

Medizinischer Pluralismus und Professionalisierung

- Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan -

**Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaften
(Dr. rer. soc.)**

Vorgelegt von

Cheng, Huei-chu (鄭惠珠)

**an der
Fakultät für Soziologie
Universität Bielefeld**

**Gutachter:
Prof. Dr. Gunnar Stollberg
Prof. Lutz Leisering Ph. D.**

Bielefeld, Januar 2003

Die Vorliegende Dissertation wurde an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld im Wintersemester 2002/2003 auf Antrag von Prof. Dr. Gunnar Stollberg angenommen und das Promotionsverfahren durch die mündliche Prüfung am 17. Januar 2003 abgeschlossen.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier nach ISO 9706

Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis	ii
Vorwort	x
Anmerkungen zur Chinesischen Terminologie	1
Einleitung	2
Aufbau der Arbeit	6
I. Begriffsdefinitionen und Forschungsansätze	7
II. Fragestellung und Quellensituation	63
III. Konzept und Struktur der Chinesischen Medizin	72
IV. Entwicklung des Gesundheitswesens auf Taiwan vor dem Ende des 19. Jahrhunderts	85
V. Entwicklung des Gesundheitswesens auf Taiwan während der japanischen Kolonialzeit	94
VI. Der medizinalpolitische Einfluß des chinesischen Festlandes auf Taiwan - Entwicklung der TCM vom Ende des 19. Jahrhunderts bis 1949	117
VII. TCM in Taiwan nach Gründung der Republik China bis zu den 1970er Jahren ..	135
VIII. Legitimierung und Institutionalisierung der TCM seit den 1970er Jahren	160
IX. Einfluß der Etablierung der Krankenversicherung auf Institutionalisierung und Standardisierung der TCM	211
X Verwissenschaftlichung als Perspektive für die TCM - Integration und Pluralismus	248
XI. Zusammenfassende Schlußbetrachtung	284
Anhang: Personaldaten der Interviewpartner	292
Quellen- und Literaturverzeichnis	295
Chinesisches Namens- und Begriffsverzeichnis	317

Inhaltsverzeichnis

Anmerkungen zur Chinesischen Terminologie	1
Einleitung	2
Aufbau der Arbeit	6
I. Begriffsdefinitionen und Forschungsansätze	7
1 Begriffsdefinitionen	7
1.1 Biomedizin	8
1.2 Traditionelle Medizin	9
1.3 Alternative und Komplementäre Medizin	10
1.4 Volksmedizin	11
1.5 Ganzheitliche Medizin	13
1.6 Gesundheit	14
1.7 Applikation der Begrifflichkeiten auf die Situation in Taiwan	16
2 Medizinische Konzepte im Wandel	18
3 Medizinischer Pluralismus	20
3.1 Modell des medizinischen Pluralismus von Leslie und Landy	21
3.2 Interaktionen zwischen Medizinsystemen nach Kleinman	22
3.3 Neuer medizinischer Pluralismus	26
3.4 Kritische Rezeption der Forschungen über medizinischen Pluralismus	30
4 Profession und Professionalisierung	33
4.1 Biomedizin als Profession	34
4.2 Professionalisierung als sozialer Prozeß.....	36
4.3 Professionalisierung der alternativen Medizin	41
4.3.1 Auswirkungen der Professionalisierung der Biomedizin	41
4.3.2 Revitalisierung der einheimischen Medizin als Vorprozeß der Professionalisierung	42
4.3.3 Probleme der Professionalisierung der alternativen Medizin.....	42
4.4 Zusammenfassende Überlegungen zu Professionalisierung und medizinischem Pluralismus	44
4.4.1 Anwendungsmöglichkeiten von Professionalisierungsmodellen auf andere Heilformen	44
4.4.2 Überlegungen zur Professionalisierung der alternativen Medizin innerhalb des medizinischen Pluralismus	46
5 Forschungsansätze in der Chinesischen Medizin	48
5.1 Begrifflichkeiten und Arbeitsbereiche	48
5.1.1 Erklärungsmodell in den 1970er Jahren	48
5.1.2 Perspektiven von Ots, Unschuld und Scheid	50
5.1.3 Medizinanthropologische Perspektive von Hsu	51
5.1.4 Applikation des Begriffs „Chinesische Medizin“ auf die Situation in Taiwan	53
5.2 Forschungssituation	54
5.2.1 Chinesische Medizin in westlichen Ländern	55
5.2.2 Chinesische Medizin in China und Taiwan - Verhältnis der Chinesischen Medizin zur Biomedizin.....	56
5.3 Probleme der Sozialforschung über Chinesische Medizin	61

II. Fragestellung und Quellsituation	63
1 Fragestellung und Analysemodell	63
2 Quellen	68
2.1 Dokumentenanalyse	68
2.2 Interviews	69
III. Konzept und Struktur der Chinesischen Medizin	72
1 Unterschied zwischen Biomedizin und Chinesischer Medizin	72
2 Konfuzianismus, Taoismus und Chinesische Medizin	73
3 Philosophie und Körperbilder in der Chinesischen Medizin	74
4 Medizin und Lebensführung	76
5 Heilkonzepte und Krankheitsmodell	77
6 Erklärungs- und Heilungsmodell für geistige, parasitäre und ansteckende Krankheiten	78
7 Diagnostik und medizinische Ethik.....	79
8 Vorgeschichte der Arbeitsteilung in der Chinesischen Medizin	81
9 Wandel des sozialen Status der Chinesischen Mediziner	82
IV. Entwicklung des Gesundheitswesens auf Taiwan vor dem Ende des 19. Jahrhunderts	85
1 Einwanderung der Chinesen	85
2 Medizinische Versorgung vor Ende des 19. Jahrhunderts	86
2.1 Gesellschaftliche Zustände im damaligen Taiwan	86
2.2 Medizinische Ressourcen im damaligen Taiwan	87
3 Die Zeit der Missionare - Kontakte mit der Biomedizin	89
3.1 Einführung der Biomedizin durch Missionare	89
3.2 Chinesische Medizin aus der Sicht des Missionars	91
V. Entwicklung des Gesundheitswesens auf Taiwan während der japanischen Kolonialzeit	94
1 Die Lebensbedingungen aus der Sicht der Japaner	94
2 Durchführung der Medizinalpolitik.....	95
2.1 Entwicklung der Medizinalpolitik in Japan als Vorbild	95
2.2 Das Prinzip der hygienischen Kontrolle	96
2.2.1 Hygienepolitik	96
2.2.2 Seuchenbekämpfung	97
3 Aufbau der Biomedizin	98
3.1 Zusammensetzung des Medizinalpersonals	98
3.2 Akzeptanz traditioneller Heiler bei Seuchengefahr	99
3.3 Etablierung des Ausbildungssystems	100
3.4 Wandel des sozialen Status des Medizinberufs	101
4 Regulierung der traditionellen Medizin in der japanischen Kolonialzeit	103
4.1 Einschränkungen	103

4.2 Engagement von TCM-Heilern	105
4.3 Wissenschaftliche Forschungen über Chinesische Medizin	106
4.4 Untergeordnete indigene Heilformen	107
5 Bewertung der Ergebnisse der medizinischen Versorgung während der Kolonialzeit ..	108
5.1 Situation der ärztlichen Versorgung	108
5.2 Lebenserwartung in Taiwan	111
5.3 Möglichkeiten einer Existenz der Chinesischen Medizin	111
6 Resümee	112

VI. Der medizinalpolitische Einfluß des chinesischen Festlandes auf Taiwan -

Entwicklung der TCM vom Ende des 19. Jahrhunderts bis 1949	117
1 TCM und Biomedizin vor Gründung der Republik China	118
1.1 Niederlage der chinesischen Tradition gegen die westlichen Mächte	118
1.2 Konfrontation zwischen TCM und westlicher Medizin	119
1.3 Versuch einer Verwissenschaftlichung der TCM	121
1.4 Etablierung der Biomedizin	122
2 Gesundheitspolitik und TCM in der Republik China	124
2.1 Aufbau eines biomedizinisch orientierten Ausbildungssystems	124
2.2 Zurückdrängung der Chinesischen Medizin	125
2.3 Widerstand der TCM-Mediziner	127
2.4 Angriffe der Biomediziner gegen das Institut für Nationalmedizin	128
2.5 Chinesische Medizin als kulturelle Überlieferung Nationalchinas	129
2.6 Versuche einer Integration biomedizinischer Erkenntnisse in die TCM	129
2.7 Anerkennung durch die Gesetzgebung	130
2.7.1 Gesundheits- und Erziehungsministerium	130
2.7.2 TCM im Arztrecht	131
3 Resümee	132

VII. TCM in Taiwan nach Gründung der Republik China bis zu den 1970er Jahren

.....	135
1 Soziale Hintergründe für die Entwicklung eines medizinischen Pluralismus	136
2 Verwaltung des Gesundheitswesens	138
3 Regierungsmaßnahmen zur Schaffung von medizinischem Personal	139
4 Weitere Expansion von medizinischem Personal durch die Gesetzgebung	141
4.1 Lizenzmöglichkeiten für TCM-Mediziner nach dem alten Arztrecht	141
4.2 Eine andere Lizenzmöglichkeit für TCM-Mediziner - die Sonderprüfung	142
5 Verhältnis zwischen TCM-Medizinern, Biomedizinern und Gesundheitspolitik	144
6 Forderung nach strengen Qualifikationskriterien durch die Biomedizin	146
6.1 Revisionsvorschlag zur Reform des Arztrechts	146
6.2 Verzögerung der Arztrechtsreform	147
7 Vorstöße zur Qualifizierung von TCM-Medizinern nach dem biomedizinischen Vorbild	149
8 Organisationsformen der Chinesischen Medizin	150

8.1	Gründung der TCM-Ärzttekammern	151
8.2	Etablierung des Ausbildungs- und Forschungssystems	152
8.2.1	Die Hochschule für Chinesische Medizin	152
8.2.2	Forschungsinstitut für Chinesische Medizin	154
8.3	Regulierung von TCM-Apotheken	155
9	Dilemma der Anwendung der Chinesischen Medizin	156
10	Resümee	157
VIII. Legitimierung und Institutionalisierung der TCM seit den 1970er Jahren		160
1	TCM-Ärzttekammer	162
1.1	Sozialstruktur der Mitglieder	162
1.2	Verstärkte Aktivität seit 1992	163
2	Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin innerhalb der Zentralbehörde für das Gesundheitswesen	165
3	Legitimierung der TCM-Mediziner	168
3.1	Nachprüfung für akademisch ausgebildete TCM-Mediziner	169
3.2	Reform der Sonderprüfung für TCM-Lehrlinge	172
3.2.1	Qualifikationsprüfung	173
3.2.2	Lizenzierung durch die Sonderprüfung für TCM-Mediziner	174
3.2.3	Problem der Qualitätskontrolle	175
3.3	Einschränkung der Praxismöglichkeiten	176
4	Institutionalisierung der Ausbildung in TCM	179
4.1	Ausdehnung des China Medical College	180
4.1.1	Studiengangsreform	180
4.1.2	Etablierung eines Post-Bachelor Studiengangs	182
4.1.3	Graduiertenkolleg für Chinesische Medizin	183
4.1.4	Angebote von Fortbildungskursen	184
4.2	Gründung des Fachbereichs für Chinesische Medizin an der privaten Hochschule	185
4.3	Aufbauplan eines staatlichen Ausbildungssystems für TCM	185
4.3.1	Aufbaugründe	185
4.3.2	Verzögerung des Aufbauplans	186
4.3.3	Staatlich finanzierter Studiengang für ein Graduiertenkolleg	187
5	Krankenhäuser für Chinesische Medizin	188
5.1	Gründung öffentlicher Krankenhäuser für Chinesische Medizin	189
5.2	Private Krankenhäuser für TCM	191
5.3	TCM-Abteilung in dem privaten Chang-Geng Medizinzentrum	192
5.4	Zusammenarbeit von TCM und Biomedizin	194
6	Forschungsinstitut für Chinesische Medizin	195
7	Marginalisierung der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel	197
7.1	Beschränkte Ausbildung und Arbeitsfelder der Beschäftigten in TCM- Heilmittelläden	198
7.2	Konflikt um die Anerkennung der Qualifikation der Händler für TCM-Heilmittel	198
8	Ausgrenzung der Volksmediziner	200
8.1	Regulierung der Bone-setters	201
8.2	Regulierung der Volksmediziner	203

8.3 Ausbildungsmöglichkeit für Volksmediziner und Bone-setter - Konflikt mit der TCM	206
9 Resümee	207

IX. Einfluß der Etablierung der Krankenversicherung auf Institutionalisierung und Standardisierung der TCM	211
1 Abriß der Entwicklung der Krankenversicherung in Taiwan	212
2 Standardisierungsprobleme innerhalb der TCM	215
2.1 Fachdisziplinen der TCM	216
2.2 Einrichtungsstandard der TCM-Krankenhäuser	220
2.3 Kategorisierung von Krankheiten in der TCM	222
2.4 Standardisierung von TCM-Heilmitteln	223
2.5 Standardisierung der Patientenbehandlung	225
3 Versuchsmodell der Integration der TCM in die Krankenversicherung	225
3.1 TCM in der Krankenversicherung für Arbeitnehmer	226
3.2 TCM in der Krankenversicherung für Beamte und Lehrer	227
3.3 Umfang und Grenzen der Integration	228
4 Positionen der Akteure bezüglich einer Standardisierung und Integration der TCM in die National Health Insurance (NHI)	230
4.1 Expertenmeinungen innerhalb der NHI-Forschung	230
4.2 Befragungsergebnisse der NHI-Forschung	231
4.3 Gegensätzliche Auffassungen von Biomedizinern, TCM-Ärzten und der NHI-Planungsgruppe	233
5 Integration der TCM in die National Health Insurance (NHI)	236
5.1 Vergütungssystem für die TCM	236
5.2 Einschränkung der Benutzung von Untersuchungsgeräten und der Behandlung durch TCM-Ärzte	237
5.3 Versuchsmodell einer NHI-Finanzierung der stationären TCM-Behandlung	238
5.3.1 Durchführung des Versuchsmodells durch die NHI	239
5.3.2 Beispiel des Versuchsmodells einer stationären TCM-Behandlung in einem privaten Krankenhaus	239
5.4 TCM-Krankenhaus als komplementäre Nutzungsform für die NHI	241
5.5 Ausgrenzung der TCM-Heilmittelhändler und -Geschäftsleute	242
5.6 Folgen der Integration der TCM in die NHI	243
6 Resümee	244

X Verwissenschaftlichung als Perspektive für die TCM - Integration und Pluralismus	248
1 Analyse des sozialen Hintergrundes der Interviewpartner	249
2 Verwissenschaftlichung der TCM	251
2.1 Unterstützung der Verwissenschaftlichung der TCM durch die politisch Mächtigen	252
2.2 Ansichten zur Verwissenschaftlichung der TCM	253
3 Verhältnis der TCM zur Biomedizin	262

3.1 Kooperation zwischen TCM und Biomedizin	263
3.2 Integration der TCM in die Biomedizin - Integration der Biomedizin in die TCM	265
3.3 Vereinheitlichung von TCM und Biomedizin - eine neue Medizin	266
3.4 Kooperation, Integration, Vereinheitlichung und ihre praktische Umsetzung	268
3.5 Debatten aus Sicht der Biomedizin	270
3.5.1 Sicht eines TCM-Verwaltungssprechers	271
3.5.2 Sichtweise der übrigen Biomediziner	272
4 Die Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin	274
5 Nachfragesituation im TCM-Bereich	276
6 Diskussion	281
XI. Zusammenfassende Schlußbetrachtung	284
Anhang: Personaldaten der Interviewpartner	292
Quellen- und Literaturverzeichnis	295
Englische und deutsche Literatur	295
Chinesische Literatur	302
Zeitungsartikel	313
Internetadressen und -dateien	313
Amtliche Dokumente und Sitzungen	316
Chinesisches Namens- und Begriffsverzeichnis	317
Chinesische Personennamen	317
Begriffe und Namen auf Chinesisch	318
Begriffe und Namen in der Chinesischen Medizin	319
Namen der Japaner	321

Verzeichnis der Abbildung und Tabellen

Abbildung 1: Analysemodell der Chinesischen Medizin und der Einfluß der Akteure bei ihrem Professionalisierungsprozeß	65
Tabelle 1 Zahl der Mediziner und medizinischen Heilpersonen	114
Tabelle 2 Zahl der Totesfälle ausgewählter epidemischer Krankheiten bezogen auf die Bevölkerung Taiwans	115
Tabelle 3 Mortalität ausgewählter epidemischer Krankheiten bezogen auf die Bevölkerung Taiwans (pro tausend Einwohner)	116

Abkürzungsverzeichnis

CMC	China Medical College
GMP	Good Manufacturing Practices
KMT	Koumintang
NHI	National Health Insurance
PRC	People's Republic of China
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
VfCM	Verwaltung für Chinesische Medizin
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZfG	Zentralbehörde für Gesundheit

Vorwort

Auf dem langen Weg von der Konzeption bis zur Fertigstellung dieser Arbeit haben mich viele hilfreiche Personen unterstützt, bei denen ich mich ganz herzlich bedanken möchte.

Die Anregung, das vorliegende Thema zu bearbeiten, erhielt ich von meinem Betreuer Herrn Professor Gunnar Stollberg. Ohne seine kritische und konstruktive Begleitung hätte diese Arbeit nicht abgeschlossen werden können. Besonders seine kreative Denkweise, Hilfsbereitschaft und Warmherzigkeit hat mich bei so viele Male aus der Sackgasse meiner Gedanken und aus der Arbeitsfrustration geholt.

Danken möchte ich auch für die Hilfe von Herrn Professor Lutz Leisering Ph. D., der sich freundlicherweise als zweiter Betreuer dieser Arbeit zur Verfügung gestellt hat.

Bei der Finanzierung dieses Auslandsstudium bedanke ich mich beim Erziehungsministerium der Republik China, Taiwan, das mich durch ein vierjähriges Stipendium unterstützt hat. Ferner halfen mir die anschließenden Zuschüsse meiner ehemaligen Arbeitsstelle Meiho-College.

Als Ausländerin, die eine Doktorarbeit in deutscher Sprache verfaßt, danke ich Herrn Dr. Ingo Tamm. Von ihm wurde das Manuskript dieser Arbeit gelesen und stilistisch verbessert. Über viele chinesisch-deutsche Begrifflichkeiten und Übersetzungsprobleme hat er geduldig mit mir diskutiert. Meine Freunde, Frau Karin Kleinherbers und Herr Werner Robbers haben einen großen Teil des Manuskripts ein zweites Mal korrigiert.

Die Diskussion mit Herrn Dr. Thomas Kurtz hat mir Anregungen bezüglich des theoretischen Teils gegeben. Ohne die Hilfsbereitschaft aller Interviewpartner in Taiwan, die ihre Zeit für die ausführlichen Interviews zur Verfügung stellten, wäre die Erstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Meinen taiwanesischen Kommilitoninnen und Kommilitonen in Bielefeld danke ich für die vielseitigen Diskussionen, die mich zu neuen Ideen inspiriert haben.

Nicht zuletzt möchte ich auch meinen Eltern erwähnen, die mir stets eine geistig-moralische Stütze gewesen sind und die mir von zu Hause nur gute Nachrichten mitgeteilt haben, damit ich mir keine Sorgen machen muß.

Anmerkungen zur Chinesischen Terminologie

Für die Bezeichnung der chinesischen Wörter fand das Pin-yin-System des Han-Schriftzeichens (Han-zi Pin-yin) Verwendung. In dem Pin-yin-Namenverzeichnis im Anhang werden die ursprünglichen chinesischen Wörter angegeben. Da in Taiwan bis heute das Zhu-yin-System gebräuchlich ist, dessen Buchstaben mit den lateinischen Buchstaben nicht identisch sind, ist die Anwendung des Zhu-yin-Systems dazu nicht in der Lage. Wissenschaftler in Europa, zumindest Experten für Chinesische Medizin und auch die Sinologen verwenden das Pin-yin-System, um die Chinesischen Termini wenigstens aussprechbar zu machen. Aufgrund der Überlegungen hinsichtlich des Verständnisses und der Vereinheitlichung der chinesischen Ausdrücke wurde daher auf das Zhu-yin-System bewußt verzichtet.

Das chinesische Sprachsystem hat einen völlig anderen Aufbau als das lateinische System, denn in der chinesischen Sprache wird für jedes Wort nur eine Silbe benutzt, die ihre eigene Bedeutung hat. Dennoch können einige Wörter zu einem Begriff kombiniert werden, kann sich die Bedeutung jedes Wortes ändern. Damit dies nicht zur Verwirrung führt, werden die Wörter eines Begriffs mit Bindestrich verbunden.

Die chinesischen Schriftzeichen werden nicht mit den vereinfachten Schriftzeichen der Volksrepublik China geschrieben, sondern mit den in Taiwan üblichen nicht vereinfachten Form der chinesischen Schriftzeichen. Durch die 50 jährige Spaltung zwischen China und Taiwan sind einige chinesische Ausdrücke nicht identisch, aber die Bedeutung bleibt die gleiche. Wegen dieses Unterschiedes bitte ich die Leser um Verständnis, falls Sie mehr an die Ausdrucksweise in der Volksrepublik gewöhnt sind.

Einleitung

Es scheint wie eine sprichwörtlich verkehrte Welt: In den reichen Industrienationen der westlichen Welt, den Hochburgen der Apparatedizin suchen immer mehr Menschen Hilfe bei Akupunkteuren. Kranke und Gestresste kuren nach den Regeln der indischen Gesundheitslehre Ayurveda, sammeln sich bei japanischer Zen-Meditation und glauben an die Heilkraft von Kristallen und exotischen Kräutermischungen. Wie in einer Reportage in Deutschland berichtet wird, setzen in Umfragen fast zwei Drittel der erwachsenen Bundesbürger und die Mehrheit der Amerikaner auf die Wirkung einer „sanften, alternativen Medizin“, wobei unter diesem Begriff so ziemlich alles verstanden wird, von esoterischen Heilweisen, indischen, tibetischen und keltischen Ursprungs bis hin zur Chiropraktik und Homöopathie. Geradezu sprunghafte Steigerungen hat die alternative Medizin bei den Reiki-Meistern in den USA. Besonders die „Reichen und Berühmten“ drängen in die Praxen von Schamanen, Geistheilern und Alternativ-Ärzten. Im Zuge dieser Entwicklung - von Biomedizinern als „Rückkehr zu irrationalen Ansätzen“ angefeindet - sind zahlreiche Ausbildungsstätten für Ärzte und Laien in z. B. England, Deutschland, auch in den USA eröffnet worden. David Morris sieht darin Anzeichen einer Herausbildung einer „postmodernen Gesundheitsfürsorge“, obwohl nur wenige ethnomedizinische Heilmethoden im Sinne westlicher Medizin als wissenschaftlich gelten.¹

Besonders starken Anklang findet dabei die Chinesische Medizin. Der Medizinanthropologe Volker Scheid spricht von einer „Globalisierung der Chinesischen Medizin“.² Diese Heilkunde wird heute von mehr als 300.000 Ärzten und Heilern auf der ganzen Welt angewandt. In Deutschland erstatten Krankenkassen teilweise die Kosten einer Akupunkturbehandlung.

In Ländern mit langen Heiltraditionen wie China und Indien vertrauen derweil immer mehr auf die Segnungen der westlichen Medizin. Als moderne Menschen wissen sie, daß sich seit den Zeiten der Gründerväter der modernen Medizin (Schulmedizin, bzw. Biomedizin) die durchschnittliche Lebenserwartung in den industrialisierten Ländern nahezu verdreifacht hat, Infektionskrankheiten wie Cholera, Pest und Pocken praktisch verschwunden und Tuberkulose, Grippe oder sogar AIDS beherrschbar geworden sind.³ Solche medizinischen „Wunder“ zeigten auch in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern Wirkung. Hier erwies sich die Biomedizin einerseits als wirkungsvolle Medizin, andererseits galt sie als mit der Kolonialherrschaft eindringende

¹ Morris, David B. 1994, zit n.: Müller, Rolf S. 2000: 157.

² Siehe Scheid, Volker: The Globalisation of Chinese Medicine, in: The Lancet 2000 (354), Suppl. 4, v. 18.12.1999.

³ Siehe Müller, Rolf S. 2000: 156-158.

Fremdkultur. Die Einschätzung der traditionellen Medizin schwankte hier zwischen positiv besetzter „Eigenkultur“ und negativ besetzter „unwissenschaftlicher Quacksalberei“.

Um die Fortexistenz der traditionellen Medizin in der modernen Gesellschaft zu verstehen, müssen wir die Beziehungen zwischen industrialisierten Ländern und den weniger industrialisierten Ländern vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zum 20. Jahrhundert berücksichtigen. Für den medizinischen Fortschritt in den industrialisierten Staaten Europas und Nordamerikas wirkten Ende des 19. Jahrhunderts die Entwicklung der Bakteriologie und die darauf beruhenden hygienischen Maßnahmen als entscheidender Impuls.

Die Konfrontation der weitgehend agrarisch geprägten afrikanischen und asiatischen Länder mit der Kultur der westlichen Industriestaaten hatte ihre Ambivalenz. Einerseits bedeutete dies wirtschaftliche Ausbeutung, politische Unterdrückung und Verdrängung der politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Traditionen. Andererseits waren besonders die gesellschaftlichen Eliten in diesen Regionen von der westlichen Technik und Wissenschaft fasziniert, die im Vergleich mit ihren einheimischen Systemen effizienter erschienen. Die Medizin zeigte bei der Bekämpfung tropischer Erkrankungen größere Erfolge als die einheimischen Heilmethoden. Während sich die Modernisierung in den industriellen Ländern sprunghaft weiterentwickelte, hinkten die damaligen kolonisierten und halbkolonisierten Länder hinterher.

Auf medizinischem Gebiet zeigte sich eine Konfrontation zwischen kulturellem Erbe und Modernisierung in Indien, China und Japan mehr auf der politischen Ebene und weniger als Problem der medizinischen Wissenschaft. Die Befürworter eines nationalen Kulturerbes kritisierten die vom Westen beeinflussten Eliten wegen der Unterstützung der Kolonialmächte; dagegen wurden sie von den modernen Eliten als rückschrittlich angesehen. Der Mangel an westlichen Fachkräften sicherte die Fortexistenz der traditionellen Medizin (Schmädel 1989: 110; Oberländer 1991, 1995; Xu 1997; Ots 1987: 27).

Seit den 1970er Jahren, als in den USA und Westeuropa über die Defizite der Biomedizin und ihre unkontrollierbare monopolisierte professionelle Macht debattiert und eine Selbstbestimmung der eigenen Gesundheit eingefordert wurde (Illich 1995 (1976)), entstand eine bei Teilen der neuen Mittelschichten populäre ganzheitliche Sichtweise der Medizin. Besonders das „alternative Milieu“ Westeuropas und Nordamerikas suchte in der Medizin anderer Kulturen nach Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung, insbesondere auch in der Chinesischen Medizin. Durch die Öffnungspolitik des kommunistischen China seit Ende der 1970er Jahre konnte die Chinesische Medizin ihre

„Heilwunder“ global vermarkten, so daß sich hier ein neuer Weg der „alternativen Medizin“ anbot (Unschuld 1997).

Die Befürworter der Chinesischen Medizin beanspruchen naturgemäß ein Heilvermögen für ihren therapeutischen Ansatz; einige Anhänger haben sogar zeitweilig und ohne Rückgriffsmöglichkeiten auf eine noch so schmale Grundlage empirischer Daten ebenfalls einen Ausschließlichkeitsanspruch erhoben, wenn nicht für die Behandlung aller menschlichen Leiden, so doch für bestimmte Krankheiten, die der Westlichen Medizin nicht zugänglich sind (Unschuld 2000: 43).

Seit den 1970er Jahren konnte sich die Chinesische Medizin in Europa und den USA zu einer ernstzunehmenden Konkurrenz der Schulmedizin (Biomedizin) etablieren. Demgegenüber ist durch einen längeren Entwicklungsprozeß in China die Bildung einer einheitlichen Medizin gefördert worden, da sie sinnvolle theoretische und praktische Elemente der traditionellen Chinesischen Medizin in die naturwissenschaftlich begründete Medizin einzubeziehen versucht (Unschuld 2000: 46). Die Chinesische Medizin in China integriert nicht nur Elemente der Biomedizin, sondern schafft nach ihrem Vorbild eine eigene Medizinprofession. Dieser Vorgang wurde als „Erfolgsmodell“ für die Entwicklung anderer Formen der traditionellen Medizin hingestellt, indem er als Beweis dafür diene, daß die traditionelle Medizin in die westliche Medizin integriert sein kann. 1977 bemühte sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sogar ein Programm einzuführen, um die Entwicklung und Förderung der traditionellen Medizin zu koordinieren.⁴ Das Ziel dieses Programms lag in einer Integration von traditioneller und westlicher Medizin. Professionalisierung und Verwissenschaftlichung spielten dabei die entscheidende Rolle. Die Akupunktur diene dabei als mustergültiges Beispiel einer Integration in die Biomedizin (WHO 1978: 30f.).

Dennoch muß, wie Unschuld kürzlich geäußert hat, über die unterschiedliche Entwicklung der Chinesischen Medizin in Europa und den USA wie auch in ihren Ursprungsländern nachgedacht werden. Dabei soll auf unterschiedliche historische und kulturelle Bedingungen mit jeweils unterschiedlicher politischer Zielsetzung in Rücksicht genommen werden (Unschuld 2000: 46). Während es in Europa und den USA eine Begeisterung für natürliche, chemiefreie Arzneien und für technologiefreie, direkte Arzt-Patienten-Kontakte in Diagnostik und Therapie gibt, darunter auch für die Ganzheitlichkeit der Chinesischen Medizin, spielen solche Erwägungen in China momentan keine wahrnehmbare Rolle (Unschuld 2000: 49).

⁴ Siehe World Health Organization, The Promotion and Development of Traditional Medicine, Technical Report Series 622, 1978.

Parallel zu China entwickelte sich die Chinesische Medizin in Taiwan auf ihre eigene Art. Die Insel Taiwan, ab dem 17. Jahrhundert von Chinesen besiedelt, hat seit 300 Jahren eine chinesische Kultur, die auch die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch die Chinesische Medizin umfaßte. Die medizinische Tradition wurde hier bereits um 1900 gebrochen. Seit den 1860er Jahren lernte die Bevölkerung die westliche Medizin durch ausländische Missionare kennen. Ab Anfang des 20. Jahrhunderts hielt in Taiwan - seit 1895 eine Kolonie des inzwischen industrialisierten Japan - diese westliche Medizin Einzug. Nach der Machtübernahme der Nationalchinesen im Jahr 1945 wurde die Chinesische Medizin wieder als nationales Kulturerbe gefördert. Wegen ihrer Verwurzelung in der chinesischen Kultur, Religion und Philosophie und als politische Demonstration gegen das kommunistische China wurde sie in dem hoch verwestlichten Gesundheitssystem Taiwans zunächst toleriert. Die Existenz zweier oder mehrerer paralleler Medizinsysteme ohne Aufsicht und Kontrolle sah ein deutscher Beobachter Mitte der 70er Jahre als Gefährdung der Gesundheit der Patienten an (Unschuld 1976: 305). Kleinman argumentierte dagegen, daß dadurch die Laien bei ihrer Entscheidung über ihre gesundheitliche Versorgung über mehr Autonomie als den USA oder Großbritannien verfügen, wo die medizinische Behandlung und der Medikamentenverkauf streng durch Gesetz geregelt sind (Kleinman 1980: 68).

Die Welle der alternativen Medizin in Europa und den USA seit den 1970er Jahren verbesserte die Situation der Chinesischen Medizin in Taiwan, indem ihre Integration in das Gesundheitssystem gelang. Dennoch läßt sich ihre Stellung weder mit der alternativen Medizin im Westen, noch mit der in China vergleichen. Denn dort wird sie von der Regierung gefördert, da nicht genügend biomedizisch qualifiziertes ärztliches Personal zur Verfügung steht und es an technischer Ausstattung mangelt. In Taiwan läßt sich eine besondere Entwicklung beobachten: Anders als in China gingen die Impulse zur Professionalisierung und Verwissenschaftlichung von den Chinesischen Medizinern selbst aus. Anfangs ging es ihnen um die Aufrechterhaltung ihrer Tradition, danach um ihre Gleichberechtigung mit der Biomedizin und seit einigen Jahren um die Integration von Chinesischer Medizin und Biomedizin. Besonders Wissenschaftler, deren Forschungsgegenstand die Chinesische Medizin war, bemühten sich um eine Integration der beiden Medizinformen (Chi 1994). Anhand dieser außergewöhnlichen Entwicklung in Taiwan läßt sich durch Analyse der Kommunikation zwischen den Akteuren nachweisen, wie eine traditionelle Medizin auf nationaler Ebene mit entsprechendem kulturellem Hintergrund Strukturen des biomedizinischen Systems integriert und mit Professionalisierung und Verwissenschaftlichung eine Machtstellung im Gesundheitswesen zu erhalten im Begriff ist.

Aufbau der Arbeit

Der Einleitung folgen die Begriffsdefinitionen und eine Skizze des Forschungsstands. Die relevante Begrifflichkeit im medizinischen Bereich, besonders bei der traditionellen Medizin, wird in Zusammenhang mit dem Forschungsziel dieser Arbeit deutlich differenziert. Die Forschungsansätze bei der Entwicklung der Chinesischen Medizin werden im Kontext mit der Entwicklung der Konzeptionen von anderen Heilformen behandelt. Die Forschungsansätze bezüglich Chinesischer Medizin sind nach drei Bereichen differenziert, die jeweils in eigenen Abschnitten behandelt werden: Medizinischer Pluralismus, Professionalisierung der Biomedizin bzw. der alternativen Medizin sowie Sozialforschung über Chinesische Medizin. Aufgrund der vorgestellten Konzepte werden ein Analysemodell und die Fragestellungen dieser Arbeit entwickelt. Abschließend werden die verwendeten Quellen sowie die Interviews inklusive Methodik beschrieben.

Ferner wird es notwendig sein, die Konzepte der traditionellen Medizin zu erläutern, um die Gründe für die parallele Existenz von traditioneller und westlicher Medizin verstehen zu können. In diesem Rahmen können lediglich einige grobe Grundzüge der Theorie der Chinesischen Medizin vorgestellt werden. Die Entwicklung der Chinesischen Medizin seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in Taiwan wird chronologisch dargestellt, wobei wegen der gemeinsamen Geschichte Überlappungen und Einflüsse des chinesischen Festlandes einbezogen werden. Die staatliche Gesetzgebung, ihre Auswirkungen und die Reaktion der Chinesischen Mediziner bilden in den Kapiteln VII bis IX die Kernpunkte der Darstellung des Prozesses der Professionalisierung. Die chronologische Darstellung wird mit Interviews ergänzt. Diese thematisieren auch das Verhalten verschiedener Gruppen, das im Kapitel X analysiert wird. Bei der Diskussion über Verhalten und Nachfrage der Verbraucher der Chinesischen Medizin findet der Aspekt der Marktstruktur besondere Beachtung. Neben der professionellen westlichen Medizin wird schließlich das Phänomen der Professionalisierung der Chinesischen Medizin in Taiwan diskutiert, um die Situation und die Probleme der Professionalisierung der Chinesischen Medizin innerhalb eines pluralistischen Medizinsystems zu verstehen und um als Modell für das Verständnis der Etablierung anderer Heilformen in pluralistischen Medizinsystemen zu dienen.

I. Begriffsdefinitionen und Forschungsansätze

1 Begriffsdefinitionen

Einige strittige Konzepte der Medizin werden zunächst diskutiert, um die Begriffe im Medizinbereich systematisch ableiten zu können und dadurch eine theoretische Grundlage für eine Interpretation der Rahmenbedingungen und der Gestalt der Chinesischen Medizin auf Taiwan zu erhalten. In der Literatur sind verschiedene theoretische Orientierungen von Medizin, Medizinsystem und weitere Begriffsbestimmungen zu finden. Eine ausführliche Begriffsbestimmung im Bereich Medizin ist nicht das Ziel dieser Arbeit. Die Darstellung erfolgt im Rahmen der „nicht-biomedizinischen Heilkunde“. Es stellt sich also nicht nur die Frage nach den Inhalten der Definitionen. Eine Analyse sollte zu den hinter solchen Begriffsbestimmungen liegenden sozialen Bedingungen und Funktionen vordringen.

Die Anwendung der Begriffe in diesem Text bezieht sich nicht auf die allgemein akzeptierte Bedeutung in Deutschland. Denn der Blick meiner Arbeit richtet sich auf Taiwan mit anderen sozialen und kulturellen Inhalten als den „westlichen“ Vorstellungen. Ferner werden die wissenschaftlichen Ergebnisse der anglo-amerikanischen Literatur vorgestellt und diskutiert. Die in der vorliegenden Arbeit benutzten Begriffsinhalte haben sich inhaltlich und durch die Einbeziehung einiger Ausdrücke geändert, besonders was den Verlauf einer langfristigen Entwicklung anbetrifft, auch wenn Bedeutungen in verschiedenen Kulturen unterschieden werden.

Obwohl einige dichotomische Begriffe sehr einfach sind, müssen wir erkennen, daß dahinter verschiedenartige und nicht nur eine einzige Kategorie stehen. Solche Begriffe lassen sich für Länder des asiatischen Raumes anwenden, da sie die Entwicklung der Medizin dort wiedergeben. Allgemeine und umstrittene Begriffe wie „westliche Länder“ und „nicht westliche Länder“ werden beispielsweise im asiatischen Raum, so auch Taiwan, als selbstverständliche Termini benutzt. Der Inhalt bezieht sich nicht nur auf die geographische Bedeutung, sondern bezeichnet zugleich den Unterschied zwischen „kolonisierenden“ und „kolonisierten“ Ländern während des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts sowie zwischen den schon industrialisierten und sich noch im Prozeß der Industrialisierung befindlichen Ländern seit dem Zweiten Weltkrieg. Viele im „westlichen Raum“ entwickelte Techniken und Denkweisen erhielten das Label „westlich“. So wurde beispielsweise die Biomedizin zwar im „Westen“ entwickelt, verbreitete sich mit der Kolonialisierung aber auch im asiatischen Raum. Deshalb wurde und wird sie in Asien häufig auch als „westliche Medizin“ bezeichnet.

1.1 Biomedizin

„Biomedizin“ in ihrer neutralen und wissenschaftlichen Bedeutung bezieht sich auf die Medizin, deren Diagnostik und Therapie auf der Verwendung naturwissenschaftlicher Prinzipien und Techniken fußt. Die Biomedizin wird oft als „weitgehend standardisiert und weltweit ähnlich durchgeführt“ bezeichnet (Greifeld (zusammen mit Pfleiderer/Bichmann) 1995: 13). Da sie in den westlichen Ländern eine zentrale und dominierende Rolle in der Medizin einnimmt, wurde ihre Funktion von Sozialwissenschaftlern im Bezug auf Monopol und Dominanz im Rahmen des Medizinsystems diskutiert (Freidson 1975). Aufgrund ihrer globalen Anwendung findet für sie der Begriff „Medizin“ Verwendung. Wenn andere Heilverfahren als „Gegenstück“ zum Vergleich dienen, werden sie, je nach Standort, mit verschiedenen Ausdrücken belegt. Die Bezeichnung „Moderne Medizin“ läßt sich darauf zurückführen, daß sie im Gegensatz zu vielen anderen Heilsystemen nur eine vergleichsweise kurze Geschichte in ihrer jetzigen Ausformung vorzuweisen hat (Greifeld (zusammen mit Pfleiderer/Bichmann) 1995: 13).

Der Ausdruck „Biomedizin“ wird eher von anglo-amerikanischen Wissenschaftlern, besonders von Medizinanthropologen, verwendet, um damit ihre konkrete Ausprägung - also naturwissenschaftliche und technische Verfahren - betonen zu können (Cant/Sharma 1996; Scott 1998; Hsu 2000). In Deutschland wurde der Begriff „Biomedizin“ mit der früheren, während der Zeit des Nationalsozialismus entwickelten „biologischen Medizin“⁵ und der neu entwickelten „Gen-biologischen“ Medizin vermischt, deshalb ist der Begriff heute kaum gebräuchlich. Weil die moderne Medizin offizielle Lehre an den Hochschulen ist, wird sie in Deutschland bei einem Vergleich mit anderen Heilverfahren „Schulmedizin“ genannt. Allerdings wurde dieser Begriff gelegentlich wegen seines Ausschließlichkeitsanspruches kritisiert und diskriminierend benutzt (Psyrembel 1999: 332f.).

Viele Medizinanthropologen erkennen an, daß der Begriff „kosmopolitische Medizin“ der passendere Ausdruck ist, weil moderne Wissenschaft und der Professionalisierungsprozeß im wesentlichen „kosmopolitisch“ (weltweit) geprägt sind (Leslie 1976: 7f.). Da sie als die einzig wahre und wissenschaftliche Medizin gilt, fällt häufig die Bezeichnung „Konventionelle“ oder „Orthodoxe“ Medizin. Für die Länder

⁵ Obwohl der Begriff „Biomedizin“ und „Biologische Medizin“ unterschiedlich sind, kommt es wegen der Ähnlichkeit des Wortschatzes in Deutschland häufig zu Verwechslungen. Obwohl neuerdings unter dem Begriff „Biologische Medizin“ ganz allgemein der Gegensatz zur „Schulmedizin“ oder „die Summe der verbliebenen Medizin“ verstanden wird, bleiben wegen des Mißbrauchs dieses Terminus im Nationalsozialismus in Form der „Rassenhygiene“ - „Nationalsozialistisch denken und biologisch denken aber sind eins“ immer Hemmungen bestehen. Siehe Jütte, Robert 1996: 62.

mit eigener medizinischer Tradition gilt aber, daß ihre traditionelle Medizin „orthodoxer“ als die importierte Biomedizin ist.

1.2 Traditionelle Medizin

Der Begriff „traditionelle Medizin“ bezieht sich auf eine Erklärung der WHO, in der die Bedeutung eines Gesundheitsversorgungssystems betont wird, das die Gesundheit von Personen in der Form schützt und wiederherstellt, wie sie vor der Einführung der Biomedizin von den Einheimischen durchgeführt worden ist. Solche Medizin zählt zur Tradition eines jeden Landes und wird von Generation zu Generation weitergegeben.⁶

In den 1970er Jahren wurde ein Konzept in der Medizinanthropologie entwickelt, um traditionelle Medizin hinsichtlich der Übermittlungsmethode und der staatlichen Förderung zu differenzieren. Dabei geht es besonders um den Unterschied zwischen schriftlicher und mündlicher Übermittlung. Die Unterteilung der traditionellen Medizin wurde in der Vergleichsforschung von Zivilisationen von Redfield entwickelt. Er arbeitet den Unterschied zwischen überregionalem hochkulturellem Wissen (Great Tradition) und regionalem, lokalem oder „folk“ und „popular“ Wissen (Little Tradition) heraus. Redfield beschreibt diesen Prozeß:

„the separation of culture into hierarchies and lay traditions, the appearance of an elite with secular and sacred power and including specialized cultivators of the intellectual life, and the conversion of tribal peoples into peasantry“ (Redfield 1956:76, zit. n.: Leslie 1976:2).

Leslie schließt diejenigen medizinischen Praktiken und Theorien, die sich in der chinesischen, südasiatischen und mediterranen Tradition entwickelten, in die „Great-Tradition“-Medizin ein (Leslie 1976: 2). Die lokalen medizinischen Systeme sind in ihre lokalen Gemeinschaften eingebettet und variieren daher von Region zu Region. Sie werden von gesellschaftlichen Strukturen beeinflusst (Pfleiderer 1995: 89). Auf gesellschaftlicher Ebene wird darunter eine oberichtenorientierte „Great Tradition“ und eine populäre „Little Tradition“ verstanden oder schließlich eine Fusion von beiden (Pfleiderer 1995: 88). Eine Differenzierung der traditionellen Medizin zwischen den beiden Polen „Great“ und „Little“ in allen ihren Nuancen läßt sich jedoch noch feiner durchführen.

Die Medizinanthropologie hebt die Geschichts- und Kulturverbundenheit einer sozialen Gruppe hervor, die dazu führt, daß traditionelle Medizin als kultureller Unterschied wahrgenommen wird. Die Konzeption der Medizin ist also historisch-kulturell

⁶ Sieh: Homepage der WHO: www.who.int/inf-ts/en, Fact sheet N 134 „Traditional Medicine“, Sep. 1996.

determiniert. Die Annahme jedoch, daß „traditionelle“ Medizin gleichbedeutend mit einem stagnierenden und unveränderlichen Traditionalismus ist, läßt sich für die heutige Situation nicht mehr aufrechterhalten, da auch traditionelle Medizin nicht selten Neuerungen aufnimmt. Sie versucht sich im Laufe der Zeit anzupassen und sich zu verändern (Greifeld (zusammen mit Pfeleiderer/Bichmann) 1995: 13).

Es gibt eben nicht nur eine „traditionelle“ Medizin, sondern viele und unterschiedliche Formen, die sich gegenseitig beeinflussen oder Teile übernehmen (Greifeld (zusammen mit Pfeleiderer/Bichmann) 1995: 14). Obwohl die Biomedizin heute in jedem Staat präsent ist, bleiben in vielen Ländern große Teile der Bevölkerung von solchen Heiltraditionen abhängig. Außerdem versuchen ausgebildete Praktiker mit traditionellen Medizinern zusammenzuarbeiten, da eine solche Kooperation in der medizinischen Versorgung einen großen Teil der Bevölkerung anspricht und sich hier ein Markt für medizinische Dienstleistungen findet (Leslie 1976: 8).

In diesem Sinne lassen sich die Medizinsysteme in China und Indien anführen, wo sich im Laufe von Jahrtausenden Gesundheitssysteme mit abstrakten philosophischen Denkweisen und komplizierten Heiltechniken entwickelt hatten. So wurde die in China entwickelte in Schriften niedergelegte Medizin als „traditionelle Chinesische Medizin“ mit der Bezeichnung „Great Tradition“ umschrieben. Dieser Begriff der Traditionellen Chinesischen Medizin hat im Laufe der Entwicklung Änderungen in seiner Bedeutung erfahren.

1.3 Alternative und Komplementäre Medizin

Alternative oder komplementäre Medizin ist eine Sammelbezeichnung für die Heilungsformen, die die Therapien der herrschenden medizinischen Richtung teilweise oder völlig in Frage stellen bzw. auf eine unmittelbare und grundlegende Änderung des medizinischen Systems abzielen, also die Dominanz der Biomedizin anzweifeln. Deren Monopolstellung läßt sich bis in das 19. Jahrhundert zurückführen, als mit dem Aufschwung der Naturwissenschaften die anderen Heilsysteme als Quacksalberei verworfen wurden (z.B. in Deutschland) (Jütte 1996). Der Begriff der „Alternativmedizin“ wurde durch die neuen sozialen Bewegungen der 1970er und 1980er Jahre in Nordamerika und Europa geprägt, als eine „alternative Bewegung“ der neuen Mittelschichten ihre Kritik und Unzufriedenheit gegenüber der Biomedizin formulierte. Gegenüber einer „orthodoxen Medizin“ sollte mit einer „Alternativmedizin“ eine Alternative zum medizinischen Establishment geschaffen werden. Dennoch näherten sich die unter ihr subsumierten Heilweisen im Laufe der Zeit der Biomedizin an, und wurden als komplementäre Medizinformen bezeichnet (Jütte 1996: 13-15; Cant/Sharma 1996: 25).

Obwohl sie in England mehr unter dem Namen „komplementäre Medizin“ bekannt wurde und in USA eher alternative Medizin hieß, sind die Begriffe in beiden Ländern gängig (Cant/Sharma 1996: 1). Beide können auf die jeweilige Heilkunde angewendet werden, bezeichnen aber unterschiedliche Positionen gegenüber der Biomedizin. Die Bezeichnung „alternativ“ impliziert, daß eine Heilkunde offensiv gegen die herrschende Biomedizin antritt. Ihre Heilverfahren werden als „Gegenentwurf“ zur vorherrschenden Lehre gesehen. „Komplementäre Medizin“ bedeutet im Verhältnis zur Biomedizin nicht ein „Entweder-Oder“, sondern ein ergänzendes therapeutisches Angebot für Patienten, die sich wie in einem Supermarkt sowohl bei der Biomedizin als auch bei der komplementären Medizin die jeweils optimale Behandlung individuell aussuchen können (Bettschart, usw. 1995: 23).

Folgende Aspekte wurden von den Befürwortern der alternativen Medizin gefordert:

1. Behandlung des gesamten Organismus vor der Behandlung einzelner gestörter Organfunktionen.
2. Selbstheilungstendenzen vor exogen induzierter Sanierung erkrankter Systeme;
3. Unschädlichkeit der Therapie;
4. Das Maß für den Therapieerfolg ist ganz wesentlich die subjektive Befindlichkeit des Patienten (Pschyrembel 1999: 154).

Da die traditionelle Chinesische Medizin zu den „anderen Medizinformen“ und den vorgenannten Aspekten paßt, konnte sie in die alternativen Bewegungen in Europa und den USA einbezogen werden. Dennoch ist es nicht ganz unbedenklich, die traditionelle Chinesische Medizin in Taiwan als alternative oder komplementäre Medizin gegenüber der Biomedizin zu bezeichnen. Denn dort wurde die Chinesische Medizin als „kulturelle Tradition“ gewertet. Sie existierte in Taiwan bereits vor der Etablierung der Biomedizin. Ferner gibt es hier allenfalls Ansätze einer „alternativen Bewegung“. Daher finden Begriffe wie „alternative oder komplementäre Medizin“ erst in jüngster Zeit Verwendung.

1.4 Volksmedizin

Die neuere Forschung⁷ hat in der Konzeption ihrer Vorgehensweisen neue Wege eingeschlagen, indem Phänomene der Volksmedizin in Beziehung zu den einzelnen

⁷ Hier wird der Begriff „Volksmedizin“ nicht in seiner Bedeutung diskutiert, die er zumindest in Deutschland vom 19. Jahrhundert bis ca. 1940 (zumindest in Deutschland, siehe auch Jütte 1996) hatte. Bereits in den 1970er Jahren gaben ihm anglo-amerikanische Wissenschaftler bzw. Medizinanthropologen durch ihre Forschungen in verschiedenen Ländern neue Inhalte.

Epochen des jeweiligen Kulturraumes gesetzt werden. Die Grundlage dafür ist ihre methodische Verankerung in den Kulturwissenschaften (Pschyrembel 1999: 385).

Bei manchen Definitionen der Volksmedizin wird eine Identität mit „populärer Medizin“ (popular medicine) und „traditioneller Medizin“ (traditional medicine) hergestellt. Eine oft verwendete Definition der anglo-amerikanischen Wissenschaftler bezieht sich auf die von Loux (1993). Diese geht davon aus, daß Heilmethoden, aber auch Interpretationen von Krankheit und Gesundheit prinzipiell in mündlicher Form überliefert werden, und zwar sowohl in industrialisierten als auch in Entwicklungsländern mit Zugang zur Biomedizin. Diese Definition beinhaltet drei Kernaussagen:

1. Enger Zusammenhang zwischen Volksmedizin und dem Gedanken der Überlieferung von Tradition;
2. Vermittlungsfunktion der mündlichen Kultur; und
3. Marginalisierung einer Volkskultur. Die Volkskultur ist also hier in der Situation, von einer offiziellen oder gelehrten Kultur dominiert zu werden, in diesen Fall also von der Biomedizin (Loux 1993: 661).

Angesichts dieser Definition scheint es, daß wir bei der populären Medizin, der traditionellen Medizin und der Volksmedizin die gleichen Rahmenbedingungen vorfinden. Die vielfältigen medizinischen, historischen, anthropologischen und soziologischen Forschungen zur Volksmedizin konzentrieren sich bei ihrer Differenzierung auf Forschungszweck, Überlieferungsmethode und Annäherung an die offizielle Kultur. In den 1970er Jahren wurde sie der Kategorie der „Little Tradition“ zugeordnet.

Bei dem Erklärungsmodell von Kleinman wird zwischen dem familiär-basierten populären Sektor und Spezialisten im Volkssektor unterschieden. Loux (1993) ist aber der Auffassung, daß es in der Praxis zwischen familiärer Medizin und Volksmedizin mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede gibt, denn häufig werden die Heilverfahren sowohl durch die Familienmitglieder als auch durch die anderen Volksmediziner durchgeführt. Den Begriff „populäre Medizin“ hält sie zweifellos für den geeignetsten, um das Wissen zu bezeichnen, das unter dem Namen „Volksmedizin“ subsumiert wird (Loux 1993: 671). Ihrer Meinung nach gehören populäre Medizin und Volksmedizin in den gleichen Bezugsrahmen. Angesichts ihrer konkreten Ausprägung lassen sich populäre Medizin und Volksmedizin nur schwer trennen. Kleinman tut dies jedoch, indem er zwischen familiärer Selbstversorgung und praktizierenden Heilern unterscheidet (Kleinman 1980).

Kleinman stellte neben den professionellen Sektor den Volkssektor (Kleinman 1980). Loux ist jedoch der Meinung, daß es außerhalb der Biomedizin nicht nur „traditionelle“ Formen der Heilbehandlungen gibt. Angesichts dieser Überschneidungen kommt es bei dem Begriff Volksmedizin als parallelem Sektor zur Biomedizin zu Unklarheiten. Als Abgrenzung zur Biomedizin bevorzugte Loux den Begriff „Heterodoxe Medizin“, da dieser Begriff alle anderen Medizinformen außerhalb der Biomedizin einschließt (Loux 1993: 672). Heterodoxe Medizin bezieht sich auf außerhalb der „orthodoxen“ Biomedizin stehende verschiedene traditionelle oder nicht traditionelle Heilverfahren. Dennoch ist dieser Begriff im asiatischen Raum sehr ambivalent. Wenn wir über die eigene traditionelle Medizin sprechen, so ist diese im Vergleich zur Biomedizin „orthodoxer“ und weniger „heterodoxer“.

1.5 Ganzheitliche Medizin

Die ganzheitliche oder „holistische“ Medizin wurde oft für unvereinbar mit der Biomedizin gehalten, obwohl bisher die Begrifflichkeiten der unterschiedlichen Konstruktionen von Ganzheitlichkeit nicht eindeutig definiert worden sind (Ots 1987: 187; Jütte 1996: 62). Für Jütte als Medizinhistoriker galt der Begriff in den 1950er Jahren als „Bekenntnis zu den naturgemäßen Heilverfahren“. In den 1960er und 1970er Jahren sollte er vor allem eine explizite Kritik an der seelenlosen „technischen Medizin“ ausdrücken (Jütte 1996: 59).

Nach der Definition von der American Holistic Medical Association ist „Holistic Medicine“:

„a system of health care which emphasises personal responsibility, and fosters a co-operative relationship among all those involved, leading towards optimal attunement of body, mind, emotions and spirit“ (Fulder 1996: 10).

Eine ganzheitliche Sicht ist bei Naturheilverfahren unverzichtbar (Bühning 1998: 209). Bei der medizinischen Behandlung müssen deshalb die Umwelt des Patienten, seine Fähigkeiten und Einstellungen sowie seine eigenen Wünsche stärker Berücksichtigung finden (Jütte 1996: 60).

Die unterschiedlichen „ganzheitlichen“ Heilweisen betrachten den Menschen im Vergleich mit der Biomedizin eher als Subjekt mit einer Einheit von Körper und Geist. Sie ist am Kranksein als einem subjektiv empfundenen Prozeß und nicht an der Krankheit objektiv messbarem Befund interessiert (Ots 1987: 187).

Ots analysiert den Begriff der Ganzheitlichkeit im engeren und im weiteren Sinne in

Zusammenhang mit der traditionellen Chinesischen Medizin:

Im engeren Sinne wird der menschliche Organismus (Physis) „als eine Einheit angesehen, deren Teile miteinander verbunden und voneinander abhängig sind und sich gegenseitig beeinflussen.“ Es handelt sich nicht um ein einzelnes krankes Organ, sondern den gesamten Menschen (Ots 1987: 187f.). Im weiteren Sinne ist der Mensch als Teil eines größeren Ganzen zu sehen.

„Der Mensch steht mit der sozialen Umwelt in einem intensiven Reizaustausch. Diese Reize gilt es sowohl in die Sicht der Entstehung von Krankheit als auch in die Therapie einzubeziehen. ... Der Patient muß sowohl in seiner Individualität als auch in seiner sozio-kulturellen Prägung verstanden und akzeptiert werden“ (Ots 1987: 188).

Aufgrund des Heilverfahrens und des theoretischen Ansatzes der traditionellen Chinesischen Medizin vertritt Ots die Auffassung, daß für sie eine engere Definition der Ganzheitlichkeit zutrifft. Sie läßt sich nicht im Sinne eines sozio-kulturellen Anspruches der weitergehenden Definition von Ganzheitlichkeit fassen (Ots 1987: 188). Auch Schnorrenberger erklärt den Charakter der traditionellen Chinesischen Medizin als ein System des ganzheitlichen menschlichen Organismus, der in die Gesamtheit seiner Umwelt eingebettet ist (Schnorrenberger 1991: 969).

Der ganzheitliche Charakter der Chinesischen Medizin läßt sich jedoch nicht ganz eindeutig klären. Neuere Forschungen deuten darauf hin, daß ihre Entwicklung hin zu einer Medizin geht, die das Krankheitsgeschehen zunehmend durch Untersuchungen auf kleiner Ebene (Organebene, mikroskopisch, physikalisch-chemisch ...) definiert (Ots 1991: 899).

1.6 Gesundheit

Gesundheit bildet für den soziologischen Theoretiker des Funktionalismus Parsons die Funktionsvoraussetzung des gesellschaftlichen Geschehens (Parsons 1965 (1951)). Gesundheit und Krankheit sind menschliche Phänomene, sowohl organisch wie soziokulturell (Gerhardt 1993: 2). Da Parsons Perspektive sich hauptsächlich auf die Krankenrolle in ihrer gesellschaftlichen Funktion bezog, die die Wiedererlangung der Gesundheit impliziert, bedeutet die Gesundheit einen Schlußpunkt des Krankseins. Gesellschaftlich betrachtet, beinhaltet also Gesundheit die Wahrnehmung von Aufgaben und Möglichkeiten eines normalen Gesellschaftsmitglieds (Parsons 1965 (1951); Gerhardt 1993: 3).

Der heutige Begriff „Gesundheit“ wird immer breiter und tiefer. Seit den 1970er Jahren versucht die Medizinsoziologie diesen positiven Wert „Gesundheit“ durch Rekurs auf die Gesundheitsdefinition der WHO zu konkretisieren. Die WHO-Definition forderte, daß Gesundheit für alle überall in der Welt erreichbar sein solle. Danach ist Gesundheit mehr als nur Abwesenheit von Krankheit. Die WHO spricht von einem vollständigen körperlichen, geistigen und gesellschaftlichen Wohlbefinden. Durch diese Orientierung soll sich der Gesundheitsbereich in die Richtung verändern, daß das Handlungsmodell der kurativen durch jenes der präventiven Medizin abgelöst wird. Gerhardt bezeichnet dies als eine „wissenschaftliche Revolution in der Medizin“, die bereits im Gange sei (Gerhardt 1993: 7-8).

Eine neue Welle in der Medizinsoziologie bemüht sich, eine Neudefinition der Aufgaben der Medizin zu entwickeln. Das Manifest der von der WHO und UNICEF geförderten internationalen Konferenz für „Primary Health Care“ in Alma-Ata unter dem Motto „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ plädierte mit dem Begriff „Public Health“ für eine neue Richtung in der Gesundheitspolitik und für eine neue Sicht von Krankheit und Gesundheit (WHO 1979; Gerhardt 1993: 20).

In der Gesundheitspolitik entwickelt sich eine Umorientierung der Gesundheitsversorgungsziele und eine Durchbrechung des monetären Diskurses, um das Hauptziel - „to improve the health status of the population“ - ins Auge zu fassen.⁸ Das Gesundheitssystem mit seinem konventionellen „Grundmuster“ einer pragmatischen Dreiteilung in Primär-, Sekundär- (stationäre) und Tertiär (Pflege- und Reha-)versorgung kann damit der Prävention Vorrang geben und damit die Priorität auf den Primärsektor mit seiner Nähe zum alltäglichen Krankheitsgeschehen setzen (Blanke 1994: 30).

Diese Form der öffentlichen Regulierung und Prioritätensetzung der Prävention steht in Zusammenhang mit der jeweiligen Position der medizinischen Profession als „gatekeeper“ der Gesundheitsversorgung (Blanke 1994: 28). Eine Medizinform außerhalb der medizinischen Profession schließt der Begriff des Gesundheitssystems mit seinem Fokus auf „Prävention - Public Health“ nicht ein.

Die konventionelle Begriffsbestimmung von Gesundheit wurde durch den „neuen Public-Health-Gesundheitsbegriff“ modifiziert, so daß eine Abgrenzung zum

⁸ Die Kritik an der positiven Gesundheitsdefinition taucht häufig auf. Lettke ist der Meinung, daß diese mit dem Gedanken des Wohlfahrtsstaates eng verknüpft ist, und diese Begriffsbestimmung es rechtfertigt, Menschen den unterschiedlichsten Zwangsmaßnahmen zu unterwerfen, z.B. Versicherungspflicht, Impfpflicht, Meldepflicht für bestimmte Krankheiten, usw. Die positive Gesundheitsdefinition birgt also auch die Gefahr totalitärer Tendenzen (Lettke 1999: 63). Da diese Kritik nicht zum Thema direkt gehört, wird dies in diesem Text unter Anmerkungen geführt.

Krankheitsbegriff zunehmend schwieriger wird. Zwischen Gesundheit und Krankheit besteht ein Kontinuum, so daß die Individuen stets gleichzeitig gesund und krank sind.

„Gesundheit ist ein zeitlich befristeter Verlaufszustand geworden, der die Anfänge der Krankheit enthält, denen jedoch durch präventives Handeln, Gesundheitsförderung und gesunde Lebensweise entgegengewirkt werden kann“ (Armstrong 1988: 18, zit. n.: Gerhardt 1993: 26).

Der Begriff des Gesundheitssystems hat einen stark politikwissenschaftlichen Hintergrund, wobei hier primär die Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilsysteme untersucht wurden (Mayntz/Rosewitz 1988). Mayntz sieht das Gesundheitssystem als einheitliches Ganzes. Die Gesundheitsstrukturen sind nach Mayntz einem kontinuierlichen Prozeß der Ausdifferenzierung unterworfen.

Insgesamt zeigt sich, daß die Arbeiten über das Gesundheitssystem sich stark an der Gesundheitspolitik auf der Grundlage der Biomedizin orientieren. Dabei stehen Akteure und Steuerungsmaßnahmen im Vordergrund wie z. B. die Kassenärztliche Vereinigung, die gesetzliche Krankenversicherung und die biomedizinisch orientierte öffentliche Gesundheitsförderung.⁹ Die Forschung zu Gesundheitssystemen fokussiert sich auf staatlich anerkannte Gesundheitsorganisationen und ignoriert dabei weitgehend kulturelle Aspekte und andere Heilkulturen. Dennoch öffnet die Neuorientierung im Sinne von „Prävention - Public Health“ und die Vorstellung eines „Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit“ neue Wege für die Entwicklung kulturell orientierter Sichtweisen in der Medizin. Unter Berufung auf dieses Präventionsmodell versucht die alternative bzw. traditionelle Medizin, einen Platz im Bereich der Gesundheitsförderung zu finden.

1.7 Applikation der Begrifflichkeiten auf die Situation in Taiwan

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Begrifflichkeiten stellt diese Arbeit die Situation der Chinesischen Medizin im Bereich der Medizin dar. Darüber hinaus werden die verwendeten Begriffe erklärt. Die Darstellung der Begrifflichkeiten dient zwei Zwecken. Zum einen soll die Position der Chinesischen Medizin im Kontext der anderen Heilformen erläutert werden, wie sie sich einander annähern oder ausgrenzen. Zum anderen ist die Verwendung bzw. Nichtverwendung von synonymen Begriffen zu begründen.

⁹ Vgl. Mayntz und Rosewitz (1988), Alber und Bernardi-Schenkluhn (1992), Blanke (1994).

Bezogen auf das Verhältnis von Chinesischer Medizin und Gesundheit soll die Chinesische Medizin als ein Teil der Diskussion der Gesundheitspolitik einbezogen werden. Unter Berufung auf das Präventionsmodell findet sie einen wichtigen Platz im Bereich der Gesundheitsförderung. Die Ganzheitlichkeit stellt im Vergleich zur Biomedizin ein wichtiges Merkmal der Chinesischen Medizin dar, ist als solches aber umstritten.

Weiterhin wird die Chinesische Medizin aufgrund ihrer langen Geschichte und Entwicklungsphase als eine der traditionellen Heilkundeformen angesehen, obwohl sie sich im Laufe der Zeit für Neuerungen offen zeigt, sich anpaßt oder verändert. Dennoch kann die Chinesische Medizin als eine Form der traditionellen Medizin von der Volksmedizin nicht klar unterschieden werden. Obwohl die dichotomische Kategorie der „Great/Little Tradition“ und schriftliche/mündliche Übermittlungsmethode methodologisch klar scheint, kann sie im Laufe der historischen Entwicklung nicht einfach einer bestimmten Kategorie zugeordnet werden. Eine Abgrenzung zwischen der Chinesischen Medizin und der Volksmedizin wird daher an dieser Stelle nicht vorgenommen. Hier zu beobachtende Ausdifferenzierungen werden im Laufe der Arbeit erörtert.

In diesem Text findet der Begriff „Biomedizin“ und „Westliche Medizin“ Verwendung, um Unterschiede der Denkweise, des Wissens und der Anwendung zwischen dieser Medizin und der in Taiwan durchgeführten Chinesischen Medizin verdeutlichen zu können. „Westliche Medizin“ ist der eigentlich in Taiwan gebräuchliche Begriff. „Moderne Medizin“ wird deshalb kaum benutzt, da es im Zusammenhang mit „Modernisierung der traditionellen Medizin“ zu Unklarheiten kommen könnte. Ich schließe mich damit sowohl der in vielen angelsächsischen Publikationen als auch der in Taiwan verwendeten Begrifflichkeit an. In Deutschland mag der Begriff „Schulmedizin“ prominent sein, in Taiwan jedoch nicht. Außerdem ist, wie ich noch darstellen werde, die Chinesische Medizin inzwischen ebenfalls akademisiert, also eine „Schulmedizin“ geworden.

Darüber hinaus lassen sich die Begriffe „orthodoxe“ und „heterodoxe“ Medizin aufgrund der Position der Chinesischen Medizin als ursprüngliche Medizin in Taiwan schwer anwenden. Wenn wir ihre Stellung in Europa und in den USA als Ausgangspunkt nehmen, kann die importierte Chinesische Medizin durchaus als ein Teil der heterodoxen Medizin angesehen werden. In ihren Ursprungsländern ist ihr Charakter wegen ihres Bezuges auf die Originalquellen - wie Taiwan und China - jedoch stärker „orthodox“. Auch nach Ansicht der Chinesischen Mediziner in ihren Heimatländern führt die Bezeichnung der Chinesischen Medizin als „heterodoxe Medizin“ zu Verwirrungen.

Ein weiterer Grund, warum die Chinesische Medizin in diesem Text nicht als alternative oder komplementäre Medizin definiert wird, liegt in ihrer Stellung als ein „quasi“ gleichberechtigtes, parallel zur Biomedizin existierendes Medizinsystem. Die Attribution der Chinesischen Medizin als „alternativ“ und „komplementär“ kontrastierend zur Biomedizin ist ein neues Thema der gesundheitspolitischen Diskussion in Taiwan, das im Kapitel über die Bedeutung und Beziehung zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin analysiert wird.

Eine detaillierte Erläuterung der Begrifflichkeiten der Chinesischen Medizin erfolgt nicht an dieser Stelle, sondern im Kapitel über die Forschungsansätze in der Chinesischen Medizin (Kapitel I.5.1).

2 Medizinische Konzepte im Wandel

In den 1950er Jahren führte der Soziologe Talcott Parsons das Medizinsystem als speziellen disziplinären Bereich im Bereich der Anthropologie und Medizinsoziologie ein. In Parsons Ausführungen über Medizin stellt der Aspekt der Kultur ein wichtiges Element dar, indem die Medizin in ein spezielles Verhältnis zu bestimmten Aspekten der allgemeinen kulturellen Tradition gesetzt wird (Parsons 1965 (1951): 12). Sein zentraler Punkt bildete jedoch eine funktionale Analyse der modernen Gesellschaft. Darüber hinaus konzentrierte er sich auf das Medizinsystem. Bei Parsons bildet es einen Teilbereich der allgemeinen Institutionalisierung von wissenschaftlicher Forschung und der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf praktische Probleme (Parsons 1965 (1951): 49). Dabei bezieht er sich auf die Biomedizin. Obwohl er zustimmt, daß es in der Gesellschaft noch anderes Heilwissen außer der wissenschaftlichen modernen Medizin gibt, bezeichnete er diese Heilkundeformen als „volkstümlichen Aberglauben“.

„...Darüber hinaus finden sich auf medizinischem Gebiet bemerkenswerte Randphänomene, die manchmal als ‚Kulte‘ bezeichnet werden. ...Dabei entstehen leicht vielfältige und verwirrende Verbindungen von wissenschaftlich haltbaren mit verschiedenen mehr oder weniger abwegigen pseudowissenschaftlichen Elementen“ (Parsons 1965 (1951): 13).

In Deutschland wurde die Ansicht, daß die Medizin nach verschiedenen Konzepten differenziert ist, beispielsweise durch den Medizinhistoriker Rothschuh (1978) dargestellt. Er bindet das Medizinsystem in eine historische Entwicklung ein. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist ein „Krankheitskonzept“, das er in einen physiologischen und pathologischen Begründungszusammenhang stellt (Rothschuh 1978: 9).

An dieser Krankheitskonzeption, die die Frage nach dem „Wesen“ und Quellen von Krankheit beantworten soll, orientieren sich weitere Fragestellungen von Rothschuh: die Beurteilung der Krankheitserscheinungen und ihre Interpretation, wie z. B. übernatürliche und natürliche Gründe, ihre besondere Ursache im Einzelfall und die Wahl des Heilverfahrens (Rothschuh 1978: 1f.).

Rothschuhs Begriff richtet den Blick nicht auf ein einheitliches Medizinsystem, sondern eine Pluralität von Medizinsystemen. Wenn wir das Medizinsystem in „Biomedizin“ und „traditionelle Medizin“ einteilen, scheint das zu einfach. Das System der Biomedizin wurde durch eine Spezialisierung auf Organe und durch Arbeitsteilung differenziert. Andererseits stellt auch die traditionelle Medizin kein einheitliches System dar, sie enthält ebenfalls verschiedene medizinische Konzepte.

Nach Rothschuh konstruiert jede Medizin ihr eigenes Konzept und zwar nach ihrer Krankheitskonzeption, nach der Erklärung der Krankheitsursachen (Ätiologie) und nach der therapeutischen Konzeption in verschiedenen historischen Situationen (Rothschuh 1978: 15-20). Ausführlich gliedert Rothschuh die medizinischen Konzepte, die wir hier traditionelle Medizin nannten und die nicht zur empirischen Medizin gehören. Er teilt die traditionelle Medizin in drei Bereiche ein, in eine naturalistische, in eine übernatürliche und in eine psychologisch-soziologische Medizin. In seinem Modell fehlt jedoch die Erklärung der Interaktionen zwischen ihnen. Rothschuh beschreibt den Wandel der medizinischen Konzepte im historischen Sinne. Eine Koexistenz verschiedener Formen der Medizin in der Gesellschaft thematisiert er dagegen nicht, obwohl er die Pluralität in der Medizin erkennt.

Es scheint, daß eine Diskussion über ein pluralistisches Medizinsystem in industrialisierten Ländern nicht geführt worden ist. Man verstand unter dem allgemeinen Konzept des Medizinsystems das biomedizinische System, das die Krankenversorgung durch die Anwendung wissenschaftlicher Methoden und neue Formen der professionellen Organisation verbesserte. Aufgrund dieser Perspektive sind andere Formen der Gesundheitsversorgung und Außenseiter im Medizinsystem meistens ignoriert worden (Leslie 1980: 191).

„Efforts to increase the scope and to improve the quality of health care have sought to eliminate or severely restrict ‚irregular practices‘, so that ideally local medical systems will simply become extensions of nationally and internationally standardized medical systems“ (Leslie 1980: 191).

Diese Betrachtung wurde in den 1970er Jahren durch Untersuchungen unterschiedlicher Medizinsysteme in „nicht westlichen“ Gesellschaften und auch im Zuge der alternativen

Bewegung im Westen in den 1980er Jahren durch Medizinanthropologen in Frage gestellt (Landy 1977; Kleinman 1978; Leslie 1976, 1980; Bichmann (mit Pfeleiderer/ Greifeld) 1995: 47).

Die Inklusion solcher „irregulärer“ Heilkundeformen in das Medizinsystem rief in den 1970er Jahren Diskussionen in den USA und in Europa, hervor. Bei einem Symposium für anthropologische Forschung mit dem Ziel, eine neue Forschungsrichtung für medizinische Anthropologie zu entwickeln¹⁰, traten die Meinungsverschiedenheiten deutlich hervor. Einige Teilnehmer des Symposiums vertraten die Ansicht, daß das Modell der einheitlichen kosmopolitischen Medizin (Biomedizin) mit dem Monopol der legitimatorischen Praxis wissenschaftlicher und effektiver sei. Es sei dem pluralistischen Modell vorzuziehen, weil letzteres das Quacksalbertum legitimieren oder und damit medizinische Ignoranz romantisieren oder zumindest tolerieren würde (Leslie 1976: 9).

Das Modell eines standardisierten, hierarchischen Medizinsystems ließ sich jedoch beispielsweise nicht auf asiatische Länder anwenden, wo die Strukturen der akademischen und Volksmedizin nebeneinander existieren und sich gegenseitig beeinflussen. Als Ergebnis der Diskussion wurde das Konzept einer pluralistischen Medizin entwickelt.

3 Medizinischer Pluralismus

In den 1970er Jahren bildeten sich verschiedene Modelle eines Medizinsystems heraus. Besonders diejenigen, die von dem aus der medizinischen Anthropologie kommenden Begriff des medizinischen Subsystems beeinflusst wurden, finden auch heute noch Eingang in die Diskussion. Obwohl es die meisten biomedizinischen Wissenschaftler weiterhin bestreiten, herrscht bei den medizinischen Anthropologen und Medizinsoziologen weitgehend Einigkeit darüber, daß es einen medizinischen Pluralismus gibt (Leslie 1980; Kleinman 1980).¹¹ Aufgrund der unterschiedlichen analytischen Fokussierung in jedem Modell des Medizinsystems ändert sich auch die Zuordnung der medizinischen Subsysteme. Die Biomedizin wird hier allgemein als professionelles institutionalisiertes Medizinsystem dargestellt. Neben der mehr und

¹⁰ Dies war das 53ste Burg Wartenstein Symposium. Es fand in Österreich statt und von Wenner-Gren Foundation für Anthropologische Forschung unterstützt. Der Sammelband wurde von Charles Leslie herausgegeben, zu dem viele verschiedene Wissenschaftler der Fachbereiche für Geschichte, Anthropologie, Public Health, Soziologie, Philosophie ihren Beitrag leisteten, z. B. R. C. Croizier, F. L. Dunn, M. G. Field, R. C. Fox, W. T. Jones, E. Montgomery, M. Porkert, C. E. Taylor und P. U. Unschuld teilnahmen. Siehe Leslie (1976).

¹¹ In (West)Deutschland wurde 1976 mit dem Arzneimittelgesetz eine polyreferentielle Struktur etabliert. Das geschah auf politischer Ebene, hatte aber wichtige Auswirkungen auf die feste Etablierung eines medizinischen Pluralismus in Deutschland. Siehe: Plagemann (1979).

weniger professionalisierten Medizin existieren mehrere verschiedene Formen der Medizin. Dies zeigt, daß sich ein solches Modell überwiegend auch an der medizinischen Profession orientiert, obwohl auch die Bedeutung kultureller und sozialer Faktoren hervorgehoben wird.

Im Folgenden werden die Modelle des pluralistischen Medizinsystems diskutiert, damit die Inhalte der medizinischen Subsysteme differenziert werden können. Als bedeutendste Modelle des pluralistischen Medizinsystems in den 1970er Jahren werden die Ansätze von Leslie und Kleinman (beide anglo-amerikanisch), als Grundlage des medizinischen Pluralismus gewählt. Anschließend folgt die Darstellung des Neuen Medizinischen Pluralismus der 1990er Jahre von Cant und Sharma.

3.1 Modell des medizinischen Pluralismus von Leslie und Landy

Leslie betont die kulturelle und soziale Dimension unterschiedlicher Medizinformen. Medizinsysteme bestehen für ihn aus pluralistischen Strukturen unterschiedlicher Typen von Praktikern und institutionellen Normen. Das Konzept des Medizinsystems beinhaltet drei Betrachtungsweisen, nämlich die biologische, die kulturelle und die soziale Perspektive (Leslie 1976: 9f.).

Von der biologischen Perspektive aus betrachtet, sind alle Vorstellungen und Verhaltensweisen, die der geschulte Beobachter für die Interpretation der Erscheinungsformen von Gesundheit und Krankheit findet, Teil des Medizinsystems.

Die kulturelle Perspektive definiert das Medizinsystem als ein Gefüge vorsätzlicher Handlungen durch Mitglieder in der Gesellschaft, um Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu stärken und um die Krankheit zu heilen. Kategorien von Wissen und Tradition innerhalb einer Kultur werden dabei hervorgehoben.

Die soziale Perspektive befaßt sich mit Rollen von Menschen, welche den Ruf als Autorität auf dem Gebiet von Gesundheit und Krankheit besitzen. Ferner werden Rollenbeziehungen zwischen Spezialisten und Laien thematisiert (Leslie 1976: 10f.).

Obwohl Leslie in seinen Forschungen stärker die verschiedenen Medizinformen konkretisiert und weniger die Begrifflichkeit des medizinischen Pluralismus definiert, finden kulturelle und soziale Perspektiven der Medizin besondere Aufmerksamkeit.

Leslie hebt hervor, daß andere als biomedizinische Heilformen an den Rand gedrängt oder zu Außenseitermethoden gestempelt wurden, obwohl die pluralistische Medizinkultur der Laien in der Gesellschaft überall bekannt ist. Als Gründe hierfür nennt

Leslie die institutionelle und rechtlich fixierte Struktur und damit einhergehend das hohe gesellschaftliche Prestige der Biomedizin. In der gesellschaftlichen Realität sind nach Leslie jedoch auch Spezialisten in klinischer Psychologie, aber auch Yoga, Glaubensheilung, oder Chinesische Kräuterheilkunde Teil des pluralistischen Medizinsystems (Leslie 1978: 236f.).

Den Begriff des Medizinsystems in Sinne des Pluralismus erläutert Landy auch in seinem Sammelband. Seine Definition (1977) schließt alle Formen der Medizin in einer Gesellschaft ein. Darunter fallen für ihn alle kulturellen Praktiken, Methoden, Techniken und Stoffe, jeweils eingebettet in ein System von Werten, Traditionen, Glaubensvorstellungen und Formen ökologischer Anpassung, die zur Erhaltung von Gesundheit oder zur Prävention von Krankheit oder Schaden eingesetzt werden (Landy 1977: 131; übersetzt zit. n: Pschyrembel 1999: 237f.). Das Medizinsystem einer Gesellschaft läßt sich als totale Mobilisierung ihrer sozialen Strukturen, Technologien und personellen Ressourcen begreifen, die ihr ermöglichen, ihre so definierte Medizin in die Praxis umzusetzen und aufrechtzuerhalten, und sie als Antwort auf intra- und extrakulturelle Herausforderungen zu modifizieren (Landy 1977: 131).

3.2 Interaktionen zwischen Medizinsystemen nach Kleinman

In den 70er Jahren führten neben Leslie noch mehrere andere Medizinanthropologen Forschungen in nicht-westlichen Ländern durch, um die Existenz einer pluralistischen Medizin zu beweisen. Ein pluralistisches Medizinsystem mit Interaktionen zwischen medizinischen Subsystemen dient Kleinman als Erklärungsmodell. Da Kleinman seine Theorie mit einem allgemeinen Anspruch am Beispiel Taiwan entwickelt hat und dies Gegenstand dieses Textes ist, werden seine Forschungen hier genauer erläutert.

Kleinman kritisiert, daß der Begriff „Medizinsystem“ zu „medico-centric“ (Arzt-zentriert) ist. Statt „Medizinsystem“ verwendet Kleinman „Health care system“. Er läßt sich mit dem Begriff „Gesundheitsfürsorgesystem“ am besten übersetzen. Nach seiner Ansicht schließt der Begriff „Gesundheitsfürsorgesystem“ sowohl Prävention als auch die Heilfunktion ein, während auf allgemeiner Ebene der Begriff „Gesundheitssystem“ benutzt wird (Kleinman 1978: 92). Kleinman definiert das „Health care system“ in seiner medizinisch-anthropologischen Untersuchung nicht im engeren Sinne des biomedizinischen Modells, sondern in seiner breiteren Bedeutung, also mit dem Blick des Medizinanthropologen als ein kulturell geprägtes „Medizinsystem“. Das medizinische System als Teil der jeweiligen Kultur und Gesellschaft verändert sich entsprechend deren Bedürfnissen:

„Health, illness and health care-related aspects of societies are articulated as cultural systems. ...Such cultural systems, which I shall call health care systems ...are...built out of meanings, values, behavioral norms. The health care system articulates illness as a cultural idiom, linking beliefs about disease causation, the experience of symptoms, specific patterns of illness behavior, decisions concerning treatment alternatives, actual therapeutic practices, and evaluations of therapeutic outcomes“ (Kleinman 1978: 86).

Kleinman teilt die Faktoren, die den Medizinbereich beeinflussen, in zwei Strukturen ein: die Außen- und die Innenstrukturen. Beide üben Einfluß auf das Medizinsystem aus. Die Außenstruktur, wie z. B. Politik, Wirtschaft, soziale Struktur, Geschichte und auch die Natur, hat besonders für die Strukturveränderung des Gesundheitssystems Bedeutung (vgl. Kleinman 1980: 45-49). Durch die Entwicklung der Technik und durch soziale Wandlungsprozesse verändert sich auch das Medizinsystem grundlegend.¹² Dennoch führt Kleinman aufgrund seiner Konzentration auf die horizontale Feldforschung diese Außenstrukturen nicht als zentralen Punkt seiner Theorie an.

Die Innenstruktur der Medizin besteht nicht nur aus der Biomedizin. So hat Kleinman drei Sektoren im Gesundheitssystem unterschieden. Unter Berücksichtigung der Indikatoren Gesundheitsanbieter, Institutionalierungsgrad und Interaktion zwischen Patienten und Anbietern teilt Kleinman das Gesundheitssystem in drei sich teilweise überlappende Sektoren auf - populärer Sektor, Volksektor und professioneller Sektor. Die drei Sektoren wirken auch über die Zeit aufeinander ein. Kleinmans Theorie schwankt auch zwischen der Art der Ausübung als Differenzierungskriterium und der Art des Wissens. Der Modellaufbau von Kleinman gliedert sich wie folgt:¹³

Der populäre Sektor bezieht sich auf die medizinischen Kenntnisse und die Methode der Alltags-Gesundheitsförderung der Bevölkerung. Er bildet den größten Sektor im Medizinbereich, weil die Menschen bei einer Erkrankung zuerst ihre eigenen Kenntnisse nutzen bzw. eine Heilmethode wählen. Der Entscheidungsprozeß für die Patienten bei einer Wahl der Heilmethode, um die Erkrankung zu beseitigen, hat also mit der Überzeugung der Patienten, der sozialen Rolle und der Beziehung mit anderen Personen usw. zu tun. Unter dem populären Sektor wird hier die indigene Heiltradition verstanden, die in Einzelfällen auch Erkenntnisse und Heilmethoden aus anderen Sektoren aufnehmen kann. Er gilt normalerweise als identisch mit dem Laiensektor in der Gesundheitsversorgung. Ein Hauptmerkmal dieses Sektors liegt darin, daß eine Krankheit definiert, diagnostiziert und behandelt wird, bevor die Krankheit in einem anderen Sektor therapiert wird. Ferner sollte die Krankheitsprävention in ihrer Funktion

¹² Kleinman betrachtete das Medizinsystem nicht als unabhängiges System, sondern ein Kulturphänomen der ganzen Gesellschaft, deshalb hat sein Modell mehr Interaktionsbedeutung.

¹³ Er behauptet, daß das Modell auf jede Gesellschaft und den ihr innewohnenden Wandlungsprozessen paßt. Vgl. Kleinman 1980: 50.

erkennbar sein. Die Familie ist die Basiseinheit im populären Sektor, wo der Erkrankte zuerst mit dem Wissen über Gesundheit konfrontiert wird. Hier ist auch der Ort, wo die Krankheit identifiziert und behandelt wird (Kleinman 1980: 50-52).

Auch der professionelle Sektor bezieht sich nicht nur auf die Biomedizin. Kleinman erwähnt, daß einige Kulturen, wie z. B. China und Indien, eigene spezifische medizinische Theorien haben. Solch eine traditionell-spezifische Medizin wird auch dem Sektor der Profession zugeordnet. Ob sie zu dem professionellen Sektor gehört, hängt erstens davon ab, ob die Heil-Tätigkeit beruflich ausgeübt wird (zum Gelderwerb bzw. zum Lebensunterhalt) oder nicht und zweitens, ob eine konsistente Theorie hinter den Handlungen steht (Kleinman 1980: 53f.). Obwohl Kleinman den biomedizinischen Zentralismus stark verinnerlicht hat, läßt sich diese Theorie auf die Situation der Chinesischen Medizin in Taiwan applizieren, da, wie zu zeigen sein wird, hier die Professionalisierung im Vordergrund steht. Obgleich bei Kleinman der professionelle Sektor nicht an zentraler Stelle steht, geht aus seinen Ausführungen hervor, daß bei der medizinischen Profession in Teilbereichen der traditionellen Chinesischen Medizin Parallelen zur Biomedizin bestehen.

Wenn der professionelle Sektor in den westlichen Ländern nicht als Orientierung dient, ist eine „Indigenisierung“ (Indigenization) leichter zu erreichen. Kleinman sieht aufgrund der ungenügenden Indigenisierung¹⁴ noch viele Probleme (Kleinman 1980: 55f.). So würden die meisten Biomediziner nach wie vor die Ansicht vertreten, daß die Volksheilkunde irrational und unwissenschaftlich sei, was zu einer Vernachlässigung der Volksheilkunde führe. Sie fühlten sich berufen, die einzigen Mediziner zu sein, die Krankheiten beseitigen könnten. Folglich würden sie andere Formen der Heilkunde ignorieren, und damit auch die Erwartungen und die Einstellung der Patienten (Kleinman 1980: 57).

Ein anderer Prozeß, der in Beziehung zu der Indigenisierung steht, ist die „Popularization“ (Popularisierung), die beinhaltet, daß manche Denkweisen und Praktiken aus dem wissenschaftlichen Gesundheitskonzept in den populären Sektor einfließen können. Während des Prozesses der Popularisierung können sich

¹⁴ Unter dem Begriff „Indigenisierung“ wird hier die Wandlung der modernen professionellen Medizin und Psychiatrie verstanden, nachdem sie in den nicht-westlichen Gesellschaften eingeführt worden sind. Dieser Prozeß kehrt die Modernisierung und Verwestlichung um. Er umfaßt das Wissenssystem, die Institutionen der Gesundheitsfürsorge sowie alle Komponenten, die zur klinischen Praxis zu zählen sind. Als Ergebnis steht eine mehr oder weniger ausgeprägte kulturelle Reform der professionellen klinischen Versorgung. Der Prozeß der Indigenisierung verändert die westliche Orientierung der klinischen Praxis und paßt diese an die gesellschaftliche Situation der nicht westlichen Kultur an, wobei die Anpassung nicht immer gelingt. Siehe Kleinman 1980: 55f..

wissenschaftlich orientierte Gesundheitskonzepte verändern oder sich ganz zerstreuen (Kleinman 1980: 55f.).

Der Volkssektor weist ebenfalls unterschiedliche Formen auf, auf Taiwan etwa den Schamanismus (Tang-ki), die religiöse Heilung (Chien) und auch die profane Heilung, die in der Gesellschaft praktiziert wird, aber trotzdem nicht zum professionellen Bereich gehört.¹⁵ Der Volkssektor ist weder durch professionelle noch medizinisch-bürokratische Strukturen wie in der Biomedizin gekennzeichnet, noch gibt es wie beim populären Sektor eine Familienbasis für die Selbstversorgung. Der Hauptunterschied zwischen dem populären Sektor und dem Volkssektor liegt für Kleinman darin, daß im einem Fall die Laien in der Familie und im anderen Fall die praktizierenden Heiler die Rolle der Leistungsanbieter übernehmen. Solche Heilungsanbieter werden als „Spezialisten“ bezeichnet. Unter Volksmedizin lassen sich verschiedene Heilkundeformen subsumieren, wobei bei einigen eine mehr oder weniger ausgeprägte Nähe zum professionellen Sektor besteht, bei anderen hingegen eine zum populären Sektor. Der Volkssektor kann Teile der Kenntnisse des populären Sektors einschließen, da beide ihr Wissen aus der traditionellen Überlieferung speisen (Kleinman 1980: 59f.).

Kleinman beobachtete, daß die Patienten in Taiwan, wo er seine Feldforschung durchführte, bei der Auswahl ihrer Mediziner mehrere Möglichkeiten haben. Es gibt verschiedene Formen von Praktikern unter ihnen, also Biomediziner, Chinesische Mediziner, Volksmediziner, usw.. Die Patienten verfügen über mehr Autonomie als die Patienten in den westlichen Industrieländern, wie z. B. Amerika oder England, weil in diesen Ländern das Gesetz die medizinische Praxis und den Arzneimittelsektor strenger regelt (vgl. Kleinman 1980: 68).

Kleinman differenziert zwischen „Kranksein“ und „Krankheit“.¹⁶ Die Krankheit bezieht sich auf biomedizinische Funktionsstörungen. Dies können organische oder auch psychische Störungen sein. Kranksein bezieht sich auf die psycho-sozialen und kulturellen Erfahrungen, auch auf die Deutung durch Menschen, die von Krankheit betroffen sind. Jede Krankheit, die zu psychologischen, sozialen und kulturellen Reaktionen führt, verwandelt sich dadurch in „Kranksein“. Obwohl Krankheit und Kranksein sich beide auf psychosoziale und kulturelle Inhalte beziehen, werden sie objektiv und subjektiv unterschiedlich gedeutet. Kranksein gibt der Krankheit eine soziale Bedeutung und eine symbolische Form. Die Biomediziner kümmern sich normalerweise um Krankheit, um körperliche oder psychische Symptome zu kurieren.

¹⁵ Vgl. Kleinman 1979: 49-60.

¹⁶ Vgl. Kleinman 1979: 72-82. In seinem Text „illness“ wurde mit „Kranksein“, und „disease“ mit „Krankheit“ übersetzt. Diese Unterscheidung zwischen Kranken und Krankheit wurde bereits vor

Aber die Patienten haben ihre eigene Erklärung für die Bedeutung von Heilung und „Krankheit“. Sie kümmern sich um die „Heilung des Krankseins“. Daher kann es zu Konflikten zwischen Biomedizinern und Patienten kommen, wenn Ärzte davon ausgehen, daß eine Krankheit geheilt ist. Denn Patienten behaupten häufig dagegen, daß sie noch krank sind (Kleinman 1980: 72-82).

Es hat den Anschein, daß Volksmediziner stärker das „Kranksein“ behandeln. Nach Kleinman zeigen sie für die Patienten ein besseres Verständnis als Biomediziner bzw. der professionelle Sektor. Auch die Patienten äußern sich über den Heilungsprozeß zufriedener. Kleinman beurteilte beide Subsysteme der Gesundheitsfürsorge nicht nach ihrem Heilungsergebnis, sondern suchte nach Gründen, warum die Patienten die Heilung durch den Volksmediziner besser beurteilen, obwohl aus wissenschaftlicher Perspektive manche Heilprozesse sinnlos erscheinen. Kleinman ist der Überzeugung, daß Volksmediziner stärker in das gesellschaftliche Umfeld eingebunden sind. Ihre Heilmethoden, ihr Eingebundensein in die Umwelt und ihre Überzeugungskraft lösen die psychischen Probleme der Patienten auf, deshalb ist die subjektive Zufriedenheit unter den Patienten größer. Kleinman spricht von „curing the disease“ durch die Biomediziner und von „healing the illness“ durch Volksmediziner (Kleinman 1980: 72-82).

In die Interaktion innerhalb der Sektoren können jedoch auch Heilmethoden und -kenntnisse von anderen Sektoren einbezogen werden. Obwohl das Modell von Kleinman mehr als eine horizontale Sektorverteilung und weniger als langfristige Differenzierung gesehen werden kann, läßt es sich als langzeitige Wanderungen zwischen Sektoren beschreiben, die wir empirisch untersuchen können. Seinen Beschreibungen der professionell geprägten Chinesischen Medizin nach zu urteilen, hat Kleinman hier nur einen Teil der Chinesischen Mediziner im Blick. Es erscheint jedoch nicht unproblematisch, diese dem professionellen Sektor zuzuordnen.

3.3 Neuer medizinischer Pluralismus

Das pluralistische Medizinsystem ist heute in den westlichen Länder ein selbstverständliches Phänomen, wie die „non-medical practitioners“ in England, Heilpraktiker in Deutschland und in den USA die anerkannten Chiropraktiker, usw. Interessierte Laien und Wissenschaftler in westlichen Ländern bekamen ihre Impulse für alternative Bewegung und Medizin durch die Forschungen in den nicht westlichen Ländern, die jedoch kaum weiter verfolgt wurden. Westliche Wissenschaftler beschäftigten sich angesichts der aufkommenden Alternativbewegung in den 70er und

Kleinman durch Claudine Herzlich (1969) definiert, die damit diese Sicht auf Krankheit eröffnete. Siehe Stollberg 2001: 19f..

80er Jahren statt dessen mit alternativen Heilformen und ihrer Professionalisierung in ihren eigenen Ländern (Cant/Sharma 1996; Degele 1998).

Cant und Sharma (1999) überprüften solche Phänomene wiederholt seit den 1970er Jahren. Sie führten eine Debatte über pluralistische Medizin mit einem Überblick und Perspektiven in westlichen Ländern, besonders in England und thematisierten die „Wiederentstehung“ (re-emergence) und zunehmende Legitimierung der alternativen Medizin. Dabei verglichen sie ihre Situation mit der der Biomedizin im 19. Jahrhundert, als diese ihr Monopol noch nicht richtig etabliert und sich eine pluralistische Medizin gebildet hatte. Dieses Phänomen erklären Cant und Sharma damit, daß es im Bereich der Medizin einen freien Markt gab. Wegen des Monopols der Biomedizin besteht für den „neuen medizinischen Pluralismus“ in den späten 20. Jahrhundert nicht eine Situation des freien Wettbewerbs. Statt dessen bleibt die alternative Medizin wegen der strukturierten und dominanten Biomedizin ein Randphänomen.

Cant und Sharma identifizieren in ihrer Forschung über die gesellschaftlichen Beziehungen (social relation) im alternativen Medizinsektor vier Hauptakteure, nämlich den Patienten, den Praktiker, die Regierung und den Biomediziner. Sie lassen sich folgendermaßen charakterisieren:

Die Anwendung der alternativen Medizin wurde als eine Herausforderung für die biomedizinische Autorität gefaßt, die die Wahrnehmung der allgemeinen Gesundheitsversorgung veränderte. Die Patienten konstituieren sich zunehmend als „Verbraucher“, die wählen können, was für sie zugänglich ist (Cant/Sharma 1999: 187).

Die alternativen Praktiker konnten sich konsolidieren und beanspruchten allmählich eine professionelle Autorität für sich. Sie suchten verschiedene Wege, um noch mehr Legitimität zu erreichen. Viele von ihnen sind bis zu einem gewissen Grad professionalisiert. Dieser professionelle Status brachte paradoxerweise auch ein gewisses Maß an Anerkennung mit sich, und zwar auf Kosten der Akzeptanz von biomedizinischem Wissen und biomedizinischem Standard. Natürlich haben einige alternative Praktiker auch den Wert von auf diese Weise erreichter Anerkennung und Status angezweifelt, da sie dadurch nur eine „komplementäre“ Rolle für die Biomedizin spielen. Aber der Trend geht dahin, größere Sicherheit und Legitimität zu erreichen (Cant/Sharma 1999: 187).

Auch wenn die Biomedizin auf ihr Monopol im Gesundheitswesen verzichten muß, gibt es noch keine richtigen Anzeichen dafür, daß sich die Nachfrage für ihre Dienstleistungen verringert. In manchen Ländern antworteten die biomedizinischen Verbände auf die Herausforderung der alternativen Medizin mit entschlossenem

Widerstand, und benutzten jede Möglichkeit, um eine Legalisierung zu blockieren. Trotzdem interessieren sich mehr und mehr biomedizinische Ärzte, besonders diejenigen, die primäre Gesundheitsversorgung anbieten, für die alternative Medizin. Einige haben alternative Therapien selbst erlernt, andere kooperieren mit den alternativen Praktikern (Cant/Sharma 1999: 188).

Die Regierungen haben nur ein beschränktes Interesse an der alternativen Medizin. In vielen europäischen Ländern, beschränken bereits existierende Gesetze die therapeutische Praxis. Mehrere Regierungen reformierten wegen des öffentlichen Drucks ihre Gesetze und boten eine eingeschränkte Finanzierung für die Forschung in alternativer Heilkunde an, wie die Analyse von Cant und Sharma über die komplementäre Medizin in England zeigt (Cant/Sharma 1999: 141f., 188). In einigen Ländern (beispielsweise Frankreich) wurde derselbe Effekt dadurch erzielt, indem die restriktive Gesetzgebung nicht weiter verschärft wurde (Cant/Sharma 1999: 188).

Verschiedene Faktoren begünstigten eine positivere Haltung des Staates. Einer betrifft die Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Manche für die öffentliche Finanzierung des Gesundheitsbereichs Verantwortlichen sehen in der Alternativmedizin eine billige und sicherere Form der Versorgung. Wie in einigen post-kolonialen Ländern bietet sich die traditionelle Medizin als Kompensation für einen Mangel in der Gesundheitsversorgung an (Baer 1998: 536; Cant/Sharma 1999: 189).

Andererseits geht es aber auch um eine Neugestaltung des fachmännischen Könnens (Refiguring of expertise). Der moderne Staat braucht die Sachkenntnis der verschiedenen Professionen zur Überwachung und Kontrolle der Bevölkerung. Traditionellerweise verläßt sich der Staat auf sein Bündnis mit der Biomedizin, und macht dies auch weiterhin. Doch begünstigt der Staat eine Modifikation der Macht von hochorganisierten professionellen Gruppen, die im öffentlichen Sektor arbeiten. Gleichzeitig bereitet er sich auch darauf vor, neue Formen fachlichen Könnens zu legitimieren. Die Alternativmedizin konnte von diesen Verschiebungen in den sozialen Beziehungen zwischen Biomedizin, Regierung und Verbraucher profitieren (Cant/Sharma 1999: 189).

Da sich diese Form des Pluralismus, wie er sich im späten 20. Jahrhundert entwickelte, von dem der „vormodernen“ Zeit erheblich unterscheidet, haben Cant und Sharma ihn als „neuen“ medizinischen Pluralismus bezeichnet (Cant/Sharma 1999: 194f.). Der neue medizinische Pluralismus läßt sich folgendermaßen charakterisieren:

1. Die Verschiedenartigkeit, auf die er sich bezieht, ist hochstrukturiert, wobei er nicht allein durch Marktbedingungen bestimmt wird. Es ist ein Pluralismus, bei dem die Biomedizin noch immer eine dominante Position besetzt und immer noch

eine Hauptrolle in einem Prozeß spielt, bei dem verschiedenen Therapiearten ein unterschiedliches Maß an Legitimität und Prestige zugeschrieben wird.

2. Außerhalb der Biomedizin konkurrieren die alternativen Medizinformen gegeneinander und mit den Diensten der Biomediziner um ein immer stärker anspruchsvoller werdendes und konsumorientiertes Publikum (Cant/Sharma 1999: 195).
3. Der neue medizinische Pluralismus wird geprägt durch die sich entwickelnde Gestaltung der Beziehungen zwischen Biomedizin, Staat und Verbraucher/Bürger (Cant/Sharma 1999: 196).

Obwohl die Situation des medizinischen Pluralismus in den nicht-westlichen Ländern von Cant und Sharma nicht thematisiert wird, betrachten sie die Untersuchungen in dieser Richtung als Vorbild. Sie vergleichen die Situation in den nicht-westlichen Ländern in den 1970er Jahren mit der im heutigen Westen. Cant und Sharma erkannten wie schon die Wissenschaftler in den 70er Jahren, daß das Phänomen der pluralistischen Medizin in den nicht-westlichen Ländern stärker auf einen Mangel in der Gesundheitsversorgung, besonders für die ländliche Bevölkerung, zurückzuführen ist (Cant/Sharma 1999: 177f.). Die Biomedizin in solchen Ländern diente früher der medizinischen Versorgung der Kolonialherren und bot eine Möglichkeit zur Kontrolle und Überwachung der einheimischen Bevölkerung (Cant/Sharma 1999: 177). Nach der Kolonialzeit verschwand die Biomedizin nicht ebenso wie die koloniale Herrschaft, sondern konnte statt dessen auf eine Kooperation mit der neuen Regierung und den sie stützenden Eliten bauen. Obwohl in diesen Gesellschaften unterschiedliche Medizinformen nebeneinander existieren, gelang es der Biomedizin, eine gesetzlich und institutionell festgelegte Hauptrolle innerhalb des Medizinsystems zu spielen (Cant/Sharma 1999: 178). Die Forschungen über post-koloniale Länder in der Sozialwissenschaft zeigen, daß ein medizinischer Pluralismus in dem Sinne des „Vorhandenseins von mehr als einem System der medizinischen Therapie“ existiert, dennoch kann von einer Gleichberechtigung zwischen allen Systemen nicht gesprochen werden (Cant/Sharma 1999: 182).

Wegen des Drucks durch die traditionellen Heiler führten Regierungen eine institutionelle Registrierung ein. Traditionelle Heiler traten als tatkräftige, sich professionalisierende Gruppen auf, die den „politischen Raum“ besetzen und die ihnen sich bietenden therapeutischen Möglichkeiten wahrnehmen wollten. Die weiter wachsende Nachfrage für ihre Dienstleistungen waren zu einem Teil das Ergebnis der ansteigenden Gebühren im Gesundheitswesen und der geringeren Kaufkraft der Patienten, die auf die Arbeitslosigkeit zurückzuführen ist (Cant/Sharma 1999: 178).

Die nicht-biomedizinischen Heiler haben offenbar einen guten Markt für ihre Dienstleistungen und eignen sich innovative und ausgewählte Formen des Praktizierens an. Wahrscheinlich genießen sie auch eine gewisse Anerkennung durch den Staat, aber diese bleibt meistens innerhalb des stratifizierten Versorgungssystems, wobei der Status der Patienten durch ihren Zugang zu verschiedenen Heilformen determiniert wird. Es gibt auch daneben eine Tendenz bei den weniger angesehenen Gruppen von Heilern, die Methoden derjenigen zu imitieren, die durch die Eliten der internationalen Biomedizin unterstützt werden (Cant/Sharma 1999: 182).

Cant und Sharma skizzieren mehrere Unterschiede im Bezug auf den medizinischen Pluralismus zwischen den nicht-westlichen und den westlichen Ländern. Während die Ärzte im Westen einen Gewinn darin sehen, in ihren Praxen die nicht-biomedizinischen Techniken einzuführen, ist dies in der nicht-westlichen Welt bisher kaum passiert, abgesehen von ethnomedizinischen Kenntnissen über die Pharmakologie (Cant/Sharma 1999: 182).

In vielen post-kolonialen Ländern wurden mehrere nicht-biomedizinische Heilformen staatlicherseits anerkannt, noch bevor dies im Westen geschah. Es scheint, daß die Kooperation zwischen den traditionellen und biomedizinischen Heilern gefördert wurde, weil die staatlich gestützte biomedizinische Versorgung für die Bevölkerung nicht ausreichend war. Diese staatlich geförderte Kooperation ging jedoch nicht mit einer Lockerung der Allianz zwischen medizinischer Profession und Staat einher (Cant/Sharma 1999: 182f.).

In den nicht-westlichen Ländern ist die Allianz zwischen Staat und medizinischer Profession nicht so stark, daß der Staat andere Stimmen ignorieren kann und will. Der Wunsch als nationale indigene Kultur und Institution anerkannt zu werden, ist ein wichtiger Faktor für eine Anerkennung der nicht-biomedizinischen Heilgruppen, besonders dort, wo der Wunsch ohne große staatliche Kosten erfüllt werden kann. (Ein großer Teil Kosten für die Ausbildung der traditionellen Heiler werden vom privaten Sektor übernommen) (Cant/Sharma 1999: 183).

3.4 Kritische Rezeption der Forschungen über medizinischen Pluralismus

Der medizinische Pluralismus ist ein Konzept, das anerkennt, daß es im Bereich der Gesundheitsversorgung von den Laien bis zu den professionellen Anbietern verschiedene Wahlmöglichkeiten gibt. Viele Medizinanthropologen versuchten in den 1970er Jahren pluralistische Medizinsysteme zu erkennen. Zu dieser Zeit erhöhte sich mit zunehmenden Interesse an kulturellen und sozialen Sichtweisen in der Medizin und im Zuge der alternativen Welle in der westlichen Welt die Attraktivität der indigenen

Heilkunde der „nicht-westlichen Länder“ als Forschungsgegenstand für medizinische Anthropologen und Soziologen. Durch die medizinisch-anthropologischen Forschungen im asiatischen Bereich mit seinen deutlich verschiedenen Medizinsystemen entwickelte sich das Konzept des „medizinischen Pluralismus“ und der „parallelen Medizinsysteme“ (Leslie 1978, 1980; Unschuld 1976; Kleinman 1980). Besonders Kleinman machte deutlich, daß diese Orientierung die verschiedenen Medizinsysteme als Teile der Kultur begreift. Jede Kultur bzw. auch jede Subkultur übt prägenden Einfluß auf ihr eigenes Medizinsystem aus. Die Bereiche der Laien- oder Hausmedizin, der Volksmedizin, der traditionellen Medizinsysteme und der kosmopolitischen Medizin (Biomedizin) koexistieren innerhalb einer Gesellschaft (Bichmann (zusammen mit Pfeleiderer/Greifeld) 1995: 47). Die Menschen, die sich in den Systemen bewegen, verfolgen aus kulturellen Gründen unterschiedliche Ziele. Patienten suchen deshalb medizinische Experten sukzessive oder auch gleichzeitig auf, bis sie sich geheilt fühlen.

In den Untersuchungen über medizinischen Pluralismus in den nicht-westlichen Ländern der 1970er Jahre wird der Pluralismus in der Medizin als Tatsache vorausgesetzt. Das Hauptinteresse der Wissenschaftler liegt darin, die Existenz einer „anderen Medizin“ nachzuweisen. Sie orientieren sich dabei am Gesundheitsverhalten der Patienten und betonen stärker als die Biomedizin den sozialen und kulturellen Hintergrund, der sich bei der Akzeptanz einer solchen Heilkunde entscheidend auswirkt. Zwar gibt es auch in der Biomedizin eine solche patientenorientierte Forschung. Jedoch fragen Medizinanthropologen nicht so sehr nach den Heilwirkungen, sondern fokussieren sich neben der Zufriedenheit der Patienten auch auf die Überzeugungskraft einer Medizin, weil sie eine solche „indigene“ Medizin immer in den Zusammenhang mit den lebensweltlichen Faktoren der Patienten stellen (Ahern 1978; Gould-Martin 1978; Kleinman 1980).

Eine andere Richtung ist die positive Sichtweise eines nebeneinander existierenden Pluralismus, besonders dort wo die Biomedizin aus Regionen außerhalb des eigenen Kulturkreises importiert ist. Da nicht-biomedizinische Formen der Heilkunde neben der Biomedizin existieren, bestehen für Patienten, wie Kleinman betont, mehrere Wahlmöglichkeiten. Damit erhalten sie ein höheres Maß an Autonomie (Kleinman 1980: 68). In der Sozialwissenschaft wurde die pluralistische Medizin als selbstverständlich akzeptiert, obwohl ein solches Modell innerhalb der Biomedizin noch sehr wenig Zustimmung erhielt. Die Biomedizin hatte sich gegenüber der traditionellen indigenen Medizin neu etabliert, während in den westlichen Ländern mit dem Aufkommen der nicht-biomedizinischen Heilkunde eine entgegengesetzte Entwicklung stattgefunden hatte. Das Koexistenz von Biomedizin und anderen Heilkundeformen in den nicht-westlichen Ländern gestaltete sich nicht unproblematisch. Von einer Gleichberechtigung beider Heilformen konnte noch keine Rede sein.

Werden alle medizinischen Systeme als Bestandteile pluralistischer Strukturen angesehen, so ist die wissenschaftlich anerkannte Medizin nur eine Variante in einem System konkurrierender therapeutischer Ansätze. Wenn das Medizinsystem in dieser Weise betrachtet wird, kann die Tür zu einer unvoreingenommenen Sichtweise geöffnet werden, die Untersuchungen darüber ermöglicht, wie alle potentiellen Varianten an Therapieformen und deren Anwender als Ressourcen in der Gesundheitsfürsorge umgesetzt könnten (Pfleiderer 1995: 89; Leslie 1980: 191).

Um Charakteristika des medizinischen Pluralismus zu ermitteln, hielten die Wissenschaftler in solchen Pilotstudien das Patientenverhalten bezogen auf die verschiedenen Heilmethoden für entscheidend. Obwohl Kleinman (1980) ein Modell für die Gesundheitsfürsorge entwickelte, fokussierte sich die Analyse auf das Gesundheitsverhalten der Patienten, die in den verschiedenen Sektoren nach Heilmöglichkeiten suchten. Solche sich überlappenden Heilkenntnisse existieren sowohl auf der Patientenseite als auch der Anbieterseite. Dennoch beachtete Kleinman die Interaktion sowie das Machtverhältnis zwischen den verschiedenen Sektoren der Gesundheitsfürsorge kaum. Äußere Faktoren der Gesundheitsversorgung wie Reaktion der Regierung, Gesetzgebung und wirtschaftliche Situation verfolgte er nicht weiter.

Cant und Sharma (1999) analysieren die Beziehung zwischen alternativer Medizin und Gesellschaft, wobei die Forschungen über den medizinischen Pluralismus der 1970er Jahre vernachlässigt wurden. Obwohl sie erkennen, daß die gesellschaftlichen Beziehungen der nicht-biomedizinischen Heilformen in den nicht-westlichen und in den westlichen Ländern sich sehr unterschiedlich gestalteten, konzentrieren sie sich auf die Situation des medizinischen Pluralismus im Westen. Da seit den 1970er Jahren kaum Forschungen über medizinischen Pluralismus in den nicht-westlichen Ländern durchgeführt werden, findet die dort vorhandene gegenwärtige Situation des medizinischen Pluralismus keine Erwähnung. Die allgemeine Situation des medizinischen Pluralismus in den 1970er Jahren in den nicht-westlichen Ländern wird durch den Mangel an medizinischen Ressourcen, Legitimierung aufgrund des Druckes traditioneller Heiler, Dominanz der Biomedizin und stratifizierte Hierarchie der traditionellen und Volksheiler gekennzeichnet. Jedoch bleiben auch bei Cant und Sharma einige Fragen offen. Ähnelte die Situation des medizinischen Pluralismus der in den nicht-westlichen Ländern? Wie entwickeln sich die gesellschaftlichen Beziehungen in der heutigen Situation? Wenn sich in den nicht-westlichen Ländern im Laufe der Zeit ein unterschiedliches soziales und politisches Umfeld herausbildete, entstanden dann auch unterschiedliche Formen des medizinischen Pluralismus? Da Cant und Sharma die gesellschaftlichen Beziehungen der alternativen Medizin in England mit ihren Akteuren - professionelle Medizin, Regierung, Verbraucher und komplementäre Medizin -

analysieren, liegt ihr Forschungsinteresse auf den westlichen Ländern. Es stellt sich aber die Frage, ob in den nicht-westlichen Ländern ein ähnlicher Prozeß abläuft.

Kleinman hat Taiwan als Forschungsraum in den 1970er Jahren durch seine Arbeiten über den medizinischen Pluralismus bekannt gemacht. Allerdings wurde dabei die längerfristige Entwicklung der nicht-biomedizinischen Heilformen nicht berücksichtigt. Forschungen über den medizinischen Pluralismus in den 1970er Jahren in nicht-westlichen Ländern, wie Kleinman sie für Taiwan im „Volkssektor“ durchgeführt hat, stimulierten nicht nur die alternative Medizin im Westen, sondern verursachten auch einen „Forschungseffekt“ in den untersuchten Regionen. Dadurch erhielten die nicht-biomedizinischen Heilformen in den nicht-westlichen Ländern Auftrieb und konnten so leichter einen Anspruch auf Legitimität erheben. Dieser Prozeß wurde maßgeblich das Verhalten der dabei beteiligten Akteure - Regierung, Verbraucher (Patienten), Biomediziner und nicht-biomedizinische Heilkundige - beeinflusst.

Eine Darstellung der langfristigen Entwicklung der nicht-biomedizinischen Heilformen unter Berücksichtigung der „gesellschaftlichen Beziehungen“ im Sinne von Cant und Sharma am Beispiel eines konkreten Forschungsraumes steht noch aus. Hier tut sich eine Forschungslücke auf, die mit Hilfe des Ansatzes von Cant und Sharma über den medizinischen Pluralismus bearbeitet werden kann. Die Chinesische Medizin mit ihren Wurzeln eignet sich deshalb besonders als Forschungsgegenstand, da hier die Wechselwirkung von medizinischem Pluralismus, Legitimierung, Professionalisierung im Kontext der gesellschaftlichen Beziehungen besonders deutlich wird.

4 Profession und Professionalisierung

Das Thema Profession soll in zwei Dimensionen diskutiert werden: einerseits als dynamischer Prozeß, andererseits als Struktur. Dabei wird auf Professionalisierung und die „traits“ oder „attributes“ der Profession Bezug genommen. Die Professionalisierung bedarf einer Prozeßorientierung mit dem Endziel des Professionalismus, welcher die Schaffung eines Berufstandes ermöglicht (Freidson 1994: 15). Professionalismus kann als eine Reihe von Eigenschaften definiert werden, die für Professionals angeblich charakteristisch sind (Freidson 1979 (1970): 59f.). Larson skizziert diese zweigleisige Bewegung der Profession in dem Prozeß der historischen Konstruktion. Die erkennbaren Charakteristiken des professionellen Phänomens - Professionsvereinigung (professional association), Erkenntnisbasis (cognitive base), institutionalisierte Ausbildung, Lizenzierung, Arbeitsautonomie, Kontrolle durch Kollegen (colleague control), und ethischer Code - wurden aus zwei Perspektiven betrachtet: einmal als Strukturelemente einer allgemeinen Form des professionellen Projekts, und das andere Mal als spezifische

Elemente von Ressourcen, deren variierbare Einführung durch verschiedene historische Matrizes definiert wird (Larson 1977: 208). Darüber hinaus bildet die Darstellung der gesellschaftlichen Aspekte der Professionalisierung, auch in ihrer historischen Perspektive wichtige Elemente der Forschung in der Professionstheorie (vgl. Daheim 1992: 24; Freidson 1994: 15). Immerhin ist die Professionalisierung ein bedeutendes und häufiges Forschungsthema in denjenigen Bereichen, in denen ein Beruf eine Anerkennung als Profession zu erreichen versucht. Da die Biomedizin als mächtige und erfolgreiche allseits etablierte Profession anerkannt ist, sind ihre Kriterien von den Wissenschaftlern und Praktikern als Charakteristiken einer Profession akzeptiert (Larson 1977: xi). Angesichts der Attraktion von sozialer Macht und Prestige der Profession bemühten sich viele Berufe, sich ihren Charakteristiken anzunähern.

Hier wird sich auf den Charakter der Profession und den Prozeß der Professionalisierung im Gesundheitsbereich konzentriert, um in diesen Dimensionen Unterschiede zwischen Biomedizin und anderen Heilformen herauszuarbeiten.

4.1 Biomedizin als Profession

Die Profession ist das wichtigste Thema in der Berufssoziologie wie auch in der Medizinsoziologie. Bei den umfangreichen professionstheoretischen Forschungen zu Gesundheitsberufen steht der „biomedizinische“ Arzt im Mittelpunkt. Die bisherigen Definitionen und Untersuchungen beziehen sich also weitgehend auf Biomediziner.

Die strukturfunktionalistische Soziologie von Parsons faßt die Profession als ein „zentrales Element der modernen Gesellschaftsstruktur“ (zit. n.: Rüchemeyer 1980: 313) auf. In seiner Arbeit über die Struktur und Funktion der modernen Medizin hebt Parsons die Rolle des biomedizinischen Arztes hervor. Demgegenüber steht die Rolle des hilflosen und hilfsbedürftigen Kranken. Da er nicht fähig ist, sich selbst zu helfen, bedarf er der professionellen Rolle des Arztes, der über medizinische Kenntnisse verfügt, und über die Situation des Kranken ein rationales Urteil fällen und ihm helfen kann (vgl. Stollberg 2001: 8). Parsons pointiert:

„die Rolle des Arztes gehört zu der allgemeinen Klasse freiberuflicher, ‚professioneller‘ Tätigkeiten. ... Die Krankenbehandlung ist also nicht eine Nebenaufgabe, ... sondern hat sich funktional zu einer vollberuflichen Rolle spezialisiert“ (Parsons 1965 (1951): 14).

Für Parsons ist die Profession Ausdruck „unterschiedlicher institutioneller Arrangements“ (Rüchemeyer 1980: 314). Die institutionalisierte ärztliche Tätigkeit wird als „Muster“ der „Profession“ in der modernen Gesellschaft dargestellt. Parsons

definiert die Rolle des Arztes im Sinne der funktionalen Bedeutung der „pattern variables“, die durch Merkmale wie Leistungsdenken, Universalismus, funktionale Spezifität, emotionale Neutralität und Kollektivitätsorientierung gekennzeichnet ist (Parsons 1965 (1951): 32f.).

Freidson kritisiert, daß Parsons nicht die tatsächliche Leistung der Professionals spezifizierte, sondern nur die Erwartungen (Freidson 1979 (1970): 135). Freidson geht davon aus, daß der praktizierende Arzt eine andere Ansicht über seine Arbeit habe als der Theoretiker oder Forscher. Das Ziel des praktizierenden Arztes sei nicht Wissen, sondern Handeln (Freidson 1979 (1970): 141). Der klinisch tätige Arzt neige dazu,

„bei der Bewertung seiner eigenen Arbeit partikularistische Maßstäbe anzulegen, und wird durch seine Beziehung zum Laien charakteristischerweise dazu gebracht, eine priesterähnliche, funktionell-diffuse Rolle zu spielen, die sich nicht bescheiden auf das beschränkt, was er kraft seiner Ausbildung oder Qualifikation vermag. Wenn er auch eine gewisse Dienstgesinnung aufweist, so betont er doch gern die symbolischen und materiellen Vorrechte seines offiziellen Status als Professional“ (Freidson 1979: 153).

Profession besteht für Freidson aus einer Gruppe von Menschen, die eine bestimmte Reihe von Tätigkeiten ausüben. Er sieht in der Profession einen Beruf, der in einem arbeitsteiligen System eine beherrschende Stellung erlangt hat. Der wichtigste Unterschied zwischen der Profession und anderen Berufen liegt in der legitimen, organisierten Autonomie (Freidson 1979: 62). Freidson baute eine komplette Professionstheorie auf. Die Grundlage des professionellen Aufstiegs bilden Machtbeziehungen und legitimierende Diskurse - also die Beziehung der Profession zum Staat (Freidson 1975: 60; Stollberg 1998: 72). Freidson geht davon aus, daß bei den Gesundheitsberufen eine Dominanzbeziehung zugunsten der Ärzteschaft existiert (Freidson 1979). Autonomie und Monopol der medizinischen Praxis wird vom Staat durch ein rechtlich abgesichertes Lizenzierungssystem garantiert (Freidson 1975: 60).

Das Privileg von Autonomie und Monopol der Professionals, das keiner äußeren Kontrolle unterliegt, basiert nach Freidson auf drei Voraussetzungen. Erstens gehöre zum professionellen Beruf ein hoher Grad an Können und Wissen. Das Wissen ist so abstrakt und das Können im Einzelfall so unterschiedlich, daß Nichtprofessionals nicht in der Lage sind, sie zu bewerten oder zu regeln. Zweitens wird behauptet, daß die Professionals verantwortungsbewußt sind und deshalb ohne äußere Kontrolle gewissenhaft arbeiten (Freidson 1979: 117). Darüber hinaus besteht die Koppelung zwischen Gesellschaft und Profession darin, daß die Profession vorgibt, sich am gesellschaftlichen Gemeinwohl zu orientieren. Sie bezieht sich auf ein professionelles Ethos, um Vertrauenswürdigkeit ihrer Leistungsempfänger herauszustellen. Ihre

Autonomie legitimiert und bewährt sich in dieser Form der Selbstbestimmung oder Selbstregelung (Freidson 1979: 117).

Döhler faßt in seiner Arbeit die formalen Bedingungen der medizinischen Profession zusammen, die in sich in drei Ebenen erschließen, nämlich in Ausbildung, Tätigkeitsfeld und praktischem Einsatz (Döhler 1997:63). Wegen der Unbestimmtheit und Kompliziertheit des Charakters der Profession braucht sie eine regulierte Ausbildung, um erstens ihre Profession zu schützen und zweitens ihr ein fachliches Grundwissen weiterzugeben. Infolge dieser einheitlichen Ausbildung wird von ihr erwartet, daß ihre Mitglieder sich als zugelassene Ärzte legitimieren lassen. Ihr Tätigkeitsfeld gründet sich auf Autonomie und Autorität. Der Professional diszipliniert sich durch eine „peer review-Gruppe“ und kann dadurch sowohl die Definition und Gestalt der vom Laien erfahrenen und gedeuteten Probleme verändern, als auch seine speziellen Kenntnisse und Techniken verbessern (Döhler 1997:63).

4.2 Professionalisierung als sozialer Prozeß

Um die genannte gesellschaftliche Stellung der Profession zu erreichen, bedarf es eines laufenden Prozesses - der Professionalisierung. Der Gesamtprozeß der Professionalisierung stellt nach Rüchemeyer eine komplexe Mobilisierung von ideologischen, organisatorischen, erzieherischen, politischen und wirtschaftlichen Ressourcen dar (Rüchemeyer 1980: 324). Bei den soziologischen Forschungen über die moderne Gesellschaft steht die Professionalisierung mit im Blickpunkt. Sie geht mit einer Umstrukturierung der Gesellschaft einher. Viele Erklärungsmodelle versuchen, wichtige Faktoren und Prozesse der Professionalisierung zu identifizieren und zu analysieren. Döhlers Ansatz schließt überwiegend äußere (external) Perspektiven der Professionstheorie ein. Er richtet seinen Blick in erster Linie auf die Folgen und Reaktionen der Dynamik des Professionalisierungsprozesses, die sich in staatlichen Interventionen, in Marktstrukturen und in Regulierungsinstanzen manifestieren (Döhler 1997: 61). Dabei gewinnt der Aufbau von Machtpositionen in verschiedenen Modellen der Professionalisierung eine entsprechende Bedeutung (Forsyth/Danisiewicz 1985: 60).

Die Untersuchungen von Larson (1977) fokussieren sich auf die Macht der Marktkontrolle. Ihr Ansatz geht davon aus, daß Professionen das Ergebnis des Professionalisierungsprozesses als erfolgreich durchgeführtem „Mittelschicht-Projekt“ sind, das von Mitarbeitern eines vermarktbareren Expertenwissens durchgeführt wird (Larson 1977: xvi-xviii; Daheim 1992: 23). Die Professionalisierung läßt sich also als ein Prozeß fassen, wobei die Produzenten bestimmter Dienstleistungen einen Markt für ihr Expertentum zu schaffen und diesen zu kontrollieren versuchen. Professionalisierung stellt sich damit als eine kollektive Beschreibung eines bestimmten

sozialen Status und als ein kollektiver Prozeß des Aufstiegs durch soziale Mobilität dar. In anderen Worten bedeutet dies den Versuch, eine Ordnung von seltenen Ressourcen - spezielles Wissen und Fähigkeiten - in soziale und ökonomische Belohnungen umzusetzen (Larson 1977: xvii). Der Grund, wieso dieses Expertentum ein Monopol erreichen kann, liegt daran, daß Waren (commodities) einen Seltenheitswert haben. Das Monopol der Experten besteht aus zwei Dimensionen: einmal bezogen auf den Markt und ein anderes Mal bezogen auf den Status im stratifizierten System. Diese untrennbaren Dimensionen - Marktkontrolle und soziale Mobilität, fusionieren auf dem institutionellen Markt und im Erziehungssystem (Larson 1977: xvii).

