)

Frau „D“ fände es gut, wenn es im Bereich von Ernährung postgraduierte Kurse gäbe würde, welche sie auch gerne absolvierte, wenn diese ihren Vorstellungen entspräche. Denn obwohl bereits ein solcher Kurs schon einmal angeboten wurde, hat sie diesen aus zeitlichen, als auch aus Gründen des Missmutes über die unklaren Kursinhalte, nicht wahrgenommen:

„Würde ich auch machen, ja. Fände, fände ich gut, wenn es geben würde, und ich ...würde auch gerne machen. Wobei ich mich also, es gab bei der IAO auch mal einen Postgraduiertenkurs, den ich nicht wahrgenommen habe, weil ich au- also aus zeitlichen Gründen, und ...da war die Beschreibung dies, des, der ...des Kursinhaltes war mir auch zu, ja, nein, schwammig ist ...das falsche Wort, aber ...da hatte ich so das Gefühl, da wird jetzt alles reingepackt in den Kurs, also war mir zu wenig konkret . So.“ (IPD 8/256-262)

„ ...ich kann mir vorstellen, dass- dass es auch angenommen werden würde.“ (IPD 9/315)

Frau „E“ fände es gut, wenn es im Bereich Ernährung osteopathische Fortbildungen gäbe würde. Für sie wäre es aber sehr wichtig, dass diese Zusatzausbildungen einen primär praktischen Bezug hätten. Dies wäre aus ihrer Sicht dadurch zu gewährleisten in dem man auch über Selbstversuche dem Osteopathen einmal aufzeigt, wie die Ernährung beeinflussend für den Körper bzw. das Gewebe ist:

„Also ich denke, dass die Idee gut ist, ...aber für mich jetzt speziell müsste es ...auch wieder einen praktischen Bezug haben. Also ich hätte jetzt keine Lust ...mir jetzt tagelang jetzt was weiß ich die physiologischen Abläufe, ne? Was macht das Schnitzel, wenn ich es oben in den Mund stecke, bis es unten wieder raus kommt, noch mal im Detail anzuhören, weil das kann [...] aber interessanter wäre für mich dann auch eher ...immer das ganze in Bezug ...zum irgendwie zu einem praktischen Geschehen. also eine reine theoretische Fortbildung fände ich jetzt nicht so spannend. Sondern eher das [...] an- praktischen ...Beispielen oder ...ja oder auch tatsächlich so auch so wenn so mit selbst erfahren, oder so ein bisschen mal ...probiert. Ne? Ok, wir essen jetzt alle mal, was weiß ich, das und das, warten ein paar

Stunden und dann kucken wir mal, wie- wie fühlen sich denn dann hinterher die Körper an. Ne? Ändert das was, und wenn ja was. Ne? Solche Sachen.“ (IPE 11/415-431)
„Also das fände ich, fände ich eigentlich ganz spannend. Ne?“ (IPE 12/433)

Herr „F“ würde vorzugshalber andere Fortbildungen besuchen, jedoch fände er es gut, wenn in diesem Bereich Fortbildungen angeboten werden würde. Dann könne er sich vorstellen, evtl. seine Mitarbeiter zu solchen Fortbildungen zu schicken.

„Ich denke ja.“ (IPF 6/202)

„Entweder ich oder ich würde meine Mitarbeiterin schicken.“ (IPF 6/206)

„In diesem Bereich ja. Also ich würd- ich würde meine Zeit lieber ...für andere Fortbildungen verwenden.“ (IPF 6/213+214)

Herr „G“ würde es begrüßen, wenn es Fortbildungen im Bereich Ernährung geben würde, sagt aber nicht, ob diese auch absolvieren würde:

„...J a, ...ja, wirklich, doch, ja, hmhm.“ (IPG 7/223)

Frau „H“ würde es sehr positiv auffassen, wenn es in dem Bereich Ernährung postgraduierte Fortbildungen gäbe würde, da es ihrer Meinung nach zur Osteopathie dazu gehört. Diese Fortbildungen würde sich auch in Anspruch nehmen:

„Ja. ...also ich würde es begrüßen, ...finde ich auf alle Fälle sehr interessant, weil ...ich denke ich kann meine Faszien ...nur dann mobilisieren, wenn auch die Faszien ...sich mobilisieren lassen, ...also das gehört für mich einfach mit dazu, und ich würde sie auch besuchen. Ich finde das gehört dringend mit dazu.“ (IPH 6/214-217)

ZUSAMMENFASSUNG:

Bei der Frage ob die befragten Osteopathen es begrüßen würden, wenn es postgraduierte Fortbildungen im Bereich Ernährung für sie geben würde, antworteten uneingeschränkt alle IVP mit „Ja“. Insgesamt gesehen unterstreicht dies zum Einem, dass ein großes Interesse dafür vorhanden ist, zum Anderem aber auch, dass aus der Sicht der interviewten Therapeuten eine Notwendigkeit dafür vorliegt, da ein zu großer Wissensmangel vorhanden ist.

Denn auch bei der Frage, ob sie solche Fortbildungen absolvieren würden, antworten alle – mit einer Ausnahme – mit „Ja“. Die Person die mit „Nein“ antwortet, würde aber zumindest eine seiner Mitarbeiterinnen zu solchen Fortbildungen schicken.

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass das Interesse an Fortbildungen auf diesem Gebiet sehr groß ist.

Als Anmerkung sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Bundesärztekammer für ihre Mitglieder ein Ausbildungscurriculum ausgearbeitet hat, in der die Lehr- und Lerninhalte für Fortbildungen im Bereich der Ernährungsmedizin vorgegeben und festgehalten sind. (Strukturierte curriculäre Fortbildung „ERNÄHRUNGSMEDIZIN“ der Bundesärztekammer 2004)

4.6 Der Stellenwert der Ernährung im Bereich der Osteopathie.

Dies ist die Kernfrage der Studie, nun sollen die IVP eine Stellungnahme darüber abgeben, wie wichtig sie die Ernährung für die Osteopathie und die Wertigkeit dieses Themas in ihrer täglichen osteopathischen Praxis darstellen.

Es soll herausgefiltert werden wie ihre Meinung hierzu ist und wie sie es begründen. Ein weiterer Punkt hierzu ist es, herauszufinden welche Erfahrungen sie dabei mit dem Thema Ernährung in der Osteopathie gesammelt haben und wie sie damit umgehen (was ja bereits zum Teil schon in den Fragekategorien 2,3 und 4 geschehen ist).

In der Kategorie 1 bekamen die befragten Osteopathen eine ähnliche Frage zu diesem Thema gestellt, dabei ging es aber unter anderem um die Ernährung in ihrem persönlichen Umfeld und in ihrer Praxis. Nun wird nach dem Stellenwert in der Osteopathie gefragt.

Im Zuge der ganzheitlichen Sichtweise über die Zusammenhänge des „Ganzen Menschen“, verweist Frau „A“ darauf hin, dass hierbei die Ernährung einen wesentlichen Teil dabei ausmacht, und das daher der Ernährungsaspekt eine bedeutende Rolle spielt. Deswegen sollte dieser Teilbereich mit in die Osteopathie einbezogen werden.

