

**Die transkulturelle Integration außereuropäischer Konzepte
in den zweiten deutschen Gesundheitsmarkt,
dargestellt am Beispiel Shiatsu**

**Forschungsstand und Endpunktanalyse klinischer Studien zur
Wirksamkeit des heterodoxen Verfahrens Shiatsu**

**Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)**

vorgelegt von Andrea Kleinau

Fakultät für Kulturwissenschaften
Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder)
Dekan: Prof. Dr. Jürgen Neyer

1. Gutachter: Prof. Dr. Hartmut Schröder
2. Gutachter: Prof. Dr. Peter Hufnagl

Berlin, 30.04.2016

Zusammenfassung

Shiatsu, eine japanische Lebensform und ein Behandlungsverfahren der Körperarbeit zugleich, hat auf dem sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt in den letzten Jahrzehnten in Europa einen festen Platz eingenommen im Zuge einer Integration fremdkultureller Konzepte in die Eigenkultur. Dabei kann in dieser Arbeit belegt werden, dass das Verfahren selbst bereits kulturelle Verflechtungen in sich trägt und Anteile anderer Kulturen übernommen hat, so auch der deutschen Lebensform. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung einer Vielzahl medizinischer Erkenntnisse und Praktiken japanischer Mediziner ist verantwortlich für die Herausbildung des heutigen Shiatsu.

Shiatsu wird als Teil der heterodoxen Medizin vergleichend zur komplementär-alternativen Ausrichtung bestimmt. Die heterodoxe Medizin liegt üblicherweise außerhalb der Schulmedizin. Es kann aber gezeigt werden, dass die Ausübung der Shiatsu-Methode nicht auf privat ausgebildete Praktiker und damit den zweiten Gesundheitsmarkt beschränkt sein muss. Vielmehr bietet sich den Akteuren des ersten Gesundheitsmarkts ein Spektrum an Einsatzmöglichkeiten, die zentrale Ziele des Gesundheitswesens unterstützen. Weiter kann aufgezeigt werden, wo sich in der Struktur des deutschen Gesundheitswesens Ansatzpunkte zur verstärkten Integration von Shiatsu in den Gesundheitsmarkt finden lassen, wie eine unterstützende Argumentation aussieht und ob es evidenzbasierte Studien zu Shiatsu gibt, die auswertbar sind. Die Arbeit bietet dazu einen umfassenden Überblick bisheriger Forschungsergebnisse innerhalb eines Reviews, ergänzt durch eine Metaanalyse klinischer Studien. Im Review können insgesamt 15 Studien verglichen werden, wobei Studienanalyse A die monokausale Wirkung bei spezifischen Krankheitsbildern anhand kontrollierter Studien und Studienanalyse B die multifaktorielle Wirksamkeit des Shiatsu anhand von Querschnitts- und unkontrollierten Studien dokumentiert. Fünf konservative Studien fließen in die ergänzende Metaanalyse ein.

Gegenüber Verfahren der Schulmedizin, die in kontrollierten Studien als Vergleichsmethode eingesetzt werden, kann im Durchschnitt eine leichte Überlegenheit von Shiatsu über die eingeschlossenen Studien belegt werden. Im Ergebnis der Arbeit wird das Verfahren als geeignet bewertet für multimodale Therapien bei Indikationen, die im Zusammenspiel von Körper, Seele und Umwelt entstehen. Am Ende steht ein perspektivischer Ausblick auf die wirtschaftliche und politische Entwicklung.

Abstract

Shiatsu, both a Japanese way of life and a bodywork therapy, has firmly established itself in the so-called secondary healthcare market in Europe, which throughout the past decades has been assimilating influences from other cultures into its own respective culture. This thesis presents evidence proving that cultural interconnections already exist within the therapy itself, and that it has adopted parts of other cultures, in-

cluding those from Germany. The continuous advancement by Japanese doctors of a number of medical findings and practices is responsible for the emergence of modern Shiatsu.

Shiatsu is defined as a part of the heterodox medical field and can be likened to a complimentary-alternative orientation. Heterodox medical practice normally lies outside the realm of conventional medicine. However, it can be shown that practicing the Shiatsu method need not only be limited to privately trained practitioners and thus to the secondary healthcare market. In fact, it offers actors in the primary healthcare market a range of applications that support the central goals of public healthcare. Further, it can be demonstrated where the entry points within the structure of the German health system are to be found to strengthen the integration of Shiatsu into the healthcare market, what a supportive line of reasoning can look like, and whether there are evidence-based studies on Shiatsu that can be evaluated. This paper provides a comprehensive overview of previous research results in the form of a review and is supplemented by a meta-analysis of clinical studies. A total of 15 studies are compared in the review, with the study A analysis documenting the mono-causal effect of specific disease patterns based on controlled studies, and the study B analysis documenting the multifactorial effectiveness of Shiatsu based on cross-sectional and uncontrolled studies. Five conservative studies are included in the supplementary meta-analysis.

Compared to conventional medical procedures, which are used as a method of comparison in controlled studies, it is shown that on average, Shiatsu has a slight advantage over the studies included. The results of this paper indicate that the technique is suitable for multimodal therapies for indications that arise out of the interplay of body, mind and environment. An outlook of economic and political developments is discussed at the end.

Inhalt

Zusammenfassung.....	i
Abstract.....	i
Inhalt.....	iii
Tabellen und Abbildungen	v
Vorwort.....	1
1 Einleitung.....	3
1.1 Ziel und Aufbau der Arbeit	3
1.2 Annäherung an den Begriff ‚Transkulturalität‘	4
1.2.1 Ursprung des Begriffes ‚transculturación‘ und Abgrenzung zum Begriff der Transkulturalität.....	6
1.2.2 Der Begriff ‚Transkulturalität‘ und Bewegung im Raum	7
1.3 Die Eigenentwicklung des Verfahrens Shiatsu am Schnittpunkt chinesischer und westlicher Einflüsse.....	12
1.3.1 Chinesische Einflüsse auf die japanische Medizin	13
1.3.2 Westliche Einflüsse auf die japanische Medizin	16
2 Gesundheitssystem und Gesundheitsmarkt: Struktur und Akteure, Ergebniszusammenfassung volkswirtschaftlicher Zusammenhänge.....	21
2.1 Begriffsabgrenzung und allgemeine Charakteristika	21
2.2 Akteure auf drei Ebenen	25
2.2.1 Ebene 1: staatliche Akteure	29
2.2.2 Ebene 2: korporatistische Akteure	29
2.2.3 Ebene 3: Individualakteurinnen und -akteure	31
2.3 Die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt	32
2.3.1 Der erste deutsche Gesundheitsmarkt	33
2.3.2 Der zweite deutsche Gesundheitsmarkt	33
2.3.3 Auswirkungen der Entwicklung des zweiten deutschen Gesundheitsmarktes auf das Gesundheitssystem in Deutschland	34
2.4 Der Public-Health-Ansatz als Beitrag zum ersten und zweiten Gesundheitsmarkt	35
2.4.1 Betrachtung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses und seine Einordnung in das deutsche Gesundheitswesen.....	37
2.4.2 Betrachtung des Begriffs ‚Gesundheitsförderung‘ der Ottawa-Charta und der 64. Gesundheitsministerkonferenz-Entschließung	42

3	Grundlagen:	
	Begriffe, Entstehungslinien und theoretische Differenzierung des Shiatsu	45
3.1	Einführung	45
3.1.1	Mit der Hand sehen.....	45
3.1.2	Ki im Shiatsu – eine westliche Annäherung an einen östlichen Begriff	48
3.2	Definition, Begriff und Entstehung des Shiatsu.....	51
3.2.1	Definition und Begriff.....	51
3.2.2	Entstehungslinien des Shiatsu	53
3.2.3	Strömungen.....	56
3.3	Theoretische Differenzierung und transkulturelle Spuren.....	60
4	Review:	
	Forschungsstand zur Wirksamkeit des heterodoxen Verfahrens Shiatsu	68
4.1	Einführung	68
4.1.1	Aufbau und Anforderungen von Reviews	70
4.1.2	Hintergrund und Gegenstand.....	70
4.1.3	Problemformulierung.....	72
4.2	Methodik	73
4.2.1	Ergebnissammlung und -bewertung	73
4.2.2	Ergebnisanalyse und -interpretation	82
4.3	Diskussion	84
5	Metaanalyse:	
	Endpunktanalyse kontrollierter Studien zu Shiatsu.....	93
5.1	Methodik	93
5.1.1	Vorgehensweise.....	93
5.1.2	Kodierung	94
5.2	Ergebnisse	95
5.3	Interpretation	99
6	Wirtschaftlicher Stellenwert:	
	Entwicklung des heterodoxen Verfahrens Shiatsu in Japan, der Schweiz, Österreich und Deutschland.....	103
7	SCHLUSS	
	Zusammenfassung der Erkenntnisse und partialperspektivische Konstruktion eines Ausblicks auf die wirtschaftliche und politische Entwicklung des heterodoxen Verfahrens Shiatsu.....	118
7.1	Perspektive 1: Die Konstruktion einer Beziehung von Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit.....	115

7.2	Perspektive 2: Die Konstruktion einer Beziehung von Versorgungswirtschaft und Vertrauen	117
7.3	Perspektive 3: Die Konstruktion von Lobbying als Beziehungsdynamik in der Berufsbildung	120
7.4	Perspektive 4: Die Konstruktion von Vertrauen als wirtschaftskommunikative Wertentwicklung für heterodoxe Verfahren in Deutschland.....	122
	LITERATUR.....	130
	Studien (aus Kapitel 4 und 5).....	139
	Graue Literatur	140
	ANHANG	142
	Anhang 1: Listung weltweit agierender Shiatsu-Verbände/Organisationen und deren Definitionsfassung von Shiatsu.....	143
	Anhang 2: Interne Studie der BKK advita	149
	Anhang 3: Tabellen	153
	Anhang 4: Fail Safe Number	183
	Anhang 5: Interview mit Pia Staniek, ESI München.....	187
	Anhang 6: Online gestellte/verfügbare Anhänge	188
	Wissenschaftlicher Werdegang.....	189
	Selbstständigkeitserklärung	190

Tabellen und Abbildungen

Tabellen

Tabelle 1: Klassifikationsraster Gesundheitssystem	25
Tabelle 2. Ebene und Entscheidungskompetenz	26
Tabelle 3: Evidenztypen	79
Tabelle 4: Eingeschlossene Studien, angeordnet nach Design	86
Tabelle 5: Protokoll/meta1models	96
Tabelle 6: Eingeschlossene Studien und Variablen	100
Tabelle 7: Evidenztable I	153
Tabelle 8: Evidenztable II	160
Tabelle 9: Protokoll/meta1summary/Ergebnisse Studien	180

Abbildungen

Abbildung 1: Ideogramm Shiatsu	12
Abbildung 2: Gesundheitsökonomie	23
Abbildung 3: Paradigmen der Gesundheitstheorien	39
Abbildung 4: Prozesshafter Charakter kultureller Grundordnung	62
Abbildung 5: Flussdiagramm	80
Abbildung 6: Eingeschlossene Studien, angeordnet nach Jahren	81
Abbildung 7: Eingeschlossene Studien, angeordnet nach Krankheitsgeschehen	81
Abbildung 8: Protokoll meta1models/forest plot	97
Abbildung 9: Protokoll meta1summary/forest plot (Ergebnisse ohne Metaanalyse)	98
Abbildung 10: Versorgungsstruktur	123
Abbildung 11: Modell Beziehungsdynamik im berufspolitischen Kontext	126

Vorwort

Als Diplomkommunikationswirtin, Lehrbeauftragte für Wirtschaftskommunikation an der HTW und Leiterin eines Ausbildungsinstituts für Shiatsu-Praktizierende war das Thema naheliegend und gleichwohl anspruchsvoll, bin ich doch in meiner Funktion als Schulleiterin des Europäischen Shiatsu Instituts (ESI) Berlin mit eigenen Ansprüchen am positiven Gelingen im Forschungsteil verwickelt. Um hier den neutralen Blick zu bewahren und gleichzeitig in der Evidenz einen neuen und dabei nutzvollen Schritt zu gehen, habe ich mich zu einer Review und einer anschließenden konservativ ausgerichteten Metaanalyse vorhandener kontrollierter klinischer Studien entschlossen.

Neben dem Anspruch des neutralen Blicks in der auszuhaltenden Spannung meiner Tätigkeit als Shiatsu-Schulleitung kommt die Komplexität des „Zwischenwerk-Charakters“ in Bezug auf meinen akademischen Werdegang hinzu. Das Werk durchdringt das Wirtschafts- und das Gesundheitssystem, aber auch die klinische Forschung und heterodoxe Verfahren. Eine komplementär-alternative Methode wird beleuchtet im transkulturellen Kontext der Geisteswissenschaften durch eine Autorin der Kommunikations- und Wirtschaftswissenschaften, genauer der Wirtschaftskommunikation. Diese Arbeit bewegt sich also im Spannungsfeld der Medizin, Geistes-, Kommunikations- und Wirtschaftswissenschaften. Es liegt auf der Hand, dass ich zum einen eine moderne Rezension aktuellen Wissens in Bezug auf das Verfahren Shiatsu und zum anderen im Ergebnis eine nützliche Endpunktanalyse klinischer Studien anbiete.

Vor allem der rezipierende Blick auf transkulturelle Integration, eine japanische *mixed method* in Deutschland, Spielarten des Shiatsu, auf „Klinische Forschung und was dann?“, unterschiedliche Anspruchsgruppen und die wirtschaftliche Integration ist spannend und vor allem neu, da es keine Übersichtsarbeit zu diesen Forschungsfeldern gibt.

An dieser Stelle möchte ich mich bedanken bei meiner Familie für die unendliche Geduld und Fürsprache, meinen Unterstützern Prof. Dr. Hartmut Schröder, Prof. Peter Hufnagl und Prof. Dr. Harald Walach und der HTW für die monetäre Unterstützung. Darüber hinaus möchte ich den Autoren¹ der in dieser Arbeit zitierten Studien für ihre Unterstützung durch die Beantwortung meiner Anfragen und die Bereitstellung von Datenmaterial danken. Schließlich möchte ich den drei Rezensenten Thomas Langer, Dr. Thomas Buhl und Katrin Schröder für ihre gewissenhaften und konstruktiven Kommentare danken.

1 In dieser Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit mehrheitlich auf das generische Maskulinum zurückgegriffen.

Diese Arbeit wurde durch Forschungsgelder des Frauenförderprogramms der HTW Berlin unterstützt.

Andrea Kleinau

Berlin, im März 2016

1 EINLEITUNG

1.1 Ziel und Aufbau der Arbeit

[...] oder man nehme die japanische Kultur: Es wäre offenbar unmöglich, sie ohne Berücksichtigung ihrer Verflechtung mit chinesischer, koreanischer, indischer, hellenistischer und moderner europäischer Kultur zu rekonstruieren.
Wolfgang Welsch

Jedes Verfahren, jede Medizin spiegelt das volle Spektrum an ethischem, sozialem, künstlerischem und kommunikativem Reichtum einer Kultur und bezieht ihn mit ein. Die von Offenheit und Weite bestimmte Haltung und Philosophie im Shiatsu bezieht dieses Spektrum ein, ja arbeitet aktiv damit, indem die ethischen, sozialen, künstlerischen und kommunikativen Ebenen Berücksichtigung finden in der Lehre und im täglichen therapeutischen Setting. Das macht das außereuropäische Verfahren Shiatsu so interessant für eine Arbeit, die einen Beitrag dazu leisten möchte, zu analysieren, welchem Deutungsmuster der Wirklichkeit ein Verfahren wie Shiatsu zuzuordnen ist, wenn es um unorthodoxe Ansätze und Traditionen in der Medizin geht, und herauszufinden, ob der Begriff der Transkulturalität geeignet ist, soziokulturelle Dynamiken in gesellschaftlichen Teilbereichen wie dem der Gesundheit bei Integrationsprozessen außereuropäischer Verfahren zu beschreiben. Es wird formalanalytisch das Gesundheitssystem unseres Landes dargestellt und der Strukturwandel im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt aufgezeigt. Mit diesem Rüstzeug wird geprüft, unter welchen wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Voraussetzungen Shiatsu in das deutsche Gesundheitssystem eingebettet werden kann.

Einleitend wird in dieser Arbeit versucht, sich dem Begriff der Transkulturalität zu nähern und die Eigenentwicklung des japanischen Verfahrens Shiatsu vor dem Hintergrund chinesischer und westlicher Einflüsse zu beobachten. Nach dieser Näherung an kulturelle Prozesse folgt eine zusammenfassende Darstellung volkswirtschaftlicher Zusammenhänge des deutschen Gesundheitssystems und -markts, seiner Akteure und Finanzierung. Der Public-Health-Ansatz wird ebenfalls als Beitrag zum ersten und zweiten Gesundheitsmarkt erwähnt. Ableitend folgt eine überblickende Betrachtung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses anhand entsprechender Definitionen und Paradigmen sowie die Beleuchtung des Begriffs ‚Gesundheitsförderung‘ der Ottawa-Charta.

Um sich dem Verfahren Shiatsu, seinem Begriff und den Definitionen sowie den transkulturellen Spuren (Entstehungslinien und Strömungen) zu widmen, bedarf es einer Annäherung an die subjektive Pragmatik der Handlung an sich, der Kommunikation durch Berührung und des entsprechenden Verweises an neuronale Verbindungen

für das Verstehen emotionaler Zustände des Anderen. Es bedarf ebenso einer westlichen Annäherung an einen östlichen und im Shiatsu zentralen Komplex: des Kanji Ki, denn auch hier finden sich transkulturelle Übernahmen.

Als Mittelpunkt der Arbeit greifen dann überblickende Forschungsmethoden, um die Integration der japanischen Methode in Hinblick auf ihre Wirksamkeit, ihre Sicherheit und ihre Wirtschaftlichkeit zu beleuchten. Es werden mithilfe eines Studienreviews und anschließender Metaanalyse existierende Studien zu Shiatsu im klinischen Bereich erfahrungsmedizinisch ausgewertet. Dadurch kann die monokausale und multifaktorielle Wirksamkeit des Shiatsu analysiert sowie mit der anschließenden Endpunktanalyse die Kommunikation zur Wirksamkeit gestützt werden.

Im letzten Teil steht die vergleichende Betrachtung der berufspolitischen und wirtschaftlichen Entwicklung des heterodoxen Verfahrens Shiatsu in Japan, Schweiz, Österreich und Deutschland im Fokus. Ein partialperspektivischer Ausblick auf die wirtschaftliche und politische Entwicklung rundet das Werk ab.

1.2 Annäherung an den Begriff ‚Transkulturalität‘

Der Begriff ‚Kultur‘ wird von Autoren wie Johann Gottfried Herder (*Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit*, 1784) oder Geert Hofstede (*Culture's Consequences*, 1980) als Bezeichnung nationaler Eigenarten in Beziehung auf geografische und politische Großgebilde benutzt: Dazu gehören Nationen und deren historische Entwicklung sowie der innere Zusammenhalt dessen, was als Kultur beschrieben wird, charakterisiert durch Sprachen, Mentalitäten, Kunst- und Lebensformen. In diesem Sinne wird dann von deutschen, französischen oder japanischen Kulturen gesprochen, wobei es das Prinzip der Abgrenzung ist, das diese Ganzheiten als traditionelles Kulturkonzept bei den oben genannten Autoren begründet.

Dieser Einheitsbegriff ist in den letzten Jahren kritisch dekonstruiert worden, wie sich im weiteren Verlauf noch zeigen wird, jedoch kann nicht ganz auf diese Konnotation von Kultur im Sinne einer Grundorientierung verzichtet werden. So hybrid und offen und inhomogen Kulturen auch sind, so sind es doch Kulturen mit einheitlichem Zeichengebrauch und -typen, einheitlicher Medientechnik, -formaten und -rezeption, einheitlichen Körperdiskursen, -auffassungen, -bildern, -tabus und -inszenierungen, einheitlichem Zeit und Raumerleben sowie einheitlichen Identitätsauffassungen, die sich voneinander unterscheiden. Das gilt auch für den universell gebrauchten Begriff von Bernhard Waldenfels, nach dem Kultur – ähnlich wie die Seele bei Aristoteles – auf gewisse Weise alles ist (Waldenfels 2001) – alles, was im Zusammenleben von Menschen der Fall ist, was Menschen tun, anrühren, aus etwas machen. Damit wird der Kulturbegriff zwar ethnografisch eingeordnet, aber entgrenzt. Entgrenzungen bergen die Gefahr der Beliebigkeit und damit die Gefahr, dass der zu untersuchende Gegenstand „zur tautologischen Schablone verkommt“ (Assmann 2011, S. 14) und sich selbst

auföst. Es braucht einen Begriff, der vor allem ergänzt, eventuell ersetzt und verflochtene Realität beschreibt, ohne statisch festzulegen.

Im Rahmen dieser Arbeit ist somit der Fragekomplex interessant, welche Aspekte innerhalb der Diskussion um kulturelle Integration außereuropäischer Konzepte aktuell wichtig sind, wo es Neuentwicklungen und Differenzen gibt und welche Paradigmen die Diskussion bestimmen. Um sich diesen Punkten im Folgenden zu nähern, werden die Kulturkonzepte von Herder und Wolfgang Welsch vor dem Hintergrund der hier besprochenen kulturellen Bewegung beobachtet.

Welsch (*Unsere postmoderne Moderne*, 1997), der sich klar gegen Herders Auffassung von Kultur ausspricht, nimmt an, dass das traditionelle Kulturkonzept unfähig ist, binnenkulturellen Differenzierungen gerecht zu werden. Es übersehe regionale, soziale und funktionale Differenzen sowie die Unterschiede zwischen den Lebensstilen – wissenschaftliche, künstlerische, religiöse Kultur (vgl. Welsch in Drechsel 1998, o. S.). Auf Grundlage dieser Überlegungen entwickelt Welsch sein Konzept der Transkulturalität. Es stellt einen Versuch dar, die traditionellen Kulturvorstellungen zu ergänzen. Er sieht in den heutigen Kulturen keine Homogenität und Separiertheit, sondern Verflechtungen, Mischungen, Durchdringungen.

Welsch analysiert im Herder'schen Kulturbegriff drei kritische Momente, die ethnische Fundierung, die soziale Homogenisierung und die Abgrenzung nach außen (Welsch 2005b, S. 42ff.):

Die Kultur soll erstens das Leben der jeweiligen Gesellschaft im Ganzen wie im Einzelnen prägen, sie soll jede Handlung und jeden Gegenstand zu einem unverwechselbaren Bestandteil gerade dieser Kultur machen.

Sie soll zweitens die Kultur eines bestimmten Volkes sein, das auf dem Weg der Kultur sein spezifisches Wesen zur Entfaltung bringt.

Damit ist drittens eine Abgrenzung nach außen verbunden: Jede Kultur soll als Kultur eines bestimmten Volkes von den Kulturen anderer Völker spezifisch unterschieden sein und bleiben.

Diese Momente des traditionellen Kulturkonzepts sind nach Welsch heute unhaltbar geworden, da moderne Gesellschaften in sich hochgradig differenziert sind, es findet keine Einheitlichkeit der Lebensformen mehr statt. Das traditionelle Kulturkonzept wird somit den binnenkulturellen Differenzierungen nicht mehr gerecht (Welsch 2005, S. 42ff.), von

den Unterschieden von regional, sozial und funktional divergierenden Kulturen, von hoher und niedriger, leitender und alternativer Kultur, von den Besonderheiten einer wissenschaftlichen, technischen, künstlerischen oder religiösen Kultur ganz zu schweigen.

Weiter sieht Welsch die ethnische Kulturbeschreibung Herders, also die kulturelle Beschreibung ethnischer Fundierung, als autonome Insel, die territorial als auch in der sprachlichen Extension einem Volk entsprechen sollte, als realitätsfern an.

Welsch postuliert, Kulturen jenseits des Gegensatzes von Eigenkultur und Fremdkultur zu denken. Er entwirft beziehungsweise adaptiert das transkulturelle Kulturkonzept, dessen Ursprung in Kuba liegt und ein Bild von der Verflochtenheit, Durchmischung und Gemeinsamkeit der Kulturen in modernen, hochgradig differenzierten Gesellschaften zeichnet (vgl. Welsch 2002). Damit zeigt sich Transkulturalität als ein gesellschaftliches Phänomen, das sich vor allem in den Wahrnehmungen, Denkmustern und im Handeln von Individuen zeigt, da einheitliche Lebensformen nicht mehr existieren, wie sich im Folgenden zeigt.²

1.2.1 Ursprung des Begriffes ‚transculturación‘ und Abgrenzung zum Begriff der Transkulturalität

Der kubanische Anthropologe Fernando Ortiz veröffentlichte im Jahr 1940 das Buch *Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar*, in dem er sich mit dem stetigen Kulturverlust und Kulturgewinnung im Rahmen kolonialer und postkolonialer Migrationsprozesse nach Kuba und deren Auswirkungen auf die kubanische Gesellschaft beschäftigt. Zur Beschreibung dieser Auswirkungen führt er die Wortneuschöpfung ‚transculturation‘ ein. Sie soll als Gegenbegriff für das englische Wort ‚acculturation‘ dienen, das, so Ortiz, mehr den Prozess der kulturellen Assimilierung kennzeichnet (Ernst und Freitag 2015, S. 7). Der an der Yale-Universität tätige Anthropologe Bronislaw Malinowski führte auf Bitten Ortiz‘ den Begriff ins Englische und in die Anthropologie ein (vgl. Malinowski 1944). In den frühen 1990er Jahren wurde er in Europa aufgegriffen und überschritt disziplinäre Grenzen (Anthropologie, Kultur- und Literaturwissenschaften).

Der deutsche Philosoph Wolfgang Welsch veröffentlichte im Jahr 1992 seinen Aufsatz: *Transkulturalität. Lebensformen nach der Auflösung der Kulturen*. Er bezieht sich in seinen Ausarbeitungen auf die *Cultura* des Naturrechtslehrers Samuel von Pufendorf und auf den Kulturbegriff von Johann Gottfried Herder (vgl. Welsch 2005b). Welsch postuliert Transkulturalität, im Gegensatz zum Konzept der *transculturación* von Ortiz, als ein generelles Merkmal heutiger Gesellschaften. Transkulturalität ist für Welsch das Resultat innerer Pluralität und äußerer Einflüsse infolge von Migrationsprozessen und technologischen Entwicklungen. Er grenzt den Begriff ab von homogenisierenden Kulturkonzepten (s. vorige Seite; Welsch 1992, S. 5–14).

2 „Man sollte sich übrigens darüber im Klaren sein, dass Kulturbegriffe nie einfachhin neutrale oder unschuldige Begriffe sind, sondern dass sie (ebenso wie andere Selbstverständigungsbegriffe, etwa ‚Identität‘ oder ‚Person‘ auch) Einfluss auf ihren Gegenstand haben, diesen verändern. Unser Kulturverständnis ist auch ein Wirkfaktor in unserem Kulturleben. Sagt man uns – wie der alte Kulturbegriff es tat –, dass Kultur eine Homogenitätsveranstaltung zu sein habe, so werden wir uns entsprechend verhalten und die gebotenen Zwänge und Ausschlüsse praktizieren. Wir suchen der gestellten Aufgabe Genüge zu tun – und haben Erfolg damit. Sagt man uns (oder den Heranwachsenden) hingegen, dass Kultur gerade auch Fremdes einbeziehen und transkulturellen Komponenten gerecht werden müsse, dann werden wir oder sie diese Aufgabe in Angriff nehmen; und dann werden entsprechende Integrationsleistungen künftig zur realen Struktur der Kultur gehören. Die ‚Realität‘ von Kultur ist immer auch eine Folge unserer Konzepte von Kultur. Daher sollte man Kulturbegriffe nicht leichtfertig, sondern verantwortungsvoll verwenden.“ (Welsch 2010, S. 7)

Wichtig sind für Welsch die kulturellen Tätigkeiten, die der Herder'sche Kulturbegriff beschreibt: Es geht nicht nur um bestimmte wertvolle Güter, sondern um Lebensformen an sich, von Alltagstätigkeiten bis hin zu künstlerischen Praktiken und wissenschaftlichem Arbeiten. Heutige Kulturen sind demnach stark miteinander durchflochten, nationale kulturelle Grenzen weichen mehr und mehr auf. „Die Lebensformen enden nicht mehr an den Grenzen der Nationalkulturen, sondern überschreiten diese, finden sich ebenso in anderen Kulturen“ (Drechsel 1998, S. 51) und sind gegenseitig ineinander präsent (Welsch 2005b, S. 47). Welsch schreibt weiter, dass durch Kontakte in der Residenzgesellschaft, in der Herkunftsgesellschaft und mit Verwandten in weiteren Ländern sowie durch Datennetze, Kommunikationsmittel und globalen Handel transnationale soziale Räume von ökonomischer und psychosozialer Bedeutung entstehen (vgl. Welsch 2002).

1.2.2 Der Begriff ‚Transkulturalität‘ und Bewegung im Raum

Das Präfix ‚trans-‘ hat im Lateinischen zwei Bedeutungen und meint in Zusammenhang mit Kulturalität einerseits Verflechtungsprozesse im Sinne von Beziehungen und Netzwerke durch Kulturen hindurch, die Personen und Gruppen eingehen können, und andererseits jenseits spezifischer Kulturen anzusiedelnde Praktiken und Konstanten (vgl. Ernst und Freitag 2015, S. 12f.). Der Wortstamm ‚-kultur-‘ rekursiert auf Kultur im ethnisch fundierten Sinne (ebd., S. 13). Die Suffixe ‚-tät‘ und ‚-tion‘ der Begriffe Transkulturalität und Transkulturation werden bei Welsch für die Beschreibung sowohl eines Zustandes als auch eines fortlaufenden Prozesses immer neuer kultureller Verflechtungen benutzt. Oben analysierte kulturelle Verflechtungen sind nicht ohne Bewegung denkbar. Bis in das 19. Jahrhundert hinein war der Transport von Wissen, Objekten und Konzepten an die physische Bewegung von Menschen gebunden. Das änderte sich durch die Entwicklung von Kommunikation und Technik: Bewegungen im Raum wurden globaler. Globalisierung wird denn auch als die Chance von Wechselwirkungen über große räumliche Distanzen hinweg beschrieben (Frank 2004, S. 13):

Dies schließt sowohl die Expansion und Diffusion von Menschen, Artefakten, Institutionen und Wissen als auch erweiterte individuelle Relevanzhorizonte für geographisch weit entfernte Ereignisse ein. Dabei geht es um die Reichweite von Wechselwirkungen sowie Art und Intensität ihrer sozialen Folgen.

Mit der Darstellung des Exportes von Coca-Cola, McDonalds und Hollywood-Filmen zeigt Frank zum Beispiel das Eindringen des globalen kulturellen Zentrums USA „in die Kulturen der Peripherie“ (Frank 2004, S. 13).

Mit den innovativen Übertragungsformen der neuen Informationssysteme verschmelzen Globalität und Lokalität. Neue Konzepte dieser Bewegungen im Raum treten diesbezüglich auf, beispielsweise die *Glokalisierung* (vgl. Frank 2004). Die Interpenetration von Globalem und Lokalem ist zentrales Anliegen von Roland Robertson, der mit dieser Begriffsfindung der Verschränkung der zugrundeliegenden Bewegungen

Rechnung tragen will und gleichzeitig Kritik an den Homogenisierungs- beziehungsweise auch Polarisierungsthesen übt. Beispiele sind hier die Weltschauen und besonders die Strategie der WHO, das Gesundheitsniveau durch die weltweite Reaktivierung indigener Medizin zu erhöhen. Die Beispiele zeigen die gegenseitige Durchdringung von globaler und lokaler Kultur, Interpenetration ist gut zu erkennen. Es geht darum, das schlichte Aktion-Reaktion-Schema für kulturelle Globalisierungsprozesse aufzulösen, um die Verschränkung von Lokalem und Globalem aufzuzeigen (vgl. Frank 2004, S. 17). Frank spricht in seinem Buch eine neuere Bezeichnung an, ‚Hybridisierung‘³, die eine vormals enge Verbindung von Kultur und Raum als zunehmend brüchig beschreibt und Kombinationen von Elementen verschiedener Räume an die Stelle von Konvergenz kultureller Zeichen mit raumzeitlich fixierten Orten treten lässt (ebd., S. 18ff.). Der Begriff ‚Hybridisierung‘ dreht sich dementsprechend um die Kombination verschiedenartiger kultureller Praktiken, aber nicht um die geografische Herkunft von Akteuren, Praktiken und der Lokalität, wo diese praktiziert werden (Mischform zweier vorher getrennter Systeme).

Frank wirft in seinem Werk drei Unterscheidungen auf, um auf empirischem Wege verschiedene Typen von Hybridisierung zu beschreiben. Einleitend fragt er, wie mit diffundierenden Elementen verfahren wird, also wie diese Mischform streut.

Bei der sogenannten transformativen Hybridisierung findet ein ausgiebiger Adaptionsprozess statt, um Diffusion zu ermöglichen. „Das diffundierende Konzept muss sich an lokale Bedingungen anpassen, um überhaupt Fuß fassen zu können“ (ebd., S. 21). Als anschauliches Beispiel nennt er die weitgehende Entschärfung asiatischer Speisen in Europa. Bei der kontextualen Hybridisierung hingegen werden die diffundierenden Komponenten nicht modifiziert, aber in neue Verwendungsformen und soziale Bezüge eingebettet, wie beispielsweise „die Ausbreitung exotischer Früchte und Gemüse – wie etwa vor rund 400 Jahren die Diffusion der Kartoffel nach Europa – oder die rituelle Verwendung von Coca Cola in Lateinamerika“ (ebd., S. 21). Die zweite Unterscheidung ist für Frank die „Intensität der Verschmelzung einzelner Elemente. [...] In welchem Maße verbinden sich die einzelnen kulturellen Elemente durch Hybridisierung zu neuen Formen [...] oder koexistieren sie relativ unverbunden nebeneinander“ (ebd.). Die letzte Unterscheidung geht der Frage nach, welche Elemente dominieren – welches ist das Gravitationszentrum der neu geschaffenen Form? Hybridisierung beschreibt so

eine spezifische Form der Deterritorialisierung, die die vormals enge Verbindung von Kultur und Raum als zunehmend brüchig beschreibt [...], und Kombinationen von Elementen verschiedener Räume treten an die Stelle von Konvergenz kultureller Zeichen mit raumzeitlich fixierten Orten. (ebd., S. 19)

3 Frank spricht von Hybridisierung und bezieht sich dabei auf den Begriff der Hybridität (lat. *hybrida*: Mischling, Bastard), der von Anna Babka (Frank 2004, S. 21ff.) vor allem auf Homi Bhabha zurückgeführt wird, der den Begriff 1990 als Denkfigur in *DissemiNation: Time, Narrative, and the Margins of the Modern Nation* ausgebaut hat und ihm eine unlösbare, wechselseitige und damit wertende (Anm. d. Verf.) Durchdringung von Zentrum und Peripherie zuschreibt.

Als geeignetes Beispiel von verschränkter lokaler und diffundierender Kultur, die zu rekontextualisierten kreativen kulturellen Leistungen führt, führt Frank nicht etwa das Thaiboxen von marokkanischen Frauen in Amsterdam an, sondern den Döner Kebab als beliebtes Fast-Food in Deutschland. Die kulinarische Innovation von türkischen Migranten wurde in einzelnen Elementen neu kombiniert (ebd., S. 20):

[...] gebratenes Fleisch, Salat und Soße wurden in eine Brottasche gefüllt und als Sandwich angeboten [...]. Das dabei verwendete Brot – pide – wurde aus seinem Bedeutungszusammenhang gelöst, da es in türkischem Kontext [...] nur während des Ramadan verwendet worden war.

Der „Döner“, als authentisches türkisches Gericht in Deutschland eingeführt und in der Türkei kaum bekannt, gewann nun auch dort in seiner europäischen Form an Popularität und setzte seinen mittlerweile transkulturellen Siegeszug über klassische Kultur­grenzen hinweg fort. Transkulturalität als existenzielle Grundbedingung moderner Kulturen (Soeffner und Kursawe 2013) wird, wie oben angeführt, von Welsch als ein Konzept verstanden, das die veränderte Verfassung von Kulturen als eine Pluralisierung möglicher Identitäten, also unterschiedlicher Lebensformen und Lebensstile, kennzeichnet und grenzüberschreitende Konturen aufweist. Somit geht diese neuartige Form wie selbstverständlich durch die klassischen Kultur­grenzen hindurch (Welsch 2010, S. 2ff.). Die sogenannten Verflechtungen sind auch bei Welsch eine Folge von Migrationsprozessen, von weltumspannenden Kommunikationssystemen materieller und immaterieller Natur wie internationaler Verkehr und Datennetze sowie von wechselseitigen Abhängigkeiten auf volkswirtschaftlicher, organisationaler und entscheidungstheoretischer Ebene.⁴

Zur Erklärung zieht Welsch den Begriff der Lebensform heran. Als Beispiel für die Begrifflichkeit der externen Vernetzung von Kulturen zitiert er die Lebensformen eines „Ökonomen, Wissenschaftlers oder eines Journalisten“, die „nicht mehr einfach deutsch oder französisch, sondern – wenn schon – europäisch oder global geprägt“ (Welsch 2010, S. 2ff.) sind. Auch seine Idee des internen Hybridcharakters zeitgenössischer Kulturen geht auf im philosophischen Poem, dass „kulturelle Gehalte der Länder“ (ebd.) „gegenseitig ineinander präsent sind“ (Welsch 2005a, S. 45). Welsch belegt, dass weltweit „in der Mehrzahl der Länder auch Angehörige aller anderen Länder“ (ebd.) leben oder „dass immer mehr die gleichen Artikel [...] allerorten verfügbar sind“ (ebd.), so auch Informationen durch „elektronische Kommunikationstechniken“ (ebd.).

4 „Die Austauschprozesse zwischen den Kulturen lassen nicht nur das alte Freund-Feind-Schema als überholt erscheinen, sondern auch die scheinbar stabilen Kategorien von Eigenheit und Fremdheit. [...] Es gibt nicht nur kein strikt Eigenes, sondern auch kein strikt Fremdes mehr. Im Innenverhältnis einer Kultur zwischen ihren diversen Lebensformen existieren heute tendenziell ebensoviele Fremdheiten wie im Außenverhältnis zu anderen Kulturen“ (ebd.). So gibt es nach Welsch zwar noch „eine Rhetorik der Einzelkulturen“, aber in der Substanz sind sie alle transkulturell bestimmt. „Anstelle der separierten Einzelkulturen von einst ist eine interdependente Globalkultur entstanden, die sämtliche Nationalkulturen verbindet und bis in Einzelheiten hinein durchdringt“ (ebd.). Damit erkennt er Homogenität als kulturelles Konzept ab, ja degradiert sie zu einer Redekunst.

Wichtig ist Welsch, wie oben beschrieben, dass es nicht nur um die hohe Kunst beziehungsweise Hochkultur geht, sondern dass Durchdringungen und Verflechtungen sämtliche kulturellen Dimensionen betreffen. Im Alltag wird zum Beispiel international gekocht und Qigong praktiziert. „Und wer häufig Konzerte besucht, empfindet so unterschiedliche Musiken wie die von Mozart und Mahler, Ives und Bernstein oder Debussy und Takemitsu als Teil seiner Identität“ (ebd.).

Beispielsweise wird die Medizin zunehmend transkulturell: in den asiatischen Ländern dringt die westliche Medizin vor, und im Westen greift man zunehmend zu Akupunktur, Qigong und Ayurveda. (ebd.)

Der Begriff der Lebensform, so der Vorschlag Welschs und einiger Autoren vor ihm⁵, soll den Begriff ‚Kultur‘ an sich ersetzen (vgl. Welsch 1992). Lebensform bezeichnet makrogesellschaftlich Formen sozialer Koexistenz, die sich konventionellen Typologien oder Nationalkulturen mehrheitlich entziehen. So ist der Begriff der Lebensform an sich ein wertfreier Terminus und geeignet, um eben beschriebene schwer fassbare transkulturelle Koexistenzen neutral vor dem Hintergrund tiefgreifender Veränderungen auf politischer, sozialer und kultureller Ebene zu beschreiben. Welsch dazu (2005a, S. 61):

Wir leben und handeln als Individuen, verfügen indes über eine „gemeinsame Lebenspraxis“. All unser Tun – „unser Denken, unser Sprechen, unser soziales Agieren“, unser Empfinden und Urteilen – „beruht“ auf einem „Sockel geteilter Selbstverständlichkeiten“, und diese wiederum sind als durch Regeln bestimmte Tätigkeiten beziehungsweise – in ihrer Gesamtheit – als Lebensform zu begreifen.

Die transkulturelle Prägung der Individuen auf kultureller Mikroebene zeigt sich darin, dass „die meisten unter uns in ihrer kulturellen Formation durch mehrere kulturelle Herkünfte und Verbindungen bestimmt sind“ (ebd.), also eine große Anzahl kultureller Muster kennen und für die Identitätsbildung im Alltag auf verschiedene kulturelle Elemente zurückgreifen können und damit in sich transkulturell sind.⁶

Shiatsu-Lernende in Deutschland gehen in der Regel selbstverständlicher mit den Eigenheiten der japanischen Kultur um, beispielsweise ein Verständnis der Bedeutung von Kyo und Jitsu⁷ aufzubauen. Sie erkennen das Yin/Yang-Zeichen⁸ als ein Konzept

5 Nur am Rande sei vermerkt, dass der Vorschlag, Kulturen geradezu als Lebensformen zu verstehen, längst gemacht worden ist; vgl. Perpeet (1976, S. 78, S. 89); Gilbert (1960, S. 49); Gall (1997, S. 12); Wimmer (1996, S. 426); Busche (2000, S. 80).

6 Vgl. zum Thema des pluralen Subjekts „Subjektsein heute – Überlegungen zur Transformation des Subjekts“, in: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 39. Jg. (1991), Heft 4, S. 347–365; ferner: *Vernunft. Die zeitgenössische Vernunftkritik und das Konzept der transversalen Vernunft* [1995] (Frankfurt/Main: Suhrkamp 2007), Zweiter Teil, Kap. XIV: „Transversalität und Subjektivität“, 829–852.

7 ‚Jitsu‘ bezeichnet im Allgemeinen einen Zustand der Überfülle, der Vollblütigkeit, der Maßlosigkeit, und im medizinischen Fachausdruck von Übermaß oder Energieüberschuss. Die ursprüngliche Schreibweise des Ideogramms ist ein Zeichen, dessen oberer Teil „Haus“ bedeutet. Der mittlere Teil ist eine vereinfachte Form des Schriftzeichens, das ein voll bepflanztetes Reisfeld symbolisiert. Der untere Teil ist das Piktogramm für „Muschel“, das von der Form des Porzellans inspiriert ist (die Muschel wurde im alten China als Geldmünze benutzt). Die wortwörtliche Bedeutung von „Jitsu“ ist „Haus voller Geld“; im weiteren Sinn bedeutet Jitsu „randvoll“, „ausgefüllt“, „überfüllt“, aber auch „etwas ist enthalten“, „Samenkorn“ und „Wahrheit“ (Samenkorn wie auch Wahrheit stehen für Fülle).

der Wandlungsphasen⁹ und die Symbolik als sich gegenseitig bedingend, ohne jemals in Asien gewesen zu sein. Elemente im Shiatsu¹⁰ wie die achtsame Berührung durch das Lehnen, nicht durch das Drücken, innerlich erlebbare Freude durch Meditations-techniken, die Wandlungsphasen, die Kenntnis über Meridiane, deren Verläufe und Funktionen befähigen Shiatsu-Praktizierende, in Kommunikation mit Individuen zu treten, die ebenfalls im heterodoxen¹¹ Bereich von alternativen Verfahren beschäftigt sind.

Man kann an mehr Phänomenen Interesse finden [...], sie können bestehende Gemeinsamkeiten entdecken und neue entwickeln, sie werden in der Begegnung mit „Fremdem“ eher in der Lage sein, statt einer Haltung der Abwehr Praktiken der Kommunikation zu entwickeln. Darin liegt einer der großen Vorteile des Übergangs zu Transkulturalität: sie [...] befreit zu eigenen Wahlen jenseits gesellschaftlich vorgegebener Schemata (ebd., S. 61).

Heutige Gesellschaften fassen nach Welsch unterschiedliche kulturelle Modelle in sich und Individuen sind heute ebenfalls unterschiedliche kulturell geprägt. Der oben erwähnte Begriff der Hybridisierung scheint demnach in die Irre zu führen, da er, um Merz-Benz zu zitieren, „ein Analogon einer im Ursprung authentischen, homogenen Kultur“ ist und damit Transkulturalität als „einen Ort nicht auflösbarer Konstellationen kultureller Inhalte“ als stabilen *third space* ad absurdum führt (Merz-Benz, zit. n. Soeffner und Kursawe 2013, S. 595). Der Begriff wurde der Vollständigkeit halber erwähnt, wird aber aus eben genanntem Grund nicht weiter aufgegriffen.

„Kyo“: das genaue Gegenteil von Jitsu. Das Wort ‚Kyo‘ bezeichnet im allgemeinen Leere, Mangel, Unzulänglichkeit, oder auch Lüge, Falschheit, Hohlheit und Selbstgefälligkeit und wird daher in der östlichen Medizin benutzt, um einen Zustand des Mangels oder nicht vorhandener Energie zu bezeichnen. Die ursprüngliche Schreibweise von Kyo ist ein Zeichen, dessen oberer Teil eine vereinfachte Darstellung des Piktogramms ist. Es symbolisiert einen Tigerkopf, was die Idee von „groß“ und „Größe“ zum Ausdruck bringen will. Der untere Teil des Zeichens ist abgeleitet vom Ideogramm, das eine Erhöhung/einen Hügel symbolisiert, deren/dessen Gipfel hohl ist. Als Ganzes lautet die wörtliche Bedeutung: Der erste Anschein (groß, voll) entspricht nicht der Wirklichkeit. Oder anders ausgedrückt: Der äußere Schein verbirgt einen Hohlraum, eine Leere, einen Mangel (von daher die Unterbedeutung von nichtig, hohl, unecht, lügenhaft). (ESI Berlin 2013, Skript Stufe 4)

8 Das Konzept von Yin und Yang repräsentiert die bekannteste, wichtigste und grundlegendste Theorie der chinesischen Medizin. Yin und Yang sind Manifestationen des Ki: Indem sich Ki manifestiert (offenbart), entwickelt sich seine undifferenzierte Form in zwei verschiedene Qualitäten. Yin und Yang verkörpern die zwei Aspekte der Bewegung und Wandlung. Das Symbol Yin und Yang zeigt nicht nur die Einheit der unterschiedlichen Qualitäten des Ki, sondern auch ihre Gegensätzlichkeit, Ergänzung und Interaktion. Das Konzept von Yin und Yang basiert auf frühesten Beobachtungen von Bauern zur zyklischen Bewegung der Natur: vom Tag zur Nacht, von der Wärme zur Kälte, vom Sommer in den Winter. Im Chinesischen repräsentieren die Charakterzüge von Yin und Yang die „schattige und sonnige Seite des Berges“. Yin und Yang stellen zwei verschiedene Qualitäten von Ki in dynamischer Interaktion dar. Sie sind eins und zur gleichen Zeit gegensätzlich und ergänzend. Zudem sind sie als relativ zu erachten, denn alles, was als Yin oder Yang beschrieben wird, kann weiter unterteilt werden. (ESI Berlin 2013, Skript Stufe 1)

9 Ausgehend von der Interaktion zwischen Yin und Yang bieten die fünf Wandlungsphasen eine weitere Spezifikation der Manifestation von Ki. Zusammen mit Yin und Yang stellen sie die Basis der TCM dar. Sie repräsentieren fünf verschiedene Bewegungsrichtungen und Qualitäten der natürlichen Phänomene. Sie beschreiben die zyklische Bewegung des Makrokosmos (die Natur) und des Mikrokosmos (der Mensch). (ESI Berlin 2013, Skript Stufe 2)

10 Shiatsu wird in dieser Arbeit als ein heterodoxes Verfahren aus der japanischen Heiltradition beschrieben.

11 Der Begriff wird im Exkurs in Kapitel 2.2 geklärt.

Sowohl die sogenannte Schulmedizin als auch heterodoxe Formen medizinischen Wissens sind Gegenstand von Globalisierungs-, Hybridisierungs- und Kulturprozessen. Durch diese Transfers, beispielsweise durch Migrationsprozesse, entstehen in den Kulturen ebenso Verflechtungen und Wissensformen, die fern ihres Entstehungskontextes praktiziert und weiterentwickelt werden. Die transkulturellen Übernahmen des Shiatsu, ausgehend vom letzten Jahrhundert in China bis in das heutige Europa,¹² sind gekennzeichnet durch stetige Integration lokaler therapeutischer Herangehensweisen, die Suche nach Heilung, das Anliegen, Wirkung und Therapiesicherheit nachzuweisen, die wirtschaftliche Ausrichtung und die Weitergabe an Lernwillige. Franks Ansatz (Frank 2004, S. 13), „Globalisierung als Chance von Wechselwirkungen über große räumliche Distanzen“, ihre Reichweite sowie Art und Intensität ihrer sozialen Folgen zu begreifen, leuchtet wiederum für die vorliegende Arbeit ein, bereichern sie doch die transkulturelle Debatte.

1.3 Die Eigenentwicklung des Verfahrens Shiatsu am Schnittpunkt chinesischer und westlicher Einflüsse



Abbildung 1: Ideogramm Shiatsu¹³

Die Entwicklung des Shiatsu ist Gegenstand vielfältiger Kontroversen. Weitgehend unstrittig ist, dass der Begriff ‚Shiatsu‘ in Japan während der Meiji-Ära (1868–1912) auftaucht und sich erstmals literal 1919 im Titel des handgeschriebenen Trainingsbuches *Shiatsu (Ryo) Ho* (Liechti 1998, S. 24) von Tenpeki Tamai zeigt (im Original Temai Tampaku – d. Verf.). „Therapeutische Massage-Schulen grenzten sich so von Anma-Massageschulen ab“¹⁴ (Adams 2002, S. 2f.; Übers. d. Verf.). Über den Ursprung der Technik sind vielfältige Theorien aufgestellt worden, zu den prominenteren zählen Übernahmen aus der chinesischen Medizin, aber auch ein singulärer Kulturtransfer aus dem europäischen Raum an der Wende zum 20. Jahrhundert. In Teilen unbeachtet

12 Eine historische Betrachtung findet sich in Kapitel 3.2.

13 Das Ideogramm schließt das Wort ‚Shiatsu‘ ein und wird mehrheitlich mit den Begriffen ‚Finger‘ und ‚Druck‘ übersetzt.

14 Anma-Massage stand zu dieser Zeit vor allem unter dem Aspekt von Entspannung und Genuss, gegeben von vor allem blinden Praktikern, im Gegensatz zur therapeutischen Anwendung (Lock, 1980, S. 179ff.). ‚Anma‘ ist die Bezeichnung für Massage in Japan (Kanji *an* und *ma* für dt. „reiben“ und „pressen“).

bleibt häufig die genuine Entwicklung japanischer Medizintraditionen. Ursache hierfür ist die Dominanz der Übernahme ganzer medizinischer Systeme aus China oder Europa. Deren Anpassung an japanische Verhältnisse im Zuge einer intensiven Reflexion hat zu einer ganz eigenen, gelegentlich ambivalenten Entwicklungslinie geführt, wie nachfolgend erläutert wird.

1.3.1 Chinesische Einflüsse auf die japanische Medizin

Zu Beginn des 4. Jahrhunderts unserer Zeit führt Japan einige erfolgreiche Kriege auf der koreanischen Halbinsel. In der Folge kommt es zu einem umfangreichen Kulturtransfer aus den stark chinesisch beeinflussten koreanischen Königreichen. Unter anderem verbreitet sich die chinesische Schrift nach Japan, erste Medien werden importiert. Zugleich kommen koreanische Ärzte, die in der chinesischen Denktradition stehen, nach Japan. Eine erste Erwähnung findet ein solcher Austausch im Jahr 414 unserer Zeit (Lock 1984, S. 50).

Im Zuge der Aufnahme diplomatischer Beziehungen entsendet die japanische Regierung um 600 (unserer Zeit) offizielle Gesandtschaften¹⁵ nach China, um vom Mutterland der Kultur zu lernen (Rosner et al. 1989, S. 13; Zachmann 2009, S. 4). Bereits auf diesen ersten Reisen werden medizinische Kenntnisse und die Grundlage des medizinischen Denkens nach Japan gebracht. Häufig sind es Mönche, die diesen Transfer medizinischen Wissens vornehmen und im Rahmen weiterer Gesandtschaften in den folgenden zwei Jahrhunderten aufrechterhalten. Früh spielen dabei auch Bücher und Schriften eine wichtige Rolle, die dank des Transfers der chinesischen Schrift und deren teilweiser Inkorporation in die japanische Sprache gelesen und verbreitet werden können. Im 7. Jahrhundert führt die Übernahme chinesischer Verwaltungspraxis zur Einrichtung eines Gesundheitsministeriums und zur strengen Festlegung der Regeln zur Organisation des Gesundheitswesens. So werden Ausbildungsstätten nach chinesischem Vorbild eingerichtet, die eine Spezialisierung¹⁶ ermöglichen. Rosner stellt bei aller Dominanz chinesischer Denktraditionen nichtsdestotrotz fest, dass es bereits in dieser frühen Zeit zu einer eigenständigen japanischen Geisteshaltung in der Medizin kommt, die ein stärkeres Augenmerk auf die Erkenntnis beobachtbarer Substrate als auf die Spekulation über die Ursache von Krankheiten legte (Rosner et al. 1989, S. 13f.). Auch wurden viele der Regelungen der chinesischen Medizinalgesetzgebung den japanischen Anforderungen angepasst und waren keine reinen Kopien des chinesischen Vorbilds.

15 ‚Kentoshi‘ ist die Bezeichnung der Gesandtschaften, die ab 600 den kulturellen Austausch mit China begannen.

16 Die Fachrichtungen lauteten: Medizin (*i-do*), Akupunktur (*shin-jutsu*), externe Therapie und Massage (*an-ma*), Exorzismus (*Jugon*) und Materia Medica (*yaku-en*). Die Spezialisierung in der Medizin lauteten: konservative Heilkunde (*tai-ryo*), Chirurgie (*so-shu*), die Kinderheilkunde und die Augen-, Ohren-, Mund- und Zahnheilkunde. Grundlage der Ausbildung war chinesische Fachliteratur (vgl. Rosner et al. 1989, S. 14f.).

In der Folge ergibt sich für die japanische Medizin am Ausgang des 8. Jahrhunderts ein relativ heterogenes Bild. Zum einen bestimmen sehr fortschrittliche Erkenntnisse der Medizin den Lehrplan, zum anderen wird vor allem in der Bevölkerung im ländlichen Raum noch sehr altertümlich geheilt, und die Magie¹⁷ besitzt einen hohen Stellenwert. Die neueren Erkenntnisse, die einer neuen Klasse von Medizinern an den neu eingerichteten Schulen vermittelt werden, sind eine Elitenmedizin, wohingegen die breite Masse der Bevölkerung durch buddhistische Mönche behandelt wird. Diese zeigen eine starke Fixierung auf die althergebrachte chinesische Medizin. Ursache hierfür ist die enge Anbindung an den konfuzianischen Buddhismus, aber auch indische Einflüsse spielen gelegentlich eine Rolle (Rosner et al. 1989, S. 18).

Im Jahr 838 erfolgt die vorerst letzte offizielle Gesandtschaft nach China. Aus Aufzeichnungen geht hervor, dass die letzten offiziellen Reisen besonders dazu dienen, Arzneimittel und Heilkräuter in China zu erwerben. Auch wenn durch die Einstellung der offiziellen Gesandtschaften der Austausch zwischen beiden Ländern erheblich zurückgeht, reisen doch immer wieder Privatpersonen in beide Richtungen, die einen Transfer medizinischen Wissens aus China nach Japan sichern. Einen systematischen Erwerb medizinischen Wissens, wie es ihn vorher gab, findet in der Heian-Periode (794–1185 unserer Zeit) nicht mehr statt. In dieser Zeit gibt es erste Versuche der Lösung vom chinesischen Vorbild und das Bemühen um eine spezifisch japanische Sichtweise auf medizinische Probleme (Rosner et al. 1989, S. 23f.).

Ursache hierfür mag in Teilen die Schwierigkeit sein, die chinesischen Arzneimittel und Heilkräuter in Japan vorzufinden beziehungsweise dauerhaft anzubauen. Der pragmatische japanische Zugang zu diesem Problem besteht darin, eine erste Inventarisierung der Natur in Japan für die pharmakologische Heilkunde vorzunehmen (das sog. *Honzo-wamyō*; Rosner et al. 1989, S. 25). Im Jahr 984 unserer Zeit verfasst Tamba Yasuori zudem das *Ishinho*, die erste Gesamtübersicht über das in Japan verfügbare medizinische Wissen der Zeit. Obwohl inhaltlich wie formal noch sehr stark chinesisch geprägt, finden sich auch hier weitere Belege einer eigenständigen japanischen Entwicklung in Form erster japanischer Fachbegriffe (ebd., S. 26). Weitere autochthone Elemente finden sich darüber hinaus in der starken Durchdringung japanischer Heilpraktiken mit Magie. Diese Entwicklung steht dem stark rationalistisch orientierten Denken der chinesischen Lehren entgegen und lenkt von rationaler Beschäftigung mit ärztlichen Problemen zunehmend ab. Auch verdrängen die autochthonen Standesstrukturen zunehmend den Zugang zu ärztlichen Ämtern durch Prüfung und Ausbildung (ebd., S. 29). In der Kamakura-Zeit (1193–1333 unserer Zeit) verstärkt sich die Abkehr vom Vorbild Chinas in der Medizin weiter, ebenso wie in der institutionellen Entwicklung des Staatswesens an sich. So schreibt Rosner über die Darstellung der Situation der Kranken in dieser Zeit in der *Emakimono*¹⁸ (ebd., S. 33):

17 Heilpraktizierende kurierten mit volkstümlichen Rezepturen und Sutrenlesen (vgl. Ishihara 1999).

18 *Emakimono* sind Rollen mit der Abbildung von Kranken aus der Heian- und Kamakura-Zeit (um 1200).

Die Bilder [der Emakimono – d. Verf.] zeugen [...] von erstaunlichem Einfühlungsvermögen in die persönliche Situation der Kranken und ihr Erleiden der Krankheit. Zugleich wird ein weiterer Zug in diesen Szenen erkennbar: Sie betonen eher die Lokalisation, die abgegrenzten Körperregionen, die von Krankheit befallen sind. Krankheit manifestiert sich, wenn auch nicht ausschließlich, im faßbaren anatomischen Substrat, während die Störung einer wie auch immer erklärten Harmonie des Gesamtorganismus in den Hintergrund tritt. [...] [D]ie Emakimono sind ein wichtiges Indiz dafür, daß die Kontinuitäten einer mechanistischen Krankheitsauffassung doch bestanden, auch wenn sie nur sporadisch aufleuchten. Es erhärtet sich einmal mehr der Verdacht, daß die japanische Medizin [...] schon in der frühen Phase auf einer eigenständigen Weltsicht aufbaut, die ganz andere Perspektiven kannte, als die von außen übernommenen Wissensformen zumeist vermuten lassen.

Auch der Kreis der Heilkundigen verändert sich. Die höfischen Ärzte verlieren an Ansehen, der volkstümliche, mönchisch geprägte Teil der Ärzteschaft wird dominanter. Die Heilkundigen arbeiten auf Grundlage empirischer Erkenntnisse aus dem Volk. Prägend bleibt die chinesische Medizin (vor allem die der Song-Dynastie, 960–1279 unserer Zeit) für die medizinische Literatur. Es kommt hier jedoch zu einer Spaltung der Ziele der medizinischen Wissensvermittlung. Auf der einen Seite steht die weitestmögliche Verbreitung medizinischen Wissens im Sinne der Volksmedizin, mithin einer Popularisierung des Wissens, auf der anderen Seite die Bewahrung einer Lehrmeinung einer geschlossenen Schule über Einsichten in Therapie und Diagnostik (Rosner et al. 1989, S. 35f.).

Im ausgehenden 13. und beginnenden 14. Jahrhundert kommt es zum faktischen Ende eines staatlich kontrollierten Medizinwesens in Japan. Der Zugang zum Arztberuf wird nicht mehr durch Examen geregelt. Fachärztliches Wissen, volksmedizinische Praktiken und Exorzismen sowie das Zurückdrängen der Mönchsärzte durch in den Familien oder familiengebundenen privaten Schulen ausgebildete weltliche Ärzte bestimmen das Bild. Geheimrezepte und Geheimüberlieferungen im Rahmen einer klassischen Schüler-Lehrer-Beziehung dienen der Wissensvermittlung und dem Wissenserwerb (ebd., S. 39f.). Ab dem Jahr 1404 erfolgen abermals Handelsmissionen nach China. Japanische Mediziner reisen nach China und betreiben dort umfangreiche medizinische Studien. Akupunktur- und Moxatherapien¹⁹ erlangen wieder eine größere Bedeutung. Eine Ära der kontinuierlichen Aufnahme neuer Lehrmeinungen aus China beginnt. Die sogenannte Lehre von „Li und Zhu“ der Phasenenergetik²⁰ wird ab 1550 zum Hauptstrom des ärztlichen Denkens der Edo-Zeit (auch Tokugawa-Shogunat, 1603–1868). Diese Lehren erfahren aber insofern eine Anpassung an die japanische Denktradition der Volksmedizin, als ihnen in Japan eine sehr pragmatisch-

19 Akupunktur- und Moxatherapien werden als Teilgebiete der TCM, der traditionellen chinesischen Medizin klassifiziert. Akupunktur bezeichnet die Anwendung von Nadeln am Körper, während Moxa das Erwärmen von Punkten am Körper bezeichnet.

20 Gemeint sind die Lehren der Mediziner Lǐ Gǎo (李杲 alias Lǐ Dōngyuán, 李東垣, 1180–1251) und Zhū Dānxī (朱丹溪, 1281–1358). Li und Zhu vertraten tonifizierende Therapien und schenken in ihrer theoretischen Fundamentierung der Beziehung zwischen Körper und Umwelt, d. h. der Lebensweise, besondere Aufmerksamkeit.

systematische Betrachtungsweise zugrundeliegt, die nicht so stark vom Schematismus der Entsprechungsmedizin²¹ durchdrungen ist wie ihr Vorbild auf dem Festland (ebd., S. 41ff.). Eine größere Distanz zu Vorbildern der chinesischen Medizin besteht vor allem in Spezialgebieten wie der Augenheilkunde und der Wundarzneykunde. Ursache hierfür ist die kriegerische Periode der japanischen Geschichte, die vor Beginn der Edo-Zeit einsetzt. Die Vielzahl der Verwundeten und die Notwendigkeit, pragmatische Lösungen zu finden, stärken Nebenströmungen in der japanischen Medizin, die, in Abweichung von der Übernahme eines ganzen Lehrgebäudes der chinesischen Medizin, erneut Anzeichen einer mechanistischen Krankheitsauffassung tragen. Rösner et al. (1989, S. 45f.) schreiben hierzu:

Die japanische *kinsoi* [Wundarzneykunst] besitzt jedoch eine recht charakteristische und für die Zeit modern anmutende Eigenheit: viele Wundärzte betätigen sich als Geburtshelfer, und zwar aus der Überzeugung heraus, daß der Geburtsvorgang eine Verletzung des Leibes darstelle und entsprechend zu behandeln sei. [...] die Verbindungen der Wundärzte zu den Geburtshelfern sind nichts anderes als ein weiteres Indiz einer in Japan latent vorhandenen mechanistischen Krankheitsauffassung, die dann im 18. Jhdt. alle Konventionen der sinojapanischen Medizin durchbricht.

Zur Symbolfigur einer eigenen Medizin in Japan wird Dosan Manase (1507–1594). Dieser übernimmt einerseits ein ganzes Lehrgebäude (die Lehre von Li und Chu) aus der chinesischen Medizin, setzt aber andererseits von den Lehren des Festlandes erheblich abweichende Sichtweisen in wichtigen Fragen der Heilkunde durch und wählt bei aller Absicht, das chinesische Gesamtsystem zu übertragen vor allem das auf Japan Anwendbare aus. Dieser Rekurs auf die japanischen Verhältnisse führt zum Durchbrechen des herkömmlichen Horizonts in der japanischen Medizin und ist entscheidend für die positive offene Rezeption westlichen (medizinischen) Wissens in den folgenden Jahrhunderten (ebd., S. 46).

1.3.2 Westliche Einflüsse auf die japanische Medizin

Der Austausch medizinischen Wissens gehört zu den ersten Austauschverfahren mit westlichem Wissen in Japan. Eine erste christliche Mission wird ab 1549 durch den Portugiesen Luis de Almeida (1525–1583) eingerichtet. Dieser ist ein leidlich ausgebildeter Wundarzt und gründet mit dem verfügbaren medizinischen Wissen der Renaissance in Funai (heute Osaka) ein Waisenhaus und Hospital. Ab 1593 findet zudem eine Krankenfürsorge für die untersten Schichten der japanischen Bevölkerung durch die Japaner in Kyoto statt, was sich günstig auf eine Aufnahme westlicher Medizin aufgrund des karitativen Charakters auswirkt. Insgesamt zeitigen diese ersten Kontakte aber eher ein geringes Echo, da die Heilkünste dieser ersten „Mediziner“ begrenzt sind.

21 Phänomene der sichtbaren und der unsichtbaren Umwelt stehen in gegenseitiger Abhängigkeit.

Eine ernste Zuwendung zu neueren Erkenntnissen, vor allem der westlichen Chirurgie, erfolgt erst ab dem 17. Jahrhundert. Die „Chirurgie der südlichen Barbaren“, später, wegen der Dominanz der Holländer²² „Chirurgie der Rothaarigen“ wird ab Mitte des 17. Jahrhunderts eine eigene Schule in Japan. Der Portugiese Christavao Ferreira verfasst Traktate über die Chirurgie, die in Japan im Umlauf sind, und bildet Schüler aus. In dieser Zeit gibt es, bis zur Abschließung Japans vom Ausland in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts, einen offenen Kulturaustausch im Rahmen überseeischer Beziehungen im Asien-Pazifik-Raum, Kontakt mit der westlichen Chirurgie und Anatomie. Vor allem Letztere steht in Japan, ebenso wie in China, aus religiösen Gründen unter erheblichen Vorbehalten. Die Abschottung verhindert jedoch vorerst die Entstehung einer universalistischen, kosmopolitischen Medizin in Japan, die bestimmend für das ausgehende 19. und beginnende 20. Jahrhundert werden sollte (ebd., S. 50ff.).