Larson faßt die Bedingungen für ein erfolgreiches Professionalisierungsprojekt zusammen. Als erste Bedingung führt sie exklusive Wissensbestände an, die Laien gegenüber als überlegen inszeniert und mit staatlicher Förderung zu einem akademischen Ausbildungsgang institutionalisiert werden. Zweitens bedarf es einer damit verbundenen Vereinheitlichung der angebotenen Dienstleistung (Standardisierung). Als drittes Kriterium nennt sie die jeweilige Marktstruktur, die von der Art des zu vermarktenden Produkts, der Sozialstruktur wie auch von den spezifischen Ressourcen der Profession abhängig ist (Larson 1977: xvii, 36; Degele 1998: 193; 2000: 55). In ihrem Modell sieht Larson die Unterstützung des Staates als nicht ausreichend an, um die autonome Kontrolle der Profession über den Markt zu gewährleisten. Bestenfalls kann staatliche Legitimierung Konkurrenz ausschalten, dennoch kann sie die Verbraucher nicht zwingen zu konsumieren (Larson 1977: 24).

Ein weiteres Machtmodell wurde von Forsyth und Danisiewicz (1985) entwickelt, das Daheim (1992) als „das eine für die neueste Richtung der Forschung bezeichnende Variante des Machtmodells“ bezeichnet, die „einen Vorschlag zur Präzisierung einiger vielbenutzter Begriffe enthält“ (Daheim 1992: 25). Die „professional power“ steht dabei im Mittelpunkt. Professionelle Macht entsteht aus dem sozialen Austausch mit der Gesellschaft und individuellen Klienten (Forsyth/Danisiewicz 1985: 60). Dabei lassen sich Organisations -und Klientenautonomie unterscheiden (Forsyth/Danisiewicz 1985: 60; Daheim 1992: 26). „Wirkliche“ Professionen sind dadurch definiert, daß ihnen als Gruppe sowohl von den Klienten wie auch von den beschäftigenden Organisationen Autonomie zuerkannt wird (Forsyth/Danisiewicz 1985: 61; Daheim 1992: 26).

Das Professionalisierungsmodell von Forsyth und Danisiewicz läßt sich in seinem Verlauf in drei Phasen unterteilen. In die erste Phase fällt der Aufbau des Image. Konkret bauen die Dienstleister ihre professionelle Assoziation auf, und konstruieren damit den Charakter der Dienstleistung - das Image. Indikatoren für das Image der Dienstleistung lassen sich mit den Dimensionen der Wesentlichkeit, der Exklusivität und der Komplexität umschreiben (Forsyth/Danisiewicz 1985: 62; Daheim 1992: 25f.). Die

zweite Phase bezieht sich auf die Evaluation und Anerkennung durch die relevante Öffentlichkeit und die potenziellen Klienten im Bezug auf die Dienstleistung im Verhältnis zum ihrem Image. Kann diese überzeugt werden, erkennt sie die Autonomie der Profession an. Kann hingegen Autonomie nicht in genügendem Ausmaß erreicht werden, reicht es nur zur „mimic profession“. In diesem Fall sind zwar einige Charakteristiken, z.B. ein Ehrenkodex vorhanden, es mangelt aber an Macht. Jedoch kann die Profession immer wieder den Versuch unternehmen, öffentliche Anerkennung zu finden (Forsyth/Danisiewicz 1985: 64; Daheim 1992: 26). Sind diese Bemühungen erfolgreich, geht es in der dritten Phase um eine Präzisierung und Stabilisierung des professionellen Status. Das Verlangen nach politischer Legitimität und Entwicklung eines ethischen Codes bilden Formen des Image-Aufbaus in den dritten Phase (Forsyth/Danisiewicz 1985: 65; Daheim 1992: 26).

Daheim führt in seiner Zusammenfassung die unterschiedliche Akzentuierung der Machtposition auf die differierenden gesellschaftlichen Umstände zurück (Daheim 1992: 25). Er überlegt, welche Eliten dominieren und den Professionalisierungsprozeß durch ihr Machtkalkül formen und fragt, ob es sich hier um konservativ-bürokratisch-militärisch orientierte oder eher um liberal-zivil-geschäftsorientierte Gruppen handelt (Rüschemeyer 1986: 124; Daheim 1992: 25).

Mit den unterschiedlichen gesellschaftlichen Umständen hat sich Freidson bereits auseinandergesetzt. Bezogen auf die Machtposition der Ärzteschaft argumentiert er, daß ihre Autonomie und ihr Monopol nicht in allen Ländern gleich stark ausgeprägt sind. Die staatlichen Interventionen oder Steuerungen können als einflußreiche Faktoren angesehen werden. So greift der Staat durch die medizinische zentrale Verwaltung und durch Management der Krankenversicherung in die Personalstruktur und Finanzierung der Medizin ein. Nach Freidson besitzt die Profession in den staatlichen steuerfinanzierten Gesundheitssystemen wie England zwar nicht überall die Freiheit, die Form ihrer Arbeit zu bestimmen, kann jedoch den Inhalt der Arbeit zu kontrollieren (Freidson 1975: 60f.).

Rüschemeyer untersucht den Professionalisierungsprozeß in Ländern mit entwickelter staatlicher Bürokratie. Hier erfolgt die Modernisierung der bildungsqualifizierten Berufe durch staatliche Initiative. Er geht davon aus, daß der Professionalisierungsprozeß sich hier in der staatlichen Verwaltung vollzieht und zwar unter „öffentlich bürokratischer Dominanz“ (Rüschemeyer 1980: 324f.).

Degele vergleicht die Situation der Biomedizin und anderer Heilformen in Staaten mit ausgeprägter Sozialversicherung, also besonders in Deutschland. Hier behält die biomedizinische Profession einen entscheidenden Trumpf in der Hand. Sie hat eine

gesicherte Stellung in der gesetzlichen Krankenversicherung und kann sich in diesem Rahmen selbst verwalten (Degele 2000: 54).

Anders als die übrigen Ansätze betrachtet Abbott (1988) das System der Professionen (System of Professions) als ein Ganzes. Sein Analysemodell geht davon aus, daß in der Professionalisierungsforschung bei Untersuchungen über einen bestimmten Beruf die Beziehung desselben mit anderen relevanten Berufen, die innerhalb eines Professionsystems agieren, einbezogen werden muß. Die früheren Modelle über Professionalisierung fokussierten sich zu stark auf die Struktur, vernachlässigten aber die Arbeit (Work) des Professionals. Nach seiner Ansicht ist es das Arbeitsfeld, das Konflikte zwischen den Professionen hervorruft und sie in ihrer historischen Entwicklung voneinander abhängig macht (Abbott 1988: 19). Das zentrale Phänomen des professionellen Lebens liegt in der Verbindung zwischen den Professionen und ihrer Arbeit, die Abbott mit „jurisdiction“ definiert (Abbott 1988: 20).

Unter „jurisdictions“ werden die Zuständigkeiten einer Profession für ein Arbeitsgebiet verstanden. Ihr Merkmal ist die auf einem professionellen Wissen aufbauende Beherrschung der Abstraktion zur Konstruktion und zum Erhalt von Autonomie. Abbott faßt diese Kompetenzen exklusiv: „Zwei Professionen sind zwar interdependent, können aber nicht dieselbe Nische besetzen. Sie bilden sich somit als ‚occupational competition through abstract knowledge‘ (Abbott 1988: 317) heraus“ (zit. n.: Degele 1998: 193). Die Institutionalisierung ärztlichen Expertenwissens läßt sich mit Abbotts Modell der „jurisdiction“ darstellen (Abbott 1988: 1-7; 98-111; Degele 1998: 193). Durch seinen Erfolg beim alleinigen Wettbewerb erreicht der einzelne Arzt, daß sich in seiner Person Charakteristika der Profession in großem Umfang abbilden, auch wenn hier von offiziellen Positionen der organisierten Medizin abgewichen wird (Göckenjan 1981; Degele 1998: 193).

Mit Störungen des Systems der Professionen durch externe und interne Kräfte versucht Abbott Veränderungen der „jurisdiction“ zu erklären. Externe Faktoren stören das System direkt in der Weise, daß ein neues Aufgabenfeld für ihre „jurisdiction“ geöffnet oder die alte „jurisdiction“ zerstört wird. Interne Faktoren stärken oder schwächen die „jurisdictions“ von Professionen, dadurch verschärft sich die Stratifikation oder Differenzierung der „jurisdictions“ (Abbott 1988: 91, 96). Die durch die Systemstörung verursachte Verschiebung führt zur Bildung einer Lücke bei den „jurisdictions“.

Mit einem Ketteneffekt von Lücken der „jurisdictions“ im System der Professionen begründet Abbott die Probleme der anderen Modelle der Professionalisierung. Externe Gruppen können auf zwei Wegen in das System der Professionen eintreten. Eine besteht in der Klientenregelung (client settlement). Eine mächtige Profession ignoriert eine

potenzielle Klientel. In diesem Fall tauchen Paraprofessionen auf, um einen Service für diese vernachlässigte Gruppe anzubieten. Diese versucht später ihr Arbeitsfeld („Jurisdiction“) von der dominanten Profession zu übernehmen, um dadurch in das professionelle System einzutreten, wie z. B. die Homöopathie, Osteopathie, usw. (Abbott 1988: 91). Wie wir sehen werden, läßt sich dieses Phänomen auch bei der externen Gruppe der Chinesischen Mediziner beobachten. Im anderen Fall beansprucht eine Gruppe die „jurisdiction“ über ein Aufgabengebiet, das zuvor in die Zuständigkeit mehrerer Professionen fiel. Abbott bezeichnet diese Situation als Begrenzung (Abbott 1988: 91).

In seinem Modell der Systems of Professions legt Abbott dar, daß sein Ansatz auf bestimmten Grundvoraussetzungen basiert: erstens, das Wesen einer Profession liegt in ihrer Arbeit, aber nicht in ihrer Organisation. Zweitens gibt es eine Vielzahl von Variablen, die Inhalt und Kontrolle dieser Arbeit beeinflussen. Drittens existieren die Professionen in einem System wechselseitiger Beziehungen. Veränderungen bei den Professionen können auf spezifische Kräfte, welche Arbeitsinhalt und -kontrolle beeinflussen, zurückgeführt werden, also auf die Beziehung von Profession und „jurisdiction“, besser gesagt auf ihr Arbeitsfeld (Abbott 1988: 112).

Kurtz (2001) erklärt in seinem Aufbau der systemtheoretischen Berufssoziologie, daß der Beruf systemtheoretisch als eine „Form“ betrachtet wird. Mit Hilfe des Formenkalküls lassen sich bei der Analyse des Berufs vielfältige Varianten miteinander kombinieren, besonders bei der Analyse der Form Profession. Diese bildet in der Moderne eine besondere Form im Kontext mehrerer gesellschaftlicher Teilbereiche, und wird als Verbindung verschiedener Funktionssysteme gesehen (Kurtz 2001: 148). Der Professionalisierungsprozeß selbst ist nicht Gegenstand der Betrachtungen von Kurtz. Statt dessen analysiert er die neu entstandenen Professionen in ihrer funktionssystematischen Ausdifferenzierung (Kurtz 2001: 149):

„Mit der Ausdifferenzierung weiterer, sich nicht den Leitprofessionen unterordnenden Berufsgruppen im Kontext dieser Systeme, den Veränderungen der Beziehungen von Experten und Klienten sowie auch der Ausdifferenzierung von die Kommunikation leitenden neuen Medien, muß heute allerdings mehr und mehr ein Schwinden der ehemals herausgehobenen Stellung der Professionen in diesen Funktionssystemen verzeichnet werden“ (Kurtz 2001: 149).

In der modernen Gesellschaft können, wie Kurtz betont, einzelne Professionen nicht mehr das an binären Unterscheidungen orientierte Kommunikationsgeschehen von Funktionssystemen beherrschen und die Einheit eines solchen Systems abbilden (Kurtz 2001: 149f.). Hier manifestiert sich eine Entwicklung hin zum Multiprofessionellen von und für Personen in den Systemen (Kurtz 2001: 149).

4.3 Professionalisierung der alternativen Medizin

Einige empirische Forschungen über Professionalisierung der alternativen Medizin werden im Folgenden vorgestellt. Ihr Verlauf erweist sich als komplexe Entwicklung. Obwohl hier wie bei allen anderen Professionalisierungsprojekten das Bestreben im Mittelpunkt steht, sich an die Charakteristiken einer Profession anzunähern, unterscheidet sich die gesellschaftliche Situation im Vergleich zu anderen Projekten. Die Gemeinsamkeit bei allen Varianten der alternativen Medizin besteht darin, daß diese neben der etablierten Profession der Biomediziner zu existieren versuchen und eine Einbindung in das stratifizierte System der Biomedizin zu vermeiden sucht. Die Unterstützung durch Marktstrukturen oder staatliche Legitimation ist von Region zu Region unterschiedlich und hängt von dem Charakter und dem Grad der Bemühungen der einzelnen Form der alternativen Medizin ab. Der Kampf mit der Biomedizin um die „jurisdictions“ - Arbeitsfeld und rechtliche Zuständigkeit - scheint eine angemessene Darstellung zu sein.

4.3.1 Auswirkungen der Professionalisierung der Biomedizin

Eine konkrete Beschreibung der Nachteile einer professionalisierten Biomedizin aus der Sicht der alternativen Medizin als Konkurrenz wird nun vorangestellt. Eine erfolgreiche biomedizinische Professionalisierung wirkt sich negativ aus. Degele sieht hier Zusammenhänge mit der Technisierung der Medizin. Sie konstatiert, daß als Folge der Technisierung der Biomedizin dem technisch induzierten „Wasserkopf der Diagnostik“ ein „Zwergenwuchs der Therapie“ gegenübersteht. Das Wachstum und die Monopolisierung von Wissen bedürfen einer Spezialisierung (Degele 2000: 54). Darüber führt dieser Prozeß zu einer Spaltung ärztlicher Kenntnis in Diagnose- und Therapiewissen, und dies resultiert in einer „Versachlichung und Anonymisierung“ der Arzt-Patient-Beziehung (Degele 2000: 54). Auf der Seite der medizinischen Verbraucher läßt sich ein zunehmender Vertrauensverlust in die professionelle Kompetenz der Biomedizin erkennen, die damit Teile ihres Wissensmonopols verliert. Dieser Prozeß läßt sich als Deprofessionalisierung kennzeichnen (Bollinger/Holz, zit. n.: Degele 1998: 192).

Die alternative Medizin profitiert in der modernen Gesellschaft durch ihre Kritik an der Biomedizin mit ihrer Versachlichung und Anonymisierung der Arzt-Patient-Beziehung, ihren ständig steigenden Kosten und ihren Defiziten bei der Therapie von chronischen Krankheiten (Degele 2000; Baer 1998). Dennoch bleibt ihre Position in dem Medizinbereich nicht unproblematisch. Neben einer staatlich protegierten, autonomen und monopolhaften Biomedizin werden die anderen Medizinformen oft ausgegrenzt und an den Rand gedrängt. Um ihre Existenz zu sichern, versucht sich die alternative Medizin

zu professionalisieren oder an die Biomedizin anzunähern (Leslie 1976: 6f.; Cant/Sharma 1999).

4.3.2 Revitalisierung der einheimischen Medizin als Vorprozeß der Professionalisierung

Besonders für die einheimische Heilkunde in den nicht-westlichen Ländern erweist sich der Professionalisierungsprozeß als schwierig. Nach der Einführung der professionellen Biomedizin kam es zu Auseinandersetzungen über ihre Wirksamkeit, die die Konflikte zwischen der traditionellen Kultur und der von außen eindringenden Macht der modernen Biomedizin versteckte. Der Anstoß für eine Auseinandersetzung mit der westlichen Medizin kam in Indien und China zuerst mit der Bewegung der Revitalisierung der einheimischen Medizin. Dahinter standen oft auch ideologische und nationalistische Ziele (Kaiser 1992: 36). Trotz der unterschiedlichsten Hintergründe zeichnen sie sich durch eine einheitliche ideologische Struktur aus. Zuerst wird die eigene kulturelle Vergangenheit als sehr hoch entwickelt idealisiert, die aufgrund von äußeren Einflüssen, bzw. durch Fremdherrschaft verfallen sei. Politisches Engagement gilt dabei als das Hilfsmittel, den Zustand der glorreichen Vergangenheit wiederherzustellen (Kaiser 1992: 36).

Eine Übereinstimmung der Revitalisierungsbewegung der traditionellen Medizin zu bestimmten Werten und Normen der betreffenden Gesellschaft wird als gegeben angenommen. Dennoch wird ihre Existenz gefährdet, wenn sie gegenüber der Biomedizin keine rechtmäßige Position hat. Mit dem Professionalisierungsversuch erreicht die traditionelle Medizin einerseits Gleichberechtigung mit und Konkurrenzfähigkeit gegenüber der Biomedizin, andererseits ihre Heilkunde zu modernisieren. Das politische Engagement für eine Legitimierung der traditionellen Medizin wurde als erste Phase im Prozeß der Professionalisierung bezeichnet.

4.3.3 Probleme der Professionalisierung der alternativen Medizin

In vielen westlichen Ländern besteht kein Zweifel, daß viele Formen der alternativen Medizin eine Stufe der sozialen Legitimität, da sie vorher nie bekommen haben, erreichen könnten (Cant/Sharma 1999: 185). Cant und Sharma bezeichnen solche Phänomene als „pluralistische Legitimation“. Eine Herausforderung der Biomedizin durch die alternative Medizin besteht zweifellos. Dennoch kann von einer Wiederherstellung einer „normalen“ Situation in der heutigen Gesellschaft gesprochen werden, also einer pluralistischen Situation, in der eine Heilform zwar dominiert, andere aber nicht allesamt ausgeschlossen werden (Cant/Sharma 1999: 191).

Dieser Prozeß stößt oft auf die Ablehnung durch die Biomedizin. Darüber hinaus behindert solche Heilkunde oft auch wegen der Eigenschaften ihrer Heilformen die Professionalität. Legitimierung in diesem Sinne geschieht nicht nur durch die Biomedizin. Die Therapien werden gerade wegen ihrer Ablehnung durch die Biomedizin als „alternativ“ definiert (Cant/Sharma 1999: 186). Die Anerkennung erweitert auch die Spaltung zwischen den Praktikern mit anerkannter Qualifikation und denjenigen, die sich auf etwas Inspiration und wenig Kenntnisse stützen. Insgesamt gesehen hat die Anerkennung bestimmter Therapien als „legitim“ dazu geführt, daß der Staat sich bereit zeigt, das frühere Verhalten der Verbraucher zu legalisieren. Obwohl die Anerkennung nur dort gestattet wird, wo eine „Konvergenz“ mit der Biomedizin eingegangen wird, kann von einer Neugestaltung der Beziehungen zwischen Staat und Biomedizin gesprochen werden. Aber die Überzeugungsfähigkeit des biomedizinischen Modells als Maßstab der Beurteilung der anderen Anbieter bleibt noch relativ intakt (Cant/Sharma 1999: 186).

Baer untersucht die Legitimierung der Akupunktur in Amerika. Obwohl die organisierte Biomedizin eine Lizenzierung der anderen Heiler ablehnt, plädieren Teile der Eliten im Gesundheitssektor für die Legitimierung der Akupunktur als ein professionalisiertes heterodoxes Medizinsystem. Da ein großer Teil der Gesundheitsausgaben aus den Körperschaften und dem Staat in die Hände der Professionals und Krankenhäuser fließt, überlegen die politischen Entscheidungsträger, ob die holistische Medizin als eine Strategie für die Reduzierung der medizinischen Kosten dienen und zusätzlich auch individuelle Verantwortung die Aufrechterhaltung der Gesundheit stärken könne (Baer 1998: 536).

Die Analyse der Legitimierung der Akupunktur in Australien von Dew kommt zu dem Ergebnis, daß es für die Biomedizin sicherer ist, die Akupunktur in das Aufgabenspektrum zu integrieren, als das Eindringen der Laienheiler in das Territorium der medizinischen Profession zu riskieren. In solcher Situation hat die medizinische Akupunktur jedoch einen schwankenden Status. Sie ist weder eine reine biomedizinische Heilmethode der Biomedizin noch eine der alternativen Medizin (Dew 2000: 1793).

Degele (1998, 2000) analysiert die Professionalisierung der alternativen Medizin, wobei sie am Beispiel der Homöopathie darstellt, wie sich diese der biomedizinischen „jurisdiction“ (Arbeitsgebiet der Profession) anpaßt, aber auch gleichzeitig aussteigt. Bezüglich der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Professionalisierung verfügt die Homöopathie zwar über ein geschlossenes Wissenssystem, ihr fehlt aber im Gegensatz zur Biomedizin die wissenschaftliche Legitimität. Darüber hinaus mangelt es ihr hierfür an den notwendigen institutionellen Ressourcen (Degele 2000: 55). Degele kommt zu dem Schluß, daß die Homöopathie, wie viele andere Formen der alternativen Medizin, in

vielerlei Hinsicht nicht kompatibel mit dem professionellen medizinischen System ist. Die Standardisierung der Ausbildung und Ausübung führt nicht zu einer Stärkung einer homöopathischen Identität, weil ihre Wissensbestände und Vorgehensweisen (z.B. Kasuistik statt Statistik) sich einer Vereinheitlichung widersetzen (Degele 2000: 57). Degele erklärt dies mit dem Modell der „jurisdictions“, um hier eine Bedrohung des Arbeitsgebietes der Biomedizin aufzuzeigen. Wenn sie an ihren homöopathisch begründeten Standards festhält, bedeutet dies eine neue Ausdifferenzierung der „jurisdiction“ von Biomedizin. Ein solcher Prozeß fördert die Herausbildung einer „Zwei-Klassen-Medizin“. Wenn sie sich dagegen an die gesundheitspolitisch etablierten Spielregeln hält und damit wenigstens zum Teil in die existierende „jurisdiction“ integriert wird, kann sie zwar vom Gesundheitsbudget profitieren, gefährdet jedoch ihre Identität als individualisierende ganzheitliche Behandlungsweise (Degele 2000: 56; 1998: 207).

4.4 Zusammenfassende Überlegungen zu Professionalisierung und medizinischem Pluralismus

Zwei Dimensionen stehen an dieser Stelle zur Diskussion: einmal geht es um Anwendungsmöglichkeiten von Professionalisierungsmodellen für ein Expertentum neben der Biomedizin. Der Prozeß der Professionalisierung verlief in den verschiedenen sozialen und kulturellen Kontexten und in einzelnen historischen Epochen unterschiedlich. Im Bezug auf die Chinesische Medizin sollen spezifische Faktoren, die dieses Professionalisierungsprojekt geprägt haben, besonders hervorgehoben werden. Eine weitere Dimension liegt in der Professionalisierung der alternativen Medizin innerhalb des medizinischen Pluralismus. Hier ist zu überlegen, ob ähnliche Prozesse auf andere Länder, in denen nicht-biomedizinische Heilformen die ursprüngliche Medizin sind, übertragen werden können. Ferner wird erörtert, ob sich die Probleme der Professionalisierung der alternativen Medizin in westlichen Ländern mit dem Fall der Chinesischen Medizin in Taiwan vergleichen lassen.

4.4.1 Anwendungsmöglichkeiten von Professionalisierungsmodellen auf andere Heilformen

Die Biomedizin konnte, wie erwähnt, durch eine erfolgreiche Professionalisierung ihre gesellschaftliche Autonomie und ihr Monopol sichern. Jedoch kann eine Berufsgruppe in der Realität einen Zustand der völligen Konsolidierung niemals erreichen. Statt dessen bedarf es ständiger Aktivitäten und Bemühungen, um ihre institutionelle Nische zu sichern (Döhler 1997: 66). In dieser Situation erhalten andere Heilformen die Gelegenheit, sich neben der Biomedizin als Profession zu etablieren.

Aus der Beobachtung, daß das gesellschaftliche Monopol und die Autonomie der medizinischen Profession (Biomedizin) immer weiter beschränkt wird, entstanden eine Reihe Erklärungsmodelle, die sich auf die Analyse der Professionalisierung in anderen Berufen fokussieren. Zu dieser Richtung zählt auch das Modell der Marktkontrolle von Larson (1977), das sich auf die Proletarisierung der Ausbildung fokussiert. Nach dem Professionsmarktmodell von Larson sind formale Ausbildung und Lizenzierung zwei entscheidende Kriterien, die die Inklusion eines Berufes in die Profession anzeigen (Larson 1977: 133). Darüber hinaus führt ein verbreitetes und höheres Ausbildungsniveau zu verstärkter Arbeitsteilung und -spezialisierung. Damit verstärken sich die Eigenart und die Spezialisierung der Arbeitsgebiete einer Profession (Larson 1977: 232). Larson spricht hierbei von einer wachsenden Bedeutung von „educated labor“. Das eng begrenzte Arbeitsfeld dieser Spezialisten bedarf jedoch der Kooperation und Arbeitsteilung mit anderen Spezialisten (Larson 1977: 234-237).

Eine Akzentuierung von Arbeits- und Marktverteilung lässt sich ferner in der Systemtheorie bei Kurtz (2001) erkennen. Ihm geht es um die systemtheoretische Analyse der Ausdifferenzierung einer speziellen Form, der Profession (Kurtz 2001: 148-150). Diese Orientierung kann als eine Weiterentwicklung der soziologischen Professionstheorie angesehen werden. Die Deskription der Unterscheidung von Funktionssystemen erscheint jedoch für eine prozeßorientierte historische Darstellung, wie sie in dieser Arbeit entwickelt wird, ungeeignet.

Marktverteilung und Ausdifferenzierung erklären aber nur eine Seite der Struktur der Bildung neuer Professionen. Das Postulat einer freien Marktsituation gilt nicht für alle Länder. Rüschemeyer (1986), der die staatliche Intervention betont und Degele (2000), die die Steuerung des Gesundheitswesens durch Krankenversicherung akzentuiert, beziehen sich auf andere externe Faktoren und Möglichkeiten, die zur Entwicklung einer neuen Profession beitragen können. Es fehlt allerdings die Konkretisierung der internen Faktoren innerhalb des Medizinbereichs und der enge Bezug des Expertentums zu einer Medizinform. Dies konnte durch folgende Professionalisierungsmodelle konstruiert werden.

In ihrer Arbeit erläutern Forsyth und Danisiewicz (1985) die Bemühungen von Dienstleistern, das Image ihrer Dienstleistung aufzubauen und die Anerkennung der Öffentlichkeit (Lizenzierung und Akzeptanz von Klienten) zu erreichen. Dabei werden Bestrebungen und Orientierungen innerhalb eines einzelnen Berufes deutlich erkennbar. Einen anderen Gesichtspunkt bei der Betrachtung des Arbeitsfelds von Professionen kennzeichnet Döhler als „Konkurrenzen“ zwischen den Berufsgruppen (Döhler 1997: 66).

„Konkurrenz entsteht in dieser Sichtweise überwiegend zwischen einer etablierten Berufsgruppe, die den Professionalisierungsprozeß bereits erfolgreich beendet hat, und einer ‚emergenten‘ Berufsgruppe, die diesem Vorbild folgend nach eigenen Zuständigkeits- und Autonomieräumen strebt, und dies potentiell zu Lasten der schon etablierten Profession“ (Döhler 1997: 66).

Abbott deutet diese Konkurrenzsituation anders. Unter Hinweis auf eine Verschiebung der „jurisdiction“ im System der Professionen erklärt er, daß eine Lücke in den Arbeitsfeldern von Professionen eine Eindringung anderer Professionen zur Folge hat. Die etablierten Professionen versuchen wiederum ihrerseits, eine neue Aufgabe zu finden und zu definieren oder bemühen sich um eine „jurisdiction“ der neuen Eindringlinge, damit jede Profession ihre eigene Nische hat, die sie sich nicht mit anderen zu teilen braucht (Abbott 1988: 98-113).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren: Die Charakteristika der Profession bilden den Zielpunkt einer Bemühung um Professionalisierung. Dennoch bleibt für moderne Professionen durch ausgeprägte Arbeitsteilung und Ausdifferenzierung nur ein enger Raum für Autonomie und Monopol. Dies führt zu dem Phänomen der Multiprofessionen, also zu der Situation, daß neben den etablierten Professionen auch neue Professionen existieren können. Allerdings wird die Professionalisierung eines Berufes neben einer etablierten Profession, wie wir am Beispiel der Alternativmedizin gesehen haben und am Beispiel der Chinesischen Medizin genauer untersuchen werden, durch ein kompliziertes Netz von Faktoren und Akteuren beeinflusst. Alle diese Heilformen bemühen sich, neben der Biomedizin ihren Professionsstatus zu erreichen. Das Modell von Forsyth und Danisiewicz verdeutlicht die Prozeßorientierung und den Inhalt der Professionalisierung. Das Modell der „jurisdiction“ von Abbott macht deutlich, daß Konkurrenzen innerhalb des Systems der Professionen den Erfolg der Professionalisierung beeinflussen könne. Der Kampf um die „jurisdiction“ als eine wichtige Erscheinung im Medizinbereich steht - zumindest was die Beziehung der Biomedizin mit anderen Heilformen betrifft - öffentlich im Vordergrund.

4.4.2 Überlegungen zur Professionalisierung der alternativen Medizin innerhalb des medizinischen Pluralismus

Als eine Reaktion der Unzufriedenheit mit der Biomedizin entwickelte sich der medizinische Pluralismus in den westlichen Ländern - besonders seit den 1980er Jahren - zu einem populären Thema (Cant/Sharma 1999; Degele 2000). Um neben der Biomedizin existieren zu können, versuchen die Therapeuten der „anderen Heilformen“, entweder als sogenannte alternative Mediziner oder als komplementäre Mediziner, ihre Anerkennung als Profession zu bekommen (Cant/Sharma 1999; Degele 2000). Dies zeigt

sich in den westlichen Ländern, wo in Untersuchungen über alternative Medizin die Professionalisierung nicht selten zum Hauptthema gemacht wurde (Cant/Sharma 1992; Dinges 1995; Saks 1995a; Dew 2000; Degele 2000, usw.).

Wie Cant und Sharma betonen, sind für die Entwicklung der alternativen Medizin vier „Key Player“ von Bedeutung, nämlich: die Verbraucher (User), die alternativen Praktiker, die Biomediziner und der Staat (Cant/Sharma 1999). Da der Status als medizinische Profession ein entscheidendes Entwicklungsziel für die alternative Medizin zu sein scheint, zeigt sich auch, daß diese vier Hauptakteure bei dem Professionalisierungsprozeß die Orientierung vorgeben. Im Vergleich zur Professionalisierung der Biomedizin spielen bei der alternativen Medizin andere Faktoren eine Rolle. Erstens findet dieser Prozeß unter der Druck der existierenden biomedizinischen Dominanz statt. Zweitens sind die Beziehungen der alternativen Praktiker mit der Regierung nicht so eng wie dies bei der Biomedizin der Fall ist. Drittens gleicht die Rolle der Patienten nicht wie früher der von der Biomedizin dominierten Patientenrolle, sondern der des „Verbrauchers“, der auf dem Markt zwischen mehrerer Heilformen wählen kann.

Die Ergebnisse der Forschungen über Professionalisierung der alternativen Medizin in den westlichen Ländern verdeutlichen einige Tendenzen. Unter Verwendung des Ansatzes einer „jurisdiction“ lassen sich bei der Professionalisierung der alternativen Medizin zwei Richtungen erkennen. Die eine ist die Integration in die Biomedizin, die andere ist die parallele Existenz mit der Biomedizin. Die dadurch eingeforderte Anpassung an Wissenschaftlichkeit und institutionelle Legitimität bringt die Alternativmedizin in ein Dilemma. Sie verliert dadurch ihre ureigensten Merkmale und ihre Identität, wie die Ganzheitlichkeit und individuelle Behandlung. Bei einer Nichtanpassung steht sie außerhalb des Gesundheitswesens und hält einer Konkurrenz zur etablierten Biomedizin nicht stand (Degele 2000).

Andererseits scheint die Forschung über traditionelle Medizin in den nicht-westlichen Ländern seit den 1970er Jahren eine andere Orientierung zu haben. Wie sieht ihr Professionstatus aus? In welcher Form findet die Interaktion mit anderen Heilformen und der Biomedizin, insbesondere der Kampf um die „jurisdiction“ statt? Welche Möglichkeiten von Synthese, Koexistenz oder Konkurrenz finden sich hier? Welche Marktstruktur wurde durch die anderen medizinischen Professionen geschaffen? Geht, wie Degele andeutet, die Entwicklung dahin, daß „die medizinische Versorgung der Bevölkerung sich im Ganzen weiter ausdifferenzieren“ wird, und daß „im Subsystem der funktionalen Massenversorgung vor allem die chronisch Kranken, Alten und Angehörigen der unteren Schichten die Verlierer sein werden“? Degele sieht „Gesundheit in steigendem Maß ökonomisch überformt“ und zum „Luxusgut der

Reichen“ werden (Degele 2000: 57).

5 Forschungsansätze in der Chinesischen Medizin

5.1 Begrifflichkeiten und Arbeitsbereiche

Chinesische Medizin (Zhong-yi) ist ein allgemeiner Begriff für die Heilkunde, die sich auf die seit langem in China entwickelte Medizin bezieht. Er entstand mit der Begegnung Chinas mit dem Westen gegen Ende des 19. Jahrhunderts, um die in China entwickelte Medizin von der Biomedizin zu unterscheiden (Croizier 1976: 341). Wegen ihrer jahrtausendelangen Geschichte wurde sie als traditionelle Chinesische Medizin (Chuantong Zhong-yi) bezeichnet. Die offizielle Bezeichnung der WHO lautet „traditionelle Chinesische Medizin“ (WHO 1978, Bannerman/ Burton/ Chen 1983), abgekürzt TCM. Dennoch änderte sich Bedeutung und Inhalt des Begriffes im Verlauf der Entwicklung. Unschuld konstatiert, daß die heute in China praktizierte Chinesische Medizin nicht mehr der mit „traditionellen“ Chinesischen Medizin identisch ist (Unschuld 1997: 89).

5.1.1 Erklärungsmodell in den 1970er Jahren

Die Entwicklung der Chinesischen Medizin in China erregt seit den 1970er Jahren die Aufmerksamkeit von Europa und den USA. Nach Aussagen der Wissenschaftler befindet sich die Chinesische Medizin in einem dynamischen Wandlungsprozeß, so daß sich ihre Form nur schwer beschreiben läßt. Die Darstellung und Eingrenzung der Chinesischen Medizin wurde hauptsächlich nach dem in China entwickelten Muster in die Diskussion gebracht.

Die dichotomische Differenzierung der Chinesischen Medizin durch die Medizinanthropologie war in den 1970er Jahren populär. Sie betrachtet die Chinesische Medizin mit den Kriterien ihrer historischen Erscheinung. Weil die medizinischen Dienstleistungen der Chinesischen Medizin sehr früh einen Prozeß der Rationalisierung durchlaufen haben, und sich ein umfassendes bürokratisches System für Ausbildung und Examinierung der Praktiker entwickelte, wurde sie in die „Great Tradition“¹⁷ kategorisiert. Damit ging einher, was Needham und Lu als „nationale medizinische Dienste“ bezeichnet haben (Leslie 1976: 3). Dunn zeigt, wie die traditionelle Chinesische Medizin in die gelehrte regionale Medizin (das Gegenteil einer lokalen Medizin bzw. einer „primitiven“ oder „Volks“-Medizin) eingeordnet wird. Seine Auffassung bezieht er

¹⁷ Siehe dazu auch Kapitel I, Begriffsdefinitionen, Traditionelle Medizin (I, 1.2).

aus der historischen Darstellung von Croizier, der von einer beträchtlichen Homogenität der Sichtweisen in der Chinesischen Medizin ausgeht. Auf dieser Grundlage wurde sie überall im ganzen Land über eine lange Zeitspanne seit der späten Zhou (ca. 400 v. Chr.) oder Han (ca. 200 v. Chr.) Dynastie praktiziert, als mit einer Gruppe weltlicher Praktiker der Unterschied zwischen Priestern und Zauberern aufkam (Dunn 1976: 145).

Leslie gibt einen Überblick über die Situation der medizinischen Tradition in früherer Zeit. Beim sozialen Status der Praktiker für traditionelle Medizin wurde zwischen denjenigen mit längerer Ausbildung, und denjenigen mit geringerer Bildung unterschieden, die eine vereinfachte Form der „Great Tradition“ praktiziert haben. Die anderen Heiler, die neben solchen Praktikern existierten, wie bone-setters, Wundärzte, Geburtshelfer, Heiler für Schlangenbiß, Schamanen, usw. fallen bei Leslie zwar unter die „Little tradition“, bilden aber besondere Kategorien (Leslie 1976: 3). Leslie zweifelt jedoch diese Beschreibung an: Offensichtlich beschränkten sich solche „nationalen medizinischen Dienste“ als „Great Tradition“ auf einige gesellschaftliche Gruppen. Denn in allen diesen Gesellschaften benötigte die Armee einen organisierten medizinischen Dienst, der Herrscher fungierte als Schirmherr für die medizinische Lehre, und die medizinische Hilfe war eigentlich eine philanthropische Angelegenheit religiöser Einrichtungen und reicher Individuen (Leslie 1976: 3f.).

Wenn wir die klassischen Lehrtexte der Chinesischen Medizin und ihre Geschichte betrachten, fällt es schwer, klare systematische Unterteilungen der Chinesischen Medizin zu treffen. Leslie bemerkte auch, daß eine Trennung zwischen „Great Tradition“ und „Little Tradition“ oft unklar ist, da es oft Überlappungen gibt (Leslie 1976: 4). Das andere Problem besteht darin, daß sich die Konzepte von Leslie nur auf die „Medizin (Heilkunde)“ konzentrieren. Dunn weist auch darauf hin, daß das zentrale Interesse der alten Chinesischen Medizin in der „Heilung“ besteht (Dunn 1976: 146). In ihrem Konzept fehlt ein wichtiger Teil der Chinesischen Medizin, da die alltägliche Lebensführung für die Vorbeugung von der Krankheit nicht in dem Konzept eingeschlossen ist.¹⁸ Obwohl die Zuordnung der Chinesischen Medizin zur „Great Tradition“ eine klare Definition vermissen läßt, galt sie für Medizinanthropologen als Kriterium, um die Chinesische Medizin von der Volksmedizin zu unterscheiden, da die Ausbildung systematisch und durch Literatur erfolgt.

Neben der dichotomischen Differenzierung der Chinesischen Medizin steht Kleinmans Modell der „Health care systems“. Nach Meinung von Kleinman spielte vor der Ankunft der professionellen Biomedizin die Volksmedizin und der populäre Sektor eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Das Beispiel der „traditionellen

Chinesischen Medizin“ zeigt, daß hier in der chinesischen Gesellschaft einerseits das Wissen über Selbstversorgung, andererseits spezielle medizinische Kenntnisse von Volksmedizinern weit verbreitet waren. Durch seine Feldforschungen kam Kleinman zu dem Ergebnis, die Chinesische Medizin in Taiwan in den 1970er Jahren der modernen professionellen Medizin zuzuordnen. Kleinman unterteilt die Chinesische Medizin nach biomedizinischen Standards, weil in China oder Taiwan versucht wurde, die Chinesische Medizin darauf aufzubauen (Kleinman 1980: 54f.). Deshalb zählt er Teile der Chinesischen Medizin zum professionellen Sektor. Leslie bemerkt auch, daß die Gesundheitsplanung der Volksrepublik China darauf abzielt, örtliche Medizinsysteme nach standardisierten Komponenten der kosmopolitischen Medizin zu organisieren. Deshalb ist die traditionelle Chinesische Medizin in China in das staatlich lizenzierte Medizinsystem eingegliedert (Leslie 1980: 191). Dennoch bedarf es hier einer genaueren Betrachtung, ob die professionelle Chinesische Medizin wie die Biomedizin standardisiert ist. Den Verlauf der Entwicklung der Zuordnung und die Frage, wieweit und welche Inhalte der Chinesische Medizin dem professionellen Medizinsystem zuzurechnen sind, läßt Kleinman noch offen.

5.1.2 Perspektiven von Ots, Unschuld und Scheid

Der Mediziner Ots versucht, durch seine Feldforschung Diagnose und Therapie in der Chinesischen Medizin zu analysieren (Ots 1987). Ots vertritt die Ansicht, daß die heutige Chinesische Medizin nicht als identisch mit den weitergefassten heilkundlichen Ansätzen vergangener Jahrhunderte betrachtet werden darf. Nach seiner Meinung ist die heutige traditionelle Chinesischen Medizin (Zhong-yi) nur ein Teil der Tradition. Er bezeichnet sie als ein „Kunstprodukt dieses Jahrhunderts“, da nur die dominierenden heilkundlichen Vorstellungen der gebildeten Oberschicht der letzten zwei Jahrtausende als wesentlicher Bestandteil integriert wurden. Andere und wesentlich volksnähere heilkundliche Praktiken wurden wegen ihrer angeblichen „Unwissenschaftlichkeit“ und ihrer Nähe zum „Aberglauben“ bei der Entwicklung der „neuen traditionellen Chinesischen Medizin“ nicht berücksichtigt (Ots 1987: 7). Ots meint, daß sich die Praxis der traditionellen Chinesischen Medizin in der VR China von der auf Taiwan und anderen chinesischen Kulturgebieten unterscheidet, in denen alte Traditionen ungebrochener und weniger „professionalisiert“ und institutionalisiert weiterexistieren konnten (Ots 1987: 7).

Vergleichend beschreibt auch der Medizinhistoriker Unschuld die Situation der heutigen Chinesische Medizin, indem er anführt, daß ihre unterschiedlichen Ausprägungen in

¹⁸ Die Struktur des etwas umfangreicheren Konzepts der Chinesischen Medizin wird in Kapitel III genauer besprochen.

China, Japan und anderen asiatischen Staaten heute alle gleich weit von ihrer historischen Realität vor dem 20. Jahrhundert entfernt sind. Die heutige Chinesische Medizin bildet nur noch einen minimalen Rest an Ideen und Praktiken, der aus einer höchst beeindruckenden Vielzahl von Denkschulen herausgelöst und durch Elemente westlichen rationellen Denkens ergänzt wird (Unschuld 1997: 9).

Eine andere Position vertritt der Medizinanthropologe Scheid. Er geht davon aus, daß kaum von einem einzelnen Chinesischen Medizinsystem gesprochen werden kann. Die Pluralität der Medizin in VR China zeigt nicht nur Unterschiede zwischen Biomedizin, Chinesischer Medizin oder Volksmedizin, sondern auch innerhalb der Chinesischen Medizin. Jeder Arzt und jede Ärztin hat seinen oder ihren eigenen Behandlungsstil (Scheid 1994: 16). Deshalb schreibt Scheid:

„... there exist neither effective institutional nor ideological pressures for ‚systematic‘ coherence between theory and practice or between different modes of practice“ (Scheid 1994: 16).

Angesichts der Bandbreite und Verschiedenartigkeit der Chinesischen Medizin braucht es noch weiterer Erklärungen und Rechtfertigungen, um die Chinesische Medizin als ein einheitliches Medizinsystem anzusehen (Scheid 1994: 19).

5.1.3 Medizinanthropologische Perspektive von Hsu

Die Begrifflichkeiten der heutigen Chinesischen Medizin wurden durch Hsu aufgrund ihrer regionalen Betrachtungsweise etwas abweichend formuliert. Ihre sozialanthropologisch ausgerichtete Feldstudie (1999) über die Überlieferung des Wissens der Chinesischen Medizin am Beispiel einer Stadt in China schafft eine neue Differenzierung der Chinesische Medizin. Sie nennt die ab Ende der 1950er Jahre von der kommunistischen Regierung China geförderte Heilkunde „traditionelle Chinesische Medizin“, abgekürzt „TCM“. Die „Chinesische Medizin“ (Zhong-yi) wird als Oberbegriff für den Bereich der Chinesischen Medizin verwendet, d. h., daß dieser Begriff die TCM als Unterbegriff einschließt. Der Begriff „TCM doctors“ kennzeichnet demnach die an einer Hochschule mit systematischen Kursen für Chinesische Medizin ausgebildeten Mediziner. Nach Meinung von Hsu läßt sich die TCM wegen der für ihre Praktizierung erforderliche Hochschulausbildung als professionelle Chinesische Medizin titulieren. Der Begriff TCM, obwohl er das Adjektiv „traditionell“ enthält, bedeutet in diesem Zusammenhang eine „modernisierte“, „verwissenschaftlichte“, „systematisierte“ und „standardisierte“ Chinesische Medizin (Hsu 1999: 7, 9).

Bei den „Chinese medical doctors“ wurde das Wissen über Chinesische Medizin durch personale Bindungen überliefert. Hsu bezeichnet sie als „senior Chinese doctors“. Sie werden von der Regierung akzeptiert, toleriert, aber nicht besonders gefördert. Manche von ihnen beherrschen Akupunktur oder Massage. Kräuterheiler (Cao-yi)¹⁹ und Qigong-Heiler subsumiert Hsu unter dem Begriff „Volksmediziner“, da die meisten von ihnen außerhalb der staatlichen Kliniken praktizieren. Daher zählen Kräuter-Heiler und Qigong-Heiler nicht zu den „Chinesischen Mediziner“, sondern zu den „Volksmedizinern“, die in China eine unwichtige Rolle im Gesundheitssystem spielen. Die Überlieferung des Qi-gong-Wissens wird hier als „Geheimnis“ und „sehr privat“ angesehen. (Hsu 1999: 13) Das Gebet im Tempel und das Wahrsagen, wo es früher Berührungspunkte mit der Chinesischen Medizin gegeben hat, zählten, wie Hsu hervorhebt, in der kommunistischen Zeit nicht mehr zum Bereich der Chinesischen Medizin (Hsu 1999: 7-9).

Da die Untersuchungen von Hsu sich auf die Feldforschung einer bestimmten Region beziehen, können Besonderheiten herausgearbeitet werden. Eine Unterteilung der Chinesischen Medizin als standardisierter Maßstab weist jedoch Lücken auf. Das von Hsu entwickelte Modell der Differenzierung der Chinesischen Medizin führt, wie im folgenden dargelegt wird, zu vielfältigen Problemen:

Erstens kann es zu Verwirrungen kommen, wenn der Begriff „TCM“, unter dem normalerweise „traditionelle Chinesische Medizin“ verstanden wird, bei Hsu mit der „professionellen Chinesischen Medizin“ inhaltlich identisch ist und wenn sie gleichzeitig mit der „Chinesischen Medizin“ einen Bezug zur Kultur der „traditionellen“ Chinesischen Medizin herstellt. In China oder Taiwan, aber auch bei einigen europäischen Experten für Chinesische Medizin (z.B. Scheid 1999, Unschuld 2000) werden neuerdings Begrifflichkeiten wie „professionelle Chinesischen Medizin“, „moderne Chinesische Medizin (Xian-dai Zhong-yi)“, oder „wissenschaftliche Chinesische Medizin (Ke-xue Zhong-yi)“ verwendet. Dieser wissenschaftlichen Ausrichtung wird die „traditionelle Chinesische Medizin (Chuan-tong Zhong-yi)“ gegenübergestellt. Dennoch wird die Abkürzung „TCM“ als Bezeichnung der allgemeinen Chinesischen Medizin verwendet, weil sie weltweit bekannt ist. Die Abkürzung „TCM“ bezieht sich, anders als bei Hsu, auf den Oberbegriff „Chinesische Medizin“.

Zweitens bleibt es auch fraglich, ob die Chinesischen Mediziner mit einer dreijährigen Hochschulausbildung, wie bei Hsu, als Überlieferer des Wissens der „professionellen

¹⁹ Hsus benutzt „Cao-yi“ als chinesische Übersetzung für Kräuter-Heiler. „Yi“ bedeutet „Medizin“ oder „Mediziner“. In Taiwan wurde Kräuter-Heiler auf chinesisch „Qing-cao-shi“ genannt. „Qing-cao“ bedeutet grüne Kräuter, und „Shi“ Meister.

Chinesischen Medizin“ bezeichnet werden können. Denn das Hochschulstudium für Chinesische Mediziner (Hsu 1999: 10) ist von der Volksrepublik in erster Linie als Ausbildungssystem für die abgelegenen Gebiete zur Verbesserung der dort vorhandenen medizinischen Versorgungsstruktur eingeführt worden, besonders in diejenigen Regionen, in denen ethnische Minderheiten wohnen (Huang, Wei-san 1993: 29-31). Deshalb kommt der Qualifikation der Studenten und der Absolventen nicht viel Beachtung zu. Ob sie besser ist als die der gelernten traditionellen Chinesischen Mediziner, steht dahin.

Drittens erweist sich die Zuordnung derjenigen Mediziner als problematisch, die Akupunktur und Qigong ausüben sowie Heilkräuter verschreiben, da sie zwischen der „Chinesischen Medizin“ und der sogenannten „Volksmedizin“ stehen (Hsu 1999: 13). Besonders die Akupunktur und Qigong-Medizin bildet einen Teil der offiziell anerkannten Chinesischen Medizin in der VR China (Huang, Wei-san 1993). Die Überlieferungsmethode und ihre Zuordnung zu der Chinesischen Medizin bei Hsu ist also mit den staatlich festgelegten Kategorien in China nicht identisch (Xu, Shang-li 1991: 245-250).

5.1.4 Applikation des Begriffs „Chinesische Medizin“ auf die Situation in Taiwan

Die Forderung nach einer Professionalisierung der Chinesischen Medizin, wie Ots, Unschuld und Scheid dies für China beschreiben, findet sich auch in Taiwan, dennoch unterscheiden sich Inhalt und Maßnahmen. Da der Professionalisierungsprozeß eine zentrale Thematik dieses Textes bildet, stellen wir dies an späterer Stelle dar. Hier gilt es zunächst, einige Begriffsunterschiede bezüglich „Chinesischer Medizin“ oder „TCM“ herauszuarbeiten. Die begriffliche Unterteilung von Hsu dient uns als Bezugsmodell, um die Begrifflichkeiten der Chinesischen Medizin in Taiwan zu formulieren.

Weil die Begrifflichkeiten „Chinesischen Medizin“ und „TCM“ nach der Bedeutung von Hsu eher verwirren, wird in der vorliegenden Arbeit die Abkürzung „TCM“ als neutraler Begriff für die allgemeine Chinesische Medizin benutzt. Den Unterschied zwischen verschiedenen Qualifikationen in der Chinesischen Medizin drückt ein angefügter Begriff aus. Bei der Überlieferungsmethode macht Hsu beispielsweise einen Unterschied zwischen „traditioneller“ und „moderner“ Chinesischer Medizin. Da die Überlieferungsmethode nicht Thema dieser Arbeit ist, konzentrieren wir uns statt dessen auf die „Qualifizierung“ und „Legitimierung“. Dies drückt sich im Text mit der Bezeichnung „nicht akademisch“ und „akademisch“ aus.

Zweitens wird die Trennung zwischen Chinesischer Medizin und Volksmedizin an dieser Stelle nicht definiert, sondern im fortlaufenden Text entwickelt, weil in dem Prozeß der Professionalisierung einige Heilkundeformen an den Rand gedrängt wurden.

Drittens muß hervorgehoben werden, daß die Chinesische Medizin in Taiwan stärker an der Arzneikunde und weniger an der Akupunktur orientiert ist. Da hier die Akupunktur nur von einem kleinen Teil der Chinesischen Mediziner beherrscht und wenig angewandt wird, tendiert die Chinesische Medizin in Taiwan eher in Richtung „Arzneiheilkunde“ (Yao). Deshalb widmen wir anders als Unschuld, Ots, oder Hsu der Akupunktur weniger Aufmerksamkeit.

Ferner ist bislang Qigong-Heilung in Taiwan weniger verbreitet, obwohl in jüngster Zeit aus der VR China Impulse in dieser Richtung kommen. Hsu beschreibt, daß privat praktizierende Qigong-Mediziner auch Beschwörungsheilkunde ausüben (Hsu 1999: 40). Sie erwähnt auch, daß die Beschwörung ein Teil der alten Chinesischen medizinischen Tradition ist, der heute nicht mehr zum medizinischen Bereich gehört (Hsu 1999:161). In unterschiedlicher Form existiert die Beschwörungsheilkunde in Taiwan tatsächlich, wird aber durch Mönche in verschiedenen taoistischen Tempeln ausgeübt. Sie kennen zwar einigermaßen die Theorie des „Qi“, aber wissen wenig über die Ausübung der Qigong-Heilkunde. Als Qigong-Mediziner gelten in Taiwan eher die Mediziner, die nicht Beschwörungsheilkunde praktizieren, sondern Kenntnisse wie Akupunktur oder das Heilkonzept des „Meridians“ beherrschen.²⁰

Es zeigt sich, daß an dieser Stelle eine konkrete Begriffsdefinition für „traditionelle Chinesische Medizin“ oder „Chinesische Medizin“ problematisch ist, denn die Bedeutung wandelt sich im zeitlichen Verlauf, gleiches gilt für die unterschiedlichen Forschungsziele und die regionale Entwicklung. Wir versuchen nun, den Fortgang der Chinesischen Medizin in Taiwan und ihre Rahmenbedingungen darzulegen.

5.2 Forschungssituation

Wie bereits erwähnt, breitete sich in den 1970er Jahren in Nordamerika und Europa ein Fieber für „Chinesische Medizin“ aus. Viele Anhänger der Chinesischen Medizin im Westen, sowohl die Laien als auch Mediziner und Wissenschaftler, lernten Chinesische Medizin nicht nur durch Sekundärliteratur, sondern auch direkt in China durch Chinesische Mediziner kennen.

²⁰ Siehe Konzepte der Chinesischen Medizin, Kap.III, 3.

Die Popularität der Chinesischen Medizin erklärt Ots durch ihren Anspruch der Ganzheitlichkeit (Ots 1987: 5). Häufig werden folgende Gründe für die Popularität der Chinesischen Medizin seit den 1970er Jahren in den Forschungstexten genannt: Erstens hat sie weniger Nebenwirkungen als biomedizinische Therapiemethoden und Arzneien. Zweitens unterteilt die Biomedizin wegen ihrer fortschreitenden Ausdifferenzierung die Krankheiten des Menschen und damit den Menschen selbst. Demgegenüber betrachtet die Chinesische Medizin den Menschen und seine Umwelt als eine Ganzheit. Drittens interessieren sich die Biomediziner mehr für die Ätiologie und den Krankheitsverlauf, während sich die Praktiker der Chinesischen Medizin mehr um die „Beschwerden der Patienten“ kümmern (Otsuka 1976: 322; Leslie 1980: 192).

5.2.1 Chinesische Medizin in westlichen Ländern

Seit den 1970er Jahren häufen sich die Forschungen über die traditionelle Chinesische Medizin. Außerhalb des chinesischsprachigen Raums wurden Theorie, Heilmethoden und Philosophie der traditionellen Chinesischen Medizin als „alternative“ Attraktion vorgestellt oder angeboten. Jedoch befinden sich die Untersuchungen mit sozialwissenschaftlichem Hintergrund noch in der Entwicklungsphase. Die Existenz der traditionellen Chinesischen Medizin in der modernen Gesellschaft thematisierten bisher nur wenige Sozialwissenschaftler. Sie fokussierten sich insbesondere auf westliche Industriestaaten, wo die importierte Chinesische Medizin als „alternative Heilform“ verkauft wird. In ihren Untersuchungen stellen sie daher den alternativen Charakter dieser Medizin im Vordergrund. Da die Akupunktur zu den am meisten verbreiteten Heilformen der Chinesische Medizin in den westlichen Ländern zählt, konzentrieren die Autoren hierauf ihr Hauptinteresse.

Neben den Forschungen über Wirkungen und Heilmethoden der Akupunktur von Naturwissenschaftlern ist die Thematisierung von Profession und Legitimität ein viel beachteter Punkt für Sozialwissenschaftler. Nach Saks (1995a, 1995b) verändert sich durch alternative Heilmethoden und ihre zunehmende Wertschätzung in westlichen Gesellschaften auch die Rolle der Biomedizin. Im Hinblick auf die Neigung von Verbrauchern zu alternativen Heilmethoden und ihr zunehmendes Gespür für die Mängel der Biomedizin versucht diese, ihre Kenntnisse und die Rolle der Profession stärker an diese gesellschaftlichen Trends anzubinden. So wurde beispielsweise die Akupunktur mehr und mehr von der Biomedizin vereinnahmt (Saks 1995a: 267). Dew (2000) bezeichnet diese Situation als „deviant insiders“. Stollberg sieht die Verbreitung von anderen Heilformen (Chinesische Medizin und Ayurveda) in westlichen Ländern als Teil der Expertenpluralisierung an. Weitere Erklärungsmuster hierfür bilden die Veröstlichung und ein allgemein zu beobachtender Hang zur Sanftheit in den westlichen

Ländern. Biomedizinisches Wissen und seine Praktiken werden durch alte (z. B. Homöopathie) und neue (z. B. TCM) Heterodoxien ergänzt (Stollberg 2000: 14).

5.2.2 Chinesische Medizin in China und Taiwan - Verhältnis der Chinesischen Medizin zur Biomedizin

Einige Wissenschaftler im Westen interessieren sich auch für den theoretischen Aufbau der Chinesischen Medizin, und versuchen, ihre Wurzeln systematisch zu analysieren. Im deutschsprachigen Raum zählen die Arbeiten von Porkert (1976), Unschuld (1985), Ots (1987) und Schnorrenberger (1991) dazu. Nur Unschuld und Ots haben Untersuchungen über den sozialen Kontext der Chinesischen Medizin in ihren Heimatländern durchgeführt, die seit den 1970er Jahren stärker diskutiert werden.

Während Kleinman sich mit der Volksmedizin in Taiwan beschäftigte, setzte sich Unschuld Anfang der 1970er Jahre auch in Taiwan mit den sozialstrukturellen Problemen einer Koexistenz von Chinesischer Medizin und Biomedizin auseinander. Er sieht die parallele Existenz zweier oder mehrerer Medizinsysteme in einer Gesellschaft kritisch, da seiner Ansicht nach ihre Koexistenz die Gefahr birgt, daß die Qualität der medizinischen Versorgung dadurch nicht gewährleistet ist. Für seine Hypothese führt er mehrere Gründe an:

Erstens gibt die Chinesische Medizin zu ihren Ungunsten ihren präventiven Charakter auf und tritt in eine unsinnige Konkurrenz mit der westlichen Medizin (Unschuld 1976: 305). Zweitens gefährden zwei nebeneinander existierende Medizinsysteme ohne Kontrolle das Wohl der Patienten, da die Diagnose von Laien gestellt wird. Die Entscheidung über die Anwendung eines Medizinsystems liegt nicht in den Händen von medizinisch geschulten Experten. Nicht selten vermeiden Laien durch Unkenntnis, Mißverständnis und Vorurteile die Inanspruchnahme der westlichen Medizin. Drittens kommt Unschuld bei einem Vergleich der Diagnosemethoden mit der Biomedizin zu dem Ergebnis, daß die Diagnose der Schwachpunkt beim traditionellen Medizinsystem ist, und nur wenige Praktiker den Qualitätsstandards genügen. Viertens verursachen die vom Biomediziner verschriebenen „starken“ Medikamente eine Arzneimittelresistenz bei Patienten, da sie die Wirkung „milder“ traditioneller Arzneimittel verringern (Unschuld 1976: 305).

Ein wichtiges Anliegen der Chinesischen Mediziner in China oder in Taiwan liegt darin, eine Integration zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin herzustellen. Aufgrund seiner Feldforschung in Taiwan in den 1970er Jahren bezweifelte Unschuld auch die Möglichkeit einer Integration zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin. Er hält dies für unrealistisch, weil es keine terminologische Brücke zwischen dem System der

modernen medizinischen Diagnosen und der Therapie nach dem traditionellen Chinesischen Konzept gibt. Wie er in Taiwan beobachtet hat, richtet sich die traditionelle Verschreibungspraxis nach der Symptomatik und stellt offensichtlich eine Heilbehandlung mit pflanzlichen Substanzen dar. Die Behauptungen des traditionellen Heilsystems sind letztlich unwahr und können sich auch nicht auf objektive Studien über die Praxis berufen (Unschuld 1976: 309f.). Die Rechtfertigung der traditionellen Chinesischen Medizin als ein separates System in der modernen Gesellschaft zu überleben, gründet sich völlig auf ihre theoretischen Ansprüche. Effektive Arzneimittel und nützliche Heilmethoden können sehr einfach, und ohne das Wissen über ihre Wirkungsweise in das moderne Gesundheitsversorgungssystem integriert werden. Es ist die Theorie und nicht die Praxis, die nicht integriert werden kann und die eine Verteidigungsbastion für die traditionellen Chinesischen Praktiker und manche westliche Gelehrten darstellt, um die traditionelle Chinesische Medizin als getrenntes System am Leben zu erhalten (Unschuld 1976: 310).

Unschuld beurteilt das Gesundheitsversorgungssystem in den 1970er Jahren in Taiwan kritisch, da er dort weder ein reines traditionelles Medizinsystem, noch ein reines westliches Medizinsystem vorfindet. Er führt eine solche Situation auf die Ausbildung und die lockere Gesetzgebung zurück. Die Existenz zweier Systeme nebeneinander hält er im Hinblick auf die Versorgung der Gesamtbevölkerung nicht für vorteilhaft, obwohl fast jeder von ihm Befragte sich für die Koexistenz beider Systeme auch in der Zukunft ausspricht (Unschuld 1976: 314).

Feldforschungen über die sozialen Faktoren der Chinesischen Medizin wurden meistens auf dem Chinesischen Festland durchgeführt. Dabei ist die Integration der Chinesischen Medizin und Biomedizin seit den 70er Jahren oft Hauptgegenstand von Untersuchungen.

Croizier untersucht die Entwicklung der Chinesischen Medizin im modernen China. Den Schwerpunkt legt er auf die Darstellung und Diskussion der Ideen der Revitalisierungsbewegung (Croizier 1968, 1976). Die Revitalisierung der Chinesischen Medizin in China läßt sich nicht als Konservierung oder Auferstehung einer intakten Tradition begreifen, sondern als Reaktion auf größere historische Veränderungen, die etwas Neues geschaffen haben, anstatt etwas Altes zu restaurieren (Croizier 1976: 341). Da der Begriff der „Chinesischen Medizin“ ein Produkt des erst Anfang des 20. Jahrhunderts entstandenen Bewußtseins ist, stellt das Chinesische nur eine Kultur in einer größer werdenden Welt dar. Die Revitalisierungsbewegung zu ihren Gunsten kann mindestens teilweise als Reaktion auf die Bedrohung einer kulturellen Überflutung durch fremde Mächte begriffen werden (Croizier 1976: 341). Aus Croiziers Ausführungen geht hervor, daß ein integriertes Medizinsystem erhebliche Probleme aufwirft. In einer gewissen Hinsicht findet eine Synthese statt, sie bleibt jedoch nur auf der Ebene der

Praxis. Er sieht darin jedoch keine theoretische Synthese in Form einer „verwissenschaftlichten Chinesischen Medizin“ wie sie die Nationalisten Anfang des 20. Jahrhunderts und später die Kommunisten in den 1950er Jahren propagierten (Croizier 1976: 353). Croizier beschreibt die Situation der Chinesischen Medizin in den 1960er und 1970er Jahren in China, als die neuen Praktiker der Chinesischen Medizin nicht auf der dahinterstehenden theoretischen Grundlage ausgebildet wurden. Der Schwerpunkt lag auf der Praxis und Behandlung von häufig vorkommenden Krankheiten. Obwohl Ziele und Ausbildungsmethoden sich in ihrer Anwendung stark unterschieden, ähneln sich der Weg der Chinesischen Medizin in den Händen der Barfuß-Ärzte und ihrer politischen Förderer und die Beobachtungen von Unschuld auf Taiwan. Die Chinesische Medizin wird, wie Croizier resümiert, aus dem Zusammenhang mit ihrer theoretischen Basis gerissen. Sie hat sich damit zu einem Sortiment von empirisch anwendbaren Heilmethoden gewandelt, aber nicht zu einem medizinischen System (Croizier 1976: 353). Der Traum nationalistischer Ideologen von einer Revitalisierung der Chinesischen Medizin, von einem neuen Medizinsystem, rein chinesisch sowohl in ihrer theoretischen Grundlage als auch in ihrer praktischen Anwendung läßt sich nach Crozier kaum realisieren (Croizier 1976: 354).

Porkert thematisiert die historische Entwicklung und den sozialen Kontext für die Entwicklung der Theorie der Chinesischen Medizin (Porkert 1976), wobei er in den 50er Jahren einen Modernisierungsschub konstatiert. Daneben geht es ihm um die Verknüpfung von Chinesischer und westlicher Medizin. Nach Porkert läßt sich ein nahtloser Übergang zwischen Chinesischer und westlicher Medizin nicht allein durch die vollständige Kenntnis der Originaltexte der Chinesischen Medizin herstellen und durch das Übertragen westlicher Ausdrücke auf die altchinesischen Bezeichnungen. Es muß statt dessen von einem integralen Verständnis der Theorie in ihrem ursprünglichen historischen Kontext ausgegangen werden (Porkert 1976: 76).

Der Mediziner Ots untersuchte in den 1980er Jahren die Praxen der Chinesischen Medizin in VR China, wobei er der Integration der Chinesischen Medizin und der Biomedizin besondere Aufmerksamkeit widmet. Nach seiner Meinung handelt es sich um eine Verbindung bisher erprobter Methoden, nicht jedoch um eine Annäherung der theoretischen Grundlagen (Ots 1987: 26). Ots betont den Unterschied von Denkweise und theoretischer Basis beider Medizinsysteme. Daher hält er eine Integration kaum für machbar (Ots 1987: 26). Die Verlautbarung von Gesundheitspolitikern der VR China im Jahre 1980, daß die traditionelle Chinesische, die westliche Medizin und die Vereinigung beider Systeme drei große Kräfte darstellen, die alle weiterentwickelt werden zu müssen, interpretiert Ots als eine „Abkehr von dem alten Traum einer neuen vereinigten Medizin“ (Ots 1987: 23f.).

Die Forschung steht vielfach unter dem Vorzeichen, die Richtigkeit der Klassiker zu beweisen und nicht, sie zu überprüfen. Diese Situation führte nach Ots „bei quantitativer Verfestigung der Chinesischen Medizin zu einem inhaltlichen Stillstand“ (Ots 1987: 192). Eine Synthese beider Medizinformen entsteht in der Praxis durch die Nutzung beider Medizinsysteme seitens der Patienten. Traditionelle und westliche Heilmethoden sieht er in ihrer Funktion als vergleichbar oder komplementär an (Ots 1987: 27, 139-141).

Pfleiderer und Bichmann fassen die Integrationsdebatten zusammen. Bei der Frage eines integrierten einheitlichen Systems der traditionellen und westlichen Medizin geht es häufig darum, wer Macht und Kontrolle über das Gesundheitssystem und die gesellschaftlichen Ressourcen ausübt. Diese Frage sei aber stets hinter der Debatte um die Wirksamkeit der jeweiligen Medizin und um die Effizienz der medizinischen Systeme versteckt worden (Pfleiderer/Bichmann 1985: 30).

In den 1990er Jahren, nachdem man sich ein halbes Jahrhundert lang um eine Integration von Chinesischer Medizin und Biomedizin bemüht hatte, überprüften einzelne Autoren das Ergebnis der neuen Entwicklung. Chi untersucht die Rolle der Chinesischen Mediziner im Prozeß der Integration der Chinesischen Medizin in das moderne Gesundheitssystem in Taiwan (Chi 1994).

Chi beschreibt zwei Prozesse der Integration, erstens die der Chinesischen Medizin in das moderne Gesundheitssystem, zweitens die der Chinesischen Medizin in die Biomedizin. Obwohl bei Chi die Grenze zwischen der Integration der Chinesischen Medizin in das moderne Gesundheitssystem und der in die Biomedizin nicht deutlich wird, weist er darauf hin, daß die Rolle der Chinesischen Mediziner als eine mit den Biomedizinern gleichberechtigte Profession fraglich bleibt. Chi überprüft die Voraussetzungen für eine Integration, stellt aber biomedizinische Kriterien als Orientierung für die Chinesische Medizin auf (Chi 1994: 316f.). Dabei entwirft er drei Kernfragen:

1. Zur Rolle der Regierung in der Gesundheitspolitik und Integration der Chinesischen Medizin in das Gesundheitssystem: Wie können Ausbildung, Lizenzierung und Regulierung der Gesundheitsanbieter durch gesundheitspolitische Maßnahmen vereinheitlicht werden, um die Qualifikation der traditionellen Mediziner dem professionellen Status der Biomediziner anzugleichen?
2. Bewertung der traditionellen Medizin und die Entwicklung ihrer Lizenzkriterien. Wie können wissenschaftliche Methoden und biomedizinische Paradigma angewendet werden, damit die traditionelle Chinesische Medizin ohne Abstriche an ihrem theoretischen Paradigma denselben Qualitätsstandard wie die Biomedizin

erreichen kann?

3. Kann die Anwendung von einigen Formen der traditionellen Medizin die Abhängigkeit der medizinischen Ressourcen von den Industrieländern verringern? (Chi 1994: 316f.).

Auch Scheid beschäftigt sich mit der Vereinigung von Biomedizin und westlicher Medizin in der VR China. Obwohl der Staat eine Kombination von Chinesischer Medizin und Biomedizin vorantreibt, lassen sich bei der Umsetzung dieses Vorhabens in den einzelnen Regionen große Unterschiede erkennen (Scheid 1994: 16).

Cai (1995) gibt einen Überblick über die traditionelle Chinesische Medizin in der heutigen VR China. Sein Text zeigt eine Ambivalenz: Einerseits hebt er hervor, daß die traditionelle Chinesische Medizin und westliche Medizin auf allen Ebenen des Gesundheitswesens gleichberechtigt sind. Dies ließe sich in den Bereichen Personal, Finanzierung, Ausstattung und Forschungsmöglichkeiten nachweisen. Demgegenüber werden jedoch traditionelle Chinesische Mediziner ermutigt, sich biomedizinisches Wissen anzueignen, um ihr „akademisches Niveau“ zu heben, und mit biomedizinischen Wissenschaftlern kommunizieren zu können (Cai 1995: 198).

Hinsichtlich der parallelen Existenz zweier Medizinsysteme führt Cai an, daß die chinesische Regierung die Chinesische Medizin nicht nur als eine Alternative zur Biomedizin ansieht. Wenn die TCM dieselbe Wirkung bei der Therapie einer Krankheit erzielt, soll derjenigen Medizin der Vorzug gegeben werden, die brauchbarer, effektiver und preiswerter ist (Cai 1995: 198).

Cai kommt bei seinen Untersuchungen einem positiven Ergebnis. Die integrierte Chinesische Medizin hat zur Klarstellung theoretischer Probleme beigetragen. Dies zeigt, daß die TCM in ihrer Theorie und Praxis eine hervorragende Grundlage hat, die mit Hilfe der modernen Biomedizin weiterentwickelt werden müsse (Cai 1995: 201).

In der Feldforschung von Hsu (1999) wird die heutige Chinesische Medizin in China nach ihrer Überlieferungsform in drei Wissenskategorien differenziert: geheime (secret), persönliche (personal) und standardisierte Wissensüberlieferungsmodelle (Hsu 1999: 1). Die von der Regierung unterstützte Standardisierung der Chinesischen Medizin, wurde nach ihrer Auffassung als „TCM“ bezeichnet. „TCM“ weist einen Bezug zu Institutionalisierung und Professionalisierung auf, wobei sie in den Kontext von Verwestlichung und Modernisierung gestellt wird (Hsu 1999: 128).

Hsu richtet ihren Blick auf die sogenannte „standardisierte TCM (Professionalisierung und Institutionalisierung)“, betrachtet diese aber nicht so positiv wie Cai.

Zusammenfassend konstatiert Hsu, daß die Formulierung der TCM-Theorie einen wichtigen Schritt in der Standardisierung des Wissens bildet, die mehr oder weniger von der medizinischen Praxis isoliert sein kann. Standards lassen sich in der Theorie sehr einfach etablieren, stoßen jedoch in der Praxis auf Schwierigkeiten. Die Standardisierung der TCM führt zur Erweiterung der Spaltung zwischen der systematischen Theorie und der Unvorhersehbarkeit der medizinischen Praxis (Hsu 1999: 228). Der Prozeß, bei dem westliche Kenntnis und Technik in TCM-Wissen und -Praxis integriert wird, ist durch eine aktive Auswahl des Geeigneten für individuelle Probleme gekennzeichnet. Die TCM wurde so geschmiedet, daß sie weder dem Prinzip der Lehre der Chinesischen Medizin noch der biomedizinischen Theorie widerspricht. TCM-Theorie integriert viele unterschiedliche Facetten des Lernens, die Gegenwart und die Vergangenheit, Chinesisches und Westliches. Dies wird im Chinesischen als Systematisierung bezeichnet (Xi-tong-hua) (Hsu 1999: 229).

5.3 Probleme der Sozialforschung über Chinesische Medizin

In den in Taiwan oder China von westlichen Wissenschaftlern in den 1970er Jahren durchgeführten Untersuchungen wurde die Chinesische Medizin trotz ihrer Ablehnung durch Biomediziner und ihrer marginalen Situation in der chinesischen Gesellschaft oft als eine „professionelle Medizin“ bezeichnet (Kleinman 1980; Unschuld 1976). Westliche Wissenschaftler stellten sie entweder als eine philosophische Denkweise oder als eine exotische Heilkunde vor. Nur wenige interessierten sich für ihre historische Entwicklung (Croizier 1976; Unschuld 1985). Dabei konzentrierten sie sich auf die Analyse der alten Texte der Chinesischen Medizin, wobei sie kaum einen Bezug zu ihrer Entwicklung in der zeitgenössischen chinesischen Gesellschaft herstellten. In dieser Zeit wurde die Koexistenz von Biomedizin und Chinesischer Medizin in der modernen chinesischen Gesellschaft eher vernachlässigt.

Die Forschungen über die gegenwärtige Chinesischen Medizin lassen sich in drei Lager aufteilen: Eine Richtung bezieht sich auf die Betrachtung von Theorie und Heilkonzepten der Chinesischen Medizin. Mit ihrer Etablierung in den westlichen Ländern, in denen die Akupunktur eine Heilmethode darstellt, entstand eine zweite Richtung, die sich auf die Professionalisierung dieser Heilformen und ihre Beziehung mit der Biomedizin konzentriert. Die dritte Richtung, die die Chinesische Medizin in ihren Heimatländern behandelt, fokussiert sich auf die Koexistenz mit der Biomedizin. Es ist interessant, daß die Profession in der Chinesischen Medizin als reales Phänomen betrachtet wird. Ein Zusammenhang mit der Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin wird jedoch kaum hergestellt.

Die Ambivalenz der Professionalität der Chinesischen Medizin zeigt sich auch in den vorgenannten Arbeiten von Chi, Cai und Hsu. Es scheint, daß die Chinesische Medizin

dem Inhalt nach nicht das Niveau von Professionalisierung und die formalen Charakteristika einer Profession wie die Biomedizin erreicht hat. Eine nach biomedizinischem Vorbild standardisierte TCM wird, wie Hsu beobachtet, jedoch mit demselben Problem wie die Biomedizin konfrontiert, nämlich der Spaltung zwischen Theorie und Praxis, zwischen Symptomorientierung und Ganzheitlichkeit. Dennoch thematisiert die historische Forschung diese Entwicklung sehr selten. Diese Lücke zu schließen, wird Aufgabe dieser sozialwissenschaftlich orientierten Arbeit sein.

II. Fragestellung und Quellensituation

1 Fragestellung und Analysemodell

Pluralistische Medizinsysteme gewinnen in den westlichen Ländern seit den 1980er Jahren in der sozialwissenschaftlichen und kulturanthropologischen Forschung an Popularität, wobei innerhalb der Thematik der Status als Profession als bedeutendes Entwicklungsziel der alternativen Medizin dargestellt wird. Dieser Fokus bildet auch die Hauptfragestellung dieser Arbeit. Dabei geht es darum, den Professionalisierungsprozeß der Chinesischen Medizin innerhalb eines medizinischen Pluralismus zu beobachten und zu analysieren. Darüber hinaus werden gegenwärtiger Zustand und Perspektiven einer Professionalisierung der Chinesischen Medizin überprüft. In diesem Kontext erhält auch die Auseinandersetzung um die „jurisdiction“ innerhalb des Systems der medizinischen Professionen Beachtung. Besondere Aufmerksamkeit findet die Situation der Chinesischen Medizin im Bereich der Gesundheitspolitik. Hier richtet sich der Blick auf den Charakter und die Merkmale des medizinischen Pluralismus in Taiwan, besonders auf die Integration der professionalisierten Chinesischen Medizin in das Gesundheitsversicherungssystem.

Im Zusammenhang mit den Kategorien von Profession und Professionalisierung werden die Charakteristika der Profession als Endziel eines Professionalisierungsprojekts vorgestellt. Überlegungen zu den Faktoren, die den Erfolg einer Professionalisierung beeinflussen, werden auf die Thematik appliziert. Staatliche Intervention und Marktkontrolle bilden hierbei wichtige externe Faktoren. Die Phasen von Imageaufbau, Anerkennung durch Öffentlichkeit und Klienten sowie der Professionsstatus gewinnen als Stufen der Entwicklung besondere Aufmerksamkeit. Ferner richtet sich der Blick auf den Kampf um „jurisdiction“ innerhalb des Systems der medizinischen Professionen. Als Kernpunkte des Professionalisierungsprozesses werden Legitimierung, Institutionalisierung und Standardisierung herausgearbeitet. Hier finden die Konzepte von Cant und Sharma mit den vier Akteuren für die Entwicklung der alternativen Medizin - Staat, alternative Praktiker, Biomediziner und Verbraucher (User) - Verwendung. Die Rolle der alternativen Medizin bzw. der alternativen Praktiker wird in der Arbeit durch die Rolle der Chinesischen Medizin ersetzt. Dennoch sollen zunächst einige Unterschiede zwischen der Situation der alternativen Medizin im Westen und der der Chinesischen Medizin in der chinesischen Gesellschaft präsentiert werden, um das Analysemodell herausarbeiten zu können.

Den Kernpunkt dieser Arbeit bildet der historische Prozeß der Professionalisierung. Auch wenn die Wissenschaftler in China behaupten, daß die Chinesische Medizin ihre Rationalität seit dem 15. Jahrhundert entwickelt hat, werden Chinesische Mediziner

nicht wie die Biomediziner als eine Profession angesehen. Die Professionalisierung der Chinesischen Medizin taucht als Thema der Forschung über den medizinischen Pluralismus in ihren Ursprungsländern selten auf. Dies hat folgende Gründe:

1. Im Spannungsfeld zwischen traditioneller und moderner Gesellschaft versucht die Regierung der Modernisierung eine Orientierung zu geben. Wie auch bei der traditionellen Medizin handelt es sich hierbei um einen Prozeß der Revitalisierung und Modernisierung. Obwohl die Modernisierung aus Sicht der Mediziner ihren Professionsstatus beeinflußt und der Begriff der Professionalisierung konkreter als Modernisierung ist, findet dieses Thema sehr selten Eingang in die Forschung.
2. Die Forschung geht davon aus, daß der Prozeß der staatlichen Anerkennung der Chinesischen Medizin schon in den 1950er Jahren einsetzte und die Professionalisierung bereits abgeschlossen war, so daß sie keiner besonderen Thematisierung bedarf.
3. Sowohl in Taiwan als auch in China partizipieren die Sozialwissenschaftler selten an den Forschungen über Chinesische Medizin. Daher fand die Professionalisierung kaum Beachtung. Die Chinesischen Medizin fokussiert sich auf Möglichkeiten ihrer Verwissenschaftlichung, also auf die Integration von Chinesischer Medizin und Biomedizin, vernachlässigt aber dabei den Bereich der Profession.

Aus den genannten Gründen bleibt die Professionalisierung der Chinesischen Medizin auch in Taiwan vielfach ein ignoriertes Thema. Deshalb gilt es, den Professionalisierungsprozeß der Chinesischen Medizin zu analysieren, um dadurch die Situation des Pluralismus der Medizinsysteme besser nachvollziehen zu können. Die Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan soll als Vergleichsmodell für die Etablierung anderer Heilformen neben der Biomedizin dienen.

Die Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan unterscheidet sich grundlegend von der der alternativen Medizin in den westlichen Ländern. Hieran lassen sich folgende Fragen anknüpfen, die in der Arbeit thematisiert werden sollen:

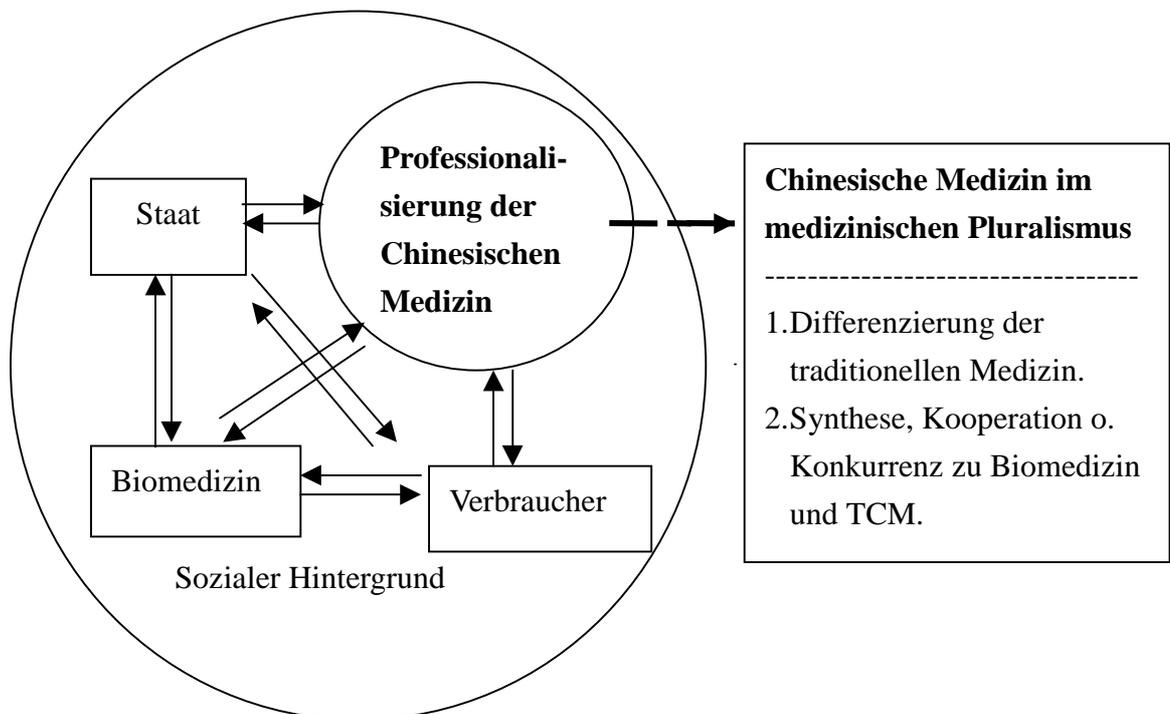
- Welche Auswirkungen auf die Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan hatte die Tatsache, daß die Biomedizin ein wissenschaftlicher Import aus den modernen westlichen Ländern ist?
- Gelang der Chinesischen Medizin in Taiwan als einem kulturellen System trotz ihrer Unterdrückung im Zuge der Biomedizinalisierung eine Anbindung an den Staat? Welche Rolle spielte dabei ihre Funktion als kulturelles Erbe? Führte dies zu einer Politisierung der Professionalisierung?

- Welche Folgen für die Professionalisierung hatte der Umstand, daß die Qualifikation der Chinesischen Mediziner nach dem Vorbild der Biomediziner organisiert wurde? Wie vollzieht sich die Auseinandersetzung zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin um die „jurisdiction“? Unterschied sich ihre Situation von der der alternativen Medizin in Westeuropa und Nordamerika?
- Inwiefern beeinflusste die kulturelle Erneuerung der Chinesischen Medizin in Form der Revitalisierung und ihre Modernisierung den Professionalisierungsprozeß und wo liegen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Entwicklung der Biomedizin?

Im Folgenden wird das Analysemodell vorgestellt:

Abbildung 1:

Analysemodell der Chinesischen Medizin und der Einfluß der Akteure bei ihrem Professionalisierungsprozeß



Legende:

Sozialer Hintergrund:

1. historischer Zeitraum
2. kulturelle Faktoren
3. Marktstruktur

Einflüsse zwischen den Akteuren:

„→“ Richtung des Einflusses

Staat → **Chinesische Medizin**: Legitimierung, Kontrolle

Chinesische Medizin → **Staat**: kulturelle und rechtliche Forderung

Chinesische Medizin → **Verbraucher**: alternativ-medizinisches Angebot

Verbraucher → **Chinesische Medizin:** kulturelle Gewohnheiten (Lebensstil), Nachfrage nach Heilmöglichkeiten

Chinesische Medizin <=> **Biomedizin:** Auseinandersetzung um die „jurisdiction“ mit den möglichen Ergebnissen: parallele Existenz (mögliche Kooperation), Synthese, Integration

Staat <=> **Biomedizin:** medizinische Marktkontrolle: Anbindung oder Lockerung

Biomedizin <=> **Verbraucher:** medizinische Hauptressourcen vs. Deprofessionalisierung

Wie erwähnt, charakterisieren Legitimierung, Insitutionalisierung und Standardisierung den Professionalisierungsprozeß. Die Reaktion der Chinesischen Medizin, der Einfluß der anderen Akteure und ihre Interaktionen, um das Ziel des Professionsstatus der Chinesischen Medizin zu erreichen, lassen sich anhand einiger Punkte darstellen:

Der soziale Hintergrund wird in dieser Arbeit stark betont, weil die Analyse der Professionalisierung sich auf einen historischen Prozeß bezieht. Mit dem Wandel der Epochen verändern sich im zeitlichen Verlauf auch kulturelle Inhalte und Marktsituationen. Da die traditionelle Medizin mit der einheimischen Kultur eng verflochten ist, könnte sie im Zuge des Wandels von kulturellen Elementen neue Impulse bekommen und damit an Bedeutung gewinnen. Mit der Veränderung der Marktsituation Taiwans im Zuge der Globalisierung wandelt sich auch die medizinische Marktstruktur des Landes, die sich u.a. in der Produzierung medizinischer Ressourcen abbildet.

Im Rahmen der Chinesischen Medizin geht es darum, die Basis einer Profession, Ausbildung und Qualifikation, zu standardisieren, um das Wissen und Können systematisch und langfristig an die Nachfolger weitergeben zu können. Der Aufbau einer ärztlichen Organisation, bzw. Ärztekammer gilt dabei als „Sicherheit“ für den Erwerb des Status einer Profession. Hierbei entwickelt sich das „peer review“, das sich durch Selbstregelung und Autorität manifestiert.

Beziehung zwischen der Chinesischen Medizin und dem Staat:

Die Chinesische Medizin versucht durch Verbindung von Kultur und Medizin und durch den Beweis der Wirksamkeit ihrer Heilkunde staatliche Anerkennung zu bekommen. Diese Legitimierung durch den Staat spielt die Hauptrolle bei der Entstehung einer Profession. Den Prozeß und die Elemente der Legitimierung einer Heilkunde neben der Biomedizin wird in der Beschreibung von Cobb (1977) wie folgt formuliert:

1. Gesetzliche Genehmigung: Existenz einer staatlichen Lizenz, staatliche anerkannte Selbstregulierung, usw.
2. Staatliche Genehmigung: durch Forschungsfinanzierung, Übernahme der Kosten für den Patienten, Finanzierung der Ausbildung, usw.

3. Akademische Genehmigung: Akzeptanz der Therapien als ein legitimes Thema für Lehre und Forschung.
4. Professionalisierung der Therapie: Zustimmung zur Grundkonzeption des theoretischen Wissens, Dienstleistungsorientierung, einheitliche Organisation, usw. (zit. n.: Cant/Sharma 1999: 185).

Zu Punkt 4: Dies bezieht sich auf den Standardisierungs- und Institutionalisierungsprozeß innerhalb der Chinesischen Medizin, dennoch bedarf es dafür der förmlichen Anerkennung durch den Staat.

Einen wichtigen Faktor, der die Einbeziehung der Chinesischen Medizin in das Gesundheitsversicherungssystem beeinflusst, bilden Veränderungen in den Akteursbeziehungen. Einerseits kann die Chinesische Medizin ihren Professionsstatus fest etablieren, andererseits bekommt der Staat die Möglichkeit, über sie mehr Kontrolle auszuüben. Die feste Bindung zwischen Staat und Biomedizin kann auch dadurch gelockert werden, daß beide wegen der Einbindung der Chinesischen Medizin in das Gesundheitssystem neue Vereinbarungen schließen müssen.

Beziehung zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin:

Grundsätzlich wurde die Biomedizin als Vorbild für eine Professionalisierung der Chinesischen Medizin übernommen. Hinsichtlich der Auseinandersetzung um die „jurisdiction“ werden hier zwei Varianten diskutiert. Einmal stellen beide verschiedene Wissenssysteme dar. Daher besteht auch die Möglichkeit einer parallelen Existenz zweier Professionen. Zweitens können bei der Debatte über die Wissenschaftlichkeit ihre Beziehungen mit den Begriffen Konkurrenz/Kooperation, Integration (oder Übernahme)/Ausgrenzung oder Synthese umschrieben werden.

Beziehung zwischen Verbraucher und Chinesischer Medizin:

Kulturelle Gewohnheiten und die Unzufriedenheit mit der Biomedizin durch die Verbraucher bilden wichtige Erklärungen für die fortgesetzte Inanspruchnahme der Chinesischen Medizin durch die Bevölkerung. Der Wandel der Rolle vom Patienten zum Verbraucher bildet ein wichtiges Element in diesem Kontext. Hierbei richtet sich der Blick auf die Marktstruktur. Der Fokus liegt auf dem Markt außerhalb der Biomedizin, wo Nachfrage und Wahlmöglichkeit des Verbrauchers die Entwicklung bestimmen.

Als Ergebnisse der Professionalisierung der Chinesischen Medizin werden noch weitere Phänomene vorgestellt:

1. Differenzierung der traditionellen Medizin: professionelle traditionelle Chinesische Medizin und nicht professionelle traditionelle Volksmedizin.
2. Die Situation der professionellen TCM: die professionelle und die biomedizinisch

durchsetzte TCM, parallele Existenz zweier professioneller Medizinsysteme oder Synthese.

2 Quellen

Die im Text verwendeten Materialien bestehen primär aus gedruckter Literatur. Jedoch existieren aufgrund der „Biomedizinalisierung“ Taiwans nur selten offizielle Informationen über Chinesische Medizin. Wenige Dokumente finden sich auch in den zeitgenössischen Regierungsakten, darunter einige rechtliche Vorschriften, die sich besonders mit der Registrierung von ärztlichen Gesellschaften befassen. Mit den Interviews werden einige Lücken der historischen Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan geschlossen. Auch hinsichtlich der gegenwärtigen Entwicklung wird mit Interviews mit TCM-Ärzten, mit Spitzen der Verwaltung für Chinesische Medizin und dem Vorsitzenden der TCM-Ärztekammer versucht, den Mangel an gedruckten Quellen auszugleichen.

2.1 Dokumentenanalyse

Um die Grundlage der traditionellen Chinesischen Medizin zu verstehen, ist es nötig, auf alte Texte und theoretische Erklärungen der Chinesischen Medizin zurückzugreifen. Chinesische Quellen bilden teilweise das Hauptmaterial für die Entwicklung der Chinesischen Medizin seit Ende des 19. Jahrhunderts in Taiwan, da die Debatte um Verwissenschaftlichung und Modernisierung schon im späten Kaiserreich und im demokratischen China der 20er und 30er Jahre stattfand. In der Kolonialzeit publizierten viele japanische, aber auch taiwanesischen Ärzte und Wissenschaftler Memoiren über ihre Tätigkeit, besonders auf dem Gebiet der öffentlichen Hygiene, die wichtige Hinweise auf die Medizinalpolitik der Kolonialverwaltung geben. Ferner finden Bücher, die über Gesundheitserhaltung geschrieben wurden, als Quellen Verwendung.

Daneben wurden folgende Materialien herangezogen:

1. Quellen der traditionellen Chinesischen Medizin: Traditionelle Chinesische medizinische Schriften, theoretische Argumentationen von gegenwärtigen Medizinwissenschaftlern.
2. Offizielle Publikationen über Gesundheitspolitik, Gesundheitswesen und Statistik, insbesondere die Sammelbände des Archivkomitees Taiwans, ferner Sammlungen über medizinische Gesetzgebung und Statistiken der Verwaltung des Gesundheitswesens.

3. Forschungsberichte über traditionelle Heilkunde und traditionelle Chinesische Medizin, medizinhistorische Abhandlungen und Untersuchungen über die medizinische Nachfrage der Bevölkerung in Taiwan.
4. Relevante Zeitungsartikel aus Taiwan.
5. Internethomepages von Gesundheitsbehörden, der Ärztekammer für Chinesische Medizin und den traditionellen Heilern.

2.2 Interviews

Zur Vertiefung des Themas wurden Experteninterviews durchgeführt. Darunter fallen Experten für traditionelle Medizin (Chinesische Medizin und nicht von dem Staat anerkannte Volksmedizin) sowie diejenigen, die auf dem Gebiet der Chinesischen Medizin arbeiten oder Forschungen leisten. Die Befragungen betreffen auch Verwaltungsspitzen des Gesundheitswesens, besonders im Bereich Chinesische Medizin. Im Folgenden werden persönliche Daten der Interviewpartner, die Interviewmethodik sowie der Interviewleitfaden vorgestellt:

➤ Methodik des Interviews: Fallzahl, Stichprobenauswahl und Begründung:

Die Interviews wurden zwischen dem 22. 12. 1999 und dem 7. 1. 2000 in Taiwan durchgeführt. Insgesamt nahmen 13 Personen daran teil. Die Interviewpartner wurden aus dem Spitzenpersonal des TCM-Bereichs und des Volksheilkunde-Bereichs ausgewählt. Die Auswahl erfolgte nach folgenden Überlegungen.

1. Wenn die Positionen des biomedizinischen Personals und der Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik und der Krankenversicherung gegenüber der TCM schon veröffentlicht sind oder sie sich wenig mit der Problematik auseinandergesetzt haben, kamen diese Personen nicht als Interviewpartner in Frage.
2. Weil die TCM einen großen Teil der Theorien, Methoden und Heiltechniken der Volksheilkunde übernahm, diese aber nicht ihre offizielle Anerkennung als TCM fand, stellen die Auffassungen dieses Heilpersonals einen wichtigen Faktor dar. Da ihre Meinung kaum publiziert wurde, ist deshalb ein Interview als Ergänzung notwendig.
3. Da das Spitzenpersonal im TCM-Bereich und in der Volksheilkunde eine prägende Rolle für ihre jeweiligen Bereiche hat, bleiben ihre Meinungen aktuell und auch für die Entwicklung der Medizin relevant.

➤ Interviewpartner:

Die Interviews fokussieren sich auf den Bereich der TCM. Da die TCM-Ärzte in Taiwan über verschiedene Ausbildungsformen verfügen, ist der TCM-Bereich in verschiedene Gruppen und Ansichten untergliedert. Deshalb wurde bei der Auswahl der Interviewpartner darauf geachtet, führende Repräsentanten einzelner Gruppen auszuwählen. Die ehemaligen und heutigen Vorsitzenden der TCM-Ärztekammer repräsentieren nicht nur den generationsbedingten Wandel der Ansichten, sondern auch die Standpunkte der unterschiedlichen Gruppen innerhalb der TCM. Die Leiter der Chinesischen Medizinischen Hochschule, des Forschungsinstituts und der Verwaltung für Chinesische Medizin (VfCM) beeinflussen die politische und wissenschaftliche Zukunft der TCM. Deshalb haben ihre Stellungnahmen für diese Arbeit besondere Relevanz. Der Direktor der VfCM hatte ein Interview mit dem zuständigen Abteilungsleiter für TCM und seinem persönlichen Referenten arrangiert. Von ihm habe ich nicht nur wichtige Information über TCM-Politik erhalten, sondern konnte auch etwas über die Ansichten der nicht in der TCM ausgebildeten Mitarbeiter im TCM-Bereich erfahren.

In der Volksheilkunde wurde ein berühmter Bone-setter, der auch Leiter der städtischen Gesellschaft für Volksheilkunde in Taipeh ist und viele Beziehungen zur TCM unterhält, interviewt. Auch habe ich den Leiter der neu gegründeten Gesellschaft für Volksheilkunde, deren Heilmethoden teilweise auf der TCM-Theorie fußen, als Interviewpartner ausgewählt.

Die Interviewpartner wurden aus folgenden Sektoren ausgewählt:

1. Aus der Abteilung Chinesische Medizin (VfCM) bei der Zentralbehörde für das Gesundheitswesen (ZfG).
2. Aus dem Forschungsinstitut für Chinesische Medizin.
3. Aus der Fakultät für Chinesische Medizin des China Medical College (CMC) .
4. Aus der TCM-Ärztekammer.
5. Aus den nicht-akademischen TCM-Ärzten.
6. Aus den akademischen TCM-Ärzten – , die entweder das normale Studium für Chinesische Medizin und den post-bachelor-Studiengang absolviert haben.
7. Aus der Gesellschaft für Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel.
8. Aus der der Gesellschaft für Volksheilkunde.

Informationen über die Gesellschaft der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel habe ich in hinreichendem Umfang von den TCM-Ärzten bekommen, deshalb war dieses Interview nicht mehr notwendig.

➤ Interviewleitfaden:

Der Interviewleitfaden wurde vor dem Interview entwickelt und orientiert sich an den Arbeitsgebieten eines jeden Interviewpartners. Die thematischen Hauptpunkte in den Interviews waren folgende:

1. Ihre Ausbildung.
2. Ihre praktischen Erfahrungen– Konflikt oder Zusammenarbeit mit der Biomedizin.
3. Position hinsichtlich Einschränkung oder Ausweitung der TCM.
4. Unterschied zwischen der früheren und gegenwärtigen TCM.
5. Möglichkeiten und Gefahren einer Verwissenschaftlichung der TCM.
6. Das Arzt - Patientenverhältnis.
7. Erklärung der Krankheitsursachen.
8. Ansichten über die zukünftige Entwicklung.
9. Rolle der Fachdisziplinen in der TCM.
10. Finanzierung der TCM durch die Krankenversicherung.
11. Vor- und Nachteile für die TCM durch die Einführung der Krankenversicherung.

➤ Methodisch wurde dies wie folgt durchgeführt:

- Entwicklung eines Interviewleitfadens
- Durchführung der Interviews in Taiwan
- Tonbandinterviews
- Übersetzung und Auswertung der Interviews

III. Konzept und Struktur der Chinesischen Medizin

Hier kann nur ein kurzer Überblick über Konzept und Struktur der Chinesischen Medizin gegeben werden. Die Charakteristika der Chinesischen Medizin sowie ihre Auseinandersetzung mit den Theorien und Heilkonzepten der Biomedizin führen zu Schwierigkeiten, eine eigenständige Position im modernen Medizinsystem aufrechtzuerhalten. Da Theorie und Konzepte der Chinesischen Medizin nicht Ziel dieser Arbeit sind, finden in diesem Rahmen nur die Begriffe der Chinesischen Medizin Erwähnung, werden aber nicht detailliert erläutert.

1 Unterschied zwischen Biomedizin und Chinesischer Medizin

Es wird stets betont, daß die Erklärungen des Gesundheitszustands und der Erkrankungen sich in jeder Kultur unterscheiden. Kultur bezeichnet im Kontext der jeweiligen historischen Situation die Vorstellung von Körper, Gesundheit oder Medizin. Krankheit und deren Behandlung greifen tief in das menschliche und gesellschaftliche Dasein ein (Rothschuh 1978: 2).

Die westliche Medizin ist primär auf die Heilung von Krankheiten ausgerichtet. Dabei stehen der Körper, bzw. die erkrankten Körperteile oder Organe, im Mittelpunkt des Interesses. Die Biomedizin entwickelte sich auf pathologischer und anatomischer Basis. Besonders nach der Etablierung der Bakteriologie wurden pathologische und anatomische Forschungen noch eingehender entwickelt und damit dominierten die Prinzipien der Reliabilität und Validität in der Medizin. Die Medizin wandte die Forschungsergebnisse nun selbst an und wurde damit zu einem Bestandteil der naturwissenschaftlichen Forschung. Wegen der wissenschaftlichen Erfolge vollziehen sich die Wandlungen des Krankheitskonzepts und des Medizinkonzepts sehr schnell.

Demgegenüber stellt die Chinesische Medizin eine Zusammenfassung von langfristigen Erfahrungen dar. Porkert beschreibt dies als induktiv-synthetischen Ansatz der Chinesischen Medizin, den er dem kausal-analytischen Ansatz der Westlichen Medizin gegenüberstellt (Porkert 1976: 63; Unschuld 2000: 44). Die theoretische Basis für die Chinesische Medizin ist mehr philosophisch und weniger pathologisch orientiert. Hier steht die Lebensphilosophie im Mittelpunkt, die die Chinesen im Laufe der Zeit mit Menschen-, Gesellschafts- und Naturbeziehungen gesammelt haben. Nach der Tradition ist die Chinesische Medizin nicht nur eine Heilmethode, sondern ein Lebensstil und eine Philosophie des Lebens. Dennoch setzt sich die Theorie der Chinesischen Medizin aus unterschiedlichen Gedanken und Lebensvorstellungen zusammen und kann daher nicht als einzelnes Paket betrachtet werden.

Die geschichtliche Entwicklung der Chinesischen Medizin führte, wie einige Lehrbücher der Chinesischen Medizin zeigen, zu einer Dreiteilung im systematischen Sinn und zwar in Theorie, in Heilkunde und in gesunde Lebensführung (Yang-schen) (Wan, Ming-hui 1999; Wei, Zi-xiao / Nie, Li-fang 1994).

2 Konfuzianismus, Taoismus und Chinesische Medizin

Wichtige Einflußquellen der Chinesischen Medizin sind die Philosophie des Konfuzianismus und des Taoismus. Sie haben die traditionellen medizinischen Vorstellungen sehr stark geprägt.

„Dabei bildeten Teile konfuzianischer Vorstellungen immer mehr den konzeptuellen Rahmen für Theoretisches, für die gliedernde Systematik der Medizin, während der Daoismus (Taoismus) Grundlage für die weitschweifig und in der Welt wohl einmalige empirische Naturbeobachtung der Chinesen werden soll“ (Ots 1987: 34).

Der Konfuzianismus sah in der kleinsten Ordnungswidrigkeit der Bevölkerung den Keim für größere Unruhen, Chaos und Umsturz. Daher galt es, jedes Abweichen vom rechten Weg bereits im Keim zu unterdrücken (Unschuld 2000: 48). Eine feste Moral festigt das Verhalten der Untertanen und die staatliche Sicherheit. Dies führt zu einer konservativen Haltung der Untertanen¹ und des Staates, so daß Selbstregulierung und moralische Selbstprüfung höheren Stellenwert haben als Offenheit für Neuerungen. Dies gilt auch für die Medizin: einerseits fördert sie Vorbeugungsmaßnahmen, andererseits verhindert eine solche passive Denkweise die Erforschung des realen Körpers (Song, Jian-ping 1991: 200f.).

Darüber hinaus ist die Institutionalisierung und Integration in die konfuzianische Hierarchie (gesellschaftlicher Status und Beamtenstand) nach Porkert für die Überlieferung und kontinuierliche Entwicklung der Wissenschaft der Chinesischen Medizin ein zweifelhafter Vorteil (Porkert 1976: 70). Er merkt an, daß die soziale Philosophie des Konfuzianismus nicht viel Hilfen bietet, um die individuelle Psyche und die sie umgebende Natur zu erforschen. Der Taoismus füllt diese Lücke reichlich aus. Er bildet eine ergänzte Philosophie für den Konfuzianismus. Seine Philosophie trägt „den privaten Bedürfnissen des chinesischen Geistes“ Rechnung und kommt seinem „Wunsch nach individueller Erlösung und Kontrolle über die Naturgewalten“ Rechnung nach (Porkert 1976: 69).

¹ Der chinesische Staat sah die Menschen nicht als bürgerliche Individuen, sondern als der Gemeinschaft und der Familie verpflichtete Untertanen. Gehorsam (Xiao) ist die wichtigste Tugend.

3 Philosophie und Körperbilder in der Chinesischen Medizin

Da der Konfuzianismus die Einheit und Unzertrennbarkeit des Körpers in den Vordergrund stellt, wurden Pathologie und Anatomie des menschlichen Körpers in der Chinesischen Medizin nicht weiter entwickelt. Vermutlich gab es in früherer Zeit anatomische Erkenntnisse in der Chinesischen Medizin. Aber die gesellschaftliche und politische Dominanz des Konfuzianismus, der in der Regierung und Erziehung in der Familie den einzigen Maßstab sieht, verhinderte die Entwicklung der Pathologie und Anatomie in der Chinesischen Medizin.² In der frühen Zeit wurden durch anatomische Beobachtungen morphologische Erfahrungen gesammelt, später aber - mit Yin-Yang und den Fünf-Wandlungsphasen - eine Theorie der ausgleichenden Einheit entwickelt und mit gesellschaftlicher Moral und Lebensphilosophie verbunden (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 115-129). Nach der Theorie der ausgleichenden Einheit versucht der Chinesische Mediziner die „Wurzel der Krankheit - das Hindernis der Balance“ zu behandeln.

Der Gedanke des ganzheitlichen Kreislaufs bildet das Modell aller chinesischen philosophischen Ansätze. Wie Roths Schuh gezeigt hat, läßt sich chinesische Philosophie und Gesellschaft von der Medizin nicht trennen. Die traditionelle chinesische Philosophie umfaßt medizinische Vorstellungen, wo - wie auch in anderen älteren Konzeptionen - der Mensch als Teil des Universums, als Mikrokosmos, konzeptualisiert wird. Ein Teil der traditionellen Chinesischen Medizin ist wiederum die Therapie (Rothschuh 1978: 16f.).

Die Theorie der Chinesischen Medizin umfaßt zwei Erklärungsdimensionen, eine mehr umweltgerichtete und sozial-philosophische - also am Makrokosmos orientierte, die einen Bezug zum Kreislauf Mensch-Gesellschaft-Natur herstellt. Die andere bezieht sich auf körperliche Erfahrungen, den Mikrokosmos³, und orientiert sich am Kreislauf innerhalb des Körpers. Die „Yin-Yang“-⁴ und „Fünf-Wandlungsphasen“ (Wu-Xing)⁵

² Nach konfuzianischem Gedankengut ist der Körper ein Geschenk der Eltern. Die Kinder müssen ihren Eltern dienen, sie verehren und sollen folgsam sein. Die erste und auch wichtigste Tugend, die Verehrung ihrer Eltern, zeigt sich im Schutz des eigenen Körpers: „Körper, Haare und Haut bekommen wir von den Eltern und wir dürfen daher den Körper nicht verletzen und nicht zerstören. Dies ist die Grundlage der Tugend der Folgsamkeit.“ Einerseits ging es um die Aufrechterhaltung der körperlichen Gesundheit, andererseits sollte man sich bemühen, seinen Körper vollständig und unbeschädigt bis in die Erde zu erhalten. Vgl. Yoschimoto, Syoji 1996: 116; Song, Jian-ping 1991: 201-203.

³ Der Begriff „Kosmos“ wurde in seiner westlichen astronomischen und philosophischen Bedeutung durch die chinesische Philosophie geprägt. Die Welt wurde dabei als geordnetes Ganzes gesehen. Besonders der Gedanke des Werkes „I-Jing“, das die taoistische Denkweise und Chinesische Medizin sehr beeinflusste, paßt auf das „Kosmos“ Erklärungsmodell. Es wurde besonders von japanischen Wissenschaftlern sehr oft benutzt. Vgl. Marnyama, Toschiaki 1993:164-167; Yuasa, Yasuo 1993: 63-99, beide in: Yang, Ru-bin (Hg.) 1993.

⁴ Yin-Yang Lehre ist ein dualistisches Schema der Einordnung aller Dinge und Erscheinungen in einen komplexen und mehrschichtigen Denkstil. Alle Dinge und Erscheinungen haben ihr Gegenteil und bilden mit diesem Gegenteil eine Einheit. Siehe auch Unschuld 1997: 18-20.

Theorie bediente sich der Erklärungsmodelle der Mensch-Gesellschaft-Naturbeziehung und stellt sie in den Zusammenhang mit der „Zang-Fu“ (fünf Speicher und sechs Palastorgane - innere Organe) und „Jing-Luo“ (Meridian - Energieleitung oder Kreislauf im Körper) Theorie als Erklärungsmodell für die inneren körperlichen Funktionen. Jedes innere Organ und der Meridian ergeben in ihrer Eigenschaft eine unterschiedliche Balance zwischen „Yin“ und „Yang“. Das Zusammenspiel von äußerlichen Witterungen und den inneren körperlichen Organen entspricht dem ganzheitlichen Dualismus von Yin und Yang. Innerhalb des Körpers gibt es immer eine Dynamik: die Dinge, Erscheinungen und Eigenschaften existieren nicht statisch nebeneinander, sondern wirken aufeinander und - in zeitlicher Folge - auch nacheinander (Unschuld 1997: 21). Die Beziehungen bilden ein Kontinuum. Um alle solche Beziehungen, Kontinuum und Lebendigkeit des Makrokosmos wie des Mikrokosmos und das Wechselspiel zwischen beiden zu erhalten, ist ein weiteres fundamentales Element zur Weiterführung des Lebens notwendig, das „Qi“.

„Qi“ ist ein sehr wichtiger Begriff in der Gedankenwelt der chinesischen Philosophie, Kunst und Medizin. Er wird oft mit „Energie“ oder „Kraft“ übersetzt. Die Beschreibung des „Qi“ unterscheidet sich nach verschiedenen Lehren und Schulen (z. B. Konfuzianismus und Taoismus) und wandelt sich auch mit der Zeit. Dies macht eine exakte Definition nur schwer möglich (Ots 1987: 45). Allgemein läßt sich sagen, daß „Qi“ eine abstrakte Beschreibung des Elements zur Aufrechterhaltung des lebenden Wesens ist. In dem Buch „Guan-zi“ wird dargestellt, daß Lebewesen nur durch das „Qi“ lebendig sein können.⁶ „Qi“ existiert in allen Elementen im Kosmos wie Wind, Regen, Wasser, Erde, usw. In der menschlichen Gesellschaft bedeutet „Qi“ die Lebensordnung zwischen Menschen. Wenn „Qi“ sich kondensiert, erscheint es als „Xing“ (Gestalt). Wenn „Qi“ sich als reine Flüssigkeit sammelt, die innerhalb oder

⁵ Zur Wirkung der Essenz zwischen Yin und Yang, als auch zur Wandlung – Erzeugen oder Überwinden – der Fünf-Elemente - Metall (Jin), Holz (Mu), Wasser (Shui), Feuer (Huo), Erde (Tu), siehe die Forschungen über Konzepte und Heilkunde der Chinesischen Medizin von Porkert 1976, Unschuld 1997, Ots 1987, Hempen 1997. Der Begriff „Fünf-Wandlungsphasen“ wurde auch mit „Fünf-Phasen“ (Unschuld 1997), oder „Fünf-Elemente“ übersetzt. Ots glaubt, daß der Begriff „Wandlungsphase“ besser in diesem Sinn paßt, weil der chinesischen Begriff „Xing“ die Bewegung und Zirkulation beschreibt (Ots 1987: 37).

⁶ „Guan-zi“ ist der Name eines traditionellen Buches als auch der Name eines wichtigen Gelehrten. Der Lehrer Guan-zi, richtiger Name Guan-Zhong, war einer der bedeutendsten Lehrer für die „Fa“ Lehre (legalistische Schule) vor Konfuzius. Der Hauptgedanke der „Fa“ Lehre bezieht sich darauf, daß die Regierung mit Gesetzen alle Angelegenheiten im Land regeln soll. Der Gelehrte lebte in der „Chun-Qiu“- Zeit (Periode des Frühling-Herbst, ca. 770-476 v.Chr.), gegen 660 vor Christus. „Zi“ war immer ein verehrender Ausdruck für einen hochgeschätzten Gelehrten in der traditionellen chinesischen Kultur. Die Gedanken und die Lehre von Guan-zi beeinflussten später während der Zhan-Guo Zeit (Periode der Streitenden Reiche, ca. 475- 221 v.Chr.) die Lehre von „Yin-Yang“, da die bedeutenden Gelehrten „Song-Xing“ und „Yin-Wen“ ihre Konzepte des „Qi“ weiterentwickelten. Heute wird dies als klassische „Qi-Gong“ Lehre bezeichnet. Vermutlich wurde das Buch „Guan-zi“ von ihnen selbst zusammengefaßt oder gar selbst geschrieben. Vgl. Zhang, Rong-Ming 1992: 1-3; Yang, Ru-bin 1993: 23-29.

zwischen Gestalten fließt, erscheint es als „Jing“ (Lebensenergie, -kraft, Sinn). Wenn „Qi“ verdampft, erscheint es als „Shen“ (Geist, Seele).⁷

Die Erscheinungsformen von „Yin-Yang“ und „Fünf-Wandlungsphasen“ stellen also auch verschiedene Formen und Eigenschaften des „Qi“ dar. Gleichgewicht und fließendes „Qi“ manifestieren sich im Makrokosmos in einer wohlbefindlichen, ordentlichen und harmonischen Umwelt und Gesellschaft, und im Mikrokosmos in der Gesundheit des Menschen. Man orientiert sich in den kleinsten Alltagsdingen an dem harmonischen Leben. Die Harmonie wird auch als „Tao des Lebens“ bezeichnet und ist damit eine Lebensweise und Lebensphilosophie (Yang, Ru-bin 1993: 3-20).

Die „Yin-Yang“- und „Fünf-Wandlungsphasen“-Konzepte werden als unterschiedliche Formen des „Qi“ innerhalb des Körpers beschrieben, Das „Qi“ umfaßt also ein Konzept des Körpers. Es geht darum, die Erscheinungen der Harmonie und des Gleichgewichts des „Qi“ innerhalb des Körpers zu beschreiben (Yang, Ru-bin 1993: 30-34). Die Störung und das Ungleichgewicht des Qi müssen beseitigt werden. Dies ist Aufgabe der Medizin.

4 Medizin und Lebensführung

Medizin und Lebenswelt sind in der Chinesischen Medizin wenig differenziert, und das Medizinsystem bildet einen Teil des Lebenssystems. Die Regulierung des Körpers wird mit der Regulierung des Staates gleichgesetzt, deshalb ist der bessere Weg für die Gesundheit die „Heilung vor dem Auftauchen der Krankheit“. Als beste Medizin gilt folglich eine gesunde Lebensführung, nicht die Heilung einer Krankheit.⁸ Dies führt zu dem Grundgedanken der Chinesischen Medizin zurück, daß eine frühe gesunde Lebensführung (Yang-Schen) wichtiger ist als Krankheitsheilung. Das Alltagsleben wird daher als kontinuierlicher Prozeß der Vorbeugung jeder Krankheit gesehen. Man folgt Erfahrungen der weisen Vorfahren, die sie schriftlich oder mündlich weitergegeben haben, um ein gesundes Leben führen zu können. Gesundes Leben meint hier mehr als eine Präventionsmaßnahme, nämlich im umfassenden Sinn eine alle Lebensbereiche einbeziehende „gesunde Lebensführung“. Sie reicht von einer guten Wohnumgebung, harmonischen Kontakten, richtiger Ernährung, Bewegung und sexuellen Beziehungen bis hin zum richtigen Atmen. Besonders über Ernährung, Bewegung und sexuelle

⁷ Es gibt viele Bücher, klassische und neue, die von „Qi“ handeln. Vgl. Yang, Ru-bin 1993; Zhang, Rong-Ming 1992. Diese werden hier nicht thematisiert, da dieser Gegenstand nicht das Hauptthema der Betrachtung ist.

⁸ Diese Redewendung wurde von Sun, Si-miao als das erste Prinzip der (Chinesischen) Medizin vorgestellt. Unter diesem Prinzip wurden viele Maßnahmen und Prinzipien für den Alltag entwickelt, um ein gesundes Leben zu führen. Vgl. Shi, Zhong-xu 1993: 288f.; Wei, Zi-xiao und Nie, Li-fang 1994: 62-85.

Beziehungen, die man durch eigenes Bemühen erreichen kann, wurden von Medizinern viele Lehrbücher geschrieben. Das konfuzianische Lehrbuch „Lun-yu“ gibt beispielsweise Anweisungen zum richtigen Essen.⁹ In dem medizinischen Klassiker „Huang-Di-Nei-Jing“ (das Buch des Gelben Kaisers) wird gesundes Verhalten beim Geschlechtsverkehr gelehrt. Konkret geht es darum, wie Energie und Qi dabei in Balance gebracht werden können, und welche Art des Geschlechtsverkehrs zu Energieverlust führt. Ferner haben Gelehrte Bücher über Sport zur Gesundheitsförderung geschrieben. Die „Qi“-Theorie wurde vom Taoismus zu einer Philosophie des Lebens und Atmens weiterentwickelt und ist als Gesundheitsförderungsmaßnahme „Qi-Gong“ bekannt.¹⁰

5 Heilkonzepte und Krankheitsmodell

Die Vorstellung der Chinesischen Medizin von der Ätiologie der Krankheiten teilt sich in zwei Faktoren - äußerliche Böswilligkeiten und innerliche Mitwirkungen. Es gibt sechs äußere Böswilligkeiten, die Krankheiten verursachen können: Wind (feng), Kälte (han), Sommerhitze (shu), Feuchtigkeit (shi), Trockenheit (zao), Feuer (huo). Sie beziehen sich auch auf die Witterungseinflüsse. Wenn das Wetter während der Jahreszeit sich zu extrem verändert, oder der menschliche Körper sich an die Wetteränderung der Jahreszeit nicht gut anpaßt, führt dies zur Krankheitserregung. Kälte, Sommerhitze, Feuchtigkeit, Trockenheit und Feuer attackieren den Körper meistens durch den Wind. Deshalb ist der Wind das Medium aller äußerlichen Böswilligkeiten. Aus der Sicht des frühen Chinesischen Mediziners ist der Wind der Verursacher fast aller Krankheiten (vgl. Wan, Ming-hui 1999: 122f.; Ots 1987: 48-50). Daher gab es eine besondere Gruppe von Krankheiten, die als Wind-Krankheiten bezeichnet wurden.

Ein ausgeglichenes Qi zu erhalten - also ein gesundes Leben zu führen - ist nicht einfach. Eine Wetteränderung beeinflußt einerseits den Körper, andererseits bestimmen menschliche Emotionen auch das körperliche Gleichgewicht. Die sieben Emotionen entstehen im Zuge der Auseinandersetzungen des Erlebens des Qis (seelisch-geistig) im menschlich Körper selbst. Sie schädigen direkt die Organe (Zang-fu) und beeinflussen die Aktivität von Qi. Die emotionale Überreaktion führt dazu, daß sich eine innere Krankheit herausbildet (vgl. Ots 1987: 50). Dadurch ändert sich auch das Verhältnis von Yin und Yang innerhalb und außerhalb des Körpers, was wiederum weitere Krankheiten hervorrufen kann.

⁹ „Lun-yu“ ist ein Sammelband von Aussprüchen und Gesprächen des Konfuzius. In ihm sind viele Lebensregeln beschrieben, beispielweise welche Lebensmittel man nicht essen soll, bzw. wieviele man essen kann. Vgl. Chen, Ke-ji und Zhou, Wen-quan 1991: 45f..

¹⁰ Siehe Yoshimoto, Syoji 1996.

Krankheit zu heilen wird daher nicht nur als organisches Problem begriffen, sondern als Problem der Verbindungen innerhalb des Körpers, als auch zwischen Körper und Umgebung. Die Krankheitsursache wird durch solche „Beziehungsleitungen“ gefunden. Dieses diagnostische Verfahren wurde deshalb als dialektischer Prozeß (auch Porkert (1976) spricht von einem induktiv-synthetischen Ansatz) beschrieben. Die Heilung bedeutet somit den Versuch, das schwache oder in Ungleichgewicht geratene Qi zu stärken, oder ein zu starkes Qi zu schwächen, damit innerhalb des Körpers oder zwischen Körper und Außenwelt ein Gleichgewicht gefunden werden kann (Wan, Ming-hui 1999: 21-30).

6 Erklärungs- und Heilungsmodell für geistige, parasitäre und ansteckende Krankheiten

Die Krankheitsursachen für geistige, parasitäre und ansteckende Krankheiten wurden von der Chinesischen Medizin traditionell meistens als Angriff von außerkörperlichen Faktoren gedeutet, meistens durch den Zauber eines bösen Geistes oder durch den Stoß des schlechten Qi. Manche Krankheiten erklärte sie mit der Übertragung des Giftstoffs durch Geburt. Das Erklärungs- und Heilungsmodell war sehr eng mit der taoistischen Religion verbunden. Die Heilmethode bestand folglich nicht in einer Verstärkung des innerkörperlichen Qis, sondern darin, den Angreifer zu verjagen. In traditionellen medizinischen Werken wie: „Bao-pu-zi“¹¹, „Allgemeine Lehre der Ursachen und Symptome von Krankheiten (Zhu-Bing-Yuan-Hou-Zong-Lun)“¹², usw. werden die Heilmethoden der vorgenannten Krankheiten oft mit der taoistischen Zeremonie verbunden. Die Heilmethoden bildeten einen Teil der Zeremonie der Vertreibung von Dämonen. Damit wirkten weltliche und geistige Heilmethoden zusammen. Dieses Erklärungsmodell war früher in Taiwan weit verbreitet, weil das halbtropische und tropische Klima die Ausbreitung von ansteckenden und parasitären Krankheiten begünstigte. Spuren finden wir heute noch in vielen Tempeln, wo das Vertreibungsritual gegen Seuchen und Krankheiten immer noch symbolisch durchgeführt wird (Yoschimoto, Syoji 1990). Die in den medizinischen Büchern genannten legendären Figuren, wie z. B. der Gelbe Kaiser (Huang-Di), Onkel Qi (Qi-bo) und Donner (Lei-gong) werden als taoistische Götter der Medizin im Tempel verehrt. Berühmte Mediziner, wie z. B. Si-miao Sun, Hong-jin Tao und Ge Hong gelten auch als taoistische Gelehrte.

Viele traditionelle medizinische Werke und auch taoistisch-medizinische Bücher

¹¹ Baopuzi wurde ungefähr Anfang des 4. Jahrhunderts von Ge Hong geschrieben. Ge Hong war ein taoistischer Mönch, der sich mit Medizin auskannte. Das Buch wurde nicht nur als medizinisches Buch, sondern auch als eines über den taoistischen Glauben geschrieben. Vgl. Yoschimoto, Syoji 1996: 70.

¹² Das Buch wurde ungefähr im Jahr 610 von Chao, Yuan-feng geschrieben.

erklären Geisteskrankheiten mit einer Infektion des „Shi“. Das „Shi“ kommt in verschiedenen Formen vor. Es ist in sichtbarer Form als „Gewürm“ oder „Insekt“ und in unsichtbarer Form als „Böser Geist“ zu verstehen. Sie haben also konkrete Figuren, sind aber auch unsichtbar. Erfolgt eine Ansteckung mit „Shi“, kommt es zur Schwächung des Körpers und zum Verlust des Qis. Um das infizierende „Shi“ auszutreiben, finden Heilkräuter Verwendung, aber als noch wirkungsvoller gilt es, mit dem Religionsritual das „Shi“ zu töten. Ansonsten besteht die Gefahr, daß das „Shi“ weitere Familienmitglieder ansteckt (Yoschimoto, Syoji 1990: 340-344).

Parasitäre Krankheiten werden mit der Ansteckung durch „Würmer“ erklärt. Die Würmer sind konkret und sichtbar. Ihre Beschreibung ähnelt der der heute bekannten Parasiten. Eine wirkungsvolle Heilmethode besteht in der Einnahme von Heilkräutern, um Parasiten auszutreiben. Die taoistischen Zaubersprüche waren ein Schutzmittel, um damit einerseits zu verhindern, daß die Parasiten den Körper angreifen, und sie andererseits aus dem Körper zu entfernen (Yoschimoto, Syoji 1990: 345-356). Die schlimmste Krankheit war die „Chuan-Shi (Leichenübertragung)“. Die Krankheit wurde während des Sterbeprozesses vom angesteckten Patienten zur nächsten Generation der Familie weiter übertragen.¹³ Deshalb war bei diesem Prozeß das Religionsritual wichtig, um die Würmer in der Leiche „einzusperren“ (Yoschimoto, Syoji 1990: 358-364).

In der taoistischen Medizin wurden die Seuchen „Yi“ als Strafe der Götter betrachtet, die über Gute und Böse in der Welt urteilen. Wenn es zu viel böse Taten gibt oder die Götter nicht verehrt werden, bestrafen sie die Menschen mit Seuchen. Manche Seuchen waren seit dem ersten Jahrhundert v. Chr. bekannt. Beobachtungen brachten Mediziner dazu, die Seuchen in Zusammenhang mit Wetterveränderungen zu stellen. Um die Seuchen zu verhindern, verlangten die damaligen Mediziner, das Verhalten von Staat und Untertanen den Jahreszeiten anzupassen. Die Regierung müsse durch die Harmonie des Yin-Yang das Land mit Vernunft regieren. Die Untertanen seien verpflichtet, ihren Teil zur Harmonie durch passende Ernährung, Bewegung und Arbeit zu leisten (Shi, Zhong-xu 1993: 240f.).