„Ja ich würde schon sagen, man, dass Osteopathen mehr das einbeziehen sollten,... und dass es eben ja auch dazugehört zur Osteopathie. Weil man- weil wir ja immer diesen- auch diesen ganzheitlichen Anspruch haben. Und ich finde die Ernährung gehört eben auch zu den ganzen Menschen dazu. Das ist ganz wesentlich.“ (IPA 10/327-331)

Für Herrn „B“ spielt das Thema Ernährung eine große Rolle, und mit zunehmender Berufserfahrung eine immer größer werdende. Deshalb möchte er in Zukunft mehr Fortbildungen in diesem Bereich durchführen.

Zudem ist er der Meinung, dass man sich in diesem Themenbereich auch mehr auskennen müsste, um künftig auch mehr auf die ernährungsbedingten Probleme der Patienten einzugehen, beziehungsweise auch auf Ernährungsberater verweisen zu können:

„Also [...] die Ernährung sollte- oder spielt bei mir auch schon eine große Rolle, ja? [...] ich werde mich bemühen irgendwie noch weitere Fortbildungen in Bezug auf Ernährung irgendwie durchzuführen, weil ...ich immer noch das Gefühl habe ich weiß ...so gut wie gar

nichts, ja? Und ...und ...mein ...primäres Ziel ist ja den Patienten einfach zu helfen. Und wenn einer ein Ernährungsproblem hat, dann sollte ich ja eigentlich darauf auch reagieren können. Beziehungsweise, wenn es- ...wenn ich es nicht weiß, dann würde ich ihn natürlich zu meiner ...Kollegin beziehungsweise Ernährungsberaterin dann schicken. Ja. Und ...ich könnte mir vorstellen, wenn du mir die Fragen in zwei, drei Jahren nochmal stellen würdest, wird ...der Stellenwert deutlich höher sein.“ (IPB 12/446-455)

Marko: „Aha, ok, also mit zusätzlicher Praxiserfahrung [Genau. Ja. Praxiserfahrung.] kommst du zu der Erkenntnis, das spielt eine wesentliche Rolle.“ (Marko 12/456+457)

„Ja, da spielt Ernährung eine wichtige Rolle. Ja.“ (IPB 12/458)

Bei dieser Frage bezieht sich Herr „C“ primär auf die einzelnen Tests die er in seinen Basisuntersuchungen durchführt, und die für ihn heutzutage einfach dazugehören:

„Wie gesagt, eine... von vielen Tests, die wir heutzutage eben machen, eine der Basisuntersuchungen.“ (IPC 8/274+275)

Für Frau „D“ hat das Thema Ernährung immer noch einen untergeordneten Stellenwert, da ihr Wissen darüber zu gering ist, aber einem stetig zunehmenden Interesse unterliegt:

„((lacht)) ...al- in der Praxis einen immer noch untergeordneten Stellenwert, aufgrund des zu wenig Wissens, aber ...das Interesse ...daran ist immer ...steigend. ((lacht))“ (IPD 8/266-268)
„ ...mit zunehmender Berufserfahrung. ((lacht)) Hmhm.“ (IPD 8/270)

Für Frau „E“ ist die Ernährung eine wichtige Ergänzung in ihrer täglichen Arbeit als Osteopathin. Denn bei jeder Untersuchung des Patienten wird diese Thematik grundsätzlich – individuell an den Bedürfnissen des Patienten angepasst – mit in die Diagnose- und Behandlungsabläufe integriert:

„Ja da ...ich zitier einfach noch mal diesen schönen Satz: Man ist, was man isst` Und ...von daher schwingt ...mir dieser Satz eigentlich immer so im- im Hirn rum. ...also wenn ich, wenn ich ...Gewebe und wenn ich den Körper spüre, und mir so die Pat- die Probleme des Patienten ankucke, ist es immer so im Hinterkopf, hm, was ist davon ernährungsbedingt, was ist vielleicht andere Ursache. Von daher ist es ...ein sehr wichtiger ...Punkt in meiner Arbeit, auch wenn es vielleicht nicht immer eine Mords-Gewichtung kriegt im Sinne von Therapeutischem Umsetzen oder, was ich dem Patienten da jetzt tatsächlich immer mit auf den Weg gebe, aber es ist immer eine Überlegung, die bei mir mitschwingt. Und das kann in Therapie ...dann umgesetzt werden oder auch eben ...weniger. Jetzt als praktischer ...Hinweis für den Patienten, ne?“ (IPE 12/440-450)

Herr „F“ fasst dies in einem sehr kurzen aber prägnanten Satz zusammen, welchen Stellenwert die Ernährung für ihn hat. Er sagt, dass die Ernährung zwar sehr wichtig ist, er aber kein Ernährungstherapeut sei.

Damit möchte Herr „F“ zum Ausdruck bringen, dass er sich darüber durchaus bewusst ist, welchen wichtigen Stellenwert die Ernährung in der täglichen osteopathischen Praxis für ihn hat. Aber ihm ist auch klar, dass er keinen ernährungstherapeutischen Wissensfundus besitzt, und von ihm somit auch keine therapeutischen Maßnahmen die in diese Richtung gehen, angewandt werden:

„Ich weiß, dass Ernährung eine ganz wichtige Sache ist. Aber ich, ich bin nicht der Ernährungstherapeut. Damit habe ich es zusammengefasst.“ (IPF 6/222+223)

Durch die kinesiologische Austestung zu Beginn einer jeden Befundaufnahme entscheidet Herr „G“ sich, welche weiteren Schritte unternommen werden, und ob überhaupt osteopathisch behandelt wird.

Auf Basis dieses Eingangsbefundes wird ein roter Faden für die weiteren Maßnahmen gestrickt, die vorgeben auf welcher Ebene behandelt wird. Für Herrn „G“ gibt es vier Ebenen der Behandlung, auf die sich seine Therapie stützt. Dies sind:

1. Die strukturelle Ebene
2. Die chemische Ebene
3. Die emotionale Ebene
4. Die energetische Ebene.

Die Ernährung wird jeweils den einzelnen Ebenen zugeordnet, und ist somit aus seiner Sicht mit einer der vier Eckpfeiler seiner Behandlung. Dies äußert er dadurch, indem er sagt, dass die Ernährung für ihn den gleichen Stellenwert hat, wie die vier Ebenen auf denen er arbeitet.