Bei aller zunehmenden Intensität der Rezeption des Lehrgebäudes westlicher Medizin durch einzelne Gruppen in Japan bleibt die chinesisch geprägte Heilkunde die Grundlage des medizinischen Handelns und Verständnisses während der Tokugawa-Ära (ebd., S. 57f.). Erst während der Meiji-Restauration (1868–1912) im ausgehenden 19. Jahrhundert wird die moderne westliche Medizin zur verbindlichen erhoben. Ziel ist, ähnlich wie in vielen anderen Bereichen, von den imperialen Mächten nicht mehr als Barbaren wahrgenommen zu werden, sich gegen die daraus abgeleiteten Beherrschungsansprüche effektiv zur Wehr setzen zu können und im Zusammenspiel der imperialen Mächte zu bestehen (Fogel 1995, S. 92f.). Aber die beiden Systeme stellen für die Japaner trotz ihrer unterschiedlichen Herkunft keine rivalisierenden, das andere ausschließende System dar.

Man sollte indessen die Beziehung zwischen den medizinischen Systemen so unterschiedlicher Herkunft [...] nicht allein unter dem Aspekt der Rivalität sehen [...]. Die Anziehungskraft der westlichen Medizin oder wenigstens mancher ihrer Teile in Japan dürfte wohl nicht zuletzt daher gerührt haben, daß sie Bedürfnisse ansprach, die von der traditionellen, chinesisch orientierten Heilkunde lange vernachlässigt oder überhaupt nicht befriedigt worden waren. Daher wird die westliche Medizin nicht allein in der Auseinandersetzung mit der chinesischen Heilkunde in Japan Fuß gefasst haben, sondern ebenso dadurch, daß sie eine Verbindung mit bestehenden [...] japanischen Krankheitsauffassungen eingegangen ist. (Rosner et al. 1989, S. 57)

Es kommt zu einer Kohabitation von chinesischem und westlichem Wissen. In Japan ist in der Folge die Universalisierung von Wissen und eine pragmatische Nutzung desselben weit verbreitet (Zachmann 2009, S. 18). Vor diese Entwicklung treten die Holländer, die in ihrer Handelsstation ab 1641 feste Stellen für Ärzte einrichten. Diese knüpfen bald, trotz aller Einschränkungen, erste Kontakte zu japanischen Ärzten und

22 Die Niederländische Ostindien-Kompanie hatte, neben den Vertretern des Kaiserreichs China, das alleinige Recht, sich in Japan aufzuhalten. Alle übrigen Ausländer wurden verfolgt und getötet. Im Hafen von Nagasaki wurde in den 1630er Jahren die künstliche Insel Dejima aufgeschüttet, auf der eine holländische Kolonie entstand. Die Holländer durften zwar nicht missionieren, lieferten aber regelmäßig Bücher mit westlichem Wissen nach Japan.

Patienten. Bidirektionaler Gedankenaustausch findet in einem offenen Klima statt. Das hier vermittelte westliche Wissen wird über die familiengebundenen Schulen und erste übersetzte Schriften weitergegeben. Die ersten Mittler zwischen den Denkschulen, vor allem in der Chirurgie, werden so ausgebildet (vgl. Rosner et al. 1989, S. 58f.).

Gemeinsam mit den Vertretern der traditionellen chinesischen Schule, die die aus China übernommenen physiologischen Erklärungen einer praktischeren Anwendung zuführen wollen und unfruchtbare Theorien ablehnen, bilden diese in beiden Welten geschulten Ärzte die Grundlage für eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der westlichen Medizin und ihren Grundlagen. Gleichzeitig ermöglicht die Dualität dieser Gruppe, eigene medizinische Überlegungen und Entwicklungen in bis dato unbekanntem Ausmaß anzustellen. Weniger das Buchwissen, vielmehr die Beobachtung, die unmittelbare Anschauung und Erfahrung sollen wieder die Quellen der ärztlichen Erkenntnis bilden (vgl. ebd., S. 71f.). Diese starke Fixierung auf Diagnostik und Heilung und weniger auf die Wirkung schreibt dabei die Tradition der volkstümlichen Medizin fort, befreit diese jedoch zugleich von magischen Elementen. Die pathologisch-anatomischen Grundlagen hierfür fehlen allerdings noch.

Erste Zweifel an den überlieferten anatomischen Abbildungen entstehen durch erste, höchst seltene Sektionen und westliche Bildwerke. Die japanische Medizin entwickelt ein eigenständiges Bestreben nach einer neuen Empirie, die die als allzu spekulativ empfundenen Lehren der chinesischen Denktradition im Sinne einer genuin japanischen mechanistischen Betrachtungsweise, die ähnlich wie die westlich-neuzeitliche Auffassung auf die analytische Kenntnis des menschlichen Körpers hinführte, auflösen soll (vgl. ebd., S. 76). Zugleich stellt diese Vorgehensweise eine konsequente Weiterführung der chinesischen Forderung dar, die Strukturen des menschlichen Körpers und mithin des Sitzes der Krankheiten zu verstehen. Es kommt zur Verbindung des Wissens um die tieferen Grundlagen eines Krankheitsphänomens mit dem Handeln im Einzelfall.

Ergebnis dieser Bestrebungen ist die Übersetzung anatomischer Tabellen ins Japanische durch Sugita Genpaku (1733–1807) und andere im Jahr 1774. Das sogenannte *Neue Buch der Anatomie* bestätigt die Allgemeingültigkeit der Annahmen der westlichen Anatomie und löst in der Folge eine wahre Flut von Übersetzungen westlicher medizinischer Literatur aus (vgl. ebd., S. 80f.). Die massive Ausweitung neuen Wissens und das Nebeneinander alten und neuen Wissens führen immer wieder zu eigenen neuen Erkenntnissen und selbstständigen Entwicklungen durch japanische Mediziner (ebd., S. 86):

[D]ie Rezeption der holländischen [westlichen – d. Verf.] Medizin [bestand – d. Verf.] nicht nur in einer bloßen Abfolge von Übersetzungsversuchen westlicher medizinischer Werke ins Japanische [...]; sie wurde vielmehr von eigenständiger Arbeit, scharfsinniger Beobachtung und permanenter kritischer Reflexion getragen.

Gleichzeitig beginnt durch den Würzburger Phillip Franz von Siebold (1796–1866) die Interpretation der westlichen Medizin und Naturwissenschaften in Japan. Er führt als

Erster ein durch Pompe vollendetes medizinisches Curriculum ein und erteilt klinischen Unterricht, was das japanische Bestreben nach der Ergänzung des Buchwissens durch die Praxis in der Ausbildung erheblich unterstützt. Die Schüler Siebolds führen diese Praxis der Probe und der angewandten Naturwissenschaften in privaten Schulen fort. Diese Schulen bilden während der Meiji-Restauration²³ die Grundlage für die Gründung weitergefasster Schulen, die sich unter anderem mit der Kriegstechnik, der Geografie und der Verwaltung befassen. Später nehmen auch die traditionellen Schulen die westliche Medizin in ihr Curriculum auf und nutzen diese zur Fortentwicklung (vgl. Rosner et al. 1989, S. 95). Während zu Beginn noch die Pathologie und die Anatomie im Zentrum der westlichen Wissensvermittlung stehen, wird aus der Mischung von Neuem und Altem bald deutlich, dass die Medizin ein komplexes Gebilde ist, das die Berücksichtigung aller Teildisziplinen erfordert.

Zusätzlich gibt es eine weitere Schule in Japan, die die latente Abkehr von China und die Besinnung auf die eigenen Heroen fordert. Diese Schule (Waho) zerfällt in zwei Strömungen. Die erste sieht den Ursprung aller Medizin in Japan und hält darum die Anwendung chinesischer und westlicher Erkenntnisse für akzeptabel. Die zweite Schule hingegen hält nur japanische Medizin für anwendbar. Im Zuge dieser Bewegung kommt es 1849 zu einem Teilverbot westlicher Medizin, das aber bereits im selben Jahr durch den Erfolg der Jenner'schen Pockenschutzimpfung teilweise wieder aufgehoben wird (vgl. ebd., S. 102). Die gewaltsame Öffnung Japans durch den Commodore Perry im Jahr 1854 und die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts massiv vorangetriebene Modernisierung des Landes in allen Bereichen aus allen verfügbaren Quellen sorgen dann dafür, dass dieser Bruch nur von kurzer Dauer ist. Ab 1857 wird die westliche Medizin endgültig in das staatliche Ausbildungssystem aufgenommen, da die Bedeutung der Naturwissenschaften und der Medizin für die Anerkennung als Zivilisation als sehr hoch eingeschätzt wird.

Mit Beginn der Meiji-Restauration im Jahr 1868 werden neue Universitäten und Ausbildungsstätten nach deutschem Vorbild angelegt, Ärzteprüfungen erneut eingeführt. Die traditionelle Medizin verliert zuerst an Bedeutung und wird später komplett aus dem Curriculum der Universitäten gestrichen. Die traditionellen Kanpo-Ärzte (traditionelle chinesische Medizin) setzen sich gegen diese Entwicklungen zwar noch zur Wehr, letzten Endes bleibt das System aber bestehen (vgl. ebd., S. 118).

Eine durch die Kanpo-Ärzte geforderte Rückkehr zum reinen Alten ist aufgrund der kontinuierlich geschaffenen Verbindung von Neuem und Altem ohne Erfolg. Aber die Grundlagen für eine Binnenentwicklung spezifisch japanischer Praktiken, die sowohl traditionelle als auch moderne Elemente inkorporiert, wird längst geschaffen und stellt die Voraussetzung für die allmähliche Neubewertung der Kanpo nach dem ersten Weltkrieg dar (vgl. ebd., S. 120f.).

Aus dieser Sicht scheint für die Entwicklung des Shiatsu kein singulärer Kulturtransfer in einer bestimmten Epoche verantwortlich, sondern vielmehr eine kontinuierli-

23 Erneuerung der Macht des Kaisers und massive Modernisierung der japanischen Gesellschaft.

che Weiterentwicklung einer Vielzahl von medizinischen Erkenntnissen und Praktiken durch japanische Mediziner. Ein unbemerkter Kulturtransfer einer fertigen Technik aus Europa oder China erscheint im Lichte der Geschichte, zumal um die Wende zum 20. Jahrhundert, als unwahrscheinlich. Eher anzunehmen ist, dass Shiatsu seine Grundlagen in der chinesischen Akupunktur hat, die buddhistische Mönche schon früh nach Japan gebracht haben. In der Folge geht die chinesische Medizin durch den Filter japanischer Interpretation und Nutzung, zumal die textlichen Vorgaben aus China der medizinischen Praxis häufig nicht gerecht werden. China galt zwar als Mutterland japanischer Kultur (Konfuzianismus), es gibt aber schon früh starke Bemühungen, diese Einflüsse zu naturalisieren und fortwährend zu verbessern (Zachmann 2009, S. 10). Die Öffnung der Medizin gegenüber westlichem Wissen der Anatomie, Physiologie und Massagetechniken bewirkt dann einen enormen Schub in der Entwicklung und Anpassung von Verfahren und Denkmodellen in Japan. Im Zuge der Neubewertung der traditionellen Medizin nach dem Ersten Weltkrieg erscheint es möglich und wahrscheinlich, dass Tenpeki Tamai und andere Shiatsu als eine Verflechtung japanischer Medizingeschichte für sich nutzbar machten und damit einen medizinischen und kommerziellen Erfolg erzielen können. Das spezifisch in regelmäßigen Zyklen wiederkehrende japanische Moment in diesem Prozess besteht aus der kosmopolitischen, weitgehend vorurteilsfreien Nutzung des verfügbaren Wissens.

Die transkulturelle Entwicklung des außereuropäischen Verfahrens Shiatsu, seine Definition, Geschichte und Deutung sowie die klinische Wirksamkeit beleuchten Kapitel 3 und 4. Um einen Rahmen zu schaffen und der Richtung des vorliegenden Werkes gerecht zu werden, folgt eine darstellende Ergebniszusammenfassung des deutschen Gesundheitssystems und der herrschenden Gesundheitsmärkte.

2 GESUNDHEITSSYSTEM UND GESUNDHEITSMARKT: Struktur und Akteure, Ergebniszusammenfassung volkswirtschaftlicher Zusammenhänge

2.1 Begriffsabgrenzung und allgemeine Charakteristika

In diesem Abschnitt wird eine darstellende Ergebniszusammenfassung volkswirtschaftlicher Zusammenhänge des deutschen Gesundheitswesens und -systems und die Einordnung des heterodoxen Verfahrens Shiatsu verfolgt. Es folgt eine trennscharfe Beobachtung der benutzten Begrifflichkeiten, um Mehrdeutigkeiten bestmöglich zu umgehen.

Das Gesundheitswesen wird aktuell nach Hurrelmann als offenes, das heißt von bestimmten gesellschaftlichen Wirkfaktoren und Rahmenbedingungen beeinflusstes System verstanden (Hurrelmann 2006, S. 201). Eine Abgrenzung zum Begriff ‚Gesundheitssystem‘ ist nicht gegeben. Demgegenüber ordnen Kleinhenz und Werding das Gesundheitswesen in die Sozialpolitik ein und definieren es als differenziert gegliedert: Die Autoren unterscheiden die ambulante und stationäre Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, Krankenhäuser sowie sonstige Leistungserbringer; einen eigenen Bereich stellt die Arzneimittelversorgung dar. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt im Wesentlichen durch die Krankenversicherungen, die wiederum in die gesetzliche und private Krankenversicherung unterteilt sind. Daneben gibt es seit 1995 die Pflegeversicherung (vgl. Kleinhenz und Werding 2015).

Nagel (2007) sowie Zdrowomyslaw und Dürig (1997) definieren das Gesundheitswesen primär als die Gesamtheit der Einrichtungen und Personen mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Zdrowomyslaw und Dürig sehen das Gesundheitswesen darüber hinaus als eine „Verknüpfung aller Personen, Sachmittel und Einrichtungen, die im Dienste der Gesundheit wirken“ (Zdrowomyslaw und Dürig 1997, S. 4). Korff (1998, S. 123) hingegen definiert Gesundheitswesen im Sinne einer Aufzählung, wobei hier eine Zielsetzung formuliert wird, die vermutlich eine Zusammengehörigkeit erzeugen soll:

Das Gesundheitswesen eines Staates umfasst sämtliche Regelungen, Maßnahmen, Sachmittel, Einrichtungen, Berufe und Personen, die das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, zu erhalten, herzustellen oder wiederherzustellen. Das Gesundheitswesen im weiteren Sinne umfasst demzufolge sämtliche sowohl öffentlichen wie privaten als auch professionellen wie laienweltlichen Aktivitäten, die auf Gesundheit gerichtet sind.

Das Gesundheitssystem wird nach Roski (2008) als Gegenstandsteilbereich der Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften verstanden; als differenzierende Betrachtung der systemischen Ausrichtung eines komplexen sozialen Systems und seiner Dienstleistungen: institutionell und funktional. Eine weitere Beobachtung definiert das Gesundheitssystem als eine Menge von Einrichtungen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, die in Form von ärztlicher und auch nichtärztlicher Versorgung, ambulanter und stationärer Versorgung sowie der Distribution von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln dargestellt werden kann. Die Menge an Relationen sind in der Organisation der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und in der Finanzierung und Leistungserbringung strukturiert (vgl. Abelin und Schwartz 2012).

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass der Begriff ‚Gesundheitswesen‘ begriffsnatürlich das Wesen des Gesundheitssystems beschreibt. Er zielt auf eine Zusammenfassung verschiedener Institutionen, Personengruppen und Einzelakteure, die sich auf unterschiedliche Weise um die Phänomene Gesundheit/Krankheit bemühen. Sie bilden entsprechend Grenzen und eine eigene Sprache aus sowie Regeln und Verträge, Verhaltensweisen, Beziehungsgefüge oder Verhältnisse. Beide Begriffe, Gesundheitswesen und Gesundheitssystem, werden hier und folgend in ihrer Bedeutung gleichrangig behandelt.

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit umfasst körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Riege befindet etwas ausführlicher, dass es eine allgemeingültige Definition von Gesundheit nicht gibt und geben kann, da der Begriff zu existenziell und der Mensch zu individuell ist, um eine einheitliche Definition von Gesundheit bestimmen zu können. Die Definition von ‚Gesundheit‘ wandelt sich im Laufe der Zeit und wird kulturell verschieden aufgefasst (vgl. Riege 1999, S. 19–20). Entsprechend ist Trennschärfe nicht möglich. Dennoch beschreibt die Weltgesundheitsorganisation den Begriff seit 1946 als einen Zustand vollkommenen geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen (vgl. WHO 2014).

Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Einzelne, Gruppen und Organisationen dabei unterstützt, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, um den größtmöglichen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Ziele sind demnach die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Befähigung der Menschen, sich selbst für ihre Gesundheitsinteressen einzusetzen, und die Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Prävention ist das Verhüten oder Vermeiden von Krankheiten beziehungsweise die Milderung vorhandener Krankheiten und Gewährleistung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf primärer, tertiärer und sekundärer Ebene.

Metamorphose. Aus dem Gesundheitswesen erwächst die Gesundheitswirtschaft – so lautet aus diesem Grund auch die Überschrift der Zeitschrift Gesundheitswirtschaft vom April 2007. Je nachdem, aus welchem Blickwinkel und von wem dieses System betrachtet, benutzt und mit ihm argumentiert wird, trägt es die Be-

zeichnungen ‚Gesundheitswesen‘, ‚Gesundheitswirtschaft‘ oder ‚Gesundheitsmarkt‘. Gesundheitswirtschaft/Gesundheitsmarkt bezeichnet die Bereitstellung von Gütern/ Dienstleistungen für die Befriedigung von Bedürfnissen. Gesundheitswissenschaften/Health Sciences wird als eigenständige deutschsprachige Bezeichnung mit Unterstreichung der Pluralisierung und des wissenschaftlichen Charakters von (Old/New) Public Health als angewandte Gesundheitsforschung und Gesundheitssystemforschung begriffen (Hurrelmann 2006, S. 27ff.).

Das System Gesundheit ist dabei in den meisten Industrienationen einer der wichtigsten Wirtschaftssektoren. Die Gesundheitswirtschaft ist dementsprechend wesentlicher Bestandteil der deutschen Volkswirtschaft. Mühlbauer (2012, S. 8) formuliert hierzu:

[D]er Wirtschaftszweig [umfasst] die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Hierzu gehören Arztpraxen, Krankenhäuser, Reha- und Pflege-Einrichtungen, die pharmazeutische Industrie, Medizintechnik, Forschungsinstitute bis hin zur Wellness- und Fitnessbranche [...]. Dabei ist die Gesundheitswirtschaft mit über 4 Millionen Menschen einer der größten Arbeitgeber Deutschlands. Der wachsende Markt macht ein Bruttoinlandsprodukt von über 10 Prozent aus und umfasst jährlich etwa 230 Milliarden Euro, die für die Gesundheit, medizinische Versorgung und Heilung ausgegeben werden.

Die Eckpunkte der Gesundheitsökonomie lassen sich nach Matusiewicz und Wasem wie in Abbildung 2 darstellen.

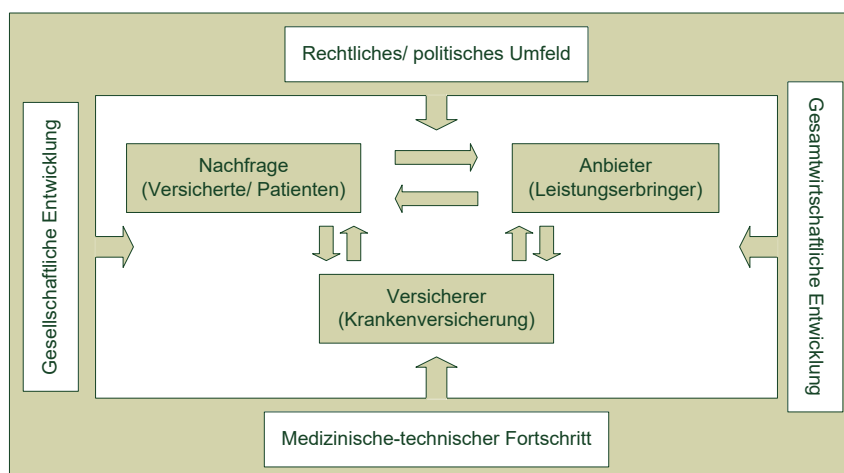


Abbildung 2: Gesundheitsökonomie²⁴

Die Koordinierung von Angebot und Nachfrage ist im deutschen System reguliert. Noweski (2012) schreibt hierzu: „Weniger die Marktteilnehmer als korporatistische Verbände bestimmen Art, Menge und Preis produzierter Gesundheitsgüter“ (S. 56).

24 Quelle: Matusiewicz und Wasem in Mühlbauer 2012, S. 424.

Ursache hierfür sei „die hohe [...] politische Priorität des Fürsorgeregimes [...]. Die Kostenkontrolle gelangte schon früh auf die Agenda, da die Verantwortung für die Finanzierung des parafiskalischen Systems dem Staat zugeschrieben wurde“ (ebd.).

Das Gesundheitssystem gilt als ein komplexes soziales System. Seine Schnittpunkte liegen nach Roski (2008) im Sozialwesen, der Medizin, der Wirtschaft und der Politik. Es lässt sich als Hierarchie mit drei Ebenen beschreiben:

- Die Makroebene bilden die staatlichen Akteure. Diese regulieren das Verhalten der übrigen Akteure, indem sie Gesetze und Verordnungen verabschieden sowie deren Einhaltung überwachen.
- Die Mikroebene besteht aus den Individualakteuren. Sie bieten Gesundheitsgüter an oder fragen sie nach und müssen dabei die gesetzlichen Bestimmungen beachten.
- Dazwischen befindet sich die Mesoebene, die aus den Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie aus „freien“ Organisationen und Institutionen besteht (vgl. BPB 2013a).

Das deutsche Gesundheitswesen zählt aufgrund dieser Ebenenstruktur im internationalen Vergleich nicht zu den „staatlichen Gesundheitssystemen“. Das Klassifikationsraster nach Simon (2005) mit den Ebenen Finanzierung und Leistungserbringung in Hinblick auf staatliche Gesundheitssysteme, Sozialversicherungsmodell und marktwirtschaftliche Gesundheitssysteme macht dies deutlich (Tabelle 1).

Faktisch spielen die staatlichen und politischen Akteure zwar eine wichtige Rolle, weil die Rahmenbedingungen zumeist durch Bundesgesetze geregelt werden. Aber staatliche Akteure sind eben nicht die einzigen Akteure mit Weisungsbefugnis. Lünen und Schrappe merken hierzu an:

Auch Krankenkassen oder andere Korporationen, wie Kammern oder kassenärztliche Vereinigungen, haben vom Staat verliehene Vollmachten zur Weisung. (Vereinfacht) [...] können Krankenkassen als verlängerter Arm des Staates gesehen werden. (Lünen und Schrappe, zit. n. Lauterbach 2010, S. 44)

Es wird deutlich, dass das deutsche Gesundheitswesen trotz einer nicht unerheblichen staatlichen Regulierung Elemente aller drei Klassifikationen aufweist. Der Systematik folgend gilt das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland in seiner Gesamtheit als Sozialversicherungsmodell. Das heißt der Staat reguliert, die Finanzierung erfolgt überwiegend über Sozialversicherungsbeiträge und die Versorgungsleistungen werden sowohl durch öffentliche als auch private Akteure erbracht. Die Krankenversicherungen schließen hierzu Versorgungsverträge mit Gesundheitsmarktakteuren ab und zahlen festgelegte Vergütungen für die erbrachte Leistung (Simon 2005, S. 68f.).

Tabelle 1: Klassifikationsraster Gesundheitssystem²⁵

	Staatliche Gesundheitssysteme	Sozialversicherungsmodell	Marktwirtschaftliche Gesundheitssysteme
Finanzierung	Staat (Steuern)	Sozialversicherung (Beiträge)	Private (Prämien, Zahlungen, Selbstbezahlung)
Leistungserbringung	öffentlich (Zentralstaat, Region, Distrikt, Kommune)	<i>not for profit</i> (karitativ, gemeinnützig)	<i>for profit</i> (privat)

Die oben aufgeführten Merkmale gelten so für die Charakterisierung des ersten Gesundheitsmarktes (vgl. Kapitel 2.3.1). Der sogenannte zweite Gesundheitsmarkt (vgl. Kapitel 2.3.2) entspricht hingegen eher dem marktwirtschaftlichem System von Angebot und Nachfrage, wobei zu beachten ist, dass in den vergangenen Jahren Leistungen des zweiten Gesundheitsmarktes in den Leistungskatalog des ersten Gesundheitsmarktes übernommen wurden, d. h. vormalig privat zu erbringende Gesundheitsvorsorge-, Heilungs- und Gesundheitsnachsorgeleistungen werden mittlerweile ganz oder in Teilen im Rahmen des Sozialversicherungsmodells finanziert. Grundlage hierfür sind entweder neuere medizinische Erkenntnisse über die Wirksamkeit und den Nutzen bestimmter Gesundheitsleistungen oder aber auch die zunehmende Bedeutung von kurativen Leistungen, Prävention und gesundheitsförderorientierten Zusatzleistungen im Bereich der öffentlichen Krankenkassen. Akteurinnen und Akteure des ersten Gesundheitsmarktes haben Angebote und Leistungen des zweiten Gesundheitsmarktes als wichtige wirtschaftliche Einnahmequelle, aber auch als sinnvolle Ergänzung der klassischen Medizin in ihre Tätigkeit aufgenommen.

2.2 Akteure auf drei Ebenen

Die zahlreichen Akteure im deutschen Gesundheitswesen lassen sich drei grundsätzlichen Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) zuordnen (vgl. Tabelle 2):

- Zur ersten Ebene gehören staatliche Stellen, die sich entsprechend der föderalen Struktur ihrerseits nochmals nach Bund, Ländern und Kommunen unterscheiden lassen.
- Auf der zweiten Ebene sind die für das deutsche Gesundheitswesen wichtigen korporatistischen Akteure angesiedelt, also die Körperschaften und

²⁵ Quelle: Simon 2005, S. 68.

Verbände, denen es obliegt, die gesundheitliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu organisieren und sicherzustellen.

- Die dritte Ebene umfasst schließlich die übrigen Akteure, wobei es sich hier vor allem um Unternehmen und einzelne Organisationen beziehungsweise deren Vereinigungen handelt.

Diese Gliederung der Akteure nach drei Ebenen lässt sich gedanklich mit drei Steuerungsprinzipien in Zusammenhang bringen: Auf Ebene eins finden sich die Subjekte der staatlichen Steuerung im Gesundheitswesen, auf Ebene zwei findet durch korporatistische Akteurinnen und Akteure die „mittelbare Staatsverwaltung“ statt, wogegen bei den Akteuren auf Ebene drei marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen eine große Rolle spielen.

Tabelle 2: Ebene und Entscheidungskompetenz²⁶

Ebene	Entscheidungskompetenz
Makroebene	Strukturreform Staatliche Regulierung
Mesoebene	Verbandliche Regulierung
Mikroebene	Marktprozesse

In der Summe ist das deutsche System sowohl auf der gesetzgeberischen als auch auf der ausführenden Ebene fragmentiert – Bund und Länder verfügen in verschiedenen Bereichen über Einfluss. Grundsätzlich gilt aber, dass der Bund aufgrund Art. 74 GG (Gegenstände der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes) einer der zentralen Akteure im öffentlichen Gesundheitswesen ist (vgl. Hesselberger 2003, S. 280). So entscheidet der Deutsche Bundestag über alle Fragen des deutschen Gesundheitswesens, die durch Bundesgesetze geregelt werden sollen beziehungsweise müssen, um einheitliche Lebensverhältnisse in Deutschland zu gewährleisten. Zentraler Aspekt ist dabei die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes für die Sozialversicherungssysteme, was die Krankenversicherungen beinhaltet. Nagel (2013) merkt hierzu an: „Da rund 90 % der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, hat die Bundesregierung mit dieser Gesetzgebungskompetenz einen maßgeblichen Einfluss auf das Gesundheitswesen“ (Nagel und Alber 2013, S. 30).

Deutschland beschreitet in der Gesundheitspolitik einen Mittelweg zwischen einer sehr restriktiven und einer liberalen Gesetzeslage. Zwei Beispiele aus der Anwendung heterodoxer Medizin illustrieren dies: Ärztinnen und Ärzte haben in Deutschland ein Behandlungsmonopol. Innerhalb dieses Monopols gilt allerdings die Praxis der ärztlichen Therapiefreiheit. Dies ermöglicht Ärztinnen und Ärzten neben dem Einsatz der Schulmedizin die Anwendung heterodoxer Medizin. Zwar existieren keine heterodoxen

26 Quelle: Noweski 2012, S. 90.

Facharztbezeichnungen, aber es gibt geschützte Zusatzbezeichnungen, deren Ausbildung von Berufsvereinigungen organisiert wird. In dieser sogenannten ärztlichen heterodoxen Praxis ist eine Erstattung durch die Krankenkassen für eine Reihe von Therapien mittlerweile möglich, wenngleich der Zugang zu den Mitteln des ersten Gesundheitsmarktes mit hohen Hürden belegt beziehungsweise nicht möglich ist. Gleichzeitig gibt es amtliche Prüfungen in schulmedizinischen Fächern für nichtärztliche Praktiker wie Heilpraktiker. Diese dürfen nicht schulmedizinisch tätig werden. Zugleich ist deren Tätigkeit (bisher) nicht erstattungsfähig und muss im Rahmen des zweiten deutschen Gesundheitsmarktes erbracht werden (vgl. Lauterbach 2010, S. 33f.). Der heterodoxen Praxis wird im Gesundheitssystem zunehmend ein ergänzender Wert zugesprochen, solange die Behandlung unter ärztlicher Aufsicht erfolgt resp. die Praktiker entsprechend ausgebildet sind. Nichtsdestotrotz bleibt die privilegierte Position der Schulmedizin im deutschen Gesundheitssystem und im System der öffentlichen Krankenversicherung bestehen.

Exkurs: Der Ursprung des Begriffs ‚heterodox‘ und seine Verwendung in der Medizin

Der Begriff ‚heterodox‘ ist von Bourdieu inspiriert und beschreibt die Vielfalt von Meinungen, die sich bilden, wenn „objektive Ordnung und subjektive Organisationsprinzipien“ (Bourdieu 1976, S. 325) nicht mehr deckungsgleich sind. Gemeint sind damit konkurrierende Deutungsmuster der Wirklichkeit, die sich zu orthodoxen (der in einem System bestimmenden) und heterodoxen (außerhalb des Mainstream liegenden) Diskursen anordnen. ‚Heterodoxe Medizin‘ ist ein Überbegriff, der die unorthodoxen Ansätze, Schulen und Traditionen umfasst. Frank verwendet diesen, da er alle weiteren Begrifflichkeiten²⁷ als ungeeignet ansieht, um die Gesamtheit dieser Medizin und ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen zu erfassen. Für die soziologische Analyse des medizinischen Pluralismus erscheint dieser Begriff²⁸ gut geeignet. Frank meint, der konzeptionelle Kontrast zwischen schulmedizinischen und anderen Verfahren werde fokussiert, ohne eine Homogenität in diesem breiten Spektrum medizinischer Richtungen zu suggerieren (vgl. Frank 2004, S. 30f.). Er definiert heterodoxe Medizin folglich als

-
- 27 Komplementär – verfestigt die ergänzende Stellung in der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen im Sinne einer Integration, ohne die grundsätzliche Legitimität infrage zu stellen.
Unkonventionell – beschreibt ein Spannungsverhältnis, impliziert aber, dass die anderen Verfahren keiner inneren Konvention unterliegen würden und selten wären, was bei der Popularität einzelner Verfahren kaum zutrifft.
Ganzheitlich/natürlich – verliert ganze Verfahren aus dem Blick, zum Beispiel Chiropraktik (nicht ganzheitlich); Akkupunktur (nicht natürlich).
Alternativ – impliziert einen Antagonismus zur Schulmedizin, der nicht auf alle Verfahren zutrifft (vgl. Frank 2004, S. 30f.).
- 28 Der Begriff ‚heterodox‘ findet bisher primär Verwendung in der Religionsbetrachtung und der Ökonomie – siehe beispielsweise *heterodoxe Ökonomie*.

alle medizinischen Strategien [...], die außerhalb des schulmedizinischen Denk- und Handlungsrahmens liegen und die eine kaum zu überblickende Vielfalt von Vorstellungen, Techniken und Institutionalisierungsformen aufweisen. (ebd., S. 31)

Gemeinsam ist heterodoxer Medizin ein positiv bestimmter Gesundheitsbegriff. Der Gegensatz hierzu ist das Verständnis der Schulmedizin, die Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit begreift. Die klinische Erfahrung der Praktiker ist als legitimatorische Basis zudem bedeutsamer als wissenschaftliche Evaluation. Diese wird darüber hinaus als den eigenen Verfahren unangemessen abgelehnt. Die Selbstverantwortung für die Gesundheit ist hoch und der Patient spielt eine aktive Rolle in einem egalitären, persönlichen Verfahren. Innerhalb der heterodoxen Medizin gibt es aber keine gemeinsamen, verbindenden Merkmale, die für alle Verfahren gültig wären. Grundsätzlich verbindet diese verschiedenen medizinischen Richtungen ein mehr oder weniger starker Widerspruch zu Theorien und Praktiken der Schulmedizin und eine bedingte oder vollständige Ablehnung durch dieselbe²⁹. Somit zeichnet die heterodoxe Medizin eine heterogene Gruppe von Verfahren und Schulen aus. Ein einzelnes Verfahren kann nicht für „die“ heterodoxe Medizin sprechen, da diese Merkmale in einem bipolaren Gegensatz zur Schulmedizin nicht erfassbar sind. So stellen bestimmte heterodoxe Verfahren eine Kombination aus schulmedizinischen Erkenntnissen und Althergebrachtem dar.

Komplementäre und alternative Therapien werden hingegen definiert als „eine Gruppe von verschiedenen medizinischen und gesundheitlichen Versorgungssystemen, Verfahren und Produkten, die kein Teil der konventionellen Medizin sind“ (Nationales Zentrum für Komplementär- und Alternativmedizin, 2010). Die politische Definition komplementärer und alternativer Medizin (CAM) wurde im März 2014 von den Mitgliedern der Association of Natural Medicine in Europe e. V. (ANME) anlässlich der Jahresmitgliederversammlung wie folgt verabschiedet:

Die komplementäre und alternative Medizin – CAM, welche weltweit angewendet wird, repräsentiert eine Vielzahl von unterschiedlichen natürlichen Heilsystemen und Therapieverfahren, die sich auf Erfahrungswissen, Fähigkeiten und Anwendungen gründen, welche wiederum von Theorien, Philosophien und Erfahrungen stammen, die darauf hinzielen, gesund zu bleiben und den Gesundheitszustand zu verbessern – genauso, wie körperlichen und seelischen Krankheiten vorzubeugen, zu diagnostizieren oder zu lindern. (ANME 2014)

Grundsätzlich wird in dieser Arbeit dem Begriffsfeld der Heterodoxie gefolgt, da es in seinen konnotativen Verflechtungen dem Sinngehalt des vorliegenden Werkes entspricht beziehungsweise sie nicht aufgreift.

29 Ablehnungen werden beispielsweise gern massenmedial kommuniziert über den Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit oder über den Begriff der Placeboeffekte.

2.2.1 Ebene 1: staatliche Akteure

Weite Bereiche des deutschen Gesundheitswesens – vor allem die gesetzliche Krankenversicherung – werden durch Bundesgesetze geregelt. Dies steht in engem Zusammenhang mit dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes (vgl. Jarass und Pieroth 2014). Dementsprechend groß ist der Einfluss des Bundestags auf das Gesundheitswesen. Die politische Willensbildung erfolgt in der Gesundheitspolitik vorrangig in den Parteien und deren Parlamentsfraktionen. Aufgrund der komplizierten Fachfragen bereiten die Parteien ihre gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozesse jedoch zunehmend durch Kommissionen oder Arbeitsgruppen vor, in denen Expertinnen und Experten aus Forschung und Versorgungspraxis über großen Einfluss verfügen und somit die Verteilungsmechanismen des Gesundheitssystems maßgeblich mitbestimmen. Dem Bundesministerium für Gesundheit kommt die Aufgabe zu, Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften sowie die exekutive Zuständigkeit auf Regierungsebene auszuarbeiten und Entscheidungsprozesse vorzubereiten. Zudem sind dem Gesundheitsministerium mehrere Bundesbehörden untergeordnet, die verschiedene Aufgaben im Gesundheitswesen erfüllen. Für das Gesundheitssystem ist das Organisationsprinzip des föderalen Bundesstaats wichtig, da ein Teil der Gesundheitsgesetzgebung zustimmungspflichtig ist (Simon 2005, S. 71). Die Bundesländer beziehungsweise die zuständigen Länderministerien spielen vor allem in zwei Bereichen des deutschen Gesundheitswesens eine zentrale Rolle: in der stationären Versorgung und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Vor allem die Prävention, also die Maßnahmen und Initiativen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, liegen in der Verantwortung der Länder. Ein zweiter wichtiger Zuständigkeitsbereich der Länder und der diesen nachgeordneten kommunalen Verwaltungen ist der öffentliche Gesundheitsdienst. Das grundgesetzlich garantierte Recht auf kommunale Selbstverwaltung delegiert zwar keine Gesetzgebungskompetenzen an diese Akteure, spricht den Kommunen aber umfassende Entscheidungen bei der Überwachung des Gesundheitswesens durch die Gesundheitsämter zu. Zentrale Aufgabe ist die Überwachung der Gesundheitsberufe und Gesundheitseinrichtungen (vgl. Simon 2005, S. 73). Zu den weiteren Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gehören Vorsorge und Gesundheitsfürsorge, gemeindenahere psychiatrische und sozialpsychiatrische Versorgung, Überwachungs- und Beratungsaufgaben in den Bereichen Hygiene, Infektionskrankheiten, Arzneimittelverkehr und Umweltmedizin. Hinzu kommt die Gesundheitsberichterstattung.

2.2.2 Ebene 2: korporatistische Akteure

Von der Ebene der staatlichen Akteure ist die Ebene der Verbände und Körperschaften (korporatistische Akteure) sowie die der Unternehmen und Organisationen zu unterscheiden, die überwiegend nach einzelwirtschaftlichen Prinzipien arbeiten. Hier kann

weiter zwischen Leistungsanbietern³⁰ und Leistungserbringern³¹ unterschieden werden (vgl. Bandelow 2004, S. 50f.). Korporatistische Akteure sind Akteure, die am politischen Entscheidungsprozess beteiligt werden. Im deutschen Gesundheitssystem hat diese Beteiligung auch eine unmittelbare leistungspolitische Relevanz, da die Einbeziehung von Gesundheitsleistungen in das Vergütungssystem, die Höhe der Vergütung und die an einer Vergütung aus öffentlichen Mitteln partizipierenden Akteure sowie die daraus resultierende Belastung der Beitragsleistenden durch diese Akteure mitbestimmt wird. Die korporatistischen Akteure vertreten zum einen die Interessen ihrer Mitglieder, andererseits delegiert der Staat Regulierungsfunktionen an diese korporatistische Verbände (vgl. Simon 2005, S. 73):

Bei diesen Organisationen [im Gesundheitswesen] handelt es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechts und mittelbare, ausgelagerte Staatsverwaltung. Sie haben in erster Linie Aufgaben zu erfüllen, die ihnen durch Gesetz aufgetragen wurde. Da sie nur mittelbare Staatsverwaltung sind, genießen sie jedoch ein gewisses Maß an Autonomie gegenüber staatlicher Verwaltung (ebd.).

Der Vorteil dieser Organisation des Gesundheitswesens besteht für den Staat darin, die Kosten für Personal und Sachen nicht aus Steuermitteln bestreiten zu müssen. Diese Belastungen werden an die Körperschaften und Verbände und somit an die Mitglieder und Beitragszahler ausgelagert. Dafür erhalten die Körperschaften und Verbände Einfluss im Gesetzgebungsprozess und bei der Mitgestaltung des Gesundheitswesens (vgl. Simon 2005, S. 73). Gemeinsam bilden diese verschiedenen Akteure die zweite Ebene des Gesundheitssystems – als Mitglieder der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Bundesebene. Hierzu zählen:

- der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
- die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung,
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Die Gremien der Selbstverwaltung sind stets paritätisch aus Vertreterinnen und Vertretern der Finanzierungsträger und Leistungserbringer zusammengesetzt. Hier werden zur Regulierung der Individualakteure untergesetzliche Normen verabschiedet, insbesondere der Leistungskatalog inklusive Negativliste für Arzneimittel, Richtlinien, Rahmenvereinbarungen, Gebührenordnungen und Honorarverträge in Form von Bundesmantelverträgen. (BPB 2014)

Den korporatistischen Akteuren (Verbände und Krankenkassen) kommt somit eine besondere Bedeutung zu, da sie im Rahmen der allgemeinen staatlichen Rahmense-

30 Meint alle Berufsgruppen und Unternehmen, die Dienstleistungen und Waren im Gesundheitswesen zur Verfügung stellen, wobei die Bedeutung bestimmter Gruppen, beispielsweise die der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte – organisiert in den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen – und die Ärztekammern besonders hervorzuheben sind (vgl. Bandelow 2004, S. 52f.).

31 Die Krankenkassen sind an allen wichtigen Verhandlungen des Gesundheitssystems beteiligt und grundsätzlich an einer möglichst günstigen Bereitstellung von Gesundheitsleistungen interessiert (vgl. Bandelow 2004, S. 55f.).

zung als Leistungserbringer und Kostenträger die nähere Ausgestaltung des Gesundheitssystems maßgeblich bestimmen (vgl. Simon 2005, S. 70).

2.2.3 Ebene 3: Individualakteurinnen und -akteure

Auf der dritten Ebene finden wir die Mitglieder der korporatistischen und freien Verbände, die Individualakteurinnen und -akteure. Sie sind diejenigen, die Gesundheitsleistungen und -güter nachfragen, anbieten oder finanzieren. Das Spektrum der einzelwirtschaftlichen Akteurinnen und Akteure ist breit. Grundsätzlich können Leistungserbringende, Versicherer und Versicherte beziehungsweise Patienten unterschieden werden. Unter den Leistungserbringenden sind Ärzte und Pflegekräfte sowie die Angehörigen der freien Gesundheitsberufe zu nennen, wobei Ärzte von besonderer Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen sind. Die Beziehungen zwischen den Gesundheitsberufen sind durch eine ausgeprägte Dominanz der Ärzteschaft gekennzeichnet. Sie kommt im ärztlichen Definitions- und Behandlungsmonopol zum Ausdruck. Im Krankenhaus sind Ärzte (wie auch die Pflegekräfte) überwiegend als Angestellte tätig. Demgegenüber sind Ärzte als niedergelassene Mediziner in der Praxis selbst Unternehmer, die ein großes Spektrum an weiteren, privat zu erbringenden Leistungen anbieten³². Besonders die zunehmende Popularität pluralistischer Medizinformen vor allem aus Asien, in dieser Arbeit unter der Begrifflichkeit ‚heterodoxe Medizin‘ zusammengefasst, und die daraus resultierende Nachfrage nach solchen Gesundheitsleistungen stellt für die niedergelassenen Ärzte einen Wachstumsmarkt innerhalb des mit Verteilungskonflikten belasteten Gesundheitssystems dar. Diese Ärzte spielen nicht nur in der gesundheitlichen Versorgung eine herausgehobene Rolle, sie haben auch einen großen Einfluss auf die Gesundheitspolitik. Vor allem die Schlüsselstellung von Ärzten im Versorgungsprozess und die Fähigkeit, durch den tagtäglichen Kontakt mit den Patienten die öffentliche Meinung zu beeinflussen, sind hier entscheidend (vgl. BPB 2014).

Wie Frank anmerkt, ist die positive Rezeption heterodoxer Medizin in der Ärzteschaft erstaunlicherweise sehr groß (vgl. Frank, 2004, S. 32). Die Ursachen hierfür sind vielfältig, grundsätzlich führt diese positive Rezeption aber zu Bestrebungen, diesen sehr umsatzstarken und weiterwachsenden Teil des Gesundheitsmarkts zu professionalisieren. Das betrifft sowohl die Ebene des Wissens und der staatlichen Anerkennung als auch die Realisierung einer beherrschenden Marktposition (vgl. Frank 2004, S. 38). Diese erfolgreiche Professionalisierung erfolgt über „die Lösung von komplementären Verfahren aus ihren theoretischen Gesamtzusammenhängen und Anpassungen an die Schulmedizin“ (Frank 2004, S. 38).

32 Auch in Krankenhäusern werden Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der Krankenkassen erbracht, die von den Patienten privat bezahlt werden. Handelte es sich in der Vergangenheit in der Mehrzahl um Komfortleistungen (Einzel-/Doppelzimmer; Chefarztbehandlung/besondere Nahrung etc.), fallen heute darunter auch Leistungen der Gesundheitsnachsorge und -prävention wie Massagen, Sportkurse, Heilbehandlungen und Wellness).

Vor allem die hohe Anerkennung heterodoxer Medizin durch Ärzte kann eine positive Beurteilung in der Gesundheitspolitik nach sich ziehen, selbst wenn die Standards evidenzbasierter Verfahren nicht erfüllt werden können (vgl. Lauterbach 2010, S. 54). Wissenschaftliche Studien dienen nach Frank aber lediglich dazu, die soziale Akzeptanz heterodoxer Medizin zu erhöhen und somit eine Veränderung der Ressourcenverteilung öffentlicher Gelder zu erreichen. Die Überzeugung zur grundsätzlichen Anwendung heterodoxer Medizin entspringt dem Erfahrungswissen (vgl. Frank 2004, S. 268).

Daneben sind auch andere Gruppen außerordentlich einflussreich. Hervorzuheben sind insbesondere Arzneimittelhersteller, Krankenversicherungen und Krankenhauskonzerne. Aufgrund der zunehmenden Durchdringung heterodoxer Medizin im nichtprofessionellen Bereich kann als anderer Aspekt ein Machtverlust der Ärzte befürchtet werden, da sich (ein Teil der) Patienten, berechtigt oder unberechtigt, diesen alternativen Behandlungsoptionen im Falle eines Machtkonflikts zuwenden. Eine Übernahme und damit Professionalisierung der Praktiken schränkt die Handlungsspielräume anderer Akteure ein.

2.3 Die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt

Das Gesundheitssystem ist innerhalb des Sozialsystems ein wirtschaftlich arbeitendes System, welches volkswirtschaftlich situiert ist. Betriebswirtschaftlich arbeitende Akteure konkurrieren um ein knappes Gut, dessen Verteilung gleichwohl nur im begrenzten Maße durch Marktmechanismen erreicht wird. Aufgrund allokativer und distributiver Besonderheiten von Gesundheitsgütern herrscht für einen großen Teil des Gesundheitsmarktes, den ersten Gesundheitsmarkt, eine öffentliche Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge und/oder Steuern vor (vgl. Mühlbauer 2012, S. 420). Gleichzeitig hat sich, begünstigt durch politische Debatten und Reformen, ein dynamischer zweiter Gesundheitsmarkt entwickelt, der vorrangig nach Marktgesetzen von Angebot und Nachfrage geregelt wird und erhebliche Umsatzsteigerungen aufweist. Die gesundheitssystemische Struktur umfasst dabei die Verwaltung, die Gesundheitswirtschaft, Medizinprodukte, Gesundheitsberufe und Gesundheitsberichterstattung auf der Basis gesteckter Gesundheitsziele als Steuerungsinstrument. Diese Struktur unterliegt dabei einem kontinuierlichen Wandel. Durch diesen Wandel ergeben sich Lücken, die durch die Akteure des Gesundheitssystems als Chancen genutzt werden können (Mühlbauer 2012, S. 8).

2.3.1 Der erste deutsche Gesundheitsmarkt

Die Ausgaben für Gesundheit überstiegen in Deutschland im Jahr 2012 die Marke von 300 Milliarden Euro. Bei einem Wert von 300,4 Milliarden Euro waren sie damit um 6,9 Milliarden Euro oder 2,3 % höher als 2011 (vgl. Destatis 2013).

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 328 Milliarden Euro für Gesundheit in Deutschland ausgegeben. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, bedeutet dies einen Anstieg von 13,3 Milliarden Euro oder 4,2 % gegenüber dem Jahr 2013. Auf jeden Einwohner entfielen 4050 Euro (2013: 3902 Euro). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag 2014 bei 11,2 %. Gegenüber dem Jahr 2013 blieb der Wert damit unverändert. (Destatis 2015)

Der erste Gesundheitsmarkt wird definiert durch die klassische Gesundheitsversorgung: Betreuung durch Ärzte, Versorgung und Behandlung in Krankenhäusern, Apotheken, Pflege, Kur- und Bäderwesen, Rehabilitation und per Rezept verordnete Leistungen, wie sie auch in den offiziellen Richtlinien der Heilmittelverordnung aufgeführt sind, inklusive physiotherapeutischer Maßnahmen. Finanziert wird der erste Gesundheitsmarkt durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und diese wiederum durch Arbeitnehmer, Arbeitgeber, den Staat und die Sozialversicherungsträger. Den ersten Gesundheitsmarkt kann man deutlicher beschreiben mit „Krankheitswesen“: Der Patient nimmt ihn immer dann in Anspruch, wenn er krank ist. Er wird über die Solidargemeinschaft finanziert und inzwischen als eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet“ (Becker et al. 2014, S. 116ff.), eingeschätzt.

2.3.2 Der zweite deutsche Gesundheitsmarkt

Der zweite Gesundheitsmarkt definiert sich über alle privat finanzierten Produkte, Dienstleistungen und Gesundheitskonzepte im Gesundheitswesen und alle Sport- und Wellnessangebote, die zu einer gesünderen und bewussteren Lebensführung beitragen sollen. Das wachsende Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung ist die treibende Kraft, die die Umsätze in den Branchen und Nischen des zweiten Gesundheitsmarktes in den vergangenen Jahren hat erheblich ansteigen lassen. Auch Branchen wie der Tourismus, der Sport- und Freizeitbereich oder die Ernährungswirtschaft profitieren von dieser Entwicklung, greifen diese Branchen doch viele der privat zu erbringenden Leistungen im Rahmen ihres klassischen Angebots auf. Vor allem im zweiten deutschen Gesundheitsmarkt spielt das Nachfrageverhalten der Patienten eine zunehmende Rolle.

Die Unternehmensberatung Roland Berger hat in einer Studie von 2007 den sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt analysiert mit dem Ergebnis, dass hier ein starker Wachstumsmarkt vorliegt: Knapp 76 Mrd. Euro an Konsumausgaben flossen 2014 (vgl. BMG 2015). Und er wird in Zukunft noch stärker florieren, denn der Konsum von

Gesundheit ist mittlerweile demokratisiert. Die Nachfrage wird nicht nur durch Besserverdienende getragen. Auf dem zweiten Gesundheitsmarkt finden sich Angebote für alle Einkommensklassen wie Discount-Fitness-Studios, Bioprodukte bei Lebensmittel-Discountern oder Gesundheitskurse, die von den gesetzlichen Krankenkassen vermittelt und bezuschusst werden. Laut der Studie gibt jeder Erwachsene in Deutschland zusätzlich zur Krankenversicherung 900 Euro im Jahr für seine Gesundheit aus. Die auf dem zweiten Gesundheitsmarkt angebotenen Leistungen werden häufig als wichtig für ein gesünderes Leben angesehen und bieten Akteuren des Gesundheitswesens eine ganze Reihe an neuen Geschäftsmöglichkeiten. Vor allem Anbieter des ersten Gesundheitsmarktes können wirkungsvoll Angebote für den zweiten Gesundheitsmarkt entwickeln, da diesen eine hohe Kompetenz zugesprochen und ein großes Vertrauen entgegengebracht wird. Seit dem Jahr 2000 sind die privaten Gesundheitsausgaben, die zusätzlich zur Krankenversicherung getätigt werden, jährlich um 6 % gestiegen (vgl. Heeb 2007).

2.3.3 Auswirkungen der Entwicklung des zweiten deutschen Gesundheitsmarktes auf das Gesundheitssystem in Deutschland

Wie vorangehend beschrieben, lassen sich die Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems zusammenfassen als korporatistische Akteure zur Lösung von Steuerungsproblemen durch Delegation von Regulierungsfunktionen an Verbände (vgl. Noweski 2012, S. 69) und die Beauftragung von Krankenkassen als Finanzierungsträger.

Diese bestimmende Besonderheit des deutschen Gesundheitsmarkts sieht sich einer neuen Entwicklung gegenüber, die Noweski den „rehierarchisierten Wettbewerbskorporatismus“ nennt (Noweski 2012, S. 90). Ein Merkmal dieser neuen Entwicklung wird mit dem Begriff des *managed care* beschrieben. Der Einfluss der Nachfrage auf das Angebot wird größer und stellt nach Noweski eine Deprofessionalisierung als implizite Sozialisierung dar. Es herrscht ein Vertragssystemwettbewerb. Kollektivverträge stehen im Wettbewerb zur Integrierten Versorgung. Eine Entwicklungstendenz zeigt sich nach Noweski in der fortgesetzten Etablierung eines zweiten Gesundheitsmarkts durch Deregulierung, also durch Rücknahme staatlicher Beschränkungen, die wiederum die Reduzierung des Einflusses korporatistischer Akteure bedeuten. Ein weiteres Merkmal dieser Entwicklung sind die Zusatzversicherungen, also Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs, vor allem aus dem Bereich kurativer Leistungen, Prävention und Wellness. Nach Noweski bedeutet dies den Verlust des sozialpolitischen Auftrags. Ein letztes Merkmal ist die Profitorientierung, also die Ausrichtung des Angebots an trendsensiblen Nachfragen der Kundinnen und Kunden (vgl. Noweski 2012, S. 72ff.).

Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit der Erweiterung des Betrachtungsbereichs des Begriffs ‚Public Health‘. Dieser wird im folgenden Kapitel eingeführt.

2.4 Der Public-Health-Ansatz als Beitrag zum ersten und zweiten Gesundheitsmarkt

Winslow definiert Public Health bereits 1920 als „the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting physical health and efficiency through organized community efforts“. Schwartz beschreibt Public Health mehr als 80 Jahre später immer noch als Wissenschaft und Praxis der Gesunderhaltung der Bevölkerung. Diese bezieht sich auf ganze Populationen beziehungsweise Subpopulationen, ohne zugleich individuelle Präferenzen und Bedürfnisse zu negieren (vgl. Schwartz et al. 2003, S. 4; Lauterbach et al. 2010, S. 39). Schwartz definiert demzufolge zwei zentrale Anliegen der Public-Health-Forschung: Zum einen formuliert er die Frage nach dem Erreichen weiterer Verbesserungen der Gesundheit beziehungsweise die Sicherung des aktuellen Status vor dem Horizont neuer Gefahren. Zum anderen erörtert Schwartz die Frage nach dem Erreichen einer verbesserten Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten (vgl. Schwartz et al. 2003, S. 3). Ausgangspunkte für die Entwicklung von Public Health sind nach Petra Kolip et al. (Kolip 2006) die demografische Entwicklung, die Veränderung des Krankheitspanoramas und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Public Health ist eine Multidisziplin: Zur Analyse und Lösung der Probleme tragen verschiedene Disziplinen mit ihrer Expertise bei. Public Health ist gekennzeichnet durch einen Bevölkerungs- und Systembezug sowie durch eine Anwendungsorientierung. Vor allem neuere Rezeptionen der Prävention (Krankheitsverhütung, -verzögerung) durch gezielte Aktivitäten sollen stärker zum Gesunderhalt der Bevölkerung beitragen.

Salutogenese hingegen sucht nicht nach strukturellen Entstehungsbedingungen von Krankheit, sondern stellt die Frage nach den Entstehungs- und Unterstützungsbedingungen von Gesundheit in den Mittelpunkt (vgl. Schriften von Aron Antonovsky). Hier ist der Arzt nicht mehr nur Heiler, sondern Experte des Gesunderhalts. Und hierin liegt auch der Wert vieler heterodoxer Behandlungsmethoden – in der Vorbeugung: Das Ziel von Gesundheitsförderung ist somit die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz sowie eine systematische Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten abzielt. Gesundheitsförderung und Gesundheitsfürsorge stellen damit ein Gegenmodell zum Kranksein dar, der elementaren Bezugsgröße des ersten Gesundheitsmarkts (Schwartz et al. 2003, S. 182). Gesundheit wird in diesem Sinne verstanden als Zielorientierung und Lösungsstrategie für eine Vielzahl gesellschaftlicher Problembereiche, bei der neue kollektive und individuelle Denk- und Verhaltensmuster entstehen (ebd.). Prävention ist dabei nicht nur Ausdruck einer individuellen Verhaltensänderung, sondern auch einer breiteren Strategie des Umbaus des öffentlichen und privaten Sektors, der kommunikativ begleitet wird (ebd.). Hier offenbart sich aber auch die gesellschaftliche Realität: Der Rückbau des paternalistischen Gesundheitswesens begünstigt die Entwicklung neuer Denk- und Verhaltensmuster und erfordert eine Anpassung des Gesundheitswesens an diese Entwicklung (beispielswei-

se IQWiG³³) für den ersten Gesundheitsmarkt, aber auch eine Öffnung des zweiten Gesundheitsmarkts für heterodoxe Medizin.

Der zunehmend als wichtig betrachtete Aspekt der subjektiven Empfindung des Patienten öffnet heterodoxer Medizin jenseits der Erfordernisse evidenzbasierter Medizin Möglichkeiten zur Inkorporation in den Gesundheitsmarkt (vgl. Ottawa-Charta 1986³⁴; Schwartz et al. 2003, S. 182f.) Die enormen Wohlfahrtsgewinne, die durch Kostenvermeidung durch Gesunderhalt erzielt werden können, stellen potenzielle Einfallstore für heterodoxe Medizin dar: für die Akteure Krankenkasse, als Patientenzufriedenheit durch gesteigertes Wohlbefinden und als Umsatzsteigerung für die Akteure des Gesundheitswesens.

Vordergründig widersprüchlich gehen diese drei Aspekte Hand in Hand, da die Umsatzsteigerungen der Ärzteschaft vorrangig am zweiten Gesundheitsmarkt erzielt werden (und damit privat erbracht werden müssen). Damit stellt sich durch derartige vorbeugende Gesundheitsfürsorge ein erhebliches Entlastungspotenzial für die Beitrags- und steuerfinanzierten Krankenkassen dar.³⁵

Das Scheitern heterodoxer Medizin im evidenzbasierten Erstattungssystem bedeutet nicht, dass die Ausübung dieser Methoden auf privat ausgebildete Praktiker beschränkt ist. Vielmehr bietet sich den Akteuren des ersten Gesundheitsmarkts ein weites Spektrum an Einsatzmöglichkeiten, die zentrale Ziele des Gesundheitswesens unterstützen. Zentral im Sinne eines präventiven Ansatzes ist es darum, herauszufinden,

- wo sich in der Struktur des deutschen Gesundheitswesens Ansatzpunkte zur verstärkten Integration von Shiatsu in den Gesundheitsmarkt finden lassen,
- welche Akteure zentral sind,
- wie eine unterstützende Argumentation aussieht,
- ob es evidenzbasierte Studien gibt und
- welche wirtschaftlichen Aspekte/Chancen/Risiken beachtet werden müssen.

Grundlegend muss geklärt werden, wie die Integration transkultureller Konzepte in den deutschen Gesundheitsmarkt gelingen kann und wodurch die Integration strukturell behindert wird.

33 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, unabhängiges wissenschaftliches Institut, untersucht den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Über die Vor- und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren informiert es in Form von wissenschaftlichen Berichten und Gesundheitsinformationen (www.iqwig.de, 9.1.16).

34 Thematisiert wird bereits 1986 der Fokus auf Gesundheit als von Wohlbefinden geprägt und aktiver Beitrag zur Lebensqualität.

35 Zumal aufgrund der demografischen Entwicklung immer weniger Leistungserbringern immer mehr Leistungsempfänger entgegenstehen.

2.4.1 Betrachtung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses und seine Einordnung in das deutsche Gesundheitswesen

Trotz der Fülle an Konzepten und der Bedeutung, die Gesundheit und Krankheit, sowohl subjektiv als auch aus gesellschaftlicher Perspektive, zukommen, gibt es keine wissenschaftlich begründbaren, eindeutigen Definitionen. Ihr Verständnis ist bis heute einem kontinuierlichen Wandel unterzogen. Im Zuge der Entwicklung der Industriegesellschaft etablierte sich ein wissenschaftlich-technischer Krankheitsbegriff und damit verbunden eine Definitionsmacht der Ärzteschaft. Gegen diese „Enteignung“ der Gesundheit formierte sich die Gesundheitsbewegung; einer ihrer Sprecher, Ivan Illich, formulierte deren Notwendigkeit mit dem Satz: „Die Zunft der Ärzte ist zu einer Hauptgefahr für die Gesundheit geworden“ (Illich 1975, S. 9, zit. n. Grassmann 2003, S. 23).

Was unter Gesundheit verstanden wird, ist sehr stark gesellschaftlich abhängig. In unterschiedlichen Kulturkreisen finden sich entsprechend differierende Verständnisweisen von Gesundheit. Unterschiedliche wissenschaftliche Ansätze bringen entsprechend differierende Definitionen mit sich. Eine Übersicht über Gesundheitsdefinitionen findet sich bei Becker (Becker 1992, S. 93–100). Er unterscheidet folgende Krankheitsmodelle:

Biomedizinisches Störungsmodell

Krankheit wird als Folge gestörter somatischer Prozesse aufgefasst und ist mit ärztlichen Eingriffen behandelbar. Das Maschinenmodell des Körpers überwiegt. Krankheit und Gesundheit sind demnach Gegensätze. Hier wird ausschließlich Krankheit betrachtet. Das biomedizinische Störungsmodell ist in der Behandlung vieler Krankheiten verbreitet, aber zunehmender Kritik ausgesetzt.

Psychosoziale Modelle

Als Gegenmodelle zum biomedizinischen Modell besteht ihre Gemeinsamkeit in der Betonung psychischer und sozialer Bedingungen für (vorwiegend psychische) Krankheit. Sie legen eine Kontinuität zwischen normalen und gestörten Verhalten zugrunde und sehen eine Multikausalität von Störungen.

Diathese – Stressmodelle

Krankheiten resultieren aus dem Zusammenwirken belastender Bedingungen (Stressoren) und individueller Krankheitsdisposition, so die gemeinsame Annahme. Sie legen eine Kontinuität zwischen normalen und gestörten Verhalten zugrunde. Forschungen zum Einfluss kritischer Lebensereignisse gehen von diesem Modell aus.

Biopsychosoziale Modelle

Eine systematische Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren von Krankheit und Prävention wird hier gefordert. Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit werden als fließend angesehen. Das Modell erklärt ausschließlich Krankheit. Es ist Grundlage vieler präventiver Ansätze, aber noch nicht für Gesundheitsförderung.

Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation

Sie unterscheidet sich vom biopsychosozialen Krankheitsmodell durch die Formulierung einer eigenen Qualität von Gesundheit und die subjektive Kategorie Wohlbefinden.

Salutogenetisches Modell von Antonovsky

Hier wird ein gleichzeitiges Einwirken von pathogenetischen Faktoren (endogener und exogener Stress) und salutogenen Faktoren (Schutzfaktoren) wie psychosoziale, genetische und konstitutionelle Widerstandsquellen sowie dem – unterschiedlich interpretierten – Kohärenzsinn im Kern zugrundegelegt.

Beckers Einteilung von Gesundheitsmodellen nach Krankheitsorientierung und Gesundheitsorientierung ist unterstützend im Kontext späterer Differenzierungen. Im Zuge der Zeit ist nach Grassmann ein Wandel hin zu einem „sich selbstoptimierenden Individuum“ zu beobachten.

Die Pflicht zur „Selbstverantwortung“ und zur eigenen „Fitness“ reicht bis zu einer „optimalen Angepasstheit“ an berufliche und private Aufgaben und durchdringt schon längst unseren Alltag. Die Werbung als Spiegel und Ausdruck gesellschaftlicher Strömungen lebt in hohem Maße von dem Gesundheitsmarkt und prägt eine Ästhetik der Warenwelt, die sich in unserem subjektiven Erlebnis- und Verhaltensmuster wiederfindet. (Grassmann 2003, S. 23)

Grassmann zitiert dazu Zimmermann. Der schließt aus der „Verborgenheit der Gesundheit“ und daraus, dass man Gesundheit im Unterschied zu Krankheit nicht fühlen kann, auf die Notwendigkeit einer „metaphorischen Repräsentation“:

Wir haben Codes entwickelt, die Gesundheit erlebbar machen. [...] Die durch und durch metaphorische und symbolische Repräsentation der Gesundheit [...] entspricht dabei in hohem Maße der Ästhetik der Warenwelt. (Zimmermann 1996, S. 115)

Der Zusammenhang zum jeweiligen Paradigma, das hinter den einzelnen Definitionen von Gesundheit steht, zum Blickwinkel der Forschung und zu den daraus resultierenden Vorschlägen für unterschiedliche Konzepte gesunder Lebensweise wird bei Lafaille deutlich. Seiner Einschätzung nach gibt es im Prinzip unzählige Möglichkeiten, theo-

retische Einsichten und Themenbereiche der Gesundheitswissenschaft zu klassifizieren. Er schlägt eine Vier-Felder-Matrix vor, in deren Mitte die Realität steht. Die vier Felder der Matrix ergeben sich aus naturwissenschaftlicher versus geisteswissenschaftlicher Sicht und individuumszentrierter versus gesellschaftlich – auf größere Zusammenhänge – zentrierter Sicht.