7 Diagnostik und medizinische Ethik

Die Erkennung der Krankheitswurzel geschieht in der Chinesischen Medizin durch die

¹³ Es gibt verschiedene „Chuan-shi“ Krankheiten. Nach der Symptomen ist ähnelt eine davon der Tuberkulose. Beispielsweise bei dem Werk von Sun, Si-miao gibt es sehr viele detaillierte Beschreibungen. Vgl. Yoschimoto, Syoji 1990: 363.

„dialektische Methode“¹⁴, die ihrerseits theoretisch-philosophische Grundlagen hat. Die Chinesische Medizin betont die Syndrome (d.h. Symptomkomplexe) (Hammes/Ots 1996: 33), die von der synergetischen Beschreibung und den dialektischen Ergebnissen der Krankheiten ausgehen. Die dialektische Erklärung der Krankheit basiert auf einem Dualismus, aber die Duale sind in ein einheitliches Kreislaufmodell (Qi) eingebunden. Das dialektische Ergebnis dreht sich um die Frage, ob die Eigenschaft des Körpers bzw. die Eigenschaft jedes einzelnen Organs zu viel oder zu wenig Yin bzw. zu viel oder wenig Yang hat. Zu den Diagnoseformen gehören daher ein zu starkes Yang, ein zu schwaches Yang, ein zu mildes Yin, eine zu schwache Yin-Form, usw. (vgl. Wan, Ming-hui 1999: 23-36).

Mit der diagnostischen Methode - dem Betrachten, dem Hören und Riechen, dem Fragen und Betasten - werden also die Eigenschaften, die Schwäche, als auch die Mängel des Körpers bestimmt. So z. B. die Erscheinungsformen des Fiebers: mit warmem Schweiß, mit kaltem Schweiß, oder mit trockenem Fieber ohne Schweiß usw. Ihre Diagnostik läßt sich deshalb nicht vereinheitlichen, weil sie jedem Patienten eine besondere Eigenschaft zuschreibt (Wei, Zi-xiao / Nie, Li-fang 1994: 31-34).

Im engem Zusammenhang mit einem solchen einheitlichen Kreislaufmodell der Diagnostik steht die Einheit der Beziehung zwischen dem Mediziner und dem Erkrankten als Ausdruck eines harmonischen Arzt-Patient Verhältnisses. Der Mediziner übt nicht nur seine Heilfunktion aus, sondern er geht als Beschützer des Kranken eine moralische Verpflichtung ein und soll sich stets tugendhaft verhalten. In den Geschichten über Medizin im kaiserlichen China wird immer hervorgehoben, daß ein guter Heiler nicht an sein eigenes Wohlergehen, sondern stets die Gesundheit seines Patienten im Blick haben müsse:

„Betrachte das Leiden des Patienten als Dein eigenes Leiden. Das Mitleid des Herzens soll den Mediziner dazu bewegen, unter keinen Umständen den schwierigen Weg zum Patienten zu meiden. Der Arzt darf auf Tag und Nacht, auf Kälte und Sommerhitze keine Rücksicht nehmen. Er muß seinen Hunger, seinen Durst und seine Müdigkeit bekämpfen und nur an die Rettung des Patienten denken. So wird er zu einem guten Mediziner, von dem die Menschen profitieren. Die Abweichung von diesem tugendhaften Weg macht ihn zu einem Dieb, der das Leben zerstört“ (Sun, Si-Miao, lebte in der Zeit der Tang-Dynastie, ca. 570-680, zit. n.: Shi, Zhong-Xu 1993:76, 327).

¹⁴ Der Begriff „dialektische Methode (Bian-zheng-fa)“ war nicht die ursprüngliche Erklärung in der Chinesischen Medizin, sondern erfuhr im kommunistischen China durch die marxistische Ideologie - den dialektischen Materialismus - eine Umformulierung. Dieses Erklärungsmodell wird gegenwärtig auch in Taiwan akzeptiert. Zum Inhalt vgl. Hsu (1999) und Topley 1976, „Traditional medicine continues to change in China today, where dialectical materialism is being used to attempt a synthesis of Chinese and modern systems. ...this is in accordance with the "law of the unity of opposites" which is "the basic law of the universe"“ (Topley 1976: 246).

8 Vorgeschichte der Arbeitsteilung in der Chinesischen Medizin

Die Arbeitsteilung bei der Chinesischen Medizin entwickelte sich sehr früh. Seit 1000 v. Christus erfolgte im kaiserlichen Palast die Einteilung der Heilkunde nach fünf Kategorien: Medizin, Ernährung, Krankheitskunde, Wundheilkunde und Tierheilkunde.¹⁵ Solche Arbeitsteilung in dem System der Medizinalbeamten blieb bis zur Mitte des 10. Jahrhunderts auch in den weiteren Dynastien bestehen. Nur während der Zeit der Verbreitung des Buddhismus und der Akupunktur kamen noch einige neue Arbeitsbereiche hinzu, wie z. B. Massage, Beschwörung und Nadelheilkunde¹⁶ (Shi, Zhong-xu 1993: 309f.).

Bis Ende des 10. Jahrhunderts gab es eine offizielle fachliche Einteilung innerhalb der Chinesischen Heilkunde, da jeder beamtete Fachmediziner nur nach Bestehen bestimmter Fachprüfungen angestellt wurde. Seit der Song-Dynastie (960 n. Christus) wurde die Chinesische Medizin im heilkundlichen Bereich in 9 Fachrichtungen unterteilt: Medizin für Erwachsene (Da-fang-Mai-ke), für Kinder (Xiao-fang-Mai-ke), für Wind-Erkrankungen (Feng-ke), für Augen (Yan-ke), für Schwellung und Knochenbruch (Chuan-zhong, Zhe-shang-ke), für Geburt (Chan-ke), für Mund, Zähne und Hals (Kou-chi, Yan-hou-ke), für Akupunktur und Moxibustion (Zhen-jiu-ke) und für Beschwörung (Shu-jin-ke) (Hsu 1999:161; Shi, Zhong-xu 1993: 316). Die einzelnen Fächer wurden in jeder Dynastie unterschiedlich bewertet (Shi, Zhong-xu 1993: 316f.). Für sie gab es später eine noch detailliertere Unterteilung. Im 14. Jahrhundert wurde die Fachrichtung Massage (An-mo) einbezogen. Während der Qing-Dynastie (17. Jahrhundert bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts) gehörte die Fachrichtung Massage und Beschwörung nicht mehr zu den offiziell anerkannten Gebieten (Shi, Zhong-xu 1993: 316f.). Die fachliche Unterteilung beinhaltete die Theorie der Krankheitsursachen und -symptome, des Körperkreislaufs, des Geschlechts und der verschiedenen Heiltechniken.

Diese fachliche Einteilung der Chinesischen Medizin existierte nur für die Medizinalbeamten im zentralen Regierungssystem. Ihre Hauptaufgaben waren der Auf- und Ausbau eines zentralen Gesundheitswesens, die Dokumentation medizinischer Ereignisse und die offizielle medizinische Ausbildung. Diese offizielle Stelle für Chinesische Medizin deckte jedoch nicht die Gesundheitsversorgung für die ganze Gesellschaft ab. Nur gelegentlich behandelten die kaiserlichen Medizinalbeamten aus

¹⁵ Die zuständigen Beamten der Abteilung „Medizin“ waren für die Verwaltung der gesamten Heilkunde und des Arzneimittelwesens zuständig. Die Beamten der Abteilung „Ernährung“ hatten die Verantwortung für das Essen und die Nahrungsmittel im kaiserlichen Palast. Die Beamten für Krankheitsheilkunde übernahmen die Dokumentation von inneren Krankheiten der Bevölkerung und die Beamten für Wundheilkunde hatten äußerliche Schwellungen, Entzündungen und Knochenbrüche (vermutlich nur der Hofangehörigen) zu behandeln. Die Beamten für Tierheilkunde waren für die Krankheiten von Zuchttieren im Palast zuständig (Shi, Zhong-xu 1993: 309f.).

Barmherzigkeit auch arme Leute und verkauften ihnen billige Heilkräuter (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 301-304). In manchen Dynastien wurden amtliche Apotheken für die Bevölkerung, in denen sie Heilkräuter billig einkaufen konnten, gegründet. Während der Qing-Dynastie gab es nur die Apotheke in dem kaiserliche Palast, aber die TCM-Heiler wurden zum Teil durch die Lizenzprüfung lizenziert (vgl. Shi, Zhong-xu 1993: 309-315). Trotzdem gab es noch keine Gesundheitspolitik, die von der zentralen Regierung bis auf Bezirksebene reichte.

In der medizinischen Praxis innerhalb der Bevölkerung orientierte sich die Therapie weiterhin an einer „allgemeinen“ Sichtweise des Körpers. Es gab nur die „Besonderheiten“ jedes einzelnen Faches, aber keine „Spaltung“ in der medizinischen Theorie und im Heilplan (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 295-298). Seit 3000 Jahren gab es in der Bevölkerung verschiedene Heiler, die sich auf besondere Krankheiten, wie z. B. die der Kinder, die der Frauen, oder die der Ohren- und Augen, usw. spezialisiert hatten (Wan, Ming-hui 1999: 8). Vom Ende des 6. Jahrhunderts bis Anfang des 7. Jahrhunderts erschienen immer mehr medizinische Bücher für spezielle Krankheiten. Dadurch bildeten sich Heilkundige für einzelne Krankheiten heraus, aber man sah sie als (konfuzianische) Gelehrte, als Handwerker (besonders bei Bone-setters) oder als Vaganten an. Sie erhielten ihre Berühmtheit durch ihre Heilkünste bei besonderen gesundheitlichen Problemen, und wurden als auf einige Leiden spezialisierte Mediziner, aber nicht als Fachärzte im modernen Sinn angesehen. Denn nach Meinung der alten Chinesischen Mediziner sollte das medizinische Wissen möglichst breit angelegt werden und sich nicht nur auf einen Bereich beschränken (vgl. Shi, Zhong-xu 1993: 330f.).

Zwar wurde die Chinesische Medizin während der Kaiserzeit schon offiziell anerkannt und innerhalb des Medizinalbeamtensystems und im medizinischen Erziehungssystem bestand eine fachliche Unterteilung. Jedoch waren die Fachdisziplinen noch kaum entwickelt und es fehlte die Professionalisierung, wie sie für die heutige Biomedizin selbstverständlich ist (vgl. Liao, Yu-qun, 1993: 304-311).

9 Wandel des sozialen Status der Chinesischen Mediziner

In der offiziellen Stelle für Chinesische Medizin spiegelte sich die Bedeutung der Chinesischen Mediziner auch in der staatlichen Beamtenhierarchie wider. Der soziale Status und der gesellschaftliche Einfluß des Chinesischen Mediziners in der Geschichte Chinas ergab sich im wesentlichen durch den Rang, der ihm in der konfuzianischen gesellschaftlichen Hierarchie zugewiesen wurde, aber auch durch seine soziale und

¹⁶ Dies bezieht sich auf die Akupunktur, deren damaliger Name wörtlich übersetzt wurde.

psychische Unabhängigkeit, die er durch seine Verbindung zur taoistischen Philosophie und Praxis erlangt hatte. Besonders zwischen der Tang und Song Dynastie (ca. 8. Jahrhundert) bekamen einige Chinesische Mediziner einen offiziellen Rang innerhalb des zentralen Regierungs- und Beamtenapparats (Porkert 1976: 69). Dadurch erhielten sie fast denselben sozialen Status wie andere konfuzianische Gelehrte und Beamte. Die in der Bevölkerung praktizierenden Chinesischen Mediziner nahmen eine mittlere Position ein, da sie als Handwerker (Shu-Shih) angesehen wurden (Porkert 1976: 69).

Die Begegnung der Chinesischen Medizin mit der Biomedizin seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hat ihren sozialen Status rapide verändert. Die Chinesische Medizin konnte nur schwer mit der Biomedizin konkurrieren und blieb gegenüber der Biomedizin in einer untergeordneten Position. Dies zeigt sich nicht nur daran, daß die Biomedizin sich durch wissenschaftliche Nachweise in Pathologie und Anatomie fortentwickelte, sondern auch durch ein zentralisiertes öffentliches Gesundheitswesen. Ein zentraler Begriff der damaligen Entwicklung war der der „Medizin als Dienerin des Staates“.¹⁷ In enger Zusammenarbeit mit der bakteriologischen Forschung konnte die Seuchenbekämpfung mit Hilfe zentralisierter öffentlicher Gesundheitsmaßnahmen effektiv durchgeführt werden. Dieses Ergebnis sahen die modernen Intellektuellen in China als Erfolg der Biomedizin an, dagegen stieß die TCM als Quacksalberei auf Ablehnung.¹⁸

Demgegenüber war die Chinesische Medizin in der kaiserlichen Regierung zwar in Form einer Medizinalbeamtenstelle vertreten, es fanden aber keine zentral gesteuerten öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen in dieser Richtung statt. Die in der Bevölkerung praktizierenden TCM-Mediziner wurden nicht durch den Staat gebunden. Besonders bei der Bekämpfung von Seuchen, die sich immer weiter verbreiteten, traten Defizite der getroffenen Maßnahmen hervor. Für ihre Durchführung auf regionaler Ebene war der jeweilige Gouverneur zuständig. Der regionale Gouverneur sollte, wie es das kaiserliche Regierungssystem und die Regierungsphilosophie vorsahen, sich wie ein Vater verhalten, der sich um das Volk wie um seine Kinder zu kümmern hatte (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 241). Er konnte bestimmte Aktionen veranlassen, um die Seuchen zu stoppen. Wegen mangelnder Unterstützung und Finanzierung, aber auch durch blockierte Informationen - z. B. über Art und Verbreitung von Seuchen - aufgrund mangelhafter Kommunikation zwischen Zentralregierung und Region (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 246-249) gelang es den Beamten vor Ort kaum, das angestrebte Ziel zu erreichen. Gleichzeitig spielten die

¹⁷ Das 18. Jahrhundert gilt in Europa, zumindestens in Deutschland, als Phase des aufgeklärten Absolutismus. Diese Staatsidee beinhaltet auch, daß der Herrscher sich um den Gesundheitszustand seiner Untertanen sorgen und staatliche Maßnahmen zu deren Wiederherstellung oder deren Verbesserung einleiten müsse. Hierfür stehen die Begriffe „Gesundheitspflege“ und „soziale Fürsorge“ (Eckart, W. 1994: 201-203).

¹⁸ Zur Beziehung von Chinesischer Medizin und Biomedizin in dieser Phase siehe Kapitel VI.

Chinesischen Mediziner auch die Rolle des Schützers der Gesundheit ihrer Klienten, dennoch gelang es ihnen anders als den Biomedizinern nicht, effiziente Präventionsmethoden und -maßnahmen durchzuführen.

Der Unterschied zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin lag nicht nur in der theoretischen Sichtweise, sondern auch in der praktischen Anwendung der Medizin. Dies wurde seit der Begegnung beider Medizinformen häufig in zwei Dimensionen diskutiert: bezüglich der Theorie in der Dimension der Wissenschaftlichkeit und bezüglich der Praxis in der Dimension ihrer Wirksamkeit. Die Diskussion um die Wissenschaftlichkeit begann Anfang des 20. Jahrhunderts, als die Chinesische Medizin als nicht wissenschaftlich angesehen wurde. Erst in den 1970er Jahren erklärte Joseph Needham (1969) die Chinesische Medizin in seinen Arbeiten zu einer Art Wissenschaft.¹⁹ Die gesellschaftliche feudalistische und bürokratische Struktur hatte die wissenschaftliche Entwicklung der Chinesischen Medizin völlig verhindert. Für die Wissenschaftler in Taiwan und in China erhielten die Arbeiten Needhams erhebliche Bedeutung, da hier sowohl ein Rückgriff auf die traditionellen klassischen Texte vorgenommen als auch die Wissenschaftlichkeit der Chinesischen Medizin mit modernen experimentellen Methoden zu beweisen versucht wurde (vgl. Chu, Ping-yi 1997: 160f.).

Im Vergleich zu den Leistungen der Biomedizin bei der Prävention und Heilung von ansteckenden Krankheiten schnitt die Chinesische Medizin sehr schlecht ab. Der Diskurs über die Wissenschaftlichkeit und der Zweifel an ihrer Wirksamkeit verengte ihren Definitionsrahmen in der medizinischen Praxis, da zu dieser Zeit nur beweisbare Heilkundeformen und Kräuter als rechtmäßige Chinesische Medizin anerkannt und weiter gefördert wurden.

¹⁹ Needham zit. n.: Chu, Ping-yi 1997: 160f..

IV. Entwicklung des Gesundheitswesens auf Taiwan vor dem Ende des 19. Jahrhunderts

1 Einwanderung der Chinesen

Vor der Ankunft der Chinesen war Taiwan von vielen austronesischen Volkstämmen¹ bewohnt. Sie lebten von der Jagd und primitivem Ackerbau. Das Land war nach Ansicht der Chinesen nicht kultiviert. Trotz aller endemischen Krankheiten und der Gefahr, von den Ureinwohnern getötet zu werden, war das Land für die Chinesen wegen seines fruchtbaren Bodens attraktiv. Anfang des 17. Jahrhunderts kamen Einwanderer von Südchina nach Taiwan.² Im 17. Jahrhundert gründeten die Holländer eine Handelsstadt, um Waren zwischen Europa, Indien, China und Japan zu transportieren. Sie wollten ihre eigenen Lebensmittel in Taiwan selbst produzieren und nicht von den Engländern in Indien abhängig sein. Die chinesischen Einwanderer waren als Einwanderer willkommen. Sie betrieben Ackerbau und produzierten landwirtschaftliche Waren. Zu dieser Zeit hatte sich in China gerade die Qing-Dynastie etabliert, die jedoch noch auf erhebliche Widerstände einiger Generäle stieß. Eine dieser Widerstandsgruppen bereitete in Taiwan die Wiederherstellung der Ming-Dynastie vor. Die Holländer wurden vertrieben. Im Jahre 1661 zogen Militärs, die dem Ming-Kaiserreich anhängen, und ihre Familien nach Taiwan, bauten chinesische Städte und kultivierten den Boden. Dies war die erste große Einwanderungswelle. Die Besiedlung und Kultivierung Taiwans orientierte sich an China. Im 17. Jahrhundert stagnierte die Zahl der Chinesen auf Taiwan, bedingt durch Kriege, Hungersnöte und Seuchen, und lag bei ungefähr 34.000 (Qi, Jia-lin 1986: 29).

Taiwan gehörte ab 1684 zum chinesischen Qing-Kaiserreich. Wegen der Angst vor Widerständen durch Gefolgsleute der Ming-Dynastie, die in Taiwan weiter kämpfen könnten, war die Einwanderung an sehr strenge Kriterien geknüpft. Alle Einwanderer mußten überprüft werden, Familiennachzug blieb untersagt.³ Trotzdem gelangten viele Chinesen legal oder illegal nach Taiwan, weil die Lebensbedingungen in Südchina schlecht waren und weil sie Taiwan wegen seiner erfolgreichen Kaufleute, die den Handel zwischen China und Taiwan kontrollierten, als ein reiches Land betrachteten.

¹ Dies bezieht sich auf die austronesischen Sprachgruppen, die den Süden Malakkas und die meisten Inseln des Südpazifiks umfassen. Sie sind den Gruppen der indonesisch-malaiischen Sprachen zugeordnet. In Taiwan sind wegen der Teilung durch das Gebirge die einzelnen Volkstämme isoliert. Deswegen existieren so viele unterschiedliche Subvolksstämme und Sprachen.

² Die meisten eingewanderten Chinesen kamen aus Südchina, den Provinzen südlich von Fu-jian und nördlich von Kent-tung.

³ Dadurch gab es unter den chinesischen Siedlern kaum Frauen. Noch bis zum 18. Jahrhundert setzten sich die Siedler fast ausschließlich aus Männern zusammen. Deshalb versuchten die Chinesen, sich mit den Ureinwohnern zu vermischen, um Nachfahren zu bekommen (Qi, Jia-lin 1986: 150-156). Denn die Zeugung von männlichen Nachkommen, die das Überleben weiterer Generationen von Familien sichern, ist für traditionelle chinesische Männer die wichtigste Aufgabe.

Die Provinzvorsteher, die vom Qing-Kaiser eingesetzt worden waren, versuchte die chinesische Kultur auf Taiwan weiter zu entwickeln. Es ging darum, den Ureinwohnern chinesische Kultur beizubringen. Durch Mord, Vertreibung, Betrug, Akkulturation und Mischehen wurde versucht, die Kultur der Ureinwohner in den ländlichen Gebieten auszulöschen und die chinesische durchzusetzen. Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts war die Landbevölkerung fast völlig kultiviert und „chinesisiert“. Die Ureinwohner, die im Gebirge wohnten, bewahrten trotz dieser Politik ihre eigenen Traditionen und Sitten und ihre Distanz zu den Chinesen.⁴ Aber sie stellten nur einen geringen Prozentsatz der Bevölkerung.

Seit dem 17. Jahrhundert galt Taiwan als ein bedeutender Handelsplatz. Von dort wurden viele Waren, wie z. B. Damwild, Kampfersalbe, Reis, Zucker und Tee exportiert. Viele Chinesen gelangten dadurch zu Wohlstand. Auf der anderen Seite mußten viele Händler wegen des damit verbundenen Risikos ihr Leben lassen.⁵ Trotzdem ging der Handel zwischen China und Taiwan weiter. Er führte jedoch zu folgender Situation auf Taiwan: Erstens konnten sich Seuchen an verschiedenen Orten weiterverbreiten und dadurch unkontrollierbar werden. Zweitens gewann Taiwan durch die Legende von den reichen Händlern für die Armen in China an Attraktivität, die angesichts der Hungersnot oder des unfruchtbaren Bodens, nach Taiwan einwandern wollten. Deshalb gab es in Taiwan einen großen Teil armer Chinesen. Drittens verstärkten sich die engen Beziehungen Taiwans mit China, und die chinesische Kultur setzte sich in Taiwan durch.

2 Medizinische Versorgung vor Ende des 19. Jahrhunderts

2.1 Gesellschaftliche Zustände im damaligen Taiwan

Seit dem Ende des 17. Jahrhunderts hatte sich eine chinesische Gesellschaft in Taiwan entwickelt. Obwohl mehrere europäische Staaten dort ihre Kolonial- und Handelsstationen gegründet hatten - es gab holländische, spanische und auch englische Gründungen - war ihr Einfluß sehr gering geblieben. Deshalb orientierten sich eingewanderte Chinesen und die kolonisierte Urbevölkerung weiterhin an der

⁴ Es gab in dieser Zeit ungefähr 18 verschiedene Volksstämme der Ureinwohner auf Taiwan. Sie unterscheiden sich durch ihre Sprache. Die Ureinwohner, die früh auf dem Flachland wohnten, waren friedfertig und hatten viele Kontakte mit Chinesen, heirateten auch häufig chinesische Männer. Die Chinesen bezeichneten sie als „akkulturierte Barbaren“ (Shou-Fan), d. h. sie waren in die chinesische Kultur integriert. Die Übrigen, die im Gebirge lebten und bis heute noch leben, hatten von Anfang an weniger Kontakt mit Chinesen und gerieten immer in Konflikte mit ihnen, besonders ihre Kopffägerkultur kostete vielen Chinesen das Leben. Man nannte sie „rohe Barbaren“ (Sheng-Fan).

⁵ Beim Handel mit Jägern der Ureinwohner bestand die Gefahr, daß jedes Mißverständnis zum Konflikt führen und den chinesischen Kaufleuten das Leben kosten konnte; Gefahr drohte ihnen auch beim

chinesischen Kultur. Bis Ende des 19. Jahrhunderts bestand die Bevölkerung Taiwans überwiegend aus ausgewanderten Chinesen. Da ihre Lage auf dem Festland noch schwieriger war, versuchten sie ihre materielle Situation auf Taiwan zu verbessern, obwohl die Lebensbedingungen in Taiwan nach der Ansicht der Europäer auch sehr ungünstig waren, wie z. B. in Tainan, der ältesten Stadt Taiwans mit mehrheitlich chinesischer Bevölkerung. Dort lag die Einwohnerzahl zu diesem Zeitpunkt bei etwa 40.000. Aus der Perspektive des Engländers Montgomery zwischen 1882 und 1891 hatten die Einwohner einen sehr niedrigen Ausbildungsstand. Sie setzten sich im wesentlichen aus armen Handwerkern, Tagelöhnern und Dienstboten zusammen, die ihren Lebensunterhalt kaum bestreiten konnten, oder aus Händlern, die sich aus diesen Schichten rekrutieren. Fast 90 Prozent der Männer besaß keine Schulbildung, bei den Frauen lag der Anteil noch höher (zit. n.: Oda, Toshiro 1995 (1970): 41).

2.2 Medizinische Ressourcen im damaligen Taiwan

Zur chinesischen Kultur Taiwans gehörte auch die Chinesische Medizin. Jedoch blieben die Ressourcen der Medizin dürftig. Die besseren Chinesischen Heiler zog es nicht nach Taiwan, da sie in China entsprechend ihrer guten Reputation hohe Honorare erhielten und die gewöhnlichen Patienten die Kosten nicht aufbringen konnten. Der Zugang zu den medizinischen Ressourcen war daher seit langer Zeit hauptsächlich auf die gehobenen sozialen Schichten beschränkt. Die Situation Taiwans ähnelte der in China, war jedoch noch schwieriger.

Es gab bis in die 1860er Jahre in Taiwan ungefähr zweitausend sogenannte „Chinesische Mediziner“⁶ bei einer Bevölkerungszahl von 2,5 Millionen (Chen, Yong-xing 1998: 46). Das heißt, ein Heiler kam auf ungefähr 1.250 Personen. Die „Ärztedichte“ war nicht niedrig, aber die Qualität der Versorgung war schlecht. Ein einheitliches Gesundheitsversorgungssystem war immer noch nicht etabliert. Berichte deuten darauf hin, daß die medizinische Versorgung unterentwickelt blieb (Oda, Toshiro 1995 (1970): 42). Hier praktizierten nur wenige fähige Chinesische Heiler, sonst wandten sich die Kranken an Laienheiler und Schamanen, die über Kenntnisse der traditionellen Chinesischen Medizin verfügten.

Überqueren des Taiwanmeeres, da die unruhige See und Piraten ihnen ihre Güter und ihr Leben nehmen konnten.

⁶ Im folgenden Text werden - um Begriffsklärung und Praktikabilität zu verbinden - die Begriffe Heiler, Mediziner und Arzt unterschieden. Heiler bezieht sich auf die medizinischen Experten, die stärker an der Volksmedizin und der Laienheilung orientiert und nicht vom Staat lizenziert sind. Mediziner wird im Text als neutraler Begriff verwendet, um die Funktion und Situation der medizinischen Experten zu beschreiben. Arzt bezeichnet einen von Staat lizenzierten medizinischen Experten, wie den biomedizinischen Arzt und den TCM-Arzt.

Die Bevölkerung wurde von epidemischen Krankheiten bedroht, die durch schlechte Hygiene und warmes, feuchtes tropisches Wetter hervorgerufen wurde. Bei den Bekämpfungsmethoden fehlte es an zwei Dingen: Einmal war die Ursache solcher Krankheiten für Chinesische Mediziner unklar. Obwohl diese seit zwei Jahrtausenden versucht hatten, epidemische Krankheiten zu heilen, waren sie schwer zu behandeln. Manche Chinesische Heiler versuchten einige Krankheitsmodelle, Therapien und Bekämpfungsstrategien von Seuchen zu entwickeln. Einige erklärten epidemische Krankheiten durch die taoistische Religion als Beschwörung.⁷ In Taiwan wurde Chinesische Medizin bis zu Beginn der Kolonialzeit durch diese Bekämpfungsform stark geprägt. Ein Grund für fehlende Heilmethoden war auch, daß die nach Taiwan eingewanderten Chinesischen Mediziner weder über genügend medizinische Kenntnisse noch über genügend Wissen über den Charakter von Epidemien verfügten. Deshalb genossen die meisten Heiler auch keinen guten Ruf.

Einerseits wurden Therapiemethoden von einem Laien zum anderen weitergegeben und zeigten auch manchmal Wirkung. Ein Regierungsbeamter, der im Auftrag des Qing-Kaisers in Taiwan Kontrollvisiten durchführte, berichtete:

„Fast alle meine Bediensteten und Leibwachen sind wegen der Seuchen gestorben ... ein mit mir befreundeter Beamter schrieb eine Zusammenfassung der Heilmethoden von Seuchen und verteilte die Manuskripte an einige Bekannte in Taiwan, weil die chinesischen Heiler in Taiwan keine guten medizinischen Kenntnisse hatten und gegenüber Seuchen machtlos waren. Ich war glücklich, daß ich diesen Beamten getroffen hatte, deshalb wurde die Krankheit geheilt. Deshalb vervielfältigte ich dieses Manuskript, um es weiterzuverbreiten“ (zit. n.: Chen, Yong-xing 1998: 44).

Andererseits führte man die Krankheit in einigen Fällen auf Dämonen zurück und versuchte sie - meistens erfolglos - durch ein religiöses Ritual auszutreiben (Mackay (1895) 1985: 40f.). Die Kranken gingen besonders bei epidemischen Krankheiten in die Tempel, wo Heilgötter verehrt und von diesen verschriebene Heilkräuterrezepte verteilt wurden. Solche Gebräuche trugen teils den Charakter einer weltlichen medizinischen Heilung, teils den von heiligen religiösen Zaubersprüchen. Da es in Taiwan bis Ende des 19. Jahrhunderts noch am medizinischen Personal fehlte, und sich wegen schlechter hygienischer Zustände und warmem Wetter Seuchen verbreiteten, lag die medizinische Hilfe fest in den Händen der Religion, hauptsächlich in denen der taoistischen Tempel. Hier wurden auch meistens die Götter, die medizinische Heilung beherrschen oder Seuchen bekämpfen können, verehrt.⁸

⁷ Vgl. Yoschimoto, Syoji 1990: 218-278.

⁸ Vgl. Yoschimoto, Syoji 1990: 218-278; Chen, Yong-xing 1998: 43-47.

Wie Kleinman im 20. Jahrhundert in einem Stadtteil Taipehs beobachtete, standen in den Tempeln durch das „Qian“ der Götter Rezepte zur Verfügung.⁹ Um die Tempel blühte der Handel mit Heilkräutern, Massagen, ferner entstanden Chinesische Apotheken. Solche Bilder prägten bis Ende des 19. Jahrhunderts, also bis in die japanische Kolonialzeit, die wichtigsten medizinischen Angebote auf Taiwan. Sie bestanden aus einer Mischung von heiligen Heilungen auf der Basis weltlicher Kenntnisse der Chinesischen Medizin.

Vor allem verfügten die Chinesischen Heiler in dieser Zeit nur über begrenztes medizinisches Wissen, das jedoch als ursprüngliche Überlieferung der Chinesischen Medizin in Taiwan angesehen werden kann. Der Chinesische Mediziner übte vor der Etablierung der modernen Medizin in Taiwan seinen Beruf nicht ausschließlich und erwerbsmäßig aus. Trotzdem können solche „Pilotheiler“ als Begründer der Chinesischen Medizin auf Taiwan angesehen werden. Inhaltlich sind sie stärker volksmedizinisch orientiert und vermischen weltliche und religiös-rituelle Methoden. Nach der Definition Kleinmans können wir in Taiwan vom 17. bis 19. Jahrhundert kaum von einer traditionellen Chinesischen Medizin sprechen, sondern nur von einer sogenannten Volksheilkunde.

3 Die Zeit der Missionare - Kontakte mit der Biomedizin

3.1 Einführung der Biomedizin durch Missionare

Den Medizinern in West- und Mitteleuropa gelangen durch die Entwicklung der Physiologie, Anatomie, durch Chirurgie und später durch Bakteriologie große Fortschritte. Dadurch wurde die professionelle Stellung der Biomedizin in Europa und den USA ausgebaut. In dieser Zeit wurden viele Missionare, die sich medizinische Kenntnisse angeeignet hatten, in die Kolonien geschickt. Da die religiöse Missionierung in Taiwan sich nicht unter dem Schutz und der Kontrolle einer kolonialen Macht vollzog, konnten die Missionare ohne staatliche Vorgaben agieren. Um ihr Missionsziel zu erreichen, mußten sie für die Einheimischen einen Anreiz schaffen. Hierfür bot sich die Biomedizin an.

1865 kamen westliche Missionare nach Taiwan. Die schlechte Gesundheitsversorgung prädestinierte Taiwan zu einem passenden Ort für eine medizinische Mission. Obwohl als Ziel die religiöse Missionierung angestrebt wurde, lagen die Erfolge in der Heilung.

⁹ Man kann zu Gott beten, um eine chinesische medizinische Verschreibung zu bekommen. Die verschiedenen Rezepte wurden an die Wand gehängt, um durch die angebotene Nummer des Gottes seine richtige „Qian“ zu erhalten. Dann ging man zum Kräuterladen, um dort die gewünschten Kräuter zu kaufen.

Die Missionare machten Biomedizin und Hygiene in Taiwan bekannt. Aber dies beschränkte sich nur auf wenige Regionen. Zwischen 1865 bis 1895 gab es 21 männliche Missionare aus England und Kanada in Taiwan, davon waren 8 medizinisch ausgebildet (Chen, Yong-xing 1998: 62)¹⁰. Am Anfang wurden die Heilkonzepte nicht von der Bevölkerung akzeptiert, weil sie annahm, daß die medizinischen Missionare menschliche Organe und Augen herausnehmen würden, und weil sie ihren Anhängern verboten hatten, nach chinesischer Tradition ihre Vorfahren religiös zu verehren. Jedoch wandelte sich diese Einstellung, als die Arzneimittel und die Chirurgie Erfolge aufwiesen. Dies war besonders bei den Medikamenten gegen Malaria der Fall.

Ein einflußreicher Missionar war der Kanadier Mackay. Er führte auch Medikamente gegen Malaria in Taiwan ein und machte sich daher bei der Bevölkerung sehr bekannt. Wie er in seiner Autobiographie berichtet, war die Mutter eines seiner Helfer sehr erzürnt darüber, daß ihr einziger Sohn sich dem Missionar angeschlossen und seine traditionelle Religion aufgegeben hatte. Eines Tages

„wurde ihre Tochter schwer krank. Der taoistische Schamane, der Chinesische Mediziner und sogar Buddha konnten nicht weiterhelfen. Sie war sehr besorgt. Man hatte ihr gesagt, sie könne mich um Medikamente bitten, da ich westliche Arzneimittel zur Verfügung hätte. Ihre Tochter war an Malaria erkrankt. Ich gab ihr die gewünschte Medizin und damit war die Krankheit geheilt. Danach zeigte sich die alte Frau sehr dankbar und war auch damit einverstanden, daß ihr Sohn bei mir bleiben konnte. Später gehörte die ganze Familie zu meinen Anhängern“ (Mackay 1985 (1895): 24).

Neben Seuchen litten die Menschen auch an Verletzungen sowie Augen- und Zahnkrankheiten, weil die Chinesische Medizin hierfür wenig Heilmittel vorsah. Beispielsweise zog Mackay zwischen 1873 und 1901 mit Hilfe seiner modernen Zahnzange ungefähr 21.000 Zähne. Zuvor konnten Zahnschmerzen kaum behandelt werden. Sie wurden entweder auf Dämonen zurückgeführt und vom Schamanen behandelt, oft wurde der Zahn mit ungeeigneten Instrumenten herausgezogen, dadurch zogen sich die Patienten schwere Infektionen oder Verletzungen zu, so daß viele daran starben (zit n.: Chen, Yong-xing 1998: 58).

¹⁰ Im Jahr 1865 kam der Presbyter Dr. James L. Maxwell aus England, und gründete eine „Praxis“ in Südtaiwan. Vgl. Chiang, Tung-liang 1988: 75; Fan, Yann-chiou 1995: 216. Später kamen George Leslie Mackay und Dr. Peter Anderson, um im Norden und Süden Taiwans zu missionieren und gleichzeitig medizinische Fürsorge zu leisten. Vgl. Dai, Wen-feng 1995: 180; Chen, Sheng-kun 1978: 128-132.

3.2 Chinesische Medizin aus der Sicht des Missionars

Bei ihrer medizinischen Behandlung wurden die Missionare mit traditionellen Heilkonzepten in der chinesischen Kultur auf Taiwan konfrontiert. Die meisten von ihnen ignorierten sie als außerhalb des Christentum stehend, aber einige von ihnen beschäftigten sich mit diesem Phänomen. Dazu gehörte Mackay. Er hatte sich umfangreiche biomedizinische Kenntnisse angeeignet und darüber hinaus auf Taiwan Erfahrungen in Chinesischer Medizin und Volksheilmethoden gesammelt. Er beschrieb die Medizin auf Taiwan als „primitiv“ und „nicht vertrauenswürdig“. Wie er berichtete, gab es dort zwar eine Menge Heilkundiger, aber keine wissenschaftlich orientierte Medizin. Es existiere kein formales Ausbildungs- und Prüfungssystem für Chinesische Mediziner mit Abschlußexamen und keine Lizenz zum Arztberuf. Tradition und Gewohnheitsrecht wären die allein gültigen Kriterien der Qualifikation. Die Wirkung der Chinesischen Medizin wurde am individuellen Fall nachgewiesen:

„Eine Person konnte durch Versuche an sich selbst oder an anderen Kenntnisse über Heilkräuter erwerben. Ferner gab es die Möglichkeit, sich als Helfer eines Heilers medizinisches Wissen anzueignen, oder er erwarb durch das Studium von Büchern über traditionelle Medizin die Fähigkeit, diese zu praktizieren. Manchmal brachten Erfahrungen mit dem Heilen der eigenen Krankheit oder mit der Einnahme von Kräutern jemanden dazu, eine eigene Praxis mit Kräuterverkauf zu eröffnen. Die Angestellten in der Kräuterhandlung gaben ihren Kunden geschriebene Rezepte, die diese wiederum an andere Kranke weitergeben“ (Mackay 1985 (1895): 40).

Mackay beschrieb auch das Verhältnis zwischen den Chinesischen Medizinerinnen und ihren Patienten und die Form der Diagnose. Er bemerkte auch Unterschiede zwischen den Chinesischen Medizinerinnen:

„Die praktizierenden Heiler besaßen das Vertrauen der Bevölkerung, aber die Heilkundigen, die auf der Straße ihre Heilkräuter verkauften, wurden nicht respektiert. ... Die einheimischen Heiler teilten die Krankheiten in zwei Gruppen ein: die inneren und die äußeren Leiden (Wunden oder Hautentzündungen). Es gab jedoch kaum Heiler, die die Therapie beider Krankheitsformen beherrschten. Der Heiler für innere Krankheiten, der durch Pulsmessung die Krankheit diagnostizierte, erwarb sich die Anerkennung bei der Bevölkerung“ (Mackay 1985 (1895): 40).

Bezüglich Kauf und Anwendung von Heilkräutern merkt er kritisch an:

„Der Chinesische Mediziner für innere Erkrankungen verschrieb dem Patienten ein Rezept. Der Patient ging damit zum Kräutergarten, um Heilpflanzen zu erhalten. Das Gewicht der Kräuter wurde sehr genau gemessen. Aber in der Regel konnte sich der Patient die

Bezeichnung der betreffenden Kräuter nicht merken, da es für jede Heilpflanze einen besonderen Namen gab, der sich häufig änderte“ (Mackay 1985 (1895): 40).

Wie wir aus Mackays Bericht weiter entnehmen können, wandte sich die Bevölkerung Taiwans bei äußeren Erkrankungen an die westlichen biomedizinisch ausgerichteten Missionare, bei inneren Erkrankung dagegen an die Chinesischen Heiler, da

„die Menschen hier (in Taiwan) dachten, daß die inneren Krankheiten die chinesischen Mediziner besser heilen, die äußeren Krankheiten dagegen die westlichen Ärzte besser heilen könnten“ (Mackay 1985 (1895): 40).

Mackay war der Ansicht, daß die Unwissenheit der Bevölkerung und damit auch der Aberglaube nur langsam abgebaut werden könne (Mackay, 40). Er kritisierte die Verschreibungspraxis Chinesischer Mediziner, als er erkannte, daß sie einerseits Rezepte verschrieben und andererseits den Wirkstoff gegen Malaria, Chinin, in ihren Schubläden versteckt hielten (Mackay, 41), damit sie es in Notfällen zum Eigenverbrauch verwenden konnten. Mackay hielt Malaria für die am meisten verbreitete und am meisten gefürchtete Krankheit auf der Insel (Mackay, 40).

Obwohl er die Heilmethoden der Chinesischen Medizin mit Skepsis betrachtete, benutzte er wegen der fehlenden Heilmittel im Rahmen seiner medizinischen Mission chinesische Arzneien, besonders Schwitz- und Abführmittel (Mackay 1985 (1895): 41; Chen, Yong-xing 1998: 55-58). Dieser Versuch wurde später oft als eine Bestätigung dafür angesehen, daß die Chinesische Heilkräuter Wirkungen zeigen, und in die Biomedizin integriert werden können.

In der Bevölkerung verstärkten die Heilerfolge der Biomedizin ihre Akzeptanz. Die Missionare brachten den Taiwanesen biomedizinische Kenntnisse bei und setzten sie in den Missionen als Hilfskräfte ein. Dadurch wurde ein Fundament der Biomedizin in Taiwan aufgebaut.

In dieser Zeit entstand in China eine Erneuerungsbewegung mit dem Ziel, das politische System mit ökonomischen und wissenschaftlichen Kenntnissen zu modernisieren und zu verwestlichen. Der Provinzvorsteher Taiwans setzte seinen Schwerpunkt auf die Förderung der Biomedizin. 1887 kam es in Taipeh zur Eröffnung der ersten staatlichen Krankenstation in Taiwan. Dort wurde ein Biomediziner aus Norwegen namens Hunsen angestellt, (Li, Yu-zhou 1993: 2) der neben den erkrankten Soldaten auch die Zivilbevölkerung behandelte. Nebenbei etablierten sich bei vielen Armeestationen öffentliche Apotheken, in denen Medikamente auch für zivile Kranke gekauft werden konnten. Aber im folgendem Jahr mußten Krankenstation und Apotheken wegen

fehlender Finanzierung wieder geschlossen werden, obwohl die Bevölkerung weiterhin an Seuchen litt (Chen, Yong-xing 1998: 46).

V. Entwicklung des Gesundheitswesens auf Taiwan während der japanischen Kolonialzeit

1 Die Lebensbedingungen aus der Sicht der Japaner

1895 hatte der chinesische Kaiser den Krieg gegen die Japaner verloren. Taiwan erhielt den Status einer japanischen Kolonie. Im Mai 1895 wurden ungefähr 76.000 japanische Soldaten nach Taiwan verlegt. Bis Ende 1895 waren 164 Soldaten in den Gefechten mit den Taiwanern gefallen und 4.642 an Seuchen gestorben. 21.748 Soldaten wurden wegen Krankheit nach Japan zurückgeschickt und 5.246 verblieben in einer speziell für Japaner errichteten Krankenstation auf Taiwan, um sich von ihrer Krankheit zu erholen (Chen, Yong-xing 1998: 65; Oda, Toshiro 1995 (1970): 6). Die meisten Armeeingehörigen erkrankten an Malaria und Cholera.

Die japanische Regierung konnte über die tropischen Krankheiten und die hygienischen Zustände in Taiwan nur staunen. Ein Japaner - Shintarou Atomiya, der im Jahr 1895 nach Taiwan gekommen und dort später ein erfolgreicher Geschäftsmann geworden war, - beschrieb in seiner Autobiographie seine Ankunft auf Taiwan:

„Die Straße war mit kleinen Steinen gepflastert, aber war uneben. Weil es sehr viel geregnet hatte, war die Straße voller angestautem schmutzigem Wasser. Die Häuser sind aus Erde gebaut, ohne Fenster, deshalb ist es am Tag auch sehr dunkel, und es stinkt. Schweine mit dickem Bauch suchten ihr Essen im Müllhaufen. Das Mädchen wusch das Gemüse bei dem Brunnen hinter dem Haus, daneben spülte eine alte Frau ihr Nachtgeschirr“ (zit. n.: Oda, Toshiro 1995 (1970): 11).

Am Anfang der japanischen Kolonialzeit berichtete der Japaner Sakura Sonzo, daß auf Taiwan keine Ärzte existierten und dort nur Quacksalber und Kurpfuscher tätig seien. Als Medikamente seien nur Pflanzenwurzeln oder Holzscheiben in Gebrauch. Der sogenannte Mediziner für innere Erkrankungen habe keine Untersuchungsinstrumente, und die Chirurgie sei unbekannt (zit. n.: Dai, Wen-feng 1995: 205). Im Krankheitsfall ging man zum Tempel, denn dort wurden fertig geschriebene Rezepte angeboten. Mit göttlichem Beistand wählte man ein Rezept, obwohl es nicht unbedingt auf die betreffende Krankheit zugeschnitten war (Chen, Yong-xing 1998: 45).

Der erste Leiter der von den Japanern gegründeten Medizinischen Schule berichtet über die Situation der Mediziner vor der Kolonialzeit. Die meisten Chinesischen Mediziner verfügten über keine Ausbildung, und kannten die Theorie der Chinesischen Medizin kaum. Deshalb sei ihr Sozialstatus sehr niedrig (Yamaguchi, Hidetaka 1996 (1899): 49, 51).

„Im Allgemeinen hatten taiwanesische Mediziner, nennt man sie ‚Yi-sheng‘.“ (Yamaguchi, Hidetaka 1996 (1899): 49) ...„Daß man die ‚Yi-sheng‘ auf der Insel (Taiwan) nicht als Mediziner bezeichnen kann, ist wohl selbstverständlich. ... In Wahrheit wissen alle, daß sie keine Physiologie und Pathologie kennen. Manche sind sogar Analphabeten. Obwohl sie Ähnlichkeit mit den Kanpo-Medizinern (traditionelle Chinesische Mediziner in Japan) haben, ist die Qualität ihrer Kunst doch schlechter. Wenn man sie unbedingt vergleichen muß, kann man sie wie in Japan als Quacksalber bezeichnen“ (Yamaguchi, Hidetaka 1996 (1899): 51).

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts hatten sich, wie aus den Berichten der Missionare und der Japaner zu entnehmen ist, die medizinischen und hygienischen Zustände auf Taiwan kaum geändert. Zu diesem Zeitpunkt war die Sterberate sehr hoch. Da es keine Einwanderung nach Taiwan mehr gebe, sinke die Bevölkerungszahl (Oda, Toshiro 1995 (1970): 42). Für diese Entwicklung machten die Japaner mehrere Faktoren verantwortlich: Einmal hatte Taiwan ein subtropisches und tropisches Klima mit vielen Mücken, Moskitos und Fliegen. Zweitens fehlten hygienische Kenntnisse. Zuchttiere und Menschen lebten zusammen in dunklen Räumen. Die Menschen schliefen auf einem Bambusbett, auf dem Boden liefen Schweine, Hähne, Enten hin und her (zit. n.: Dai, Wen-feng 1995: 204). Solche schlechten hygienischen Verhältnisse förderten die Verbreitung epidemischer Krankheiten. Malaria, Pest, Cholera, Fleckfieber, Tuberkulose, usw. forderten eine hohe Zahl von Todesopfern.

2 Durchführung der Medizinalpolitik

2.1 Entwicklung der Medizinalpolitik in Japan als Vorbild

In Japan entschied sich die Regierung Mitte des 19. Jahrhunderts, während der Zeit der Meiji-Restauration, für die Förderung der Biomedizin (Oberländer 1995: 11). Das neue Medizinsystem wurde nach dem damaligen deutschen Modell aufgebaut. Dazu gehörten eine moderne medizinische Ausbildung, Staatsmedizin, Sozialhygiene sowie labormedizinische Kenntnisse (Liu, Shi-yung 1997: 102-103). Ende des 19. Jahrhunderts besuchten viele Japaner Deutschland, um die Medizinalpolitik kennenzulernen und Kenntnisse in Physiologie, Chirurgie und besonders Bakteriologie zu erwerben. Eine große Anziehungskraft übte dabei das Labor von Robert Koch aus (Fann, Yann-chiou 1996: 141). Weil die biomedizinische klinische Therapie geringere Fortschritte machte, erhielt die Hygiene die Hauptrolle und die Medizin die Nebenrolle in der Medizinalpolitik Japans. Da die moderne Medizinalverwaltung eine Führungsposition einnahm, hatte die biomedizinische Profession eine Unterstützungsfunktion bei der Modernisierung der Staatsmedizin (Liu, Shi-yung 1997: 109).

Aufgrund der Modernisierung verzichtete das japanische Medizinalwesen seit der Meiji-Restauration (1868) auf die Kanpo-Medizin¹. Obwohl sie nicht als anerkannte Medizin von der Regierung akzeptiert wurde, konnten die Heiler weiterhin ihre Qualifikation überprüfen lassen, um praktizieren zu können. Zwar beinhaltete die Qualifikationsprüfung Kenntnisse über Biomedizin - Chemie, Anatomie, Physiologie, innere Medizin, Chirurgie, usw. - aber keine über Kanpo-Medizin (vgl. Tu, Tsungming 1959: 448). Eine Integration der Kanpo-Medizin in das offizielle Ausbildungssystem fand zwar keine Unterstützung durch die Regierung, jedoch schränkte sie nicht die Möglichkeit ein, Kanpo-Medizin auf einer privaten medizinischen Fachschule oder Hochschule zu lernen (vgl. Liu, Shi-yung 1997: 126). Gegenüber der traditionellen Medizin in Taiwan verhielt sich die japanische Verwaltung jedoch nicht so tolerant wie in Japan.

2.2 Das Prinzip der hygienischen Kontrolle

2.2.1 Hygienepolitik

Die in Japan durchgeführte Medizinalpolizei und Sozialhygiene² wurde auch auf Taiwan eingeführt. Hier verfügte die Medizinalpolizei über eine höhere Machtposition als in Japan, damit sie als Vertreterin der Kolonialmacht die Hygienesituation und die Bevölkerung Taiwans besser kontrollieren konnte (Liu, Shi-yung 1997). Die Japaner wollten Taiwan für längere Zeit als Kolonie behalten, deshalb waren langfristige Interventionen sinnvoll. Die größte Herausforderung war für die japanische Kolonialmacht nicht der Widerstand der Bevölkerung, sondern der Kampf gegen die Seuchen. Die Sterberate unter den Japanern war extrem hoch und dies behinderte den Aufbau ihrer Kolonie. Ein schneller Aufbau der „öffentlichen Hygiene“³ und die Eindämmung von Krankheiten waren dringend erforderlich. Der Berater für Medizinalverwaltung⁴ des japanischen Gouverneurs, Shinpei Goto, schlug vor, für die koloniale Erschließung den Aufbau einer hygienischen Basisversorgung der

¹ Kanpo-Medizin ist ursprünglich von China importierte Chinesische Medizin. Kanpo bedeutet „Chinesische Methode“.

² Die in Deutschland vorgenommenen Maßnahmen der Sozialhygiene wurde von den Japanern modifiziert, da diese ihre Medizinalpolitik mehr am staatlichen Zentralismus orientiert entwickelten. Die Betonung lag stärker auf staatlichen Interventionen im Bereich der öffentlichen Hygiene (Lebensumwelt, Wasserleitung und anderen Infrastrukturformen). Auch wurde die Rassenmischung statt Rassenreinheit präferiert. Vgl. Liu, Shi-yung 1997: 103f..

³ Die damalige offizielle Übersetzung von „Eisei“ war „Hygiene“, die sich in ihrer Bedeutung am deutschen Wort „Hygiene“ und nicht am englischen Terminus „health“ orientiert (Liu, Shi-yung 1997: 103f.).

⁴ Shinpei Goto promovierte in Berlin, Deutschland. Seine Dissertation handelte über „Vergleichende Darstellung der Medizinalpolizei und Medizinalverwaltung in Japan und anderen Staaten (Berlin: Robert Koch Institut, 1891). Er war einer der wichtigsten Medizinalpolitiker der damaligen Zeit in Japan. Ihm ging es bei seinen Ausführungen um „Medizinalverwaltung“ nach preußischem Vorbild, aber nicht um „Gesundheitspolitik“.

Bevölkerung als Kernpunkt zu betrachten. Um die Bevölkerung Taiwans unter Kontrolle zu halten, müsse man zunächst die Seuchen kontrollieren (Chen, Yong-xing 1998: 65-66). Schinpei Goto führte dazu aus:

„Da die Verwaltung des neuen Landes Grundlage der Durchsetzung der Hygienepolitik ist, ist die Medizin die beste Methode zur Kontrolle dieses Landes. Die Bürger Japans, die weit weg aus Japan in dieses fremde Land kommen, müssen die Verantwortung übernehmen, um eine neue Ordnung in diesem Land aufzubauen ... die einzige Möglichkeit, um gegen einheimische Krankheiten kämpfen zu können, ist die Medizin, sonst gibt es keine andere Methode“ (zit. n.: Oda, Toshiro 1995 (1970): 79).

„Medizin“ bezog sich auf die Verbesserung des hygienischen Zustandes der Bevölkerung auf biomedizinischer Basis. Die Japaner setzten in den 50 Jahren ihrer Kolonialzeit eine Reihe von medizinischen Maßnahmen unter polizeilicher Kontrolle durch: Eine öffentliche Hygiene wurde etabliert.⁵ Entscheidende Maßnahmen bildeten die Durchsetzung der Seuchenprävention durch hygienische Kontrolle und daneben die Erforschung infektiöser Krankheiten. Diese Hygienepolitik und die biomedizinischen Einrichtungen der Japaner bewirkten, daß in Taiwan die Grundlage für eine moderne Gesellschaft und Biomedizin geschaffen wurde (vgl. Fann, Yann-chiou 1996: 42).

2.2.2 Seuchenbekämpfung

Da durch die Entwicklung der Bakteriologie die Ursache der Infektionskrankheiten deutlicher geworden war und die Biomedizin Erfolge aufweisen konnte, basierte auch die medizinische Forschung auf Taiwan auf diesem medizinischen Konzept. Als besonders attraktive Untersuchungsgegenstände für die neu ausgebildeten biomedizinischen Wissenschaftler aus Japan erwiesen sich die umfangreichen epidemischen und tropischen Krankheiten in Taiwan. Die meisten japanischen medizinischen Wissenschaftler widmeten sich ganz der Erforschung von Epidemien. Dabei wurden die Erreger und Überträger vieler Epidemien in Taiwan, wie z. B. Pest, Malaria und Fleckfieber, usw. erkannt. Die meisten japanischen Forscher verfolgten das Ziel, einen Ansteckungsherd zu finden. Dadurch konnten sie zwei Ziele erreichen: Zum einen demonstrierten sie damit das Spitzenniveau ihrer biomedizinischen Forschung, zum anderen konnten sie Präventions- und Interventionsmaßnahmen gegen die Ausbreitung von Seuchen rechtzeitig und gründlich durchführen (vgl. Oda, Toshiro 1995 (1970): 29-40). In Taiwan wurde ein Forschungszentrum für Bakteriologie und Seuchen errichtet, da die Japaner eine militärische Expansion in das seuchengefährdete Südasien

⁵ Hier muß erwähnt werden, daß die Kontrollmaßnahmen gegenüber den Opiumrauchern auch zur Hygienepolitik gezählt wurden. Dennoch schien die japanische Regierung vom staatlichen Monopol des

planten. Die Wissenschaftler schickte man später selbst nach Südasien, um sie dort als „Kriegsmediziner“ einzusetzen.⁶

Die Epidemieforscher erkannten lediglich die Ursache der Infektionskrankheiten. Heilmittel oder Schutzimpfungen gab es wenig, da Medikamente und Impfstoffe gegen Seuchen nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung standen.⁷ Deshalb wurde die hygienische Prävention als entscheidend für die Bekämpfung von Seuchen erachtet und entsprechende Maßnahmen auf Taiwan durchgeführt. Eine totale Kontrolle durch die Medizinalpolizei sollte die Effektivität der Präventionsmaßnahmen erhöhen. Dadurch konnten die öffentlichen Hygienemaßnahmen äußerst wirksam durchgesetzt werden: So mußten z. B. verdächtige epidemische Erkrankungen gemeldet werden, und die hygienischen Verhältnisse aller Wohnviertel wurden regelmäßig überprüft. Die Wohnungshygiene manifestierte sich in der Aufräumung von Wohnungen unter der Aufsicht von Polizei, die zweimal im Jahr durchgeführt wurde. Für den Fall, daß die Einwohner die Anweisungen nicht erfüllten, waren strenge Strafen vorgesehen. Solche Überwachungsmaßnahmen verbesserten den hygienischen Zustand, so daß sich die Prävalenz bei einigen einheimischen Krankheiten verringerte.⁸

3 Aufbau der Biomedizin

Nach dem Vorbild der „Biomedizinisierung“ in Japan wurde auch Taiwan aufgebaut. Dabei wurden öffentliche Krankenhäuser errichtet, das medizinische Ausbildungssystem und die ärztliche Approbation eingeführt. Die Ausbildung der einheimischen Biomediziner, der Aufbau der Krankenhäuser und das Amtsarztssystem bildeten eine Grundlage des modernisierten medizinischen Ausbildungssystems auf Taiwan.

3.1. Zusammensetzung des Medizinalpersonals

Das medizinische Personal wurde zunächst aus Japanern rekrutiert und später in Taiwan selbst ausgebildet. Die biomedizinische Ausbildung von Einheimischen verfolgte hauptsächlich den Zweck, der Grundversorgung der Bevölkerung zu dienen. Das Personal für die medizinische Wissenschaft und die Lehre stellten überwiegend die Japaner (vgl. Liu, Shi-yung 1997: 119f.). Shinpei Goto, der damalige Berater für die

Opiummarktes zu profitieren. Dies forderte die heftige Kritik der damaligen taiwanesischen Eliten und Mediziner heraus (vgl. Liu, Shi-yung 1997: 110f.).

⁶ Vgl. Oda, Toshiro 1995 (1970): 134-138; Li, Yu-zhou 1993: 12.

⁷ Seit Beginn der Kolonialzeit gab es zwar Pockenschutzimpfungen, jedoch erfaßten die Impfungen nicht alle Kreise der Bevölkerung. Vgl. Archivkomitee Taiwan, 1995: 715-718.

⁸ Vgl. Fann, Yann-chiou 1996: 154-156; Oda, Toshiro 1995(1970): 26-40; Chen, Jin-sheng 1996: 23; Wu, Ping-cheng 1997: 122.

Medizinalverwaltung, wies darauf hin, daß es nötig sei, den „Eingeborenen“ (dies bezieht sich auf Taiwanesen) einfache und leichte medizinische Kenntnisse beizubringen (Yamaguchi, Hidetaka 1996 (1899): 49).

Der damalige Direktor der Abteilung Medizinalwesen an der Reichsuniversität Taipeh (heutige Taiwan Universität) Toshiro Oda, lobte diese Einrichtung als „Pioniergründung“ und bezeichnete ihre biomedizinische Ausrichtung als „Aufklärung in der medizinischen Ausbildung“ (Oda, Toshiro 1995 (1970): 41, 63).

Neben der Hygienepolitik warb der Gouverneur Japaner, die über biomedizinische Kenntnisse verfügten, als Amtsärzte an. Nachdem lokale Krankenhäuser gebaut worden waren, wurden zuerst im Jahr 1897 ca. 100 japanische Ärzte angestellt. Die Ergebnisse ihrer Arbeit zeigten aber, daß ihre medizinische Vorbildung unzureichend war und sie die Landessprache Taiwans kaum beherrschten. Diese Situation wurde durch eine Neuregelung der amtsärztlichen Prüfung nach und nach verbessert, besonders aber durch die Besetzung dieser Stellen mit taiwanesischen Ärzten. Die Amtsärzte erhielten den höchsten Rang in der Hierarchie der medizinischen Versorgung und arbeiteten eng mit der Medizinalverwaltung zusammen, da ihre wichtigste Aufgabe in der hygienischen Überwachung der Bevölkerung bestand (vgl. Fann, Yann-chiou 1995: 227-230).

Ab 1896 wurden die Arbeitsaufgaben der im Medizinalwesen Beschäftigten gesetzlich geregelt und das Lizenzsystem eingeführt.⁹ Damit stärkte die Regierung die gesellschaftliche Position der Biomedizin. Aber in der Regel galt dies nur für die im Medizinalwesen tätigen Japaner. Die einheimischen traditionellen Medizinalpersonen unterlagen noch nicht der Kontrolle (Fann, Yann-chiou 1995: 227f.).

3.2 Akzeptanz traditioneller Heiler bei Seuchengefahr

Ende des Jahres 1896, als die Pest in Taiwan auftrat, besaß die staatliche Verwaltung des Medizinalsystems noch keine völlige Funktionsfähigkeit. Die Seuche verbreitete sich von Süden nach Norden. Die Regierung führte strenge seuchenpolizeiliche Maßnahmen wie die Isolation von Kranken durch. Sie widersprachen jedoch den Gewohnheiten und der Tradition der Bevölkerung und stießen daher auf wenig Akzeptanz. Besonders die vorgeschriebenen Verhaltensmaßnahmen wegen Verhinderung der Seuchenausbreitung beim Umgang mit Sterbenden und Leichen riefen Ablehnung hervor, da die Isolation der

⁹ Seit 1896 kontrollierten die Japaner die politische Situation auf Taiwan. Mit der Einführung der Zivilverwaltung wurden auch neue Gesetze erlassen. Zwei Gesetze betrafen die Regelung des Arztberufs. Eines war das Amtsarztgesetz. Bei dem anderen ging es um die Regelung der praktischen Ärzte in Taiwan, in dem festgelegt wurde, daß jeder praktizierende Mediziner eine Lizenz haben mußte (Lizenzsystem). Vgl. Chen, Yong-xing 1998: 334.

Sterbenden und die Leichenverbrennung im krassen Gegensatz zur chinesischen Moral und Kultur steht.

Die praktische Durchsetzung der Hygienepolitik durch Kontrollmaßnahmen sollte zunächst wissenschaftlich geprüft und schließlich wichtige Bereiche den Bedürfnissen und Gebräuchen der „Eingeborenen“ angepaßt werden (Fann, Yann-chiou 1996: 42). Die Regierung überdachte daher ihre Strategie und versuchte, Chinesische Mediziner und ihre Heilmethoden in die Bekämpfungsmaßnahmen einzubeziehen. Da die Kolonialregierung auf die Arbeitskraft der Bevölkerung angewiesen war, unternahm sie alle Anstrengungen, um die Akzeptanz ihrer Hygienepolitik zu erhöhen (Fann, Yann-chiou 1995: 221).

Obwohl die Japaner weiterhin die Wirkungen der Chinesischen Medizin kritisierten und anzweifelten, fühlten sie sich gezwungen, mit Chinesischen Medizinern zusammenzuarbeiten, da es an medizinischem Personal mangelte. Es gab nur wenige ausgebildete Biomediziner, da die Japaner kaum Taiwanesen anstellten. Dieser Mangel führte zu der Situation, daß die Bevölkerung meistens Hilfe bei Chinesischen Medizinern suchte. Diese aber versuchten, Krankheiten zu verdecken, um seuchenpolizeiliche Maßnahmen zu vermeiden. Solche Reaktionen wurden von den Japanern als Schädigung des Gesundheitssystems gebrandmarkt (vgl. Fann, Yann-chiou 1995: 237). Es handelte sich offenbar um eine Mischung von berufsständischem Interesse der Chinesischen Mediziner mit der anti-hygienepolizeilichen Haltung der Bevölkerung.

Wegen Mangels an Heilpersonal wurden die Praxen der damaligen „taiwanesischen“ (einheimisch-traditionellen) Mediziner nicht sofort geschlossen. Die Regierung versuchte, auf der einen Seite die traditionellen Mediziner zu registrieren, auf der anderen Seite - und dies war ihr am wichtigsten - Biomediziner auszubilden (vgl. Chen, Jin-sheng 1996: 22).

3.3 Etablierung des Ausbildungssystems

1897 wurde neben dem von den Japanern gegründeten Krankenhaus Taipeh ein biomedizinisches Ausbildungszentrum für einheimische Schüler etabliert. Dabei wurde besonderer Wert auf die Ausbildung des einheimischen Personals in Biomedizin gelegt. Die japanische Regierung ging davon aus, daß Ärzte gleicher Volkszugehörigkeit ein besseres Verständnis für ihre Patienten haben könnten. Darüber hinaus sollte der schlechte Hygienezustand Taiwans durch modern ausgebildete Mediziner verbessert und die Bevölkerung Taiwans durch eine aus Japan importierte „Zivilisation“ aufgeklärt und „veredelt“ werden (Yamaguchi, Hidetaka 1996 (1899): 49f.).

Die Biomedizin erhielt große Unterstützung durch die Regierung. 1899 erfolgte die Reformierung des Ausbildungszentrums und die erste Medizinschule¹⁰ Taiwans fand die offizielle Anerkennung der Regierung. Im Jahre 1901 konnten die ersten einheimischen Schüler, die das frühere Ausbildungszentrum und die daraus hervorgegangene biomedizinische Schule absolviert hatten, ihre Ausbildung mit Erfolg abschließen. Das Ausbildungssystem wurde weiter verbessert. 1918 etablierte sich eine Fachabteilung innerhalb der Medizinschule, wo sich nur Bürger Japans einschreiben konnten. Diese wurde im Jahre 1919 aufgelöst, und es kam zur Gründung einer medizinischen Fachschule¹¹, in die die Medizinschule integriert wurde. Die an der Qualifikation orientierten Auswahlkriterien für die Aufnahme wurden strenger als bei der Medizinschule gehandhabt. Nach Auflösung der Spezialabteilung und Gründung der Fachschule durften auch taiwanesischen Schüler dort studieren. Ihr Anteil an der Zahl der Immatrikulierten blieb anfangs sehr gering, konnte sich jedoch bis Mitte der dreißiger Jahre auf die Hälfte erhöhen. 1935 folgte der Aufbau einer eigenen medizinischen Abteilung an der Reichsuniversität Taipeh (vgl. Zhuang, Yong-ming 1996: 13-19).

Die Zahl der taiwanesischen Absolventen der Medizinschule betrug im Jahr 1902 lediglich 3 Personen, und stieg bis 1905 auf immerhin 23 Personen. Die Zahl der Absolventen erhöhte sich ständig. Da die Eintrittsprüfung immer schwieriger wurde, konnten sich unter den Taiwanesen bis ungefähr 1915 nur 40 bis 50 Personen von 500 bis 600 Bewerbern immatrikulieren lassen (Zhuang, Yong-ming 1996: 9, 12). Durch diese Förderung und den Alleinvertretungsanspruch der Biomedizin erhöhte sich das soziale Ansehen professionell und naturwissenschaftlich ausgebildeter Ärzte (Chen, Yong-xing 1998: 70f.).

3.4 Wandel des sozialen Status des Medizinberufs

Als das Ausbildungszentrum für einheimische Mediziner im Jahr 1897 gegründet war, wollten sich kaum Schüler für einen Lehrgang gewinnen lassen. Einerseits war das Schulsystem den damaligen Taiwanesen fremd, da während der Zeit des chinesischen Kaiserreiches völlig andere Schul- und Lernformen üblich waren. Die Taiwanesen hatten auch noch keine Vorstellungen darüber entwickelt, wie „westliche Medizin in der Schule gelernt werden“ kann. Ferner war ihnen die lange Lernzeit von 5 Jahren kaum begreiflich zu machen (Zhuang, Yong-ming 1996: 4). Vor allem mangelte es den Taiwanesen an der Unterrichtssprache Japanisch. Daneben verbreiteten sich Gerüchte, daß die chinesische Zentralregierung wieder die politische Macht in Taiwan zurückgewönne, und Personen, die eine japanische Ausbildung durchlaufen hatten, bis in die dritte Generation mit einer

¹⁰ Sie wurde „Taiwan-Gouvernement Medizinschule“ genannt.

¹¹ Sie wurde „Taiwan-Gouvernement Taipeh Medizinfachschule“ genannt.

Bestrafung zu rechnen hätten. (Zhuang, Yong-ming 1996: 7).

Die Japaner beschwerten sich ihrerseits darüber, daß die unkultivierten Einheimischen kaum wissenschaftlich nachweisbare Kenntnisse besaßen und der niedrige soziale Status der traditionellen Heiler den Ruf der Medizin schädigte (Yamaguchi, Hidetaka 1996 (1899): 49-52). Der erste Präsident der Medizinschule beschwerte sich über die Unterentwicklung der einheimischen Medizin:

„Taiwanesischer Mediziner ... ‚Yi-sheng‘ ... hatten einen sehr niedrigen gesellschaftlichen Rang. Die meisten gehörten zur Unterschicht. Sie hatten einen sehr schlechten Ruf und bekamen sehr wenig Honorar, deswegen sei der Beruf des Arztes unattraktiv gewesen“ (Yamaguchi, Hidetaka, 49).

Nach Ansicht der Japaner lag der Grund für das Mißtrauen gegen einheimische Mediziner in dem mangelnden Willen der Taiwanesen, als biomedizinisch orientierte Ärzte tätig zu werden. Die erste Gruppe von Schülern konnte nur mit großer Mühe zusammengestellt werden. Da die Regierung ihnen versprach, für Gehalt und Lebensunterhalt während der Ausbildung zu sorgen, gelang es unter den Lehrlingen und Söhnen von Kräuterhändlern und TCM-Heilern, von Schülern von Medizinmissionaren und unter japanischsprechenden Taiwanesen ungefähr 30 Personen zu rekrutieren, alle etwa zwischen 15 und 30 Jahre alt. Während der Lernsemester waren einige weggeblieben, andere hatten den Kurs nicht bestanden, so daß nur 5 Personen das erste Ausbildungsjahr durchhielten (Zhuang, Yong-ming 1996: 4f.; Oda, Toshiro 1995 (1970): 63f.).

Fünf Jahre später, als die Taiwanesen erkannten, daß die Medizinschule die einzige akademische Ausbildungsmöglichkeit darstellte,¹² und sie als praktizierende Ärzte nicht nur gut verdienten, sondern sich auch freier innerhalb des Monopolsystems der japanischen Verwaltung bewegen konnten, konkurrierten Taiwanesen um einen Studienplatz an der Medizinschule (Zhuang, Yong-ming 1996: 9). In der selben Zeit gewannen die Ärzte auch den Respekt und das Vertrauen großer Teile der Bevölkerung, die von den Heilwirkungen und den Heiltechniken (beispielsweise Stethoskop, Thermometer und Blutdruckmesser), aber auch von der Wirksamkeit der Hygienemaßnahmen (Sauberkeit), beeindruckt schien. Tsungming Tu, der im Jahr 1909 die Eintrittsprüfung der Medizinschule bestand, erinnert sich an das hohe Ansehen von

¹² 1919 wurden auch einige Fachschulen für Pädagogik und 1928 die Reichsuniversität Taipeh gegründet. Die Absolventen der ersteren mußten als Lehrer ideologische Inhalte unter der Aufsicht der Regierung unterrichten. In der Universität Taipeh, außer in der medizinischen Fakultät, gab es noch zwei „kolonial-orientierte“ Fakultäten: Literatur und Politik mit den Fachrichtungen Geschichte Südasiens, Ethnologie, Volkspsychologie und Sprache, und Agronomie mit der Fachrichtung subtropische und tropische Flora und Fauna. Vgl. Zhuang, Yong-ming 1996: 17.

Ärzten in der Gesellschaft:

„Der Ruf der Medizinschule erhöht sich. Die Absolventen erhalten viel Vertrauen durch die Bevölkerung und verdienen sehr gut durch ihre ärztlichen Praxen. Deshalb kommen die besten Schüler der ganzen Insel hierher, um Medizin zu studieren“ (Tu, Tsungming 1973:35).

„Die Schüler der Medizinschule erhielten ihren Lebensunterhalt durch die Schule. Zu meiner Zeit wurden die Schüler in zwei Gruppen geteilt, diejenigen, die gute Noten hatten, erhielten ihren Lebensunterhalt von der Schule. Die anderen, die schlechte Noten hatten, mußten für ihren Lebensunterhalt selbst aufkommen. ... Die Schüler erhalten eine Uniformmütze mit zwei weißen Bändern als Symbol für die besten Schüler in der besten Schule Taiwans. Wir sind sehr stolz darauf“ (Tu, Tsungming 1973:36).

Viele vermögende Taiwanesen, die die Eintrittsprüfung nicht bestanden hatten, gingen zum Medizinstudium nach Japan. Dennoch lernten die meisten Studenten in der privaten Medizinschule oder der medizinischen Fachschule (Wu, Ping-cheng 1997: 54-67). Der größte Teil der Absolventen besaß eine private Praxis. Auf der ganzen Insel verbreiteten sich die Namen der „besten und berühmtesten Ärzte“. Manche versorgten über hundert Patienten pro Tag, wurden dadurch wohlhabend, und erhielten hohe Positionen in der Gesellschaft (Tu, Tsungming: 1973: 41). Ein Sprichwort der damaligen Zeit lautete: „Ein Arzt hat ein Herz wie die Eltern“. Einerseits wurde der Arzt als traditionelle Autorität verehrt, andererseits bekam dann die moderne Profession einen neuen gesellschaftlichen Status. Der ärztliche Beruf war während der Kolonialzeit mit hoher Wertschätzung, sozialer Anerkennung und Reichtum verbunden (Wu, Ping-cheng 1997: 41). Manche hatten so ein hohes Vermögen angehäuft, daß sie zum Leiter einer „Sparkasse“ (lokale Bank) gewählt wurden (Tu, Tsungming: 1973: 41). Manche erkannten ihre Position als gesellschaftliche Eliten, erinnerten sich an ihre soziale Verantwortung und gründeten Organisationen für die kulturelle Identität Taiwans. Mit ihrem Engagement in der demokratischen und antikolonialen Bewegung seit den 1920er Jahren wandelten sich die biomedizinischen Ärzte auch zu politischen Eliten Taiwans.¹³

4 Regulierung der traditionellen Medizin in der japanischen Kolonialzeit

4.1 Einschränkungen

Da die Regierung der Ansicht war, daß die Qualifikation einheimischer traditioneller Heiler ungenügend sei, versuchte sie diese durch gesetzliche Verordnungen zu regulieren.

¹³ Vgl. Chen, Yong-xing 1998: 86f.; Chen, Jun-kai 1993a: 12.

Weiterhin wollte die japanische Regierung in Taiwan die Spuren der chinesischen Kultur verringern, um die Beziehungen zwischen Taiwan und China abzurechnen. 1897 führte der Gouverneur eine Umfrage über die Zahl der einheimischen traditionellen Heiler auf Taiwan durch. Insgesamt wurden 1.070 „traditionelle Heiler“¹⁴ erfaßt und 24 von Missionaren ausgebildete Heiler, die zwar über biomedizinisches Wissen verfügten, jedoch keine wissenschaftliche Ausbildung an Schulen oder Hochschulen erhalten hatten. Die Heiler, die zum Bereich der traditionellen Chinesischen Medizin (ab hier wird die Abkürzung TCM benutzt) zu rechnen sind, wurden nach vier Gruppen eingestuft (Fann, Yann-chiou 1995: 237): Insgesamt 29 Heiler, die TCM-Kenntnisse beherrschten, erhielten die Bezeichnung „guter Heiler“ (Liang-yi), 91 sogenannte Gelehrte, die über TCM-Kenntnisse verfügten und diese auch anwandten, wurden der Gruppe der „konfuzianischen Heiler“ (Ru-Yi) zugerechnet.¹⁵ 97 Heiler, die ihr Wissen und ihre Rezepte von ihren Vorfahren überliefert bekamen, wurden „Generationsheiler“ (Shi'-Yi)¹⁶ genannt. Der des Schreibens und Lesens kundige Kreis der Heiler, die bei anderen Heilern gelernt hatten, gehörten zur Gruppe der „gelegentlichen Heiler“ (Shi -Yi) (Chang, Li-yun 1998: 175). Damit wurden die traditionellen Heiler Schritt für Schritt einer staatlichen Kontrolle unterworfen.

Am Anfang der Kolonialzeit konnten die traditionellen Heiler angesichts des Mangels an Heilern und der nicht beherrschbaren Seuchen fast 5 Jahre ohne gesetzliche Grundlage praktizieren (Chen, Jin-sheng 1996: 22). Im Juli 1901 führte die Kolonialverwaltung das neue Registrierungsrecht für die oben genannten Gruppen der Heiler ein, daneben wurde die Zulassung zur ärztlichen Tätigkeit eingeschränkt. Einheimische, die als Heiler praktizieren wollten, mußten hierfür eine Erlaubnis beantragen und eine Gebühr hierfür an die lokalen Behörden bezahlen, die ihre Fähigkeiten als Heiler prüften und Lizenzscheine ausstellten. Diese wurden jedoch nur bis Ende des Jahres vergeben, da die Regierung beabsichtigte, die „traditionelle Medizin“ in ihrer Kolonie einzudämmen.

Nach dem Registrierungsrecht von 1901 konnte der TCM-Heiler seine Praxis nur unter folgenden Bedingungen ausüben. Er mußte

1. mehr als 10 Jahre in Taiwan wohnhaft sein,

¹⁴ Unter „traditionellem Heilern“ werden hier nicht nur traditionelle Chinesische Mediziner verstanden, sondern hier sind alle vor der Kolonialzeit in Taiwan praktizierenden einheimischen Heiler eingeschlossen. Die Regierung nannte solche Heiler „yi-sheng“, um sie von den Biomedizinern, die das anerkannte medizinische Ausbildungssystem durchlaufen hatten, zu unterscheiden. Die Chinesischen Mediziner, die anderen Volksheiler, und die von den Missionaren ausgebildeten Heiler bezeichnete die Regierung als „traditionelle Heiler.“ Vgl. Fann, Yann-chiou 1995: 237.

¹⁵ Unter Gelehrten werden diejenigen Männer verstanden, die aus Büchern mit der konfuzianistischen Philosophie vertraut waren. Sie hatten in der chinesischen Kaiserzeit ihre Prüfungen als Gelehrte abgelegt und waren in der Bevölkerung sehr angesehen.

¹⁶ Generationsheiler: der Begriff deutet darauf hin, daß das Wissen des Heilers von Generation zu Generation weitergegeben wurde.

2. dort schon praktiziert haben,
3. eine Lizenz der örtlichen Behörden besitzen,
4. sich der Kontrolle durch den Amtsarzt unterwerfen,
5. sich bei der Ausübung seiner Praxis den lokalen Behörden fügen (Chang, Li-yun 1998: 180)

Bis Ende 1901 gab es 2.216 Antragsteller, 650 bekamen die Genehmigung ohne Prüfung, 1.097 bestanden die für die Genehmigung notwendige Prüfung, 156 Personen erhielten diese allein wegen ihrer Teilnahme, obwohl sie durchgefallen waren. Lediglich 223 bekamen keine Genehmigung. Alle anerkannten Heiler durften nur unter Aufsicht des Amtsarztes arbeiten und nur in bestimmten Orten praktizieren (Fann, Yann-chiou 1995: 238). Sie wurden in die Gruppe der „lokalisierten praktizierenden Heiler“ eingeordnet, da sie in kleinen Dörfern ohne eine Versorgung durch ausgebildete biomedizinische Ärzte praktizieren sollten. Heiler ohne Lizenz hatten mit schweren Strafen rechnen (Wu, Ping-cheng 1997: 107).

Die TCM-Heiler blieben innerhalb des Medizinsystems marginalisiert, da sie ihre Heilkunde nur sehr eingeschränkt ausüben durften. Offiziell wurden sie als „Yi-sheng“ bezeichnet, die Biomediziner führten den Titel „Yi-shi“ (Chen, Jin-sheng 1996: 22). Die Regierung unterschied zwischen den professionell arbeitenden „Yi-shi“ und den „Yi-sheng“, die sie als unwissenschaftlich abqualifizierte. Deshalb wurden sie einer strengen Aufsicht unterworfen. Sie hatten auf Anweisung der Amtsärzte Gremien zu bilden, um erstens die Arbeit von Polizeibehörden, Gesundheitsämtern, Amtsärzten und den „Yi-sheng“ zu koordinieren und um zweitens medizinische Fortbildungen und Tagungen zu veranstalten und um drittens die Seuchenprävention zu organisieren. 1905 setzte die Regierung eine Verordnung durch, um nicht genügend qualifizierte TCM-Heiler von der Praxis auszuschließen. Durch diese Verdrängungsmaßnahme verringerte sich die Zahl der TCM-Heiler immer weiter (Fann, Yann-chiou, 1995: 239).

4.2 Engagement von TCM-Heilern

Trotz dieser einschränkenden Bedingungen versuchten die TCM-Heiler ihre Arbeitsmöglichkeiten weiterzuentwickeln. Sie veranstalteten nicht nur Fachtagungen über Chinesische Medizin, sondern lernten von japanischen Amtsärzten Kenntnisse über Biomedizin oder versuchten sich solche selbst anzueignen. Einige engagierten sich auf dem Gebiet der Seuchenprävention. Sie paßten sich an das neue Medizinsystem an und veränderten damit ihre Rolle (Fann, Yann-chiou 1995: 239f.).

Um mit einer Lizenzprüfung die Anerkennung und Weiterentwicklung der TCM zu erreichen, imitierten TCM-Heiler in Taiwan die Bewegung der „Wiederbelebung der

Kanpo-Medizin“¹⁷ in Japan. Zur Rettung ihres Berufes gründeten sie die Bewegung der „Wiederauferstehung der Chinesischen Medizin auf Taiwan“¹⁸. Es wurden einige Zeitschriften verlegt, Veranstaltungen organisiert und Unterschriften gesammelt. Aber die Regierung antwortete mit Repression.¹⁹

Als einziger Weg, um ihre Berufe weiter ausüben zu können, blieb ihnen die Integration in die Biomedizin oder der Aufbau an den Rand gedrängter und marginalisierter Strukturen. Manche versteckten sich unter anderen Berufsbezeichnungen wie Händler für TCM-Heilmittel, Bone-setter²⁰ usw.. Einige TCM-Heiler schickten deshalb ihre Söhne und Lehrlinge in die neu aufgebaute biomedizinische Schule, um die „familiäre medizinische Tradition“ in der Familie weiterführen zu können (Chen, Jun-kai 1993a: 11).

4.3 Wissenschaftliche Forschungen über Chinesische Medizin

Da die japanische Regierung die Chinesische Medizin in Taiwan abschaffen wollte, konnten sich diesbezügliche Forschungsaktivitäten kaum entwickeln. Dennoch gab es in Japan schon seit den 1920er Jahren Substanzforschungen über Chinesische Kräuter durch biomedizinische Wissenschaftler, da es zu dieser Zeit immer noch an biomedizinischen Medikamenten mangelte.²¹ Angeregt durch die Kräuterforschungen in Japan versuchte der erste taiwanische Pharmakologieprofessor Tsungming Tu auch in Taiwan entsprechende Untersuchungen vorzunehmen. Tu vertrat die Meinung, daß durch Kräuteruntersuchungen allein das Wissen der Chinesischen Medizin nicht erfaßt werden könne. Er plante die Chinesische Medizin langfristig mit modernen wissenschaftlichen Methoden klinisch zu erproben. Dabei könnten die Ätiologie, klinische Wirkungen, Rezeptierung der Chinesischen Medizin systematisch in den modernen wissenschaftlichen Kreis integriert werden.²²

¹⁷ Seit den 1920er Jahren versuchten die Kanpo-Mediziner die Nützlichkeit und Wissenschaftlichkeit der Kanpo-Medizin hervorzuheben. Die Kanpo-Mediziner reagierten auf die Politik der Verdrängung Chinesischer Medizin in China und die Einschränkung der Kanpo-Medizin in Japan mit verstärkten Aktivitäten. Sie bezeichneten die Kanpo-Medizin als „Kaiserliche Kanpo-Medizin“. Vgl. Tu, Tsungming 1959: 448f..

¹⁸ Diese Auferstehungsbewegung nannte sich offiziell „Auferstehungsbewegung der kaiserlichen Kanpo-Medizin auf Taiwan“ (Taiwan Huang-han Yi-dao Fu-huo Yun-dong). Dennoch bezog sich der Begriff auf die Chinesische Medizin in Taiwan. Obwohl die TCM-Heiler in Taiwan ihn aus Japan übernahmen, finden sich keine Beweise für eine Verbindung mit den Kanpo-Medizinern in Japan. Vgl. Chen, Jun-kai, 1993a: 11; Fann, Yann-chiou 1995: 257.

¹⁹ Vgl. Tu, Tsungming 1959: 448-449; Fann, Yann-chiou 1995: 257.

²⁰ „Bone-setters“ (Jie-gu-shi) in Taiwan praktizierten meistens im Bereich der Knochenheilverfahren. In ihrem normalen Alltag übten sie auch die Kunst des chinesischen Boxens. Im nachfolgenden Text wird dieser Beruf nach der Übersetzung von Kleinman (1980) als „Bone-setter“ bezeichnet.

²¹ Vgl. Ye, Bing-hui und Xu, Cheng-zhang, Kreuzstern im südlichen Himmel - die Biographie von Doktor Tu, Tsungming, ohne Jahrgang, S. 119.

²² Vgl. Ye, Bing-hui und Xu, Cheng-zhang, ohne Jahrgang, S. 121.

Einige TCM-Heiler in Taiwan interessierten sich für die Forschungsvorhaben von Tu. Ein Wohltäter zeigte sich von den Forschungsplänen und der Gründung eines TCM-Krankenhauses begeistert und erklärte sich damit einverstanden, die Finanzierung zu übernehmen. Während der Durchführung des Projekts zog sich dieser Wohlhabende aus unbekanntem Gründen jedoch mehr und mehr zurück. Die wissenschaftlichen Forschungen über Chinesische Medizin konnten damit nicht realisiert werden. Die japanische Regierung und die Medizinschule in Taiwan unterließen wegen ihrer Orientierung an der Biomedizin auch jede Anstrengung, eine solche Richtung zu unterstützen.²³ Die wissenschaftliche Forschung über Chinesische Medizin war deshalb während der kolonialen Zeit kaum ein Thema.

4.4 Untergeordnete indigene Heilformen

Die TCM-Heilmittelläden wurden als Händler von Heilmitteln reguliert. Ihnen war nicht erlaubt, Patientenvisiten durchzuführen, obwohl früher TCM-Heiler oft mit den TCM-Apothekern identisch waren (Chen, Jun-kai 1993a:12). Es wird berichtet, daß unter der strengen Aufsicht und den Strafen der Kolonialzeit die Behandlung der Patienten und die Rezeptverschreibung des Personals außerhalb des Kreises der anerkannten Mediziner stark behindert wurden (Wu, Ping-cheng 1997: 105f.). Dennoch konnte nicht unterbunden werden, daß die Assistenten und die Lehrlinge diese Kenntnisse und Behandlungsmethoden lernten. Dieses Heilpersonal füllte die Lücke des Mediziner mangels nach der „Rückkehr“ Taiwans zu China (Wu, Ping-cheng 1997: 108).

Während der Kolonialzeit gab es noch eine weitere Gruppe von Heilern, die in den allgemeinen Bereich der TCM gehörten, die Akupunkteure, Moxibustionsanwender, Masseure und Bone-setter. Die Akupunktur und Moxibustion wurden als Heiltechnik für alle Ärzte - TCM-Heiler wie Biomediziner - akzeptiert, so daß diese solche Heilmethoden anwenden konnten. Wenn nicht-ärztliche Heiler solche Methoden praktizierten, fielen sie unter die besonders geregelten Berufe, da sie nicht in das Medizinsystem einbezogen waren. Massage und Bone-setters (Rou-dao Zheng-fu Shu)²⁴ wurden den „medizinisch relevanten Verfahren“ zugeordnet. Die Japaner bezeichneten die genannten Gruppen nicht als Mediziner, sondern regulierten ihre Tätigkeit als einen Beruf außerhalb der Medizin durch andere Gesetze. Sie gingen normalerweise vier Jahre bei einem privaten Meister in die Lehre, und mußten danach eine Berufsprüfung bestehen, die im Vergleich zu den Prüfungen für professionelle Mediziner einfacher war. Nach erfolgreichem Bestehen durften sie ihren Beruf unter bestimmten Konditionen ausüben. Den Bone-setters war die Behandlung von Knocheneinrenkungen und

²³ Vgl. Ye, Bing-hui und Xu, Cheng-zhang, ohne Jahrgang, S. 122.

²⁴ In der japanischen Zeit wurde der Begriff Bone-setter inhaltlich auf „Rou-dao“ Boxen und „Zheng-fu“ Knocheneinrenkung bezogen, demgegenüber bezieht sich „Jie-gu“ nur auf Knochenheilverfahren.

Knochenbrüchen verboten, den Akupunkteuren das Operieren und das Verschreiben von Medikamenten untersagt (Archivkomitee Taiwans 1995: 239-244).

5 Bewertung der Ergebnisse der medizinischen Versorgung während der Kolonialzeit

Die Medizinpolitik der japanischen Kolonialverwaltung weist Ambivalenzen auf. Einerseits führte sie zu einer Verbesserung der hygienerelevanten Infrastruktur und der Seuchenprävention sowie zu einer grundlegenden Reform des ärztlichen Ausbildungs- und Prüfungssystems; bezüglich des Zugangs der Bevölkerung zu den medizinischen Ressourcen sind, wie anhand von Statistiken (Tabelle 1-3) gezeigt werden kann, nur wenige Fortschritte zu konstatieren.

Zu den Ergebnissen der Medizinalpolitik zählten in erster Linie die Hygienemaßnahmen. Einige japanische Biomediziner erinnerten sich in ihren Autobiographien an die Stadt Taipeh zu Beginn der Kolonialzeit mit ihren stark verschmutzten und unaufgeräumten Straßen. Nach dem Umbau verbesserte sich der hygienische Zustand sprunghaft, und den Berichten zufolge war eine blühende Kulturstadt entstanden. Sie beschrieben, wie in dem neuen Park zwischen dem Gouverneurssitz und den Wohnquartieren der Verwaltung die Bäume glänzten und die Blumen dufteten (Oda, Toshiro 1995 (1970): 15f.). Auch nach ihrem Rückzug Ende des Zweiten Weltkrieges waren die Japaner noch stolz auf den Aufbau in Taiwan.

Wie oben bereits angedeutet wurde, lassen sich die Ergebnisse ihrer Politik in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Gründung des medizinischen Ausbildungssystems,
2. Bau moderner Krankenhäuser,
3. Einführung des Lizenzsystems,
4. Durchführung von Präventionsmaßnahmen auf der Basis epidemischer Forschung,
5. Verbesserung der hygienischen Verhältnisse unter Polizeikontrolle.²⁵

5.1 Situation der ärztlichen Versorgung

Was unternahmen Japaner nun, um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu verbessern? Als die angeworbenen japanischen Amtsärzte auf das Land verteilt wurden, hatte der Gouverneur propagiert, anstatt der medizinischen Missionare Amtsärzte einzusetzen, die nach deren Vorbild die lokale Bevölkerung medizinisch versorgen

²⁵ Vgl. Oda, Toshiro 1995 (1970): 41-44; Fann, Yann-chiou 1995: 241-252; Chen, Yong-xing 1998: 81.

sollten (Oda, Toshiro 1995 (1970): 48f.). Äußerlich betrachtet scheint es, als hätten die biomedizinischen Maßnahmen die gesundheitliche Situation der Bevölkerung verbessert. Die folgende Statistik weist jedoch auf eine andere Seite der Medizinversorgung in Taiwan hin.

Die Entwicklung verläuft bei den Biomedizinern und den traditionellen Heilern entgegengesetzt, bedingt durch die gesetzliche Unterstützung einerseits und die Einschränkung andererseits. Die Zahl der Biomediziner nahm zu, die der traditionellen Heiler ab. Tabelle 1 zeigt, daß sich zwischen 1897 und 1942 die Zahl der traditionellen Heiler auf ein Zehntel verringerte, die der Biomediziner sich dagegen verzehnfachte, so daß im Jahre 1942 nur 97 traditionelle Heiler, jedoch 2441 Biomediziner praktizierten; im Jahre 1902 war das Zahlenverhältnis noch 1.903 zu 250 zugunsten der Biomediziner gewesen.²⁶

Betrachtet man jedoch die Summe der traditionellen Heiler und der Biomediziner, so ist hier bis 1942 lediglich eine Verdopplung von 1.329 auf 2.538 zu beobachten, während sich die Bevölkerungszahl fast verdreifachte. Aus diesem Grund hat sich die Arztdichte nicht erhöht, sondern sogar etwas verringert. Zu Beginn der Kolonialzeit kam ein Heiler auf weniger als 2.000 Einwohner, in den 40er Jahren gegen auf 2.500. Aus der Sicht der japanischen medizinischen Modernisierer kann diese Entwicklung damit erklärt werden, daß statt der Quantität der Mediziner deren Qualität verbessert wurde. Außerdem bildete man Dentisten aus, deren Zahl sich sprunghaft erhöhte. Daneben wurden auch medizinische Hilfskräfte angelernt, wie z. B. Drogisten und Geburtshelfer. Addiert man die Zahl aller Heil- und Hilfskräfte in Taiwan und setzt die Summe zur Bevölkerungszahl in Beziehung, so zeigt diese Relation eine Erhöhung der Heilkräftedichte. So kam zu Beginn der Kolonialzeit auf eine im Heilwesen beschäftigte Medizinkraft auf 1.500 bis 2.000 Einwohner, in den 40er Jahren dagegen auf 1.250 Einwohner.

Diese erste Betrachtung der Statistik verstellt jedoch etwas den Blick auf die Tatsachen, und zwar aus folgendem Grund: Eine am Ende des Zweiten Weltkrieges durchgeführte Studie zeigte, daß es in Taiwan 1.249 japanische und nur 2.168 taiwanesischen Mediziner gab. Das gleiche galt für die Dentisten, bei denen der Anteil der Japaner ein Drittel ausmachte (Archivkomitee Taiwans 1995: 234f; 238). Dies läßt sich als Argument dafür anführen, daß zwar ein Teil der Bevölkerung, der in die japanische Gesellschaft aufgestiegen war, möglicherweise Zugang zu dem System der Medizinversorgung hatte, die Mehrheit der taiwanesischen Bevölkerung, von der Zunahme der Ärztedichte wahrscheinlich jedoch wenig profitierte. Denn erstens behinderten soziale, kulturelle und besonders auch sprachliche Barrieren zwischen Japanern und Taiwanesen den Zugang zu

²⁶ Wegen verschiedener Erlasse, die den Begriff „TCM-Heiler“ unterschiedlich definierten, schwankte die Zahl zwischen 1897 und 1901. Ab 1902 umfaßte der Begriff alle lizenzierten TCM-Heiler.

Ärzten. Japaner genossen darüber hinaus als Bürger erster Klasse stets eine Bevorzugung, während die Taiwaner nur Bürger zweiter Klasse waren.²⁷ Zweitens galten die Kenntnisse und Fähigkeiten der japanischen Amtsärzte in der klinischen Medizin als nicht sehr ausgeprägt. In Taiwan arbeiteten sie vielmehr als hygienische Überwacher, und daher blieb die taiwanische Bevölkerung auf Distanz. Deshalb ist davon auszugehen, daß die Mehrheit der einheimischen Bevölkerung primär taiwanische Ärzte und traditionelle Heiler aufsuchte.

Obwohl die ausgebildeten taiwanischen biomedizinischen Ärzte von der Bevölkerung respektiert und verehrt wurden, beweist dies nicht, daß die Patienten sie auch aufsuchten. Einer der damaligen privat praktizierenden Ärzte (lizenzierter taiwanischer Biomediziner) berichtete über die Situation in den 1930er Jahren: er sei in dem Dorf aufgewachsen. Viele Patienten kannten ihn gut und nannten ihn nicht mit dem respektierten Titel „Sensei“²⁸, sondern riefen ihn bei seinem Namen. Trotzdem zögerten die Patienten auch, ihn um einen Hausbesuch²⁹ zu bitten (Wu, Ping-cheng 1997: 96), da sich die meisten das Honorar nicht leisten konnten:

„Für die Entfernung einer Fischgräte aus der Kehle muß der Patient dem Facharzt Dutzende von Yuan (Währungseinheit) bezahlen. Das ist mehr als ein Monatsgehalt für einen Beamten“ (Wu, Ping-cheng: 1997: 83).

„Eine Frau hatte eine schwere Geburt. Ich ging in der Nacht zu ihrem Haus. Mit vielen Schwierigkeiten kam das Baby endlich raus. Es war schon tot, die Mutter lebte jedoch. Sie fragte mich: Wieviel soll sie bezahlen? Ich sagte: nichts. ...Normalerweise kostet es 1000 Yuan, dennoch kann sie kaum 30 bezahlen. Wenn ich aber 300 Yuan verlangte, erschreckt sie sich bestimmt. Andererseits sind 30 Yuan für mich so gut wie gar nichts“ (Wu, Ping-cheng 1997: 128).

Eine Spaltung zwischen den Ansprüchen des Arztes und den realen finanziellen Möglichkeiten der Bevölkerung behinderte also die ärztliche Versorgung.

²⁷ Die Japaner versuchten die Taiwaner einerseits zu „japanisieren“, brachten ihnen jedoch nicht zu viel Wissen bei, weil sie unter ihrer Kontrolle bleiben sollten. Ein Beispiel ist der Erziehungsbereich. Bis 1940 gingen fast 60% der Kinder in die Grundschule, bei den in Taiwan wohnenden Japanern aber fast 100%. Die Taiwaner stellten nur 15% der Schüler der Gymnasien, bei den Japanern waren es über 65%. Und es gab nur 20% taiwanische Studenten, aber 80% japanische. Doch über 90% der taiwanischen Studenten studierten Medizin, weil die Japaner den Zugang zu anderen Studienfächern beschränkt hatten. Vgl. Qi, Jia-lin 1986: 227-233.

²⁸ Der biomedizinische Arzt wurde in der kolonialen Zeit offiziell als „Yi-shi“ genannt. Inoffiziell nannte man den Arzt auf Japanisch „Sensei“ (Chen, Jun-kai 1993a: 9), wörtlich übersetzt „der Herr“.

²⁹ Ärztlicher Hausbesuch war in der japanischen Zeit (auch noch bis in den 1960er Jahre) ein allgemeines Phänomen. Nur in der Stadt besuchten die meisten Patienten die Praxis, trotzdem mußte der Arzt die Kranken häufig auch zu Hause besuchen. Trotz der Verzögerungen durch Patienten mußte der „Sensei“ Wu fast pro Tag ca. 30 Hausbesuche machen, und kam oft spät in der Nacht nach Hause. Manche Patienten mußten über 4 oder 5 Tage warten. Häufig waren schwer Erkrankte bei der Ankunft des Arztes bereits verstorben. Vgl. Wu, Ping-cheng 1997: 98-101.

5.2 Lebenserwartung in Taiwan

Laut Statistik hatte sich die durchschnittliche Lebenserwartung in Taiwan innerhalb von zehn Jahren um etwa 2 Jahre erhöht. Sie schwankte im Zeitraum 1926- 1931 zwischen 41,6 und 45,38 Jahren bei beiden Geschlechtern, 1936- 1941 zwischen 43,49 und 47,69 Jahren. Die Sterberate der Säuglinge war ungefähr um etwa zwei Prozent gesunken, denn in den beiden erwähnten Zeiträumen lag ihre Spannweite zwischen 17,4% und 14,6% bzw. zwischen 15,6% und 12,9%.³⁰ Die Gesamtsterberate der Taiwaner hatte sich seit Anfang der Kolonialzeit von über 30 pro Tausend auf ungefähr 16 pro Tausend in den 1940er Jahren verringert. Folgende Tabelle zeigt, daß die Sterberate von den unter das Seuchengesetz fallenden Krankheiten am stärksten fiel. Besonders die Sterberate der Malaria sank auf ein Viertel, und die Pest wurde bis 1918 ausgerottet. Betrachtet man aber die Entwicklung bei den allgemeinen epidemischen Krankheiten, wie z. B. Masern, Tuberkulose und parasitären Krankheiten, so schwanken oder erhöhen sich die entsprechenden Werte.

5.3 Möglichkeiten einer Existenz der Chinesischen Medizin

Zusammenfassend läßt sich konstatieren, daß die in Kraft gesetzten hygienischen Überwachungs- und Präventivmaßnahmen effektiv waren und zu folgenden Ergebnissen führten: die Seuchen waren beherrschbar geworden, die Lebenserwartung hatte sich erhöht und Sterberate konnte gesenkt werden, obwohl es in der Kolonialzeit an Ärzten, Medikamenten, Impfstoffen (besonders für die Malaria- und Pockenprophylaxe) und therapeutischen Möglichkeiten mangelte. Es gelang jedoch nicht, die epidemischen Krankheiten unter Kontrolle zu bringen. Unter der taiwanesischen Bevölkerung verbreiteten sich weiter ansteckende Krankheiten mit oft tödlichem Ausgang: Typhus, Tetanus, Meningitis, rote Dysenterie, usw. (Wu, Ping-cheng 1997: 132). An wen wandten sich die Menschen, die von solchen Krankheiten betroffen waren? Finanzielle Barrieren hinderten die Menschen, auf biomedizinische Ärzte zurückzugreifen:

„Die finanzielle Lage der dörflichen Bevölkerung ist sehr bescheiden, und diese ist immer noch sehr abergläubisch. Wenn diese Menschen krank sind, versuchen sie es zuerst mit selbst gepflückten Kräutern. Funktioniert dies nicht, gehen sie in den Tempel. Erst nachdem der Besuch bei den TCM-Heilern keinen Erfolg gezeigt hat, wenden sie sich an biomedizinische Ärzte. Dadurch verschlimmern sich die Krankheiten und die Möglichkeiten einer Heilung verringern sich“ (Wu, Ping-cheng 1997: 96).

Die Volksmedizin blieb in den Familien und Tempel versteckt, da die Bevölkerung an

³⁰ Quelle: Statistiksabriß der vergangenen 51 Jahre in Taiwan, Die Administrationsregierung der Provinz Taiwan, 1946: 329-331. Hier zählt die Lebenserwartung, wenn der Säugling zehn Tage überlebte.

diesen Orten - wie sie es schon immer getan hatte - das Heilrezept „Qian“ von den Göttern erbitten konnten. Vermutlich praktizierte auch eine hohe Anzahl traditioneller Chinesischer Heiler ohne offizielle Genehmigung und diese überstieg offenbar die Zahl der mit Lizenz Arbeitenden um ein Vielfaches. Dies hatte den einfachen Grund, daß es in der Bevölkerung angesichts des Mangels an Biomedizinern und den anderen oben genannten Gründen noch Bedarf an medizinischer Versorgung gab. Die Angaben über die Zahl der TCM-Heiler nach der Rückkehr Taiwans nach China - 1950 waren es 781 - bestätigt diese Vermutung.³¹ Dies bedeutet, daß es diese TCM-Heiler schon früher gab. Dahinter könnten sich die vorhin erwähnten Akupunkteure, Moxibustionsanwender und Bone-setter verbergen, denn 1940 betrug die Zahl der Registrierten bei der erstgenannten Gruppe 633, bei der letztgenannten Gruppe 56³² (Archivkomitee Taiwans 1995: 239-244). Durch diese Ressourcen wurde der Mangel an Medizinern ersetzt und so konnten auch die TCM-Heiler auf Taiwan überleben.

6 Resümee

Die Ergebnisse der Medizinalverwaltung Taiwans während der japanischen Zeit sind als vielschichtig zu bezeichnen. Abgesehen von der negativen historischen Beurteilung der japanischen Kolonialzeit in Taiwan ist doch zu konstatieren, daß die Kolonialregierung die professionelle Biomedizin dort systematisch aufbaute. Die biomedizinischen Ärzte erhielten einerseits einen sozialen Status als moderne Profession und als soziale und politische Elite, andererseits wurden sie wie andere traditionelle Autoritäten in der chinesischen Gesellschaft - das Arzt-Patient Verhältnis ist hier mit dem Eltern-Kind Verhältnis vergleichbar - verehrt. Obwohl nur wenige taiwanesischen Biomediziner an biomedizinischen wissenschaftlichen Forschungen beteiligt waren, orientierten sie sich am japanischen Vorbild und schufen damit die Grundlage für einen langfristigen biomedizinischen Aufbau Taiwans.

Von der Seite der Nachfrager, also der Bevölkerung aus betrachtet, zeigt eine Betrachtung der Reformansätze der Japaner im Medizinalwesen Taiwans deutlich die Konflikte. Ihre Medizin- und Hygienepolitik kann mit den Begriffen „Zwang“ und „Ersatz“ charakterisiert werden. Sie ließ sich, da sie in der Bevölkerung nicht auf Akzeptanz stieß, nur unter Androhung harter Strafen bei Verstößen gegen die hygienischen Anweisungen, und durch strengste Kontrolle der Sauberkeit des Wohnortes, der Lebensmittel und der Aborte durchsetzen. Auch die Biomedizin als Ersatz für

³¹ Gerade nach der Rückkehr im Jahr 1946 verlangte die chinesische Regierung, daß die Mediziner registriert werden mußten. Es wurden aber nur 882 Biomediziner gezählt, die TCM- Heiler nicht mit eingerechnet. Vgl. Archivkomitee Taiwans 1995: 245, 278.

³² Es gab auch insgesamt 800 Masseur. Die Summe schloß vermutlich auch die Personen ein, die chinesische Tui-na, sogenannte chinesische Massage beherrschten.

traditionelle Medizin fand aufgrund der stratifizierten gesellschaftlichen Schichtung bei der Mehrheit der Bevölkerung kaum Anklang, zumal diese, wie gezeigt wurde, von dem Ausbau der „individuellen“ medizinischen Versorgung ohnehin größtenteils wenig profitieren konnte. Sie wandte sich im Gegenteil illegalen Volksheilern und den im Verborgenen arbeitenden traditionellen Heilern zu. Die Japaner hatten unberücksichtigt gelassen, daß Gesundheit nicht nur aus technischer Hygiene, Seuchenbekämpfung und Biomedizin besteht, sondern auch Bestandteil der Kultur ist.

Nach dem Zweiten Weltkrieg und der Rückkehr Taiwans nach China entstand eine Bewegung „Zurück zur Tradition“. Die taiwanesischen Biomediziner hatten nämlich beobachtet, daß in der Bevölkerung eine Abneigung gegen Seuchenprävention und Impfung bestanden hatte. Die Straßen waren sehr schmutzig und stanken und die Händler entsorgten dort ihren Müll (Chen, Jun-kai 1993b: 128, 135). Dies bestätigte, daß der größte Teil der Bevölkerung die Hygienemaßnahmen während der Kolonialzeit nicht akzeptiert hatte.

Mit der Niederlage nach dem Zweiten Weltkrieg gingen alle im Medizinalwesen beschäftigten Japaner, einschließlich der Wissenschaftler mit ihren Instrumentarien nach Japan zurück. Auf Taiwan blieben nur die einheimischen traditionellen Mediziner und biomedizinische Ärzte. Letztere bildeten nach dem Rückzug der Japaner die taiwanesischen Elite, da sie die am Besten ausgebildeten Taiwaner waren. Sie besetzten die Stellen in der Gesundheitsverwaltung und in der biomedizinischen Ausbildung, um das Gesundheitswesen in Taiwan wieder aufzubauen. TCM-Heiler hatten dagegen noch keinen Einfluß auf das Medizinsystem, da sie ohnehin außerhalb standen.

Tabelle 1 Zahl der Mediziner und medizinischen Heilpersonen¹

Jahr	Bevölkerungszahl	Zahl der Mediziner insgesamt	Zahl der Bio-mediziner	Zahl der TCMer ²	Prozentzahl (Bk/Heiler)	Zahl der Dentisten	Zahl der Drogisten	Zahl der Geburtshelfer	Prozentzahl (Bk/Hygie)
1897	2.797.543	1329	259	1070	2105,00		30	9	2044,99
1901	2.925.064	1449	226	1223	2018,68		27	32	1939,70
1902	3.000.096	2153	250	1903	1393,45		25	37	1354,45
1903	3.025.564	2091	238	1853	1446,95		25	40	1403,32
1904	3.073.683	1993	251	1742	1542,24		27	44	1489,19
1905	3.123.302	1946	275	1671	1604,99		27	68	1530,28
1906	3.156.706	1804	298	1506	1749,84		31	69	1657,93
1907	3.186.373	1789	331	1458	1781,09		11	163	1623,22
1908	3.213.996	1793	375	1418	1792,52		13	66	1716,88
1909	3.249.793	1665	351	1314	1951,83	4	41	81	1818,57
1910	3.299.493	1649	383	1266	2000,91	8	40	126	1817,90
1911	3.369.270	1611	388	1223	2091,42	8	39	143	1879,12
1912	3.435.170	1584	423	1161	2168,67	9	46	191	1886,42
1913	3.502.173	1558	458	1100	2247,86	10	47	235	1903,35
1914	3.554.353	1550	509	1041	2293,13	12	52	264	1904,80
1915	3.569.842	1557	578	979	2292,77	15	72	297	1853,50
1916	3.596.109	1510	583	927	2381,53	18	51	308	1924,08
1917	3.646.529	1497	610	887	2435,89	21	49	345	1928,36
1918	3.669.687	1497	667	830	2451,36	38	84	370	1880,93
1919	3.714.899	1507	721	786	2465,10	50	65	385	1898,26
1920	3.757.838	1495	763	732	2513,60	60	79	407	1896,94
1921	3.835.811	1490	816	674	2574,37	69	102	423	1903,63
1922	3.904.692	1453	821	632	2687,33	86	66	421	2012,73
1923	3.976.098	1465	882	583	2714,06	87	76	408	2040,07
1924	4.041.702	1485	927	558	2721,68	97	82	932	1617,33
1925	4.147.462	1494	972	522	2776,08	94	85	1003	1606,30
1926	4.241.759	1505	1019	486	2818,44	101	90	1094	1577,45
1927	4.337.000	1568	1112	456	2765,94	117	105	1071	1580,54
1928	4.438.084	1523	1101	422	2914,04	148	111	1166	1585,03
1929	4.548.750	1569	1185	384	2899,14	185	112	1215	1570,70
1930	4.679.065	1626	1272	354	2877,65	217	127	1291	1537,14
1931	4.803.976	1647	1322	325	2916,80	247	122	1400	1515,93
1932	4.929.962	1708	1403	305	2886,39	263	123	1524	1469,44
1933	5.060.507	1747	1466	281	2896,68	298	136	1542	1477,52
1934	5.194.980	1805	1549	256	2878,11	289	153	1631	1447,47
1935	5.315.642	1907	1674	233	2787,44	336	158	1661	1426,63
1936	5.451.863	2021	1817	204	2697,61	370	178	1665	1410,94
1937	5.609.042	2026	1845	181	2768,53	402	190	1747	1415,35
1938	5.746.959	2146	1983	163	2677,99	407	213	1796	1383,14
1939	5.895.864	2159	2018	141	2730,83	424	251	1813	1396,13
1940	6.077.478	2534	2401	133	2398,37	466	300	2045	1245,64
1941	6.249.468	2347	2228	119	2662,75	488	335	2227	1273,06
1942	6.427.932	2538	2441	97	2532,68	567	355	2159	1272,35

1 Quelle: Statistiksabriß Taiwans der vergangenen 51 Jahre, Admisnistrationsgouvernement der Provinz Taiwan, 1946:326; 1249ff.; Die Bevölkerungszahlen zwischen 1897-1905 sind von Fann, Yann-chiou, 1996:160, und 1986 von Chen, Yong-xing, 1998:67.

2 Zwar heißt es im Titel „traditionelle Chinesischer Mediziner“ in den Arbeiten von Fann, Yann-chiou (1995), Chen, Yong-xing (1998) und Chang, Li-yun (1998). Dieser Begriff umfaßt jedoch nicht nur die Chinesischen Mediziner, sondern alle anderen traditionellen Heiler und die einheimischen medizinischen Missionare.

Tabelle 2 Zahl der Todesfälle ausgewählter epidemischen Krankheiten bezogen auf die Bevölkerung Taiwans ¹

Jahr	Bevölkerungs- -zahl	Gesamte Todesfälle	Mala- ria	Pest	Flecken- fieber	Masern	Keuch husten	Grippe	Blut ruhr	Atmungs- organe	Tb (andere Form)	Parasitäre Krankheit
1896	2.587.688			157								
1897	2.797.543		846	566								
1898	2.690.096		2391	882								
1899	2.758.161		4670	1995								
1900	2.840.873		7221	809								
1901	2.925.064		9118	3673								
1902	3.000.096		13198	1855								
1903	3.025.564		13282	709								
1904	3.073.683		11646	3374								
1905	3.123.302		9297	2100								
1906	3.156.706	103190	10267	2513	26	829	110	282	133	4105	2463	477
1907	3.186.373	101217	11441	2325	23	685	165	699	83	4188	2858	504
1908	3.213.996	100756	11519	1054	27	29	140	589	88	3932	2617	438
1909	3.249.793	98896	10115	847	10	662	140	398	111	3876	2606	391
1910	3.299.493	88378	8901	25	15	199	128	379	170	3733	2561	461
1911	3.369.270	85519	7753	350	31	187	85	428	75	3637	1946	457
1912	3.435.170	82749	6681	185	27	244	64	414	49	3817	2044	694
1913	3.502.173	84309	6379	123	24	229	169	419	71	3770	2221	584
1914	3.554.353	94999	8640	438	29	399	203	449	133	4022	1909	815
1915	3.569.842	109392	13045	64	25	410	103	465	70	4548	1808	985
1916	3.596.109	99924	11069	2	120	526	73	367	45	4817	1467	549
1917	3.646.529	95216	9485	3	49	342	67	259	28	5214	1229	2445
1918	3.669.687	121303	8136		70	425	233	6095	23	6298	1418	2828
1919	3.714.899	95944	7900		63	296	243	481	31	5803	1210	5995
1920	3.757.838	115740	7543		24	1284	161	9058	8	6373	1050	5506
1921	3.835.811	88531	6834		41	2147	178	285	8	5737	842	4289
1922	3.904.692	92438	3695		36	1093	157	582	11	6032	918	4874
1923	3.976.098	81489	7005		21	443	112	244		5792	708	990
1924	4.041.702	95582	7790		40	1320	213	328		6186	750	803
1925	4.147.462	95367	6395		39	968	478	265		6343	684	669
1926	4.241.759	90541	5657		63	666	288	407		6097	729	682
1927	4.337.000	91678	4953		97	1045	221	269		6254	731	611
1928	4.438.084	92980	4251		124	1510	189	265		5958	759	638
1929	4.548.750	93404	3929		132	662	338	304		6211	775	593
1930	4.679.065	86077	2773		126	199	469	220		5802	789	679
1931	4.803.976	97354	2913		106	1915	209	420		6410	823	753
1932	4.929.962	95712	3273		102	716	367	195	30	6341	836	5803
1933	5.060.507	94975	2963		146	692	422	200	19	6493	953	5795
1934	5.194.980	101270	3037		135	2234	495	219	26	6783	947	6117
1935	5.315.642	102905	3693		164	1431	727	351	23	6973	900	6179
1936	5.451.863	102149	3298		300	3466	599	315	17	7026	904	6181
1937	5.609.042	105199	3674		194	3309	678	339	6	6981	860	6443
1938	5.746.959	107908	3675		244	3428	850	338	14	4770	689	6362
1939	5.895.864	111225	3874		235	3646	1024	263	23	4189	618	6218
1940	6.077.478	112523	3712		288	4923	686	327	29	4091	540	6241
1941	6.249.468	96393	3309		222	1606	667	171	18	3826	511	6198
1942	6.427.932	108215	5792		343	3144	739	195	52	4360	474	5981

¹ Hier wurden nur die Todesfälle der einheimischen Bevölkerung Taiwans gezählt, aber bei der Bevölkerungszahl werden auch die Japaner einbezogen, die nur zwischen 4% bis 6% der Prozentzahl der Bevölkerung ausmachen.

Quelle: Statistiksabriß Taiwans der vergangenen 51 Jahre, Admnistrationsgouvernement der Provinz Taiwan, 1946:1271-1273; Die Bevölkerungszahl und die Zahl der Malariatoten zwischen 1897-1905 stammen von Fann, Yann-chiou, 1996:160, und Zahl der Pesttoten zwischen 1897-1905 von Oda, Toshiro, 1995: 27, die Zahl der Pesttoten von Oda, Toshiro, und zwar einschließlich der Japaner.

Tabelle 3 Mortalität ausgewählter epidemischer Krankheiten bezogen auf die Bevölkerung Taiwans (pro tausend Einwohner) ¹

												0/00
Jahr	Gesamte Sterberate	Malaria/Bk	Pest/Bk	Fb/Bk	Masern/Bk	Kh/Bk	Grippe/Bk	Br/Bk	AtTb/Bk	Tban/Bk	Par/Bk	Epi/Bk
1897		0,30	0,20									
1898		0,89	0,33									
1899		1,69	0,72									
1900		2,54	0,28									
1901		3,12	1,26									
1902		4,40	0,62									
1903		4,39	0,23									
1904		3,79	1,10									
1905		2,98	0,67									
1906	32,69	3,25	0,80	0,01	0,26	0,03	0,09	0,04	1,30	0,78	0,15	6,72
1907	31,77	3,59	0,73	0,01	0,21	0,05	0,22	0,03	1,31	0,90	0,16	7,21
1908	31,35	3,58	0,33	0,01	0,01	0,04	0,18	0,03	1,22	0,81	0,14	6,36
1909	30,43	3,11	0,26	0,00	0,20	0,04	0,12	0,03	1,19	0,80	0,12	5,89
1910	26,79	2,70	0,01	0,00	0,06	0,04	0,11	0,05	1,13	0,78	0,14	5,02
1911	25,38	2,30	0,10	0,01	0,06	0,03	0,13	0,02	1,08	0,58	0,14	4,44
1912	24,09	1,94	0,05	0,01	0,07	0,02	0,12	0,01	1,11	0,60	0,20	4,14
1913	24,07	1,82	0,04	0,01	0,07	0,05	0,12	0,02	1,08	0,63	0,17	3,99
1914	26,73	2,43	0,12	0,01	0,11	0,06	0,13	0,04	1,13	0,54	0,23	4,79
1915	30,64	3,65	0,02	0,01	0,11	0,03	0,13	0,02	1,27	0,51	0,28	6,03
1916	27,79	3,08	0,00	0,03	0,15	0,02	0,10	0,01	1,34	0,41	0,15	5,29
1917	26,11	2,60	0,00	0,01	0,09	0,02	0,07	0,01	1,43	0,34	0,67	5,24
1918	33,06	2,22	-	0,02	0,12	0,06	1,66	0,01	1,72	0,39	0,77	6,96
1919	25,83	2,13	-	0,02	0,08	0,07	0,13	0,01	1,56	0,33	1,61	5,93
1920	30,80	2,01	-	0,01	0,34	0,04	2,41	0,00	1,70	0,28	1,47	8,25
1921	23,08	1,78	-	0,01	0,56	0,05	0,07	0,00	1,50	0,22	1,12	5,31
1922	23,67	0,95	-	0,01	0,28	0,04	0,15	0,00	1,54	0,24	1,25	4,46
1923	20,49	1,76	-	0,01	0,11	0,03	0,06	-	1,46	0,18	0,25	3,85
1924	23,65	1,93	-	0,01	0,33	0,05	0,08	-	1,53	0,19	0,20	4,31
1925	22,99	1,54	-	0,01	0,23	0,12	0,06	-	1,53	0,16	0,16	3,82
1926	21,35	1,33	-	0,01	0,16	0,07	0,10	-	1,44	0,17	0,16	3,44
1927	21,14	1,14	-	0,02	0,24	0,05	0,06	-	1,44	0,17	0,14	3,27
1928	20,95	0,96	-	0,03	0,34	0,04	0,06	-	1,34	0,17	0,14	3,09
1929	20,53	0,86	-	0,03	0,15	0,07	0,07	-	1,37	0,17	0,13	2,85
1930	18,40	0,59	-	0,03	0,04	0,10	0,05	-	1,24	0,17	0,15	2,36
1931	20,27	0,61	-	0,02	0,40	0,04	0,09	-	1,33	0,17	0,16	2,82
1932	19,41	0,66		0,02	0,15	0,07	0,04	0,01	1,29	0,17	1,18	3,58
1933	18,77	0,59		0,03	0,14	0,08	0,04	0,00	1,28	0,19	1,15	3,49
1934	19,49	0,58		0,03	0,43	0,10	0,04	0,01	1,31	0,18	1,18	3,85
1935	19,36	0,69		0,03	0,27	0,14	0,07	0,00	1,31	0,17	1,16	3,85
1936	18,74	0,60		0,06	0,64	0,11	0,06	0,00	1,29	0,17	1,13	4,05
1937	18,76	0,66		0,03	0,59	0,12	0,06	0,00	1,24	0,15	1,15	4,01
1938	18,78	0,64		0,04	0,60	0,15	0,06	0,00	0,83	0,12	1,11	3,54
1939	18,86	0,66		0,04	0,62	0,17	0,04	0,00	0,71	0,10	1,05	3,41
1940	18,51	0,61		0,05	0,81	0,11	0,05	0,00	0,67	0,09	1,03	3,43
1941	15,42	0,53		0,04	0,26	0,11	0,03	0,00	0,61	0,08	0,99	2,64
1942	16,84	0,90		0,05	0,49	0,11	0,03	0,01	0,68	0,07	0,93	3,28

1 Quelle: die Prozentzahl von der Zahl der Todesfälle, Vgl. Tabelle vorne. Bk= Bevölkerungszahl, Kh= Zahl der Keuchhustentoten, Br= Zahl der Blutrührtoten, AtTb= Zahl der Todesfälle b. Tb d. Atmungsorgane, Tban= Zahl der Tb-Todesfälle b. anderen Formen, Par= Zahl der Todesfälle b. parasitären Krankheiten, Epi= Todesfälle b. allen ausgewählten epidem. Krankheiten.

VI. Der medizinalpolitische Einfluß des chinesischen Festlandes auf Taiwan - Entwicklung der TCM vom Ende des 19. Jahrhunderts bis 1949

Die Entwicklung der TCM nach dem Zweiten Weltkrieg in Taiwan stand unter starkem Einfluß der Regierung der Republik China auf dem chinesischen Festland, besonders der Medizinalpolitik der Kuomintang (KMT) Regierung. Da die Gedanken der Modernisierung¹ und Verwissenschaftlichung nach westlichem Vorbild seit Ende des 19. Jahrhunderts die Chinesen stark prägte, wurde die Tradition als Behinderung des Fortschritts angesehen. Die TCM wurde in diesen Diskurs mit einbezogen. Der soziale Status der TCM-Mediziner schwankte zwischen einem mit dem angesehenen konfuzianischen Gelehrten vergleichbaren Status über eine mittlere gesellschaftliche Position bis zur antiquierten Rolle eines Modernisierungsverhinderers. Als wichtigste medizinische Ressource fand die TCM in weiten Kreisen der Bevölkerung weiterhin ihr Klientel und stieß im Kontext der Bedrohung durch den westlichen Imperialismus als Ausdruck nationaler Identität auch bei den Gebildeten auf Unterstützung.

Bis in das 20. Jahrhundert war die Mehrheit der Bevölkerung (in China) durch eine medizinische Versorgung mit TCM abgedeckt. Andererseits drängten Fortschritte der Biomedizin² und der idealisierten westlichen Technologie und Wissenschaft die konfuzianischen Gelehrten und die modernen Intellektuellen³ in China darüber nachzudenken, wie das Land und die Gesundheit der Bevölkerung gestärkt werden könne. Anfangs stritten die konfuzianischen Gelehrten und die Intellektuellen miteinander und untereinander. Nach dem Erfolg der demokratischen Revolution wurde die Debatte auf die Ebene der Politik gehoben. Ob die TCM in das moderne Gesundheitssystem integriert werden kann, bleibt bis heute in Taiwan und in China ein Thema der Gesundheitspolitik.

¹ Der Begriff „Modernisierung“ wurde nach dem Zweiten Weltkrieg von den Akademikern in angelsächsischen Ländern gebraucht, um die Phänomene der Rationalisierung, Demokratisierung und wissenschaftlichen Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert zu beschreiben (Zhang, De-sheng 1997: 13). Die Zeitgenossen dieser Epoche verwendeten den Begriff jedoch nicht. Statt dessen sprachen sie von „Verwestlichung“, „Verwissenschaftlichung“ und „Demokratisierung“. Diese Begrifflichkeiten beziehen sich alle auf den Prozeß der Modernisierung. Dieser Begriff wird von Historikern in Taiwan generell zur Kennzeichnung dieser Epoche verwendet (Zhang, De-sheng 1997: 42-44).

² In dieser Zeit titulierte man die Biomedizin meistens mit dem Begriff „westliche Medizin“, da sie aus westlichen Ländern importiert worden ist.

³ „Gelehrte“ und „Intellektuelle“ werden von Historikern in Taiwan und in China als Bezugsgruppen definiert. „Gelehrte“ (Xue-zhe) bezieht sich in der Regel auf die traditionell konfuzianistisch Gebildeten. Als „Intellektuelle“ (Zhi-shi-fen-zi) am Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhundert wird die Gruppe von Personen bezeichnet, die über westliche wissenschaftliche oder technische Kenntnisse verfügt (aber nicht unbedingt mit formaler Ausbildung). Sie lassen sich nicht nur durch ihr wissenschaftliches Interesse charakterisieren, sondern durch ihr Engagement für politische und gesellschaftliche Reformen. Hier wird also genau zwischen „konfuzianischen Gelehrten“ und „modernen Intellektuellen“ unterschieden.

