von Renate Köchling-Dietrich, Susanne Löhner-Jokisch, Nora Laubstein

Shiatsu und seine derzeitige Einordnung in den Gesundheitsmarkt

Eine Standortbeschreibung entstanden für den Kongress 2018 in Berlin

Teil 1:

Das Gesundheitswesen in Deutschland

Das Gesundheitssystem in Deutschland wird heute politisch als „Gesundheitswirtschaft“ bezeichnet, nachdem viele Jahre der Begriff „Gesundheitsmarkt“ üblich war. Die zentralen ökonomischen Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft weisen im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittliche Wachstumsraten auf, die Bruttowertschöpfung der Gesundheitswirtschaft betrug 2016 rund 12% und dieser Markt ist der größte Jobmotor.

In der Gesundheitsversorgung werden der erste und zweite Gesundheitsmarkt unterschieden: Im ersten Markt bezahlen gesetzliche und private Krankenkassen (und andere Sozialversicherungsträger) für die von Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen. Diese Leistungen müssen von anerkannten Gesundheitsberufen, z.B. von ÄrztInnen oder PhysiotherapeutInnen erbracht werden. Im zweiten Markt zahlt der jeweilige Auftraggeber die Leistung oder das Produkt selbst, möglicherweise bekommt er seine Zahlung ganz oder teilweise von einer Zusatzversicherung erstattet. Hier zeigt sich ein Unterschied: Sachleistungsprinzip - Kostenerstattungsprinzip, also direkte Abrechnung mit der Krankenkassen gegen Selbstzahlung, bzw. (eventuelle) Erstattung im Nachhinein.

Der erste Gesundheitsmarkt

Für den ersten Gesundheitsmarkt macht der Gesetzgeber klare Vorgaben, hier sind nur Leistungen zugelassen, die dazu dienen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand

zu verbessern. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, dürfen aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. An der Entscheidung, welche Leistungen zum ersten Gesundheitsmarkt zugelassen werden, sind die Institutionen und AkteurInnen von drei unterschiedlichen Ebenen beteiligt:

- Obere Ebene: staatliche AkteurInnen erlassen Gesetze und Verordnungen und überwachen deren Einhaltung, dies sind die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMBK) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Auf der oberen Ebene werden die Richtlinien für die medizinische und pflegerische Versorgung erlassen, die Bewertung von Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmethoden geprüft – und damit der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen definiert.
- Mittlere Ebene: Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen und „freie“, die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, die Ärztekammern, der gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Unabhängige Patientenberatung und andere Dachorganisationen. In der mittleren Ebene ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zuständig für die Ermittlung, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes und für die Erarbeitung evidenzbasierter Leitlinien für die Behandlung bedeutsamer Krankheiten. Es erfolgt die Bewertung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit von Behand-

lungsmethoden und Arzneimitteln – und diese Gutachten sind Grundlage für die Entscheidung der Politik in der obersten Ebene! In der mittleren Ebene vertritt die Unabhängige Patientenberatung die PatientInnen. Die Aufgabe dieser Einrichtung ist die Stärkung der „Patientenorientierung“, aber alle Patientenorganisationen spielen in der Gesundheitspolitik eine kleinste Rolle und können wenig Einfluss auf die gesundheitspolitischen Entscheidungen ausüben.

- Unterste Ebene: auf der untersten Ebene finden sich die Individualakteure, Anbieter und Nachfrager, also die Leistungserbringer wie ÄrztInnen und anerkannte Berufe im Gesundheitswesen, neben ihnen die Arzneimittelhersteller, die Krankenversicherungen und die Krankenhausorganisationen (mit Milliardenträgen) und schließlich auch die PatientInnen. Die vom Gesetzgeber anerkannten Gesundheitsberufe sind über Ausbildungsumfang und -inhalte klar definiert, diese Gruppe umfasst inzwischen etwas mehr als 50 Berufsbilder (davon 17 bundesrechtlich geregelt), deren Mindestausbildungsumfang 2.200 Stunden ist. (HeilpraktikerInnen ist kein staatlich geregelter Gesundheitsberuf in diesem Sinne.)

Ein Teilbereich des ersten Gesundheitsmarktes ist die Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung. Hier gibt es konkrete Definitionen des Gesetzgebers, was konkret in diesen Bereichen angeboten werden kann und unter welchen Bedingungen das Angebot erstattet wird bzw. wofür eine steuerliche Begünstigung in Anspruch genommen werden kann.¹

Um auf dem ersten Gesundheitsmarkt gesehen zu werden, braucht es einen staatlich anerkannten Gesundheitsberuf und evidenzbasierte² Studien über den Nutzen und die Wirksamkeit einer Methode.