Zusammengefasst ergibt sich daraus, dass der Patient nicht durch seine Symptomangaben, sondern durch die kinesiologischen Austestungen alle weiteren Maßnahmen richtungweisend vorgibt. Somit ergibt es sich, dass der Patient ungewollt alle weiteren Schritte einleitet, die zur Anwendung kommen:

„In einer Note? Ja. Ja. Also ...der Ablauf vielleicht ...von einer Behandlung oder einer Diagnostik ...erklärt wird, ich teste kinesiologisch aus, wo überhaupt der, die Eingangstür ist bei diesen eins- oder bei jedem einzelnen Fall, ob ich ...anfangen muss osteopathisch zu behandeln, ob ich anfangen muss ...eher auf dem, auf der emotionalen Ebene oder auf der ...chemischen Ebene, ja, und .. anhand davon wirst du dann ...wird ein roter Faden gestrickt, ...und wie ich das jetzt ...direkt osteopathisch anfangen, () herausteste kinesiologisch, das ...größte Problem ist in der Chemie, ...(), was- was ist Chemie? Ist das ...Pilzbelastung, ist das eine, ...was weiß ich was für, ja? Oder für eine Mangelerscheinung, und da wird da als erstes ...in dem Bereich angefangen. Also der Patient, der führt den Weg, nicht ich

sozusagen. Durch- durch Austesten. Und wenn der sagt ...Dysbiose, ...Pilzbelastung, dann wird da angesetzt sozusagen.“ (IPG 8/270-281)

„Und nicht, nicht bei seinem Rückenschmerz, oder- oder ...bei der Symptomatik, warum der primär kommt. Ja? Und von daher hat letztendlich die- die ...Ernährung ...genau den gleichen Wert als wenn der sagt ich hab ...sehr schwere emotionale Belastung, hier sind andere Testsätze dafür, wird da angesetzt her. Also der Patient führt den Weg, und ...davon ist die sozusagen ...diese vier Hauptebenen strukturell, Chemie, emotional und energetisch, hier ist letztendlich diese Ernährung einer der vier ...sagen wir mal Säulen, wenn sie so wollen, ja?. ...nicht wichtiger, aber auch nicht unwichtiger ...als ...von mir aus strukturelle ...oder emotionale ...“ (IPG 8/284-292)

„...kei- kein- keine ...kein 0-8-15 ...Standard- Standardbehandlung, ja? Ja?“ (IPG 9/294+295)

Für Frau „H“ hat das Thema Ernährung einen berufsübergreifenden philosophischen Stellenwert, der auch in ihrem privaten Leben eine große Rolle spielt. Ihrer Meinung nach sind alle Mittel und Wege vorhanden über eine gesunde Ernährung auch ein gesundes Leben zu führen. Daher zählt sie es zu ihrem Aufgabengebiet, dies in ihrer osteopathischen Praxis den Patienten nahezubringen um ihnen neue Energie wieder zu geben:

„Also es ist für mich ...eigentlich eine Weltanschauungsfrage, ((lacht)) es ist nicht nur in der osteopathischen Praxis, ich meine gut genährte Menschen sind auch in der Lage, ein gutes Leben zu führen, ...u n d natürlich ist es unser täglich Brot zu helfen, ...aber es muss auch Sinn machen, und ich meine wir sind ...ja, wir haben eigentlich alles, und wir ...gehen einfach nicht sorgfältig mit um, ...und in meiner pers- also in der Praxis, ja jetzt komme ich wieder ein bisschen ins Schwimmen. Ja. In der Praxis. Also ich finde es einfach wichtig, weil- wenn ich uns anucke, und wir ernähren uns gut, und dann sind wir auch leistungsfähig, wir können gut arbeiten, ...wir haben ...ja. Uns ...es ist einfach rund, und das finde ich einfach viel, viel schöner, ((lacht)) wie wenn man da so durch die Gegend schleppt und energielos. Ja.“ (IPH 6/221-230)

ZUSAMMENFASSUNG:

Für die überwiegende Zahl der IVP hat die Ernährung in ihrer täglichen osteopathischen Praxis einen hohen bis sehr hohen Stellenwert. Dies kommt besonders dann zum Ausdruck wenn die befragten Osteopathen einen direkten Zusammenhang mit den Problemen des Patienten feststellen, die in Verbindung mit einer Fehlernährung einhergehen.

Für viele ist somit die Erhebung eines Ernährungsstatus (siehe Fragenkategorie 2) ein fester Bestandteil bei ihrer täglichen Arbeit insbesondere bei ihrer Befundaufnahme.

Für einige ist das Nichtbeachten von Mangelerscheinungen erfolgslimitierend auf das Resultat einer osteopathischen Behandlung.

Nur vereinzelt spielt die Beachtung der Ernährungssituation bei der Betrachtung ihrer Patienten keine, oder nur eine untergeordnete Rolle, was – so die Aussage der IVP – auf einen Interessens- oder Wissensmangel zurückzuführen ist. Dem entgegen wurde aber auch festgestellt, dass mit zunehmender Berufserfahrung der Stellenwert der Ernährung zunehmend steigt und an Beachtung – insbesondere bei der Diagnosestellung – zunimmt.

Im Zusammenhang mit den Fragen nach der Beachtung von Fehl- und Mangelernährung, sowie der Beurteilung des Ernährungsstatus (siehe Fragenkategorie 2 und 3), lässt sich zusammenfassend sagen, dass der Ernährung in der täglichen Arbeit der befragten Osteopathen eine hohe Bedeutung zugeordnet wird.

4.7 Abschließende Ergänzungen zum Thema Ernährung.

In diesem Fragenabschnitt dürfen die befragten Osteopathen abschließend noch ergänzungsweise zum Thema Ernährung etwas sagen. Dabei sollen vor allem auch die Dinge erwähnt werden, die bisher noch nicht genannt wurden, oder die – ihrer Meinung nach – noch wichtig sind angeführt zu werden. Dies dient im Besonderen dazu, wichtige zu erwähnende Teilbereiche herauszufinden und aufzuführen um dem Interviewpartner die Chance zu geben, im ganz persönliche Dinge – die für ihn wichtig erscheinen oder noch ergänzt werden sollten – zu Sprache zu bringen.

Bei dieser abschließenden Frage versucht Frau „A“ eine bildhafte Darstellung zu geben. Dabei stellt sie sich den Osteopathen als Automechaniker vor, der trotz all seiner Bemühungen den Motor nicht mehr zum Laufen bringen kann, wenn er statt Diesel Benzin in seinem Tank bekommt.

In diesem Beispiel, so scheint es, versucht sie zu erklären, dass ein Mensch nur so gut funktionieren und regenerieren kann, wie er auch ausreichend Möglichkeiten, in Form von geeigneten Nahrungsmitteln, zuführt:

„Mir fällt gerade noch so ein.... ja so ein- so ein Bild habe ich gerade vor Augen, ja, so als wäre der Osteopath so der Mechaniker, der am- am Motor irgendwas repariert, und hinten wird halt... das falsche Benzin reingekippt. Ja?“ (IPA 11/335-338)

„Da kann man vorne noch so viel reparieren, das Auto wird nicht laufen wenn man [das ist ein schönes Beispiel] in einen Diesel irgendwie Benzin reinkippt oder so.“ (IPA 11/340-342)

Herrn „B“ fällt zu diesem nichts weiteres mehr ein. Außerdem ist er der Meinung, dass bei dieser Befragung zu diesem Thema alles Wichtige erwähnt worden ist:

((atmet)) „Mir fällt gerade gar nichts mehr ein.“ ((lacht)) (IPB 13/467)

„Ja. Doch, ich glaube das wichtigste habe ich jetzt erwähnt ...[...].“ (IPB 13/470+471)