1 TCM und Biomedizin vor Gründung der Republik China

1.1 Niederlage der chinesischen Tradition gegen die westlichen Mächte

Der gesellschaftliche Hintergrund bildete eine wichtige Ursache dafür, daß die TCM in China bei ihrer Konfrontation mit der Biomedizin unterdrückt wurde. Ab 1840, nach dem verlorenen Opiumkrieg⁴ und weiteren Niederlagen gegen westliche Länder hatte China den Status einer Art Halbkolonie der europäischen Mächte. Ein zentrales Thema der chinesischen Politik war die Frage, „wie das Land und die Armee gestärkt werden könne, um der Bedrohung durch ausländische Mächte entgegenzuwirken“. Als probates Mittel erschien eine Modernisierung nach westlichem Vorbild. Da wegen der Kenntnisse über die „westliche“ Wissenschaft in China auch unterschiedliche Verwestlichungsmodelle und Verwissenschaftlichungsstufen auftauchten, entwickelte sich die Orientierung der Medizin zu einem bedeutenden Teil der Diskussion. Die vorherrschende Meinung seit Mitte des 19. Jahrhunderts orientierte sich am „Beibehalten des chinesischen Systems und der chinesischen Kultur, aber für die Anwendung westlicher Technik“ (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 276). Zu dieser Zeit verwiesen die Führungsschichten und die Gebildeten mit Stolz auf ihre Tradition und Kultur. Gleichzeitig bewunderten sie jedoch die moderne Technik des Westens.

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden die industrialisierten Staaten als militärische, politische und wirtschaftliche Bedrohung Chinas noch stärker wahrgenommen. Gegen diese westliche Einflußnahme suchte man sich zur Wehr zu setzen. Mit traditionellem Denken und traditioneller Waffentechnik konnten sich die Chinesen jedoch nicht gegen die imperialen Bestrebungen des Westens durchsetzen; deshalb bemühten sie sich, die westlichen politischen Strukturen, Wissenschaft und „neue“ Technik der Industrienationen kennenzulernen, um mit diesem Wissen politisch, militärisch und wirtschaftlich den Kolonialmächten Paroli bieten zu können. Die Taktik beruhte auf der Devise: „Lerne die Technik und politische Strukturen des Westens, um mit diesen Kenntnissen gegen seine Vormachtstellung kämpfen zu können“ (Liao, Yu-qun 1993: 279).

Das späte Kaiserreich versuchte China auf den Weg der Verwestlichung und des wissenschaftlichen Fortschritts zu führen. Um 1890 entstand die Bewegung der „Verwestlichung“ (vgl. Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 2), dies aber mißlang vollständig. Das Scheitern des Modernisierungsanstrengungen offenbarte sich drastisch

⁴ Dies war der Krieg zwischen Großbritannien und dem kaiserlichen China zwischen 1839 und 1842. Der Krieg war durch die Chinesen wegen des Opiumeinfuhrverbots ausgelöst worden. China hat den Krieg verloren und es begann die Periode der Unterwerfung Chinas unter die vor allem wirtschaftlichen Machtansprüche der Kolonialmächte (vgl. Der Brockhaus von A - Z 2000: 519).

während des chinesisch-japanischen Krieges. Der Niederlage gegen das modernisierte Japan von 1894 war nicht auf den technischen Rückstand zurückzuführen, sondern auf mangelhafte, am Westen orientierte Kenntnis und Organisation. Wegen der verlorenen Kriege gegen die kolonialen Mächte wurden nun nicht nur die Technik, sondern die Wissenschaft und die demokratischen Ideen des Westens immer stärker idealisiert. Später (1898) wurde eine politische „Reform zur Neugestaltung des Landes“ (Wei-xin-bian-fa) mit dem Ziel einer gründlichen Verwestlichung durchgeführt (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 276, 279). Die TCM wurde von den Reformern einer scharfen Kritik unterworfen. Medizin als Diskussionsthema tauchte im Zuge der Debatten um den Weg zwischen Tradition und Verwestlichung, also um die Modernisierung Chinas auf. Aufgrund der Idealisierung von Wissenschaft und Demokratie wurde die traditionelle Chinesische Medizin, wie auch die Philosophie, die politischen Strukturen und die Technik als Hindernis auf dem Weg der Verwissenschaftlichung des Landes wahrgenommen.

1.2 Konfrontation zwischen TCM und westlicher Medizin

Nach der Niederlage des Opiumkrieges im Jahre 1840 erhielten immer mehr Länder Vorrechte in China. Eines davon war die Gründung eines biomedizinischen Krankenhauses. Dies legte den Grundstein für die Etablierung der Biomedizin in China. Andererseits kamen viele medizinische Missionare aus Europa und lehrten die Chinesen die Methoden der westlichen Medizin⁵ (vgl. Eckart 1989, Kap. 7). Viele junge Chinesen studierten deswegen auch an ausländischen Universitäten und ließen sich dann in China als praktische Ärzte nieder. 1857 praktizierte in Südchina der erste in England ausgebildete chinesische Arzt - Kuan Huang. Ab 1860 hatte Huang eine Stellung als medizinischer Berater eines kaiserlichen Generals Hong-zhang Li. Dieser zeigte sich von der westlichen Medizin, insbesondere von der Krankenhaushygiene beeindruckt, und gründete im Jahre 1881 in Nordchina eine an der westlichen Medizin orientierte Schule. Später wurde sie vom Kaiserreich als nationale medizinische Akademie anerkannt. Damit war sie die erste Einrichtung dieser Art, die von Chinesen selbst gegründet wurde (Chen, Sheng-kun 1978: 25f.).

In dieser Zeit erhoben sich immer mehr Stimmen, die eine Zusammenarbeit zwischen TCM und westliche Medizin befürworteten. Die Ergänzung der TCM durch westlich-medizinische Kenntnisse wurde als effektive Medizin angesehen. Der genannte General

⁵ Die meisten Missionare waren Protestanten und beherrschten biomedizinische Kenntnisse. Dies läßt sich auf die Aktivitäten eines ausländischen Arztes in China in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückführen. 1828 gründete der Augenarzt L. R. Colledge von der East India Co. in Südchina ein Krankenhaus. Er meinte, durch medizinische Hilfe die Einwohner leichter missionieren zu können. Daraufhin wurde diese Methode auch von anderen protestantischen Missionaren angewandt. So konnten sich in China immer mehr biomedizinische Missionskrankenhäuser etablieren (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 269-272).

Li (Hong-zhang) glaubte, wenn die Gelehrten „Chinesisch“ und „Westlich“ verbinden und beide Medizinformen verstehen könnten, ergebe sich daraus eine vorzügliche Symbiose des Wissens (Liao, Yu-qun 1993: 277). Einige TCM-Mediziner, wie Rong-chuan Tang, Xi-chun Zhang usw., erkannten, konfrontiert mit den Vorteilen der westlichen Medizin im Zuge der Modernisierungswelle, die Notwendigkeit einer Reform der Chinesischen Medizin. Sie spürten, daß die TCM im Rahmen der Verwestlichungsbewegung und der Verwissenschaftlichung Chinas nur bestehen konnte, wenn sich diesen Tendenzen anpasse. Sie befürworteten ein „Zusammenlaufen“ (Hui-tong) von Chinesischer Medizin und westlicher Medizin. Inhaltlich bedeutet dies, daß die Chinesische Medizin das Wissen der westlichen Medizin aufnimmt. Nach ihren Vorstellungen hatte dies in folgender Weise zu geschehen: Die Chinesische Medizin sollte auf Kenntnisse der Anatomie zurückgreifen. Ferner galt es, ihre Theorie in biomedizinische Begriffe zu fassen. Als Arzneien waren sowohl Chinesische Kräuter als auch Arzneimittel aus dem Westen anzuwenden. Pei-wen Zhu (1893) integrierte anatomische Bilder in das klassische Buch der Chinesischen Medizin. Rong-chuan Tang (1892) bemühte sich mit der Beweisführung und den Erkenntnissen der westlichen Medizin die Theorie der Chinesischen Medizin neu umzuformulieren. Auch Xi-chun Zhang versuchte aus der Kombination von Arzneimitteln der westlichen Medizin und Chinesischen Kräutern neue Rezepte zu entwickeln (Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 2). Zhu (1893) kam zu dem Ergebnis, daß jede Medizin ihre Vor- und Nachteile habe. Eine Richtung könne nicht besser als die andere bewertet werden. Die Chinesische Medizin habe zwar ein besseres theoretisches Gerüst, aber bei konkreten Kenntnissen über den Körper schneide sie schlechter ab als die westliche Medizin (Liao, Yu-qun 1993: 277).

Die Verknüpfung von TCM und westlicher Medizin durch TCM-Mediziner bis zum Ende des 19. Jahrhundert beschränkte sich in der Praxis nur auf Einzelfälle. Die TCM-Mediziner hatten noch keine eigene Organisation. Ferner fehlte es - schon wegen fehlender Übersetzungen - an Kenntnissen über westliche Wissenschaft und Medizin. Deshalb wurde die damalige Vision - die Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin - zu einem unverwirklichbaren Traum. Außerdem war damals die Entwicklung biomedizinischer Heilmethoden noch nicht weit genug fortgeschritten. Für TCM-Mediziner galt die Anatomie als das Wichtigste, was sie von der westlichen Medizin lernen konnten. Deshalb läßt sich dieser Verknüpfungsversuch als kleiner Anfang im Wandlungsprozeß der TCM ansehen (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 279). Die TCM-Theorie stand weiterhin im Mittelpunkt.

1.3 Versuch einer Verwissenschaftlichung der TCM

Zwischen dem Ende des 19. und dem Anfang des 20. Jahrhunderts mehrten sich die Stimmen für eine Verwissenschaftlichung der TCM unter den modernen Intellektuellen und einem Teil der TCM-Mediziner. Sie erkannten die Bedrohung der Chinesischen Medizin durch die Entwicklung der Biomedizin und verfügten auch über einige Kenntnisse der westlichen Wissenschaft. Ein Teil der TCM-Mediziner stellte sich eine Mischform vor und strebte eine Vereinigung von TCM und westlicher Medizin an. Manche waren der Meinung, daß nur wissenschaftlich beweisbare TCM-Heilungen in die westliche Medizin integriert werden sollten.

Manche traditionelle Gelehrte und TCM-Mediziner, die sich in der TCM-Heilkunde gut auskannten und Kenntnisse über westliche Medizin verfügten, bemängelten die „Unwissenschaftlichkeit“ der TCM. Einer von ihnen war Fu-bao Ding⁶. Bei einem Vergleich von TCM und westlicher Medizin beobachtete er, daß die TCM die Ursache von Krankheiten nicht richtig erklären konnte. Deswegen orientierte er sich an der westlichen Medizin und förderte eine Verwissenschaftlichung der TCM, damit die Existenz der TCM bewahrt werden konnte. Der konkrete Verwissenschaftlichungsprozeß der TCM solle mit dem pathologischen und dem anatomischen Wissen anfangen (Gao, Yu- qiu / Makoto, Mayanagi 1992: 175-179). Er las und übersetzte viele biomedizinische Bücher über Physiologie, Pathologie, Diagnostik, epidemische Krankheiten und versuchte die Biomedizin in China populär zu machen; daneben kritisierte er unter Rekurs auf anatomische Kenntnisse die Fehler der TCM und forderte die Integration der wissenschaftlich beweisbaren Teile der TCM und der Biomedizin. Wie er andeutete, ging es ihm in erster Linie darum, auf „unwissenschaftliche Kenntnisse“ der TCM zu verzichten (Chen, Sheng-kun 1978: 31,37; Gao, Yu- qiu / Makoto, Mayanagi 1992: 179f.).

Eine unerwartete Wirkung erzielte Dings einflußreiche und umfangreiche Übersetzung biomedizinischer Literatur und seine Kommentare über Chinesische Medizin. Erstens behaupteten TCM-Mediziner und Befürworter der TCM, daß Ding die Verwissenschaftlichung der TCM durch moderne Kenntnisse fördere (Croizier 1979: 343,

⁶ Ding, Fu-bao (1874- 1952) war ein traditioneller Gelehrter. Er hatte als Kind Privatunterricht in konfuzianistischer Lehre erhalten, um später traditioneller Chinesischer Gelehrter zu werden. Wegen seiner Herkunft als Sproß einer angesehenen kaiserlichen Beamtenfamilie und der damit verbundenen gesellschaftlichen Stellung konnte er einen großen Einfluß ausüben. Aufgrund seines schlechten Gesundheitszustandes erwarb er selbst medizinische Kenntnisse. Wegen seiner guten japanischen Sprachkenntnisse übersetzte er zahlreiche biomedizinische Lehrbücher vom Japanischen ins Chinesische. Er hatte beobachtet, daß die Japaner zwar anfangs von der Medizin in Deutschland lernten, dann aber sehr schnell ihre eigenen Forschungen in Japan durchführten. Früher mußte man zwar nach Europa reisen, um Biomedizin zu studieren. Heute (Anfang des 20. Jahrhunderts) genüge eine

Gao, Yu- qiu / Makoto, Mayanagi 1992: 175-178). Zweitens hoben moderne Intellektuelle und Biomediziner hervor, daß Dings Übersetzungen die Biomedizin in China verwurzelt und verbreitet haben. Unter Berufung auf Ding hielten sie die TCM in ihrer gegenwärtigen Form mit einer modernen Gesellschaft für unvereinbar. Sie betonten, daß die TCM lange Zeit keine Fortschritte gemacht habe, und bezeichnete die TCM als „kindische Medizin“, die noch auf ihren mangelhaften Erkenntnisgewinn stolz sei und die Fortschritte in der Biomedizin vernachlässige. Wenn die TCM bei ihren traditionellen Grundlagen bleibe, gebe es in 10 Jahren eine solche Medizin überhaupt nicht mehr. Sie zitierten auch Dings Behauptung, daß die Theorie der Fünf-Wandlungsphasen den Fortschritt der TCM verhindere. Solche Gedanken - Yin/Yang, die Harmonie und das Zusammenstoßen der Fünf-Wandlungsphasen und fünf Geschmäcker sei verwirrend und unlogisch. Weil die TCM auf der Yin/Yang Theorie und der Fünf-Wandlungsphasen-Lehre ihre Krankheitstheorie aufbaue, widerspreche sie den modernen anatomischen und physiologischen Erkenntnissen (vgl. Chen, Sheng-kun 1978: 35f.).

Ziel einer Reform der TCM blieb ihre Verwissenschaftlichung bzw. ihre Vereinigung mit der Biomedizin. Solche Argumente konnten die Befürworter der Biomedizin jedoch nicht überzeugen, da die TCM-Mediziner nach ihrer Ansicht noch zu stark der Tradition verhaftet blieben und zu wenig biomedizinisches Fachwissen besaßen (vgl. Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 2f.).

1.4 Etablierung der Biomedizin

Anfang des 20. Jahrhunderts verstärkte sich in China die Orientierung an der Biomedizin. Das erfolgreiche Vorbild der Biomedizinalisierung Japans nach der Meiji-Restauration prägte die chinesischen Reformer. Sie zeigten sich überzeugt, daß das Modell Japans - Abschaffung der Chinesischen Medizin und Aufbau eines Systems der Biomedizin auch ein richtiger Weg für China sei (Zhao, Hong-jun 1991: 131-141). Die im Ausland, wie z.B. Japan, England, USA, und Deutschland ausgebildeten Mediziner brachten immer neue anatomische und hygienische Kenntnisse mit. Bei ihren Erfahrungen im westlichen Ausland hatten sie konstatiert, daß mit dem Fortschritt der Biomedizin die dortige Bevölkerung gesünder und kräftiger wurde. Aufgrund der Wirksamkeit der Therapie und der Bedrohung durch die Kolonialmächte fand die Biomedizin als nationale „Rettung“ für China Anklang. Sie wurde als volkserhaltend angesehen und führte zu schnelleren Therapieerfolgen als die TCM. Wegen dieses bevölkerungsmedizinischen Aspekts stand die Biomedizin in sehr hohem Ansehen (Liao, Yu-qun 1993: 279).

Studienreise nach Japan. Obwohl sich die Biomedizin in Japan kaum selbständig weiterentwickelte, war ihr Niveau ebenso hoch wie in westlichen Ländern (Gao, Yu- qiu / Makoto, Mayanagi 1992: 178).

Durch die kaiserliche Regierung wurde eine „neue Politik“ (Xin-zheng - politische Reform) eingeführt. Obwohl der Kaiser sich in der Medizinalpolitik etwas zurückhielt, wies er darauf hin, daß die Einrichtung einer biomedizinischen Ausbildung notwendig sei. Von Seiten der Intellektuellen kam die Anregung, auf dem Wege der Selbstorganisation Gruppen zur Förderung der „neuen Medizin“ (Biomedizin) zu gründen (Liao, Yu-qun 1993: 280f.). Demokratische Revolutionäre - wie Sun Yeh-shen und Qiu Jin - studierten deshalb Medizin (Biomedizin). Sie glaubten, daß sie damit den Gesundheitszustand der Bevölkerung stärken konnten. Der berühmte Schriftsteller - Qi-chao Liang - betonte, daß der Schlüssel zur Stärkung der Nation in der gesunden Bevölkerung liege. Um dies zu erreichen, müsse der Aufbau der Biomedizin forciert und moderne Gesundheitsmaßnahmen durchgeführt werden. Andererseits kritisierte er traditionelle chinesische Mediziner, denen es an biomedizinischem Wissen mangle (Liao, Yu-qun 1993: 279f.).

Außerdem verstärkten die epidemischen Krankheiten die Bedeutung der Biomedizin, weil mit Hilfe der Bakteriologie und Pathologie die Erregungsursachen gefunden werden konnten. Den Beweis ihrer Effektivität erbrachte die Biomedizin bei Maßnahmen zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit wie der Bekämpfung von Epidemien. Um die verbreiteten Seuchen zu bekämpfen, setzte die Regierung Biomediziner ein, weil diese mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden die Seuchen erkennen konnten und der TCM-Lehre Bakterien unbekannt waren (vgl. Chen, Sheng-kun 1978, Kapitel 8.).

Demgegenüber, so glaubten intellektuelle Befürworter für Biomedizin, daß die Chinesen mit der „unwissenschaftlichen“ TCM ihren Körper in falscher Weise behandelten, so daß dadurch auch die Gesundheit der Gesamtbevölkerung Schaden nehmen müsse. TCM wurde als Behinderung von Verwissenschaftlichung und Staatsentwicklung angesehen. Die radikalen Gegner verlangten eine Erneuerung der Gesellschaft durch eine medizinische Reform. Hauptforderung war die „Verwissenschaftlichung der Medizin“ - mit dem Ziel der Biomedizinisierung Chinas. Dahinter stand das Ziel, eine Hygienisierung der Politik zu erreichen (Chen, Sheng-kun 1978: 88). „Um die Volksgesundheit verbessern zu können, müsse ein biomedizinisch orientiertes Medizinsystem aufgebaut werden“ (zit. n.: Chen, Sheng-kun 1978: 91). Teile der damaligen gebildeten Eliten - Revolutionäre und Intellektuelle, und die im Gesundheitswesen Tätigen waren von dieser Konzeption stark geprägt.

2 Gesundheitspolitik und TCM in der Republik China

Die mangelhafte Demokratisierung Chinas verursachte schließlich auch den Ausbruch der nationalen Revolution. 1911 führte diese zur Ablösung des chinesischen Kaiserreiches und zur Gründung der „Republik China“, die eine Demokratisierung und Verwissenschaftlichung zum Ziel hatte. Die Chinesen hatten nicht nur die Stärke der westlichen Waffen, sondern auch das Funktionieren eines demokratischen Staatswesens kennengelernt. Um China aufzubauen und vom Westen unabhängig zu machen, brauchte man ähnliche Bedingungen. Aus diesem Grund wurde das westliche Modell imitiert. Auch im medizinischen Bereich lehnte man sich stark an die „westliche“ Medizin an.

Die Biomedizin entwickelte sich in China zu einem selbständigen Medizinsystem. Nun brauchte sie sich nicht mehr mit der TCM zu verknüpfen. Die neue Regierung orientierte sich an dem Aufbau des westlichen Gesundheitssystems. Deshalb ging es bei dem Konflikt zwischen TCM und Biomedizin nicht nur um Theorie und Wissenschaftlichkeit innerhalb der Medizin, sondern auch um die Legitimität der beiden Richtungen, also um die Unterstützung bzw. Nicht-Unterstützung durch die offizielle Gesundheitspolitik.

2.1 Aufbau eines biomedizinisch orientierten Ausbildungssystems

Während der kurzen Zeit der demokratischen Regierung⁷ versuchten die zuständigen Beamten für das Gesundheitswesen immer wieder, die TCM aus dem neuen Medizinsystem auszugrenzen. Die erste politische Niederlage der TCM während der Amtszeit der neuen Regierung war die Abschaffung ihrer Ausbildungsmöglichkeiten. Das geplante medizinische Ausbildungssystem orientierte sich nach der Gründung der Republik China an der Biomedizin. 1913 plädierte der Erziehungsminister dafür, daß die TCM abgeschafft werden sollte. Wenn die alte Medizin nicht zurückgedrängt werde, könne auch kein Wandel in der Denkweise der Bevölkerung erfolgen. Angesichts solcher Präferenzen durch die Politik hatten Chinesische Mediziner überhaupt keine Chance, ihre Praxen weiterzuführen (vgl. Chen, Sheng-kun 1978: 90).

Die TCM-Mediziner reagierten darauf und kämpften um ihre legitimierte Existenz. Sie versuchten auch, nach dem Vorbild der Biomedizin, ärztliche Vereinigungen zu gründen, Zeitschriften über TCM zu veröffentlichen und sich so der Moderne anzupassen (vgl. Liao, Yu-qun 1993: 288; Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 3). Die TCM-Mediziner beantragten nun beim Erziehungsministerium die Registrierung der TCM als anerkannte Medizin und eine Integration der TCM in das Ausbildungssystem, was jedoch abgelehnt

wurde. Sie bildeten deshalb eine Vereinigung zur Rettung der TCM und versuchten weiterhin, eine Anerkennung durch das Parlament zu erhalten. Das Parlament begründete seine Ablehnung damit, daß die Biomedizin wirksamer als die TCM sei. Die TCM solle sich nicht weiter um eine offizielle Anerkennung bemühen, da es sinnvoller sei, die wissenschaftliche Biomedizin in China zu verankern (Shi, Zhong-xu 1993: 324).

Die TCM-Mediziner führten fünf Gründe an, weshalb die TCM weiterhin ihre Existenzberechtigung habe:

1. Die Erfahrungen und Theorien der TCM sind die kulturellen Schätze Chinas.
2. Unterschiede zwischen dem Westen und China in Bezug auf Geographie, Wetter und Essensgewohnheiten führen auch zu unterschiedlichen Krankheitstypen, deshalb erscheint eine Heilung von Chinesen mit westlicher Medizin eher ungeeignet.
3. Die Bevölkerung vertraut der TCM stärker als der westlichen Medizin.
4. Die Zahl der Biomediziner reicht nicht aus, um die ganze Bevölkerung medizinisch zu versorgen.
5. Durch Anwendung einer kostenschwachen heimischen Medizin kann die staatliche Finanzierung reduziert werden (Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 3).

Kulturelles Vermögen, der Bedarf der Bevölkerung und der geringe finanzielle Aufwand tauchen bei der Förderung der TCM als wichtigstes Motiv auf und dienten als Argument, die Weiterexistenz der TCM auch im Zuge der Verwestlichungswelle weiterhin zu sichern. Diese Sichtweise wurde auch dem Staatspräsidenten übermittelt. Aufgrund seiner Anweisung wurde die Etablierung des TCM-Ausbildungssystems im Jahr 1914 erlaubt, jedoch ohne staatliche Finanzierung (Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 3). Hiermit konnte die TCM allerdings einen kleinen Erfolg für sich verbuchen. Die Debatte, ob die TCM als medizinisches Lehrfach an der Hochschule angeboten werden sollte, dauerte noch längere Zeit an, führte jedoch zu weiteren Existenzkrisen.

2.2 Zurückdrängung der Chinesischen Medizin

Im Zuge der nationaldemokratischen Bewegung von 1919 fanden die Positionen für eine Abschaffung von Traditionen Anklang. Sie rekrutierten sich in erster Linie aus dem Kreis der jungen Intellektuellen des Landes.⁸ Die Demokratisierung und

⁷ Dies bezieht sich auf die Zeit zwischen 1911 bis 1948, also auf die Regierungszeit nach der demokratischen Revolution und vor der kommunistischen Regierung ab 1949. Während dieser Zeit gab es Machtkämpfe zwischen regionalen Generalen, aber die größte Macht behielt die KMT-Regierung.

⁸ Die Bewegung für die Demokratisierung und Verwissenschaftlichung Chinas im Jahr 1919 bildet einen wichtigen Wendepunkt im Reformprozeß Chinas. Als Reaktion darauf versuchte die Regierung mit aller

Verwissenschaftlichung Chinas waren die vieldiskutierten Hauptthemen der Bewegung mit dem Ziel der Etablierung einer „neuen Kultur“. Es galt, für das chinesische Vaterland einen gesunden Mittelweg zwischen nationalem Kulturerbe und Verwestlichung, also zwischen Tradition als integralem Bestandteil nationaler Identität und westlicher Moderne zu finden. Dennoch lehnte der große Teil der national eingestellten Intelligenz alte Traditionen rundweg als fortschrittsfeindlich ab. Diese Debatte und die Ablehnung der „reaktionären“ Traditionen spiegelte die politische Entscheidung der neuen Regierung wider.

Bis 1928/1929 setzten sich die Mitglieder des zentralen Gesundheitskomitees, der Gesundheitsleitung der Staatsregierung, nur aus Biomedizinern zusammen. Sie verlangten nochmals, die alte Medizin (TCM) völlig abzuschaffen, da sie diese als Hindernis für die medizinische Versorgung ansahen. Konkret forderten sie, die Registrierung der TCM-Heiler zu beenden, die Gründung von neuen privaten TCM-Schulen zu verbieten, Werbung nicht zu erlauben und die TCM-Krankenhäuser zu Ambulanzen umzufunktionieren. Die bestehenden privaten TCM-Schulen sollten aufgelöst und die Ausbildung von Nachwuchskräften verboten werden. Heilformen der TCM durften nur demonstriert und nicht gelehrt werden. Das Komitee nannte vier Gründe, warum die TCM abgeschafft werden müsse:

1. Die Theorien der Ying/Yang, Fünf-Wandlungsphasen, und „Qi“ der TCM sind unwahr, weil es für sie keine wissenschaftlichen Beweise gibt.
2. Die Pulsmessung und die Erklärungen des Meridiankreises (Jin-Luo) bei der TCM sind durch nichts begründbar und daher Quacksalberei.
3. Für die Klärung von Todes- und Krankheitsursachen sowie für die Prävention von Epidemien erweist sich die TCM als nicht brauchbar. Um die Volksgesundheit in China zu verbessern, bedarf es nicht der TCM.
4. Weiterhin stört die TCM das Bestreben der Regierung, den Aberglauben der Bevölkerung einzudämmen. Ihre Erklärung der Krankheitsursachen erscheint irrational und ohne wissenschaftliche Begründung. TCM versperrt nur den Weg zur Verwissenschaftlichung der Medizin in China (zit. n.: Chen, Sheng-kun 1978: 91).

Die medizinischen Reformer fokussierten sich auf eine „Modernisierung“ als Voraussetzung für eine „nationale Wiedergeburt“ Chinas. Die TCM stempelten sie als unwissenschaftlich und unmodern ab, da diese den Fortschritt in China eher behindern

Kraft, das Land zu reformieren. Moderne Intellektuelle und die neu gegründeten Universitäten spielten die Hauptrolle in dieser kulturellen, politischen und gesellschaftlichen Emanzipationsbewegung und bewirkten eine Ideologisierung der modernen Gesellschaft (Zhang, De-sheng 1997: 141-158, 169). Sie wurde als „die Bewegung des 5. 4.“ (4. Mai 1919) bezeichnet.

würde. Mit ihrer Kritik an der westlichen Wissenschaft und ihrem Charakter als Erfahrungsheilkunde hatte die TCM eine nur geringe Chance, ihre Grundlage aufrecht zu erhalten.

2.3 Widerstand der TCM-Mediziner

Ein Teil der TCM-Mediziner versuchten, sich der Abschaffung ihres Berufes zu widersetzen, indem sie sich am 17. März 1929 versammelten und ein entsprechendes Gesuch an die zuständigen Ministerien einreichten, in dem die Sicherstellung ihrer beruflichen Existenz gefordert wurde (Chen, Sheng-kun 1978: 91). Auf ihrer zentralen Versammlung in Schanghai wählten sie 5 TCM-Mediziner als politische Sprecher, um die Existenz der TCM in China zu legitimieren. Der Tag wurde von ihnen als „Tag der Nationalmedizin“ (Guo-yi Tag) genannt (zit. n.: Shi, Zhong-xu 1993: 324).

Die TCM-Mediziner verlangten ein Verwaltungssystem für ihren Heilberuf, das eine Gleichberechtigung mit den Biomedizinern ermöglichte. Um Kritik an der Wirksamkeit ihrer Heilmethoden zu entkräften, versuchten sie die Effizienz der TCM zu beweisen, indem sie verschiedene erfolgreiche Fälle anführten. Aber ihre Versuche stießen bei der Gesundheitsbehörde nicht auf Akzeptanz (Shi, Zhong-xu 1993: 324). Durch die Unterstützung von einflußreichen politischen Sympathisanten konnte die Agitation der „Anti-TCM“-Bewegung etwas zurückgedrängt werden. Obwohl diese Sympathisanten moderne Intellektuelle waren, wandten sich jedoch dagegen, das indigene Medizinsystem ohne jegliches Bedenken zu zerstören. In dieser Gruppe spielte Guo-fu Chen eine führende Rolle. Da er zu dieser Zeit zu dem mächtigen Kreis von Politikern um den Präsidenten Chiang Kai-shek zählte, konnten seine Ideen realisiert werden (Croizier 1976: 343, 345). Die politischen Unterstützer und TCM-Mediziner widersprachen den chinesischen Biomedizinern auf der politischen Ebene, indem sie ihnen vorwarfen, mit den westlichen Mächten zusammenzuarbeiten, um die Chinesen zu unterdrücken.⁹ Sie bezeichneten dies als „kulturelle Verdrängung“ durch die westlichen Mächte. Auf der anderen Seite versuchten sie nachzuweisen, daß es in China nicht genug Biomediziner gab. Der größte Teil der Bevölkerung wohnte auf dem Land und bedurfte aus ihrer Sicht einer Versorgung durch traditionelle Chinesische Mediziner (Chen, Li-fu 1993:133). Die TCM-Mediziner betonten drittens, daß ihre Lehre ein nationales Kulturgut der Chinesen sei (Shi, Zhong-xu 1993: 324, Dai, Xian-zhang 1994: 65).

Das Gesuch wurde vom Führer der Republik China - Chiang Kai-shek - akzeptiert, so daß die TCM als eine anerkannte Medizin in China weiter existierte. Im Konflikt

zwischen Biomedizin und TCM traf die Regierung die formelle Entscheidung, TCM als Medizinform anzuerkennen und ließ im Jahr 1930 ein „Institut für Nationalmedizin (Guo-yi Guan)“ gründen. Das Institut hatte in jeder Provinzstadt eine Zweigstelle und wurde als eine nicht regierungsamtliche Organisation betrachtet; gleichzeitig stellte sie auch Forschungsergebnisse für die Chinesische Medizin zur Verfügung (vgl. Shi, Zhong-xu 1993: 324; Huang, Wei-san 1999, Nr. 128¹⁰). Einerseits sahen die dort Beteiligten ihre Medizin als eine Art „traditionelle Wissenschaft“ an. Andererseits galt „Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin“ als Ziel dieser Institution, um der Chinesischen Medizin mit westlichen wissenschaftlichen Methoden gesellschaftliche Anerkennung zu verschaffen (Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 2). Da das biomedizinische System noch nicht richtig etabliert war, bestand jedoch die Chance für die TCM-Heiler, in dieser unklaren Situation weiter zu praktizieren.

2.4 Angriffe der Biomediziner gegen das Institut für Nationalmedizin

Die Biomediziner sahen in der Gründung des Forschungszentrums für TCM einen gegen sie gerichteten Akt. Manche Biomediziner versuchten aus dem wissenschaftlich-medizinischen Blickwinkel, die traditionelle Heilkunst zu kritisieren. Einer davon war Yu Yan. Als Biomediziner auch mit Chinesischer Medizin gut vertraut, verlangte er, daß die Grundlagenforschung im Institut für Nationalmedizin nicht in den Händen der TCM-Mediziner, sondern in denen der Biomediziner liegen müsse, um die Chinesische Medizin an die moderne Wissenschaft anzupassen. Er meinte, Medizin solle auf wissenschaftlichen Fächern wie Pathologie, Biologie, Physiologie und Pharmazie basieren. Ohne solche Grundlagen mache die Chinesische Medizin keinen Sinn (Chen, Sheng-kun 1978: 92). Die Gründung eines Instituts für Nationalmedizin sei nur dann zweckmäßig, wenn folgende Prinzipien eingehalten würden:

1. Das Institut soll nur als Forschungs-, aber nicht als Ausbildungszentrum für den medizinischen Nachwuchs dienen.
2. Im Institut müßten Wissenschaftler aus verschiedenen Fachgebieten tätig sein, um Forschungen durchzuführen und zu leiten.
3. Auf die Verwendung veralteter Konzeptionen—Ying/Yang, Fünf Phasen, usw. – müsse bei der Diagnose verzichtet werden, um die Bevölkerung nicht in die Irre zu führen (zit. n.: Chen, Sheng-kun 1978: 92).

⁹ Bis zu dieser Zeit blieb noch die Erinnerung an die Bedrohung durch die Kolonialmächte. Außerdem studierten die Chinesen, die später in China Biomedizin praktizierten, entweder im Ausland oder bei ausländischen Medizinern in China.

¹⁰ In: Die Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China: www.uncma.org.tw.

Yu Yan plädierte dafür, daß nur die nutzbaren Teile der Chinesischen Medizin beibehalten und in die moderne Medizin integriert werden sollten. Dieses Ziel konnte seiner Ansicht nach nur durch die Arbeit von modernen medizinischen Grundlagenforschern erreicht werden (Chen, Sheng-kun 1978: 92, 95-97). Er sah jedoch kaum Raum für eine Fortführung der Praxis von TCM-Mediziner und erntete dafür den Widerspruch der TCM-Mediziner.

2.5 Chinesische Medizin als kulturelle Überlieferung Nationalchinas

Angesichts des Vorwurfs der Unwissenschaftlichkeit war die TCM sehr angeschlagen. Aber wegen des Bedarfs auf dem Land und des Vorwurfs der TCM-Mediziner, daß die Biomedizin eigenes Kulturgut zerstöre, blieb der TCM eine Überlebensemöglichkeit. Präsident Chiang Kai-shek bemerkte im Jahre 1938 in der „Zeitschrift für Nationalmedizin“:

„Die Therapie der Chinesischen Medizin ist eine Form der energetischen Konzentration und seelischen Wahrnehmung. Sie kann weder durch wissenschaftliche Regeln erklärt noch durch Geräte getestet werden. Chinesische Medizin ist nicht nur wegen ihres Kulturwertes aufbewahrenswert, sie spielt in der Geschichte der Weltmedizin eine wichtige Rolle. ... Gegenwärtig ist China von der Wissenschaft äußerer Mächte bedroht. Westliche Medikamente werden in China Jahr für Jahr immer mehr verkauft. Um aus dieser schlechten Situation zu gelangen, müssen wir die Chinesische Medizin aktiv fördern, damit sie in China systematisch betrieben werden kann“ (zit. n.: Dai, Xian-zhang 1994: 10).

Durch die Anwendung der indigenen Medizin sollte die finanzielle Belastung des Staates bei den Ausgaben für die Gesundheit verringert werden. Auch wollte man angesichts der Bedrohung Chinas durch koloniale Mächte etwas Eigenes schaffen, um der Bevölkerung das verlorengangene Selbstbewußtsein wiederzugeben. Die Bewegung der Chinesischen Mediziner wurde deshalb von der Regierung als Ausdruck einer nationalen Identitätsstiftung unterstützt. Die zitierte Äußerung diente damit als Schutz für die Chinesischen Mediziner, die eine Fortführung ihrer Berufstätigkeit sicherstellte.

2.6 Versuche einer Integration biomedizinischer Erkenntnisse in die TCM

Um medizinische Kenntnisse weiterentwickeln zu können, blieb die Verwissenschaftlichung der TCM ein entscheidendes Ziel der TCM-Mediziner. Sie waren der Auffassung, daß die Chinesische Medizin von ihrer Konzeption her überzeugend sei, aber sich für die Lösung konkreter Probleme weniger gut eigne. Sie vertraue zu stark auf die Theorie, deshalb sei sie zu abstrakt. Biomedizin sei bei der Behandlung konkreter Probleme wirksamer, aber es fehle ihr an „Theorie und

Konzeption“.¹¹ Sie beschäftige sich zu stark mit den konkreten Dingen, so daß ihr Blick verengt sei. Deshalb hätten TCM und Biomedizin ihre Vor- und Nachteile. Man solle daher nicht nur eine Richtung bevorzugen (Shi, Zhong-xu 1993: 190). Ein TCM-Mediziner Tie-qiao Yun führte an, daß die Chinesische Medizin von der westlichen Biomedizin lernen könne, um sich weiterzuentwickeln:

„Die westliche Medizin ist heutzutage in China sehr verbreitet. Die Kenntnisse der westlichen Medizin verbessern sich von Tag zu Tag; die Chinesische Medizin wird davon erdrückt und ihre Bedeutung verringert sich immer mehr. Die Chinesischen Mediziner sind aber sehr passiv und reagieren nicht auf diese Entwicklung. Einige haben Elemente westlicher Medizin in ihre Therapie einbezogen, besitzen jedoch wenig Kenntnis darüber. Manche Chinesische Mediziner vertiefen sich in alte chinesische medizinische Literatur, und bezeichnen sich als Kulturbewahrer. Damit können sie jedoch das grundlegende Problem der Chinesischen Medizin nicht lösen“ (zit. n.: Shi, Zhong-xu 1993: 191)

Die Berührung mit westlicher Medizin gab den Chinesischen Medizinerinnen Gelegenheit, ihr Wissen durch die Erkenntnisse der Biomedizin in neue Bahnen zu lenken. Ab 1927 gründeten einige von ihnen private medizinische Hochschulen für Chinesische Medizin, und eröffneten auch für TCM-Mediziner den Zugang zu einer geregelten Ausbildung (Shi, Zhong-xu 1993: 192).

2.7 Anerkennung durch die Gesetzgebung

2.7.1 Gesundheits- und Erziehungsministerium

Erst 1936 erfolgte schließlich im Gesundheitsministerium die Gründung eines Komitees für Chinesische Medizin. Es hatte jedoch nur eine beratende Funktion. Deshalb mußte der Versuch der TCM-Mediziner scheitern, auf Verwaltungsebene eine den Biomedizinerinnen vergleichbare Position zu erreichen; von den privaten Schulen für Chinesische Medizin war bisher keine einzige vom Erziehungsministerium anerkannt worden (vgl. Huang, Wei-san 1999, Nr. 128).

Im Jahr 1938 versuchte der Erziehungsminister Li-fu Chen - ein Befürworter der Verwissenschaftlichung der TCM - mit den Mitgliedern des TCM-Komitees des Gesundheitsministeriums ein Kursprogramm für eine TCM-Hochschule zu arrangieren. Aber wegen des Krieges gegen Japan und des Bürgerkrieges blieb das Programm nur ein Entwurf und wurde nicht weiter verfolgt (Lin, Zhao-geng 1995: 374). Während des

¹¹ Bei ihrer Konfrontation mit der Pathologie der westlichen Medizin reagierten die damaligen TCM-Mediziner mit der Hervorhebung des Unterschiedes zwischen Sachlichkeit der Biomedizin und

Krieges gegen die Japaner wurde die Auflösung bzw. das Weiterbestehen der TCM nicht thematisiert. Zu dieser Zeit riegelten nämlich die Japaner die Küste Chinas ab. Die chinesische Bevölkerung erhielt kaum medizinische Hilfe von außerhalb, und daher war die Regierung auf die TCM-Mediziner angewiesen.¹²

2.7.2 TCM im Arztrecht

1943 wurde ein Arztrecht verabschiedet, das TCM und Biomedizin als formal gleichberechtigt ansah. Dagegen stand die Aussage, daß der angehende Arzt eine Ausbildung an einer medizinischen Hochschule absolvieren mußte. Das Recht schloß damit faktisch die TCM-Mediziner von der legitimen Arztpraxis aus, weil bis zu diesem Zeitpunkt noch keine anerkannte Hochschule für Chinesische Medizin existierte. Den privaten TCM-Schulen fehlte die offizielle Anerkennung, obwohl es zu diesem Zeitpunkt mehr als 80 derartige Einrichtungen gab (vgl. Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 3).

1946, kurz nach Kriegsende, verlangten das Erziehungs- und das Gesundheitsministerium wieder, die TCM abzuschaffen. Das Erziehungsministerium erkannte deshalb keine privaten TCM-Hochschulen an, obwohl eine staatliche finanzierte Hochschule für TCM noch nicht gegründet worden war. Gleichzeitig ordnete das Gesundheitsministerium an, daß TCM-Mediziner sich nicht Arzt nennen und keine chemischen Medikamente anwenden durften. Obwohl die TCM-Mediziner ein Gesuch an das Ministerium richteten und eine Demonstration veranstalteten, blieb der Erfolg aus (Lin, Zhao-geng 1995: 374f.). Die Regierung der KMT-Partei vollzog eine Wende hin zu einer Orientierung an der Modernisierung und kehrte dem traditionellen Heilwissen den Rücken.

Trotz dieser Schwierigkeiten gründeten die TCM-Mediziner im Jahre 1945 die Vereinigte Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China. Jedoch erhielt diese wegen des Bürgerkriegs lediglich eine nominelle Funktion (vgl. Huang, Wei-san 1999, Nr. 128; Lin, Zhao-geng 1995: 374f.).

abstrakter Theorie der TCM (Shi, Zhong-xu 1993: 190). Sie betonten später wiederholt diesen Unterschied von Versachlichung und Ganzheitlichkeit.

¹² Interview mit Huang, Sian-the v. 7. 1. 2000. Siehe Anhang: Personaldaten der Interviewpartner.

3 Resümee

Die politische Debatte über Chinesische Medizin im späten Kaiserreich und in der Republik China weist starke Ambivalenzen auf, die mit der Diskussion um das Verhältnis von Tradition und Moderne in engem Zusammenhang stehen. Die Intellektuellen und maßgeblichen Politiker schwankten zwischen Ablehnung und Akzeptanz der Chinesischen Medizin, die sich von Fall zu Fall in Unterstützung und Obstruktion niederschlagen konnte. Von erkennbaren Vorgaben der Politik, die sich dazu noch in finanzieller Förderung, konkreten Interventionen und gesetzlichen Maßnahmen manifestierten, läßt sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht sprechen. Die Bemühungen um Revitalisierung hatten eher ideologischen und rhetorischen Charakter.

Hinter dieser Ambivalenz gegenüber der TCM standen sowohl politische wie pragmatische Gründe. Bezüglich der politischen Motivation spielte das Ziel einer Verwestlichung die entscheidende Rolle. Durch eine Orientierung an den Westen versuchte China die dringend benötigten politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Reformen durchzuführen. Diese Politik wirkte sich dahingehend aus, daß sich das schon durch die chronische wirtschaftliche und politische Schwäche des späten Kaiserreiches angeschlagene nationale Selbstbewußtsein weiter verschlechterte. Hier bot sich die Berufung auf ein Kulturerbe wie die TCM als willkommene ideologische Kompensation an. Bei der Diskussion um die Frage der nationalen Identität und der Modernisierung Chinas stellte die Chinesische Medizin einen bedeutenden Streitpunkt dar. Einerseits sahen die Befürworter einer Verwestlichung Chinas in der Biomedizin die Rettung der Nation, die die Voraussetzung für einen gesunden Volkskörper, für eine biologische und nationale Gesundheit bilde. Andererseits bot der Rückgriff auf die nationale Identität eine Möglichkeit für die TCM-Mediziner, sich der Regierung als Wahrer eines nationalen Kulturerbes zu präsentieren und dadurch ihren gesellschaftlichen Status zu sichern. Als Reaktion auf die Bedrohung durch den kulturellen Einfluß fremder Mächte entstand die Bewegung der Revitalisierung der Chinesischen Medizin (Croizier 1976: 341). Die Idealisierung der TCM als nationales Kulturerbe und ihre Verbindung mit der Politik des Rückgriffs auf eine nationalen Identität charakterisiert diese Revitalisierungsbewegung (Kaiser 1992: 36).

Die Argumentation für das Weiterbestehen der TCM hatte jedoch nicht nur ideologische, sondern auch pragmatische Gründe. Neben einem Mangel an biomedizinischen Ressourcen für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung spielte dabei auch eine Rolle, daß Vertreter von Staat und Verwaltung die TCM als kostengünstige Variante ansahen, die als Ergänzung des kostenintensiven biomedizinisch orientierten Medizinalwesens toleriert, wenn nicht sogar staatlich gefördert werden sollte.

Dieses politische Umfeld bot für die TCM Entwicklungsmöglichkeiten, ihre Institutionalisierung innerhalb des Medizinsystems zu erreichen und zwar in Form von medizinischen Organisationen, wissenschaftlichen Zeitschriften und systematischen Ausbildungssystemen. Die anvisierte Institutionalisierung und Integration eines naturwissenschaftlichen Frameworks bildeten den Grundstein für die Einleitung eines Professionalisierungsprozesses, der erst Jahrzehnte später eingeleitet wurde.

Eine Verwissenschaftlichung ihrer Heilmethoden galt dabei als Hauptziel der Bestrebungen. Ende des 19. Jahrhunderts bis Anfang des 20. Jahrhunderts lassen sich Befürworter und Gegner einer Verwissenschaftlichung der TCM auf dem chinesischen Festland in vier Gruppen unterteilen:

1. Die erste Gruppe betrachtete die TCM als traditionelle Heilkunst und hob ihre Wurzeln hervor. Sie betonten die Unterschiede und die Unvereinbarkeit von TCM und Biomedizin. Die meisten TCM-Mediziner, die stillschweigend im ganzen Land praktizierten und nur vereinzelt ihre Stimme erhoben, gehörten zur dieser Gruppe.
2. Die Befürworter einer Zusammenarbeit zwischen TCM und Biomedizin sahen in letzterer einer Ergänzung der TCM. Sie wollten die TCM durch wissenschaftliche Methoden und Kenntnisse erweitern und damit deren Schwächen ausgleichen. Dazu zählten die TCM-Mediziner - Pei-wen Zhu (1893), Rong-chuan Tang (1892) und Xi-chun Zhang und der konfuzianistische Gelehrte Fu-bao Ding.
3. Die Befürworter einer Verwissenschaftlichung der TCM orientierten sich prinzipiell an der Biomedizin und wollten einige Therapieformen der TCM in die Biomedizin integrieren. Als wichtiger Vertreter dieser Richtung ist Yu Yan zu nennen, der dafür eintrat, nur nutzbare und wissenschaftlich beweisbare TCM-Heilmethoden in die Biomedizin zu integrieren.
4. Die radikalen Gegner der TCM sahen in der Biomedizin eine Rettung der Nation. Dies gilt besonders für die meist intellektuellen Vertreter einer Verwestlichung, die nach der Niederlage des Kriegs gegen Japan (1894) für die demokratische Revolution eintraten.

Der Bürgerkrieg unterbrach die Debatte zwischen Biomedizin und TCM. In China fand die Debatte seit Beginn der kommunistischen Zeit ihre Fortführung. Die Befürworter der Biomedizin versuchten im Jahre 1949 die TCM nochmals niederzuringen. Sie argumentierten, die kommunistische Partei könne der Biomedizin besser zum Durchbruch verhelfen als die korrupte KMT-Regierung, die die TCM damals nicht abzuschaffen vermochte (Liao, Yu-qun 1993: 284). Danach wurde die TCM wegen Mangels an biomedizinischen Ressourcen von den Kommunisten als eine wichtige Medizin genutzt. Es entwickelte sich in China ein neues Erklärungsmodell der TCM-Theorie, die mit der marxistischen Dialektik und dem historischen Materialismus

verbunden wurde. Eine Verwissenschaftlichung der TCM setzte Maßstäbe für eine sozialistische Gesundheitspolitik.¹³ Die demokratische Partei - Kuomintang - setzte sich nach Taiwan ab und bildete eine Gegenregierung zu Rotchina mit dem Anspruch auf politische und kulturelle Rechtmäßigkeit.

¹³ Im Jahr 1949, als die Befürworter der Biomedizin gegen die TCM debattierten, erklärten sie, die TCM sei eine idealistische, subjektive, unwissenschaftliche traditionelle Denkweise. Aber nachdem die TCM offiziell gefördert wurde, erklärten Anhänger der kommunistischen Partei, wie z. B. Mo-rou Guo, daß die TCM ein schlichter materialistischer Naturalismus und ihre Heilmethode mit der materialistischen Dialektik vereinbar sei. Diese Erklärungsweise begründete die sozialistische Theorie der TCM (vgl. Wan, Ming-hui 1999: 36f.; Liao, Yu-qun 1993: 289; Wan, Lü-xiu 1991: 49-52).

VII. TCM in Taiwan nach Gründung der Republik China bis zu den 1970er Jahren

Im Folgenden wird die Entwicklung der Chinesischen Medizin seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges bis in die 70er Jahre betrachtet. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Ausdehnung des medizinischen Personals. Infolge der locker gehandhabten Lizenzierungsmaßnahmen wurden viele Chinesische Mediziner zwar rechtlich anerkannt, dennoch zweifelten die Biomediziner ihre Qualifikation an. Die Argumente bezüglich der Kriterien für eine Lizenzierung waren bei Biomedizinern und TCM-Medizinern diametral entgegengesetzt. Während die Biomediziner eine strengere Handhabung forderten, plädierten die nicht akademisch ausgebildeten TCM-Mediziner unter Berufung auf traditionelle Überlieferung und Erfahrung für eine Lockerung der Bestimmungen.

Die Institutionalisierung in Form der Selbstorganisation der TCM-Mediziner und ihrer Ausbildung bildete nur ein grobes Fundament für das Entstehen einer Profession. Diese Phase ist durch ein Nebeneinander von Biomedizin, Chinesischer Medizin und verschiedener Formen der Volksmedizin gekennzeichnet, ohne daß das Niveau staatlicher Intervention der 70er Jahre schon erreicht wäre. Tolerierung verschiedener Medizinformen und institutionelles Chaos bilden die Charakteristika dieser Periode. Hier lassen sich Beziehungen zum medizinischen Pluralismus und lockere Verbindungslinien zur Professionstheorie herstellen.

Mit der Niederlage der Kuomintang-Regierung (KMT) in dem Bürgerkrieg gegen die Kommunistische Partei Chinas im Jahre 1949 flohen 2 Millionen Chinesen nach Taiwan.¹ Zu Beginn der KMT-Regierung in Taiwan hatte sich das autoritäre politische System noch nicht richtig etabliert. Denn die nationalchinesische KMT-Partei betrachtete ihre Ein-Parteiherrschaft in Taiwan als kurze Übergangsphase, um nach einem Sieg über die Kommunisten die Kontrolle über die gesamte chinesische Nation einschließlich des Festlandes zurückzugewinnen zu können. Trotzdem mußte die plötzlich angewachsene Bevölkerung eingegliedert werden. Deshalb führte die Regierung viele Eingliederungsmaßnahmen durch, aber ohne den Erfolg sichernde Kontrollmaßnahmen. Beim Gesundheitswesen wurde ebenso verfahren, obwohl einige akademisch ausgebildete Biomediziner immer wieder verlangten, die Qualifikation von Medizinern zu verbessern. Vorrangig verfolgte die Regierung das Ziel, das medizinische Personal zu

¹ Nach dem Zweiten Weltkrieg zog sich die japanische Regierung aus Taiwan zurück. Die Insel wurde als Teil des chinesischen Territoriums „zurückerober“t. Die Kuomintang-Regierung (KMT) übernahm im Jahr 1946 die politische Macht auf Taiwan. Zu dieser Zeit begann die Periode der sogenannten „demokratischen Regierung“ mit dem Parteimonopol der Kuomintang. Das politische System Taiwans war vom Ende des Zweiten Weltkrieges bis in die 1970er Jahre von dieser autoritären Regierungsform geprägt.

erhöhen, um zumindest eine Grundversorgung der Bevölkerung einigermaßen gewährleisten zu können. TCM und Biomedizin versuchten, beim Aufbau des Gesundheitssystems ihre Machtpositionen zu etablieren.

Dabei konnte sich die Chinesische Medizin auf ihre Wertschätzung als Kulturerbe stützen, weil zu Anfang des 20. Jahrhunderts die TCM in China als ein kulturelles Gegengewicht gegen die Entfremdung durch die Kolonialmächte galt. Sie behielt diese Funktion auch in Taiwan, als die TCM-Mediziner ihre Position zu festigen versuchten. Dem Anspruch der KMT-Regierung, das rechtmäßige China zu vertreten, entsprach die Erklärung der TCM zum nationalen Kulturerbe. Daher wurde die TCM zunehmend als kulturell-politisches Gegengewicht gegenüber der chinesischen Volksrepublik genutzt.

Die Situation der TCM änderte sich in den 1970er Jahren, als sie als wirksame Richtung der Medizin angesehen wurde. Für dieses Jahrzehnt als Wendephase der Entwicklung der TCM auf Taiwan erweisen sich zum einen ihre Marginalisierung vor dieser Zeit als prägend, zum anderen ihre Professionalisierung, Verwissenschaftlichung und Institutionalisierung.

1 Soziale Hintergründe für die Entwicklung eines medizinischen Pluralismus

Die Machtübernahme der Nationalchinesen auf Taiwan wurde von den meisten Taiwanern begrüßt, da sie während der japanischen Kolonialzeit ihre engen kulturellen Wurzeln an das Festland stets hatten verleugnen müssen.² Die 50 jährige Trennung hinterließ jedoch ihre Spuren, die sich in einer Entfremdung und Rivalität zwischen der zugewanderten nationalchinesischen Elite und der japanisch beeinflussten Oberschicht Taiwans manifestierte. Die Nationalchinesen benahmten sich wie die Erlöser Taiwans, waren aber durch die vielen Kriegsjahre in China ausgezehrt und kannten die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse in Taiwan kaum. Der taiwanesischen Elite, viele davon Biomediziner, wurde durch die Ankunft der abgekämpften, teilweise undisziplinierten nationalchinesischen Truppen bewußt, wie stark sich das modernisierte Taiwan unter dem bisherigen japanischem Einfluß und das rückschrittliche Festlandschina voneinander unterschieden und dies wiederum verstärkte ihre Distanz zu den neuen Machthabern. Gleichzeitig war in der gemeinen Bevölkerung Taiwans eine Welle des „Rückzugs zur Tradition“ zu beobachten. Viele volkstümliche Traditionen - unter japanischer Herrschaft verboten - tauchten wieder auf und fanden

² Während der japanischen Zeit wurden die Taiwaner als Bürger zweiter Klasse betrachtet. „Zurück zu China“ bedeutete für sie, daß sie ihr nationales und kulturelles Selbstbestimmungsrecht gewonnen hatten. Yi-ren Zhong erinnerte sich an sein Gefühl nach der Kapitulation Japans: „Die Japaner haben verloren. Sie können uns nicht mehr kontrollieren. Taiwan gehört nun uns selbst. Wir sind frei und dürfen tun, was

weite Verbreitung. Dazu zählten verschiedene Formen der daoistisch geprägten Volksreligionen und auch die Volksheilkunde (Chen, Jun-kai 1993b: 114f.).

Diese Entwicklung der Gesellschaft in Taiwans, die sich in drei verschiedene gesellschaftliche Gruppen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund aufspaltete - zwischen traditionellem Kulturerbe als nationaler Identität und westlicher Moderne schwankende Nationalchinesen, eine durch den japanischen Weg der Modernisierung beeinflusste taiwanesischen Elite und die an ihren Traditionen hängende taiwanesischen Bevölkerung - begünstigte die Herausbildung eines medizinischen Pluralismus in Taiwan. Die von Nationalchinesen beeinflusste Kuomintang-Regierung (KMT) förderte den Aufbau eines biomedizinisch orientierten Gesundheitswesens. Ihre Achtung der Chinesischen Medizin als nationales Kulturerbe zeigte sich wiederum in den Äußerungen einiger Politiker.

In der praktischen Politik dominierten trotz solcher Rhetorik jedoch rein pragmatische Motive, was angesichts der Defizite in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in den Nachkriegsjahren kaum verwunderlich erscheint. Aufgrund des Ausbruchs der Seuchen während der Nachkriegszeit bemühte sich die Regierung zunächst um eine Ausdehnung des medizinischen Personals vorrangig im öffentlichen Gesundheitswesen. Der Gesundheitspolitik fiel nur eine Nebenrolle zu, da wirtschaftliche Aufbaufragen im Vordergrund standen (vgl. Chiang, Tung-liang 1995: 387; Archivkomitee Taiwan 1995: 25f.). Beim Wiederaufbau des modernen öffentlichen Medizinalwesens, das nach dem Rückzug der Japaner praktisch in Auflösung begriffen war, spielten taiwanesischen Biomediziner eine zentrale Rolle, die durch die japanische Modernisierung geprägt waren. Aufgrund des Mangels an medizinischem Personal verlangte die KMT-Regierung von ihnen, für diesen Bereich Verantwortung zu übernehmen, so daß in der Anfangsphase taiwanesischen Biomediziner die meisten Beamten im öffentlichen Gesundheitswesen stellten (vgl. Tu, Tsungming 1973: 114f.; Chen, Jun-kai 1993b: 113).

In der medizinisch-therapeutischen Praxis, besonders in ländlichen Gegenden, ist eine gänzlich andere Entwicklung zu beobachten. Die Welle „Zurück zur Tradition“ stärkte die Position der Volksheilkunde, die sich mit den Vorstellungen der Volksreligion vermischte. Gleichfalls ließ sich in der Bevölkerung Taiwans eine gewisse Renitenz gegen die Bestimmungen der in der japanischen Zeit aufgebauten Medizinalordnung beobachten, da sie diese als politische Zwangsmaßnahmen der Kolonialherren in Erinnerung hatte.

„... Die Bevölkerung glaubt, daß die Zurückeroberung Taiwans einen Rückzug zur

wir möchten“ (Zhong, Yi-ren (1988), zit. n.: Chen, Jun-kai 1993: 127).

Tradition bedeutet. Die Wissenschaft und Ärzte wurden deshalb zur Seite gedrängt. Statt dessen verehrten sie die traditionellen Götter und Schamanen. ... Sie lehnten die Impfung ab und wandten sich gegen die Hygiene“ (zit. n.: Chen, Jun-kai 1993b: 112)

Mit diesem Rückzug auf die Tradition tauchten unterschiedliche Formen der Volksmedizin auf, die aber von der Regierung ignoriert und bei der Regelung der Medizinalpolitik nicht beachtet wurden. Aus Sicht der Bevölkerung war während dieser Zeit aufgrund der Tradition die Volksmedizin und die TCM akzeptabler als die von Japanern geförderte Biomedizin, die ohnehin auf das öffentliche Gesundheitswesen und die Versorgung der städtischen Bevölkerung begrenzt blieb. Durch die Besinnung der Bevölkerung auf die alten Traditionen wuchs auch die Popularität der Volksheilkunde.

Zusammenfassend läßt sich konstatieren, daß die KMT-Regierung den Aufbau des modernen Gesundheitssystems zwar förderte, aber aus pragmatischen Gründen auch die TCM als anerkannte Medizin und Möglichkeit der Versorgung der Bevölkerung tolerierte. Von den Japanern ausgebildete taiwanesischen Biomediziner trugen wesentlich zum Wiederaufbau eines modernen biomedizinisch orientierten öffentlichen Medizinalsystems bei. Daneben existierte die TCM-Heilkunde in ihren unterschiedlichen Varianten und verschiedene Formen der Volksmedizin als Manifestation eines medizinischen Pluralismus.

2 Verwaltung des Gesundheitswesens

Nachdem die KMT-Regierung auf Taiwan die Macht übernommen hatte, ordnete diese die Registrierung der taiwanesischen Mediziner im Rahmen des „chinesischen Regierungssystems“ an. Das öffentliche Gesundheitswesen orientierte sich inhaltlich weiterhin an dem System der japanischen Kolonialzeit. Die Gesundheitsgesetzgebung wurde jedoch von China übernommen (Archivkomitee Taiwan 1995: 244, 247).³

Zu Beginn der KMT-Regierung in Taiwan bildete die Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen nur eine kleine Abteilung im Innenministerium, die wegen ihrer mangelnden Ausstattung und Kompetenz nicht viel ausrichten konnte. Die Durchführung der Aufgaben im Gesundheitswesen lag in den Händen des Gesundheitsamtes der Provinzregierung Taiwan.⁴ Hierunter fiel auch das System der

³ Am Anfang der KMT-Regierung unterstand das Verwaltungssystem der Militärverwaltung. Ab 1955 gehörte das Gesundheitsamt zur Zivilverwaltung (Archivkomitee Taiwan, 1995: 50f.).

⁴ Die KMT-Partei verzichtete nicht darauf, sich als einziger Vertreter Chinas darzustellen. Deshalb behandelten sie Taiwan nur als eine Provinz Chinas, d. h. es wurde eine chinesische Zentralregierung auf Taiwan etabliert, deren Machtbereich sich aber nur auf das Territorium Taiwans beschränkte. Daneben

lokalen Gesundheitsämter, das während der Kolonialzeit gebildet worden war. Daher gab es in Taiwan zwei Arztformen, den Amtsarzt (nur Biomediziner) und den allgemeinen lizenzierten Arzt. Zu den Aufgaben des Amtsarztes gehörte nicht nur Gesundheitsförderung, Impfung, Familienplanung, sondern in eingeschränktem Maße auch die Krankenbehandlung (Archivkomitee Taiwan 1995: 24f.). Dabei fehlte in der Gesundheitsverwaltung eine Stelle für TCM-Angelegenheiten, da die Existenz der TCM von der Provinzadministration völlig ignoriert wurde. In dem Gesundheitsamt der Provinz arbeiteten nur biomedizinisch orientierte Beamte. Die etablierten Forschungszentren für besondere Krankheiten und staatlichen Krankenhäuser besaßen keine Stellen für TCM-Ärzte (vgl. Archivkomitee Taiwan 1995: 48-56).

Einige politische Sympathisanten der Chinesischen Medizin beriefen sich auf das im Jahre 1947 verabschiedete Verwaltungsrecht für das Gesundheitsministerium der Zentralregierung der Republik China, als die Regierung noch auf dem Festland war. Dies sah die Bildung eines Komitees für Chinesische Medizin beim Gesundheitsministerium vor, mit der Funktion, die Chinesische Medizin zu verwalten (Archivkomitee Taiwan 1995: 94). Wegen des Bürgerkrieges war das hochrangige „Gesundheitsministerium“ in Taiwan jedoch nicht sofort aufgebaut worden. Erst im Jahre 1971 entstand eine zentrale Verwaltung für das Gesundheitswesen, die sogenannte Zentralbehörde für das Gesundheitswesen (ZfG) (Archivkomitee Taiwan 1995: 95). Einige Minister der Zentralbehörde versuchten hin und wieder, den Wirkungsbereich der TCM-Mediziner weiter einzuschränken, um sich ganz dem biomedizinischen „Fortschritt“ hingeben zu können. Das Gesundheitswesen Taiwans orientierte sich weiterhin an der Biomedizin (Dai, Xian-zhang 1994: 18, 42).

Was die außerärztlichen Heilberufe betrifft, so hatten die Japaner schon während der Kolonialzeit Akupunktur und Moxibustion als relevante Heiltechniken registriert. Ferner waren Massage, Bone-setting als berufliche Tätigkeiten erfaßt. Jedoch erfolgte in der KMT-Regierung bis in die 70er Jahre keine gesetzliche Regelung.

3 Regierungsmaßnahmen zur Schaffung von medizinischem Personal

Nach dem Zweiten Weltkrieg war eine Expansion medizinischer Ressourcen unabdingbar. Wie erwähnt, erforderte das plötzliche Bevölkerungswachstum eine entsprechende Erhöhung des medizinischen Personals. Besonders galt dies beim Ausbruch von Epidemien. Obwohl die Seuchenprävention während der japanischen Kolonialzeit streng gehandhabt wurde, läßt sich in dieser Hinsicht während der

gab es noch eine Provinzialregierung Taiwan, um die Republik China auf Taiwan und die Provinz

Einwanderungswelle der Chinesen in den Häfen eine Vernachlässigung beobachten, so daß sich in der Folge auch in Taiwan Epidemien verbreiteten (Chen, Jun-Kai 1993b: 112f.). Andererseits blieb hier nach dem Rückzug der Japaner nur eine ungenügende Zahl der einheimischen ausgebildeten Mediziner. Durch eine großzügige Praxis bei der Lizenzierung versuchte die Regierung die Zahl der Ärzte zu erhöhen.

Der Aufbau des Gesundheitssystems nahm wegen Personalmangels längere Zeit in Anspruch. 1946 ordnete die Regierung die Registrierung von Biomedizinern und TCM-Medizinern in Taiwan an. Ab dieser Zeit gab es den „lizenzierten TCM-Arzt“, während die TCM-Mediziner in der japanischen Kolonialzeit eine andere Bezeichnung als die Biomediziner gehabt hatten. Dennoch existierten zu dieser Zeit in Taiwan nur 28 in der Kolonialzeit lizenzierte TCM-Mediziner, die als TCM-Ärzte neu lizenziert wurden (Archivkomitee Taiwan 1995: 1551f.).

Zwischen 1947 und 1949 erfolgte eine weitere großzügige Förderungsmaßnahme für das medizinische Personal. Die Mediziner vom chinesischen Festland und auch aus Taiwan konnten dadurch lizenziert und ihre Tätigkeit gesetzlich geregelt werden. Die früher praktizierenden Mediziner, die noch keine legalen Qualifikationen besaßen, hatten sich sofort anzumelden. Sie konnten ihre Lizenz bekommen, wenn sie ihre Arbeitsnachweise und -bestätigungen vorlegten, und brauchten keine Ausbildungszeugnisse zu zeigen. Außerdem wurden TCM-Mediziner auch anerkannt und lizenziert, wenn sie mehr als 5 Jahre praktiziert und sich dadurch einen guten Ruf erworben hatten (Chiang, Tung-liang 1995: 383; Archivkomitee Taiwan 1995: 245f.). Angesichts der chaotisch verlaufenden chinesischen Einwanderung erwies sich eine wirksame Kontrolle als unmöglich, so daß solche Dokumente leicht gefälscht werden konnten. Die Anzahl der TCM-Ärzte hatte sich zu dieser Zeit rapide erhöht. Einige Wissenschaftler vermuteten, daß dies darauf zurückzuführen sei, daß einerseits viele TCM-Mediziner aus China eingewandert waren, andererseits die nicht lizenzierten TCM-Lehrlinge auf Taiwan, die in einem TCM-Heilmittelladen⁵ arbeiteten, diese Förderungsmaßnahmen nutzten.⁶ Auf diese Weise bekamen bis 1950 insgesamt 781 TCM-Ärzte und 1.110 Biomediziner ihre Lizenz (Archivkomitee Taiwan 1995: 278).

Taiwan unterscheiden zu können.

⁵ Der Unterschied zwischen biomedizinischer Apotheke und TCM-Heilmittelladen liegt darin, daß Chinesische Heilmittel meistens natürliche, aber getrocknete, oder gedörrte Pflanzen, Wurzeln, Blätter, oder Mineralien sind, während biomedizinische Medikamente chemische Grundlagen haben.

⁶ Vgl. Lai, Peng-ju (2000) und Forschungsgruppe für Integrationsmedizin, auf der Homepage der Forschungsgruppe für Integrationsmedizin.

4 Weitere Expansion von medizinischem Personal durch die Gesetzgebung

1943 war das Arztrecht in China festgelegt worden, trat jedoch erst 1948 nach dem Rückzug der KMT auf Taiwan in Kraft. Das sogenannte „alte Arztrecht“ galt für drei Berufsgruppen: für den biomedizinischen Arzt, den Zahnarzt, aber auch für den TCM-Arzt (Archivkomitee Taiwan 1995: 247). Um im damaligen China das nötige medizinische Personal bereitzustellen zu können, war das Lizenzierungsverfahren nach diesem Arztrecht sehr locker geregelt. Gleiches galt auch für Taiwan. Die Biomediziner brauchten nur ihr Abschlußzertifikat von einer medizinischen Hochschule vorzuzeigen, um ihre Lizenz als Ärzte zu bekommen (Wu, Xian-ming 1995: 43). Da Anfang des 20. Jahrhunderts in China⁷ und in Taiwan viele Hochschulen für Biomedizin gegründet worden waren, konnte diese Lizenzierungspraxis leicht durchgeführt werden.

4.1 Lizenzmöglichkeiten für TCM-Mediziner nach dem alten Arztrecht

Das lockere Lizenzierungsverfahren nach dem alten Arztrecht galt auch für TCM-Mediziner. Da es in China einige private Fachschulen für Chinesische Medizin nur mit einer kurzen Ausbildungszeit gab, entsprach ihre Qualifikation nicht den im Arztrecht vorgesehenen Anforderungen und daher konnten sie davon nicht profitieren (Li, Ren-xian / Liu, Xiao-bin 1992: 3). An der in Taiwan im Jahr 1958 gegründeten privaten medizinischen Hochschule mit einem Fachangebot für Chinesische Medizin schlossen 1965 die ersten Absolventen ihr Studium ab. Sie zeigten jedoch wenig Interesse, als TCM-Ärzte eine Lizenz zu erwerben, da sie als Biomediziner lizenziert werden konnten und dies auch wollten. Deswegen wurden die Möglichkeiten kaum genutzt. Bis zum Inkrafttreten des neuen Arztrrechtes im Jahre 1975 gab es nicht einmal hundert Kandidaten, die Chinesische Medizin studiert hatten (vgl. Archivkomitee Taiwan 1995: 1431f., 1444f.).

Ihnen stand jedoch noch eine weitere rechtliche Zugangsmöglichkeit⁸ für TCM-Mediziner offen. Nach dem alten Arztrecht hatten sie noch dann eine Möglichkeit, eine Lizenz zu bekommen, wenn sie eine Zulassungsberechtigung als im Ausland praktizierende TCM-Mediziner vorzeigten und über 5 Jahre praktiziert hatten.⁹ Die

⁷ 1949 gab es in China schon über 20 Hochschulen für Biomedizin, die von westlichen Missionarsorganisationen gegründet worden waren und über 30 Hochschulen für Biomedizin, die durch staatliche oder private Finanzierung getragen wurden (Archivkomitee Taiwan 1995: 9).

⁸ Alle lizenzierten Prüfungen in Taiwan wurden vom Examinationsministerium vorgegeben und dadurch standardisiert.

⁹ Diese Regelung wurde zu dieser Zeit etwas großzügiger interpretiert, weil während der Kriegszeit viele Chinesen ins Ausland emigriert waren. Nach dem Bürgerkrieg blieben viele Chinesen in Hong-kong. Sie konnten jedoch weiter nach Taiwan wandern. Da Hong-kong zum Ausland erklärt wurde, konnten sie im Zuge der Lizenzierung von TCM-Medizinern in diese Regelung einbezogen werden. (Vgl. Wu, Xian-ming 1995: 48f.; auch Interview mit Chu, Wen-jie, siehe Anhang: Personaldaten der Interviewpartner.).

Kandidaten brauchten nur eine Bescheinigung vorzulegen. Hatten sie diese Voraussetzungen erfüllt, waren sie berechtigt, an der als leicht geltenden staatlichen Nachprüfung teilzunehmen. Die Mediziner, die vor 1950 über 5 Jahre praktiziert hatten, konnten wie bisher durch eine formelle Nachprüfungsmaßnahme (mündliche Prüfung) ihre Lizenz bekommen (Dai, Xian-zhang 1994: 19f.). Ab 1960 fand fast jährlich eine Nachprüfung für die im Ausland praktizierenden TCM-Mediziner statt. 1962 gab es bereits 103 Absolventen, während es 1960/61 lediglich 2 pro Jahr gewesen waren (Dai, Xian-zhang 1994: 34; Zhang, Cheng-guo 1989: 28). Wegen der vorgesehenen neuen Nachprüfungsordnung ab 1963, die eine schriftliche Prüfung vorsah, versuchten die TCM-Mediziner vor ihrer Einführung eine Lizenz zu erhalten.

4.2 Eine andere Lizenzmöglichkeit für TCM-Mediziner - die Sonderprüfung

Als weitere Möglichkeit, TCM-Mediziner zu lizenzieren, diente die Sonderprüfung.¹⁰ Sie war aber nicht im Arztrecht vorgesehen. Vor dem Bürgerkrieg in China hatte im Jahr 1940 schon einmal eine Sonderprüfung zur Lizenzierung von TCM-Medizinern stattgefunden. Da Anfang der 1950er Jahre in Taiwan noch keine anerkannte Medizinhochschule für TCM existierte, konnten die TCM-Mediziner durchsetzen, daß die Sonderprüfung weiterhin stattfand.¹¹ Zu Beginn, also in der Übergangsphase, erhielten viele TCM-Ärzte eine Lizenz. Aber eigentlich fehlte die Kontrolle, ob die betreffende Person die Chinesische Medizin auch wirklich beherrschte.

Obwohl bis zu dieser Zeit einige TCM-Ärzte versucht hatten, die TCM an das moderne Ausbildungssystem anzupassen, hatten die meisten TCM-Mediziner nach wie vor eine traditionelle private Lehrlingsausbildung durchlaufen. Nach der Tradition der TCM-Heilkunde gab der TCM-Mediziner seine beruflichen Kenntnisse an seine Kinder oder an seine Lehrlinge weiter. Solche TCM-Lehrlinge und Nachkommen besuchten keine medizinische Hochschule, da sie nur über eine geringe formale Ausbildung verfügten. Obwohl sie sich während ihrer Lehre umfangreiche praktische Kenntnisse der TCM erworben hatten, konnten sie die Eintrittsprüfung für Hochschulen oder Universitäten oft nicht bestehen. Deshalb bekamen sie in der Regel keine wissenschaftliche Ausbildung (Zhang, Cheng-guo 1989: 24, 30).

Da es eine Menge nicht akademisch ausgebildeter Lehrlinge in den TCM-Praxen gab, die eine Lizenzierung durch die Sonderprüfung erlangen konnten, blieb diese Möglichkeit

¹⁰ Die Sonderprüfung hatten Anfang der 70er Jahre für den Bereich der Biomedizin jedoch nur die Militärmediziner zu absolvieren, danach fanden wegen des in ausreichendem Maße ausgebildeten Medizinnachwuchses solche Prüfungen im biomedizinischen Bereich nicht mehr statt.

bestehen. Im Jahr 1951 wurden 556 TCM-Ärzte lizenziert, und 1952 318 Personen (vgl. Archivkomitee Taiwan 1995: 278). Dennoch wurden ab Mitte der 1950er Jahre die Sonderprüfungen ausgesetzt. Ab 1964 fanden sie wieder statt. Ihre Durchführung erfolgte jedoch in unregelmäßigen Abständen, so daß die Zahl der Absolventen sich verringerte (Zhang, Cheng-guo 1989: 27; Cui, Jiu 1989: 60).

Für die meisten TCM-Lehrlinge war die Sonderprüfung der einzige Zugang zur Lizenzierung, da diese den TCM-Nachwuchs für die Gesellschaft heranzubilden in der Lage war, obwohl die Kandidaten die Prüfung wegen ihrer fehlenden Schul- bzw. Hochschulbildung nur mit Mühe bestehen konnten. Aber die Gesundheitspolitik zielte auf die Heranbildung eines akademisch qualifizierten medizinischen Personals ab. Das zentrale Gesundheitsamt Taiwans und die zentrale Examensbehörde suchten daher nach Gründen, die Sonderprüfung wieder abzuschaffen. Sie führten für ihren Vorschlag folgende Gründe an:

1. Um die Qualität der Medizin zu sichern, und das Patientenrecht zu schützen, sollten die Mediziner ein reguliertes Ausbildungssystem durchlaufen.
2. Es sei altmodisch, ohne Ausbildung und nur durch eine Prüfung lizenziert zu werden. Die Sonderprüfung verhindere daher die Entwicklung der medizinischen Ausbildung (Wu, Xian-ming 1995: 50).

Daneben verschlechterten häufige Betrügereien den Ruf dieser Prüfung. 1956 ereignete sich ein Betrugsfall, der zur deren Aussetzung für 7 Jahre führte (Cui, Jiu 1989: 60).

Da die Kandidaten nicht durch systematische Ausbildung ihre Kenntnisse erworben hatten, brauchten sie auch kein Zeugnis oder Zertifikat vorzulegen. Deshalb wurde dieser Prüfung mißtraut. Die Biomediziner monierten, daß dadurch viele „unqualifizierte“ TCM-Heiler lizenziert würden. Auf der anderen Seite verleitete das Recht viele TCM-Mediziner dazu, illegal zu praktizieren, weil die Prüfung für sie schwer zu bestehen war.¹² Dafür waren nur geringe Strafen vorgesehen, und außerdem fehlte eine Bestrafungsinstanz. Bis in die 70er Jahre hatten sich noch viele praktizierende TCM-Mediziner während ihrer Lehrzeit nur praktische Fertigkeiten angeeignet. Sie

¹¹ Die Nachprüfung, auf Chinesisch „Jian-fu Examen“, bedeutet die Überprüfung einer Qualifikation. Die Sonderprüfung, auf Chinesisch „Te-kao“, umschreibt eher ein besonderes Examen. Hier und im weiteren Verlauf des Textes werden die Begriffe ihrem Inhalt auf deutsch wiedergegeben.

¹² Die zu prüfenden Fächer bezogen sich darüberhinaus nicht auf die Praxis. In den Hauptfächern mußte man den Inhalt der alten chinesischen Medizinbücher auswendig lernen. Es wurde also lediglich das Gedächtnis des Kandidaten geprüft, nicht aber seine Fähigkeit, die medizinischen Kenntnisse auch in der Praxis anzuwenden. Außerdem mußten Aufsätze geschrieben werden, in denen vorgegebene Themen behandelt wurden. Da es ihnen an Kenntnissen der chinesische Literatur mangelte, konnten viele Auszubildende zwar Krankheiten behandeln, hatten aber geringe Chancen, die Prüfung zu bestehen (Dai, Xian-Zhang 1994: 21).

konnten lediglich lesen und schreiben. Deshalb praktizierten sie illegal oder kauften bzw. liehen sich eine Lizenz von anderen staatlich anerkannten Mediziner:innen.

Trotz aller Qualifikationsprobleme dieser lizenzierten TCM-Ärzt:innen erhielten die meisten praktizierenden TCM-Ärzt:innen durch eine solche Sonderprüfung ihre Lizenzen. Weil ihre Qualifikationen von der Regierung kaum anerkannt und sie im Gesundheitswesen an den Rand gedrängt wurden, waren sie auf sich allein gestellt.

5 Verhältnis zwischen TCM-Mediziner:innen, Biomediziner:innen und Gesundheitspolitik

Die Orientierung des biomedizinischen Systems spiegelte die damalige politische und gesellschaftliche Situation wider. Die KMT-Regierung befürwortete sowohl früher in China als auch nach dem Krieg in Taiwan den Aufbau eines biomedizinischen Systems. 50 Jahre japanischer Kolonialherrschaft mit biomedizinischer Orientierung hatten Prägungen hinterlassen. Die Verhältnisse zwischen den ausgebildeten „taiwanesischen“ Biomediziner:innen, Gesundheitspolitikern und TCM-Mediziner:innen blieben sehr gespannt. Professionelle Medizin, schnelle Ausdehnung des medizinischen Personals und Kulturerbe der Chinesischen Medizin ließen sich schwer in Einklang bringen.

Die Rolle der TCM stand in engem Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit der Biomedizin. Die Hintergründe waren vielschichtig: Dabei sind zunächst die historischen Gründe zu nennen: ihre Unterdrückung während der japanischen Kolonialzeit und auch in der Republik China auf dem Festland. Ferner müssen Konflikte zwischen kolonisierten Taiwaner:innen und eingewanderten Chinesen in Betracht gezogen werden. Aus diesen Gründen ließ sich das Ziel einer Gleichberechtigung mit der Biomedizin nur schwer erreichen.

Die „taiwanesischen“ Biomediziner:innen hielten sich aufgrund ihrer systematischen medizinischen Ausbildung während der japanischen Kolonialzeit für besser qualifiziert. Die Qualität der durch die Förderungsmaßnahme registrierten Mediziner:innen, dazu zählten auch die TCM-Ärzt:innen, galt als sehr zweifelhaft. Ping-cheng Wu, ein „taiwanesischer“ Biomediziner:in, bezeichnete die Aktivitäten zur Ausdehnung des medizinischen Personals nach dem Krieg (1947/1948) in Taiwan als lächerliche Politik, die nur in einem unzivilisierten Land geschehen könne (Wu, Ping-cheng 1997: 108):

„Nach dem Krieg wurden die illegalen Heiler durch die Gesundheitspolitik der neuen Regierung geschützt. Sie benötigten nur eine formelle Prüfung, und danach galten alle als legale Ärzt:innen. ... Wir waren um das Leben der Bevölkerung sehr besorgt, konnten aber nichts

tun“ (Wu, Ping-cheng 1997: 108).

Aus folgenden Gründen war die Situation der neu registrierten TCM-Ärzte besonders schwierig: Erstens wurde die TCM in Taiwan, bedingt durch die Biomedizinalisierung während der Kolonialzeit, durch die japanischen Kolonialherren und später durch die während dieser Zeit ausgebildeten taiwanesischen Biomediziner gering geschätzt. Darüber hinaus hatten die in Taiwan übrig gebliebenen TCM-Mediziner auf der Ebene der Gesundheitspolitik weniger Macht. Drittens setzte sich der Machtkampf zwischen Tradition und moderner Wissenschaft wie in der vergangenen Zeit auf dem Festland auch in Taiwan fort, so daß die TCM immer wieder als unwissenschaftlicher Aberglauben abqualifiziert wurde. Obwohl der Konflikt zwischen ihr und der Biomedizin bis in die 50er und 60er Jahre wegen des Ansehens der TCM als bedeutendes Kulturgut noch nicht entschieden war, galt sie weiterhin als eine zweifelhafte Therapiemethode und wurde deshalb von den wissenschaftlich ausgebildeten und qualifizierten taiwanesischen Biomedizinern angegriffen (Chiang, Tung-liang 1995: 383).

Warum verschärfte sich die Distanz zwischen Biomedizin und TCM? Seit der Übernahme Taiwans durch die KMT brachen Konflikte zwischen Taiwanern und den zugewanderten Chinesen aus. Nach dem Massaker an ihren Eliten im Jahr 1947 durch KMT-Einheiten verhielten sich die Taiwaner auf der politischen Ebene sehr zurückhaltend. Bei der Auseinandersetzung zwischen TCM und Biomedizin spielte also neben dem Diskurs über die Wissenschaftlichkeit bzw. Unwissenschaftlichkeit von Heilmethoden auch der Konflikt zwischen „taiwanesischen“ Biomedizinern und „chinesischen“ TCM-Ärzten eine Rolle.¹³ Erstere bezeichneten die lizenzierten Ärzte „mit Rückeroberungsschein (Guang-fu-pai)¹⁴“, also die TCM-Ärzte aus China als „Nationalärzte (Guo-yi)“, und diese Epoche als Rückschritt in die „finstere Zeit der Medizin auf Taiwan“¹⁵. Ihr Verhalten gegenüber solchen Ärzten, die durch ein unkontrolliertes Verfahren ihre Lizenz bekamen, war von Distanz gekennzeichnet (Chiang, Tung-liang 1995: 383; Wu, Ping-cheng 1997: 108).

¹³ Nach dem Massaker verschlechterte sich das Verhältnis zwischen den aus China geflohenen „Wai-sheng-ren“ und den in Taiwan schon länger ansässigen „Ben-shen-ren“. Hinzu kam, daß sich die „Wai-sheng-ren“ die entscheidenden Posten im Regierungs- und Beamtenapparat sicherten sowie die Polizei und Armee kontrollierten (vgl. Die Republik China auf Taiwan. Überblick über die Geschichte Taiwans und seiner Bevölkerung, Köln, 1998: 2). Viele taiwanesischen Biomediziner nahmen an diesem Konflikt teil, da sie das am besten ausgebildete Personal in Taiwan stellten. Sie hatten in Japan demokratische Ideen kennengelernt und hielten es für ihre politische Verantwortung, für ein demokratisiertes Taiwan zu kämpfen. Viele davon wurden deswegen ermordet. Andere emigrierten enttäuscht ins Ausland (vgl. Chen, Yong-xing 1998: 97-114).

¹⁴ Gemeint ist die Ausnutzung der beruflichen Chancen nach der Rückeroberung des durch die Japaner besetzten Taiwans durch die Kuomintangtruppen.

6 Forderung nach strengen Qualifikationskriterien durch die Biomedizin

6.1 Revisionsvorschlag zur Reform des Arztrechts

Die taiwanesischen Ärztevereinigung (Biomediziner) drängte im Jahr 1950 auf eine Überarbeitung des Arztrechtes. Ihr Revisionsvorschlag wurde jedoch von der Regierung abgelehnt. Auch weitere Gesuche an Parlament und Präsident blieben erfolglos (Archivkomitee Taiwan 1995: 247). Der Revisionsvorschlag verlangte eine verstärkte Bekämpfung von illegalen Medizinerinnen und eine verbesserte Qualifizierung. Dies betraf auch Chinesische Mediziner, da sie aus den genannten Gründen ohne Lizenz praktizierten, an ihrer traditionellen Lehrausbildung hingen und sich deshalb nicht an das neue System anpassen konnten.

Die Gegenstimmen kamen aus drei Richtungen:

1. von den angehenden Militärmedizinern, die als ehemalige Sanitätshilfskräfte noch in Ausbildung standen und nach ihrer Absolvierung lizenziert werden sollten.
2. vom Gros der TCM-Mediziner, die weiterhin unter das alte Arztrecht fallen wollten. Aufgrund der lockeren Bestimmungen der alten Berufsordnung für die TCM-Mediziner konnten sie möglicherweise leichter als unter dem vorgeschlagenen neuen Arztrecht lizenziert werden. Auch war ihnen wegen der geringen Strafen im alten Arztrecht in ihrer Praxis trotz bestehender Verbote die Nutzung neuer Techniken wie Hörgeräte, Röntgenbilder oder die Verschreibung chemischer Arzneien eher möglich.
3. von den bis dahin noch praktizierenden Bone-setters, Akupunkteuren und Zahntechnikern,¹⁶ die sich noch nicht hatten registrieren lassen. Sie galten während der Kolonialzeit als registrierte Berufe. Wegen der geringen Strafen nach dem alten Arztrecht konnten sie weiter praktizieren, aber das vorgeschlagene neue Arztrecht schränkte ihre Möglichkeiten weiter ein. Deshalb war ihnen eine offizielle Anerkennung ihres Berufes gelegen, bevor das neue Arztrecht in Kraft trat (vgl. Archivkomitee Taiwan 1995: 244-249; Interview mit Chu, Wen-jie).

¹⁵ „Finstere Zeit der Medizin auf Taiwan“ bezieht sich hier nicht nur auf die unqualifizierten TCM-Ärzte, sondern auch auf die Lizenzierung der Militärärzte. Insgesamt lässt sich das Lizenzsystem als sehr großzügig charakterisieren (vgl. Chiang, Tung-liang 1995: 383).

¹⁶ Die Registrierung der Zahntechniker erfolgte durch eine andere Verwaltungsmaßnahme. Weil es bis zur dieser Zeit noch keine ausgebildeten Zahnärzte gab, brauchte man solche Techniker. Aber später entwickelte sich ein Problem zwischen den lizenzierten Zahnärzten und den registrierten Zahntechnikern, das aber an dieser Stelle nicht thematisiert werden kann (vgl. Archivkomitee Taiwan 1995: 268-271).

Es hat den Anschein, daß die große Menge der Gegner sich aus der traditionellen Heilkunde rekrutierte, da sie als lizenzierte bzw. unlizenzierte Mediziner stark davon betroffen waren. Der neue Revisionsvorschlag reduzierte erstens die Kompetenzen von TCM-Medizinern und TCM-Ärzten bei der Therapie, um dadurch eine klare Trennung zwischen TCM und Biomedizin herzustellen. Sie sollten keine biomedizinische Methoden und Medikamente verwenden dürfen. Beim Verstoß drohten ihnen empfindliche Sanktionen. Zweitens wurde die Lizenzierung der TCM stark eingeschränkt. Der Revisionsvorschlag machte ihnen eine Fortführung ihrer Praxis unmöglich. Daher wandten sie sich gegen eine Revision des Arztrechtes (vgl. Archivkomitee Taiwan 1995: 246-248; Wu, Xian-ming 1995: 46-49).

Der Revisionsvorschlag wurde nochmals im Jahr 1952 von dem zentralen Gesundheitsamt der „Provinzregierung Taiwan“ bearbeitet, aber vom Innenministerium abgelehnt, weil er mit der Politik der Regierung nicht vereinbar schien. Im Jahre 1955, als die Militärverwaltung auf der Provinzebene durch eine zivile Administration abgelöst wurde, legte der erste Direktor des Gesundheitsamts¹⁷ den Revisionsvorschlag erneut vor. Die wichtigsten Punkte waren hierbei:

1. Effektive Durchsetzung der Strafen für nicht lizenzierte Ärzte.
2. Die Werbung von Ärzten, unlizenziertes Praktizieren, unerlaubte Handlungen, wie beispielsweise die Verschreibung biomedizinischer Medikamente durch den TCM-Arzt, Durchführung von Operationen oder das Verabreichen von Spritzen, sollten reguliert bzw. verboten, Strafen konsequent angewandt werden (Archivkomitee Taiwan 1995: 247f.).

Aufgrund der Unterstützung durch die Provinzgouverneure wurde dieses Mal der Revisionsvorschlag ernst genommen. Der Reformvorschlag wurde sehr „vorsichtig“ behandelt und dem Innenministerium zur Bearbeitung übergeben, das 1958 die Gründung eines Reformkomitees anordnete (Archivkomitee Taiwan 1995: 248).

6.2 Verzögerung der Arztrechtsreform

Bei der Durchführung der Arztrechtsreform kam jedoch zu Verzögerungen. Obwohl die taiwanesischen Biomediziner eine effiziente Regulierung der Ärzte verlangten, verfolgte die Politik hier eher eine lockere Linie. Dabei spielte auf der einen Seite der Widerstand der TCM-Mediziner eine Rolle, auf der anderen Seite ging es der Regierung zunächst

¹⁷ Der erste Direktor des zentralen Gesundheitsamts war auf Taiwan geboren, hatte in China Medizin studiert, und in Kanada promoviert (Archivkomitee Taiwan 1995: 51). Offenbar war er eine Verbindungsperson zwischen den taiwanesischen Ärzten und der Gesundheitsverwaltung.

einmal darum, den Ärztemangel durch Lizenzierung der angehenden Militärmediziner¹⁸ zu entschärfen (Archivkomitee Taiwan 1995: 248). Ein anderer Grund hierfür war auch, daß es - besonders auf dem Land und in den ländlichen Gesundheitsämtern - nicht genügend medizinisches Personal gab.¹⁹ Da es der Regierung lediglich darum ging, die Ärztedichte, die sich nach 1949 verringert hatte, wieder zu erhöhen, wurde die TCM von der Gesundheitspolitik kaum gesondert beachtet. Es scheint, daß in dieser Zeit die Erhöhung der Ärztezahl und damit die Quantität wichtiger als die Qualität war.²⁰

Der Reformvorschlag orientierte sich am Qualifikationsniveau der Medizin, das die TCM-Mediziner nicht erreichen konnten. Die Gegenposition der TCM-Mediziner fand zwar in die Überlegungen mit Eingang. Es ging der Regierung jedoch in erster Linie um die angehenden Militärmediziner, für die der Reformvorschlag keine Anwendung finden konnte. Um das Arztrecht auf alle Mediziner übertragen zu können, wurde ein Mittelweg gefunden und das Recht weniger rigoros reformiert. 1962 konnte durch Vermittlung des KMT-Parteikomitees ein Kompromiß erzielt werden. Das Reformwerk fand 1967 seinen Abschluß und wurde als das „neue Arztrecht“ veröffentlicht (Archivkomitee Taiwan 1995: 248).

Es trat aber nicht sofort in Kraft, weil die angehenden Militärmediziner sich noch in der Ausbildung befanden und nach der Absolvierung lizenziert werden sollten. Deshalb wartete man mit der Inkraftsetzung bis 1975, als die meisten bereits lizenziert waren (Archivkomitee Taiwan 1995:248f.). Zwischen 1972 und 1976 fanden sieben Sonderprüfungen für Militärärzte statt, bei denen 2.724 Militärmediziner ihre Zertifikate erhielten (Chiang, Tung-liang 1995: 386). Jedoch wurden in der gleichen Zeit nur 713 TCM-Mediziner lizenziert (Archivkomitee Taiwan 1995: 279). Während dieser Periode bekamen übrigens mehr TCM-Mediziner ein Zertifikat als zwischen 1955 (Einführung der Zivilverwaltung) und 1971.

¹⁸ Aufgrund des Mangels an medizinischem Personal förderte die Regierung die Schaffung kurzer Ausbildungsgänge. Soldaten, die früher in China die Schule besucht hatten, wurden ermutigt, sich in möglichst kurzer Zeit zu Medizinern ausbilden zu lassen. Wenn sie dann ihre Sonderprüfung bestanden hatten, konnten sie als niedergelassene Ärzte praktizieren. Diese Ärzte arbeiteten als Komplementärmediziner auf dem Land, da es dort an Medizinern mangelte. Zwar hatte sich die Zahl der Ärzte erhöht, jedoch wurde das Qualitätsniveau dieser Mediziner als eher gering eingestuft (Chiang, Tung-liang 1995: 385f.).

¹⁹ Die Amtsärzte bekamen jedoch nur ein festes Gehalt, das geringer als das eines normal praktizierenden Arztes war. Außerdem gab es für sie kaum Weiterbildungsmöglichkeiten. Deshalb fanden sich kaum Ärzte, die langfristig in dieser Stellung bleiben wollten (Chiang, Tung-liang 1995: 385). Dies führte dazu, daß sich die Ärzte nicht gleichmäßig im Land verteilten, sondern sich auf die Städte konzentrierten.

7 Vorstöße zur Qualifizierung von TCM-Medizinern nach dem biomedizinischen Vorbild

Schon seit längerer Zeit hatten die Biomediziner eine scharfe Trennung zwischen TCM und Biomedizin durch ein neues Arztrecht verlangt. Demgegenüber bemühten sich manche TCM-Mediziner, eine Anerkennung der spezifischen Eigenheiten der „Chinesischen Medizin“ zu erreichen und diese in das Gesundheitswesen zu integrieren. Dies läßt sich auf die Situation der TCM in den 1960er Jahren zurückzuführen. So existierte bis 1965 nur die tradierte Ausbildung, d. h. man lernte als Lehrling in TCM-Praxen. Zu dieser Zeit waren die früher lizenzierten TCM-Ärzte meistens über 65 Jahre alt, und es fand sich kaum Nachwuchs. Außerdem sank die Zahl der Sonderprüfungen, wobei auch kaum Praxis vermittelt wurde.²¹ Die Zahl der lizenzierten TCM-Ärzte hatte sich reduziert. Andererseits mußten viele TCM-Mediziner illegal praktizieren,²² weil sie oft die Prüfungen nicht bestehen konnten. Manche von ihnen richteten Petitionen an die zuständigen Behörden, um Chancen für die Anerkennung der TCM zu schaffen. Sie verlangten, das Arztrecht in folgenden Punkten zu ändern:

- 1 Bei der Gesetzgebung: Weil die TCM eine andere Heilkunde als die Biomedizin ist, soll ein unabhängiges Arztrecht geschaffen werden.
- 2 Bei der Ausbildung: Es müssen, besonders auf staatlicher Ebene, neue Ausbildungsmöglichkeiten für TCM-Mediziner konzipiert und realisiert werden.
- 3 Bei der Lizenzierung:
 - a. Aufgrund des Mangels an medizinischem Personal und der sinkenden Zahl TCM-Ärzten muß das strenge Lizenzsystem gelockert werden. Sie sollen eine Lizenz nach 5 Jahren Praxis erhalten, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen: Erstens müssen sie die Qualifikationsprüfung²³ bestanden haben. Zweitens sollen sie über 40 Jahre alt sein, weil ältere TCM-Mediziner aufgrund ihrer Erfahrung besonders qualifizierte Arbeit in der Therapie leisten. Für sie ist eine formale Prüfung zu wenig praxisorientiert.
 - b. Es müssen zwei oder drei Mal pro Jahr Sonderprüfungen stattfinden.

²⁰ In der 60er Jahren sank die Zahl der Ärzte rapide, da viele praktische Ärzte pensioniert wurden oder aus politischen Gründen ins Ausland, besonders in die USA, auswanderten. (vgl. Chiang, Tung-liang 1995: 385)

²¹ Die TCM-Mediziner hatten sich immer wieder darüber beschwert, daß zu wenig Lizenzprüfungen für sie durchgeführt wurden. So fanden zwischen 1964 und 1977 nur sieben Sonderprüfungen für die TCM-Mediziner statt, die Zahl der Prüfungen für die Biomediziner lag jedoch um ein Vielfaches höher (Dai, Xian-zhang 1994: 21).

²² Auf die Schwierigkeit für TCM-Mediziner mit tradierter Ausbildung, die Lizenzprüfung zu bestehen, wurde ich während der Interviews mehrfach hingewiesen. Beispielsweise konnten sich viele Vorsitzende der TCM-Ärztckammern darauf berufen, daß sie über 30 Jahre Praxiserfahrung hatten und erst seit 15 Jahren lizenziert worden waren (Interview mit Zheng, Sui-zong v. 5. 1. 2000, mit Chen, Jun-ming v. 24. 12. 1999 und mit Wu, Shui-sheng v. 28. 12. 1999).

- 4 Bei der Praxis: Dem TCM-Arzt muß erlaubt sein, biomedizinische Technik zu nutzen, damit sie mit Biomedizinern zusammenarbeiten können.
- 5 Bei der Verwaltung: In der Zentralbehörde des Gesundheitswesens und jedem lokalen Gesundheitsamt ist wenigstens eine Stelle für TCM-Ärzte zu reservieren.
- 6 Bei der Krankenversicherung: Alle Bereiche der TCM sollen in die Gesundheitsversicherung²⁴ einbezogen werden (Dai, Xian-zhang 1994:21f.).

Die bis in die 70er und auch 80er Jahre hinein gemachten Versuche, für die TCM ihr eigenes Verwaltungs- und Lizenzsystem einzuführen und sie damit der Biomedizin gleichzustellen, hatten keinen Erfolg. Die TCM blieb weiterhin ein vernachlässigter Bereich der Gesundheitspolitik. Die Möglichkeit, die gleiche Ebene wie die Biomedizin zu erreichen, war ihnen weiterhin versperrt.

8 Organisationsformen der Chinesischen Medizin

Während der japanischen Zeit wurden bei der Biomedizin Eigenschaften einer Profession schon konstruiert, beispielsweise ein Ausbildungssystem, Fachdisziplinen, Lizenzierung und Institutionen. Besonders die Fakultät für Medizin der Universität Taiwan und der wissenschaftliche Verein der Biomediziner dienten in ihren Funktionen der Ausbildung und der Kollegenkontrolle. Nach der Machtübernahme der KMT-Regierung arbeiteten die taiwanesischen Biomediziner mit der Regierung zusammen, um eine mit der Vorkriegszeit vergleichbare Professionsstruktur mit den genannten Merkmalen wiederherzustellen (Tu, Tsungming 1973: 114, 188). Seitens der Regierung wurde der Aufbau eines Gesundheitsverwaltungssystems und eines öffentlichen Gesundheitswesens verstärkt vorangetrieben. Parallel dazu erfolgten Initiativen bei der Selbstorganisation der Profession: Im Jahr 1945 kam es zur Einrichtung einer Ärztekammer mit Leitungsfunktion. Der wissenschaftliche Verein für Biomedizin behielt seine Aufgabe als Forum für den wissenschaftlichen Austausch. Um die Ausbildungssituation zu verbessern, gründeten taiwanesische Biomediziner mehrere Hochschulen auf privater Basis.²⁵ Aus der Vorstellung heraus, daß das komplette biomedizinische System als Standard für Konzeptionen im Gesundheitswesen galt, blieb

²³ Ab 1968 gab es für die Teilnehmer der Sonderprüfung im Vorfeld eine Qualifikationsprüfung. Siehe „Reform der Sonderprüfung“ im Kapitel VIII.

²⁴ Hier ist die Krankenversicherung für Arbeitnehmer gemeint, die 1950 eingeführt worden war.

²⁵ Hier ist anzumerken, daß es zwischen den taiwanesischen Biomedizinern und der KMT-Regierung häufig Spannungen gab. Nach dem Massaker im Jahr 1947 und nach der Besetzung der Stellen in der damaligen medizinischen Hochschule mit eingewanderten Chinesen verschärften sich die Meinungsverschiedenheiten zwischen beiden Seiten. Die taiwanesischen Biomediziner bemühten sich danach, ihre privaten Einflüsse bei der Verbesserung der medizinischen Versorgung Taiwans geltend zu machen. Das beste Mittel in dieser Hinsicht war die Ausbildung von qualifizierten Medizinern. Daher

der TCM nur die Möglichkeit der Nachahmung (Archivkomitee Taiwan 1995: 1532; Tu, Tsungming 1973: 189).

8.1 Gründung der TCM-Ärztchenkammern

Kurz nach ihrer Lizenzierung im Jahr 1947 gründeten TCM-Ärzte regionale TCM-Ärztchenkammern, weil das Arztrecht die Mitgliedschaft in solchen Einrichtungen vorschrieb. Am 17. 3. 1950 wurde auch eine „zentrale TCM-Ärztchenkammer für die chinesische Provinz Taiwan“ ins Leben gerufen (Archivkomitee Taiwan 1995: 1552). Jedoch hatte die TCM-Ärztchenkammer geringere Ausmaße und weniger Bedeutung innerhalb des Gesundheitswesens als die biomedizinische Ärztenkammer, so daß sie fast ausschließlich als eine Registrierungsorganisation für lizenzierte TCM-Ärzte diente. Sie konnte an der Gesetzgebung für die TCM-Mediziner kaum mitwirken, weil es innerhalb des Gesundheitsamtes der Provinz Taiwan keine eigene Verwaltung für die TCM gab. Ferner war die Stellung der Ärztenkammer innerhalb der staatlichen Verwaltungshierarchie sehr niedrig. Dennoch bemühte sie sich, die Abgeordneten im Legislativparlament²⁶ durch private Beziehungen zu beeinflussen, sich für die Weiterexistenz der TCM einzusetzen.²⁷

Aus den Erfahrungen in China und der Vernachlässigung in Taiwan wußten die TCM-Ärzte, daß zunächst ein professionelles Ausbildungssystem für die TCM aufgebaut werden sowie ihre medizinische Wirksamkeit durch wissenschaftliche Methoden bewiesen werden mußten, um der TCM in der modernen Gesellschaft Anerkennung zu verschaffen. Die Mitglieder der TCM-Ärztchenkammer strebten danach, im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens der Entwicklung der TCM eine Chance zu geben. Das Legislativparlament gab im Jahr 1956 einen Erlaß heraus, der die Gründung einer staatlichen TCM-Schule und eines Forschungszentrums vorsah. Die TCM-Ärzte warteten jedoch vergeblich auf die Realisierung dieses Vorhabens.²⁸ Der Vorsitzende der TCM-Ärztchenkammer der Provinz Taiwan - Gong-yan Chen - bemühte sich deshalb zusammen mit anderen TCM-Ärzten²⁹ eine TCM-Hochschule zu gründen. Durch

gründeten sie mehrere private medizinischen Hochschulen. (Vgl. Tu, Tsungming 1973: 115, 126f., 134-138)

²⁶ Das Parlamentssystem der Republik China verteilte sich auf zwei Institutionen: die Volksversammlung und das Legislativparlament. Die Volksversammlung wählte den Präsidenten und stimmte über verfassungsrechtliche Fragen ab, das Legislativparlament über den Haushalt der Zentralregierung und ihre Gesetzesvorlagen. In beiden Einrichtungen, in denen auch Vertreter aller chinesischen Festlandsprovinzen saßen, dominierte die Kuomintang-Partei.

²⁷ Siehe: „die Arbeit der Vereinigten Ärztenkammer für Chinesische Medizin“. Homepage der Vereinigten Ärztenkammer für Chinesische Medizin der Republik China.

²⁸ Vgl. Dai, Xian-zhang 1994: 52; Interview mit Xie, Qing-liang v. 27. 12. 1999.

²⁹ Qing Qing, TCM-Arzt und auch Parlamentsabgeordneter, arbeitete auch mit. Chen versuchte nur eine TCM-Schule zu gründen, aber Qing erhöhte seine Wünsche und forderte die Gründung einer TCM-Hochschule. Chen war Taiwanese und Qing ein Chinese. Die erste TCM-Hochschule entstand durch

politische Beziehungen konnten sie die Genehmigung sofort erhalten (Interview mit Xie, Qing-liang³⁰).

Die früher auf dem Festland gegründete Vereinigte Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China konnte wegen der politischen Situation nicht sofort reaktiviert werden, erst ab 1975 erhielt sie wieder ihre Funktion. Fast alle Aufgaben der TCM-Ärztekammer der Provinz Taiwan übernahm bis in die 80er Jahre die nationale TCM-Ärztekammer.³¹ Vor 1980 hatte sie sich jedoch kaum für die Förderung der TCM eingesetzt.

8.2 Etablierung des Ausbildungs- und Forschungssystems

8.2.1 Die Hochschule für Chinesische Medizin

Die Gründung der ersten Hochschule für Chinesische Medizin im Jahre 1958 geht auf die Initiative einiger TCM-Ärzte zurück. Obwohl 1956 eine Verfügung erlassen worden war, bei der die Regierung die Gründung einer staatlichen TCM-Hochschule in Aussicht gestellt hatte, fand diese wegen des Boykotts der Gegner und der Finanzprobleme des Staates nicht statt. Deshalb bemühten sich die TCM-Ärzte selbst, eine private TCM-Hochschule - das China Medical College- zu gründen (vgl. Interview mit Xie, Qing-liang; Chen, Mei-sheng 1995: 13).

Als Kernaufgabe dieser Hochschule wurde die „Wiedereinführung der Chinesischen Medizin“ festgelegt. Dennoch verlangten die Gründer, daß die Chinesische von der modernen Medizin lernen müsse. Deshalb sollte der Lerninhalt nicht nur aus Chinesischer Medizin bestehen. Wegen der geringen Finanzmittel wurden lediglich zwei Fächer etabliert, und zwar „Medizin“ und „Pharmazie“. Der Fachbereich für Medizin orientierte sich dabei an der Chinesischen Medizin, jedoch mußten die Studenten auch Biomedizin studieren. Ebenso hatten die Studenten am Fachbereich Pharmazie Kenntnisse in beiden Richtungen zu beherrschen. Das Studium für Medizin dauerte 7 Jahre, davon entfielen zwei Drittel auf biomedizinische Kurse. Das Studium für Pharmazie war auf 5 Jahre angelegt und dauerte ein Jahr länger als die normale biomedizinische Pharmazie. Auf diese Weise lernten die Studenten chinesische und biomedizinische Pharmazie.³²

Kooperation von Taiwanern und Chinesen, obwohl damals ein Konflikt zwischen beiden Gruppen herrschte (Interview mit Xie, Qing-liang v. 27. 12. 1999).

³⁰ Siehe Anhang: Personaldaten der Interviewpartner.

³¹ Vgl. Lin, Zhao-geng 1999, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

³² Vgl. Interview mit Liu, Jing-sheng v. 31. 12. 1999, mit Xie, Qing-liang v. 27. 12. 1999; Chen, Mei-sheng 1995: 13.

1965 verließen die ersten Absolventen der Fachrichtung für Medizin die Hochschule. Sie wurden jedoch mit dem Problem der Lizenzierung konfrontiert. Dies hatte zwei Gründe: Erstens waren die Absolventen zum Militärdienst verpflichtet, und die frisch examinierten Mediziner konnten ihren Dienst in der Regel als Militärärzte verrichten, deren Arbeit als leichter und höherrangig als der normale Militärdienst galt. Da auf ihrer Prüfungsbescheinigung die Bezeichnung „Chinesischer Mediziner“ stand, blieb ihnen die Tätigkeit als Militärarzt versagt. Zweitens erreichte die Qualifikation der Absolventen zwar den Standard der Nachprüfung für die Biomediziner, dennoch war ihnen die Nachprüfung für den TCM-Arzt nicht automatisch zugänglich. Für die Qualifizierung zum TCM-Arzt brauchten sie eine mündliche und ab 1968 eine schriftliche Prüfung, aber bei der Biomedizin nur eine mündliche Prüfung. Deshalb verlangten die Absolventen, daß ihr Studium als „Biomedizin“ anerkannt werde. Sie ließen sich daher kaum als TCM-Ärzte, sondern als Biomediziner lizenzieren und orientierten sich in ihrer Praxis an dieser Richtung. Der erste Versuch der schulischen Ausbildung der TCM war damit mißlungen. Um die TCM-Ausbildung weiter zu entwickeln, erfolgte 1966 die Einrichtung eines Fachbereiches für Chinesische Medizin. Die Studienkurse mit den Lehrinhalten für den Fachbereich Medizin übernahm der Fachbereich Chinesische Medizin, und so fanden nur wenige TCM-Kurse im Fachbereich für Medizin statt (vgl. Interview mit Xie, Qing-liang; Archivkomitee Taiwan 1995: 1440).

Die Absolventen des Fachbereiches für „Chinesische Medizin“ sollten nicht nur Kenntnisse auf ihrem Gebiet erwerben, sondern auch in der Biomedizin.³³ Ihr Studium dauerte 7 Jahre. Wie am ehemaligen Fachbereich für Medizin entfielen davon fast zwei Drittel auf biomedizinische Kurse und ein Drittel auf Kurse der Chinesischen Medizin. Ziel war, „neue Kenntnisse aus der Biomedizin zu erwerben, um diese in die Chinesische Medizin zu integrieren“ (vgl. Chen, Mei-sheng 1995: 16; China Medical College Bulletin 1997~1998: 1). Damit hatte sich eine Ausbildung für die Chinesischen Mediziner etabliert, die sich an der Verwissenschaftlichung orientierte.

Die Absolventen konnten einmal durch die Nachprüfung für den TCM-Arzt lizenziert werden und damit taucht in Taiwan der akademische TCM-Arzt auf. Dennoch war der Fachbereich für Chinesische Medizin nicht so attraktiv wie der biomedizinische. Als einzige Lizenzierungsmöglichkeit für „reine“ TCM-Ärzte hatte er einen schlechten Ruf und wurde nur von Studenten mit schlechten Noten frequentiert. Die Studenten kritisierten deshalb diese Lizenzierungsform. Da sie ihrer Meinung nach genügend biomedizinische Qualifikation besaßen, verlangten sie auch die Möglichkeit einer Lizenz

³³ Nach dem Vorbild des amerikanischen Ausbildungssystems müssen sie insgesamt 359 Anrechnungspunkte bekommen, davon 28 in Kursen der allgemeinen Fächer, 203 in Biomedizin, und 128 in Chinesischer Medizin (Huang, Jin-zi 1991:23).

als biomedizinische Ärzte. Als im Jahr 1973 den Absolventen ihre Forderung genehmigt wurde, erhöhte sich der Status des Fachbereiches und lag damit unter den ersten Zehn des Landes.³⁴ Um eine Doppellizenz zu erhalten, durften sie auch an der Nachprüfung für TCM-Ärzte und für Biomediziner teilnehmen. Die Absolventen konnten sich dadurch die Qualifikation für beide medizinische Bereiche anerkennen lassen und bei ihrer praktischen Arbeit die TCM unter einem neuen Blickwinkel sehen (Chen, Mei-sheng 1995: 8,13,16).

Dennoch verschloß die zentrale Gesundheitsbehörde die Möglichkeit für die auf diese Weise Lizenzierten, in beiden Richtungen gleichzeitig zu praktizieren. So hatten sie nur die Möglichkeit, entweder als biomedizinische oder als TCM-Ärzte zu arbeiten. Wenn sie als TCM-Ärzte praktizierten, war ihnen die Anwendung der „biomedizinischen Technik und der Medikamente“³⁵ untersagt. Da andererseits der Tätigkeitsbereich der biomedizinischen Ärzte nicht eingeschränkt wurde, suchten die meisten Lizenzierten hier ihr Arbeitsfeld.

Bei der Ausbildung für Chinesische Medizin stellte sich das Problem, daß die Studierenden zwar Praktikumsplätze in den biomedizinischen Krankenhäusern fanden, jedoch nicht im TCM-Bereich, da dort keine entsprechenden stationären Einrichtungen existierten. Die meisten bis zu dieser Zeit lizenzierten TCM-Ärzte verfügten über keine offizielle Ausbildung und führten nur einen kleinen TCM-Heilmittelladen. Deshalb ließen sich Praktikumsstellen nur schwer einrichten (Interview mit Xie, Qing-liang; Chen, Jun-ming).

8.2.2 Forschungsinstitut für Chinesische Medizin

Das 1963 gegründete Forschungsinstitut für Chinesische Medizin unterstand dem Erziehungsministerium und galt als die höchste Forschungseinrichtung für TCM. Zu den wichtigsten Aufgaben dieses Instituts gehörte Entwicklung, Forschung und Verbesserung der TCM. Dennoch hatte es seit der Gründung bis Mitte 80er Jahre kaum eine Funktion und blieb lange Zeit nur ein kleines, kaum beachtetes Institut mit wenig Forschungspersonal und unzureichender Finanzierung (Interview mit Chen, Chieh-fu³⁶). Es fungierte lediglich als ein Symbol, daß die Regierung doch etwas für die Förderung der TCM investiert hatte. Da es damals nur wenige und überdies einflußlose TCM-Ärzte gab, die um ihren Lebensunterhalt kämpfen mußten, verlangte kaum jemand, für die

³⁴ Vgl. Lai, Peng-ju / Forschungsgruppe für Integrationsmedizin, auf der Homepage der Forschungsgruppe für Integrationsmedizin; Siehe auch Guo, De-ming 1996: 31f..

³⁵ Wie z. B. Hörgeräte, Blutdruckmesser, Röntgenbilder oder die Verschreibung chemischer Arzneien, siehe auch Kapitel VIII, 3.3.

³⁶ Siehe Anhang: Personaldaten der Interviewpartner.

TCM zu forschen.

8.3 Regulierung von TCM-Apotheken

Nach alter chinesischer Tradition arbeiteten die TCM-Apotheken und die TCM-Mediziner meistens getrennt. Die TCM-Mediziner diagnostizierten die Erkrankten in der Wohnung des Patienten und verschrieben ihnen Rezepte. Die Patienten kauften normalerweise mit dem Rezept bei einer selbständigen TCM-Apotheke ihre Heilmittel, meist natürliche Produkte. Früher mußten die Apotheker die Pflanzenbestimmung (auch die Eigenschaft der Pflanzen, ihre Qualität und ihren Zustand), die Arzneimittelherstellung (kochen, gießen, ziehen, waschen, braten, dämpfen, usw.) und die Produktion von Heilschnaps usw. erlernen. Ihre Arbeit drehte sich mehr um die Herstellung eines Heilmittels und weniger um die Krankheitsbestimmung (Archivkomitee Taiwan 1995: 356). Aber durch die Lizenzierung der TCM-Mediziner, die Anerkennung der biomedizinischen Apotheke und Ignorierung der TCM-Heilmittel während der Kolonialzeit geriet die TCM-Apotheke immer stärker in Abhängigkeit von TCM-Medizinern. Bis in die Zeit der KMT-Regierung wurden manche Lehrlinge in den TCM-Apotheken auch durch Registrierungsmaßnahmen und Sonderprüfungen als TCM-Ärzte lizenziert.

Während der japanischen Kolonialzeit fehlten wegen der Einschränkung der TCM besondere TCM-Apotheker. Die Gehilfen in der TCM-Apotheke, mit Ausnahme der lizenzierten TCM-Ärzte, hatten sich als „Heilmittelverkäufer“ registrieren zu lassen. Die Apotheke wurde nicht als TCM-Apotheke bezeichnet, sondern als Laden oder Geschäft für Chinesische Heilmittel. Es fand im Jahr 1920 eine einmalige Registrierung statt. Die Zählung ergab eine Anzahl von ungefähr 3.100 TCM-Heilmittelläden und Geschäften (Archivkomitee Taiwan 1995: 345). Sie lag viel höher als die Zahl der biomedizinischen Apotheken, von denen es nur wenige hundert gab.

Bis zur KMT-Zeit erhielten die TCM-Heilmittelläden nicht ihre alte Bezeichnung TCM-Apotheke zurück, sondern wurden wie in der japanischen Zeit Heilmittelgeschäft genannt. Deshalb konnten die Besitzer keine eigene TCM-Apothekerkammer gründen, sondern eine „Gesellschaft für Geschäftsleute für TCM-Heilmittel“. 1948 erfolgte die Bildung einer „Gesellschaft für Nationalheilmittel“ der Provinz Taiwan, da die TCM-Heilmittel als Kulturschätze galten. Dabei übte deren Vorsteher das Amt des Vorsitzenden der TCM-Ärztokammer aus, um mit den TCM-Ärzten, die häufig gleichzeitig Heilmittellädenbesitzer waren, besser zusammenarbeiten zu können (Archivkomitee Taiwan 1995: 1628f.).

Auch 1967 erfolgte ihre einmalige Registrierung nur als Händler. Sie konnten jedoch

durch diese Bescheinigung ihren eigenen TCM-Heilmittelladen eröffnen. Später erhielten sie keine Chance, sich registrieren zu lassen. Eine neue Verordnung der zentralen Gesundheitsbehörde beinhaltete, daß der neu eröffnete TCM-Heilmittelladen von einem TCM-Arzt betreut werden mußte (Archivkomitee Taiwan 1995: 1629).

Wegen der fehlenden Ausbildung und Anerkennung blieben die TCM-Apotheken eine Nebenbeschäftigung der TCM-Ärzte. Weil sie überwiegend mit der Diagnose ihrer Patienten beschäftigt waren, und ihnen die Zeit für die Herstellung von Arzneien fehlte, gingen ihnen die Kenntnisse über Heilmittel immer mehr verloren.

9 Dilemma der Anwendung der Chinesischen Medizin

Wegen ihrer naturwissenschaftlich nicht bewiesenen Grundlagen wurde die TCM von der Biomedizin bekämpft. Die TCM-Mediziner versuchten dagegen, wenn auch vergebens, ihre Heilkunde als wissenschaftlich orientierte Medizin darzustellen. Einige nach den Krieg nach Taiwan geflohene chinesische Einwanderer, die sich an der TCM interessiert zeigten, verfügten über gute Beziehungen mit der Regierung. Sie suchten daher ihren Einfluß dahin geltend zu machen, die Chinesische Medizin als wichtigen chinesischen Kulturschatz zu präsentieren.³⁷

Die TCM-Ärzte blieben im Dilemma zwischen Kulturerbe und Verwissenschaftlichung. Die Kuomintang-Regierung förderte die TCM aus kulturell-politischen Gründen als Gegengewicht gegen das kommunistische China, weil die sich als Zentralregierung Chinas ansah. Dennoch versuchte sie, diese Medizin zunächst nicht weiter zu entwickeln, weil ihr einerseits der Aufbau der Biomedizin wichtiger war und die Bevölkerung so schnell wie möglich davon profitieren sollte. Andererseits war es schwer, chinesische Heilpflanzen auf Taiwan zu finden, da die meisten Heilkräuter und Pflanzen aus China importiert werden mußten. Aber die politische Situation machte es unmöglich, direkten Handel zu betreiben. Wollte Taiwan chinesische Heilpflanzen einkaufen, blieb nur der Umweg über Hongkong. In den 60er Jahren reduzierte sich wegen einer Hungersnot in China die Produktion von Heilpflanzen drastisch. Aus den genannten Gründen setzte sich die Regierung in den 50er und 60er Jahren kaum für die Förderung der TCM ein, um mit diesem politischen Problem nicht konfrontiert zu werden.³⁸

³⁷ Die wichtige Person Chen, Li-fu. Er verfügte über enge Beziehungen zu dem Präsidenten Chiang, Kai-shek und Chiang, Jin-gao. Wie in seinen Aufsätzen „Die Aufgabe und Verantwortung der TCM-Heiler für das Wiederaufleben der chinesischen Kultur“ aus dem Jahre 1973, und „Wiederaufleben unserer Kultur und die Forschung der Chinesischen Medizin“ aus dem Jahre 1983 usw. ging es häufig um die Wahrung der TCM als Kulturerbe (vgl. Chen, Li-fu 1993). Siehe dazu auch Kapitel VIII, 4.

³⁸ Interview mit Chen, Jun-ming v. 24. 12. 1999, mit Zheng, Sui-zong v. 5. 1. 2000.

Damals waren deshalb die Chinesischen Heilmittel sehr teuer. Andererseits existierte im Bereich der Biomedizin schon seit 1950 eine Krankenversicherung für Arbeitnehmer, dadurch lagen für die Patienten die Kosten für biomedizinische Behandlung und Arzneien niedriger. Die Patienten suchten in der Regel biomedizinische Ärzte auf. Die TCM-Ärzte behandelten nur diejenigen Patienten, die sie aufgrund eines traditionellen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses konsultierten. Dabei betrieben die TCM-Ärzte meistens eigene TCM-Heilmittelläden, um dadurch ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

Aufgrund kultureller Gewohnheiten bei der Lebensführung wurden Chinesische Kräuter-Rezepturen trotz ihres hohen Preises in der Bevölkerung weiterhin verwendet. Im chinesischen Kulturkreis gelten einige Wendepunkte der körperlichen Entwicklung des Menschen als sehr wichtig, bei den Männern das Erwachsenwerden, und der allgemeine Energieaufbau eines erwachsenen Körpers, bei den Frauen die Menstruation und die Kindbettphase (ein Monat). An diesen Wendepunkten versuchen sie mit Hilfe von Chinesischen Heilmitteln ihre körperliche Energie zu verstärken. Deshalb kaufen sie viele chinesische Körperaufbaumittel in den TCM-Heilmittelläden und werden dabei von den TCM-Ärzten beraten. Die Beratungen waren meistens kostenlos, aber die Heilmittel konnten zu einem hohen Preis verkauft werden, wenn der TCM-Heilmittelladen und dieser TCM-Arzt einen guten Ruf hatten.³⁹

10 Resümee

Zusammenfassend läßt sich diese Zeitepoche in Taiwan als Expansion von medizinischen Ressourcen charakterisieren. Die Regierung fokussierte sich stärker auf die Ausdehnung des medizinischen Personals, achtete aber weniger auf dessen Qualifikation. Es fehlte auch eine Kontrolle und Regulierung der Heilkunde, die sich über die lizenzierten Ärzte hinaus erstreckte. Angesichts dieses unkontrollierten Marktes und der Förderung durch kulturelle und gesellschaftliche Faktoren verbreitete sich auch in der Bevölkerung eine facettenreiche Volksmedizin, so daß wir von einer Revitalisierung der Volksheilkunde sprechen können. Sie lehnte sich in manchen Fällen an die TCM und in anderen Fällen an eine religiös beeinflusste Medizin an. Dies führte zu dem Phänomen einer parallel existierenden pluralistischen Medizin in Taiwan. Dieses Phänomen hat Kleinman schon in den 1970er Jahren beschrieben, als lizenzierte und illegale Mediziner nebeneinander praktizierten.

Die TCM-Mediziner konnten durch die Berufung auf das Kulturerbe von der Regierung

³⁹ Interview mit Chen, Jun-ming v. 24. 12. 1999, mit Zheng, Sui-zong v. 5. 1. 2000.

eher akzeptiert werden und sich durch eine leichte Prüfung lizenzieren lassen, da bis zu dieser Epoche die meisten lizenzierten TCM-Ärzte noch über keine formale Ausbildung verfügten. Demgegenüber existierten in Taiwan schon seit der japanischen Zeit systematisch ausgebildete Biomediziner, die bereits anerkannte Qualifikationen, eine Reputation und feste Organisationsformen besaßen und damit die wesentlichen Merkmale einer Profession aufwiesen. Um das Aufgabenfeld ihrer Profession auch rechtlich abzusichern und ihren Ruf zu schützen, verlangten sie eine bessere Qualitätskontrolle und eine strengere Praxis bei der Lizenzierung. Um die Arbeitsfelder von Biomedizin und TCM zu trennen, forderten sie, daß die TCM-Ärzte keine biomedizinische Medikamente und Geräte anwenden sollten. Die Biomediziner wollten damit ihre „jurisdiction“ von der TCM abzugrenzen.