Die Bedeutung der unterschiedlichen Paradigmen liegt Lafailles Einschätzung nach darin, dass sich daraus jeweils spezifische Gesunde-Lebensweisen-Programme ableiten lassen, die in ihren Intentionen einander widersprechen. Er fordert für die Gesundheitswissenschaft die Einführung von Metatheorien, die möglichst viele Teilaspekte integrieren können, um der Beschreibung der Wirklichkeit wieder ein Stück näherzukommen (Göpel 1994, S. 233ff.).

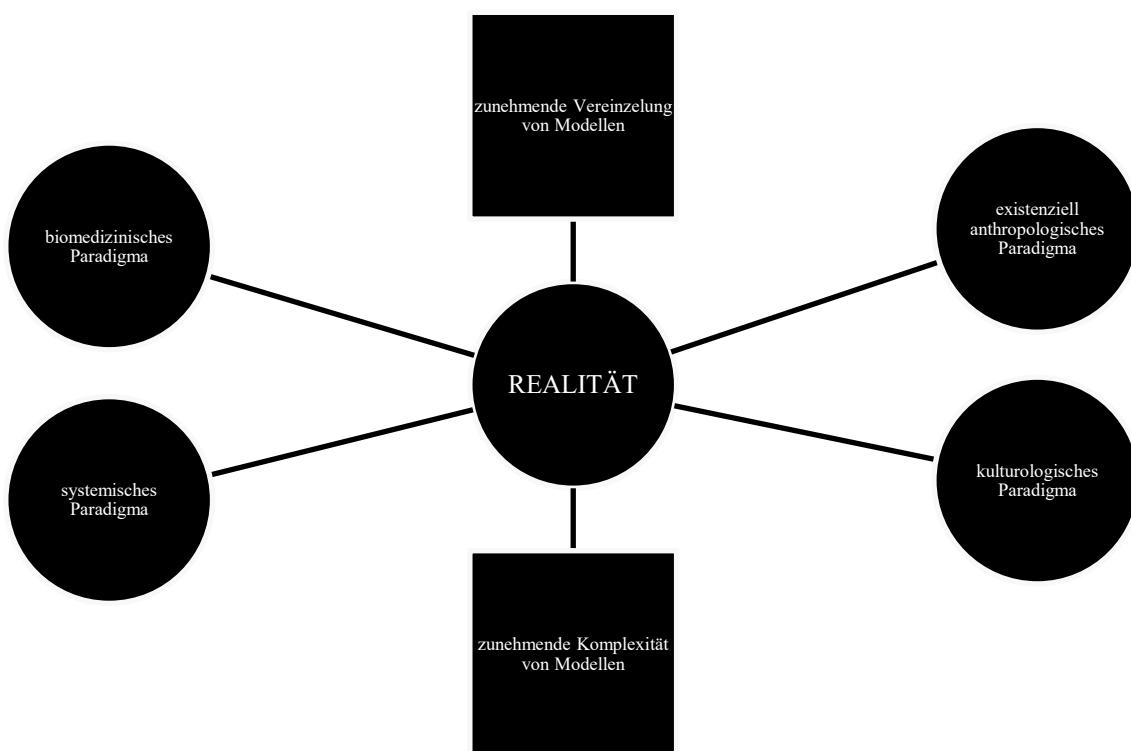


Abbildung 3: Paradigmen der Gesundheitstheorien³⁶

Das biomedizinische Paradigma

Es entwickelt sich allmählich seit der Renaissance und fußt auf der cartesianischen Trennung von Geist und Materie. Dieses Paradigma der Naturwissenschaften liegt den (schul-)medizinischen Wissenschaften zugrunde. Dementsprechend werden Körper- und Geisteskrankheiten unterschieden und von unterschiedlichen Spezialisten behandelt. Gesundheit wird in diesem Paradigma als Abwesenheit von Krankheit verstanden.

36 Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Lafaille (in Göpel 1994, S. 233).

Gesundheit und Krankheit schließen sich gegenseitig aus, und sie stehen sich nach diesem Gesundheitsverständnis diametral gegenüber. Krankheitsentstehung wird monokausal (zum Beispiel durch Bakterien) oder in neuerer Zeit multifaktoriell (beispielsweise aufgrund von Risikofaktoren) anhand Ursache-Wirkung-Modellen erklärt. Das zentrale Thema aller Kritik am derzeitigen biomedizinisch orientierten Gesundheitssystem ist das auffallende Missverhältnis zwischen Kosten und Nutzen der modernen Medizin (Capra 1992, S. 144).

Das systemische Paradigma

Das neuere systemische Paradigma der Naturwissenschaften versucht dieses mechanistische Weltbild zu überwinden. Es entstand als Ergebnis verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen oder ihrer Anwendungsgebiete wie der Informatik oder Kybernetik. Ein System wird definiert „als ein Set von Elementen, zwischen denen ein spezifisches (das heißt nicht zufälliges) Beziehungsmuster existiert“ (Göpel 1994, S. 237). Systeme können in Subsysteme aufgeteilt werden, welche wechselseitig voneinander abhängen. Auch ist das Ganze mehr als die Summe seiner Teile. Dadurch entsteht eine komplexere Kausalität als in den Reiz-Reaktion-Schemata des biomedizinischen Modells (Göpel 1994, S. 238). Capra, der selbst Physiker ist, sieht eine Beziehung zwischen moderner Systemlehre und altem chinesischem Denken. Neuere Erkenntnisse moderner Systemlehre bestätigen das, was in den Philosophien vor allem des Taoismus in China seit Langem überliefert wird. Beide haben die Vorstellung von Fluktuation und Wandlung als der Grundlage jeder Ordnung, wobei die Idee des Rhythmus eine grundlegende Rolle einnimmt. Rhythmen entstehen durch ein dauerndes Wechselspiel zwischen zwei Polen oder Gegensätzen, welche als Yin und Yang bezeichnet werden. Auch der Gedanke, dass das Ganze in jedem seiner Teile enthalten ist, als eine mögliche universelle Eigenschaft der Natur, wird in beiden Ansätzen geteilt (Capra 1992, S. 333ff.). Ein gesundes System beschreibt Capra folgendermaßen:

In einem gesunden System – einem Individuum, einer Gesellschaft oder einem Ökosystem – halten sich Integration und Selbstbehauptung im Gleichgewicht. Dieses Gleichgewicht ist nicht statisch, sondern besteht aus einem dynamischen Wechselspiel. Integration entspricht den Qualitäten dessen, was die Chinesen mit Yin umschreiben, und Selbstbehauptung entspricht dem, was als Yang bezeichnet wird. Gesundheit und Krankheit sind dementsprechend Aspekte desselben Prozesses. Das Entstehen von Ungleichgewichten kann vielfältige Ursachen haben, z. B. zusammenhängend mit dem Klima, der Ernährung oder einem Mangel an Bewegung. Die Hauptverantwortung dafür liegt bei dem einzelnen Menschen. Von daher haben vorbeugende Maßnahmen in diesem Paradigma eine besondere Bedeutung. (Capra 1992, S. 351f.)

Das existenziell-anthropologische Paradigma

Dieses geisteswissenschaftliche Paradigma bezieht sich auf unterschiedliche theoretische Konzepte zum Beispiel aus der Psychoanalyse, des Existenzialismus, der modernen psychotherapeutischen Schulen. Sie verfolgen einen qualitativen humanistischen Ansatz. ‚Existenziell‘ bedeutet, dass großer Wert auf Erfahrungen im Leben gelegt wird, wobei die Einzigartigkeit des Individuums und seines Erlebens betont wird. Es wird beispielsweise ein bestimmter Schmerz von unterschiedlichen Menschen verschieden erlebt, abhängig von ihren Vorerfahrungen. Auf Gesundheit und Krankheit bezogen impliziert dieses Paradigma, dass die individuelle Biografie und Lebensereignisse bei der Betrachtung gewürdigt werden. Krankheiten werden als Ausdruck existenzieller Krisen verstanden, und die Bewältigung kann zu persönlichem Wachstum führen, durch Aufheben einer bestehenden Desintegration. Bei der Betrachtung von Gesundheit steht die Selbstverwirklichung im Mittelpunkt (Göpel 1994, S. 243ff.).

Das kulturologische Paradigma

Das kulturologische Paradigma verfolgt einen humanistischen Ansatz. Es erweitert den Blickwinkel hin auf die Betrachtung gesamtgesellschaftlicher Vorgänge. Alle Phänomene, auch das Bild von Gesundheit und Krankheit, werden als kulturell und historisch geprägt gesehen. Die Wirklichkeit wird als Prozess verstanden. Alle Phänomene werden als veränderlich betrachtet, so auch wissenschaftliche Erkenntnisse. Es wird eine wechselseitige Abhängigkeit von gesellschaftlichen Bedingungen, also den Beziehungen, die Menschen miteinander bilden, und der Persönlichkeitsstruktur der in diesen Beziehungen lebenden Menschen beschrieben.

Im Gegensatz zum biomedizinischen Paradigma betonen die anderen drei Paradigmen eine holistische, ganzheitliche Sicht der Wirklichkeit. Homfeldt weist nach, dass ‚health‘ sprachhistorisch eine enge Verwandtschaft hat zu ‚hale‘, was der Stamm ist für ‚whole‘, ‚heil‘ und ‚holy‘, d. h., Gesundheit steht sprachhistorisch in enger Verbindung zu Ganzheit und Heilsein (Homfeldt 1991, S. 4). Nach Lafaille (Göpel 1994, S. 258) enthalten alle unter den verschiedenen Paradigmen genannten Definitionen von Gesundheit implizit oder explizit utopische Ideen. Von daher ist es für ihn nicht überraschend, dass die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) viel Anklang gefunden hat. „Diese Definition der WHO repräsentiert einen Kompromiss auf einem abstrakten Niveau, zwischen allen Arten von Wissenschaften“ (ebd.). So lautet die WHO-Definition (1. ältere Fassung 1946) in der deutschen Übersetzung (vgl. Venth 1987, S. 117): „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ Betont wird die ganzheitliche Sicht des Menschen und die Subjektivität von Gesundheit. Was Wohlbefinden bedeutet, kann nur jeder Mensch für sich selbst beantworten. Es kann nicht von außen her bestimmt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich in der Diskussion um den Gesundheitsbegriff ein Konsens ergeben hat über einen prozessorientierten, lebensgeschichtlichen und subjektiven Gesundheitsbegriff, wobei zwischen Krankheit und Gesundheit fließende Übergänge bestehen. Gesundheit wird als Ergebnis einer umfassenden und aktiven Auseinandersetzung der Person mit ihrer natürlichen und sozialen Mitwelt angesehen, wobei die jeweiligen Lebensbedingungen hinderlich oder förderlich sein können. Außerdem gibt es einen Konsens zur Multidimensionalität von Gesundheit, wobei jedoch die Anzahl und Gewichtung der Dimensionen unterschiedlich diskutiert wird. Im deutschsprachigen Raum haben sich folgerichtig nicht eine Gesundheitswissenschaft, sondern *die* Gesundheitswissenschaften etabliert. Im *Handbuch Gesundheitswissenschaften* von Hurrelmann (2006) sind entsprechend medizinische, psychologische und soziologische Grundlagen genannt, die an späterer Stelle um ökologische Aspekte erweitert werden. Eine integrierende Theorie fehlt bisher.

2.4.2 Betrachtung des Begriffs ‚Gesundheitsförderung‘ der Ottawa-Charta und der 64. Gesundheitsministerkonferenz-EntschlieÙung

Die Ottawa-Charta³⁷ wird mit der Zieldefinition von Gesundheitsförderung eingeleitet, in der Selbstbestimmung, Prozesshaftigkeit von Gesundheit sowie sozial-ökologische Aspekte die Gesundheitsdefinition der WHO von 1946³⁸ ergänzen. Schlüsselemente für die Entwicklung der Gesundheitsförderung sind die Verbesserung der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger zu mehr Mitwirkung, Mitentscheidung und Selbstbestimmung in den Belangen, die ihre Gesundheit betreffen („Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu befähigen“, Ottawa-Charta 1986, S. 2). Außerdem die Stärkung der Verantwortung der Gesellschaft als Ganzes und der Kommunen im Speziellen für mehr Gesundheit. Das Gesundheitsförderungsverständnis der Ottawa-Charta erwartet ergänzende, ganzheitliche Methoden zur Befähigung lebenslangen Lernens, eine gesundheitsgerechte Gestaltung von politischen Entscheidungen, gesundheitsbezogene Bildung, die Aneignung sozialer Kompetenzen sowie Möglichkeiten, sich gesund zu verhalten, sich zusammen mit anderen für Gesundheit zu engagieren und die entsprechende Unterstützung durch Institutionen zu finden. Kern des Dokuments sind drei grundlegende Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsfelder:

- Anwaltschaftliches Eintreten für Gesundheit: aktives Engagement für die Entwicklung und Veränderung der politischen, sozialen, ökonomischen, ökologischen oder kulturellen Faktoren, die Gesundheit und Lebensqualität be-

37 Charta als Ergebnis der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa (Ottawa-Charta 1986).

38 „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“

einflussen, mit dem Ziel, dass sie für Gesundheit verträglich sind und sie nicht schädigen.

- Vermitteln und Vernetzen: Das koordinierte Zusammenwirken von Menschen aus allen Lebensbereichen soll gesundheitsförderliche Lebensbedingungen ermöglichen. Die Beteiligung von Entscheidungsträgern und selbstorganisierten Initiativen und Verbänden ist dabei ein wichtiger Baustein
- Befähigen und Ermöglichen: Soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes sollen vermindert werden. Gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen sollen geschaffen werden, damit Menschen befähigt werden, die Faktoren, die für ihre Gesundheit wichtig sind, selbst und gemeinsam mit anderen zu beeinflussen, um ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu entfalten (Kompetenzförderung).

Den weitesten Sprung zum Gesundheitsförderungsverständnis moderner Prägung (auch wenn sie den weitgespannten Anspruch der Ottawa-Charta nicht mitträgt) schaffte die 64. GMK-Entscheidung aus dem Jahr 1991, die mit den Stimmen aller Bundesländer verabschiedet wurde. Darin wird erstmals von „präventiver Gesundheitspolitik“ gesprochen. Wesentlicher Kernpunkt dieser Entscheidung ist das umfassende Verständnis von Gesundheitsverträglichkeit, das einmütig von den Ländern getragen wird.

Die GMK hält es für unverzichtbar, dass gesundheitliche Belange bei allen öffentlichen Planungen über den Krankheitsbezug hinaus berücksichtigt werden. Dabei soll das Anliegen „Gesundheit“ ressortübergreifend – also auch in primär nicht gesundheitsbezogenen Bereichen – angesprochen, in Entscheidungen einbezogen und auch durch aktive Bürgerbeteiligung verwirklicht werden. Als Beispiele seien hier Stadtplanung und Verkehrspolitik genannt.

Landesgesundheitsgesetze

Nach dem Grundgesetz sind im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes Fragen der Gesundheit Angelegenheiten der Länder. Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung wie in Artikel 72 Absatz 1 definiert, haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seinen Gesetzgebungsrechten keinen Gebrauch macht. In Artikel 74 werden im Katalog der Gebiete auch Maßnahmen im Gesundheitsbereich aufgeführt.

Die Stärke der Gesundheitsförderung liegt in ihrem interdisziplinären und intersektoralen Wesen. Für jede Strategie der Gesundheitsförderung ist es unentbehrlich, dass die breite Öffentlichkeit, Fachleute und Politiker die gesundheitspolitische Diskussion unter dem Blickwinkel der Förderung von Gesundheit verstehen. Gesundheitsförderung wird als intersektorale Aufgabe akzeptiert, ihr wird auf programmatischer Ebene kaum widersprochen. Landesgesundheitsgesetze haben Gesundheitsförderung als gesetzliche Aufgaben festgeschrieben, Umsetzungsstrukturen bilden sich langsam auf kommunaler Ebene. Das, was Max Weber für Politik ausführt, gilt ebenso für Gesund-

heit im politischen Verständnis: Die Politik bedeutet ein starkes, langsames Bohren von harten Brettern, mit Leidenschaft und Augenmaß.

3 GRUNDLAGEN:

Begriffe, Entstehungslinien und theoretische Differenzierung des Shiatsu

3.1 Einführung

3.1.1 Mit der Hand sehen

„Wir sehen, weil wir handeln, und gerade weil wir sehen, können wir handeln“, schrieb George Herbert Mead vor mehr als hundert Jahren, um zu unterstreichen, dass die Wahrnehmung unbegreiflich wäre „ohne die ständige Kontrolle des Sehens durch die Hand und umgekehrt“. Seit über zwanzig Jahren wird intensiv seitens der Psychologie und der Neurowissenschaften wie auch kulturwissenschaftlich über das soziale Gehirn geforscht. Neurowissenschaftlich wird beispielsweise untersucht, wie soziales Verhalten vom Gehirn gesteuert wird. Eine besondere Rolle in dem Kontext kommt der Anfang der Neunzigerjahre bei Affen entdeckten neuen Klasse von Nervenzellen zu, den sogenannten *mirror neurons*/Spiegelneuronen (vgl. Rizzolatti et al. 2012). Diese Nervenzellen sind sowohl aktiv, wenn ein Tier eine Bewegung selber ausführt, als auch wenn es die gleiche Bewegung bei einem anderen Tier beobachtet (zum Beispiel der Griff nach einer Nuss). Das Bewegungssystem im Gehirn scheint normalerweise automatisch die Bewegungen zu spiegeln, die es bei einem anderen Tier wahrnimmt. Forscher dachten lange, das soziale Verhalten von Menschen durch diese neu entdeckte Klasse der Nervenzellen erklären zu können, denn auch beim Menschen scheint diese Spiegelung in Bezug auf die Wahrnehmung des Anderen zu gelingen. Rizzolatti und Sinigaglia schlussfolgern im Kontext dieser Entdeckung, dass das Sehen, das die Hand leitet, ein Sehen mit der Hand ist, und dass das so wahrgenommene Objekt oder Subjekt als „ein Ensemble von Handlungshypothesen kodiert erscheint“ (ebd., S. 61f.). Menschliche Wahrnehmung adaptiert demnach nicht nur an visuomotorische Transformation beziehungsweise schafft neuronal³⁹ eine Übereinstimmung zwischen der visuellen und motorischen Selektivität. Die Neurone reagieren auch auf die Bedeutung, die der Reiz auf das handelnde Subjekt hat – sie begreifen es.

Es reicht nicht, die Pragmatik des Begreifens zu betrachten. Es braucht eine weitergehende Semantik und den Kontext emotionaler Konnotationen, um neuronal eine Welt zu „schaffen“, einen Raum, Orientierung, Bewegung und Begreifen von Handlungen und Intentionen in ihren differenzierten Formen. Das Sehen mit der Hand scheint nach Gallese, Rizzolatti et al. die Grundlage einer persönlichkeitspsychologischen Emotionsansteckung zu sein (vgl. Fogassi et al. 2002).

39 Visuell dominantes Neuron in AIP, gefunden in F5 (Premotor Cortex F5 nach Brodmann).

Neurowissenschaftler wie Vogeley⁴⁰ und andere akzeptieren die Spiegelneurotheorie heute nicht mehr für sämtliche kognitive Leistungen. Um komplexe soziale Vorgänge wie Zweifel, Ironie oder Täuschung zu dekodieren, muss die Person Rückgriffe auf frühere Erfahrungsbestände machen. Beispielsweise helfen Überlegungen und Erinnern weiter, um den Sachverhalt adäquat zu übersetzen. (Ist das Lächeln nun positiv oder negativ zu verstehen in dieser Situation?) Die Theorie zum Spiegelneuronensystem lässt sich heranziehen, wenn sich eine Absicht direkt aus ihrem körperlichen Verhalten, ihrer Mimik oder ihren Bewegungen ableiten lässt. Aber greift die Theorie der Spiegelneuronen auch bei elementaren sozialen Signalen⁴¹, beispielsweise um Blicke anderer zu verstehen?

Untersuchungen zur nonverbalen Kommunikation mit einem besonderen Schwerpunkt auf menschlichem Blickverhalten zeigen, dass im Wesentlichen zwei verschiedene neuronale Systeme beteiligt sind. Dabei handelt es sich zum einen um das sogenannte Spiegelneuronensystem (*mirror neuron system*), das stärker auf bewegungsbezogene Signale fokussiert ist und eine vergleichsweise frühe Verarbeitungsstufe sozialer Signale darstellt, die mit der Detektion befasst ist. Dieses Netzwerk wird zum anderen ergänzt durch das sogenannte soziale neuronale Netzwerk (*social neural network*), das stärker auf die innere Verfassung von Personen gerichtet ist und eine vergleichsweise späte Verarbeitungsstufe sozialer Signale darstellt, die mit der Evaluation befasst ist (vgl. Vogeley 2014, Hervorh. A. K.).

„Theory of Mind“ oder „Mentalisierungsnetzwerk“ nennen sich die Modelle in der Hirnforschung. „Theory of Mind“ bedeutet die intrinsische Entwicklung einer Theorie über den Anderen: sein Fühlen, sein momentaner Zustand, seine Wünsche und seine Absichten. Mentalisieren steht dafür, eine geistige Brücke zum Anderen zu bauen, und ist nicht zu verwechseln mit Empathie, bei der wir uns in andere einfühlen. Da Spiegelneurone, wie beschrieben, nicht allein für soziale Interaktion verantwortlich sind, bedarf es der Sprache und der Berührung, um die soziale Interaktion im Shiatsu zu beleuchten. Spiegelneuronen und das Mentalisierungsnetzwerk ergänzen sich und erfüllen verschiedene Aufgaben innerhalb der sozialen Interaktion. Auch Vogeley beurteilt das Spiegelneuronensystem als frühe Verarbeitungsstufe, die die Bewegungsdetektion von potenziell sozial relevanter Bewegung übernimmt: Wird die Situation aktuell sozial relevant, wird sie, bildlich gesprochen, zum Mentalisierungssystem gereicht. Das Spiegelneuronensystem bietet also schnelle Hypothesen über einfache Bewegungsmuster wie ein Lächeln oder ein Winken. Das Mentalisierungssystem greift ein, sobald es um innere Motive oder Gründe geht. Es recherchiert und interpretiert, weshalb das Gegenüber

40 Kai Vogeley ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Professor für Psychiatrische Früherkennung und Prävention am Klinikum der Universität Köln.

41 Elementare soziale Signale sind sozial kognitive Leistungen. Diese definieren zum einen die Fähigkeit zur Selbst-Fremd-Differenzierung, also die Fähigkeit, zwischen den eigenen mentalen Phänomenen und denen anderer Personen zu unterscheiden (zum Beispiel Perspektivwechsel im Raum), und zum anderen die Fähigkeit des Selbst-Fremd-Austauschs, also die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzusetzen und sich vorzustellen, was andere Personen denken oder fühlen (zum Beispiel Theory of Mind, soziale Interaktion).

beispielsweise lächelt. Experimentell beobachtet und bestätigt wurde dieser Mechanismus von Vogeley et al.⁴²:

Versuchspersonen konnten sehen, wie virtuelle Kugeln eine Bahn entlanglaufen und dann plötzlich stoppen. In einer Variante des Experiments war dafür keine äußere Ursache erkennbar. Es schien so, als wären die Kugeln aus eigenem Willen stehengeblieben. Sie ähnelten darin dem sozialen Wesen „Mensch“. (Vogeley in Hubert 2016, S. 6–7)

In einer Shiatsu-Behandlung geht es einerseits um vertraute Abläufe und andererseits darum, für Überraschendes empfänglich zu sein. Die soziale Interaktion einer Shiatsu-Behandlung funktioniert nicht über sprachliche Kommunikation, sondern über Kommunikation durch Berührung. Doch bevor eine Behandlung beginnt, wird gesprochen. Es wird ein Termin abgesprochen, und schon dabei ordnet der Behandler Stimme, Tonlage und Wortwahl in die Theorie der Meridianfunktion⁴³ oder die Theorie der Wandlungsphasen⁴⁴ ein. Zu Beginn und zum Ende einer Behandlung findet ebenfalls Kommunikation über Sprache statt. Neben Begrüßung und Abschied beziehungsweise Terminabsprache wird der Grund des Kommens eruiert. Auch hier wird bereits auf Basis der entsprechenden theoretischen Ausrichtung das Gesagte analysiert und eingeordnet. Die eigentliche Sitzung beginnt in der Regel mit einer kurzen Einkehr und Fokussierung des Behandlers auf Absichtslosigkeit.

Wir verstehen diese Ausrichtung in dem Sinne, dass kein vorgegebenes Ziel erreicht werden soll oder muss. Der Sache dienen, also Kontakt zu sich und dem Gegenüber entwickeln, sich anders oder neu entdecken, sich entfalten dürfen. Mit dem, was ist, mitgehen. Es hat etwas Einladendes, Müheloses. (Pia Staniek, Europäisches Shiatsu Institut⁴⁵)

Wenn dann die Hände mit der Befundung beginnen, wird nicht mehr gesprochen. Der Behandler ertastet die Qualität der Leitbahnen und arbeitet mit dem Befund in der Sitzung. Die Hände beginnen nun sozial zu interagieren, zu „sehen“. Das Interessante dabei ist die Wirkung.

Clients used strong language to describe their experiences of shiatsu and its effects: for example, it was “fantastic,” “an incredible experience,” “awe-inspiring,” and “a quite overwhelming effect.” Practitioners perceived a wide range of common effects [...]. These included relaxation, physical effects (for example, on pain, breathing and posture), emotional effects (such as being happier or able to “shut down worries”), being more connected to their body and inner self, and creating an awareness of being able to do things to help their own health. Both clients and practitioners pointed to a number of immediate effects of

42 Vgl. die Forschungsarbeiten zum Neuroimaging von Santos et al. 2010 und Kuzmanovic et al. 2014.

43 Meridiane haben einen Yin-Aspekt: die Bahnen, und einen Yang-Aspekt: den Ausdruck der Funktion. Meridianfunktionen entspringen den Zang/Fu-Funktionen der TCM und werden als Bewegung oder Ausdruck von Ki beschrieben. Kyo-Jitsu drücken die Wechselwirkung zwischen zwei verschiedenen Lebensfunktionen aus in der Art, wie sie sich im Leben zusammen bewegen. Wie Yin/Yang können auch Kyo-Jitsu nicht unabhängig voneinander existieren. Kyo-Jitsu ist eine natürliche Bewegung des Ki in allen Lebewesen, eine natürliche, das Leben erhaltende Erscheinung (ESI Berlin 2013, Skript Stufe 4, S. 5).

44 Siehe Kapitel 1.2.2.

45 Interview am 23.11.2015 mit Pia Staniek, Physiotherapeutin, Shiatsu-Therapeutin und -Lehrerin am Europäischen Shiatsu Institut (siehe Anhang 5).

shiatsu, arising after the session was finished or later that day. Clients talked in terms of immediate effects on symptoms, sleeping, feelings (calming, feeling more balanced, feeling physically different, feeling "normal" and back on track), ways of thinking, and physical effects (being more mobile, less stiff, more supple) [...]. Practitioners reported that the clients "felt a release" and "relaxation" (being) there immediately after the first treatment (vgl. Long und Mackay 2003).

Die Behandlung und Nachsprache der Behandler verändert, abgeleitet von den Ergebnissen der Behandlung, oft den emotionalen Zustand des Klienten wie auch dessen Beziehung zum Shiatsu-Praktiker und die Sicht auf das eigene Wohlbefinden (vgl. Long 2009, S. 6ff.).

Das „Sehen mit der Hand“ ist hypothetisch betrachtet ein subjektiver Akt, kulturell beobachtet ist es ein transsubjektiver Akt der Handlung. Das Verstehen emotionaler Zustände anderer hängt, so die Hypothese, von einem Spiegelmechanismus und dem Mentalisieren ab, der die sensorische Erfahrung direkt emotional kodiert und ein Nachempfinden möglich macht. Er gestattet uns die Fähigkeit des Verstehens der Emotionen anderer in der eigenen Person, ohne das Verhalten vollständig reproduzieren zu müssen – eine notwendige Voraussetzung für emphatisches Verhalten und Mitgefühl über Resonanz und eine wichtige Voraussetzung in der Arbeit im Shiatsu. Mitgefühl und Achtsamkeit in Sprache, im Hinhören, in der Beobachtung und in der beschriebenen Absichtslosigkeit der Berührung sind wesentliche Elemente des Shiatsu, die Wirkung beeinflussen. Dies wird begrifflich im folgenden Kapitel weiterbenutzt. Hier braucht es weitere Forschungen und experimentelle Studien. Als Forschungsgegenstand muss dieser Ansatz jedoch in einer anderen Arbeit Platz finden.

3.1.2 Ki im Shiatsu – eine westliche Annäherung an einen östlichen Begriff

Ein weiterer zentraler Komplex im Shiatsu ist das Kanji Ki⁴⁶ (vgl. Mayor und Micozzi 2011). Um transkulturelle Elemente zu umreißen, wird sich die folgende Abhandlung mit aller Bescheidenheit dem Begriff ‚Ki‘ nähern, um einführend einem philosophischen Verständnis in Bezug auf Shiatsu Gehör zu verleihen. Denn es ist genau diese Sichtweise oder das Verständnis, welches einer Theoriebildung im Westen entgegensteht und gleichzeitig das Herz von Shiatsu ausmacht. Dem Ki kommt eine zentrale Rolle im Shiatsu zu:

Man, placed between Heaven and Earth, in a close relationship with nature. Ki therefore has a central role in shiatsu [...] pressure exerted from different parts of the practitioner's body is applied along the channels (meridians) that are said to be the preferential pathways for Ki flow in the human body. (Stefanini, zit. n. Mayor und Micozzi 2011, S. 212)

46 Abbildung des Kanji Ki: <http://www.de.emb-japan.go.jp/NaJ/NaJ0502/ki.html>. Die japanischen bedeutungstragenden Schriftzeichen stammen aus dem Chinesischen (Kanji).

Es ist schwierig, Begriffe wie den des Ki (auch ‚Qi‘) in eine andere Sprache zu übersetzen, da die westlichen und östlichen Kulturkonzepte, wie Kaptchuk feststellt, zu unterschiedlich sind: „Kein [...] Wort [...] kann adäquat erfassen, was Qi bedeutet“ (Kaptchuk 2000, S. 43). Als Beresford-Cooke versucht, den Sinn von Ki für ein besseres Verständnis für Shiatsu-Praktizierende im Westen zu übersetzen, wird der Begriff ‚Energie‘ als „westliche Annäherung“ an Ki gesetzt.

Shiatsu Lernende im Westen verstehen Ki zunächst als Bewegung von Energie im Netzwerk der Meridiane. Auch wenn dies tatsächlich ein Aspekt von Ki ist, stellt das Wort „Energie“ nur eine westliche Annäherung an einen östlichen Begriff dar. (Beresford-Cooke 2003, S. 84)

Eine etwas umfassendere Übersetzung durch Beinfield und Korngold fasst Ki als „eine unsichtbare Kraft [auf – AK], nur durch seine Wirkung bekannt [...]. Im Menschen sind alle Funktionen des Körpers und des Geistes Manifestationen des Qi“ (Beinfield und Korngold 1991, S. 30). Meridiane werden im Kontext dazu als Kanäle oder Wege beschrieben, auf denen Ki wie Verkehr fließt. „[...] sie umfassen den Körper wie ein unsichtbares Gitter, das alle grundlegenden Strukturen und Organe miteinander verbindet. [...] diese Kanäle sind unsichtbar, aber dazu gedacht, eine Art Informations-Netzwerk zu verkörpern.“ (Kaptchuk 2000, S. 105)

Meridians are also a means for sensing the expressions of vital functions on different levels (physical, emotional, mental and spiritual). In these places of interaction and exchange, the shiatsu practitioner can support and enhance the life quality of the client. Shizuto Masunaga, the originator of Zen shiatsu, made use of the amoeba [...] as a metaphor to introduce a new way of understanding the meridians; he described them as vital functions in a process of continuous transformation and change (the ancient greek word amoibe means change). The quality of change is a fundamental aspect of this system, envisaged of the precious gift of life itself. Masunaga speaks of a cyclical activation of the life functions to allow birth, development [...]. (Mayor und Micozzi 2011, S. 212)

Kishi, ein langjähriger Schüler Masunagas, stellt dem gegenüber, dass es Leitbahnen im Körper nicht gibt. Sie sind

Ausdruck unseres Lebens, sie zeigen, wenn das Fließen des Ki unterbrochen ist. Der Geist/Körper ist ein bisschen wie eine Strasse. Es gibt keine Probleme, wenn der Verkehr ruhig fließen kann. Aber wenn durch heftigen Regen ein Hang abrutscht oder es gibt einen Verkehrsunfall und alles kommt zum Stillstand, dann siehst du eine schmale Straße, die niemand vorher bemerkt oder benutzt hat. Dinge müssen weiterfließen können, deswegen wird eben diese schmale Straße benutzt. Die schmale Straße, die erscheint, kann mit einem Meridian verglichen werden und die Ursache der Unterbrechung ist kyofjitsu. Meridian-Shiatsu trägt die Dinge, die die Menschen zum Leben brauchen, durch diese schmale Straße. Wenn du krank wirst, tritt diese Meridianfunktion in Erscheinung. Es ist notwendig, diese Meridianfunktion einfach als eine Tatsache anzuerkennen, selbst wenn sie nach Maßstäben der westlichen Wissenschaft nicht nachweisbar ist. Es gibt keine Theorie für ‚am Leben sein‘ oder das Leben selbst. Ein Kind wird geboren, auch ohne Theorie. (Kishi und Whieldon 2015, S. 41)

Masunaga erforschte alte Schriften und verschiedene Wissenschaftsgebiete, um sich einer stabilen Theorie des Shiatsu zu nähern. Eine dieser Schriften war das Ishinpo⁴⁷. Wenn es um die Vorstellungen des zentralen Konzepts oder Begriffs des ‚Ki‘ im Ishinpo geht, gibt es viele relevante Auffassungen, allein durch die transkulturelle Einführung buddhistischer, taoistischer und konfuzianischer Literatur (vgl. Saga Tadashi⁴⁸). Die Bedeutung von Ki im Ishinpo ist ein Begriff oder ein Konzept, das sich vermutlich am „Modell des leiblich erlebten (heißen, kalten, trockenen, feuchten) Windes gebildet hat mit der Vorstellung, dass die Momente von Ausdehnung, (Fein-)stofflichkeit, Wirkkraft und Qualität miteinander verbunden sind“ (Steineck 2007, S. 52). Vermischen sich Yin und Yang entsteht der Mensch, trennen sie sich, stirbt er. So wird der Mensch in der östlichen Philosophie immer als Einheit von Yin und Yang betrachtet. Der Grundgedanke von Therapie ist dann folglich auch, dass es keine maßlose Beanspruchung einer der beiden Seiten geben darf (ebd.).

In den gängigen westlichen Lehren des Shiatsu wird, wie oben beschrieben, Ki mit ‚Energie/Lebensenergie‘ nach der energetischen Terminologie Porkerts et al. übersetzt und konnotiert damit, dass der Mensch durch den Austausch des (himmlischen) Yan-Ki und des irdischen oder weiblichen Yin-Ki entsteht.

Die Auffassung von der umfassenden Entsprechung kosmischer und menschlich-leiblicher Vorgänge in ihrer im „Inneren Leitfaden des gelben Kaisers“ entwickelten Form war laut Saga auch für weite Bereiche der japanischen Medizin und Medizinpolitik prägend. Für sie spiegelt sich im Menschen, der seinen Körper von der Erde, das Leben aber vom Himmel empfängt, Struktur und Dynamik des Universums. Wenn er sich dem periodischen Wandel von Himmel und Erde anzupassen weiß, so wird er von ihnen genährt; widersetzt er sich den in ihm selbst ablaufenden kosmischen Rhythmen, so wird er geschwächt. (Steineck 2007, S. 201)⁴⁹

Hier finden sich schon im zentralen Grundbestandteil des Ki transkulturelle Übernahmen, die sich im Transfer nach Europa und Deutschland in den gelehrten Grundprinzipien widerspiegeln und folgerichtig praktiziert werden. Dazu gehören die Kyo/Jitsu-Befundung durch Setsu Shin, Bo Shin, Bun Shin, Haiku Shin; Lehnen oder Sinken aus dem Hara, 90 Grad zur Körperoberfläche (versus Pressen oder Drücken); Arbeit mit beiden Händen (Mutter-Kind-Handprinzip); innere geistige Ausrichtung vor und während des Behandeln im Sinne von Sich-leer-Machen oder Nichtswollen; Danksagung des Behandlers zum Abschluss einer Behandlung.

Das beschriebene Transsubjektive im „Sehen mit der Hand“ beim Shiatsu, verstanden als Arbeit mit den „vital functions in a process of continuous transformation and change“ (Mayor und Micozzi 2011, S. 212) spiegelt sich so in unserer Gesellschaft

47 Ishinpo von Tanba Yasuyori ist die älteste gefundene medizinische Abhandlung eines japanischen Autors, zusammengestellt im späten 10. Jahrhundert auf der Basis einer großen Anzahl medizinischer und pharmazeutischer Manuskripte aus China, die meines Wissens erst um 1860 als Kopien verbreitet wurden und studiert werden konnten.

48 Jahrgang 1941, Professor am Forschungszentrum der Universität Kumamoto, mit den Fachgebieten praktische Philosophie sowie Bio- und Medizinethik.

49 Steineck verweist für den hier zitierten Text auf Erläuterungen von Ni (Ni 1998, S. 143–146).

wider als ein mit Wirksamkeit bescheinigtes Konzept (siehe Kapitel 4 und 5), ein willkommenes Diversifikationsangebot zu den bereits bestehenden Behandlungsspektren⁵⁰ hiesiger Akteure des ersten Gesundheitsmarkts und in einem wachsenden und ökonomisch bedeutsamen Wirtschaftszweig des zweiten Gesundheitsmarkts (siehe Kapitel 2.3ff.; Mayor und Micozzi 2011, S. 212).

3.2 Definition, Begriff und Entstehung des Shiatsu

Die Geschichte des Shiatsu ist sowohl populärliteral als auch wissenschaftlich vielfach beschrieben worden. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich deshalb auf einen verkürzten Abriss von in wissenschaftlicher Literatur gefundenen, geschichtlichen Nachzeichnungen. Durch die eklatanten Differenzen zeitlicher Natur und differenzierter Zuschreibungen hinsichtlich Herkunft und Verbreitung wird hier eine darstellende Analyse verfolgt, um möglichst einen klaren Weg nachzuzeichnen. Relevant dafür waren final die Werke von Margeret Lock (Lock 1984), Masunaga und Ohashi (Masunaga und Ohashi 2006; Masunaga und Ohashi 1977), Namikoshi (Namikoshi 1981), Kishi und Whieldon in der deutschen Übersetzung von Monika Knaden (Kishi und Whieldon 2015) sowie Carola Beresford-Cooke (Beresford-Cooke 2003) und Patrizia Stefanini in *Energy Medicine* (Mayor und Micozzi 2011, S. 211ff.). Dieses Kapitel beschäftigt sich außerdem mit einem übergreifenden Blick auf die Definitionen der weltweit mehr als 20 Verbände und Organisationen. Diese definieren Shiatsu ihrem Kontext entsprechend heterogen (vgl. Anhang 1).

3.2.1 Definition und Begriff

Rund 200 Definitionen von Shiatsu⁵¹, online und literal gefunden auf nahezu allen Kontinenten, kennzeichnen die internationale Verbreitung der unter dem Begriff ‚Shiatsu‘ bekannten, in Japan entstandenen Methode.

Die Schriftzeichen (Kinji) für Shiatsu 指圧 werden in der Literatur leicht differenziert ins Deutsche übersetzt. Neben ‚Fingerdruck‘ und ‚Druck mit dem Daumen‘ finden sich noch Übersetzungen wie ‚Druck mit dem Finger‘ (vgl. Namikoshi 1981; Mayor und Micozzi 2011, S. 212; Masunaga und Ohashi 2006; Margeret W. Beal 1992). Die deutsche Übersetzung basiert auf dem Kompromiss, *shi* als Finger und *atsu* als Druck zu übersetzen (vgl. Adams 2002, S. 248). Der Begriff selbst besteht aus chinesischen Zeichen 指圧 und wird literal erstmals im späten 19. Jahrhundert beziehungsweise im frühen 20. Jahrhundert von Tempai verwendet. Er geht vermutlich zurück auf den Be-

50 Die Anmerkung wurde einem Vortragsmanuskript entnommen mit dem Titel *Die Begegnung der Heilkulturen – Möglichkeiten und Grenzen transkulturellen Transfers* von Hartmut Schröder und Manfred Kubny und liegt der Autorin vor.

51 Die Auflistung aller nach Relevanz sortierten Definitionen findet sich im Anhang.

griff ‚Suiatsu‘, der von Fusai Ōta 1827 in seinem Werk *Anpuku Zukai* geprägt wurde.⁵² Vermutlich aufgrund der schwankungsreichen Entwicklung der manuellen Therapie und des Shiatsu im frühen Japan und der lückenhaften literalen Nachzeichnung dieser Entwicklung gelang es verschiedenen Interpretationen, sich einen Weg in die heutige Literatur zu bahnen. So stellt Beal, Associate Professor an der Yale-Universität und Shiatsu-Behandlerin, fest: “Shiatsu is a form of bodywork that originated in Japan early this century.” Interessant dabei ist, dass sie Shiatsu ganz treffsicher der Akupunktur und der traditionellen chinesischen und japanischen Massage zuordnet. Shiatsu „has roots in both Chinese and Japanese acupuncture, as well as in Chinese and Japanese traditional massage” (Margaret W. Beal 1992, S. 255). Andere Autoren wie Harris und Pooley beispielsweise definieren Shiatsu als

Japanese form of bodywork which is part of the system of Oriental medicine. Oriental medicine includes various ways of balancing the energy within the body. These are the needles of acupuncture; herbs and diet; exercise such as T'ai Chi and Qi Gong; and bodywork like shiatsu in Japan and tuina in China. All aim to facilitate the free flow of energy in the body's meridians (energy channels) changing blockages and depleted areas. (Harris und Pooley 1998, S. 2)

Neuere Definitions- und Eingrenzungsperspektiven finden sich im *Medical Dictionary* von Farlex. Hier heißt es:

Shiatsu ist eine manuelle Therapie in Japan entwickelt unter Einbeziehung von Techniken wie anma (traditionelle japanische Massage), Akupressur, Stretching, westliche Massage. Shiatsu beinhaltet das Ausüben von Druck auf spezielle Punkte oder Bereiche auf den Körper zur Erhaltung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens, zur Heilung von Krankheiten oder Linderung von Beschwerden. Diese Therapie wird als ganzheitlich verstanden, weil sie den ganzen Menschen statt einer spezifischen medizinischen Beschwerde zu behandeln versucht. Shiatsu, was als Fingerdruck übersetzt werden kann, wird als nadelfreie Therapie beschrieben⁵³. (Medical Dictionary 2015)

Carola Beresford-Cooke, britische Autorin des Standardwerks *Shiatsu. Grundlagen und Praxis* (Beresford-Cooke 2003) und Shiatsu-Praktikerin, definiert Shiatsu umfassend:

Relax. The practitioner must be in a comfortable physical and mental condition to convey comfort to the recipient; the arms, hands, neck, and shoulders must be relaxed, not tensed, to give the proper treatment and to perceive the recipient responses.

Use penetration rather than pressure. It is understood that the body has spots (called „tsubo”) that can receive the pressing by the practitioner; the muscle gives way to the penetrating force to let it enter, rather than being pushed away by pressure. The result is an entirely different experience than mere finger-pressing, and requires that the practition-

52 Suiatsu bezeichnete eine spezifische Methode zur Behandlung des Hara „tiefer und feststehender Druck und eine fokussierte Aufmerksamkeit“ (Kishi und Whieldon 2015, S. 28).

53 Aus dem Engl. übersetzt von der Verfasserin.

er have the correct body position in relation to the recipient and be mindful of the technique being used.

Perpendicular penetration without side-to-side motion. Unlike many massage techniques where movement across the surface is emphasized, Zen Shiatsu involves penetration at each point, perpendicular to the body surface. Although there are a few exceptions, the treatment does not involve rotation, back-and-forth, or wiggling movements of the hands, but simple direct inward-directed movement.

Two handed connectedness. The Zen Shiatsu practitioner maintains two hands on the recipient's body; one hand may be still and holding a part of the body in position, while the other is active, penetrating points on the meridians. The practitioner is advised to give attention to the role of both hands, not just the more active one.

Meridian continuity. The focus of the therapy is to treat an entire meridian, not just individual points or regions. This is based on the theory that the imbalances to be addressed are based in the meridians, which require a free flow of ki throughout. (Beresford-Cooke 2003)

Die Gesellschaft für Shiatsu in Deutschland (GSD e. V.), Berufsverband für Shiatsu-Praktiker und Praktikerinnen, überarbeitete unlängst seine Definition von Shiatsu und entwickelte eine dem berufspolitischen Kontext angepasste Fassung (GSD 2016):

Shiatsu. Berührung, die bewegt. Ein Weg zu Gesundheit und Wohlergehen. Shiatsu ist ein eigenständiges System energetischer Körperarbeit und Lebenskunde. Shiatsu berührt und bewegt den ganzen Menschen und kann ihn in unterschiedlichen Lebenssituationen begleiten. Der Shiatsu-Weg regt an, selbst-bewusst und selbst-verantwortlich zu leben. [...] Shiatsu ist in der fernöstlichen Philosophie, Heil- und Lebenskunde verwurzelt. Von Japan aus hat es sich im Westen verbreitet und eigenständig weiterentwickelt. Die Lebensenergie – japanisch: Ki; der „Lebenshauch“ – ist der Motor des Lebens. Shiatsu berührt und unterstützt die Anbindung an diesen Lebens-Strom. Die besondere Kunst von Shiatsu besteht darin, die Berührung individuell auf den Menschen mit seinen augenblicklichen Bedürfnissen einzustellen. Shiatsu ...

- dient der Entspannung und regt die Lebensenergie an
- wirkt gegen Alltagsstress und hilft in Krisen
- unterstützt die Selbstheilungskräfte
- kann bei vielen Beschwerden und Symptomen eine Hilfe sein

Weitere Definitionen und die Paraphrasierung der definitionstragenden Textstellen finden sich in Anhang 1.

3.2.2 Entstehungslinien des Shiatsu

Die Quellen, aus denen Shiatsu hervorgegangen ist, lassen sich bis weit in die Geschichte der ostasiatischen Medizin und der japanischen Volksmedizin zurückverfolgen. Gleichzeitig finden wir auch Einflüsse der japanischen Kunst, ihrer Philosophie und Ästhetik sowie Grundlagen der westlichen Wissenschaft. (Kishi/Whieldon 2015, S. 13)

Das populärwissenschaftliche Buch *Seiki* aus dem Jahre 2015 beschäftigt sich mit den Anfängen der manuellen Therapie in Japan und deren Entwicklung sowie mit der Entstehung des Shiatsu im 20. Jahrhundert:

Die Grundlage des modernen Shiatsu entwickelte sich nicht aus der jetzt sehr reduzierten Form von Anma, sondern aus überlieferten, aber weit verstreuten Fragmenten der Diagnostik im Koho Anma⁵⁴ und der speziellen Berührungspraxis im Anpuku⁵⁵. Erweitert wurde Shiatsu von innovativen Behandlern des 20. Jahrhunderts mit Elementen der östlichen Philosophie, den traditionellen Methoden der Selbstheilung und der westlichen Anatomie und Physiologie. (Kishi und Whieldon 2015, S. 22)

Whieldon beschreibt die Entstehung des Shiatsu im 20. Jahrhundert als eine kommunikative Markierung der Tätigkeit mit einem festen Begriff, Shiatsu, welcher absichtlich sehr allgemein gehalten wurde, um verschiedene Behandlungsmethoden darunter zu versammeln. Der Hintergrund war ein Verbot der damaligen Regierung, Anma ohne Lizenz zu praktizieren, und die Umgehung desselben durch die Setzung eines anderen Namens (vgl. Kishi und Whieldon 2015). Die Begründung des Verbotes, geht laut Kishi/Whieldon zurück auf die essenzielle Bedeutung des Anpuku oder Haratori im Anma. Diese machtvolle manuelle Medizin und ihr enormer Einfluss auf die Gesellschaft musste kontrolliert werden. Durch den gezielten Wegfall des Anpuku verlor Anma im Laufe der Zeit an Bedeutung und damit an Prestige (Kishi und Whieldon 2015, S. 23). Demgegenüber formuliert Kobayashi⁵⁶ (2013):

In einer Veröffentlichung, der japanischen Regierung steht geschrieben: Shiatsu ist eine Behandlungsmethode die sich aus Judo Techniken, Dō-In und aus alter Zeit über die Anma Techniken und der Theorien, amerikanische manuelle Therapien, Chiropraktik, Osteopathie, Spondeopathie etc. angenommen hat. Daraus kann man ersehen, das Shiatsu zwei Ursprünge hat. Einer davon ist die alte ostasiatische Heilkunde also Dō-In und Anma Techniken, der andere, die moderne westliche Medizin, die manuelle Methode, amerikanischen Ursprungs.⁵⁷

Um eine Entstehungslinie des Shiatsu nachzuzeichnen, geht Kobayashi auf eine spezielle Bedeutung ein, die in dem Wort Dō-In steckt und wichtig für die Entstehung des Shiatsu ist:

54 ‚Koho-Anma‘ ist die Bezeichnung für traditionelle japanische Massage.

55 Klassische japanische Druckmassage des Bauchraums. „Die größte Meisterschaft lag auf dem Gebiet der Hara-Behandlung, die bekannt war als *anpuku* [sic] oder *haratori* [sic]. Sie wurde schon im 10. Jahrhundert entwickelt. [...] Das Hara ist ein [...] viel komplexeres Konzept und hat eine tiefere Bedeutung, als sie eine anatomische Definition [Abdomen, Anm. d. Übers.] bieten könnte, denn es ist verwurzelt in der japanischen Empfindsamkeit, Kultur und Identität.“ (Kishi und Whieldon 2015, S. 20) Anpuku ist im Gegensatz zum Anma keine stimulierende Berührung. „Die Behandlung des *hara* [sic] konnte nicht mit der gleichen Art der Berührung ausgeführt werden, wie sie zur Lockerung der Muskeln angewendet wurde. Dies verlangte einen mehr tiefen und feststehenden Druck und eine fokussierte Aufmerksamkeit“ (Kishi und Whieldon 2015, S. 28).

56 Yasuhiro Kobayashi, Direktor der Kyoto Butsugen Shinkyu Riryō Senmon Gakko in Kyoto, in einem Vortrag anlässlich des Kongresses Traditionell japanische Medizin (Kobayashi 2013).

57 „Dō-In wird heutzutage in Japan allgemein mit Qi Gong gleichgesetzt. [...] In einem Lehrbuch, das die Vereinigung der asiatischen Medizin in Japan herausgibt, steht Folgendes: Dō-In ist eine Atem- und Bewegungstechnik die den Zweck hat, die Aufnahme von Ki herbeizuführen, tief zu atmen, die Seele zu beruhigen und Begierde zu beherrschen.“ (Kobayashi 2013)

Im Jahr 1684 erschien zum ersten Mal ein Schriftstück in Japan, das in seinem Titel Dō-In enthält. Es handelt sich um das Werk ‚Dō-In Taiyō‘ von Hayashi, darin wird die folgende Bedeutung beschrieben: ‚Im Jahre 1701 schuf die damalige Regierung den Posten des Anma Dokters [sic]. Um seine berufliche Pflicht erfüllen zu können, musste der Anma Doktor über ein breitgefächertes Wissen verfügen und über Dinge gut informiert sein. Als dieser Posten [...] geschaffen wurde, gab es zunächst Menschen, die ein tiefes Wissen über die Kunst des Anma besaßen. Im Laufe der Zeit jedoch verblasste dieses Wissen und man dachte nicht mehr daran, dass es eine Verbindung zwischen einer langen oder kurzen Lebensdauer und der Tätigkeit des Arztes gibt. Man vertraute sein Leben erst dem Arzt an, nachdem man krank geworden war. Zudem kannten die Ärzte die medizinischen Schriften nicht mehr und beherrschten auch die Methode der Pulsdiagnose nicht mehr. [...] Schließlich war es soweit, dass die Leute die ungebildeten japanischen Ärzte sogar als überlegener als die alten chinesischen Ärzte des 16-ten und 17-ten Jahrhunderts hielten. [...] Und sieht man sich erst einmal die Menschen an die Anma als Beruf ausüben, so sind dies meist sehr behinderte Leute die kein anderes Handwerk gelernt haben, ordinäre Personen die keine Wirkung haben, Leute ohne festen Beruf. Deshalb wird Anma innerhalb der Medizin als Beruf von Menschen niedersten Standes betrachtet. Man spürte die Notwendigkeit, dass man einer Anma-Behandlung, die zur Erholung dient und bei der nur noch die vom Kunden gewünschten oder angezeigten Stellen gedrückt, geknetet oder gerieben werden um Geld zu verdienen, von der medizinischen Gesundheitsforderungen, die sogenannte Anma-Kunst, der Artenmethode klar abzugrenzen ist. Letztere erhielt daher die Bezeichnung Dō-In. Mit diesem Dō-In als medizinische Therapie wurde die Belebung der Anma Kunst, der Artenmethode vorangetrieben [...]. (ebd.)

Japan hatte um die Jahrhundertwende⁵⁸ auf allen gesellschaftlichen Ebenen intensiv mit der Öffnung und dem Übergang zur Modernisierung zu tun. Dieser Weg machte vor der Kanpo Medizin und den ostasiatischen Verfahren nicht halt:

1868, als Japan mit dem Niedergang der Samurai-Herrschaft den Weg zur Modernisierung beschritt, bemühte man sich nach Kräften [...], die Kampo-Medizin aus der japanischen Gesellschaft zu verdrängen und auf gleiche Weise auch die ostasiatische Medizin zu besiegeln [...]. Aber da Akupunktur, Moxibution und Anma in Japan von Blinden beruflich ausgeübt wurde und zudem im einfachen Volk weit verbreitet war, durften alle drei Methoden als Beruf weiterbestehen bleiben. [...] die Bewegung der sogenannten wissenschaftlichen Akupunktur und Moxibution bildete sich heraus im Gegensatz zu Anma, das zur Entspannung und Erholung gemäß den Wünschen der Kunden [...] ausgeübt wurde und nur noch wenige theoretische Grundlagen hatte. [...] Doch meiner Meinung nach sahen die Menschen, die die manuelle Therapie als medizinische Methode begründen und weitergeben wollten [...], die Notwendigkeit, sich auch einer medizinischen Grundlage nach westlichem Vorbild zu stellen. Gerade daher kann man davon ausgehen, dass die manuellen Therapien der westlichen Medizin, nämlich die damals aus Amerika nach Japan gekommenen Methoden der Chiropraktik und Osteopathie, in Japan gelehrt und aufgenommen wurden und so eine japanische manuelle Therapie, nämlich Shiatsu entstand. (Kobayashi 2013)

58 Siehe Kapitel 1.3.

Ein allgemein klingender Begriff wurde geboren und gewann immer mehr an Bedeutung, bis 1919 „Tenpeki Tamai mit seiner Publikation *Shiatsu-ho* (*Shiatsu Therapie*), *Shiatsu* zu mehr Bekanntheit verhalf. [...] das Buch [...] war [...] eine theoretische Grundlage für die im Werden befindliche Therapieform mit den Erkenntnissen aus der *Anpuku-Diagnostik* [...]“, die Inspirationen aus der Massagetradition des Westens mit einbezogen (Kishi und Whieldon 2015, S. 29).

Weitere Bücher folgten, so auch 1941 ein Nachdruck des Klassikers von Fusai Ōta, *Anpuku Zukai* von 1827, durch den Verleger und Autor Sadakatsu Daikoku, um *Anpuku* wiederzubeleben (Kishi und Whieldon 2015, S. 29ff.). Es folgte eine Neuinterpretation des Daikoku-Werkes vom *Shiatsu*-Behandler Tadashi Izawa um 1964.

Die eben genannten *Shiatsu*-Praktizierenden waren Schlüsselfiguren und Teil einer Übertragungslinie, die mit Fusai Ota begann und weiter über Tenpeki Tamai zu Namikoshi, Masunaga und Kishi verläuft. Das wachsende öffentliche und fachliche Interesse an *Shiatsu* führte dazu, dass sich viele Forschende aktiv an einer Theoriebildung beteiligten. Aber die enge Assoziation mit *anma* [sic], anderen manuellen Therapien und Naturmedizin waren Verbindungen, die [...] problematisch erschien. Es gab Bestrebungen, *Shiatsu* in separaten Begriffen zu definieren, die es aus dem problematischen Bereich der Subjektivität in den der Wissenschaft erheben sollte. (Kishi und Whieldon 2015, S. 32)

Um die Entstehung von *Shiatsu* zu verstehen, „darf es nicht als eine isolierte Therapieform angesehen werden, die versuchte, sich zwischen anderen ähnlichen Methoden ihren Weg zu ebnen“. Sie basierte mehr „auf einer philosophischen als einer medizinischen Grundlage und war Teil dieser breitangelegten Ideologie“, einer „Kombination von Zen, Daoismus und Shintó“, um die „östliche Philosophie wieder ins Zentrum aller Lebensbereiche zu stellen“ (Kishi und Whieldon 2015, S. 37).

Die Vermittlung der subjektiven Erkenntnis, gebettet auf östlich-philosophisches Gedankengut durch einen Lehrer einerseits und die wissenschaftliche Theoriebildung andererseits, kennzeichneten die Entwicklung des *Shiatsu* nach dem Zweiten Weltkrieg von 1940 bis in die 1960er Jahre und legitimierten schließlich die Methode.

3.2.3 Strömungen

Die hauptsächlich in Japan bekannte Strömung ist das *Namikoshi*⁵⁹-*Shiatsu*. Hier geht es weniger um die energetische Betrachtungsweise und Funktion der Leitbahnen (*Meridiane*⁶⁰) und die daraus entstandenen Grundprinzipien wie das Arbeiten mit der Mut-

59 Tokujiro Namikoshi (1905–2000) studierte *Anma* in Tokio, um eine offizielle Lizenz zu erwerben. Er eröffnete in Hokkaido seine erste *Anma*-Praxis, distanzierte sich bald davon und nannte seine Methode *Shiatsu*, nach dem Ansatz Tamais, da sie *Anpuku* am nächsten kam. 1925 eröffnete er das *Shiatsu*-Institut für Therapie auf Hokkaido und 1940 das Japan-*Shiatsu*-Institut in Tokyo.

60 Hartmut Schröder und Manfred Kubny verweisen in ihren Schriften zu *Kanpo* auf die Herkunft der missverständlich übersetzten Begriffe ‚Energie‘ für *Ki* und ‚Meridian‘ für Leitbahn: „Maßgebend an den beiden heute gängigen, aber im Prinzip philologisch und auch konzeptuell falschen Begriffen ‚Energie‘ für *Qi* und ‚Meridian‘ für das Leitbahnsystem im menschlichen Körper war der französische Gesandte Soulier der Morant (1878–1955), der in Jugendjahren Medizin studieren wollte, es aber

ter- und Kindhand und das Lehnen im 90-Grad-Winkel zur Körperoberfläche zum optimalen Erreichen der Tsubos⁶¹. Namikoshis Shiatsu entstand aus den Anma-Strömungen, die mit Beginn des 20. Jahrhunderts nach Japan kamen. Toru Namikoshi fokussiert das motorische Arbeiten mit dem Daumen und arbeitet ausschließlich am klassischen Leitbahnsystem. Sein Stil erfordert eine gründliche Kenntnis der Muskel-Skelett-Struktur des Körpers und des Nervensystems. Es betont neuromuskuläre Punkte. Namikoshis Shiatsu-Stil wird auch Ein-Punkt-Druck-Technik genannt, wobei durch Berührung und Sehen⁶² die Wirkung jedes einzelnen Punktes verstanden werden sollte (Kishi und Whieldon 2015, S. 42). Unter der Überschrift *You just need to press* subsumiert Namikoshi:

Shiatsu applies manual and digital pressure to the skin with the aim of preventing and curing illness by stimulating the body's natural powers of recuperation, eliminating fatigue-producing elements, and promoting general good health. (Namikoshi 1981)

Er beteiligte sich intensiv an der Erforschung und dem Zulassungsverfahren. 1955 erhielt Shiatsu die rechtliche Anerkennung als ein Teil von Anma. Daraus folgte die gesetzliche Lizenzierung seiner Schule 1957 und die Namensgebung in Japan Shiatsu College. Wesentliche Ausbildungsinhalte waren westliche Anatomie und Physiologie, Druckreflextheorie, Kanpo-Medizin und die Qualität der Berührung, das von ihm so bezeichnete *touch with love* (vgl. Kishi und Whieldon 2015).

Während Namikoshi in seinen Instituten homogen-kulturelle Ansätze verfolgte und sich weitgehend dem philosophischen Aspekt verschloss, um den staatlichen Anforderungen zu genügen, öffneten Schüler von Namikoshi wie Shizuto Masunaga⁶³ das Verfahren Shiatsu, indem sie in ihren Forschungen auch außerjapanische Ansätze mit einbezogen⁶⁴ (vgl. Kishi und Whieldon 2015). Masunaga forschte zeit seines Lebens an einer idealen Theorie des Shiatsu mit einem Kern aus östlicher Philosophie (vgl. Kishi und Whieldon 2015, S. 47). Sein Behandlungsstil wurde auch ‚Sha-Ho-Stil‘ ge-

aufgrund mangelnder finanzieller Mittel nicht konnte. Weil er aber seit Kindheit von einem chinesischen Nachbarn die Sprache lernte, war er als junger Mann einer der ganz wenigen Europäer, die Chinesisch lesen, sprechen und schreiben konnten, was ihm später den [...] Posten als Gesandter in der französischen Konzession in Shanghai einbrachte. Dort widmete er sich dann seinem eigentlichen Interesse und erforschte die chinesische Medi[z]inalliteratur, indem er anfang [...] Werke der Akupunktur in Französisch zu übersetzen. Dabei projizierte er sein damaliges wissenschaftliches Weltbild in das [c]hinesische und etablierte die Begriffe Energie und Meridian. Später wurde dieses Konzept weiter ausgebaut in der energetischen Terminologie nach Porkert, die aber in dieser Weise auch keine Entsprechung in den chinesischen Texten hatte, der chinesischen Medizin aber zu einer großen Verbreitung verhalf.“ Der Text wurde einem Vortragsmanuskript entnommen mit dem Titel *Die Begegnung der Heilkulturen – Möglichkeiten und Grenzen transkulturellen Transfers* (H. Schröder 2012, S. 6).

61 Tsubo, ein Punkt auf einem Meridian, an welchem sehr einfach und direkt der Zugang zu dem energetischen System einer Person gefunden werden kann.

62 Mit Sehen bezeichnete Namikoshi, dass der Geist sich in den Fingerspitzen öffnet.

63 Shizuto Masunaga (1925–1981) begann 1940 mit 15 Jahren sein Studium des Shiatsu bei Major General Sugiyama. 1957 wurde er Schüler im, von Namikoshi gegründeten, Japan-Shiatsu-College. Es folgte ein Studium der westlichen Psychologie und Chinesischen Medizin an der Kyoto Universität. Nach seinem Studium wurde er Lehrer an Namikoshis College von 1959–1969. Danach gründete er sein eigenes Institut, Iokai, für weiterführende Ausbildungen im Shiatsu.

64 Vgl. Kapitel 3.2.

nannt, was bedeutet, dass er mit kräftigerem Druck als beispielsweise Namikoshi praktizierte. Er ersetzte die Ein-Punkt-Druck-Technik von Namikoshi durch die Zwei-Hand-Technik, um „das Feld der Wahrnehmung und Empfindsamkeit“ zu erhöhen und Sesshin⁶⁵ zu unterstützen. Eine der Formen des Sesshin ist Sekkei mit der ursprünglichen Bedeutung von ‚stabiler Druck entlang des Meridians bei Benutzung der ganzen Hand‘ (vgl. Kishi und Whieldon 2015, S. 74). Er untersuchte das der Akupunktur zugrundeliegende Meridiansystem und erweiterte es für das Verfahren Shiatsu. Er forschte und lehrte mit dem Hintergrund, das Meridiansystem als Ausdruck der individuellen Lebensenergie eines Menschen zu betrachten und zu behandeln und weniger technisch zu verstehen (vgl. Masunaga und Ohashi 2006; Reder 2013; Beresford-Cooke 2003).

In den 1960er Jahren verband er die Grundlagen von Koho Anma, Kyo/Jitsu Ho-Sha mit Shiatsu (vgl. Kishi und Whieldon 2015). Um das Jahr 1964 unterstützte er eine weitere Theorieimplikation, angelehnt an die Forschungen von Carl Rogers (1902–1987), US-amerikanischer Psychologe, der die klientenzentrierte Gesprächstherapie entwickelte. Demnach ist eine Therapie „abhängig von der Haltung und Präsenz des Therapeuten“ (vgl. Kishi und Whieldon 2015, S. 49). Dies verwarf er später wieder, da „in der japanischen Philosophie Seele und Körper als nicht trennbar betrachtet“ wurden (ebd.). Er nahm seine Forschungen Ende der 1960er Jahre wieder auf und widmete sich auf seiner Suche nach einem tragfähigen Theorieansatz im Shiatsu dem traditionellen chinesischen Medizinsystem. Er arbeitete viele Jahre an einer Leitbahnphilosophie, die „weit über die traditionelle Variante“ der Akupunktur hinausging (ebd., S. 50). Masunaga nannte seinen Shiatsu-Stil ‚Keiraku-Shiatsu‘.⁶⁶

[...] das Masunaga-Keiraku-Shiatsu [...] kam von Amerika nach Deutschland als Zen-Shiatsu oder Ohashi-Shiatsu. Es stimmt zwar, dass die Keiraku nicht mit den Augen zu sehen sind. Masunaga hat jedoch gedacht, dass er über die Behandlungspraxis ihre Existenz beweisen kann. Daher ist Masunagas Keiraku-Shiatsu weder etwas Mystisches, noch hat es einen religiösen Bezug. (Kobayashi 2013)

Kobayashi vermutet in seinen Ausführungen weiter, dass Masunaga den Nachweis der Keiraku, die in der ostasiatischen Medizin verwurzelt sind, über die medizinische Therapie führen kann. – Die Bewegung des Shiatsu führte durch Behandler wie Masunaga, Kishi oder Phipps⁶⁷ von Japan über Hawaii, Amerika und Europa (vgl. Kishi und Whieldon 2015).