Der zweite Gesundheitsmarkt

In der Gesundheitswirtschaft wurden 2016 insgesamt 432 Mrd. Euro ausgegeben, also 432.000.000.000 Euro! Davon entfallen mehr als ein Viertel (111,46 Mrd.) auf den zweiten Gesundheitsmarkt. Diese 111,46 Mrd. sind komplett von den KonsumentInnen an die Leistungserbringer direkt gezahlt worden. Die Zuordnung von Waren und Dienstleistungen zum zweiten Gesundheitsmarkt ist nicht klar definiert und teilweise umstritten. Im Wesentlichen gehören Produkte und Dienstleistungen aus dem Fitness- und Wellnessbereich dazu, Sportartikel, „angereicherte“ Nahrungsmittel und Nahrungsergänzungsmittel, auch Bio-Lebensmittel, Gesundheits-/Wellnessreisen, frei verkäufliche Arzneimittel, Mundhygiene, seniorengerechtes Wohnen.

Einige der Angebote, die dem zweiten Gesundheitsmarkt zugeordnet sind, haben eine Zwischenstellung: Beispielsweise Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der IGeL oder erweiterte Mundhygiene oder bestimmte Behandlungen, die von gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen von Bonusprogrammen erstattet werden, sind ein Angebot des zweiten Gesundheitsmarktes, werden aber durch die Erstattungspraxis teils oder ganz wiederum dem ersten Markt zugerechnet.

Die Ausübung von Shiatsu kann am ehesten dem zweiten Gesundheitsmarkt zugeordnet werden – soweit Shiatsu als Dienstleistungen definiert werden kann, die einen objektiven Gesundheitsnutzen besitzt und aufgrund einer subjektiven Kaufentscheidung vom Klienten erworben wird.

Auch ShiatsupraktikerInnen, die zwar einen staatlich anerkannten Gesundheitsberuf haben, also PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn o.ä. sind, üben ihr Shiatsu – aus gesetzlicher und steuerrechtlicher Sicht betrachtet – auf dem zweiten Gesundheitsmarkt aus – neben ihrer eigentlichen Tätigkeit im Grundberuf. Dabei kann es zu Überschneidungen der Märkte kommen, je nach individuellen Konstrukten.

Die Einordnung einzelner Branchen in den zweiten Gesundheitsmarkt bzw. die Gesundheitswirtschaft insgesamt erfolgt meist über Umsatzsteuerzahlen, speziell die Umsatzsteuervoranmeldungen. Aufgrund der besonderen Beschäftigungssituation von Frauen und ShiatsupraktikerInnen³ speziell ist davon auszugehen, dass ein relevantes Einkommen mit Shiatsu erzielt wird, dies aber in keiner Statistik erfasst wird. Dies trifft sicher auch für andere Methoden zu. Daher ist davon auszugehen, dass Shiatsu, (und auch andere, vergleichbare Methoden), überhaupt nicht wahrgenommen wird.

Die Situation:

- Shiatsupraktikerin ist kein anerkannter Gesundheitsberuf.
- Shiatsu kommt nicht im Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen vor.
- Medizinische Leistungsanbieterinnen kennen Shiatsu nur unzureichend.
- Es fehlen Unterstützungssysteme, die den (vielleicht begrenzten) Eintritt in den ersten Gesundheitsmarkt ermöglichen.
- Durch die Vorgaben des Sozialgesetzbuches ist Shiatsu keine Präventionsmethode und keine Betriebliche Gesundheitsförderung (BGf), wird aber in Einzelfällen „geduldet“.

Von Seiten des Gesetzgebers ist keine politische oder wirtschaftliche Notwendigkeit (aus dem vorliegenden Daten

und Fakten) zu erkennen, die derzeitige Situation zu Gunsten der Shiatsu-PraktikerInnen zu verändern. Er ist durch die demographische Entwicklung intensiv mit der Stärkung der gegebenen therapeutischen Berufe und Assistenzberufe im Gesundheitswesen derart gefordert, dass bei Novellierungen der Gesundheitsfachberufe dort alle Aufmerksamkeit hingehen wird.