Abschließend sagt Herr „C“, dass er sich wünschen würde, dass dieses Thema in Zukunft mit in die Basisausbildung aufgenommen wird, und verweist noch einmal auf Postgraduiertenkurse - die über speziell darauf ausgerichteten Laboren - solche Fortbildungen organisieren könnten. Damit interessierte Kollegen die Möglichkeit erhalten, sich auf diesem Gebiet fortbilden zu können:

„Also ich hoffe ja sehr, wäre sehr schön, das in die Basis noch zu bekommen, a b e r dadurch, dass viele Leute es eben auch noch nicht haben , wäre es auch sehr wünschenswert Postgraduiertenkurse eben darin eben zu haben, in denen die Leute sich auch noch mal eben dementsprechendes Wissen aneignen könnten. Das könnte man aber auch zum Beispiel über Labors und so weiter organisieren. Ja? Vielleicht wäre das...“ (IPC 8/280-285)

Für Frau „D“ wäre es sinnvoll, in den Fortbildungen auch die Fähigkeiten im Bereich der Patientenführung und Patientenmotivation mit aufzunehmen. Das bedeutet, dass man vermittelt bekommt, wie man auf den Patienten besser eingehen, und ihn adäquat führen kann. Zudem sollte den Therapeuten ein „Berater-Leitplan“ mit auf dem Weg gegeben werden, der ihm zeigt, wie man den Patienten zusätzlich motivieren kann, an seinen Lebensgewohnheiten etwas zu verbessern:

„ ...mir wäre es auch wichtig, [...] eine Handhabe oder ein, ja, hm, meine Fähigkeit zu verbessern, den Patienten ...zu bewegen, in ihrem Leben etwas zu ändern, da spielt die Ernährung ja mit rein, [...]...dann ist da immer so dieser erhobene Zeigefinger dahinter, den möchte ich gerade meinen Patienten gegenüber nicht haben, weil ich ...weiß, das wirkt nicht, und da hätte ich gerne einen, ja, ...“ (IPD 8/275-285)

Marko: „Beraterischen Leitplan?“ ((lacht)) (Marko 8/286)

„((lachend)) Ja, genau, sowas, also eine- ich würde gerne meine Fähigkeit verbessern, einmal bei mir selber was zu ändern, und den Patienten dazu zu bringen, auch da in die Richtung etwas zu ändern. Und dafür bräuchte ich natürlich erstmal mehr Wissen, mehr Hintergrund, zum anderen aber auch, ja, etwas, was diesen erhobenen Zeigefinger wegnimmt, und dass es durch das, ach, durch einfach stichhaltigere oder bessere Motivation ersetzt, ne?“ (IPD 8/287-292)

Frau „E“ findet es gut, dass man sich durch diese Studie sich dieses Themas annimmt. Aber sie warnt auch davor, dass die Osteopathie zu einem Ableger der

Nahrungsergänzungsindustrie wird und sich zu sehr mit diesen Nahrungsergänzungsprodukten beschäftigt. Dies wird von ihr durchaus kritisch betrachtet und in diesem Zusammenhang versucht sie mit erhobenen Fingerzeig darauf aufmerksam zu machen, einen anderen Weg zur Integration des Themas Ernährung in die Osteopathie zu gehen:

„Also, erstmal finde ich ganz gut, dass du dieses Thema ...bearbeitest.“ (IPE 12/454)
„... , dass es so, dadu- ja dadurch auch wieder mehr Gewicht bekommst, ne? Also das finde ich, das finde ich gut, dass das einfach mal so angegangen wird, ...zum anderen, was ich zum Beispiel jetzt auch ein bisschen seltsam finde, wenn man dann so auf einem Kongress ist, und dann plötzlich so die ...die Nahrungsergänzungsmittelindustrie plötzlich dann als Aussteller auf den ...auf den Kongressen sichtbar wird, wo ich dann auch denke, na, ich weiß nicht, das ist dann wohl auch nicht der weg. Also, ich denke die Osteopathen sollten auch nicht verkommen, ...da habe ich auch noch ein nettes Pülverchen, das kostet sie jetzt 10,50 Euro, nehmen sie das mal regelmäßig, das tut ihnen gut, ...also da muss ich ehrlich sagen, da hab ich eher dann wieder Bedenken, ...das geht von dem weg, was, wie -- wie ich Ernährung verstehe, und wie ich ...ja, denke, dass das Einfluss in die Osteopathie haben sollte und von daher sehe ich das im Moment so ein bisschen kritisch, weil ...die Osteopathie hat erkannt irgendwie ist Ernährung ganz witzig, und ganz interessant, ...aber ich hab im Moment so das Gefühl, wir sind so auf der Schwelle so, das kann aber auch ganz schnell in die Hosen gehen, dass man das in die falsche Richtung lenkt, ne? Und von daher hoffe ich, dass deine Arbeit da ...ein bisschen das Ganze in die richtige Richtung schiebt.“ (IPE 12+13/456-473)

„Ja. Sonst ...fällt mir jetzt gerade nichts ein, was ich noch unbedingt loswerden müsste.“ (IPE 13/477+473)

Herr „F“ ist der Meinung, dass es zu diesem Thema nichts Ergänzendes zu sagen gibt.

„((atmet ein)) „Nö.“ ((lacht)).“ (IPF 7/228)

Nach der Meinung von Herrn „G“ wurden die wichtigsten Dinge besprochen.

Nochmals macht er darauf aufmerksam, dass das Thema Ernährung in seiner Osteopathieausbildung zu kurz gekommen ist.

Da die Qualität der Ernährung seiner Meinung nach immer mehr abnimmt, und somit einen zunehmenden Einfluss auf den Gesundheitszustand der Menschen hat, ist es aus heutiger Sicht immer wichtiger, dass man diesen Bereich mehr und mehr in die Behandlung mit integriert. Passiert dies nicht, kann der Nutzen dessen drastisch darunter leiden, ja sogar aufgehoben werden:

„Ich denke, dass wir das wichtigste besprochen haben. Also für mich ist das Thema Ernährung ...in der Ausbildung zu kurz gekommen, wäre schön gewesen, wenn es ein

bisschen mehr gewesen wäre, ohne jetzt da ...einen mit Fachwissen ...totzu..werfen, [...] aber es müsste schon, denke ich schon mit integriert sein. Letztendlich gerade in der heutigen Zeit, ...die Qualität der Ernährung ...wird täglich schlechter, sozusagen, ja? Und jetzt war auch ein Bericht über Uran hier im Trinkwasser, ...da kann ich osteopathisch behandeln, was ich will, wenn jemand das trinkt, sozusagen längere Zeit, dann wird er einfach krank. ...Ja? Dann habe ich osteopathisch Null Chance, ... um da was zu verändern. ...und ...wie gesagt, die- die Ernährungsproblematik kann letztendlich in den Patienten eine Therapieblockade auslösen durch alle anderen Therapien, ...auch die osteopathische Therapie ...unwirksam werden kann [...] da kann ich ... knacken, da kann ich machen, was ich will, das- passiert überhaupt nichts. Ja? Weil einfach die gesamte, gesamte Regulation ...lahmgelegt wird, ja.“ (IPG 9/300-319)

Für Frau „H“ gibt es keine weiteren Ergänzungen zu diesem Thema mehr zu sagen:
„Nein. Ich glaub ...war das eigentlich recht .. recht gut durch. ((lacht)) ja.“ (IPH 6/234)

ZUSAMMENFASSUNG:

Bei dieser abschließenden Frage antworten nochmals die Hälfte der Therapeuten, dass sie es wichtig finden, dass die Ernährung mit ein Teil der Grundausbildung werden soll (siehe Frage 4.5.1). Eine Therapeutin äußert diesbezüglich sogar den Wunsch, dass diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten soll, dem Thema Ernährung zu einer besseren Integration innerhalb der Osteopathie zu verhelfen. Zudem wäre es aus ihrer Sicht wünschenswert, wenn eine umfangreichere Aufklärung über diese Thematik stattfinden würde, um somit die Weichen zu mehr Aufmerksamkeit für die Ernährung im Bereich der Osteopathie, in die richtige Richtung zu stellen.