Da die TCM mit ihrer traditionellen Form der Wissensübermittlung die systematischen Qualifikationsstandards der modernen Medizin nicht erreichen konnte, versuchte sie deshalb den umgekehrten Weg: Sie bemühte sich für ihre traditionellen Übermittlungs- und Heilformen eine staatliche Anerkennung zu bekommen. Diese beide Orientierungen - strenge Qualifikationsanforderungen nach biomedizinischem Standard und traditionelle Qualifikation - stießen bei der Regierung jedoch auf keine Resonanz, da für diese die Erhöhung der Zahl der Mediziner Priorität hatte. Doch auch wegen der biomedizinischen Orientierung der Regierung fand die Stimme der Tradition kaum Gehör.

In den Jahrzehnten nach der Etablierung der Republik China auf Taiwan gab es auch erste Ansätze einer Professionalisierung wobei die Biomediziner hier das Vorbild abgaben. Dies betraf einmal die Selbstorganisation. So bemühten sich einige TCM-Mediziner, eigene Organisationsformen wie die TCM-Ärztekammer aufzubauen. Zum anderen finden sich als weitere Manifestation einer Professionalisierung erste Formen einer Institutionalisierung in Ausbildung und Forschung in Gestalt einer eigenen Hochschule. Staatlicherseits gab es Initiativen zur Gründung eines Forschungsinstitutes für Chinesische Medizin. Nur konnten diese Einrichtungen, realisiert durch das Handeln beider Akteure, ihre Funktionen zunächst nicht in befriedigender Weise erfüllen.

Dies läßt sich nicht nur auf die Marginalisierung der TCM in der Gesundheitspolitik zurückführen, sondern auch auf die problematische Marktstruktur zu dieser Zeit. Da die TCM-Heilmittel überteuert waren, konnte die TCM auf dem Heilmittelsektor mit der Biomedizin kaum konkurrieren. Die finanzielle Situation der TCM reichte nur für ihr Überleben. Zusätzliche Energie konnte sich kaum entwickeln.

Die leicht verbesserte politische Situation für TCM-Mediziner im Vergleich zur japanischen Zeit läßt sich quantitativ mit einer starken Erhöhung ihrer Zahl belegen. Dies

kann jedoch weniger auf den Aufbau von Professionscharakteristika zurückgeführt werden. Ihre Überlebenschance lag eher in ihrer Schätzung als Kulturerbe durch die Regierungsseite und hing noch weit stärker an dem Bedarf an traditionellen Heilmitteln durch die Bevölkerung. Nicht zuletzt spielte der unkontrollierte pluralistische medizinische Markt eine zentrale Rolle.

VIII. Legitimierung und Institutionalisierung der TCM seit den 1970er Jahren

Seit Beginn der 1970er Jahre wurde zunehmend darauf Wert gelegt, daß sich sowohl die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten erhöhte als auch die Qualität der medizinischen Dienstleistungen verbesserte. Indem 1971 innerhalb der staatlichen Verwaltung eine Zentralbehörde für das Gesundheitswesen (ZfG) etabliert worden war, wurde das Gesundheitswesen von einer Aufgabe für die Provinzialverwaltung zu einem zentralen Aufgabengebiet der staatlichen Politik. Mit dem Inkrafttreten des neuen Arztrechtes im Jahre 1975 ging es in der Gesundheitspolitik um die Institutionalisierung des Gesundheitswesens und um eine Verschärfung der Standards für den Arztberuf. Erst in den 70er und 80er Jahren fanden im Zuge des Wirtschafts- und Bevölkerungswachstums Verteilung und Qualität der Medizin stärker Berücksichtigung. Der Bedarf wurde langfristig geplant, um das Problem des Mangels an Ärzten und ihrer ungleichmäßigen regionalen Verteilung lösen zu können. In den nächsten 20 Jahren konnte sich das medizinische Fachpersonal nahezu verdoppeln. Da ein großer Teil des Nachwuchses an den neu gegründeten medizinischen Hochschulen ausgebildet werden konnte, erhöhte sich die Zugangsmöglichkeit zum Arztberuf. Zusätzlich wurde die Qualitätskontrolle verschärft. Die Dominanz der Biomedizin in der Gesundheitspolitik führte dazu, daß sich in Taiwan eine mächtige biomedizinische Profession herauskristallisierte. Die Planungen für ein nationales Medizinetzwerk im Jahre 1986 orientierten sich an der Ausrüstung und den Personalkapazitäten der Biomedizin. Gleiches galt für das Ausbildungssystem (vgl. Chiang, Tung-liang 1995:386).

Die TCM konnte durch den Besuch des US-Präsidenten Richard Nixon im Jahre 1972 in China profitieren. Er bewunderte die Wirkung der Akupunktur. Berichte über die Heilkraft der TCM verbreiteten sich um die ganze Welt. Diese Welle erfaßte auch Taiwan. Die TCM-Ärzte versuchten diese Situation zu nutzen, indem sie ihre Rolle im Gesundheitswesen hervorhoben¹. Die TCM wurde durch ihren Erfolg in der Volksrepublik China bestärkt, wo TCM und Biomedizin gleichwertige Strukturen in der Gesundheitspolitik haben. Hinzu kam, daß eine neue Gesundheitswelle die alternative Medizin in Europa und USA populär machte. Diese neue Welle beeinflusste auch die TCM-Ärzte auf Taiwan. Die Rolle der TCM wandelte sich von einer als Kulturgut geschützten, aber als unqualifiziert geltenden Heilkunde zu einer „wissenschaftlichen“ Chinesischen Medizin, die sich mehr und mehr in das Gesundheitssystem integrierte.

Der Erfolg, einen Professionsstatus für TCM-Mediziner erreicht zu haben, läßt sich nicht

¹ Interview mit Chen, Zhao-ming und mit Chen, Jun-ming.

in erster Linie auf die Einflüsse von außen zurückführen, da der Professionalisierungsprozeß erst in den 1990er Jahren beschleunigt wurde. Eher können die staatliche Anerkennung und die sich verbessernde Ausbildungssituation der TCM für die Entwicklung verantwortlich gemacht werden. Obwohl die nicht-akademischen TCM-Ärzte seit langem wie die Biomediziner eine Verbesserung ihres Professionsstatus einforderten, konnten sie erst in den 1990er Jahren einen Durchbruch erzielen, als sich die akademischen TCM-Ärzte aktiv politisch für ihre Heilkunde einsetzten, obwohl sie nur eine Minderheit innerhalb des Gesundheitswesens bilden.

Um einen Professionsstatus zu erreichen, bedurfte es einer umfassenden Modernisierung der Chinesischen Medizin. Diese Orientierung ermöglichte es ihr, eigene Professionalität zu demonstrieren und ihren professionellen Bereich festzulegen. Es zeigt sich, daß bei diesem Prozeß, der sich in einer Legitimierung, Institutionalisierung und Standardisierung der TCM-Heilkunde und -Heilpraxis manifestierte, die in Taiwan schon seit langem etablierte und professionalisierte Biomedizin das Vorbild abgab, obwohl dies unter den TCM-Medizinern nicht unumstritten war. Bei dieser Entwicklung lassen sich also drei Perspektiven unterscheiden: Die erste besteht in der Legitimierung und Institutionalisierung der TCM in ihren konkreten strukturellen Ausprägungen mit einer besonderen Betonung auf staatliche Intervention. Die zweite umfaßt die inhaltliche Standardisierung der TCM. Und die dritte beinhaltet die Debatte um die Modernisierung und Verwissenschaftlichung der Heilkunde, wobei hier zwischen den Positionen von TCM-Medizinern mit unterschiedlicher Ausbildung zu differenzieren ist.

Der folgende Abschnitt konzentriert sich auf die staatliche Anerkennung und Institutionalisierung der TCM. Da diese Festlegung des professionellen Bereichs der TCM von außen durch staatliche Gesetzgebung erfolgte, erhoben sich innerhalb der TCM kaum Stimmen dagegen. Nur bei der Festlegung ihres Professionsbereichs kam es zu Auseinandersetzungen mit der Biomedizin, wobei deren Position sich wegen ihrer engen Verbindungen kaum von der staatlichen Gesundheitspolitik unterscheiden läßt. Die Gründung mehrerer TCM-Bereiche in den Hochschulen und von TCM-Abteilungen in den Krankenhäusern auf dem privaten Sektor zeigten die wachsende Akzeptanz der TCM-Mediziner bei den unterschiedlichen Akteuren. Sie wurden zunehmend als ein Teil der medizinischen Profession betrachtet. Nicht zuletzt eröffnet die TCM auch wirtschaftliche Profitancen für Unternehmer. Die Ausgrenzung anderer Formen der Heilkunde verdeutlicht, daß sich die TCM-Mediziner auch bei dieser Strategie nicht von anderen Professionen unterscheiden.

Mit der Integration der TCM in die Krankenversicherung tauchte das Problem der Standardisierung auf. Hier meldeten sich bei den TCM-Medizinern die Stimmen der Zweifler und Befürworter einer „Modernisierung“ und „Verwissenschaftlichung“ zu

Wort. Beide Positionen werden in weiteren Kapiteln diskutiert.

1 TCM-Ärztchammer

Die TCM-Ärztchammer der Provinz Taiwan vermochte, wie erwähnt, die staatliche Gesundheitspolitik kaum zu beeinflussen. Daher erschien eine Vertretung auf staatlicher Ebene erforderlich, damit die TCM-Ärzte auch bei der nationalen Gesundheitspolitik ihre Stimme erheben konnten. Die Bildung eines solchen Verbandes verzögerte sich jedoch längere Zeit aus politischen Gründen wegen des besonderen Verhältnisses mit Festlands-China. Nach der Gründung der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China war ihre Funktion jedoch nicht wie bei professionellen Institutionen „systematischer“ und „institutioneller“ Natur, sondern ging mehr in Richtung „kultureller Wertschätzung“ und „politischer Verbindung“. Die von biomedizinischer Seite häufig geäußerte Kritik beinhaltete, daß die Chinesische Medizin nur durch die ihre Beziehungen mit „alten mächtigen“ (Da-lau) Politikern fortexistieren konnte.² Diese Situation änderte sich allmählich. Bis in die 1990er Jahre konnte die Vereinigte Ärztekammer für Chinesische Medizin ihre institutionelle Funktion verbessern.

1.1 Sozialstruktur der Mitglieder

Die Vereinigte Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China wurde in Taiwan im Jahre 1975 neu gegründet. Sie sollte besonders in der Gesundheitspolitik die Interessen der TCM repräsentieren und bei bestimmten Maßnahmen zur Geltung bringen. Aus folgenden politischen Gründen konnte diese Organisation ihre Funktion nicht systematisch wahrnehmen.

Erstens wurde ihr Alleinvertretungsanspruch für ganz China postuliert. Dadurch setzten sich die Repräsentanten zu Beginn fast ausschließlich aus eingewanderten Chinesen zusammen. Jede Provinz Chinas entsandte ihre eigenen Vertreter, da nach der Kuomintang-Ideologie Taiwan nur als kleine Provinz angesehen wurde. Diese politisch motivierte Struktur der Ärztekammer führte dazu, daß die Interessen der TCM-Mediziner in Taiwan kaum beachtet wurden.

Zweitens konnten die Repräsentanten der Provinzen des Festlands angesichts der kommunistischen Herrschaft nicht neu gewählt und damit ersetzt werden. Wegen ihres

² Vgl. den Zeitungsartikel „Chinesische Medizin ist nutzlos“ von Lin, Yang-sheng, Okt. 1997. zit. n. d. Homepage des Netzwerks der Chinesischen Medizin.

hohen Alters entwickelten sie kaum eigene Initiativen. Erst 1981 wurde ein Teil der Mitglieder neu gewählt. Die erste Amtszeit verlängerte sich dadurch immer weiter. Der neue Vorsitzende erhielt seine Position durch eine Ersatzwahl innerhalb der ersten Amtszeit.³

Aber durch ihre Beziehung zu den Abgeordneten im Legislativparlament gelang es den TCM-Ärzten, einige ihrer Interessen bei der Gesetzgebung wahrzunehmen, zumal die ersten beiden Vorsitzenden nicht nur lizenzierte TCM-Ärzte, sondern auch Abgeordnete im Legislativparlament waren. Durch ihren Status als Parlamentarier und ihre persönlichen Beziehungen zur Politik versuchten sie, die rechtliche Situation der TCM zu verbessern.⁴

Die Mehrheit der Mitglieder in der TCM-Ärztchammer bestand noch immer aus nicht akademischen TCM-Ärzten. Ihrer Ansicht nach hatte die Bewahrung von traditionellen Heilkonzepten und Methoden Priorität. Aber eine Minderheit der Mitglieder, die eine akademische Ausbildung an der Hochschule für TCM-Ärzte absolviert hatten, orientierte sich an der Biomedizin, um durch Anwendung moderner Technik die Qualität der TCM zu erhöhen. Dies führte zu Auseinandersetzungen zwischen akademischen und nicht akademischen TCM-Ärzten. Am Anfang hatte die Stimme der nicht-akademischen TCM-Ärzte hohes Gewicht, da sie den Unterschied zwischen TCM und Biomedizin betonten. Ihre Bemühungen um Förderung der TCM durch die biomedizinisch orientierte Gesundheitsbehörde zeitigten aber kaum Erfolge. Die TCM-Ärzte lernten daraus, daß ihre Heilkunde nur durch eine Modernisierung weiter existieren kann. In den letzten Jahren wuchs das Vertrauen der nicht akademischen TCM-Ärzte zu ihren akademischen Kollegen, so daß seit 1998 ein akademischer TCM-Arzt zum Vorsitzenden gewählt wurde. Solche Symbolik zeigt, daß sich mehr und mehr TCM-Ärzte an einer „Modernisierung“ ihrer Heilkunde orientierten.⁵

1.2 Verstärkte Aktivität seit 1992

Die Vereinigte TCM-Ärztchammer als Hauptsprecher der TCM konnte zu Anfang nur die Möglichkeit einer Lizenzierung aufrechterhalten. Diese Chance bot sich besonders den nicht akademischen TCM-Medizinern, die nach Ansicht der Gesundheitspolitiker

³ Vgl. „Geschichte der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China“ auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China. Auch das Legislativparlament funktionierte nach diesem System.

⁴ Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, „Kurzer Lebenslauf der Vorsitzenden“.

⁵ Interview mit Lin, Zhao-geng, Zheng, Sui-zong und Wu, Shui-sheng. Siehe auch Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, „Kurzer Lebenslauf der Vorsitzenden“.

zur Gruppe der „Unprofessionellen“ und „Unqualifizierten“ gehörten.⁶

In der Frage der Qualifikation der TCM-Mediziner bemühte sich die TCM-Ärzttekammer wiederum um die Gründung einer staatlichen TCM-Hochschule, damit bei der Ausbildung das gleiche Niveau wie in der Biomedizin erreicht werden konnte. Jedoch reagierte die Regierung nur ablehnend auf diese Bestrebungen.⁷ Um eine Unabhängigkeit von der Biomedizin zu gewährleisten, verlangte die TCM-Ärzttekammer ferner die Etablierung eines eigenen Verwaltungssystems. Diese Funktion konnte nur zunächst das Komitee für Chinesische Medizin in der ZfG mit seiner Beratungsfunktion wahrnehmen.⁸ Darüber hinaus wurde wegen der anvisierten Gleichberechtigung mit der Biomedizin, aber nicht zuletzt auch wegen der zu erwartenden höheren Einnahmen eine Integration in die Krankenversicherung gefordert. Ab 1975 war die Behandlung durch die lizenzierten und bei der Krankenkasse der Arbeitnehmer registrierten TCM-Ärzte partiell durch die Krankenversicherung abgedeckt.⁹

1992 wurde das Körperschaftsrecht umstrukturiert, so daß bei der Wahl der Vereinigten TCM-Ärzttekammer ein entsprechender Proporz von Repräsentanten aus Festlandschinesen nicht mehr gewahrt zu werden brauchte. Deshalb nahm der Einfluß gebürtiger taiwanesischer TCM-Ärzte in der Vereinigten TCM-Ärzttekammer zu. Dadurch entwickelte sie eine stärkere Aktivität, als dies bisher der Fall war. Die Verbesserung der Qualifikation und der Qualität der TCM und die Integration in das moderne Gesundheitssystem spielten die Hauptrolle in der neuen Phase der Entwicklung der TCM. Darüber hinaus konnten viele Forderungen, um die sich die TCM-Ärzttekammer sich seit langem bemüht hatte, realisiert werden: die Gründung der Krankenhäuser für Chinesische Medizin, ab 1995 die Integration in die „National Health Insurance“ (NHI) sowie eine eigene Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin (VfCM) innerhalb der ZfG.¹⁰ Um die Heilwirkung der TCM zu verbessern und dem medizinischen Fortschritt Rechnung zu tragen, verlangte die TCM-Ärzttekammer, den TCM-Ärzten - zumindest denjenigen mit Abschluß der Hochschule für Chinesische Medizin - die Verwendung moderner biomedizinischer Geräte zu gestatten.¹¹

⁶ Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China. Siehe in diesem Kapitel, 3. Legitimierung der TCM-Mediziner.

⁷ So waren staatliche Hochschulen prinzipiell finanziell und qualitätsmäßig besser gestellt als private Einrichtungen. Siehe in diesem Kapitel, 4. Institutionalisierung der Ausbildung in TCM.

⁸ Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China. Siehe in diesem Kapitel, 2. Verwaltungsorganisation für die TCM.

⁹ Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, und ZfG (Hg.), 1999a: 1337. Siehe auch Kapitel IX.

¹⁰ Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, und Interview mit Wu, Shui-sheng.

¹¹ Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, und Interview mit Lin, Zhao-geng; die Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 24. 3. 1999: 23.

Bis in die Gegenwart sucht die TCM-Ärzttekammer nach Möglichkeiten, das wissenschaftliche Niveau weiter zu erhöhen. Darunter fällt die stationäre Behandlung, damit die Heilwirkungen besser erforscht werden können, die Bildung von Fachdisziplinen im Rahmen der TCM-Ärzttekammer und die Organisation und Durchführung von Fortbildungen für lizenzierte TCM-Ärzte, damit diese ständig über neue Entwicklungen im Bereich der Medizin informiert werden können. Weiterhin setzte sie sich seit langem für die Gründung einer staatlichen Hochschule für TCM ein. Die Realisierung wird jedoch unter Hinweis auf das „genügende ärztliche Angebot“ verzögert.¹²

2 Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin innerhalb der Zentralbehörde für das Gesundheitswesen

Das Verwaltungsrecht für die 1971 etablierte Zentralbehörde für das Gesundheitswesen (ZfG) ähnelte dem alten für das Gesundheitsministerium, das 1947 in China geschaffen worden war. Es sah wie dieses die Einrichtung eines Komitees für Chinesische Medizin vor. Dies bestand aus einem eingesetzten Komiteeleiter sowie 8 bis 14 Komiteemitgliedern. Sie sollten Konzeptionen für die Verbesserung und Entwicklung der Chinesischen Medizin und Pharmazie erarbeiten. Ihre Vorstellungen kursierten jedoch nur innerhalb der ZfG. Das Komitee hatte nur Beratungs- und keine Verwaltungsfunktion. Es ermöglichte den TCM-Ärzten jedoch, in der zentralen Verwaltung des Gesundheitswesens ihre Stimme zu erheben.¹³

Nach Meinung der TCM-Ärzte sollte die Zentralbehörde für das Gesundheitswesen (ZfG) einem „meinungs-neutralen“ Direktor unterstehen. Ihm müßten zwei Vizedirektoren zur Seite stehen. Einer könne die Abteilung für Biomedizin und der andere die für Chinesische Medizin leiten, damit die Gleichrangigkeit von TCM und Biomedizin gewahrt bleibt. Als Gründe für diesen Vorschlag gaben sie an, daß bis in die Gegenwart die Direktoren der ZfG aus dem biomedizinischen Bereich kamen, und die Beamten fast ausschließlich biomedizinisch orientiert waren. Dadurch fand die TCM zu wenig Beachtung. Um ein eigenes Recht für die TCM zu schaffen, sollten die TCM-Mediziner ihre Verwaltung daher selbst organisieren. Die Administration im Gesundheitswesen müsse auf allen Ebenen und bis hin zu den regionalen Gesundheitsämtern zweigeteilt werden, und zwar in einen Bereich für TCM und einen für Biomedizin.¹⁴

¹² Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, und Interview mit Lin, Zhao-geng.

¹³ Vgl. Archivkomitee Taiwan, 1995: 100-101; Interview mit Chu, Wen-jie.

¹⁴ Vgl. Dai, Xian-zhang 1994: 21-23; Interview mit Wu, Shui-sheng.

Seit Ende der 1970er Jahre versuchten die TCM-Ärzte, davon größtenteils die nicht akademisch Ausgebildeten, durch Bittschriften an Ärztekammer, Legislativparlament und Verwaltungsorganisation für das Gesundheitswesen, die Gleichberechtigung mit der Biomedizin hinsichtlich ihres eigenen Verwaltungssystems und ihrer Arbeitsfelder sowie die Unabhängigkeit von ihr zu erreichen. Diese radikalen Vorschläge fanden bei der ZfG und dem Legislativparlament keine Akzeptanz. Dennoch gelang im Jahre 1995 aufgrund „einer Erhöhung der Nachfrage und von Forderungen von verschiedener Seite“, wie die ZfG in ihrem Einführungsbuch erklärte, die Gründung einer Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin (VfCM) innerhalb der ZfG (ZfG 1996: 146). Dadurch erhielt die TCM die Chance, eigene Strukturen zu entwickeln. Die Gründung der VfCM läßt sich auf die Forderung der TCM-Ärztekammer zurückführen, jedoch lag der Hauptgrund in der Einführung der National Health Insurance (NHI) in Taiwan im Jahre 1995. Damit ließ sich die TCM durch das staatliche Gesundheitswesen kontrollieren und regulieren. Wie von dem TCM-Arzt Liu, der an der Gründung beteiligt war, sowie in der Erläuterung der Aufgaben der VfCM erwähnt wird, spielte die VfCM bei den Verhandlungen in der gesamten Gesundheitspolitik und bei der Integration der TCM in die National Health Insurance (NHI) die Rolle des Vertreters von TCM-Interessen. Sie warb um die Stimmen der TCM-Ärztekammer, der Mitarbeiter der TCM-Krankenhäuser und der Gesellschaft für Geschäftsleute für TCM-Heilmittel, um die Rechte der TCM durchsetzen zu können.¹⁵

Die VfCM bildet innerhalb der ZfG eine gesonderte Abteilung, die nicht in die Hierarchie eingegliedert ist. Dies betrifft nur das zentrale Verwaltungssystem, in den regionalen Gesundheitsämtern gibt es keine separaten Abteilungen für die TCM.¹⁶ Obwohl der Aufgabenbereich für Chinesische Medizin von der Biomedizin getrennt verwaltet wird, ist die VfCM bei der Gesundheitspolitik und der Finanzierungsplanung von der allgemeinen Gesundheitsverwaltung abhängig, die das geplante Budget zu genehmigen hat. Die gesamte Finanzierung des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik liegt nämlich in den Händen der Abteilung Medizinalverwaltung und der Abteilung Pharmazieverwaltung innerhalb der ZfG. Sie steht bis heute unter der Leitung der Biomediziner, so daß die VfCM indirekt von biomedizinischer Seite kontrolliert wird. Eine solche Abhängigkeit stellt für VfCM eine große Behinderung dar. Daher wird ihre Arbeit stark eingeschränkt. Die TCM-Ärzte, die TCM-Ärztekammer und die Beamten der VfCM verlangen eine von dem biomedizinischen Bereich der ZfG unabhängige Finanzierung. Aber solange der Qualifikation des TCM-Sektors in den Augen der Biomediziner die wissenschaftliche Beweisbarkeit fehlt, ist eine unabhängige

¹⁵ Interview mit Liu, Jing-sheng; Homepage der Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin (VfCM) der ZfG der Republik China, „Die Darstellung der Aufgaben der Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin“.

¹⁶ „Einführung des Verwaltungssystems der VfCM“, auf der Homepage der VfCM.

Verwaltung dieses Bereichs nicht realisierbar.¹⁷

Das Aufgabengebiet der VfCM ist auf die Verwaltung von TCM-Angelegenheiten beschränkt. Die VfCM wurde in vier Abteilungen mit unterschiedlichen Aufgabenfeldern aufgeteilt:

1. Die Abteilung für Chinesische Medizin, um Praxis, Ausbildung, Standardisierung und Überwachung der Berufstätigkeit der TCM-Ärzte zu regulieren.
2. Die Abteilung für Chinesische Heilmittel, um die Überwachung, Entwicklung, Standardisierung, und Sicherheit der Heilmittel, sowie die gute Qualität der Ausbildung für die Mitarbeiter zu gewährleisten.
3. Die Abteilung für Forschung und Entwicklung der Chinesischen Heilmittel und Medizin, um die Wirkung von Heilmitteln, Heilmethoden, Heiltechniken wissenschaftlich zu überprüfen.
4. Die Abteilung für TCM-Lehrbücher, um traditionelle Lehrbücher zu erneuern, die Fachwörter zu modernisieren, die neuen TCM-Lehrbücher zu überprüfen und zu veröffentlichen.¹⁸

Ziel der VfCM ist es, durch Selbstverwaltung eine Modernisierung und Verwissenschaftlichung der Chinesischen Heilmittelkunde und Medizin zu erreichen. Die Vereinigung von TCM und moderner Medizin eröffnet eine Möglichkeit, um eine bessere medizinische Versorgung für die Bevölkerung zu realisieren.

Von den Beamten in der VfCM wird verlangt, daß sie wie ihre anderen Kollegen die Hochschulausbildung besitzen. Weil die nicht akademischen TCM-Ärzte mit bestandener Sonderprüfung keine Qualifikation für die Arbeit als Beamte haben, wurden deshalb nur an der Hochschule ausgebildete akademische TCM-Ärzte ausgewählt. Der Direktor der VfCM erhält sein Amt mit dem Wahlvorschlag durch die TCM-Ärzte. Er wird allein durch die akademischen TCM-Ärzte ausgewählt. Dazu bedarf es der Zustimmung der ZfG.¹⁹

Obwohl die TCM als eine traditionelle kulturelle Medizin innerhalb des Gesundheitswesens gilt, da sie durch die langfristige Betrachtung und Erfahrung von Krankheitsfällen ihr eigenes medizinisches Wissen aufgebaut hat, wird die VfCM als ein Weg in die moderne Gesellschaft gefördert, um kulturelle Tradition mit moderner Medizin zu vereinen. Beide Richtungen der Heilkunde sollten also auf diese Weise

¹⁷ Vgl. Interview mit Lin, Zhao-geng, mit Liu, Jing-sheng und mit Chu, Wen-jie.

¹⁸ Vgl. „Aufgabe und Organisation der VfCM“ auf der Homepage der VfCM.

¹⁹ Interview mit Liu, Jing-sheng.

gegenseitig voneinander profitieren.

3 Legitimierung der TCM-Mediziner

Durch ihre langjährigen Erfahrungen bei der Durchführung der Gesundheitspolitik war den TCM-Medizinern bewußt, daß nur eine Integration der TCM in das moderne Gesundheitswesen ihre Existenz schützen könne. Der Aufbau eines Gesundheitssystems und die Verbreitung der lizenzierten Biomediziner drängten die TCM-Mediziner, ihre Situation zu verbessern, denn durch das illegale Praktizieren verloren sie nach und nach auch das Vertrauen von Patienten und dadurch verringerten sich ihre Einnahmen. Der kürzere Weg, um die TCM-Mediziner in das Gesundheitswesen zu integrieren, war ihre sofortige Lizenzierung.²⁰ Sie reagierten deshalb mit Forderungen nach Erhöhung von Lizenzierungschancen, besonders nach der Teilnahme von TCM-Lehrlingen an der Lizenzierung durch Nachprüfung, wobei diese im neuen Arztrecht geregelt und jährlich durchgeführt werden sollte (Dai, Xian-zhang 1994: 34f.).

Nach dem im Jahr 1975 reformierten neuen Arztrecht blieben als Legitimierungsmöglichkeiten für die TCM-Mediziner nach wie vor zwei Wege - die im Arztrecht geregelte Lizenzierung durch Nachprüfung und außerhalb des Arztrechtes die Sonderprüfung. Die Gesundheitspolitiker sprachen sich für die Beibehaltung der bisherigen Regelungen aus und stellten sich gegen eine Ausweitung von Legitimierungschancen. Sie argumentierten, daß die Lehrlinge aufgrund der traditionellen Lehrausbildung nicht die Bedingungen der Lizenzierung im Arztrecht erfüllen würden. Daher wurde die Sonderprüfung weiter durchgeführt (vgl. Lin, Guang-ji 1995).

Nach dem neuen Arztrecht sind TCM-Ärzte und Biomediziner berufsrechtlich gleich gestellt. Darin ist festgelegt, daß „ärztliche Tätigkeiten“ nur von lizenzierten Ärzten durchgeführt werden dürfen. Damit wird das Arbeitsfeld des Arztes von dem der anderen Berufe abgegrenzt. Der verbreiterte Arbeitsumfang des Arztes („jurisdiction“) wird daneben durch die Ärzteordnung reguliert. Hier zeigen sich zwei Tendenzen, einmal die Abgrenzung ärztlicher „jurisdiction“ von anderen Heilberufen, einmal die Trennung des Arbeitsfeldes von TCM-Ärzten und Biomedizinern.

²⁰ Langfristig wurde die Etablierung einer soliden TCM-orientierten Hochschulausbildung anvisiert. Siehe auch Kapitel VIII, 4.

3.1 Nachprüfung für akademisch ausgebildete TCM-Mediziner

Das neue Arztrecht begünstigt die an medizinischen Hochschulen ausgebildeten Mediziner als rechtmäßige Kandidaten, da sie durch eine darin geregelte Nachprüfung lizenziert werden können. Nur aus historischen und politischen Gründen wegen des Verhältnisses zur Volksrepublik China fallen die im Ausland praktizierenden TCM-Mediziner unter die Ausnahmeregelung. Die Qualifikationen für die Lizenzierung nach dem neuen Arztrecht ähneln denen nach dem alten Arztrecht. Die vielen Verordnungen verschärfen jedoch zumindest formal ihre Kontrolle. Die Kandidaten, die an der Nachprüfung teilnehmen wollen, müssen folgende Qualifikationen erfüllen:

1. Sie müssen ein medizinisches Zertifikat oder eine Lizenz vom zentralen oder provinziellen Gesundheitsamt bekommen.
2. Im Inland müssen sie anerkannte Fachbereiche für Chinesische Medizin an privaten oder staatlichen medizinischen Hochschule absolviert haben, im Ausland ein Studium an einer Fakultät oder an einem Fachbereich für Chinesische Medizin, das vom Erziehungsministerium anerkannt wird. Ein weiteres Zulassungskriterium kann ein Medizinstudium im Inland sein, bei dem sie sich Kenntnisse in der Chinesischen Medizin erworben haben.
3. Eine Zulassungsberechtigung können schließlich im Ausland praktizierende TCM-Mediziner erwerben, wenn sie über 5 Jahre praktiziert und einen guten Ruf haben (Wu, Xian-ming 1995: 47f.).

Die erste Voraussetzung kam nicht mehr zur Anwendung. Eine Lizenzierung durch Gesundheitsämter der Provinzen war nur bis 1944 (in China) möglich, als das Lizenzsystem nach dem alten Arztrecht noch nicht eingeführt worden war.

Die dritte Qualifikationsanforderung können bis heute ebenfalls nur wenige erfüllen. Die Anerkennungsmaßnahme für die im Ausland praktizierenden TCM-Mediziner richtete sich gegen die Volksrepublik China, die Zertifikate an die im Ausland arbeitenden chinesischen TCM-Mediziner vergibt. Daher verlangten auch die im Ausland praktizierenden „taiwanesischen“ TCM-Mediziner ihre Anerkennung, da für sie eine Lizenzierung ohne eine medizinische Hochschulausbildung im Ausland nicht möglich war und ist, und es in den meisten Staaten kaum Bestimmungen über die Ausübung der Chinesischen Medizin und den Handel mit Kräutern gab.²¹ Ein Nachweis über eine fünfjährige Praxis im Ausland kann von den Konsulaten der Republik China oder der

²¹ Dies ist auch aus einem anderen Grund nicht möglich: Da in einigen Ländern die Akupunktur als Heilmethode akzeptiert ist, sind diese Akupunkteure in Taiwan als nicht genügend qualifizierte TCM-Ärzte anerkannt, weil diese Heilmethode nur als ein Teil der TCM-Heilkunde angesehen wurde und wird. Quelle: Interview mit Chu, Wen-jie.

Gesellschaft für TCM-Heilverfahren im Ausland ausgestellt werden. Da die Qualifikationen für diese TCM-Mediziner unüberprüfbar sind, erlaubt die ZfG nach der neuen Ordnung sie nur zu zertifizieren. Sie können deshalb mit diesem Zertifikat, wenn es möglich ist, im Ausland TCM praktizieren, aber nicht in Taiwan. Wenn sie in Taiwan praktizieren wollen, müssen sie die Nachprüfung bestehen. Aber diese gilt als leichter als die Sonderprüfung. Die TCM-Ärzte beschwerten sich über diese ihrer Ansicht nach unfaire Regelung, indem sie darauf hinweisen, daß TCM-Mediziner mit dieser Qualifikation als Nicht-Akademiker angesehen werden, die zwar an der schwer zu bestehenden Sonderprüfung teilnehmen dürfen, aber nicht an der Nachprüfung.²²

Die Kandidaten, welche die zweite Voraussetzung für die Lizenzierung als TCM-Ärzte erfüllen, werden von der Regierung und den TCM-Ärzten als „frisches Blut“ im Sinne einer „Modernisierung“ der TCM angesehen, weil ihr Ausbildungsstand ein gleiches Niveau wie bei den Biomedizinern erreicht hat und sie auch über biomedizinische Kenntnisse verfügen. In der klinischen Praxis läßt sich jedoch eine andere Entwicklung beobachten. Obwohl solche Kandidaten dadurch lizenziert werden können, praktizieren sie kaum als TCM-Ärzte (Wu, Xian-ming 1995: 48).

Kandidaten mit diesen Voraussetzungen können noch in weitere vier Gruppen mit jeweils verschiedenen Qualifikationen unterteilt werden:

Zur ersten Gruppe gehören die Absolventen eines staatlich anerkannten Fachbereichs für Chinesische Medizin. Wie bereits erwähnt²³ praktizieren Absolventen des einzigen Fachbereichs für Chinesische Medizin mit Lizenzmöglichkeit als Biomediziner eher biomedizinisch orientiert. Ein Blick auf die Zahlen verdeutlicht diesen Trend. Im Jahr 1988 lag der Anteil der Praktizierenden bei den Absolventen aus dem Fachbereich für Chinesische Medizin nur bei 2% (Chen, Tai-xi 1990: 35, 59).

Erst seit 1989 erhielten die Absolventen eines „Post-Bachelor-Studium“ für Chinesische Medizin die Möglichkeit, als „reine“ TCM-Ärzte lizenziert zu werden. Damit erhöhte sich die Zahl der akademischen TCM-Ärzte im Vergleich zur vorher genannten Prozentzahl auf 7% im Jahr 1990. Diese Möglichkeit stellt die zweite Form der Qualifikation der TCM-Ärzte mit Hochschulausbildung dar (vgl. Lai, Jim-Shoung 1992: 78, 119).

Die dritte Gruppe bilden diejenigen, die ebenfalls der zweiten Voraussetzung genügen und das Kriterium eines Medizinstudiums mit Kenntnissen in der Chinesischen Medizin im Inland erfüllen. Diese müssen eine ausreichende Anzahl von 45

²² Quelle: Interview mit Chu, Wen-jie; Wu, Xian-ming 1995: 48f..

Anrechnungspunkten²⁴ in Chinesischer Medizin bekommen, die Absolventen eines Medizinstudiums, die einen postgraduierten Magisterstudiengang in Chinesischer Medizin beendet hatten, dagegen nur 27 Anrechnungspunkte.²⁵ Wie wir gesehen haben, praktizieren Biomediziner, die im Rahmen ihres Studiums auch Kurse in Chinesischer Medizin belegt hatten, eher als Biomediziner, obwohl ihnen auch die Möglichkeit offenstand, als TCM-Ärzte zu arbeiten (vgl. Wu, Xian-ming 1995: 48f.; Guo, De-ming 1996: 7-9). Jedoch kritisierten einige nicht akademische TCM-Ärzte solche Bedingungen als Verdrängung der Chinesischen Medizin. Sie hielten es für unakzeptabel, daß Biomediziner, die Kurse für Chinesische Medizin mit einer Dauer von 145 Stunden (d.h. 45 Anrechnungspunkte) belegt hatten, bereits als TCM-Ärzte lizenziert werden können (Peng, Yi-jun 1996: Anhang: 18f.). Ferner fragten die nicht-akademischen TCM-Ärzte, warum TCM-Lehrlinge mit ihren langjährigen Erfahrungen in der TCM-Praxis nicht durch diese Nachprüfung lizenziert werden könnten. Die Regierung reagierte jedoch nicht auf diese Anfrage (Dai, Xian-zhang 1994: 34-41).

Zur vierten Kategorie zählen die Kandidaten, die ein Studium im Ausland für Chinesische Medizin absolviert hatten. Von ihnen wurden vom Erziehungsministerium nur diejenigen anerkannt, die ihr Studium an bestimmten Fachbereichen für Chinesische Medizin absolviert hatten.²⁶ Die Liste der anerkannten Fachbereiche im Ausland wurde vom Ministerium ständig erweitert. Dennoch gibt es aus politischen Gründen, und wie die Regierung behauptet, aufgrund der angeblich schlechten Qualität der Ausbildung in China bis heute (2002) noch keine offizielle Anerkennung des Studiums an Hochschulen und Universitäten der Volksrepublik China. Deshalb können sich die in China an den Hochschulen studierenden „taiwanesischen“ TCM-Mediziner ihre Qualifikation in Taiwan nicht als rechtmäßiges Studium anerkennen lassen, bekommen also keine Lizenzierungschancen, obwohl sich in der Zwischenzeit die Zahl der Absolventen am Fachbereich für Chinesische Medizin vom chinesischen Festland schon auf 10.000

²³ Siehe auch Kapitel VII, 4.1 und 8.2.1.

²⁴ Für den Besuch eines Seminars wird im taiwanesischen Bildungssystem nach dem Modell der US-Universitäten eine bestimmte Punktzahl angerechnet, die sich an der Zahl der Wochenstunden orientiert.

²⁵ Vgl. Überprüfungsmaßnahme für TCM-Arzt, in VfCM, Sammelband Gesetze und Regelungen in der Chinesische Medizin, 1998: 199f..

²⁶ Es gibt z. B. in USA einige Fachbereiche an Universitäten, die sich beispielsweise Fachbereiche für orientalistische Medizin, für traditionelle Medizin, oder Forschungsinstitut für Akupunktur nennen. Weil diese Fachbereiche in ihrer Fachorientierung und Praxis mit den Fachbereichen der Chinesischen Medizin in Taiwan nicht identisch sind, werden sie hier nicht als anerkanntes Studium der Chinesischen Medizin akzeptiert. Vgl. Homepage für Chinesische Medizin: www.ntcm5.virtualave.net/cg1-bin/news/. Es gibt heutzutage nur in Korea und China TCM-Hochschulen. In Japan konnten die biomedizinische Studenten Kanpo-Medizin, deren Inhalt TCM gehört ist, nebenher studieren. Das Studium in Korea wurde in Taiwan als Chinesische Medizin anerkannt, in Japan jedoch als Biomedizin. Die biomedizinische Studenten, die im Ausland (z. B. USA, Europa, Malaysia, Hong-Kong, usw.) studiert haben, können auch andererseits an der Nachprüfung in Taiwan teilnehmen, um nach erfolgreichem Bestehen praktizieren zu können (Interview mit Chu, Wen-jie).

erhöht hat.²⁷ Andererseits wird die Anerkennung des lizenzierten Arztes aus dem Ausland nach dem Reziprozitätsprinzip durchgeführt. Anders als im Fall der Studiumanerkennung können jedoch die TCM-Ärzte aus China aus politischen und historischen Gründen in Taiwan praktizieren.²⁸

3.2 Reform der Sonderprüfung für TCM-Lehrlinge

Offenbar ist die Sonderprüfung der einzige Weg für TCM-Mediziner ohne medizinische Hochschulausbildung, als rechtmäßige TCM-Ärzte lizenziert werden zu können. Ihre Umsetzung gestaltete sich jedoch nicht unproblematisch. Einerseits vertrauen die Beamten in der ZfG der Qualifikation solcher TCM-Mediziner nicht, so daß sie fortwährend bestrebt sind, die Sonderprüfung abzuschaffen. Andererseits beschwerten sich die nicht akademischen TCM-Ärzte häufig über die politische Ausrichtung des ZfG, die mit allen „giftigen Strategien“ die TCM vernichten wolle (Peng, Yi-jun 1996: 332):

„In Wirklichkeit verfolgt die Politik der ZfG das Ziel, die Chinesische Medizin zu vernichten. Nach außen hin sprach sie sich für das Gedeihen der Chinesischen Medizin aus, tut aber praktisch nichts dafür. Statt dessen versucht sie mit allen Strategien, die Lizenzprüfung abzuschaffen. ... So fand die Sonderprüfung nicht jedes Jahr statt, sondern wurde häufig gestoppt“ (Peng, Yi-jun 1996: 332).

Wegen des Druckes der nicht akademischen TCM-Ärzte, aus denen sich bis heute die Mehrheit der TCM-Ärzte rekrutiert, konnte die Sonderprüfung weiter durchgeführt werden. Die Regierung begründete dies, wie schon erwähnt, damit, daß es eine Menge nicht an einer Hochschule ausgebildeter Lehrlinge in den TCM-Praxen gab und gibt, die eine Lizenzierung nur durch die Sonderprüfung erhalten können.²⁹ Jedoch wurde ihr Prüfungssystem neu geregelt, da die Zulassung zur Sonderprüfung strenger gehandhabt geworden war. Weil die Kandidaten nicht durch systematische Ausbildung ihre Kenntnisse erworben haben, brauchen sie kein Zeugnis oder Zertifikat vorzulegen. Deshalb ist eine neue Qualifikation erforderlich: Sie können nur dann an der Sonderprüfung teilnehmen, wenn sie vorher eine Qualifikationsprüfung bestanden haben. Der Kandidat muß an mehreren schriftlichen Klausuren in bestimmten Fächern teilnehmen. Nach Bestehen kann er ein Qualifikationszeugnis bekommen, das ihn zur Teilnahme an der Sonderprüfung für TCM-Ärzte berechtigt.

²⁷ Siehe Homepage der Nachrichten Taiwans, v. 22. 2. 2002. „Protest gegen das Verbot der Approbation von taiwanesischen TCM-Absolventen, die in China studiert haben“.

²⁸ Sonst gibt es weniger Probleme bei der Anerkennung des Studiums im Ausland. Allgemein erfolgt die Anerkennung des Auslandsstudiums in Taiwan problemlos (Interview mit Chu, Wen-jie).

²⁹ Interview mit Chu, Wen-jie; vgl. auch Lin, Guang-ji, Vortrag v. 24.4.1995, und Homepage der Nachrichten Taiwans, v. 21.12.2001. „Einschränkung der Lizenzprüfung für die Absolventen des Fachbereiches für Chinesische Medizin“.

3.2.1 Qualifikationsprüfung

Ab 1968 trat eine Qualifikationsprüfung für die TCM-Beschäftigten³⁰ in Kraft.³¹ Sie kann deswegen als komplementäre Maßnahme bezeichnet werden, da sich TCM-Mediziner in ihrer Situation ohne eine medizinische Hochschulausbildung qualifizieren können. Die Qualifikationsprüfung findet jedoch nicht jährlich statt, sondern richtet sich nach der Zustimmung der ZfG. Die Prüfung umfaßt 7 Fächer: Chinesisch, Physiologie, Arzneikunde, Arzneiverschreibung, Diagnostik, Chinesische Innere Medizin und Biologie. Dabei werden im Fach Chinesisch allgemeine Kenntnisse in Chinesisch, im Fach Biologie und in der Physiologie allgemeine „moderne“ biologische und physiologische Kenntnisse geprüft. In anderen Fächern müssen die Kandidaten den Inhalt von „traditionellen chinesischen medizinischen“ Schriften wiedergeben (Yang Lin 1992: 72f.). Die Prüfungsfächer sind medizinisch also sehr „traditionell-chinesisch“ orientiert.

Die Teilnehmer brauchen nicht alle Fächer auf einmal zu bestehen. Bei Nichtbestehen bzw. schlechten Noten oder aus anderen Gründen kann der Prüfling seine nicht bestandenen Fächer innerhalb von 3 Jahren wiederholen (vgl. Lin, Guang-ji 1995). Sie oder er kann aber auch das Examensverfahren abbrechen, und das nächste Jahr mit dem Prüfungsverfahren aufs Neue beginnen. Das heißt, daß die Zahl der Prüfungswiederholungen fast unbeschränkt bleibt.

Die Teilnehmer brauchen nur zwei Voraussetzungen zu haben: erstens müssen sie Staatsangehörige der Republik China und zweitens über 22 Jahre alt sein. Sonst gibt es keine Beschränkungen bei Ausbildung, medizinischen Heilverfahren oder Geschlecht, usw. Trotz unbeschränkter Wiederholungsmöglichkeiten gilt das Examen als schwer zu bestehen. Zwischen 1968 und 1994 fanden insgesamt 22 mal Examen mit 115.782 Teilnehmern statt, von denen nur 12,5% die Prüfung mit Erfolg abgeschlossen hatten. Die bestandene Qualifikationsprüfung ermächtigt den Absolventen nicht, als TCM-Mediziner zu praktizieren. Sie gilt auch nicht als Ausbildungszertifikat. Sie können damit nur an der Sonderprüfung für TCM-Ärzte teilnehmen (vgl. Lin, Guang-ji 1995).

Die Durchführung dieser schwer zu bestehenden Prüfung verfolgt das Ziel, einen Ausleseprozeß zu vollziehen. Einerseits versuchen die Behörden, einen traditionellen Heilberuf auch in der modernen Gesellschaft zu konservieren. Andererseits waren die TCM-Mediziner bemüht, ein ähnliches Niveau wie das der an den medizinischen Hochschulen ausgebildeten Biomediziner und TCM-Absolventen zu erreichen.

³⁰ Es gibt keine fachliche Einschränkung für die Teilnehmer der Qualifikationsprüfung. Deswegen sind die Teilnehmer nicht nur TCM-Mediziner.

³¹ Vgl. Lin, Guang-ji, Vortrag v. 24.4.1995.

Trotzdem kritisieren Biomediziner, daß die Teilnahme an dem Examen jeder Person offensteht. Dies führt ihrer Ansicht nach dazu, daß Personen ohne TCM-Erfahrung bei bestandener Prüfung als TCM-Ärzte praktizieren können und möglicherweise dazu noch eine geringe wissenschaftliche Ausbildung haben (vgl. Cui, Jiu 1989: 62f.; Zheng, Zhi-qing 1996: 69f.).

3.2.2 Lizenzierung durch die Sonderprüfung für TCM-Mediziner

Die Qualifikationsprüfung bildet eine Voraussetzung für die Teilnahme an der Sonderprüfung für den TCM-Arzt. Seit Anfang der 1970er Jahre wird der Qualifikationsnachweis für die Teilnehmer an der Sonderprüfung strenger gehandhabt. Prüfungsberechtigt sind nur Staatsangehörige, welche

1. die Qualifikationsprüfung bestanden haben, oder
2. Absolventen mit der zweiten Voraussetzung der Nachprüfung nach dem neuen Arztrecht.

Absolventen mit der zweiten Qualifikation können sich durch die Nachprüfung lizenzieren lassen. Deshalb zählen zu den Teilnehmern der Sonderprüfung meistens Personen mit bestandener Qualifikationsprüfung (vgl. Lin, Guang-ji 1995).

Die Prüfungsfächer der Sonderprüfung entsprechen denen der Nachprüfung. Es gibt allgemeine Fächer, in denen der Nachprüfungskandidat nicht getestet zu werden braucht - Chinesisch und Verfassungsrecht, sowie spezielle Fächer auf der Basis von „traditionellen chinesisch-medizinischen“ Quellen - Physiologie, Arzneikunde, Arzneiverschreibung, Diagnostik, Innere Heilkunde und Akupunktur. Ferner kann unter den Prüfungsfächern Frauenheilkunde (zusammen mit Kinderheilkunde), Augenheilkunde (zusammen mit Wundheilkunde) und äußerlicher Heilkunde ein Fach gewählt werden.³² Die Zahlen belegen bis 1994 eine durchschnittliche Erfolgsquote von nur 6% (vgl. Lin, Guang-ji 1995).

In einigen Berichten wurde diese schwer zu bestehende Lizenzprüfung beschrieben. Dai erinnert sich an einen Nachfolger eines TCM-Arztes aus dessen Familie. Er arbeitete seit seiner Kindheit bei seinem Vater als TCM-Lehrling und versuchte über einen Zeitraum von 15 Jahren immer wieder, die Lizenzprüfung zu bestehen, obwohl sein Können schon

³² Insgesamt sind 9 Fächer zu belegen, davon zählen die allgemeinen Fächer 20%, die speziellen Fächer 80% der Gesamtnote. Die Teilnehmer müssen durchschnittlich 60 Punkte erreichen. Dabei gelten folgende Bedingungen: 1. Chinesisch über 50 Punkte, 2. innere Heilkunde über 55 Punkte, 3. spezielle Fächer über 45 Punkte, 4. die durchschnittliche Punktzahl für die speziellen Fächer muß über 55 Punkte liegen. Ist eine der Bedingungen nicht erfüllt, gilt die Prüfung als nicht bestanden. Vgl. Lin, Guang-ji,

von anderen TCM-Ärzte sehr anerkannt wurde (Dai, Xian-zhang 1994: 25f.). Auch Yang berichtete aus einem taiwanesischen Dorf, wo einige illegale TCM-Mediziner praktizierten. Einer der illegalen TCM-Mediziner mietete seine Lizenz von anderen Lizenzierten. Einer ließ sich jedes Jahr einmal von dem Gesundheitsamt seine Geldstrafe für die fehlende Lizenz bezahlen. Für diese Lehrlinge war die Prüfung zu schwer, so daß sie darauf verzichteten. Diejenigen, die tatsächlich teilnahmen, mußten sich unter Aufwendung größter Mühe auf die Prüfung vorbereiten. Ein Bericht beschreibt diese Probleme: „Die Bücher müssen auswendig gelernt werden. (...) Eine langfristige Vorbereitung ist nötig, deshalb können sie während dieser Zeit nur von der Frau ernährt werden“ (Yang Lin 1992: 52, 62f.).

3.2.3 Problem der Qualitätskontrolle

Die Sonderprüfung war eine Kompromißmaßnahme, um den noch existierenden TCM-Lehrlingen Zugang zum lizenzierten TCM-Arztssystem zu verschaffen. Das Anforderungsniveau für die Sonderprüfung galt aus Sicht der nicht akademischen TCM-Ärzte als sehr hoch. Sie wurde seit 1977 nur einmal jährlich durchgeführt, aber 1984 und 1986 ereigneten sich Manipulationsfälle. Deshalb wurde sie für zwei Jahre ausgesetzt (Cui, Jiu 1989: 60). Die TCM-Ärzte wandten sich dagegen: Da die Mitarbeiter des Gesundheitswesens wenig Vertrauen in solche nicht akademischen TCM-Ärzte hätten, würden sie jeden Versuch unternehmen, diese an den Rand des Gesundheitswesens zu drängen. Die zentrale Gesundheitsbehörde machte daraufhin den Vorschlag, daß 1991 zum letzten Mal eine Qualifikationsprüfung stattfinden und die Sonderprüfungen 1994 endgültig aufhören sollten (Dai, Xian-zhang 1994: 58). Beide wurden jedoch fortgesetzt, weil sich die TCM-Mediziner mit allen Mitteln gegen deren Abschaffung wehrten (Interview mit Chu, Wen-jie).

Aber die Qualitätskontrolle der TCM-Mediziner bleibt weiterhin problematisch. Dies gilt besonders für Personen, die eine Sonderprüfung abgelegt hatten. Einerseits mangelt es an Maßnahmen zur Kontrolle von Behandlungsmethoden approbierter Personen, da nur eine schriftliche Überprüfung möglich ist. Andererseits gibt es noch immer keine standardisierten Heilverfahren und Verschreibungsnormen, die für alle TCM-Ärzte Gültigkeit besitzen.

Um die Qualität der TCM-Ärzte mit Sonderprüfung zu erhöhen, findet seit 1989 ein Trainingsprogramm für Absolventen statt. Sie haben zusätzlich ein 18 Monate dauerndes klinisches Trainingsprogramm als biomedizinischen Grundkurs zu absolvieren. Zu den theoretisch und praktisch vermittelten Inhalten gehören Physiologie, Pathologie,

Öffentliches Gesundheitswesen und Medizinrecht. Den Kernbereich des Kurses bildet die Anwendung und Beurteilung von biomedizinischen Untersuchungsmethoden und -ergebnissen zur Vorbereitung von Wissen für die Praxis. Erst die erfolgreiche Teilnahme am Trainingsprogramm berechtigt sie zur Approbation. Die Durchfallenden können das Programm nur einmal wiederholen, sonst verlieren sie jede Chance auf eine Lizenz.³³

Um eine standardisierte Qualifikation und Professionalisierung der TCM zu erreichen, teilen auch die meisten TCM-Ärzte die Position, daß erst ein effizientes Ausbildungssystem Qualität ermöglicht. Sie haben inzwischen akzeptiert, daß die Qualifikationsprüfungen bis 2008 beendet sein werden. Aber im Hinblick auf die Sonderprüfung bestanden die TCM-Ärzte darauf, daß die Prüfungen so lange weiter fortgeführt werden, bis die durch die Qualifikationsprüfung Absolvierten ihre Chance zur Lizenzierung bekommen. Die Regierung erlaubt ihre Durchführung jedoch nur bis 2011.³⁴

3.3 Einschränkung der Praxismöglichkeiten

Das neue Arztrecht grenzte das Arbeitsfeld der ärztlichen Tätigkeiten von dem der anderen Berufe ab, da die ärztliche Tätigkeit nur von lizenzierten Ärzten durchgeführt werden darf. Beim Verstoß droht eine rechtlich festgelegte Strafe (Wu, Xian-ming 1995: 105). Die Ungleichbehandlung von TCM-Arzt und biomedizinischem Arzt finden wir im neuen Arztrecht nicht, sie taucht jedoch in administrativen Verordnungen auf, die sich darauf beziehen. In diesen seit 1976 immer wieder erlassenen Anordnungen wird die Tätigkeit des TCM-Arztes von der des biomedizinischen Arztes deutlich getrennt. Sie führten zu merklichen Einschränkungen für den TCM-Arzt und erwiesen sich auch als massive Behinderung der Professionalisierung und Modernisierung der TCM.³⁵

Nach der Einführung des neuen Arztrechtes verordnete die ZfG weitere Einschränkungen der Praxis durch TCM-Ärzte. Die Verordnungen aus dem Jahre 1978 verdeutlichen dies:

1. Der TCM-Arzt hat sich bei seiner Praxis nur auf den Bereich der Chinesischen Medizin zu beschränken und darf keine biomedizinischen Medikamente, Spritzen und Narkotika verwenden.
2. Der TCM-Arzt, der gleichzeitig biomedizinischer Pharmazeut ist, darf keine biomedizinischen Arzneimittel verschreiben und keine biomedizinischen

³³ Vgl. Interview mit Chu, Wen-jie; Lin, Guang-ji, Vortrag v. 24.4. 1995.

³⁴ Interview mit Chu, Wen-jie; siehe auch Homepage der Nachrichten Taiwans, v. 21.12. 2002. „Einschränkung der Lizenzprüfung für die Absolventen vom Fachbereich für Chinesischen Medizin“.

³⁵ Interview mit Chen, Jun-ming.

Geräte benutzen. Damit galt ganz allgemein, daß die Verwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und von Untersuchungsgeräten der Biomedizin den TCM-Ärzten untersagt war.³⁶

Die TCM-Ärzte bekämpften das Anwendungsverbot von modernen Geräten für Diagnose und Therapie. Ihrer Meinung nach konnte sich die TCM nur mit Hilfe der modernen Technik weiter entwickeln. Die TCM-Ärzte argumentierten, daß die Biomedizin keinen Alleinanspruch auf technische Produkte der modernen Wissenschaft habe, sondern daß diese auch für TCM-Ärzte zugänglich sein sollten. Dieses Verbot zeigt, daß die Biomediziner alle Möglichkeiten versuchten, eine Modernisierung der TCM zu verhindern und sie damit weiterhin zu marginalisieren (Dai, Xian-zhang 1994: 18f., 21). Andererseits sprachen sich die TCM-Ärzte nicht für die Anwendung von biomedizinischen Arzneimitteln aus. Dennoch beschwerten sie sich darüber, daß es zu wenig und zu schlechte Ausbildungsmöglichkeiten für angehende TCM-Mediziner gebe, so daß sie später ihre Heilkunde nicht richtig beherrschen könnten. Es sei das Problem von Mängeln in der Ausbildung, aber nicht von Fehlern der TCM-Ärzte (Peng, Yi-jun 1996: Anhang: 8f.).

Das Problem der Eingrenzung des Arbeitsfeldes für TCM-Ärzte besteht heute wie damals. Nur nach mehrmaligen Einreichungen von Petitionen wurde 1986 die Anwendung der elektrischen Akupunktur genehmigt. Ferner dürfen TCM-Ärzte nach erfolgreicher Teilnahme an Kursen in moderner Medizin Blutdruckmesser, Stethoskop und Thermometer in der Praxis benutzen. Auch die Absolventen von Fachbereichen der Chinesischen Medizin können in diesem Sinne ihre Praxis einrichten, wenn sie ein Zertifikat haben, das ihnen die Benutzung des Röntgengerätes und die Beurteilung von Röntgenbildern erlaubt.³⁷

Die nicht akademischen TCM-Ärzte müssen sich auch nach Absolvierung eines biomedizinisch-klinischen Trainingsprogramms auf die Anwendung von Blutdruckmesser, Stethoskop und Thermometer beschränken. Sie dürfen keine Untersuchungsergebnisse von biomedizinischen Techniken beurteilen, obwohl sie schon seit langem gefordert hatten, moderne Untersuchungsgeräte anwenden zu können.³⁸ Sie bemängeln, daß ihnen dadurch die Wege zur weiteren Ausbildung für die durch Sonderprüfungen lizenzierten TCM-Ärzte versperrt wären. Um dagegen anzugehen, veranstalteten sie verschiedene biomedizinische Fortbildungskurse. Jedoch wurden und

³⁶ Siehe die Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 26. 6. 1978, Nr. 195305 und v. 30. 9. 1978, Nr. 1782786 (zit. n. Archivkomitee Taiwan 1995: 258).

³⁷ Siehe die Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 7/30. 8. 1986, Nr. 611070, 614871 ((zit. n. Wu, Xian-ming 1995: 106).

³⁸ Siehe die Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 17. 6. 1994, Nr. 83022756 (zit. n. Wu, Xian-ming 1995: 107).

werden die hier erworbenen Bescheinigungen vom Staat nicht als Qualifikation anerkannt.³⁹ Als Argument hierfür führt die biomedizinische Seite an, daß solche TCM-Ärzte moderne Untersuchungsgeräte wegen mangelnder technischer Kenntnisse nicht bedienen könnten. Diese Fortbildungskurse dienten zwar der Verbesserung ihrer medizinischen Kenntnisse, reichten aber nicht als mit der biomedizinischen Profession vergleichbare Qualifikation aus. Da die Durchführung und Beurteilung einer medizinisch-technischen Untersuchung zu dem Arbeitsfeld der biomedizinischen Profession gehöre, sei dies weder die Aufgabe des TCM-Arztes noch eines anderen medizinischen Berufes.⁴⁰

Zwar dürfen auch Biomediziner nur mit biomedizinischen Kenntnissen, Techniken und Medikamenten Patienten behandeln. Jedoch wird diese Einschränkung aufgeweicht: Erstens können sie mit Zertifikaten eines Akupunktur-Trainings diese Heiltechnik auch in der Praxis anwenden.⁴¹ Ferner ist seit 1992 praktizierenden Biomedizinern mit einer Lizenz als TCM-Ärzte erlaubt, TCM-Diagnosemethoden benutzen und TCM-Heilmittel verschreiben. Sie dürfen letztere nur nicht in ihrer Praxis verkaufen.⁴² Durch diese Verordnungen wurden die Biomediziner ermutigt, TCM-Heilmethoden in ihr Arbeitsfeld zu integrieren. Da sie die TCM-Heilkunde innerhalb des Bereichs der Biomedizin anwenden können, bekommen die Absolventen des Fachbereiches für Chinesische Medizin mit Doppellizenz - TCM und Biomedizin - einen Anreiz, als Biomediziner zu praktizieren. Tendenziell führt dies zu einer Integration der TCM als Heilkunde in die Biomedizin. Aus Sicht der TCM-Ärzte ist es jedoch unakzeptabel, daß durch eine solche Maßnahme verhindert wird, daß akademisch ausgebildete TCM-Studenten später realiter auch als TCM-Ärzte praktizieren. Sie bedeutete aus diesem Blickwinkel eher einen Rückschritt für die Entwicklung der TCM.⁴³ Die TCM-Ärzte waren bestrebt, die Anwendung moderner Technik in das Arbeitsfeld der TCM integrieren, so daß ihre Heilkunde getrennt von der Biomedizin existieren konnte.⁴⁴

³⁹ Interview mit Wu, Shui-sheng und Zheng, Sui-zong.

⁴⁰ Interview mit Chen, Zhao-ming und die Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 17. 6. 1994, Nr. 83022756 (zit. n. Wu, Xian-ming 1995: 107).

⁴¹ Siehe die Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 13. 10. 1980, Nr. 299373 (zit. n. Wu, Xian-ming 1995: 105).

⁴² Siehe die Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 6. 4. 1992, Nr. 986071 (zit. n. Wu, Xian-ming 1995: 105). Nach dem Arztrecht können die Ärzte in Taiwan im Rahmen ihrer Praxis auch ihre eigene Apotheke gründen, da sie nicht nur rezeptieren, sondern zugleich dem Patienten die Medikamente auch verkaufen dürfen. Jedoch darf der Biomediziner mit Lizenz als TCM-Arzt die TCM-Heilmittel in seiner Praxis nicht verkaufen. Zur Thematik der Betreuung der TCM-Heilmittelläden durch TCM-Ärzte siehe auch Kapitel VII, 8.3. Die Trennung und die Unabhängigkeit der Arbeitsfelder von biomedizinischen Praxen und biomedizinisch orientierten Apotheken wurde ab 1993 diskutiert und staatlich gefördert, ist aber noch nicht gesetzlich geregelt (ZfG 1996a: 91f.). Jedoch ist dies nicht Thema dieser Arbeit.

⁴³ Siehe auch „Hochschule für Chinesische Medizin“ im letzten Kapitel 8.2.1. Eine Doppellizenz für die Ausübung der Praxis in beiden Richtungen durch die Absolventen ist noch nicht zulässig. Vgl. auch „TCM-Ärztekammer - Verstärkte Aktivität seit 1992“.

4 Institutionalisierung der Ausbildung in TCM

Die Gründung einer staatlichen Hochschule für Chinesische Medizin war von Anfang an das Bestreben der TCM-Ärzte. Dies bedeutete nicht nur eine systematische und institutionelle Lehre in Chinesischer Medizin, sondern die Sicherung einer regulären Ausbildung durch staatliche Finanzierung. Gleichzeitig hätte ein solcher Schritt die Gleichberechtigung mit der Biomedizin symbolisiert, die ihren Ausdruck in der Anerkennung des Lizenz- und Ausbildungssystems durch den Staat findet (vgl. Peng, Yi-jun 1996: 20-28). Noch konnte dieser Wunsch nicht realisiert werden. Jedoch änderte sich die Situation der TCM nach ihrer erfolgreichen Integration in die Krankenversicherung.⁴⁵ Hierbei wirkten sich einerseits die Vorgaben der Regierung aus, da sie für die TCM einen mit der Biomedizin vergleichbaren Wirksamkeitsbeweis und Qualitätsmaßstab benötigte, damit die Krankenkasse die TCM-Behandlung rational nachvollziehbar abrechnen konnte. Daher förderte die Regierung Forschungsvorhaben und das Studium der TCM nach den naturwissenschaftlichen Maßstäben der Biomedizin. Andererseits bedeutete die Integration in die Krankenversicherung, daß TCM-Ärzte wie Biomediziner Gewinne machen können. Dies wiederum regte das Interesse von privaten Unternehmern an, in Ausbildung und Krankenhäuser für TCM zu investieren.

Nachdem in Taiwan für längere Zeit nur eine einzige medizinische Hochschule mit einem Fachbereich für Chinesische Medizin existiert hatte, wurde jetzt verstärkt - und zwar sowohl mit privaten als auch staatlichen Mitteln - in die institutionelle TCM-Ausbildung investiert. Dennoch orientierten sich alle Ausbildungsprogramme an biomedizinischen Kenntnissen, obgleich manche der TCM-Ärzte argumentierten, daß es sich hierbei um die Anwendung empirisch gewonnener „wissenschaftlicher Erkenntnisse“ und nicht explizit um „biomedizinisches Wissen“ handele. Die TCM-Ausbildung differenzierte sich dadurch in drei verschiedene Formen aus:

1. in die mit biomedizinischer Orientierung mit Forschungen und Anwendung der TCM-Heilkunde,
2. in die mit medizinischer Orientierung in beiden Richtungen mit überwiegend biomedizinisch orientierten Kursen und
3. in die mit TCM-Orientierung auf der Grundlage biomedizinischer Kurse.

⁴⁴ Vgl. Peng, Yi-jun 1996: 8f., und Interview mit Wu, Shui-sheng.

⁴⁵ Hier ist besonders die Integration der TCM in die National Health Insurance (NHI) im Jahr 1995 gemeint. Dies Thema wird im Kapitel IX genauer erörtert.

4.1 Ausdehnung des China Medical College

Das „China Medical College“ (CMC) war die einzige Hochschule für die Ausbildung von TCM-Ärzten. Seit ihrer Gründung stieg das Haushaltsdefizit steil an. Dieses Finanzierungsproblem konnte durch die Intervention von „alten mächtigen“ Politikern entschärft werden. Der Vertraute der Familie des Staatspräsidenten Chiang - Chen, Li-fu - fungierte als Präsident des Vorstandsratskomitees für das College seit 1972 und sicherte durch seinen Einfluß die Fortexistenz des Fachbereiches für Chinesische Medizin.⁴⁶ Trotz der schlechten Finanzlage und der Tatsache, daß sich die Absolventen nach ihrer Lizenzierung in der Regel für die biomedizinisch orientierte Praxis entschieden, war das CMC das einzige College, das eine akademische Ausbildung für Chinesische Mediziner und auch Chancen für Verwissenschaftlichung und Systematisierung von TCM-Kenntnissen bieten konnte. Diese Ausbildung fand wegen des Bedarfs an medizinischer Qualifikation stärkere Beachtung. Die Hochschule erhöhte seit den 80er Jahren die Zahl ihrer Fachgebiete und Studenten in Chinesischer Medizin, so daß sie als Ausbildungszentrum für Chinesische Medizin angesehen wird.

Das Ausbildungsziel wurde, bedingt durch Entwicklung der Chinesischen Medizin umformuliert. Die Chinesische Medizin ist nicht mehr eine unbedingt konservierende Medizinform geblieben, sondern eine, die mit der Biomedizin verbunden werden kann. Das neue Ziel heißt „Vereinigung der Chinesischen Medizin und der Biomedizin, um ein neues Medizinsystem zu etablieren“.⁴⁷ Die akademischen Chinesischen Mediziner sind aufgrund der Weiterentwicklung der Studiengänge in zwei Kategorien unterteilt. Der normale Studiengang für Chinesische Medizin enthält überwiegend biomedizinische Kurse und dauert 7 Jahre, der andere Post-Bachelor-Studiengang mehr TCM-Kurse mit 5 jähriger Ausbildungszeit.

4.1.1 Studiengangsreform

Während des 7 Jahre dauernden Studienganges wurde den Studenten das Stoffgebiet der biomedizinischen Kurse - theoretische Fächer und Klinik - vollständig beigebracht, wobei der Unterricht durch Übungskurse seine Ergänzung fand. In den TCM-Kursen übten die Studenten die TCM-Diagnostik und die Zubereitung von TCM-Arzneimitteln. Ein kurzes klinisches Praktikum für TCM fand nur zweimal jeweils in den Sommer- und Winterferien statt. Dennoch absolvierten die Studenten im sechsten und siebten Studienjahre jeweils ein vollständiges biomedizinisches Praktikum. Diese Betonung des

⁴⁶ Chen, Li-fu blieb bis zum seinem Tod im Jahr 2001 Präsident des Vorstandsratskomitees für das College, und wurde von den Absolventen als „Patron der Chinesischen Medizin“ bezeichnet. Siehe auch Kapitel X.

⁴⁷ Vgl. China Medical College Bulletin 1997~1998: 1.

biomedizinischen Elements in der Ausbildung bildet eine wichtige Erklärung dafür, daß die Absolventen später als Biomediziner praktizierten (Lin, Zhao-geng 1990: 21).

1989 kamen bei einer von der Regierung veranstalteten Tagung über die Reformvorschläge zur TCM-Ausbildung die Probleme des TCM-Studiengang zum Vorschein. So könnten die Studenten in 7 Jahren nicht den Stoff für beide medizinische Richtungen lernen. Dies wäre dann auf Kosten der TCM gegangen. Zweitens konnten die biomedizinische Kurse nicht verkürzt werden, weil die Absolventen auf eine Lizenzierung als Biomediziner nicht verzichten wollten. Auch fehlte es an Praktikummöglichkeiten, da kaum Krankenhäuser mit TCM-Einrichtungen existierten. Ferner standen nur ungenügend qualifizierte Lehrkräfte zur Verfügung. Da diese nur aus dem eigenen Fachbereich des Master-Degree-Studiengang rekrutiert werden konnten, war ihr Ansehen bei den Studenten nicht besonders ausgeprägt und dies wiederum wirkte sich negativ auf die Motivation der Lernenden aus. Außerdem wurden kaum neue Lehrbücher für TCM veröffentlicht. Die Studenten konnten nur schwer etwas mit den alten TCM-Texten anfangen, da diese für sie und selbst für die Dozenten teilweise unverständlich waren.⁴⁸

Mit der Reform des Studienprogramms wurde aber erst 1998 begonnen. Die Studenten, die die Fachrichtung für Chinesischen Medizin wählen, können nach dem ersten Studienjahr entscheiden, ob sie ein Doppelstudium absolvieren möchten. Ist dies der Fall, dann müssen sie insgesamt 8 Jahre zwei Hauptfächer - Biomedizin und Chinesische Medizin - studieren. Die Hauptreform beinhaltete die Einführung eines praktischen Jahres im Bereich der Chinesischen Medizin und ein ebenso langes im Bereich der Biomedizin. Dann erhalten sie die Qualifikation für Chinesische Medizin und Biomedizin. Die Studenten, die sich nur für eine Fachrichtung - Chinesische Medizin - entscheiden, müssen ein 7 jähriges Studium mit einem anschließenden praktischen Jahr im Bereich der Chinesischen Medizin absolvieren. Sie bekommen nur das Diplom für Chinesische Medizin und dürfen lediglich an der Nachprüfung für die Lizenzierung zum TCM-Arzt teilnehmen.⁴⁹

In erster Linie müssen die Studenten im Bereich der Chinesischen Medizin Biomedizin lernen. Außer dem praktischen Jahr in beiden Fächern müssen die Studenten insgesamt über 50 Kurse in Biomedizin absolvieren, aber nur 23 Kurse in Chinesischer Medizin, darunter als Hauptkurse solche für TCM-Arzneimittel, TCM-Innere Medizin und Akupunktur mit jeweils mehreren Lernstunden.⁵⁰ Ihre Ausbildung orientiert sich an dem Ziel einer „Vereinheitlichung von Biomedizin und TCM“ unter der Bezeichnung

⁴⁸ Vgl. Huang, Wei-san 1989: 44-46, und der Zeitungsartikel in: „Ming-sheng“, v. 17. 3. 1999: 23.

⁴⁹ Vgl. China Medical College Bulletin 1997~1998: 8.

⁵⁰ Vgl. Broschüre „Introduction for Chinese Medical Department in China Medical College“, S. 6.

„Chinesisch-Westliche Integrationsmedizin“. Damit bildet sie eine Kombination zwischen mikro-empirischer Biomedizin und makro-ganzheitlicher TCM, die eng miteinander kooperieren sollen. Mit der Perspektive, eine Komponente im Kontext einer neuen Welle der Medizin zu bilden, wurde die Bezeichnung „Dritte Medizin“ eingeführt und auf die alte Bezeichnung „chinesische traditionelle Medizin“ verzichtet.⁵¹

Jedoch konnte diese anvisierte Integrationsmedizin bis jetzt in der Praxis nur mit Schwierigkeiten realisiert werden. Obwohl die Regierung den Absolventen des integrierten Studiengangs erlaubt, eine Lizenz für TCM und Biomedizin zu erwerben, müssen sich die Ärzte für eine Richtung entscheiden. Da wie erwähnt, die Regierung die Biomedizin begünstigt, praktiziert bis heute die Mehrheit der Absolventen als Biomediziner.

4.1.2 Etablierung eines Post-Bachelor Studiengangs

Im Jahre 1984 erfolgte die Bildung eines weiteren Studiengangs der Chinesischen Medizin für Post-Bachelor-Studenten, der überwiegend eine Ausbildung in Chinesischer Medizin beinhaltet, aber zu einem Drittel die Belegung biomedizinischer Fächer vorsieht. Sie erweitern in dem Studiengang nicht nur ihre Kenntnisse der Chinesischen Medizin, sondern lernen auch das moderne biomedizinische Wissen kennen, damit die Absolventen in der Praxis Kenntnisse beider Bereiche anwenden und integrieren können.⁵²

Wie im Programm vorgesehen, können diese Absolventen lediglich eine Lizenz in Chinesischer Medizin erwerben. Der Leiter dieses Colleges begründet dies damit, daß sie, wie im Bildungsprogramm festgeschrieben, nur zwei Drittel der Gebiete kennen,⁵³ die den kompletten Lernstoff für den Fachbereich der Biomedizin ausmachen. Ziel dieser Ausbildung ist ihre spätere Lizenzierung als TCM-Ärzte. Da sie nicht genügend Kurse für Biomedizin besucht haben, zählen sie nicht zur Gruppe der Ärzte mit einer Ausbildung in „TCM-biomedizinischer Integrationsmedizin“, und können daher nicht die Lizenz als Biomediziner erwerben (Chen, Mei-sheng (in Chen, Chieh-fu, Hg.) 1991: 67; Guo, De-ming 1996: 9).

Aus Sicht der Absolventen liegt das Problem nicht in der Lizenzierung, sondern in der Praktizierung und Anwendung der biomedizinischen Kenntnisse. Fast über 60% der

⁵¹ Vgl. Broschüre „Introduction for Chinese Medical Department in China Medical College“, S. 1-3.

⁵² Vgl. China Medical College Bulletin 1997~1998: 10.

⁵³ Das heißt, daß ein Drittel dieses Studiengangs zur biomedizinischen Richtung gehört, aber er umfaßt nur zwei Drittel des Studienprogramms der Biomedizin, so daß die Absolventen nicht genug Anrechnungspunkte für die Lizenzprüfung für Biomediziner erhalten.

Studenten rekrutieren sich aus medizinrelevanten Fachbereichen (Pharmazie, Medizintechnik oder Pflegewissenschaft). Da sie in diesem Studium Kenntnisse in biomedizinischem Wissen vermittelt bekommen haben, verlangen sie die Erlaubnis der Anwendung biomedizinischer Techniken und Methoden (Chen, Mei-sheng (in Chen, Chieh-fu, Hg.) 1991: 66f.). Trotzdem bleibt die Nutzung solcher Kenntnisse eingeschränkt, da die ZfG, wie wir erwähnt haben, ihnen die Anwendung biomedizinischer Geräte untersagt hat. Dieses Verbot wird damit begründet, daß die Absolventen nicht genügend Scheine für biomedizinische Fachrichtungen vorzuweisen können. Für sie besteht jedoch keine Möglichkeit, diese erforderlichen Leistungsnachweise für die noch fehlenden Fachrichtungen in der Biomedizin zu erhalten.⁵⁴

Mit der eindeutigen Ausrichtung auf die Chinesische Medizin befinden sich die Absolventen mit ihrer institutionellen Ausbildung aus der Sicht der nicht akademisch ausgebildeten TCM-Ärzte in einer Professionssituation innerhalb des Medizinsystems. Diese Regelung wurde deshalb auch von diesen Nicht-Akademikern als neue Schubkraft für die Chinesische Medizin angesehen (Interview mit Chen, Jun-ming).

4.1.3 Graduiertenkolleg für Chinesische Medizin

Seit den 70er Jahren etablierte sich an der Hochschule auch ein Master-Degree-Studiengang für Chinesische Medizin und -Heilmittel sowie im Jahr 1988 ein Promotionsstudiengang. Zusammen bildeten beide ein komplettes TCM-Ausbildungssystem. Dies stellt nicht nur ein Reservoir für ärztliche Kräfte für Chinesische Medizin, sondern auch für Forschungskräfte, um eine Gleichrangigkeit mit dem Forschungs- und Ausbildungsniveau der Biomedizin herzustellen.⁵⁵

1991 haben erst zwei Promovenden - einer spezialisiert auf die Akupunktur, der andere auf die Frauenheilkunde - ihre Studien mit Erfolg abgeschlossen. Einer von ihnen arbeitet seit 1993 als Leiter und Professor des Graduiertenkollegs. Vor ihm waren hier nur Professoren mit ungenügender formaler Qualifikation beschäftigt. Mit der Tätigkeit der Promotionsabsolventen als neuer Generation von Wissenschaftlern begann eine zweite Phase der TCM-Forschung. Da sie sowohl über biomedizinische und wie über TCM-Kenntnisse verfügen, fokussieren sie sich bei ihrer Forschungsrichtung auf die technische Anwendung und Verbesserung im TCM-Bereich. Die Orientierung an einer Integration von TCM und Biomedizin steht dabei im Vordergrund. Statt des Konzepts des „Qi“ fand nun der Begriff der „Biologischen Energie“ Verwendung. Dabei kam die

⁵⁴ Vgl. Interview mit Huang Jiang-Rong; China Medical College Bulletin 1997~1998: 10.

⁵⁵ Vgl. China Medical College Bulletin 1997~1998: 4.

Ausstattung für neurophysikalische und molekularbiologische Forschungen zum Einsatz. Im TCM-Bereich fand die Nutzung moderner elektronischer Geräte Eingang. Darunter fallen das Pulsdiagnose-Gerät, das elektrische Akupunktur-Gerät, die Energieerscheinungs-Kamera, das Laser-Akupunktur-Gerät, die Meridian-Computermessung, usw. In der Grundlagenforschung bilden die Energie- und Akupunkturforschung die Schwerpunkte. In der Anwendungsforschung stehen die Wirkungen von TCM-Arzneimitteln und die TCM-Biomedizin-Integrationsheilkunde bei einigen Krankheiten (z. B. Tumor und Diabetes) im Mittelpunkt des Interesses.⁵⁶

4.1.4 Angebote von Fortbildungskursen

Als einziges institutionelles Ausbildungszentrum mit Hochschulqualifikation für Chinesische Medizin hatte das China Medical College bei der Vermittlung von modernen medizinischen Kenntnissen für nicht-akademische TCM-Ärzte mitgewirkt. Da diese sich der Kritik gegenübergesetzt sahen, daß sie sich nicht an die moderne Gesellschaft anpassen könnten und wenig von moderner Medizin verstünden, suchten sie die Zusammenarbeit mit dem College. So fanden im Jahr 1976 Fortbildungskurse über „moderne Medizin“ für nicht akademische TCM-Ärzte statt (Lin, Zhao-geng 1991: 11). Sie begannen viel früher als die Trainingskurse im Bereich der Biomedizin für die Absolventen der Lizenzsonderprüfung. Dennoch wurde diese Fortbildung bis zum 1986 von der Gesundheitsbehörde nicht als eingeschränkte Qualifikation in der modernen Medizin akzeptiert, so daß sie - wie vorher erwähnt - den Absolventen die Anwendung von moderner Untersuchungsgeräte untersagte.⁵⁷

Andererseits fand in diesem College seit 1972 ein Akupunktur-Fortbildungskurs für Biomediziner statt. Er wurde als Zusatzqualifikation für Biomediziner anerkannt, die ihnen die Anwendung dieser Heiltechnik in ihrer Praxis erlaubte.⁵⁸ Auch die Fortbildungskurse in TCM-Arzneimittelkunde für biomedizinische Pharmazeuten galten als legitime Qualifikation. Hingegen fanden die Kurse für Lehrlinge in TCM-Heilmittelläden keine Akzeptanz. Hier zeigt sich, daß auch im TCM-Bereich nach dem Vorbild der Biomedizin zunehmend zwischen Hochschulgebildeten und privat ausgebildeten Lehrlingen unterschieden wurde. Auf diese Weise konnten traditionell ausgebildete TCM-Ärzte leichter ausgegrenzt werden, was natürlich den Interessen und dem Standesbild der Biomediziner entgegankam.

⁵⁶ Vgl. Broschüre „Introduction for Graduate College of Chinese Medicine in China Medical College“, 1994.

⁵⁷ Siehe auch in diesem Kapitel 3.3.

⁵⁸ Siehe auch in diesem Kapitel 3.3.

4.2 Gründung des Fachbereichs für Chinesische Medizin an einer privaten Hochschule

1998 etablierte sich ein weiterer Fachbereich für Chinesische Medizin an der privaten Chang-Geng Universität. Da diese Abteilung und das Chang-Geng Medizinzentrum angesichts der hohen Investitionen und finanziellen Zuschüsse seitens eines Unternehmers ein effizientes Management ausweist, zeichnen sich diese Institutionen durch eine sehr hohe Fachkompetenz aus. Die Dozenten werden aus Festlands-China geholt, um auch taiwanesischen Studenten mit den dortigen Entwicklungen vertraut zu machen. In Zukunft soll der Fachbereich für Chinesische Medizin weiter expandieren und zu einem Zentrum für Chinesische Medizin ausgebaut werden.⁵⁹

Mit seinem effizienten Management ist das Chang-Geng Medizinzentrum das zweitgrößte Medizinzentrum in Taiwan. Durch eine genaue Kosten-Nutzenanalyse zieht es einen hohen Finanzanteil im Gesundheitswesen an sich. Es hat nicht nur eine wichtige Funktion bei der Beratung im Gesundheitswesen, sondern auch bei der Finanzierung der NHI. Die darin gesteckten Investitionen zeigen, daß sich in dieser Richtung ein zukünftiger Trend entwickelt, wobei auch ein entsprechender finanzieller Gewinn zu erwarten ist. Die Investition in die Ausbildung für Chinesische Medizin ermutigt die beruflich Tätigen diesem Bereich. Das Ausbildungsmodell, eine Zusammenarbeit mit den TCM-Experten aus der Volksrepublik China, ermöglicht es, daß Techniken und Kenntnisse der Chinesischen Medizin in Taiwan sofort Anwendung finden können. Hier werden Experten herangebildet, die Theorie und Praxis in Chinesischer Medizin und in moderner Biomedizin beherrschen.⁶⁰ Bis in die Gegenwart gibt es aber noch keine Absolventen und die Hauptlehrkräfte rekrutieren sich zum großen Teil aus dem China Medical College. Über die Zukunft des Medizinzentrums ist noch nicht entschieden.

4.3 Aufbauplan eines staatlichen Ausbildungssystems für TCM

4.3.1 Aufbaugründe

Seit langem verlangte die Vereinigte TCM-Ärztammer, eine staatliche Hochschule für TCM zu gründen. Der Hintergrund eines solchen Plans liegt nicht nur in der historischen Erfahrung mit der Republik auf dem Festland und dem kommunistischen China, wo sich der Staat stark für die Förderung der Chinesischen Medizin einsetzte, sondern auch in den Rangunterschieden zwischen staatlichen und privaten Universitäten in Taiwan.⁶¹ Die

⁵⁹ Siehe Homepage des Fachbereichs für Chinesische Medizin an der Universität Chang-Geng.

⁶⁰ Siehe Homepage des Fachbereichs für Chinesische Medizin an der Universität Chang-Geng.

⁶¹ Die staatlichen Universitäten verfügen über mehr Geld durch die finanzielle Hilfe der Regierung. Deshalb besuchen die besten Studenten die staatlichen Universitäten. Und nur die Studenten, die nicht an einer staatlichen Universität zugelassen worden sind, gehen zur privaten Hochschule (Interview mit Wu, Shui-sheng).

TCM-Ärzte behaupten, daß das seit 1958 gegründete private China Medical College seine Studenten im Fachbereich für Chinesische Medizin nur aus denjenigen rekrutiert, die wegen ihrer mangelnden Qualifikation nicht an einer staatlichen Universität studieren können. Dadurch würden deren Fähigkeiten und Talente weniger als die der Biomediziner mit Abschlüssen von staatlichen Universitäten geschätzt. Um die Regierung zu bewegen, die TCM stärker zu fördern, setzten sich die TCM-Ärzte für eine staatliche Hochschule für Chinesische Medizin ein. Sie hofften darüber hinaus, als höher qualifiziert betrachtete Studenten zu bekommen, die wiederum der TCM-Forschung nutzen konnten (Interview mit Wu, Shui-sheng).

4.3.2 Verzögerung des Aufbauplans

Die Gründung einer staatlichen Hochschule für Chinesische Medizin verzögerte sich längere Zeit. Einerseits hatte die ZfG kein Interesse daran, da sie der Entwicklung der Biomedizin höhere Priorität einräumte. Andererseits verfügte das Erziehungsministerium nicht über genügend Mittel, um eine neue staatliche Hochschule für Chinesische Medizin zu gründen. Außerdem existierte schon ein Forschungsinstitut für TCM. Nach Ansicht der Regierung bestand hier kein weiterer Handlungsbedarf (Interview mit Wu, Shui-sheng).

Die Lobby der Vereinigten TCM-Ärztelkammer wurde beim Legislativparlament aktiv. Im Zuge seiner Zustimmung zum Finanzhaushalt für die VfCM im Jahre 1998 faßte das Legislativparlament einen Beschluß, daß die ZfG einen Plan für eine staatliche Hochschule für Chinesische Medizin entwerfen soll. Erziehungsministerium und VfCM entwickeln gegenwärtig gemeinsam Vorstellungen, eine Hochschule für Chinesische Medizin oder einen Fachbereich für Chinesische Medizin an einer staatlichen Universität zu gründen.⁶²

Die Realisierung dieses Plans ist im Gange. Der Aufbauplan sieht eine Zusammenarbeit zwischen dem Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und der staatlichen Medizinischen Hochschule Yang-Ming mit folgender Begründung vor: Einmal liegt das staatliche Forschungsinstitut für Chinesische Medizin direkt neben der Uni. Zweitens bietet es die Möglichkeit, daß Biomedizin und Chinesische Medizin, eingebunden in die Universität, voneinander profitieren, so daß eine hohe Forschungsqualität ermöglicht wird.⁶³

Dennoch kann der Plan nicht sofort realisiert werden. Die Forschung für den Bedarf an

⁶² Vgl. „Protokolle der anderen Versammlung“, Nr. 133, v. 4.11.1998, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

TCM-Ärzten brachte das Ergebnis, daß in einigen Jahren ein Überangebot an TCM-Ärzten bestehen wird. Und weil ein jährliches Pauschalbudget für den TCM-Bereich (ambulante Behandlung) im Rahmen der NHI eingeführt wird,⁶⁴ fürchten die TCM-Ärzte eine Verringerung ihres Profits. Deshalb zögern sie und wünschen sich keine eilige Realisierung des Projekts (Interview mit Lin, Zhao-geng).

4.3.3 Staatlich finanzierter Studiengang für ein Graduiertenkolleg

Trotz der Verzögerung der Etablierung einer staatlichen Hochschule für Chinesische Medizin wurde im Jahr 1991 ein Master-Degree-Studiengang für „traditionelle Medizin“ an der staatlichen Medizinischen Hochschule „Yang-Ming“ gegründet. Erstmals wurde hier ein Studiengang für traditionelle Medizin vom Staat unterstützt. Er gilt für die Biomedizin als Forschungsstätte für traditionelle Medizin, aber nicht als Ort ärztlicher Ausbildung. Aber wenn die Studenten vorher ein Studium der Biomedizin absolviert haben, und in diesem Studiengang eine bestimmte Anzahl von Anrechnungspunkten in den Fächern für Chinesische Medizin erreicht haben, können sie auch nach dem Lizenzrecht an der Nachprüfung teilnehmen, um einen TCM-ärztliche Lizenz zu erlangen.⁶⁵

Im Gründungsmanifest werden folgende Motive für die Etablierung des Studiengangs angegeben: erstens brauche die in die Sackgasse (gemeint sind hier die Behandlung chronischer Krankheiten und auch die ungelöste Frage der Nebenwirkungen durch biomedizinische Methoden und Medikamente) geratene moderne Medizin neue Impulse und dabei ist die traditionelle Medizin ein zentraler Faktor. Zweitens finden wir weltweit die Tendenz, traditionelle Medizin in das moderne Medizinsystem zu integrieren, um eine neue Dimension für menschliche Gesundheit auf dem Markt anbieten zu können. Drittens geht es darum, die traditionelle Medizin - besonders die Chinesische Medizin - zu systematisieren, zu verwissenschaftlichen, und ihre Diagnostik zu standardisieren.⁶⁶

Seit 1998 gibt es die Möglichkeit eines Doktorstudiums. Es wird erwartet, daß die Absolventen zu selbständiger Forschungsarbeit in der Lage sind. Die Zusammenarbeit geht in zwei Richtungen: Auf der einen Seite lassen sich hier die gemeinsamen Forschungsprojekte zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin anführen. Hierfür steht das Forschungszentrum innerhalb des Veteranen-Gesamtkrankenhauses,⁶⁷ wo es

⁶³ Siehe Tageszeitung „Freiheit“ (Zi-You) v. 6. 12. 1998: 20 und v. 30. 5. 1997: 34.

⁶⁴ Ausführlich siehe „Einfluß der Etablierung der Krankenversicherung auf Institutionalisierung und Standardisierung der TCM“.

⁶⁵ Vgl. Lin, Guang-ji, Vortrag v. 24.4.1995.

⁶⁶ Vgl. Homepage des „Institute of Traditional Medicine, National Yang-Ming University“.

⁶⁷ Das Veteranen-Gesamtkrankenhaus (Rong-Ming Krankenhaus) zusammen mit den Tai-Da und Chang-Geng Krankenhäusern sind die drei größten Medizinzentren in Taiwan. Das Rong-Ming Krankenhaus

darum geht, gemeinsame klinische Anwendungen von Chinesischer Medizin und Biomedizin zu entwickeln. Da die darin tätigen Ärzte biomedizinisch orientiert sind, wurden TCM-Heilkonzepte, z. B. körperliche Energie und TCM-Heiltechniken wie Akupunktur in die klinisch-biomedizinische Praxis des Krankenhauses integriert. Dies ermutigt auch andere medizinische Hochschulen, z. B. die (bio)medizinische Fakultät der National Taiwan University, Akupunktur als Lehrfach in der Ausbildung anzubieten.⁶⁸ Auf der anderen Seite wird der Erfahrungsaustausch von TCM-Ärzten im In- und Ausland - besonders mit China - intensiviert. Dadurch können die neuen Ergebnisse der Forschung für Chinesische Medizin auf schnellstmögliche Weise verbreitet werden.⁶⁹

5 Krankenhäuser für Chinesische Medizin

Der Versuch einer stationären TCM-Behandlung gibt der TCM die Möglichkeit, standardisierte klinische Modelle zu entwickeln. Durch langfristige klinische Behandlung und Patientenbeobachtung können die TCM-Ärzte erstens ihre medizinischen Kenntnisse wissenschaftlich überprüfen und beweisen. Dies vermag eine ambulante Behandlung nicht zu erreichen. Zweitens kann sich ein stationäres Modell mit dem Ziel herausbilden, ein eigenes Therapiekonzept für die TCM zu verwirklichen. Dennoch galt die stationäre Versorgung nicht als Bestandteil des traditionellen Behandlungsmodells bei der TCM. So fehlten qualifizierte TCM-Ärzte, die eine stationäre TCM-Ausbildung absolviert hatten. Dadurch verzögerte sich wiederum die Realisierung des Projekts.⁷⁰ Auch nach Inbetriebnahme des Lehrkrankenhauses des China Medical College im Jahr 1980 konnte eine stationäre Therapie auf TCM-Basis in diesem Hause noch nicht Fuß fassen, da hierfür weder Ausbildungs- noch Organisationskonzepte zur Verfügung standen. Das Praktikum und Praxen von TCM-Studenten und -Ärzte blieben auf die Ambulanz beschränkt.

Durch Initiativen zur Einführung einer stationären TCM-Behandlung auf dem

wird durch das Veteranenkomitee im Verwaltungsministerium finanziert, und dient gleichzeitig als Universitätsklinikum für die Medizinische Hochschule Yang-Ming. Das Tai-Dai Krankenhaus ist die Universitätsklinik der Fakultät für Medizin der Taiwan-Universität, und wird von der ZfG finanziert. Das Chang-Geng Medizinzentrum erhält von dem größten privaten Unternehmer Taiwans finanzielle Unterstützung. Weil dieser in der 90er Jahren auch eine medizinische Hochschule gegründet hat, wurde das Medizinzentrum auch als Uni-Klinik genutzt.

⁶⁸ Vgl. Homepage des „Common Health Magazine“, Vol. 36, „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und die Chinesische Medizin integriert werden?“

⁶⁹ Vgl. Homepage des „Institute of Traditional Medicine, National Yang-Ming University“.

⁷⁰ Quelle: Gemeinsame Sitzung des VfCM und der TCM-Ärzte des Chang-Geng Medizinzentrums v. 24. 12. 1999 über die Finanzierung der stationären Behandlung der AS -Erkrankung durch die Krankenversicherung. Der Leiter der VfCM gab diese Ziele und Schwierigkeiten bei der TCM-Stationsbehandlung nochmals auf einer Sitzung bekannt.

chinesischen Festland beeindruckt, regten TCM-Ärzte in Taiwan an, das erforderliche Inventar hierfür bereitzustellen. 1987 gelang die Einrichtung eines TCM-Krankenhauses nach Regelung der hierfür nötigen gemeinsamen Standards für biomedizinische und TCM-Krankenhäuser. Jedoch beschränkte sich das TCM-Angebot angesichts der mangelnden Qualifikation und Einrichtung zunächst nur auf eine ambulante Behandlung.⁷¹ Darüber hinaus fehlte bei einer stationären TCM-Behandlung die Integration in die Krankenversicherung, so daß die Patienten alle Kosten selbst tragen mußten. Ferner waren sie auch nicht daran gewöhnt, sich in dieser Form auf TCM-Basis versorgen zu lassen (Chen, Tai-xi 1990: 102). Obwohl viele der in den 1990er Jahren gegründeten TCM-Krankenhäuser nominell unter der Bezeichnung Krankenhaus geführt wurden, boten sie realiter nur eine ambulante Versorgung an. Die meisten TCM-Krankenhäuser haben keine eigene Ärztehierarchie. Nur in den städtischen TCM-Krankenhäusern - Kao-Hsiung und Taipeh - gibt es solche Ordnungen mit Stationsarzt, Oberarzt und Chefarzt (Interview mit Liu, Jing-sheng).

In der Verordnung für die TCM-Krankenhäuser heißt es einschränkend, daß die TCM-Krankenhäuser keine Biomediziner anstellen oder biomedizinische Fachbereiche einrichten dürfen, gleiches gilt für biomedizinisches Untersuchungsgerät. In biomedizinischen Krankenhäusern dürfen jedoch TCM-Abteilungen etabliert werden. Dahinter steht die Vorstellung, daß die TCM in die Biomedizin integriert werden könne, aber nicht umgekehrt.⁷² Diese Regelung ermutigt deswegen gegenwärtig viele biomedizinische Krankenhäuser, eigene TCM-Abteilungen einzurichten. Daraus folgt eine Integration von TCM-Heilmethoden in die biomedizinische Krankenhausbehandlung, während sich die reinen TCM-Krankenhäuser auf die ambulante Therapie begrenzen.

5.1 Gründung öffentlicher Krankenhäuser für Chinesische Medizin

In den 1980er Jahren forderten TCM-Ärztelkammer und TCM-Wissenschaftler von der Regierung, wegen der knappen privaten Investitionen im TCM-Bereich ein öffentliches Krankenhaus für TCM zu gründen. Da die ZfG dies unter Hinweis auf ein fehlendes eigenes Budget die Errichtung eines TCM-Krankenhauses abgelehnt hatte, wurde die Planung auf die regionale Ebene geschoben. 1983 konnte das erste öffentliche Krankenhaus für TCM vom städtischen Gesundheitsamt Kao-Hsiungs finanziert und dort gebaut werden. Geplant war seine Erweiterung zu einem großen TCM-Klinikum. Es kam jedoch nur zur Gründung einer kleinen Einrichtung dieser Art, denn die Behörde des Gesundheitsamtes befürchtete wegen Patientenmangels ein Haushaltsdefizit, zumal bis

⁷¹ Siehe auch Kapitel IX, 2.2 „Einrichtungsstandards für TCM-Krankenhäuser“.

⁷² Siehe: VfCM, Sammelband Gesetze und Regelungen in der Chinesische Medizin, 1998: 63-65.

zu dieser Zeit noch keine andere Institution dieser Art existierte. Außerdem fehlten die gesetzlichen Grundlagen für dieses Projekt. Ferner durften die TCM-Ärzte wegen der Einschränkung ihres Arbeitsfeldes schon aus rechtlichen Gründen keine stationäre Behandlung durchführen.⁷³ Wie erwähnt, war es nicht gestattet, in das TCM-Krankenhaus biomedizinische Elemente, wie z. B. biomedizinische Fachrichtungen oder Untersuchungseinrichtungen zu integrieren.

Obwohl die dort arbeitenden TCM-Ärzte mit der Dienstzeit und ihren speziellen Fachrichtungen nach dem biomedizinischen Modell die ärztliche Hierarchie und die Aufteilung in Fachabteilungen kopiert hatten, fand lediglich nur eine ambulante Behandlung statt. Als damals einziges TCM-Krankenhaus stand es für Praktika für Studenten aus dem Fachbereich für Chinesische Medizin des China Medical College und für die Fortbildungen für die durch TCM-Sonderprüfung lizenzierten TCM-Ärzte zur Verfügung. Mit dieser Einrichtung boten sich im Vergleich zu modernen biomedizinischen Krankenhäusern nur geringe Praktikumschancen im TCM-Bereich.

Dennoch erhöhte sich die Zahl der Patienten nach der Eröffnung sprunghaft, so daß ein Ausbau des Krankenhauses notwendig wurde. 1992 und 1993 taucht der Plan auf, seine Kapazität um 200 Betten auszudehnen. Wegen der erwarteten niedrigen Nachfrage und hoher Kosten verzögerte die ZfG jedoch diese Expansion. Auf Grund wirtschaftlicher Überlegungen wurde sie schließlich ganz ausgesetzt, da nach den Berechnungen eine zu geringe Ausdehnung keinen Gewinn abzuwerfen erschien. Aber die Möglichkeit einer Expansion wird weiterhin im Auge behalten, so daß die Planung nach Bedarf irgendwann realisiert werden kann (Interview mit Liu, Jing-sheng).

Ein weiterer Versuch, die TCM-Abteilung in ein biomedizinisches Krankenhaus einzubinden, erfolgte in anderer Form im Jahr 1983 in einem der städtischen Krankenhäuser in Taipeh. Dahinter stand die Idee einer Kooperation von TCM-Ärzten und Biomedizinern. Einerseits fanden dabei elektronische Geräte für TCM-Behandlung Verwendung, z. B. ein Apparat für Akupunktur und Pulsmessungen, andererseits die Integrationsdiagnostik von TCM und Biomedizin. Die dort angestellten TCM-Ärzte verfügten auch über ein komplettes biomedizinisches Wissen und konnten daher ihre Patienten in die biomedizinische Abteilung zur Untersuchung schicken, um mit solchen Untersuchungsergebnissen ihre Patienten gezielter diagnostizieren und therapieren zu können.⁷⁴ Diese TCM-Abteilung wurde im Jahr 1997 von dem biomedizinischen Krankenhaus organisatorisch abgetrennt und galt fortan als eigenständiges öffentliches TCM-Krankenhaus mit stationärer Behandlung. Es liegt mit Bedacht neben dem

⁷³ Siehe auch in diesem Kapitel 3.3.

⁷⁴ Siehe „Chinese Medicine Bulletin“ der Vereinigten TCM-Ärztammer, Nr. 9, v. 16.7. 2001, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

städtischen biomedizinischen Krankenhaus. Hier werden Patienten von TCM-Ärzten und Biomedizinern gemeinsam behandelt. Obwohl die stationäre Versorgung selbst beglichen werden muß, suchen nicht wenige Patienten das Krankenhaus auf. Jedoch leiden die meisten von ihnen an chronischen Krankheiten oder befinden sich im Endstadium ihrer Tumorkrankheit. Es fehlt also der TCM-Seite die Kapazität, akute Rettungsmaßnahmen einzuleiten. Deshalb führt das biomedizinische Krankenhaus die Akutbehandlung durch, z. B. Bluttransfusionen, Intensivmedizin, Notfallversorgung und Ernährungsinfusionen.⁷⁵ Es hat den Anschein, als ob die TCM bei der Therapie die Rolle einer „sanften Hilfe“ - Ernährung, Schmerzlinderung - übernimmt, während der Biomedizin die Hauptrolle bei der „harten Intervention“ zufällt. Da die ZfG aufgrund wirtschaftlicher Kalkulationen sich für dieses Integrationsmodell interessiert, intendiert sie dieses Heilmodell ab 2001 in anderen Universitätskrankenhäusern durch finanzielle Unterstützung weiter zu entwickeln.⁷⁶ Von einer Investition in reine TCM-Krankenhäuser war in diesen Diskussionen nie die Rede.

Der Mitarbeit in diesen städtischen Krankenhäusern mit solchen Integrationsmodellen scheint nicht für jeden TCM-Arzt zugänglich zu sein. Obwohl die nicht akademischen TCM-Ärzte, insbesondere die Absolventen, die nur durch Trainingskurse Kenntnisse in der modernen Medizin erlernt haben, von einer Einstellung in TCM-Krankenhäusern nicht grundsätzlich ausgeschlossen sind, haben sie nur geringe Chancen, dort auch eingestellt zu werden. Dies wird damit begründet, daß ihre Kenntnisse in Biomedizin nicht dem Niveau von qualifizierten Biomedizinern entsprechen.⁷⁷

5.2 Private Krankenhäuser für TCM

Das private Lehrkrankenhaus für das China Medical College nahm im Jahr 1980 seinen Betrieb auf. Um die klinischen Wirkungen der TCM weiter zu entwickeln, verfügte es über die Möglichkeit, die TCM in der klinischen Praxis zu testen. In Zusammenarbeit mit dem China Medical College sollte die TCM-Heilkunde als besondere Medizinrichtung in die moderne Klinik integriert werden. Ziel war die Modernisierung der Chinesischen Medizin und die Vereinigung von TCM und Biomedizin. Deshalb erhielt das Krankenhaus die Bezeichnung „Chinesisch-westliches Kooperationskrankenhaus“, da hier TCM-Ärzte und Biomediziner bei Diagnose und Therapie zusammenarbeiten. Dennoch fanden Name und Inhalt in der medizinischen Gesetzgebung keine Regelungsform, und stießen daher bei der ZfG auf Ablehnung (Interview mit Xie, Qing-liang).

⁷⁵ Siehe „Chinese Medicine Bulletin“ der Vereinigten TCM-Ärzttekammer, Nr. 9, v.16.7. 2001, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

⁷⁶ Vgl. Homepage des „Common Health Magazine“, Vol. 36, Titel „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und Chinesische Medizin integriert werden?“.

Ferner konnten Patienten nur in einer Sonderabteilung als Teil des biomedizinischen Krankenhauses mit TCM-Methoden ambulant behandelt werden. Obwohl die Patienten zwischen TCM und Biomedizin wählen oder sich durch Methoden beider Richtungen behandeln lassen konnten, mußten sie vor 1987 die TCM-Therapie selbst finanzieren. Demgegenüber ließ sich die biomedizinische Behandlung größtenteils durch die Krankenversicherung für Arbeitnehmer abdecken. Da versicherte Patienten eher Biomediziner aufsuchten, stellte sich als ein Nachteil für TCM-Ärzte heraus. Darüber hinaus konnten TCM-Ärzte und -Praktikanten bei ambulanter Behandlung Heilwirkungen kaum kontrollieren oder induktiv beweisbare Ergebnisse liefern. Seit der Erweiterung durch einen Anbau im Jahre 1999 ist die TCM-Stationsbehandlung mit einbezogen. Hier besteht die Möglichkeit, Heilwirkungen der TCM klinisch zu erproben. Jedoch stellt sich hier weiterhin das Finanzierungsproblem, da die Patienten für stationäre TCM-Behandlung selbst aufkommen müssen (Interview mit Xie, Qing-liang).

In dem Lehrkrankenhaus wurden neue Diagnosetechniken angewendet, wie z. B. Geräte für (Biologische) Energie-Untersuchung, Meridian-Diagnose, Computerprogramme für Zungenanalysen und für Puls-Wellen. Der Versuch, moderne Techniken in die TCM-Diagnostik zu integrieren, erweist sich als richtungsweisend. Dadurch konnte die TCM ihre Modernität unter Beweis stellen.⁷⁸ Dies beinhaltet eine Orientierung der Methoden an der biomedizinischen empirischen Forschung, die mit Statistik und Merkmalsunterscheidung Normalwerte ermitteln will. Deshalb gestalteten sich, wie die TCM-Ärzte selbst beschrieben, die Denkmodelle solcher „wissenschaftlicher“ TCM-Ärzte ähnlich wie bei den Biomedizinern.⁷⁹

Die anderen TCM-Kliniken fungierten normalerweise als „Polikliniken“, da TCM-Ärzte häufig wegen Kostenersparnis eine Gemeinschaftsnutzung von Räumlichkeiten anstrebten. Die meisten angewandten technischen Geräte sind elektronische Akupunktur- und Massagegeräte, die den Ärzten Zeit ersparen (Interview mit Liu, Jing-sheng).

5.3 TCM-Abteilung in dem privaten Chang-Geng Medizinzentrum

Die TCM-Abteilung im privaten Chang-Geng Medizinzentrum (1996) ist die erste TCM-Abteilung, die in ein Medizinzentrum integriert wurde. Sie gliedert sich in drei Fachrichtungen - Innere Medizin, Wundbehandlung und Akupunktur. Nur diejenigen TCM-Ärzte, die ein Studium in Biomedizin und TCM absolviert haben, finden hier eine

⁷⁷ Interview mit Liu, Jing-sheng.

⁷⁸ Vgl. die Homepage der Uni-Klinik der „China Medical College“.

⁷⁹ Siehe Text von Lai, Peng-ju und Forschungsgruppe für Integrationsmedizin, auf der Homepage der Zeitschrift für die Integration der Chinesischen Medizin.

Anstellung. Deshalb gibt es in der Abteilung keine TCM-Ärzte, die die Sonderprüfung bestanden haben. Angelehnt an die biomedizinische Abteilung wurde eine ärztliche Hierarchie eingeführt. Die Ausbildung für die stationär eingesetzten TCM-Ärzte umfaßt 6 Jahre Training - davon 3 Jahre für das TCM-ärztliche und 3 Jahre für die biomedizinische fachärztliche Ausbildung.

Grundlage hierfür ist der Gedanke, daß das Medizinzentrum die TCM-Forschung durchführt und finanziert, um Lücken in der Biomedizin zu schließen. Deshalb wird von den TCM-Ärzten auch verlangt, daß sie nicht nur traditionelle diagnostische Methoden, sondern auch moderne medizinische Kenntnisse und Techniken beherrschen. Die Einheit von TCM und Biomedizin erscheint, wie die vorgestellten Versuche verdeutlichen, als neue Möglichkeit, dem Angebot an medizinischen Dienstleistungen und Forschungen eine neue Dimension zu geben.⁸⁰

Das Zentrum bietet nicht nur eine ambulante Versorgung, sondern auch stationäre Behandlung an. Die TCM-Abteilung verfügte bis 1999 nur über 50 Betten. Wie in anderen Krankenhäusern muß eine stationäre Behandlung vom Patienten privat finanziert werden. Die stationären Betten wurden auch als Modellversuch benutzt, um die Zusammenarbeit der TCM mit der Biomedizin zu testen. Da sie mit dem Fachbereich für Chinesische Medizin an der Universität Chang-Geng verbunden ist, wird die stationäre Behandlung als wichtige Praktikumsmöglichkeit für Studenten betrachtet. Falls die zukünftige Fakultät für Chinesische Medizin und Heilmittel gegründet wird, entstünde eine Uni-klinik für Chinesische Medizin mit 1500 Betten für stationäre Patienten.⁸¹

Aber die Qualität der Behandlung wird indirekt mit dem Hinweis angezweifelt, daß dort durchschnittlich pro TCM-Arzt 200 Patienten pro Tag ambulant behandelt werden. Trotzdem steigt die Frequentierung des Zentrums. Auf die Zweifel und steigenden Patienten reagierte das Medizinzentrum mit dem Hinweis auf effizientes Management, standardisierte Behandlungsverfahren und gute Qualitätskontrolle. In Wirklichkeit, so behauptete ein Sprecher in der VfCM, entspreche die TCM-Behandlung nicht mehr der TCM-Konzeption, sondern eher ihrer biomedizinischen Form. Dies zeige sich daran, daß die TCM-Ärzte in diesem Medizinzentrum standardisierte Heilverfahren und Rezepttabellen benutzen. Wie die Biomediziner geben sie den Patienten nach einer Krankheitsklassifikation ein bestimmtes Rezept.⁸²

⁸⁰ Vgl. „Einführung der inneren Medizin der TCM-Abteilung im Chang-Geng Medizinzentrum“ auf der Homepage des Chang-Geng Medizinentrums der TCM-Abteilung.

⁸¹ Vgl. „Einführung der TCM-Abteilung im Chang-Geng Medizinzentrum“ auf der Homepage des Chang-Geng Medizinentrums der TCM-Abteilung.

5.4 Zusammenarbeit von TCM und Biomedizin

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen im städtischen Krankenhaus von Taipeh, in dem eine Zusammenarbeit zwischen TCM und Biomedizin praktiziert wird und der Beobachtung, daß Patienten die Diagnose beider Medizinrichtungen nachfragen, entwickelte sich ein Austausch zwischen TCM-Ärzten, Biomedizinern und Patienten über Therapiemethoden. Hohe Erwartungen richteten sich auf die TCM bei der Therapie chronischer Krankheiten. Nicht zuletzt aus diesem Grund gewann die TCM neue Unterstützer, auch von Biomedizinern. Staatliche Finanzierung und die erwarteten Kosteneinsparungen trugen zu ihrer Verbreitung bei. Das von dem Patienten selbst gewählte Heilverfahren kostet jedoch nicht nur Zeit, sondern erfordert auch die Akzeptanz von beiden medizinischer Richtungen. Da der Leiter des Krankenhauses sich auch an TCM-Heilverfahren interessiert zeigte und sogar davon profitierte,⁸³ ermutigte und unterstützte er eine solche Zusammenarbeit. Jedoch regten sich auch Gegenstimmen. In einer Petition von Biomedizinern gegen die Integration der TCM in das Krankenhaus in Taipeh heißt es, daß die Chinesische Medizin jeder wissenschaftlicher Grundlage entbehre. Die Integration der TCM sei ein Rückschritt der naturwissenschaftlichen Medizin, und werde unlösbare Schwierigkeiten hervorrufen.⁸⁴

Die Zusammenarbeit im stationären Sektor schritt trotz diese Widerstände weiter fort. So existiert in der TCM-Abteilung des Chang-Geng-Medizinentrums seit 1998 eine gemeinsame ambulante Diagnostik bei rheumatischen Patienten sowie für eine die gemeinsame stationäre Pflege bei chronischen Diabetikern. Aber die Zusammenarbeit zwischen TCM-Ärzten und Biomedizinern birgt Probleme. Deshalb versuchen die TCM-Ärzte, die auch als Biomediziner lizenziert sind, wie Beispiele in anderen TCM-Krankenhäusern beweisen, in einer Person beide Medizinsysteme zu vereinigen.

Die Zusammenarbeit zwischen TCM- und biomedizinischen Ärzten erscheint nur als vorübergehendes Phänomen während der Anfangsphase der Integration von TCM und Biomedizin. Die Probleme liegen im mangelnden Verständnis zwischen beiden Richtungen. Die meisten Biomediziner in Taiwan verfügen über wenig Kenntnisse der TCM und kritisieren sie als kontraproduktiv für den Heilungsprozeß. Außerdem stellt sich hier die Frage, wer im konkreten Fall die Verantwortung übernimmt. Eine effiziente Zusammenarbeit braucht das volle Verständnis beider Seiten. Notwendig sind deshalb

⁸² Interview mit Chen, Zhao-ming.

⁸³ Der damalige Leiter (im Jahr 2001 wurde er pensioniert) studierte Biomedizin und spezialisierte sich auf chronische Krankheiten (Menopause, Hochblutdruck, Diabetes, usw.). Vgl. „Chinese Medicine Bulletin“ der Vereinigten TCM-Ärztammer, Nr. 9, v. 16.7.2001, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

⁸⁴ Vgl. „Chinese Medicine Bulletin“ der Vereinigten TCM-Ärztammer, Nr. 9, v. 16.7. 2001, auf der Homepage der Vereinigte Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

auch gute Kenntnisse beider medizinischer Systeme.

Weil zwei medizinische Systeme in Taiwan nebeneinander existieren, ist eine gemeinsame Arbeit zwischen TCM und Biomedizin nur dann möglich, wenn das Wissen beider Richtungen in einer Person vereint ist. Deshalb stellen die TCM-Krankenhäuser, die sich an einer Kooperation zwischen TCM und Biomedizin orientieren, nur die TCM-Ärzte ein, die an einer medizinischen Hochschule in beiden Heilformen ausgebildet sind (Interview mit Liu, Jing-sheng).⁸⁵

6 Forschungsinstitut für Chinesische Medizin

Das staatliche Forschungsinstitut für Chinesische Medizin erhielt ab Mitte der 1990er Jahre stärkere finanzielle Unterstützung. Neue Gebäude und Forschungsausrüstungen wurden eingerichtet. Ihre Hauptuntersuchungsgebiete fokussieren sich aber bis heute noch auf pharmazeutische Forschungen über TCM-Heilmittel. Die Kooperationspartner werden aus den USA, Hongkong, und China eingeladen. Es gibt weiterhin gemeinsame Projekte mit TCM-Forschungseinrichtungen in diesen Ländern.

Es hat jedoch den Anschein, daß eine Zusammenarbeit zwischen dem Institut und den TCM-Ärzten kaum stattfindet. Das Institut kann kaum Ergebnisse im Hinblick auf eine Anwendung der TCM aufweisen.⁸⁶ Ferner untersteht das Forschungsinstitut dem Erziehungsministerium. Die zuständige Behörde für die TCM-Ärzte ist aber die ZfG. Diese Situation führt jedoch zur Spaltung zwischen beiden Institutionen. Das Institut stellt ein reines Forschungsinstitut und nicht ein ärztliches Ausbildungsinstitut dar.⁸⁷ Ein entsprechender Studiengang fehlt hier. Eine der wichtigen Aufgaben dieses Forschungsinstituts besteht in der Durchführung von Forschungen für Chinesische Heilmittel und Medizin, und in der Weiterbildung von Wissenschaftlern. Diese Funktion erwartet auch die TCM-Ärzte. Die Forschungspraxis dieses Instituts enttäuscht sie jedoch.⁸⁸

Obwohl die Kooperation des Instituts mit den TCM-Ärzten schlecht funktioniert, soll die Einrichtung der Förderung der TCM dienen. Nach Ansicht der TCM-Ärzte erfüllt diese Institution die gewünschte Funktion jedoch nicht. Statt dessen bot es Ausbildungskurse für nicht qualifizierte Volksmediziner an. Der Konflikt entzündete sich an

⁸⁵ Siehe dazu auch Kapitel X, 3.

⁸⁶ Interview mit Chen, Jun-ming und Zheng, Sui-zong.

⁸⁷ Vgl. Homepage von „National Research Institute of Chinese Medicine“.

⁸⁸ Interview mit Chen, Jun-ming und Zheng, Sui-zong.

Ausbildungskursen für Geschäftsleute und Händler⁸⁹ für TCM-Heilmittel und an denen für andere traditionelle Mediziner, die vor einigen Jahren stattfanden.⁹⁰

Die Ausbildungskurse für die Geschäftsleute für TCM-Heilmittel endeten 1997, und die Teilnehmer erhielten Bescheinigungen für eine fachliche Ausbildung in ihrem Beruf. Weil diese Zertifikate von einem staatlichen Forschungsinstitut ausgestellt und von dem Erziehungsministerium anerkannt wurden, erhielten die Teilnehmer Anreize, um sich für die Anerkennung ihrer Qualifikation und ihres Berufes einzusetzen. Insbesondere verlangten sie das Recht auf Rezeptur von Chinesischen Heilmitteln. Das Forschungsinstitut für Chinesische Medizin wurde wegen der Ausbildung für TCM-Heilmittelhändler von den TCM-Ärzten sehr angegriffen. Diese sahen solche Praktiken als Vertrauensbruch des Instituts an.⁹¹

Ferner veranstaltete das Institut noch weitere Ausbildungskurse für Volksmediziner, was wiederum die Empörung der TCM-Ärzte hervorrief. Da das Anerkennungsmodell der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel eine Vorbildfunktion habe, würden die Volksmediziner dies imitieren, um die gewünschte Anerkennung ihrer Kenntnisse und Praxis innerhalb des Gesundheitssystems zu legitimieren.

Die TCM-Ärzte und -Studierenden kritisieren gemeinsam am Forschungsinstitut für Chinesische Medizin, daß es als Nachhilfeinstitution für unlicenzierte Volksmediziner diene. Dadurch entstünde weiterer Nachschub an illegalen Mediziner. Die TCM-Ärzte warfen dem Institut vor, daß solche Aktivitäten dem medizinischen Recht widersprechen würden. Die TCM-Wundärzte, deren Tätigkeit viel mit Massage und Knocheneinrenkung zu tun hat, fühlen sich von den Praktiken des Instituts besonders betroffen. Denn dessen Kurse orientieren sich an Massage, Knocheneinrenkung und Qi-gong. Das Zeugnis dieser Ausbildung würde solche Volksmediziner zu weiterer selbständiger Arbeit reizen. TCM-Wundärzte sehen hierin einerseits eine Konkurrenz, andererseits einen Schaden für die Qualität von lizenzierten TCM-Wundärzten. Um die Reputation der Profession und die Qualität ihrer Lizenz zu sichern, müßten solche Kurse sofort aufhören.

Der Leiter des Forschungsinstituts argumentiert, daß solche Ausbildungskurse von der Gesellschaft für traditionelle Volksmedizin und den Teilnehmern selbst ausgehen, deshalb könnten sie nicht so leicht eingestellt werden. Auf den Bescheinigungen sei ausdrücklich gekennzeichnet, daß sie von der Gesellschaft für traditionelle Volksmedizin

⁸⁹ Siehe auch „TCM-Apotheke“ im vorhergehenden Kapitel.

⁹⁰ Die anderen „traditionelle Mediziner“ wurden in Taiwan als Beruf, aber nicht als „medizinisches Personal“ registriert. Sie stehen nicht unter der Kontrolle der Medizinalgesetzgebung. Siehe auch in diesem Kapitel, Punkte 8 „Ausgrenzung der Volksmediziner“.

vergeben werden. Lediglich eine Bemerkung in kleiner Schrift würde darauf hinweisen, daß das staatliche Forschungsinstitut die beauftragte Institution ist. Weiterhin würde auf die Bescheinigung gestempelt, daß sie nicht als Studienzeugnis gilt und als Qualifikation für Mediziner nicht zulässig ist. Dennoch vermochten die TCM-Ärzte solchen kleingedruckten Vermerken nicht zu trauen.⁹²

Wegen dieser Vorfälle driften die Interessen des Forschungsinstituts und die der TCM-Ärzte weiter auseinander. Das Institut fokussiert sich auf die Zusammenarbeit mit dem Studiengang für traditionelle Medizin der Medizinischen Hochschule von Yang-Ming, um ein staatliches Forschungszentrum für Chinesische Medizin einzurichten. Es konzentriert sich stärker auf die Forschungen über die Wirkung von TCM-Heilmitteln und der Kooperationspartner orientiert sich mehr an der Biomedizin. Darüber hinaus besteht durch staatliche Finanzierung nun die Möglichkeit eines wissenschaftlichen Austausches zwischen Taiwan und China.⁹³

7 Marginalisierung der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel

Dem Personal mit Kenntnissen von TCM-Heilmitteln, aber ohne pharmazeutisches Studium, bleibt immer noch die Möglichkeit, sich wie zuvor bei der ZfG als Händler oder Geschäftsleute registrieren zu lassen, nachdem bereits 1967 eine einmalige Registrierung stattgefunden hatte. Der neu eröffnete TCM-Heilmittelladen muß seit dieser Zeit von einem TCM-Arzt betreut werden.⁹⁴ Dennoch lief es in der Realität anders als geplant. Eine statistische Erhebung von 1989 zeigte, daß zu diesem Zeitpunkt 7.353 TCM-Heilmittelläden existierten. Davon standen 14% unter der Regie von TCM-Ärzten, 15% wurden von lizenzierten Pharmazeuten⁹⁵ geleitet, aber 71% von Händlern für TCM-Heilmittel, oder von Personal mit Kenntnissen in TCM-Heilmittelkunde (Li, Shu-yi 1990: 20). Dies bedeutet, daß im überwiegenden Teil der TCM-Heilmittelläden nur TCM-Heilmittelhändler oder nicht registriertes Personal arbeitete. Anfang der 1990er Jahre gab es eine neue Registrierungsmöglichkeit für Händler in TCM-Heilmittelläden, aber nur wenige, die bestimmte Voraussetzungen erfüllt hatten, konnten registriert werden.⁹⁶ Sie fielen daher nicht unter die Kategorie der „medizinischen TCM-Profession“.

⁹¹ Siehe Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 14. 1. 1999: 10.

⁹² Siehe Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 11. 1. 1999: 10.

⁹³ Siehe die Homepage von „National Research Institute of Chinese Medicine“.

⁹⁴ Siehe auch das vorige Kapitel „TCM-Apotheke“.

⁹⁵ Die Bemerkung bezieht sich hier auf die lizenzierten biomedizinischen Pharmazeuten, die mit fachlichen Zeugnissen für TCM-Heilmittel von der Hochschule gekommen sind.

⁹⁶ Vgl. Gesuch der VfCM an das Legislativparlament der Vereinigten Gesellschaft der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmitteln auf Taiwan, v. 29. 12. 1997, auf der Homepage von „Means electrical news“.

7.1 Beschränkte Ausbildung und Arbeitsfelder der Beschäftigten in TCM-Heilmittelläden

Bis in die Gegenwart gibt noch kein eigenes Ausbildungsprogramm für TCM-Pharmazeuten. Den Mitarbeitern der TCM-Heilmittelläden fehlt, obwohl sie durch ihre Lehre Kenntnisse von TCM-Heilmitteln erworben haben, eine solide professionelle pharmazeutische Schulausbildung. Deshalb werden sie von der ZfG als Händler und Geschäftsleute für Chinesische Heilmittel kategorisiert.⁹⁷ Diese Eingruppierung erlaubt ihnen, die von der VfCM anerkannten und festgelegten Rezepte und auch ungiftige Heilkräuter einzukaufen, zu verkaufen, zu importieren und zu exportieren. Aber die Rezeptur von TCM-Heilmitteln gehört zum Aufgabenbereich von lizenzierten TCM-Ärzten und TCM-Pharmazeuten, die in ihrem Studium biomedizinische Pharmazie und TCM-Pharmazie gelernt haben.⁹⁸

Nach Meinung der ZfG sollen TCM-Heilmittel in die biomedizinische Pharmakologie integriert werden, um die Zusammensetzung gründlich erforschen zu können. Deshalb finden Kurse darüber im Rahmen des Studiums für Pharmazie statt. Die biomedizinischen Pharmazeuten, die lizenziert sind und vorher solche Kurse absolviert haben, können als TCM-Apotheker auch entsprechende Rezepturen durchführen. Andererseits sind Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel, obwohl sie mit der Rezeptur der TCM-Heilmitteln gut vertraut sind, nicht zur Rezeptur berechtigt. Es gibt auch keine Fortbildungskurse für diese Gruppen, die ihnen eine anerkannte Qualifikation ermöglicht.⁹⁹

7.2 Konflikt um die Anerkennung der Qualifikation der Händler für TCM-Heilmittel

Mit den genannten im staatlichen Forschungsinstitut für Chinesische Medizin stattfindenden Kursen hätten sich TCM-Heilmittelhändler ihre Qualifikation anerkennen lassen können. Dennoch boykottierte die TCM-Ärztammer diese Weiterbildung und begründete dies damit, daß die TCM-Händler und Geschäftsleute ihr Rezepturrecht nur durch einige Kurse (bis Ende 1997) mit weniger als 20 Anrechnungspunkten erwerben könnten. Wenn die TCM-Händler und Geschäftsleute eine Rezeptur durchführen dürfen, bedeute dies, daß sie auch zukünftig rezeptieren könnten, so daß ihr Arbeitsfeld mit dem der lizenzierten TCM-Ärzte identisch wäre. Die TCM-Ärzte bezweifelten, daß dann

⁹⁷ Vgl. Gesuch an das Legislativparlament durch die Vereinigte Gesellschaft der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel auf Taiwan, v. 29. 12. 1997, auf der Homepage von „Means electrical news“; Siehe auch voriges Kapitel „TCM-Apotheke“.