65 „Sesshin oder Setsu-Shin ist eine der vier Befundungsformen in der traditionellen östlichen Medizin und im Shiatsu und beinhaltet Lernen durch subjektives Empfinden (vgl. Kishi und Whieldon 2015, S. 50).

66 Zen Shiatsu wird Shiatsu vor allem im Westen benannt nach dem gleichnamigen Buch, welches Masunaga und Ohashi/Sasaki erarbeiteten und den Stil unter diesem Namen im Westen bekannt machten.

67 „Toshiko Phipps (1920–2009) was born in Takada, Japan, daughter of Suma Tsurumi (1887–1948), who was related to Japanese royalty. Her father, Yoshinobu Tsurumi (1875–1941), was a career Army officer and advisor to the Emperor. In 1937 Toshiko became the first woman member of Japan's Olympic Ski Team and, among both men and women, the national champion of downhill skiing.“ Erste Berührungen mit den Vereinigten Staaten hatte sie im Skisport und emigrierte 1933 in die USA, wo sie sich eine Existenz in Putney aufbaute (Brattleboro Reformer 2009).

In 1950, Toshiko Phipps was the first qualified Japanese Shiatsu therapist to be teaching in America. But shiatsu did not become widely known in the United States and Europe until the 1970's. In the West the influence of Namikoshi and Masunaga upon the practice of shiatsu is far reaching. (SPAA 2012)

Phipps, Schülerin von Tamai Tempaku, Gründer der Shiatsu School of Medicine in Japan, kam in den Dreißigerjahren in die USA. Sie unterrichtete Japanische Kultur, „including calligraphy, cooking, and sewing; and subsequently also offered Shiatsu massage“ (Brattleboro Reformer 2009). Sie gründete ihre eigene Shiatsu-Schule, die Nippon Shiatsu Daigaku, und entwickelte eine umfassende Behandlungsmethode und das dazugehörige Curriculum „Integrative Eclectic Shiatsu therapy curriculum [...] that incorporates successful techniques from a multitude of healing modalities“ (ebd.). Es folgten weitere Shiatsu-Behandler wie Ohashi, ein in die USA immigrierter Japaner, selbst Schüler von Masunaga, die das Konzept weitergaben und in den 1960er-Jahren den Weg für die Migration des Shiatsu nach Europa sorgten.

Damit das diffundierende Konzept des Shiatsu in der europäischen Gesellschaft Fuß fassen konnte, musste es sich an lokale Bedingungen anpassen (vgl. Frank 2004, S. 21). Um einen Punkt aus der kulturellen Grundordnung, wie in Abbildung 4 gezeigt, aufzugreifen, wird die eklatante Differenz von kollektivistischer versus individualistischer Kultur innerhalb der Persönlichkeitsstruktur, wie sie sich in Europa zeigt, aufgegriffen. Die Persönlichkeit in kollektivistischen Kulturen wie die Japans, zeigt sich nach Buddeberg in Aspekten des vernetzten Selbstkonzeptes, anders ausgedrückt, in der interdependenten Selbstkonstruktion (Buddeberg in Abel 2003, S. 273). So ist der Körper in der japanischen Philosophie als nicht trennbar von der Seele zu betrachten, und entsprechend werden japanische Kulturkonzepte immer auf einer philosophischen Ebene mitgedacht. In individualistischen Kulturen hingegen zeigt sie sich im unabhängigen Selbstkonzept beziehungsweise in der independenten Selbstkonstruktion, was sich nach Asendorpf (in Markus 1995) zum Beispiel in dem Ziel zeigt: „Sich einfügen; für die Gruppe/Familie stehen“ im Unterschied zu „Einzigartig sein, das Selbst in den Vordergrund stellen“. Aufgrund dieses kulturell vermuteten Unverständnisses wurde westlichen Lernenden der Zugang zum offiziellen Training an japanischen Shiatsu-Schulen verwehrt. Sie durften nur an den theoretischen Ausführungen teilhaben (Kishi und Whieldon 2015, S. 51).

Das Shiatsu-Konzept des Masunaga verbreitete sich intensiv in Europa. Ein Grund dafür ist, dass es bereits kulturelle Verflechtungen des Westens in sich⁶⁸ trägt, welche von Masunaga selbst aus europäischen Kulturen übernommen wurden und so einfacher ins kulturelle Verständnis überführt werden konnten. Alle in Deutschland von der GSD e. V. anerkannten Schulen verbreiten das Konzept des Shizuto Masunaga.

Es scheint, dass trotz oder obwohl es heute viele verschiedene Stilrichtungen im Shiatsu gibt, die Wirksamkeit von Shiatsu mehr von der Haltung, der Leistungsfähigkeit und der Wahrnehmung und Einstimmung des Behandlers abhängt als von einem be-

68 Siehe Kapitel 1.2 und 3.2.

stimmten Stil. Die oben genannten Eingrenzungsversuche aus populärwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Dokumenten und Büchern verweisen auf die bereits in den 1940er-Jahren in Japan beschriebene Spannung zwischen Philosophie und Theorie, was im Kontext der Historie zu sehen ist. Soziale Informationen werden entsprechend verschieden verarbeitet (Markus und Kitayama 1995). Auf welche Weise nun independentes und interdependentes Selbstwissen das Denken, Fühlen und Handeln von Personen beeinflussen und Einfluss auf die subjektive Erfahrung nehmen, ist bis heute nur relativ ungenau erklärt (Markus 1998). Dies mag unter anderem daran liegen, dass die Erkenntnisse der Kognitionspsychologie über den Einfluss vorhandener Wissensstrukturen auf die Informationsverarbeitung bisher wenig Eingang in die Theoriebildung der kulturvergleichenden Forschung gefunden haben oder dass die kulturvergleichende Forschung umgekehrt die traditionellen Konzepte der Kognitionspsychologie vor neue Herausforderungen stellt (Kühnen 2003).

3.3 Theoretische Differenzierung und transkulturelle Spuren

Transkulturelle Vergleiche auf anderen Medizinfeldern werden durch die zunehmende Internationalisierung unserer Gesellschaften in der Zukunft an Bedeutung gewinnen (vgl. Beyerlein-Buchner 2009). Wenn außereuropäische Konzepte komplementär-alternativer Verfahren ihren Weg nach Deutschland finden, kommt es nach Welsch zu transkulturellen Entwicklungen und Verflechtungen, die es im Spannungsverhältnis der kollektivistischen Kultur Japans zur individualistischen Kultur Europas zu beleuchten gilt.

Innerhalb der Globalisierung, die vor der Kunst und Ästhetik nicht Halt macht, spielt Japan eine besondere Rolle. Die japanische Kunst drückt sich in vielen Stilen und Medien aus und hat Ausdrucksformen hervorgebracht wie die „Schwertschmiedekunst, Tuschemalereien, Kalligrafie, Webkunst, Lackarbeiten und Farbdrucke [...] Blumen- und Gartenkunst, die Kunst des Teeweges, des Bogenschießens und anderes mehr“ (Kishi und Whieldon 2015, S. 13). Viele Entwicklungen im Westen wären beispielsweise in der Malerei, im Theater, im Tanz, in der Architektur, in der Populärkultur und in den Körperauffassungen und entsprechenden Verfahren ohne den japanischen Einfluss nicht möglich gewesen. Mit der Rezeption japanischer Holzschnitte im 19. Jahrhundert durch europäische Maler wie Monet und Van Gogh beginnt eine Beeinflussung der europäischen Künste durch außereuropäische Kunsttraditionen. Mit der Rezeption der europäisch-philosophischen Ästhetik am Ende des 19. Jahrhunderts in Japan breitet sich auch in diese Richtung Ästhetikgeschichte aus, und sie ist bis heute nicht abgeschlossen.

Beim Begriff ‚Transkulturalität‘ handelt es sich weniger um einen systematisch ausgearbeiteten Begriff, sondern vielmehr um eine Verdichtung empirischer Grund-

züge und Charaktere sozialer und kultureller Wirklichkeit⁶⁹. Die kulturelle Verflechtung des Begriffs und Verfahrens Shiatsu ist keine Mischform, bestehend aus einem japanischen und einem deutschen Element, sie ist in sich bereits transkulturell, vor allem durch aus China mitgebrachte Elemente, die Japaner mit eigener Bedeutung aufgeladen und für sich assimiliert haben, durch medizinische Elemente, die durch „Invasoren“ im Laufe der Geschichte nach Japan getragen wurden⁷⁰, durch das Studium der westlichen Anatomie und Physiologie und der Druckreflextherapie sowie universitäre Einflüsse wie die Erkenntnisse der Psychotherapie von Carl Rogers (USA), die Shiatsu-Theoretiker wie Masunaga selbst in das Shiatsu mit hineingetragen haben; es verflocht sich vermutlich, auf seinem Weg über Frankreich, Amerika und Europa, indem es Elemente dieser Kulturen in sich aufnahm⁷¹ (vgl. Kishi und Whieldon 2015). Beispielsweise entwickelte sich in Amerika eine Vielzahl an Richtungen im Shiatsu⁷².

Die Verflechtungen von Kulturen als Folge von Migrationsprozessen sind das wesentliche transkulturelle Merkmal (Welsch 1992, S. 40). Dies zeigt sich dann auf der Mikroebene der Akteure als „Kulturelle Mischlinge“ (ebd.). Kishi/Whieldon behaupten nun, dass außerjapanische Schüler das japanische Shiatsu nie richtig verstanden und gelernt hätten und dass demnach das Verfahren auch in ihren Heimatländern falsch übermittelt wurde, da die Essenz verloren ging (vgl. Kishi und Whieldon 2015). Im Sinne des transkulturellen Gedankenguts wird demgegenüber vermutet, dass sich eine ganz eigene transkulturelle Essenz bildete, je nachdem, in welchem Land Shiatsu ausgeübt wird, wobei individualistische Kulturen gemäß ihrer Struktur und Werteanschauung und ihres Verständnisses und Gebrauchs von kulturordnenden Elementen wie Zeichen und Symbolen, Körperauffassungen, Diskursen, Bildern, Tabus und Inszenierungen, Identitätsauffassungen als Selbstdeutung und Selbstdarstellung, Zeit, Raum und Bewegungserleben als Orientierung und gemäß der medialen Rezeption ganz eigene Wirk- und Herangehensweisen im Shiatsu entwickelten. Eine grafische Darstellung des prozesshaften Charakters des transkulturellen Verfahrens im Sinne einer Grundordnung ist angebracht (Abbildung 4).

Damit außereuropäische Verfahren ihr Potenzial entfalten und als Erfahrung nutzbar gemacht werden können, bedarf es kultureller Übersetzungsleistungen mit dem Ansatz, Gesundheit, Krankheit und Verfahren der Heilung immer auch als gesellschaftliche Konstrukte, das heißt als kulturelle Praxis vor dem Hintergrund kulturgebundener Deutungsmuster zu sehen.⁷³ Zielführend scheint hier das transkulturelle Beleuchten dessen, was schon früher durch die Entwickler des Shiatsu als „Sehen

69 Wie einleitend dargelegt.

70 Ebd.

71 Vgl. Kapitel 1.2 und 1.3.

72 So zum Beispiel das Quantum Shiatsu, entwickelt von der in Amerika lebenden Pauline Sasaki, langjährige Assistentin von Akinobo Kishi, der selbst langjähriger Assistent von Masunaga war.

73 Aus diesem Grund wäre es nicht zielführend, das Verstehen des philosophischen Wesens des Shiatsu und manueller Therapie westlichen Schülern vorzuenthalten beziehungsweise abzusprechen aufgrund von Sprachbarrieren oder mangelnden Behandlungserfahrungen im japanischen Kontext.

mit der Hand“ beschrieben wird, um dann Shiatsu als medizinisches Teilsystem in seinen strukturellen Besonderheiten für Deutschland zu skizzieren. Hier wäre eine vertiefende Forschung im kulturtheoretischen Sinne nützlich und muss an anderer Stelle geschehen.

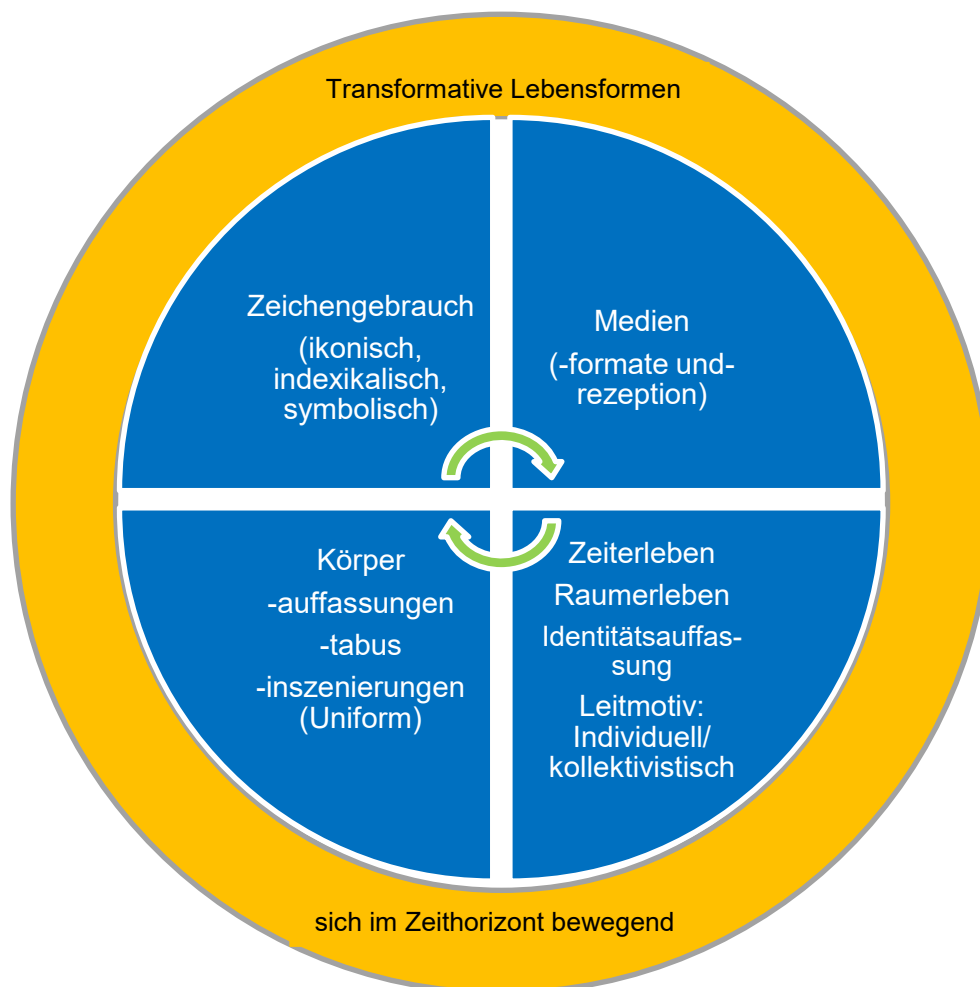


Abbildung 4: Prozesshafter Charakter kultureller Grundordnung⁷⁴

Um den Forschungsgegenstand möglichst präzise zu umschreiben, bietet sich die analytische Untersuchung unserer Gesellschaft als funktional-differenzierte Gesellschaft und die empirische Beobachtung von Transkulturalität nach Welsch⁷⁵ an. Die funktionale Differenzierung der Gesellschaft eignet sich deshalb gut, weil sie die unsrige als funktional-arbeitsteilig beschreiben kann und somit gesellschaftliche Ordnung ermöglicht: Das Sinnsystem Gesundheit (System der Krankenbehandlung) kommuniziert, wie hinlänglich bekannt, über den binären Code ‚krank/gesund‘, bildet damit die entsprechende System-Umwelt-Differenz heraus, die handlungsorientierend wirkt, ist

74 Quelle: eigene Darstellung.

75 Siehe Kapitel 1.2.

an Selbsterhaltung interessiert und trägt so zur funktionalen arbeitsteiligen Organisation unserer Gesamtgesellschaft bei. Mit anderen Worten betrifft die Kommunikation des Systems die organischen und mentalen Bedingungen des Menschen; ihre Funktion wird durch Diagnose und Therapie erfüllt.

Diese theoretische Differenzierung mag sich als ungeeignet erweisen, um einen transkulturellen Integrationsprozess zu beschreiben, sie erweist sich jedoch als sehr tragfähig durch die gesetzten Leitdifferenzen, da so einerseits komplexitätsreduzierend gearbeitet werden kann und andererseits transkulturelle Dynamik über Kommunikation begriffen wird. Shiatsu, so die These, ist ein Teilsystem des Systems Gesundheit und hat als Kernelement die im Shiatsu spezifische achtsame Berührung, das Sehen mit der Hand. Es bildet anhand dieses Kernelements seine Codierung und Systemgrenze aus und kommuniziert so die soziale Rahmung, denn Menschen handeln und kooperieren auch im Shiatsu vernetzt und abgegrenzt. Sie handeln wechselseitig orientiert. Shiatsu fungiert als soziales Subsystem, in dem eine Kommunikation des transsubjektiven Sehens stattfindet, die Kommunikation und Präsentation dieses transsubjektiven Sehens mit der Hand. Kishi und Whieldon beschreiben dies als „fühlen und Ki spüren und in Verbindung sein“ (2015, S. 76).

In keinem anderen manuellen Verfahren wird so offensichtlich und unmittelbar darum gerungen; und dabei geht es hier, um mit Masunaga zu sprechen, um die Basis einer jeden Theorie für Shiatsu, die Kunst der Berührung⁷⁶. Diese Berührung ist resonanzfähig und vor allem kommunizierbar. Die Behandlung im Shiatsu lässt sich demnach auch als resonanzerzeugende Handlung im philosophisch-manuell-medizinischen Kontext kennzeichnen. Es kann angenommen werden, dass das transsubjektive Sehen über den Code ‚fühlen/nicht fühlen‘ kommuniziert wird. Alle systeminternen Operationen richten sich an dieser Leitdifferenz aus. So übersetzt sich die leitende Semantik dieses Systems beispielsweise wie folgt:

Shiatsu ist ein eigenständiges System der energetischen Berührung zur Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und persönlicher Entwicklung der Menschen [...]. (ISN 2016)

„Shiatsu“ is a Japanese word meaning „finger pressure“. It is a „hands-on“ therapy used both as a compliment [sic] to conventional medicine and as a preventative/alternative therapy. (CSSBC 2016)

Shiatsu is a physical therapy that supports and strengthens the body's natural ability to heal and balance itself. It works on the whole person – not just with the physical body, but also with the psychological, emotional and spiritual aspects of being. (Shiatsu Society UK, 2016)

Shiatsu ist ein eigenständiges System energetischer Körperarbeit und Lebenskunde. Shiatsu berührt und bewegt den ganzen Menschen und kann ihn in unterschiedlichen Lebenssituationen begleiten. Der Shiatsu-Weg regt an, selbstbewusst und selbstverantwortlich zu leben. [...] Die besondere Kunst von Shiatsu besteht darin, die Berührung

76 Siehe Kapitel 3.2.

individuell auf den Menschen mit seinen augenblicklichen Bedürfnissen einzustellen.
(GSD e. V. 2016)

Das Kernelement der Shiatsu-Berührung oder des transsubjektiven Sehens mit der Hand lässt sich prinzipiell messen. Diese Messung geschieht in jeder Ausbildungseinheit und gewährleistet, dass sich der Student oder Lernende in seiner Ausbildung entwickelt, Prüfungen besteht, laut System als gut ausgebildeter Behandler in die Welt geht und gemäß der Leitsemantik entsprechend „Ki fühlende“ Behandlungen anbietet.

Wie wird diese differenzierte Form der Berührung im Lehrkontext übertragen und entsprechend gemessen und kommuniziert? Im Ausbildungskontext schaffen Schulen in Europa Parameter, die objektivierbar sind. In diesem Kontext wurde eine europaweit agierende Schule nach ihren übertragbaren Parametern gefragt. Pia Staniek⁷⁷ dazu:

Als Lehrende schauen wir in den Lehr- und Prüfungssituationen körperlich auf die eigene Stabilität und Ausrichtung: Sammlung und Stabilität im Becken/Bauchraum und in den Beinen mit entspannten Kniekehlen und Leisten, gelöste Handgelenke, Ellbogen und Schultern; eine frei bewegliche Wirbelsäule einschließlich des Kopfes; eine Weite im Becken und im Rücken, ein Gefühl der Gemütlichkeit empfindend; einen frei fließenden Atem, eine Öffnung der Körpervorderseite, also des Brustraumes, für die Bereitschaft zum Kontakt über die Hände.

Geistig und mental geht es um eine Bereitschaft zum Kontakt, im Sinne von Sich-abwarten-Können; Gelassenheit, im Sinne von „sich und das Gegenüber lassen und annehmen können“, Präsenz und Authentizität; Raumgeben und räumliches dreidimensionales Berühren, um zu atmen, zu reagieren, sich wahrzunehmen, anzuerkennen, was ist, als Stärkung der Selbstakzeptanz und um nicht gleich in die Selbstkorrektur zu gehen und verändern zu wollen. [...]

Unter Berührungsqualität achten wir auf eine gelöste, offene Berührung, die sich durch die körperliche und geistige Ausrichtung ergibt, weiche Hände, Daumen und Knie, Tiefe, als Bereitschaft sich einzulassen, sowohl geistig-seelisch als auch berührend, Annähern im Sinne von „Keine Plötzlichkeit im Kontakt, ohne Zweifel“. Sich des Berührens bewusst sein: den Ort, die Stelle, den Menschen meinen, nicht das Konzept realisieren wollen (zum Beispiel Meridianverläufe abzuarbeiten, Energieausgleich zu verfolgen, Körpertechniken zu applizieren).

Wir berühren über die Hände hinaus. Der Unterschied liegt meines Erachtens im räumlichen Berühren. In der Massage berühren wir definierte Strukturen wie Muskeln, Sehnen, Bänder. Im Shiatsu bewegen wir uns jenseits definierter Strukturen und arbeiten mit dem Atem, der Lebendigkeit, den Zwischenräumen wie den Faszien und Zellverbänden und der Leere an sich, also dem nichtdefinierten Unbekannten. Wir berühren das Leben. Im Berühren achten wir darauf, was uns berührt. So sind die Hände Rezeptoren, Wahrneh-

77 Interview am 23.11.2015 mit Pia Staniek, Physiotherapeutin, Shiatsu-Therapeutin und -Lehrerin am Europäischen Shiatsu Institut (siehe Anhang 5).

mungsorgane und Kommunikatoren. Wesentlich ist, ob Kontakt entsteht. Das ist erfahrbar und prüfbar.

Ergänzend dazu:

Im Prüfungskontext schaue ich beispielsweise darauf, ob Meridianverläufe und die Behandlungspositionen und Techniken verinnerlicht wurden, wie ist der Behandlungsfluss und wie sich der Kontakt entwickelt hat über die Integration von Mutter- und Kindhand oder ob die Studenten entspannt sind. (K. Schröder 2015)

Es gibt diese Regeln im Shiatsu. Sie sind, gemäß ihrer Natur, die Art der Auseinandersetzung um die Abstufungen im Shiatsu. Sie legen das Sollen der Akteure fest und sind in der Regel den Berufsverbänden und Schulen vorbehalten; diese sind zumindest in Deutschland nicht staatlich anerkannt. Das hat zur Folge, dass die normativen Orientierungen zwar einen rechtlichen Rahmen für Handlungen kommunizieren, aber letztlich selbstgesetzte Normen und rechtlich nicht durchsetzbar sind: Es gibt keine gesetzliche Grundlage. So kommt es, dass vor allem Verbände in ihren Statuten festzulegen versuchen, auf welche Weise „richtiges Shiatsu“ praktiziert wird und welche Handlungen erlaubt und verboten sind und wie bestraft wird. Dafür braucht es wiederum eine Wertebasis. Die Shiatsu-Praktizierenden und Ausbildungsinstitute, die sich an die Spielregeln halten, werden geachtet. Moralisch entrüstet wird reagiert, wenn eben diese selbstgesetzten Normen verletzt werden.

Es wird durch diese aufgeführten Kernelemente geregelt, was Shiatsu ist und was nicht und wer nach den gesetzten Definitionen agiert und wer nicht. In diesem Sinne wäre Shiatsu nun sehr konservativ und eher nicht vereinbar mit der Transkulturalität im Welsch'schen Sinne, durch Abgrenzungen sowohl territorialer Art als auch in den Vereins- und Verbandsstrukturen. Die von Welsch angeführten kulturellen Mischidentitäten können sich an folgenden Ein- und Abgrenzungen orientieren:

- Im Shiatsu ist man jemand, nicht irgendjemand. Man ist Shiatsu-Praktizierender.
- Im Shiatsu zählt es, im Sinne des Sehens mit der Hand zu behandeln.
- Soziale oder/und ethnische Herkünfte sind nachrangig.
- Beim Shiatsu ist es nicht wichtig, ob man nebenher einen erfolgreichen Beruf ausübt, religiös gebunden ist oder welche anderen Rollen man im gesellschaftlichen Leben hat.

Transkulturelle Elemente finden sich eher im Lernen der japanischen Begrifflichkeiten während der Ausbildung oder/und bei der Lektüre der einschlägigen Bücher. Sie finden sich im Tragen der traditionell japanischen Kleidung während der Shiatsu-Praxis, in der Ausstattung der Praxisräume oder in den selbstgemachten Symbolen auf Behandlungstüchern. In der Behandlung selbst finden sie sich beispielsweise in der Art, wie in Deutschland die vier Befundungsformen verstanden und ihre Bedeutung übersetzt wird, ebenso das Kyo/Jitsu-Verständnis, das Leitbahnverständnis, das Arbeiten an den Leit-

bahnen als transkommunikatives Netzwerk, die Integration der fünf Wandlungsphasen⁷⁸ und die daraus resultierende Beratung des Klienten. Diese Aspekte finden sich im Resonanzraum von Behandler und Klient, innerhalb einer (Vertrauens-)Kultur. Andere transkulturelle Elemente werden situationsadäquat und vor allem sinnvoll transferiert.⁷⁹

Weiter geht es im Shiatsu nicht um Heilung, da es nicht um die Behandlung von Symptomen geht, sondern um eine natürlich stattfindende Yin/Yang-Orientierung, die die Selbstheilungskräfte des Körpers anregen soll. Es gibt in der Vermittlung des Shiatsu ein sogenanntes Gravitationszentrum (bei aller transkulturellen Vielfalt der herrschenden Stile): Es sind die Arbeit mit Mutter- und Kindhand, das senkrechte Einsinken und das Lehnen aus der Körpermitte beziehungsweise aus dem Hara, die man als solches betrachten kann.

In die Diskussion über Transkulturalität gehören neben politischen und wirtschaftlichen Wechselwirkungen auch und vor allem kommunikative Wechselwirkungen. Diese Ebenen lassen sich nicht sauber voneinander trennen. So exportiert Japan mit Sushi und Godzilla neben dem Konsumgut an sich auch kulturelle Geschichten. Diese durchdringen die Rezipientenkulturen mit Werten und Interaktionsformen, systemisch mit Kommunikation. Die Sorge um den Erhalt von Kulturgütern ist in den Argumentationslinien der klassischen Kulturtheorien unverkennbar. Westliche Waren und Vorstellungen gefährden die Integrität nichtwestlicher Kulturen. Lokale Getränke, lokale Gerichte, aber auch lokale Heilweisen werden verdrängt. Für das Verfahren Shiatsu und die Kultur Japans muss allerdings gesagt werden, dass sich auch eine Kultur wie die Japans während der Meiji-Restauration von innen öffnete, sich schon immer wandelte. Es scheint, als wären Prozesse von Diffusion und Indigenisierung ein wichtiger Innovationsfaktor für Kulturen im Laufe der Zeit (vgl. Frank 2004; vgl. Burke 2000). Transkulturelle Elemente werden nicht einfach importiert und adaptiert, sondern auch kontextualisiert. Die Bedeutung des Konzepts Shiatsu ist in lokale Wertemuster eingebettet und wird so transformiert, wie seine Zeichen verstanden werden. Nicht selten werden Behandelnde gefragt, ob Shiatsu eine Kampfkunst sei. In Bezug auf die Transformation in lokale Wertemuster kann gesagt werden, dass die Bedeutung von Shiatsu für den Menschen als kollektivistisch im Sinne von Einheit betrachtet wird. Es gibt keine Trennung von Geist und Materie. Beides ist untrennbar miteinander vereint (vgl. Masunaga und Ohashi 1977; vgl. Kishi und Whieldon 2015).

Ob seit der inhaltlichen und namentlichen Trennung oder während der Entwicklung zu einer separierten und in sich definierten manuellen Therapie⁸⁰ als medizinische Behandlungsmethode – immer debattieren Behandler darüber, wie man die unterschiedlichen medizinischen Modelle der europäischen anatomischen Medizin und

78 Die Integration der Wandlungsphasen wird von den führenden Shiatsu-Vertretern Masunaga und Kishi et al. verworfen: „Die Gemeinsamkeiten zwischen japanischem Shiatsu und chinesischer Medizin sind geringfügig. Es gibt keine natürliche Verknüpfung.“ (Kishi und Whieldon 2015, S. 78)

79 Aus einem Interview mit Hartmut Schröder, Lehrstuhl Therapeutische Kommunikation, Viadrina, Frankfurt an der Oder, geführt am April 2014 (siehe Anhang 6).

80 Siehe Kapitel 3.2.

der traditionellen, chinesisch-abgeleiteten Medizin versöhnen respektive in Einklang bringen kann. Diese Debatte kennzeichnet die Diversität des Verfahrens selbst, das oft vorgefundene Unverständnis über die Entwicklungsgeschichte reflektiert und unterstützt die Annahme, dass es eine transkulturelle Praktik ist, kreativ und „trans“ in der Peripherie und im Kern.

4 REVIEW:

Forschungsstand zur Wirksamkeit des heterodoxen Verfahrens Shiatsu

4.1 Einführung

Mit den in dieser Arbeit aufgezeigten Studien gibt es viele Daten zur Nutzung und zu den Wirkungen von Shiatsu, insbesondere Befragungen und Fallstudien (Robinson et al. 2010). Die in der Schulmedizin als wissenschaftlicher „Goldstandard“ bezeichneten Doppelblindstudien sind jedoch im Shiatsu aus methodischen Gründen nur eingeschränkt durchführbar. Ziel der klinischen Forschung ist es unter anderem, Krankheitsursachen zu erkennen und Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zur Verbesserung von Lebensqualität und Lebensdauer von Populationen zu entwickeln. Die medizinische Wissenschaft kann valide Ergebnisse erheben und Wahrscheinlichkeiten angeben. Es treten keine Gesetzmäßigkeiten, sondern Wahrscheinlichkeiten/Irrtumswahrscheinlichkeiten auf (empirische statt deduktive Wissenschaft). Während es also in der klinischen Forschung auf die in der Regel monokausale Intervention mit Prüfsubstanzen ankommt, basiert die Shiatsu-Arbeit auf einer Arbeitsweise, die sich in Bezug auf die aktuelle individuelle Situation des diagnostizierten Zustands des Ki prozesshaft entwickelt. Es ist nach Ansicht von Fachautoren streitbar, „standardisierte, jederzeit reproduzierbare Verfahren und Ergebnisse zu liefern.

The aim of a double-blind controlled trial is to measure the effectiveness of the drug or treatment method against placebo, but to some extent the practice of any form of contact therapy is arguably placebo. The simplest of touches can have measurable effects. (Beresford-Cooke 2011)

Auch ist es faktisch nicht möglich, einer Kontrollgruppe „Als-ob-Shiatsu“ zu geben (vgl. SGS 2003).

In dieser Arbeit wird eine ergänzende Sichtweise dokumentiert. Die vorliegenden RCTs zu Shiatsu zeigen ein anderes Bild. Hier gilt es sauber aufzuzeigen, warum sie möglich waren und wie in Zukunft eine valide Vorgehensweise gesetzt werden kann, um die wirkungsvolle Methode des Shiatsu in das deutsche Gesundheitssystem einzubinden.

Im nachfolgenden Teil wird ein systematischer Überblick aller bisherigen Forschungsergebnisse zu Shiatsu erhoben. Im Fokus steht, welche Aspekte innerhalb der Diskussion um die Wirksamkeit von Shiatsu zurzeit eine entscheidende Rolle spielen. Hypothetische Fragestellungen dazu: Was passiert, wenn keine Shiatsu-Behandlung stattfindet – was passiert also in der Placebogruppe der einzelnen Studien? Und was

bringt eine Shiatsu-Sitzung im Vergleich zu keiner Shiatsu-Sitzung? Gibt es eine nachweisbare Wirksamkeit von Shiatsu, die über Erfahrungsmedizin und Kasuistiken hinaus mit evidenzbasierten Forschungen messbar wäre? Wird das therapeutische Gesamtsetting des europäischen Shiatsu in der klinischen Forschung berücksichtigt? Wenn nein, ist beantwortbar, wie das den Nachweis von Wirksamkeit beeinflusst?

Für die übergreifende Analyse und Bündelung von aktuellen Forschungsständen lassen sich vorrangig zwei variantenreiche Verfahren unterscheiden:

1. Reviews
2. quantitativ-statistische Metaanalysen

Gemeinsames Ziel dieser Verfahren ist, den Forschungsstand zu einer ausgewählten Thematik zusammenzufassen, zu bewerten und so zu neuen, aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen. Ein Review erlaubt die Einbeziehung methodisch unterschiedlicher Quellen, qualitativ wie quantitativ, empirisch wie theoretisch. Dadurch werden breite Themen und Fragestellungen bearbeitet. Die beschriebene Breite ist eine Stärke des Reviews. Sie zieht aber auch Schwierigkeiten nach sich. Der Einbezug vielseitiger Perspektiven erlaubt einen umfassenden Blick auf eine Thematik. Andererseits erschwert die Heterogenität der Daten die Vergleichbarkeit der Daten und Ergebnisse untereinander, was die Nachvollziehbarkeit für Außenstehende erschwert. Ferner erfolgen bei mangelnden Kriterien Auswahl und Gewichtung des Materials willkürlich, und durch die erhöhte Subjektivität entstehen leichter Auswertungsfehler (vgl. Bortz und Döring 2006, S. 672f.; Whitemore und Knafelz 2009, S. 547f.; Kayser 2013).

Der Review erlaubt die zusammenfassende Bearbeitung einer Thematik und umspannt einen weiten Bereich. Deshalb eignet sich dieses Verfahren für das vorliegende Dissertationsthema und für die in diesem Review angestrebten Fragestellungen und Datengrundlagen. Es ermöglicht durch seine methodische Offenheit eine vielfältige Perspektive auf die Thematik und vergrößert die potenzielle Datenbasis und damit die Aussagekraft der Ergebnisse im Sinne neuer Erkenntnisse und Anreize. Eine gute und stringente Planung sowie der Einbezug von Gütekriterien und Qualitätskontrollen sollen helfen, möglichst belastbare Daten zu erheben. Die Metaanalyse unterscheidet sich dahingehend, dass meist methodisch homogene Primärstudien unter einer bestimmten Fragestellung statistisch aggregiert werden und so objektiv überprüfbare Aussagen über Effektstärken zulassen. Die Auswahl der zu analysierenden Untersuchungen erfolgt dabei nach statistischen Kriterien und lässt sich deshalb gut nachvollziehen. Die dadurch notwendige methodische Homogenität der Untersuchungen beschränkt theoretisch den inhaltlichen Fokus und die perspektivische Vielfalt des zu analysierenden Materials.

Der nächste Abschnitt schildert zunächst zusammenfassend den Aufbau und die Anforderungen an Reviews und führt über die Besprechung von Hintergrund und Gegenstand in die Problemformulierung und zum Review über den Forschungsstand zu kontrollierten und Querschnitts- sowie unkontrollierten Primärstudien. Daran anschließend folgt die Endpunktanalyse der kontrollierten Primärstudien zu Shiatsu.

4.1.1 Aufbau und Anforderungen von Reviews

Whittemore und Knafelz 2009 legen Empfehlungen für den Aufbau und die Umsetzung von Reviews vor. Da die Autoren durch die konkrete Unterscheidung von fünf Stufen ein strukturierteres Modell bereitstellen, dient dieses zur besseren Übersicht.

1. Problemidentifikation (bestimmt Fokus und Grenzen der Untersuchung)
2. Literatursuche (anhand fundierter Suchstrategien)
3. Datenevaluation (Beurteilung der Güte der Datenbasis anhand vorher festgelegter Kriterien)
4. Datenanalyse (Auswertungsmethode folgt den zugrundegelegten Daten)
5. Präsentation der Ergebnisse (Synthese der per Datenanalyse extrahierten Erkenntnisse)

Für die nachfolgende Untersuchung wurden die Stufen entsprechend der Unterscheidung umbenannt. Vorliegender Review versucht mit der differenzierten Darstellung in monokausaler Wirksamkeit (Teil A) und multifaktorieller Wirkung⁸¹ des Shiatsu (Teil B) einer besseren Übersichtlichkeit der vorhandenen Studienlage im Zusammenhang mit dem Verfahren Shiatsu Rechnung zu tragen. Der Leser erfährt so einen schnellen Überblick über die bisher genutzte Methodik und die daraus resultierenden Ergebnisse. Die Voraussetzung dafür ist ein angenommener Bedarf der Medizin nach einer umfassenden Datenlage als Entscheidungsgrundlage. Weiterhin wird der Frage nach einer Wirksamkeit und einem Nutzen erfahrungsmedizinischer Methoden auf der Basis eines ganzheitlichen Menschenbildes und eines integrierten Konzepts von Heilung – über die Grenzen der evidenzbasierten Medizin hinaus – nachgegangen. Es wird versucht, durch eine tiefere Betrachtung den Rahmenbedingungen der Komplexität heterodoxer (vgl. Frank 2004, S. 28ff.). Heilverfahren zu begegnen, indem das Gesamtsetting, also therapeutische Kommunikation und Behandlungsumfeld etc., diskutiert wird (vgl. Walach 1998, S. 9ff.). Im Anschluss an die Diskussion dieses Reviews folgt die metaanalytische Referenz der kontrollierten Studien. Die Anwendung einer statistischen Überblicksmethode ist gerechtfertigt, denn sie gewährleistet eine höhere Generalisierbarkeit der Gesamtaussage und erlaubt es, mögliche Effekte auch in kleineren Studien zu finden⁸².

4.1.2 Hintergrund und Gegenstand

Shiatsu⁸³ mischt sich in die heutige Gesundheitsversorgung unseres Landes seit ca. 1970 und findet weltweit Niederschlag in der klinischen Forschung seit ca. 1996⁸⁴. Das

81 In diesem Kontext beschreibt der Begriff ‚Wirksamkeit‘ die Behandlung unter Idealbedingungen in Studien und der Begriff ‚Wirkung‘ in der routinemäßigen Anwendung unter Alltagsbedingungen.

82 Vgl. Walach 1998.

83 Die deutsche Übersetzung basiert auf dem Kompromiss, *shi* als „Finger“ und *atsu* als „Druck“ zu übersetzen (vgl. Adams 2002, S. 248).

84 Vgl. Review von Robinson zu Shiatsu und Akupunktur (Robinson et al. 2010).

in Europa populäre Shiatsu (Beresford-Cooke 2003; Masunaga und Ohashi 2006; Beal 1992; Lock 1984) ist ein nichtpharmakologisches, achtsamkeitsbasiertes⁸⁵ und meist auf die Leitbahnen (Meridiane) ausgerichtetes Verfahren einer Körper-Einzelarbeit. Shiatsu ist kein symptombezogenes Verfahren. Die Behandlung organisiert sich überwiegend nach der Hara-Befundung (Fuku-shin) und der Anamnese des Beobachtens, des Hörens, des Nachfragens und des Berührens (Bo-shin, Bun-shin, Mon-shin, Setsu-shin). Ausgangsbefundung und integraler Bestandteil der Behandlung ist der im Moment der Behandlung vorherrschende vitale Zustand des Menschen.⁸⁶ Shiatsu-Behandlungen sind durch folgende Merkmale geprägt – sie variieren je nach Ausbildungsstil und Herkunft –, um nur die kennzeichnendsten Kriterien des in Europa praktizierten Shiatsu zu nennen⁸⁷:

- Nutzen von Händen Knien, Ellenbogen und Daumen als „Werkzeuge“,
- Lehnen oder stabiler tiefer Druck mit dem Körper als Differenz zum lokalen Drücken, Kneten oder Pressen,
- achtsamkeitsbasierte Dehnungen (Dehnungsgrenze mit Verweilen und Spüren nach Kontraktionen oder frei fließende Dehnungen),
- das 90-Grad-Sinken zur Körperoberfläche für optimale Wirkentfaltung,
- die Mutter-Kind-Hand-Arbeit (Zwei-Hand-Technik),
- die körperliche Ausrichtung des Behandlers ausgehend von der Wirbelsäule und aus dem Hara,
- die Theorien des Kyo/Jitsu als quantitative Technik, um meist ausgleichend, tonisierend, sedierend an den energetischen Strukturen der Meridiansysteme des menschlichen Körpers zu arbeiten,
- Anwendung des Konzepts der Wandlungsphasen (TCM-basiert),
- Anwendung von Tsubotechniken⁸⁸ und
- Behandlung am bekleideten Körper.

85 Shiatsu wird auch beschrieben als die instinktive Reaktion, eine schmerzende Stelle zu berühren, und beruht auf dem Prinzip, das eigene Körpergewicht in achtsamer und angemessener Weise auf den Partner zu übertragen. Durch den Kontakt wird die Zirkulation der Lebensenergie, des vitalen Ki, aktiviert. *Shi* bedeutet „Finger“, *atsu* bedeutet „Druck“. In der Kombination mit Dehnungen, Mobilisation und stabilem Druck oder Lehnen entlang der Energiebahnen, der Meridiane, soll der Fluss des Ki bewegt werden.

86 Masunaga, wichtiger Wegbereiter des Shiatsu, erforscht das der Akupunktur zugrundeliegende Meridiansystem und erweitert es für das Verfahren Shiatsu. Er forscht und lehrt mit dem Hintergrund, das Meridiansystem als Ausdruck der individuellen Lebensenergie eines Menschen zu betrachten und zu behandeln und weniger technisch zu verstehen (vgl. Masunaga und Ohashi 2006; Reder 2013; Beresford-Cooke 2003).

87 Eine Auflistung der Shiatsu-Definitionen der Verbände weltweit sowie Klassifizierung und Definition des Shiatsu ausgehend von deutschen anerkannten Schulen findet sich im Anhang 1.

88 Japanische Messeinheit – Akupunkturpunkt.

4.1.3 Problemformulierung

Die Formen des in Europa praktizierten Shiatsu werden bei physiologischen, psychosomatischen, neurologischen, psychophysiologischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen und zur allgemeinen Unterstützung der Gesundheit und des Wohlergehens eingesetzt. So wurde 2003 bei einer Umfrage des Schweizer Berufsverbandes mit 850 Mitgliedern mit einer Rücklaufquote von 48 % festgestellt, dass 75 % der von den Mitgliedern durchgeführten Behandlungen infolge von Beschwerden in Anspruch genommen werden und 25 % der allgemeinen Gesundheitsvorsorge dienen. Zur Angabe der Behandlungsmotive antworteten 36,2 %, dass sie mit körperlichen in Kombination mit seelischen Beschwerden kommen, und 33,5 % gaben an, dass es rein körperliche Beschwerden sind.⁸⁹ Das heißt, Shiatsu wird in der Schweiz mehrheitlich therapeutisch genutzt. Einhergehend mit der Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“ 2009 hatte das unter anderem zur Folge, dass die Methode Shiatsu innerhalb der komplementärtherapeutischen Methodenausbildung der Schweiz anerkannt wurde⁹⁰ (Studer Studie 2012). In der Drei-(EU)-Länder-Studie *Effects and Experience of Shiatsu* stellten Long et al. bei gesamt 948 Klienten fest, dass fachübergreifend wesentliche Verbesserungen auftraten, insbesondere bei Spannungen, Stress und strukturellen Problemen (Robinson et al. 2010; Long 2009; Long 2007).

So kann mit den Ergebnissen der großzähligen Befragungen in der Schweiz, in Großbritannien, Österreich und Spanien festgestellt werden, dass durch die Arbeit mit Shiatsu eine verbesserte physiologische, psychosoziale und psychologische Funktion möglich ist. Es wird angenommen, dass durch die spezifische Shiatsu-Berührung biochemische Prozesse ausgelöst werden, die stark stressreduzierend wirken (Aktivierung des parasympathischen Systems, GSD e. V. 2009b): Während der Shiatsu-Behandlung sinken Körpertemperatur und systolischer Blutdruck ab (Inagaki 2002). Das scheint ein unmittelbarer Effekt durch die Aktivierung des Parasympathikus zu sein, der auf die Auslösung endokriner und weiterer chemischer Reaktionen des Hypothalamus und deren Ausbreitung über den Blutkreislauf einen direkten Einfluss auf zum Beispiel Herzfrequenz, Durchblutung, Muskelspannung, Körperhaltung, Verdauungstrakt, Immunsystem hat (vgl. Sedlin 2013, S. 69).

Wie in der angeführten Long-Studie bestätigt, führt der therapeutische Prozess mit Shiatsu dazu, dass sich Menschen körperlich und emotional stärker wahrnehmen können, dass sie beweglicher und gedanklich offener werden. Das sensomotorische System nutzt die aufeinanderfolgenden Reize des Tiefenkontakts, um sich zu reorganisieren. Die gesunden, selbstregulativen Kräfte werden gestärkt und führen häufig zu positiver Veränderung (siehe GSD e. V. 2009b). Anerkannte Autoren des Shiatsu kommunizieren, dass Shiatsu eine Verbesserung der Vitalität und Bewältigungsfähig-

89 SGS-Mitgliederbefragung 2003, Bericht der Polyquest AG für Marktforschung, S. 21.

90 Wird die Shiatsu-Behandlung von entsprechend ausgebildeten Praktikern und Praktikerinnen ausgeführt, wird sie von der Krankenkasse übernommen. Diese Praktiker und Praktikerinnen dürfen die Bezeichnung Therapeut/Therapeutin tragen.

keiten durch die ausgesprochene Bezogenheit auf die Selbstheilungskräfte des Körpers bewirkt (Namikoshi 1981; Masunaga und Ohashi 2006; Lock 1984; Willfried Rappenecker 2007). Mit den Ergebnissen der großzähligen Befragungen in der Schweiz, in Großbritannien, Österreich und Spanien kann belegt werden, dass Shiatsu andere nichtpharmakologische Therapien wie die Physio- oder Psychotherapie sowie Ergotherapie positiv unterstützt (Long 2007; SGS 2003). In den letzten beiden Jahrzehnten wurde eine Reihe weiterer empirischer Studien durchgeführt, die ihrerseits Behauptungen bestätigen, dass sich Shiatsu positiv auf körperliche Beschwerden und seelische Schwierigkeiten auswirkt⁹¹ und es keine gemessene Gefährdung durch das Verfahren Shiatsu gibt. Selbst der traditionellen Lehrmeinung, verbotene Punkte in der Schwangerschaft zu nutzen, wie sie auch im Shiatsu vermittelt werden⁹², fehlt der Existenzbeleg, wie eine retrospektive Untersuchung der verbotenen Punkte in der Akupunktur bei über 5800 Probandinnen in der Schwangerschaft an der Universitätsfrauenklinik in Mannheim ergab (Römer et al. 2013). Im Lichte dieser Untersuchung ist der Fokus ein gesundheitspolitisch gefährlicher Punkt statt ein gesundheitlich gefährlicher, denn das Verfahren Shiatsu ist gesundheitspolitisch nicht existent, da nicht anerkannt; und somit sind all jene, die es betreiben und keine Heilpraktiker oder Ärzte sind, in hohem Maße gefährdet, wenn es zu Komplikationen während der Behandlung kommt. Eine nähere Ausführung des gesundheitspolitischen Status des Shiatsu in Deutschland im Vergleich zur Schweiz und Österreich folgt in Kapitel 6.

4.2 Methodik

4.2.1 Ergebnissammlung und -bewertung

Hinweise

Die Grundlage bildet eine umfassende weltweite Recherche klinischer Forschung seit 1946 zur Intervention Shiatsu. Nach Recherchegängen im Zeitraum März 2012 bis August 2013 erfüllten von gesamt 2165 Treffern 15 Studien die nachfolgend formulierten Einschlusskriterien (siehe Flussdiagramm, Abbildung 5). Davon können 6 Studien im Design als kontrolliert bezeichnet werden (siehe Tabelle 4). Die Analysemethoden und Einschlusskriterien wurden zuvor festgelegt und nachfolgend dokumentiert:

- Informationen zur Indikation, Intervention Shiatsu als Behandlungskomponente,
- kontrolliertes Design und Vorher-nachher-Studien,

91 Siehe die nachfolgend detailliert gelisteten Studienergebnisse.

92 Verbotene oder nicht zu berührende Punkte auf Leitbahnen bei Schwangerschaft sind Gallenblase 21, Dickdarm 4, Milz 6 und Blase 67. Diese Punkte sollen, so die Lehrmeinung, das Ki stark in Bewegung bringen und nach unten leiten.

- definiertes Zielkriterium (Outcome),
- quantitative Ergebnisdarstellung, adäquate statistische Analysen,
- Informationen über die Qualifikation der Behandelnden/Therapeuten und
- Informationen über das therapeutische Umfeld.

Es fanden sich Studien zu klinischen Populationen wie beispielsweise Schmerz, Krebs, Nebenwirkungen von Chemotherapie, Herzerkrankungen, Depression, Angst, Angina Pectoris, Klimakterium sowie zu belasteten, aber gesunden nichtklinischen Gruppen. Auf einer zweiten Ebene wurden die Einschlusskriterien in Hinblick auf eine Interventionshomogenität und eine Population von mindestens gleich oder größer 10 pro Gruppe konkretisiert.

Alle im Review aufgenommenen Studien (n=15) werden gelistet, bei 6 Studien wurden die Daten extrahiert (vgl. Evidenztabelle I in Anhang 3, Tabelle 7). Ausgangspunkt war der einzig verfügbare Review von Nicola Robinson et al. zu *Shiatsu und Acupressure* (Robinson et al. 2010) aus dem Jahre 2010. Hier sind unter dem Begriff ‚Shiatsu‘ Studien aufgeführt, die neben Shiatsu und Akupressur eine Studie zu Wasser-Shiatsu (Faull, 2005) beinhaltet. Für eine weitere Studie von Mandala (*Effectiveness of back school or shiatsu massage reflex therapy in chronic low back pain*, 2001) liegen keine Endergebnisse vor. In die Diskussion fließen die Studien indirekt ein und darüber hinaus das unveröffentlichte Material der Untersuchung von Oz Argash (*Shiatsu as complementary treatment to support cancer patients*, 2004).

Annahme

Angenommen wird, dass keine Wirksamkeit von Shiatsu gegenüber Vergleichstherapien, die über Erfahrungsmedizin und Kasuistik hinaus mit evidenzbasierten Forschungen messbar wäre, nachzuweisen ist, da innerhalb eines Studiendesigns Behandlungsumfeld, Ausbildung des Behandlers sowie die Befundung im Shiatsu nicht berücksichtigt werden. Die Körperarbeit Shiatsu ist aufgrund ihrer Komplexität und Ausrichtung unabhängig von medizinischen Diagnosen zu betrachten.

The complexity of interventions such as Shiatsu, including their patient-centred and individualised nature, practitioner and non-specific effects, the influence of patient choice, and potential synergistic effects require innovative evaluative approaches. (Robinson et al. 2010, S. 24)

Im Shiatsu beziehen sich die Behandelnden nicht vorrangig auf die Physis, sondern auf das energetische (Meridian-)System des Menschen. Der Zugang zum Ki über die Meridiane, verstanden als Bahnen von Energie und Ausdruck jeweils spezifischer Lebensfunktionen, ermöglicht gleichzeitig den Kontakt zu unterschiedlichen Qualitäten und Dichten von Energie (Ki) im Körper. Die Behandler konzentrieren sich auf die im Moment der Therapiesitzung erhobene energetische Befundung. Die sich differenzieren-

den Shins Haikôshin, Fukushin, Bôshin, Setsu-Shin, Mon-Shin und Bun-Shin⁹³ werden mit dem Ziel verwendet, bei dem Klienten ein bestehendes energetisches Muster zu erkennen. Mit den spezifischen Shiatsu-Techniken wird ein Mensch sowohl in seinen körperlichen als auch in seinen emotionalen, mentalen oder geistigen Aspekten erreicht.

Weitere Annahmen und Fragestellungen

Ist die dynamische Passung⁹⁴ im Shiatsu, die Wirksamkeit möglich macht, mit auf evidenzbasierten Leitlinien zu fassen? Sie speisen sich aus mehreren Passungsfaktoren wie die Passung von Klient–Therapeut, Raum–(Duft)–Ton–Umgebungspassung und Gesprächsführungspassung (vgl. zum Beispiel Uexküll 1997).

Kann beim Aufbau klinischer Studien die Erhebung von Daten über das Behandlungsumfeld, eine aussagekräftige Qualifikation der Praktizierenden und die besondere Befundungsform im Shiatsu berücksichtigt werden? Werden Daten zum Behandlungsumfeld und zu Dauer, Art und Umfang einbezogen und analysiert?

Einschlusskriterien

1. Studien, die bis 2013 publiziert wurden, beziehungsweise unveröffentlichtes Material, bei dem die relevanten Informationen bis 2013 zur Verfügung standen.⁹⁵
2. Es wurden sowohl veröffentlichte als auch unveröffentlichte Untersuchungen eingeschlossen, soweit sie recherchiert werden konnten. Eine Minimalanforderung war das Vorhandensein eines Abstracts in englischer Sprache.
3. Das Sample sollte nicht unter zehn Personen liegen.
4. Bei der Intervention mit Shiatsu lag die Betonung auf „Behandlung“ und nicht auf das Stimulieren einzelner Punkte.

93 Haikôshin: Kyo-Jitsu-Evaluation am Rücken – Haikô = Rücken, Shin = Diagnose*; Fukushin: Kyo-Jitsu-Evaluation am Bauch/Abdomen – Fuku = Bauch/Abdomen, Shin = Diagnose*; Bôshin: Beobachtung des Gesamteindrucks; Setsu-Shin: Erfassen einer Person durch Berührung, Mon-Shin: Nachfragen, um Informationen zu erhalten, Bun-Shin: Zuhören (und Riechen).

* Eine gebräuchliche Übersetzung von ‚Shin‘ ist Diagnose und meint im Verständnis der östlichen Medizin die Offenheit, sich etwas zeigen zu lassen, statt nach etwas zu suchen (Long und Mackay 2003).

94 Das Konzept der dynamischen Passung ist konstruktivistisch angelegt und besagt, dass alles, was wir erkennen, erst im Prozess der Erkenntnis konstruiert wird und nichts unabhängig von dieser Erkenntnis existiert. Für die Medizin wird das in dem Grundsatz deutlich, dass jedes Lebewesen sich eine eigene Umwelt, seine eigene Welt konstruieren muss, in der es überleben, in der es leben kann. Misslingt dieser Vorgang, wird er als Passungsstörung bezeichnet und rückt damit in die Nähe der Krankheitstheorie der „Integrierten Medizin“. Die Passung ist ein außerordentlich individueller Vorgang und ein dynamischer Prozess. Eine Passung, die heute funktioniert, kann morgen schon falsch sein und im schlimmsten Fall ein Weiterleben unmöglich machen. Der Passungsvorgang funktioniert also dreigliedrig: Zwischen Ursache und Wirkung findet ein Prozess statt, der „Bedeutungserteilung“ genannt wird.

95 In der *Robinson Review* wurden nur Studien ab 1990 eingeschlossen: “As this review was not limited by health condition, the breadth of the included studies necessitated limiting inclusion by excluding studies prior to 1990. This may have created bias.” (Robinson et al. 2010, S. 30)

5. Wenn vorhanden, sollte der Einsatz eines ausreichend qualifizierten Behandlers dokumentiert werden, der den Abschluss einer Shiatsu-Ausbildung im Gegensatz zu einem Workshop nachweisen kann.
6. Die Interventionen wurden nicht im Gruppenkontext vermittelt, sondern auf individueller Basis (Einzelbehandlung).
7. Die Behandlungen basierten auf einer Mindestdauer von 6–10 Anwendungen mit nicht weniger als 20 min. oder ca. 1 Stunde Umfang, mind. einmal pro Woche.
8. Quantitative Ergebnismessungen aus standardisierten und validierten Skalen lagen vor.

Literaturrecherche

Die Quellenauswahl folgte folgendem Schema:

- Suchstrategie mit zeitlichem Ablauf in medizinischen Datenbanken und Studienregistren,
- Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Studien und Kontakt mit den Autoren,
- Literaturverzeichnisse einschlägiger Shiatsu-Handbücher, Studien und Reviews zum Thema
- graue Literatur
- Berufsverbandsseiten und Kontaktaufnahme mit Verantwortlichen für Forschung und Wissenschaft
- Handsuche

Es wurden aufeinander aufbauende Suchstrategien ab 1946 eingesetzt.

In den folgenden Datenbanken wurde eine elektronische Suche durchgeführt:

- Medline und Embase über Ovid SP
- Cochrane Library
- Cochrane Reviews
- Cinahl
- Web of Science

Die Datenbanken wurden auf das Vorkommen dieser Stichwörter an einer beliebigen Stelle im Text durchsucht:

- #1 acupressure OR shiatsu OR shiatzu
- #2 shiatsu OR shiazu
- #3 #2 and studies/review/case reports (shiatsu – Studien)
- #4 #2 NOT #3 (shiatsu – keine Studien)
- #5 #1 NOT #2 (acupressure – nicht shiatsu)

#6 #5 and studies (acupressure – Studien)

#7 #5 NOT #6 (acupressure – keine Studien)

Die Literaturangaben sämtlicher verfügbarer Studien sowie theoretischer Veröffentlichungen über Shiatsu wurden zu Rate gezogen. Es wurden alle Erstautoren der identifizierten Studien zu Shiatsu kontaktiert und nach unveröffentlichtem Material und weiteren Forschungen befragt.⁹⁶ Alle international bekannten Studienregister wurden durchsucht. Alle Datenbanken, die sich mit alternativ-komplementären Feldern beschäftigen, wurden durchsucht (Cam Quest und Cambase).

Eine zweite Recherche glied sich sowohl die Studienlage bis 2013 ab als auch noch einmal ab 1946 mit einer leicht veränderten Suchstrategie: Datenbank: Ovid MEDLINE(R) <1946 to April Week 4 2013>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <May 07, 2013>, medpilot, embase, cinahl, medline, Cochrane reviews, Cochrane library, web of science, cambase, camquest

- 1 (Japanese massage or meridian therapy).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (17)
- 2 (Japan* massage* or meridian* therap*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier] (17). Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to May Week 1 2013>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <May 09, 2013>, Embase <1980 to 2013 May 09>

Suchstrategie II

- 1 (shiatsu or shiatzu).mp. [mp=ti, ab, ot, nm, hw, kf, ps, rs, ui, sh, tn, dm, mf, dv, kw] (191)
- 2 exp Acupressure/(1552)
- 3 2 not 1 (1433)
- 4 limit 3 to („review articles“ and (clinical trial, all or clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or clinical trial or comparative study or controlled clinical trial or evaluation studies or guideline or meta analysis or multicenter study or practice guideline or randomized controlled trial or „review“ or „scientific integrity review“ or twin study or validation studies)) [Limit not valid in Embase; records were retained] (625)
- 5 3 not 4 (808)
- 6 exp study characteristics/(4314297)
- 7 exp „review“/(3732320)
- 8 6 or 7 (7851181)

96 Eine vollständige Auflistung der geführten Kommunikation liegt der Autorin vor.

- 9 3 and 8 (579)
- 10 4 or 9 (868)
- 11 3 not 10 (565)
- 12 1 or 2 (1624)
- 13 limit 12 to yr=„2012 –Current“ (179)
- 14 remove duplicates from 13 (151)

Studienkodierung

Alle Studien, die den oben angeführten Einschlusskriterien entsprachen, wurden kodiert hinsichtlich

1. Design (kontrollierte klinische Studie, Beobachtungsstudie),
2. Gruppenzuweisung (Randomisierung, quasi-experimentell),
3. Kontrollbedingung (Warteliste, keine Behandlung, normale Behandlung, aktive Kontrolle),
4. Untersuchungspopulation (Patienten, Gesunde, Studierende etc.),
5. Diagnose der Patienten,
6. Ergebnismessungen und
7. Behandlungsumfeld und Qualifikation des Behandlers.

Externe Validierung, Selektion und Extraktion der Daten

Der Qualitätsindex für einzelne Parameter wie Behandler, Raum, Anzahl Behandlungen, Dauer Behandlungen und andere wurde rechnerisch nicht berücksichtigt, aber in der Diskussion indiziert. Invalide Studien wurden nicht herausgenommen, sondern als solche gekennzeichnet. Es wurden nur Daten berücksichtigt, die mithilfe standardisierter und validierter Skalen mit erwiesener innerer Konsistenz erhoben wurden (zum Beispiel VAS, *pain scales*, FIQ, PSQI, STAI, VSRT, VAS, ABC, PT, *different quality of life questionnaires*, SF 36 Health Survey und Medical Symptom Checklist). Darüber hinaus wurde ein konservatives Vorgehen gewählt, um relativ mehrdeutige oder unkonventionelle Messungen auszuschließen, beispielsweise spirituelle Erfahrungen, Empathie oder neuropsychologische Leistung.

Qualitätskontrolle

Die Evidenz jeder Studie basiert auf dem Design der Studie und der Qualität von Methode und Bericht und wurde unabhängig von zwei Rezensenten ausgewertet. Alle Studien wurden nach den folgenden Qualitätsindikatoren ausgewertet:

1. Die Qualität der Studien wurde im Review von Robinson et al. (2010) festgestellt.

2. Die Qualität des Berichtes wurde mit folgenden Checklisten festgesetzt: CONSORT-Richtlinien für RCTs (Uexküll 1998) und TREND-Aussagen für nichtrandomisierte Studien (cdc.gov 2012) sowie ergänzend die Cochrane-Richtlinien.
3. Auswertung des Studien Designs, entsprechend der Hierarchie Metaanalyse > systematischer Review > RCT > kontrollierte Studie > nichtkontrollierte Studie, so wie es im NICE-Handbuch (Abschnitt 6) diskutiert wird [15].
4. Die hier erarbeitete Evidenztabelle I (siehe Anhang 3, Tabelle 7) wurde nach bestem Wissen mit der Evidenzklasse Oxford gewichtet (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Evidenztypen

Stufe	Evidenztyp
I	Stärkste Evidenz: Wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)
II	Wenigstens ein ausreichend großes, methodisch hochwertiges RCT
III	Methodisch hochwertige Studien ohne Randomisierung beziehungsweise keine prospektiven Studien (Kohorten-, Fall-Kontroll-Studien)
IV	Mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
V	Schwächste Evidenz: Meinungen und Überzeugungen von Autoritäten und Expertenkommissionen (ohne transparente Belege), beschreibende Studien

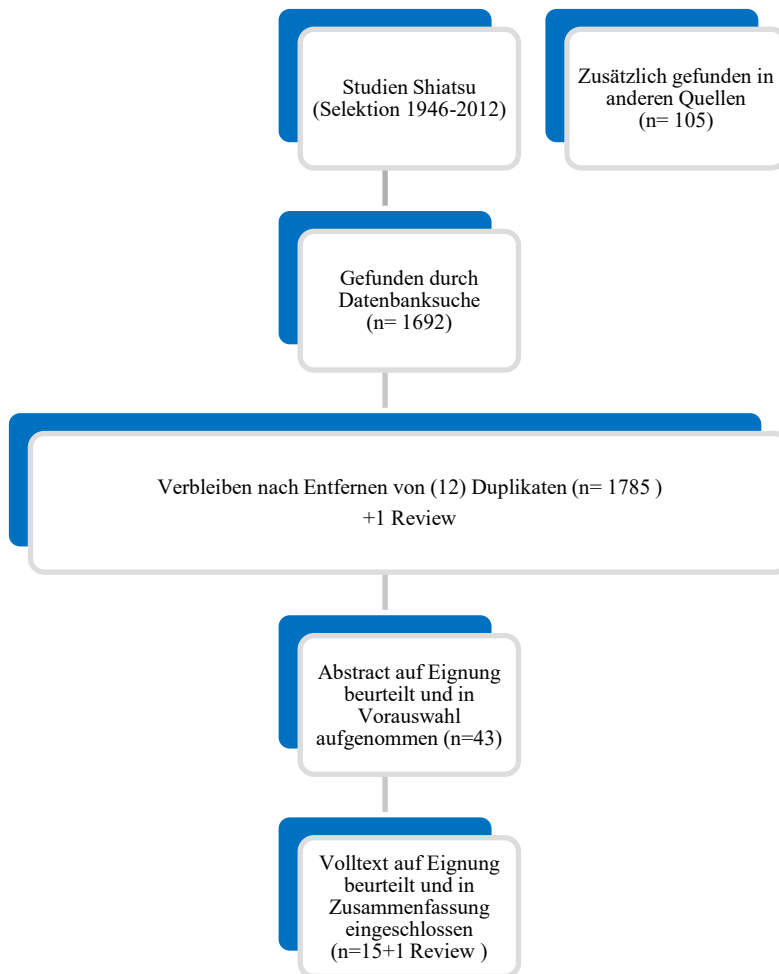


Abbildung 5: Flussdiagramm⁹⁷

Bei der ersten Recherche wurden weltweit nach Entfernen von Duplikaten gesamt 1786 Treffer lokalisiert. Bei der zweiten Recherche ergaben sich insgesamt 396 Treffer, wovon 0 Treffer eingeschlossen wurden, da sie nicht den Kriterien entsprachen.