Teil 2: Zukunftsperspektiven

Die legale Berufsausübung ist abhängig von dem jeweiligen nationalen Recht. In Deutschland gibt es staatlich geregelte Berufe, zertifizierte Ausbildungen, aber auch Berufe, die keine staatliche Regulierung erfahren haben, wie z. B. Shiatsu. Dies birgt die Gefahr, dass durch politischen Druck die heute noch legale privat organisierte Shiatsu-Ausbildung morgen schon verboten sein könnte, weil die fehlende Regulierung ein Sicherheitsrisiko darstellt, die Vorgehensweise unwissenschaftlich ist und – als Nicht-EbM-Methode Shiatsu illegal und ineffektiv ist. Da davon natürlich nicht nur Shiatsu betroffen wäre, besteht die Gefahr, dass die Vielfalt von Gesundheitsangeboten vom Markt verschwindet und die selbstgewählten Alternativen für KlientInnen stark eingeschränkt würden.

Um als Methode gesehen zu werden, braucht es die Auseinandersetzung mit den Gepflogenheiten auf dem Gesundheitsmarkt. Ein wesentlicher Punkt wäre die Erforschung von Shiatsu. Dabei stehen sich **EbM**, also die datengestützte Medizin die danach fragt, welche empirischen Belege und Daten es gibt, und die **CbM**, die erfahrungsgestützte Medizin (Welche Erfahrungen und Beobachtungen gibt es?) gegenüber.⁴ Die EbM ist Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitsmarkt (Erstattung), fordert wissenschaftliches Vorgehen durch Experten und akzeptiert immer nur den neuesten Stand der Wissenschaft (sog. medizinischer Fortschritt). Die EbM kann keine ganzes Therapieverfahren beurteilen, etwas über den Gesundheitszustand aussagen, Erfahrungen und Traditionen berücksichtigen und ohne Regelwerk spontan und individuell reagieren. Umso wichtiger ist es, zu prüfen, inwieweit die Methoden der EbM angemessen sind für die Erforschung von Shiatsu und zu begründen, warum es an welcher Stelle eine Auseinandersetzung mit der CbM braucht, um ein Verfahren wie Shiatsu zu beschreiben, das multikausale Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge kennt und den Blick auf den Menschen in seiner Gesamtheit richtet. Forschung kann auch mittels des nicht-statistischen Nachweises der therapeutischen Wirksamkeit an individuellen KlientInnen, auf der Grundlage der Aufwertung des ärztlichen/therapeutischen Urteils und der Erfahrung der BehandlerInnen erfolgen. Und: Fehlender

Wirksamkeitsbeweis ist kein Beleg einer Unwirksamkeit! Und sofern dabei die Regeln wissenschaftlichen Arbeitens und der Leitlinien für Studien bzw. über das Berichten von Studien beachtet werden, wird es schwieriger, die Forschungsergebnisse zu missachten. Bei der Integration von Shiatsu in das staatliche schulmedizinische System gibt es unterschiedliche Herausforderungen:

- individueller Ansatz vs. krankheitsbezogener Ansatz unterschiedliches Begriffsverständnis (z. B. „Prävention“)
- Behandlungsziel (Reparatur vs. Lernen)
- Medikamente (Weg-da-Mentalität vs. Hilfe für Prozesse)
- symptomatische vs. Reiz-und-Antwort-Behandlung
- neuester Stand des Wissens vs. kulturelles Erbe

Im Falle der Integration liegt die Verantwortung für die Shiatsu-Anwendung bei einer ärztlichen Leitung. Die gesetzliche Finanzierung und Kostendeckelung geben den Spielraum vor. Dabei profitieren auf jeden Fall die Rehabilitationsmaßnahmen und Präventionskurse. Die Entscheidung über das zugrundeliegende Ausbildungscurriculum liegt bei staatlichen Trägern in Verbindung mit einer Universität. Wenn dies gewünscht ist, könnte es eine Möglichkeit für die Zukunft sein, dass verschiedene Ausbildungen angeboten werden, eine davon, die die Anerkennung (im Sinne von Kostenerstattung) durch die gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht.

Denkbar ist darüber hinaus eine berufliche Entwicklung hin zu einem eigenen Beruf, neben der ÄrztIn oder HeilpraktikerIn, gleichermaßen wie eine FachspezialistIn im Rahmen der Traditionellen Japanischen Medizin. Ein aktuelles Beispiel für die Entwicklung eines neuen Berufes ist die NaturopathIn im CEN-Prozess, der von Italien auf den europäischen Weg gebracht worden ist. Weitere Möglichkeiten bietet der Europäische Qualifikationsrahmen und andere Standardisierungen auf der Basis von freien und selbständigen Berufen.