Wie wichtig dies für die Osteopathie und ihr Therapieerfolg zu sein scheint, zeigen die Aussagen von einigen Befragten, die darlegen dass eine Therapieblockade durch eine Fehlernährung bedingt sein kann. Dies beeinträchtigt den Wirkungsgrad der Behandlung so sehr, dass sie sogar nutzlos wird.

Wie sehr die Anzahl und der Umfang der Fragestellungen den Inhalt der Aussagefähigkeit der Therapeuten zu diesem Thema ausgeschöpft hat, stellt sinngemäß folgende Antwort der Hälfte der Befragten in den Vordergrund, die meinten, dass es zu dem Thema Ernährung nichts weiteres mehr zu sagen gibt.

5. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welchen Stellenwert die Ernährung innerhalb der Osteopathie hat. Dabei soll aufgezeigt werden, wie wichtig die Ernährung für die Osteopathen in ihrer täglichen Praxis ist und welchen Einfluss sie darauf nimmt. Dabei soll diese Arbeit zunächst einmal eine Basis an möglichen Meinungen zu diesem Thema schaffen.

Der theoretische Teil beschäftigt sich hauptsächlich mit der Bedeutung der Begriffe Ernährung, Ernährungsarten, Mangel-/Fehlernährung und Mangelerscheinungen. Der weitere Teil, beschäftigt sich mit der Ernährungsmedizin, da diese mehrere Konzepte zur Erhebung des Ernährungsstatus/-zustandes eines Patienten zur Verfügung stellt. Da die Erhebung des Ernährungsstatus eine wichtige Rolle bei der Befragung spielt, wurde dieses Thema besonders intensiv ausgearbeitet.

Die Methode, die dafür in dieser Arbeit zum Einsatz kommt, ist eine qualitative Inhaltsanalyse mit Interviewleitfaden.

Da es sich bei dieser Arbeit um eine sogenannte „Erststudie“ auf diesem Gebiet handelt, war die Auswahl dieser Methode die sinnvollste.

Die Studien, die bis dato ähnliche Inhalte zum Thema haben, beschäftigen sich jedoch primär mit den Ausbildungsmodalitäten im Bereich Ernährung. Diese stammen ausschließlich aus den USA. Dort sind alle Osteopathen auch gleichzeitig Ärzte und üben Osteopathie unter anderen Voraussetzungen aus. Da es sich also dort um eine andere berufspolitische Situation handelt als in Deutschland, sind diese Studien folglich nur bedingt miteinander vergleichbar.

Die Grenzen dieser Arbeit liegen hauptsächlich darin, dass mit der begrenzten Anzahl der Interviewpartner nur ein sehr kleiner Meinungsumfang vorliegt. Somit kann dies keinen Meinungstrend von Osteopathen in Deutschland repräsentieren.

Dafür wäre eine großflächig angelegte, quantitative Umfrage eine gängige zu empfehlende Methode. Hierbei wäre es möglich, eine breitere Darstellung von Meinungen zu erzielen, bei der diese Arbeit durchaus als Grundlage von Fragen und Themenbereichen dienen könnte.

Selbstkritisch muss ich sagen, dass ich bei der eigentlichen Interviewführung noch mehr Zwischenfragen stellen würde um weiter zusätzlich Aspekte und Informationen von den IVP zu erhalten um noch mehr in die Thematik einzutauchen.

Äußerst positiv muss ich an dieser Stelle die Bereitschaft der Therapeuten, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben, hervorheben. Es wurde keine der Anfragen für ein

Interviewtermin von den Angefragten abgelehnt. Lediglich eine der Therapeuten verwies auf eine derzeitige Unpässlichkeit für ein solches Interview, stellte aber im „Notfall“ eine Mitarbeit in Aussicht.

Das heißt zusammengefasst: acht von neun Interviewanfragen wurde zugestimmt, was einer hohen Bereitschaft an Mitarbeit gleichzusetzen ist.

6. Zusammenfassung

Im Ergebnisteil dieser Arbeit wird jeweils am Ende eines jeden Kategorienbereichs eine Zusammenfassung der Ergebnisse (Meinungen, Erfahrungen etc.) zusammengestellt und angehängt. Dies gibt dem Leser einen besseren Überblick über die Einzelauswertungen der jeweiligen Kategorienergebnisse und lässt einen direkten Vergleich mit den Aussagen der IVP zu.

In dem folgenden Teil soll nun eine sogenannte Gesamtauswertung erstellt werden, um einen schnelleren Überblick über die Gesamtergebnisse zu erhalten. Dabei werden Zusammenfassungen einzelner Fragen in einer Gesamtkategorienzusammenfassung zusammengefügt und dargestellt. Dadurch erhält man eine klare Übersicht über das Gesamtergebnis dieser Studie, ohne dafür die Einzelzusammenfassungen lesen zu müssen.

Kategorie 1. In der ersten Kategorie werden die befragten Therapeuten nach ihrer persönlichen Meinung zum Thema Ernährung gefragt. Anschließend sollten sie die Rolle der Ernährung in der osteopathischen Praxis bewerten und darstellen.

Dabei geben die IVP an, dass das Thema Ernährung für sie persönlich, als auch therapeutisch eine große bis sehr große Rolle spielt. Vereinzelt wird jedoch die persönliche Bewertung als geringfügig dargestellt, aber im therapeutischen Sinne wiederum als sehr hoch eingestuft.

Kategorie 2. In der zweiten Kategorie wird nach der Erhebung des Ernährungsstatus/-zustandes gefragt, wie die IVP ihn erheben, in die Befundung integrieren und welchen Einfluss dieser auf ihre therapeutischen Maßnahmen nimmt.

Bei der Einflussnahme des Ernährungsstatus in die Befundaufnahme spalten sich die Lager. Zum einen in eine Hauptgruppe von Therapeuten, die hierbei sehr intensiv auf die Ermittlung des Ernährungszustandes eingeht. Zum anderen in einen kleineren Teil von Therapeuten die nur bei besonders auffälligen Zuständen ihrer Patienten tätig werden.