97 Quelle: eigene Darstellung.

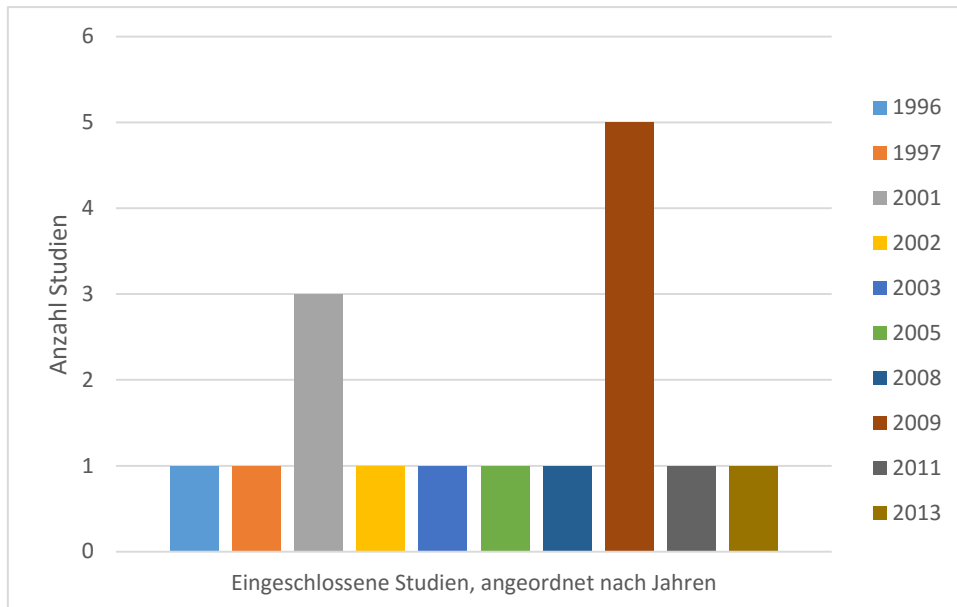


Abbildung 6: Eingeschlossene Studien, angeordnet nach Jahren

Abbildung 6 überblickt das Forschungsgeschehen in Bezug auf Shiatsu nach Jahren. Abbildung 7 zeigt anschaulich Studien nach Design und Krankheitsgeschehen auf.

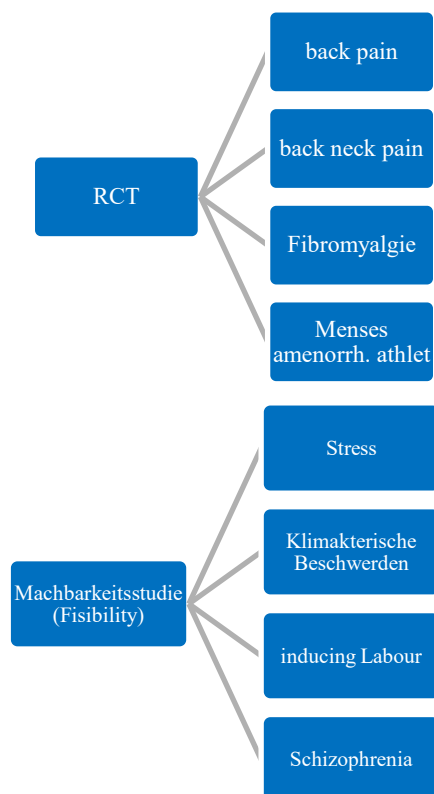


Abbildung 7: Eingeschlossene Studien, angeordnet nach Krankheitsgeschehen

Zu den Passungsparametern Behandlungsraum sowie Qualifizierung der Behandler wurden keine beziehungsweise unvollständige Angaben gemacht, sodass eine übersichtliche Abbildung dazu nicht möglich war.

4.2.2 Ergebnisanalyse und -interpretation

Studienanalyse Teil A – Monokausale Wirkung bei spezifischen Krankheitsbildern anhand kontrollierter Studien und Kurzbeschreibung der eingeschlossenen Studien sowie Darstellung der Effekte der Primärstudien

Es folgt eine Kurzbeschreibung der eingeschlossenen Studien und eine Darstellung der Effekte der Primärstudien mit Hinweis auf Einzel- oder Mehrfachintervention gegenüber Shiatsu (siehe Tabelle 4). Im Anschluss wird mit Unterstützung der Metaanalyse der Gesamteffekt interpretiert.

Einflüsse von Shiatsu bei Überschreiten des Geburtstermins bei Schwangeren (Ingram et al. 2005)

Frauen, die mit Shiatsu behandelt wurden, benötigten seltener häufig eine Geburtseinleitung und bekamen spontan Wehen. Es wurden Frauen ab der 40. Schwangerschaftswoche mit Shiatsu behandelt. Zur Vergleichsgruppe (kein Shiatsu erhalten), gab es signifikante Unterschiede zu den Endpunkten Rate Geburtseinleitungen und Geburtsdauer. Die Shiatsu-Gruppe zeigte eine höhere Anzahl von Spontangeburt, und die Dauer der Geburt verminderte sich deutlich. Die relativ kleine Anzahl der Probanden (Shiatsu-Gruppe: 66 Frauen, Vergleichsgruppe 76 Frauen) zeigt, dass Shiatsu eine Indikation für diesen Bereich darstellt. Die Intervention bestand aus mehreren Komponenten. Die Gruppen wurden nicht randomisiert.

Fibromyalgia Pain and Substance P Decrease and Sleep Improves after Massage Therapy (Field et al. 2002)

Massagen und Shiatsu-Anwendungen im Wechsel über fünf Wochen senkten die Blutspiegel von Stresshormonen wie Cortisol, Adrenalin und Noradrenalin. Deutliche Besserungen von Angstzuständen, Depressionen und Schmerzempfinden waren zu beobachten, ebenso wie eine Verbesserung des Schlafes und Effektivierung des Immunsystems bei Vermehrung der NK-Zellen im Blut. Es wurden keine Gruppenunterschiede, sondern Unterschiede innerhalb der Gruppen verglichen. Mittelwerte sind angegeben.

Efficacy of Shiatsu in Individuals with Fibromyalgia (Yuan et al. 2012)

Ein Shiatsu-Programm über acht Wochen zeigte signifikante Verbesserungen von Schmerz, Druckschmerzgrenze, Angst, Schlafqualität und Fibromyalgiesymptomatik. Keine Unterschiede wurden zum Endpunkt Zustandsangst ermittelt. Die Gruppen sind unverblindet. Mittelwerte und signifikante Unterschiede wurden angegeben.

Effectiveness of back school or shiatsu massage reflex therapy in chronic low back pain: a prospective, randomized controlled blind trial/Unspezifischer Kreuzschmerz (Mandala et al. 2001)

Shiatsubehandlungen, die über fünf Wochen gegeben wurden, zeigten keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Heimtraininggruppe. Es liegen keine Endauswertungen vor. Damit ist die Studie nicht valide und wird nicht verwendet.

Complementary medicine for the management of chronic stress: superiority of active versus passive techniques/Stresssymptomatik mit unspezifischer Ursache (Lucini et al. 2009)

Untersucht wurden hier Stresssymptomatiken wie Stress- und Müdigkeitswahrnehmung und somatische Symptome und Indikatoren für Blutdruck, EKG und Atmungsaktivität (autonome Stressreaktionen). Zu allen Endpunkten konnten signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe, denen lediglich Informationen zu Stressmanagement ausgehändigt wurden, festgestellt werden. Die Ergebnisse haben ein hohes Verzerrungspotenzial. Mittelwerte sind angegeben.

Auswirkungen von Shiatsu auf klimakterische Beschwerden (Kul et al. 2011)

Innerhalb der Therapiegruppe gab es eine signifikante Besserung der Summenscore der MRS II, der psychologischen Subskala und der Angst. Da es in der Therapiegruppe zu einer Zunahme der Depression kam, während es in der Wartegruppe zu einer leichten Verbesserung kam, resultierte ein signifikanter Unterschied bezüglich der Depression zugunsten der Wartegruppe. Nach acht wöchentlichen Shiatsu-Behandlungen durch ausgebildete Behandlerinnen des Europäischen Shiatsu-Institut Heidelberg kam es bei der Mehrzahl der behandelten Frauen zu einer Besserung klimakterischer Beschwerden (Definition: $\geq -3,5$ im Summenscore der MRS II), die bei etwa der Hälfte bis zum Ende der Nachbeobachtungsphase anhielt. Während die Angst in beiden Gruppen nach Shiatsu abnahm, gab es bei der Depression keine Verbesserung während oder nach Shiatsu. Die untersuchten Parameter des Cortisol-Tagesprofils stiegen jeweils nach der Shiatsu-Behandlung an. Mittelwerte und signifikante Unterschiede wurden angegeben.

Cost benefit of combined use of acupuncture, Shiatsu and lifestyle adjustment for treatment of patients with severe angina pectoris (Ballegaard et al. 1996)

Verglichen wurden extern erhobene Ergebnisse bezüglich zweier konventioneller Behandlungsmethoden CABG und PTCA (Large-Scale-Studie zum Ausgangspunkt nach zwei Jahren. Es gibt keine Kontrollgruppe im engeren Sinne). Die beschriebenen Studien sind dahingehend richtungsweisend, dass Shiatsu zu physiologischen Veränderungen beitragen kann, welche dann eine heilende Wirkung einleiten. Somit besteht eine medizinische Brauchbarkeit, wobei die bislang unternommenen Studien zu klein sind, um eine spezifische Wirksamkeit beweisen zu können.

Studienanalyse Teil B – Multifaktorielle Wirksamkeit des Shiatsu anhand von Querschnitts- und unkontrollierten Studien

Es folgt eine Kurzbeschreibung der eingeschlossenen Studien und eine Darstellung der Effekte der Primärstudien (siehe Tabelle 4).

The effects of shiatsu on lower back pain (Brady et al. 2001)

Brady et al. untersuchten den Einfluss von Shiatsu auf Schmerzen der Lendenwirbelsäule. Die Ergebnisse zeigten, dass Rückenschmerzen nach einer Behandlungssequenz von vier Behandlungen signifikant abnahmen. Ein weiteres Ergebnis war die Verbesserung von Angstzuständen, die ebenfalls vor Beginn und zum Ende der Studie evaluiert wurden.

Shiatsu as an adjuvant therapy for schizophrenia (Lichtenberg et al. 2009)

Lichtenberg et al. untersuchten innerhalb einer Fallserie mit Vorher-Nachher-Vergleich psychopathologische Symptome bei zwölf schizophrenen Patienten.

The potential of complementary and alternative medicine in promoting well-being and critical health literacy: a prospective, observational study of shiatsu (Long 2009)

Long untersuchte in einem Dreijahreszeitraum während einer Vorher-nachher-Studie mit 948 Shiatsu-Patienten den relaxierenden Einfluss, die Schmerzlinderung und Verbesserung von Atmung und Körperhaltung durch Shiatsu.

The impact of delivering shiatsu in general practice (Pirie 2003)

Pirie untersuchte Fallserien mit 156 Sitzungen bei 10 Patienten mit chronischen Beschwerden (Verdauungsprobleme, Muskelschmerzen, Depression). Die Shiatsu-Behandlungen führten zu deutlich weniger Arztbesuchen und Verschreibung von Medikamenten, bezogen auf Verdauungsprobleme, Muskelschmerzen und Depression.

Effects of five week of a shiatsu therapy program on the stress phase and blood pressure of hypertension adults (de Albuquerque et al. 2008)

De Albuquerque et al. untersuchten die Indikation Bluthochdruck mit den Endpunkten Blutdrucksenkung und Stresslevel in einer Vorher-nachher-Studie mit elf Teilnehmern.

Shiatsu massage for carers (Formby et al. 1997)

Formby et al. untersuchten an 48 Pflegern in einer Vorher-nachher-Studie die Wirksamkeit von Shiatsu für die Endpunkte Stress, Angst, Aktivität, Mobilität.

Management of work stress in health care providers at the haematology division using Shiatsu, alternative treatment approach (Cohen et al. 2009)

Cohen et al. untersuchten in einer Vorher-nachher-Studie an 25 Angestellten einer Hämatologie-Abteilung ohne Erkrankung den Endpunkt Stressreduktion mit Shiatsu.

Exploring the value of shiatsu in palliative care day service (Cheesman et al. 2001)

Cheesman et al. untersuchten in einer Vorher-nachher-Studie an elf palliativen Patienten mittels qualitativer Interviews den Wert von Shiatsu in Tageskliniken.

Exploring integrative medicine for back and neck pain (Sundberg et al. 2009)

Sundberg et al. untersuchten in einer kontrollierten Studie Rücken- und Nackenschmerzen mit Methoden der integrativen Medizin. Shiatsu ist hier eine Teilintervention. Leider sind keine Subgruppenanalysen bezüglich Shiatsu vorhanden. Es können somit keine Aussagen zur Signifikanz gemacht werden.

In allen aufgeführten Studien⁹⁸ zeigte sich eine positive Wirkung von Shiatsu. Oben analysierte Studien sind trotz Heterogenität, Studiendesign und kleiner Probandengruppen verallgemeinerbar. Ihre interne Validität jedoch ist unzureichend und impliziert einen Bedarf an validen Ergebnissen. Die externe Validität, dargestellt mithilfe des Qualitätsindex, lässt darauf schließen, dass bei Beachtung und Verbesserung der Komponenten Behandlungsraum/Atmosphäre, Behandlungsanzahl und -dauer/Kontaktintensität sowie der Ausbildung und Erfahrung des Shiatsu-Praktizierenden/Shiatsu-Therapeuten in Jahren eine höhere gemessene Wirksamkeit erreicht werden kann (Ballegaard et al. 1996).

98 Harrington et al. untersuchten in einer Service-Evaluation Daten von über 400 Fragebögen (MyCaw) aus den Brustkrebszentren in London, Leeds und Hereford. Untersucht wird die Indikation Brustkrebs, Shiatsu ist eine Teilintervention. Aufgrund des Erhebungsdesigns wird diese Arbeit nicht mit einbezogen.

Überblick der im Review eingeschlossenen Studien/nach Design

Tabelle 4: Eingeschlossene Studien, angeordnet nach Design

Name, Studie, Jahr	Design
	<u>Kontrolliert</u>
1. Kul, Melahat et al. 2011: Einsatz von Shiatsu bei klimakterischen Beschwerden	RCT, unverblindet, zweiarmig (n=22), Frauen mit klimakterischen Beschwerden, Endpunkte: Depression, Angst, Symptomatik (Feasibility)
2. Ingram et al. 2005: The effects of Shiatsu on post-term pregnancy	Prospektive zweiarmige Kohortenstudie (n=142), Indikation Schwangerschaft mit Terminüberschreitung; Schulung in Shiatsu und anderen Techniken vs. keine Schulung, Endpunkte: Spontangeburt, Geburtsdauer etc.
3. Lucini et al. 2009: Complementary medicine for the management of chronic stress: superiority of active versus passive techniques	Dreiarmige prospektive Kohortenstudie (n=70), Indikation Stresssymptomatik ohne kardiovaskulären Konfounder (Hypertension, Rauchen etc.). Entspannungstraining vs. Shiatsu vs. Information, Endpunkte: Stressreduktion, pathophysiologische Parameter, signifikante Unterschiede von Entspannung und Shiatsu versus Information bezüglich Stress-, Erschöpfungs- und somatoformer Symptomperzeption und syst. Blutdruck, Sign. Vorteil von Entspannung vs. Shiatsu bezüglich Herzfrequenz und Niedrigfrequenzparameter
4. Susan Yuan et al. 2012: Efficacy of Shiatsu in Individuals with Fibromyalgia	Prospektive Kohortenstudie (n=34), Shiatsu vs. Information, Indikation Fibromyalgie, Endpunkte: Schmerz, Angst, Symptomatik, Schlaf, sign. Unterschied bezüglich aller Endpunkte zugunsten Shiatsu
5. Mandala et al. 2001: Back school vs. shiatsu massage reflex therapy	Dreiarmiges RCT, Shiatsu vs. Rückenschule vs. Heimtraining, Indikation: unspezifischer Kreuzschmerz, Interimsauswertung (n=21), keine konkreten Ergebnisse berichtet. Endpunkte: Schmerz, Einschränkungen Es liegen keine Endauswertungen vor. Die Studie wurde zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Textes nicht weitergeführt.
6. Field T. et al. 2002: Fibromyalgia Pain and Substance P Decrease and Sleep Improves After Massage Therapy	RCT (n=24) verblindet beziehungsweise mit Scheinbehandlung (Entspannung), Indikation Fibromyalgie, Endpunkte: Angst, Schlaf, Symptome etc.
7. Ballegaard et al. 1996: Cost-benefit of combined use of acupuncture, Shiatsu and lifestyle adjustment for treatment of patients with severe angina pectoris	Acupuncture, Shiatsu and lifestyle adjustment Vergleich mit large scale Studie zum Ausgangspunkt nach 2 Jahren (also keine Kontrollgruppe im engeren Sinne). Verglichen wird mit den externen Ergebnissen bezüglich zweier konventioneller Behandlungsmethoden (CABG und PTCA) und nach 2 Jahren
	<u>Unkontrolliert</u>
Brady et al. 2001: The effects of shiatsu on lower back pain	Vorher-nachher-Studie (n=66), Kreuzschmerzen, Endpunkte Schmerz und Angst
Lichtenberg et al. 2009: Shiatsu as an adjuvant therapy for schizophrenia	Fallserie mit Vorher-nachher-Vergleich (n=12), Indikation Schizophrenie.
Sundberg et al. 2009: Exploring integra-	RCT, (n=80) Indikation; Nacken/Kreuzschmerz, Inter-

tive medicine for back and neck pain	vention nur teilweise Shiatsu-CAM-Studie (beziehungsweise Integrative Medizin)
Long 2009: The potential of complementary and alternative medicine in promoting well-being and critical health literacy: a prospective, observational study of shiatsu	Große einarmige unkontrollierte Vorher-nachher-Studie (n=948), Indikation: keine spezifische Erkrankung. Shiatsu-Patienten
de Albuquerque et al. 2008: Effects of five week of a shiatsu therapy program on the stress phase and blood pressure of hypertension adults	Kleine (n=11) Vorher-nachher-Studie, Indikation Bluthochdruck, Endpunkte Blutdrucksenkung, Stresslevel
Cheesman et al. 2001: Exploring the value of shiatsu in palliative care day service	Kleine (n=11) Vorher-nachher-Studie, Endpunkterhebung über qualitative Interviews, palliative Patienten ohne Einschränkung
Formby et al. 1997: Shiatsu massage for carers	Vorher-nachher-Studie (n=48), Pfleger, keine Erkrankung, Endpunkte: Stress, Angst, Schlag Aktivität, Mobilität
Cohen et al. 2009: Management of work stress in health care providers at the haematology division using Shiatsu (alternative treatment approach)	Vorher-nachher-Studie (n=25), Endpunkt: Stressreduktion, Angestellte in Hämatologieabteilung (keine Erkrankung).
Pirie 2003: The impact of delivering shiatsu in general practice	Beobachtungsstudie (n=10), Fragebogen MyMOP (Pirie). Endpunkte: Verdauungsprobleme, Muskelschmerzen, Depression.

Eine detailliertere Aufstellung nach Studientyp, Population, Indikation, Kontrolle, untersuchten Endpunkten, Hauptergebnissen, methodischen Bemerkungen und Evidenzklassen findet sich in Anhang 3, Tabelle 7.

4.3 Diskussion

Die Bewältigung der Symptome und Einschränkungen

- bei Nebenwirkungen nach Chemotherapie,
- Rückenschmerzen,
- Schmerztherapie,
- Fibromyalgie,
- klimakterischen Beschwerden,
- Stressphasen bei Bluthochdruck,
- Schizophrenie,
- chronischem Stress,
- Nackenschmerzen oder
- Brustkrebs

stellt für einen erheblichen Teil der Bevölkerung eine Herausforderung dar. Ein Behandlungsprogramm wie Shiatsu, das potenziell bei einer ganzen Reihe gesundheit-

licher Beeinträchtigungen und chronischer Krankheiten angewandt wird und eine positive Veränderung in der grundsätzlichen Einstellung gegenüber Gesundheit und Krankheit bewirken kann, sollte seitens der Akteure des Gesundheitswesens auf großes Interesse stoßen, stößt die konventionelle Medizin doch oft an Betreuungsgrenzen und vor allem an Grenzen zeitlicher Ressourcen in Bezug auf die psychologische, soziale oder auch biologische Anpassung der so beeinträchtigten Menschen (vgl. Kapitel 4.2.2 und 4.3). Shiatsu wurde in den letzten beiden Jahrzehnten mehrfach und weltweit durch Ärzte, Kliniken und Behandler sowie der Weltgesundheitsorganisation als Ansatz vorgeschlagen. Dieses Verfahren wurde zur Behandlung von Patienten mit einer breiten Palette verschiedener, auch chronischer Beschwerden eingesetzt und bei gesunden Menschen, die sich davon eine Verbesserung ihrer Fähigkeit zum Umgang mit den zwar normalen, jedoch häufig erheblichen Belastungen des Alltags erhofften (vgl. Long 2009). Studien berichteten über substanzielle Verbesserungen bei Menschen mit chronischen Schmerzen, nach Chemotherapie, Fibromyalgie, klimakterischen Beschwerden, Angststörungen, Depressionen, Bluthochdruck oder Stress (siehe Tabelle 7).

Ein weiteres Anwendungsfeld stellen sogenannte multimodale Therapien dar. Am Beispiel Rückenschmerz kann aufgezeigt werden, dass von einer kombinierten interdisziplinären Behandlung ausgegangen wird, die den Patienten durch die Gleichsetzung der einfließenden Fachdisziplinen darin unterstützen soll, dass die Schmerzstelle an sich (Rückenschmerz) in den Hintergrund rückt und damit dem Zusammenspiel von Körper, Seele, Umwelt wieder eine positive Erfahrung verliehen wird. Beispielsweise kann durch das multimodale Zusammenspiel von Ärzten, Psychologen, Sport- und Shiatsu-Praktikern ein interdisziplinärer Weg aus ängstlicher Schonhaltung und sozialer Isolation herausführen und für eine positive Bewegungserfahrung sowie neues Vertrauen in den eigenen Körper sorgen.

Die Methode wird marginal erforscht. Sie wird trotz kritisch bewerteter Evidenz und überwiegend kleiner Fallzahlen sowohl in klinischen als auch therapeutisch-ambulanten Zusammenhängen eingesetzt. Mittlerweile ist auch genügend besprochen, dass diese Form der Erfahrungsmedizin nicht umfassend mit dem vorherrschenden Konzept der Evidenz gefasst werden kann. Sie ist nicht mit der linearen Abfolge von Symptom, Diagnostik, Therapie und Ergebnis abbildbar und greifbar (vgl. Kapitel 4.1ff.).

Anhand der eingeschlossenen Studien kann angenommen werden, dass Shiatsu punktuell von Ärzten und Therapeuten an Patienten empfohlen wird, führt doch der Leistungskatalog für Heilpraktiker Shiatsu als Verfahren, wenngleich auch ohne Eintrag im Gebührenverzeichnis GebÜH (Paracelsus 2016). Es darf weiterhin angenommen werden, dass Abgänger und Abgängerinnen anerkannter Shiatsu-Schulen punktuell Arbeitsplätze im medizinischen Kontext bekleiden.

Die bisherigen Ergebnisse, die aus dem Erfahrungsschatz der Behandelnden und den erhobenen Endpunkten zu signifikanter Wirksamkeit gewonnen wurden,

werden mannigfach in Alltagsbehandlungssituationen eingesetzt. Über die Sicherheit der Methode und ihre Wirtschaftlichkeit sind ebenfalls Aussagen machbar. Die Frage, ob eine nennenswerte Wirksamkeit von Shiatsu, die über Erfahrungsmedizin und Kasuistik hinaus mit auf Evidenz basierter Forschung messbar wäre, nachzuweisen ist, kann nicht grundsätzlich mit Ja und auch nicht mit Nein beantwortet werden. Mit Edzard Ernst beschrieben: „Es sollte beachtet werden, dass die Feststellung, es mangle an überzeugender Evidenz für eine Behandlungsform, nicht automatisch bedeutet, dass diese Therapie ineffektiv ist.“ (Ernst 2003, S. 5)

Gründe dafür liegen wie erwähnt in der Forschungspraxis selbst und werden weiter unten erläutert (siehe Kapitel 4.3). Das Verfahren Shiatsu wurde außerdem in den vorliegenden klinischen Studien vorwiegend eingesetzt, um psychosoziale Endpunkte zu untersuchen. Daraus lässt sich zumindest aus Sicht der Soziologie ableiten, dass Studien über derartige Methoden nicht gemacht werden, um klinische Wirksamkeit zu testen, sondern eher um die soziale Akzeptanz von Verfahren wie Shiatsu zu stärken. Hat diese Vermutung Bestand, erklärt sich möglicherweise auch die relativ kleine Anzahl der Studien seit 1996 (siehe Abbildung 6). Monetär relevant sind Erkenntnisse über das Verfahren Shiatsu scheinbar nicht.

Die Verallgemeinerungsfähigkeit der eingeschlossenen Studien (1), ihre Komplexität (2) und Aussagekraft (3) (Fletcher und Fletcher 2011), die Passung/der Rahmen (4) (Uexküll 1997) und ihre Wirtschaftlichkeit (5) bezüglich der vorab gemachten Annahmen können abschließend wie folgt beschrieben werden:

1. Shiatsu kann als Therapie in die klinische Routine eingeführt werden. Es ist standardisierbar. Die eingeschlossenen Studien legen allein von der Wahl des Designs eine positive Aussage nahe und empfehlen in der Diskussion eine vertiefende Erforschung der Therapie, um sie zu standardisieren und damit als Therapie in die klinische Routine einzuführen. Der Review zeigt, dass Verfahren wie Shiatsu linear und damit zentriert abbildbar sind. Es ist darüber hinaus wünschenswert robuste Parameter wie zum Beispiel Behandlungsumfang, -umgebung und Qualifikation der Praktiker und Praktikerinnen zu messen. Außerdem sind semistrukturale Interviews zur Einstellungsbefragung zu klinischer Wirksamkeit und Wirkweise sinnvoll, um weiter ethnozentriert zu forschen.
2. Interessanterweise zeigt die Intervention Shiatsu im Alltag starke Effekte und passt sich der Komplexität einer Behandlungssituation an (vgl. Pirie 2003; Long 2007), wohingegen in einer streng wissenschaftlichen Umgebung eher schwache Effekte zu verzeichnen sind (siehe Anhang 3, Tabelle 7). Das heißt, Shiatsu kann in einer streng wissenschaftlichen Umgebung nicht präzise beschrieben respektive mit den gängigen wissenschaftlichen Methoden reproduziert werden. Als methodisch mehrdimensionale Intervention ist das Verfahren einer methodisch sorgfältigen Studienevaluierung nur mit Einschränkung zu-

gänglich. Es wird in Bezug auf Passung und Rahmen nicht entsprechend angemessen ausgeführt, beschrieben und kommuniziert.⁹⁹

3. Unterscheidet sich die therapeutische Intervention Shiatsu in ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ausreichend von alternativen Verfahren, um die untersuchten Endpunkte zu beeinflussen? Shiatsu hat in seiner Wirksamkeit als energetische Körperarbeit eine mehrdimensionale Komponente, die die Selbstheilung des menschlichen Organismus unterstützt. Entsprechend verändert sich bei Shiatsu-Sitzungen eine größere Bandbreite von Faktoren, was zum einen daran zu erkennen ist, dass sich Studien zu insgesamt zehn medizinischen Fachrichtungen mit unterschiedlichsten Designs finden. Zum anderen kann in der Longitudinalstudie von Long et al. (2009) und auch in der SGS-Mitgliederbefragung von 2003 (SGS 2003) die Bandbreite von zu behandelnden Faktoren festgestellt werden. Um die Frage nach der Wirtschaftlichkeit abschließend festzustellen, wäre eine Kosten-Nutzen-Analyse sinnvoll und angeraten.
4. Studien zu CAM und Literatur zum Thema haben das Konzept der Passung mit entsprechend geeigneten Rahmenbedingungen thematisiert. Hiernach ist es für den Erfolg von therapeutischen Interventionen unter anderem wichtig, den Qualitätsgrad der ausübenden Behandler/Therapeuten und die örtlichen qualitativen Rahmenbedingungen zu erheben. Beides ist nur marginal thematisiert und erhoben worden und nur von den Shiatsu ausübenden beziehungsweise Shiatsu als Intervention nutzenden Wissenschaftlern berücksichtigt worden. Die Longitudinalstudie von Long et al., die Dissertation von Pirie, die Auswertungen von Harris und Pooley berücksichtigen oben genannte Parameter und unterstützen damit die Keynotes der Placeboforschung. Die Zusammenschau von neueren Forschungsergebnissen zeigt, dass auch unspezifische Therapien (Placebointerventionen) klinisch relevante Effekte hervorrufen und damit eine klinische Wirksamkeit haben können.

„Placebointervention“ als wissenschaftlicher Begriff (Forschungskontext) könnte somit durch kontextbasierte Therapie (Praxiskontext) besser umschrieben werden (Windeler 2006). Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass der Nutzen von Shiatsu als Intervention für ein breites Spektrum von Störungen und Problemen gegeben ist. Tatsächlich weisen die konsistenten und relativ ausgeprägten Effektstärken über verschiedene Stichprobentypen hinweg darauf hin, dass shiatsubasierte Interventionen sowohl allgemeine Merkmale des Umgangs mit Störungen und Behinderungen im Alltagsleben als auch unter außergewöhnlicheren Bedingungen schwere Störungen oder Belastungen verbessern. In der Untersuchung waren über ein breites Spektrum standardisierter Messungen hinweg Verbesserungen zu verzeichnen, einschließlich psychologischer Dimensionen wie Lebensqualität, Depressionen, Ängste.

99 Siehe Abschnitt „Annahme“ in Kapitel 4.2.1.

Dennoch sollten solche Schlussfolgerungen aufgrund der begrenzten Gesamtzahl der Studien – vor allem randomisierter Studien –, der unterschiedlichen Diagnosen in den Stichproben und des Einschlusses nichtveröffentlichter Untersuchungen äußerst sorgfältig abgewogen werden. Dann leiden die meisten der hier berücksichtigten Studien unter methodologischen Defiziten, die über den reinen Designtypus als randomisierte, quasi-experimentelle oder Beobachtungsstudie hinausgehen. Im Allgemeinen wurden die Dropout-Raten, andere parallel verlaufende Interventionen während des Zeitraums der Anwendung, die Befolgung des Programms seitens der Therapeuten, die Evaluation der Ausbildung und Kompetenz der Therapeuten, die Beschreibung der Interventionen, hinreichende statistische Daten für die Berechnung von Effektstärken oder die klinische Relevanz der Ergebnisse nicht ausreichend berücksichtigt oder dokumentiert. Zudem wurde das Konstrukt des Behandlungsumfeldes und der Passung selbst in allen Studien, obwohl es bei allen Interventionen eine zentrale Rolle spielte, weder operationalisiert noch hinsichtlich entsprechender Veränderungen evaluiert. Es sind daher keine Rückschlüsse möglich, aber die Autorin vermutet, dass die untersuchten Endpunkte stärker ausschlagen würden.

5. Shiatsu hat das realistische Potenzial, auf lange Sicht Kosten im Gesundheitsbereich zu sparen. Das ist von gesundheitspolitischer Bedeutung. In der länderübergreifenden Studie zu den Erfahrungen und Wirkungen von Shiatsu von Long konnte eine Abnahme der Arzt- und Krankenhausbesuche festgestellt werden (21 % in Österreich und Großbritannien sowie 30 % in Spanien). Weiterhin wurde eine Abnahme der Krankentage, signifikante Verbesserungen im Muskel-Skelett-System sowie die Abnahme von Beschwerden, die mit Spannung und Stress einhergehen, beobachtet (Long und Mackay 2003). Diesbezüglich sind Studien über Shiatsu als Mittel der präventiven Medizin interessant.

Laut oben genannter Recherche und der systematischen Review von Robinson, Lorenc und Liao, 2006 und 2010, gibt es wenige randomisierte kontrollierte Studien zu Shiatsu, eine große Bandbreite an gesundheitlichen Themen, die beforscht wurden (chronischer Stress, Schizophrenie, Angina, Schmerzen in Schulter und Rücken etc.), und sehr heterogene methodische Studiencharakteristika. Aus diesem Grund kommen die Autoren des Review zu dem Schluss, dass eine formale Metaanalyse respektive die Poolung von Daten nach Vorgaben in der evidenzbasierten Medizin nicht möglich ist (Robinson et al. 2010). In Bezug auf die externe Validität komme ich zu dem Schluss, dass diese besonders hoch ist, da zwar eine Universität respektive eine Klinik mit der Studie betraut ist, es aber keine expliziten „Shiatsu-Patienten“ in den Kliniken gibt. Auch konnte ich, dank der Unterstützung durch Prof. Walach, den metaanalytischen Schritt gehen und mich dadurch von der Meinung der Autoren des Review abheben. Zum Punkt Sicherheit des Verfahrens muss abschließend erwähnt werden, dass Nebenwirkungen in keiner Studie verzeichnet wurden.

Die Diskussion zu Studienanzahl und -qualität, zu Endpunkten und Hauptendpunkten und die Metaanalyse folgen und werden noch eingeschlossen.

5 METAANALYSE: Endpunktanalyse kontrollierter Studien zu Shiatsu

Es folgt eine metaanalytische Referenz der kontrollierten Studien der Review mit folgender Hypothese:

Shiatsu ist mindestens so wirksam wie andere Verfahren, die in kontrollierten Studien als Vergleichsmethode eingesetzt werden. Sofern es sich um Placebomethoden handelt, ist die Erwartung, dass Shiatsu wirksamer im Sinne einer Verbesserung der Gesundheitsparameter ist als die Kontrollmethode.

Die Blickrichtung der Medizin auf heterodoxe Verfahren ist eine gänzlich andere als die der Psychologie: In den vorliegenden klinischen Studien werden monokausale Wirkungen abgefragt, was sich in der Endpunktanalyse auf Qualitätsgrundlage der EBM zeigt. Das Verfahren Shiatsu wird nun in selbigen Studien gemäß seiner heterodoxen Natur und aus psychosozialen Gründen eingesetzt. Daher ist der folgende logische Schritt, eine statistische Überblicksmethode anzuwenden, die, aus der Psychologie kommend, über verschiedene Endpunkte hinweg Effektstärken zusammenzieht und mit entsprechenden Verfahren berechnet. Damit sollte es möglich sein, die vielen divergierenden und oft auch widersprüchlichen Informationen aus Literatur und Interviews zu integrieren und zu formalisieren, um zu einem Urteil zu kommen.

5.1 Methodik

5.1.1 Vorgehensweise

In die vorliegende statistische Berechnung (Metaanalyse) flossen die Daten der final sechs relevanten kontrollierten Studien¹⁰⁰ ein.

Die Einschlusskriterien, Literaturrecherche, Studienkodierung, Selektion und Extraktion der Daten sowie Qualitätskontrolle für alle Studien (inkludiert diese sechs Studien) sind dem vorliegenden Review beziehungsweise der Evidenztabelle I und II im Anhang 3 (Tabellen 7 und 8) zu entnehmen. Alle integrierten Studien wurden publiziert; damit ist der Nachvollzug gewährleistet und die Qualität gesichert.

Für die metaanalytische Berechnung war im ersten Versuch interessant, ob ein wahrer Wert/Effekt messbar ist, wenn aus allen vorhandenen Studien ausschließlich die kontrollierten Studien als Grundlage verwendet werden. Dafür wurde nach der Auswahl der Studien am 14.5.2014 ein geeignetes Programm auf Grundlage eines

100 Siehe Anhang 3, Tabelle 8.

systematischen Vergleichs gesucht (Bax 2006). Das Programm ist eine statistische Zusatzfunktion, um Metaanalysen in Excel zu berechnen. Es wurde unter Excel 2000 installiert. Da die Daten hier in einem einheitlichen Format vorliegen müssen, wurde darüber hinaus ein anderes Programm erprobt: MetaEasy (Kontopantelis 2009)¹⁰¹. Das Programm wurde unter Excel 2010 installiert. Mit MetaEasy war es möglich, aus den vorhandenen Angaben für fünf Studien die notwendigen Effektgrößen (standardisierte Mittelwertdifferenzen) zu berechnen. Bei der Studie von Field et al. (Field et al. 2002) sind hierzu die erforderlichen p -Werte konservativ geschätzt worden (d. h. für nicht signifikante Ergebnisse wurden p -Werte nahe 1 eingesetzt, und für signifikante Ergebnisse wurden die berichteten Signifikanzgrenzen als p -Werte verwendet). Die Zwischenergebnisse von MetaEasy (also die berechneten vereinheitlichten mittleren Effektgrößen je Studie) wurden in MIX eingelesen und die Ergebnisse der beiden Programme miteinander verglichen (mittlerer Effekt und Konfidenzgrenzen für FE- und DL-Modell). Es gab keine Abweichungen zwischen den Befunden. In MIX wurde zudem eine Fail Safe Number berechnet (siehe Anhang 4). Das Vorgehen wurde durch einen unabhängigen Gutachter begleitet.

5.1.2 Kodierung

Interne Validierung

Kodierschema siehe Anhang 6: Protokoll meta1 (2015).

Externe Validierung

In den Studien ist marginal bis gar nicht auf Behandlungsumgebung, Stil des Shiatsu oder Professionalitätskriterien der Behandelnden eingegangen worden. In fünf Studien wird lediglich beschrieben, dass es ausgebildete Behandelnde waren, ohne weitere Angaben. In der Studie von Melahat Kul wird die Vorgehensweise näher erläutert sowie die Herkunft der Praktikerinnen und das Behandlungsumfeld. Der Grund hierfür ist die Studienkooperation mit dem Europäischen Shiatsu Institut in Heidelberg.

101 Für die Endpunktanalyse wurde das Programm MetaEasy verwendet, da es ein effektiver Weg ist, metaanalytische Berechnungen in Excel zu zeigen. Es ist einfach in der Anwendung und zeitsparend: „[...] since effect sizes and standard errors are calculated automatically from whatever statistical parameters are available, without the need for prior transformation to a common metric. More robust calculation of the effect sizes and SE, since the `best' method is automatically selected. The extracted data from each study are easily accessible, they can be quickly edited or corrected and the analysis repeated. Includes a choice of seven meta-analysis models (instead of the usual two). Provides three advanced methods, maximum likelihood, profile likelihood and permutation, not currently available in other software packages. Effect sizes and standard errors can be exported for use in other MA software packages. Provides a descriptive forest plot allowing multiple outcomes per study. Provides the final forest plot with the estimated mean effect and confidence interval. Reports a wide range of heterogeneity measures. The graphs can be easily edited and exported.” (Kontopantelis 2009)

5.2 Ergebnisse

Effekte und Konfidenzbereiche

Die Effekte der Studien liegen zwischen 0,0696 und 1,0367. Die zugehörigen Konfidenzbereiche schließen mit einer Ausnahme (Yuan et al. 2013) die Null ein. Besonders kleine Effekte haben Ballegaard et al. (Ballegaard 1996) sowie Ingram et al. (Ingram et al. 2005), besonders große Effekte haben Yuan et al. sowie Field et al. (Field et al. 2002).¹⁰²

Mittlere Effekte und Homogenitätstest

Es wurden verschiedene metaanalytische Modelle zur Zusammenfassung der Befunde berechnet¹⁰³. Da der zugehörige Cochrane-Q-Heterogenitätstest tendenziell signifikant wird, berichten wir im Folgenden das *maximum-likelihood model* (ML model), eines der *random-effects models*. Als Begründung kann angeführt werden, dass die Ergebnisse der verschiedenen Berechnungen so ähnlich sind, dass eine Entscheidungsfreiheit vorlag¹⁰⁴.

Der mittlere Effekt über alle Studien liegt bei $d = 0,31$. Der zugehörige Vertrauensbereich schließt die Null nicht ein (0,03 bis 0,57). Im Durchschnitt über die Studien zeigt sich also eine leichte Überlegenheit von Shiatsu im Vergleich zu den Kontrollmethoden.

Werte maximum-likelihood model (ML model)

Der mittlere Effekt liegt bei 0,3027 (*maximum-likelihood*-Methode; Varianz: 0,0188; 95 %-Konfidenzbereich von 0,034 bis 0,571).

Fail Safe Number

Zehn unveröffentlichte oder nicht gefundene Studien, die jeweils einen Null-Effekt aufweisen, sind erforderlich, um den mittleren Effekt auf Null abzusenken (Fail Safe Number berechnet mit MIX: 10)¹⁰⁵.

102 Siehe Tabelle 5 und Abbildung 8 und 9.

103 Siehe Tabelle 5.

104 Ebd.

105 Siehe Anhang 4.

Tabelle 5: Protokoll/meta1models

Study	Effect	Lower 95 % CI	Upper 95 % CI	Error bars	Count
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)	0,1103	-0,2195	0,4401	0,3298	1
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)	0,2134	-0,4267	0,8536	0,6401	2
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	1,0367	0,3644	1,7090	0,6723	3
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	0,3241	-0,5765	1,2246	0,9006	4
Field et al. 2002 (Field 2002)	0,9396	0,0630	1,8161	0,8765	5
Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	0,0696	-0,2051	0,3444	0,2747	6
	mean eff	var eff	l95%CI	u95%CI	
FE model	0,2151	0,0088	0,0314	0,3988	
DL model	0,3286	0,0237	0,0267	0,6305	
Q model	0,2151	0,0088	0,0314	0,3988	
ML model	0,3027	0,0188	0,0341	0,5713	
PL model	0,3027	0,0188	0,0245	0,7426	
T-test	0,4490	0,0305	-0,0002	0,8981	
PE method	0,3286	NA	0,0237	0,9179	
Heterogeneity measures					
	value	df	p-value		
Cochrane Q	9,88	5	0,0786		
tau ² estimate (DL)	0,0624				
tau ² estimate (ML)	0,0391				
tau ² estimate (PL)	0,0391				
I ²	%49,41				
H ² _M	0,9767				
note: graph weights correspond to the FE model					

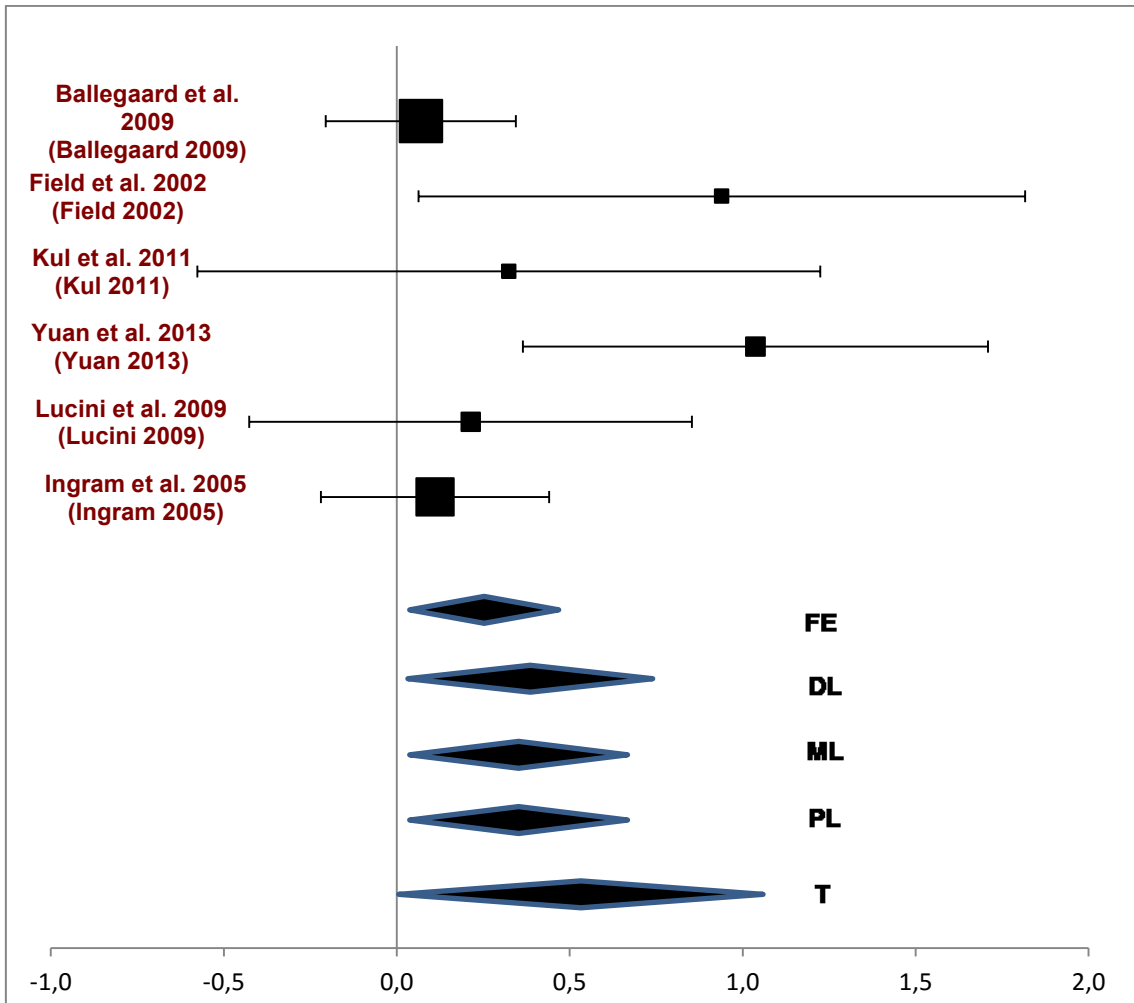


Abbildung 8: Protokoll meta1models/forest plot

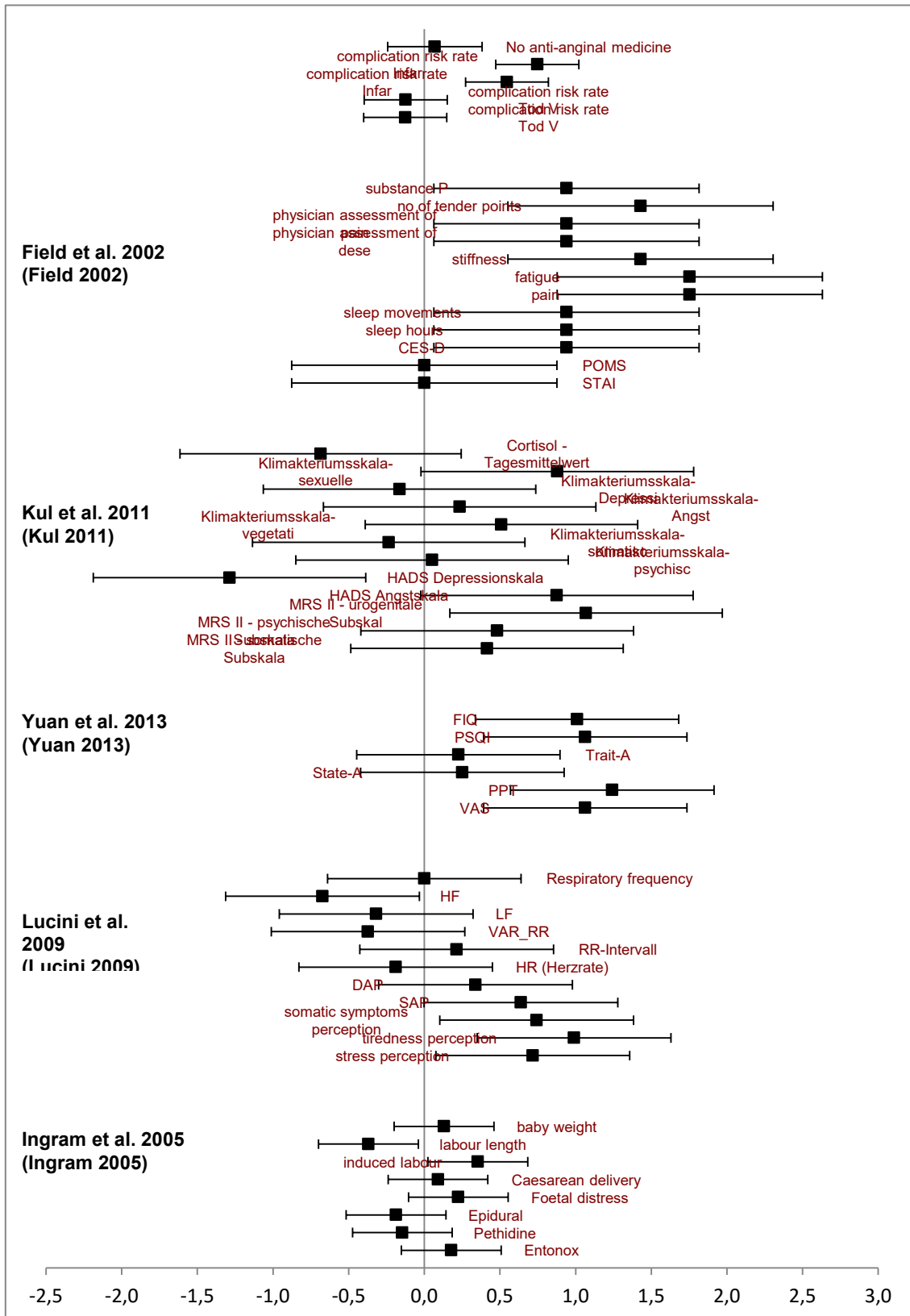


Abbildung 9: Protokoll meta1summary/forest plot (Ergebnisse ohne Metaanalyse)

5.3 Interpretation

In einer Metaanalyse kann es sinnvoll sein, die Studien beziehungsweise die verwendeten Erfolgsindikatoren inhaltlich miteinander zu vergleichen in Hinblick darauf, auf welche Indikatoren positive Auswirkungen zu erwarten sind. Leider sind die Studien inhaltlich so verschieden, dass nicht zu überzeugenden Aussagen gelangt werden konnte und es deshalb keine Besprechung differenzieller Auswirkungen auf Indikatoren gibt. Der mittlere standardisierte Mittelwertunterschied (d) liegt nach Konvention im kleinen positiven Bereich (Lenhard und Lenhard 2016). Es kann davon ausgegangen werden, dass Shiatsu im Sinne der Hypothese wirksam ist. Da der Vertrauensbereich zu diesem Mittelwert nicht in den negativen Bereich reicht, muss durchschnittlich nicht mit negativen Effekten im Vergleich zu den untersuchten Kontrollmethoden gerechnet werden.

Für weitergehende Interpretationen muss differenziert werden, womit Shiatsu in den konkreten Studien verglichen wurde.¹⁰⁶ Bei Studien mit Placebo-Kontrollgruppe bedeutet ein kleiner Effekt, dass Shiatsu besser ist, als nur so zu tun, als würde man etwas anerkannt Wirksames tun. Hier sind zum Beispiel die Studien von Ingram et al. (Ingram 2005) und Kul et al. (Kul 2011) relevant.

Bei Studien mit Kontrollgruppe unter alternativer Behandlungsmethode bedeutet ein kleiner Effekt, dass Shiatsu besser ist als die alternative Behandlungsmethode. Falls also die alternative Behandlungsmethode schon die Genesung fördert, so fördert Shiatsu die Genesung zusätzlich noch mehr – oder negativ gedacht, falls die alternative Methode schadet, so schadet Shiatsu etwas weniger. Hier sind zum Beispiel die Studien von Field et al. (Field 2002) und Lucini et al. (Lucini 2009) relevant.

Fail Safe Number

Neben dem bereits diskutierten Konfidenzbereich gibt auch die Fail Safe Number einen Hinweis auf die Stabilität der Befunde. Dieser Index berücksichtigt einen möglichen Publikationsbias in dem Sinne, dass Studien ohne signifikante Befunde oftmals schwer zu publizieren sind.

Einerseits ist es beachtlich, dass es zehn Studien bräuchte, um das Ergebnis der vorhandenen sechs Studien in dem Sinne auszugleichen, dass Shiatsu im Vergleich zu Kontrollmethoden keinen Vorteil bringt. Andererseits geht es um zehn Studien mit neutralem Ergebnis (also weder pro noch contra Shiatsu). Es kann also durchaus sein, dass weniger als zehn Studien das mittlere Ergebnis in Richtung Nulleffekt verschieben, wenn es negative Effekte gäbe. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Studien vor allem dann nicht veröffentlicht werden, wenn sie nichts Signifikantes ergeben (sei es pro oder sei es contra Hypothese). Insofern ist es durchaus sinnvoll,

106 Siehe Anhang 3, Evidenztabelle II (Tabelle 8).

den Wert (File Safe Number) hier zu berichten und als Hinweis auf eine relative Stabilität der vergleichsweise positiven Effekte von Shiatsu zu nehmen.

Vorliegende Ergebnisse können dahin führen, dass das Verfahren Shiatsu in Nutzenbewertungsanalysen mit einbezogen wird in Hinblick auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit beziehungsweise dass das heterodoxe Verfahren Shiatsu Bestandteil strukturierter Behandlungsabläufe in Disease-Management-Programmen oder Teil von interdisziplinären (multimodalen) Therapien wird für die hier berechneten Endpunkte.

Überblick der eingeschlossenen Studien

Die beschriebenen Studien sind dahingehend richtungsweisend, dass Shiatsu zu physiologisch positiven Veränderungen beitragen kann. Somit besteht eine medizinische Brauchbarkeit, wobei die bislang entwickelten Studien zu klein und ungenau sind, um eine spezifische Wirksamkeit nachweisen zu können. Tabelle 6 weist alle eingeschlossenen Studien und die entsprechenden Variablen aus.

Tabelle 6: Eingeschlossene Studien und Variablen¹⁰⁷

Study	Design	Variables
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		Entonox
		Pethidine
		Epidural
		Foetal distress
		Caesarean delivery
		Induced labour
		Labour length
		Baby weight
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		
		Stress perception
		Tiredness perception
		Somatic symptoms perception

107 Bei der Implementierung der Daten sind Besonderheiten aufgetreten.
 Zu Kul 2011: Die MRS-II-Summenskala und die Klimakteriumsskalen hängen algorithmisch von den Subskalen ab. Ich habe mich für die Integration der Subskalen entschieden.
 Zu Field 2002: Es gibt vier Messzeitpunkte (vor und nach erster Sitzung, vor und nach letzter Sitzung). Der für die Metaanalyse interessanteste Vergleich ist die Differenz von Vor-erster-Sitzung zu Nach-letzter-Sitzung im Vergleich zwischen Massage- und Entspannungsgruppe.
 Bezüglich STAI und POMS konnten die Werte für die Metaanalyse nicht aus den Artikelangaben rekonstruiert werden. Da die berichteten Mittelwertunterschiede aber nahe Null liegen, lohnt es sich nicht, Literaturrecherchen oder Schätzungen vorzunehmen. Diese Skalen habe ich weggelassen.

	SAP
	DAP
	HR (Herzrate)
	RR-Intervall
	VAR_RR
	LF
	HF
	Respiratory frequency
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	
	VAS
	PPT
	State-A
	Trait-A
	PSQI
	FIQ
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	
	MRS II – somatische Subskala
	MRS II – psychische Subskala
	MRS II – urogenitale Subskala
	MRS II – Summenskala
	HADS Angstskala
	HADS Depressionskala
	Klimakteriumsskala – psychische Symptome
	Klimakteriumsskala – somatische Symptome
	Klimakteriumsskala – vegetative Symptome
	Klimakteriumsskala – Angst
	Klimakteriumsskala – Depression
	Klimakteriumsskala – sexuelle Symptome
	Klimakteriumsskala – Summenskala
	Cortisol – Tagesmittelwert
Field et al. 2002 (Field 2002)	
	STAI
	POMS
	CES-D
	Sleep hours
	Sleep movements
	Pain
	Fatigue
	Stiffness

	Physician assessment of disease
	Physician assessment of pain
	No of tender points
	Substance P
Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	
	Complication risk rate Tod Vergleich PTCA
	Complication risk rate Tod Vergleich CABG
	Complication risk rate Infarkt PTCA
	Complication risk rate Infarkt CABG
	(Re-)operation PTCA
	(Re-)operation CABG
	NYHA 0-I
	No anti-anginal medicine

Überblick der ausgeschlossenen Studien

Im Artikel von Sundberg, aufgeführt im Review (Kapitel 4.2.2), sind zur Teilintervention Shiatsu keine Subgruppenanalysen vorhanden. Es können keine Aussagen zur Signifikanz gemacht werden. Aus diesem Grund wurde die Studie ausgeschlossen, da Shiatsu eine von mehreren zusammen untersuchten Alternativbehandlungen ist, die in Summe mit konventioneller Behandlung verglichen werden. In der Studie werden die Häufigkeiten tabellarisch aufgeführt (dortige Tabelle 4). Shiatsu wird im Mittel 2,8-mal eingesetzt (Sundberg et al. 2009).

Der Artikel von Mandala wurde ausgeschlossen, weil statistische Angaben fehlen und die Studie damit nicht auswertbar ist (Mandala et al. 2001).

6 WIRTSCHAFTLICHER STELLENWERT: Entwicklung des heterodoxen Verfahrens Shiatsu in Japan, der Schweiz, Österreich und Deutschland

Seit Anbeginn wird sowohl im Heimatland Japan als auch in Europa zur Komplexität von Shiatsu und zu dessen berufspolitischen Niederschlag nachgedacht, geschrieben, gestritten, belegt bzw. widerlegt. Hier wie dort wurden große Ziele erreicht, mit anderen ist man gescheitert. So erfuhren die Shiatsu-Praktizierenden in Japan bereits in den 1950er-Jahren berufliche Anerkennung. Der politische Umgang mit heterodoxen Verfahren variiert jedoch in Europa beträchtlich. Im europäischen Raum konnte bislang nur die Schweiz durch einen Volksentscheid die notwendige Anerkennung erzielen: Schweizer Verbände können heterodoxe Verfahren legal nutzen und erstattet bekommen. Österreich hat Shiatsu hingegen als Gewerbe etabliert, welches über Zusatzversicherungen erstattet wird.

In Deutschland erlangte die Schulmedizin innerhalb eines Jahrhunderts fast unumschränkte Hegemonie in Gesundheitsfragen. Nicht schulmedizinische Praktiken hörten nicht auf zu existieren, gerieten aber aus dem gesellschaftlichen Blickwinkel. Das Gleichgewicht verändert sich kulturell wieder ab den 1970er-Jahren zugunsten heterodoxer Verfahren (vgl. Matthiesen et al. 1992). Und doch begeht Deutschland gesundheitspolitisch einen Mittelweg zwischen restriktiver und liberaler Gesetzeslage. Innerhalb der heterodoxen Therapie benötigen Behandler den Abschluss des Heilpraktikers, der eine amtliche Prüfung in schulmedizinischen Fächern vorsieht. Nach erfolgreichem Bestehen können alle Verfahren (z. B. Shiatsu) ohne Kompetenznachweis praktiziert werden. Die Erstattung der Leistungen wird über Zusatzversicherungen geregelt. Innerhalb der ärztlichen heterodoxen Praxis gilt die unumschränkte ärztliche Therapiefreiheit. Die Leistungen werden von den Krankenkassen individuell erstattet. Die Allianz zwischen Schulmedizin und Staat ist demnach intakt, trotz der Renaissance heterodoxer Verfahren (vgl. Kapitel 2ff.). Eine nationale Anerkennung ist nicht in Sicht. Somit unterbleiben eine rege weiterführende Forschungsleistung und damit eine größere klinische Wahrnehmung ebenso wie die gesellschaftliche Versprachlichung einer schon lange praktizierten Durchdringung und Verflechtung globaler und lokaler Kultur.

Nach wie vor gibt es nicht die eine Definition von Shiatsu und eine durch Studien großzügig belegte Wirtschaftlichkeit. Dennoch konnte im Forschungsteil dieser Arbeit aufgezeigt werden (vgl. Kapitel 4 und 5), dass seit 1992 hinreichend geforscht wurde. Studien zum Einsatz von Shiatsu bei vielfältigen Symptomen und Einschränkungen berichten von substanziellen Verbesserungen oder zumindest davon, dass Shiatsu nicht schadet. Folgerichtig wird das Verfahren weltweit auch immer wieder als wirksamer Ansatz vorgeschlagen, beispielsweise von der WHO, von Ärzten, heterodoxen

Verbänden und Behandlern. Doch bei aller Anerkennung: Das Verfahren bleibt ein Außenseiter, wird von der wissenschaftlichen Diskussion weitestgehend ausgeschlossen und ist im Gesundheitswesen nicht anerkannt. Szientismus¹⁰⁸ scheint der erkenntnistheoretische Normalfall zu sein.

Das Verfahren Shiatsu und die berufliche Anerkennung des Shiatsu-Praktizierenden sind in Japan einen wandlungsreichen Weg in Bezug auf seine Definition und Anerkennung gegangen. Zur Verdeutlichung der Entwicklung werden die berufspolitische Situation und die Ausbildungsinhalte in Japan aufgezeigt. Daran anschließend wird die berufspolitische und Ausbildungssituation in Österreich, Schweiz und Deutschland unter Zuhilfenahme der Chroniken der dortigen Berufsverbände ausführlich beleuchtet. Um zu verdeutlichen, wie sich Shiatsu unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als Beruf im zweiten Gesundheitsmarkt werteleitend etabliert, wird als Schluss ein partialperspektivisch angelegter Ausblick für Deutschland konstruiert.

Entwicklung des Shiatsu in Japan

1945 – Verbot der Volksmedizin in Japan

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Kanpō-Medizin und alle ostasiatischen Verfahren von der amerikanischen Besatzungsmacht verboten. Dieses Verbot galt für Anma, Shiatsu, Akupunktur und Moxibustion. Volkstümliche medizinische Verfahren sollten ein wissenschaftliches Fundament bekommen (vgl. Sedlin 2013, S. 52).

Dies geschieht [...], indem die nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs zur Übersetzung der Potsdamer Deklaration in Japan eingesetzten Generäle [...] nach einer Egalisierung der Medizin in Japan verlangten. Sie traten dabei auch für ein generelles Verbot von Akupunktur, Moxibustion und Anma ein. Der Grund dafür waren wohl die unzureichenden Konzepte von der Infektion und Hygiene bei den von Sehbehinderten durchgeführten Behandlungen sowie das fehlende wissenschaftliche Fundament in der Theorie von der Behandlung und Wirkung und eine nicht vorhandene Organisationsstruktur der medizinischen Ausbildung [...]. (Kobayashi 2013)

1955 bis heute – Shiatsu erhält gesetzliche Anerkennung als manuelle Therapie

Shiatsu wird 1955 als Berufsqualifikation in Japan anerkannt. Der gesetzlich anerkannte Abschluss erhält die Bezeichnung ‚Anma-Meister‘ unter Einbeziehung von Massage und Shiatsu. 1964 wird Shiatsu als gesetzlich anerkannter Beruf erwähnt, und zwar unter dem Titel ‚Anma-Massage-Shiatsu-Meister‘ (vgl. Sedlin 2013 und Kobayashi 2013). Diese Gesetzgebung besteht bis heute.

108 Der Szientismus nach Husserl ist ein längst widerlegter Begriff der Wissenschaft, er bezeichnet den „Glauben, dass die Wissenschaft immer und überall, für alle Fragen und Probleme Antworten parat hat und damit die Religion oder andere Leitmetaphern des Lebens ersetzen können muss“ (aus Walach/Fischer 2014, S. 8ff).

So wurde das [sic] aus dem alten China in Japan eingeführte und historisch erste japanische Heilmethode weitergegebene Anma, die während der Übergangszeit von der Herrschaft der Kriegerklasse zu der Teno-Herrschaft 1865 und von der Zeit der Abschottung Chinas bis hin zur Öffnung des Landes aus Europa übernommene Massage sowie als manuelle Therapiemethode umfassende Shiatsu zusammen unter einem Oberbegriff ins Gesetz aufgenommen. (Kobayashi 2013)

Berufspolitische Situation

Ausbildungseinrichtungen in Japan unterliegen strengen gesetzlichen Vorgaben. Sehende Personen müssen an einem College, sehbehinderte Personen an Purindeschulen oder an einem Zentrum für Sehbehinderte eine mehr als dreijährige Ausbildung absolvieren (Kobayashi 2013).

Die staatlich anerkannte Lizenz zum Anma-Shiatsu-Meister kann an einer Universität, der Nationaluniversität erlangt werden.

Hier wurde ein System aufgebaut, das neben Akupunktur und Moxa auch den Erwerb der staatlich anerkannten Lizenz zum Anma-Shiatsu-Meister anbietet. Allerdings sind zu diesem Studiengang nur Sehbehinderte zugelassen, sodass es gegenwärtig keine entsprechende Ausbildung für sehende Personen gibt (ebd.).

Laut Kobayashi gibt es 71 Shiatsu-Schulen für Sehbehinderte und 21 Shiatsu-Schulen für sehende Menschen, eine vergleichsweise geringe Zahl im Vergleich zu den mehr als 100 Schulen für Akupunktur und Moxibution. Hier schützt der japanische Staat das Überleben der sehbehinderten Anma-Shiatsu-Meister. „Seitdem das Gesetz verabschiedet wurde, hat es bis heute keine Genehmigung für den Bau neuer Schulen oder erhöhten [sic] Schülerzahlen gegeben.“ (ebd.)

Shiatsu wird in Japan zusammen mit Anma und Massage als manuelle Therapie und medizinische Behandlungsmethode bezeichnet, die Regelungen zur Gesundheitsvorsorge und Hygiene enthält. Sie werden in einer staatlichen Lizenz zusammengefasst. Um die Ausbildungsschulen an die universitäre Ausbildung anzugleichen, wurde ein Kreditpunktesystem geschaffen, welches eine Mindestpunktzahl für eine dreijährige Ausbildung vorsieht. Stunden oder Punkteanzahl, die über diese Mindestanzahl hinausgehen, bestimmen die Schulen selbst.