⁹⁸ Vgl. Gesuch an das Legislativparlament durch die Vereinigte Gesellschaft der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel auf Taiwan, v. 29. 12. 1997, auf der Homepage von „Means electrical news“.

⁹⁹ Siehe auch in diesem Kapitel 4.1.4. Obwohl das China Medical College solche Kurse anbietet, werden sie von der Gesundheitsverwaltung nicht als anerkannte Qualifikation akzeptiert.

noch eine Qualifizierung und Lizenzierung des TCM-Arztes Sinn mache.¹⁰⁰ Hiervon waren besonders solche mit Sonderprüfungslizenz betroffen. Denn sie mußten unter großen Mühen die Prüfungen bestehen, während die TCM-Händler und -Geschäftsleute sich ihr Arbeitsfeld nur mit wenigen Kurse anerkennen lassen konnten. Diese wandten sich gegen die Einwände der TCM-Ärzte. Sie demonstrierten und übten Einfluß auf das Legislativparlament aus, damit ihr Rezepturrecht in Kraft treten konnte. Der erste Prozeß im Rechtsstreit verlief für sie zwar erfolgreich, aber bei der zweiten Verhandlung verhinderte ein Gegengutachten der ZfG ihren Erfolg.

Die Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel vertreten die Auffassung, daß eine Rezeptur von Heilmitteln in der Apotheke selbst erstens in der Tradition von TCM-Apotheken stehe. Zweitens sei es mit dem Arzneimittelrecht vereinbar, daß der Pharmazeut die Rezeptur von TCM-Heilmitteln durchführen könne, wenn er die entsprechenden Weiterbildungskurse mit den Anrechnungspunkten besucht habe.¹⁰¹ Weil sie an einer ausreichenden Menge von Kursen teilgenommen hätten, dürften sie in der Regel auch Rezepturen durchführen.

Im Kontext dieser Auseinandersetzungen tauchte das Problem der Einführung geregelter Studiengänge für die Ausbildung von biomedizinischen Pharmazeuten mit Kursen für TCM-Heilmitteln auf. Lediglich einige Fachbereiche für biomedizinische Pharmazeutik bieten Kurse für TCM-Heilmittel ein, deren Besuch zur Rezeptur in TCM-Praxen berechtigt. Die Realität zeigt, daß solche Absolventen zu geringe TCM-Kenntnisse besitzen, um erfolgreich arbeiten zu können. Die meisten wollen ohnehin nicht im TCM-Heilmittelladen arbeiten, da sie in den biomedizinischen Apotheken besser verdienen können. Demgegenüber sammeln die genannten TCM-Händler und -Geschäftsleute über viele Jahre hinweg Erfahrungen mit TCM-Heilmitteln und konnten sich ein solides Wissen darüber aneignen. Sie fanden aber keine Anerkennung. Auch wenn sie eine offizielle Bescheinigung über die Absolvierung der Ausbildungskurse für TCM-Heilmittel bekommen, gilt dies nicht als Bestätigung ihrer Qualifikation.¹⁰²

Die Verhältnisse zwischen TCM-Ärzten und den Händlern und Geschäftsleuten für die TCM-Heilmittel gestalten sich in dieser Situation sehr ambivalent. Einerseits haben sie enge Beziehungen, denn erstens sind sie beide Geschäftspartner, da die Händler für TCM-Heilmittel den TCM-Ärzten ihre Waren anbieten. Zweitens haben sie eine

¹⁰⁰ Vgl. Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 11. 1. 1999: 10.

¹⁰¹ Vgl. Gesuch an das Legislativparlament durch die Vereinigte Gesellschaft der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel auf Taiwan, v. 29. 12. 1997, auf der Homepage von „Means electrical news“.

¹⁰² Vgl. Gesuch an Legislativparlament, Erziehungsministerium, ZfG und VfCM durch die Vereinigte Gesellschaft für die Händler und Geschäftsleute von TCM-Heilmitteln Taiwans, v. 29. 12. 1997, auf der Homepage von „Means electrical news“.

Meister-Lehrling Beziehung, da viele Schüler von TCM-Ärzten, die ihre Lizenzprüfung nicht bestehen konnten, als Händler oder Geschäftsmann weiter arbeiten. Drittens sind sie Arbeitspartner, da die durch Nachprüfung lizenzierten akademischen TCM-Ärzte weniger Kenntnisse über TCM-Heilmittel aufweisen und daher deren Unterstützung benötigen, um den Patienten die passenden Heilmittel verabreichen zu können. Die TCM-Ärzte wollen, daß die Händler und Geschäftsleute für die TCM-Heilmittel zwar nebenbei existieren, aber nicht das Arbeitsfeld der TCM-Ärzte penetrieren.

Bei der Durchführung der Rezeptur durch Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel konnte deshalb schließlich ein Kompromiß erzielt werden. Die Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel dürfen die Bestätigung ihrer Kursteilnahme in ihren Läden aufhängen. Ob dies etwas bestätigt oder nicht, hängt von der Beurteilung des Kunden ab. Er muß selbst entscheiden, ob er ein solches Zeugnis für glaubwürdig hält. Das Rezepturrecht sieht vor, daß eine Rezeptur zum Aufgabengebiet eines Pharmazeuten mit einer Ausbildung in TCM-Heilmittelkunde oder zu dem eines TCM-Pharmazeuten gehört. Da es bis heute (2002) noch keine Lizenzierung eines TCM-Pharmazeuten gibt, soll sie in Zukunft geschaffen werden. Bis dahin können die Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel mit anerkannten Ausbildungszeugnissen an der Prüfung teilnehmen, damit sie dem Patienten die notwendigen Arzneien zubereiten können.¹⁰³

8 Ausgrenzung der Volksmediziner

Schröpfen, Massage (oder Tui-na) und Knocheneinrenken sind Teil der Chinesischen Medizin und werden auch bis in die Gegenwart von lizenzierten TCM-Ärzten angewendet. Dennoch ordneten die Gesundheitsbehörden in der japanischen Zeit diejenigen Heilkundigen, die allein diese Techniken anwandten, den Volksmedizinern zu. Sie zählten auch unter der KMT-Regierung weiterhin zu dieser Kategorie. Zwar beherrschten sie ihr eigenes Gebiet oft meisterhaft, besaßen jedoch kaum TCM-Kenntnisse über innere Krankheiten. Deshalb wurde der Graben zwischen lizenzierten TCM-Ärzten und den unlizenzierten Volksmedizinern dieser Art immer größer. Die gesetzliche Regelung der Volksheilkunde wurde erstmals beim Inkrafttreten des neuen Arztrechtes in Angriff genommen. Dies beschränkte sich jedoch nur auf die Bone-setters, während es bei den anderen Heilberufen keine entsprechenden Vorstöße gab. Aufgrund der Gesetzgebung blieben sowohl Bone-setters wie die anderen Volksmediziner weiterhin von der medizinischen Praxis ausgegrenzt.

¹⁰³ Vgl. Interview mit Liu, Jing-sheng.

8.1 Regulierung der Bone-setters

Nach dem Inkrafttreten des neuen Arztrechts fand 1975 eine Registrierungsmaßnahme für Bone-setters¹⁰⁴ statt mit dem Ziel, den Umfang der Tätigkeit dieser Berufsgruppe erfassen zu können. Sie wurden als besondere Praktiker registriert, da sie ihre Methoden nur unter der Anweisung von TCM-Ärzten durchführen durften. Die Mitarbeiter konnten registriert werden, wenn sie erstens schon eine Bescheinigung von den regionalen Gesundheitsämtern erhalten hatten. Zweitens sollten sie vor 1967 der Gesellschaft der Chinesischen Boxer in Taiwan angehört haben. Sie mußten sich 3 Monate nach Bekanntgabe dieser Maßnahme registrieren lassen. Insgesamt konnten bei dieser einmaligen Aktion 4.386 Bone-setters erfaßt werden (Archivkomitee Taiwan 1995: 271-274).

Die mit dieser Maßnahme einhergehende Verordnung untersagt den Bone-setters Spritzen zu geben und schluckbare Medikamente zu verschreiben. Ferner dürfen sie unter Anleitung der TCM-Ärzte arbeiten, aber nicht unter der der Biomediziner (Archivkomitee Taiwan, 1995: 271-274). Bei dem Verstoß gegen die genannten Bedingungen kann ihre Registrierungsbescheinigung durch die Gesundheitsämter eingezogen werden. Dies erscheint in der Wirklichkeit jedoch nicht so problematisch. Falls kein Behandlungsfehler vorliegt - sehr wahrscheinlich verschreiben sie auch die schluckbaren Kräuter -, und der Patient nicht klagt, behalten sie trotzdem ihre Bescheinigung (Interview mit Huang Jiang-Rong).

Mit den genannten Maßnahmen verfolgt die ZfG offensichtlich langfristig das Ziel der Auflösung des Bone-setter-Berufes. Denn die Regierung hat ja die Registrierung nur einmal angeboten. Das Ende der Berufstätigkeit bedeutet den Verlust der Registrierungsbescheinigungen. Damit verlieren auch die Lehrlinge und Nachkommen die Möglichkeit, legal zu praktizieren. Wenn die Bone-setters nicht gegen die vorgenannten Verordnungen verstoßen, haben sie jedoch mehr Freiheit als die praktizierenden TCM-Ärzte, weil sie nicht mehr der direkten Kontrolle der Gesundheitsämter unterliegen. Außerdem steht ihnen bei entsprechender Qualifikation ja die Möglichkeit offen, an der Lizenz-Sonderprüfung für die TCM-Ärzte teilzunehmen. Da die meisten nur eine geringe formale Ausbildung haben, bleibt ihnen diese Möglichkeit durch TCM-Lizenzierung jedoch fast gänzlich verschlossen (Interview mit

¹⁰⁴ Bone-setter wurde von der chinesischen Regierung mit der Betonung auf „Chinesisch“ mit dem Begriff „Meister für Chinesisches Boxen und Knocheneinrenker (Guo-shu Jie-gu Shi)“ umschrieben. Da Kleinman (1980) den Begriff „Bone-setter“ auf die Situation in Taiwan anwendete, wird dieser Begriff im Text weiter benutzt. Chinesische Boxer sind keine Sportler westlichen Sinne. Wie beim „Kong-Fu“, steht eine solche Bewegung für eine Methode, die Kräftigung des eigenen Körpers zu üben. Die meisten von ihnen verfügen über Erfahrungen in der Anwendung Chinesischer Medizin, Chinesischer Heilmittel,

Chu, Wen-jie).

Bone-setting zählt im weiteren Sinn zu den TCM-Heilmethoden. Obwohl viele TCM-Ärzte die Lizenzprüfung mit Schwerpunkt - Wundheilkunde, bei der Bone-setting im Mittelpunkt steht, erfolgreich absolvieren, beherrschen sie eine solche Behandlungstechnik nur im begrenztem Umfang. Sie werden kaum während der schulischen Ausbildung oder während der Lehrzeit vermittelt. Ferner erfordert eine solche Behandlung einen hohen Zeitaufwand, den TCM-Ärzte nicht investieren wollen. Da diese dem Patienten bei äußerlichen Krankheiten und Gelenkverletzungen solche Behandlungsformen jedoch anbieten müssen, kann eine Zusammenarbeit für den Patienten nützlich sein. Aber Möglichkeiten der Kooperation ergeben sich nur in Einzelfällen, wenn Ärzte und Bone-setters dazu bereit sind.¹⁰⁵

Die meisten Bone-setters arbeiten seit der Kolonialzeit als Selbständige. Die Problematik liegt einerseits in den Regulierungsmaßnahmen der ZfG, die sie von dem Medizinrecht ausgrenzt. Sie werden nicht als medizinische Gehilfen registriert, und, außerhalb der medizinischen Heilberufe stehend, unterliegen sie damit nicht direkt der Aufsicht durch die ZfG. Deshalb hat die Verordnung, daß sie nur auf Anweisung therapieren dürfen, kaum Bedeutung. Die Regierung ist auch nicht gewillt, sie den medizinischen Gehilfen zuzuordnen und begründet dies mit fehlenden Kenntnissen und mangelnder Ausbildung. Wegen ihrer anzweifelbaren Qualifikation erscheint den TCM-Ärzten eine Zusammenarbeit mit Bone-setters kaum möglich.¹⁰⁶

Es ergibt sich noch ein weiteres Problem bei der Kooperation innerhalb des TCM-Systems: Manche seit langem lizenzierte TCM-Ärzte vermieten ihre Lizenz an TCM-Heilmittelläden, da diese laut Gesetz von einem TCM-Arzt betreut werden müssen, der für die Diagnostik und Behandlung ihrer Kunden zuständig ist. Da viele Bone-setter gleichzeitig Besitzer eines Heilmittelladens sind, behandelt in vielen Fällen statt des TCM-Arztes der Bone-setter die Patienten. Tatsächlich brauchen die selbständig arbeitenden Bone-setters nur einen vermieteten Lizenzschein des TCM-Arztes, um ihre Leistungen durchzuführen.¹⁰⁷

besonders bei Hautkrankheiten, oder bei der Knocheneinrenkung. Sie arbeiten auch vielfach als Heiler in den Dörfern. (Vgl. Archivkomitee Taiwan, 1995: 271f.; Interview mit Huang, Sian-the)

¹⁰⁵ Interview mit Huang Jiang-Rong.

¹⁰⁶ Interview mit Zhuang, Rong-zong.

¹⁰⁷ Ein solches System hat jedoch Nachteile für die neu lizenzierten TCM-Ärzte. Denn diese müssen entweder in einer Praxis oder in einem TCM-Krankenhaus ein Praktikum absolvieren, damit sie später selbständig praktizieren können. Viele der neuen lizenzierten TCM-Ärzte überlassen Diagnostik und Behandlung den Bone-setters und stellen nur Behandlungsscheine aus, um ihren Praktikumsnachweis zu bekommen. Auf diese Weise vernachlässigen sie die Verbesserung ihrer Fertigkeiten bei den Heilmethoden. Einerseits können alle drei - Heilmittelläden, Bone-setter und TCM-Arzt - von diesem System profitieren, andererseits besteht die Gefahr, daß die TCM-Ärzte ihren Ruf verschlechtern und als unqualifiziert abgestempelt werden. Vgl. Interview mit Zheng, Sui-zong u. mit Huang Jiang-Rong.

In den 1970er Jahren überreichten die Bone-setter zusammen mit den nicht akademischen TCM-Ärzten und -Medizinerinnen den Gesundheitspolitikern mehrere Petitionen. Da ihre Heiltechnik ein spezieller Bereich der TCM ist, sollen die Bone-setters, wie in der Petition für die Lizenzmaßnahme gefordert wird, wie andere TCM-Mediziner einen Arbeitsnachweis vorlegen, der zur Lizenzierung berechtigt. Dieser Vorschlag wird damit begründet, daß diese Techniken sehr viel Erfahrung erfordern. Daher spielt hier der Meister-Lehrling-Lernprozeß eine besondere Rolle und kann nur schwer durch eine andere Methode ersetzt werden (Dai, Xian-zhang 1994: 38-40). Diese gemeinsame Vorstellung von Bone-settern und nicht akademischen TCM-Ärzten wandelte sich im Laufe der Zeit. In den 1980er Jahren akzeptierten die TCM-Ärzte lediglich, daß solche Therapeuten anders als sie unter die Regelung für Heilberufe außerhalb des Arztrechtes fallen (Chen, Chieh-fu (Hg.) 1989: 108).

Bis heute wird die Tätigkeit der Bone-setter wie bei anderen Volksmedizinern durch eine Verordnung für „Heilverfahren außerhalb der ärztlichen Tätigkeit“ geregelt und damit vom Aufgabenfeld des TCM-Arztes abgetrennt. Die TCM-Ärzte stehen auf dem Standpunkt, daß sie sich von solchen „anderen chinesisch-medizinisch relevanten Gruppen“ berufsmäßig klar abgrenzen sollten. So führen die meisten TCM-Ärzte, die auf dem Gebiet der Wundheilkunde spezialisiert sind, das Bone-setting selbst durch und überlassen diese Aufgabe nicht den darauf spezialisierten Bone-setters.¹⁰⁸

8.2 Regulierung der Volksmediziner

Nach dem Rückzug der Japaner wurde die Arbeit der Volksmediziner überhaupt nicht gesetzlich geregelt. Ihnen drohen nur Sanktionen, wenn sie gegen das Medizinrecht verstoßen haben. Sie haben keine Möglichkeit legal ihren Beruf auszuüben. Daß sie dennoch praktizieren und einen festen Patientenstamm haben, liegt daran, daß solche Heilverfahren in der Bevölkerung traditionell bekannt und populär sind. Da sie sich darüber hinaus in einigen Fällen als wirksam herausstellen, kann nicht auf sie verzichtet werden. Damit befinden sie sich in der gleichen Situation wie die Bone-setter, denen die Bevölkerung ebenfalls vertraut. Das illegale Praktizieren wird dadurch erleichtert, daß es bei den Gesundheitsbehörden keine besonderen Kontrolleure gibt, die die illegalen Praktiker aufspüren können. Deshalb kommen solche Fälle nur dann ans Tageslicht, wenn Patienten sich über ihre Heiler beschweren.¹⁰⁹

Aus den genannten Gründen können solche Volksheilverfahren lediglich überleben, aber

¹⁰⁸ Siehe auch Protokoll der Mitgliederversammlung der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China v. 18.7.1999. Datei: Amtliches Dokument für Gesundheitspolitik, Nr. 156, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

¹⁰⁹ Interview mit Chu, Wen-jie; siehe auch Homepage der Nachrichten Taiwans, v. 15.7.2002.

mit mehr Freiraum als bei den lizenzierten TCM-Ärzten. Da manche von ihnen die Konzepte und Heilverfahren der TCM übernehmen, werden sie manchmal mit dem lizenzierten TCM-Ärzten verwechselt.¹¹⁰ Deshalb beschwerten sich die TCM-Ärzte darüber, daß bei solcher Verwirrung leicht der Eindruck entstehen könne, die TCM sei Quacksalberei. Daher versuchen seit geraumer Zeit manche TCM-Ärzte, ihren Professionscharakter und ihre Lizenzierung zu betonen. Sie kritisieren, daß die Volksheiler nicht nur den guten Ruf der TCM-Ärzte zerstören, sondern auch die Qualität der TCM-Versorgung verschlechtern.¹¹¹

Die Volksmediziner haben stets auch die gesetzliche Regelung ihres Berufes verlangt. Aber im Vergleich mit der wissenschaftlichen Medizin war dies bei solchen Heilverfahren kaum vorstellbar. Eine gesetzliche Regelung erwies sich erstens wegen der Kompliziertheit solcher Heilverfahren als problematisch. Zweitens konnte eine Lizenzprüfung wegen des geringen Ausbildungsniveaus unmöglich durchgeführt werden (Interview mit Chu, Wen-jie).

Deshalb versuchten die für das Medizinalwesen verantwortlichen Beamten, solche Heilverfahren aus dem Gesundheitswesen herauszudrängen. Ende 1993 gab die ZfG eine Bekanntmachung heraus, daß folgende Volksheilverfahren nicht in den Verantwortungsbereich der medizinischen Verwaltung fallen:

1. Heilverfahren, die nicht die Behandlung für gebrochene Knochen und die Verschreibung von schluckbaren Arzneimitteln umfassen, wie z. B. traditionelle Tui-na (Massage), chinesische Kräutersalbe, und die Behandlung für äußere Verletzungen.
2. Arbeitsfelder der Heiler: Sie dürfen keine Geräte benutzen, keine Rezepte verschreiben, keine inneren Organe behandeln und nur traditionelle Heilverfahren anwenden. Hierzu zählen Massage, Akupressur, Schröpfen, Fußsohlenmassage, Qi-gong, Beschwörungsformeln und Heilrituale im Tempel. (Bekanntmachung von der ZfG, v. 19. 11. 1993)

Solche Heilverfahren werden deshalb nicht durch die vom Gesundheitswesen geregelten Heilpersonen durchgeführt. Bone-setter fallen deshalb unter die neue Kategorie der Volksheilverfahren.

¹¹⁰ Solche Vermischung existiert nicht nur zwischen Volksheilern und den lizenzierten TCM-Ärzten, sondern auch zwischen den Händlern für TCM-Heilmittel und dem lizenzierten TCM-Arzt.

¹¹¹ Interview mit Huang Jiang-Rong; Lin, Zhao-geng. Siehe auch Protokoll der Mitgliederversammlung der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China v. 18.7.1999. Datei: Amtliches Dokument für Gesundheitspolitik, Nr. 156, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

Seit 1995 können die Volksheiler sich aufgrund der Bekanntmachung in einer Gesellschaft für Volksheilkunde, die von der Abteilung für freiwillige Vereine im Innenministerium als legale Gesellschaft anerkannt ist, registrieren lassen, um einen Mitgliedsausweis zu bekommen. Dieser berechtigt sie, ihre Berufstätigkeit als „traditionelle ganzheitliche Heiler“ (Zheng-Fu-Yuan) bei der Lokalbehörde anzumelden. Der Name ist ein Produkt der Verhandlungen zwischen ZfG, TCM-Ärzttekammer, Beamten des Innenministeriums und den Gesellschaften für traditionelle Volksheilkunde.¹¹²

Um einen Mitgliedsausweis zu bekommen, braucht man nur die entsprechende Gebühr zu bezahlen. Es findet keine Beschränkung und Kontrolle der Heilungskompetenz statt. Jedes Mitglied kann als „Zheng-Fu-Yuan“ arbeiten. Das Recht, die Qualität solcher Heiler zu kontrollieren, hat weder die Gesellschaft noch das Innenministerium oder die ZfG. Die Situation hat sich nicht geändert, da diese Praktiker nur bei Zuwiderhandlung gegen das in der vorgenannten Bekanntmachung festgelegte „Verbot der Behandlung von Krankheiten“ wegen Verstoßes gegen das Medizinrecht vor Gericht gebracht werden könnten (Interview mit Chu, Wen-jie).

Bei der Lizenzierung und Professionalisierung der TCM-Mediziner ist deshalb durch das Herausnehmen der Volksheilkunde ein unlösbares Problem aufgetaucht. Einerseits werden die durch schwierige Prüfungen lizenzierten TCM-Ärzte, obwohl es noch einige Lücken bei der Prüfung gibt, als erfolgreich in das professionelle Medizinsystem integriert angesehen. Andererseits gelten die Volksmediziner, die nach der weiter gehenden Definition zu einem großen Teil zum TCM-Bereich gehören, als unlicenzierte und unprofessionelle Mediziner. Obwohl die Tür für die Lizenzierung als TCM-Arzt offen steht, bleiben sie bis in die heutige Zeit wegen ihrer niedrigen Ausbildung noch weit entfernt davon. Dennoch können sie als Selbständige arbeiten.

Die Gesellschaft für Volksheilkunde bot verschiedene Ausbildungsmöglichkeiten an, damit ihre Mitglieder in ihrer Berufspraxis mehr Kenntnisse beherrschen und sich ihre Ausbildungen vom Erziehungsministerium anerkennen lassen können. Sie hätten dann wenigstens eine Ausbildungsanerkennung bekommen können, und würden nicht wie bisher als ungebildete Quacksalber gelten. Die Ausbildungen fanden jedoch keine offizielle Akzeptanz, weil die Gesellschaft keine Lizenz dafür hatte und die Qualität nicht kontrolliert werden konnte (Interview mit Chen, Hui-fang).

¹¹² Interview mit Chen, Hui-fang.

8.3 Ausbildungsmöglichkeit für Volksmediziner und Bone-setter - Konflikt mit der TCM

Im Jahr 1998 versuchten die Volksmediziner wie erwähnt, mit dem Forschungsinstitut für Chinesische Medizin zusammenzuarbeiten und einen Ausbildungskurs für traditionelle ganzheitliche Mediziner über Tui-na (chinesischen Massage) und Qi-gong zu organisieren. Da das Forschungsinstitut dem Erziehungsministerium unterstand, konnte die Ausbildung offiziell anerkannt werden. Dadurch hätten die Teilnehmer ein Ausbildungszertifikat erhalten können, das mit der schulischen Ausbildung vergleichbar wäre.¹¹³ Nachdem der erste Teil des Kurses abgeschlossen war, wurde auf die Durchführung der übrigen Teile wegen des Boykotts der TCM-Ärztchammer verzichtet.

Das Problem liegt nicht daran, welche Bescheinigung erteilt wird, sondern in der Aufspaltung der Medizinalgesetzgebung. Wenn die Volksmediziner ein solches Ausbildungszeugnis von einem vom Erziehungsministerium finanzierten staatlichen Forschungsinstitut bekommen, erhöht sich ihre Qualifikation. Sie können damit weiter als „Heilpersonen“ arbeiten, und stehen damit „außerhalb der Kontrolle der ZfG“. Während die lizenzierten und professionellen Ärzte durch eine ausgefeilte Medizinalgesetzgebung reguliert und kontrolliert werden, können solche Mediziner „frei“ praktizieren. Außerdem verwirren solche Bescheinigungen häufig, da sie mit der Absolvierung eines Magisterstudiengangs verwechselt werden. Denn die für einen solchen Studiengang zuständige Einrichtung nennt sich in Taiwan auch „Forschungsinstitut“. Deshalb ist es möglich, daß die Volksmediziner, die an den Ausbildungskursen teilnahmen, sich Absolventen eines Magisterstudiums nennen können, um Patienten von ihren Heilkenntnissen zu überzeugen.¹¹⁴

Die TCM-Ärzte halten solche Volksmediziner nicht für professionelle Heilpersonen, die aber durch diese Ausbildung ein professionelles Ausbildungszertifikat bekommen können. Diese Situation ohne rechtliche Regulierung, aber mit anerkannter Ausbildung hat nach Ansicht der TCM-Ärzte zur Folge, daß sich solche Heilpersonen als Professionelle darstellen und weiter selbständig arbeiten können. Dadurch würden sie jedoch die lizenzierten TCM-Professionen schädigen. Im Vergleich zur Lizenzprüfung für den TCM-Arzt gingen sie dann zwar den einfacheren Weg. Die TCM-Ärzte bestehen jedoch darauf, daß die Volksmediziner zusammen mit anderen TCM-Lehrlingen nur an der Sonderprüfung für den TCM-Arzt teilnehmen sollten, um lizenziert zu werden, aber sonst keinen anderen Weg gehen durften. Die Reaktion der TCM-Ärzte ist auch dadurch begründet, daß sie solche Heilpersonen von der ZfG reguliert wissen wollen. Diese solle eine Maßnahme konzipieren, um sie z.B. als Gehilfen des TCM-Arztchtes rechtlich zu

¹¹³ Vgl. Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 14. 1. 1999: 10.

¹¹⁴ Vgl. Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 11.1.1999: 10; Interview mit Liu, Jing-sheng.

fassen, ein vergleichbarer Rang wie der des Gehilfen des Biomediziners.¹¹⁵

Diese Konfliktpunkt zeigt auch die Ratlosigkeit der ZfG, die über kein Mittel verfügt, um solche unterschiedlichen und komplizierten Heilberufe zu regulieren und zu lizenzieren. Es hat den Anschein, daß eine systematische Schulausbildung für sie unrealisierbar ist, weil ihre Heilmethoden, ihr Alter und ihre Ausbildung zu stark differieren. Wegen fehlender Standards läßt sich auch eine Ausbildungsprüfung unmöglich durchführen. Deshalb schwieg die Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin in der ZfG und beließ diese Mediziner außerhalb der Medizinalgesetzgebung (Interview mit Chu, Wen-jie).

Die ZfG wie auch die VfCM erwarten die baldige Selbstauflösung dieser Heilberufe. Ihre Erwartung geht dahin, daß sie sich in der Konkurrenz mit den lizenzierten, qualifizierten und durch die Krankenversicherung finanzierten Biomedizinern und TCM-Ärzten nicht behaupten können, da die Patienten schon die aus ihrer Sicht vernünftige Wahl treffen würden (Interview mit Chu, Wen-jie).

9 Resümee

Die 1970er Jahre schafften Ansätze für einen Professionalisierungsprozeß der TCM. Während dieses Jahrzehnts entwickelte sich zunächst ein durchorganisiertes und institutionalisiertes Gesundheitswesen mit einer Dominanz der Biomedizin, das seinen Ausdruck in der Bildung der Zentralbehörde für das Gesundheitswesen (ZfG) fand. Wollte die TCM nicht völlig marginalisiert werden, mußte sie sich dem Vorbild der Biomedizin anpassen und durch Institutionalisierung und in der Interaktion mit dem Staat einen Professionsstatus erreichen.

Der Professionalisierungsprozeß, den die Biomedizin bereits durchlaufen hatte, verzögerte sich bei den TCM-Ärzten und erreichte in den 1990er Jahren sein Ziel. Am Anfang stand ihre Anerkennung als rechtmäßige „Ärzte“ neben den Biomedizinern, jedoch galt ihre Qualifikation als nicht professionell und dem Niveau der Biomedizin entsprechend. Um offizielle Akzeptanz zu erhalten, bemühten sich die TCM-Ärzte, für ihre institutionellen Einrichtungen und Ausbildungsformen - Ärztekammer, Forschungsinstitut und Hochschulbildung - staatliche Anerkennung zu finden, die sie jedoch zunächst nur nominell erreichten. Sie hatten die Erfahrung gemacht, daß die traditionelle Form ihrer Heilkunde die Gesundheitspolitiker kaum davon überzeugen konnte, die TCM zur Kategorie des modernen Gesundheitswesens zu zählen. Wie der

¹¹⁵ Vgl. Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 14.1.1999: 10; Interview mit Liu, Jing-sheng.

Fall der Selbstorganisation der TCM in Form der TCM-Ärztekammer zeigt, versuchten TCM-Ärzte anfangs nur durch private Beziehungen zu Politikern, ihre Position im Gesundheitswesen zu verbessern, hatten dabei allerdings nur mäßigen Erfolg. Deshalb dominierten später die systematischen und institutionellen Wege.

Eine Betrachtung der Entwicklung der TCM in den vergangenen Jahren legt nahe, daß sich der Professionalisierungsprozeß der TCM-Heilberufe unter starkem Einfluß des Staates vollzog. In den 1990er Jahren, als sich das Quasi-Selbstverwaltungssystem für Chinesische Medizin (VfCM) unter dem Dach der Zentralbehörde für Gesundheitswesen etablierte, schien es, daß der Staat die TCM als zur medizinischen Profession gehörend akzeptiert habe. Dies manifestierte sich in der Legitimierung sowie in der staatlichen Unterstützung für insitutionelle Hochschulausbildung und TCM-Behandlung, und für Forschungen auf diesem Gebiet.

Die Orientierung des Staates an der Biomedizin beeinflusste auch seine Regulierungstätigkeit. Dies wiederum hatte eine Ausdifferenzierung der Orientierungen der TCM-Ärzte zur Folge. Die staatliche Legitimierung teilte die TCM-Ärzte in zwei Kategorien: Zur ersten gehörte die vom Staat tolerierte traditionelle Richtung und zur zweiten die vom Staat begünstigte modernisierte akademische Richtung. Aber auch die an der Tradition orientierten TCM-Ärzte sollten sich an die Moderne anpassen. Um ihre Qualifikation zu erhöhen und damit ihre Qualität besser zu kontrollieren, verlangte der Staat zusätzliche Qualifikationsprüfungen und Fortbildungskurse für moderne Medizin. Andererseits wurden die Arbeitsfelder von TCM und Biomedizin deutlich getrennt, besonders zwischen den traditionell orientierten nicht akademischen TCM-Ärzten. Bei den akademischen TCM-Ärzten läßt sich eher eine lockere Handhabung beobachten, denn ihnen war die Anwendung biomedizinischer Kenntnisse und Untersuchungsgeräte mehr erlaubt als den nicht akademischen TCM-Ärzten. Die staatliche Gesetzgebung ermutigte jedoch die TCM-Anwendung durch Biomediziner mit dem Ziel einer Integration der TCM in die Biomedizin.

In Zusammenhang mit Legitimierung läßt sich eine Ausdifferenzierung in zwei Richtungen auch bei der Ausbildung beobachten, und zwar in eine private Lehrlings- und in eine Hochschulausbildung. Die traditionelle Lehrlingsausbildung fand jedoch keine Förderung. Da sie aus Sicht des Staates den an eine Profession zu stellenden Anforderungen nicht genügte, war ihm an einer Zurückdrängung dieser Ausbildungsart gelegen. Die zweite Richtung, die Hochschulausbildung, teilt sich in zwei Kategorien: Zur ersten zählt die Doppellizenzausbildung: sie orientiert sich weiterhin an einer Integration mit der Biomedizin und wird als „dritte Medizin“ bezeichnet. Zur anderen gehört die „reine“ Lizenzierung als TCM-Arzt mit „genügenden“ biomedizinischen Kenntnissen.

Eine Integration der TCM in die Biomedizin entwickelt sich zum gemeinsamen Hauptziel von zentraler Verwaltung, Hochschulen und nicht zuletzt den Krankenhäusern. Wie wir gesehen haben, spielte bei der stationären Behandlung bis in die Gegenwart die Biomedizin die Hauptrolle bei der „harten Intervention“, während die TCM als „sanfte Hilfe“ bei der Behandlung chronischer Krankheiten nützlich war. Dabei stand das Kalkül im Hintergrund, daß durch die TCM-Anwendung Behandlungskosten eingespart werden können.

Diese Integrationstendenzen verursachten eine Spaltung unter den TCM-Ärzten. Die eine Gruppe plädierte nach dem Vorbild der Biomedizin für eine Spezialisierung und Akademisierung der TCM mit Krankheitsklassifikationen, Diagnostik und einer Unterteilung nach Fachdisziplinen und unterstützte damit eine Tendenz, die auf eine „Biomedizinalisierung“ der TCM hinauslief. Demgegenüber betonte der andere Teil der TCM-Ärzte die Tradition und ihre Unterschiede von der Biomedizin. Sie erhielten aber kaum Aufmerksamkeit. Diese Gruppe der TCM-Ärzte stand zwischen moderner und traditioneller Medizin. Das streng abgegrenzte biomedizinische Arbeitsfeld und die lediglich duldbare Haltung des Staates schränkte die „jurisdiction“ besonders der traditionellen TCM-Ärzte ein.

Als in den 1990er Jahren andere TCM-Berufe - TCM-Heilmittelhändler und Volksmediziner - versuchten, ihre Qualifikation und ihre Arbeitsituation zu verbessern, wandten sich die TCM-Ärzte dagegen und definierten sich als „TCM-Profession“, die sich von den „unqualifizierten TCM-relevanten Heilberufen“ abhob. Damit suchten sie TCM-relevante Volksmediziner vom Professionsstatus auszugrenzen, integrierten dabei aber deren Arbeitsfelder in ihre „jurisdiction“.

Nicht zu vergessen sind die externen Einflüsse auf die TCM-Entwicklung in Taiwan. Als eine Welle der alternativen Medizin die westlichen Länder erfaßte, konnte sich Taiwan diesem Einfluß nicht ganz entziehen. Um von den Erfahrungen mit der wissenschaftlichen Alternativmedizin in den USA und Europa und mit der professionellen TCM in China zu profitieren, suchte Taiwan, obwohl eines der Heimatländer der TCM, seit den 90er Jahren die verstärkte internationale Zusammenarbeit im Forschungsbereich.

Zusammenfassend läßt sich konstatieren, daß die Institutionalisierung der TCM in ihren Erscheinungsformen - der TCM-Ärztekammer, der Hochschulbildung und den Krankenhäusern, in den 1990er Jahren komplett abgeschlossen war. Die Lizenzierung durch den Staat schützt die Legitimität der TCM-Ärzte als Profession und hebt sie von anderen TCM-relevanten Heilern ab. Durch die Politik des Staates, die zwischen einer förderungswürdigen und einer nur tolerierten TCM unterschied, entwickelte sich die

TCM in verschiedene Richtungen, die sich unterschiedliche Segmente des Marktes für medizinische Dienstleistungen aufteilten. Der unkontrollierte Pluralismus der 70er Jahre wandelte sich durch staatliche Intervention zu einem differenzierten medizinischen Pluralismus unter der Dominanz der Biomedizin mit akademischen und nicht akademischen TCM-Medizinern innerhalb und den übrigen TCM-Heilberufen außerhalb des offiziell legitimierten Gesundheitswesens. Die Einbindung der TCM in die gesetzliche Krankenversicherung vervollständigte die Integration in das Gesundheitswesen und hatte weitere Ausdifferenzierungsprozesse zur Folge, eine Thematik, der wir uns im folgenden Kapitel widmen werden.

IX. Einfluß der Etablierung der Krankenversicherung auf Institutionalisierung und Standardisierung der TCM

Aufgrund der Orientierung der Gesundheitspolitik fußte das Krankenversicherungssystem in Taiwan auf biomedizinischer Basis. Da die TCM-Ärzte wie die Biomediziner auch als lizenzierte Ärzte anerkannt sind, fordern sie die gleichen Chancen bei der Integration in die Krankenversicherung wie die Biomediziner. Seit den 1960er Jahren kämpften die TCM-Ärzte für eine Integration ihrer Heilkunde in die Krankenversicherung, die sich zum damaligen Zeitpunkt auf Arbeitnehmer in Betrieben beschränkte. Durch die anvisierte Einbindung, mit der eine Gleichstellung zwischen Biomedizin und TCM konstruiert werden sollte, - so hofften sie - könnten finanzielle Barrieren für wirtschaftlich schwächer gestellte Patienten abgebaut werden, so daß sie gleichen Zugang zu beiden Heilkundeformen erhielten.¹ Die Krankenversicherung wäre ein Anreiz für Patienten, die Versorgungsmöglichkeiten stärker zu nutzen und böte die Chance einer Medikalisierung der Gesamtbevölkerung. Darüber hinaus konnten die Biomediziner durch die Erhöhung der Behandlungszahlen von der Einbindung in die Krankenversicherung besonders profitieren. Den finanziellen Vorteil der Biomediziner durch die Einbeziehung ihrer Leistungen in die Krankenversicherung vor Augen, verfolgten sie stets die gleichen Interessen wie die TCM-Ärzte. Denn im Vergleich zur staatlich unterstützten Biomedizin hatte die TCM die schlechteren Startchancen, da sie immer noch außerhalb der Krankenversicherung stand.

Dennoch bedeutet die Krankenversicherung eine große Herausforderung für die TCM. Da sich das Vergütungssystem der Krankenkasse am biomedizinischen Standard orientiert, erfordert eine Integration in die Krankenversicherung Anpassungsleistungen nach dem Modell der Biomedizin. Ein mit dieser vergleichbarer äußerer institutioneller Aufbau der TCM reicht für eine Integration nicht aus. Vielmehr bedarf es einer Modifikation von Ablauf und Inhalt der Therapie. Darunter fällt die Konstruktion von Fachdisziplinen, der Aufbau einer institutionalisierten Behandlung und von standardisierten Rezeptierungen und Heilverfahren. Darüber hinaus sollen die Heilwirkungen der TCM wie bei der Biomedizin mit modernen wissenschaftlichen Verfahren empirisch exakt untersucht werden. Dieser durch die Einführung in die Krankenversicherung forcierte Prozeß der Standardisierung legt Zusammenhänge zur Professionalisierung offen. Da der TCM mit ihren traditionellen Therapieformen der Weg in die moderne medizinische Profession und das Krankenversicherungssystem zunächst verschlossen blieb, war und ist sie gezwungen, sich nicht nur organisatorisch, sondern auch inhaltlich wie die Biomedizin zu standardisieren. Da sich die TCM nur

¹ Vgl. Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, „Kurzer Lebenslauf der Vorsitzenden: Ihre Beiträge“. Auch Dai, Xian-zhang 1994: 22.

bedingt auf das biomedizinisch orientierte Krankenversicherungssystem adaptieren ließ, „hinkt“ die TCM hinterher.

Im Folgenden wird nach einem kurzen Abriß der Krankenversicherungssysteme in Taiwan die Kategorien einer Standardisierung der TCM-Heilkunde diskutiert. Dabei richtet sich der Blick auf das Dilemma bei den Heilkonzepten, also zwischen den ausdifferenzierten naturwissenschaftlich-empirischen Standards der Biomedizin und der ganzheitlichen Tradition der TCM. Bei dem stufenweisen verlaufenden Prozeß der Integration der TCM in die Krankenversicherung taucht die Frage auf, inwieweit bei den TCM-Ärzten und -Heilberufen finanzielle Interessen die Positionen für und gegen die Integration in die Krankenversicherung beeinflusst haben. Die entstehenden Probleme bei der Integration lassen sich nicht nur auf unterschiedliche Heilkonzepte zurückführen, sondern resultieren auch aus Konflikten zwischen den Akteuren Staat, Biomedizinern und der TCM-Ärzten und zwischen unterschiedlichen Interessen innerhalb dieser Gruppen selbst. Wie wir sehen werden, gestaltete sich z.B. die Reaktion der Biomediziner auf die Integration der TCM in die Krankenversicherung, besonders in die National Health Insurance seit 1995, mit wachsendem wissenschaftlichen Kenntnisstand über die Heilwirkungen der TCM zunehmend differenzierter. Bei der Frage der überflüssigen Anwendung medizinischer Ressourcen aus Gewinnstreben spielt die professionelle Ethik hinein.

1 Abriß der Entwicklung der Krankenversicherung in Taiwan

Vor 1995, als die National Health Insurance (NHI) eingeführt wurde, gab es in Taiwan drei Gruppen von Sozialversicherungen. Die Krankenversicherung gliederte sich in drei Versicherungssysteme, eine 1950 eingeführte beitragsgestaffelte Versicherung für Arbeitnehmer,² eine für Beamte und Lehrer, 1958 gegründet,³ und eine weitere für landwirtschaftliche Arbeiter (1985).⁴ Diese Sozialversicherungen setzten sich als Einheit

² Die Krankenversicherung für Arbeitnehmer gehörte zu der Verwaltung des Innenministeriums. 1987 wurde eine spezielle Verwaltungsorganisation - die Zentralbehörde für Arbeitnehmer - gegründet, der auch die Versicherungsverwaltung zugeordnet war. Die Zentralbehörde für Arbeitnehmer unterstand damit direkt dem Verwaltungsministerium. Gegenüber der früheren Verwaltungsorganisation erhöhte sich ihr Rang innerhalb der Hierarchie, da sie als Sonderbehörde dem Innenministerium gleichgeordnet war (vgl. Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der NHI, 1990a: 93-95).

³ Die Krankenversicherung für Beamte und Lehrer hatte eine ähnliche Struktur wie die Krankenversicherung für Arbeitnehmer. Sie hatte jedoch eine eigenständige Finanzierungsform und ein eigenes Verwaltungssystem. Sie gehörte zur Beamtenversicherung und stand unter der Verwaltung des Examinensministeriums (vgl. Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der NHI, 1990a: 93-95). Der inhaltliche Unterschied zwischen diesen beiden Versicherungen wird hier nicht diskutiert.

⁴ Zur Zentralbehörde für Arbeitnehmer gehörte auch die Krankenversicherung für landwirtschaftliche Arbeiter. Sie hatte zwar das gleiche Verwaltungs- und Finanzierungssystem wie die für Arbeitnehmer, wurde aber unabhängig davon mit einem eigenen Budget verwaltet (vgl. Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der NHI, 1990a: 95).

aus Unfall-, Renten- Sterbe- und Krankenversicherung zusammen, in die die Beschäftigten nach ihrem Einkommen gestaffelt einen monatlichen Beitrag entrichten mußten. Die Zahl der Versicherten in der Landwirtschaft war sehr gering, deshalb wird sie an dieser Stelle nicht dargestellt. Der durch die Sozialversicherungen für Arbeitnehmer und für Beamte und Lehrer abgedeckte Personenkreis verbreiterte sich mit der Zeit stufenweise. 1990 konnten ungefähr 50% der Bevölkerung Taiwans Leistungen in Anspruch nehmen (Hwang, Yuan-shie 1998: 61). Beide Versicherungen besaßen ihr eigenes Verwaltungssystem und hatten unterschiedliche Zielsetzungen (Xie, Gao-qiao 1990: 43,49). Ihr besonderes Merkmal war jedoch die monopolisierte Kontrolle des Staates, so daß die Versicherten und Leistungserbringer, z. B. Ärzte, bei politischen Entscheidungen und als Verhandlungspartner kaum eine Rolle spielten (Lin, Kuoming 1997a: 77). Daher läßt sich diese Form als beitragsbezogenes staatliches Versicherungsprogramm zur Absicherung von Beschäftigten beschreiben. Die Mehrheit der Versicherten - etwa 80% - gehörte der Sozialversicherung für Arbeitnehmer an. Hierbei fällt der größte Kostenanteil auf Sach- und Dienstleistungen im Krankenversicherungsbereich. Die Versicherung für die Beamten und Lehrer war keine Sozialversicherung, wie die zuständige Regierung behauptete, sondern eine Zulage ihres Gehalts. Sie ähnelte in ihrer Ausgestaltung der sogenannten Sozialversicherung für Arbeitnehmer, aber mit dem Unterschied, daß die Regierung den größeren Teil der Beiträge bezahlte. Ihre Vergütungssysteme sind strukturell mit der Arbeitnehmersversicherung vergleichbar (vgl. Xie, Gao-qiao 1990: 43-51).

Der Umfang des von der Sozialversicherung für Beamte und Lehrer erfaßten Personenkreises vergrößerte sich ab 1965 stetig, da nun Lehrer und Mitarbeiter privater Schulen und Universitäten sowie Pensionierte und ihre Kinder und Ehepartner einbezogen wurden. Dadurch konnten Familienmitglieder von den Versicherungsleistungen profitieren (Xie, Gao-qiao 1990: 50). Zwar beschränkte sich diese Regelung nur auf die Krankenversicherung, jedoch konnte zumindest hier die übliche Leistungerschleichung durch Familienangehörige wie bei der Arbeitnehmersversicherung verhindert werden. Die Versicherung jeder einzelnen Gruppe verfügte über ein eigenes Budget, gehörte aber zu demselben Verwaltungssystem.⁵

Die Inklusion von Beschäftigten in die „Sozialversicherung für die Arbeitnehmer“ konnte ab 1979 in großem Umfang erreicht werden, da alle Arbeitnehmer, die in einem registrierten privaten oder öffentlichen Betrieb über 5 Mitarbeiter angestellt waren, in die Versicherungspflicht einbezogen wurden. Zunehmend vergrößerte sich auch das Geldleistungs- und Sach- und Dienstleistungsvolumen. Während anfangs bei

⁵ Die durchschnittliche Alter der Beitragszahler in der Versicherung für Beamte und Lehrer belief sich bis 1990 auf ungefähr 39 Jahre und in der Versicherung für Arbeitnehmer 34 Jahre (Lan, Chung-fu / Cheng, Hwei-chu 1990: 56-70).

ihrem Krankenversicherungsteil nur Unfälle integriert waren, konnte 1958 auch die stationäre Therapie von Krankheiten einbezogen werden. Die Absicherung einer ambulanten Versorgung bei Unfällen und Krankheiten existiert erst seit 1970 (Lan, Chung-fu / Cheng, Huei-chu 1990: 67).

Das Vergütungssystem der Krankenversicherung für die Arbeitnehmer teilt sich in zwei Kategorien auf. Die Vergütung einer ambulanten und stationären Versorgung in Krankenhäusern orientierte sich grundsätzlich an der erbrachten Leistung (Leistungsvergütung) und in den Praxen an der Zahl der behandelten Fälle (Pauschalvergütung).⁶ Da mehr überflüssige Untersuchungen und Verschreibungen durch die Ärzte stattfanden, besonders im Krankenhausbereich, erhöhten sich die Kosten der Krankenversicherung sehr rapide. Auf der Verbraucherseite bezog sich die Versicherungseinheit nur den Arbeitnehmer selbst, daher zählten Familienmitglieder nicht dazu. Dies verleitete zum Mißbrauch, so daß Familienangehörige die Leistungen unrechtmäßig in Anspruch nahmen. Die Zahl der Patienten und die Behandlungskosten, die die Krankenversicherung übernahm, erhöhte sich also nicht nur wegen der Beseitigung der finanziellen Hindernisse, sondern auch wegen der gemeinsamen Nutzung von Leistungen durch Familienmitglieder versicherter Arbeitnehmer und den überflüssigen Behandlungen der Anbieter.⁷

Insgesamt gesehen führte dies dazu, daß beispielsweise die Ambulanz eines der größten (biomedizinischen) Medizinentren im Jahr 1970, als die ambulante Behandlung in die Krankenversicherung einbezogen wurde, 1.000 Patienten pro Tag versorgte, 1978 waren es schon 3.200 und 1988 9.600 pro Tag. Einerseits profitierten die Ärzte sehr stark finanziell von dieser Entwicklung. Andererseits verschlechterte sich die medizinische Qualität, so daß die Behandlungszeit pro ambulanten Patienten nur 3 Minuten dauerte (Lin, Kuoming 1997a: 95). Dieses Verhalten der Biomediziner in Taiwan galt als Verstoß gegen ihre Professionsnorm,⁸ und führte besonders bei den TCM-Ärzten zu Protesten. Sie wandten sich dagegen, daß die Beiträge der Versicherten durch unnötige Behandlungen und Untersuchungen verschwendet werden, und forderten statt dessen, einen Teil der Gelder in die TCM zu investieren (Peng, Yi-jun 1996: 332f.).

Planungen für eine Krankenversicherung für alle Bürger nahm 1987 das Komitee für Wirtschaftsaufbau unter Aufsicht des Verwaltungsministeriums vor. Die Aufgabe dieses Entwurfs, der auf ein einheitlich ausgestaltetes, solidarisches System hinausläuft, sollte

⁶ Vgl. Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der NHI, 1990a: 72.

⁷ Vgl. Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der NHI, 1990a: 48; Xie, Gao-qiao 1990: 48.

⁸ Die mißlungene staatliche Kontrolle des Vergütungssystems verursachte einen Mißbrauch der professionellen Macht der Biomediziner. Da sie überflüssige medizinische Ressourcen verbrauchten, wurde besonders ihre Professionsnorm in Frage gestellt. Dieses Thema wurde von Lin, Kuoming zur Diskussion gestellt. Siehe: Lin, Kuoming 1997a: 77-136; auch Lin, Kuoming, Ph. D. Dissertation, 1997.

mit gesetzlich geregelten Sach- und Dienstleistungen den Schutz aller Bürger im Krankheitsfall gewährleisten (Lin, Chih-hong 1996:18). Alle bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungen, die bisher in die verschiedenen Sozialversicherungen eingegliedert waren, wurden zu einem neuen Krankenversicherungssystem - National Health Insurance (NHI) - zusammengeschlossen. Die verschiedenen zuständigen Organisationen für Krankenversicherungen wurden unter staatlicher Aufsicht allein der Zentralbehörde für Gesundheitswesen (ZfG) übertragen (Lin, Chih-hong 1996:18). Der Entwurf der NHI wurde im Juli 1994 vom Legislativparlament verabschiedet. Diese Krankenversicherung für alle Bürger wurde Anfang 1995 eingeführt.

Die lauten Forderungen der TCM-Ärzte bewogen die Regierung dazu, bei der Einrichtung der NHI die TCM entsprechend zu berücksichtigen, so daß sie unter bestimmten Voraussetzungen in die Krankenversicherung integriert werden konnte. In dem Planungsbericht über das NHI-System wurde vorgeschlagen, daß die Vergütungsbereiche der TCM-Behandlung nur langsam verbreitert werden sollte. Schließlich mangelte es an TCM-Fachkräften, die sich dazu noch auf die großen Städte konzentrierten. Darüber hinaus wurde die Qualität der TCM-Ärzte mit Sonderprüfung angezweifelt.⁹ Andererseits muß dem Vertrauen und der Nachfrage in der Bevölkerung Rechnung getragen werden. Eine 1990 durchgeführte Bevölkerungsbefragung über die Nachfrage nach TCM zeigt, daß fast 35% Befragten im Jahr davor auf TCM-Heilmethoden zurückgegriffen haben und 86% eine Integration der TCM in die NHI befürworteten (Qiu, Qing-hua 1990: 24, 29). Obwohl die Etablierung der NHI auf biomedizinischer Basis geplant war, konnte aus den genannten Gründen auch die TCM-Behandlung nicht ausgeschlossen werden.

2 Standardisierungsprobleme innerhalb der TCM

Das erste Modell der Finanzierung von TCM-Behandlungsmethoden in die Krankenversicherung erfolgte erst 10 Jahre später nach Einbeziehung der biomedizinischen ambulanten Behandlung durch die Krankenkassen im Jahre 1968. Der Hauptgrund für diese Verzögerung liegt im Problem einer Standardisierung und wissenschaftlicher Beweisbarkeit der TCM, die wie bei der Biomedizin eine Überprüfung und Verifikation von Wirksamkeit und Qualität ermöglichen. Standardisierung und wissenschaftliche Beweisbarkeit sind jedoch nicht nur methodische Fragen, sondern solche, die das ganze TCM-System betreffen.

Die fehlende Standardisierung ist nach Ansicht der biomedizinischen Seite auch durch

⁹ Vgl. Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der NHI, 1990a: 127.

eine mangelnde qualifizierte Ausbildung der TCM-Ärzte begründet. Wie bereits erwähnt, zweifelten die Biomediziner besonders die Qualifikation der nicht-akademischen TCM-Ärzte an, da sie keine offiziell anerkannte Ausbildung haben. Sie bemängelten die mangelnde „Qualität“ und „Wissenschaftlichkeit“ ihrer Therapie. Die nicht-akademischen TCM-Ärzte bestanden dagegen darauf, daß sich die Medizin nicht von wissenschaftlicher Statistik oder Forschungsberichten abhängig machen solle. Das entscheidende Qualitätskriterium bestehe vielmehr darin, ob die Krankheit geheilt werden könne oder nicht. Die TCM weise andere Formen der Wissenschaftlichkeit auf. Ihre Beweisbarkeit zeige sich in den einzelnen Heilwirkungen. Dies legitimiere ihre Gleichwertigkeit mit der Biomedizin, die sich deshalb auch im Gesundheitssystem und bei der Krankenversicherung abbilden müsse (Peng, Yi-jun 1996: 5-8).

Diese Meinungsunterschiede behinderten einen Dialog zwischen TCM und Biomedizin. Insbesondere bei der Integration in die Krankenversicherung vermochten es die nicht-akademischen TCM-Ärzte nicht, die Beamten in zuständigen Behörden, ohnehin selbst meistens Biomediziner, von ihren „abstrakten Heilwirkungen“ zu überzeugen (Chen, Tai-xi 1990: 1). Das Versuchsmodell im Jahr 1975, das lediglich die Behandlung von einfacheren Verstauchungen und Ausrenkungen durch TCM-Wundärzte in die Krankenversicherung für Arbeitnehmer einbezog, verdeutlicht, daß die Standardisierung der TCM-Behandlung ein schwer zu überwindendes Problem darstellte (Chen, Tai-xi 1990: 1-2). Zwar erscheint eine strukturelle Professionalisierung der TCM für jeden TCM-Arzt akzeptabel. Aber die inhaltliche Systematisierung und Standardisierung von Wissen und Heilkunde stieß nicht nur auf biomedizinischer Seite, sondern auch bei den TCM-Ärzten auf Widerstände. Die fehlende biomedizinische Qualifikation der nicht-akademischen TCM-Ärzte führte zu Standardisierungsproblemen, die sich auf unterschiedliche medizinischen Konzepte und Anwendungsverfahren zurückführen lassen. Dagegen wurden in die akademischen TCM-Ärzte höhere Erwartungen gesetzt, die geforderte Standardisierung der TCM zu verwirklichen.

Im folgenden wird am Beispiel von ärztlicher Qualifikation, der Ausdifferenzierung von Fachdisziplinen, der Standardisierung von Heilprozessen und Heilmitteln dargestellt, wie die TCM sich bemüht, sich nicht nur in die Krankenversicherung zu integrieren, sondern die Biomedizin als Meßlatte nimmt, um sich mit ihr zu vereinigen. Diese Bemühungen hatten, wie wir sehen werden, nur teilweise Erfolg.

2.1 Fachdisziplinen der TCM

Biomedizinische Fachdisziplinen haben nicht nur für die Ausdifferenzierung der Arbeitsbereiche innerhalb der Profession Bedeutung, sondern auch für das Abrechnungssystem der Krankenversicherung, obwohl in Taiwan die Fachärzte bei den

Verhandlungen über die Verteilung des Budgets der Krankenversicherung kaum Einfluß haben (Lin, Kuoming 1997a: 83).

Durch die unterschiedliche medizinische Konzeption entwickelte sich die Arbeitsteilung bei der TCM anders als bei der Biomedizin. Die TCM-Mediziner differenzierten Krankheitsbilder aufgrund ihrer Erfahrungen. Auf der Grundlage ihres Körperverständnis unterteilten sie ihre Heilverfahren und unterschieden ihre Heiltechniken, wie wir im Kapitel 3 über die Arbeitsteilung gesehen haben. Die Differenzierung der Biomedizin basiert dagegen auf naturwissenschaftlichen Prinzipien. So orientiert sich die Einteilung der unterschiedlichen Fachdisziplinen an der wissenschaftlichen Beweisbarkeit. Bei der zunehmenden Spezialisierung, die mit einem klinischen Wissens- und Erfahrungszuwachs einherging, spielt die Organorientierung bei der Unterteilung der klinischen Fächer eine entscheidende Rolle. Die stetig fortschreitende Ausrichtung der Biomedizin auf das Funktionelle machten nicht nur die Pathologie, Anatomie und Physiologie, sondern vermehrt auch die Biochemie und die Pharmakologie zu theoretischen Leitdisziplinen.

Die traditionelle Unterteilung der TCM nach den Heilerfahrungen war auf einer höheren Ebene in Grenzen mit der biomedizinisch orientierten Differenzierung nach bestimmten Fachdisziplinen kompatibel. Dies traf auf die Kinder-, die Frauen-, innere und äußere Heilkunde zu, obwohl sich wegen der unterschiedlichen Konzeption auch hier definitorische und inhaltliche Probleme nicht vermeiden ließen.

So bereitet es in der Praxis Schwierigkeiten, die TCM nach dem Organ-Prinzip zu untergliedern. Besonders bei der inneren Heilkunde erlaubte das einheitliche Kreislaufmodell der TCM keine weitere Unterteilung.¹⁰ Sie läßt sich aufgrund ihrer einheitlichen Körpertheorie in der klinischen Anwendung kaum nach Körperteilen trennen. Doch wenn sich die TCM in die Krankenversicherung integrieren will, braucht sie auch unterscheidbare Fachbereiche, sonst erscheint eine Meßbarkeit wie bei der Biomedizin schwierig.

Der Kompromiß lag darin, daß die traditionelle fachliche Einteilung der TCM einfach in die moderne Gesellschaft übertragen wurde. Dies war bei der Fachunterteilung der Lizenzprüfung für TCM-Ärzte ebenso wie bei der fachlichen Einteilung des Unterrichts an der medizinischen Hochschule CMC der Fall. Der erste sogenannte „anerkannte“ Fachbereich war die Wundheilkunde. Dies läßt vor allem mit ihrer „einfachen und unkomplizierten Behandlung“ bei der Knocheneinrenkung erklären. Dies machte sie als erster Versuch einer Integration der TCM in die Krankenversicherung (für

¹⁰ Siehe auch Kapitel III, 7.

Arbeitnehmer) bekannt. Jedoch gab es bis zur Einbeziehung des Faches Wundheilkunde in die versicherungsmäßige Kostendeckung im Jahr 1975 noch keine Regelung für die Fachdisziplinen der TCM.¹¹ Die TCM-Ärzte konnten sich freiwillig für eine Fachrichtung registrieren lassen. Ihre Fähigkeiten als Fachärzte ließen sich jedoch nicht überprüfen. Da sich definierte Fachdisziplinen noch nicht entwickelt hatten, handhabte die Krankenkasse die Unterteilung der TCM sehr locker (vgl. Chen, Tai-xi 1990: 11f.).

Seit 1948 sind biomedizinische Fachdisziplinen in das Arztrecht einbezogen, da die Ärzte eine Facharztausbildung absolvieren und die Anerkennung der Behörden des Gesundheitswesens erhalten mußten, wenn sie als Facharzt praktizieren wollten. Eine detaillierte Regelung bezüglich der Fachdisziplinen in der Biomedizin erfolgte 1987 mit den Verordnungen für Einrichtungsstandards medizinischer Institutionen¹² (vgl. Wu, Xian-Ming 1995: 65-66). Hier findet zum ersten Mal eine fachspezifische Unterteilung der TCM Erwähnung, die dort entsprechend geregelt ist. Die Regelung der Einteilung von Fachdisziplinen und der Lizenzprüfung für Biomediziner trat 1988 in Kraft. Darin wurden die Fachdisziplinen in der Biomedizin klar definiert. Sie sollte als Bestimmung der zentralen Behörde des Gesundheitswesens auf alle spezialisierten Ärzte Anwendung finden. Obwohl diese Regelung auch die Fachdisziplinen für TCM-Ärzte betraf,¹³ kam es nicht zur Bildung deutlich differenzierter Fachdisziplinen innerhalb der TCM. Die Behörde für Gesundheitswesen und Sozialversicherung zeigte sich damit einverstanden, die fachliche Unterteilung für TCM-Ärzte großzügig zu akzeptieren und zwar noch vor einer offiziellen Lizenzierung von Fachdisziplinen. Dabei ergab sich folgende Unterteilung:

1. innere Heilkunde
2. äußere Heilkunde (Hautkrankheiten, wie z. B. Hautpilz, Hautschwellung)
3. Wundheilkunde (für Entzündung, Knochenbruch, Schwellung, Wunden)
4. Augenheilkunde
5. Kinderheilkunde
6. Frauenheilkunde
7. Akupunktur und
8. Hämorrhoiden.¹⁴

¹¹ Vgl. ZfG (Hg.), 1999a: 1338; Chen, Tai-xi 1990: 1.

¹² Diese detaillierte Regelung fußte auf einer Verordnung der Zentralbehörde des Gesundheitswesens als Ergänzung des Medizinrechts (1986). Zu den „medizinischen Institutionen“ gehören das Krankenhaus, die ärztliche Praxis (bzw. Poliklinik) sowie Einrichtungen für Blutspenden, Untersuchungen und die Pflege (vgl. VfCM (Hg.), 1998: 57f.).

¹³ Vgl. Die Regelung der fachärztlichen Unterteilung und Prüfung im Jahr 1988, § 4, siehe VfCM (Hg.), 1998: 16.

¹⁴ Siehe: Die Regelung der Einrichtungsstandards der medizinischen Institutionen, 1987, Anhang 4, in VfCM (Hg.), 1998: 89f.. Als Bemerkung soll hier noch erwähnt werden, daß die Arbeitsfelder jeder

Diese TCM-Fachdisziplinen fanden als Differenzierungsmodell Akzeptanz. Die Abgrenzung zwischen den Disziplinen ist noch immer undeutlich. Dies zeigt sich an folgenden Beispielen:

Erstens werden Hämorrhoiden auch von dem TCM-Arzt für Innere Krankheiten behandelt, weil dieses Leiden nach der Krankheitslehre überwiegend von einem körperlichen Ungleichgewicht - der Trockenheit der Leber - herrührt.

Zweitens werden manche äußerlichen Hautprobleme auf giftige Substanzen im Inneren des Körpers zurückgeführt. Sie zählen daher auch zu den Inneren Krankheiten. Die Patienten erhalten deshalb nicht nur eine Salbe für äußerliche Hautkrankheiten, sondern auch die Kräuter für die innere Entgiftung.

Drittens wird die Akupunktur oft von mehreren Fachbereichen der TCM verwendet. Dabei ergibt sich das Problem, ob sie als Heiltechnik oder als Fachdisziplin kategorisiert werden soll.

Viertens werden Kinder- und Frauenheilkunde nach der traditionellen Theorie aufgrund der engen körperlichen Beziehung zwischen Mutter und Kind (wenigstens als Säugling) zusammen behandelt (vgl. Liao, Yu-qun 1994: 298). Nach den alten Kategorien der TCM und nach der Lizenzprüfung gehören Frauen- und Kinderheilkunde ebenso zusammen wie die Wundheilkunde und die Akupunktur. So gilt ein TCM-Facharzt für Wundheilkunde auch als ein Experte für Akupunktur, gleiches gilt im Bereich der Frauen- und Kinderheilkunde.

Fünftens sollten nach der Meinung der Zentralbehörde für das Gesundheitswesen die Patienten aufgrund des ganzheitlichen Körperkonzepts der TCM bei einem Leiden mehrere Fachärzte gleichzeitig konsultieren können. Die Unterteilung in TCM-Fachgebiete scheint die Krankenkasse finanziell belastet zu haben. So fällt z. B. die Massage (Tui-Na) in den Aufgabenbereich des Wundarztes. Mit dieser Methode können die Knochen und der Meridian¹⁵ „aktiviert“ und damit auch die inneren Probleme des Körpers gelöst werden. Deshalb suchen die Patienten, die an Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Kraftlosigkeit und körperlichen Schmerz leiden, sowohl den Wundarzt als auch den inneren Arzt für TCM auf (vgl. Chen, Tai-xi 1990: 12).

Fachrichtung noch nicht so deutlich wie bei der Biomedizin definiert sind, da sich die TCM-Fachdisziplinen noch nicht vollständig etabliert haben.

¹⁵ Meridiane: zusammenfassende Bezeichnung für Leitbahnen in der TCM, die aus den sogenannten Hauptmeridianen und den sogenannten Nebengefäßen bestehen; die Hauptmeridiane verlaufen tief im Körper und innerhalb der Muskeln, die Nebengefäße eher an der Oberfläche und an der Haut. Siehe: Ptschyrembel: Wörterbuch Naturheilkunde, 1999: 244-246.

Im Jahre 1989 fand eine statistische Untersuchung der Krankenkasse für Arbeitnehmer zu der Frage statt, welches Fachgebiet der TCM durch die Versicherten am meisten frequentiert wird. Als Ergebnis kam heraus, daß fast 60% der Patienten sich auf die innere Heilkunde konzentrierten. Dies wurde nicht auf das Überwiegen der inneren Leiden, sondern darauf zurückgeführt, daß das TCM-Konzept innere und äußere körperliche Probleme in einen Zusammenhang stellt (vgl. Chen, Tai-xi 1990: 12).

Besonders seit den 1990er Jahre fordern manche Biomediziner und TCM-Ärzte, die beide medizinische Richtungen beherrschen, die Anerkennung einer Fachdisziplin für „Integrationsmedizin“. Ihr Ziel, eine Akzeptanz einer Anwendung beider Heilformen innerhalb einer Praxis zu erreichen, scheint in der Zentralbehörde für Gesundheitswesen geringe Resonanz zu finden. Auch diese „Fachdisziplin“ ohne „wissenschaftliche Spezialisierung“ läßt sich in die Regelungen für Biomedizin nur schwer einbinden.¹⁶

Aus den genannten Gründen sind Fachdisziplinen der TCM bis heute offiziell noch nicht festgelegt. Aber weil die TCM-Ärzte ihre Behandlungsformen in die Krankenversicherung zu integrieren verlangten, zwang ihnen die Verwaltung der Krankenversicherung Fachdisziplinen auf. Insbesondere im Krankenhausbereich spielt die Unterteilung der Fachrichtungen von TCM-Ärzten, wie bereits angedeutet, eine gewisse Rolle. Weil diese jedoch noch nicht klar definiert sind, können die TCM-Fachärzte zwar in ihrem Gebiet arbeiten, bekommen jedoch keine fachärztliche Lizenz.

2.2 Einrichtungsstandard der TCM-Krankenhäuser

Nach der Modernisierung der Gesellschaft vollzog sich damit ein Wandel zu einer institutionalisierten Krankenbehandlung. Die TCM-Behandlung in der Praxis folgte dabei dem Modell der Biomedizin. Trotzdem bietet nach dem traditionellen Modell der TCM-Behandlung die eigene Wohnung den idealen Ort für eine erfolgreiche Genesung der Patienten, da sie dort von ihren Familienmitgliedern versorgt werden.¹⁷ Da im traditionellen Heilmodell der TCM eine stationäre Behandlung fehlte und die ambulanten Praxen das Niveau biomedizinischer Standards nicht erreichten, war der Gedanke einer institutionellen Behandlung bisher noch nicht ausgereift.

Die Versorgung im Krankenhaus erfolgt nach einem standardisierten Heilprozeß mit einer systematischen Therapie. Eine genau berechnete institutionelle Behandlung im

¹⁶ Die Broschüre für die Tagung der Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin der Republik China v. 17. 5. 1998: 33f..

¹⁷ Bis in die Gegenwart ist es noch selbstverständlich, daß bei der biomedizinischen stationären Behandlung Familienmitglieder neben dem Krankenbett bleiben müssen, um den Patienten zu versorgen.

TCM-Bereich kann damit eher an die Kalkulation der Krankenversicherung angepaßt und in diese integriert werden. Zweitens bietet, wie bereits im letzten Kapitel erwähnt, die stationäre Behandlung auch Forschungsmöglichkeiten und Praktikumsplätze für Studenten. Aber wegen der nicht eindeutig definierten Fachdisziplinen ergeben sich Probleme für die an eine Standardisierung gewohnten Krankenhausinstitutionen, gleiches gilt für die Abstufung der Krankenhäuser.

Die Regelung der Einrichtungsstandards der medizinischen Institutionen von 1987 betraf sowohl die Krankenhäuser für Biomedizin als auch die für TCM. In den biomedizinischen Krankenhäusern sollen entsprechend ihrer Größe eine dem Standard entsprechende Ausstattungen eingerichtet und eine ausreichende Anzahl von Fachärzten angestellt werden. Dieser Maßstab wird auch an die TCM gelegt.¹⁸ Nach dieser Regelung können biomedizinische Krankenhäuser eine Abteilung für Chinesische Medizin einrichten. Umgekehrt hatte die ZfG in ihren Verordnungen keine Genehmigung für die Etablierung biomedizinischer Abteilungen und für moderne diagnostische Ausstattungen in TCM-Krankenhäusern erteilt, da eine moderne medizinische Einrichtung untersagt ist und es keine genauen Regelungen für TCM Fachdisziplinen gibt. Weil die Arbeitsgebiete und die Genehmigungspraxis für TCM-Fachärzte unklar bleiben, entspricht die Abteilungsstruktur des TCM-Krankenhauses bis heute nicht dem Standard eines biomedizinischen Krankenhauses.¹⁹

Die TCM-Krankenhäuser wurden deshalb nur in zwei Stufen eingeteilt und zwar in diejenigen mit mehreren Fachgebieten und die mit nur einem Fachgebiet. Die Krankenhäuser der ersten Stufe sollen mindestens vier Fachgebiete - Innere, Äußere Heilkunde, Frauenheilkunde und Wundheilkunde - umfassen. In denen der zweiten Gruppe muß wenigstens eine der genannten 8 Fachrichtungen vorhanden sein. Dennoch bleiben Unklarheiten bei der Abstufung des TCM-Krankenhauses. Der Name des Krankenhauses kann in beiden Abstufungen derselbe („TCM-Krankenhaus“) sein. Der einzige Unterschied zwischen den beiden Abstufungen liegt darin, daß im Multifachgebiet-Krankenhaus mindestens 40 Betten und im Einzelfachgebiet-Krankenhaus mindestens 10 Betten eingerichtet werden sollen.²⁰ Dies führt dazu, daß sich erstens viele TCM-Polikliniken mit zugehöriger Station „Krankenhaus“ nannten. Zweitens beschränken sich die meisten TCM-Krankenhäuser auf die Minimalforderung mit einer Unterteilung nach vier Fachgebieten (Chen, Tai-xi 1990: 102). Diese Praxis

¹⁸ Die Regelung der Einrichtungsstandards der medizinischen Institutionen, 1987, Anhang 4, siehe VfCM (Hg.), 1998: 89-98.

¹⁹ Vgl. Die Regelung der Einrichtungsstandards der medizinischen Institutionen, 1987, Anhang 3, 4, siehe VfCM (Hg.), 1998: 63-65; 89-98, und „Protokolle der anderen Versammlung“, Nr. 133, v. 23.11.1998; 13.1.1999, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China. Siehe auch Kapitel VIII.

läßt sich auch auf die Zahlungsnorm der Krankenkassen zurückführen, die in der Anfangsphase der Versuchsmodelle einer Integration der TCM in die Krankenversicherung nur für „TCM-Krankenhäuser“ Gültigkeit besaß. Ferner beschränkte sich die Übernahme der Behandlungskosten für die genannten vier TCM-Fachgebiete. Die Finanzierung beschränkte sich lediglich auf die „ambulante Behandlung“, obwohl diese Einrichtungen als „TCM-Krankenhäuser“ registriert sind. Da die Kassen eine stationäre Behandlung nicht finanzierten, war die Bettenauslastung des TCM-Krankenhauses sehr niedrig. Die Betten in den TCM-Krankenhäusern wurden nur für Tagesbehandlung, wie z. B. bei der Akupunktur, Moxibustion und elektrische Akupunktur genutzt. Deshalb stellten TCM-Krankenhäuser diese auch kaum zur Verfügung (vgl. Chen, Tai-xi 1990: 102).

Um ein Facharztsystem innerhalb der TCM zu etablieren, ist eine Unterscheidung von TCM-Krankenhäusern und der ambulanten TCM-Praxis unabdingbar. Erst die fachliche Ausdifferenzierung der TCM-Krankenhäuser garantiert aus Sicht der Biomedizin die Qualität dieser Einrichtungen. Besonders die akademischen TCM-Ärzte akzeptieren mehr und mehr die Erfahrungen der Biomedizin, nach der nur durch eine Standardisierung von Fachgebieten das passende Umfeld für Forschung und die klinische Ausbildung von Studenten geschaffen, sowie eine qualitativ wertvolle stationäre Behandlung auf TCM-Basis verwirklicht werden kann (vgl. Chen, Tai-xi 1990: 208-213).

2.3 Kategorisierung von Krankheiten in der TCM

In der Biomedizin haben sich seit langer Zeit standardisierte Krankheitskategorien herausgebildet. Dies setzte Maßstäbe für die TCM. Die nach dem organdifferenzierten Krankheitsmodell definierte ICD (international classification of diseases) paßt aber nur schwer in das TCM-Theorie-Schema der synergetischen Beschreibung des einheitlichen Kreislaufmodells.²¹ Auf der anderen Seite verschärft sich aufgrund der mangelnden biomedizinischen Kenntnisse vieler TCM-Ärzte dieses Problem.

Die meisten TCM-Ärzte mit Sonderprüfung wissen nicht viel mit ICD-Kategorien anzufangen, deshalb bereitet es der Krankenkasse Schwierigkeiten, die Diagnostik und Therapie von TCM-Ärzten zu kategorisieren. Da die akademischen TCM-Ärzte beide Medizinsysteme gelernt haben, bereiten ihnen die Eintragung biomedizinischer Diagnosen wenig Probleme. Jedoch müssen sie einen Zusammenhang zwischen biomedizinischen Krankheitsbezeichnungen und den TCM-Diagnosen herstellen können.

²⁰ Die Regelung des Einrichtungsstandards der medizinischen Institutionen, 1987, Anhang 4, siehe VfCM (Hg.), 1998: 89; 91.

So wurde von den nicht akademischen TCM-Ärzten verlangt, an den Ausbildungskursen für Biomedizin teilzunehmen. Sie kennen daher in begrenztem Maße auch die biomedizinischen Krankheitsbezeichnungen.

Die Erfahrung der Krankenversicherung für Arbeitnehmer und der für Beamte und Lehrer zeigten, daß bei der Eintragung von Krankheitsbezeichnungen sehr uneinheitlich vorgegangen wurde. Außer den genannten Unterschieden bei einer auf der TCM-Theorie basierten Diagnostik ergibt sich bei der Krankheitsbestimmung auch das Problem, daß für diesen Zweck eine Vielzahl von Untersuchungsgeräten verwendet werden muß. Zwar kommt die TCM ohne diagnostisches Gerät aus. Wenn aber mit biomedizinisch vermischten Klassifikationen gearbeitet werden sollte, sind diese Geräte notwendig. Da es den TCM-Ärzten nicht erlaubt war, entsprechende Möglichkeiten zu nutzen, gelang es ihnen nur unzureichend, eine genaue Diagnosebezeichnung einzutragen (vgl. Chen, Tai-xi 1990: 7f.). Dies führte zu der Situation, daß in Taiwan heutzutage TCM-Ärzte von ihren Patienten verlangen, zuerst den biomedizinischen Arzt aufzusuchen, damit dieser eine genaue Diagnose ihrer Krankheit stellt. Anschließend sollen sie sich mit dem Befund wieder an ihren TCM-Arzt wenden und sich von ihm weiter behandeln lassen.

2.4 Standardisierung von TCM-Heilmitteln

Die TCM-Heilmittel lassen sich aus folgenden Gründen nur schwer standardisieren. Einmal ergibt sich eine Schwierigkeit bei der Lagerung von natürlichen Heilmitteln. Zweitens ist hier eine genaue Unterscheidung zwischen Heilmitteln und Körperaufbaumitteln problematisch. Drittens erscheint nach der traditionellen TCM-Theorie eine standardisierte Rezeptierung nicht vorstellbar.

Die TCM-Heilmittel sind aus Pflanzen, Mineralien, Tieren, Insekten, einfach gesagt aus natürlichen Mitteln, hergestellt. Deshalb lassen sie nicht leicht lagern. Eine Qualitätskontrolle ist nur schwer möglich. Gleichfalls hängt der Preis der TCM-Heilmittel von jedem einzelnen Produkt ab. Manche seltenen Mittel sind auch ziemlich kostenintensiv und könnten manchmal auch durch preiswertere Mittel mit der gleichen Wirkungsweise ersetzt werden. Genauso ist bei Produkten aus gleicher Pflanzen, die aber an verschiedenen Orten produziert werden, das Preisniveau sehr unterschiedlich.²²

Viele der TCM-Heilmittel finden nicht nur als „Heilmittel“, sondern auch als Körperaufbauprodukte Verwendung. Dahinter steckt die Auffassung, daß wenn ein

²¹ Siehe auch Kapitel III, 7.

²² Dies hängt nicht nur vom unterschiedlichen Preis des Marktes ab, sondern auch von den traditionellen Erfahrungen und Beobachtungen. Die in Nordchina wilden gewachsenen Ging-Shen beispielsweise sind besser und teurer als die gezüchteten aus Korea, usw..

schwacher Körper wiedererstartet, auch die Krankheit gelindert werden kann. Deshalb verschwimmen bei der TCM die Grenzen zwischen Körperaufbau- und Heilmitteln. Die Krankenkasse sah deshalb bei der Finanzierung solcher „Heilmittel“ eine große Last auf sich zukommen.²³

Die TCM-Heilrezepte werden je nach Körpereigenschaft des Patienten individuell verschrieben. Daher gibt es kein standardisiertes Rezept für die Patienten, die nach biomedizinischem Verständnis an „derselben Krankheit“ leiden. Jedoch hat ein standardisiertes Rezept zwei Vorteile für die Kontrolle der Rezeptierung durch die Verwaltung für Chinesische Medizin (VfCM) und die Krankenkasse: Einmal läßt sich auf der Grundlage standardisierter Heilrezepte eher eine wissenschaftliche Erforschung von TCM-Heilmitteln und ihrer Wirkungen realisieren. Da viele TCM-Arzneien auf der Verarbeitung geschützter Tiere und Pflanzen basieren, kann bei einem standardisierten Rezept die Herkunft der Heilmittel ferner leichter ermittelt und damit die Verwendung geschützter Tiere und Pflanzen eher verhindert werden.

Obwohl es noch keinen ausreichenden Beweis für eine Wirksamkeit von TCM-Heilprodukten gibt, konnten die Erfahrungen und das Wissen aus den alten Chinesischen medizinischen Quellen, von heutigen TCM-Ärzten und von den in China entwickelten Rezepten zusammengetragen werden. Die VfCM veröffentlichte deshalb eine Liste von Basis-Heilrezepten (Ji-zhun Yao-fang) als Standard für TCM-Heilmittel. Dabei legte sie auch Richtwerte für die Konzentrationen der Heilmittelmenge fest. Dies soll als Grundlage für eine Rezeptierung von TCM-Heilmitteln dienen.²⁴

Darüber hinaus wurde nach längerer Diskussion beschlossen, daß nur die pulverisierten Heilmittelkonzentrate und die „biomedikamentierten“ Pastillen, Kapseln und flüssige Arzneien von der Krankenversicherung übernommen werden, denn diese Konzentrate werden schon bei der Produktion durch die Pharmafirmen standardisiert. Die Arzneimittelbehörden gehen davon aus, daß ihre Zusammensetzung und Wirkungen denen der TCM-Naturheilmitteln ähnlich sind. Die TCM-Ärzte argumentieren dagegen, daß solche Arzneipulver und „biomedikamentierten“ Konzentrate nicht den Wirkungsgrad natürlicher Heilmittel erreichen könnten. Konzentrate wären kaum daraus zu gewinnen und sie seien oft nur schwer zu pulverisieren. Solche Verarbeitung reduziere zudem ihre Wirksamkeit. Dieses Problem der Wirksamkeit ließe sich vielmehr durch Qualitätskontrolle der Produkte lösen, also durch ein effizientes Kontrollmanagement. Da die biomedizinischen Medikamente seit langem durch GMP

²³ Vgl. Liao, Yu-qun 1994: 152-157, über die Entwicklung des Systems der TCM-Heilmittel; Chen, Tai-xi 1990: 4, 12f., über die Integrationsmöglichkeit der TCM-Heilmittel in die Krankenversicherung.

²⁴ Siehe: „die Aufgabe der Abteilung für Chinesische Heilmittel“ auf der Homepage der VfCM.

(Good Manufacturing Practices)²⁵ kontrolliert werden, sollte bei der TCM ein ähnliches Verfahren Anwendung finden (vgl. Chen, Tai-xi 1990:4f.; 12f.; 21).

2.5 Standardisierung der Patientenbehandlung

Die Kalkulation der Kosten pro Patient bei der Bezahlung der TCM läßt sich nicht leicht standardisieren. Die TCM-Ärzte argumentieren, daß ihre Diagnose- und Therapiemethoden sehr zeitaufwendig sind. Um die „Probleme“ der betreffenden Person zu ermitteln und entsprechend therapeutisch tätig zu werden, arbeiten TCM-Ärzte nur mit ausgefeilten diagnostischen Methoden - dem Betrachten, dem Hören und Riechen, dem Fragen und Betasten. Hierfür benötigen sie mehr Zeit als ihre biomedizinischen Kollegen (Chen, Tai-xi 1990: 72). Deshalb verlangen sie, daß ihre Diagnostik besser als die der Biomediziner honoriert wird. Da sie zu den Patienten eine persönliche Beziehung aufbauen müssen, um detaillierte Informationen über ihn zu bekommen, sind die hierdurch verursachten Kosten nicht mit biomedizinischen Maßstäben vergleichbar. Auch erfordern therapeutische Anwendungen wie Massage, Moxibustion, Schröpfen und Akupunktur einen höheren Zeitaufwand und ein besonderes Können. Sie lassen sich daher nicht wie die biomedizinischen Techniken abrechnen.²⁶

Gegen solche Argumentation wenden Biomediziner ein, daß biomedizinische Diagnoseverfahren und -techniken auch sehr aufwendig sein können. Ferner gäbe es keine Hinweise, daß TCM-Ärzte insgesamt längere Zeit für Diagnostik als Biomediziner verwenden würden. Wenn andererseits Injektionen in der Biomedizin als Technik (Handwerkszeug) betrachtet werden, sollte auch die Massage (Tui-na) und Akupunktur als Heiltechnik honoriert werden. Da die Krankenkasse die Kosten für eine standardisierte Behandlung besser kalkulieren kann, wendet sie als Vergütungssystem für die TCM-Behandlung wie bei der Biomedizin einfach Fallpauschalen an.²⁷

3 Versuchsmodell der Integration der TCM in die Krankenversicherung

Aufgrund des Standardisierungsproblems erwies sich die Integration der TCM in die Krankenversicherung als problematisch. Deshalb wurde diese nach einigen

²⁵ Good Manufacturing Practices (GMP) ist eine Regelung der Qualitätskontrolle für Medikamente, Kosmetik und Lebensmittel in Taiwan. Die Abteilung für Pharmazieverwaltung innerhalb der ZfG ist für die Untersuchung der Qualität dieser Produkte zuständig. Dies betrifft z.B. die Kontrolle der Inhaltsstoffe, Quantität der Ingredienz, Zustand der Produkte, usw. Siehe auch ZfG (Hg.), 1996a: 84-89.

²⁶ Vgl. Zhang, Yong-xian, 7.1999, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

²⁷ Vgl. Gesuch an das Verwaltungsministerium der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China auf Taiwan, 2. 1998. Auf der Homepage von „Means electrical news“.

Versuchsmodellen langsamer und nur unter Einschränkungen in das Krankenversicherungssystem integriert. Daher sind nicht alle Heilverfahren der TCM in die Krankenversicherung einbezogen.

3.1 TCM in der Krankenversicherung für Arbeitnehmer

Ein leicht ausdifferenzierender Fachbereich ist der Wundarzt für TCM, dessen Aufgabe in der Behandlung von äußeren Wunden und Gliedereinrenkungen besteht. Aufgrund der Einflußnahme der TCM-Ärzte entschied sich das Innenministerium nach vielen Überlegungen,²⁸ als Modellversuch die Therapie durch den TCM-Wundarzt von der Krankenversicherung für Arbeitnehmer finanzieren zu lassen. Wie erwähnt, konnte dieses Projekt im Jahr 1975 realisiert werden. Wegen Standardisierungsproblemen beim Vergütungssystem der TCM-Heilkunde reduzierte sich die Kostenübernahme auf die Behandlung von Verstauchungen und Verrenkungen und beschränkte sich auf wenige Praxen von TCM-Wundärzten.²⁹ Es hatte eine einjährige Laufzeit, verlief wegen der mangelnden Patientenfälle und ineffektiver Leistungen jedoch nicht wie geplant.³⁰ Der Versuch wurde gestoppt und erst 1981 in etwas erweiterter Form wiederaufgenommen, indem Prellungen und Quetschungen einbezogen wurden. Das wie bisher auf bestimmte Praxen von TCM-Wundärzten beschränkte Projekt umfaßt ausschließlich die Honorierung des Wundarztes für die Behandlung von Verletzungsproblemen ohne klaffende Wunden. Daher konnte nur ein kleiner Kreis Patienten hiervon profitieren.³¹

Ab 1983 wurde im Kontext der Etablierung des TCM-Krankenhauses und der TCM-Abteilungen in den biomedizinischen Krankenhäusern die TCM-Behandlung in größerem Umfang in die Krankenversicherung integriert. Zunächst geschah dies in drei großen Krankenhäusern- im Lehrkrankenhaus des China Medical College, im städtischen Krankenhaus Taipeh mit dessen Abteilung für Chinesische Medizin und im Krankenhaus für Chinesische Medizin in Kao-Hsiung. Hier konnte die ambulante Behandlung in der Krankenversicherung für die Arbeitnehmer integriert werden. Jedoch stellte sich auch in diesem Fall das Problem der Definition der TCM-Fachbereiche. Nach einer Übereinkunft mit den TCM-Ärzten erfolgte eine partielle Inklusion von zwei weiteren Fachgebieten - der Inneren Medizin und der Frauenheilkunde. Die Akupunktur wurde als eine Behandlungsmethode beider Bereiche kategorisiert und von der Krankenversicherung abgerechnet.³² 1989 konnten dadurch 86 TCM-Krankenhäuser und

²⁸ Wie erwähnt war die zuständige Behörde das Innenministerium und ab 1987 die Zentralbehörde für Arbeitnehmer. Siehe auch diesem Kapitel, Punkt 2.

²⁹ In diesem Zusammenhang sei noch bemerkt, daß es zu dieser Zeit weder ein TCM-Krankenhaus noch eine TCM-Abteilung in einem biomedizinischen Krankenhaus gab.

³⁰ Vgl. Chen, Tai-xi, 1990: 1-2, 62; ZfG (Hg.) 1999a: 1337.

³¹ Vgl. ZfG (Hg.) 1999a: 1337-1339.

³² Vgl. ZfG (Hg.) 1999a: 1337f..

lediglich 5 TCM-Praxen von Wundärzten in die Krankenversicherung einbezogen werden (Chen, Tai-xi 1990: 2). Diese Relationen deuten darauf hin, daß eine Integration der TCM in die Krankenversicherung in erster Linie die ambulante Behandlung in den Krankenhäusern betrifft (Li, Shu-yi 1990: 46).

Aufgrund der Krankenversicherung stieg die Patientenzahl immer stärker an. Weitere Einrichtungen des TCM-Sektors, Praxen und Krankenhäuser, konnten in das System einbezogen werden. Bis 1992 gab es 91 Krankenhäuser und 387 Praxen für Chinesische Medizin, die in die Krankenversicherung für Arbeitnehmer integriert waren. Sie beschränkten sich jedoch nur auf die ambulante Behandlung, da nur sie von der Krankenversicherung vergütet wird. Die stationäre Behandlung blieb jedoch wegen einer fehlenden Standardisierung der Therapie und der Gebühren von der Finanzierung ausgeschlossen.

3.2 TCM in der Krankenversicherung für Beamte und Lehrer

Die Krankenversicherung für Beamte und Lehrer beauftragte 1988 die drei genannten Krankenhäuser und noch ein weiteres Krankenhaus mit einer Abteilung für TCM in Osttaiwan mit einem Modellversuch zur versicherungsmäßig abgedeckten Finanzierung. Die Leistungen bezogen sich wie bei der Versicherung für Arbeitnehmer auf einzelne Fachgebiete; die Akupunktur wurde als selbständiger Fachbereich behandelt.

Das Versuchsmodell orientierte sich an der Überweisungspraxis. Die Patienten konnten sich nicht direkt an einen TCM-Arzt wenden, sondern mußten durch das Ambulanzzentrum (ähnlich einer Poliklinik) der Beamtenversicherung überwiesen werden. Der Überweisungsprozeß erwies sich jedoch für den Patienten wegen der zurückzulegenden Wegstrecken als umständlich, deshalb nahm man von diesem Verfahren wieder Abstand. Die Patienten der Beamtenversicherung konnten ab September 1989 direkt die TCM-Ärzte aufsuchen.

Bis 1991 wurden 88 Einrichtungen der TCM in die Krankenversicherung für Beamte und Lehrer integriert. Dies betraf ausschließlich TCM-Krankenhäuser und TCM-Abteilungen der biomedizinischen Krankenhäuser. Ihre Vertragsbedingungen sind detaillierter fixiert als bei der Krankenversicherung für die Arbeitnehmer, bei denen eine Liste mit Krankheiten aufgestellt wurde, die von der Kasse bezahlt werden durften. Die Fachrichtungen beschränkten sich auf innere Leiden, Frauenkrankheiten, Gliedeinrenkungen sowie die Behandlung mit Akupunktur. Diese konnten entweder nur vom TCM-Arzt oder nur vom Biomediziner behandelt werden. Eine gemeinsame Therapie von TCM-Arzt und Biomediziner fiel nicht unter die abgedeckten Kosten.

Ferner zahlte die Versicherung wie die Krankenversicherung für Arbeitnehmer,³³ nur für die von der ZfG genehmigten pulverisierte Arzneikonsistenz. Nur ausnahmsweise wurde die Verschreibung pflanzlicher Heilkräuter finanziert. Die zu übernehmenden Kosten beschränken sich dabei auf eine bestimmte Zahl von täglichen Dosierungen (Verschreibungstage).³⁴

3.3 Umfang und Grenzen der Integration

Zwischen 1975 und 1995 betrug die Anzahl der TCM-Ärzte nur 1/7 und 1/9 der der Biomediziner.³⁵ Darüber hinaus konnte die TCM nur unter bestimmten Voraussetzungen in die Krankenversicherung integriert werden, die ohnehin zunächst nur die ambulante TCM-Therapie in Krankenhäusern finanzierte. Dies bedeutet, daß der Anteil der TCM-Finanzierung nur einen sehr geringen Prozentsatz bei der Finanzierung der Krankenversicherung ausmacht. Erst seit 1990 wurde im Zuge der Vorbereitungen für die NHI ein großer Teil der TCM-Ärzte in das Versicherungssystem einbezogen.

Der Prozeß der Integration der TCM in die Krankenversicherung verlief nicht unproblematisch. Obwohl anfangs eine Einbeziehung der Wundarztbehandlung leicht durchführbar erschien, ließen sich Schwierigkeiten und Konflikte nicht vermeiden. Die TCM-Wundärzte vertraten die Auffassung, daß ihre Behandlung von der Krankenversicherung zu niedrig vergütet wurde. Die Krankenversicherung konnten sie wie eine orthopädische (physiotherapeutische) Behandlung verrechnen. Eine sechsmalige Behandlung galt als eine therapeutische Phase mit Fallpauschalen als Vergütungseinheit. Diese Regelung beschränkte sich wiederum auf einige ausgewählte Vertragsarztpraxen.³⁶ Angesichts der Begrenztheit dieses Versuchsmodells mochten die TCM-Wundärzte hierin keinen Fortschritt bei der Finanzierung ihrer Heilkunde erkennen. Ferner konnten sie ohne Erlaubnis der Anwendung moderner Untersuchungsgeräte kaum die Krankheitsbilder von Zerrung und Fraktur diagnostizieren. Diese Fehldiagnosen führten zwangsläufig zu falschen Therapien (Dai, Xian-zhang 1994: 68). In einigen Fällen schickten TCM-Wundärzte ihre Patienten daher zuerst zum technisch gut ausgestatteten Biomediziner zwecks Diagnoseermittlung. Dadurch erhöhten sich die Kosten für die Krankenversicherung (Zhang, Yong-xian, 1999).³⁷

³³ Da die Krankenversicherung für Arbeitnehmer dem Innenministerium unterstellt ist, wurden die in der Krankenversicherung anzuwendenden Heilmittel für Chinesische Medizin nicht nur durch die ZfG, sondern weiterhin vom Innenministerium geprüft und genehmigt. Siehe auch ZfG (Hg.) 1999a: 1339.

³⁴ Vgl. ZfG (Hg.) 1999a: 1337-1339.

³⁵ Siehe auch Archivkomitee Taiwan, 1995: 280f.; ZfG (Hg.) 1996a: 22.

³⁶ Vgl. Zhang, Yong-xian, 7.1999, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

³⁷ Vgl. Zhang, Yong-xian, 7.1999, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

Das Vergütungssystem der Krankenversicherung für Arbeitnehmer und der für Beamte und Lehrer basierte auf Fallpauschalen (Vergütung pro Kopf) und galt lediglich für die ambulante Behandlung. Die Unterteilung der Vergütung erfolgte in zwei Stufen, und zwar in der für die TCM-Praxen und in der für TCM-Krankenhäuser. Die Begünstigung der TCM-Krankenhäuser und -Abteilungen in den biomedizinischen Krankenhäusern, die unter eine höhere Vergütungsstufe als die Praxen fielen, führte zu dem Ergebnis, daß viele biomedizinische Krankenhäuser eine TCM-Ambulanz einrichteten und einige TCM-Ärzte eine Poliklinik als „TCM-Krankenhaus“ gründeten. Ihre Finanzierung erfolgte oft fast ausschließlich durch die Krankenversicherung. Eine Untersuchung zur Kostendeckung dieser neu gebildeten TCM-Krankenhäuser zeigt, daß ein Teil von ihnen über 80% bis 90% der Einnahmen durch die Krankenversicherung erhielten (Li, Shu-yi 1990: 16, 47). Andererseits suchten viele Einrichtungen dieser Art nach profitbringenden Alternativen für ihre ungenutzten Krankenbetten. Sie verwandelten Krankenbetten in „Wochenbetten“³⁸, da dieser Service durch die TCM-Einrichtungen besser angeboten werden konnte. Er mußte allerdings von den Patientinnen selbst honoriert werden (Li, Shu-yi 1990: 12).

Die Finanzierung von Medikamenten blieb beschränkt. Außer der pulverisierten Arzneikonzentraten mußten die Patienten über einen fixierten Preis hinausgehende TCM-Arzneien, und Heilmittel, (vor allem) solche mit Heil- und Körperaufbaufunktionen selbst bezahlen. Die Kosten für Heilmittelmischungsanweisungen, Heilkräuterezubereitung übernahmen die Krankenkassen nicht. Die Behauptung der TCM-Ärzte, daß natürliche TCM-Heilmittel wirkungsvoller als Konzentrate und Aufbaumittel in vielen Fällen unabdingbar seien, brachte viele Patienten dazu, TCM-Heilmittel selbst zu finanzieren. Sie suchten daher den TCM-Arzt sehr häufig auf, mal als Versicherte, mal als Selbstzahler, nur um sich zu vergewissern, daß sie ein wirkungsvolles Heilmittel erhalten haben (Yang Lin 1992: 49).

Nach dem bei der Kasse üblichen Standard kann diese nur für maximal 3 Tage die Finanzierung der Arzneien übernehmen. Die TCM-Ärzte haben jedoch auch dagegen Einwände. Weil Kranke, die zu TCM-Ärzten kommen, meistens an chronischen Krankheiten leiden, geben die TCM-Ärzte ihnen wenigstens 7 Tage oder mehr als einen Monat lang die erforderlichen Heilmittel. Aber solche Schemata lassen sich nicht auf die TCM in der Krankenversicherung übertragen. Nach der Auffassung der TCM-Ärzte sollten für chronische Krankheiten andere Standards gelten. Dieses Argument wurde

³⁸ Nach der chinesischen Tradition ist bei den Wöchnerinnen üblich, für einen Monat zu ruhen (d.h. körperliche Anstrengungen völlig verboten.) Und mit Chinesischen Aufbaumitteln versorgt zu werden. Solche Versorgungsarbeit übernahmen normalerweise die Mütter oder Schwiegermütter der Wöchnerinnen. Da viele Frauen in Taiwan berufstätig sind, konnten diese Frauen nicht wie bisher üblich in der häuslichen Umgebung gepflegt werden. Mit dem „Zentrum für Wochenbett“ bot sich eine alternative Lösung an. Vgl. Wong, Ling-ling 1993: 1-19.

wegen der billigeren pulverisierten TCM-Heilmittel von der Krankenkasse mit Einschränkungen akzeptiert.³⁹ Nach 1991 konnten den Patienten bei bestimmten chronischen Krankheiten - wie Bluthochdruck, Diabetes, chronische Nierenentzündung, Schilddrüse, Bronchitis - eine tägliche Dosis bis zu 15 Tagen ersetzt werden. 1992 wurden die Fallpauschalen von TCM-Klinik und biomedizinischer Klinik angeglichen.⁴⁰

Die meisten in die Krankenversicherung eingebundenen TCM-Ärzte stimmten darin überein, daß sich dadurch ihre finanzielle Situation gebessert hatte (Yang Lin 1992: 49; Interview mit Zheng, Sui-zong und Chen, Jun-ming). Dennoch blieben die durch den Standardisierungsprozeß verursachten Probleme weiter bestehen, und harrten auch nach Einführung der NHI einer Lösung.

4 Positionen der Akteure bezüglich einer Standardisierung und Integration der TCM in die National Health Insurance (NHI)

4.1 Expertenmeinungen innerhalb der NHI-Forschung

Bei der Planung der Integration der TCM in die National Health Insurance wurden verschiedene Meinungen gesammelt.⁴¹ Die Experten für TCM-Politik, die für die Planung der Integration der TCM in die NHI Verantwortung hatten, betonten die Notwendigkeit von Fachdisziplinen, einer Standardisierung und Stufung der TCM-Krankenhäuser, sowie einer Standardisierung der TCM-Behandlung und -Heilmittel, um hier eine Kompatibilität mit dem NHI-System herstellen zu können (Lai, Jim-Shoung; Gao, Jin-wen; Luo, Zai-tian; He, Bu-jia, in: Chen, Tai-xi 1990: 215, 218, 223, 229). Hier machte sich die Erfahrung bei der Krankenversicherung für Arbeitnehmer und der für Beamte und Lehrer bemerkbar, daß besonders bei der Integration und Vergütung der TCM die Wirksamkeitsfrage, die Kategorisierung von Krankheiten und die Standardisierung des Diagnoseverfahrens die größten Probleme bereiteten (Cai, Wen-quan, in: Chen, Tai-xi 1990: 220).

³⁹ Dies bezieht sich auf die Akzeptanz bei der Krankenversicherung für Arbeitnehmer. Vgl. ZfG (Hg.) 1999a: 1339.

⁴⁰ Vgl. ZfG (Hg.) 1999a: 1339.

⁴¹ Vor Einführung der NHI leitete eine Sonderarbeitsgruppe im Komitee für Wirtschaftsaufbau im Verwaltungsministerium (Jing-jian-hui) die zwei Jahre (zwischen 1988 und 1990) dauernde Organisation und die Untersuchungen zur National Health Insurance. Hier führten Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen Untersuchungen durch. In diesem Rahmen entstanden zwei Forschungsberichte über TCM, einer über Angebot und Nachfrage von TCM-Ärzten (Qiu, Qing-hua 1990), und einer über die Integration der TCM in die NHI (Chen, Tai-xi 1990). Der letzte Forschungsbericht ist bis heute die einzige Untersuchung über technische und organisatorische Probleme der Integration der TCM in die NHI. Aus den Diskussionssitzungen lassen sich die verschiedenen Positionen der Akteure erkennen.

Die Übernahme biomedizinischer Standards rief auf Seiten der Biomediziner und NHI-Planer wenig Zustimmung hervor. Sie kannten die Meinungsunterschiede unter den TCM-Ärzten und argumentierten, daß eine Modernisierung der TCM ihre „Biomedizinalisierung“ bedeute (Lan, Chung-fu, in: Chen, Tai-xi 1990: 218). Sie drängten statt dessen darauf, daß die TCM nach ihren Konzepten ein eigenes Modell entwickeln solle, um durch die Besonderheit ihrer Heilkunde eine Lücke im biomedizinischen Versorgungssystem auszufüllen. Sie sollte stärker in die medizinische Grundversorgung eingebunden, aber vom stationären Sektor ferngehalten werden (Wu, Kai-xun, in: Chen, Tai-xi 1990: 216).

Auch viele TCM-Ärzte sprachen sich gegen eine Krankheitskategorisierung nach biomedizinischen Kategorien aus, und betonten, daß die TCM ihr eigenes Heilkonzept, die „Chinesische medizinische Diagnose“ aufrechterhalten sollte. Mit seiner Patientenorientierung garantiere es die gewünschte Flexibilität bei der Rezeptierung (Wu, Bo-xiong, in: Chen, Tai-xi 1990: 226f.). Die Meinungsverschiedenheiten unter den TCM-Ärzten schwächte ihre Position bei der Planung für eine Integration der TCM in das NHI-System (Lee, Jwo-Leun; He, Bu-jia, in: Chen, Tai-xi 1990: 234f.).

4.2 Befragungsergebnisse der NHI-Forschung

Im Zuge der Planungen wurde auch eine Befragung durchgeführt, „ob die TCM in die NHI integriert werden soll“. Dabei wurden die Meinungen von verschiedenen Gruppen im Gesundheitswesen ausgewertet. Die Evaluation der persönlichen Ansichten von TCM-Ärzten, von Händlern und Geschäftsleuten der TCM-Heilmittel und von der Normalbevölkerung kam zu folgendem Ergebnis:

1. Über 90% der TCM-Ärzte, 80% der Händler und Geschäftsleute der TCM-Heilmittel stimmten zu, daß die TCM in die NHI integriert werden soll.
2. Über 90% der befragten Bevölkerung befürworteten eine Integration der TCM (Chen, Tai-xi 1990: 115, 118).

Allgemein befürworteten die meisten Mitarbeiter des TCM-Bereiches - Ärzte, Händler und Geschäftsleute, wie auch die Bevölkerung eine Einbindung in die NHI. Bei dieser Befragung konnten die Teilnehmer der Umfrage keine Begründung für ihre Befürwortung einer Integration der TCM in die NHI liefern. Die Planer deuteten die positiven Antworten dahingehend, daß nach Ansicht der Befragten eine Eingliederung in die NHI nicht nur eine finanzielle Unterstützung, sondern auch eine Gleichberechtigung mit der Biomedizin bedeutet. Für die Bevölkerung werden dadurch finanzielle Hemmschwellen beim Arztbesuch abgebaut (Chen, Tai-xi 1990: 1).

Andererseits ergab die Befragung von Vertretern der TCM- und biomedizinischen Ärztekammern und relevanten medizinischen Gesellschaften, von biomedizinisch orientierten Wissenschaftlern für Gesundheitssystemforschung und von Mitarbeitern der Krankenversicherung unterschiedliche Ergebnisse.⁴²

1. Alle Vertreter der TCM-Ärztekammern, Gesellschaften für TCM-Heilmittel wollten die TCM in die NHI integrieren. Dennoch lag die Zustimmung bei den biomedizinischen Ärztekammern bei 50%, bei den Krankenversicherungen dagegen erreichte sie 76%.
2. 80% der Vertreter der TCM-Ärztekammern und 61% Repräsentanten der Gesellschaften für TCM-Heilmittel vertraten die Ansicht, daß die stationäre Behandlung in die NHI integriert werden soll. Aber nur 15% der Befragten aus den biomedizinischen Ärztekammern, 35% aus den Krankenversicherungen und 32% aus Forschungsgruppen konnten sich dieser Meinung anschließen.
3. Gemeinsamen Behandlungsformen von TCM und Biomedizin stimmten fast 80% der Repräsentanten der TCM-Ärztekammern und der Gesellschaften für TCM-Heilmittel zu. Aber bei den biomedizinischen Ärztekammern befürworteten dies nur 50%, bei den Krankenversicherungen 60%.
4. 60% der Befragten aus TCM-Ärztekammern, 50% der aus Gesellschaften für TCM-Heilmittel plädierten für eine Integration der TCM-Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Aber über 75% der Vertreter biomedizinischer Ärztekammern sprachen sich dagegen aus, bei den Forschungsgruppen lag der Anteil bei 60% (Chen, Tai-xi 1990: 118, 123, 126, 130).

Erwartungsgemäß zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied zwischen den Befragten aus der TCM-Gruppe und denen aus der biomedizinisch orientierten Gruppen. Während eine Einbeziehung einer stationären TCM-Behandlung für die meisten TCM-Mitarbeiter vorstellbar erscheint, sprechen sich die biomedizinisch orientierten Gruppen dagegen aus. Dahinter stand offenbar die Überlegung, daß eine NHI-finanzierte TCM-Medizin eine ernst zu nehmende Konkurrenz für die Biomediziner bedeutet. Bei einer Mehrheit von Vertretern biomedizinischer Ärztekammern und von Forschungsgruppen stößt insbesondere eine Integration der TCM-Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Ablehnung. Obwohl die TCM-Ärzte darauf hinweisen, daß Heilkräuter besser als Vorbeugungs- und Körperaufbaumittel benutzt werden sollen, wird hier von biomedizinischer Seite kein Integrationsbedarf gesehen (Chen, Tai-xi 1990: 131). Trotzdem gab es auch unter den TCM-Ärzten Widerstände gegen die Integration der

⁴² Dies bezieht sich auf die Gesellschaft für Krankenhausmanagement, die Wissenschaftler im Bereich Public Health und die Mitglieder der Gesellschaft für Sozialversicherungsforschung (Chen, Tai-xi 1990: 113).

erwähnten Heilkunde.

TCM-Ärzte plädierten wohl eher wegen ihrer langjährigen Erfahrungen bei der Einbeziehung der TCM in die Krankenversicherung für Arbeitnehmer und in die für Beamte und Lehrer für die Einführung von Behandlungsweisen, wie sie auch in der Biomedizin üblich waren. Obwohl in der erwähnten Diskussion auch TCM-Ärzte ihre besonderen Therapieformen beibehalten wollten, waren solche Stimmen im TCM-Bereich in der Minderheit. Die Biomediziner zeigten sich dagegen integrierten Behandlungsformen gegenüber weniger aufgeschlossen. Wie die erwähnte Diskussion zeigt, drängte die biomedizinische Seite die TCM vielmehr in die Richtung, ihr eigenes Modell zu entwickeln und strebte damit eine Trennung der Arbeitsbereiche an.

4.3 Gegensätzliche Auffassungen von Biomedizinern, TCM-Ärzten und der NHI-Planungsgruppe

Nach Meinung einiger Biomediziner dürfe die TCM nicht in die Krankenversicherung integriert werden. Im Zuge der Einführung der NHI versuchten sie die TCM aus der Krankenversicherung auszugrenzen. Die Biomediziner, die Führungsposition an staatlichen medizinischen Hochschulen innehatten, vertraten diese Richtung besonders nachdrücklich. In den öffentlichen Tageszeitungen schrieb ein Medizinprofessor besondere Artikel, in denen er die Politik der Krankenversicherung für Arbeitnehmer, der für Beamte und Lehrer und der für landwirtschaftliche Arbeiter in diesem Punkt scharf kritisierte. Er bezeichnete die Integration der TCM in die Krankenversicherung als eine „Verschlechterung der medizinischen Qualität“. Die Integration der TCM in die Krankenversicherung verschlimmere die finanzielle Belastung der Krankenkassen. Sie verleite die Patienten dazu, die Ärzte übermäßig zu konsultieren.⁴³

„Viele Patienten wissen nicht die Wahrheit und glauben, daß sie durch eine gemeinsame Behandlung der Chinesischen Medizin und Biomedizin ihre Gesundheit verbessern könnten. Deshalb wollen sie die TCM in die Krankenversicherung integrieren. Die Wahrheit aber ist, daß die angebliche Heilwirkung der gemeinsamen Therapie von TCM und Biomedizin, oder von der reinen TCM-Behandlung nur einzelne subjektive Erfahrungen sein können. Es gibt keine wissenschaftlichen Beweise. Einzelne positive Stimmen bedeuten noch nicht, daß TCM-Arzneien wirksamer, oder sicherer als die biomedizinischen Medikamente sind. Außerdem weiß man noch wenig über den Wirkungsmechanismus von TCM-Heilmitteln. Man kann auch nicht beurteilen, ob solche Heilmittel im Zusammenspiel mit biomedizinischen Medikamenten unerwartete negative Wirkungen hervorrufen können. Es gibt in dieser Hinsicht noch viele offene Fragen und Gefahren. ... Die Frage, ob die Bevölkerung durch die TCM eine bessere medizinische Qualität bekommen könne, muß

⁴³ Vgl. Hsieh, Yen-yao, in der Abendzeitung „Zi-li“ (Evening Post), v. 26-29. 3. 1993: 14.

verneint werden“ (Hsieh, Yen-Yao 1993: 14).

Hier dokumentiert sich die Sicht eines naturwissenschaftlich orientierten Biomediziners. Mit dem Hinweis auf die „subjektiven Erfahrungen“ einzelner Aussagen über die Wirksamkeit der TCM, die wissenschaftlich irrelevant seien, versucht er erstens die Leserschaft von einer Konsultation der TCM-Ärzte abzubringen. Zweitens fordert er mit Hinweis auf die „vielen offenen Fragen und Gefahren“ die Finanzierung der TCM durch die Krankenversicherung zu stoppen. Dahinter versteckte sich wiederum die Skepsis an einer Machbarkeit der Standardisierung der TCM.

In einer Konferenz über die Begutachtung der NHI nach einjähriger Praxis bezeichnete der vortragende Biomediziner die Integration der TCM als nicht zu rechtfertigende Ausgaben der NHI. Er nannte folgende Gründe, um zu beweisen, daß die TCM nicht von der NHI finanziert werden soll. Erstens gebe es keine Standards für eine TCM-Behandlung, die die NHI überprüfen könne. Zweitens seien die Wirkungen der TCM nicht erkennbar. Drittens entstünden zwar Kosten, aber zu wenig Effekt. Viertens könne er kein finanzielles Motiv für eine Kostenübernahme durch die NHI entdecken.⁴⁴ Investitionen der Krankenversicherung in die TCM seien damit pure Geldverschwendung.

„Man kann über die Finanzierung der TCM-Heilmittel verzweifeln. Wenn die NHI die Wundheilkunde bezahlt, soll sie dann etwa auch noch das schamanische Ritual bezahlen, wenn diese als Psychotherapie gilt? ... Andererseits sei die Chinesische Medizin für den Patienten als Konsumenten medizinischer Leistungen nicht notwendig erforderlich“ (Tu, Xing-zhe 1996: 8).

Diese Aussage demonstriert die Geringschätzung der TCM durch den Autor. Er setzt damit die Chinesische Medizin mit dem „schamanischen Ritual“ gleich und bezweifelt ihre Funktion bei der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Solche Ablehnung durch Biomediziner empfindet ein TCM-Arzt als selbstverständliche Realität. Dennoch hängt das Problem nicht von der Wirksamkeit oder wissenschaftlicher Beweisbarkeit der TCM ab, sondern von der Interessenkonkurrenz zwischen TCM und Biomedizin.

„Aufgrund des ähnlich gelagerten medizinischen und finanziellen Interesses ist ein Konflikt zwischen Biomedizin und TCM selbstverständlich. Obwohl TCM und Biomedizin verschiedene Konzepte und Lizenzierungssysteme haben, werden durch die finanziellen Verteilungskämpfe innerhalb der NHI ein Interessenkonflikt hervorgerufen“ (Interview

⁴⁴ Vgl. Tu, Xing-zhe, v. 2. 3. 1996: 7f.

mit Lin, Zhao-geng).

Die etwas moderatere Richtung auf biomedizinischer Seite vertritt der Leiter der „National Health Research Institut“. Mit dieser neu etablierten Einrichtung entsteht das am besten ausgestattete und größte medizinische Forschungszentrum in Taiwan, das auf nationaler Ebene eine Führungsposition bei der Forschung im Gesundheitswesen einnimmt. Neben biomedizinisch orientierten Forschungen über neue Techniken, Gesundheitspolitik und Ressourcen werden Untersuchungen über Chinesische Medizin erwähnt. Der Leiter steht dieser Richtung durchaus aufgeschlossen gegenüber:

„Wenn wir die traditionelle Medizin und Chinesische Heilmittel mit wissenschaftlichen Methoden verifizieren können, profitiert davon nicht nur die Chinesische Medizin, sondern auch die Biomedizin. ... In erster Linie müssen wir sie durch das klinische Experiment überprüfen lassen“ (Wu, Cheng-wen).⁴⁵

Als Leiter des höchsten Forschungsinstituts für Gesundheitswesen versucht er die TCM aus der Sicht eines Naturwissenschaftlers zu betrachten. Es vertritt die Auffassung, daß eine wissenschaftlich beweisbare TCM in das Medizinsystem integriert werden kann. Die Existenz der TCM in der modernen Gesellschaft hält er sogar für vorteilhaft und wertvoll.

„Chinesische Medizin hat ihr eigenes System, nur läßt sich ihre Wirkung nicht wie bei der modernen Medizin mit systematischen empirischen Studien beweisen. ... Entscheidend ist nicht, ob es sich um Chinesische Medizin oder um westliche Medizin handelt. Nur wenn sie die Krankheit heilen kann, ist sie eine gute Medizin. ... Medizin läßt sich nicht in eine Hauptrichtung und eine alternative Medizin unterteilen. Die einzig mögliche Einteilung besteht in der Unterscheidung von effizienter und ineffizienter Medizin, die den Praxistest besteht bzw. nicht besteht“.⁴⁶

Unterschiedliche Auffassungen über eine Integration der TCM in die NHI und ihr Standardisierungsproblem verfehlten nicht ihre Wirkungen auf die Politik, so daß sich die NHI nur partiell gegenüber der TCM öffnet. Da ein wissenschaftlich-empirischer Beweis für die TCM-Wirksamkeit und -Qualität fehlt, das TCM-Versorgungssystem noch nicht voll etabliert und der materielle Nutzen noch nicht nachweisbar ist, finanziert die NHI nur die ambulante medizinische Grundversorgung. Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit und Systematisierung der TCM werden in Taiwan unter Nutzung

⁴⁵ Siehe „Common Health Magazine“ (Kang-jian) Nr. 8., auf der Homepage des „Common Health Magazine“, „Interview mit Wu, Cheng-wen“, Wu, Cheng-wen ist Leiter des „National Health Research Institute“.

⁴⁶ Wu, Cheng-wen, zit. n. „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und die Chinesische Medizin integriert werden?“, Vol. 36. Auf der Homepage des „Common Health Magazine“.

der Erfahrungen aus den USA und China mit finanzieller Unterstützung von NHI weiter untersucht.⁴⁷ Weil die Mehrheit der Mitarbeiter und Beamten in der NHI biomedizinisch orientiert sind, wirken solche Auseinandersetzungen auf die NHI ein, so daß der Integrationsbereich der TCM in die NHI von sehr begrenzter Natur ist.

5 Integration der TCM in die National Health Insurance (NHI)

5.1 Vergütungssystem für die TCM

Als 1995 die Einführung der NHI auf der Tagesordnung stand, wurde die TCM mit einbezogen. Wie bei den früheren Integrationsmodellen - der Krankenversicherung für Arbeitnehmer und der für Beamte und Lehrer - deckte die NHI nur eine ambulante Behandlung ab. Zu den finanzierten Leistungen gehörten ärztliche Gespräche, Diagnostik, Pflegekosten, Materialbearbeitung, Kosten für Abwasser und die Grundkosten der Praxen, da diese nach biomedizinischem Standard kategorisiert sind. Darüber hinaus wurde die Fallpauschalvergütung bei der durchschnittlichen Patientenzahl pro Tag stufenweise beschränkt. Die Einteilung der durchschnittlichen Patientenzahl pro Tag und Arzt erfolgt nach fünf Stufen. Je höher die Patientenzahl pro Tag ausfällt, desto weniger bekommt der Arzt pro Patient von der Krankenversicherung. Die Krankenkasse versucht mit der Einschränkung der Patientenzahl die Behandlungsqualität des TCM-Arztes zu regeln. Insgesamt gesehen profitiert der Arzt jedoch mehr, wenn er die Zahl seiner Patienten erhöht.⁴⁸

Die Kosten für Heilmittel, ihre Zubereitungsanordnung für Heilmittel und die Akupunkturen werden auch nur bis zu einer bestimmten Menge übernommen. Wenn mit Akupunktur und Knocheneinrenkung zusammen dieselbe Krankheit behandelt wird, kann die NHI nur die Kosten einer dieser Methoden finanzieren. Bei den Gliedereinrenkungen werden wie beim früheren Vergütungssystem im Höchstfall 6 Anwendungen pro Krankheitsfall als einmalige Behandlung (Behandlungseinheit) bezahlt. Dieser Modus entspricht einer Vergütung für eine biomedizinische physiotherapeutische Behandlung.

Bei der Verschreibung des Heilmittels wird nur die vorgesehene Tagesdosis für eine Woche verrechnet. Bei chronischen Krankheiten erhöht sich die Frist auf 30 Tage. Da in der TCM viele Heilpflanzen, Mineralien und Tierbestandteile Verwendung finden, werden wegen des damit einhergehenden Problems der Arzneikontrolle viele Heilmittel in die besondere Liste nicht aufgenommen. Für eine Kostenübernahme eignen sich daher

⁴⁷ Vgl. Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung in der National Health Insurance, Planungsbericht über die National Health Insurance in Taiwan, 1990: 31f..

⁴⁸ Vgl. ZfG (Hg.) 1999b, Teil 4 „Vergütungsstandard für Chinesische Medizin“.

nur die pulverisierten Konzentrationen (Ke-xue Zhong-yao), die von der ZfG als Grundsubstanzen für Arzneien genehmigt wurden.⁴⁹

5.2 Einschränkung der Benutzung von Untersuchungsgeräten und der Behandlung durch TCM-Ärzte

Von TCM-Ärzte durchgeführte biomedizinische Untersuchungen, insbesondere Röntgenbilder, labormäßige Blutuntersuchungen werden nicht von der Versicherung übernommen. Aber es findet sich im Leistungskatalog eine Bemerkung, aus der hervorgeht, daß unter folgenden Bedingungen biomedizinische Untersuchungen bezahlt werden.

„Die mit der Krankenkassen unter Vertrag stehenden Krankenhäuser für Chinesische Medizin können, wenn sie die vorschriftsmäßigen Bedingungen einhalten, ein Untersuchungslabor einrichten. Wenn diese für die Zwecke der Untersuchungen entsprechend eingerichtet und von den Gesundheitsämtern genehmigt sind, kann die eine Kostenübernahme für Untersuchungen durch die Krankenkasse beantragt werden“.⁵⁰

Nach dem Vergütungssystem teilten sich die TCM-Ärzte in zwei Kategorien. Im Jahr 1998 fielen solche Begrenzungen auf Antrag der TCM-Ärzttekammer teilweise weg, da die an einer Medizinischen Hochschule ausgebildeten Ärzte mit Doppellizenz in TCM und Biomedizin auch in beiden Bereichen praktizieren können. Die Krankenversicherung übernimmt dabei jedoch nur die Bezahlung der Heilverfahren einer Richtung.⁵¹ Zwar dürfen solche TCM-Ärzte mit Kenntnissen in biomedizinischer Diagnostik auch biomedizinische Untersuchungen auswerten. Umgekehrt steht dies auch Biomedizinern mit anerkanntem Wissen in TCM-Heilkunde zu. Die NHI übernimmt nur die Finanzierung der Behandlung auf der Basis einer medizinischen Richtung. Jedoch ist besonders für TCM-Wundärzte die Anwendung biomedizinischer Untersuchungsgeräte sinnvoll. Deshalb verlangen sie zumindest auf die Röntgentechnik zurückgreifen zu können, um z.B. Knochenbrüche genauer lokalisieren und einschätzen zu können. Nach der einer Reihe von Gesuchen an die zuständigen Stellen innerhalb der ZfG und der NHI reiften Pläne und Diskussionen über eine NHI-Finanzierung der Anwendung von technischen Apparaten in Röntgendiagnostik und Physiotherapie und von Blutuntersuchungen in der TCM-Wundarztpraxis. Eine Kostenübernahme der Nutzung biomedizinischer Untersuchungsgeräte von TCM-Wundärzten mit Doppellizenz durch

⁴⁹ Vgl. ZfG (Hg.) 1999b, Teil 4 „Vergütungsstandard für Chinesische Medizin“.

⁵⁰ Zit. n. „Appendix: Bemerkungen über die Durchführung der NHI bei der Abteilung der Chinesischen Medizin“, Nr. 7, 19. 9. 1995, in der VfCM (Hg.) 1998: 196.

⁵¹ Siehe „Elektronische Zeitschrift Nr. 82, 3. 1998“ auf der Homepage von „Means electrical news“.

die Versicherung ist dabei jedoch in der Zukunft vorgesehen.⁵²

Den TCM-Ärzten, die durch die Sonderprüfung ihre Lizenz bekommen haben, ist es weiterhin nicht erlaubt, biomedizinische Techniken anzuwenden und auszuwerten. Nach der neuen Regelung können diese Ärzte sich jedoch in biomedizinischen Untersuchungskennnissen fortbilden, um sie in der Praxis entsprechend anwenden zu können. Aber eine offizielle Anerkennung fehlt bis heute.⁵³

Die NHI akzeptiert einen Zahlungsantrag nur, wenn TCM-Ärzte Krankheitsbezeichnungen nach biomedizinischen Kategorien vergeben. Wenn sie nur eine Beschreibung auf TCM-Basis liefern oder bestimmte körperliche Symptome aufführen - wie z. B. Müdigkeit, Schläfrigkeit, Schwächezustand, Appetitlosigkeit, kalte Füße und Hände, Kraftlosigkeit, Schwindel, usw. - hat dies ein strenges Prüfungsverfahren durch die Kasse zur Folge.⁵⁴

Durch das Globalbudget für TCM ab 2000 werden viele Entwicklungsmöglichkeiten weiter behindert, denn Einschränkungen der Finanzierung erfordern Einschränkungen in der Behandlung. Obwohl sich die Nachfrage erhöht und nach einer Umfrage (1999) 60 Prozent der Befragten erklären, daß sie Chinesische Medizin gebrauchen, kommt in Taiwan gegenwärtig ein Chinesischer Arzt auf 7049 Patienten (Interview mit Chen, Zhao-ming und Chu, Wen-jie).