Die Konsequenzen, die sich aus der Erhebung des Ernährungsstatus für die weiteren therapeutischen Maßnahmen dabei ergeben, sind – je nach Ergebnis des Befundes – Supplementierungen von Nahrungsergänzungsmitteln (bei Mangelerscheinungen), Toxinsausleitungen (bei z.B. Schwermetallbelastungen), Haarmineralanalysen oder Ernährungsumstellungen (bei Adipositas, Anorexia nervosa = BMI-Auffälligkeiten oder Unverträglichkeiten).

Die Zusammenarbeit dabei mit weiteren Untersuchungsorganen (Laboratorien, Ernährungsberatern/-mediziner, Ärzten etc.) wird als sehr gut, aufschlussreich und als sehr bereichernd bewertet.

Kategorie 3. In der dritten Kategorie geht es um Krankheitsbilder die im Zusammenhang mit der Ernährung betrachtet werden dürfen und den therapeutischen Maßnahmen die dabei von den Osteopathen durchgeführt werden.

Dabei beziehen sich die meisten Therapeuten auf Erkrankungen des Verdauungssystems (darin beinhaltet sind Magen-Darm-, Leber/Galle- und Pankreaserkrankungen). In diesem Zusammenhang werden konkret Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und

Nahrungsunverträglichkeiten/-intoleranzen (z.B. Glutenunverträglichkeiten und Laktoseintoleranzen) genannt. Hinzu kommen Erkrankungen aus dem psychologischen-, neurologischen-, cardialen- und urogenitalen Bereich, als auch Hauterkrankungen.

Dies lässt erkennen, dass die befragten Osteopathen die Ernährung in einem sehr weiten Spektrum von Krankheitsbildern integrieren. Zudem wird der Ernährung eine große Bedeutung bei der Initiierung von Krankheiten – von den Befragten – zugeordnet.

Die hauptsächlichen therapeutischen Maßnahmen die sich daraus ergeben sind: Ernährungsumstellungen (z.B. Diäten), Aufklärungsmaßnahmen, die Gabe von Phytotherapeutika, Homöopathika und Nahrungsergänzungsmaßnahmen.

Kategorie 4. Die vierte Kategorie beschäftigt sich mit dem Thema Ernährungsberatung und -therapien.

Hierbei stellte sich heraus, dass die Mehrzahl der befragten Therapeuten Ernährungsberatungen, -aufklärungen und -therapien durchführen. Zuweilen werden auch Ernährungsvorträge gehalten. Nur einige der Befragten absolvieren keine der oben aufgeführten Maßnahmen, verweisen aber bei einer Notwendigkeit an Ernährungsberater.

Die Erfahrungen, die dabei von den IVP gemacht wurden, sind größtenteils sehr positiver Art. Dies bezieht sich vor allem auf Reaktionen der Patienten auf die ernährungsberaterischen Tätigkeiten, die von den Osteopathen durchgeführt worden sind. Jedoch liegt – nach Meinung einiger Therapeuten – das Problem dabei in der Motivierung

der Patienten eine Ernährungsumstellung zu vollziehen. Dies erweist sich teilweise als schwierig, aber insgesamt als sinnvoll und lohnenswert.

Kategorie 5. Die Kategorie fünf beschäftigt sich hauptsächlich damit herauszufinden, woher die Osteopathen ihr Wissen über das Thema Ernährung erhalten haben. Dies schließt auch zusammenhängende Bereiche zu diesem Thema mit ein. Dabei sollten sie auch den Umfang der Ausbildung auf diesem Gebiet während ihrer Osteopathieausbildung bewerten. Anschließend wurden sie aufgefordert, ihre Vorstellungen über eine Integration des Themas Ernährung in die osteopathische Ausbildung darzulegen und Verbesserungsvorschläge zu machen. Abschließend wurde zusätzlich das Interesse an weiteren Fortbildungen auf diesem Gebiet hinterfragt.

Dabei kam heraus, dass fast alle Therapeuten der Meinung sind, dass das Thema Ernährung in ihrer Osteopathieausbildung zu kurz und geringfügig vermittelt wurde. Daher sehen sie sich dazu veranlasst, sich in Eigenregie mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Dies geschieht in Form von Fortbildungen, Kongressen und Fachliteratur. Keiner der Befragten ist somit mit den Ausbildungsmodalitäten zufrieden und wünscht sich für die Zukunft eine intensivere Auseinandersetzung mit diesem Thema in der Osteopathieausbildung.

Bei der Frage nach den zukünftigen Ausbildungskriterien spalten sich wiederum die Meinungen. Während der eine Teil detaillierte und genaue Darstellungen auf dem Gebiet der Pathophysiologie a`la Ernährungsmedizin für sinnvoll erachtet, würde der andere Teil der Therapeuten lieber auf solche genauen Darstellungen verzichten. Ihnen würde es ausreichen, einen groben Überblick über die Zusammenhänge der Pathophysiologie vermittelt zu bekommen.

In einem Punkt sind sich jedoch alle einig. In der Ausbildung sollte eine sehr praxisorientierte Vermittlung des Themas Ernährung erfolgen. Dies bezieht sich hauptsächlich auf Therapiemaßnahmen und Vorgehensweisen bei der Ernährungsberatung. Den angehenden Osteopathen sollte dabei vermittelt werden, wie man die Themen die im Zusammenhang mit der Ernährung stehen, in der Praxis anwendet bzw. wie man sich dabei verhalten soll.

Bei der Frage nach postgraduierten Fortbildungen wird ausnahmslos eine Befürwortung dafür von den befragten Osteopathen ausgesprochen. Alle – mit Ausnahme eines Therapeuten – , der statt seiner eine Angestellte zu einer solchen Fortbildung schicken würde – äußern die Bereitschaft, eine solche Fortbildungsmaßnahme zu absolvieren. Diese Äußerungen unterstreichen nochmals – wie auch die aus den vorangegangenen Kategorien – das große Interesse an dem Thema Ernährung.

Kategorie 6. In der sechsten und vorletzten Kategorie wird nach der eigentlichen Fragestellung dieser Arbeit gefragt: „Nach dem Stellenwert der Ernährung in der

Osteopathie.“ Dies wurde zum Teil auch schon in den Fragen der Kategorie 1 teilweise hinterfragt. Hier wird aber nun explizit nach dem Stellenwert gefragt, was zum Ausdruck bringen soll, für wie wichtig die befragten Osteopathen die Ernährung für die gesamte Osteopathie halten.

Daraufhin antworteten alle Befragten, dass das Thema Ernährung ihrer Meinung nach, einen hohen bis sehr hohen Stellenwert für die gesamte Osteopathie hat.

Vor allem mit zunehmender Berufserfahrung konnte man feststellen, dass das Thema Ernährung immer mehr an Bedeutung gewinnt. Dies konnte man an Hand des Eingangsfragebogen erkennen – in dem die Osteopathen ihre Berufsjahre mit angegeben haben – als auch an den Antworten, die die Befragten gaben.

So wurden auch den Themenbereichen „Mangel- und Fehlernährung“ und der Integration dessen in die Erhebung des Ernährungsstatus des Patienten während der Befundaufnahme, eine besondere Bedeutung zugeordnet.

Auch in der Kategorie 1, in der die Osteopathen eine persönliche Bewertung und Einschätzung über die Bedeutung der Ernährung in **ihrer** osteopathischen Praxis abgeben mussten, kam ein sehr ähnliches Ergebnis zum Vorschein.

Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass das Thema Ernährung für die befragten Osteopathen persönlich, praxisbezogen als auch gesamtosteopathisch gesehen einen hohen bis hin zu einem sehr bedeutsamen Stellenwert hat.

Kategorie 7. In dieser abschließenden Frage, in der die Therapeuten noch Ergänzungen zu dem Thema Ernährung hinzufügen sollten, unterstreichen nochmals einige der Therapeuten ihre Meinung, dass das Thema Ernährung vermehrt in die Grundausbildung der Osteopathie integriert werden sollte. Dies wird durch die Aussagen einiger Therapeuten unterstrichen, in dem sie darauf hinweisen, dass der Therapieerfolg in einigen Fällen zuweilen nur durch die Beachtung der Ernährungsthematik zum Erfolg führen könne.

Einige Therapeuten äußerten den Wunsch, dass dieser Arbeit weitere Studien folgen sollten, um für mehr Aufklärung auf diesem Gebiet – innerhalb der Osteopathie – zu sorgen.

Somit kann man zusammenfassend und abschließend sagen, dass nach Aussagen der hier befragten Osteopathen die Meinung vorherrscht, dass das Thema Ernährung vermehrt in die Osteopathieausbildung als auch in die Osteopathie selbst integriert werden sollte, da sie – aufgrund ihres hohen Stellenwertes – eine wichtige Ergänzung für die Osteopathie darstellt.

7. Literaturverzeichnis

Beckmann,G, und Rüffer,A. (2007): Mikroökologie des Darmes. Grundlagen-Diagnostik-Therapie. 2.Auflage. Bad Bocklet/Großenbrach: Labor L+S AG.

Biesalski, H.-K.; Fürst, P.; Kasper, H.; Kluthe, R.; Pöler, W.; Puchstein, Ch. und Stähelin, H.B. (Hrsg.) (2004): Ernährungsmedizin. Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 3., erweiterte Auflage. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.

Braga, M., Gianotti, I.; Nespoli, L.; Radaelli, G. and Di Carlo, V. (2002): Nutritional approach in malnourished surgical patients. A prospective randomized study, Vol. 137, No.2, 174-180.

Bursch,W. (2007):Kunststoffweichmacher (Phthalate) und Süßstoffe (Aspartam). Wie (un)sicher sind unsere Lebensmittel? Ernährungsmedizin. 3/2007, 14-22.

Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Hrsg.) (2007). Strukturierte curriculäre Fortbildung „Ernährungsmedizin“. 2. Auflage. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curr_Ernährungsmedizin_2007_07-04.pdf [27.05.2009]

Caro, M.M.M.; Laviano,A. and Pichard, C. (2007): Impact of nutrition on quality of life during cancer. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 10, 480-487.

Clifford,L. (2000): Integrating nutrition as a theme throughout the medical school curriculum. American Journal of Clinical Nutrition, Vol.72, No.3, 882S-889s.

Deutsches Ärzteblatt (2009): Seehofer kündigt Initiative gegen Fettleibigkeit an. <http://www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?docid=105399> [02.02.2009]

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE); Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE); Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) und Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE) (Herausgeber) (2001): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Frankfurt am Main: Umschau/Braus.

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin: <http://www.dgem.de/espen.htm>
[27.05.2009]

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin:
<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=294> [27.05.2009]

DocMedicus: <http://www.vitalstoff-lexikon.de/Aminosaeuren/Tyrosin/> [27.05.2009]

Feldblum, I.; German,L.;Castel,H.; Harman-Boehm, I.;Bilenko,N.; Eisinger,M.; Fraser,D. and Shahar,D.R. (2007): Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. Nutrition Journal; 6:37; 1-15.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: <http://www.gbe-bund.de/glossar/Zivilisationskrankheiten> [27.05.2009]

Gläser, J. und Laudel, G. (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.2. durchgesehene Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hajeck-Lang, B. (2007): Nutritional Stepp-by-step therapy: Two case reports; Ernährungsmethoden in der Arztpraxis. Ernährung & Medizin. Bd.22, Heft1, 27-35.

Hamilton, T.E.K. (2003): Validierung und kritische Bewertung der Haarmineral- Analyse. Tübingen: Dissertation. Medizinische Fakultät an der Eberhard-Karls- Universität.

Hark, L.A. and Morrison, G. (2000): Development of a case-based integrated nutrition curriculum for medical students. The American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 72, No.3, 890S-897s.

Harris, J.E.; Hamaday, V. and Mochan, E. (1999): Osteopathic family physicians' attitudes, knowledge, and self-reported practices regarding obesity. JAOA, Vol. 99, No.7, 358-365.

Karsegard, V.L.; Ferlay, O.; Maisonneuve, N.; Kyle, U.G., Dupertuis, Y.M.; Genton, L. and Pichard, C. (2004): Simplified malnutrition screening tool: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Rev Med Suisse Romande, 124(10), 601-605.

Kaufmann, J.-C. (1999): Das verstehende Interview-Theorie und Praxis. (Edition discours; Bd. 14) Konstanz: UVK- Univ. Verl. Konstanz.

Kasper, H. (2004): Ernährungsmedizin und Diätetik. 10. Auflage. München: Elsevier/ Urban & Fischer Verlag.

Kelly, I.E., Tessier, S.; Cahill, A; Morris, S.E.; Crumley, A.; Mclaughlin, D., Mckee, R.F. and Lean, M.e.J. (2000): Still hungry in hospital: identifying malnutrition in acute hospital admissions. Q.J. Med, 93.93-98.

Koletzko, B.; Aggett, P.J.; Bindels, J.G.; Bung, P.; Ferré, P.; Gil, A.; Lentze, M.J.; Roberfroid, M. and Strobel, S. (1998): Growth, development and differentiation: a functional food science approach. British Journal of Nutrition, Vol.80, Suppl. 1, S5-S45.

Koula- Jenik, H.; Kraft, M.; Miko, M. und Schulz, R.-J. (Hrsg.) (2006): Leitfaden Ernährungsmedizin. München/Jena: Elsevier/Urban & Fischer Verlag.

Kuzu, M.A., Terzioglu, H.; Genc, V.; Erkek, B.; Özban, M.; Sonyürek, P.; Elhan, A.H. and Torun, N. (2006): Preoperative nutritional risk assessment in predicting postoperative outcome in patients undergoing major surgery. World J. Surgery, 30: 378-390.

Laves-Arzneimittel: <http://www.laves-pharma.de/produktinformationen/colibiogen-oral/>
[27.05.2009]

Leitzmann, C.; Müller, C.; Michel, P.; Brehme, U.; Hahn, A. und Laube, H. (2003): Ernährung in Prävention und Therapie. Ein Lehrbuch. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Liszewski, R.F.; Meoli, F.G. and Nutinsky, C. (1984): Techniques in nutritional assessment. JAOA, Vol. 83, No. 7, 493-495.