Betrachtet man die praktischen Übungen, deren Beherrschen für den Erhalt des staatlichen Abschluss [sic] notwendig ist, so beträgt die Zeit für den Unterricht praktischer Übungen in Shiatsu über drei Jahre, im höchsten Fall 390 Stunden. Diese höchste Stundenzahl erreicht die von Tokujiro Namikoshi gegründete Namikoshi-Akademie Japanisches Hochcollege in Tokyo. (Kobayashi 2013)

Die Shiatsu-Ausbildung, wie sie heute in Japan begriffen wird, zeichnet laut Kobayashi ein neues, verändertes Bild. Das in Deutschland weit verbreitete Shiatsu von Masunaga ist in Japan weitgehend unbekannt. Im Laufe der Entwicklung und berufspolitischen Angleichung erfuhr die Ausbildung in der manuellen Therapie eine starke Hinwendung zur westlichen Medizin:

Im Laufe der Geschichte hat sich die Shiatsu-Therapie, indem man seinen medizinischen Charakter als ursprünglichen Zweck in den Vordergrund stellt, tendenziell zu einer auf der westlichen Medizin basierten Therapie entwickelt. Diese Entwicklung war wohl auch notwendig, damit es als staatlich anerkannte medizinische Ausbildung anerkannt werden konnte. Gegenwärtig gibt es in Japan keine Schule, an der das Keiraku-Shiatsu Masunagas unterrichtet wird. Natürlich wird das Keiraku-Shiatsu auch in keinem Lehrbuch erwähnt. Ein wichtiger Grund hierfür mag wohl darin liegen, dass Masunaga selbst sich von der schulischen Ausbildung entfernt hat. [...] Masunaga, der sich von den Schulen losgesagt hatte, wechselte zu der von ihm selbst gegründeten Lokai-Gesellschaft und kritisierte die Shiatsu-Ausbildung an den Schulen, die vollständig die moderne westliche Medizin unterstützten. Während die Lokai-Gesellschaft heute in ihren Aktivitäten die Behandlungspraxis weiterführt, konzentriert sie sich auf die Ausbildung von Laien, um Shiatsu für den Hausgebrauch weiterzuverbreiten. Allerdings ist es nach dem japanischen Gesetz Laien untersagt, medizinische Behandlungen durchzuführen. Daher wird das Keiraku-Shiatsu der Volksheilkunde zugerechnet und von den Shiatsu-Schulen kaum noch beachtet. (Kobayashi 2013)

Das Verfahren Shiatsu steht auf zwei Säulen, der ostasiatischen und der westlichen Medizin. Es trägt Elemente beider Richtungen in sich, die es medizinisch und wirtschaftlich zu würdigen gilt, indem bei künftigen Anerkennungsverfahren anatomische, pathologische und hygienische Konzepte, das Bemühen um einen wissenschaftlichen Beweis der Therapiewirkung und das Schaffen einer heterodoxen Ausbildungsstruktur zu berücksichtigen sind, „denn gerade in dem in den angesammelten praktischen Behandlungserfahrungen erbrachten Wirksamkeitsnachweis steckt die konkrete Bedeutung für die Medizin“ (ebd.).

Entwicklung des Shiatsu in Österreich

Seit 1992 befindet sich das Verfahren Shiatsu in Österreich im Fokus berufspolitischer Auseinandersetzungen, mit weitreichenden Aussagen und Entwicklungen. Chronologisch werden diese nachgezeichnet vorwiegend auf Basis der vorliegenden Chronik des Dachverbandes (vgl. Tripp 2016).

1992 – Shiatsu als freier Beruf

Shiatsu wird vom Wirtschaftsministerium im Dezember 1992¹⁰⁹ über die „Rechtliche Einstufung im Bereich der Lebens- und Sozialberater sowie der angrenzenden Berufszweige“ als freier Beruf eingestuft. „Damit erhält Shiatsu einen nichtgewerblichen Status und ist somit ohne spezielle Zuordnung.“ (Vgl. Tripp 2016.)

109 Rechtsgutachten des Wirtschaftsministeriums (GZ.: 30.599/70-III/I/92).

1993 – Gründung des ÖDS als Folge

Shiatsu-Schulen Österreichs gründen daraufhin den ÖDS, den Österreichischen Dachverband für Shiatsu. Vorrangiges Ziel ist die Etablierung von Shiatsu als Beruf. Verbindliche Ausbildungskriterien werden auf den Weg gebracht. Das Dachverbands-Diplom garantiert mit diesen verbindlichen Ausbildungsrichtlinien von mindestens 300 Ausbildungsstunden und mindestens zweieinhalb Jahren Ausbildung eine qualitative Shiatsu-Ausbildung.

1994 – Gründung des ESF als Folge

1994 wird die European Shiatsu Federation (ESF), der europäische Dachverband für Shiatsu – mit Österreich als Gründungsmitglied – ins Leben gerufen. Primäre Ziele der ESF sind die europaweite Etablierung von Shiatsu als eigenständiger Beruf, gemeinsame Ausbildungsrichtlinien und die gegenseitige Anerkennung der nationalen Shiatsu-Ausbildungen.

1997 – Beschluss des Collins-Reports¹¹⁰ und damit Einstufung des Shiatsu als CAM

Der Report zur nichtkonventionellen Medizin, dessen Grundlage der Lannoye-Report (später Collins-Report) ist, wird vom Europäischen Parlament mit einer Zweidrittelmehrheit verabschiedet (vgl. Journal of Shiatsu 1998). Forschungsgelder für Studien und Untersuchungen im Bereich der nichtkonventionellen Medizin (und damit auch für Shiatsu) werden beschlossen und zur Verfügung gestellt. Aus dem breiten Spektrum nichtkonventioneller medizinischer Disziplinen werden acht Methoden aufgelistet, die eine rechtliche Anerkennung in einem oder mehreren Mitgliedstaaten genießen, eine organisatorische Struktur auf europäischer Ebene aufweisen und selbstregulierende Maßnahmen organisiert haben. Diese acht Methoden sind Chiropraktik, Homöopathie, Anthroposophische Medizin, TCM (inklusive Akupunktur), Shiatsu, Naturopathie, Osteopathie und Phytotherapie.

1998 – Shiatsu als eingeschränktes Gewerbe

Shiatsu wird vom Wirtschaftsministerium im Dezember 1998 als Teilbereich der gewerblichen Massage eingestuft. Ein eingeschränkter Gewerbeschein für Shiatsu wird in Aussicht gestellt mit der Argumentation, dass die Techniken und Wirkweisen des Shiatsu „Gegenstand der Ausbildung zum gewerblichen Masseur [...] sind und [eingefügt

110 Im *Collins Report* werden erstmals komplementärmedizinische und alternative Behandlungsmethoden formell anerkannt. Grundsätzlich folgt die Entschließung der Auffassung, dass sich klassische und komplementäre Behandlungsmethoden und Zugangsweisen zu Gesundheit und Krankheit nicht ausschließen, vielmehr ergänzend sein können. Im Vordergrund steht die Sicherstellung der bestmöglichen Wahl an Therapien, ein Maximum an Sicherheit und eine möglichst genaue Information über Wirkung, Qualität und Risiken der jeweiligen Therapiemethoden.

zur besseren Lesbarkeit durch Verf.] dem gebundenen Gewerbe der Masseur zuzuordnen.“ (Vgl. Tripp 2016.¹¹¹)

1999 – Etablierung des Shiatsu durch das Ministerium für Wirtschaft

Das Bundesministerium für wirtschaftliche Angelegenheiten¹¹² beurteilt Shiatsu im Juni 1999 als ganzheitliche Behandlungsform, die keinem der bestehenden Gewerbe vollständig und umfassend zugeordnet werden kann und sich nicht in Massagetechniken erschöpft. Mit dem Abschluss einer Ausbildung gemäß den Richtlinien des Österreichischen Dachverbandes für Shiatsu dürfen Shiatsu-Diplomierte den eingeschränkten Massage-Gewerbeschein beantragen. Shiatsu kann demnach als selbständiger Beruf ausgeübt werden. Berechtig dazu sind gelistete Psychologen, Lebens- und Sozialberater mit Gewerbeberechtigung und Masseur mit Gewerbeberechtigung beziehungsweise eine auf Shiatsu eingeschränkte Massagegewerbeberechtigung. (Vgl. Tripp 2016.)

2001 – Erweiterung der Ausbildungsrichtlinien der ÖDS als Reaktion auf die TCM-Einstufung des Gesundheitsministeriums

2001 beurteilt das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Gesundheitsministerium) die TCM als ärztliche Tätigkeit im Sinne des Ärztegesetzes 1998. Als die drei Säulen der TCM werden die Akupunktur, Tuina¹¹³ und Phytotherapie¹¹⁴ angeführt. Qi Gong, Taijiquan und Feng Shui werden ebenfalls als eine den Ärzten vorbehaltene Tätigkeit klassifiziert, wenn darunter eine Tätigkeit mit kranken Menschen verstanden wird.¹¹⁵ Das Curriculum des Österreichischen Dachverbandes für Shiatsu wird daraufhin mit folgenden verpflichtenden Teilgebieten ergänzt: Erste Hilfe (30 Stunden) und Hygiene (15 Stunden). (Vgl. Tripp 2016.)

2003 – Neubeurteilung der Berechtigung des Massagegewerbes durch das Wirtschaftsministerium

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit beurteilt im November 2003 die Rechtslage zur Berechtigung des Massagegewerbes zur Ausübung von Shiatsu neu. Die Massage-Verordnung¹¹⁶ tritt Anfang 2003 in Kraft und ersetzt die bisherigen Regelungen für Shiatsu als Teilgewerbe der Massage. „Shiatsu ist nunmehr explizit aus den Zugangsvoraussetzungen für das (Voll)Gewerbe Massage herausgenommen und für Shiatsu als Teilgewerbe ist ein eindeutiges und eigenständiges Ausbildungsprofil festgelegt“ (vgl. Tripp 2016).

111 Rechtsgutachten des Wirtschaftsministeriums GZ.: 30.599/251-III/A/I/99.

112 Rechtsgutachten des Wirtschaftsministeriums GZ.: 30.599/130-III/A/1/99.

113 Chinesische Manualtherapie oder Chinesische manuelle Medizin.

114 Kräuterheilkunde.

115 Rechtsgutachten des Gesundheitsministeriums GZ.: 21.100/147-VIII/D/14/01.

116 68. Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit über die Zugangsvoraussetzungen für das reglementierte Gewerbe der Massage; Bundesgesetzblatt II Nr. 68/2003 (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich 2003, zuletzt abgerufen 24.3.2016).

2006 – Berufsreglementierung für Ausübung von Shiatsu vom Wirtschaftsministerium

Im April 2006 teilt das Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit seinen Beschluss zur Aufhebung der Regelung vom Juni 1999 mit, dass Shiatsu von Lebens- und Sozialberatern ausgeübt werden kann. Das Ministerium führt dazu aus: „Soweit das reglementierte Gewerbe der Lebens- und Sozialberatung betroffen ist, ist die Ausübung von Shiatsu-Massagetechniken durch diese Gewerbetreibenden unzulässig, da jegliche Massagetätigkeiten dem Gewerbe der Masseure vorbehalten sind“ (vgl. Tripp 2016).¹¹⁷

2009 – Erneute Änderung der Massage-Verordnung

Im Mai 2009 tritt die 135. Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft, Familie und Jugend in Kraft, mit der die Massage-Verordnung für das reglementierte Gewerbe der Massage Nr. 68 von 2003 geändert wird. Die Neuerungen der Massage-Verordnung bringen für das ganzheitlich in sich geschlossene System Shiatsu Änderungen mit sich: Zum einen werden im Ausbildungsprofil für Shiatsu aufgeführte Methoden der energetischen Einschätzung „Haradiagnose, Rückendiagnose, Meridiandiagnose und Zungendiagnose“ durch „Harakontrolle, Rückenkontrolle, Meridiankontrolle“ ersetzt, und zum anderen wird in § 2 (3) eine Weiterbildungspflicht eingeführt (vgl. Tripp 2016).

2010 – Beschluss von Weiterbildungsrichtlinien

2010 werden folgerichtig Weiterbildungsrichtlinien vom Österreichischen Dachverband für Shiatsu für die gesetzliche, in der 135. Massage-Verordnung festgelegte Weiterbildungspflicht beschlossen.

Zusammenfassend und ausblickend lässt sich sagen, dass auch in Österreich das frei ausgeübte Verfahren Shiatsu die zuständige Regierung in Bezug auf Wesen und Ausübung irritierte. Aus diesem Grund gab es seitens der Regierung immer wieder Anstöße, Sicherheit zu erlangen. Wie die Chronik zeigt, wurden die zwei formulierten Säulen des Shiatsu (östlich-philosophische und westliche Säule) inhaltlich weitestgehend zusammengefasst, sodass das Wesen des Verfahrens und seine Ausübung kommunikativ angepasst in das Sicherheitsschema der verwaltenden Regierung passt. Und auch hier steht der Berufsverband aktuell vor einer weiteren Herausforderung. Dazu Tripp (2015):

Vor 2003 gab es keine in sich geschlossenen Systeme. Shiatsu war ein Teilbereich ohne Zuordnung. Das änderte sich ab 2003. Alle, die Shiatsu ab 2003 ausübten, konnten das Verfahren nicht mehr als Vollgewerbe abrechnen. In 2009 wurde Shiatsu darüber hinaus als Verfahren angegriffen, da es nach Meinung herrschender Lobbyisten zu wenig auf die westliche Medizin einging in Bezug auf Sicherheitsaspekte, sodass der Berufsverband ÖDS beispielsweise Pathologie mit in die Ausbildung nahm. Darüber hinaus flossen Erste-Hilfe-Kurse sowie Hygiene-Kurse mit hinein, um berufspolitisch Relevanz zu erhalten. Im

117 Rechtsgutachten Wirtschaftsministerium: BMWA-30.599/0112-I/7/2006 und BMWA-30.599/0123-I/7/2006.

Collins Report wurde Shiatsu 1997 durch das Europäische Parlament als eine von 8 Methoden der CAM zugeordnet mit dem Aufruf, CAM zu regulieren und die Forschungsbestrebungen zu erhöhen. Der Gesundheitsbereich sollte also EU-weit harmonisiert werden. Seit 2005 ist aber nichts geschehen. Aktuell gibt es meiner Meinung nach in der EU zum einen die Überlegung der Liberalisierung. Hier wären alle alternativen Verfahren wie Hot Stone, Shiatsu etc. frei anwendbar und der Marktregulierung unterworfen. Eine andere Möglichkeit ist Shiatsu als geregelten Beruf im erweiterten Gesundheitsbereich als Gesundheitsfürsorge anzuerkennen. Als dritte Variante steht das Schweizer Modell zur Verfügung, wonach es eine Grundausbildung geben wird, die sich splittet in einer Shiatsu-Praktik oder dem Tronc Commun¹¹⁸.

Der Schwerpunkt der ÖDS wird demnach in 2016 darin liegen, eine Urabstimmung durchzuführen. Nach Aussage von Tripp (2015) wird sich die ÖDS 2016 mithilfe einer Urabstimmung für einen Weg entscheiden müssen.

Entwicklung des Shiatsu in der Schweiz

Vor fast zwanzig Jahren begann ein Prozess, der in der eidgenössischen Anerkennung und Reglementierung des Berufs Komplementär-Therapeut/Komplementär-Therapeutin mündete. Nachfolgend werden die Schwerpunkte dieser Entwicklung mit Bezug zum Verfahren Shiatsu aufgezeigt.¹¹⁹

1996–2003: Start des Prozesses der Bündelung von 33 Berufsverbänden natürlicher Methoden

Die Interessengemeinschaft Natürliche Methoden im Gesundheitswesen (IGMG) wird 1996 gegründet. Ihre Aufgabe ist es, die methodenübergreifenden berufspolitischen Interessen von 33 Berufsverbänden zu bündeln und sie gegenüber Krankenversicherern, Registrierungsstellen und kantonalen Gesundheitsdirektionen zu vertreten. Wichtiges Instrument ist die Entwicklung und Herausgabe des Handbuchs *Natürliche Methoden im Gesundheitsbereich* (Burger 2004) durch die IGMG. Darüber hinaus sollen Kollektivversicherungen von der IGMG entwickelt werden.

Im Jahr 2000 entwickelt sich aus der IGMG der Dachverband Xund, der die Anpassung der Ausrichtung von Ausbildung und Ausübung einzelner Methoden an „unterschiedliche Regelungen des Rechts zur Berufsausübung und den Voraussetzungen zum Erlangen der Krankenkassen-Anerkennung“ anstrebt (vgl. Itin 2015a, S. 1)¹²⁰. Be-

118 Für angehende Komplementär-Therapeuten auf dem Weg zum Branchenzertifikat Komplementär-Therapie und zum Eidgenössischen Diplom bildet der Tronc Commun das methodenunabhängige Fundament für eine Arbeit als Gesundheitsfachperson in der Schweiz (vgl. S. 112).

119 Der Schweizer Prozess wurde von einem Autor begleitet (Itin 2015a).

120 „Das Recht zur Berufsausübung ist kantonal geregelt. [...] In etlichen Kantonen besteht eine Bewilligungspflicht, was in der Regel an das Absolvieren einer kantonalen Heilpraktikerprüfung gekoppelt ist. [...] Sie erlauben das Praktizieren ohne Bewilligung, sofern keine Krankheiten behandelt werden und keine Heilsversprechen abgegeben werden, *denn das Praktizieren der Methoden geschieht erfahrungsgemäß ohne Risiko für die KlientInnen* [Hervorh. d. Verf.]“

dingungen und Möglichkeiten für ein methodenübergreifendes Ausbildungskonzept mit Bildungsexperten werden geprüft. Ein einheitliches Schema Berufsprofile für die dem Dachverband Xund angeschlossenen Methoden wird entwickelt. 2002 lanciert Xund das Qualitätslabel „Xundpunkt“, um verbindliche Anforderungen für alle Mitgliederverbände und ihre Praktizierenden zu formulieren. Es entstehen Ethikrichtlinien, Weiterbildungsrichtlinien und ein Methodenleitbild. „Dieses Methodenleitbild kann in der Rückblende als Grundstein für das spätere Berufsbild KomplementärTherapie betrachtet werden“ (Itin 2015a, S. 3). Inhalte des Methodenleitbilds sind die Charakterisierung der im Xund vertretenen Methoden als ganzheitlich, natürlich, gesundheitsfördernd, ressourcenorientiert, selbstverantwortlich, gleichberechtigt, prozessorientiert, körperbewusst und nachhaltig. Als Gemeinsamkeiten wird die Arbeit mit Atem, Ausdruck, Bewegung und Energie in Verbindung mit Gespräch und Beratung formuliert.

Ein Qualitätsmanagementsystem für Praktiker und Praktikerinnen wird erarbeitet. Die Supportgruppe Naturheilkunde entsteht mit dem Ziel, „die Interessen des gesamten Feldes der nichtärztlichen CAM bezogen auf den Berufsanererkennungsprozess zu bündeln“ (ebd.). Das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) lanciert im Jahre 2001 das Projekt „Transition“ mit dem Ziel, die Reglementierung der Berufsausbildungen in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Kunst (GSK) in die Kompetenz des Bundes zu überzuführen. 2002 wird die Naturheilkunde in das Projekt „Transition“ integriert. Vom BBT wird zu diesem Zweck die sog. Koordinationsgruppe Komplementär (KoKo) ins Leben gerufen mit der Vorgabe, eine Begrenzung auf fünf Berufsabschlüsse für das gesamte Gebiet der Naturheilkunde anzustreben.

Aufgrund der Vorstöße von Methoden- und Berufsverbänden [...] und [Hervorh. d. Verf.] der wachsenden Nachfrage gehen die meisten Krankenkassen in den 90er Jahren dazu über, Beiträge an komplementärtherapeutische Behandlungen zu leisten. Diese erfolgen im Rahmen der freiwilligen Zusatzversicherungen. [...] Angesichts der Vielzahl an Verfahren der AM und Methoden der KT ist es für Krankenkassenvertreter [...] schwierig, Transparenz über den Gesamtmarkt und dessen Qualität zu erhalten. Diese Situation führt dazu, dass von einer Privatfirma 1998 das Erfahrungsmedizinische Register gegründet wird. Viele Krankenkassen vergüten nur noch Behandlungen von TherapeutInnen dieses Registers. Es gibt [...] weitere Registrierungsstellen von oder für Krankenkassen wie [...] ASCA, EGK, Visana. Die Methodenverbände [...] verlieren nun den Direktkontakt zu den Krankenkassen. Diese sind [...] daran interessiert, nur noch eine Anlaufstelle für das ganze Gebiet zu haben. [...] Die Registrierungsstellen der Kassen entwickeln ihre Anforderungen an die Praktizierenden [...] weitgehend unabhängig voneinander und von den Verbänden, was die Uneinheitlichkeit der Vorgaben weiter erhöht. Mit der zunehmenden Anzahl von TherapeutInnen beginnen zudem einzelne Kassen, die Anforderungen an die Ausbildungen auf eigene Faust weiter zu erhöhen oder Methoden zu streichen. Die Situation widerspricht dem Anliegen der Methoden- beziehungsweise Berufsverbände, die Ausbildungsanforderungen selber zu bestimmen, wie dies in der Berufslandschaft üblich ist. Bis zu diesem Zeitpunkt besteht jedoch keinerlei Aussicht auf eidgenössisch anerkannte Berufsabschlüsse für AM oder KT. Die Rahmenbedingungen ändern sich mit der Jahrtausendwende schlagartig und fundamental. Der Zeitraum wird von Bundesrat und Parlament für eine Totalrevision der Bundesverfassung genutzt, die am 1.1.2000 in Kraft tritt. Sie regelt unter anderem, dass die Kompetenz für die Berufsbildung vollumfänglich an den Bund übergeht. Im Hinblick darauf wird bereits 1998 das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) gebildet. Das vom BBT entworfene Berufsbildungsgesetz (BBG) tritt im Jahre 2004 in Kraft. Dieses neue Berufsbildungsgesetz wird von den Verbänden der nichtärztlichen CAM als Chance erkannt, anerkannte Berufsabschlüsse einrichten zu können. Mitte 1999 treffen sich VertreterInnen der Alternativmedizin, der Naturärztervereinigung NVS und der damaligen IGMG zum Erfahrungsaustausch unter dem Begriff ‚Runder Tisch/IG Komplementärmedizin‘.“

Angestossen durch diese Vorgabe des Bundes legt der Dachverband Xund zu Beginn des Jahres 2003 einen ersten Entwurf für ein gemeinsames, methodenübergreifendes Berufsbild Komplementärtherapie vor. Er führt zudem eine Umfrage bei allen praktizierenden Mitgliedern der angeschlossenen Methodenverbände durch, um statistische Informationen zur Berufsausübung zu erhalten. (Itin 2015a, S. 4)

2004–2007: Inkrafttreten des neuen Berufsbildungsgesetzes und Formulierung des Tronc Commun

Im Januar 2004 tritt das neue Berufsbildungsgesetz in Kraft. Arbeitsgruppen des Dachverbands Xund werden aktiv, um am Berufsbild zu arbeiten, Vorschläge zur Gestaltung der höheren Fachprüfung, einen Kompetenzenkatalog und Ausbildungsmodule zu entwickeln. Im Auftrag des BBT wird als Koordinationsgruppe Komplementär (KoKo) das Fundament des Tronc Commun formuliert, der „Allgemeine Kenntnisse und Kompetenzen in Gesundheit und Krankheit für Gesundheitsberufe auf der Tertiärstufe“ definiert. (PO HFP KT 2014). Der Tronc Commun legt die methodenunabhängigen, allgemeinen Grundlagenkenntnisse und Kompetenzen fest und wird vom BBT 2006 für die Alternative Medizin und die Komplementär-Therapie¹²¹ (KT) zur verbindlichen Vorgabe erklärt. Für den Abschluss im Bereich KT wird die Projektorganisation Höhere Fachprüfung Komplementär-Therapie (PO HFP KT) gegründet. Sie deckt alle in der Schweiz relevanten Verbände ab, die den Bereich KT vertreten.¹²² Die PO HFP KT entwickelt einen umfangreichen Modulbaukasten KT, der die Ausbildung in Methodenmodule, themenzentrierte Module für den Tronc Commun, und Praxismodule (für das Praktikum) einteilt.

Im Sommer 2007 verfügt der Bundesrat einen Reglementierungsstopp für KT und AM. Es wird ungeachtet des Stopps beschlossen, die Arbeiten weiter voranzubringen. Die PO HFP KT wird im 2007 in einen Verein umgewandelt und nennt sich nun Organisation der Arbeitswelt KomplementärTherapie (OdA KTTC¹²³; vgl. Itin 2015a, S. 5ff.).

2007–2009: OdA-Gründung und Einführung des Branchendiploms

Im Bereich der Berufsbildung sind nun ausschließlich die sogenannten OdAs als Prüfungsträgerschaften zugelassen. OdAs vertreten die Berufstätigen und das Berufsfeld,

121 „KomplementärTherapie versteht sich – vereinfacht zusammengefasst – als körperzentrierte, prozesshafte Unterstützung von Menschen, basierend auf Methoden wie zum Beispiel Alexander-Technik, Atemtherapie, Craniosacral-Therapie, Feldenkrais, Kinesiologie, Polarity, Shiatsu, Yoga-Therapie. Alternativ-Medizin stützt sich demgegenüber auf traditionelle, naturheilkundliche Medizinsysteme ab, wie zum Beispiel Traditionelle chinesische Medizin (TCM), Traditionelle Europäische Naturheilkunde (TEN) und Ayurvedische Medizin. In der AM wird auch invasiv und unter Einsatz von technischen Apparaten gearbeitet, und es werden natürliche Heilmittel verordnet. Beiden – AM und KT – gemeinsam ist jedoch die Ausrichtung auf eine ganzheitliche Förderung der natürlichen Selbstregulierungskräfte.“ (Itin 2015a, S. 1)

122 Gründungsmitglieder: Dachverband Xund mit 30 Methoden und ca. 5.500 Mitgliedern; Naturärztevereinigung (NVS) mit Praktikern verschiedenster Richtungen; Büro Gutknecht mit Methodenverbänden, die nicht dem Dachverband Xund angeschlossen sind.

123 TC steht für *therapie complémentaire* (frz.) beziehungsweise *terapia complementare* (ital.).

und sie decken die gesamte Schweiz ab. „Insgesamt werden in dieser Phase 17 Methoden von der OdA KTTC anerkannt“ (Itin 2015a, S. 6).

Nur wenige Verfassungsinitiativen waren in der Vergangenheit von Erfolg gekrönt. Sowohl das Volksmehr wie auch das Ständemehr (Mehrheit der Kantone) sind erforderlich. Die Vertreter und Praktizierenden der ärztlichen und nichtärztlichen Komplementärmedizin setzen ihre ganzen Kräfte für den Abstimmungskampf ein. Die Volksabstimmung über die Verfassungsänderung findet am 17.5.2009 statt. Das Volk findet die Vorlage mit einem „überwältigenden“ 67 % Ja-Anteil gut. Alle Kantone stimmen dafür. Damit wird die Komplementärmedizin in Artikel 118a der Bundesverfassung wie folgt festgeschrieben: „Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin.“ (Itin 2015a, S. 6ff.)

2010–2013: Neustart einer Berufsankennung und Neukonzeption einer Prüfungsordnung und Wegleitung

Nach dem eindeutigen Verdikt der Bevölkerung greift das BBT das Reglementierungsvorhaben wieder auf. [...] Die OdAs AM und KT müssen als erste Berufe überhaupt eine gemeinsame Berufsfeldanalyse durchführen. Sie haben den Auftrag, in diesem Rahmen auch eine begründete und nachvollziehbare Differenzierung der Berufe vorzunehmen. Die Akzeptierung der Berufsfeldanalyse durch das BBT ist Voraussetzung für die Bewilligung der Projekte Strukturbildung und Entwicklung von Prüfungsordnung und Wegleitung. [...] Die BFA startet im Januar 2011 und wird im Frühjahr 2012 abgeschlossen. Die Ergebnisse werden vom BBT akzeptiert. Die in der BFA erarbeiteten Unterlagen, und damit auch die zwei getrennten Berufsabschlüsse, werden damit vom BBT endgültig als Basis für die Reglementierung anerkannt. (Itin 2015a, S. 6ff.)

2013–2015: Neueinrichtung Registrierungsstelle der OdA-Berufe und Übergang zum Betrieb

2013 geben die OdA AM und OdA KT bekannt, dass sie für ihre Berufe eine eigene Registrierungsstelle für Krankenkassen einrichten werden. Shiatsu-Therapie ist damit in der Prüfungsordnung 2015 aufgeführt, und es muss eine Anpassung der Prüfungsordnung vorgenommen werden. Gleichwertigkeitsverfahren zum Branchenzertifikat und Ausbildungsakkreditierungen setzen ein.

In der Schweiz ist KT und AM nun gleichgestellt, auch wenn die Ausbildungsanforderungen quantitativ nicht identisch sind [...]. Im europäischen Rahmen sehe ich allenfalls eine Zweistufigkeit der Ausbildungslandschaft, mit einer ersten Stufe als „GesundheitspraktikerIn“ und einer zweiten als „TherapeutIn“. Dies ganz einfach, weil zur Schweiz vergleichbare Zusatzversicherungsmodelle nicht beziehungsweise noch umfassend nicht etabliert sind und die Bedingungen im Gesundheitswesen politisch-rechtlich noch nicht so offen sind. Das ist aber nur eine Frage der Zeit und des berufspolitischen Engagements der Verbände, die ihre Kräfte noch mehr bündeln müssten (Itin 2015b).

Entwicklung des Shiatsu in Deutschland

Berufsbildung in Deutschland und Shiatsu-Berufsanerkennung

Laut des Datenreports des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) ging die Anzahl der gemäß Berufsbildungsgesetz geregelten Ausbildungsberufe mit entsprechend gesetzlich verankerten Ausbildungs- und Prüfungsordnungen von 344 (Stand 2011) auf 327 (Stand 2014) zurück (BIBB 2015, S. 9). Es werden 17 berufsgesetzlich geregelte Gesundheitsberufe und 49 ausschließlich durch Landesrecht geregelte Berufe angegeben (Zöller et al. 2014, S. 11f.). Hinzu kommen 223 öffentlich-rechtlich geregelte Weiterbildungsberufe mit bundeseinheitlichem oder kammerrechtlichem Abschluss, unter anderem auch bundes- und landesrechtlich geregelte schulische Ausbildungsgänge an Berufsfachschulen für die Berufe Altenpfleger/in, Erzieher/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Hebamme, Heilpraktiker/in, Physiotherapeut/in, Technische/r Assistent/in (wie MTA und PTA) und schließlich 732 Weiterbildungsberufe mit ländereinheitlichem oder kammerrechtlichem Abschluss. Daneben gibt es eine Vielzahl von Aus- und Weiterbildungsabschlüssen auf Fachhochschul- und Hochschulebene und rund 30.000 Erwerbsberufe beziehungsweise berufliche Tätigkeiten ohne geregelte Berufsausbildung. Diese werden von einer Großzahl von Beschäftigten ausgeübt, ohne dass es zu einem Schritt der Professionalisierung und Institutionalisierung kommt, zum Teil von den beteiligten Akteuren auch gar nicht angestrebt wird.¹²⁴

Seit Anfang der 1970er-Jahre gibt es in Deutschland Shiatsu-Behandelnde als eigenständigen Gesundheitsberuf, der bislang keine staatliche Anerkennung oder gesetzliche Regelung gefunden hat und sich demnach unter der Berufsfreiheit positioniert mit einer Weiterbildungsordnung vom Berufsverband der GSD e. V. Der Begriff Shiatsu-Therapeut/-Therapeutin resp. Shiatsu-Praktiker/-Praktikerin ist in Deutschland nicht geschützt. Es ist weder ein anerkannter Ausbildungsberuf noch ein Weiterbildungsberuf oder eine berufsfachschulische Ausbildung. Es gibt keine staatliche Instanz, die im berufsrechtlichen Sinne für Shiatsu-Praktizierende zuständig ist. Teilweise fühlen sich die Gesundheitsämter zuständig (zum Beispiel in Potsdam).¹²⁵

Etablierung von Verbänden für Shiatsu-Praktizierende

Um einheitliche Standards im Sinne von Qualität und Sicherheit für Klienten und Behandler zu regeln, mit einem Blick auf eine berufliche Anerkennung, etablierten sich drei Berufsverbände:

- GSD e. V. – Gesellschaft für Shiatsu in Deutschland
- ShenDo – ShenDo-Shiatsu-Dachverband

124 Vgl. Köchling-Dietrich 2013 (siehe Anhang 6).

125 Ebd.

- Baks – Bundesarbeitsgemeinschaft für Baby- und Kinder-Shiatsu-Therapeuten.

Die Gesellschaft für Shiatsu in Deutschland e. V. (GSD) wurde 1992 als Zusammenschluss von Shiatsu-Ausübenden, Shiatsu-Lehrenden und Shiatsu-Schulen gegründet (vgl. GSD e. V. 2009a, S. 1). Der Verband unterstützt die Mitglieder in fachlichen und berufspolitischen Belangen und fördert den gegenseitigen Informationsaustausch und die Zusammenarbeit. Er schuf Leitlinien, an denen das Berufsbild des Shiatsu-Behandlers gemessen wird, schreibt unter anderem die Aus- und Fortbildungsleitlinien fest und kontrolliert deren Einhaltung. Zudem erkennt die GSD Shiatsu-Ausbildungsinstitute an, die ihren Leitlinien entsprechen. Weiterhin führt sie Prüfungen durch, organisiert Kongresse und Fachtagungen und gestaltet die Zusammenarbeit mit den Shiatsu-Berufsverbänden anderer Länder. Die GSD e. V. unterstützt die Berufsausübung seit mehr als zwanzig Jahren; sie erkennt Ausbildungsstätten für Shiatsu an, die eine fundierte, praxisingerechte, lernzielorientierte Shiatsu-Ausbildung anbieten und im Unterricht fernöstliche Heilkunde und Gesundheitslehre mit moderner westlicher Didaktik verbinden, mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung über 500 Zeitstunden. Die GSD e. V. unterscheidet zwei Anwendungsfelder: das therapeutische Anwendungsfeld mit entsprechendem Gesundheitsberuf als Grundlage und das Anwendungsfeld Gesundheitsförderung. Als allgemeine Arbeitsfelder werden Gesundheitspraxis, Bildungsarbeit, therapeutische Praxis, Lebenshilfe und spirituelle Dimension definiert. Das Berufsbild entwickelt sich in Deutschland nach Sedlin in Richtung

„Shiatsu in der Gesundheitsförderung“. Dazu definiert die GSD e. V. in ihrem Grundprogramm Shiatsu als ein eigenständiges System für die Förderung und Begleitung von Menschen in ihren spezifischen Lebenssituationen durch Anregung ihres selbstregulativen Energiesystems mittels Shiatsu-spezifischer Berührungen in gleichwertigen Anwendungsfeldern. Die Anwendungsfelder werden als Anregen, Lehren, Heilen, Begleiten und Dasein definiert. (Sedlin 2013, S. 119)

Der Verband für ShenDo Shiatsu Deutschland e. V. gründete sich 1998 mit dem Zweck, die Allgemeinheit über die Möglichkeiten einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung des Menschen (Wieder-ins-Gleichgewicht-Bringen von Körper, Geist und Seele) zu informieren und ihr Gelegenheit zum Erlernen entsprechender Methoden zu bieten. Die vom Verband ShenDo definierten Qualitätsstandards sind kontinuierliche Weiterbildung und persönliche Supervision. Shendo unterstützt zudem bei der Praxisentwicklung, Werbung, beim Auftreten in der Öffentlichkeit und berät im Umgang mit Behörden. Der Verband entwickelte ein eigenes Shendo-Shiatsu als vorbeugende und gesundheitsfördernde Methode in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für alternative Medizin (DGAM) und dem Berufsverband für Gesundheitspraktiker (BfG) im Sinne einer Anerkennung durch diese Verbände. Der Verband definiert Shiatsu als „den Weg des Mitgefühls“, als eindeutig gesundheitspraktische, pädagogische und prozessorientierte Methode im Sinne einer gesundheitspädagogischen Arbeit.

Baks e. V. wurde 2009 gegründet und ist mit Abstand der jüngste Verband, der sich im Bereich der alternativen Methodenverbände etabliert. Er versteht sich als Berufsverband für alle Shiatsu-Behandler und Shiatsu-Therapeuten, die mit Kindern und Babys arbeiten. Baks e. V. arbeitet an Möglichkeiten, Shiatsu als Beruf zu etablieren und Klarheit im Angebotsfeld zu schaffen durch Qualitätsstandards in Ausbildung und Praxis, Schaffen und Beschreiben von Berufsperspektiven und neuen Arbeitsfeldern, Entwicklung und Herausgabe von Informationen über Qualitätsstandards an notwendigen Stellen wie Volkshochschulen oder Familienbildungsstätten. Baks e. V. ist kein Ausbildungsanbieter, sondern zertifiziert Akademien, Schulen, Ausbildungseinrichtungen und ist Kooperationspartner der Steinbeis-Hochschule. Eine Shiatsu-Ausbildung im Bereich der Berufsakademien oder der Fachhochschulen ist möglich geworden mit dem Jahr 2013. Durch eine langjährig vorbereitete Kooperation mit der privaten Hochschule Steinbeis wurde 2013 der erste Studiengang Bachelor of Science für Komplementärtherapie „Shiatsu“/„Shiatsu-Pädiatrie“ gestartet. Das selbstfinanzierte Studium besteht aus zwei Teilen, der Fachausbildung und dem akademischen Teil, und dauert 36 Monate. Der Abschluss „Sektoraler Heilpraktiker“ ist enthalten. Damit wurde in Deutschland ein Meilenstein geschaffen. Shiatsu erfährt zwar immer noch keine Anerkennung, erfüllt aber alle Voraussetzungen für eine Berufsausübung (abgrenzbare Methode, keine Gefahr für die Volksgesundheit), die der Gesetzgeber vorgibt.

Neben den in oben genannten Verbänden organisierten Schulen finden sich diverse andere Angebote der Ausbildung von Shiatsu-Behandelnden wie beispielsweise Heilpraktikerschulen, private Anbieter und Volkshochschulen. Es herrscht ein disperses Angebot in einem Aus- und Weiterbildungsmarkt durch „regionalisierte Uneinheitlichkeit“ und „freie Entwicklung“ (Köchling-Dietrich 2013) ohne systemische Bezüge. Allen Angeboten gemeinsam ist, dass sie selbst zu finanzieren sind. Alle Ausbildungsangebote richten sich nach den Regeln der ökonomischen Wertschöpfung. Innerhalb der berufsverbandlich organisierten Schulen gibt es eine gewisse Verlässlichkeit hinsichtlich individueller berufsbiografischer und ökonomischer Planungen. Alle anderen Ausbildungsangebote sind separiert und damit nicht transparent. Die beschriebene Intransparenz lässt sich begründen durch fehlende Regelungen für die berufliche Weiterbildung, die Zugang, Qualitätssicherung, Zertifizierung sowie Finanzierung betreffen, sowie durch gesellschaftliche Anerkennung und politische Wahrnehmung eines beruflichen Handlungsfeldes, das im 21. Jahrhundert für die Gesellschaft relevant ist.

Wer Shiatsu zur Behandlung von Krankheiten einsetzen möchte, bedarf dazu der Bestallung als Arzt oder der Zulassung als Heilpraktiker. Shiatsu zum Zweck der Gesundheitsförderung kann in Deutschland frei und ohne Heilpraktikerschein ausgeübt werden. Da von der Anwendung des Shiatsu keine unmittelbaren Gesundheitsgefahren für den Klienten

ten ausgehen, gilt Shiatsu nicht als Ausübung der Heilkunde im Sinne § 1 Abs. (2) des Heilpraktiker-Gesetzes¹²⁶. (Sedlin 2013, S. 114)

126 Heilpraktiker-Gesetz § 1 Absatz 2: „Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“

7 SCHLUSS:

Zusammenfassung der Erkenntnisse und partialperspektivische Konstruktion eines Ausblicks auf die wirtschaftliche und politische Entwicklung des heterodoxen Verfahrens Shiatsu

Anything said is said by an observer
(Humberto Maturana/Francisco J. Varela)

Es findet sich hier die partialperspektivische und damit erkenntnistheoretische Konstruktion auf eine wirtschaftliche und politische Entwicklung des Verfahrens Shiatsu in Deutschland auf Basis der erarbeiteten Erkenntnisse des vorliegenden Werkes. Der Nutzen der Partialperspektive liegt in der Schaffung eines reflektierten Differenzbewusstseins und gerade nicht darin, auf eine Ganzheit hinzuarbeiten, die sowohl für den Umgang mit dem Verfahren als auch für Shiatsu selbst nicht bedeutend ist. Shiatsu als erkenntnistheoretisches Phänomen soll nicht auf eine Definition, auf eine Ganzheit reduziert und nicht in verschiedene Teilbereiche aufgespalten werden. Es wurde versucht, den Gegenstand Shiatsu perspektivisch über einzelne Betrachtungsweisen zu befragen, die sicherlich an der einen oder anderen Stelle miteinander verbunden sind, die dadurch eine mehrfache Abdeckung des Gegenstands erlauben und eine dichte Beschreibung ermöglichen, ohne primär eine Position zu bevorzugen, und die so für die Durchsetzung wirtschaftlicher und politischer Wünsche, Begehren und Erwartungen umso nutzvoller sind.

Wirtschaft und Politik sind Bereiche, die sind, was sie tun, nämlich Kommunikation. Hier zählt im praktischen Leben die perspektivische Herangehensweise, denn

Unternehmen, Verbraucher, Verbände und andere wirtschaftliche Akteure agieren und reflektieren nicht nach den Maßstäben einer wissenschaftlich fundierten Wahrheitstheorie, sondern nach Kalkülen zur Verbesserung ihrer eigenen Position in widerstreitenden Kontexten. Zwar greift man auf empirische Studien zurück – aber stets mit der Frage: Was nützt uns dieses Wissen? Daten liegen in riesigen Mengen vor – und sind als solche uninteressant, solange niemand eine Frage an sie richtet und die Antworten beurteilt. Informationen allein sind weder Ideen noch Handlungsanleitungen. (Boltres-Streeck 2015, S. 199)

So wird einerseits zusammenfassend mit den Erkenntnissen des vorliegenden Werkes gearbeitet und andererseits ein Ausblick auf die Bereiche Wirtschaft und Politik gewagt.

Mit der Gesundheitsbewegung der frühen 1980er-Jahre begann ein Trend zur Gesundheitsvorsorge und zur Hinwendung zu ganzheitlich ausgerichteten Vorstellungen. Die Ideen der Gesundheitsförderung und -bildung der 70er- und frühen 80er-Jahre finden sich in den Anfängen vieler alternativer Methoden und humanistischer Ansätze wieder, so auch im Shiatsu. „Wahrnehmende Berührung“ war in früheren Zei-

ten essenziell, da es ja noch keine Medizin gab, wie sie heute bekannt ist. Heute hat sich das Bild vom Körper in der Welt verändert, hin zu einem mehr mechanistisch geprägten Bild durch die europäische kulturelle Entwicklung des Medizin- und Sprachbewusstseins. Die mechanistische Reparatur des menschlichen Apparats, eine Abstraktion des Organismus, die notwendig ist zum Beispiel bei der Behandlung von Herzinfarkten oder bei Transplantationen, bei Gelenkaustausch und Ähnlichem (vgl. Walach 2016), führt dazu, dass die essenzielle Form der Berührung in den Hintergrund tritt. Systeme agieren autopoietisch, sowohl soziale, psychische als auch biologische Systeme. Eine Maschine hat keine autopoietische Selbstreflexion, der menschliche Organismus schon. Er organisiert sich selbst und heilt sich auch selbst, wenn man ihn lässt. Früher bedienten sich unsere Vorfahren, beispielsweise Medizinmänner, einer Art Prototypsprache, die Sprache und Berührung zugleich war. Sprache, Wörter sind gut, um etwas über die Welt mitzuteilen, Berührung dagegen, um Beziehungen zu festigen. Das Verfahren Shiatsu fußt unter anderen auf dieser Annahme und wird daher als heterodox eingestuft. ‚Heterodoxie‘ fungiert als Überbegriff, der die unorthodoxen Ansätze, Schulen und Traditionen umfasst und den konzeptionellen Kontrast fokussiert zwischen schulmedizinischen und anderen Verfahren i. S. v. „außerhalb des schulmedizinischen Denk- und Handlungsrahmens liegend“ (vgl. Kapitel 2.2ff.).

Die dem Verfahren Shiatsu zugrundeliegende Relation ist positiv gestimmt, vor allem im Sinne

- der Eigenverantwortung des Klienten für seine Gesundheit,
- seiner aktiven Rolle versus die des Patienten (lateinisch ‚der Erduldende‘),
- seiner autopoietischen Selbsterhaltungsfunktion,
- seiner egalitären Position zum Behandler sowie
- der Abwesenheit von medizinischer und therapeutischer Kommunikation im Sinne des westlichen Gesundheitssystems, vor allem bedingt durch den energetischen Ansatz der Methode.

Das Verfahren Shiatsu wurde in seinem Kern als heterodox definiert und als Teil des zweiten Gesundheitsmarkts¹²⁷ bestimmt. Seine transkulturellen Entstehungslinien wurden intensiv nachgezeichnet und zeigen ein wandlungsreiches Bild einer starken Methode, die bis heute auf ihre berufspolitische und gesundheitspolitische Anerkennung in Deutschland wartet. Studien zu Shiatsu sind weltweit zu verschiedenen Indikationen entstanden, und ihre Endpunkte konnten erhoben werden mithilfe einer metaanalytischen Berechnung. Eine klare Wirksamkeit von Shiatsu über verschiedene Endpunkte hinweg ist gegeben. Dass ein solches Verfahren mit energetischem Ansatz hervorragend geeignet ist für ambulante multimodale Therapien bei Indikationen, die im Zusammenspiel von Körper, Seele und Umwelt entstehen, ist eine logische Schlussfolgerung und erstrebenswert für das erste und zweite Gesundheitssystem.

127 Vgl. Kapitel 3.2ff.

7.1 Perspektive 1: Die Konstruktion einer Beziehung von Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit

Eine wirtschaftliche Perspektive ist die Einbettung alternativer Verfahren in den Leistungskatalog der Krankenkassen als Modellvorhaben. Damit Versicherte und Krankenkassen von der Bezuschussung für Shiatsu-Behandlungen profitieren, braucht es bestimmte Rahmenbedingungen und kommunikative Leitlinien. Bis in die 2000er-Jahre bestand der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen primär in der Erstattung von Krankheitskosten. In einem modernisierten Verständnis wird nun auch ein erweitertes Leistungs- und Versorgungsspektrum seitens dieser Akteure angeboten. Dazu zählen Leistungen zur

- Krankheitsverhütung,
- Behandlung von Krankheiten,
- medizinischen Rehabilitation,
- Früherkennung von Krankheiten und
- Zahlung von Krankengeld (siehe Kapitel 2.4).

90 % der Ausgaben sind Regelleistungen und prinzipiell bei allen gesetzlichen Krankenkassen gleich. 10 % sind Satzungsleistungen und gehen über den gesetzlich vorgeschriebenen Umfang hinaus. Alternative Heilmethoden können durch die Kassen sowohl im Rahmen ihres gesetzlichen als auch ihres satzungsrechtlichen Leistungskatalogs erbracht werden. Eine erfolgreiche Integration als Regelleistung in den ersten Gesundheitsmarkt ist dann am aussichtsreichsten, wenn im Rahmen der evidenzbasierten Medizin verlässliche wissenschaftliche Grundlagen die Ausgaben knapper Ressourcen für eine Gesundheitsleistung rechtfertigen. Hierbei muss zwischen evidenzbasierter Medizin und evidenzbasierter Gesundheitsversorgung, die die gesellschaftliche Perspektive (systematische Kosten-Nutzen-Bewertung) einnimmt, unterschieden werden (vgl. Nagel und Alber 2013, S. 263).

Gemeinsam ist beiden Betrachtungsweisen, dass in einer ersten Stufe die Wirksamkeit sichergestellt wird. Dies geschieht durch systematische Studien beziehungsweise überprüfte Verfahren zur Behandlung individueller Patienten im Sinne einer Beurteilung von Nutzen und Schaden der Intervention durch bestmögliche externe Evidenz (objektiv, transparent, standardisiert). Zentral bei der Bewertung medizinischer Maßnahmen ist das IQWiG. Es unterstützt den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Entscheidung, welche Maßnahmen und Therapien in Zukunft durch die gesetzliche Krankenversicherung bezahlt werden. Shiatsu müsste, um eine Anerkennung als Regelleistung zu erfahren, den Prüfprozess unter Berücksichtigung evidenzbasierter Verfahren durchlaufen. Um eine mögliche Inkorporation auf diesem Weg zu prüfen, wurden klinische Studien ausgewertet (siehe Kapitel 4 und 5). Aus wirtschaftskommunikativer Sicht wäre eine Belegbarkeit des Nutzens von Shiatsu in diesem Rahmen wirkmächtig.

Eine weitere Integrationsmöglichkeit stellen die Zugänge über die Gatekeeper des Gesundheitswesens, die Ärztinnen und Ärzte, dar. Die Akteure Ärzte haben eine grundsätzlich positive Einstellung gegenüber heterodoxer Medizin, wenn diese vom esoterischen Unterbau befreit wird. Sie sehen eine professionalisierte Ausbildung als wichtiges Element an. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Anwendung im Rahmen der Therapiefreiheit, da diese Leistungen zunehmend durch Patientinnen und Patienten nachgefragt werden. Es braucht den freien Zugriff auf einen stetig wachsenden Markt, der als private Leistung erbracht werden kann und nicht den Sparzwängen des ersten Gesundheitsmarkts unterliegt (vgl. Heeb 2007).

Im Prinzip ist auf dieser Grundlage die Integration einer ganzen Reihe von außer-europäischen Konzepten in den deutschen Gesundheitsmarkt schon weit fortgeschritten. Eine zunehmende Professionalisierung und Standardisierung der Ausbildung und Anwendung sowie eine stetig steigende Nachfrage nach heterodoxen Behandlungsmethoden beschleunigen die Integration weiter. In einer Zeit, in der private Vorsorge einen immer höheren Stellenwert einnimmt, spielen Erfahrungswissen, Informationen und bezahlbare gesundheitsförderliche Maßnahmen eine immer größere Rolle. Im Vergleich zu den realen Kosten klassischer schulmedizinischer Anwendungen stellen heterodoxe Behandlungsmethoden häufig die günstigere Variante dar und sind vor allem in der Vorbeugung und Prävention eine Alternative für viele Menschen. Darüber hinaus befriedigen heterodoxe Behandlungsmethoden das Bedürfnis der Menschen nach Verhinderung von Erkrankung; auf die hier artikulierten Fragestellungen findet die Schulmedizin aufgrund ihrer Krankheitsfixierung nur zögerlich Antworten, die über Empfehlungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die allgemeine Aufforderung zu einem „gesunden“ Lebenswandel hinausgehen.

Heterodoxe Medizin bedient das Bedürfnis, „mehr für die Gesundheit tun zu können“, in besonderer Art und Weise. Hier werden neue Zugänge zum Thema Gesundheit aufgezeigt. Gesundheit wird als Bestandteil eines individuellen, aufgeklärten und mündigen Lebensstils verstanden. Die sogenannten Laienkonzepte von Gesundheit entwickeln dabei andere kulturelle Vorstellungen davon, was Gesundheit bedeutet. Gesundheit und Krankheit sind im Laienverständnis sozial strukturierte, subjektive Wirklichkeiten und keine rein objektiven Zustände, die medizinisch entdeckt und untersucht werden können (vgl. Naidoo und Wills 2010, S. 7). Diese subjektive Wirklichkeit hat Auswirkungen auf die Rezeption außereuropäischer Konzepte zur Vorsorge und Behandlung, sodass diese die subjektive Ebene nachhaltig prägen. Gleichzeitig kollidiert diese subjektive Ebene mit der objektivierten Feststellung von Krankheit oder Gesundheit der klassischen Schulmedizin. Eine veränderte Kommunikation über Krankheit und Gesundheit hat ihrerseits wiederum weitreichende Auswirkungen auf das medizinische Verständnis von Gesundheit in der Gesellschaft und schlussendlich auf die Akzeptanz von Behandlungsmethoden der Nutzer (vgl. ebd., S. 9).

Bei einer Integration von Shiatsu als Modellvorhaben in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen braucht es die Erhebung von Langzeitwerten, da diese

die Ergebnisse absichern können. Darüber hinaus müssen die Voraussetzungen für die Shiatsu-Behandelnden geregelt werden. Dies kann über die bereits existierenden fundierten Richtlinien des deutschen Berufsverbandes der Shiatsu-Praktizierenden GSD e. V. einfach geregelt werden. Erhoben werden sollten kassenintern die Soziodemografie und Diagnoseschlüssel der Antragsteller und natürlich die Kosten vor und nach der Behandlung durch Shiatsu. Verglichen werden die erhobenen Kosten für Heilmittel, Hilfsmittel und Arzneimittel, Krankenhaus sowie integrierte Versorgung, die beispielsweise in den sechs Monaten vor und nach der Shiatsu-Behandlung für die Anzahl der Antragstellenden anfallen. Dadurch ergeben sich individuelle Werte im Verhältnis zu oben genannten Kostenpunkten.

Zum Beispiel ergab solch eine interne Berechnung der BKK advita¹²⁸ bei der Erhebung der Vor- und Nachkosten bei osteopathischen Behandlungen „dramatische Kostensenkungen“ vor allem im Verhältnis zum Kostenpunkt Krankenhaus (BKK advita 2013). Die durchschnittlichen Kosten pro Person (insgesamt 252 Antragsteller) lagen bei über 1200 Euro vor und über 630 Euro nach der osteopathischen Behandlung. In Bezug auf den Kostenvergleich ergab die Studie eine Gesamtersparnis von über 47 % innerhalb eines Jahres (werden die Kosten der osteopathischen Behandlung selbst mit zugrundegelegt, ergibt sich eine Kostenersparnis von immerhin noch über 26 %). „Der Wert ist damit noch hoch genug, um die Kostenübernahme von osteopathischen Behandlungen zu rechtfertigen“ (vgl. ebd.). Ist der Effekt nachhaltig, steigen die Ersparnisse noch an. So wird hier angenommen, dass sich das Kosteneinsparungsverhältnis bei Shiatsu-Behandlungen ähnlich feststellen lassen wird und damit grundlegend mit heterodoxen Verfahren gegen die Kostenexplosion vorgegangen und gleichzeitig Gesundheit auf differenzierten Wegen erhalten werden kann – vor allem, wenn man zugrunde legt, dass Menschen heterodoxe Verfahren aufsuchen, „wenn nichts Anderes mehr geht“ (Kresta 2016).¹²⁹

Um also heterodoxe Verfahren zu integrieren, bedarf es einer Gesetzesänderung oder -ergänzung des § 11 Absatz 6 im Sozialen Gesetzbuch V sowie der Informationsgrundlagen für Krankenkassenmitarbeiter zur Portfoliogestaltung und einer statistischen Auswertung wie eben beschrieben.

7.2 Perspektive 2: Die Konstruktion einer Beziehung von Versorgungswirtschaft und Vertrauen

Eine weitere Perspektive für eine Etablierung des heterodoxen Verfahrens Shiatsu im Gesundheitssystem ist die Änderung einer Versorgungsstruktur in Deutschland, die eine Alternativmedizin zulässt und für eine bessere Akzeptanz durch Vertrauen bei den Akteuren der Ärzte sorgt, die sich für die Anerkennung von komplementären respektive

128 Interne Studie der BKK advita (siehe Anhang 2).

129 Wenn sich Patienten in Chronifizierungsphasen befinden, sind Behandlungen relativ kostenintensiv.

heterodoxen Verfahren wie Shiatsu verantwortlich zeichnen. Hier sind die Bestrebungen vielfältig zum Beispiel in Form von Kontaktaufnahme seitens Shiatsu-Behandelnder und Berufsverbänden, aber langwierig und im Ausgang ungewiss.

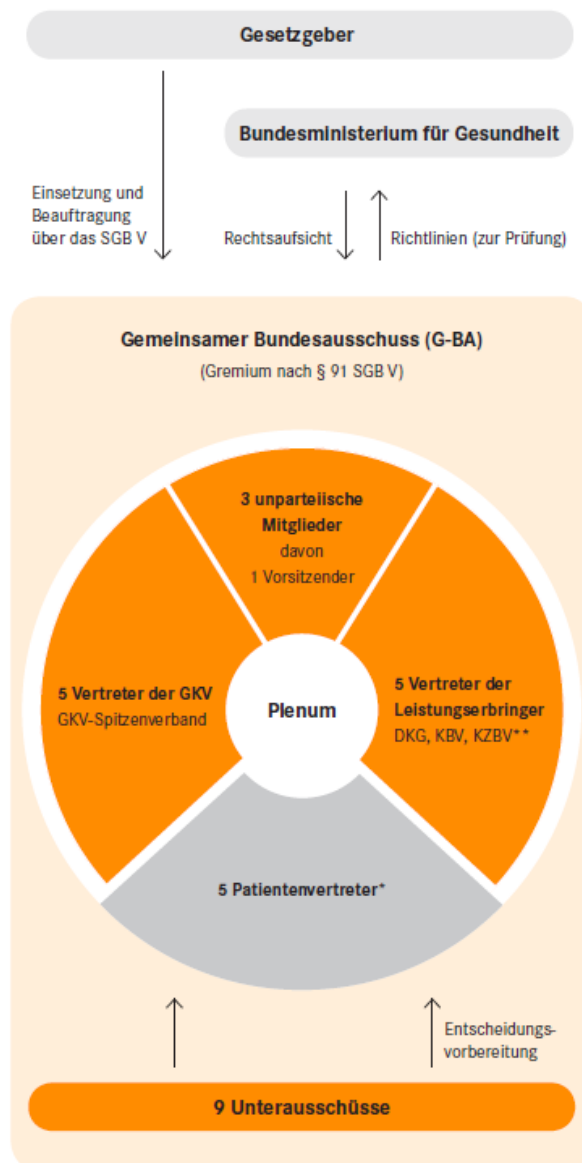


Abbildung 10: Versorgungsstruktur¹³⁰

Heterodoxe Verfahren sind in der medizinischen Versorgung unseres Landes existent, kommen aber in der Versorgungsstruktur nicht vor beziehungsweise haben keinen Vertreter, wie grafisch gut zu sehen ist (Abbildung 10). Eine neuere Entwicklung ist entsprechend zu beleuchten. Innerhalb der Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat sich ein Innovationsausschuss im Oktober 2015 konstituiert. Die Aufgabe des Gremiums ist es, ab 2016 mit Mitteln des Innovationsfonds neue Versor-

130 Quelle: GBA 2016.

gungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Klar ist, dass wie immer geartete Projekte einen dem Gremium angehörenden Vertreter als Antragsteller benötigen:

Jetzt haben Vertreter der Großen Koalition in einer am Mittwoch verbreiteten Vertiefung des Koalitionsvertrags klargestellt, wer sich um die Fördermittel bewerben kann und wie sie eingesetzt werden sollen. Das Ergebnis: Der GBA geht als Gewinner aus dem neuerlichen Nachdenken der Gesundheitspolitiker hervor. [...] Generell geht es darum, das Zusammenwirken von Verfahren und Entscheidungen des GBA zur Versorgung enger zu verknüpfen mit Erkenntnissen und Erfolgen aus modellhaften Projekten", heißt es in dem Papier. Der mit 75 Millionen Euro im Jahr dotierte Fördertopf zur Versorgungsforschung könnte laut dem Papier komplett dem GBA zu Gebote stehen. So könnten die Begleitforschung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und die systematische Evaluation der Auswirkungen von Richtlinien daraus bezahlt werden. Wörtlich heißt es: "Entscheidungen des GBA zu für die Patienten wichtigen Versorgungsfragen sollen nicht mehr mit dem Hinweis auf eine mangelnde Evidenzlage jahrelang aufgeschoben oder abgelehnt werden können. [...] Antragsberechtigt sollen unter bestimmten Voraussetzungen Ärzte, Krankenhäuser, Praxiskliniken, Kranken- und Pflegekassen sein. Die Autoren des Papiers, der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn, und der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD, Professor Karl Lauterbach, beziehen sich auf den Paragraphen 140b SGB V, der aufzählt, mit wem Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung abschließen können. Wer sich bewirbt, braucht als Partner immer zumindest eine gesetzliche Krankenkasse. Ausdrücklich ausgeschlossen sind laut der gesundheitspolitischen Koalitionsspitzen die pharmazeutische Industrie und Hersteller von Medizinprodukten. (Ärzte Zeitung online 2014)

Hintergrund des Innovationsfonds ist der Auftrag des G-BA, durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neue Formen und Forschungsprojekte in der Versorgung zu fördern, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen (geregelt in § 92a SGB V). Zu diesem Zweck wurde von der Bundesregierung ein Innovationsfonds aufgelegt, über den für die Jahre 2016 bis 2019 jährlich Mittel in Höhe von 300 Millionen Euro bereitgestellt werden. 75 % des Fonds stehen für die Förderung neuer Versorgungsformen zur Verfügung, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Sie müssen eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und ein hinreichendes Potenzial aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. 25 % des Fonds sollen zur Förderung der Versorgungsforschung eingesetzt werden. Die infrage kommenden Forschungsprojekte sollen laut der Presseerklärung Nr. 1/2015 des G-BA auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sein. Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel und der Entscheidung über die Anträge sind zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht: „Welche Kriterien angesetzt werden und welche Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte dann letztendlich geför-

dert werden, kann keiner sagen. Das ist alles noch in der Schwebe“ (Köster-Steinebach, Verbraucherzentrale Bundesverband)¹³¹.

Eine „Mauerblümchenförderung“ werde es nicht geben, kündigte der unparteiische Vorsitzende des G-BA Professor Josef Hecken an. „Es stellt sich die Frage, ob bei einer nicht vorgegebenen Mindestgröße ausreichend belastbare Evidenz generiert werden kann, um ein Projekt in die Regelversorgung zu überführen“, sagte Hecken bei einer Veranstaltung der Gesellschaft für Recht und Medizin (GRPG) in Berlin (Ärzte Zeitung online 2015).

Es kann beobachtet werden, dass es gesundheitspolitisch keine bis negative Aufmerksamkeit für heterodoxe Verfahren gibt. Der Grund dafür liegt im realen Wert von Aufmerksamkeit: im Vertrauen. Da Vertrauen immer Misstrauen mitdenken muss, basiert diese kommunikative Differenz auf Wert und Geringschätzung. Wird Vertrauen gegeben, überzieht der Vertrauensgeber seine „unvollständigen“ Informationen mit Vertrauen. Vertrauensnehmer nutzen wiederum dieses Vertrauen, um eine Orientierung für Entscheidungen respektive Entscheidungshandeln beim Vertrauensgeber zuzulassen, indem sie nur bestimmte Informationen kommunizieren beziehungsweise nicht „alles“ kommunizieren: beispielsweise bei der klaren Außenkommunikation der Stärken und Schwächen heterodoxer Verfahren.

Hier besteht Handlungsbedarf im Aufbau von Systemvertrauen zu und damit Wertschätzung von heterodoxen Verfahren. Systemvertrauen stabilisiert die Erwartungen; es wirkt reflexiv, ist also eine wechselseitige, aber generalisierte Beziehung zwischen denen, die Vertrauen geben, und denen, die Vertrauen nehmen; es ist damit Kommunikation, die zur Systemerhaltung beiträgt und in der Zukunft heterodoxen Verfahren wie dem Shiatsu keine „Mauerblümchenpräsenz“ mehr zugesteht, sie vielmehr als wertvoll hervorhebt. Dafür braucht es seitens der Vertreter heterodoxer Verfahren eine grundlegende Bereitschaft, sich Struktur, Grenzen und Kommunikation der begehrten Systeme genau anzuschauen, um wahrgenommen zu werden und nicht am Ende bei der Bedarfsanalyse seitens dieser Systeme wie Koalition und B-GA sowie deren Vertretern durchzufallen.

7.3 Perspektive 3: Die Konstruktion von Lobbying als Beziehungsdynamik in der Berufsbildung

Eine weitere Perspektive ist die Möglichkeit der Berufsverbände, über die Fortbildungsordnung nach dem Berufsbildungsgesetz einen Beruf mit einer regionalen oder überregionalen Regelung zu schaffen: auf der regionalen Ebene zum Beispiel bei einer speziellen Industrie- und Handelskammer oder einer vergleichbaren Kammer als Träger/Veranstalter der Prüfung, auf Länderebene, um im Nachgang eine bun-

131 Kurzinterview mit Frau Köster-Steinebach, Verbraucherzentrale Bundesverband (VZBV) vor Beginn der turnusmäßigen Sitzung des BGA, 18.2.2016, 10.55 Uhr.

deseinheitliche Verfügung zu erwirken. Dazu müssen Fertigkeiten und Qualifikationen systematisch festgelegt werden, die während des Erlernens der Methode vermittelt werden; es müssen Gemeinsamkeiten herausgearbeitet, Kooperationspartner gefunden und argumentiert werden, warum eine solche Lösung für den Markt notwendig ist. Als Vorbild dient das Schweizer Modell¹³², welches bereits etabliert wurde. Dagegen allerdings spricht die Versicherungsstruktur unseres Landes im Unterschied zur Schweiz.

Die Einflussnahme der Verbände auf einen externen Entscheidungsprozess der Politik muss systematisch und beziehungs-dynamisch gebaut werden. Dabei gilt: Je größer der Verband, desto wirkmächtiger und profitabler ist seine Stoßkraft (siehe Abbildung 11, ein Modell, das aufzeigt, wie Akteure innerhalb ihrer Beziehungsdynamik voneinander profitieren): Lobbying ist beziehungs-dynamische Weichenstellung, die Entscheidungsprozesse unterstützt.