Teil 3: Aufgaben?

Für einen Verband heißt dies: aktiv werden. Hier unterscheidet sich eine Interessenvertretung von einem Berufsverband. Die **Interessenvertretung** vertritt gemeinsame Interessen, meist soziale Anliegen, Umweltschutz o. ä., wie z. B. die Sozialverbände der Kirchen. Ein **Berufsverband** hat die Aufgabe, die Interessen der Mitglieder aus einer spezifischen Berufsgruppe zu vertreten, Berufspflichten und -standards zu definieren. Er ist zuständig für die Kompetenz der Mitglieder, Aus- und Weiterbildung, Rechtsberatung,

Beratung beim Weg in die Selbständigkeit. Berufsverbände machen Öffentlichkeitsarbeit, die den Verband als Einheit darstellen, suchen Kontakte zu Personen, die sich mit öffentlichen Anliegen identifizieren, welche für den Verband bedeutend sind, und übernehmen Verantwortung für gesellschaftliche Themen, äußern sich daher politisch zu relevanten Themen.

Was braucht es konkret und jetzt?

Einen Verband der deutlich macht, dass es Shiatsu / Shiatsu-PraktikerInnen gibt, der die Interessen der Mitglieder herausarbeitet, sie übernimmt und dazu beiträgt, dass Shiatsu in seinen vielfältigen Ausprägungen in der Öffentlichkeit (auf dem 2. Gesundheitsmarkt) bekannt wird.

Dafür brauchen wir das Wissen um die Bedürfnisse der Shiatsu-PraktikerInnen und was sie von ihrem Verband wollen. Es besteht die Möglichkeit, dass europaweite Qualitätsanforderungen geschaffen werden. Dabei gilt es mitzuarbeiten und sich darauf vorzubereiten, da wir noch nicht wissen, welche Konsequenzen dies für Shiatsu-PraktikerInnen, -lehrerInnen oder -therapeutInnen hat.

Fußnoten:

1 Darüber hinaus gibt es individuelle Entscheidungsspielräume von Krankenkassen und Finanzämtern, so dass Entscheidungen im Einzelfall etwas großzügiger als vom Gesetzgeber vorgesehen gehandhabt werden.

2 Siehe Teil 2.

3 Die Umfrage von 2016 hat erbracht, dass etwa 50 % der Shiatsu-Praktikerinnen weniger als 4 Behandlungen in der Woche machen. Daraus lässt sich ableiten, dass eine große Gruppe von Shiatsu-Praktikerinnen keine Umsatzsteuervoranmeldung macht.

4 Hier stehen sich auch Pathogenese und Salutogenese gegenüber.

Renate Köchling-Dietrich, M.A., Heilpraktikerin/Shiatsu-Praktikerin und -lehrerin in eigener Praxis, engagiert sich für die Verbreitung der japanischen Medizin und für die Akademisierung einzelner Shiatsu-Praktikerinnen, damit evidenz- und erfahrungsbasiertes Studiendesign sowie wissenschaftliches Arbeiten keine Fremdworte bleiben.

Susanne Löhner-Jokisch, M.A. Public Health, Shiatsu-Praktikerin und -lehrerin, selbständig tätig im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention, um dazu beizutragen, die Bedeutung der Salutogenese zu erkennen und darauf aufbauend beruflich relevante Ausrichtungen zu entwickeln.

Umfrage zur Standortbestimmung der Kongressteilnehmerinnen

Im Anschluss an die Vorträge von Susanne Löhner-Jokisch, Renate Köchling-Dietrich und Nora Laubstein wurde ein Fragebogen ausgeteilt, der Gelegenheit geben sollte zur Selbsteinschätzung der momentanen eigenen Situation, Rückmeldung zu den eben erhaltenen Informationen ermöglichte, Ideen zur beruflichen Positionierung anstoßen wollte, die Chance bot für Äußerung von konkreten Wünschen an den Vorstand, das Angebot zur aktiven Teilnahme von Mitgliedern dokumentieren wollte.

Wir bedanken uns an dieser Stelle für eure Mitarbeit. Die große Bereitschaft zur Unterstützung der Verbandsarbeit wurde auch an diesem Kongress in Berlin wieder deutlich.

Die ausgefüllten Fragebogen liegen vollständig vor, werden dem Vorstand (Beate-Maria Frege) übergeben und stehen damit zur konkreten Auswertung zur Verfügung.