5.3 Versuchsmodell einer NHI-Finanzierung der stationären TCM-Behandlung

Die TCM-Ärzte fordern seit längerer Zeit, die stationäre Behandlung auf TCM-Basis von der ZfG genehmigen und von der Krankenkasse bezahlen zu lassen. Nach der Einführung der NHI strebten die TCM-Ärzte eine versicherungsmäßig finanzierte stationäre Behandlung an. Viele sahen darin große Entwicklungschancen für die TCM, darüber hinaus eröffneten sich hier große Gewinnmöglichkeiten. Diese Modelle fanden besonders die Zustimmung der akademischen TCM-Ärzte. Hierbei schien die NHI eine „Zusammenarbeit“ beider Medizinformen, also Biomedizin und TCM, zu begünstigen.

5.3.1 Durchführung des Versuchsmodells durch die NHI

Nachdem die VfCM versuchte einen Plan für stationäre Behandlung der TCM erarbeitet

⁵² Siehe „Protokoll der anderen Versammlung“, Nr. 133, v. 21.10.; 4.11.1998, Veröffentlichung: 17.7.1999, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

⁵³ Siehe „Protokoll der anderen Versammlung“, Nr. 133, v. 13.1.1999, Veröffentlichung: 17.7.1999, auf der Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China.

⁵⁴ Bemerkungen zur Durchführung der NHI der Abteilung für Chinesischen Medizin, Nr. 10. 19. 9. 1995, in der VfCM (Hg.) 1998: 196.

hatte, wurde 1997 in der Uniklinik des „China Medical College“ und in Taipeh im städtischen TCM-Krankenhaus ein Pilotprojekt stationärer Behandlung durchgeführt, das drei Krankheiten - Diabetes, akute Anfälle von Hepatitis und Hautpilz einschloß. Es gilt auch als Versuchsmodell für die NHI, wie eine Finanzierung der stationären TCM funktionieren kann. ZfG- und NHI-Behörden plädierten dabei für ein solches Integrationsmodell einer stationären TCM in die NHI, um damit eine Standardisierung und Verwissenschaftlichung der TCM und damit ihre Kompatibilität mit der Biomedizin zu fördern. Das Versuchsmodell soll folgende Ziele erreichen:

1. Für Krankheiten und ihre Kriterien, die eine stationäre TCM-Behandlung begründen, sollen konkrete Standards festgesetzt werden.
2. Das Behandlungsmodell und die Kosten einer TCM-Behandlung sind andere als in der Biomedizin, deshalb sollen eigene Finanzierungsstandards für die TCM entwickelt werden.
3. Das Ergebnis hinsichtlich Kosten und Profit einer stationären TCM-Behandlung soll als Finanzierungsmaßstab für die NHI dienen.
4. Die Integration einer stationären TCM-Behandlung soll mit den relevanten medizinischen Berufsgruppen diskutiert werden.⁵⁵

Das Versuchsmodell bezieht sich auf biomedizinisch definierte einzelne Krankheiten, wobei hier das Problem einer Kompatibilität mit dem ganzheitlichen Kreislaufmodell der TCM auftaucht. Die Integration der stationären TCM-Behandlung wird also immer noch durch Standardisierungsprobleme bei der Behandlung erschwert.

5.3.2 Beispiel des Versuchsmodells einer stationären TCM-Behandlung in einem privaten Krankenhaus

Ab September 1998 versuchte das Chang-Geng Medizinzentrum⁵⁶ mit einer stationären Behandlung den Einsatz von TCM-Ärzten - zunächst im Fall der Ankylose-Spondylitis (AS)⁵⁷ zu erproben. Dies Modell dient hier als Beispiel, wie die TCM-Ärzte eine stationäre Behandlung beurteilen, wie sie ihre Finanzierung durch die NHI begründen und wie seine Integrationsanwendung von Biomedizin und TCM umgesetzt werden kann.

Bis Ende 1999 erfaßte die TCM-Abteilung des Chang-Geng Medizinzenters 88 Krankheitsfälle von Ankylose-Spondylitis mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 5 Tagen, um ein stationäres Behandlungsmodell entwickeln zu können. Das Ziel

⁵⁵ Vgl. ZfG (Hg.) 1997: 134.

⁵⁶ Siehe auch Kapitel VIII, 5.4.

dieser stationären Behandlung sieht der Abteilungsleiter der TCM-Abteilung für Innere Krankheiten des Medizinentrums in der Linderung von akuten Anfällen bei chronischen Krankheiten, um die Patienten so schnell wie möglich in ihr Alltagsleben zu integrieren. Der Patient wird durch die gesamte biomedizinische Diagnosetechnik geschleust, um die Schwere des Krankheitszustands und dessen Kontrollierbarkeit nachzuweisen. Kriterien der Auswahl dieser Krankheit ist erstens die mangelhafte Wirksamkeit von biomedizinischen Methoden, da die Biomedizin nur durch Anti-Entzündungsmittel Schmerzen lindern kann. Solche Heilmittel haben, wie aus der Auswertung dieses Modells hervorgeht, jedoch viele Nebenwirkungen. Dagegen erscheinen die Heilmittel der TCM natürlich und wirkungsvoll.⁵⁸

Ferner kann mit einer stationären TCM-Behandlung auch die Wirksamkeit der TCM Behandlung bewertet werden. Damit bietet sie sich als Trainingsmöglichkeit für TCM-Ärzte an. Auf der anderen Seite findet unter diesen Bedingungen eine bessere Integration beider medizinischen Richtungen und eine Weiterentwicklung von TCM-Methoden statt.

Die NHI kommt für eine stationäre TCM-Behandlung jedoch noch nicht auf. Die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung, die sich bis heute nur auf die ambulante TCM-Behandlung beschränkt, bedeutet nach Ansicht der TCM-Ärzte und TCM-Behörden im Fall chronischer Krankheiten eine Verschwendung von Geldern, weil nach einer ambulanten Behandlung dieselben Symptome auftreten und der Heilprozeß wiederholt werden müsse. Eine stationäre Behandlung eines akuten Anfalls bewirke nicht nur Linderung, sondern zeige den Patienten auch Methoden auf, wie sie sich selbst versorgen und die notwendigen Präventionsmaßnahmen lernen könnten. Die TCM-Ärzte empfehlen, daß eine integrierte stationäre Behandlung folgende Therapiemaßnahmen umfassen solle:

1. schluckbare Heilmittel zur Aktivierung des Blutkreislaufs, zur Stärkung des Immunsystems und zur Beschleunigung einer Anti-Entzündungsreaktion.
2. Akupunktur zur Linderung von Schmerzen.
3. Massagen (Tui-na) zur Reduzierung von Spannungen der peripheren Nerven und zur Anregung des Blutkreislaufs.
4. Kräuterbäder zur Erhöhung des Energiekreislaufs.⁵⁹

Die VfCM fordert die Ausdehnung der stationären TCM-Behandlung, um die

⁵⁷ Gemeint ist die Bechterewsche Krankheit als Erscheinungsform des Rheumatismus.

⁵⁸ Quelle: Gemeinsame Sitzung des VfCM und der TCM-Ärzte des Chang-Geng Medizinentrums v. 24. 12. 1999.

Wirksamkeit der TCM und die Wirkungen der Behandlung auswerten zu können. Deshalb unterstützt die VfCM das Chang-Geng Medizinzentrum beim Ausbau der Betten und bei dem Bemühen, das Versuchsmodell der stationären Behandlung von der NHI bezahlt zu bekommen. Dabei zeigt sich, daß die TCM im Gesundheitswesen eine andere Position hat als die Biomedizin. Es fällt aber schwer, die NHI davon zu überzeugen, solche stationäre Behandlung zu bezahlen, zumal die in ihrer Wirkung von Biomedizinern umstrittenen Kräuterbäder auch in der Wohnung des Erkrankten genommen werden und mithin von diesem bezahlt werden könnten.⁶⁰

5.4 TCM-Krankenhaus als komplementäre Nutzungsform für die NHI

Im ersten etablierten städtischen Krankenhaus für Chinesische Medizin in Kao-Hsiung wurde wie bisher nur eine ambulante Behandlung durchgeführt. Mit seiner langjährigen Behandlungserfahrung erhielt das Krankenhaus unter Berücksichtigung der Besonderheiten der TCM eine neue Prägung. Da spezielle Behandlungsformen der TCM, wie z. B. Massagen, Kräuterbäder, Akupunkturen und Kräutertees im Rahmen einer ganzheitlichen Rehabilitationsbehandlung angeboten werden können, wurde ein Projekt für ein Pflegezentrum im Krankenhaus entwickelt. Noch heute plant der Leiter des TCM-Krankenhauses die Einrichtung eines Tagespflegezentrums in seiner Einrichtung. Dazu ist jedoch ein weiterer Ausbau mit entsprechender Ausstattung nötig. Das Projekt ist zwar über die Planungsphase noch nicht hinausgekommen, aber der Leiter ist der Meinung, daß die TCM im Pflegebereich der richtige Weg sei.⁶¹

Nach seinen Beobachtungen sei bei jeder Krankheit der stationäre Aufenthalt wegen der beschränkten Finanzierung der NHI befristet. Die meisten Krankenhäuser versuchten die Aufenthaltszeiten weiter zu verkürzen, damit die Gewinne nicht von der NHI geschmälert würden. Da sich die meisten Patienten nach der Entlassung noch nicht richtig von der Krankheit erholt hätten, benötigten sie häusliche Pflege. Da aber die Familienmitglieder im heutigen Taiwan meistens berufstätig seien, fehle es an Pflegekräften. Aufgrund der unzureichenden häuslichen Pflege verschlechtere sich der Zustand des Patienten, so daß eine weitere stationäre Behandlung erforderlich werde. Da der Aufbau des geschwächten Körpers, besonders in der stationären Pflege, bei der TCM an zentraler Stelle stehe, ergäben sich hier Möglichkeiten der Zusammenarbeit für das TCM-Krankenhaus. So könnten Belastungen von Familien und die Kosten der NHI verringert werden. Die Kombination von qualifizierten TCM-Ärzten, Krankenpflege und

⁵⁹ Quelle: Gemeinsame Sitzung des VfCM und der TCM-Ärzte des Chang-Geng Medizinzentrums v. 24. 12. 1999.

⁶⁰ Quelle: Gemeinsame Sitzung des VfCM und der TCM-Ärzte des Chang-Geng Medizinzentrums v. 24. 12. 1999.

⁶¹ Interview mit Liu, Jing-sheng.

Chinesischen Heilmethoden - Kräuterbäder, Akupunktur, Kräutertees, und Massagen - ermögliche es, einen Teil des TCM-Krankenhauses als Tagespflegezentrum für chronische Krankheiten zu nutzen. Die Auseinandersetzung der TCM mit der Biomedizin erschwert es, diese Behandlung in die NHI zu integrieren.⁶²

Die ganzheitlich orientierte TCM-Therapie der stationären Behandlung unterscheidet sich von der biomedizinischen stationären Behandlung durch ihre komplementäre Form. Die NHI-Finanzierung wird durch den Grundsatz, nur ambulante Therapie zu bezahlen, nahezu konterkariert, was das Versuchsmodell einer stationären Behandlung fast von vornherein zum Scheitern verurteilt.

5.5 Ausgrenzung der TCM-Heilmittelhändler und -Geschäftsleute

Bei der Durchführung der NHI wurde auch das Arbeitsfeld, also die „jurisdiction“, des Apothekers deutlich von dem der Mediziner getrennt, während vorher in Taiwan die Rezeptur in der Regel von Ärzten durchgeführt wurde. Das Gesetz über die NHI zeigt, daß die Rezeptur der Apotheker in die NHI-Finanzierung einbezogen wurde.⁶³ Die registrierten Apotheken, in denen lizenzierte Apotheker oder registrierte pharmazeutische Praktikanten arbeiten, sind berechtigt, eine Rezeptur durchzuführen.⁶⁴ Solche registrierten Apotheken gelten als qualifiziert und können einen Vertrag mit der NHI abschließen, die dann die Kosten für Rezeptur und Medikamente übernimmt.⁶⁵

Im TCM-Bereich wurde nur die Rezeptur durch TCM-Ärzte selbst oder die in Heilmittelläden, betreut durch TCM-Ärzte oder durch lizenzierte „biomedizinische“ Apotheker mit Kenntnissen der TCM-Heilmittelkunde, in die NHI integriert. Die Masse der Rezepturen in TCM-Heilmittelläden mit einer Betreuung durch Händler und Geschäftsleute blieb von einer Inkludierung in die NHI ausgeschlossen. Hinter der Forderung von Händlern und Geschäftsleuten für TCM-Heilmittel nach Bildungskursen zur Erlangung des Rezepturrechts stand ihr Anspruch, als Apotheker registriert werden können. Mit der Registrierung erhofften sie sich eine Integration in die NHI. Ihre Bemühungen wurde von den TCM-Ärzten boykottiert.⁶⁶ Dadurch schwand die

⁶² Interview mit Liu, Jing-sheng

⁶³ Siehe „Recht für NHI“, § 31, in VfCM (Hg.) 1998: 125.

⁶⁴ Nur die an den Hochschulen ausgebildeten Pharmazeuten können an der Prüfung für Apotheker teilnehmen und lizenziert werden. Die Pharmazeuten, die eine Lizenzprüfung nicht bestanden haben, dürfen als Praktikanten in den Apotheken arbeiten. Die Apotheker müssen die Fähigkeit zur Zubereitung von Rezepten besitzen. Da es nur eine „biomedizinische“ pharmazeutische Ausbildung gibt, fallen nur die biomedizinischen Pharmazeuten unter die Registrierung (vgl. Yu, Wan-nan, usw. 1995: 92-94). Die registrierten Pharmazeuten dürfen, wenn sie an der Hochschule eine bestimmte Menge an Kursen für Chinesische Heilmittel absolviert haben, auch gleichzeitig als TCM-Apotheker arbeiten.

⁶⁵ ZfG (Hg.) 1997: 103f..

⁶⁶ Siehe auch Kapitel VIII, 7.

Chance für TCM-Heilmittelhändler, noch in die Finanzierung durch die NHI einbezogen zu werden.

Die TCM-Ärzte führen als Argumente gegen eine Inklusion der TCM-Apotheker in die NHI erstens an, daß die erwähnten Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel nicht bedenkenlos als TCM-Apotheker lizenziert werden könnten. Da bisher ein Studiengang für TCM-Pharmakologie fehle, mangle es ihnen an einer offiziell anerkannten Ausbildung für TCM-Heilmittel. Zweitens verfügten lizenzierte biomedizinische Apotheker mit Kenntnissen über TCM-Heilmittel, die als TCM-Apotheker arbeiten dürfen, in dieser Hinsicht über kein hinreichendes Know-how. Ferner fehle es an finanziellen Anreizen für biomedizinische ausgebildete Pharmazeuten, die als TCM-Apotheker arbeiten wollen. Darüber hinaus wurde nach der Verordnung das Rezepturrecht für TCM-Heilmittel den TCM-Ärzten zugesprochen. Die zuständige Verwaltungsbehörde - VfCM - habe noch kein entsprechendes Gesetz erlassen, um das Rezepturmonopol den TCM-Ärzten aus der Hand zu nehmen.⁶⁷ Hinter diesen öffentlich vorgetragenen Bedenken standen offenbar nicht zuletzt handfeste wirtschaftliche Interessen der Akteure. Die Aufweichung des Rezepturmonopols der TCM-Ärzte, das sich für sie als lukratives Geschäft erwies, hätte zu empfindlichen Einkommenseinbußen geführt.

5.6 Folgen der Integration der TCM in die NHI

Trotz aller geschilderten Beschränkungen bedeutete für die TCM-Ärzte eine Integration ihrer Heilkunde in die 1995 gebildete NHI die Anerkennung als Profession. Aufgrund des Abbaus finanzieller Hemmschwellen durch die Krankenversicherung hat sich der Patientenkreis für die Chinesischen Mediziner stark erweitert. Daher konnte auch die Anzahl der praktizierenden akademischen Chinesischen Mediziner erhöht werden. Die insgesamt 3.340 TCM-Ärzte (1998) bilden im Gegensatz zu den 25.000 praktizierenden Biomedizinern jedoch noch eine Minderheit. Der Anteil der praktizierenden akademischen TCM-Ärzte hat sich zwar erhöht, jedoch sind noch immer 70% der TCM-Ärzte ohne offiziell anerkannte medizinische Ausbildung (Guo, De-ming 1996: 2).

Die NHI beschränkt die Finanzierung der TCM-Behandlung erstens auf die ambulante Behandlung und dabei zweitens nur auf Diagnostik, wissenschaftlich pulverisierte Chinesische Arzneikonzentrate, Knocheneinrenkung und Akupunktur. Die Beschränkung der Arbeitsbereiche der TCM-Ärzte engte die geringen Vergütungsmöglichkeiten durch die NHI sehr ein. Sie ziehen daher den Schluß, daß ihre Heilkunde zur Methode für die Behandlung geringer Beschwerden herabgewürdigt wird

⁶⁷ Vgl. Interview mit Chen, Jun-ming; Zheng, Sui-zong; Huang, Jiang-Rong und Chu, Wen-jie.

(Interview mit Huang, Jian-Rong). Der Vorsitzende der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin, hat seine eigene Praxis bisher nicht in die NHI integriert, obwohl er dies in seiner Amtszeit gefordert hat. Er vertritt den Standpunkt, daß die Vergütung für die TCM-Heilbehandlungen im Vergleich mit der Biomedizin von Nachteil ist. Die NHI schränke das Arbeitsfeld der TCM auf allen Gebieten ein. Die hier angebotenen Leistungen würden nicht angemessen honoriert werden. Damit TCM-Ärzte und Patienten von der NHI profitieren könnten, sollten sie eher die Lücken in der Versicherung suchen und nutzen (Interview mit Wu, Shui-sheng). Ferner seien die TCM-Ärzte auch aufgrund finanzieller Erwägungen bestrebt, die Zahl ihrer Patienten so weit wie möglich zu erhöhen. Dies wiederum hätte einen negativen Effekt auf die Behandlungsqualität (Interview mit Chen, Zhao-ming).

Im Hinblick auf die NHI-Finanzierung von Arzneien argumentieren die TCM-Ärzte, daß Heilkräuter als Heilmittel und Körperaufbaumittel wirksamer als pulverisierte Arzneien seien und von der Bevölkerung entsprechend angenommen würden. Obwohl die Patienten auf solche Mittel angewiesen seien, müßten sie diese jedoch selbst bezahlen, da die meisten Anwendungen der TCM durch die Bevölkerung nicht in die NHI inkludiert sind. Hiervon sei etwa die Hälfte der Patienten betroffen, die einen TCM-Arzt aufsuchen (Interview mit Chen, Jun-Ming). Andererseits können die TCM-Ärzte auch von dieser Praxis profitieren. Sie erhalten dadurch zum einen die Vergütung durch die NHI, zum anderen bleibt ihnen noch der Erlös durch den Verkauf natürlicher Kräuter, so daß sie gleich zweimal am Patienten verdienen können (Interview mit Chen, Zhao-ming).

Insgesamt zeigt sich, daß die Entwicklung der TCM durch die NHI-Finanzierung zwar fördert, aber auch behindert wird. Da eine stationäre TCM-Behandlung noch nicht ausgebaut und nicht in die NHI integriert ist, bekommen die TCM-Ärzte keine Möglichkeit, ihre Behandlungen zu evaluieren. Ohne die finanzielle Unterstützung der NHI bleibt ferner die wissenschaftliche Entwicklung der Chinesischen Medizin blockiert, so daß sie auf die Behandlung „kleiner Krankheiten“ beschränkt bleibt. Es handelt sich um einen zirkulären Prozeß: ohne den Ausbau stationäre Behandlung kann die TCM nicht im Sinne der NHI evaluiert werden; und ohne die positive Evaluation mag die NHI der TCM die stationäre Behandlung nicht gestatten und finanzieren (Interview mit Hang, Jiang-Rong).

6 Resümee

Der Prozeß der Integration der TCM in das Krankenversicherungssystem macht Ambivalenzen deutlich. Einerseits bildeten Institutionalisierung, Standardisierung und Verwissenschaftlichung die Voraussetzung für eine staatlich legitimierte Integration in

die NHI. Die TCM erhielt dadurch ihren Anteil auf dem Markt der NHI-finanzierten medizinischen Dienstleistungen. Diese Einbindung hatte aber auch ihren Preis. Um mit dem biomedizinisch orientierten NHI-System kompatibel zu werden, mußte die TCM Abstriche von ihrem ganzheitlichen Heilkonzept machen und verlor zunehmend ihren Charakter als traditionelle Erfahrungsheilkunde und präventive Gesundheitspflege. Sie stützte sich mehr und mehr auf moderne Diagnostik, auf Krankheitskategorien, naturwissenschaftliche Experimente und empirische Daten.

Trotz dieses Anpassungsprozesses hatte die Integration in die NHI ihre Grenzen. So blieb eine stationäre Versorgung auf TCM-Basis lange Zeit außen vor und auch in der ambulanten Praxis war die Anwendung moderner Untersuchungsgeräte beschränkt. Die Biomediziner achteten darauf, daß ihr Arbeitsfeld nicht zu stark von der Konkurrenz durch TCM-Ärzte penetriert wurde. Sie wandten sich strikt gegen eine versicherungsmäßige Finanzierung der stationären Versorgung und rieten den TCM-Ärzten, nicht Methoden der Biomedizin zu kopieren, sondern statt dessen ihr eigenes Modell entwickeln, um Lücken in der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung zu schließen.

Anders als die Interessengruppe der Biomediziner drängten Staat und Gesundheitsverwaltung eher auf eine Integration der TCM in die NHI, zumal sie die Nachfragesituation in der Bevölkerung kannten und in der TCM ein Angebot sahen, das die Therapieverfahren der Biomediziner ergänzen sollte. Die Voraussetzung für diese Einbindung war eine Standardisierung nach biomedizinischen Vorbild. Dies gelang jedoch nur teilweise, was immer wieder die Kritik der Biomediziner auf den Plan rief.

Die Position des Staates drückte sich in einer äußerst ambivalenten NHI-Politik aus. Der Staat förderte zwar eine Integration, schränkte den Handlungsspielraum der TCM-Ärzte jedoch immer wieder ein, so daß sich diese immer wieder darüber beschwerten, daß ihre Heilkunde als Methode zur Behandlung geringer Leiden herabgewürdigt sei und ein großer Bereich der TCM-Heilkunde überhaupt nicht gefördert werde. Bis heute übernimmt die NHI nur die Finanzierung einiger verrechnungsfähiger standardisierter TCM-Heilungen, während die aufwendige Diagnostik unter das Fallpauschalsystem fällt.

Dieser Marginalisierung in der Krankenversicherung versuchten die TCM-Ärzte, besonders die akademischen unter ihnen, gegenzusteuern, indem sie sich für einen Ausbau einer NHI-finanzierten stationären Versorgung einsetzten. Hierfür bedurfte es wiederum einer Standardisierung von Diagnosemethoden, Krankheitsklassifikationen und Therapien, als auch der Anwendung biomedizinischer Kenntnisse. Diese Bemühungen um eine Standardisierung führten zu einer verstärkten

„Biomedizinialisierung“ der TCM mit den genannten Folgen für das Heilkonzept.

Im stationären Sektor läßt sich die Tendenz der NHI-Politik erkennen, den Handlungsspielraum der TCM einzugrenzen, um dadurch die Dominanz der Biomedizin auch in diesem Bereich sicherzustellen. Das stationäre Behandlungsmodell der TCM wird jedoch nur bei chronischen Krankheiten in akuten Fällen umgesetzt. Mit der Beschränkung der NHI-Finanzierung auf chronische Krankheiten realisiert sich die Vorstellung von der TCM als einer ergänzenden Heilmethode für die Biomedizin. Da die Notwendigkeit einer stationären Versorgung bei chronisch kranker Patienten ohnehin fraglich ist, können die Biomediziner von dem Erfordernis dieser Therapie jedoch kaum überzeugt werden. Sie sahen darin eine unnötige Verschwendung der Gelder, da sich die Behandlung und Pflege dieser Patienten ohnehin zu Hause durchführen läßt. Ein anderer Plan komplementärer stationärer Versorgung ist die TCM-Behandlung im Rehabilitationsbereich. Hier läßt sich jedoch das ganzheitliche Konzept kaum mit den Standards der NHI verbinden, die die Kostenübernahme verweigert.

Die Einbindung in die NHI ist unter den TCM-Ärzten nicht unumstritten. So behaupten einige TCM-Ärzte, daß durch die verlangte Standardisierung ihrer Heilkunde der ganzheitliche Charakter verloren gehe. Es zeigt sich eine zunehmende Differenzierung der TCM. Der eine Teil und dies betrifft besonders die akademischen TCM-Ärzte, orientiert sich an der Standardisierung und Modernisierung der TCM, um diese für das Verrechnungssystem der NHI handhabbar zu machen und nimmt damit den inhaltlichen Substanzverlust, besonders im Bezug auf das Heilkonzept in Kauf. Ob sich damit eine Integration in die Biomedizin erreichen läßt oder eine „neue dritte Medizin“ entsteht, bleibt weiter offen. Sicher ist, daß eine forcierte Standardisierung der TCM als Voraussetzung für eine erfolgreiche Professionalisierung eine Gefahr für deren Identität darstellt. Der andere Teil, der für eine Standardisierung inkompatibel ist, profitiert von der Nachfrage. Die kulturelle Gewohnheit, daß die TCM für Wendepunkte des Körpers (z.B. Menstruation, Wochenbett, Pubertät, Menopause) genutzt wird, und das in der Bevölkerung verbreitete Körperaufbaukonzept erhalten die Ganzheitlichkeit der TCM. Ferner dient die Behandlung chronischer Krankheiten auf TCM-Basis als komplementäre Heilmethode neben der Biomedizin. Zunehmend wird das Verhalten registriert, neben dem Biomediziner immer noch die Meinung des TCM-Arztes zu hören und umgekehrt.

Für die TCM-Ärzte hat dieser Differenzierungsprozeß auch Vorteile. Finanziell bekommen sie einmal die Vergütung durch die NHI und die Privathonorierung von Patienten selbst. Die Anerkennung durch die Krankenversicherung stärkt ihr Image als politische aktive Profession. Die Nachfrage nach Körperaufbaumedizin sichert ihre Rolle als medizinisch-kultureller Akteur. Wie sich ihre Position zwischen finanzieller und

politischer Integration und Ausgrenzung, zwischen Verwissenschaftlichung und Tradition, zwischen medizinischer Kultur und Profession in unterschiedlichen Standpunkten ausdrückt, ist auch Gegenstand des nächsten Kapitels.

X Verwissenschaftlichung als Perspektive für die TCM - Integration und Pluralismus

Die Debatte um die Verwissenschaftlichung der TCM ist seit Anfang des 20. Jahrhunderts ein vieldiskutiertes Thema im TCM-Bereich. Obwohl sie als Grundlage des Professionalisierungsprozesses der TCM angesehen wird, ließ sie sich wegen der Inkompatibilität mit ihrem Konzept praktisch nur schwer durchsetzen. Ferner fehlte es an politischer Unterstützung und Interesse durch Staat und Bürokratie. Staatliche Unterstützung regte sich erst, wie im vorigen Kapitel bereits angedeutet, mit der Einführung der National Health Insurance Mitte der 1990er Jahre. Inhalt und Umfang der Verwissenschaftlichung der TCM bleiben jedoch umstritten. Unterschiedliche Positionen treten besonders deutlich bei der Frage einer Orientierung an der Biomedizin hervor. Lassen sich die Kenntnisse von TCM und Biomedizin miteinander verkoppeln? Läßt sich die Inkompatibilität des wissenschaftlichen Prinzips und des ganzheitlichen Konzepts überwinden? Solche Problemstellungen sind bis heute nur schwer lösbar.

Andererseits sehen TCM-Ärzte in den Erkenntnissen von Wissenschaft bzw. biomedizinischem Wissen die Voraussetzung einer Verwissenschaftlichung. Die Etablierung des China Medical College (CMC) in Taiwan mit einer Fachrichtung für Chinesische Medizin stieß in der Art und Weise ihrer Verwissenschaftlichung und Vereinigung (Integration mit der Biomedizin) bei den TCM-Ärzten auf Kritik. Die Zunahme der Zahl der Ärzte mit Doppellizenz, die als TCM-Mediziner arbeiteten, stärkte das Interesse an einer Verwissenschaftlichung und damit eine pragmatische Tendenz hin zu einer Integration von TCM und Biomedizin. Dennoch blieben Meinungsverschiedenheiten zwischen akademischen TCM-Ärzten mit Einzellizenz und nicht akademischen TCM-Ärzten bestehen. Nicht zuletzt spielt die Position von Gesundheitspolitikern und Biomedizinern eine wichtige Rolle bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die TCM. Als ein Einflußfaktor für Trends bei der gesellschaftlichen und ökonomischen Positionierung der TCM erweist sich auch das Verhalten der Patienten.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Darstellung des Interviewergebnisses mit Ärzten und Wissenschaftlern und Politikern aus dem TCM Bereich. Dabei zeigen sich Akzentuierungen von Meinungen und Positionen im Zuge der Diskussion über Verwissenschaftlichung und Integration. Da die ausgewählten Interviewpartner Entscheidungsfunktionen im Hinblick auf die Politik gegenüber der TCM und auf ihre konzeptionelle und methodische Ausrichtung wahrnehmen, werden die unterschiedlichen Aspekte ihrer Argumentation zusammengefaßt und in Zusammenhang mit der Perspektive einer Verwissenschaftlichung der TCM und ihrer Kooperation mit der Biomedizin gestellt. Als Ergänzung finden Sekundärmaterialien -

die Berichte und Interviews mit Biomedizinern und TCM-Experten in den Fachzeitschriften für Gesundheitswesen Verwendung. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihren Positionen werden herausgearbeitet und diskutiert. Anschließend erfolgt auf der Basis von Sekundärliteratur die Vorstellung von Patientenbefragungen. Sie thematisieren verschiedene TCM-Anwendungsformen und das Verhältnis zwischen Patienten und TCM-Ärzten aus der Sicht der Patienten und hinterfragen die professionelle Entwicklung der TCM.

Die Ausführungen beginnen mit der Analyse des sozialen Hintergrundes der Interviewpartner. Es folgt die Herausarbeitung der Triebfedern für die Verwissenschaftlichung der TCM und ihrer Kooperation mit der Biomedizin. Kernpunkt dieses Kapitel bildet eine Deskription und Analyse der Diskussionen über diese Thematik. Anschließend werden die Bemühungen um eine Integration von TCM und Biomedizin vorgestellt. Nicht zuletzt übt das Verbraucherverhalten der Patienten einen wichtigen Einfluß auf die Diskussion um die Anwendungsorientierung der TCM aus.

1 Analyse des sozialen Hintergrundes der Interviewpartner

Das Interviewmaterial, das in dieser Arbeit ausgewertet ist, zeigt die unterschiedlichen Ansichten der TCM-Ärzte und TCM-Mitarbeiter. Deshalb wird an erster Stelle der soziale Hintergrund der Interviewpartner kategorisiert.

Die Interviewpartner sind entweder gegenwärtiges oder früheres Spitzenpersonal im TCM-Bereich. Sie repräsentieren das Meinungsspektrum innerhalb der TCM. Der Ausbildungszustand, ihre Erfahrungen in Politik, Praxis, und Forschung, usw. beeinflussen die Perspektiven der Interviewpartner. Deshalb ist jede Stellungnahme für die Analyse ihrer Ansichten bedeutsam.

Interviewpartner 1, Zheng, Sui-zong: ehemaliger Vorsitzender der städtischen TCM-Ärztekammer in Taipeh, Sonderprüfung zum lizenzierten TCM-Arzt, Besitzer einer privaten Praxis und eines TCM-Krankenhauses.

Interviewpartner 2, Wu, Shui-sheng: ehemaliger Vorsitzender der Vereinigten TCM-Ärztekammer der Republik China, Sonderprüfung zum lizenzierten TCM-Arzt, praktiziert in einer eigenen Praxis.

Interviewpartner 3, Chen, Jun-ming: gegenwärtiger Vorsitzender der städtischen TCM-Ärztekammer in Taipeh, Sonderprüfung zum lizenzierten TCM-Arzt, Besitzer einer eigenen TCM-Praxis, Absolvent einer dreijährigen biomedizinischen Ausbildung in China (in Taiwan

nicht anerkannt).

Interviewpartner 4, Huang, Jiang-Rong: gegenwärtiges ständiges Ausschußmitglied der städtischen TCM-Ärztekammer in Taipeh, Nachprüfung als lizenzierter TCM-Arzt, Absolvent des Post-Bachelor TCM-Studienganges, Besitzer einer eigenen Praxis.

Interviewpartner 5, Liu, Jing-sheng: gegenwärtiger Leiter des städtischen TCM-Krankenhauses, Nachprüfung als lizenzierter TCM-Arzt und Biomediziner, Absolvent des Studienganges für Chinesische Medizin. Nach dem Studium praktizierte er viele Jahre als Biomediziner.

Interviewpartner 6, Xie, Qing-liang: gegenwärtiger Dekan der Fakultät für Chinesische Medizin im CMC, Nachprüfung als lizenzierter TCM-Arzt und Biomediziner, Absolvent des Studienganges für Chinesische Medizin, promovierte im Rahmen eines biomedizinischen Studienganges in Japan. Vor der Doktorprüfung praktizierte er viele Jahre als Biomediziner.

Interviewpartner 7, Lin, Zhao-geng: ehemaliger Dekan der Fakultät für Chinesische Medizin im CMC, gegenwärtiger Vorsitzender der Vereinigten TCM-Ärztekammer, Nachprüfung als lizenzierter TCM-Arzt und Biomediziner, Absolvent des Studienganges für Chinesische Medizin mit anschließender Promotion für Chinesische Medizin im CMC.

Interviewpartner 8, Chen, Chieh-fu: gegenwärtiger Leiter des staatlichen Forschungsinstituts für Chinesische Medizin, Professor der Pharmakologie, Absolvent des Magisterstudiums für Pharmakologie.

Interviewpartner 9, Chen, Zhao-ming: gegenwärtiger persönlicher Referent des Leiters der VfCM, lizenzierter Biomediziner mit Erlaubnis der Anwendung der Akupunktur, Absolvent der Fachrichtung Biomedizin, Magisterstudium für traditionelle Medizin.¹

Abhängig von ihrem sozialen Hintergrund, wurden die Interviewpartner nach einigen Kategorien eingeordnet.

1. Nicht akademische TCM-Ärzte: Hierzu gehören die ersten drei Interviewpartner. Die ersten beiden hatten nur einen kurzen biomedizinischen Fortbildungskurs absolviert. Der Dritte hat eine lange biomedizinische Ausbildung erhalten, die aber nicht von der Regierung anerkannt wurde.

¹ Detaillierte Beschreibung siehe Anhang: Personaldaten der Interviewpartner.

2. Akademische TCM-Ärzte mit einer erworbenen Lizenz: Hierzu zählt der vierte Interviewpartner. Er hat den neuen Ausbildungsgang für TCM-Ärzte durchlaufen und verfügt über eine biomedizinische Ausbildung. Dies reicht jedoch nicht für den Erwerb einer biomedizinischen Lizenz aus.
3. Akademische TCM-Ärzte mit Doppellizenz: In diese Kategorie fallen der fünfte, der sechste und der siebte Interviewpartner. Der fünfte und der sechste arbeiteten zunächst als Biomediziner und praktizierten später im TCM-Bereich. Der siebte hatte eine vollständige TCM-Ausbildung mit anschließender Promotion.
4. Pharmakologe mit TCM-Kenntnissen: Zu dieser Gruppe zählt der achte Interviewpartner. Er steht seit langem in der Position des Forschungsleiters für TCM-Heilmittel.
5. Biomediziner mit TCM-Kenntnissen: Hier läßt sich der neunte Interviewpartner einordnen.

Von besonderer Relevanz erscheint der gesellschaftliche Hintergrund der Interviewpartner in den Zeitschriften. Da bei ihrer Auswahl andere Voraussetzungen und Ziele relevant sind, werden sie hier nicht detailliert kategorisiert, sondern lediglich in akademische TCM-Ärzte, Biomediziner und medizinische Wissenschaftler eingeteilt.

2 Verwissenschaftlichung der TCM

Bedeutung und Inhalt der Verwissenschaftlichung der TCM veränderten sich im Laufe der Entwicklung. Die Etablierung und Verbreitung der Biomedizin und ihre damit einhergehende Akzeptanz durch die Patienten, wie auch die Unterstützung der wissenschaftlichen Medizin durch die Gesundheitspolitik förderten als äußere Einflüsse auch eine Verwissenschaftlichung der TCM. Um nicht als unwissenschaftlich marginalisiert zu werden, war die TCM gewissermaßen gezwungen, sich in dieser Richtung zu orientieren. Daneben bilden die zunehmenden „wissenschaftlichen“ bzw. „biomedizinischen“ Kenntnisse der TCM-Ärzte die wichtigste Voraussetzung für ihre Verwissenschaftlichung. Diese kann in drei Komponenten unterteilt werden - Theorie, Heiltechnik und Heilmethode, dazu gehört auch die Kontrolle der Wirksamkeit. Heute wollen die wenigsten TCM-Ärzte in Taiwan lediglich traditionelle TCM-Konzepte und -Heilmethoden beibehalten. Sie möchten im Gegenteil zur Verwissenschaftlichung ihrer Heilkunde beitragen. Dennoch existieren unterschiedliche Meinungen unter den TCM-Ärzten über Form und Ausprägung. Einige von ihnen argumentieren, daß die TCM nicht an sich „unwissenschaftlich“ ist, und definieren sie als Erfahrungswissenschaft. Bei der Frage der Verwissenschaftlichung der TCM gehe es primär um die Beweisbarkeit von Heilwirkungen und die Anwendbarkeit von Heilmethoden. Ihre Argumentation

fokussiert sich auf die Anwendung biomedizinischer Techniken und die Kompatibilität des Konzeptes mit biomedizinischem Wissen. Das Verhältnis zwischen TCM und Biomedizin stellt einen weiteren Grund für Meinungsverschiedenheiten unter den TCM-Ärzten dar. Soll sich die TCM stärker der Biomedizin öffnen, oder soll sie sich umgekehrt in den biomedizinischen Bereich integrieren? Die Diskussion ist heute stärker pragmatisch und weniger theoretisch und ideologisch orientiert.

2.1 Unterstützung der Verwissenschaftlichung der TCM durch die politisch Mächtigen

In der Anfangsphase der Entwicklung der TCM in Taiwan waren die TCM-Ärzte nicht mächtig genug, um mit der biomedizinischen Tendenz in der Gesundheitspolitik zu konkurrieren. Sie suchten die Unterstützung von „politisch Mächtigen“, um den Spielraum für die TCM-Ausbildung und -Praxis zu schützen. Angesichts dieser Verhältnisse fiel die Wahl auf Li-fu Chen². Er erhielt den Namen „Patron der Chinesischen Medizin“, und war auch die wichtigste Persönlichkeit, die in der Anfangsphase der KMT-Regierung die TCM mit allen Kräften förderte. Mit Hilfe seiner Unterstützung und durch seinen Einfluß auf die Regierung konnte sich die TCM in Taiwan etabliert und weiterentwickeln.

Chen orientierte sich an der in Kuomintang-China der 1920er und 1930er Jahre schon diskutierten Idee einer Verwissenschaftlichung der TCM. Er forderte einerseits, die TCM in Taiwan als nationales Kulturgut zu pflegen. Andererseits trat er für die Verwissenschaftlichung der TCM und für die „Einheit der TCM mit der Biomedizin“ (Zhong-xi Yi-yuan) ein, um die Kritik der Biomediziner an der „unwissenschaftlichen“ TCM zu entschärfen.

Sein 1970 vor Abgeordneten, Beamten und TCM-Ärzten gehaltener Vortrag galt als Manifest der TCM-Position.³ Er betrachtete die TCM als chinesisches Kulturgut, das weiter beibehalten werden müsse. TCM und Biomedizin hätten beide ihre Existenzberechtigung, weil die Methoden, menschliche Krankheiten zu heilen, so vielfältig wie möglich sein sollten. Die TCM sei eine Wissenschaft. Nur gehörten die

² Chen, Li-fu war ein hoher Beamter in der KMT-Regierung, arbeitete als Sekretär des KMT-Parteizentrums, als Organisationsminister der KMT-Partei, Sozialminister, Erziehungsminister, Vizepräsident des Parlaments, Ausschußmitglied des Verwaltungsministeriums, ist bis zu seinem Tod (8. 2. 2001) Präsident des Vorstandsratskomitees für das China Medical College (seit 1971), usw. Mit allen seinen hohen Positionen in der Regierung hatte er großen Einfluß auf die Politik. Er machte seinen Einfluß für die Förderung der TCM geltend (vgl. China Medical College, Sammelband zum 87. Geburtstag von Herrn Chen, Li-fu, 1985: 1). Besonders im China Medical College setzte sich unter seinem Schutz eine Orientierung an der TCM zu einer Zeit durch, als die TCM kaum mit der Biomedizin konkurrieren konnte.

³ Siehe seinen Vortrag „Meine Ansichten über Chinesische Medizin und Biomedizin“ in Chen, Li-fu „Wunsch und Erwartung an die Chinesische Medizin“, in: China Medical College, 1993: 1-12.

TCM und Biomedizin verschiedenen wissenschaftlichen Systemen an. In der TCM werde der Patient als „Mensch“, als balancierte Einheit betrachtet, aber für die Biomedizin sei er eine „Sache“. Hier ging es lediglich um den Versuch, eine bestimmte „Krankheit“ zu heilen (vgl. Chen, Li-fu 1993: 1-12). Andererseits verlangte er eine Verwissenschaftlichung der TCM, die eine Anwendung moderner Techniken und empirischer Methoden im Rahmen der TCM beinhaltet. Er argumentierte, daß dadurch genauere Diagnosen zu erhalten seien als nur mit Betrachten, Hören und Riechen, Fragen und Betasten (vgl. Chen, Li-fu 1993: 1-12).

Seine Vorstellung von einer „Vereinheitlichung“ (Yi-yuan-hua) formulierte er als Ziel der TCM-Ausbildung. TCM-Mediziner und Biomediziner müßten einander vertrauen und miteinander kooperieren, um TCM-Wissen und -Theorie zu modernisieren und mit der biomedizinischen Lehre zu vergleichen. Dadurch ließe eine neue Kombinationsheilkunde entwickeln (Chen, Li-fu 1993: 71).

Während seiner Zeit als Präsident des Vorstandsratskomitees für das China Medical College konnte er durch seinen Einfluß viele kompetente und bekannte TCM-Ärzte und Biomediziner als Forschungs- und Lehrpersonal für das China Medical College gewinnen. Seine Aktivitäten fanden in Taiwan als Schubkraft für eine Verwissenschaftlichung der TCM und ihre Kooperation mit der Biomedizin Anerkennung.

2.2 Ansichten zur Verwissenschaftlichung der TCM

In diesem Abschnitt wird das Interviewergebnis im Hinblick auf die Frage der „Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin“ analysiert. Neben diesem Thema gab die Beziehung der TCM zur Biomedizin Anlaß für Auseinandersetzungen innerhalb des TCM-Bereichs.

Der Begriff „Verwissenschaftlichung“ (Ke-xue-hua) wird bei dem Interviewverfahren ohne Begriffsdefinition vorgestellt, da er schon seit längerer Zeit im TCM-Bereich bekannt ist. Jedoch lieferten die Interviewpartner unterschiedliche, oft ungenaue Definitionen. Ein akademischer TCM-Arzt umschrieb „Verwissenschaftlichung“, als „Weg zur modernen Medizin“ (Xian-dai-yi-liao de Lu) mit „moderner Technik“. Als relevante Methode erwähnte er besonders die Statistik (Interviewpartner: Xie, Qing-liang). Andere akademische TCM-Ärzte brachten Verwissenschaftlichung mit „Anwendungen“ (Yun-yong) (Interviewpartner: Liu, Jing-sheng), oder „Modernisierung“ (Xian-dai-hua) (Interviewpartner: Lin, Zhao-geng) in Verbindung.

Bei diesem Interview findet der Begriff „Chinesische Medizin“ (Zhong-yi) Verwendung,

da in Taiwan nicht von „Chuan-tong Zhong-yi“ (traditionelle Chinesische Medizin), sondern von „Zhong-yi“ (Chinesische Medizin) gesprochen wird. Die Chinesische Medizin wird also nicht mehr im Sinne der „Tradition“ positioniert. Die Interviewpartner verwendeten meistens den Terminus „Zhong-yi“, während „Chuan-tong“ (traditionell) in diesem Zusammenhang kaum Erwähnung fand. Sie benutzten den Begriff „Zhong-yi“ in seiner neutralen Bedeutung. Wenn sie die neue Entwicklung der Chinesischen Medizin darstellten, fielen die Begriffe „Xian-dai Zhong-yi“ (moderne Chinesische Medizin) oder „Xin Zhong-yi“ (neue Chinesische Medizin). Die englische Abkürzung „TCM“ stellt für meisten von ihnen einen bekannten Terminus dar, weil dieser als international verständlicher Begriff weltweit benutzt wird. Die Biomedizin als Vergleichsheilkunde der Chinesischen Medizin nennen die Interviewpartner „Xi-yi“ (westliche Medizin), in englischen Texten sprechen sie von „Biomedicine“.

Im Folgenden werden die Interviewergebnisse dargestellt, in denen sich die Ansichten über Verwissenschaftlichung in einigen Dimensionen widerspiegeln: Die Unterstützung durch die Regierung findet hier als wichtiger äußerer Einfluß Beachtung. Die Dimensionen des Verwissenschaftlichungsprozesses werden hier in drei Abschnitten diskutiert:

- Anwendung wissenschaftlicher Techniken und Methoden,
- Ziel und methodische Probleme der Verwissenschaftlichung sowie
- Auseinandersetzung um die Verwissenschaftlichung und die TCM-Theorie.

A. Unterstützung durch die Regierung

Allgemein sind die Interviewpartner der Auffassung, daß die Unterstützung der Politik eine Voraussetzung für die Entwicklung der TCM bildet. Dies gilt besonders für die Schaffung von Anwendungsmöglichkeiten moderner Kenntnisse und Techniken durch die TCM-Ärzte.

Der ehemalige Vorsitzende der TCM-Ärztokammer konnte als Nicht-Akademiker seine Anliegen der TCM-Förderung bei der Politik kaum durchsetzen. Nach seiner Meinung läßt sich dies allein auf die Dominanz der Biomedizin zurückführen:

„Da die Gesundheitsbeamten meistens westliche Mediziner (Xi-yi) sind, fehlt es den TCM-Ärzten (Zhong-yi) schwer, die gleichen Chancen zu erhalten. Die westlichen Mediziner fällen ein abfällendes Urteil über die Wirksamkeit der Chinesische Medizin, geben aber den TCM-Ärzten keine Chance, die Wirkungen ihrer Heilkunde zu bewerten“ (Zheng, Sui-zong).

Darüber hinaus verlangt er politische Unterstützung und Forschungsfinanzierung für die

Entwicklung von TCM-Heilrezepten. Da viele von diesen ohne ein konkretes Forschungsergebnis nicht durch die Gesundheitsbehörde genehmigt würden, seien Fortschritte bei der Rezeptierung von TCM-Heilmitteln nicht zu erwarten (Zheng, Sui-zong). Der ehemalige Vorsitzende der Vereinigten TCM-Ärztchammer, selbst nicht-akademischer TCM-Arzt, suchte während seiner Amtszeit häufig die notwendige politische Unterstützung. Seine Anfragen nach einer Finanzierung zur Förderung der Verwissenschaftlichung der TCM waren jedoch zumeist vergebens.

„Ich unterstütze die Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin. Während sie auf dem Festland China von der Politik unterstützt und finanziert wird, investiert die Regierung in Taiwan wenig für die Chinesische Medizin. Außerdem erhalten die normalen TCM-Ärzte nur ein geringes Honorar“ (Wu, Shui-sheng).

Der gegenwärtige Vorsitzende der Vereinigten TCM-Ärztchammer, ein akademischer TCM-Arzt, behauptet, daß er wegen seiner mit der Biomedizin gleichgestellten Ausbildung mehr Möglichkeiten hat, eine Förderung der TCM durch die Politik durchzusetzen. Dennoch verfehlten seine Gesuche häufig dieses Ziel. Deshalb betont er auch die Notwendigkeit einer Unterstützung durch die Gesundheitspolitik:

„Die zukünftige Chinesische Medizin (Zhong-yi) ist eine neue Chinesische Medizin (Xin-zhong-yi), die mit moderner Technik und wissenschaftlichen Kenntnissen verbunden ist. Aber zuerst muß die Politik dafür gewonnen werden, die Chinesische Medizin zu fördern“ (Lin, Zhao-geng).

B. Anwendung der wissenschaftlichen Techniken und Methoden

Die meisten der Interviewpartner interpretierten Verwissenschaftlichung der TCM in dem Sinne, moderne wissenschaftliche Methoden und Techniken anzuwenden und Forschungskapazitäten zu nutzen. Nach Meinung der TCM-Ärzte entspricht die Methode der TCM-Verwissenschaftlichung der der Biomedizin. Dies bezieht sich auf zwei Anwendungsformen: Die eine besteht darin, die Wirkungen von TCM-Heilmitteln bzw. -Heilkäutern nachzuweisen. Die andere beinhaltet die Nutzung „biomedizinischer“ Untersuchungstechniken und Wissen in der TCM-Behandlung.

Bezogen auf die Übernahme von Forschungsmethoden der Biomedizin äußern sich besonders die akademischen TCM überwiegend positiv, obwohl sie erkennen, daß der Forschungsprozeß nicht ohne Hindernisse abläuft. So benötigt die Überprüfung der Wirkungen der TCM-Heilmittel und -Heilkäuter längere Zeit als in der biomedizinischen Forschung. Da eine längerfristig angelegte Untersuchung sehr kosten- und personalintensiv ist und häufig zu falschen Ergebnissen führt, sind solche Vorhaben

mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Obwohl die Wirkungen der TCM-Heilmittel langsamer eintreten als bei der Biomedizin, bleiben sie bei ihrer Argumentation, daß ein Wirksamkeitsnachweis wie bei der Biomedizin möglich ist.

„Die Forschungsmethode, die Überprüfung der Wirksamkeit gleichen den Forschungen in der westlichen Medizin und modernisieren die Chinesische Medizin“ (Lin, Zhao-geng).

„Die Bewertungsmethoden sind dieselben wie in der westlichen Medizin. Obwohl die Chinesische Medizinische Heilmittel etwas langsamer als westliche Medikamente wirken, ist die Wirkung dieselbe, deshalb sollen ihre Bewertungsmethoden gleich gestellt werden“ (Xie, Qing-liang).

Demgegenüber bringen manche TCM-Mitarbeiter solche Mißerfolge bei der wissenschaftlichen Beweisbarkeit der TCM in Zusammenhang mit anderen Faktoren. Der Pharmakologe mit TCM-Kenntnissen steht der TCM positiv gegenüber und argumentiert, daß fehlende Erfolge der Wirkungsforschung das Problem heutiger wissenschaftlichen Methodik seien. Diese wäre noch nicht weit genug gereift, um die schon vor langer Zeit entwickelte TCM-Wissenschaft überprüfen zu können.

„Die Chinesische Medizinische Heilmittel sind meistens Mischungen aus verschiedenen Kräutern, deshalb sind sie schwer zu bewerten. Aber dieses Problem liegt nicht an den Heilmitteln, sondern an den heutigen Bewertungsmethoden. Auch die moderne Wissenschaft hat ihre Grenzen. Wenn die Heilmittelwirkungen durch wissenschaftliche Methoden nicht erfolgreich nachgewiesen werden können, bedeutet dies nicht, daß die Wirkung der Kräuter schädigend sein muß“ (Chen, Chieh-fu).

Im Hinblick auf die Praxis verlangen sie die Durchführung „wissenschaftlicher Untersuchungen“ im TCM-Bereich und betrachten die „wissenschaftliche Technik“ als objektive Methode, die für jedes medizinische Konzept anwendbar sein kann. Hinsichtlich der Anwendung der Untersuchungstechniken und des biomedizinischen Wissens lassen sich zwischen den verschiedenen Gruppen der Interviewpartner jedoch kaum Unterschiede ausmachen. Da die TCM ihr eigenes abstraktes diagnostisches Modell hat, fehlt aus der Sicht der akademischen TCM-Ärzte die neutrale Beobachtung:

„In der Chinesischen Medizin erklärt sich mit sieben Emotionen und sechs Begierden die Probleme der Patienten. Sie hat ein eigenes abstraktes Modell für Diagnosen. ... Es fehlen der Chinesischen Medizin die Beobachtung durch eine dritte Person und auch wissenschaftliche Hypothesen“ (Xie, Qing-liang).

Sie versuchen diese also als neutrale wissenschaftliche Methode und Technik und nicht als „biomedizinisch“ zu definieren. Die akademischen TCM-Ärzte sehen traditionelle Diagnosemethoden offenbar als Rückschritt.

„Wissenschaftliche Methoden (Ke-xue Fang-fa) sind nicht nur auf die westliche Medizin beschränkt und lassen sich deshalb bei verschiedenen Medizinsystemen testen und anwenden“ (Pharmakologe, Chen, Chieh-fu).

„Die Pulsmessung als traditionelle Diagnose ist rückwärts gerichtet. ... Solche traditionellen Diagnosemethoden können keine Fortschritte machen. ... Wir bauen jetzt ein modernes neues Chinesische Medizinsystem (Xian-dai Xin-zhong-yi Yi-liao-ti-xi). Die traditionelle Medizin (Chuan-tong Yi-liao) hat ihre Besonderheit, aber heutzutage brauchen wir die moderne Wissenschaft und moderne Untersuchungstechniken“ (akademischer TCM-Arzt, Lin, Zhao-geng).

Diese Anwendung von modernen Diagnosegeräten und Methoden erleichterte in den Praxen eine genauere Diagnose der „Krankheit“ (Ji-bing) der Patienten (Interviewpartner: Huang, Jiang-Rong). Andererseits verengten durch die Nutzung solcher Techniken die TCM-Mitarbeiter ihren Blick und verwandelten die TCM-Heilkunde in eine zerlegbare Heilmethode für viele einzelne Symptome.

C. Ziel der Verwissenschaftlichung

Die Antworten der Interviewpartner lassen ihre Erwartungen im Hinblick auf das Ziel der Verwissenschaftlichung der TCM erkennen. Für manche TCM-Ärzte mit nicht-akademischem Hintergrund heißt dies „das Wissen der TCM zu konkretisieren“ (Interviewpartner: Zheng, Sui-zong). Diese Aussage bezieht sich auf die Beweisbarkeit von TCM-Heilwirkungen. Die Gruppe vertritt die Auffassung, daß eine am biomedizinischen Standard orientierte Entwicklung der TCM ihre Leistungsfähigkeit als klinische Erfahrungsheilkunde zeigt und ihr damit neue Möglichkeiten der Entfaltung gibt (Interviewpartner: Zheng, Sui-zong).

„Die Chinesische Medizin braucht eine solche ‚wissenschaftliche‘ Bewertung der Heilwirkung und eine klinische Untersuchungstechnik, um ihr medizinisches Wissen zu konkretisieren“ (nicht akademischer TCM-Arzt, Zheng, Sui-zong).

Jedoch sind die nicht-akademischen TCM-Ärzte auch davon überzeugt, daß wissenschaftliche Methoden nur das Leistungsvermögen der TCM in der heutigen Zeit beweisen. Ihre lange Tradition zeige, daß sie schon seit ihren Anfängen wirksam war.

„Die Chinesische Medizin kann bis heute noch existieren, und dies bedeutet, daß sie schon immer ihre die Wirkungen gehabt hat“ (Wu, Shui-sheng).

Die akademischen TCM-Ärzte verlangen aber mehr als nur „Beweisbarkeit“. Sie

erwarten in der modernen Gesellschaft eine Chinesische Medizin mit neuen Elementen, um das Niveau der Biomedizin zu erreichen. Die um wissenschaftliche Techniken und Methoden ergänzte TCM bezeichnen sie als neu entwickelte „dritte Medizin“.

„Wirksamkeit und Wirkungen der Chinesischen Medizin müssen bewiesen werden. Es sind klinische empirischen Forschungen notwendig, damit die Chinesische Medizin das Niveau der westlichen Medizin erreichen kann“ (Lin, Zhao-geng).

„Die Anwendung von modernen Techniken und Kenntnissen ist der neue Trend, d. h. traditionelle und moderne Medizin ergeben zusammen eine dritte Medizin (Di-san Yi-xue)“ (akademischer TCM-Arzt, Lin, Zhao-geng).

Darüber hinaus eröffnet die erwartete Internationalisierung der TCM neue Möglichkeiten einer Kopplung mit der „wissenschaftlichen“ Medizin und des Austausches mit anderen Medizinformen.

„Die Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin ist eine Grundlage für die Chinesische Medizin, damit sie mit anderen Medizinformen einen Dialog führen kann. ... Die Chinesische Mediziner leben in der modernen Gesellschaft. Deshalb muß die Chinesische Medizin sich zu einer für moderne Menschen verstehbaren ‚modernen Medizin‘ verwandeln“ (Liu, Jing-sheng).

Eine rational begründete Heilmethode steigerte die Gewinnerwartungen. Denn die meisten Kosten in der TCM-Therapie liegen nicht so hoch wie bei der Biomedizin. Da einige Methoden in der TCM-Heilkunde kostengünstiger als bei der Biomedizin sind, kann die TCM als alternative oder komplementäre Medizin neben der Biomedizin genutzt werden (Interviewpartner: Xie, Qing-liang).

D. Probleme zwischen ganzheitlicher Sichtweise und Verwissenschaftlichung

Es stellt sich die Frage: Führt eine Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin und ein damit verbundener Annäherungsprozeß an die westliche Medizin zum Verlust des Konzeptes einer ganzheitlichen Sichtweise der Chinesischen Medizin? „Ganzheitliche Sichtweise“ wird mit dem chinesischen Ausdruck „Zheng-ti-guan“ wiedergegeben. Bei der Umschreibung des „Konzeptes“ und der „Idee“ benutzten sie den Begriff „Li-nian“. Den Kontext der Verwendung dieser Begriffe interpretierten die Interviewpartner etwas unterschiedlich. Einer versuchte den Begriff „traditionell“ (Chuan-tong) mit der „ganzheitlichen Sichtweise“ in Zusammenhang zu bringen (Interviewpartner: Lin, Zhao-geng). Einer der akademischen TCM-Ärzte sprach statt Konzept von „Jing-shen“, das sich auf „Geist“ oder „Sinn“ der Chinesischen Medizin bezieht (Interviewpartner: Xie, Qing-liang).

Die TCM-Ärzte gehen davon aus, daß ihre Heilkunde eine Erfahrungswissenschaft (Jing-yan Ke-xue) sei. Besonders im Hinblick auf ihre Förderung einer „gesunden Lebensführung“ (Yang-shen) glauben die TCM-Ärzte an die Überlegenheit ihrer Heilkunde. Das Ziel bestehe nun darin, mit wissenschaftlichen Methoden solche Wirkungen genau nachzuweisen. Die Theorie der TCM mit ihrer ganzheitlichen Lebensphilosophie, und hier besonders die Maßnahmen für den gesunden Menschen zur Aufrechterhaltung des Körpers, ist ihrer Ansicht mit einer Verwissenschaftlichung der TCM kaum vereinbar. Das Argument, daß die TCM einerseits als ganzheitliche Erfahrungsheilkunde erhalten bleiben sollte, andererseits eine Verwissenschaftlichung eine unbedingte Notwendigkeit sei, wird von den Interviewpartnern immer wieder hervorgehoben und nebeneinander gestellt. Dabei fokussieren sich die meisten von ihnen auf die praktische Umsetzbarkeit der Verwissenschaftlichung der TCM. Die Möglichkeit einer theoretischen Verknüpfung von TCM und Biomedizin wird dagegen im TCM-Bereich weniger thematisiert.

Allgemein sehen die TCM-Ärzte in ihrer Heilkunst eine Erfahrungswissenschaft. Sie betonen die Idee der Balance des Körpers und den ganzheitlichen Charakter einer TCM-Versorgung:

„Chinesische Medizin ist eine gute Erfahrungswissenschaft. Sie ist auch eine eigene Lebensphilosophie. Sie enthält das Wissen über den Aufbau des gesunden Körpers, des seelischen Gleichgewichts und der passenden Ernährung. Dazu gehört auch das Wissen der Aktivierung der Lebenskraft, der Energie und Körperkreislaufs“ (Lin, Zhao-geng).

Einer der akademischen TCM-Ärzte sieht eine Inkompatibilität der ganzheitlichen Sichtweise mit der Verwissenschaftlichung. Der Interviewpartner, der über langjährige Erfahrungen im Bereich der Biomedizin verfügt und gleichzeitig die Funktion eines Dekans an der Fakultät für Chinesische Medizin ausübt, vertritt die Auffassung, daß die Verwissenschaftlichung der TCM ihre ganzheitliche Sichtweise schädigen könne. Trotz möglicher Nachteile für die ganzheitliche Konzeption sei aber eine Modernisierung erforderlich:

„Die Verwissenschaftlichung der Chinesischen Medizin kann wahrscheinlich zumindest teilweise das ganzheitliche Konzept der Chinesischen Medizin gefährden. Um eine moderne Chinesische Medizin zu entwickeln, müssen wir aber die wissenschaftliche Bewertung der westlichen Medizin akzeptieren“ (Xie, Qing-liang).

Die Konfrontation der ganzheitlichen Sicht der TCM mit der wissenschaftlichen Methode sieht er bereits bei der Ausbildung. Nach Meinung des Interviewten sei eine solche Beeinträchtigung der ganzheitlichen Sicht nicht dramatisch, wenn sich die TCM als Kernpunkt der Ausbildung durchsetze. Das Ziel der TCM-Ausbildung müsse eine

Verkopplung (Jie-he) von TCM und Biomedizin zum Nutzen des kranken Menschen sein. Er sieht in der TCM wie in der Biomedizin nur eine jeweils mögliche „Heilmethode“. Es zähle nur die Wirksamkeit:

„Wir bemühen uns bei der Ausbildung in Chinesischer Medizin den zentralen „Sinn“ der Chinesischen Medizin beizubehalten. Chinesische und westliche Medizin wurden in getrennten Unterrichtsprogrammen gelehrt. Wenn wir die Chinesische Medizin verstehen wollen, müssen wir jedoch ihre ganzheitliche Sicht in Kauf nehmen. Trotzdem wäre es wichtiger, die wissenschaftliche Beweisbarkeit der Chinesischen Medizin und ihre Verkopplung mit der westlichen Medizin zu erreichen. Daher müssen wir die Sicht der westlichen Medizin akzeptieren. Deshalb denke ich, daß es keinen Konflikt zwischen den beiden Medizinsystemen gibt. Denn beide Richtungen bemühen sich um dasselbe Ziel, nämlich körperliche Probleme zu lösen. Es gibt nur Unterschiede in Begriff, Darstellung und Perspektive zwischen der Chinesischen und der westlichen Medizin. Dennoch können die beiden miteinander vermischt werden“ (Xie, Qing-liang).

Die Forschungsprojekte, die von der Fakultät durchgeführt wurden, fokussieren sich auf die Überprüfung der Wirksamkeit der TCM-Heilung. Beim dem gegenwärtig durchgeführten Projekt über die TCM-basierte Therapie der Hepatitis werden auch statistische Berechnungen angewendet, um die Prozentzahl der Heilwirkungen und die Qualität der Therapiemethoden zu ermitteln (Interviewpartner: Xie, Qing-liang).

Der Vorsitzende der TCM-Ärztokammer befürwortet zwar ebenfalls eine Integration wissenschaftlicher Methoden in die TCM, argumentiert aber aus anderer Perspektive. Die Verwissenschaftlichung wird hier als ein Prozeß definiert, um neue Methoden auszuprobieren. Die ganzheitliche Sichtweise der TCM sieht er als eine theoretische und diagnostische Besonderheit der Traditionellen Chinesischen Medizin an, die niemals durch den Prozeß der Verwissenschaftlichung beeinträchtigt werden dürfe. Die wissenschaftlichen Methoden seien daher als Wirksamkeitsprüfung der TCM zu verstehen. Der Vorsitzende versucht, seine Kontrahenten mit dem Vorwurf der „Unwissenheit“ aus der Debatte auszugrenzen:

„Durch die Verwissenschaftlichung geht das ganzheitliche Konzept der Chinesischen Medizin nicht verloren. Denn dies ist der theoretische Kernpunkt der chinesischen medizinischen Tradition. Mit diesem Gerüst kann man alle Funktionen und Ursachen des Krankheitsbildes nachzeichnen. ... Das Wichtigste ist, daß beide Richtungen nebeneinander existieren können. ... Mit der wissenschaftlichen Beweisbarkeit können wir die Menschen besser aufklären, besonders über die Funktion des Körperaufbaus (Yang-shen) in der Chinesischen Medizin. Durch den Beweis mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden vermag sich die Chinesische Medizin zu etablieren und läßt sich besser verbreiten. Derjenige, der glaubt, daß die moderne wissenschaftliche Methode und die westliche Medizin das traditionelle Gedankengut zerstört, hat die Chinesische Medizin nicht richtig

verstanden“ (Lin, Zhao-geng).

Ferner ist aus seiner Sicht die Biomedizin wesensgleich mit der TCM. Die Biomedizin habe auch ganzheitliche Dimensionen.

„Die westliche Medizin fußt auf derselben Sichtweise wie die Chinesische Medizin, wie man z. B. an der Betonung einer guten Ernährung und Pflege des Körpers (Bao-yang) im Alltagsleben sieht. Solche Ansichten ähneln der traditionellen ganzheitlichen Sicht der Chinesischen Medizin. Ich meine, das Problem liegt an den fehlenden wissenschaftlichen Beweisen, aber nicht an der ganzheitlichen Sicht“ (Lin, Zhao-geng).

Der fehlende wissenschaftliche Beweis schlage nicht nur auf die Stellung der TCM im Medizinsystem nieder, sondern auch auf ihre Situation innerhalb der Wissenschaft: Sie bleibt gegenüber der Biomedizin marginalisiert. Deshalb seien die TCM-Ärzte mehr als früher an einer (biomedizinischen) Verwissenschaftlichung interessiert und nähmen weniger Rücksicht auf eine ganzheitliche Sichtweise.

Zwar bevorzugt auch der nicht akademische TCM-Arzt in seiner Rolle als „orthodoxer Chinesischer Mediziner“ eine Verwissenschaftlichung der TCM, aber er fragt sich auch, in welcher Form dies geschehen soll. Die einzelnen Orientierungen der TCM-Ärzte entscheiden darüber, ob die TCM vollends in die Biomedizin integriert wird oder ihre eigenen Spielräume behalten kann. Er spricht sich für die letzte Variante aus und betont, daß der TCM-Bereich seine Eigenständigkeit am ehesten durch die Einbeziehung wissenschaftlicher Methoden bewahren könne:

„Die Chinesische Medizin soll verwissenschaftlicht werden. Durch moderne Technik und wissenschaftliche Forschungen gelingt es, die Wirksamkeit der Chinesischen Medizin zu beweisen. Dies soll auf der Grundlage der Chinesischen Medizin geschehen, aber nicht umgekehrt in eine Integration der Chinesischen Medizin in die westliche Medizin münden“ (Wu, Shui-sheng).

Das Thema der Verwissenschaftlichung der TCM, mit Ausnahme der Forschungen über die Wirksamkeit und Beweisbarkeit, wurde in Taiwan kaum auf theoretischer Ebene diskutiert. Wie die ganzheitliche Sichtweise wurde dieses Problem nur als eine technische Frage behandelt. Die akademischen TCM-Ärzte versuchen sich weitgehend der Biomedizin anzunähern. Der Leiter des Forschungsinstituts mit seinen langen Forschungserfahrungen im Bereich der TCM entwickelt bei seinen Ausführungen vage Vorstellungen über Wissenschaftlichkeit und Verwissenschaftlichung der TCM und nimmt eine ambivalente Haltung zur Zusammenführung von TCM und Biomedizin ein. Er sieht in der TCM ein ähnliches Wissenschaftssystem wie die heutige Biomedizin und repräsentiert damit eine andere Richtung, die die Chinesische Medizin nicht in zwei

Kategorien - in eine traditionelle und eine moderne - trennt. Im Zuge eines langsam verlaufenden Entwicklungsprozesses würde die Chinesische Medizin mit den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Medizin kombiniert. Die Logik der Chinesischen Medizin stünde nicht gegen das wissenschaftliche Prinzip. Es ginge eher um unterschiedliche Begrifflichkeiten in beiden Heilkundeformen, die Kommunikationsprobleme verursachen würden.

„Der Logik der TCM verstößt nicht gegen wissenschaftliche Prinzipien. Es gibt nur ein Kommunikationsproblem zwischen der Wissenschaft von der TCM und der Wissenschaft von der Biomedizin. Es geht darum, daß die Begriffe der Chinesischen Medizin nicht von den ‚Westlern‘ nicht verstanden werden“ (Chen, Chieh-fu).

„So gibt es z. B. in der Chinesischen Medizin die Begriffe Yin und Yang und auch den Unterschied zwischen Himmel/Erde, Mann/Frau. Man weiß, ..., daß im Yin-Element Yang existiert, im Yang ein Yin-Element besteht. Das Konzept ist ähnlich wie in der westlichen medizinischen Wissenschaft. So gibt es z. B. im weiblichen Körper immer männliche Hormone und im männlichen Körper immer auch weibliche Hormone. Ebenso spiegeln die fünf Phasen - Wasser, Holz, Gold, Erde und Feuer- die körperlichen Zustände wider. Sie erklären wie die Konzepte in der westlichen Medizin genau, warum es einem Organ schlecht geht, und welche Folgen dies auf andere Organe hat“ (Chen, Chieh-fu).

Chen behauptet also eine strukturelle Gleichheit biomedizinischer und chinesischer Konzeptionen, da beide eine Balance anstreben und beide den Körper als aus Gegensätzen zusammengesetzt konzeptualisierten.

3 Verhältnis der TCM zur Biomedizin

Hier soll die Sichtweise der TCM-Ärzte dargestellt werden, nach der eine Verwissenschaftlichung der TCM die Voraussetzung für eine Integration von TCM und Biomedizin ist. Wenn sich die Verwissenschaftlichung der TCM auf Veränderungen innerhalb des TCM-Systems bezieht, beleuchtet das Thema „Integration von TCM und Biomedizin“ das Verhältnis zwischen beiden Bereichen. Das Ziel dieser Integration steht seit langem auf dem Plan der akademischen TCM-Ärzte. Sie versuchen damit neue Wege für die TCM zu eröffnen. Dennoch gibt es unter ihnen Meinungsverschiedenheiten. Ferner bestehen noch Differenzen zwischen akademischen und nicht akademischen TCM-Ärzten.

Das Verhältnis zwischen TCM und Biomedizin wurde für den TCM-Bereich unterschiedlich definiert. Man unterscheidet hier zwischen Kooperation, Kopplung, Integration und Vereinheitlichung. Die Grenze zwischen diesen Kombinationsformen ist

genauso undeutlich wie die Begriffe selbst. Als Unterstützer der TCM spricht Li-fu Chen von einer „vereinheitlichten Form“, die zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin positioniert ist. Der Begriff „Vereinheitlichung“ (Yi-yuan-hua) drückt eine seit längerem bekannte Richtung im TCM-Bereich aus. Er bezieht auf eine zukünftige Gestalt einer „neuen Chinesischen Medizin“. Die TCM lernt die Vorteile der Biomedizin für sich zu nutzen. Daraus entwickelt sich dann eine neue effiziente Heilkunde. Da diese angestrebte „Vereinheitlichung“ von „Chinesischer und westlicher Medizin“ im Chinesischen am ehesten Begriff „Yi-yuan-hua“ umschrieben wird, wurde während des Interviews dieser Terminus verwendet. Die Interviewpartner sprachen dagegen häufig von „He-zuo“ (Kooperation). Im Hinblick auf die Thematik bezieht sich dieser Begriff auf zwei Bedeutungen: Einmal kooperieren zwei Personen als Anwender von zwei Medizinformen. Das andere Mal wendet eine Person zwei Medizinformen also TCM und Biomedizin an und vereinigt damit die „Kooperation“ zweier Medizinsysteme in sich selbst. Eine solche Form umschrieben die Interviewpartner auch mit dem Begriff „Jie-he“ (Kopplung). TCM und Biomedizin verbinden und ergänzen sich hier einander. Als neuer Begriff gewinnt „Zheng-he“ (Integration) im TCM-Bereich mehr und mehr an Akzeptanz. Hier vereint eine neue Form der Medizin in sich die Stärken beider Medizinformen. Bei ihrer Beschreibung des Verhältnisses zwischen TCM und Biomedizin meinten die verschiedenen Interviewpartner unterschiedliche Formen der Kombination, obwohl sie manchmal den selben Begriff dafür benutzten.

3.1 Kooperation zwischen TCM und Biomedizin

Akademische wie nicht akademische TCM-Ärzte befürworten beide eine Kooperation zwischen TCM und Biomedizin. Sie binden den Begriff der Kooperation an bestimmte Bedingungen. So soll zunächst eine gleichberechtigte Anerkennung und Position beider Medizinsysteme in der Gesundheitspolitik erreicht werden. Dies bedeutet, daß TCM und Biomedizin bei der Ausübung der Praxis gleiche Rechte und Pflichten erhalten sollen und als gleichberechtigte Partner zusammenarbeiten. Jedoch beschwerte sich der akademische TCM-Arzt darüber, daß eine gleichberechtigte Chance für die TCM fehlt, da die Entwicklung der TCM ständig von der Politik behindert würde (Interviewpartner: Lin, Zhao-geng). Der nicht-akademische TCM-Arzt schließt sich dieser Meinung an.

„Es besteht für die Chinesische Medizin die Hoffnung, sich weiter zu entwickeln, wenn sie wie die westliche Medizin eine gleichberechtigte Verwaltungshierarchie sowie Ausbildungs- und Forschungschancen haben. Nur unter solchen Bedingungen kann die Chinesische Medizin mit der westlichen Medizin kooperieren, da dann beide auf gleichem Niveau weiter voranschreiten können“ (Wu, Shui-sheng).

Die Ungleichbehandlung von TCM und Biomedizin störe, so behaupteten die TCM-Ärzte, eine Zusammenarbeit zwischen beiden Medizinformen. Da die Akzeptanz der TCM durch die Biomediziner nur schwach ausgeprägt sei, entstünden bei einer Kooperation zweier Heilpersonen aus verschiedenen Medizinsystemen Schwierigkeiten. Zumindest fehle den Gesundheitspolitikern die Einsicht in die Notwendigkeit beider Heilsysteme und den Biomedizinern das Verständnis für die Konzeptionen der TCM. Die Bemühungen um Kooperation könnten daher nur von TCM selbst ausgehen, die eine Verbindung mit der Biomedizin knüpft.

„Die ‚Kooperation‘ (He-zuo) zwischen der Chinesischen Medizin und der westlichen Medizin erfolgt in zwei Varianten, die eine ist die zwischen zwei Personen aus beiden medizinischen Systemen, die zusammenarbeiten. Wir haben dies ausprobiert, aber es funktioniert nicht gut. Die bessere Möglichkeit besteht darin, daß sich eine Person Kenntnisse in beiden Systemen aneignet. Darum müssen wir die Gesundheitspolitik dahingehend beeinflussen, daß TCM-Ärzte mit Doppellizenz beide Medizinformen anwenden zu können“ (akademischer TCM-Arzt, Xie, Qing-liang).

„Eine ‚Kooperation‘ oder Zusammenarbeit erfolgt in anderen Ländern durch zwei Personen. Weil wir TCM-Ärzte mit Doppellizenz haben, kann dies durch eine Person geschehen, die sich sowohl in der TCM als auch in der westlichen Medizin gut auskennt. Die Zusammenarbeit zwischen zwei Personen aus zwei verschiedenen Medizinsystemen ist nur möglich, wenn beide die medizinische Sprache und Kenntnisse der jeweils anderen Seite verstehen und anwenden können. Es gibt aber in Taiwan viele westlich orientierte Mediziner, die die Chinesische Medizin als schädlich für die Medizin betrachten. Demgegenüber beschwerten sich viele alte Chinesische Ärzte, daß die westlich orientierten Mediziner die unheilbaren Patienten zu ihnen abschieben. Bei einem solchen Verhalten kann von einer Kooperation überhaupt nicht gesprochen werden“ (akademischer TCM-Arzt, Liu, Jing-sheng).

Die in einer Person vereinigte „Kooperation“ zweier Medizinsystemen wurde auch von den TCM-Ärzten mit dem Begriff „Kopplung“ (Jie-he) umschrieben. Bei der Kopplung kristallisierten sich zwei Formen heraus – die TCM als Alternative zur und die TCM als Ergänzung der Biomedizin. Da die TCM ihre Unabhängigkeit von der Biomedizin erreichen wollte, befürworteten die TCM-Ärzte, besonders die nicht akademischen, daß die TCM als Alternativmedizin neben der Biomedizin stehen solle. Die TCM habe ihre besondere Stammkundschaft, die wenig mit der Klientel der Biomedizin gemein habe (Interviewpartner: Wu, Shui-sheng). Einige TCM-Ärzte, besonders die akademischen, versuchen TCM und Biomedizin gemeinsam anzuwenden. Hier hat die TCM die Funktion einer Ergänzungsmedizin.

„Der Sinn der Kopplung liegt darin, eine passende Heilmethode zu finden und zu erlassen,

wann mit der Heilmethode der Chinesischen Medizin oder wann mit der westlichen Medizin interveniert werden soll“ (Liu, Jing-sheng).

Die Kopplung zwischen TCM und Biomedizin funktioniert zur Zeit TCM in Form der Ergänzungsmedizin:

„Bis jetzt finden wir nur ergänzende Anwendungen der Chinesischen Medizin bei ihrer Kombination mit der westlichen Medizin“ (Liu, Jing-sheng).

Die stationäre Behandlung bilde hierfür ein Beispiel:

„Z. B. wenn der Gesundheitszustand eines Krebspatienten schlecht ist, kann er auch keine Chemotherapie vertragen. In dieser Situation kann die Chinesische Medizin helfen, mit TCM-Kräutern das Immunsystem des Patienten zu stärken. Wenn sich der körperliche Zustand des Patienten verbessert hat, kann mit der Chemotherapie begonnen werden. Nach der Chemotherapie ist der Patient nochmals geschwächt. Er erhält deshalb zusätzlich TCM-Kräuter, um seinen Körper wieder aufzubauen“ (Liu, Jing-sheng).

Zu dem Kreis, der sich um Kooperation oder Kopplung bemüht, zählen nicht nur die praktizierenden TCM-Ärzte, sondern vor allen Dingen die Ärzte mit einer Doppellizenz in Chinesischer Medizin und in Biomedizin. Obwohl sie bisher überwiegend als Biomediziner gearbeitet haben, widmen sie sich, bedingt durch die Einbeziehung der TCM in die NHI, verstärkt der Kooperation bzw. der Kopplung.

3.2 Integration der TCM in die Biomedizin - Integration der Biomedizin in die TCM

Eine Form der Kooperation, daß eine Person beide Heilsysteme - TCM- und biomedizinisches Wissen - lernt, konnte durch einen Ausbildungsgang mit beiden medizinischen Inhalten umgesetzt werden. Mit diesem Ausbildungssystem begann aber die Spaltung zwischen den nicht akademischen TCM-Ärzten und den akademischen TCM-Ärzten. Die ersteren nehmen diese als TCM-Ausbildung zwar hin, kritisieren aber, daß dies einer Integration der TCM in die Biomedizin Vorschub leiste. Sie wollen eine Kooperation, aber nicht eine Integration in die Biomedizin. Die Integrationslösung sehen sie als deren Vernichtung an:

„Die Integration der Chinesischen Medizin in die westliche Medizin bedeutet eine Vernichtung der Chinesischen Medizin. ... Wie beim China Medical College der Fall, gibt es bei einer Orientierung an der westlichen Medizin keine reelle Chance für die Chinesische Medizin. Da es aber noch kein formales Ausbildungssystem gibt, muß man dies momentan akzeptieren“ (nicht-akademischer TCM-Arzt, Wu, Shui-sheng).

Trotzdem streben die nicht akademischen TCM-Ärzte an, die biomedizinische Technik in die TCM zu integrieren, um, wie schon vorher beschrieben, eine Verwissenschaftlichung der TCM einzuleiten. Wenn jedoch die Biomediziner sich TCM-Heilmethoden aneignen, bedeutet dies für die TCM-Ärzte nur eine nicht verstandene Anwendung der TCM.

„Wie können Chinesische Medizin und westliche Medizin miteinander kombiniert werden, wenn, wie ich gesehen habe, die TCM-Ärzte keine Untersuchungsgeräte benutzen dürfen? Chinesische Medizin und westliche Medizin bleiben dann weiterhin getrennte Gebiete. Die TCM-Heilmethode orientiert sich an dem Kreislauf (Rundwandlung) des Meridians, um das Problem des Patienten ursächlich zu lösen. Andererseits sehen die westlichen Mediziner meistens nur die Symptome. Obwohl manche von ihnen Akupunktur gelernt haben, versuchen sie nach wie vor nur symptomatisch zu behandeln. Sie können die Konzepte der Chinesischen Medizin nicht verstehen“ (Zheng, Sui-zong).

3.3 Vereinheitlichung von TCM und Biomedizin - eine neue Medizin

Der Begriff „Vereinheitlichung“ wurde von den Interviewpartnern häufig als „Integration“ gedeutet, da „Zheng-he“ (Integration) im Sinne von „Zusammenmischung“ benutzt wurde.

Die akademischen TCM-Ärzte sehen eine Integration aus einem anderen Blickwinkel als die nicht akademischen TCM-Ärzte. Sie betonen die Anwendbarkeit der TCM. Die Integration erscheint für sie nicht als ein Problem der Orientierung, sondern als ein Ziel der Vereinheitlichung zwischen der TCM und Biomedizin, um eine neue und moderne Medizin zu entwickeln.

„Die Integration der Chinesischen und der westlichen Medizin ist ein künftiger Trend“ (Xie, Qing-liang).

„Vereinheitlichung der Chinesischen und der westlichen Medizin bedeutet, daß Chinesische und westliche Medizin zu einer Einheit verschmelzen, um eine neue Medizin zu entwickeln, d. h. eine gemeinsame Anwendung von Chinesischer und westlicher Medizin“ (Liu, Jing-sheng).

„Chinesische und westliche Medizin können nicht einfach getrennt werden. Alle nützlichen medizinischen Kenntnisse sind zusammenführbar. Beispielsweise waren die ägyptische Medizin, die antike Medizin, bis hin zur modernen Medizin auch sehr unterschiedlich geartete Medizinsysteme, aber heutzutage sind alle in einer Einheit integriert. Deshalb besteht auch die Möglichkeit, daß in der Zukunft Chinesische und westliche Medizin vereinheitlicht werden“ (Chen, Chieh-fu).

Jedoch läßt das Ziel der Vereinheitlichung nicht ohne Probleme durchsetzen. Die akademischen TCM-Ärzte erkennen dies auch, jedoch sind beide Seiten nicht bereit, aufeinander zuzugehen.

„Es ist wie Öl und Wasser. Um Öl mit Wasser zu vereinheitlichen, muß ein genauer Siedepunkt erreicht werden. Der Prozeß der Vereinheitlichung von Chinesischer und westlicher Medizin ist an diesem Punkt jedoch noch nicht angekommen“ (Liu, Jing-sheng).

Die akademischen TCM-Ärzte, die den Post-Bachelor Studiengang absolviert haben, und nur eine Lizenz erwerben können, bekommen nicht nur Schwierigkeiten, weil ihre biomedizinischen Kenntnisse nicht als vollständige Ausbildung anerkannt werden, sondern müssen sich dazu in der Praxis den Problemen einer vereinheitlichten TCM und Biomedizin stellen. Die unterschiedlichen Konzepte von TCM und Biomedizin erschweren eine solche „Vereinheitlichung“.

„Chinesische und westliche Medizin sind zwei verschiedene Denkweisen. Ich meine, wenn man eine der Behandlungsmethoden anwenden möchte, muß man auch der Denkweise dieses Medizinsystems folgen. Es bereitet Schwierigkeiten, die beiden zusammen bei einer Behandlung anzuwenden. ... Es ist besser, wenn der Arzt nur einer Denkweise bei der Behandlung einer Krankheit folgt. Wenn er westliche Medizin anwendet, dann folgt er besser nur der westlichen medizinischen Denkweise, und wenn er Chinesische Medizin anwendet, dann denkt er auch nur in TCM-Kategorien. Es war für uns im Studium auch schwer, plötzlich mit beiden medizinischen Systemen konfrontiert zu werden“ (Huang, Jiang-Rong).

Unter den akademischen TCM-Ärzten mit zwei Lizenzen gibt es zwar Meinungsverschiedenheiten über die Unterschiede der Denkweise beider Medizinformen. Allgemein herrscht jedoch die Auffassung vor, daß eine „Integration von TCM und Biomedizin“ als Ziel der Entwicklung der TCM angesehen wird. Sie betonten wiederum die pragmatische Durchsetzung von Therapien. Der Vorsitzende der vereinigten TCM-Ärztammer, der den kompletten Studiengang für TCM (bis zum Doktorgrad) absolviert hat, hebt hier aber die Unterschiede in der Denkweise zwischen TCM und Biomedizin hervor. Dennoch glaubt er an die Realisierbarkeit einer „Integration“ beider Medizinsysteme.

„Beide Denkweisen sind völlig unterschiedlich. Eine bezieht sich auf Theorie des Yin/Yang und der fünf Wandlungsphasen. Das Andere ist ein Produkt der modernen Wissenschaft. Aber ich denke, der Konflikt zwischen beiden ist nicht unüberwindbar. Durch das häufige Ausprobieren einer gemeinsamen Krankheitstherapie mit Chinesischer und westlicher Medizin werden sie sich aneinander annähern und kommunizieren“ (Lin, Zhao-geng).

Der akademische TCM-Arzt, der mehrere biomedizinische Ausbildungen absolviert

hatte, betrachtet beide Medizinsysteme als wesensverwandt. In erster Linie sieht er in einer „Integration“ ein praktisches Problem hinsichtlich der unterschiedlichen Kategorien, Sprachen und Erklärungsperspektiven. Ein gemeinsamer Ausbildungsgang mit dem Ziel einer Integration könne schon das Mittel zum Erfolg sein. Auffällig ist, daß die Biomedizin als Balance-Theorie gedeutet wird, nicht als nur an Symptomen und isolierten Organen orientiert. Eine Integration werde nicht durch die unterschiedlichen medizinischen Konzepte behindert, sondern durch fehlende Anwendungschancen.

„Das Konzept, das die Gesundheit als eine Balance innerhalb des Körpers und zwischen Mensch und Natur definiert, existiert als ähnlicher Gedankengang auch in der Biomedizin. Ein Beispiel hierfür ist der Einfluß des Klimas und Wetters auf die Gesundheit. TCM betrachtet den Körper als einen kleinen Kosmos, so wie die Biomedizin auch. Es gibt nur unterschiedliche Kategorisierungen, Sprachen und Perspektiven, der Inhalt ist derselbe. ... Innerhalb des Medizinsystems soll keine Trennung der Heilmethoden vorgenommen werden. Es ist besser, entsprechend dem Können des Arztes verschiedene Methoden anzuwenden“ (Xie, Qing-liang).

„Es ist das Ziel unserer Hochschule, eine Integration zwischen beiden medizinischen Systemen zu verwirklichen. Es fehlt jedoch noch immer an der praktischen Umsetzung, da die Regierung mit ihrer Verordnung den Ärzten mit Doppellizenz verbietet, gleichzeitig als Biomediziner und TCM-Ärzte zu praktizieren“ (Xie, Qing-liang).

3.4 Kooperation, Integration, Vereinheitlichung und ihre praktische Umsetzung

Wie soll Kooperation, Integration oder Vereinheitlichung zwischen der TCM und Biomedizin konkret funktionieren? Unter welchen Bedingungen wird es eine passende Anwendung geben? Die unterschiedlichen Positionen bei der Beantwortung dieser Fragestellung hängen von der Erfahrung eines jeden TCM-Arztes ab.

Der akademische TCM-Arzt mit Doppellizenz ist der Auffassung, daß eine Therapie unter Verwendung beider Medizinsysteme in der Praxis die alleinige Angelegenheit für den TCM-Arzt mit biomedizinischen Kenntnissen ist. Die doppelt lizenzierten TCM-Ärzte, die viele praktische Erfahrungen gesammelt haben, stellen sich die Frage, ob sie die praktische Anwendung genau kennen.

„Wenn die TCM-Ärzte ihre Kenntnisse nicht in das moderne Wissen integrieren können, dann bedeutet dies, daß sie ihre Kenntnisse nicht gut beherrschen können“ (Liu, Jing-sheng).

Nach Meinung des akademischen TCM-Arztes mit nur einer Lizenz ist eine Kombinationsbehandlung zwischen TCM und Biomedizin notwendig, um eine

stationäre TCM-Behandlung einzuleiten.

„Die stationäre TCM-Behandlung ist nur möglich, wenn Chinesische und westliche Medizin kombiniert werden können, d. h. wenn die TCM-Ärzte westliches medizinisches Gerät und Spritzen verwenden können. Wenn bei einer stationären TCM-Behandlung dem Patienten nur Akupunktur, Tui-Na (Massage) und Kräuterheilmittel verabreicht werden, gibt es keine Unterschiede bei der Behandlung im Krankenhaus oder in der eigenen Wohnung“ (Huang, Jiang-Rong).

Der nicht akademische TCM-Arzt sieht eine solche Tendenz zur Integration nur bei einer bestimmten Kategorie von TCM-Ärzten und nur bei stationärer Behandlung gewährleistet. Diese Zielvorstellung würden aber keineswegs alle Gruppen der TCM-Ärzte teilen.

„Eine Integration oder eine Vereinheitlichung der Chinesischen Medizin mit der westlichen Medizin läßt sich nur bei einer stationären Behandlung durchführen, aber nicht bei der ambulanten. Und dies ist nur mit Ärzten möglich, die Kenntnisse in beiden Bereichen-- Chinesische und westliche Medizin erworben haben“ (Chen, Jun-ming).

Der akademische TCM-Arzt stimmt zu, daß eine Integration oder Vereinheitlichung der TCM mit der Biomedizin nur eine Förderung innerhalb eines kleinen Kreises darstellt. Aber die zukünftige Entwicklung gehe in Richtung Integration. Wenn die Anzahl der akademischen TCM-Ärzte sich nicht maßgeblich erhöht, wird es schwierig, eine Integration beider Medizinsysteme zu fördern.

„Hinsichtlich der Lizenz gibt es keinen Unterschied zwischen den TCM-Ärzten in Taiwan. Aber die akademischen TCM-Ärzte beherrschen moderne Wissenschaft besser als die nicht akademischen „traditionellen“ TCM-Ärzte. ... Die Idee der Integration der Chinesischen und westlichen Medizin bleibt zur Zeit nur auf eine kleine Gruppe von TCM-Ärzten beschränkt, die in beiden Bereichen, in westlicher Medizin und in Chinesischer Medizin ein Studium absolviert und zwei Lizenzen erworben hat. ... Weil eine solche Idee nur durch einer Minderheit der TCM-Ärzte umsetzungsfähig ist, wird ihr Einfluß innerhalb des TCM-System gering bleiben“ (Lin, Zhao-geng).

Die nicht akademischen TCM-Ärzte haben ihrerseits Probleme, an ihren traditionellen Begriffen festzuhalten und mit ihren Patienten zu kommunizieren. Nach ihrer Meinung lernen die Patienten zunehmend Kenntnisse und Begriffe der westlichen Biomedizin kennen, bedingt durch deren wachsenden Einfluß. Es sei daher realistisch, wenn in der Praxis die TCM-Ärzte ihre medizinischen Begriffe mit denen der Biomedizin verbinden. Da die heutigen Patienten anders als früher von der Biomedizin geprägt sind, kennen sie die deren Begriffe besser als die der TCM.

„Die Patienten haben wegen der seit langer Zeit gelehrt westlichen Erziehungsinhalte das Konzept des westlichen medizinischen Krankheitsbildes kennengelernt. Bei der Behandlung muß ich dem Patienten beide Erklärungsmodelle erläutern, um ihm die Zusammenhänge und Unterschiede der beiden Medizinsysteme deutlich zu machen. ... Daß die Patienten das Erklärungsmodell der Chinesischen Medizin nicht gut verstehen können, ist auf die Orientierung der Politik zurückzuführen. Denn schon in der Grundschule wurden der Bevölkerung westliche medizinische Kenntnisse beigebracht, während keine Informationen über Chinesische Medizin weitergegeben wurden“ (Wu, Shui-sheng).

Aus dem genannten Grund vermischten sich während des Therapieprozesses in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient TCM- und biomedizinische Kenntnisse sowie die Begrifflichkeiten. Dies läßt sich nicht als eine Integration der beiden Medizinsysteme bezeichnen, zeigt aber doch, daß die nicht akademischen TCM-Ärzte sich an die moderne Medizin anpassen müssen. Obwohl sie sich noch nicht dazu bereit zeigen, mit einer Kombination beider Systeme ihre Patienten zu heilen, werden sie gezwungen, in ihrem Umgang mit dem Patienten Kenntnisse auszutauschen.

„Die meisten der Patienten kennen die Begriffe der westlichen Medizin für ihre Symptome. ... Dadurch vermischen sich die Kommunikationsinhalte mit den Patienten. Die heutigen TCM-Ärzte müssen dem Patienten nicht nur die alten Diagnosen, sondern auch umgekehrt die westlichen medizinischen Begriffe erklären“ (Chen, Jun-ming).

„Die TCM-Ärzte sollen dem Patienten ihren Krankheitsfall mit Begriffen der westlichen Medizin erklären. Aber der Behandlungsprozeß muß sich nach wie vor an der TCM orientieren. Normalerweise erklären die Patienten ihre Symptome mit westlichen medizinischen Begriffen. Anhand dieses Hinweises diagnostizieren wir anschließend mit TCM-Methoden den körperlichen Zustand des Patienten. ... Sowohl mit den modernen medizinischen als auch mit den traditionellen Kenntnissen über den Körperkreislauf können wir dem Patienten besser erklären, wie der Heilungsprozeß funktioniert und was seinem Körper fehlt. Früher haben wir dies nach dem Konzept des Yin/Yang und den fünf Wandlungsphasen durchgeführt, jetzt können wir mit Hilfe wissenschaftlicher Beweise und des Ernährungsbegriffes mit dem Patienten noch besser kommunizieren“ (Chen, Jun-ming).

3.5 Debatten aus Sicht der Biomedizin

Im Folgenden wird das Interviewergebnis mit dem Sprecher der TCM-Verwaltungsbehörde, einem lizenzierten Biomediziner mit zusätzlicher TCM-Ausbildung ausgewertet. Dabei wird die Beziehung zwischen TCM und Biomedizin aus der Sicht dieses Biomediziners, der als TCM-Förderer und -Kenner arbeitet, über die Möglichkeit einer Integration diskutiert.

Darüber hinaus werden hier die Positionen der Biomediziner zur Verwissenschaftlichung der TCM und ihre Integration in die Biomedizin anhand von Sekundärquellen herausgearbeitet. Diese Materialien sind einer Zeitschrift für Gesundheitswesen entnommen. Darin beschäftigen sich einzelne Artikel mit der Thematik. Die an der Diskussion beteiligten Autoren haben Führungspositionen in der Biomedizin inne, arbeiten entweder als Professoren oder als andere bekannte Wissenschaftler. In der Debatte erhält die Frage der Beweisbarkeit der Chinesischen Medizin einen wichtigen Stellenwert. Die Integration beider Medizin wird dabei mit Distanz betrachtet.

3.5.1 Sicht eines TCM-Verwaltungssprechers

Aus der Sicht des Biomediziners, der auch den Master Degree für traditionelle Medizin erworben hat und in der Verwaltungsorganisation für TCM arbeitet, liegt das Problem der TCM an dem engen Blick und dem ablehnenden Verhalten gegenüber der Biomedizin. Die Spaltung innerhalb der TCM verhindere ihren Fortschritt, daher fehle es an Verständnis für die Biomedizin, und dies behindere wiederum die Kommunikation. Wie bereit erwähnt, kritisieren die TCM-Ärzte, daß die Biomedizin sich zu stark auf einzelnen Bestandteile des Körpers fokussiert. Dazu zählt auch, daß die Biomediziner Teilbereiche der TCM-Methode lernen und sie als Technik betrachten. Der Biomediziner argumentiert dagegen:

„Die Biomedizin hat auch wie die TCM eine ganzheitliche Sicht, und berücksichtigt auch die Individualität des Kranken. Denn bei dem Entwicklungsprozeß der Biomedizin modifiziert sie auch ihre Methoden und Theorien. Die Biomediziner in Taiwan sind offen. Manche von ihnen lernen auch Techniken und Kenntnisse von der TCM. Es stimmt auch nicht, daß die Biomedizin sich nur auf die einzelnen Organe fokussiert. Sie beschäftigt sich mit den Beziehungen zwischen den Organen, wobei ihr dies nur mit einer ganzheitlichen Sicht gelingen kann“ (Chen, Zhao-ming).

Er hält es für folgerichtig, wenn Biomediziner mit einer kompletten theoretischen und praktischen Universitätsausbildung die TCM in ihren Praxen lediglich als Heiltechnik anwenden, da sie genügend medizinisches Wissen beherrschen:

„Es ist logisch, daß die Biomediziner Akupunktur als eine Technik, aber nicht als ein Teil der TCM-Theorie betrachten. Denn die Biomediziner haben ausführliche medizinische Kenntnisse und beherrschen das Wissen über den menschlichen Körper. Sie brauchen deshalb nicht eine weitere medizinische Theorie zu lernen, nur weil sie Interesse an einer Methode außerhalb der Biomedizin zeigen. Dies heißt nicht, daß die Biomediziner die Akupunktur nur als simple Technik ansehen. Sie können sich noch eine weitere Technik aneignen, weil gerade sie über genügend medizinisches Wissen und praktische Erfahrung verfügen“ (Chen, Zhao-ming).

Umgekehrt wird die TCM als ein zu geschlossenes System charakterisiert. Zwischen medizinischen Systemen und Methoden sollte statt dessen eine rege Kommunikation stattfinden. Meinungen und Erfahrungen sollen miteinander ausgetauscht werden.

„Die TCM soll auch von der Biomedizin lernen. Eine Kombination zwischen TCM und Biomedizin ist notwendig. Die TCM soll ihren Methoden und ihre Theorie modifizieren, damit sie gegenüber anderen Medizinsysteme konkurrenzfähig bleibt, und sie mit anderen Medizinformen in Dialog treten kann. Aus der Geschichte der Biomedizin können wir auch lernen, daß die Biomedizin immer versucht hat, ihre Theorien und Heilmethoden zu modifizieren und zu verbessern. Die TCM muß einen solchen globalen Blick annehmen, und von anderen Medizinsystemen lernen. Medizin orientiert sich an der Nachfrage des Menschen. Es soll in keine einzelnen Territorien aufgespaltet werden“ (Chen, Zhao-ming).

3.5.2 Sichtweise der übrigen Biomediziner

Die meisten Biomediziner verhalten sich gegenüber der TCM mit einer gewissen Distanz. Früher grenzten sie sich deutlich von der TCM ab. Ihr Verhältnis gegenüber der TCM verbesserte sich mit der Zeit. Ein Beispiel hierfür sind die Vorgänge an der Taiwan-Universität im Zusammenhang mit der Wahl des Dekans der medizinischen Fakultät im Jahre 1993. Da der Kandidat über Wirkungen chinesischer Heilkräuter auf den Patienten gearbeitet hatte, wurde dessen Forschungsqualität angezweifelt. Einer seiner ärztlichen Kollegen kritisierte seine Ergebnisse, indem er die TCM als Quacksalberei abqualifizierte:

„... die traditionelle Chinesische Medizin ist mit anderen traditionellen Medizinformen gleichzusetzen wie der alten indischen Medizin, der arabischen Medizin, oder der ägyptischen Medizin. Es gibt auch keinen Unterschied zwischen traditioneller Chinesischer Medizin und der archaischen afrikanischen Medizin, sowie der indianischen Medizin. Diese veraltete primitive Medizin ist unlogisch, und fußt auf einer nur unrealistischen metaphysischen Theorie. ... Die einzige Möglichkeit der Verwendung solcher primitiver Heilkräuter besteht für den Pharmakologen, wenn er pharmazeutische Mittel entwickelt“ (Lin, Yong-feng 1993:32).

Er herrschte die Auffassung vor, daß die medizinische Fakultät der berühmten Taiwan-Universität nicht zu einem Lehrzentrum für Quacksalber werden dürfe. Die Fakultät für Medizin solle ein hochqualifiziertes Forschungszentrum für wissenschaftliche „Biomedizin“ sein (Lin, Yong-feng 1993: 34). Hier wird ersichtlich, daß die Biomedizin von der TCM deutlich getrennt werden sollte.

Während einer Diskussion im Jahr 1999 über die Integrationsmöglichkeit zwischen TCM und Biomedizin, die von einer Zeitschrift für Gesundheitswesen durchgeführt

wurde, machten die Biomediziner mit Führungspositionen auch ihre Distanz gegenüber einer solchen Zielsetzung deutlich. Dennoch ist ihre Haltung nicht mehr so stark von Abgrenzung geprägt.

Der Leiter der „National Health Research Institut“ hegt die positive Erwartung, daß die TCM ihre Überzeugungskraft bei der Frage ihrer Wirksamkeit durch wissenschaftliche Forschung erhöhen kann. Die Kooperation zwischen der TCM und Biomedizin bezieht sich hauptsächlich auf die klinische Heilungsmethode.

„Es gibt zwei Teile der Chinesischen Medizin - Theorie und Heilung. Wenn es so schwierig ist, einen Konsens mit der Theorie zu finden, kann man eine Kopplung auch nicht erzwingen. Eine Verstärkung der Wissenschaftlichkeit der Chinesischen Medizin ist jedoch zu begrüßen. Ich glaube, daß Chinesische Medizin ihre Vorteile hat. Aber wenn die Chinesische Medizin die Krankheit nicht heilen kann, steht sie eines Tages im Abseits“ (Wu, Cheng-wen).⁴

Der Leiter einer medizinischen Fakultät behauptete, daß er zwar versucht habe, TCM-Bücher zu lesen, sie jedoch aus seiner Sicht als Biomediziner überhaupt nicht verstehen könne. Es gebe kaum Hoffnung, daß Biomediziner aus ihrem Blickwinkel die TCM nachvollziehen könnten. Der Grund, warum diese Heilkunde noch weiter existiert, bestehe darin, daß für die Ursachen vieler menschlicher Krankheiten noch immer eine Erklärung fehlt (Huang, Kun-yan).

„Eine Kooperation zwischen Chinesischer und westlicher Medizin läßt sich bei den Heilkräutern über ihre Heilwirkung erzielen“ (Huang, Kun-yan).⁵

Ein Medizinprofessor, ein Experte für Hepatitis, berichtete von seinen negativen Erfahrungen im Kontakt mit der Chinesischen Medizin im Zuge seiner Bemühungen, ein Heilmittel gegen diese Krankheit zu gewinnen. Einmal habe sich gezeigt, daß die Aussagen der Chinesischen Mediziner erheblich voneinander abwichen. Dazu hing die Zusammensetzung der TCM-Heilmitteln von Klima, Ort und Zeit der Gewinnung ab. Er äußerte sich folgendermaßen:

„Die Chinesische Medizin hat keine klare Definition und ist zu abstrakt. Die Kommunikation zwischen Chinesischen Medizin und westlichen Medizin gleicht der „Unterhaltung zwischen Hühnern und Enten (d. h. unverständlich)“. ... Schon die Zusammensetzung der Kräuterrezepte weist erhebliche Unterschiede auf. Wie läßt sich ein

⁴ Wu, Cheng-wen, in: „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und die Chinesische Medizin integriert werden?“, „Common Health Magazine“, Vol. 36. Auf der Homepage des „Common Health Magazine“.

⁵ Huang, Kun-yan, in: „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und die Chinesische Medizin integriert werden?“, „Common Health Magazine“, Vol. 36. Auf der Homepage des „Common Health Magazine“.

Rezept mit einer solchen Variation an Pflanzen wissenschaftlich untersuchen? Bei einer solchen komplizierten Zusammensetzung erhalte ich niemals ein seriöses wissenschaftliches Forschungsergebnis. ... Wenn die Chinesische Medizin ihre Wirksamkeit beweisen kann, werde ich dies begrüßen. Falls das Ergebnis negativ ist, muß die Chinesische Medizin abgeschafft werden, damit gesellschaftliche Ressourcen nicht verschwendet werden. Die Forderung, daß die westliche Medizin die Chinesische Medizin akzeptiert bzw. versteht, läßt sich nur realisieren, wenn die Wirksamkeit der Chinesischen Medizin bewiesen ist“ (Chen, Ding-xin).⁶

4 Die Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin

Die TCM-Ärzte mit Doppellizenz für TCM und Biomedizin gründeten 1993 eine Gesellschaft, um die Integration von TCM und Biomedizin zu fördern. Eine Ausbildung, bei der Kenntnisse in beiden Medizinsystemen vermittelt wurden, vermochte jedoch nicht, dem Ziel einer Zusammenarbeit zwischen der TCM und der Biomedizin näher zu kommen. Es wurde die Etablierung einer Organisation ins Auge gefaßt, um die systematische Integration beider Medizinsysteme realisierbar zu machen.

Zu dieser Gesellschaft zählten nicht nur TCM-Ärzte mit zwei Lizenzen. Die Zahl der Mitglieder stieg innerhalb von 6 Jahren von anfangs knapp über 100 Personen auf 1000 an. Die lizenzierten TCM-Ärzte, die übrigen TCM-Ärzte und auch die Biomediziner können eine Mitgliedschaft beantragen. Aber lizenzierte TCM-Mediziner, die keine Medizinische Hochschule besucht haben, müssen wenigstens fünf Jahre Praxiserfahrung mitbringen. Insbesondere wurde darauf Wert gelegt, daß sie auch das Ziel einer Integration zu befürworten haben. Akademiker, die wenigstens ein Magisterstudium nachweisen können, wissenschaftliche Forschungen über TCM durchführt, oder über Umsetzungsmöglichkeiten der Integration von TCM und Biomedizin geforscht haben, dürfen aufgenommen werden.⁷ Offensichtlich wird hier versucht, die Qualifikation der Mitglieder so weit es geht auf die akademischen Ärzte zu beschränken. Dennoch bietet sich hier die Möglichkeit für beide Medizinsysteme, Grenzen abzubauen und voneinander zu lernen.

Ziel dieser Gesellschaft ist die Förderung der Integration von TCM und Biomedizin. Fortbildungskurse, wissenschaftliche Tagungen und Zeitschriften, klinische Forschungen über integrative Behandlungsmöglichkeiten mit TCM und Biomedizin

⁶ Chen, Ding-xin, in: „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und die Chinesische Medizin integriert werden?“, „Common Health Magazine“, Vol. 36. Auf der Homepage des „Common Health Magazine“.

⁷ Broschüre für die Tagung der Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin der Republik China v. 17. 5. 1998: 21.

konnten durch diese Organisation durchgeführt und auch weiter gefördert werden.⁸ Ferner versuchte sie Einfluß auf die Gesetzgebung zu bekommen. Durch diese Gesellschaft wurde im Jahre 1998 auch ein Entwurf für die Auswahl und Überprüfung des Facharztes mit der Fachrichtung „Integrationsbehandlung mit TCM-Biomedizin“ ausgearbeitet und von der ZfG die entsprechenden Genehmigungen verlangt. Erstens sollten Ärzte mit Doppellizenz auch in beiden Bereichen praktizieren dürfen. Zweitens müsse auf der Grundlage der Verordnung für Fachdisziplinen eine Facharzt-Richtung für „Integrationsmedizin“ geschaffen werden. Ferner wurde die ZfG ersucht, ihre Gesellschaft als rechtliche Organisation für Auswahl und Prüfung in dieser Facharzttrichtung anzuerkennen. Dabei wird von der Prämisse ausgegangen, daß eine Zusammenarbeit von TCM und Biomedizin eine unvermeidbare Tendenz ist.

„Die Integrationsbehandlung von TCM und Biomedizin läßt sich nicht einfach auf die Gleichung TCM-Behandlung plus biomedizinische Behandlung reduzieren. Es ist Aufgabe einer speziellen Medizin, die Lücken zwischen beiden Systemen auszufüllen“.⁹

Die Mitglieder argumentieren weiter, daß diese Gesellschaft über genügend qualifizierte Experten verfüge, um von der ZfG als legitime Organisation für die Anerkennung der Fachdisziplin anerkannt zu werden. Um die Qualität einer integrativen Behandlung mit TCM und Biomedizin zu sichern, müßten die Ärzte eine Fortbildung und ein klinisches Praktikum absolvieren.

Das Gesuch dieser Gesellschaft wurde zuerst innerhalb der VfCM diskutiert. Diese ermutigte die Gesellschaft, zunächst ein Gesuch zur Schaffung einer Fachdisziplin für Integrationsmedizin an die ZfG zu stellen. Erst wenn das gleichzeitige Praktizieren mit Doppellizenz ermöglicht wird, könne es zu einer Realisierung einer Fachdisziplin für Integrationsbehandlung kommen, so daß die Regierung die Bewilligung für die rechtmäßige Durchführung der Überprüfung in dieser Fachdisziplin durch diese Gesellschaft geben könne.¹⁰

Die ZfG reagierte distanziert. Sie erklärte mit Hinweis auf das Arztrecht, daß die Fachärzte eine Genehmigung für die Ausübung der Praxis in ihren Fachbereichen bekommen, daß aber die nicht fachlich gebundenen Ärzte in ihrer Praxis in keinen bestimmten Fachbereich eingeordnet werden könnten. Die Gesellschaft könne ihre Ausbildungskurse, Forschungen und fachliche Publikationstätigkeit zwar weiter

⁸ Broschüre für die Tagung der Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin der Republik China v. 17. 5. 1998: 21.

⁹ Broschüre für die Tagung der Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin der Republik China v. 17. 5. 1998: 37.

¹⁰ Broschüre für die Tagung der Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin der Republik China v. 17. 5. 1998: 36.

durchführen, aber für eine Genehmigung einer anerkannten Ausbildung und Prüfung in einer Fachdisziplin gebe es noch keine rechtliche Grundlage.¹¹

Die Gesellschaft wurde nicht bei der ZfG registriert, sondern beim Innenministerium als ein normaler vereinsmäßiger Zusammenschluß von TCM-Ärzten und Biomedizinern eingetragen. Wie der Vorsitzende auf einer Tagung andeutete, sei neben einer anzustrebenden Kooperation eine Lobbyarbeit in der Politik die wichtigste Aufgabe. Durch den Einfluß des Parlaments könne besonderer Druck auf das Erziehungsministerium, das Examinationsministerium, die ZfG und die NHI ausgeübt werden, um das anvisierte Ziel zu erreichen. Der Gründungsvorsitzende dieser Gesellschaft war und ist Parlamentsabgeordneter. Diese Beziehungen zeigen, daß der Prozeß der Verrechtlichung im TCM-Bereich ähnlich verläuft wie früher. Verbindungen zu politisch einflußreichen Personen bleiben essentiell.

5 Nachfragesituation im TCM-Bereich

Die Verwissenschaftlichung der TCM und die Integration zwischen TCM und Biomedizin machen den Reformprozeß innerhalb des Systems der Chinesischen Medizin deutlich. Können die Patienten durch eine solche Orientierung auch profitieren? Wie wird ihr Verhalten davon beeinflusst? Da die Chinesische Medizin als traditionelle Medizin in der taiwanesischen Gesellschaft seit langer Zeit existiert, liegt hier eine andere Situation als bei der importierten alternativen Medizin in Westeuropa und den USA vor. Der folgende Text thematisiert nicht die gesamte Nachfragesituation und nimmt auch keine Analyse des Patientenverhaltens vor, sondern fokussiert sich lediglich auf die Einflüsse der Verwissenschaftlichung der TCM in diesem Bereich.

Bezogen auf diese Orientierung werden hier zwei Bereiche des Patientenverhaltens diskutiert. Einmal geht es um die Frage der Information. Hierbei ergibt sich die Hypothese, daß die Verwissenschaftlichung der TCM nicht nur innerhalb des TCM-Systems ihren Einfluß ausübt, sondern daß die Patienten dadurch besser informiert werden. Der zweite Bereich umfaßt die Anwendung der TCM, da die Chinesische Medizin nicht nur als eine „Heilkunde“, sondern auch als Methode der „Lebensführung“, angesehen wird, die im chinesischen Kulturkreis seit langem sozial und kulturell verwurzelt ist. Dabei wird der Frage nachgegangen, wie sich die Verwissenschaftlichung der TCM als neuer Trend auf beide Bereiche ausgewirkt hat.

Die Ausführungen in diesem Abschnitt beruhen zum Teil auf Interviews der Autorin,

¹¹ Broschüre für die Tagung der Gesellschaft für die Integration von TCM und Biomedizin der Republik

zum großen Teil aber auf Sekundärquellen, in denen Forschungen zur Nachfrage über Chinesische Medizin in Taiwan und die Berichte zu diesem Thema in Zeitschriften für Gesundheitswesens zusammengefaßt werden. Aufgrund der Einschränkung der Sekundärliteratur können wir hier viele Details des Patientenverhaltens nicht weiter vertiefen. Da diese Arbeit die Professionalisierung der TCM thematisiert, hat die Darstellung des Patientenverhaltens in diesem Kontext ergänzenden Charakter.

Zunächst soll hier der Hintergrund der Popularität der TCM-Methoden erläutert werden. Wie bereit erwähnt, gelang es der Biomedizin in Taiwan früh, ihre Dominanz beim Aufbau der medizinischen Infrastruktur zu sichern und zu behaupten. In ihren Sprechstunden und in den Krankenhäusern brachten die Ärzte den Patienten biomedizinische Kenntnisse bei und veränderten dabei auch ihr Verhalten. Bis in die 1990er Jahre vertrauten die meisten Patienten, wenn sie sich krank fühlen, eher auf eine biomedizinische Behandlung. Laut einer Umfrage zur Nachfragesituation bei den medizinischen Dienstleistungen präferierten fast 70% die Heilmethoden der Biomedizin (Qiu, Qing-hua 1990: 21). Bei diesem Ergebnis ist allerdings zu bedenken, daß die praktizierenden TCM-Ärzte nur ein kleines Element im Rahmen des etablierten Gesundheitswesens darstellen und nicht wie die Biomedizin durch die Regierung unterstützt oder gefördert werden. Wie im vorigen Kapitel konkretisiert, verstärkte dies die Tendenz unter den TCM-Ärzten, dem Trend einer „Biomedizinalisierung“ zu folgen, um nicht vollständig marginalisiert zu werden. Dies hatte jedoch nicht nur Konsequenzen für den TCM-Arzt in der Praxis und in der Wissenschaft, sondern auch für den Patienten als Verbraucher.

Durch eine Systematisierung des Wissens und Verwissenschaftlichung der TCM gelang es, Überlieferungsformen des TCM-Wissens zu ändern. Da sich die Form der Informationsvermittlung über Chinesische Medizin vom Erfahrungsaustausch zur systematischen Wissensverbreitung gewandelt hat, änderte sich auch der Inhalt der Informationen, die die Patienten erhielten. Diese neue Form der Informationsvermittlung erwies sich für die Patienten als sehr nützlich: In Verbindung mit der wissenschaftlichen Begrifflichkeit können sie sowohl Chinesische als auch westliche Medizin besser verstehen und anwenden. Ein Interviewpartner hob hervor, daß er während der Therapie den Patienten die TCM-Behandlung mit biomedizinischen Begriffen erklärt hat (Interviewpartner: Chen, Jun-ming).

Die TCM-Ärzte bemühen sich auch vermehrt, die Chinesische Medizin mit modernen Begriffen zu interpretieren. Ihre Patienten bekommen dabei Informationen über neue „wissenschaftliche Erkenntnisse“ der TCM. Insbesondere lassen sich im Rahmen einer

solchen Informationsform die Vorteile der TCM gegenüber der Biomedizin darlegen. Dies beinhaltet eine Akzentuierung ihres besonderen sozialen und kulturellen Charakters. Ferner werden Natürlichkeit und Sanftheit der TCM sowie ihre Kompatibilität mit modernen medizinischen Erkenntnissen hervorgehoben. Dies konkretisiert sich wie folgt: Gegen die pharmazeutisch hergestellten „unnatürlichen“ Antibiotika mit ihren Nebenwirkungen werden die „natürlichen“, „sanften“ Chinesische Kräuter gestellt. Ferner wird der TCM-Begriff „Meridian“ durch den wissenschaftlichen Begriff „Immunsystem“ ersetzt.

„Bei vielen körperlichen Entzündungsproblemen verschreiben die Biomediziner Antibiotika. Da eine langfristige Einnahme von Antibiotika die Krankheitsursachen nicht beseitigen kann, schädigt dies auch den Körper. Die TCM versucht mit Heilkräutern die Funktion des Körpers zu stärken, oder ihn im schwachen Zustand wiederaufzubauen. Die TCM kann also bei der Verstärkung der Immunabwehr große Effekte erzielen“ (Interviewpartner: Chen, Jun-ming).

Die TCM-Anwendung bei Patienten geht in zwei Richtungen. Hierbei erhält die Frage der Wissenschaftlichkeit der TCM eine jeweils unterschiedliche Gewichtung. Eine Richtung bezieht sich auf die Anwendung bei gesunden Personen, die die TCM als Methode der Lebensführung und zum Körperaufbau nutzen. Hier lässt sich ein Zusammenhang mit traditionellen Anwendungsgewohnheiten herstellen. Solche sozial und kulturell bedingten Gepflogenheiten werden durch den Anschein von wissenschaftlicher Beweisbarkeit noch weiter gefördert. Wie aus einem Bericht hervorgeht, nimmt ein solches traditionell verankertes Gesundheitsverhalten gegenwärtig noch weiter zu. Die neue Methode, „medizinische Begriffe“ bei der Informationsvermittlung zu verwenden, ermutigt dazu, traditionelle Heilmittel einzunehmen.¹²

„Bei den Chinesen (die bezieht sich auf die Bevölkerung des chinesischen Kulturkreises) hat sich seit fünf Jahrtausenden nichts geändert: Sie nehmen gerne Körperaufbaumittel zu sich und das Spektrum reicht von Kräutern bis zu Hirschgeweihsprossen und Tigerpenis. Heutzutage wird dies wissenschaftlich mit dem Begriff ‚Gesundheitskost‘ umschrieben“ (Qiu, Yu- chan).

„Die neuen Mittelschichten nehmen die Gesundheitskost zu sich, damit sie weiter hart arbeiten können. Die alte Generation tut dies, weil sie chronische Schmerzen, Hochblutdruck oder ihren Diabetes lindern möchten. Den Kindern wird ihres Wachstums, ihrer körperlichen Eigenschaften wegen und zum Stärkung des Knochenaufbaus

¹² Qiu, Yu-chan, „Ist die Gesundheitskost gesund?“, in: „Common Health Magazine“, Vol. 9, Auf der Homepage des „Common Health Magazine“.

Gesundheitskost verabreicht“ (Qiu, Yu-chan).¹³

Bei einer Stichprobenumfrage zur TCM-Nachfragesituation in der Bevölkerung im Jahre 1990 gaben ungefähr 28% an, mindestens einmal im vergangenen Jahr TCM-Methoden angewendet zu haben. Fast ein Drittel der Befragten konsumierten TCM-Heilmittel nicht zur Linderung von Krankheiten, sondern um ihre körperliche Funktion zu stärken. 34% der Befragten hatte schon einmal Chinesische Kräuter als Körperaufbaumittel (Bu-yiao) angewendet. Fast 87% von ihnen versprachen sich davon eine Stärkung ihrer Körperfunktionen. Ungefähr 17% der Befragten benutzten Chinesische Arzneimittel ohne Verschreibung. Von diesen nahmen 80% solche Heilmittel wegen ihrer „körperlichen Probleme“ ein (Qiu, Qing-hua 1990: 63, 65). Aus dieser Prozentzahl läßt sich erkennen, daß die Befragten bei der TCM zwischen „Heilmitteln“ und „Körperaufbaumitteln“ unterschieden.

Die andere Form der TCM-Anwendung bei Patienten bezieht sich auf die Heilkraft. Hier muß die TCM als „Heilkunde“ ihren Platz im Gesundheitssystem finden und behaupten. In diesem Kontext liegt die Betonung stärker auf der Wissenschaftlichkeit. Die Heilwirkungen der TCM sollen also nicht nur die Kollegen in der Biomedizin, sondern auch die Patienten überzeugen. Besonders bei gebildeten und gut informierten Patienten stärkt der Hinweis auf die Wissenschaftlichkeit das Vertrauen in die TCM. Die folgende Beschreibung des Leiters des TCM-Krankenhauses verdeutlicht, daß außer den traditionell geprägten TCM-Nutzern, zunehmend eine neue gut informierte Klientel mit höherer Bildung ihre chronischen Krankheiten dem TCM-Arzt anzuvertrauen bereit ist.

„Unsere Patienten lassen sich in zwei Gruppen teilen. Die einen sind über 40 Jahre alt, die anderen unter 15 Jahre alt und werden von ihren Eltern hierher gebracht. Auch beim Ausbildungsstand finden wir zwei Pole. Eine Mehrheit verfügt über eine Hochschulausbildung. Die übrigen sind Personen, deren Bildungsstand einen Junior-High School Abschluß nicht übersteigt. Die Patienten mit besserer Ausbildung kommen wegen ihrer Ablehnung der Nebenwirkungen von chemischen Medikamenten und ihrer Vorliebe für natürliche Heilweisen zu uns. Die Patienten mit geringerer Bildung bevorzugen wegen der besseren sozialen und kulturellen Kommunikation die Chinesische Medizin. Die alten Patienten kommen wegen ihrer chronischen Krankheiten und suchen durch Chinesische Heilmethoden und Kräuter eine Heilmöglichkeit für ihre Gebrechen. Die jungen Patienten leiden meistens an Allergien oder Bronchitis“ (Interviewpartner, Liu, Jing-sheng).

Weitere relevante Perspektiven dieser „neuen Informationsvermittlung“ ergeben sich aus den verschiedenen Kategorien von Arztbesuchsmodellen. Obwohl eine solche „neue Informationsform“ noch nicht als ausreichender Wissenschaftsbeweis erscheint, scheint

¹³ Qiu, Yu-chan, „Ist die Gesundheitskost gesund?“, in: „Common Health Magazine“, Vol. 9, Auf der

diese Richtung zu überzeugen. Viele Patienten suchen Hilfe bei der Biomedizin, um zumindest dadurch ihre Krankheiten genauer identifizieren zu können (Kang, Tsui-Hesiu; Chen, Chieh-fu, usw. 1998: 83; Kang, Jian-Tso, usw. 1996). Nicht selten wenden sie sich bei bestimmten Krankheiten anschließend an den TCM-Arzt, um sich kurieren zu lassen. Der Leiter der Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin (VfCM) bemerkt zusammenfassend, daß diese Patienten nicht nur aufgrund ihres sozialen und kulturellen Hintergrundes an die TCM „glauben“. Eine „neue Informationsform“ bewirkt statt dessen, daß Patienten sich bei ihrer Suche nach einer geeigneten Therapie krankheitsspezifisch und pragmatisch entweder für die TCM oder die Biomedizin entscheiden. Bei dieser Patienteninformation wird beispielsweise die Schmerzlinderung und die Stärkung des Immunsystems durch die sanften natürlichen Heilmittel hervorgehoben.

„... Aufgrund dieser Umfrage können wir die Patienten, die Chinesische Mediziner besuchten, in fünf Gruppen kategorisieren. Die einen sind Patienten mit einer Tumorerkrankung. Sie erhoffen sich von der Chinesischen Medizin Schmerzlinderung und Lebensverlängerung. Zur zweiten Gruppe zählen Patienten, die Allergien gegen westliche (chemische) Medikamente haben. Die dritte Gruppe leidet an Erkrankungen, gegen die die westliche Medizin kaum wirkt. Der vierten sind Personen zuzurechnen, die an die Heilkraft traditioneller Heilkunde glauben. So sind viele Patienten immer noch der Auffassung, daß TCM-Wundärzte Verstauchungen und Zerrungen besser heilen können. Die fünfte Gruppe setzt sich aus Patienten zusammen, die sich schwach fühlen und „kalte körperliche Eigenschaften“ besitzen. Sie stellen bis jetzt die Mehrheit der Patienten bei der Behandlung. Sie wissen bei ihren Erkrankungen und ihren Empfindungen mit westlicher Medizin wenig anzufangen. Dennoch haben die meisten von ihnen einen schlechten Stuhlgang, weißes Urin, kalte Hände und Füße, oder fühlen sich häufig kalt“ (Zhang, Cheng-guo 1999).¹⁴

Die Gesundheitspolitik sieht im Hinblick auf die Patienten bei der TCM-Anwendung andere Schwierigkeiten. Nach der Einbeziehung der TCM in die National Health Insurance (NHI) ließ sich nur schwer überprüfen, welche Einflußfaktoren - die NHI-Finanzierung oder die Verwissenschaftlichung - die TCM-Anwendung durch Patienten erhöht haben. Offensichtlich wirkt sich die Integration der TCM in die NHI entscheidend darauf aus, daß mehr und mehr Patienten TCM-Ärzte aufsuchen. Gesundheitspolitiker sehen ein Problem darin, daß die Patienten gleichzeitig Hilfe bei Biomedizinern und TCM-Ärzten suchen, um das Wissen über ihre Krankheit und ihren Zustand zu konkretisieren. Dieses Verhalten führe dazu, daß TCM und Biomedizin unkoordiniert und nebeneinander arbeiten und daraus resultiere wiederum eine Verschwendung von

Homepage des „Common Health Magazine“.