Lückerath, E. und Müller-Nothmann, S.-D. (2008): Diätetik und Ernährungsberatung. Ein Praxisbuch. 3. vollst. überarb. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Moghissi, K.S. (1981): Risks and benefits of nutritional supplements during pregnancy. Obstetrics & Gynecology, Vol.58, No.5, 68S-78S.

Moore, H.; Adamson, A.J.; Gill, T. and Waine, C. (2000): Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Family Practice*, Vol.17, No.2, 197-202.

Pearson, T.A.; Stone, E.J.; Grundy, S.M.; McBride, P.E.; Van Horn, L. and Tobin, B.W. (2001): Translation of nutritional sciences into medical education: the Nutrition Academic Award Program. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 74, No.2, 164-170.

Pirlich, M.; Schütz, T., Norman, K.; Gastell, S.; Lübke, H.J.; Bischoff, S.C., Bolder, U., Frieling, T.; Güldenzoph, H.; Hahn, K.; Jauch, K.W.; Schindler, K.; Stein, J.; Volkert, D.; Weimann, A.; Werner, H.; Wolf, C.; Zürcher, G., Bauer, P. und Lochs, H. (2006): The German hospital malnutrition study. *Clinical Nutrition*, 25, 563-572.

Robbins, L.; Kolasa, K.; Lackey, C.; Thornburg, J. and Tavano, D. (1981): Food and nutrition information needs of osteopathic physicians. *Osteopathic Annals* 9:12, 27/440-48/458.

Setzwein, M. (2004): Ernährung- Körper- Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion vom Geschlecht im kulinarischen Kontext. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schmidt, E. und Schmidt, N. (2004): Leitfaden Mikronährstoffe. Orthomolekulare Prävention und Therapie. München: Elsevier/Urban & Fischer Verlag.

Schmidt, H. und Hertel (2006): Ankurbeln oder bremsen? Modulation der Darmflora durch Ernährung und Antibiotika- Chancen und Risiken. *Aktuel. Ernähr. Med.*, 31, Supplement 2: S129-S132.

Schnittker, S. (2006): Mit PATRAS gegen Mangelernährung. Die Paderborner Trainingsstudie (PATRAS)- ein Instrument zur Verbesserung der Ernährung und Bewegung im Alter. *Heim und Pflege*, 37,5, 141.

Sungurtekin, H.; Sungurtekin, U. Balci, O.; Zencir, M. and Erdem, E. (2004): The influence of nutritional status on complications after major intraabdominal surgery. *Journal of the American College of Nutrition*, Vol. 23, No.3, 227-232.

Suter, P.M. (2005): Checkliste Ernährung. 2. Auflage. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.

Thiel, Cl. (2001): Nahrungsmittelallergie und Nahrungsmittelintoleranz. Med. Welt, Heft 52/10, 272-277.

Tobin, B.; Welch, K.; Dent, M.; Smith, C.; Hooks, B. and Hash, R. (2003): Journal of Nutrition, 133(2), 567S-572S.

Transkriptionsregeln nach Hoffmann-Riem: <http://www.i-study.de/f4/Transkribieren.pdf>
[27.05.2009]

Vetter, M.L.; Herring, S.J.; Sood, M.; Shah, R. and Kalet, M.L. (2008): What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge. Journal of the American College of Nutrition, Vol. 27, No.2, 287-298.

www.mesologie.de: <http://www.mesologie.de> [27.05.2009]

www.metabolic-balance.de: http://www.metabolic-balance.de/desktopdefault.aspx/tabid-2/35_read-478/ [27.05.2009]

www.therapeuten.de: [Vegatest](http://www.therapeuten.de/therapien/vegatest)- Diagnostik
<http://www.therapeuten.de/therapien/vegatest.htm> [27.05.2009]

Walker, W.A. (2003): Innovative teaching strategies for training physicians an clinical nuterition: an overview. Journal of Nutrition, Vol.133, No.2, 541S-543S.

Wirth, R. (2006): Vitamine und Spurenelemente in der Ernährung. Gesicherte Erkenntnisse 2005. Medizinische Klinik, 101, Sondernr.1, 163-166.

Zino, S.; Skeaff, M.; Williams, S. and Mann, J. (1997): Randomised controlled trial of effect of fruit and vegetable consumption on plasma concentrations of lipids and antioxidants. BMJ, 314, 1787-1792.

8. Anhang

8.1 Interviewleitfaden

- 1) Welche Rolle spielt das Thema Ernährung für sie persönlich
 - a) Wie bewerten Sie die Ernährung, und wie wichtig ist sie bei ihrer täglichen osteopathischen Praxis?

- 2) Welchen Einfluss hat der Ernährungsstatus/zustand des Patienten bei der Befunderhebung für Sie?
 - a) Wie integrieren Sie dies mit in Ihre Befundaufnahme?
 - b) Welchen Einfluss hat dies auf Ihre therapeutische Vorgehensweise? (Therapieaufbau, Therapieintegration, Therapiemaßnahmen... etc.)
 - c) Achten Sie dabei auch auf Mangelerscheinungen, und wenn ja, wie gehen Sie dabei vor? (Tipps, Empfehlungen, Ratschläge etc.)
 - d) Arbeiten Sie dabei auch mit Ernährungsberatern, Ernährungsmedizinern, Ärzten, Laboratorien oder anderen Untersuchungsorganen diesbezüglich zusammen?
 - e) Wie ist dabei die Zusammenarbeit? (Mit Ernährungsberatern, Ernährungsmedizinern, Ärzten, Laboratorien etc.)

- 3) Welche Krankheitsbilder spielen dabei für Sie im Bereich „Ernährung und Fehlernährung“ eine primäre Rolle?
 - a) Wie integrieren Sie dies mit in ihre osteopathische Behandlung, und welche therapeutischen Maßnahmen ergreifen Sie dann? (Tipps, Vorschläge, Nahrungsergänzung...etc.)

- 4) Führen Sie auch Ernährungsberatungen durch? Wenn ja wie sehen diese aus?
 - a) Wie sind dabei die Mitarbeit und Reaktionen der Patienten?
 - b) Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

- 5) Woher stammt Ihr primärer Wissensfundus im Bereich „Ernährung“ und „Ernährungsmedizin“, bzw. wie haben Sie sich diesbezüglich fortgebildet?
 - a) Wie würden Sie den Ausbildungsumfang im Bereich „Ernährung“ in ihrer osteopathischen Grundausbildung umschreiben und bewerten?
 - b) Sollte der Bereich „Ernährung“ in der osteopathischen Grundausbildung einen größeren Ausbildungsumfang einnehmen, und wie sollte das Ihrer Meinung nach aussehen? (z.B. Ernährungstherapien, Ernährungsberatung, Ernährungsmedizin- dazu gehört auch Ernährungspathologien, Fehlernährung etc.)
 - c) Würden Sie es begrüßen, wenn es in dem Bereich Ernährung/Ernährungsmedizin postgraduierte Fortbildungen gäbe, und wären Sie dann auch dazu bereit, diese zu absolvieren?

6) Welchen Stellenwert hat somit die „Ernährung“ für Sie in Ihrer täglichen osteopathischen Praxis?

7) Was möchten Sie abschließend noch Ergänzungsweise zu dem Thema „Ernährung“ sagen?