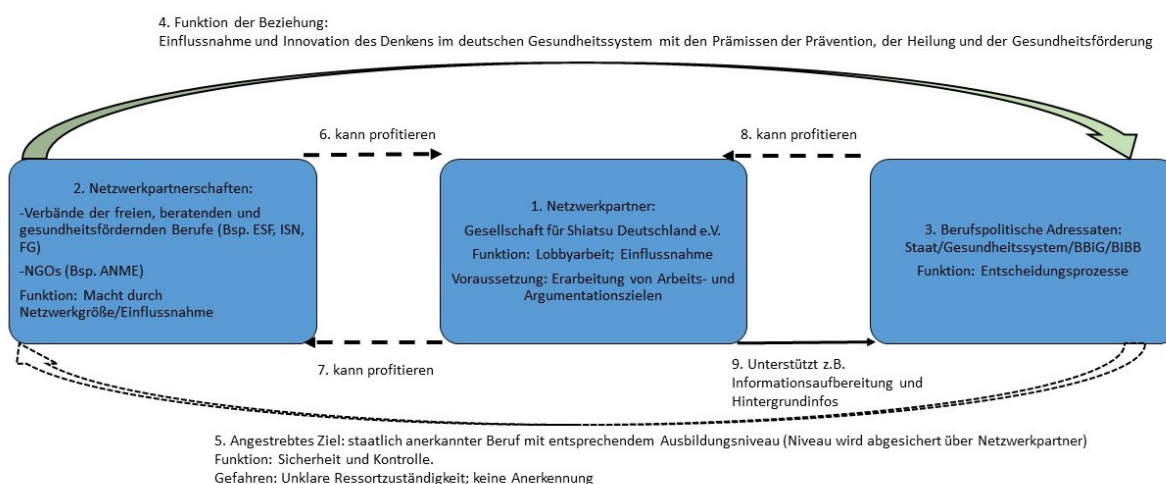


Abbildung 11: Modell Beziehungsdynamik im berufspolitischen Kontext¹³³

Um berufsbildende und beziehungs-dynamische Sachverhalte erfolgreich umzusetzen, ist es unumgänglich, Shiatsu, neben dem ergänzenden therapeutischen Ansatz, als Gesundheitsfürsorgemodell auf allen Ebenen zu etablieren. So wird das heterodoxe Verfahren als Wirtschaftsfaktor angesiedelt und belastet den Gesetzgeber monetär nicht. Folglich wird die Weiterbildung im Shiatsu als notwendig seitens der entsprechenden Ministerien angesehen. Ein weiterer Vorteil staatlicher Anerkennung wäre die politische Handlungssicherheit der Verbände. Sie bedeutet einen Weg aus dem eigenen Dunstkreis und gesellschaftliche Anschlusskommunikation.

132 Siehe Kapitel 6.

133 Quelle: eigene Darstellung.

7.4 Perspektive 4: Die Konstruktion von Vertrauen als wirtschaftskommunikative Wertentwicklung für heterodoxe Verfahren in Deutschland

„Heterodox-User“ betrachten Schulmedizin als Ergänzung. So folgert eine Studie von Roland Berger (2007): „Durch die gezielte Förderung des Zweiten Gesundheitsmarktes könnte die Politik zwei Ziele gleichzeitig erreichen: Die Gesundheit der Bevölkerung verbessern und neue Arbeitsplätze schaffen“ (vgl. Heeb 2007). Für ein Land mit stark alternder Bevölkerung ist es wichtig, dass die Menschen möglichst lange gesund und damit dem Arbeitsmarkt erhalten bleiben. Der Wirtschaft eröffnet der zweite Gesundheitsmarkt Chancen für neue Geschäftsmodelle. Um die Menschen mit neuartigen Gesundheitsleistungen zu erreichen, gilt es, zunächst das Konsumentenverhalten zu kennen. Denn laut der Roland-Berger-Studie äußert sich das Gesundheitsbewusstsein beim Einzelnen recht unterschiedlich. „Unsere repräsentative Befragung hat fünf Typen von Konsumenten identifiziert, die jeweils ähnliche Werte und Bedürfnisse in Gesundheitsfragen haben“ (vgl. Heeb 2007). Diese fünf Typen bilden zu etwa gleichen Teilen die gesamte Bevölkerung ab, und ihr Gesundheitsverhalten findet sich in allen Alters-, Einkommens- und Bildungsschichten.

Die rundum Aktiven (Typ 1) sind sportlich aktiv und interessieren sich für Wellness. Sie geben Geld für Vorsorge und Zusatzversicherungen aus. Sie fühlen sich gut und machen sich relativ wenige Gedanken über ihre Gesundheit. Entsprechend selten gehen sie zum Arzt. Für die sorglosen Sportler (Typ 2) ist Sport ein wichtiger Lebensinhalt – und Gesundheit dabei eher ein netter Nebeneffekt. Den Arzt konsultieren sie selten, wenn sie wirklich krank sind. Alternative Heilmethoden nutzen sie bisher gar nicht. Gesundheitsvorsorge reduziert sich bei den traditionellen Minimalisten (Typ 3) auf gelegentliche Arztbesuche. Sie sind sportlich kaum aktiv und zeigen generell wenig Interesse an Gesundheitsthemen. Gesundheit bedeutet für sie die Abwesenheit von Krankheit. Die passiven Zauderer (Typ 4) sind der Meinung, dass sie mehr für ihre Gesundheit tun müssten, können sich oft aber nicht aufraffen. Sie treiben wenig Sport und beschäftigen sich auch sonst kaum mit Gesundheitsthemen. Die selbstkritisch Interessierten (Typ 5) befassen sich intensiv mit Gesundheitsthemen und dem eigenen Gesundheitszustand und geben am meisten von allen fünf Typen für ihre Gesundheit aus.

Diese Grundtypen zu kennen bedeutet für Shiatsu-Schulen und -behandler, ihre Chance ergreifen zu lernen, denn Sie lernen daraus, wie sie sie „ansprechen können“. Typ 5, der selbstkritisch Interessierte, wünscht sich zum Beispiel „wissenschaftliche Informationen“ zu seinen Lebensmitteln. Er möchte sicher sein, das Richtige für seine Gesundheit zu tun, und kann mit Werbebegriffen wie ‚Bioaktivstoffe‘ oder ‚Cerealien‘ wenig anfangen. Typ 1, der rundum Aktive, wiederum könnte eine Kombination aus Sporturlaub und Wellnesshotel schätzen (vgl. Heeb 2007).

Gelingt es den Anbietern von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen, die Bedürfnisse ihrer Kunden zu erkennen und Vertrauen aufzubauen, profitieren Wirtschaft und Konsumenten. Die Kunden erhalten das gewünschte Gesundheitsangebot, und die Unternehmen und Organisationen nutzen den wachsenden zweiten Gesundheitsmarkt gewinnbringend, denn laut Studie sind die privaten Ausgaben für Prävention in den vergangenen zehn Jahren jährlich um 10 % gestiegen, die für gesunde Lebensmittel um 8 %. Ausgaben für Angebote wie Shiatsu-Weiterbildungen, gesunde Sitzmöbel oder Shiatsu-Behandlungen werden ebenso wie die Ausgaben für Naturkosmetik oder strahlungsärmere technische Geräte weiter zunehmen.

Vertrauensaufbau in der Wirtschaft funktioniert meist über Leitbilder, Vertrauenssiegel und Selbstverpflichtungen, und diese beruhen wiederum auf Images, Marken und Reputation. Es sind Kommunikationen, mit denen man dem Misstrauen von Zielgruppen begegnen kann, denn Vertrauen beruht auf Glauben, da es um nicht vollständige Informationen geht. Und Glaube ist fiktional und kann deshalb nicht überprüft werden. Leitbilder und Vertrauenssiegel geben diesen Halt. Bei Selbstverpflichtungen dient Moral als Garantie für Vertrauen. Identität, Marke, Image, Reputation sind wie beschrieben kommunikative Strukturen, die Vertrauen prozessieren sollen. Wobei Identität als Darstellung des eigenen Selbst in Interaktion und Kommunikation als Grundlage allen Vertrauens konstruiert wird, Marke als Symbolkomplex und als Gegenstand konstruiert wird, auf den sich Vertrauen als Lernvorgang beziehen kann. Es geht hierbei sowohl darum, Aufmerksamkeit zu generieren, als auch darum, Vertrautheit als Voraussetzung für Vertrauen aufzubauen, sodass Image als konstruierte dynamische Ganzheit der Vorstellungen von etwas oder jemanden konstruiert wird. Die Erwartungen, die an das Image gestellt werden, erlauben, Vertrauen aufzubauen oder eben auch nicht. Entscheidungen werden aufgrund dieses Vertrauens gefällt, Reputation konstruiert sich aus der Gewinnung von Informationen, die sich auf die Erfahrungen Dritter im Umgang mit dem Vertrauensnehmer (zum Beispiel Unternehmen) abstützen. Diese Infos werden generiert und als Reputation bezeichnet.

Wer vertraut, verpflichtet sein Gegenüber zur Selbstständigkeit. Menschen zahlen Geld für Shiatsu. Shiatsu hängt mit dieser Codierung dem Wirtschaftssystem an, denn es referiert auf Geld und hat hier seine Anspruchsberechtigung. Ein Markt, in dem es um die monetäre Erlangung von heterodoxen Leistungen geht, die funktional tatsächlich auf Gesundheit abzielen und dem Marktgedanken folgen, ist der zweite Gesundheitsmarkt: die Behandlung, die Ausbildung, die Aufmerksamkeit des Behandlers. Hier paart sich transsubjektives Sehen mit wirtschaftlichem Erfolg. Die gute Leistung im Shiatsu in Bezug auf Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Sicherheit ist differenzierte Berührung und die richtig gelernte Theorie, worauf wiederum das Knappheitsprinzip aufbaut. Gesundheit ist im zweiten Gesundheitsmarkt ein Marktbestandteil und kann als „Ware“ gelten und damit wirtschaftlich behandelt werden. Shiatsu ist Teil des hiesigen Wirtschaftssystems, bereichert es durch seine transkul-

turelle Struktur und Wesensmerkmale. Es integriert sich in der Realität kulturell schon längst, kann als wirksam im Sinne der evidenzbasierten Medizin beschrieben werden und stellt keine Sicherheitslücke für Klienten dar.

LITERATUR

- Aashi Asociación Argentina de Shiatsu (2016): *¿Que es Zen Shiatsu?* Online verfügbar unter <http://www.centrozenshiatsu.com.ar/queesshiatsu.htm>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Abel, T. (2003): Persönlichkeitspsychologie. In: *Psychosoziale Medizin*. 3. Aufl. Hg. Claus Buddeberg. Berlin u. a.: Springer. S. 251–275.
- Abelin, T.; Schwartz, F. W. (2012): *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 3. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Adams, G. (2002): Shiatsu in Britain and Japan: personhood, holism and embodied aesthetics. In: *Anthropology & Medicine*, vol. 9, no. 3, S. 245–265.
- AOBTA American Organization for Bodywork Therapies of Asia (2016): *The Forms of Asian Bodywork Therapy (ABT)*. Online verfügbar unter <http://www.aobta.org/forms-of-asian-bodywork-therapy>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- APSE Asociación de Profesionales de Shiatsu en España (2016): *El Shiatsu*. Online verfügbar unter http://www.shiatsu-apse.es/?page_id=60, zuletzt geprüft am 17.4.2016.
- Ärzte Zeitung online (2014): *Wer an den Topf ran darf*. 14.05.2014. Online verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/860758/innovationsfonds-topf-ran-darf.html, zuletzt geprüft am 13.04.2016.
- Ärzte Zeitung online (2015): *Mauerblümchen im Innovationsfond gibt es nicht*. 26.6.2015. Online verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/889400/hecken-mauerbluemchen-innovationsfonds-gibt-nicht.html, zuletzt geprüft am 13.04.2016.
- Assmann, A. (2011): Einführung in die Kulturwissenschaft. Grundbegriffe, Themen, Fragestellungen. 3. Aufl. Berlin: Erich Schmidt.
- Bandelow, N. (2004): Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus? In: *Politische Bildung* 37/2, 2004, S. 49–63. Online verfügbar unter http://www.uni-kassel.de/ucgipub/content/test_cms/typo3/fileadmin/groups/w_150000/w_150100/Lehrveranstaltungen/WS-0607/Gesundheit/8.sitzung_Bandelow-2004_Akteure_und_Interessen_in_der_Gesundheitspolitik.pdf, zuletzt geprüft am 09.01.2016.
- Bax, L.; Yu, L.-M.; Ikeda, N.; Moons K. GM (2006): Development and validation of MIX: comprehensive free software for meta-analysis of causal research data. *MIX*. Version 1.7: *BMC Medical Research Methodology* 2006, 6 (50). Online verfügbar unter <http://sourceforge.net/projects/meta-analysis>, zuletzt geprüft am 14.05.2014.
- Beal, M. W. (1992): Acupuncture and related treatment modalities: theoretical background. Part I. In: *Journal of Nurse-Midwifery* 37 (4), S. 254–259. Online verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=1992151439&site=ehost-live>, zuletzt geprüft am 05.09.2012.
- Becker, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*, P. Paulus (Hg.), Köln: GwG-Vlg, S. 91–107.

- Becker, U.; Kingreen, T.; Axer, P. (Hg.) (2014): *SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung; Kommentar*. 4. neu bearb. Aufl. München: Beck.
- Beinfeld, H.; Korngold, E. (1991): *Between heaven and earth: A guide to Chinese medicine*. New York: Ballantine.
- Beresford-Cooke, C. (2003): *Shiatsu. Grundlagen und Praxis*. 2. Aufl. München, Jena: Urban und Fischer.
- Beresford-Cooke, C. (2011): Preface. In: Robinson, N.; Lorenc, A.; Liao, X.; Donaldson, J. (ed.): *Shiatsu and Acupressure. A Review of the effectiveness of evidence*. June 2011, pp. 0–4. Online verfügbar unter <http://www.shiatusociety.org/sites/default/files/systematicreviewjuly2011cs31aug2011.pdf>, zuletzt geprüft am 20.04.2016.
- Beyerlein-Buchner, Ch. (2009): *Medizin am Fachbereich Angewandte Sprach- und Kulturwissenschaften*. Informationsschrift zum Ergänzungsfach Medizin im Fachbereich Angewandte Sprach- und Kulturwissenschaften, 15.06.2009. Germersheim. Online verfügbar unter: http://static.uni-graz.at/fileadmin/gewi-institute/Translationswissenschaft/Bilder/MedInt/wp8_germersheim_unterrichtseinheit_fask_und_medizin.doc, zuletzt geprüft am 30.03.2016.
- BIBB Bundesinstitut für Berufsbildung (2015): *Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2015. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung*. Bonn. Online verfügbar unter: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/bibb_datenreport_2015.pdf, zuletzt geprüft am 30.03.2016.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2015): Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. 07.08.2015. Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>, zuletzt geprüft am 13.04.2016.
- Boltres-Streeck, K. (2015): *Die Haut der Wirtschaft – Basisfragen und Praxiswissen der Wirtschaftskommunikation*. Perspektiven der Wirtschaftskommunikation, Bd. 11. Berlin: Köster.
- Bortz, J.; Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Medizin Verlag (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-540-33306-7>, zuletzt geprüft am 05.04.2016.
- BPB Bundeszentrale politische Bildung (2013): *Korporatistische Akteure, Gesundheitspolitik*. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72565/staatliche-akteure>, zuletzt geprüft am 28.09.2013.
- BPB Bundeszentrale politische Bildung (2014): *Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung*. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72733/organisationen-und-institutionen>, zuletzt geprüft am 31.03.2016.
- Brattleboro Reformer (2009): *Toshiko Phipps*. 25.04.2009. Online verfügbar unter <http://www.legacy.com/obituaries/brattleboro/obituary.aspx?n=toshiko-hipps&pid=126578781>, zuletzt geprüft am 05.04.2016.
- BSF Belgische Shiatsu Federatie (2016): Wat is Shiatsu? Online verfügbar unter <http://www.shiatsu.be/index.php/nl/>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Burger, K. (2004): *Natürliche Methoden im Gesundheitsbereich*. Books on Demand Verlag.

- Burke, P. (2000): *Kultureller Austausch*. 1. Aufl. Erbschaft unserer Zeit, 8. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Capra, F. (1991): *Systemdenken in der Naturwissenschaft als Grundlage ökologischer Ethik*. Klagenfurter Beiträge zur Technikdiskussion, Heft 48, Hg. Bammé, A. et al. Institut für Technik- und Wissenschaftsforschung, Klagenfurt.
- cdc.gov (2012): *Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND)*. Online verfügbar unter http://www.cdc.gov/trendstatement/docs/TREND_Checklist.pdf, zuletzt aktualisiert am 12.01.2012, zuletzt geprüft am 14.08.2012.
- Česká asociace shiatsu (2016): *Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsuasociace.cz/index.php?id=78&L=%22>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- CSSBC Canadian Shiatsu Society of British Columbia (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsupractor.org/aboutshiatsu.html>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Datta, A. (Hg.) (2005): *Transkulturalität und Identität. Bildungsprozesse zwischen Exklusion und Inklusion*. IKO Verl. für Interkulturelle Kommunikation. Frankfurt am Main.
- Destatis (2015): *Pressemitteilungen – Gesundheitsausgaben 2012 übersteigen 300 Milliarden Euro*. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/04/PD14_126_23611.html, zuletzt geprüft am 24.02.2016.
- Drechsel, P. (1998): *Interkulturalität – Grundprobleme der Kulturbegegnung*. Mainzer Universitätsgespräche Sommersemester 1998. Mainz: Studium Generale der Johannes Gutenberg-Univ. Mainzer Universitätsgespräche. Vorträge von Drechsel, P.; Kramer, D.; Kuschel, K.-F. et. al.
- Ernst, E. (2003): *Praxis Naturheilverfahren. Evidenz-basierte Komplementärmedizin*. Heidelberg: Springer.
- Ernst, J.; Freitag, F. (2015): *Transkulturelle Dynamiken. Aktanten – Prozesse – Theorien*. Bielefeld: Transcript.
- ESF European Shiatsu Federation (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsufederation.eu/about-shiatsu.html>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Finish Shiatsu Association (2016): *Lyhyesti shiatsusta*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsu.fi/shiatsu.html>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Fisio Federazione Italiana Shiatsu Insegnanti e Operatori (2016): *Cos'è lo Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.fisio.it/lo-shiatsu.html>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.
- Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W. (2011): *Klinische Epidemiologie. Grundlagen und Anwendung*. Hg. v. Johannes Haerting. Bern: Huber.
- FNSS Federazione Nazionale Scuole Shiatsu (2016): *Cos'è lo Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.fnss.it/project/cose-lo-shiatsu/>, zuletzt geprüft am 17.4.2016.
- Fogassi, L.; Rizzolatti, G.; Craighero, L.; Fadiga, L.; Roth, G.; Gruber, O. (2002): *Mirror neurons and the evolution of brain and language*. Selected contributions to the Symposium on Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language held on July 5–8, 2000 in Delmenhorst, Germany. Hg. Vittorio Gallese und Maxim I. Stamenov. Amsterdam u. a.: Benjamins.

- Fogel, J. A. (1995): *The cultural dimension of Sino-Japanese relations. Essays on the nineteenth and twentieth centuries*. Armonk, NY u. a.: Sharpe.
- Frank, R. (2004): *Globalisierung alternativer Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien*. Bielefeld: Transcript.
- GBA Gemeinsamer Bundesausschuss (2016), online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/struktur/>, zuletzt geprüft am 10.1.2016.
- Göpel, E. (1994): *Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit*. Frankfurt/M.: Mabuse.
- Grassmann, H. (2003): *Die vergessene Dimension – Gesundheitsbildung an Volkshochschulen*. Online verfügbar unter https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-791/1/dis0812_04.pdf, zuletzt geprüft am 10.01.2016.
- GSD e. V. (2009a): *Broschüre Berufsprofil Shiatsu PraktikerIn. Ein Leitfaden*. Hg. GSD e.V. Online verfügbar unter http://www.shiatsu-gsd.de/sites/default/files/GSD_Broschuere_Berufsprofil2_0309.pdf, zuletzt geprüft am 30.12.2015.
- GSD e. V. (2009b): *Shiatsu im therapeutischen Anwendungsfeld*. Hg. GSD e.V. Online verfügbar unter http://www.shiatsu-gsd.de/sites/default/files/GSD_Produnktblaetter_Therapie_rz4_web_0609.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2012.
- GSD e.V. 2016: *Was ist Shiatsu?* Online verfügbar unter <http://www.shiatsu-gsd.de/Was-ist-Shiatsu>, zuletzt geprüft am 29.04.2016.
- Harris, P. E.; Pooley, N. (1998): What do shiatsu practitioners treat? A nationwide survey. In: *Complementary Therapies in Medicine* 6 (1), S. 30–35. DOI: 10.1016/S0965-2299(98)80054-X.
- Heeb, I. (2007): *Der zweite deutsche Gesundheitsmarkt*. Hg. v. Roland Berger Strategy Consultants.
- Helenic Shiatsu Society (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsugr.gr>, zuletzt geprüft am 26.03.2016.
- Herder, J. G. (1990): *Auch eine Philosophie der Geschichte zur Bildung der Menschheit*. Reclams Universal-Bibliothek.
- Herder, J. G. (2013): *Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit*, Edition Holzinger. Berliner Ausgabe.
- Hesselberger, D. (2003): *Das Grundgesetz. Kommentar für die politische Bildung*. Bonn: Schriftenreihe/Bundeszentrale für Politische Bildung, Bd. 409.
- Hofstede, G. (2001): *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations*, 2. Auflage, Thousand Oaks CA: Sage Publications; Online verfügbar: <http://geert-hofstede.com/japan.html>, zuletzt geprüft am 24.04.2014.
- Homfeldt, H. G. (Hg.) (1991): *Sinnliche Wahrnehmung, Körperbewußtsein, Gesundheitsbildung. Praktische Anregungen und Reflexionen*. Weinheim: Dt. Studien Verl.
- Hubert, M. (2016): *Das soziale Gehirn*. SWR2 Wissen. Online verfügbar unter <http://www.swr.de/-/id=16632104/property=download/nid=660374/y8xrc8/swr2-wissen-20160128.pdf>, zuletzt geprüft am 10.04.2016.

- Hurrelmann, K. (2006): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 4. Aufl. Weinheim, München: Juventa-Verl.
- ISN International Shiatsu Network (2016): *Definition of Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://shiatsunetwork.org/de/definition-of-shiatsu/>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Jarass, H. D.; Pieroth, B. (2014): *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*. Kommentar. 13. Auflage. München: Beck.
- Kaptchuk, T. J. (2000): *Chinese medicine. The web that has no weaver*. Rev. and expanded ed. London: Rider.
- Kayser, H. (2013): *Gestaltung schulischer Berufsorientierung. Ein theoretisch und empirisch fundiertes Konzept mit Handlungsempfehlungen für Praxis und Forschung*, Inauguraldisertation.
- Kishi, A.; Whieldon, A. (2015): *Seiki. Das Verborgene in der Kunst des Shiatsu*. Berlin: Pirmoni.
- Kleinhenz, G.; Werding, M. (2015): *Definition Gesundheitswesen*. Hg. Gabler Wirtschaftslexikon. Springer Gabler Verlag. Online verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55801/gesundheitswesen-v9.html>, zuletzt aktualisiert am 26.02.2015.
- Kobayashi, Y. (2013): *Inhalt und Situation der Shiatsu Ausbildung in Japan*. Online verfügbar: <http://videocenter.naturmed.de/en/video/inhalt-und-situation-der-shiatsu-ausbildung-japan>, zuletzt geprüft am 05.04.2016.
- Kolip, P. (2006): *Modul 11 Theorien und Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Online verfügbar unter http://mlecture.uni-bremen.de/intern/ws2006_2007/fb11/vak-11-56-1-m11-1/20061023/fohlen.pdf, zuletzt geprüft am 29.03.2012.
- Kontopantelis, E.; Reeves D. (2009): *MetaEasy. Excel 2010*. Online verfügbar unter <http://www.statanalysis.co.uk/files/MetaEasy2010.zip>, zuletzt geprüft am 14.05.2014.
- Korff, W. (Hg.) (1998): *Lexikon der Bioethik*. Bd. 2. Gütersloher Verl.-Haus.
- Kroppsterapeuternas Yrkesförbund (2016): *Mer om Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.kroppsterapeuterna.se/mer-om-shiatsu>, zuletzt geprüft am 19.04.2016.
- Kühnen, U.; Hannover, B. (2003): Kultur, Selbstkonzept und Kognition. In: *Zeitschrift für Psychologie*, S. 211–224.
- Kuzmanovic, B.; Schilbach, L.; Georgescu, A.; Kockler, H.; Santos, N.; Shah, N. J.; Bente, G.; Fink, G.; R., Vogeley, K. (2014): *Dissociating animacy processing in high-functioning autism: neural correlates of stimulus properties and subjective ratings*. *Soc Neurosci* 9, 309–325.
- Lafaille, R. (1994): Auf dem Weg zu einer Gründung der Gesundheitswissenschaften: Möglichkeiten, Herausforderungen, Fallstricke. In: *Provokationen zur Gesundheit*. Göpel, E. und Schneider-Wolfahrt, U. (Hg.). Frankfurt/Main.
- Lauterbach, K. (Hg.) (2010): *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium*. 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016): *Berechnung von Effektstärken*. Bibergau: Psychometrica. Online verfügbar unter <http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>., zuletzt geprüft am 10.04.2016.
- Lock, M. (1984): *East Asian medicine in urban Japan. Varieties of medical experience*. 1. Aufl. Comparative studies of health systems and medical care, 4. Berkeley Calif. u. a: Univ. of California Press.
- Malinowski, B. (1944): *A scientific theory of culture*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Markus, H. R.; Kitayama, S. (1995): The cultural construction of self and emotion. Implications for social behaviour. In: *Emotion and culture: empirical studies of mutual influence*, S. 89–132.
- Markus, H.; Kitayama S. (1998): The cultural psychology of personality. In: *Journal of Cross Cultural Psychology* (29), S. 63–87.
- Masunaga, S.; Ohashi, W. (1977): *Zen shiatsu. How to harmonize yin and yang for better health*. 1st ed. Tokyo, Japan, Elmsford, N.Y., U.S.A.: Japan Publications; Japan Publications Trading Co.
- Masunaga, S.; Ohashi, W. (2006): *Das große Buch der Heilung durch Shiatsu. Das Standardwerk über Theorie und Praxis der japanischen Heilmassage*. Frankfurt am Main: Barth.
- Matthiessen, F., et al. (1992): *Unkonventionelle medizinische Richtungen. Bestandsaufnahme zur Forschungssituation*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Maturana, H. R.; Varela, F. J. (1980): *Autopoiesis and cognition. The realization of the living*. Boston studies in the philosophy of science, 42. Dordrecht u. a.: Reidel.
- Mayor, D. F.; Micozzi, M. S. (2011): *Energy medicine East and West. A natural history of qi*. Edinburgh: Elsevier.
- Mayring, Ph. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. aktual. & überarb. Aufl. Weinheim; Basel: Beltz.
- Medical Dictionary (2015): Eintrag *Shiatsu*. In: The Free Dictionary by Farlex (Hg.). Online verfügbar unter: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/shiatsu>, zuletzt geprüft am 27.4.2016.
- Mühlbauer, B. H. (2012): *Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft. Gesundheitsökonomie*, 10. Berlin: LIT.
- Nagel, E. (Hg.) (2007): *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*. 4. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Nagel, E.; Alber, K. (Hg.) (2013): *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Naidoo, J.; Wills, J. (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. 2. Aufl. Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Namikoshi, T. (1981): *The complete book of shiatsu therapy*. 1. Aufl. Tokyo, New York: Japan Publications; distributor, U.S., Kodansha International/USA through Harper & Row.

- Ni, M.; Huangdi, K. (Hg.) (1998): *Der Gelbe Kaiser. Das Grundlagenwerk der chinesischen Medizin*. 1. Aufl. Bern, München, Wien: Barth.
- Noweski, M. (2012): *Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen*. Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss., 2007. 2., erw. und aktualisierte Aufl. Schriftenreihe Politikwissenschaft, 14. Berlin: Köster.
- ÖDS Österreichischer Dachverband Shiatsu (2016): *Über Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://oeds.at/shiatsu/ueber-shiatsu/>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Paracelsus Gebührenverzeichnis (2016): *Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker*. Online verfügbar unter http://www.paracelsus.de/recht/hp_ggeb.html, zuletzt geprüft am 20.04.2016.
- PO HFP KT (2014): *Tronc Commun KomplementärTherapie*. Online verfügbar unter http://www.oda-kt.ch/fileadmin/user_upload/pdf/D/Grundlagen/okt_tronc_commun_kt_22_140528.pdf, zuletzt geprüft am 24.3.2016.
- Rappenecker, W. (2007): *Yu-Sen. Sprudelnder Quell, Shiatsu für Anfänger*. 4. Aufl. Waldeck: Hübner.
- Reder, Ch. (2013): *Die 12 Meridiane nach Masunaga. Ein Shiatsu-Handbuch*. 1. Aufl. Wien: Verl. Grenzen Erzaehlen.
- Riege, F. (1999): *Kurzer Abriß der Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt am Main: Haag und Herchen.
- Rizzolatti, G.; Sinigaglia, C.; Griese, F. (2012): *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgeföhls*. Orig.-Ausg., 4. Aufl. Edition Unsel, 11. Frankfurt am Main: Suhrkamp. Online verfügbar unter <http://www.gbv.de/dms/faz-rez/FD1200906292322830.pdf>. Zuletzt geprüft am 12.12.2015.
- Roski, R. (2008): *Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation. Audience Segmentation für wirkungsvolle Information*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosner, E.; Hammitzsch, H.; Boot, W. J.; Spuler, B.; Altenmüller, H. (1989): Medizingeschichte Japans. In: *Handbuch der Orientalistik. Sect. 5: Japan*. Leiden: Brill Academic Pub.
- Santos, N. S., Kuzmanovic, B., David, N., Rotarska-Jagiela, A., Eickhoff, S., Shah, J. N., Fink, G., Bente, G., Vogeley, K. (2010): Animated brain: a functional neuroimaging study on the parametric induction of animacy experience. In: *Neuroimage* 53, pp. 291–302, 2010.
- Schwartz, F. W.; Walter, U.; Abelin, T. (Hg.) (2003): *Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern – Krankheit verhindern*. 2., neu bearb. und erw. Aufl. München. Jena: Elsevier, Urban und Fischer.
- Sedlin, Ch. (2013): *Shiatsu als medizinische Behandlungsmethode: Ein Vergleich der japanischen und der westlichen Entwicklung vom späten 19. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. Charité zu Berlin.
- Shiatsu Society Irland (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatusocietyireland.org/about-shiatsu.html>, zuletzt geprüft am 27.03.2016.
- Shiatsu Society UK (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatusociety.org/treatments/about-shiatsu>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.

- Simon, M. (2005): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 1. Aufl. Bern u. a.: Huber.
- Sociedad Mexicana de Shiatsu y Medicina Tradicional Oriental (2016): *¿Qué es el Shiatsu?* Online verfügbar unter <http://sociedadshiatsu.com.mx/shiatsu.html>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Soeffner, H.-G.; Kursawe, K. (2013): *Transnationale Vergesellschaftungen*. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt am Main 2010. Wiesbaden: Springer.
- SPAA Shiatsu Practitioners' Association of Aotearoa New Zealand (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.staa.org.au/About-Shiatsu>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- SPAA Shiatsu Practitioners Association of Aotearoa New Zealand (2012): *What is Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsu.org.nz/what-is-shiatsu>, zuletzt geprüft am 19.04.2016.
- STAA Shiatsu Therapy Association of Australia (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.staa.org.au/About-Shiatsu>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- STABC Shiatsu Therapy Association of British Columbia (2016): *History of Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsutherapy.ca/history-shiatsu>, zuletzt geprüft am 18.04.2016.
- STAO Shiatsu Therapy Association Ontario (2016): *About Shiatsu*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsuassociation.com/AboutShiatsu.aspx>, zuletzt geprüft am 26.3.2016.
- Steineck, Ch. (2007): *Der Leib in der japanischen Bioethik. Mit einer Diskussion der Leibtheorie von Merleau-Ponty im Licht bioethischer Probleme*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Studer, P. (2010): *Ist Komplementärmedizin wirtschaftlich?* Ergebnisse PEK Schweiz. Online verfügbar unter: <http://www.udh-bundesverband.de/files/schweizerrzzeitungstuder2010-18-264.pdf>, zuletzt geprüft am 07.05.2012.
- Tripp, E. (2016): *Chronologie zu Shiatsu als Beruf*. Online verfügbar unter <http://www.shiatsu-austria.at/index.php/shiatsu-in-oesterreich/chronologie-shiatsu-als-beruf>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.
- Uexküll, T. v. (1997): *Integrierte Medizin als Beziehungsmedizin*. Auditorium Netzwerk, 336. Münsterschwarzach: Vier-Türme-Verl.
- Uexküll, T. v. (1998): *Integrierte psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin 3., durchges. und erw. Aufl., Sonderausg. zum 90. Geburtstag. Hg. v. Rolf Adler. Stuttgart u. a.: Schattauer.
- UFPMTJ Union Française des Praticiens de Médecine Traditionnelle Japonaise (2016): *Qu'est-ce que la Médecine Traditionnelle Japonaise?* Online verfügbar unter <http://www.ufpmtj.net/index.php/qu-est-ce-que-la-medecine-traditionnelle-japonaise>, zuletzt geprüft am 16.04.2016.
- Vogele, K. (2014): *Den Anderen verstehen. Einblicke in das soziale Gehirn*. Online verfügbar unter <http://www.turmdersinne.de/de/symposium/symposium-2014/programm/abstract-vogele>, zuletzt geprüft am 27.4.2016.

- Venth, A. (Hg.) (1987): *Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem*. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Walach, H. (1998): *Metaanalyse klinischer Homöopathiestudien*. Habilitation, Universität Freiburg.
- Walach, H. (2016): *Selbsteilung – die Medizin denkt um*. Online verfügbar unter http://harald-walach.de/media/Walach_Selbsteilung_Momentum_1_2016.pdf, zuletzt geprüft am 05.04.2016.
- Walach, H., Fischer, K. (2014): Scientabilität – ein brauchbares Konzept? Online verfügbar unter: http://intrag.info/archiv/Walach_Fischer_Ist-Scientabilität-ein-brauchbares-Konzept.pdf, zuletzt geprüft am 02.09.2016.
- Waldenfels, B. (2001): *Verfremdung der Moderne. Phänomenologische Grenzgänge*. Essener kulturwissenschaftliche Vorträge, 10. Göttingen: Wallstein-Verl.
- Welsch, W. (1992): *Transkulturalität. Lebensformen nach der Auflösung der Kulturen*. Information Philosophie, 2. München: Fink.
- Welsch, W. (1995): Migration und Kultureller Wandel. In: *Zeitschrift für Kulturaustausch*, 45. Jg. 1995/1. Vj., Stuttgart 1995, S. 27.
- Welsch, W. (2002): *Kulturverständnis. Netzdesign der Kulturen*. Online verfügbar unter <http://cms.ifa.de/index.php?id=welsch.>, zuletzt geprüft am 29.08.2011.
- Welsch, W. (2005a): Auf dem Weg zu transkulturellen Gesellschaften. In: *Differenzen anders denken: Bausteine zu einer Kulturtheorie der Transdifferenz*, S. 314–341.
- Welsch, W. (2005b): Transkulturelle Gesellschaften. In: *Kultur in Zeiten der Globalisierung: neue Aspekte einer soziologischen Kategorie*. S. 39–67.
- Welsch, W. (2009): Was ist eigentlich Transkulturalität. In: *Hochschule als transkultureller Raum? Beiträge zu Kultur, Bildung und Differenz*. S. 39–66.
- Whittemore, R.; Knafl, K. (2009): *A Critical Analysis of Qualitative Case Study Methodology in Nursing Research: An Integrative Review*. Scholarship@Western.
- WHO (2014): *Verfassung der WHO*. Deutsche Übersetzung. 08.05.2014. Online verfügbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>, zuletzt geprüft am 08.01.2016.
- Windeler, J. (2006): *Was ist der Placebo Effekt*. Hg. v. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt. Online verfügbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1431762107001339>, zuletzt geprüft am 01.11.2012.
- Zachmann, U. M. (2009): *China and Japan in the late Meiji period. China policy and the Japanese discourse on national identity. 1895–1904*. Routledge/Leiden series in modern East Asian politics and history, 5. London: Routledge.
- Zdrowomyslaw, N.; Dürig, W. (1997): *Gesundheitsökonomie. Einzel- und gesamtwirtschaftliche Einführung*. München, Wien: Oldenbourg.
- Zimmermann, R. (1996): *Neue Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu aktuellen Themen aus der Gesundheitsförderung und -bildung*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Zöller, M. (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. In: *Wissenschaftliche Diskussionspapiere* Nr. 153. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn. Online verfügbar unter: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/7369>, zuletzt geprüft am 05.01.2016.

Studien (aus Kapitel 4 und 5)

Ballegaard, S.; Norrelund, S.; Smith, F., D. (1996): Cost-benefit of combined use of acupuncture, shiatsu and lifestyle adjustment for treatment of patients with severe angina pectoris. In: *Acupuncture and Electro-Therapeutics Research* 21 (3–4), S. 187–197. Online verfügbar unter <http://www.ingentaconnect.com/content/cog/aetr/1996/00000021/F0020003/art00002>, zuletzt geprüft am 11.01.2016.

Brady, H. Linda; Henry, K.; Luth, J. F. 2nd; Casper-Bruett, K. K. (2001): The effects of shiatsu on lower back pain. In: *Journal of holistic nursing*. Official journal of the American Holistic Nurses Association 19 (1). S. 57–70.

Cheesman, S.; Christian, R.; Cresswell, J. (2001): Exploring the value of shiatsu in palliative care day services. In: *International journal of palliative nursing* 7 (5), S. 234–239. DOI: 10.12968/ijpn.2001.7.5.12637. Zuletzt geprüft am 19.08.2013.

Field, T.; Diego, M.; Cullen, C.; Hernandez-Reif, M.; Sunshine, W.; Douglas, S. (2002): Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. In: *Journal of clinical rheumatology: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases* 8 (2), S. 72–76.

Formby, J. (1997): Shiatsu message for carers. In: *Complementary Therapies in Medicine* 5 (1), S. 47–48. DOI: 10.1016/S0965-2299(97)80091-X.

Inagaki, J.; Yoneda J.; Ito M.; Nogaki, H. (2008): Psychological Effect of Massage and Shiatsu While in the Prone Position with the Face Down. In: *Nursing and Health*, vol. 4, no 3, pp. A5–A6(1).

Ingram, J; Domagala, C.; Yates, S. (2005): The effects of shiatsu on post-term pregnancy. In: *Complementary Therapies in Medicine* 13 (1), S. 11–15. DOI: 10.1016/j.ctim.2004.12.004.

Kul, M.; et.al. (2011): *Feasibility-Studie zum Einsatz von Shiatsu bei klimakterischen Beschwerden*. Online verfügbar unter <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/13582/>, zuletzt aktualisiert am 01.01.2011, zuletzt geprüft am 11.01.2016.

Lichtenberg, P.; Vass, A.; Ptaya, H.; Edelman, S.; Heresco-Levy, U. (2009): Shiatsu as an adjunct therapy for schizophrenia: an open-label pilot study. In: *Alternative therapies in health and medicine* 15 (5), S. 44–46.

Long, A. F. (2007): *The Effects and Experience of Shiatsu: A Cross-European Study. Final Report*: Executive Summary. School of Healthcare, University of Leeds, Leeds.

Long, A. F. (2009): The potential of complementary and alternative medicine in promoting well-being and critical health literacy: a prospective, observational study of shiatsu. In: *BMC Complement Altern Med* 9 (1), S. 19. DOI: 10.1186/1472-6882-9-19.

Long, A. F.; Mackay H. (2003): The Effects of Shiatsu: Findings from a Two-Country Exploratory Study. In: *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 9, no. 4, 2003, pp. 539–547.

- Lucini, D.; Malacarne, M.; Solaro, N.; Busin, S.; Pagani, M. (2009): Complementary medicine for the management of chronic stress: superiority of active versus passive techniques. In: *Journal of Hypertension* 27 (12), S. 2421–2428. DOI: 10.1097/HJH.0b013e3283312c24.
- Mandala, G.; Bordonato, R., DiGangi, A., Marino, V., Negrini, S. (2001): Effectiveness of back school or shiatsu massage reflex therapy in chronic low back pain: a prospective, randomized controlled blind trial. In: *First World Congress of International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, Bd. 76.
- Pirie, Z. (2003): *The impact of delivering shiatsu in general practice*. PhD thesis. University of Sheffield. Online verfügbar: <http://etheses.whiterose.ac.uk/id/eprint/4214>, zuletzt geprüft am 30.3.2016.
- Robinson, N., Lorenc, A., Liao, X. (2010): *The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure*. Allied Health Sciences Department, Faculty of Health and Social Care, London South Bank. Online verfügbar unter: <http://link.springer.com/article/10.1186/1472-6882-11-88>, zuletzt geprüft am 30.3.2016.
- Römer, A.; Zieger, W.; Melchert, F. (2013): Verbotene Akupunkturpunkte in der Schwangerschaft – überholte Tradition oder beachtenswerter Existenznachweis? Ergebnisse der retrospektiven Studie der Universitätsfrauenklinik Mannheim. In: *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur* 3 (56), S. 10–13, zuletzt geprüft am 22.10.2015.
- SGS Berufsverband Shiatsu Gesellschaft Schweiz (2003): *Studie Mitgliederbefragung 2003*. Hg. Polyquest AG für Marketing- und Sozialforschung. SGS Berufsverband Shiatsu Gesellschaft Schweiz, zuletzt geprüft am 16.09.2013.
- Sundberg, T.; Petzold, M.; Wändell, P.; Rydén, A.; Falkenberg, T. (2009): Exploring integrative medicine for back and neck pain – a pragmatic randomised clinical pilot trial. In: *BMC Complement Altern Med* 9 (1), S. 33. DOI: 10.1186/1472-6882-9-33.
- Yuan, S. L. K.; Berssaneti, A. A.; Marques, A. P. (2013): Effects of Shiatsu in the Management of Fibromyalgia Symptoms: A Controlled Pilot Study. In: *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 36 (7), S. 436–443. DOI: 10.1016/j.jmpt.2013.05.019. Zuletzt geprüft am 11.01.2016.

Graue Literatur¹³⁴

- *ANME Association of Natural Medicine in Europe e. V. (2014): Political Definition of Complementary. PDF, online nicht mehr verfügbar.
- BKK advita (2013): *Osteopathie als Win-Win-Strategie. Wie Versicherte und Krankenkassen von der Bezuschussung osteopathischer Behandlungen profitieren*. Interne Studie.
- *ESI Berlin (2013): Unterrichtsskripte (Stufe 1–3). Zu Schulungszwecken verwendetes Material am Europäischen Shiatsu Institut Berlin.
- *Itin, P. (2015a): *KomplementärTherapie als Beruf*. Unveröff. Buchms., Auszug.
- *Itin, P. (2015b): Mail-Interview mit Peter Itin, Shiatsu-Therapeut und Berater des Vorstands der SGS vom 7.11.2015.

134 Alle mit * gekennzeichneten Texte sind nicht (mehr) verfügbar und daher online gestellt (siehe Anhang 6).

*Köchling-Dietrich, R. (2013): *Shiatsu – ein japanischer Beruf in Deutschland*. Unveröff. Vortrag.

*Protokoll meta1 (2015): Protokoll meta1data, meta1summery, meta1results, meta1models.

*Schröder, H. (2012): *Die Begegnung der Heilkulturen – Möglichkeiten und Grenzen transkulturellen Transfers*. Vortrag, zur Verfügung gestellt am 3.4.2012. Korrigierte Fassung.

Schröder, K. (2015): Interview mit Katrin Schröder, Shiatsu-Behandlerin und -Lehrerin am Europäischen Shiatsu Institut (Gedächtnisprotokoll) am 24.11.2015.

Tripp (2015): Telefon-Interview mit Dr. Eduard Tripp, Shiatsu-Therapeut und Vorstandsmitglied der ÖDS am 10.12.2015 (Gedächtnisprotokoll).

ANHANG

Anhang 1: Listung weltweit agierender Shiatsu-Verbände/Organisationen und deren Definitionsfassung von Shiatsu

Alle Definitionen, Erklärungen und Beschreibungen sind tabellarisch zusammengefasst: In Europa gibt es zwei internationale Verbände, die sich als Netzwerk zwischen den Ländern und als eine Schnittstelle zur EU verstehen. Die Europäische Shiatsu Vereinigung ESF repräsentiert Großbritannien, Irland, Spanien, Belgien, die Tschechische Republik, Österreich, Schweden und Griechenland. Das internationale Shiatsu Netzwerk (ISN) repräsentiert Deutschland, Frankreich, Italien und die Schweiz. In Italien gibt es sechs Organisationen, die Shiatsu repräsentieren. Das Netzwerk Federazione Italiana Shiatsu ist ein Teil des ISN, das Netzwerk Federazione Shiatsu Italien ist ein Teil des ESF, und der größte italienische Verband, Associazione Professionale Operatori Shiatsu, ist weder Mitglied des ESF noch der ISN. In den USA wird Shiatsu reguliert durch The American Organization for Bodywork Therapies of Asia, in Kanada durch die Shiatsu Society of Canada (SSC) und in Australien durch die Shiatsu Therapy Association of Australia (STAA). Es wurden die Organisationen näher betrachtet, auf deren Seiten die entsprechenden Definitionen in englischer, deutscher, französischer, spanischer, belgischer oder italienischer Sprache verfasst sind. Alle anderen werden ausschließlich genannt (Tschechien, Griechenland, Finnland, Schweden).

Die gelisteten Shiatsu-Verbände und Zusammenschlüsse benutzen eigene Definitionen von Shiatsu, die sich teilweise erheblich voneinander unterscheiden. Die Autorin vermutet, dass die Differenzierungen durch die jeweilige national vorherrschende wirtschaftliche, berufs- und gesundheitspolitische Situation entstehen, in der sich die Verbände/Organisationen bewegen, durch die Schule des Shiatsu, die die Verbandsgründer durchlaufen sind, und den Shiatsu-Stil, den sie vertreten (vgl. Kapitel 3.2ff.), sowie durch die Anwendung begehrenfördernder Wirtschaftskommunikation. Neben der Listung der Definitionen wird eine Paraphrasierung der definitionstragenden Textstellen gezeigt. Es gibt keine Generalisierung der Paraphrasen unter einem vorher bestimmten Abstraktionsniveau, wie es zum Beispiel in der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2010) üblich ist. Das Ziel dieser Listung ist es, aufzuzeigen, dass sich das heterodoxe Verfahren Shiatsu weltweit verbreitet hat, dass es in über 20 Ländern Bestrebungen des Zusammenschlusses gab, dass es im Zuge dessen zu Berufs- und Dachverbandsgründungen kam und dass in nahezu jeder Definition die drei Hauptsäulen des Shiatsu, Elemente der östlichen Philosophie, traditionelle Methoden der Selbstheilung und westliche Anatomie und Physiologie, benannt sind (vgl. Kapitel 3.2ff.).

Dach-/Berufsverbände Shiatsu	Definition Shiatsu	Kurzform Definition
<p>Deutschland – Gesellschaft Shiatsu Deutschland e.V. (GSD 2016)</p>	<p>Shiatsu. Berührung, die bewegt. Ein Weg zu Gesundheit und Wohlergehen.</p> <p>Shiatsu ist ein eigenständiges System energetischer Körperarbeit und Lebenskunde. Shiatsu berührt und bewegt den ganzen Menschen und kann ihn in unterschiedlichen Lebenssituationen begleiten. Der Shiatsu-Weg regt an, selbstbewusst und selbst-verantwortlich zu leben. [...] Shiatsu ist in der fernöstlichen Philosophie, Heil- und Lebenskunde verwurzelt. Von Japan aus hat es sich im Westen verbreitet und eigenständig weiterentwickelt. Die Lebensenergie – japanisch: Ki; der "Lebenshauch" – ist der Motor des Lebens. Shiatsu berührt und unterstützt die Anbindung an diesen Lebens-Strom. Die besondere Kunst von Shiatsu besteht darin, die Berührung individuell auf den Menschen mit seinen augenblicklichen Bedürfnissen einzustellen.</p>	<p>Shiatsu wird als System energetischer Körperarbeit und Lebenskunde definiert.</p>
<p>Österreich – Österreichischer Dachverband Shiatsu (ÖDS 2016)</p>	<p>Shiatsu ist eine manuelle ganzheitliche Körpertherapie. Die Ursprünge liegen in den traditionellen chinesischen und japanischen Gesundheitslehren. Übersetzt bedeutet „shi“ Finger und „atsu“ Druck – im Sinne aufmerksamer, achtsamer Berührung, die mit Fingerspitzen, Handballen, Ellenbogen, Knien oder Füßen ausgeübt wird.</p>	<p>Shiatsu wird als manuelle ganzheitliche Körpertherapie definiert.</p>
<p>Schweiz – Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS 2016)</p>	<p>Shiatsu ist eine japanische Therapieform und eine anerkannte Methode der Komplementärtherapie. Shiatsu gleicht den Energiefluss im Körper aus und regt die natürlichen Selbstregulierungskräfte an. Shiatsu berührt achtsam und tief und verfeinert die Selbstwahrnehmung und Selbstverantwortung. Die Begegnungen in einer Shiatsu-Behandlung sind respektvoll und wertschätzend. Shiatsu wird zu einer tiefen, vertrauensvollen Kommunikation durch Berührung. Der Mensch wird in seiner Ganzheit aus Körper, Seele und Geist betrachtet und berührt. Shiatsu gibt Impulse für gesundheitsfördernde Prozesse und begleitet und unterstützt den Menschen nachhaltig. Gespräche helfen, gewonnene Erkenntnisse in den Alltag zu übertragen.</p>	<p>Shiatsu wird als japanische Therapieform und anerkannte Methode der Komplementärtherapie definiert.</p>
<p>Frankreich – Union Française des Praticiens de Médecine Traditionnelle Japonaise (UFPMTJ 2016)</p>	<p>Techniques manuelles japonaises: Anma, Shiatsu, Seitai</p>	<p>Shiatsu wird von der UFPMTJ neben Anma und Seitai zu den manuellen japanischen Techniken gezählt.</p>
<p>Italien – Federazione Italiana Shiatsu Insegnanti e Operatori (Fisio 2016)</p>	<p>Lo Shiatsu è una pratica manuale che, tramite precise modalità di pressione, agisce sul flusso energetico dell'essere umano; e' rivolta sia a comprenderne i principi di funzionamento sia a favorirne la circolazione nel corpo. Se in questo senso ha radici nel patrimonio comune alla cultura estremo-orientale, ha ricevuto tuttavia in Giappone i principi operativi su cui si fonda. Dal Giappone si e' affermato prepotentemente nel mondo, Italia compresa, a partire dagli anni Settanta.</p>	<p>Shiatsu wird als eine manuelle Praktik definiert, die durch speziellen Druck auf den energetischen Fluss [...] die energetische Zirkulation im Körper erleichtert.</p>

<p>Italien – Federazione Nazionale Scuole di Shiatsu (FNSS 2016)</p>	<p>Lo Shiatsu è una tecnica a mediazione corporea che origina dalla tradizione medico – filosofica cinese e che si è successivamente sviluppata in Giappone.</p> <p>Si basa sulla pressione perpendicolare, mantenuta e costante del pollice, delle dita, del palmo, del pugno e del gomito, esercitata lungo il tragitto dei meridiani energetici o su aree specifiche del corpo.</p> <p>Lo Shiatsu considera l'essere umano come un sistema multifunzionale, composto da elementi energetici, psichici e fisici in condizione di costante interdipendenza, dove l'assenza di salute, e quindi di benessere, è l'espressione concreta e percepibile della perdita di equilibrio energetico o "disarmonia".</p> <p>La disarmonia, ed il conseguente disagio del corpo e della mente, è provocata da uno squilibrio energetico interno che si esprime principalmente nell'occlusione del meridiano di scorrimento, con conseguente ulteriore danno all'organo o al viscere collegato al meridiano stesso.</p>	<p>Shiatsu wird als eine meditative Körpertechnik definiert, die ihre philosophischen Wurzeln in China hat und in Japan weiterentwickelt wurde.</p>
<p>Großbritannien – Shiatsu Society (shiatusociety 2016)</p>	<p>Shiatsu is a physical therapy that supports and strengthens the body's natural ability to heal and balance itself. It works on the whole person – not just a physical body, but also a psychological, emotional and spiritual being.</p> <p>Shiatsu originated in Japan from traditional Chinese medicine, with influences from more recent Western therapies. Although shiatsu means 'finger pressure' in Japanese, in practice a practitioner uses touch, comfortable pressure and manipulative techniques to adjust the body's physical structure and balance its energy flow. It is a deeply relaxing experience and regular treatments can alleviate stress and illness and maintain health and well-being.</p>	<p>Shiatsu wird als ganzheitliche und physisch, psychisch und spirituell arbeitende Körpertherapie zur Selbstheilung und Unterstützung des Körpers definiert.</p>
<p>Irland – Shiatsu Society Ireland (Shiatsu Society Ireland 2016)</p>	<p>Shiatsu is a traditional form of therapy from Japan. By balancing the flow of energy in the meridians, Shiatsu can relieve many conditions, help prevent the build-up of stress, and restore vitality and well-being. Literally translated as 'finger pressure', Shiatsu uses comfortable pressure from the thumbs and palms applied to the energy channels and points in the body. Given through loose, comfortable clothing, Shiatsu may also include gentle stretches and rotations of the limbs and joints.</p>	<p>Shiatsu wird als traditionelle Therapieform aus Japan definiert, die den Fluss der Energie in den Meridianen ausbalanciert.</p>
<p>Belgien – Belgische Shiatsu Federatie (BSF 2016)</p>	<p>Shi-atsu, Japans voor Vinger-Druk, zou men in het kort kunnen omschrijven als de Japanse stijl acupressuur, maar het is in werkelijkheid veel meer dan dat!</p>	<p>Shiatsu wird als japanischer Fingerdruck definiert und umschrieben als japanischer Akupressurstil, der in Wirklichkeit viel mehr als das ist.</p>
<p>Spanien – Asociación de Profesionales de Shiatsu en España (APSE 2016)</p>	<p>El shiatsu es una práctica basada en la teoría médica japonesa y china cuyo fin es ayudar a las personas en sus procesos curativos y en su autodesarrollo a través de la presión y el contac-</p>	<p>Shiatsu wird als eine auf die Theorie der chinesischen und japanischen Medizin basier-</p>

	to. Es una sistema holístico, que considera los síntomas y las enfermedades como manifestaciones de los desequilibrios y busca resolver las causas que subyacen en estas condiciones, trabajando con la energía de la persona a través del cuerpo.	te Praxis definiert mit dem Zweck, Menschen in ihren Heilungsprozessen durch Druck und Kontakt zu unterstützen.
Dach-/Fachverbände Shiatsu International		
USA – American Organization for Bodywork Therapies of Asia (AOBTA 2016)	<p>Shiatsu became widely recognized in Japan as a therapeutic approach to manual therapy. "Shiatsu" is a Japanese word which literally translates as "finger pressure." Shiatsu continues to evolve with various approaches to incorporating traditional Japanese manual therapy, Traditional Chinese Medicine and western anatomy and physiology.</p> <p>Presently, the AOBTA® acknowledges six specific Forms of shiatsu, which all meet the national education requirements for the AOBTA's Certified Practitioner level in Asian Bodywork Therapy. These forms are: Five Element Shiatsu, Integrative Eclectic Shiatsu, Japanese Shiatsu, Macrobiotic Shiatsu, Shiatsu-Anma and Zen Shiatsu. Other forms of shiatsu may be recognized by the AOBTA in the future.</p>	Shiatsu wird definiert als japanische manuelle Therapie. AOBTA subsummiert Shiatsu unter „Asian Bodywork Therapy“.
Canada – Shiatsu Therapy Association Ontario (STAO 2016)	<p>Shiatsu is a unique, non-invasive therapy designed to stimulate the body's inherent ability to heal itself. Literally translated, the Japanese word shiatsu means "finger pressure." Shiatsu therapy involves the systematic application of manual pressure to the body in order to assess and treat a variety of conditions. Shiatsu treatments have a regulatory influence on the autonomic nervous system, thereby improving organ function and reducing muscle tension.</p> <p>[...] Shiatsu therapy is effective in the management of many acute and chronic conditions including: headaches/migraines, back pain, neck and shoulder pain, sciatica, whiplash, carpal tunnel syndrome, thoracic outlet syndrome, repetitive strain injuries, muscle tension and spasm, insomnia, constipation, digestive problems, menstrual problems, chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, arthritis, asthma, anxiety and depression, sports injuries.</p>	Shiatsu wird definiert als einzigartige, nicht invasive und die Selbstheilung unterstützende Therapie.
Canada – Shiatsu Therapy Association of British Columbia (STABC 2016)	Although Shiatsu is a form of therapy uniquely Japanese, its roots date back to ancient Chinese philosophical ideas.	Shiatsu wird definiert als einzigartige japanische Therapieform, mit philosophischen Wurzeln, die bis in das alte China reichen.
Canada – Canadian Shiatsu Society of British Columbia (CSSBC 2016)	"Shiatsu" is a Japanese word meaning "finger pressure". It is a "hands-on" therapy used both as a compliment to conventional medicine and as a preventative/alternative therapy.	Shiatsu wird definiert als berührende Therapie (Körperarbeit), die die konventionelle Medizin unterstützt und zur präventiven/alternativen Therapie gehört.
Australia – Shiatsu Therapy Association of Australia	Shiatsu is a holistic healing art developed in Japan and based on traditional 3500-year-old	Shiatsu wird definiert als ganzheitliche in

(STAA 2016)	oriental medical wisdom while incorporating the principles of anatomy, physiology and pathology. The theory of traditional Chinese medicine proposes that energy, otherwise known as chi, qi (or ki in Japanese), moves through the body in well-defined channels or pathways known as meridians. Each meridian is connected to an internal organ and carries the energy of that organ's functioning.	Japan entwickelte Heilarbeit, die auf den über 3500 Jahre alten orientalischen medizinischen Geheimnissen basiert und physiologische, pathologische und anatomische Prinzipien inne hat.
New Zealand – Shiatsu Practitioners' Association of Aotearoa New Zealand (SPAA 2016)	Shiatsu is a hands-on Japanese Zen Healing Art. Shiatsu is more than a massage technique.	Shiatsu wird als japanische Zen Heilkunst definiert, die mehr als eine Massagetechnik ist.
Argentinien – Asociación Argentina de Shiatsu (Aashi 2016)	El Shiatsu es una terapia reconocida en Japón desde hace muchos años. Según el Ministerio Japonés de Salud Pública, <i>"la terapia Shiatsu es una forma de manipulación aplicada con los pulgares, los dedos y las palmas de las manos, sin ayuda de instrumento alguno, mecánico u otro, para ejercer una presión sobre la piel con vistas a corregir trastornos internos, promover y conservar la salud y tratar determinadas enfermedades"</i> . Zen Shiatsu es una especialidad de esa práctica y fue desarrollada por el maestro Shizuto Masunaga, y consiste en aplicar suaves presiones, manipulación y estiramientos con el objeto de armonizar el flujo de la energía o esencia vital.	Shiatsu wird definiert als eine alte in Japan bekannte Therapie. Neben der Definition des japanischen Ministeriums findet sich eine Beschreibung der Form des Zen Shiatsu.
Mexico – Sociedad Mexicana de Shiatsu y Medicina Tradicional Oriental (Sociedad Mexicana de Shiatsu y Medicina Tradicional Oriental 2016)	El Shiatsu es una técnica de masaje que nos ayuda a transformar nuestras vidas mediante el desarrollo de la conciencia de nosotros mismos y de lo que produce nuestros estados negativos, así como lo que se requiere para crear un estado más positivo.	Shiatsu wird definiert als eine Massagetechnik, die uns darin unterstützt, unser Leben zu verändern und unser Bewusstsein zu entwickeln, um negative Zustände zu transformieren.
Internationale Zusammenfassungen		
ISN-International Shiatsu Network (ISN 2016)	Shiatsu is an autonomous and natural system of energetic touch to support the human health, well-being and personal development.	Shiatsu wird definiert als autonomes, natürliches und energetisches Berührungssystem zur Unterstützung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der persönlichen Entwicklung.
European Shiatsu Federation (ESF 2016)	Shiatsu is an autonomous natural healthcare system which originated in Japan, and is influenced by Chinese and more recently Western knowledge. It derives its theoretical and practical roots from the ancient traditions of Far Eastern philosophies and healing and the holistic understanding of life and health based upon them.	Shiatsu wird definiert als autonomes, natürliches Gesundheitssystem aus Japan und durch chinesische und westliche Einflüsse geprägt.

Weitere Nennungen:

- Finnland – Finish Shiatsu Association (Finish Shiatsu Association 2016)
- Schweden – Kroppsterapeuternas Yrkesförbund (Kroppsterapeuternas Yrkesförbund 2016)
- Griechenland – Hellenic Shiatsu Society (Hellenic Shiatsu Society 2016)
- Tschechien – Česká asociace shiatsu (Česká asociace shiatsu 2016)

Anhang 2: Interne Studie der BKK advita

Osteopathie als Win-Win-Strategie. Wie Versicherte und Krankenkassen von der Bezuschussung osteopathischer Behandlungen profitieren

Seit Anfang 2012 haben - beginnend mit der Techniker Krankenkasse - immer mehr gesetzliche Krankenkassen die anteilige Erstattung osteopathischer Behandlungen in ihren Leistungskatalog aufgenommen. Mit der BKK advita hat uns nun erstmals eine gesetzliche Krankenkasse ihre Auswertung zur Osteopathie zur Verfügung gestellt. Dabei sollte aber berücksichtigt werden, dass die Bedingungen und die Höhe der Bezuschussung bei den mittlerweile über 100 Versicherern nach wie vor recht unterschiedlich ausfallen und daher auch die Erfahrungen der einzelnen Krankenkassen mit der Osteopathie in diesem verhältnismäßig kurzen Zeitraum sich unterscheiden können. Zudem können nur Langzeitwerte die Ergebnisse absichern, doch offenbaren die Zahlen der BKK advita für 2013 bereits ein immenses Potenzial der Osteopathie für eine nachhaltige gesundheitliche Verbesserung der Versicherten und der damit einhergehenden Kostenersparnis auf Seiten der Kassen.

Die BKK advita bezuschusst osteopathische Leistungen seit dem Mai 2012. Übernommen werden maximal 40 Euro pro Sitzung, bei maximal sechs Sitzungen pro Jahr, d.h. insgesamt höchstens 240 Euro pro Jahr. Der Therapeut muss Mitglied in einem osteopathischen Fachverband sein oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen solchen berechtigt.

Soziodemographie und Diagnose der Antragsteller

Im Jahr 2013 gingen insgesamt 363 Anträge zur Bezuschussung der Osteopathie bei der BKK advita ein. Etwa zwei Drittel der Antragsteller sind weiblich (68,6 %). Das Durchschnittsalter der Antragsteller beträgt 41,6 Jahre. Fast die Hälfte fällt in die Altersgruppe der 41- bis 65-jährigen (171 Personen).

Tabelle 1: Altersverteilung der Antragsteller

Alter	0 – 18	19 – 40	41 – 65	66 – 75	76 +
Anzahl	72	68	171	34	18

Tabelle 2 zeigt, dass osteopathische Behandlungen vor allem bei parietalen Beschwerden beantragt werden. Der Großteil der Diagnosen der Antragsteller betrifft das Muskel-Skelettsystem sowie das Bindegewebe. Daneben wurden auch bei Erkrankungen des Nervensystems (hier: Migräne, Kopfschmerzen, aber auch Polyneuropathie) Anträge gestellt. Die restlichen Bereiche spielen eine eher untergeordnete Rolle.

Tabelle 2: Unterteilung der Diagnosen in Einzelschlüssel

Schlüssel	Anzahl	Bereich
E	1	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (0,28%)
G	14	Krankheiten des Nervensystems (3,86%)
H	5	Krankheiten des Auges/Ohres (1,38%)
I	2	Krankheiten des Kreislaufsystems (0,55%)
J	1	Krankheiten des Atmungssystems (0,28%)
K	2	Krankheiten des Verdauungssystems (0,55%)
M	336	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (92,56%)
R	2	andere Symptome (0,55%)

Von den insgesamt 363 Anträgen zur Erstattung osteopathischer Behandlungen wurden 12 abgelehnt, da der Leistungserbringer die eingangs genannten Kriterien nicht erfüllte oder weil vom Versicherten andere Leistungen begonnen, aber noch nicht beendet wurden. 99 der beantragten und zugesagten Behandlungen wurden zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht in Anspruch genommen oder abgerechnet. Das heißt die nachfolgenden Zahlen basieren auf 252 Behandlungen, die durchgeführt wurden.

Kosten vor und nach der osteopathischen Behandlung

Verglichen wurden die Kosten für Heilmittel, Hilfsmittel, Arzneimittel, Krankenhaus und Integrierte Versorgung (IGV), die in den 6 Monaten vor und nach der osteopathischen Behandlung für die 252 Personen anfielen. Tabelle 3 zeigt die Kosten vor und nach der Behandlung sowie die absolute und prozentuale Ersparnis. Diese beträgt 47,61 % über alle Leistungen, was durchaus bemerkenswert ist. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Einsparung beim höchsten Kostenpunkt "Krankenhaus" um 49,63 %.

Tabelle 3: Kostenvergleich 6 Monate vor und nach der osteopathischen Behandlung

Leistung	Kosten vor der osteopathischen Behandlung	Kosten nach der osteopathischen Behandlung	Ersparnis	in %
Heilmittel	31.073,46 €	15.357,60 €	15.715,86 €	50,58
Hilfsmittel	16.730,51 €	9.762,81 €	6.967,70 €	41,65
Arzneimittel	66.601,51 €	39.181,52 €	27.419,99 €	41,17
Krankenhaus	183.383,60 €	92.368,16 €	91.015,44 €	49,63
IGV	9.121,16 €	4.118,56 €	5.002,60 €	54,85
Gesamt	306.909,82 €	160.788,65 €	146.121,17 €	47,61

Die durchschnittlichen Kosten pro Person liegen damit bei 1217,90 € vor und 638,05 € nach der osteopathischen Behandlung. 29 der Versicherungsmitglieder waren allerdings vor der Behandlung gänzlich kostenfrei bei der BKK advita und für 43 Versicherte entstanden nach der Behandlung keine weiteren Kosten. (Bezieht man diese Zahlen mit ein, so wurden die Kosten pro Person von 1358,01 € auf 769,32 € gesenkt.)

Die dramatische Kostenersparnis von 47,61 % wird zumindest für den betrachteten Zeitraum von einem Jahr durch die Kosten für die osteopathische Behandlung selbst abgeschwächt. Der BKK advita entstanden dadurch bisher Kosten in Höhe von 36.000 €. Nur in Einzelfällen wurden die vollen sechs Sitzungen in Anspruch genommen wurden, so dass sich die Behandlung meist auf max. 4 Sitzungen im Zeitraum von 6 bis 8 Wochen beschränkte. Da noch Rechnungen für 2013 ausstehen, wird mit einer Gesamtsumme von ca. 61.000 € bis 66.000 € gerechnet. Die Ersparnis beträgt dann noch ca. 80.000 € oder etwa 26 %. Der Wert ist damit immer noch hoch genug, um die Kostenübernahme osteopathischer Behandlungen zu rechtfertigen. Wenn der Effekt nachhaltig ist, so dass die Kosten nach der osteopathischen Behandlung anhaltend niedriger bleiben als davor, so steigt die Ersparnis natürlich fortlaufend an.

Was die Zahlen nicht verraten

Da hier lediglich gruppierte, monetäre Werte vorliegen, kann nicht abgeleitet werden, ob im Einzelfall die osteopathische Behandlung immer wirksam und rentabel war. Es ist möglich, dass einzelne Versicherte aus anderen, individuellen Gründen nach der osteopathischen Behandlung weniger oder keine der ausgewerteten Leistungen in Anspruch genommen haben: zum Beispiel um eine Wirkung abzuwarten sowie aus zeitlichen oder psychologischen Gründen, wie etwa "Therapiemüdigkeit".

Ebenso lässt sich auch nicht in allen Fällen sicher sagen, ob eine gesundheitliche Verbesserung zwangsläufig auf die osteopathische Behandlung zurückzuführen ist oder durch eine vorher durchgeführte Maßnahme bewirkt wurde. Allerdings greift die BKK advita auf zwei unterschiedliche Bewertungssysteme zurück, um genau dies zu kontrollieren, so dass die Wirkung relativ gesichert festgestellt werden kann - wenn auch nicht zu 100 %.

Eine Unbekannte in der Rechnung bleibt auch die osteopathische Behandlung selbst. Bekannt ist, dass die behandelnden Osteopathen eine Ausbildung mit 1350 Stunden absolviert haben und in der Regel nur bis zu vier Behandlungen stattfanden. Wie die einzelnen Therapeuten genau behandelt haben, lässt sich nicht ermitteln.

Mit 252 behandelten Versicherten ist die Fallzahl allerdings hoch genug, um davon auszugehen, dass die Kostenersparnis insgesamt durchaus auf die osteopathische Behandlung zurückgeführt werden kann, auch wenn dies nicht in jedem Einzelfall tatsächlich zutreffen mag.

Fazit: Mit Osteopathie gegen die Kostenexplosion?

Offensichtlich trägt die Osteopathie - zumindest bei Beschwerden des Bewegungsapparates - nicht nur zur Verbesserung der Gesundheit der Versicherten bei, sie bringt auch ein immenses Einsparpotenzial für die Krankenkassen mit. Dies ist nicht zuletzt wegen der steigenden Kosten auf dem Gesundheitsmarkt von besonderer Dringlichkeit.

Interessant ist in diesem Zusammenhang der Blick auf die Zahlen der 99 Versicherten, deren Antrag bewilligt wurde, bei denen aber noch keine osteopathische Behandlung durchgeführt wurde. Tabelle 4 zeigt die Behandlungskosten dieser 99 Personen für die Jahre 2013 und 2012.

Tabelle 4: Kostenvergleich 2013 und 2012 für die 99 Antragsteller ohne osteopathische Behandlung

Kosten 2013		Kosten 2012	
Heilmittel	18.104,37 €	Heilmittel	22.291,36 €
Hilfsmittel	9.996,11 €	Hilfsmittel	11.553,33 €
Arzneimittel	72.272,78 €	Arzneimittel	49.480,93 €
Krankenhaus	186.749,04 €	Krankenhaus	98.572,78 €
IGV	3.465,00 €	IGV	3.370,00 €
Gesamt	290.587,30 €	Gesamt	185.268,40 €

Zunächst einmal fällt auf, dass die 99 Personen aus dieser Gruppe in 2013 mit 290.587,30 € fast so hohe Kosten verursachen, wie die 252 Personen aus der Gruppe mit Osteopathie vor ihrer Behandlung (vgl. Tabelle 3). Laut BKK advita handelt es sich hierbei zum Großteil um Patienten, die sich bereits in der Chronifizierungs-Phase befinden und deren Behandlung daher relativ kostenintensiv ist.

Im Vergleich mit den Werten aus 2012 lässt sich aber erahnen, dass sich die extrem gestiegenen Kosten für die Leistungen "Krankenhaus" und "Arzneimittel" nicht allein durch problematische Krankheitsverläufe erklären lassen. Offensichtlich haben die DRG-Ausweitung, die Erhöhung der Fallpauschalen sowie die gestiegenen Arzneimittelkosten zu dieser immensen Kostensteigerung beigetragen, die die Kassen nun auffangen müssen. Angesichts der Ersparnis, die durch eine osteopathische Behandlung in den Bereichen Krankenhaus und Arzneimittel erzielt werden konnte (vgl. Tabelle 3), könnte die Osteopathie als therapeutische und präventive Maßnahme eine wirkungsvolle Möglichkeit darstellen, den gestiegenen Kosten zu begegnen.

Wie nachhaltig die erzielten Resultate sind und ob die Osteopathie auch bei chronischen Fällen und schweren Krankheitsverläufen dasselbe Einsparungspotential hat, lässt sich derzeit nicht feststellen. Die BKK advita führt ihre Auswertung fort, so dass in Zukunft anhand von Langzeitwerten genauere Aussagen möglich sein sollten.

Anhang 3: Tabellen

Tabelle 7: Evidenztabelle I

Referenz/Studientyp	Untersuchte Population	Intervention	Kontrolle	untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	methodische Bemerkungen/Evidenzklasse (Oxford 2011)
Ingram et al. 2005 (Ingram et al. 2005), 2-armige nichtrandomisierte monozentrische klinische Studie UK (Audit Studie)	N=142 Schwangere Frauen \geq 40 Schwangerschaftswoche	Unterweisung in Shiatsu Massage-techniken (GB-21, LI-4, SP-6), einfachen Atemtechniken und Übungen auf allen Vieren (rocking, squats, cat arches) durch eine geschulte Hebamme, Dauer: ca. 15 Minuten, 6 Tage Kurs (N=66)	Keine gesonderte Unterweisung durch Hebamme (Hebamme nicht vor Ort) (N=76)	Rate Geburtseinleitungen Rate Kaiserschnitte Rate fetaler Distress Rate PDA Rate Schmerlin-derung mit Opioiden Rate schmerz- linderung mit Entonox (Lachgas-Sauerstoff) Schwangerschaftsdauer Geburtsdauer Geburtsgewicht	Keine sign, Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Parität, Alter, Medikation (Werte nicht angegeben) Sign. Unterschied (38 % vs. 55 %) zu- gunsten der Intervention n.s. n.s. n.s. n.s. n.s. Sign. Unterschied (6,6 h % vs. 5,2 h) zugunsten der Kontrolle, Unterschied nach Ausschluss der Notkaiserschnitte nicht signifikant n.s.	Befragung zur Nutzung der Einzelinterventionen in der Interventionsgruppe zeigt, dass ca. 87 % Shiatsu anwendeten und 76 % Atem- und Entspannungstechniken, Gruppen nicht randomisiert. Intervention besteht aus mehreren Komponenten (Rückschlüsse auf einzelne Komponenten daher schwierig) Unklar ob prospektive oder retrospektive Erhebung LOE 3
Mandala et al. 2001(Mandala, G., Bordonato, R., Di-Gangi, A., Marino, V., Negrini, S.) 3armiges, einfach verblindet (Auswerter) RCT, monozentrisch Italien	Patienten (bis dato N=56) mit unspezifischem, chronischen Kreuzschmerz (> 3 Monate, mind. 3 Episoden/Monat im vergangenen	Shiatsu-Massage für 5/6 Wochen Standardisiert bezüglich Position des Patienten (auf dem Bauch liegend, Kissen unterm Bauch,	Rückenschule für 5/6 Wochen (2 h Information, 6 h Übungen, 3 h Unterweisung in Ergonomie und Aktivitäten	Schmerz und Beeinträchtigung (mit Backill-Skala) Schmerz (mit McGill Pain Questionnaire, 8-Item short	Zwischenauswertung (Mai 2001): N=56, 10 Patienten davon drop out wegen fehlender Compliance (21 Patienten mit Follow-up \geq 1 Jahr und deshalb auswertbar): Baseline Werte beim McGill Pain Questionnaire unterscheiden sich sign. In der Heimtraining-Gruppe:	Publikation stellt lediglich Methoden und ersten Zwischenergebnisse dar. Zum Zeitpunkt der Auswertung nur 21 Patienten auswertbar. Spätere Auswertung bisher nicht verfügbar.

Referenz/Studientyp	Untersuchte Population	Intervention	Kontrolle	untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	methodische Bemerkungen/Evidenzklasse (Oxford 2011)
	Jahr), keine ausstrahlenden Schmerzen in Oberschenkel oder Bein. Keine vorherige Rückenoperation. Liegende Position für Shiatsu beim Patienten möglich. Alter (25-65), beide Geschlechter; keine weiteren Angaben zur Population.	Position des Therapeuten (lizensiert, neben dem Patienten auf den Knien), Startseite der Therapie (mit geringerem Schmerz), behandelte Areale (Darm-, Blase-, Nierenmeridian), Ausführung (senkrecht zur Haut, allmählich stärker werdend, während des Ausatmens, ohne Schmerz oder Verspannung auszulösen), Dauer (2x 60 min/Woche für 5 Wochen)	Anweisung für Übungen zu Hause; 5/6 Wochen	form)	Keine signifikanten Unterschiede bisher, Tendenzen bezüglich beider Endpunkte für aktive Shiatsu und Rückenschule gegenüber Heimtraining.	Mit Ergebnissen wäre es LOE 2
Lucini et al. 2009 (Lucini et al. 2009) ; Kontrollierte klinische nichtrandomisierte, monozentrische Studie; Italien	Patienten (N=70) mit Stresssymptomatik unklarer Ursache > 3 Monate, konsekutive Teilnahme ohne Medikation und Begleiterkrankungen, Alkohol, Nikotin oder Nahrungsmittelmissbrauch; BMI Ø 22,7, Alter: Ø 42 Jahre	Aktive Entspannung mit Atem- und Entspannungsübungen mit Trainer 1h/Woche und Aufforderung zu täglicher Übung (N=30) Shiatsu-Massagen 2x/Woche für 1h (N=15)	Informationen zu Stressmanagement (N=25) Außerdem Referenzgruppe aus einer gesunden Kohorte (N=110)	Stresssymptomatik (Stresswahrnehmung, Müdigkeitswahrnehmung und somatischer Symptome) durch semi-strukturiertes Interview mit Psychologen und Selbstauskunft	Signifikante Unterschiede zu Beginn (baseline) bezüglich Stresssymptomatik (subjektiv) und autonomer Stressindikatoren zwischen Interventions- und Kontrollgruppe und Referenzkohorte Zu 1.: signifikante Unterschiede zugunsten aktiver Entspannung und Shiatsu gegenüber Information (Kontrolle), keine sign. Unterschiede zwischen Interventionsgruppen Zu 2. Signifikante Unterschiede bezüglich systolischem Blutdruck zugunsten der Interventionen vs. Information, signi-	Kontrollgruppe lehnte Interventionen ab. Zusätzlich wurde Stressbelastung mit einer gesunden unbehandelten Referenzgruppe verglichen. Erkrankung der Patienten unscharf definiert; keine Indikation über spezifische Erkrankung, Belege für effektrelevante Strukturungleichheiten zwischen den

Referenz/Studientyp	Untersuchte Population	Intervention	Kontrolle	untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	methodische Bemerkungen/Evidenzklasse (Oxford 2011)
				Indikatoren für autonome Stressreaktion unter anderen Blutdruck EKG Atmungsaktivität	Signifikante Unterschiede bezüglich Atemfrequenz und Anteil niedriger Frequenzen zugunsten der Entspannungsgruppe	Gruppen (Stressbelastung), geringe Fallzahlen in den Gruppen. Sehr hohes Verzerrungspotential der Ergebnisse LOE 3
Yuan et al. 2013 (Yuan et al. 2013), kontrollierte, nicht-randomisierte monozentrische Studie; Brasilien	Patienten (N=34) mit primärer Fibromyalgie (nach ACR-Kriterien von 1990), Alter: 30-65, keine sonstigen Begleiterkrankungen mit ähnlicher Symptomatik (Schmerz, Hautläsionen, Infektionen), keine physikalische oder komplementäre Therapie in den letzten 6 Monaten. ; Alter Median 50-52, ca. 95 % Frauen, hohes Maß an Medikation mit Sedativa (23-29 %), Entzündungshemmern (ca.	Shiatsu Ganzkörperprogramm 2x40 min/Woche für 8 Wochen	Information und Stretching Programm dann für 8 Wochen Warteliste	Schmerz (mit VAS) Druckschmerzgrenze Zustandsangst (State Trait Anxiety Inventory) Eigenschaftsangst (State Trait Anxiety Inventory) Schlafqualität (Pittsburgh Sleep Quality Index) Fibromyalgie-Symptomatik (fibromyalgia impact questionnaire)	Follow-up: 8 Wochen, jeweils 3 Patienten in beiden Gruppen dropped out (mangelnde Adhärenz); Zu 1. Sign. Unterschied zugunsten Intervention (Median -1,8 Pkt. [IQR -3,7 bis -0,1] vs. 0,4 Pkt. [IQR -0,2 bis 1,6]) Zu 2. Sign. Unterschied zugunsten Intervention (Median 0,2 kg/cm2 [IQR 0,0 bis 0,8] vs. -0,3 kg/cm2. [IQR -0,4 bis 0,1]) Zu 3. n.s. Zu 4. Sign. Unterschied zugunsten Intervention (Mittel -4,8 Pkt. [SD 10,8] vs. 2,5 Pkt. [SD 9,6]) Zu 5. Sign. Unterschied zugunsten Intervention	Interventions- und Kontrollgruppe in zwei verschiedenen Kliniken rekrutiert und behandelt. Follow-up-Untersuchung durch Therapeuten durchgeführt, große Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Bildungsgrad und Medikation mit Muskelrelaxantien (29 % vs. 71 %) und Antidepressiva (47 % vs. 88 %); Pilotstudie, keine Powerberechnung oder Definition eines primären Endpunktes. Klinische Relevanz der Effekte berücksichtigt (MID =minimal important difference): Nur Ergebnisse beim Eigenschaftsangst sind klinisch nicht relevant, die restlichen Ergebnisse sind > MID.

Referenz/Studientyp	Untersuchte Population	Intervention	Kontrolle	untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	methodische Bemerkungen/Evidenzklasse (Oxford 2011)
	50 %)m, Muskelrelaxantien (29-70 %) und Antidepressiva (47-82 %), Andere (77-82 %)				on (Median -3 Pkt. [IQR -6 bis -1,8] vs. 2 Pkt. [IQR -1,3 bis 3,0]) Zu 6. Sign. Unterschied zugunsten Intervention (Median -16 Pkt. [IQR -29,3 bis -7] vs. 3 Pkt. [IQR -5,3 bis 6,5])	Keine Nebenwirkungen von Shiatsu berichtet. Geringe Fallzahl, unverblindet, deutliche Hinweise auf Gruppenunterschiede bedeuten hohes Verzerrungspotential der Ergebnisse LOE 3
Melahat Kul 2011, Hagens et al. 2012, Lewicka et al. 2011 (Kul und Melahat 2011), kontrollierte, randomisierte, monozentrische Studie (RCT); Deutschland	Frauen (post- oder perimenopausal) mit klimakterischen Beschwerden (> 3 MRS II; keine anderen Therapien, inkl. Steroide, keine maligne Erkrankung)	N=9 ITT Shiatsu (keine weiteren Angaben) 1x45 min/Woche für 8 Wochen	N=10 ITT Warteliste für 9 Wochen	Primärer Endpunkt: Veränderung bei Beschwerdesymptomatik (MRS II) Angst und Depressivität (HADS-D) Cortisol-Tagesprofil	Zu 1. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, sign. Abnahme in der Therapiegruppe Zu 2. Sign. Unterschied zugunsten der Kontrollgruppe bezüglich Depressivität, n.s. bezüglich Angst Sign. Reduktion der Angst in der Therapiegruppe von baseline. Zu 3. Hohe Unterschiede zwischen Gruppen und Tagen erlaubt keine Rückschlüsse auf Verbindung mit Shiatsu	Studie unverblindet, Zwischen den Postern und der Dissertation von Kul bestehen relevante Unterschiede in der Darstellung der Ergebnisse. Es werden verschiedene Probandenzahlen, absolute Werte und Ergebnisse der Teststatistik beschrieben. Es wurden die Daten von Hagens et al. extrahiert. Lewicka und Kul berichten signifikanten Unterschied zugunsten Shiatsu beim primären Endpunkt, allerdings bei mit. Klinische Relevanz der Unterschiede unklar (MID), Studie ist Pilotstudie (nicht gepowert für Beleg.)

Referenz/Studientyp	Untersuchte Population	Intervention	Kontrolle	untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	methodische Bemerkungen/Evidenzklasse (Oxford 2011)
						Bedeutung der Cortisol-Werte zur Therapieevaluation unklar LOE 2
Field et al. 2002 (Field et al. 2002), kontrollierte, randomisierte monozentrische Studie (RCT); USA	Patienten (N=20) mit Fibromyalgie (nach ACR-Kriterien von 1990), Dauer der Erkrankung: Ø 9,2 Jahre, Alter Ø 51, 85 % Kaukasier, 15 % Hispanics	Massage (Mix inkl. Shiatsu) 2x/Woche a 30 min. für 5 Wochen Ausführung ausführlich beschrieben	Übung in Entspannungstechnik 2x/Woche a 30 min. für 5 Wochen	Für kurzfristige Effekte (Vergleich: Vor der Sitzung vs. nach der Sitzung/jeweils am ersten und letzten Tag) Angst (State Trait Anxiety Inventory) Depressive Stimmung (Profil of Mood States) Für längerfristige Effekte (Vergleich: vor der ersten Sitzung vs. vor der letzten Sitzung) Depressivität (Center for Epidemiological Studies Depression Scale [CES-D])	Keine Gruppenunterschiede bezüglich Alter, sozioökonomischem Status und Ethnie (keine spezifischen Angaben zu den Gruppen berichtet) Es werden nur Vergleiche/statistische Tests innerhalb der Gruppen angegeben. Zu 1. Sign. Reduktionen in beiden Gruppen an beiden Tagen Zu 2. Sign. Reduktionen in beiden Gruppen an beiden Tagen Zu 3. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (18,0 vs.12,3), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (17,7 vs. 17,1) Zu 4. Sign. Anstieg in Interventionsgruppe (5,8 h vs.6,4 h), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (5,6 h vs. 6,2 h) Zu 5. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (101,3 vs.83,3), keine sign.	Keine Angaben zu drop outs oder Loss to follow-up. Widersprüchliche Angaben zur Patientenzahl in der Publikation (n=20 zu n=24); Intervention ist nicht spezifisch Shiatsu, da Massage-mix verwendet wurde. Shiatsu war aber immer Teil der Intervention Es werden keine Gruppenunterschiede verglichen, sondern Unterschiede innerhalb der Gruppen. Fehlende Unterschiede in der Kontrollgruppe könnten auch durch geringe Fallzahl (Power) erklärt werden. Multiple Testungen ohne Hinweis auf Adjustierungen. Bezüglich Schmerz, Fatigue und Steifigkeit werden keine Angaben zur Validität der Instrumente gemacht. Relevanz der Endpunkte und der Effektgrößen für die Patienten ist unklar.

Referenz/Studientyp	Untersuchte Population	Intervention	Kontrolle	untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	methodische Bemerkungen/Evidenzklasse (Oxford 2011)
				Schlafdauer	Unterschiede in Kontrollgruppe (86,1 vs. 74,6)	LOE 1
				Bewegungen im Schlaf		
				Schmerz (10 Pkt. Likert Skala)	Zu 6. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (6,0 vs.3,7), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (7,7 vs. 6,3)	
				Steifigkeit (10 Pkt. Likert Skala)	Zu 7. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (8,2 vs.4,4), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (8,5 vs. 7,4)	
				Fatigue (10 Pkt. Likert Skala)		
				Einschätzung des Behandelnden Arztes (verbundet) bezüglich Erkrankung (Skala 0-3)	Zu 8. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (6,2 vs.3,5), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (7,6 vs. 7,2)	
				Schmerzemfinden (Dolorimeter, 0-8)	Zu 9. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (2,2 vs.1,7), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (2,5 vs. 2,3)	
				Anzahl empfindlicher Punkte (0-18)	Zu 10. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (4,5 vs.3,3), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (5,3 vs. 4,8)	
				Substanz P - Level	Zu 11. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (15,4 vs.10,5), keine sign. Unterschied in Kontrollgruppe (16,1 vs. 14,6)	
					Zu 12. Sign. Reduktion in Interventionsgruppe (84,1 vs.69,2), sign. Anstieg in Kontrollgruppe (71,9 vs. 111,1)	

Referenz/Studientyp	Untersuchte Population	Intervention	Kontrolle	untersuchte Endpunkte	Hauptergebnisse	methodische Bemerkungen/Evidenzklasse (Oxford 2011)
---------------------	------------------------	--------------	-----------	-----------------------	-----------------	---

Abkürzungen: ACR = American College of Rheumatology, HADS-D = Hospital Anxiety and Depression Scale- deutsche Version, GB-21 = Gallenblase 21, LI-4 = Dickdarm 4, SP- 6= Milz 6, PDA = Periduralanästhesie, MRS = menopause rating scale, n.s = nicht signifikant, SD = Standardabweichung, VAS = visual analog scale, ITT= Intention to treat

Tabelle 8: Evidenztabelle II

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
1	Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)	Hier kein Vorher-nachher-Vergleich, sondern nur Treatment vs. Kontrolle. Es gibt verschiedene Maße, die hier so interpretiert werden, dass geringere Anteile für die Hypothese sprechen. Keine klare Hypothese sehe ich für "Erstgeburt", Alter der Mutter, Dauer der Schwangerschaft - deswegen hier nicht berücksichtigt. Dementsprechend wird kodiert (positive t-Werte sprechen für die Hypothese der Meta-Analyse).					
			Entonox	Tab. 1	Treatment-Gruppe N=66, davon 48; 75,0% Kontroll-Gruppe N=76, davon 61; 80,3% chi ² =0,56, p=0,46; Richtung wie erwartet	N=66, davon 48; N=76, davon 61, Richtung wie erwartet	
			Pethidine	Tab. 1	Treatment-Gruppe N=66, davon 18; 27,7% Kontroll-Gruppe N=76, davon 16; 21,1% chi ² =0,84, p=0,36; Richtung entgegen Hypothese	N=66, davon 18; N=76, davon 16; Richtung entgegen Hypothese	
			Epidural	Tab. 1	Treatment-Gruppe N=66, davon 24, 36,9% Kontroll-Gruppe N=76, davon 21; 28,0% chi ² =1,27, p=0,26; Richtung entgegen Hypothese	N=66, davon 24, N=76, davon 21; Richtung entgegen Hypothese	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			Foetal distress	Tab. 1	Treatment-Gruppe N=66, da- von 24, 36,4% Kontroll-Gruppe N=76, davon 36; 47,4% chi ² =1,75, p=0,19; Richtung wie erwartet	N=66, davon 24, N=76, davon 36; Richtung wie er- wartet	
			Caesa- rean delivery	Tab. 1	Treatment-Gruppe N=66, da- von 6, 9,1% Kontroll-Gruppe N=76, davon 9; 11,8% chi ² =0,28, p=0,60; Richtung wie erwartet	N=66, davon 6, N=76, davon 9; Richtung wie er- wartet	
			induced labour	Tab. 1	Treatment-Gruppe N=66, da- von 25, 37,9% Kontroll-Gruppe N=76, davon 42; 55,3% chi ² =4,28, p=0,04; Richtung wie erwartet	N=66, davon 25, N=76, davon 42; Richtung wie er- wartet	Im Text wird noch eine Subgruppen- Analyse nach Aus- schluss der Notkai- serschnitte berichtet (S. 174), die ich hier nicht beachte (wegen Abhängigkeiten der Daten)
			labour length	Tab. 2	Treatment M=6,63h KG M=5,27h t-Test weder Streuungen noch t-Wert berichtet, unklar, ob ein- oder zweiseitig, p=0,03, Rich- tung entgegen Hypothese	p=0,03, Richtung entgegen Hypo- these	Beim Geburtsgewicht werte ich höhere Werte im Sinne der Hypothese und bei der Geburtsdauer kleinere Werte.
			baby weight	Tab. 2	Treatment M=3,68 kg KG M=3,62 kg t-Test weder Streuungen noch t-Wert berichtet, unklar, ob ein- oder zweiseitig, p=0,44, Rich- tung wie erwartet	p=0,44, Richtung wie erwartet	Beim Geburtsgewicht werte ich höhere Werte im Sinne der Hypothese und bei der Geburtsdauer kleinere Werte.

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
2	Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)	<p>Zwei Messungen (Vorher-nachher)</p> <p>Group I = alternative Methode (Entspannungs- training mit aktiven Übungen)</p> <p>group II= Treatment (Entspannungstraining mit zwischenzeitlichem Shiatsu)</p> <p>group III= Kontrollgruppe (Scheinintervention, lehnte Teilnahme an Übungen ab und erhielt Info zu Stressmanagement)</p> <p>2 Hypothesen für Meta-Analyse: Verbesserung bei Shiatsu größer als bei anderem Treatment und Verbesserung bei Shiatsu größer als bei Kontrollgruppe</p> <p>Die Angaben in Tab. 2 sind am nächsten an dem dran, was für die Meta-Analyse gebraucht wird, wobei die Kodierung nicht ganz klar ist. Vermut- lich bedeuten negative Werte, dass der Wert gesunken ist, und vermutlich bedeutet dies für alle Maße, dass der Wert besser geworden ist (Ausnahme RR-Intervall). Ich rekodiere so, dass positive Werte eine Verbesserung bedeuten (d.h. negative Werte in der Tabelle nehme ich positiv und umgekehrt -außer RR-Intervall-, wenn der Shiatsu Wert danach größer ist als der der Kon- trollgruppe, dann spricht dies für die Hypothese). Die Annahme ist, dass die Differenzwerte der Shiatsu-Gruppe größer sind, als die der anderen beiden Gruppen. Dazu müssen die Vorher- nachher-Differenzen verglichen werden. In Tab. 2 wird das zwar gemacht, es werden aber nur die Signifikanzgrenzen der zugehörigen U-Tests in den Stufen signifikant /nicht signifikant berichtet. Außerdem wird nicht explizit der Vergleich shi- atsu vs. Alternativgruppe berichtet (es kann zwar vermutet werden, dass es berichtet worden wäre, wenn es Unterschiede gegeben hätte, ich ver-</p>					

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
		zichte hier aber darum auf den Vergleich). Die latenten Variablen berücksichtige ich in der Meta-Analyse nicht (wegen Abhängigkeiten mit den manifesten Variablen).					
			stress percep- tion	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=1,93, SEM=0,7 (Laut S. 2423 sind SEM dargestellt/nicht SD. Um auf SD zu kommen, sind die Standardfehler-Werte mal Wurzel(n) genommen SD=2,71 Kontroll: N=25, M=0,08, SEM=0,5, SD=2,5 Shiatsu vs. Kontroll: p<.05, Richtung wie erwartet	berechnen aus N, M und SD	
			tired- ness percep- tion	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=1,73, SEM=0,6, SD=2,32 Kontroll: N=25, M=-0,68, SEM=0,5, SD=2,5 Shiatsu vs. Kontroll: p<.05, Richtung wie erwartet	berechnen aus N, M und SD	
			somatic symp- toms percep- tion	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=13,4, SEM=8,5, SD=32,92 Kontroll: N=25, M=-4,52, SEM=3,4, SD=17 Shiatsu vs. Kontroll: p<.05, Richtung wie erwartet	berechnen aus N, M und SD	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			SAP	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=3,0, SEM=2,7 SD=10,46 Kontroll: N=25, M=-7,0, SEM=3,6, SD=18 Shiatsu vs. Kontroll: p<.05, Richtung wie erwartet	berechnen aus N, M und SD	
			DAP	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=2,3, SEM=2,4, SD=9,30 Kontroll: N=25, M=-1,0, SEM=2,0, SD=10 Shiatsu vs. Kontroll: ns, Rich- tung wie erwartet	berechnen aus N, M und SD	
			HR (Herzra- te)	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=1,09, SEM=1,5, SD=5,81 Kontroll: N=25, M=2,6, SEM=1,8, SD=9 Shiatsu vs. Kontroll: ns, Rich- tung entgegen Hypothese	berechnen aus N, M und SD	
			RR- Intervall	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=38,1, SEM=32,4, SD=125,48 (das RR-Intervall soll größer wer- den, also der Puls langsamer) Kontroll: N=25, M=9,81, SEM=27,3, SD=136,5 Shiatsu vs. Kontroll: ns, Rich- tung entgegen Hypothese	berechnen aus N, M und SD	Hier Vorzeichen aus Tab. 2 übernommen, weil Anstieg des Intervalls günstig ist
			VAR_R R	Tab. 2	NUR ÄNDERUNG DER SD- WERTE Shiatsu: N=15, M=-936, SEM=1152, SD=4461,68 Kontroll: N=25, M=645, SEM=824, SD=4120 Shiatsu vs. Kontroll: ns, Rich-	berechnen aus N, M und SD	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
					tung entgegen Hypothese		
			LF	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=-358, SEM=434, SD=1680,87 Kontroll: N=25, M=32, SEM=171, SD=855 Shiatsu vs. Kontroll: ns, Rich- tung entgegen Hypothese	berechnen aus N, M und SD	nur LF in ms ² berück- sichtigt, wegen Ab- hängigkeit
			HF	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=-635, SEM=418, SD=1618,91 Kontroll: N=25, M=62, SEM=82, SD=410 Shiatsu vs. Kontroll: ns, Rich- tung entgegen Hypothese	berechnen aus N, M und SD	nur HF in ms ² be- rücksichtigt, Verhält- nis LF/HF nicht be- rücksichtigt, wegen Abhängigkeit
			Respi- ratory fre- quency	Tab. 2	Shiatsu: N=15, M=0,00, SEM=0,01, SD=0,04 Kontroll: N=25, M=0,00, SEM=0,01, SD=0,05 Shiatsu vs. Kontroll: ns, prak- tisch kein Unterschied	berechnen aus N, M und SD	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
3	Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	<p>Experimentalgruppe (SG) und Kontrollgruppe (CG) haben verschiedene Einrichtungen oder Sprechstunden im gleichen Haus aufgesucht (S.2) = nicht experimentell (leo.de führt sowohl Sprechstunde als auch Kliniken unter "clinics" - es bleibt so oder so nicht randomisiert = nicht experimentell)</p> <p>Für die Meta-Analyse ist die Hypothese, dass die Verbesserung (Vorher-Nachher) für SG höher ist als für CG. Die Kodierung erfolgt hier so, dass positive Vorzeichen für eine Verbesserung sprechen und negative für eine Verschlechterung.</p> <p>Für manche Change-Scores ist der Median angegeben anstelle des mittleren Change-Scores. In diesen Fällen den mittleren Change-Score aus den Mittelwerten der einzelnen Messpunkte berechnen, die zugehörige SD fehlt dann.</p> <p>Es wird nicht explizit angegeben, mit welchem Signifikanz-Test die Vorher-nachher-Differenzen zwischen den Gruppen verglichen wurden, es ist aber zu vermuten, dass t-Tests und U-Tests eingesetzt wurden (analog zur Auswertung zu den soziodemographischen Angaben, S.4). Die Teststatistiken werden nicht berichtet.</p>					

VAS Tab. 3 SG: N=17, MD=1,8, IQR=3,6. M1=7,2, SD1=2,3; M2=5,1, SD2=2,5 Mdiff=7,2-5,1=2,1 IQR nicht IRQ – interquartil range Quartilsabstand
CG: N=17, MD=-0,4, IQR=1,8. M1=6,4, SD1=1,1; M2=7,1, SD2=1,8 Mdiff=6,4-7,1=-0,7 p=.004, Richtung wie erwartet

p=.004, Richtung wie erwartet aus M berechnen

Visuelle Schmerzzkala (VAS) niedrigere Werte sind besser

ldfNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			PPT	Tab. 3	SG: N=17, MD=0,2, IQR=0,8. M1=0,8, SD1=0,4; M2=1,2, SD2=0,6 Mdiff=0,8-1,2=-0,4 CG: N=17, MD=-0,3, IQR=0,3. M1=0,8, SD1=0,4; M2=0,6, SD2=0,4 Mdiff=0,8-0,6=0,2 p=.001, Richtung wie erwartet (wenn die Schmerz-Schwelle sinkt, ist es besser, darum Vorzeichen umkehren)	p=.001, Richtung wie erwartet aus M berechnen	dolorimeter (Schmerzschwelle) höhere Werte sind besser
			State-A	Tab. 3	SG: N=17, M=5,9, SD=10,0 CG: N=17, M=3,4, SD=9,9 p=0,465, Richtung wie erwartet	p=0,465, Richtung wie erwartet	Angstskalen, niedri- gere Werte sind bes- ser
			Trait-A	Tab. 3	SG: N=17, M=4,8, SD=10,8 CG: N=17, M=2,5, SD=9,6 p=0,045, Richtung wie erwartet	p=0,045, Richtung wie erwartet	
			PSQI	Tab. 3	SG: N=17, MD=3,0, IQR=4,2. M1=12,0, SD1=4,0; M2=8,1, SD2=5,2 CG: N=17, MD=2,0, IQR=4,3. M1=11,9, SD1=4,7; M2=12,1, SD2=4,3 p=0,004, Richtung wie erwartet (je kleiner desto besser, des- wegen Vorzeichen umgedreht)	p=0,004, Richtung wie erwartet aus M berechnen	Schlafskala, niedrige- re Werte sind besser (Schwelle: ab 5= schlechter Schlaf)
			FIQ	Tab. 3	SG: N=17, MD=16,0, IQR=22,3. M1=66,7, SD1=18,8; M2=48,2, SD2=20,4 Mdiff=66,7-48,2=18,5 CG: N=17, MD=3,0, IQR=11,8. M1=65,2, SD1=16,1; M2=61,4, SD2=17,8 Mdiff=65,2-61,4=3,8	p=0,006, Richtung wie erwartet aus M berechnen	FIQ, niedrigere Werte sind besser

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
					p=0,006, Richtung wie erwartet (je kleiner der Wert, desto besser)		
4	Kul et al. 2011 (Kul 2011)	<p>U0 ist die Vorher-Messung, U1 die Nachhermes- sung, U2 ist nach Wechsel der Wartegruppe (WG) ins Treatment. Darum hier nur U0 und U1 betrachtet.</p> <p>Im ersten Schritt wird die Differenz von U1-U0 bestimmt.</p> <p>Zum Hypothesentest der Meta-Analyse erfolgt der Vergleich der Differenz von (U1-U0) zwi- schen Treatment und Wartegruppe. Diesen Diffe- renzwert (also die Differenz aus der Differenz kodierte ich so, dass ein positiver Wert für die Hypothese spricht und ein negativer Wert dage- gen. Also: Wenn die Shiatsu-Gruppe mehr Ver- besserung (oder weniger Verschlechterung) erreicht als die Wartegruppe, wird ein positiver Wert eingetragen, sonst ein negativer.</p> <p>Cortison und Cortisol: je kleiner der Wert, desto besser (es steht auch im Text, dass die Werte vorher nicht normalverteilt waren).</p>					
			MRS II - Tab. somati- sche Subska- la	5.20	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=2,2; SD=3,1 KG N=10, M=1,0, SD=2,7 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,3446, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,3446	Da kleinere Werte bei der MRS II inhaltlich besser sind als große Werte (S. 28), müsste ein negativer Wert dieser Differenz eine Verbesserung dar- stellen. Hier sind aber Text (S. 40) und Tab.

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
							5.20 uneinheitlich. Ich kodiere es hier so, dass ein positiver Wert eine Verbesserung über die Zeit darstellt.
			MRS II - Tab. psychische Subskala	5.20	TG N=9, Vorher-nachher-Differenz M=3,3; SD=2,2 KG N=10, M=1,5, SD=4,7 Vergleich TG vs. KG mit U-Test, p-Wert=0,1099, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,1099	
			MRS II - Tab. urogenitale Subskala	5.20	TG N=9, Vorher-nachher-Differenz M=0,9; SD=1,2 KG N=10, M=-0,5, SD=1,4 Vergleich TG vs. KG mit U-Test, p-Wert=0,0407, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,0407, Richtung wie erwartet	
			MRS II - Tab. Summenskala	5.20	TG N=9, Vorher-nachher-Differenz M=6,4; SD=4,6 KG N=10, M=2,0, SD=7,2 Vergleich TG vs. KG mit U-Test, p-Wert=0,0755, Richtung wie erwartet		Die Summenskala hängt algorithmisch von den vorgenannten Subskalen ab, deswegen nur entweder die 3 Subskalen oder die Summenskala in die Meta-Analyse aufnehmen zur Bestimmung des Wertes dieser Studie.

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			HADS Angstsk- ala	Tab. 5.21	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=1,8; SD=1,6 KG N=10, M=0,1, SD=2,2 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,0988, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,0988, Richtung wie er- wartet	HADS höhere Werte bedeuten mehr Be- lastung (S.29), Kodie- rung für die Meta- Analyse analog zu MRS II vorgenommen
			HADS Depres- sionska- la	Tab. 5.21	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=-0,8; SD=0,8 KG N=10, M=0,3, SD=0,9 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,0286, Richtung gegen Hypothese	p-Wert=0,0286, Richtung gegen Hypothese	
			Klimak- teriums- ums- skala- psychi- sche Symp- tome	Tab. 5.22	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=3,8; SD=3,2 KG N=10, M=3,5, SD=7,4 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,2488, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,2488, Richtung wie er- wartet	Klimakteriumsskala ebenfalls höhere Werte gleich mehr Belastung (S. 29)
			Klimak- teriums- ums- skala- somati- sche Symp- tome	Tab. 5.22	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=0,3; SD=2,5 KG N=10, M=0,9, SD=2,6 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,9013, Richtung entgegen Hypothese	p-Wert=0,9013, Richtung entgegen Hypothese	
			Klimak- teriums- ums- skala- vegeta- tive	Tab. 5.22	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=0,8; SD=1,7 KG N=10, M=0,1, SD=1,0 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,2930, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,2930, Richtung wie er- wartet	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Vari- ble	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			Symp- tome				
			Klimak- teriums- ums- skala- Angst	Tab. 5.22	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=2,4; SD=2,3 KG N=10, M=1,7, SD=3,5 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,4086, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,4086, Richtung wie er- wartet	
			Klimak- teriums- ums- skala- Depres- sion	Tab. 5.22	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=1,3; SD=1,0 KG N=10, M=1,8, SD=4,1 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,3473, Richtung entgegen Hypothese	p-Wert=0,3473, Richtung entgegen Hypothese	
			Klimak- teriums- ums- skala- sexuelle Symp- tome	Tab. 5.22	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=0,4; SD=0,9 KG N=10, M=-0,2, SD=0,4 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,0646, Richtung wie erwartet	p-Wert=0,0646, Richtung wie er- wartet	
			Klimak- teriums- ums- skala- Sum- mens- kala	Tab. 5.22	TG N=9, Vorher-nachher- Differenz M=5,3; SD=6,1 KG N=10, M=4,3, SD=9,9 Vergleich TG vs. KG mit U- Test, p-Wert=0,3460, Richtung wie erwartet		Summenskala hängt algorithmisch von den vorhergehenden Subskalen ab, darum nur entweder die Subskalen oder die Summenskala in die Meta-Analyse auf- nehmen

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			Cortisol	Tab. 5.26 Tages- mittel- wert	TG N=8, Vorher-nachher- Differenz M=-0,07; SD=0,69 KG N=10, M=0,51, SD=0,95 Vergleich TG vs. KG mit U-Test (?), p-Wert=0,0684, Richtung gegen Hypothese	p-Wert=0,0684, Richtung gegen Hypothese	
			Cortison	S.50 keine statisti- sche Auswer- tung, es ist auch kein durch- schnitt- licher Tages- wert ange- geben			Aufgrund fehlender Angaben und unvoll- ständiger Stichprobe Verzicht auf diese AV

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
5	Field et al. 2002 (Field 2012)	<p>Zufallszuweisung Massage oder Entspannung Bei fast allen Maßen vermute ich, dass niedrige Werte bessere Werte sind (Ausnahme: Anzahl der Schlafstunden). Kodierung so, dass positive Werte eine Verbesserung anzeigen beziehungsweise mehr Verbesserung bei der Massage-Gruppe als bei der Entspannungsgruppe. Es gibt 4 Messzeitpunkte (vor u. nach 1. Sitzung, vor und nach letzter Sitzung). Der für die Meta-Analyse interessanteste Vergleich ist die Differenz von Vor-erste-Sitzung zu nach letzte Sitzung im Vergleich zwischen Massage- und Entspannungsgruppe. Dieser Vergleich wird für STAI und POMS nicht direkt berichtet und kann aus den Mittelwerten und Standard-Abweichungen nicht gut rekonstruiert werden, weil die Standardabweichungen zu den Mittelwerten und nicht zu den relevanten Mittelwertdifferenzen gehören.</p>					
			STAI	Tab. 1	<p>Massage: n=10, M (erste-letzte Messung) = (43,7-31,1)=12,6; SD=? Entspannung: n=10, M=(41,9-29,2)=12,7, SD=? P-Wert nicht berichtet, praktisch kein Unterschied, Richtung gegen Hypothese Ich vergleiche Vorher (Erste Sitzung) mit Nachher (Letzte Sitzung).</p>	p-Wert nicht berichtet, praktisch kein Unterschied, Richtung gegen Hypothese. Rekonstruktion der Werte problematisch.	STAI niedrigere Werte sind besser
			POMS	Tab. 1	<p>Massage: n=10, M (erste-letzte Messung) = (10,0-2,8)=7,2; SD=? Entspannung: n=10, M=(11,0-</p>	p-Wert nicht berichtet, wenig Unterschied, Richtung gegen Hypo-	POMS niedrigere Werte sind besser

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
					1,8)=9,2, SD=? p-Wert nicht berichtet, wenig Unterschied, Richtung gegen Hypothese	these. Rekonstruk- tion der Werte problematisch.	
			CES-D	Tab. 2	Massage: n=10, M(erste-letzte Messung)=(18,0-12,3)=5,7; SD=? Entspannung: n=10, M=(17,7- 17,1)=0,6, SD=? p<0,05, one tailed t-Test, Rich- tung entsprechend Erwartung	p<0,05, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	
			sleep hours	Tab. 2	Massage: n=10, M (letzte-erste Messung) = (6,4-5,8)=0,6; SD=? Entspannung: n=10, M=(6,2- 5,6)=-0,6, SD=? p<0,05, one tailed t-Test, Rich- tung entsprechend Erwartung	p<0,05, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	höhere Werte als bessere Werte ko- diert
			sleep move- ments	Tab. 2	Massage: n=10, M (erste-letzte Messung) = (101,3-83,3)=18,0; SD=? Entspannung: n=10, M=(86,1- 74,6)=11,5, SD=? p<0,05, one tailed t-Test, Rich- tung entsprechend Erwartung	p<0,05, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	
			pain	Tab. 2	Massage: n=10, M (erste-letzte Messung) = (6,0-3,7)=2,3; SD=? Entspannung: n=10, M=(7,7- 6,3)=1,4, SD=? p<0,001, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwar- tung	p<0,001, one tailed t-Test, Rich- tung entsprechend Erwartung	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			fatigue	Tab. 2	Massage: n=10, M (erste-letzte Messung)=(8,2-4,4)=3,8; SD=? Entspannung: n=10, M=(8,5-7,4)=1,1, SD=? p<0,001, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	p<0,001, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	
			stiffness	Tab. 2	Massage: n=10, M (erste-letzte Messung)=(6,2-3,5)=2,7; SD=? Entspannung: n=10, M=(7,6-7,2)=0,4, SD=? p<0,005, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	p<0,005, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	
			physician assessment of disease	Tab. 2	Massage: n=10, M(erste-letzte Messung)=(2,2-1,7)=0,5; SD=? Entspannung: n=10, M=(2,5-2,3)=0,2, SD=? p<0,05, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	p<0,05, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	
			physician assessment of pain	Tab. 2	Massage: n=10, M(erste-letzte Messung)=(4,5-3,3)=1,2; SD=? Entspannung: n=10, M=(5,3-4,8)=0,5, SD=? p<0,05, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	p<0,05, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	
			no of tender points	Tab. 2	Massage: n=10, M(erste-letzte Messung)=(15,4-10,5)=4,9; SD=? Entspannung: n=10, M=(16,1-14,6)=1,5, SD=? p<0,005, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	p<0,005, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			sub- stance P	Tab. 2	Massage: n=10, M (erste-letzte Messung)=(84,1-69,2)=14,9; SD=? Entspannung: n=10, M=(71,9- 111,1)=-39,2, SD=? p<0,05 widersprüchliche Anga- ben, one tailed t-Test, Richtung entsprechend Erwartung	p<0,05 wider- sprüchliche Anga- ben, one tailed t- Test, Richtung entsprechend Erwartung	In Tab. 2 gibt es zwei Angaben (Spalte 2 und Spalte 4), laut Erklärungstext geht es aber um den Ver- gleich massage group vs. relaxation group (mit der Variab- len change first day to last day). Ich habe hier den konservativeren p- Wert angenommen.
6	Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	Acupuncture, Shiatsu and lifestyle adjustment (also alles drei gemacht) Vergleich mit large scale studie zum Ausgangs- punkt nach 2 Jahren (also keine Kontrollgruppe im engeren Sinne) - Verglichen wird mit den externen Ergebnissen bezüglich zweier konven- tioneller Behandlungsmethoden (CABG und PTCA) und nach 2 Jahren.					

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			complication risk rate Tod	Tab. 2 Achtung im Text steht 4 Todes- fälle auf- grund Herzlei- den, in Tab. 6 Todes- fälle ohne spezifi- zierte Todes- ursache	eigene Studie: n=69, % = (6 von 69)=8,696 in Tab. stehen 6% Tote, im Text aber nur 4 Herztote - 6% von 69 sind 4,14 CABG: n=194, %=(3 von 194)=1,546 – 3% von 194 sind 5,82 PTCA: n=198, %=(3 von 198)=1,515 – 3% von 198 sind 5,94 Signifikanzen werden nicht berichtet, Richtung entgegen Erwartung	rekonstruieren	
			complication risk rate Infarkt	Tab. 2	eigene Studie: n=69, % = (1 von 69)=1,449 – 1% von 69 sind 0,69 CABG: n=194, %=(18 von 194)=9,278 – 18% von 194 sind 34,92 PTCA: n=198, %=(12 von 198)=6,061 – 12% von 198 sind 23,76 Signifikanzen werden nicht berichtet, Richtung wie erwartet	rekonstruieren	

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
			NYHA 0-I	Tab. 3 Achtung Fallzahl nur noch N=49	eigene Studie: n=49, % = 74 CABG: n=194, %=88 PTCA: n=198, %=80 Signifikanzen werden nicht berichtet, Richtung wie erwar- tet	rekonstruieren	NYHA 0-I. Hier so interpretiert, dass weniger Prozent besser ist
			No anti- anginal medici- ne	Tab. 3 Achtung Fallzahl nur noch N=49	eigene Studie: n=49, % = 30 CABG: n=194, %=49 PTCA: n=198, %=34 Signifikanzen werden nicht berichtet, Richtung wie erwar- tet	rekonstruieren	
			Lebens- qualität (visuelle Ana- logska- la)	S. 191			Keine Vergleichszah- len aus large scale study
			Kosten				Kein direkter Ver- gleich mit der large scale study möglich.
			Psycho- logical aspects	Tab. 4 und Text S. 191			Kein direkter Ver- gleich mit der large scale study möglich. In Tab. 4 werden Vergleichszahlen aus anderen Studien genannt.
			Compli- ance				Keine Vergleichszah- len aus large scale study

lfdNr	Referenz/ Studientyp	Erklärung /Anmerkungen zur Studie	Variab- le	Fund- ort	dort angegeben	Angaben für Meta-Analyse	Anmerkungen zur Variable
X	Sundberg et al. Sundberg.pdf	Artikel ausgeschlossen, weil shiatsu nur eine von mehreren zusammen untersuchten Alternativbehandlungen ist, die in Summe mit konventioneller Behandlung verglichen werden. Tab. 4 stellt die Häufigkeiten dar, Shiatsu wird im Mittel 2,8 mal eingesetzt					Artikel ausgeschlos- sen, weil shiatsu nur eine von mehreren zusammen unter- suchten Alternativbe- handlungen ist, die in Summe mit konventi- oneller Behandlung verglichen werden. Tab. 4 stellt die Häu- figkeiten dar, Shiatsu wird im Mittel 2,8 mal eingesetzt
X	Mandala et al. 2001, 3armiges, einfach ver- blindet (Aus- werter) RCT, monozentrisch Italien	statistische Angaben fehlen, nicht auswertbar					statistische Angaben fehlen, nicht auswert- bar

Tabelle 9: Protokoll/meta1summary/Ergebnisse Studien

Study	Design	Variables	effect	effect l95	effect u95	Value for error bars	Sub- groups	count
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		Entonox	0,1777	-0,1521	0,5075	0,3298		1
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		Pethidine	-0,1452	-0,4750	0,1845	0,3298		2
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		Epidural	-0,1875	-0,5173	0,1422	0,3298		3
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		Foetal distress	0,2248	-0,1050	0,5545	0,3298		4
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		Caesarean delivery	0,0903	-0,2394	0,4201	0,3298		5
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		induced labour	0,3542	0,0245	0,6840	0,3298		6
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		labour length	-0,3689	-0,6987	-0,0391	0,3298		7
Ingram et al. 2005 (Ingram 2005)		baby weight	0,1303	-0,1995	0,4601	0,3298		8
								9
								10
								11
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		stress perception	0,7172	0,0771	1,3574	0,6401		12
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		tiredness perception	0,9896	0,3495	1,6298	0,6401		13
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		somatic symptoms perception	0,7429	0,1028	1,3831	0,6401		14
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		SAP	0,6390	-0,0012	1,2791	0,6401		15
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		DAP	0,3385	-0,3016	0,9787	0,6401		16
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		HR (Herzrate)	-0,1894	-0,8295	0,4508	0,6401		17
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		RR-Intervall	0,2134	-0,4267	0,8536	0,6401		18
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		VAR_RR	-0,3721	-1,0122	0,2681	0,6401		19
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		LF	-0,3182	-0,9583	0,3220	0,6401		20
Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)		HF	-0,6733	-1,3134	-0,0331	0,6401		21

Lucini et al. 2009 (Lucini 2009)	Respiratory frequency	0,0000	-0,6401	0,6401	0,6401	22
						23
						24
						25
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	VAS	1,0639	0,3916	1,7361	0,6723	26
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	PPT	1,2423	0,5700	1,9145	0,6723	27
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	State-A	0,2513	-0,4210	0,9235	0,6723	28
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	Trait-A	0,2251	-0,4472	0,8974	0,6723	29
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	PSQI	1,0639	0,3916	1,7361	0,6723	30
Yuan et al. 2013 (Yuan 2013)	FIQ	1,0096	0,3373	1,6818	0,6723	31
						32
						33
						34
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	MRS II - somatische Subskala	0,4145	-0,4861	1,3150	0,9006	35
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	MRS II - psychische Subskala	0,4815	-0,4190	1,3821	0,9006	36
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	MRS II - urogenitale Subskala	1,0690	0,1684	1,9695	0,9006	37
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	HADS Angstskala	0,8759	-0,0247	1,7764	0,9006	38
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	HADS Depressionskala	-1,2875	-2,1880	-0,3869	0,9006	39
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	Klimakteriumsskala- psychische Symptome	0,0516	-0,8490	0,9522	0,9006	40
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	Klimakteriumsskala- somatische Symptome	-0,2350	-1,1355	0,6656	0,9006	41
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	Klimakteriumsskala- vegetative Symptome	0,5093	-0,3913	1,4098	0,9006	42
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	Klimakteriumsskala- Angst	0,2337	-0,6669	1,1342	0,9006	43
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	Klimakteriumsskala- Depression	-0,1633	-1,0639	0,7372	0,9006	44
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	Klimakteriumsskala- sexuelle Symptome	0,8790	-0,0215	1,7796	0,9006	45
Kul et al. 2011 (Kul 2011)	Cortisol - Tagesmittelwert	-0,6855	-1,6152	0,2442	0,9297	46
						47

						48
						49
Field et al. 2002 (Field 2002)	STAI	-0,0001	-0,8766	0,8765	0,8765	50
Field et al. 2002 (Field 2002)	POMS	-0,0001	-0,8766	0,8765	0,8765	51
Field et al. 2002 (Field 2002)	CES-D	0,9396	0,0630	1,8161	0,8765	52
Field et al. 2002 (Field 2002)	sleep hours	0,9396	0,0630	1,8161	0,8765	53
Field et al. 2002 (Field 2002)	sleep movements	0,9396	0,0630	1,8161	0,8765	54
Field et al. 2002 (Field 2002)	pain	1,7538	0,8773	2,6304	0,8765	55
Field et al. 2002 (Field 2002)	fatigue	1,7538	0,8773	2,6304	0,8765	56
Field et al. 2002 (Field 2002)	stiffness	1,4296	0,5530	2,3061	0,8765	57
Field et al. 2002 (Field 2002)	physician assessment of disease	0,9396	0,0630	1,8161	0,8765	58
Field et al. 2002 (Field 2002)	physician assessment of pain	0,9396	0,0630	1,8161	0,8765	59
Field et al. 2002 (Field 2002)	no of tender points	1,4296	0,5530	2,3061	0,8765	60
Field et al. 2002 (Field 2002)	substance P	0,9396	0,0630	1,8161	0,8765	61
						62
						63
						64
Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	complication risk rate Tod Vergleich PTCA	-0,1262	-0,4002	0,1478	0,2740	65
Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	complication risk rate Tod Vergleich CABG	-0,1232	-0,3980	0,1515	0,2747	66
Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	complication risk rate Infarkt PTCA	0,5466	0,2726	0,8206	0,2740	67
Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	complication risk rate Infarkt CABG	0,7470	0,4723	1,0218	0,2747	68
Ballegaard et al. (Ballegaard 1996)	No anti-anginal medicine	0,0696	-0,2431	0,3824	0,3127	69

Anhang 4: Fail Safe Number

Zusammenfassungen für MIX

Dateneingabe: Handeingabe, Comparative, MD, 6 Studien

Eingabe: se = error bar aus MetaEasy /1,96

Ausgaben: Hier als Grafiken, weil bei Text nicht alles übergeben wird

DATA SET DETAILS (STATIC)					
Author(s)		Reference			
Outcome object	Unit	Association measure	Presumed causal factor	Control	Extra modifier
		MD			
Study ID	Ref #	MD	se	Study date	
Study01	1	0,1103	0,16826531		
Study02	2	0,2134	0,32658163		
Study03	3	1,0367	0,3430102		
Study04	4	0,3241	0,4594898		
Study05	5	0,9396	0,44719388		
Study06	6	0,0696	0,14015306		

Für *fixed effects*

INPUT SUMMARY						
MD (IV)					Fixed effect model	
Study ID	Study date	MD	95% CI	p	Weight bar	Weights (IV)
Study01		0,1103	-0,2195 to 0,4401	0,5121		31,03%
Study02		0,2134	-0,4267 to 0,8535	0,5135		8,24%
Study03		1,0367	0,3644 to 1,709	0,0025		7,47%
Study04		0,3241	-0,5765 to 1,2247	0,4806		4,16%
Study05		0,9396	0,0631 to 1,8161	0,0356		4,39%
Study06		0,0696	-0,2051 to 0,3443	0,6195		44,72%

Für *random effects (DL)*

INPUT SUMMARY						
MD (DL)					andom effects model	
Study ID	Study date	MD	95% CI	p	Weight bar	Weights (DL)
Study01		0,1103	-0,2195 to 0,4401	0,5121		26,16%
Study02		0,2134	-0,4267 to 0,8535	0,5135		14,03%
Study03		1,0367	0,3644 to 1,709	0,0025		13,18%
Study04		0,3241	-0,5765 to 1,2247	0,4806		8,67%
Study05		0,9396	0,0631 to 1,8161	0,0356		9,04%
Study06		0,0696	-0,2051 to 0,3443	0,6195		28,92%

fixed

META-ANALYSIS	
<u>General</u>	
Number of studies	6
Number of participants	Not available
<u>MD (IV) - Fixed effect model</u>	
Meta-analysis outcome	0,2151
95% CI lower limit	0,0314
95% CI upper limit	0,3988
z	2,2948
p-value (two-tailed)	0,0217
<u>Heterogeneity</u>	
Q	9,884
p-value (two-tailed)	0,0786
H	1,406
95% CI lower limit	1
95% CI upper limit	2,2312
I ²	49,41%
95% CI lower limit	0%
95% CI upper limit	79,91%

random

META-ANALYSIS	
<u>General</u>	
Number of studies	6
Number of participants	Not available
<u>MD (DL) - Random effects model</u>	
Meta-analysis outcome	0,3286
95% CI lower limit	0,0267
95% CI upper limit	0,6305
z	2,1334
p-value (two-tailed)	0,0329
<u>Heterogeneity</u>	
I ²	0,0624

EVIDENCE DISSEMINATION BIAS**General**

Current outcome measure	MD
Current weighting method	IV
Current model	Fixed effect
Original meta-analysis outcome	0,2151
95% CI lower limit	0,0314
95% CI upper limit	0,3988

Effect assessment

Rank correlation tau-b (continuity corrected)	0,5333
Ties	0
P-Q (se)	9 (5,3229)
z	1,5029
p-value (two-tailed)	0,1329
Regression method	Egger
Regressor weighting	None
Intercept	2,226
95% CI lower limit	-0,3896
95% CI upper limit	4,8416
p-value (two-tailed)	0,0774

Sensitivity analysis

Fail-safe N	10
Tolerance level	40
Trim-and-fill method (automatic)	L0
Number of imputed studies	3
Resulting meta-analysis outcome	0,0987
95% CI lower limit	-0,0718
95% CI upper limit	0,2693

random

EVIDENCE DISSEMINATION BIAS**General**

Current outcome measure	MD
Current weighting method	DL
Current model	Random effects
Original meta-analysis outcome	0,3286
95% CI lower limit	0,0267
95% CI upper limit	0,6305

Effect assessment

Rank correlation tau-b (continuity corrected)	0
Ties	0
P-Q (se)	0 (5,3229)
z	0
p-value (two-tailed)	1
Regression method	Egger
Regressor weighting	None
Intercept	2,226
95% CI lower limit	-0,3896
95% CI upper limit	4,8416
p-value (two-tailed)	0,0774

Sensitivity analysis

Fail-safe N	10
Tolerance level	40
Trim-and-fill method (automatic)	L0
Number of imputed studies	0
Resulting meta-analysis outcome	0,3286
95% CI lower limit	0,0267
95% CI upper limit	0,6305

Anhang 5: Interview mit Pia Staniek, ESI München

Wie wird die differenzierte Form der Berührung im Lehrkontext übertragen und entsprechend gemessen und kommuniziert? Im Ausbildungskontext schaffen Schulen in Europa Parameter, die objektivierbar sind. In diesem Kontext wurde eine europaweit agierende Schule nach ihren übertragbaren Parametern gefragt. Pia Staniek, ESI, dazu:

Als Lehrende schauen wir in den Lehr- und Prüfungssituationen körperlich* auf die eigene Stabilität und Ausrichtung: Sammlung und Stabilität im Becken-/Bauchraum und in den Beinen mit entspannten Kniekehlen und Leisten, gelöste Handgelenke, Ellbogen und Schultern,

- eine frei bewegliche Wirbelsäule einschließlich des Kopfes,
- eine Weite im Becken und im Rücken, ein Gefühl der Gemütlichkeit
- empfindend
- einen frei fließenden Atem,
- eine Öffnung der Körpervorderseite, also des Brustraumes, für die Bereitschaft
- zum Kontakt über die Hände.

Geistig und mental geht es um

- eine Bereitschaft zum Kontakt, im Sinne von -sich- abwarten können
- Gelassenheit, im Sinne von sich und das Gegenüber lassen und annehmen können, Präsenz und Authentizität
- Raum geben und räumliches dreidimensionales Berühren, um zu atmen, zu reagieren, sich wahrnehmen, anzuerkennen was ist, als Stärkung der Selbstakzeptanz und um nicht gleich in die Selbstkorrektur zu gehen und verändern zu wollen.

Auch die Absichtslosigkeit hat ihren Platz. Wir verstehen diese Ausrichtung in dem Sinne, dass kein vorgegebenes Ziel erreicht werden soll oder muss. Der Sache dienen, also Kontakt zu sich und dem Gegenüber entwickeln, sich anders oder neu entdecken, sich entfalten dürfen. Mit dem, was ist, mitgehen. Es hat etwas Einladendes, Müheloses. Unter Berührungsqualität achten wir auf

- eine gelöste, offene Berührung, die sich durch die körperliche und geistige Ausrichtung ergibt,
- weiche Hände, Daumen und Knie,
- Tiefe, als Bereitschaft sich einzulassen, sowohl geistig/ seelisch als auch
- berührend,
- Annähern im Sinne von keine Plötzlichkeit im Kontakt, ohne Zweifel

Sich des Berührens bewusst sein: den Ort, die Stelle, den Menschen meinen, nicht das Konzept realisieren wollen (wie Meridianverläufe abzuarbeiten, Energieausgleich zu verfolgen, Körpertechniken applizieren)

Wir berühren über die Hände hinaus. Der Unterschied liegt meines Erachtens im räumlichen Berühren. In der Massage berühren wir definierte Strukturen wie Muskeln, Sehnen, Bänder. Im Shiatsu bewegen wir uns jenseits definierter Strukturen und arbeiten mit dem Atem, der Lebendigkeit, den Zwischenräumen wie den Faszien und Zellverbänden und der Leere an sich, also dem nichtdefinierten Unbekannten. Wir berühren das Leben. Im Berühren achten wir darauf, was uns berührt. So sind die Hände Rezeptoren, Wahrnehmungsorgane und Kommunikatoren. Wesentlich ist, ob Kontakt entsteht. Das ist erfahrbar und prüfbar.

Anhang 6: Online gestellte/verfügbare Anhänge¹³⁵

ANME Association of Natural Medicine in Europe e. V. (2014): *Political Definition of Complementary*. PDF, online nicht mehr verfügbar.

Protokoll meta1 (2015): Protokoll meta1data, meta1results, meta1summery, meta1models.

ESI Berlin (2013): *Unterrichtsskripte (Stufe 1–3)*. Zu Schulungszwecken verwendetes Material am Europäischen Shiatsu Institut Berlin.

Itin, P. (2015a): KomplementärTherapie als Beruf. Unveröff. Buchms. Auszug.

Itin, P. (2015b): Mail-Interview mit Peter Itin, Shiatsu-Therapeut und Berater des Vorstands der SGS.

Köchling-Dietrich, R. (2013): „Shiatsu – ein japanischer Beruf in Deutschland“. Kongressvortrag.

Schröder, H. (2012): *Die Begegnung der Heilkulturen – Möglichkeiten und Grenzen transkulturellen Transfers*. Vortrag, zur Verfügung gestellt am 3.4.2012. Korrigierte Fassung.

135 Serverlink:
http://www.shiatsu.de/berlin/index.php?option=com_user&view=login&return=aHR0cDovL3d3dy5zaGlhdHN1LmRIL2Jlcmxpbj9zaGlhdHN1LWF1c2JpbGR1bmcvaW50ZXJuZXItYmVyZWJjaA==.
(Benutzername: download, Passwort: esiberlin)

Wissenschaftlicher Werdegang

Zur Person

Andrea Kleinau
geboren am 12. Juli 1970 in Berlin
1 Kind (2006)

Höchster Schulabschluss

2003–2006 Diplom-Kommunikationswirtin (Auszeichnung), HTW Berlin

Studien und Qualifizierungen

2010–ff. Lehrtätigkeit Fachbereich Wirtschaft
Redaktionelle Tätigkeit im Gesundheitswesen
Leitung Ausbildungsinstitut im Bereich alternativer Verfahren v.a.
Shiatsu, im Kontext Weiterbildung in Statistik und Politik
2003–2010 Ausbildung zur Shiatsu-Behandlerin

Berufliche Tätigkeiten

2010–ff. Leitung Ausbildungsinstitut, Lehrtätigkeit Fachbereich Wirtschaft
2003–2010 Shiatsu-Behandlerin
1997–2010 Tätigkeiten im Bereich Wirtschaftskommunikation –
Öffentlichkeitsarbeit als Redakteurin und Werbekauffrau bei RBB,
Filmproduktionen, politischen und wirtschaftlichen Organisationen

Freiberufliche Tätigkeit

seit 2008 Leitung Europäisches Shiatsu Ausbildungsinstitut Berlin
seit 1995 Begleitende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, projektorientiert

Engagement/Mitgliedschaften

seit 2007 Förderverein Kita im Blumenviertel
seit 2011 Förderverein Grundschule im Blumenviertel

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Dissertation selbst und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel und Literaturstellen habe ich nicht verwendet.

Berlin, den 30.4.2016

Andrea Kleinau