¹⁴ Zhang, Cheng-guo, in: „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und die Chinesische Medizin integriert werden?“, „Common Health Magazine“, Vol. 36. Auf der Homepage des „Common Health Magazine“.

medizinischen Ressourcen durch Mehrfachanwendungen. Aus dieser Perspektive reicht eine Verwissenschaftlichung der TCM nicht aus. Statt dessen soll eine wissenschaftliche und praktische Kooperation zwischen TCM und Biomedizin angepeilt werden. Daß solche Überlegungen die Realität widerspiegeln, zeigt eine regionale Untersuchung von Chih-fang Lin auf der Basis einer Bevölkerungsstichprobe aus dem Jahre 1997. Über 22% der Befragten erklärte, die Chinesische Medizin innerhalb des letzten Jahres angewendet zu haben. Ferner berichtete immerhin ein Viertel dieser befragten Patienten von Mehrfachanwendungen (Lin, Chih-fang 1998: 108).

6 Diskussion

Offenbar gelang es den TCM-Ärzten trotz ihres eher traditionellen Charakters ihrer Heilkunde einen professionellen Status zu erreichen, ohne daß sie die Wissenschaftlichkeit ihrer Heilkunde überzeugend darlegten. Da dieser Prozeß bis in die Gegenwart anhält, bleibt Ziel und Inhalt der Verwissenschaftlichung der TCM noch immer umstritten.

Die Biomediziner mischen sich entweder wegen der Abgeschlossenheit der TCM, den unterschiedlichen Formen des Wissens oder den Interessenskonflikten zwischen beiden Professionen kaum in die Debatte um Verwissenschaftlichung der TCM ein. Es erscheint jedoch offensichtlich, daß die Position der Biomediziner von Distanz zur TCM geprägt ist.

Die Verwissenschaftlichung der TCM stellt deshalb einen Prozeß dar, der innerhalb dieser Heilkunde diskutiert wird. Dennoch lassen sich Einwirkungsmöglichkeiten der Politik konstatieren, auf die die TCM-Ärzte Rücksicht zu nehmen hatten. Dies betraf insbesondere die Forschungsfinanzierung und Verwendung biomedizinischer Untersuchungsgeräte und -methoden. Mit zunehmender Zahl akademisch ausgebildeter TCM-Ärzte, die einer naturwissenschaftlichen Sichtweise offener gegenüberstanden, erhöhten sich die Realisierungschancen für solche Projekte.

Es finden sich unterschiedliche Bewertungen einer Verwissenschaftlichung unter den TCM-Ärzten. So ist strittig, inwieweit die Anwendung biomedizinischer Techniken und Methoden der TCM auch nach biomedizinischen Kriterien beurteilt werden sollen. Dabei fokussiert sich Verwissenschaftlichungsdiskussion auf die Anwendung organisch-symptomatisch-orientierter biomedizinischer Techniken und die Bewertung der Heilwirkung. Bei dieser Debatte herrschte allgemein die Überzeugung, daß die Ganzheitlichkeit und die Philosophie mit einer Verwissenschaftlichung der TCM koexistieren können. Im Gegensatz dazu stellten die Biomediziner den

Wirksamkeitsnachweis als Voraussetzung einer Kompatibilität hin.

Anders als bei der offiziell legitimierten Anerkennung der Professionalisierung der TCM-Ärzte, die dazu führte, daß sie mit ihrer Heilkunde einen wenn auch eher marginalen Status innerhalb des Gesundheitswesens erhielten und behaupten konnten, birgt die Verwissenschaftlichungsdiskussion immer die Gefahr, daß die TCM und damit möglicherweise auch ihr Professionalisierungsprojekt ins Abseits gerät. Dabei agierten innerhalb des TCM-Bereiches zwei verschiedene Interessengruppen: Erstens sind hier die nicht-akademischen TCM-Ärzte zu nennen, die sich für den Erhalt der TCM mit ihren inhaltlichen Denkmodellen wie dem ganzheitlichen Körperkonzept einsetzen. Sie votieren für die TCM als eigenständiges Medizinsystem neben der Biomedizin, also für eine pluralistische Lösung.

Für die andere Gruppe, die akademische TCM-Ärzte, besonders für die mit Doppellizenz, geht es bei der Verwissenschaftlichung der TCM stärker um die praktische Anwendung biomedizinischer Techniken und die Beweisbarkeit von TCM-Heilwirkungen. Da sie über biomedizinische Kenntnisse verfügen, wollen sie nicht nur als TCM-Ärzte praktizieren, sondern beide Bereiche anwenden und als gleichberechtigt anerkannt wissen. Obwohl sie eine wie immer geartete „Integrationsmedizin“ bzw. „dritte Medizin“ anvisieren, läuft ihre Orientierung darauf hinaus, die TCM in die Biomedizin zu integrieren. Die nicht akademischen TCM-Ärzte dagegen betrachten eine solche integrative Tendenz eher mit Skepsis, da sie wissenschaftliche Techniken und Methoden der Biomedizin in die TCM integriert wissen wollen und nicht umgekehrt. Sie sehen in der TCM eine Erfahrungswissenschaft.

Einige TCM-Ärzte gehen von der Annahme aus, daß das Ausmaß der Beweisbarkeit mit wissenschaftlichen Kategorien auf die Beschränktheit und Begrenztheit der modernen Wissenschaft zurückzuführen sei. Da die TCM eine Erfahrungswissenschaft sei, lassen sich ihre Heilwirkungen eher weniger mit empirischen Verfahren erfassen. Diese Sichtweise kam besonders den nicht-akademischen TCM-Ärzten entgegen. Oberflächlich betrachtet, erscheint diese Argumentation einleuchtend, jedoch läßt sich nicht übersehen, daß dabei eine gehörige Portion Mißtrauen und Unerfahrenheit gegenüber naturwissenschaftlichen Methoden mitschwingt.

Während eine Verwissenschaftlichung der TCM weiter umstritten bleibt, wandelte sich auch das Patientenverhalten. Hier besteht ein Zusammenhang mit der Herausbildung neuer Formen und Inhalte der Informationsvermittlung. Der traditionelle Austausch von Erfahrungen wich immer stärker einer Wissenübermittlung. Obwohl ein Großteil der Bevölkerung aufgrund ihrer traditionellen Gewohnheiten auf TCM-Methoden zurückgriff, wurde ihre Anwendung neu interpretiert und erläutert. Dies veränderte auch

die Struktur der Nachfrageklientel. Zunehmend wandten sich neue, meist besser ausgebildete Nutzergruppen an den TCM-Arzt. Diese Differenzierung auf der Nachfrageseite führte auch zu Differenzierungen im Anwendungsbereich. Einmal ging es um den Verbrauch von Körperaufbaumitteln. Hier agieren die Anwender nicht als Patienten, sondern als Verbraucher, die, nachdem sie ihren Bedarf an Information durch einen Mix von vermittelten biomedizinischen und TCM-Kenntnissen gedeckt haben, eine individuell für sie zurechtgeschnittene Gesundheitskost suchen und auswählen. Offensichtlich haben sich hier Form und Inhalt der Kommunikation zwischen den Patienten und TCM-Ärzte grundlegend gewandelt. TCM-Ärzte erklären den Klienten ihre Heilkunde mit modernen medizinischen Begriffen und stellen dabei die Vorzüge der TCM gegenüber der Biomedizin heraus. Sie preisen die Stärkung des Körpers und des Immunsystems durch sanfte und natürliche TCM-Heilmittel und weisen dabei auf die Nebenwirkung von biomedizinischen Antibiotika hin. Diese neue Form der Wissensvermittlung, angereichert mit Elementen der Wissenschaftssprache, die sich auf teilweise auf empirische Untersuchungen zu stützen versucht, verfehlte nicht ihre Attraktivität auf neue, ausgebildete Patientengruppen, nicht wenige mit gut gefülltem Geldbeutel. Die Popularisierung der Verwissenschaftlichung in der TCM-Praxis schien sich auch ökonomisch gut auszuzahlen.

XI. Zusammenfassende Schlußbetrachtung

Die folgenden abschließenden Betrachtungen sollen mit dem Gedanken Volker Scheids von einer „Globalisierung der Chinesischen Medizin“ beginnen. Globalisierung beschränkt sich nicht nur auf die Verbreitung der Heilkunde selbst, sondern umfaßt auch den Austausch von Techniken, von Wissen und von Informationen. Seit den Untersuchungen über den medizinischen Pluralismus in den 1970er Jahren in den nicht-westlichen Ländern intensiviert sich dieser internationale Austausch. Mit dieser Arbeit wird nicht nur ein Überblickswissen ermöglicht, sondern auch Ansatzpunkte für einen Informationsaustausch geboten. Sie hat damit eine Brückenfunktion in dem Sinne, daß traditionelle Medizinformen in den nicht-westlichen Ländern als natürliche ganzheitliche Heilkunde und in den westlichen Ländern als Alternative zur Biomedizin angenommen werden. Umgekehrt kann die alternative Welle in den westlichen Industrieländern die Situation der traditionellen Medizin in ihren Ursprungsländern verbessern. Cant und Sharma charakterisieren das Verhalten der Verbraucher von alternativer Medizin in westlichen Ländern wie folgt:

Many people consult alternative practitioners because they have some troublesome condition which biomedicine has not been able to relieve. However many are beginning to consult for general health maintenance, prevention of sickness, and enhancement of "energy". ... the use of alternative medicine is not just about curing disease, but also about the general care of the body and person. (Cant/Sharma 1999: 192)

Diese Verhaltensweisen zeigen Ähnlichkeiten mit Beobachtungen bei der Chinesischen Medizin in Taiwan. Wir können also sagen, daß durch häufigen Informationsaustausch und intensive Interaktion sich beide Seiten immer näher kommen. Dennoch kann die Situation der Alternativmedizin in den westlichen Ländern und der Chinesischen Medizin in ihren Heimatländern nicht als gleichartig bezeichnet werden. Der historische Hintergrund, insbesondere die Beziehung zur Biomedizin, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie auch ihre Positionen im Gesundheitssystem und der Entwicklungsprozeß lassen deutliche Unterschiede erkennen.

Anders als die Chinesische Medizin in ihren Heimatländern ging die alternative Medizin aus den Alternativbewegungen westlicher Industriegesellschaften hervor, die besonders die neuen postmateriellen Mittelschichten erfaßte. Da sie von außen einen Zugang zum Gesundheitssystem finden will und die Nachfrage das treibende Moment darstellt, erhält die Legitimierung einen hohen Stellenwert. Die Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan zeigt dagegen, daß hier eine staatlich gesteuerte Interventionspolitik eine bedeutende Rolle spielt. Im folgenden werden die Interaktionen zwischen Staat, Chinesischer Medizin und Biomedizin nach Entwicklungsphasen geordnet

zusammenfassend rekonstruiert.

Der Verlauf der Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan findet seine Erklärung in ihrer Situation Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts in China wie auch in der Aufbauphase des Biomedizinsystems während der Kolonialzeit in Taiwan.

Im Grundsatz akzeptierte die Kuomintang-Regierung im China der 20er und 30er Jahre, obwohl dies nicht ohne Verzögerungen und Debatten vonstatten ging, die Chinesische Medizin als legitime Heilkunde neben der Biomedizin. In der Begegnung mit dem westlichen Imperialismus stellte sie die Chinesische Medizin unter Hinweis auf die nationale Identität als kulturell verwurzelte Heilkunde und nationales Kulturerbe hin. Nicht zu unterschätzen ist als ökonomisches Kalkül dabei die chronisch defizitäre Versorgungssituation im Gesundheitssystem, die man durch die komplementäre Funktion der Chinesische Medizin zu reduzieren hoffte. Die Entwicklung wurde ferner durch die Expansion der Biomedizin beeinflusst. Angesichts der damit einhergehenden Zurückdrängung ihrer Heilkunde sahen sich die Chinesischen Mediziner in ihrer Existenz gefährdet und suchten nach neuen politischen Strategien, um dieser Herausforderung zu begegnen. Eine Lösung schien sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Revitalisierung der Chinesischen Medizin anzubahnen. Chinesische Mediziner setzten sich gemeinsam mit Nationalisten, die Sympathien für ihr altes Kulturerbe hegten, für eine umfassende Modernisierung der traditionellen Chinesischen Medizin ein (vgl. Kaiser 1992, Croizier 1976).

Nachdem sich die Kuomintang-Regierung (KMT) nach den Zweiten Weltkrieg in Taiwan etabliert hatte, tolerierte sie die Chinesische Medizin noch als Manifestation „nationaler Identität“ im Gesundheitswesen. Da sie sich gegenüber der kommunistischen Regierung in China als rechtmäßige chinesische Regierung verstand, diente der stets wiederholte Hinweis auf das Kulturerbe der Chinesischen Medizin als antikommunistische Demonstration gegenüber dem Festland. Bei diesen Erklärungen spielte nicht zuletzt die Überlegung eine Rolle, daß die Chinesische Medizin auch eine Lücke in der medizinischen Versorgung schließen könnte. Denn den Großteil der biomedizinischen Apparatur, die die Japaner aufgebaut hatten, nahmen sie nach ihrem Rückzug wieder mit zurück. Während dieser Zeit lassen sich drei Tendenzen beobachten. Ersten wurden wegen des Mangels an medizinischem Personal die bestehenden gesetzliche Beschränkungen im Gesundheitsbereich sehr locker ausgelegt. Dies förderte die Herausbildung eines medizinischen Pluralismus auf Taiwan: Legale und illegale Medizinformen existieren nebeneinander und hatten jeweils ihr eigenes Arbeitsfeld. Dabei nutzten Chinesische Mediziner - ob mit oder ob ohne Lizenz - den ihnen zur Verfügung stehenden Freiraum, um unter der lässig gehandhabten und ineffizienten behördlichen Kontrolle weiter zu praktizieren. Zweitens drückte die Regierung ihre

Akzeptanz der Chinesischen Medizin als nationales Kulturerbe in der Form aus, daß sie systematisch bisher nicht erfaßte TCM-Ärzte zu lizenzieren begann. Jedoch verschärfte sie im Laufe der Jahre die Lizenzierungsbedingungen mehr und mehr. Drittens zeigt sich die Tendenz, daß die TCM-Ärzte immer stärker dazu neigten, ihre Heilkunde nach dem Vorbild der Biomedizin umzugestalten. Da die Expansion der Biomedizin durch den Staat gefördert wurde und sich die Zahl der Biomediziner weiter erhöhte, fühlten sie sich durch die Konkurrenz an den Rand gedrängt und versuchten mit dieser Anpassungsstrategie ihre Marginalisierung zu überwinden. Sie leiteten damit einen Prozeß der Professionalisierung der Chinesischen Medizin ein. Diese Orientierung der Chinesischen Medizin an einer Modernisierung weist jedoch noch weitere Charakteristika auf. Wie erwähnt, legitimierte der Staat die Chinesische Medizin aus politischen und kulturellen Gründen und trug damit zur Bildung einer Profession als Anbieter einer Heilkunde mit traditionellem Inhalt bei.

Da die Chinesische Medizin tief in der Kultur Taiwans verwurzelt ist, fand sie hier ihr natürliches Aufgabenfeld. Anders als bei der Alternativmedizin in den westlichen Ländern wurde ihr Arbeitsgebiet durch die Expansion und Etablierung der Biomedizin eingeengt, so daß sie um ihrer Existenz willen einen „modernen“ Charakter annehmen mußte. Ihre Entwicklung auf Taiwan unterscheidet sich also insofern von der der alternativen Medizin in Westeuropa und den USA, da sie eine Lücke in der medizinischen Versorgung schloß und in das Arbeitsfeld der Biomedizin eindringen wollte (vgl. Degele 1998, Abbott 1988).

Die alternative Medizin in Westen und die traditionelle Medizin in den nicht-westlichen Ländern beeinflussen sich gegenseitig. Wie die Forschungen von Kleinman und Leslie zeigen konnten, kommen wichtige Inspirationen zum medizinischen Pluralismus aus den Kulturen der nicht-westlichen Länder (vgl. Kleinman 1980, Leslie 1980). Solche Gedanken nahm die Alternativbewegung in Westeuropa und Nordamerika auf. Demgegenüber beeinflusste die durch diese Bewegung getragene „Alternativmedizin“ wiederum die traditionelle Medizin in den Herkunftsländern. So fühlte sich die Chinesische Medizin ermutigt, unter Hinweis auf die Erfolge der Alternativmedizin in den westlichen Staaten als Ideengeber an ihrem Arbeitsfeld festzuhalten und sich durch die Entwicklung neuer Strategien gegen ihre Verdrängung im Gesundheitswesen zu wehren. Anders als die in den neuen Mittelschichten verankerte Alternativmedizin wies die Chinesische Medizin jedoch keine antiautoritären Strukturen auf.

Um in das Gesundheitswesen Taiwans integriert zu werden, war es erforderlich, daß sich die TCM-Ärzte strukturell der biomedizinischen Profession anpaßten. Zu solchen Überlegungen wurden sie vor dem Hintergrund einer forcierten Expansion der

Biomedizin in Taiwan veranlaßt. In welcher Form manifestierte sich eine solche Anpassungsstrategie? Eine Neustrukturierung der Ausbildung, eine umfassende Institutionalisierung besonders der Berufsverbände und des Verwaltungssystems und ein ausgeklügeltes System der Legitimierung mit systematischen Vorgaben schufen die Voraussetzung für einen Entwicklungsprozeß, der zur Folge hatte, daß die TCM-Mediziner bereits in den 1990er Jahren wichtige Merkmale einer Profession aufwiesen und strukturell in das Gesundheitssystem integriert waren. Dies deutet an, daß der Staat die TCM regulieren und kontrollieren kann. Hier lassen sich jedoch Ambivalenzen beobachten. Einerseits können die TCM-Ärzte durch ihre Legitimität gegenüber den unregulierten Volksmedizinern ihre „jurisdiction“ definieren. Andererseits wird ihr „traditioneller Freiraum“ durch staatliche Interventionspolitik reguliert und eingeschränkt, so daß die Autonomie ihrer Profession nur als begrenzt bezeichnet werden kann. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Beziehungen beschleunigt die Kontrolle und strenge Legitimierungspraxis des Staates die Veränderungen im Charakter des medizinischen Pluralismus in Taiwan. Durch die damit ausgelöste Ausdifferenzierung kristallisiert sich ein Spektrum von Berufen heraus, das von den legitimierten Ärzten bis zu den unlegitimierten Volksmedizinern reicht. Ein Teil dieser Berufe ist in das Gesundheitssystem integriert, ein anderer Teil bleibt davon ausgegrenzt. Auch unter den legitimierten TCM-Ärzten laufen, bedingt durch die Etablierung neuer Ausbildungsformen, Differenzierungsprozesse ab. Akademiker grenzen sich von den Nichtakademikern immer schärfer ab.

Im Vergleich zur Situation der Anbieter der Alternativmedizin in den westlichen Ländern läßt sich anmerken, daß die Chinesischen Mediziner als öffentlich legitimierte Ärzte durch ihre Einbeziehung in das Krankenversicherungssystem einen kleinen Sieg erringen konnten. Dennoch hatte dieser Triumph auch seine Nachteile. Durch die Integration der Chinesischen Medizin in die National Health Insurance (NHI) in den 1990er Jahren wandelten sich auch die inhaltlichen Prämissen der TCM-Heilkunde. Die TCM-Profession wurde gezwungen, den traditionellen Charakter ihrer Heilkunst mit einer nach biomedizinischem Standard aufgebauten Krankenversicherung kompatibel zu machen. Unter diesen Voraussetzungen ließ sich die Chinesische Medizin jedoch nur teilweise in die NHI integrieren.

Die Chinesische Medizin geriet, wie die TCM-Ärzte immer wieder beklagten, wegen ihrer begrenzten Integration in die Krankenversicherung in die Rolle einer Heilkunde für geringe Beschwerden. Sie mußte sich wegen des Finanzierungssystems durch die NHI an den hier geltenden Standards der Biomedizin orientieren. Hierunter fallen die Fachdisziplinen, Diagnostik, Rezeptur sowie die Kategorisierung von Krankheiten. Bei diesem Standardisierungsprozeß tauchen Schwierigkeiten auf: So lassen sich das diagnostische Konzept, die Krankheitsdefinition und die Rezeptur nach individuellen

Eigenschaften - also das Modell der Ganzheitlichkeit und synergetischen Diagnostik der TCM - kaum mit biomedizinischen Standards vereinbaren. Fehlende Normen sind auch der Grund dafür, daß die stationäre TCM-Behandlung nicht in die NHI-Finanzierung eingebunden werden kann. Daraus ergibt sich eine Quadratur des Kreises: Ohne Untersuchungen zur Qualität und zum Heilungsergebnis läßt sich eine Standardisierung einer stationären TCM-Behandlung nicht erreichen. Ohne Standardisierung und Forschungsergebnisse in diesem Bereich ist wiederum eine Realisierung der NHI-Finanzierung aussichtslos.

Zwar zeigen sich bei der Chinesische Medizin essentielle Merkmale einer Profession, dennoch weist ihr Arbeitsfeld traditionelle Charakteristika auf, die mit dem Wissensstandard einer modernen Profession nicht kompatibel sind. TCM-Ärzte können wie die Biomediziner den offiziellen Titel „Arzt“ führen. Dennoch kann von einem gleichberechtigten Status mit der Biomedizin oder gar von Arbeitsautonomie ihrer Profession nicht ausgegangen werden. So beträgt der Anteil der TCM-Ärzte nur zwischen 1/7 und 1/9 der Zahl der Biomediziner. Für diese Marginalisierung lassen sich besonders zwei Gruppen im Gesundheitswesen verantwortlich zu machen. Die Gesundheitspolitiker orientieren sich weiterhin an der Vorstellung, die Integration der TCM in die NHI und die Anwendung von biomedizinischen Techniken und Wissen durch TCM-Ärzte punktuell einschränken zu müssen. Die Haltung der biomedizinischen Profession gegenüber einer Integration der TCM in das Gesundheitswesen und die NHI läßt sich zumindest als distanziert, wenn nicht gar ablehnend beschreiben. Sie teilen mit den Gesundheitspolitikern die Auffassung, daß der TCM der Nachweis ihrer Heilwirkungen fehle und ihre Behandlungsmethoden nicht wissenschaftlich fundiert seien. Solche Argumente vernachlässigen jedoch die Tatsache, daß schon seit längerer Zeit innerhalb des TCM-Bereiches eine Debatte über Standardisierung und Verwissenschaftlichung stattfindet. Zwischen den Polen Ganzheitlichkeit auf der einen Seite und Standardisierung und Verwissenschaftlichung auf der anderen Seite scheint es offenbar nur die Wahl zwischen „entweder - oder“ zu geben. Die Interviews zeigen jedoch, daß dieses Thema von den TCM-Ärzten nicht als unüberbrückbarer Konflikt wahrgenommen wird, sondern eher als lösbares Mißverständnis zwischen dem TCM-Konzept und dem biomedizinischen Wissen. Jedoch verfolgen TCM-Ärzte und -wissenschaftler dieses Thema nicht weiter. Statt mit konzeptionellen Fragen beschäftigen sie sich lieber mit praktischen Problemen. Sie suchen nach Wegen, die TCM-Heilwirkung nach den Krankheitskategorien der Biomedizin zu beweisen und die Anwendung von biomedizinischen Untersuchungstechniken und Wissen bei der TCM-Behandlung zu ermöglichen. Hier werden Meinungsverschiedenheiten unter den TCM-Ärzten erkennbar, die sich nicht zuletzt auf unterschiedliche Ausbildungsformen zurückführen lassen.

Zur ersten Gruppe gehören die akademischen TCM-Ärzte. Aufgrund des Ausbildungssystems gliedern sie sich in zwei Kategorien auf. Eine Kategorie bilden die akademischen TCM-Ärzte mit Doppellizenz, die entweder die TCM oder die Biomedizin anwenden dürfen. Da sie eine Doppellizenz besitzen, verlangen sie auch in beiden Bereichen gleichzeitig praktizieren zu können. Sie befürworten eine Verwissenschaftlichung der TCM-Behandlung und stellen sich der Herausforderung, mit modernen Untersuchungsmethoden die Wirksamkeit der TCM zu beweisen. Als Ziel visieren sie die Entwicklung einer Integrationsmedizin von TCM und Biomedizin an. Sie erwarten die Herausbildung einer „neuen Chinesischen Medizin“, die sie auch als „dritte Medizin“ bezeichnen. In unserem Analysemodell findet sich hierfür der Begriff „Synthese“. Die Äußerungen in den Interviews weisen jedoch darauf hin, daß es sich hier eher um die Umschreibung einer Entwicklung in eine ganz bestimmte Richtung handelt, die noch nicht an ihrem Endpunkt angekommen ist und wohl auch nie ganz ankommen wird. Daher erscheint der im Text verwendete Begriff „Integration“ als Bezeichnung für diese Orientierung angemessener. Obwohl von einer „dritter Medizin“ und von einer „Neuen Chinesischen Medizin“ gesprochen wird, läuft die Verwissenschaftlichung und Standardisierung der TCM nach Meinung der TCM-Ärzte mit Doppellizenz eher auf eine Integration der TCM in die Biomedizin und nicht auf eine Synthese hinaus. Diese Tendenz findet auch die Unterstützung der Akteure in der Gesundheitspolitik, die eine Kooperation zwischen TCM und Biomedizin begrüßen. Aber eine Integrationsmedizin, bei der TCM-Ärzte mit Doppellizenz beide Heilkundeformen gleichzeitig praktizieren dürfen, harret noch einer Realisierung.

Eine weitere Gruppe, die akademischen TCM-Ärzte mit einer Lizenz und ausreichenden biomedizinischen Kenntnissen setzen sich dafür ein, daß sie biomedizinische Untersuchungstechniken und Kenntnisse in der Praxis einsetzen dürfen. Eine gleichzeitige Anwendung beider Heilsysteme führt angesichts der unterschiedlichen Diagnose- und Therapiekonzepte jedoch zu erheblichen Problemen, wie ein TCM-Arzt bemerkte.

Bei der Gruppe der nicht-akademischen TCM-Ärzte finden wir eine andere Situation vor. Sie wollen biomedizinische Techniken und Wissen in die TCM integrieren. Sie verlangen nach der Erlaubnis einer Nutzung biomedizinischer Apparaturen, um damit die TCM-Wirksamkeit beweisen und die TCM-Behandlung zielgenauer durchführen zu können. Ihre Forderungen stoßen jedoch bei der Gesundheitspolitik auf Ablehnung, da es ihnen angeblich an genügender Kenntnis der modernen Wissenschaft mangelt.

Mit der zunehmenden systematischen Ausbildung für TCM-Ärzte steigt die Bedeutung der akademischen TCM-Ärzte im TCM-Bereich. Ihre überwiegend biomedizinischen Kenntnisse fördern im Bereich von Diagnose und Therapie die Tendenz zur

Biomedizinalisierung. Angesichts dieser zukünftigen Perspektive für die TCM wächst die Gefahr des Identitätsverlustes. Eine „dritte Medizin“ hat wesentliche Merkmale der Chinesischen Medizin verloren. Auch eine wissenschaftlich ausgerichtete Chinesische Medizin mit biomedizinischen Techniken und Methoden ähnelt in ihrer praktischen Anwendung eher einer biomedizinischen Behandlung. Darüber hinaus gerät die TCM in die Rolle einer komplementären Heilkunde, die der Biomedizin nachgeordnet ist. Den nicht-akademischen TCM-Ärzten mangelt es an Nachfolgern, da ihre Legitimierung bald ausläuft. Traditionelle Behandlungsmodelle und die Ganzheitlichkeit der Heilkunde werden durch die staatliche Verdrängungspolitik in den Bereich der unlegitimierten Volksmedizin abgeschoben.

In der Konkurrenz mit der Biomedizin verliert die TCM einen großen Teil ihres Dienstleistungsmarktes. Oberflächlich gesehen gelingt es der TCM zwar, einen Professionsstatus zu erreichen. Auf der inhaltlichen Ebene läßt sich ihr traditioneller Charakter jedoch nicht mit dem Wesen einer modernen Profession vereinbaren. Sie „biomedizinalisiert“ sich daher und verliert dadurch ihre Identität. Wenn wir jedoch das neu entwickelte Verhältnis zwischen Patienten und TCM-Ärzten, die neuen Formen Informationsvermittlung über die TCM und ihre Anwendung durch Patienten betrachten, entdecken wir neue Wege. Es bilden sich neue Informationsinhalte heraus. Hier werden dem Patienten mit biomedizinischen Begrifflichkeiten die Vorteile der Chinesischen Medizin - ihre ganzheitliche Sichtweise und die natürliche und sanfte Behandlung - erläutert. Gleichzeitig lernt er auch die Nachteile der Biomedizin kennen. Patienten und TCM-Ärzte tauschen Kenntnisse beider Heilkundeformen aus. Gleichzeitig werden auch alternative Ideen aus anderen Ländern übernommen. Die Verbraucher nehmen TCM-Körperaufbaumittel ein, um die verlorengegangene Energie wieder zu gewinnen, wobei hier das biomedizinische Modell mit dem Hinweis auf die Stärkung des Immunsystems neue Interpretationsansätze liefert. Zwar läßt sich die Anwendung der TCM weiterhin mit traditionellen Gewohnheiten der Bevölkerung erklären. Der Patient orientiert aber sich zunehmend an wissenschaftlichen Erklärungsmustern und setzt je nach der Art seiner Beschwerden auf die TCM oder die Biomedizin oder gar auf beide Heilkundeformen. Dieser Prozeß geht mit einer Veränderung der Klientel der TCM-Ärzte einher. Vermehrt suchen auch Patienten, die an chronischen Krankheiten leiden, sowie gut informierte Personen mit hohem Bildungsgrad, die eine natürliche und sanfte Art der Heilung präferieren, eine TCM-Praxis auf.

Die Zukunft eröffnet weniger positive Aussichten für TCM-Ärzte, die an ihrer traditionellen Heilform festhalten wollen. Bessere Möglichkeiten ergeben sich für diejenigen, die sich anderen Medizinformen gegenüber offen zeigen und dadurch eine bessere Chance finden können, ihre Heilkunde im Rahmen des etablierten Gesundheitssystems anzuwenden. Denn Gesundheitspolitiker akzeptieren die TCM eher,

wenn sie sich auf die Erkenntnisse der modernen Wissenschaft stützt und eine solche Heilkunde zudem noch kostengünstig ist. Ein Problem ergibt sich hierbei jedoch bei der Frage der Identität der Chinesischen Medizin. Wie wir gesehen haben, integrierte die TCM im Laufe des Professionalisierungsprozesses neue Elemente und Kenntnisse. Ausdifferenzierungen innerhalb der TCM, aber auch Ausgrenzungen waren die Folge. Die legitimierte TCM stellt nur einen Teil der „traditionellen Chinesischen Medizin“ dar. Ihr pluralistisch geprägtes Spektrum gliedert sich in die unlegitimierten Bone-setter, die Volksmedizin, die Heilmittelhändler sowie die legitimierten akademischen und nicht-akademischen TCM-Ärzte auf. Standort und Identität der TCM lassen sich dabei nur undeutlich erkennen. Wo sich Ganzheitlichkeit und synergetische Diagnosemethode durch Verwissenschaftlichung und Beweisbarkeitsempirik verlieren, tritt die dualistische Logik der modernen Wissenschaftssprache an ihre Stelle. Dieser Gegensatz zwischen Dualismus und Einheit verwandelt sich durch die Interpretation der Chinesischen Medizin mit ihrem Ying/ Yang Prinzip in einen ganzheitlichen Kreislauf. Zwischen Chinesischer Medizin und Biomedizin gibt es also keinen Konflikt, sondern nur ein Sprachproblem. Hierzu bedarf es nur einer geeigneten „Übersetzung“.

Anhang: Personaldaten der Interviewpartner

Die Personaldaten der Interviewpartner werden im Folgenden aufgeführt:

Nr.	Interview-datum, partner	Qualifikation/ Lizenzierung	Ausbildung der Interviewpartner	Sonderausbildung	Beruf/ Titel	Alter	Arbeitsort
1	22. 12. 1999 Chen, Chieh-fu	Pharmakologe	MS. dgr. of Pharmacology	Studium der Physiologie	Prof. der Pharma- kologie/Leiter des Forschungsinstituts der TCM	ca. 55	Taipeh
2	24. 12. 1999 Chen, Zhao-ming	Biomediziner, Beamter des Gesundheitswesens	Bh. dgr. of Medicine	MS. dgr. of Chinese Medicine	Sekretariat des Leiters der VfCM (persönlicher Referent)	ca. 35	Taipeh
3	24. 12. 1999 Chu, Wen-jie	Beamter des Gesundheitswesens	MS. dgr. of Public Health		Leiter der Abteilung für Chinesische Medizin in der VfCM	ca. 40	Taipeh
4	24. 12. 1999 Chen, Jun-ming	Sonderprüfung TCM-Arzt	Senior High School, 3. Generation Chinesischer Mediziner	MS dgr. of Medicine in China	TCM-Arzt, Vorsitzender der TCM- Ärztchammer der Stadt Taipeh	ca. 55	Taipeh
5	27. 12. 1999 Xie, Qing-liang	Nachprüfung TCM- Arzt u. Biomediziner	Dr. dgr. of Medicine in Japan	Gynäkologe (Biomedizin)	Prof. u. Leiter des Instituts für Chinesische Medizin im CMC	ca. 50	Taichung
6	28. 12. 1999 Wu, Shui-sheng	Sonderprüfung TCM- Arzt	Senior High School	3. Generation Chinesischer Mediziner	TCM-Arzt, ehem. Vorsitzender der Vereinigten TCM- Ärztchammer	ca. 60	Kao- Hsiung
7	31. 12. 1999 Liu, Jing-sheng	Nachprüfung TCM- Arzt, Biomediziner	MS. dgr. of Chinese Medicine	Gynäkologe (Biomedizin)	TCM-Arzt, Leiter des städtisches TCM- Krankenhauses	ca. 45	Kao- Hsiung
8	5. 1. 2000 Zheng, Sui-zong	Sonderprüfung- TCM-Arzt	Senior High School	Biomedizinische Fortbildung	TCM-Arzt, ehem. Vorsitzender der TCM- Ärztchammer der Stadt Taipeh	ca. 60	Taipeh
9	6. 1. 2000 Zhuang, Rong-zong	Volksmediziner, ohne Lizenz	Senior High School	Ausbildungskurs für ganzheitliche Heilverfahren	Nebenjob als Volksheiler	ca. 40	Taipeh
10	7. 1. 2000 Lin, Zhao-geng	Nachprüfung-TCM- Arzt, Biomediziner	Dr. dgr. of Chinese Medicine	Biomedizin und Akupunktur	Prof. für Chinesische Medizin u. Leiter der Vereinigten TCM- Ärztchammer	52	Taipeh
11	7. 1. 2000 Huang, Sian-teh	Sonderprüfung-TCM- Wundarzt (in China)	Polizeischule	6. Generation Chinesischer Mediziner	Leiter der Verbände für Volksmedizin	80	Taipeh
12	7. 1. 2000 Chen, Hui-fang	Mitglied der Verbände für Volksmedizin	Senior High School		Mitarbeiterin der Verbände für Volksmedizin	ca. 30	Taipeh
13	7. 1. 2000 Huang, Jiang-Rong	Nachprüfung-TCM- Arzt	Bachelor dgr. of Forestry	Post-Bachelor dgr. of Chinese Medicine	TCM-Arzt, eigene Praxis	38	Taipeh

Sozialstruktureller Hintergrund des Interviewspersonals:

Nur eine Mitarbeiterin des Verbandes für Volksmedizin ist eine Frau, die übrigen befragten TCM-Ärzte und Beamten sind allesamt Männer. Drei Interviewpartner wurden durch Sonderprüfungen in Chinesischer Medizin lizenziert. Sie hatten vor der Prüfung schon einigen Jahre Praxiserfahrung gesammelt, d. h. sie praktizierten ohne Lizenz. Die Chinesische Medizin ist traditioneller Beruf ihrer Familien, in der die Arbeit als TCM-Mediziner schon seit wenigstens drei Generationen ausgeübt wird. Einer von ihnen hat drei Jahre Biomedizin in Südchina studiert, aber sein Studium wurde wegen einer ungenügenden Zahl von Anrechnungspunkten nicht vom Erziehungsministerium anerkannt. Heute ist er Vorsitzender der TCM-Ärztekammer der Stadt Taipeh. Die beiden anderen sind der ehemalige Vorsitzende der Vereinigten TCM-Ärztekammer und der ehemalige Vorsitzende der TCM-Ärztekammer in Taipeh.

Drei Interviewpartner gehören zur Gruppe der akademischen TCM-Ärzte und haben gleichzeitig die Lizenz als Biomediziner. Sie arbeiteten früher als Biomediziner, kehrten aber später zurück zur TCM. Einer hat die Funktion des Leiters des ersten städtischen TCM-Krankenhauses, und die beiden anderen arbeiten als Professoren am China Medical College, darunter der gegenwärtige Vorsitzende der Vereinigten TCM-Ärztekammer. Der TCM-Arzt, der den Post-Bachelor Studiengang absolviert hat, war früher als Lehrling in einem TCM-Heilmittelladen angestellt. Er hat dann später eine eigene TCM-Praxis geöffnet.

Der TCM-Wundarzt, der auch Vorsitzender verschiedener Verbände für Volksmedizin ist, hat früher in China die Lizenzierung als TCM-Arzt bestanden. Er versah über lange Zeit den Polizeidienst in Taiwan. Da er durch seine Technik der Knocheneinrenkung Berühmtheit erlangte, ließ er sich vor 40 Jahren von der Polizei pensionieren und arbeitet seither in den Verbänden. Die Mitarbeiterin in den Verbänden für Volksmedizin, arrangiert Fortbildungskurse für Mitglieder und besorgt die Bescheinigungen ihres Berufes als Volksmediziner.

Der Biomediziner, der im Sekretariat als persönlicher Referent des Leiters der VfCM arbeitet, ist ein Beamter für Gesundheitswesen. Er besitzt den „Master Degree of traditional Medicine“ und ist für Akupunktur qualifiziert. Der andere Beamte, der Leiter der Abteilung für Chinesische Medizin bei der VfCM ist, verfügt über langjährige Erfahrungen in der Gesundheitsverwaltung und hat den Titel „Master of Public Health“ erworben.

Der Pharmakologe, der auch Professor für biomedizinische Pharmakologie ist, leitet seit längerer Zeit das Forschungsinstitut für Chinesische Medizin. Er hat auch langjährige

Erfahrungen in der TCM-Heilmittelforschung.

Der Volksmediziner, der Teilzeit als Volksmediziner arbeitet, lernte die ganzheitlichen Heilverfahren von der japanischen ganzheitlichen Volksmedizin, deren Inhalt sich an Chinesischem Qi-Qong, Massage und Meridian orientiert. Zu seinen Hauptheiltechniken gehört Massage nach dem Meridian im Körper. Er gründete ein Trainingszentrum für ganzheitliche Heilverfahren, führt auch Kurse für Laien durch, die dann Selbstheilung betreiben sollen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Englische und deutsche Literatur:

- Abbott, Andrew, *The System of Professions - An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London: The University of Chicago Press, 1988.
- Ahern, Emily M., "Chinese-style and Western-style Doctors in Northern Taiwan", in: Kleinman (ed.), *Culture and Healing in Asian Societies*, Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company, 1978: 101-110.
- Ahern, Emily M., "Sacred and Secular Medicine in a Taiwan Village: A Study of Cosmological Disorders", in: Kleinman (ed.), *Culture and Healing in Asian Societies*, Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company, 1978: 17-39.
- Alber, Jens; Bernardi-Schenkluhn, Brigitte, *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich - Bundesrepublik Deutschland*, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln, 1992.
- Armstrong, David, *The problem of the whole-person in holistic medicine*, Holistic Medicine, Vol. 1, 1986: 27-36.
- Baer, Hans A.; Jen, Cindy; Tanassi, Lucia M. etc., *The drive for professionalization in acupuncture: a preliminary view from the san francisco bay area*, Social Science and Medicine, Vol. 46, Nos. 4-5, 1998: 533-537.
- Bannerman, Robert H.; Burton, John; Chen, Wen-Chieh, ed., *Traditional medicine and health care coverage - a reader for health administrators and practitioners*, Geneva: WHO, 1983.
- Bettschart, Roland; Glaeske, Gerd; Langbein, Kurt; Saller, Reinhard und Skalnik, Christian, *Bittere Naturmedizin - Wirkung und Bewertung der alternativen Behandlungsmethoden, Diagnoseverfahren und Arzneimittel*, Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1995.
- Blanke, Bernhard, „Governance“ im Gesundheitswesen, in: Blanke, Bernhard (Hrsg.) *Krankheit und Gemeinwohl*, Opladen: Leske + Budrich, 1994: 13-35.
- Bock, Klaus D., *Wissenschaftliche und alternative Medizin*, Berlin; Heidelberg; usw.: Springer Verlag, 1993.
- Bühning, M., *Über das Autogene Training und das „Ganzheitliche“ in der Medizin*, Forschende Komplementärmedizin 5, 1998: 209-210.
- Bynum, William F., *Companion encyclopedia of the history of medicine*, London: Routledge, 1993.
- Cai, Jing-Feng, *Traditional Medicine in China Today*, in: *Oriental Medicine. An Illustrated Guide to the Asian Arts of Healing*, Jan van Alphen/Anthony Aris (ed.), London: Serindia Publications 1995: 197-202.
- Cant, Sarah; Sharma, Ursula (ed.), *Complementary and Alternative Medicines*, London, WIP SPA: Free Association Books Ltd., 1996.
- Cant, Sarah; Sharma, Ursula, *Reflexivity, ethnography and the professions (complementary medicine) Watching you watching me watching you (and writing about both of us)*, The Sociological Review, 1998: 244-263.
- Cant, Sarah; Sharma, Ursula, *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*, UK: UCL Press, 1999.
- Chi, Chunhuei, *Integrating traditional medicine into modern health care systems: Examining the role of chinese medicine in Taiwan*, Social Science and Medicine, Vol. 39, No. 3, 1994:

307-321.

- Croizier, Ralph C., *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change*, Cambridge: Harvard University Press, 1968.
- Croizier, Ralph C., *The Ideology of Medical Revivalism in Modern China*, in: Leslie, Charles (ed.), *Asian Medical Systems*, 1976: 341-355.
- Daheim, Hansjürgen, *Zum Stand der Professionssoziologie*, in: Dewe, Bernd (Hrsg.), *Erziehen als Profession*, Opladen: Leske und Budrich, 1992: 21-35.
- Degele, Nina, *Professionelle Alternativmedizin? Die Homöopathie zwischen Anpassung und Ausstieg*, Sociologia Internationalis Band 36, Heft 2, 1998:189-217.
- Degele, Nina, *Alternativmedizin zwischen Anpassung und Ausstieg: das Beispiel Homöopathie*, Gesundheitswesen 62, 2000: 53-58.
- Dew, Kevin, *Deviant insiders: medical acupuncturists in New Zealand*, Social Science and Medicine 50, 2000: 1785-1795.
- Dewe, Bernd (Hrsg.), *Erziehen als Profession*, Opladen: Leske und Budrich, 1992.
- Die Republik China auf Taiwan - Überblick über die Geschichte Taiwans und seiner Bevölkerung*, Zusammenarbeit von taiwanesischen Studierenden, Köln, 1998.
- Dinges, Martin, *Professionalisierung homöopathischer Ärzte: Deutschland und Vereinigte Staaten von Amerika im Vergleich*, Medizin, Gesellschaft und Geschichte 14, 1995: 143-172.
- Döhler, Marian, *Die Regulierung von Professionsgrenzen*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, 1997.
- Dunn, Fred L., *Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive System*, in: Leslie, Charles (ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative*, Berkeley: University of California, 1976: 133-158.
- Eckart, W., *Geschichte der Medizin*, Springer Lehrbuch, 1994.
- Eckart, Wolfgang U., *Deutsche Ärzte in China 1897-1914*, Tübingen: Gulde-Druck GmbH, 1989.
- Farquhar, Judith, *Eating chinese medicine*, Cultural Anthropology Vol. 9, No. 4, 1994: 471-497.
- Follath, Erich, *Flug auf dem Tiger*, Der Spiegel, 18/2000: 160-167.
- Forsyth, Patrick B.; Danisiewicz, Thomas J., *Toward a Theory of Professionalization*, Work and Occupations, Vol. 12. No. 1., 1985: 59-76.
- Freidson, Eliot, *Dominanz der Experten: zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*, München- Berlin -Wien: Urban & Schwarzenberg, 1975.
- Freidson, Eliot, *Der Ärztestand: Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart: Ferdinand Enke, 1979 (englisch 1970).
- Freidson, Eliot, *Professionalism Reborn*, UK: Polity Press, 1994.
- Fulder, Stephen, *The Handbook of Alternative and Complementary Medicine*, Oxford/New York/Toronto: Oxford University Press, 1996.
- Gerhardt, Uta, *Gesundheit - ein Alltagsphänomen Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health*, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 1993.
- Gould-Martin, Katherine, *Ong-ia-kong: The Plague God as Modern Physician*, in: Kleinman, Arthur; Kunstadter, Peter; Alexander, E. Russell; Gale, James L. (ed.), *Culture and Healing in Asian Societies*, Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company, 1978: 41-68.

- Gross, Peter; Hitzler, Roland; Honer, Anne, *Diagnostische und therapeutische Kompetenz im Wandel*, in: Wagner, Franz (Hrsg.), *Medizin: Momente der Veränderung*, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 1989: 155-172.
- Gross, Peter; Hitzler, Roland; Honer, Anne, *Zwei Kulturen? Diagnostische und Therapeutische Kompetenz im Wandel*, *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, Heft 3/4, 1985: 146-162.
- Hafferty, Frederic W.; Mckinlay, John B. (ed.), *The Changing Medical Profession*, New York, Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Hammes, Michael / Ots, Thomas, *33 Fallbeispiele zur Akupunktur aus der VR China: ein klinisches Kompendium*, Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1996.
- Helman, Cecil G., *Culture, Health and Illness - An Introduction for Health Professionals*, Third edition. Oxford: Butterworth - Heinemann, 1994.
- Hempfen, Carl-Hermann, *Chinesische Medizin*, Weyarn: Seehamer Verlag, 1997 (1988).
- Hsu, Elisabeth, *The transmission of chinese medicine*, UK: Cambridge University Press, 1999.
- Huerkamp, Claudia, *Ärzte und Professionalisierung in Deutschland: Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert*, in: *Geschichte und Gesellschaft: Professionalisierung in historischer Perspektive*, 6. Jahrgang, Heft 3, 1980: 349- 382.
- Illich, Ivan, *Die Nemesis der Medizin: die Kritik der Medikalisation des Lebens*, München: Beck'sche Reihe, 1995 (1976).
- Jütte, Robert, *Geschichte der Alternativen Medizin*, München: C. H. Beck Verlag, 1996.
- Jütte, Robert, *The paradox of professionalisation: Homeopathy and Hydropathy as Unorthodoxy in Germany in the 19th and early 20th century*, in: Jütte, Robert; Risse, Guenter B; Woodward, John (ed.), *Culture, Knowledge and Healing*, Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications, 1998: 65-88.
- Kaiser, Roland, *Die Professionalisierung der ayurvedischen Medizin und deren Rolle im indischen Medizinpluralismus*, Bonn: Holos Verlag, 1992.
- Kleinman, Arthur; Kunstadter, Peter; Alexander, E. Russell; Gale, James L. (ed.), *Culture and Healing in Asian Societies*, Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company, 1978.
- Kleinman, Arthur, *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*, *Social Science and Medicine*, Vol. 12, 1978b: 85-93.
- Kleinman, Arthur, *Patients and Healer in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology Medicine and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press, 1980.
- Kleinman Arthur, *Writing at the Margin-Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley: University of California Press, 1995.
- Kurtz, Thomas, *Form, strukturelle Kopplung und Gesellschaft - Systemtheoretische Anmerkung zu einer Soziologie des Berufs*, *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 30, Heft 2, April 2001: 135-156.
- Lachmund, Jens; Stollberg, Gunnar (ed.), *The Social Construction of Illness: Illness and Medical Knowledge in Past and Present*, Stuttgart: Franz Steiner, 1992.
- Landy, David (ed.), *Culture, Disease, and Healing-Studies in Medical Anthropology*, New York: Macmillan Publishing Co., 1977.
- Landy, David, *Role adaptation: traditional curers under the impact of western medicine*, in: Landy, David (ed.), *Culture, Disease, and Healing*, New York: Macmillan Publishing

- Co., 1977: 468-480.
- Larson (Sarfatti-Larson), Magali, *The rise of professionalism*, Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 1977.
- Leslie, Charles, *The modernization of Asian medical systems*, in: Poggie, John J. Jr.; Lynch, Robert N., *Rethinking modernization - Anthropological perspectives*, Westport, Connecticut; London, England: Greenwood Press, 1974.
- Leslie, Charles (ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative*, Berkeley: University of California, 1976.
- Leslie, Charles M., *Pluralism and integration in the indian and chinese medical systems*, in: Landy, David (ed.), *Culture, Disease, and Healing*, New York: Macmillan Publishing Co., 1977: 511-518.
- Leslie, Charles, *Medical pluralism in world perspective*, *Social Science and Medicine*, Vol. 14B, 1980: 191-195.
- Lettke, Frank; Eirmbter, Willy H.; Hahn, Alois, usw., *Krankheit und Gesellschaft*, UVK Universitätsverlag Konstanz GmbH, 1999.
- Lin, Chih-Hong, *Steuerungsprobleme und Reformbestrebungen des Gesundheitswesens in Taiwan*, Dissertation der Universität Bielefeld, 1996.
- Lin, Kuoming, *From Authoritarianism to Statism: The Politics of National Health Insurance in Taiwan*, Ph. D. Dissertation, Department of Sociology, Yale University, New Haven, CT. 1997b.
- Loux, Françoise, *Folk medicine*, in: Bynum, W. F.; Porter, Roy (ed.), *Comparison Encyclopedia of the History of Medicine*, London and New York: Routledge, 1993: 661-675.
- Lowenberg, June S.; Davis, Fred, *Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health*, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 16, No. 5, 1994: 579-599.
- Lu, Gwei-Djen; Needham, Joseph, *Celestial Lancets – A History and Rationale of Acupuncture and Moxa*, Cambridge: Cambridge University Press, 1980.
- Mayntz, Renate; Rosewitz, Bernd, *Kapitel 3 Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems*, in: Mayntz, Renate; Rosewitz, Bernd; Schimank, Uwe; Stichweh, Rudolf, *Differenzierung und Verselbständigung – zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*, Frankfurt: Campus Verlag, 1988.
- Moerley, Peter, *Culture and the Cognitive World of Traditional Medical Beliefs: Some Preliminary Considerations*, in: Morley, Peter and Wallis, Roy: *Culture and Curing- Anthropological Perspectives on Traditional Medical Belief and Practices*, London: Peter Owen, 1978:1-18.
- Morley, Peter; Wallis, Roy (ed.), *Culture and Curing: Anthropological Perspectives on Traditional Medical Beliefs and Practices*, London: Peter Owen, 1978.
- Morris, David B., *Geschichte des Schmerzes*, Frankfurt am Main: Insel Verlag, 1994.
- Müller, Rolf S., *Heil aus den Osten*, *Der Spiegel*, 18/2000: 156-158.
- Oberländer, Christian, *Die Bewegung für den Fortbestand der traditionellen Kanpo-Medizin in Japan (1874-1895)*, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 10, 1991: 103-126.
- Oberländer, Christian, *Zwischen Tradition und Moderne: Die Bewegung für den Fortbestand der Kanpo-Medizin in Japan*, Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 1995.
- Ots, Thmas, *Aneignung durch Umdeutung - Zur Rezeption der traditionellen chinesischen Medizin in Deutschland*, *Curare*, Vol. 10, 1987: 169-195.
- Ots, Thomas, *Medizin und Heilung in China: Annäherungen an die traditionelle chinesische*

Medizin, Berlin, Hamburg: Dietrich Reimer, 1987.

- Ots, Thomas, *2.1 Traditionelle chinesische Medizin I*, in: ZDN, Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren e. V.; FFB, Forschungsinstitut Freie Berufe, *Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilwesen in Europa, Bd. 1. Ganzheitliche Medizinsysteme*, im Auftr. des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Technologie und Verkehr, Essen: VGM-Verl., 1991: 891-904.
- Otsuka, Yasuo, *Chinese Traditional Medicine in Japan*, in: Leslie, Charles (ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative*, Berkeley: University of California, 1976: 322-340.
- Parsons, Talcott, *Struktur und Funktion der modernen Medizin*, in: König, R.; Tonniesmann, S. (Hrsg.), *Probleme der Medizinsoziologie*, Sonderband 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1965 (englisch 1951): 10-57.
- Pfleiderer, Beatrix; Bibeau, Gilles (ed.), *Anthropologies of Medicine*, Braunschweig: Friedr. Vieweg & Sohn Verlag, 1991.
- Pfleiderer, Beatrix; Bichmann, Wolfgang, *Krankheit und Kultur: Eine Einführung in die Ethnomedizin*, Berlin: Dietrich Reimer, 1985.
- Pfleiderer, Beatrix; Bichmann, Wolfgang; Greifeld, Katarina, *Ritual und Heilung: Eine Einführung in die Ethnomedizin*, Berlin: Dietrich Reimer, 1995.
- Plagemann, Hermann, *Der Wirksamkeitsnachweis nach dem Arzneimittelgesetz von 1976. Funktion und Folgen eines unbestimmten Rechtsbegriffs*, Baden-Baden: Nomos, 1979.
- Poggie, John J. Jr.; Lynch, Robert N., *Rethinking modernization - Anthropological perspectives*, Westport, Connecticut; London, England: Greenwood Press, 1974.
- Porkert, Manfred, *The Intellectual and Social Impulses Behind the Evolution of Traditional Chinese Medicine*, in: Leslie, Charles (ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative*, Berkeley: University of California, 1976: 63-81.
- Psyhyrembel, *Wörterbuch Naturheilkunde - und alternative Heilverfahren mit Homöopathie, Psychotherapie und Ernährungsmedizin*, 2. Auflage, 1999.
- Roelcke, Volker, *Medikale Kultur: Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung eines kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte*, in: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, 1998: 45-68.
- Rogers, Naomi, *American Homeopathy confronts scientific medicine*, in: Jütte, Robert; Risse, Guenter B; Woodward, John (ed.), *Culture, Knowledge, and Healing*, Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications, 1998: 31-64.
- Rothschuh, Karl Ed., *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*, Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1978.
- Rüschemeyer, Dietrich, *Professionalisierung. Theoretische Probleme für die vergleichende Geschichtsforschung*, in: *Geschichte und Gesellschaft: Professionalisierung in historischer Perspektive*, 6. Jahrgang, Heft 3, 1980: 311-325.
- Saks, Mike, *Professions and the public interest - Medical power, altruism and alternative medicine*, London and New York: Routledge, 1995a.
- Saks, Mike, *Educational and Professional Developments in Acupuncture in Britain: A historical and contemporary overview*, *The European Journal of Oriental Medicine*, Vol. 1, No. 6, 1995b: 32-34.
- Saks, Mike, *From Quackery to Complementary Medicine: The Shifting Boundaries Between Orthodox and Unorthodox Medical Knowledge*, in: Cant, Sarah; Sharma, Ursula (ed.),

- Complementary and Alternative Medicines*, London, WIP 5PA: Free Association Books Ltd., 1996: 27-43.
- Saks, Mike, *Medicine and complementary medicine: challenge and change*, in: Scambler, Graham; Higgs, Paul (ed.), *Modernity, Medicine and Health*, London and New York: Routledge, 1998: 198-215.
- Scambler, Graham; Higgs, Paul (ed.), *Modernity, Medicine and Health*, London and New York: Routledge, 1998.
- Scheid, Volker, *Home and Away: In Search of Chinese Medicine*, *The European Journal of Oriental Medicine*, Vol. 1, No. 4, 1994: 14-19.
- Scheid, Volker, *The Globalization of Chinese medicine*, *The Lancet* 2000, Vol. 354, Suppl. 4, v. 18. 12. 1999.
- Schipper, Kristofer (Duval, Karen C. translated), *Taoist Body*, University of California Press, 1993.
- Schipperges, H., *Die Sprache der Medizin*, Heidelberg: Verlag für Medizin, Dr. Ewald Fischer, 1988.
- Schipperges, Heinrich; Seidler, Eduard; Unschuld, Paul U. (Hg.), *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Freiburg/ München: Verlag Karl Alber GmbH, 1978.
- Schmädel, Dieter, *Ayurveda - Medizinsystem im Wandel*, *Curare* 12, 1989: 97-112.
- Schnorrenberger, C. C., *2.3 Chinesische Medizin und Akupunktur*, in: ZDN, Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren e. V.; FFB, Forschungsinstitut Freie Berufe, *Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilwesen in Europa, Bd. 1. Ganzheitliche Medizinsysteme*, im Auftr. des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Technologie und Verkehr, Essen: VGM-Verl., 1991: 963-972.
- Schumann, Ute, *Entwicklungsperspektiven der Homöopathie in Indien zwischen traditioneller Medizinkultur und Modernisierungsbestrebung*, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 10, 1991: 189-207.
- Schütz, Alfred, *Der gut informierte Bürger*, in: Brodersen, Arvid (Hrsg.), Alfred Schütz: *Gesammelte Aufsätze II - Studien zur soziologischen Theorie*, Den Haag: Martinus Nijhoff, 1972: 85-101.
- Scott, Anne, *Homeopathy as a feminist form of medicine*, *Sociology of Health & Illness* Vol. 20, No. 2, 1998: 191-214.
- Sharma, Ursula, *Complementary medicine today*, London and New York: Tavistock/ Routledge, 1992.
- Sich, Dorothea; Diesfeld, Hans-Jochen; Deiger, Angelika und Habermann, Monika (Hrsg.), *Medizin und Kultur*, Frankfurt am Main: Peter Lang, 1995.
- Sivin, Nathan, *Science and medicine in imperial China - the state of the field*, *The Journal of Asian Studies*, Vol. 47, No. 1, 1988: 41-90.
- Sivin, Nathan, *Science and Medicine in Imperial China*, *Journal of Asian Studies* 46, 4, 1988: 849-897.
- Southon, Gray; Braithwaite, Jeffrey, *The End of Professionalism?* *Social Science and Medicine* Vol. 46, No. 1, 1998: 23-28.
- Sprondel, Walter M., „Experte“ und „Laie“: *Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie*, in: Sprondel, Walter M; Grathoff, Richard (Hrsg.), *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1979: 140-154.

- Stolberg, Michael, *Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung*, in: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, 1998: 69-86.
- Stollberg, Gunnar, *Zu einer historischen Soziologie des „Patienten“ als medizinischem Laien*, in: Laaser, U.; Wolters, P.; Kaufmann, F. X. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaft und öffentliche Gesundheitsförderung: Aktuelle Modelle für eine Public-health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, 1990: 191-195.
- Stollberg, Gunnar, *Medizinsoziologie*, Bielefeld: Transcript Verlag, 2001.
- Stollberg, Gunnar, *Plural medicine and world society in Germany and in the UK*, unpublisch.
- Topley, Marjorie, *„Chinese and Western Medicine in Hongkong: Some Social and Cultural Determinants of Variation, Interaction and Change*, in: Kleinman (ed.), *Culture and Healing in Asian Societies*, Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company, 1978: 111-141.
- Unschuld, Paul U., *Medico-cultural conflicts in Asian settings: an explanatory theory*, *Social Science and Medicine*, Vol. 9, 1975: 303-312.
- Unschuld, Paul U., *The Social Organization and Ecology of Medical Practice in Taiwan*, in: Leslie, Charles (ed.), *Asian medical Systems*, 1976: 300-316.
- Unschuld, Paul U., *Professionalisierung und ihre Folgen*, in: Schipperges, Heinrich; Seidler, Eduard; Unschuld, Paul U. (Hg.), *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Freiburg/ München: Verlag Karl Alber GmbH, 1978: 517-556.
- Unschuld, Paul U., *Medicine in china: a history of ideas*, Berkeley: University of California, 1985.
- Unschuld, Paul U., *Traditional chinese medicine: some historical and epistemological reflections*, *Social Science and Medicine*, Vol. 24, No. 12, 1987: 1023-1029.
- Unschuld, Paul U., *Huichun - Rückkehr in den Frühling: Chinesische Heilkunde in historischen Objekten und Bildern*, München: Prestel, 1995.
- Unschuld, Paul U., *Chinesische Medizin*, München: Beck'sche Reihe, 1997.
- Unschuld, Paul U., *„Vollendete Tugend“ - Heilansprüche, Heilvermögen, Heilverhalten: Europa und China im interkulturellen Vergleich*, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 19, 2000: 33-54.
- Wardwell, Walter I., *Chiropractic: History and Evolution of a new Profession*, Mosby- Year Book, Inc., 1992.
- Weltbild, *Der Brock Haus von A-Z - in drei Bänden*, Leipzig, Mannheim: F.A. Brockhaus, 2000.
- Wolinsky, Fredric D., *The Professional Dominance, Deprofessionalization, Proletarianization, and Corporatization Perspectives: An Overview and Synthesis*, in: Hafferty, Frederic W.; Mckinlay, John B. (ed.), *The Changing Medical Profession*, New York, Oxford: Oxford University Press, 1993: 11-24.
- World Health Organization (WHO), *Formulating strategies for health for all by the year 2000 - Guiding principles and essential issues*, Dokument of the Executive Board of the World Health Organization, Geneva, 1979.
- World Health Organization (WHO), *The promotion and development of traditional medicine*, Technical Report Series 622, Geneva, 1978.
- Xu, Xiaoqun, *„National Essence“ vs. „Science“: Chinese Native Physicians' Fight for Legitimacy, 1912-37*, *Modern Asian Studies* 31, 4, 1997: 847-877.

Chinesische Literatur:

- Administrationsgouvernement der Provinz Taiwan, *Statistikabriß Taiwans der vergangenen 51 Jahre*, 1946:1271-1273. (台灣省行政長官公署統計室, 台灣省五十一年來統計提要, 1946.)
- Archivkomitee Taiwans (Hg.), *Neuausgabe der Geschichte Taiwans, Vol. 7, Politik - Medizinalpolitik, Bd. 1 und 2*, 1995. Taiwan, Taipeh. (台灣省文獻委員會編印, 重修台灣省通志, 卷七, 政治志, 衛生篇, 第一, 二冊, 1995.)
- Broschüre „*Introduction for Chinese Medical Department in China Medical College*“, Taiwan. (Kein Datum) (中國醫葯學院中醫學系簡介.)
- Broschüre „*Introduction for Graduate College of Chinesische Medicine in China Medical College*“, Taiwan, 1994. (中國醫葯學院中國醫學研究所簡介, 1994.)
- Chang, Li-yun, *Medizin und Gesellschaft - Forschungen zur Medizinsoziologie*, Taipeh: Ju-liu Verlag, 1998. (張苙雲, 醫療與社會—醫療社會學的探索, 巨流, 1998.)
- Chen, Chieh-fu (Hg.), *Gegenwärtiger Zustand und Begutachtung der Ausbildung in der Chinesischen Medizin*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1991. (陳介甫主編, 中醫教育之現況及檢討, 國立中國醫葯研究所, 1991.)
- Chen, Chieh-fu (Hg.), *Vorschläge für eine Verbesserung der Ausbildung und Forschung in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1989. (陳介甫主編, 中國醫葯教育研究改進建議書, 國立中國醫葯研究所出版, 1989.)
- Chen, Chieh-fu, *Rückschau, gegenwärtiger Zustand und Perspektiven des staatlichen Forschungsinstituts für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde anlässlich seines 30 jährigen Bestehens*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1989. (陳介甫, 國立中國醫葯研究所三十年來之回顧、現況及瞻望, 國立中國醫葯研究所, 1989.)
- Chen, Jin-sheng, *Rückblick auf das Medizinsystem in Taiwan während der japanischen Kolonialzeit - Das Zweiklassen-Arztssystem in Taiwan*, Zeitschrift für historische Forschung in Taiwan, No. 8, 1996: 21-34. (陳金生, 日治時代台灣醫療制度的回憶—以台灣乙種醫師制度為主, 台灣史料研究 8 號, 1996: 21-34.)
- Chen, Jun-kai, *Der soziale Status der Ärzte in Taiwan während der japanischen Kolonialzeit*, in: Medical Professionals Alliance in Taiwan Bulletin, Nr. 12., Medical Professionals Alliance in Taiwan, 1993a: 10-14. (陳君愷, 日治時期台灣醫生社會地位之研究, 台灣醫界聯盟通訊 12, 1993a: 10-14.)
- Chen, Jun-kai, *Epidemien während der Rückeroberung: Hygienische und kulturelle Probleme während der Rückeroberung Taiwans aus der Makroperspektive*, Thought and Words - Journal of the Humanities and Social Sciences, Vol. 31, No. 1, Taipeh, 1993b: 111-138. (陳君愷, 光復之疫: 台灣光復初期衛生與文化問題的鉅視性觀察, 思與言 第 31 卷 第 1 期, 1993b: 111-138.)
- Chen, Ke-ji und Zhou, Wen-quan, *Auswahl von Lebensführungslehren in der Traditionellen Chinesischen Medizin*, Taiwan Shang-wu Verlag, 1991. (陳可冀, 周文泉, 中國傳統養生學精粹, 商務, 1991.)
- Chen, Li-fu (Redensammlung), *Wünsche an die Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde*, Taiwan: China Medical College, 1993. (陳立夫講述, 對中國醫葯之願望, 中國醫葯學院, 1993.)

- Chen, Li-fu, usw., *Sonderbeilage für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde*, Vol. 5, Taipeh: China Tageszeitungsverlag, 1990. (陳立夫等, 中華醫葯專輯第五集, 中華日報, 1990.)
- Chen, Mei-sheng, *Das Ausbildungssystem in Chinesischer Medizin und Arzneimittelkunde in Festlands-China*, Zeitschrift für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde (Taiwan), 7(3); 1996: 181-186. (陳梅生, 大陸中醫葯教育, 中醫葯雜誌 7:3, 1996: 181-186.)
- Chen, Mei-sheng; Xie, Ming-cun; Lin, Zhao-geng, Vortragsartikel: „Die Ausbildung in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan - Gründung des China Medical College“, in: Symposium für den Austausch der Ausbildungserfahrung in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde zwischen beiden Seiten der Taiwanstraße, v. 24.4.1995. (陳梅生、謝明村、林昭庚, 台灣地區中醫葯教育--中國醫葯學院概況, 于兩岸中醫葯教育交流研討會, 1995年4月24日.)
- Chen, Sheng-kun, *Moderne Medizin in China*, Taipeh: Verlag der Medizin in der Gegenwart, 1978. (陳勝崑, 近代醫學在中國, 當代醫學雜誌社, 1978.)
- Chen, Tai-xi, *Vorschlag zur Integration der Chinesischen Medizin und Arzneimittelheilkunde in die National Health Insurance*, Komitee für Wirtschaftsaufbau (Jing-jian-hui) in dem Verwaltungsmministerium Taiwans, 1990. (陳太羲, 中醫葯納入全民健保之可行方案, 經建會, 1990.)
- Chen, Yong-xing, *Geschichte der Entwicklung der Medizin in Taiwan*, Taipeh: Yue-dan Verlag, 1998. (陳永興, 台灣醫療發展史, 月旦, 1998.)
- Chen, Yuan-peng, *Ju-I (Ru-Yi) of the Sung Dynasty with Comments on Robert P. Hymes' "Doctors in Sung and Yuan"*, New History, Vol. 6, No. 1, Taipei, 1995: 179-204. (陳元朋, 宋代的儒醫 - 兼評 Robert P. Hymes 有關宋元醫者地位的論點, 新史學六卷一期, 台北, 1995: 179-204.)
- Chiang, Tung-liang, *Die Entwicklung und Probleme der medizinischen Versorgung in Taiwan*, Journal of Chinese Public Health (Zhong-Hua-Wei-Shen), Vol. 8, No. 2, 1988: 75-89. (江東亮, 台灣地區的醫療照護的發展與問題, 中華衛誌 Vol. 8, No.2, 1988: 75-89.)
- Chiang, Tung-liang, *Physician Manpower Policy in Taiwan, 1945-1994*, Journal of Chinese Public Health (Zhong-Hua-Wei-Shen), Vol. 14, No. 5, Taipei, 1995: 383-391. (江東亮, 台灣地區的醫師人力政策: 1945-1994, 中華衛誌 Vol. 14, No.5, 1995: 383-391.)
- Chin, Shih-chi, *A Study of Medical Doctors in Ancient China with Special Reference to Their Social Positions*, New History, Vol. 6, No. 1, Taipei, 1995: 1-48. (金仕起, 古代醫者的角色 - 兼論其身份與地位, 新史學六卷一期, 台北, 1995: 1-48.)
- China Medical College (Hg.), *Sammelband zum 87. Geburtstag des Präsidenten Li-Fu Chen*, Taichung, Taiwan: 1985. (中國醫葯學院, 恭賀董事長陳立夫先生 87 歲生日論文集, 1985.)
- China Medical College Bulletin 1997~1998, Taiwan. (中國醫葯學院簡介.)
- Chinese Journal of Medicine History, 1992~1998, Peking, China. (中華醫史雜誌, 1992~1998年, 中國北京.)
- Chu, Ping-yi, *A Prospect of Researches on History of Science, Technology, and Medicine in Taiwan: An Analysis of a Contemporary Taiwan's Scholarly Community*, Taiwan Historical Research, Vol. 4, No. 2, 1997: 157-172. (祝平一, 展望台灣的科技與醫療史研究: 一個當代台灣知識社群的分析, 台灣史研究 第四卷 第二期, 1997: 157-172.)
- Cui, Jiu, *Vorschlag für eine Verbesserung der Lizenzsonderprüfung für Chinesische Medizin*, in: Chen, Chieh-fu (Hg.), *Vorschläge für eine Verbesserung der Ausbildung und Forschung in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1989:

- 60-69. (崔玖, 對中醫特考改進之建議, in: 陳介甫主編, 中國醫藥教育研究改進建議書, 國立中國醫藥研究所, 1989:60-69.)
- Dai, Wen-feng, "Medical Reports" and the Diseases during the End of Qing-Dynasty in the Harbour Areas in Taiwan, *Thought and Words - Journal of the Humanities and Social Sciences* (Quarterly), Vol. 33, No. 2, Taipei, 1995: 157-213. (戴文鋒, 《海關醫報》與清末台灣開港地區的疾病, 思與言 33 卷 2 期, 1995: 157-213。)
- Dai, Xian-zhang, *Die tränenreiche Geschichte von der Wiedererhebungsbewegung der Chinesischen Medizin*, Selbstdruck, Taiwan: 1994. (戴獻章, 中醫復興運動血淚史, 自印, 1994.)
- Fann, Yann-chiou, *Formierung der öffentlichen Hygiene in Taiwan in der ersten Phase der japanischen Kolonialzeit (1895-1920)*, *Thought and Words - Journal of the Humanities and Social Sciences*, Vol. 33, No. 2, Taipei, 1995: 215-258. (范燕秋, 日治前期台灣公共衛生之形成 (1895-1920): 一種制度面的觀察, 思與言 33 卷 2 期, 1995: 215-258.)
- Fann, Yann-chiou, *Medicine and Colonial Expansion: Taiwan's Malaria Research under Japanese Rule*, *New History* Vol. 7, No. 3, Taipei, 1996: 133-174. (范燕秋, 醫學與殖民擴張 - 以日治時期台灣瘧疾研究為例, 新史學第七卷第三期, 1996: 133-174.)
- Fann, Yen-chiou (Yann-chiou), *The Practice of Modern Medicine in Colonial Taiwan (1898-1906): Gotou Shinpei's (Goto Shinpei) Theory of State Hygiene*, *New History* Vol. 9, No. 3, Taipei, 1998: 49-86. (范燕秋, 新醫學在台灣的實踐 (1898-1906) - 從後藤新平《國家衛生原理》談起, 新史學第九卷第三期, 1998: 49-86.)
- Foster, George M.; Anderson, Barbara Gallatin, *Medical Anthropology*, New York: John Wiley & Sons, 1978, Taipei: Laureate Book Co., 1992 (Chinesische Übersetzung: 福斯特, 喬治著; 陳華, 黃新美譯, 醫學人類學, 桂冠, 1992.)
- Gao, Yu-qiu; Makoto, Mayanagi, *Ding Fu-Bao and Sino-Japanese Medical Exchanges of Traditional Medicine*, *Chinese Journal of Medicine History*. Peiking, China, Vol. 22, No. 3., 1992: 175-180. (高毓秋, 真柳誠, 丁福保與中日傳統醫學交流, 中華醫史雜誌, Vol. 22, No. 3., 1992: 175-180.)
- Ge, Zhao-guang, *Taoismus und chinesische Kultur*, Taipeh: Dong-hua Verlag, 1989. (葛兆光, 道教與中國文化, 東華書局, 1989.)
- Guo, De-ming, *A Study on the Opinions and Related Factors of Graduates of School of Chinese Medicine Concerning Chinese Medicine Education, License Examination and Practice*, Institute of Public Health, National Taiwan University, Master Thesis, 1996. (郭德銘, 中醫系畢業生對中醫教、考、用問題的看法及其相關因素之探討, 國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文, 1996.)
- Ha, Hongqian; Gao, Tian, *Medicine in Taiwan During the Period of Dutch Occupation*, *Chinese Journal of Medicine History*. Peiking, China, Vol. 24, No. 3., 1994: 179-181. (哈鴻潛, 高田, 荷蘭據台時期之醫學, 中華醫史雜誌 Vol. 24, No. 3., 1994: 179-181.)
- Hu, You-hui, *Soziale Epidemiologie*, Taipeh: Ju-liu Verlag, 1991. (胡幼慧, 社會流行病學, 巨流, 1991.)
- Hu, You-hui, *Sozialer Raum der alternativen Mediziner - Vorläufige Analyse einer Feldforschung*, *Thought and Words - Journal of the Humanities and Social Sciences*, Quarterly, Vol. 36, No. 2, Taipei, 1998: 183-212. (胡幼慧, 另類療者的社會空間: 一項田野研究的初步分析, 思與言 36 卷 2 期, 1998, 6: 183-212.)
- Hua Shou (lebte ca. 1340 n. Chr., Yuan-Dynastie), *Ursprüngliche Bedeutung von Nan-Jing*, Taipeh: Tian-yu Verlag (Neudruck), 1989. (元, 滑壽, 難經本義, (附: 滕萬卿: 難經古義), 天宇, 1989.)

- Huang, Chong-min, *Das wahre Gesicht der traditionellen Medizin kennenlernen*, Taiwan-Buchladen Verlag, 1996. (黃崇民, 認識傳統醫學的真貌, 台灣書店, 1996.)
- Huang, Jin-zi, *Die gegenwärtige Situation des siebenjährigen Studiengangs der Chinesischen Medizin im China Medical College*, in: Chen, Chieh-fu (Hg.), *Gegenwärtiger Zustand und Begutachtung der Ausbildung in der Chinesischen Medizin*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1991:23-25. (黃金子, 中國醫藥學院七年制中醫系教育現況, in: 陳介甫主編, 中醫教育之現況及檢討, 國立中國醫藥研究所, 1991: 23-25.)
- Huang, Wei-san, *Vorschläge für eine Verbesserung des Fachbereichs für Chinesische Medizin im China Medical College*, in: Chen, Chieh-fu (Hg.), *Vorschläge für eine Verbesserung der Ausbildung und Forschung in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1989: 44-48. (黃維三, 中國醫藥學院中醫學系之改進, in: 陳介甫主編, 中國醫藥教育研究改進建議書, 國立中國醫藥研究所出版, 1989: 44-48.)
- Huang, Wei-san; Chang, Yong-xun und Su, Yi-chang, *Forschungen über den wissenschaftlichen Austausch in der Chinesischen Medizin zwischen China und Taiwan*, Stiftung „Austausch zwischen den beiden Seiten der Taiwanstraße“, 1993. (黃維三, 張永勳, 蘇奕彰, 開展海峽兩岸中醫藥學術交流研究, 財團法人海峽交流基金會, 1993.)
- Hwang, Yuan-shie, *Towards a National Health Insurance: An Institutional Theory Approach*, Thought and Words - Journal of the Humanities and Social Sciences, Vol. 36, No. 2, Taipei, 1998: 84. (黃源協, 邁向全民健康保險 - 制度論觀點的分析, 思與言 36 卷 2 期, 1998,6: 55-84.)
- Ide, Kiwata, (Lin, Heng-dao (Hg.)), *Die Politik während der japanischen Kolonialzeit in Taiwan*, Archivkomitee der Provinz Taiwan, Taipeh: 1977. (井出季和太, 主編人: 林衡道, 日據下之台政, 台灣省文獻委員會, 1977.)
- Kang, Jian-Tso; Chen, Chieh-fu; Chou, Pesusss, *Factors Related to the Choice of Different Hospitals Providing ese Traditional Medicine*, Journal of Medicine in China (Taipei), Vol. 51, 1993: 448-456. (康健壽, 陳介甫, 周碧瑟, 中醫門診病人選擇醫院型式的相關因素, 中華醫誌, 51 期, 1993: 448-456.)
- Kang, Jian-Tso; Chen, Chieh-fu; Chou, Pesusss, *Factors Related to the Choice between Traditional Chinese Medicine and Modern Western Medicine Among Patients with Two-Method Treatment*, Journal of Medicine in China (Taipei), Vol. 57, No. 6 1996: 405-412. (康健壽, 陳介甫, 周碧瑟, 複向求診病患選擇中西醫門診的相關因素, 中華醫學雜誌第 57 卷第 6 期, 1996: 405-412.)
- Kang, Jian-Tso; Chen, Chieh-fu; Chou, Pesusss, *Knowledge, Attitude and Behavioral Intention of Chinese Traditional Medicine among Outpatients*, Chinese Journal of Public Health (Taipei): 1994; 13(5): 432-441. (康健壽, 陳介甫, 周碧瑟, 中醫門診病人對傳統醫學的認知. 態度與行為意向的分析研究, 中華公共衛生雜誌 13:5, 1994: 432-441.)
- Kang, Tsui-hesiu; Chen, Chieh-fu; Chou, Pesus, *The Knowledge, Belief, and Behavioral Intention of Traditional Chinese Medicine in Peitou District*, Chinese Journal of Public Health (Taipei): 1998; 17(2): 80-92. (康翠秀, 陳介甫, 周碧瑟, 台北市北投區居民對中醫醫療的知識. 信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響, 中華衛誌, 17 (2), 1998: 80-92.)
- Kleinman, Arthur, *The Illness Narratives- Suffering Healing & the Human Condition*, Taipei: Laureate Book Co.,1994. (Chen, Xin-lü: chinesische Übersetzung aus englisch.) (Kleinman, Arthur 著, 陳新綠譯, 談病說痛-人類的受苦經驗與痊癒之道, 桂冠, 1994.)
- Lai, Jim-Shoung, etc., *Förderung des wissenschaftlichen Austausches in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde zwischen beiden Seiten der Taiwanstraße (4): Praxis*

der Krankenhauspflege in den Abteilungen für Chinesischen Medizin in Festlands-China, Jahresbericht für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde der ZfG, 14(3); 1996: 39- 361. (賴俊雄等, 推動兩岸中醫中藥學術交流工作(4): 中國大陸中醫護理臨床實務, 行政院衛生署中醫藥年報, 14:3, 1996,05: 39-361.)

Lai, Jim-Shoung, *Förderung des wissenschaftlichen Austausches in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde zwischen beiden Seiten der Taiwanstraße - Das stationäre TCM-Behandlungssystem in Festlands-China*, Jahresbericht für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde der ZfG, 1997: 252-312. (賴俊雄, 推動兩岸中醫中藥學術交流工作-中國大陸中醫住院制度, 行政院衛生署中醫藥年報, 1997, 05: 252-312.)

Lai, Jim-Shoung; Lee, Jwo-Leun; Chen, Shi-jen; Chi, Chunhuei, etc., *Integrationsforschung über Nachfrage und Angebot der Chinesischen Medizin in Taiwan*, Forschungsplan der ZfG, Durchführung: China Medical College, Taiwan, 1992. (賴俊雄, 李卓倫, 陳世堅, 紀駿輝等, 中醫醫療需求與供給之整合研究, 行政院衛生署委託, 中國醫藥學院執行, 1992.)

Lan, Chung-fu; Cheng, Huei-chu, *Cost Sharing in Health Insurance*, Institute of Public Health - National Yang-Ming Medical College, Taipei, 1990. (藍忠孚, 鄭惠珠, 健康保險部份負擔之研究, 國立陽明醫學院公共衛生研究所, 1990.)

Lee, Jwo-Leun; Chen, Tai-xi; Lai, Jim-Shoung, *Positionen der unterschiedlichen Medizinergruppen über eine Integration der Chinesischen Medizin in die National Health Insurance in Taiwan*, Public Health, Vol. 17, No. 4, Taiwan, 1991: 319-325. (李卓倫等, 不同團體對中醫藥納入全民健康保險之意見, 公共衛生 17:4, 1991: 319-325.)

Lee, Jwo-leun; Chi, Chun-Huei; Lai, Jim-shoung, *The Analytical Methods and Limitations of Studying the Demand for Medical Care*, Public Health, Vol. 22, No.4, Taiwan, 1996, pp. 247-255. (李卓倫, 紀駿輝, 賴俊雄, 醫療需求研究之分析方法與限制-以中醫門診為例, 公共衛生第二十二卷第四期, 1996: 247-255.)

Lee, Jwo-Leun; Chi, Chunhuei; Lai, Jim-Shoung, *A Critical Review of the Policy Research on Chinese Medicine in Taiwan, 1981-1994*, Pubic Health, Vol. 21, No. 2, Taiwan, 1994: 97-107. (李卓倫, 紀駿輝, 賴俊雄, 1981-1994 年中醫政策研究之回顧, 公共衛生第二十一卷第二期, 1994: 97-107.)

Lee, Jwo-Leun; Chi, Chunhuei; Lai, Jim-Shoung, *The Effects of Time, Income and Price on the Demand for Chinese Medicine Ambulatory Care*, Chinese Journal of Public Health 14(6), Taiwan, 1995: 470-476. (李卓倫, 紀駿輝, 賴俊雄, 時間. 所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響, 中華公共衛生雜誌 14:6, 1995: 470-476.)

Lee, Jwo-Leun; Lai, Jim-Shoung; Chen, Shi-jen, etc. *Estimating Production Functions of Traditional Chinese Medicine Physicians in Taiwan*, Chinese Journal of Public Health 13(2), Taiwan, 1994: 156-167. (李卓倫, 賴俊雄, 陳世堅等, 台灣地區中醫師生產力函數推估, 中華公共衛生雜誌 13:2, 1994: 156-167.)

Li, Jing-Wei, *East-West Medical Exchange and Integration of Chinese and Western Medicine*, Journal of Chinese Medicine 7(4), Taiwan, 1996: 211-216. (李經緯, 東西方醫學交流與中西醫結合, 中醫藥雜誌 7(4), 1996: 211-216.)

Li, Lian-song; Quo, Hong-tao (Hg.), *Traditionelle chinesische Kultur und Medizin*, Fu-jian (in China), 1990. (李良松, 郭洪濤編, 中國傳統文化與醫學, 福建.廈門, 1990.)

Li, Ren-xian und Liu, Xiao-bin, *A Commentary on Modern History of Traditional Chinese Medicine*, Chinese Journal of Medicine History. Peiking, China, Vol. 22, No. 1., 1992: 1-6. (李任先, 劉小斌, 中醫近代史述評 (1840 ~ 1949), 中華醫史雜誌, Vol. 22, No. 1., 1992: 1-6.)

Li, Shi-zheng (Hg.), *Erfahrungen bei Arztbesuchen, Vol. 1 und 2*, Taipeh; Ming-shen Zeitungsverlag, 1987. (李師鄭編, 就醫經驗談(一), (二), 民生報, 1987.)

- Li, Shu-yi, *Eine Pilotuntersuchung über das System der Chinesischen Medizin und seines Managements*, Institute of Medicine Management, China Medical College, Master Thesis, 1990. (李淑宜, 中醫醫療體系及經營管理之初步探討, 中國醫藥學院, 醫務管理研究所, 1990.)
- Li, Yu-zhou, *Grundlagen der indigenen Medizingeschichte*, in: Medical Professionals Alliance in Taiwan Bulletin, Nr. 12., Medical Professionals Alliance in Taiwan, 12.1993: 2. (李宇宙, 本土醫學史的原點, in: 台灣醫界聯盟通訊 No. 12, 台灣醫界聯盟, 12.1993: 2.)
- Li, Zheng-Yu, *Theorie und Praxis einer Integration von Chinesischer und westlicher Medizin*, Taipeh: Qi-ye Verlag, 1993. (李政育, 中西醫匯通的理論與實務, 啟業, 1993.)
- Liao, Yu-qun (China), *The Medical Theory of Chi-po and the Yellow Emperor*, Taipeh: Hong-ye Verlag (Neudruck), 1994. (廖育群, 岐黃醫道, 洪葉, 1994.)
- Lin, Chih-Fang, *A Study on the Utilization of Chinese Tradition Medicine by Insured Persons of Northern Branch Bureau of National Health Insurance*, Institute of Health and Welfare Policy, National Yang-Ming University, Master Thesis, 1998. (林致坊, 全民健康保險中醫利用之研究--以北區分局為例, 國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文, 1998.)
- Lin, Guang-ji (Beamter der Abteilung für die Durchführung der Examen im Examenministerium), Vortragsartikel: „Das Examenssystem für Professionelle der Chinesischen Medizin und Heilmittel auf Taiwan“, in: Symposium über den Austausch der Ausbildungserfahrung in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde zwischen den beiden Seiten der Taiwanstraße, v. 24.4.1995. (林光基, 台灣地區中醫中藥專門職業人員考試制度概況, 考選部專技考試司, 于兩岸中醫藥教育交流研討會, 1995年4月24日.)
- Lin, Kuoming, *The State and Professional Power of Medicine: The Politics of Paying Providers and Taiwan's Health Insurance Regime*, Taiwanese Sociological Review, No. 1, 1997a: 77-136. (林國明, 國家與醫療專業權力: 台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析, 台灣社會學研究第一期, 1997a: 77-136.)
- Lin, Yong-feng, „Ansichten über die Kandidaten für das Präsidentenamt der Fakultät für Medizin der Taiwan Universität“, in: Medical Professionals Alliance in Taiwan Bulletin, Nr. 12., Medical Professionals Alliance in Taiwan, 12.1993: 31-34. (林永豐, "對台大醫學院院長人選的看法", in: 台灣醫界聯盟通訊 12, 台灣醫界聯盟基金會, 1993: 31-34.)
- Lin, Yun-yun, *Literaturbericht und Analyse zur empirischen Forschung über die Anwendungsformen der Chinesischen und der westlichen Medizin*, Zeitschrift für den Hausarzt in der Republik China, 2 (1), Taiwan, 1992: 1-13. (林芸芸, 中西醫療利用型態的文獻回顧與實證研析, 中華民國家庭醫學雜誌 2 (1), 1992: 1-13.)
- Lin, Zhao-geng und Wu Lian, *Geschichte der Akupunktur und Moxibustion*, Peking, China: Verlag für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde, 1995. (林昭庚、鄒良, 針灸醫學史, 中國中醫藥出版社, 中國, 北京, 1995.)
- Lin, Zhao-geng, *Die Kurse im Fachbereich der Chinesischen Medizin. Taiwan und China im Vergleich*, in: Chen, Chieh-fu (Hg.), *Gegenwärtiger Zustand und Begutachtung der Ausbildung in der Chinesischen Medizin*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1991: 20-22. (林昭庚, 兩岸中醫學系課程比較, in: 陳介甫主編, 中醫教育之現況及檢討, 國立中國醫藥研究所, 1991: 20-22.)
- Lin, Zong-yi und Kleinman, Arthur (Hg.), Ke, Yong-he und Xiao, Xin-yi (ins chinesisches Übersetzung), *Kultur und Verhalten - normales und anomales Verhalten in der chinesischen Gesellschaft*, Taipei: Laureate Book Co., 1993. (林宗義, Arthur Kleinman 編, 柯永河, 蕭欣義譯, 文化與行為 - 古今華人的正常與不正常行為, 桂冠, 1993.)

- Liu, Shi-yung, *Characteristics of Taiwanese Medicine under Japanese Rule before the 1930s*, Taiwan Historical Research, Vol. 4, No. 1, Institute of Taiwan History, Academia Sinica, 1997 (1999): 97-148. (劉士永, 1930年代以前日治時期台灣醫學的特質, 中央研究院台灣史研究, Vol. 4, No. 1, 1997 (1999): 97-148.)
- MacKay, George Leslie (Memorial); Zhou, Xue-pu (Chinesisch Übersetzung), *Lieber ausgebrannt, aber nicht verrostet - das Leben von Dr. MacKay*, in: Presbyterische Kirche Taiwans, *Gedenkbuch zum 105 Jahrestag der Gründung des Mackay Memorialkrankenhauses*, 1985. (Originalausgabe: MacKay, George Leslie; MacDonald, J.A. (Hg.), *From Far Formosa*, 1895.). (馬偕著, 周學普譯, 寧願燒盡, 不願鏽壞—馬偕博士的一生, in: 台灣基督長老教會, 馬偕紀念醫院創設 105 週年紀念冊, 1985 (1895).)
- MacKay, George Leslie; Chen, Hong-wen (Chinesische Übersetzung), *Tagebücher von Dr. Mackay*, Taipeh: Re-guang Verlag, 1996. (馬偕著, 陳宏文譯, 馬偕博士日記, 人光出版社, 1996.)
- Manpower Planning Department Council for Economic Planning and Development (Jing-jian-hui), Executive Yuan, *Projections of the Population of the Taiwan Area zwischen 1980 und 2036*, Taiwan, Republic of China, 1991,5. (行政院經建會人力規劃處, 中華民國台灣地區民國 79 年至 125 年人口推計, 1991, 5.)
- Marnyama, Toshiaki, *Der Charakter des „Qis“ im alten China*, in: Yang, Ru-bin (Hg.), *Qi-gong und das Konzept des Körpers*, Taipeh: Ju-liu Verlag, 1993: 164-167. (丸山敏秋, 中國古代氣的特質 1993:164-167, in: 楊儒賓主編, 氣功與身體觀, 巨流.)
- Medical Professionals Alliance in Taiwan, *Medical Professionals Alliance in Taiwan Bulletin*, Nr. 12., 12.1993. (台灣醫界聯盟基金會, 台灣醫界聯盟通訊 No.12, 12.1993.)
- Medical Professionals Alliance in Taiwan, *Symposium über Medizingeschichte in Taiwan (1) - Politische und soziale Geschichte*, in: *Medical Professionals Alliance in Taiwan Bulletin*, Nr. 12., 12.1993. (台灣醫界聯盟基金會, "台灣醫學史研討會(1)—政策與社會性歷史初探", in: 台灣醫界聯盟通訊, No. 12., 12.1993: 2-25.)
- Neudruck der Huang-Di-Nei-Jing, Teil 2: Shu-wen*, Taipeh: Tian-Yu Verlag, 1989. (景印國立中央圖書館珍藏, 明朝嘉靖年顧從德重雕版, 重廣補註黃帝內經素問, 天宇, 1989.)
- Oda, Toshiro, *50 Jahre Medizingeschichte in Taiwan*, Taipeh: Qian-Wei Verlag, 1995 (1970). (Hong, You-xi: chinesische Übersetzung aus dem Japanischen.) (小田俊郎著, 洪有錫譯, 台灣醫學 50 年, 前衛, 1995 (1970).)
- Peng, Yi-jun, *Schlüssel zur Medizin - Die Enthüllung der geheimnisvollen Chinesischen Medizin*, Taiwan: Shan-tai Verlag, 1996. (彭奕竣, 醫鑰-揭開中醫的奧秘, 三泰, 1996.)
- Presbyterische Kirche Taiwans, *Gedenkbuch zum 105 Jahrestag der Gründung des Mackay Memorialkrankenhauses*, 1985. (台灣基督長老教會, 馬偕紀念醫院創設 105 週年紀念冊, 1985.)
- Qi, Jia-lin, *Geschichte Taiwans, Bd. 1 und 2*, Taipeh: Abendzeitung „Zi-li“ - Verlag, 1986 (1985). (戚嘉林, 台灣史(上, 下冊), 自立晚報社, 1986 (1985).)
- Qian, Zhong-xin, *Entwicklung und gegenwärtige Situation der traditionellen Chinesischen Medizin und Arzneimittellkunde*, Taipeh: Qing-chun Verlag, 1995. (錢忠信, 中國傳統醫藥學的發展與現狀, 青春出版, 1995.)
- Qiu, Qing-hua; Chen, Jin-sheng, usw., *Untersuchungsbericht zur Situation der Chinesischen Medizin und ihrer Nachfrage in Taiwan*, Komitee für Wirtschaftsaufbau (Jing-jian-hui) im Verwaltungsministerium in Taiwan, 1990. (邱清華, 陳金生等, 台灣地區中醫醫療狀況及需求之調查研究, 行政院經建會, 1990.)
- Shen, Qing-fa, *Methoden der Lebensführung in der Chinesischen Medizin*, Taipeh: Han-xin

- Verlag, 1992. (沈慶法, 中醫保健養生法, 漢欣, 1992.)
- Shi, Zhong-Xu, *Medizingeschichte in China*, Taipeh: Zheng-Zhong Verlag, 1993. (史仲序, 中國醫學史, 正中書局, 1993.)
- Shou-du Stiftung und Ming-sheng Tageszeitung (Veranstalter), *Handbuch der Konferenz für „Rückblick und Vorausschau der NHI nach einjähriger Praxis“* v. 2. 3. 1996. (首都基金會, 全民健保實施週年—回顧與展望學術研討會, 首都基金會與民生報, 1996.03.)
- Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der National Health Insurance (NHI), *Planungsbericht über die National Health Insurance in Taiwan*, Komitee für Wirtschaftsaufbau (Jing-jian-hui) im Verwaltungsmuseum in Taiwan, 1990a. (全民健保專案小組, 全民健康保險制度規劃報告, 行政院經建會, 1990a.)
- Sonderarbeitsgruppe für Organisation und Forschung der National Health Insurance, *Begutachtung des Medizinsystems in Taiwan*, Komitee für Wirtschaftsaufbau (Jing-jian-hui) in dem Verwaltungsmuseum in Taiwan, 1990b. (全民健保專案小組, 對我國醫療體系之評估, 行政院經建會, 1990b.)
- Song, Jian-ping, *Gründe für die verzögerte Entwicklung der Chinesischen Medizin - der indirekte Einfluß des Konfuzianismus*, in: Zheng, Jin-zhou (Hg.), *Zukunft der Chinesischen Medizin - Entwicklung, Perspektiven, und Gedanken*, China: Hu-bei (Originalausgabe), Taipeh: Wan-wen Verlag (Neudruck), 1991: 201-203. (宋建平, 中醫學發展緩慢原因之專題筆談 - 儒家思想的消極影響, in: 鄭津舟, 未來中醫 - 前途, 命運及思考, 中國: 湖北(原版), 台北: 旺文(繁體文版), 1991: 201-203.)
- Song, Rong-zhang, *Zusammenspiel von Horoskop und Medizin*, Taipeh: Xiu-wu Kultur Verlag, 1997. (宋榮章編著, 命理醫學匯通, 旭屋文化, 1997.)
- Song, Tian-bin; Hu, Wei-guo, *China und der Taoismus*, Taipeh: Wen-jin Verlag, 1997. (宋天彬, 胡衛國, 道教與中國, 文津, 1997.)
- Sun, Xiao-hong, *Heilkonzepte der Chinesischen Medizin*, Taipeh: Zhi-yin Verlag, 1992. (孫孝洪, 中醫治療學原理, 知音, 1992.)
- Taichung Shen-tian Tempel, *Wunder der Heilmethoden*, Privatdruck, Taiwan. (台中聖天堂, 神奇的治病法, 自印.)
- Tu, Cheng-sheng, *A Note on Medical History as Social History*, New History, Vol. 6, No. 1, Taipei, 1995: 113-154. (杜正勝, 作為社會史的醫學史, 新史學六卷一期, 台北, 1995: 113-154.)
- Tu, Tsungming, *Geschichte der chinesischen und westlichen Medizin*, Taipeh: Jing-hua Verlag, 1959. (杜聰明, 中西醫學史略, 精華印書館, 1959.)
- Tu, Tsungming, *Memoiren*, Taipeh: Jing-hua Verlag, 1973. (杜聰明, 回憶錄, 精華印書館, 1973.)
- Tu, Tsungming, *Sammelband der Reden von Tu, Tsungming*, Vol. 2, Verlag unbekannt, Taiwan, 1962. (杜聰明, 杜聰明言論集, 第二輯, 1962.)
- Tu, Xing-zhe, „*Der rationale Bezahlsrahmen für NHI*“ im Handbuch der Konferenz für „Rückblick und Vorausschau der NHI nach einjähriger Praxis“ v. 2. 3. 1996: 4-25. (Veranstalter: Shou-du Stiftung und Ming-sheng Tageszeitung). (涂醒哲, 全民健保合理的給付範圍, in: 全民健保實施週年 - 回顧與展望學術研討會(大會手冊), 主辦單位: 首都基金會及民生報, 2.3.1996: 4-25.)
- VfCM (Hg.), *Überprüfungsmaßnahme für den TCM-Arzt*, in: VfCM (Hg.), *Sammelband Gesetze und Regelungen in der Chinesische Medizin*, 1998: 199-202. (行政院衛生署中醫藥委員會(編), 中醫師檢覆辦法, in: 中醫醫療管理法規彙編, 1998: 199-202.)
- VfCM in der ZfG (Hg.), *Sammelband Gesetze und Regelungen in der Chinesischen Medizin*,

- Taiwan, Taipeh, 1998. (行政院衛生署中醫藥委員會編印，中醫醫療管理法規彙編，1998.)
- Wan, Ming-hui, *Wie heilt die Chinesische Medizin?* Taipeh: Wan-wen Verlag, 1999. (王明輝，中醫是怎樣治病的，台北：旺文，1999.)
- Wan, Ren-an (Hg.) (Qing-Dynastie, ca. 1694 n. Chr.), *Kräuterheilkunde zum Nachschlagen - Ergänzungen*, Taipeh: Da-fu Verlag, 1993 (Neudruck). (清，汪訥庵編著，增補本草備要，大孚，1993.)
- Wang, Lü-xiu, *Abhandlung über die fehlerhafte Entwicklung der Chinesischen Medizin in China*, in: Zheng, Jin-zhou (Hg.), *Zukunft der Chinesischen Medizin - Entwicklung, Perspektiven und Gedanken*, China: Hu-bei (Originalausgabe), Taipeh: Wan-wen Verlag (Neudruck), 1991. (王律修，論我國中醫發展中的定向錯誤，in: 鄭津舟主編，未來中醫 - 前途. 命運及思考，旺文，1991: 44-58.)
- Wei, Zi-xiao, usw., *Geschichte der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde*, Taipeh: Wen-jin Verlag, 1994. (魏子孝等，中醫中藥史，文津，1994.)
- Wei, Zi-xiao; Nie, Li-fang, *Medizin, Arzneien und Hygiene in alten China*, Taiwan Shang-wu Verlag, 1994. (魏子孝，聶莉芳，中國古代醫葯衛生，台灣商務，1994.)
- Wong, Ling-ling, *An Anthropological Investigation of Traditional Chinese Post-natal Care: The Interrelation between Recuperative Function and Cultural Meaning*, Bulletin of Women and Gender Studies, No. 4, Population Studies Center, National Taiwan University, 3. 1993: 1-19. (翁玲玲，作月子的人類學探討：醫療功能與文化詮釋的關係，婦女與兩性學刊第4期，3.1993: 1-19.)
- Wu Dao (Hg.), *Taoistische Zauberzeichen und -sprüche*, Taipeh: Man-ting-fan Verlag, 1992. (悟道編譯，中國符咒，滿庭芳，1992.)
- Wu, Ping-cheng (Autobiographie); Hu, Hui-ling (Biographin), *Der Dorfarzt*, Taipeh: Yu-shan Verlag, 1997. (吳平城、胡慧玲合著，草地醫生，台北：玉山社，1997.)
- Wu, Xian-ming, *Einführung in das Gesundheitsrecht - Gesetze zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens*, Behörde für die NHI, 1995. (吳憲明，衛生法規概論 - 醫事法規，中央健康保險局，1995.)
- Xie, Gao-qiao, *Soziale Auswirkungen der National Health Insurance in Taiwan*, Komitee für Wirtschaftsaufbau (Jing-jian-hui) im Verwaltungsministerium in Taiwan, 1990. (謝高橋，全民健康保險的社會效果，行政院經濟建設委員會，1990.)
- Xu, Shang-li; Lin, Lin-wen und Dai, Xue-yong, *Enthüllung des Geheimnisses der Chinesischen Medizin in China*, Taipeh: Ming-shen Zeitungsverlag, 1991. (徐尚禮，林琳文，戴雪詠，揭開大陸中醫葯神祕面紗，民生報，1991.)
- Yamaguchi, Hidetaka (Han, Liang-jun (chinesische Übersetzung)), *Motive und Perspektiven der Gründung der Medizinschule am Gouverneurssitz Taiwan*, Zeitschrift für historische Forschung in Taiwan, Nr. 8, 1996 (1899): 49-55. (山口秀高，韓良俊譯，台灣總督府醫學校成立之由來以及將來之企望，台灣史料研究8號，1996 (1899): 49-55.)
- Yang Lin, *Theorie und Struktur der traditionellen Chinesischen Medizin und die Kategorisierung der Anwendung von Arzneimitteln - Eine anthropologische Perspektive*, Institute of Anthropology, National Taiwan University, Master Thesis, 1992. (楊翎，傳統中醫體系和用葯分類觀念的理論與結構 - 一項人類學的探討，台大人類學研究所碩士論文，1992.)
- Yang, Ming-chun, *Geheimrezepte des Gottes der Medizin, Hua-tuo, Vol. 1-6*, Taichung: Sheng-xian Tempel, 1984. (楊明純，華陀仙翁秘方第一至六卷，台中聖賢堂，1984.)
- Yang, Ru-bin (Hg.), *Qi-gong und das Konzept des Körpers*, Taipeh: Ju-liu Verlag, 1993. (楊儒賓主編，氣功與身體觀，巨流，1993.)

- Yang, Zhi-liang; Chang, Chen-guo; Li, Shu-yi, *Eine Pilotuntersuchung über das System der Chinesischen Medizin und seines Managements*, Hospital (Yi-Yuan), Vol. 26, No. 3, Taiwan, 1993: 153-169. (楊志良, 張成國, 李淑宜, 中醫醫療體系及經營管理之初步探討, 醫院, 第二十六卷第三期, 1993: 153-169.)
- Ye, Bing-hui und Xu, Cheng-zhang, *Kreuzstern im südlichen Himmel - die Biographie von Doktor Tu, Tsungming*, Taiwan, ohne Jahrgang. (葉炳輝, 許成章 合著, 南天的十字星 - 杜聰明博士傳, 精華印書館.)
- Yoshimoto, Syoji, *Gesunde Lebensführung in der chinesischen Kultur außerhalb der überlieferten Geschichte*, Taipeh: Wu-lin Verlag, 1996. (Yang, Yu: chinesische Übersetzung aus dem Japanischen und Hg.) (吉元昭治著, 楊宇編譯, 中國養生外史, 武陵, 1996.)
- Yoshimoto, Syoji, *Kräuterlose (Qian) in den Tempeln Taiwans*, Taipeh: Wu-lin Verlag, 1993. (Chen, Yu: chinesische Übersetzung aus dem Japanischen) (吉元昭治 著, 陳昱審, 台灣寺廟藥籤, 武陵, 1993.)
- Yu, Wan-Nan; Huang, Weng F.; Hung, Yeon-Tai, *Investigation on Service Quality of Community Pharmacy in Taiwan Area: Report of the in person practice of pharmacist or pharmacist associate influences the dispensing and service quality in community pharmacy*, in: Sammelband über Gesundheitsförderung und -angebote, Nr. 1., Forschungsinstitut für das öffentliche Gesundheitswesen Taiwans, 1995: 91-121. (余萬能, 黃文鴻, 洪永泰, 台灣地區社區藥局(房)服務品質調查, in: 醫療保健服務第一輯, 台灣省公共衛生研究所, 1995: 91-121.)
- Yuan, Da-ming und Zhou, Zhao-xiang, *Westliche Medizin schädigt die Gesundheit*, Taipeh: Nuan-liu Verlag, 1996. (袁大明. 周兆祥, 西醫危害健康, 暖流, 1996.)
- Yuasa, Yasuo, *Ansichten der ostasiatischen Philosophie und Wissenschaft über das „Qi“ im Körper*, in: Yang, Ru-bin (Hg.), *Qi-gong und das Konzept des Körpers*, Taipeh: Ju-liu Verlag, 1993: 63-99. (湯淺泰雄, 氣之身體觀在東亞哲學與科學中的探討, 1993: 63-99, in: 楊儒賓主編, 氣功與身體觀, 巨流.)
- Yue, Long-Chan; Chen, Tay-Shi; Lai, Jim-Shoung; etc., *The Current Status of Chinese Herb Clinic in Taiwan*, Sammelband über Gesundheitsförderung und -angebote, Nr. 1., Forschungsinstitut für das öffentliche Gesundheitswesen Taiwans, 1995: 77-90. (游隆權, 張永勳, 陳太義等, 台灣地區中醫診所之現況分析, in: 醫療保健服務第一輯, 台灣省公共衛生研究所, 1995, pp.77-90.)
- Zeitschrift für taiwanesisches historische Forschungen, Nr. 8, Thema- *Medizingeschichte in Taiwan*, Taipeh, 8. 1996. (台灣史料研究 8 號, 專題-台灣醫療史, 1996, 8.)
- Zentrale Behörde für NHI (Hg.), *Handbuch über die NHI*, Taipeh: 1995. (中央健康保險局編, 全民健康保險手冊, 1995.)
- Zentralverwaltung für Arbeitnehmerfragen in dem Verwaltungsministerium in Taiwan (Hg.), *Stichprobe zur Situation der Integration Chinesischer Medizinischer Krankenhäuser und Praxen in die Krankenversicherung für Arbeitnehmer*, 1994. (行政院勞工委員會編, 中醫醫療院所辦理勞保概況調查. 1994.)
- ZfG (Hg.), *Begutachtungsbericht: Zwei Jahre Einführung der National Health Insurance, Taiwan*, Taipeh, 1997. (行政院衛生署編, 全民健康保險實施二年評估報告, 1997.)
- ZfG (Hg.), *Die Geschichte der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in Taiwan*, Taiwan, 1999a. (行政院衛生署編著, 公共衛生發展史, 1999a.)
- ZfG (Hg.), *Gesundheitsstatistik der Republik China 1995, Vol. 1*, Taipeh, 1996b. (行政院衛生署編, 中華民國八十四年衛生統計-(一) 公務統計, 1996b.)

- ZfG (Hg.), *Statistische Berichte über Krankheiten und Verletzungen in den öffentlichen und privaten Krankenhäusern und Praxen in Taiwan*, Taipeh 1996c. (行政院衛生署編, 台灣地區公私立醫院診所診治疾病與傷害調查報告, 1996c.)
- ZfG (Hg.), *Überblick über die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der Republik China*, Taiwan, Taipeh, 1996a. (行政院衛生署編著, 中華民國公共衛生概況, 1996a.)
- ZfG (Hg.), *Vergütungsstandard für die National Health Insurance in Taiwan, (Bd. 1)*, 1999b. (行政院衛生署編印, 全民健康保險醫療費用支付標準(上冊), 1999b.)
- ZfG, *Plan zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung - Planung zur Errichtung des medizinischen Netzwerkes (Planung für die Durchsetzung)*, ZfG (Taipeh), 1986. (行政院衛生署, 醫療保健計劃 - 籌建醫療網計劃(核定本), 1986.)
- Zhang Jun (Hg.), *Handbuch der Chinesischen Medizin für die Gesundheitspflege zu Hause*, Taiwan Shang-wu Verlag, 1995. (張駿編著, 家用中醫保健手冊, 台灣商務, 1995.)
- Zhang, Cheng-guo, *Plan für eine Verbesserung der Politik bezogen auf die Chinesische Medizin*, in: Chen, Chieh-fu (Hg.), *Vorschläge für eine Verbesserung der Ausbildung und Forschung in der Chinesischen Medizin und Arzneimittelkunde*, Staatliches Forschungsinstitut für Chinesische Medizin und Arzneimittelkunde in Taiwan, 1989: 22-32. (張成國, 中醫醫政之改進計劃, in: 陳介甫主編, 中國醫藥教育研究改進建議書, 國立中國醫藥研究所, 1989:22-32.)
- Zhang, De-sheng, *Gedanken über eine stürmische Zeit - Entwicklung des Denkens und Wandlung der Gesellschaft in der neuen Geschichte Chinas*, Taipeh: Ju-liu Verlag, 1997. (張德勝, 思入風雲-現代中國的思想發展與社會變遷, 巨流, 1997.)
- Zhang, Rong-ming, *Qi-gong und Philosophie im alten China vor der Qin-Dynastie (ca. 220 v. Chr.)*, Taipei: Laureate Book Co., 1992. (張榮明, 中國古代氣功與先秦哲學, 桂冠, 1992.)
- Zhang, Zheng-Ru, *Chinesische Naturheilkunde (4) - Triebkräfte*, Taipei: Laureate Book Co., 1993. (章正儒, 中國自然療法大全(四)-情趣療法, 桂冠, 1993.)
- Zhao, Hong-jun, *Eine Diskussion über die Abschaffung der Chinesischen Medizin in der neueren Geschichte Chinas und Japans*, in: Zheng, Jin-zhou (Hg.), *Zukunft der Chinesischen Medizin - Entwicklung, Perspektiven, und Gedanken*, China: Hu-bei (Originalausgabe), Taipeh: Wan-wen Verlag (Neudruck), 1991: 131-141. (趙洪鈞, 近代中日廢止中醫泛論, in: 鄭津舟, 未來中醫-前途.命運及思考, 中國:湖北(原版), 台北:旺文(繁體文版), 1991: 131-141.)
- Zheng, Jin-zhou (Hg.), *Zukunft der Chinesischen Medizin - Entwicklung, Perspektiven und Gedanken*, China: Hu-bei (Originalausgabe), Taipeh: Wan-wen Verlag (Neudruck), 1991. (鄭津舟編, 未來中醫-前途.命運及思考, 中國:湖北(原版), 台北:旺文(繁體文版), 1991.)
- Zheng, Zhi-ming, *Wahrsagerei aus gekritzelten Zeichen in Taiwan (eine Art des Schamanismus - taiwanesischer Tang-ki)*, Taipeh, Taiwan, 1990. (鄭志明, 台灣的鸞書, 正一善書, 1990.)
- Zheng, Zhi-qing, *Beziehungen zwischen dem zweigliedrigen Medizinsystem und der Berufswahl der Absolventen der Fachrichtung der Chinesischen Medizin*, Institute of Public Health, National Taiwan University, Master Thesis, 1996. (鄭志卿, 醫療雙元體系與中醫系學生專業生涯抉擇之關係, 國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文, 1996.)
- Zhuang, Yong-ming, *Medizinische Ausbildung in der japanischen Kolonialzeit in Taiwan*, Zeitschrift für historische Forschung in Taiwan, Nr. 8, 1996: 3-20. (莊永明, 日治時代的醫學教育, 台灣史料研究 8 號, 1996: 3-20.)

Zeitungsartikel:

Hsieh, Yen-yao, „Überlegungen zur Ausgestaltung einer den gesellschaftlichen Bedingungen angepassten NHI in Taiwan“ (1), (2), (3), (4), in: Abendzeitung „Zi-li“ (Evening Post) v. 26. 27. 28. 29. März 1994: 14. (謝炎堯, 我國全民健康保險制度的研討 (一), (二), (三), (四), 自立晚報, 26-29. 3. 1994: 14.)

„Keine Angst vor Schwierigkeiten: Huang, Wei-san investierte sein Leben für die „Nan-Jin“ Forschung - nach 40 jähriger Arbeit verdient er den TCM-Forschungspreis, in: Tageszeitung „Ming-sheng“ v. 17. 3. 1999: 23. (黃維三研究"難經"不畏難 - 投注 40 年獲首屆立夫中醫藥著作獎, 民生報, 17. 3. 1999: 23.)

„Fachbereich für Chinesische Medizin in der Yang-ming Universität etabliert“, Tageszeitung „Freiheit“ (Zi-You) v. 6. 12. 1998: 20. und „Universität für Chinesische Medizin in Tai-tung wird aufgebaut“ v. 30. 5. 1997: 34. (自由日報, "陽明大學可望設中醫系", 6. 12. 1998: 20; "中醫大學如獲准設立將在台東設校區", 30. 5. 1997: 34.)

„Forschungsinstitut für Chinesische Medizin bildet verdeckt Lehrlinge aus“, „Zheng-Fu-Yuan (Traditionelle ganzheitliche Heiler) sind keine TCM-Ärzte“, in: Tageszeitung „China“ (Zhong-Hua) v. 11/14. 1. 1999: 10. (中華日報, "中國醫藥研究所變相招生", "整復員與中醫師不同", 11/14. 1. 1999: 10.)

Internetadressen und -dateien:

Homepage des Chang-Geng Medizinentrums der TCM-Abteilung: www.cgmh.com.tw/intr/intr2/c3c00. (長庚紀念醫院中醫部.)

- 1) „Einführung der Inneren Medizin der TCM-Abteilung im Chang-Geng Medizinzentrum“. (中醫內科系簡介.)
- 2) „Einführung der TCM-Abteilung im Chang-Geng Medizinzentrum“. (長庚醫院中醫部簡介.)

Homepage der Chinesische Medizin: www.ntcm5.virtualave.net/cg1-bin/news/. (財團法人中國醫藥研究發展基金會-發現台灣中醫系列: 中國醫藥報導.)

Homepage des „Common Health Magazine“: www.commonhealth.com.tw/New-Med/Chinesem. (康健雜誌網)

- 1) „Diskussion über die Frage: Wie können Biomedizin und Chinesische Medizin integriert werden?“. Vol. 36, 1999. Auf der Homepage des „Common Health Magazine“: www.commonhealth.com.tw/New-Med/Chinesem. (康健雜誌網, 中西醫如何整合? Vol. 36, 1999.)
- 2) „Interview mit Wu, Cheng-wen: vom einem Land der entwickelten Wirtschaft zu einem Land der Gesundheit“ in „Common Health Magazine“ (Kang-jian) Nr. 8., auf der Homepage des „Common Health Magazine“: <http://archive.cw.com.tw/ch/>. (康健第 008 期, "吳成文談: 從經濟大國到衛生大國".)
- 3) Qiu, Yu-chan, „Ist Gesundheitskost gesund?“ in „Common Health Magazine“ (Kang-jian) Nr. 9., auf der Homepage des „Common Health Magazine“: <http://archive.cw.com.tw/ch/H009066.doc>. (邱玉蟬, 健康食品健康嗎?, 康健第 009 期.)

Homepage des Fachbereichs für Chinesische Medizin an der Universität Chang-Geng:
www.cgu.edu.tw/academy/medicine/CM/. (長庚大學中醫學系.)

Homepage der Forschungsgruppe für Integrationsmedizin: www.juyuan.idv.tw. (中西醫整合醫學會.)

- 1) Lai, Peng-ju / Forschungsgruppe für Integrationsmedizin, 2000, „*Die Forschungen und Forschungsstrategien für eine Integration von Chinesischer Medizin und westlicher Medizin im heutigen Taiwan*“, Zeitschrift für Integration der Chinesischen Medizin, Vol. 3. Auf der Homepage: www.juyuan.idv.tw/3-1.htm. (賴鵬舉及整合醫學研究組, 2000, 台灣現階段的中西醫整合研究及其研究策略, 整合中醫學年刊 第三期.)
- 2) Lai, Peng-ju / Forschungsgruppe für Integrationsmedizin, 2000, „*Die Forschungen und Forschungsstrategien für eine Integration von Chinesischer Medizin und westlicher Medizin im heutigen Taiwan*“, Kapitel 2 „*Die Rolle des China Medical College für die Forschung zur Integrationsmedizin in Taiwan*“, Zeitschrift für Integration der Chinesischen Medizin, Vol. 3. Auf der Homepage: www.juyuan.idv.tw/3-1.htm. (賴鵬舉及整合醫學研究組, 2000, 台灣現階段的中西醫整合研究及其研究策略, 第二節 "中國醫藥學院在台灣醫學整合研究中的角色", 整合中醫學年刊 第三期.)

Homepage des Graduate College of Chinese Medicine in the China Medical College:
www.cmc.edu.tw/~cmccms. (中國醫藥學院中國醫學研究所.)

Homepage des „Institute of Traditional Medicine, National Yang-Ming University“:
www.ym.edu.tw/tra/. (陽明大學傳統醫療研究所.)

Homepage von „Means electrical news“: www.k4.com.tw/means. (明師中醫網電子報.)

- 1) „*ZfG genehmigt, daß die Chinesische und westliche Medizin nebeneinander praktizieren können*“, Auf der Homepage von „Means electrical news“, Nr. 82, 3. 1998: www.k4.com.tw/means. (明師中醫網電子報, "衛生署同意 中西醫療法可以同時進行", 電子報 82 期, 3. 1998.)
- 2) *Gesuch an das Verwaltungministerium durch die Vereinigte Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China auf Taiwan*, 2. 1998. Auf der Homepage von „Means electrical news“: www.k4.com.tw/means. (明師中醫網電子報, "中醫師公會代表再赴行政院陳情", 1998.)
- 3) *Gesuch an VfCM, ZfG, Legislativparlament und Erziehungsministerium durch die Vereinigte Gesellschaft der Händler und Geschäftsleute für TCM-Heilmittel auf Taiwan*, 29. 12. 1997. Auf der Homepage von „Means electrical news“: www.k4.com.tw/means. (中藥商給行政院衛生署中醫藥委員會, 行政院衛生署, 立法院及教育部的請願書及陳情書. 29.12.1997)

Homepage der Nachrichten Taiwans: <http://ttnn.com>. (華訊新聞網.)

- 1) „*Protest gegen das Verbot der Approbation von taiwanesischen TCM-Absolventen, die in China studiert haben*“. Homepage der Nachrichten Taiwans: <http://ttnn.com>, v. 22. 2. 2002. (華訊新聞網, 標題: 大陸醫科台生抗議不准執業, 22.2.2002.)
- 2) „*Einschränkung der Lizenzprüfung für die Absolventen des Fachbereiches für Chinesische Medizin*“. Homepage der Nachrichten Taiwans: <http://ttnn.com>, v. 21.12.2001. (華訊新聞網, 標題: 中醫系學生限制醫師考試, 21.12.2001.)
- 3) „*Durch der Rückenschürpfung starb ein Mann*“. Homepage der Nachrichten Taiwans: <http://ttnn.com>, v. 15.7.2002. (華訊新聞網, 標題: 背痛拔罐男子昏迷不治, v. 15.7.2002.)

Homepage von „National Research Institute of Chinese Medicine“, www.nricm.edu.tw. (國立中國醫藥研究所.)

Homepage des Netzwerks der Chinesischen Medizin: www.sino-medicine.com. (中國醫學網, 焦

點話題.)

- 1) Lin, Yang-sheng (*Wissenschaftler im Forschungszentrum für Bio-genetische Medizin in der Sinica Akademika), Zeitungsartikel „Chinesische Medizin ist nutzlos“ von Lin, Yang-sheng, Okt. 1997. (林陽生 (中央研究院生物醫學科學研究所副研究員), 中醫無用論.)

Homepage der Uni-Klinik der „China Medical College“: www.cmch.org.tw/HTML/intro/. (中國醫藥學院附設醫院.)

Homepage der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China: www.uncma.org.tw. (中華民國中醫師公會全國聯合會電子網)

- 1) Zhang, Yong-xian, „Studie zum Vergütungssystem des Globalbudgets für Chinesische Medizin in der National Health Insurance“, Informationsblatt für die Vereinigte Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China, Nr. 116, 7.1999, in Datei „Amtliches Dokument“, Nr. 116: www.uncma.org.tw/cg1-bin/. (張永賢, 全民健康保險中醫總額支付制度探討, 中華民國中醫師公會全國聯合會會訊, 第116號, 7.1999. in: 中華民國中醫師公會全國聯合會電子網, 公文專區: www.uncma.org.tw/cg1-bin/.)
- 2) Vereinigte TCM-Ärztekammer, „Gründer der TCM-Ambulanz im städtischen ‚Hop-pin‘ Krankenhaus“, in: „Chinese Medicine Bulletin“, Nr. 9, v. 16.7. 2001, auf der Homepage: www.uncma.com.tw/mr/mr010716/. (中華民國中醫師公會全國聯合會, 公立醫院開辦中醫門診的開拓者, 中醫會訊, Nr. 9, v. 16.7. 2001.)
- 3) *Protokoll der Mitgliederversammlung der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China* v. 18.7.1999. Datei: Amtliches Dokument für Gesundheitspolitik, Nr. 156, in der Homepage: www.uncma.org.tw/hw2/. (中華民國中醫師公會全國聯合會, 第四屆第二次會員代表大會會議記錄, 18.7.1999, 醫政公文156號.)
- 4) „Protokolle der anderen Versammlung“, Nr. 133, „Verbesserung der medizinischen Qualität von TCM-Wundheilung und Akupunktur“, „Vereinbarung zur Etablierung einer Universität für Chinesische Medizin“, „Vergütungssystem in der NHI für TCM-Wundheilung und Akupunktur und die Anwendung von Röntgenbildern und Untersuchungsgeräten“, „Vorschläge für den Unterricht zur Vermittlung von Kenntnissen über Röntgenbilder, Physiotherapie und Untersuchungsgeräte im Rahmen von Fortbildungskursen für nicht-akademische TCM-Ärzte“, v. 21.10.1998; 4.11.1998; 23.11.1998; 13.1.1999. Veröffentlichung: 17.7. 1999. (相關會議記錄, No. 133: "提升中醫傷科針灸醫療服務品質", "設立中醫藥大學協調會會議", "研商中醫針傷科健保付及 X光. 檢驗. 器材相關事宜", "對特考進修班建議增設 X 光判讀, 復健學分並強化生化檢驗之教學". 17.7.1999 出版.)
- 5) „Kurzer Lebenslauf der Vorsitzenden“: www.uncma.org.tw. (中華民國中醫師公會全國聯合會, 歷任理事長簡介.)
- 6) Lin, Zhao-geng, 1999, „Vorwort des Vorsitzenden Lin, Zhao-geng“ (林昭庚, 1999, "理事長的話 - 林昭庚".)
- 7) „Geschichte der Vereinigten Ärztekammer für Chinesische Medizin der Republik China“. ("沿革簡史".)

Homepage der Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin (VfCM) der ZfG der Republik China: www.ccmp.gov.tw. (行政院衛生署中醫藥委員會 - 中醫藥資訊網路.)

- 1) „Die Darstellung der Aufgaben der Verwaltungsorganisation für Chinesische Medizin“. (中醫藥委員會業務概述.)
- 2) „Einführung des Verwaltungssystems der VfCM“. (本會簡介.)
- 3) „Aufgabe und Organisation der VfCM“. (中醫藥委員會 - 工作職掌及組織系統.)

Homepage der WHO: www.who.int/inf-ts/en, Fact sheet No. 134 „Traditional Medicine“, Sep. 1996.

Amtliche Dokumente und Sitzungen:

Gemeinsame Sitzung des VfCM und der TCM-Ärzte des Chang-Geng Medizinentrums v. 24. 12. 1999 über die Finanzierung der stationären TCM-Behandlung der AS -Erkrankung durch die Krankenversicherung (im Versammlungsraum der VfCM). (行政院衛生署中醫藥委員會與長庚醫院中醫部會商僵直性脊椎炎中醫住院會議, 24.12.1999. 地點: 行政院衛生署中醫藥委員會會議室.)

Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 13. 10. 1980, Nr. 299373. (行政院衛生署衛署 13. 10. 1980 醫字號 299373.)

Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 17. 6. 1994, Nr. 83022756. (行政院衛生署衛署 17. 6. 1994 醫字號 83022756.)

Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 26. 6. 1978, Nr. 195305 und v. 30. 9. 1978, Nr. 1782786. (行政院衛生署衛署 26. 6. 1978 醫字號 195305 及 30. 9. 1978 醫字號 1782786)

Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 6. 4. 1992, Nr. 986071. (行政院衛生署衛署 6. 4. 1992 醫字號 986071.)

Verordnung für Gesundheitspolitik der ZfG v. 7/30. 8. 1986, Nr. 611070, 614871. (行政院衛生署衛署 7/30. 8. 1986 醫字號 611070/ 614871.)

Chinesisches Namens- und Begriffsverzeichnis

Vorbemerkung: Einige chinesische Personennamen sind nicht nach den Regeln des Pinyin-Systems buchstabiert, weil der Name der betreffenden Person schon unter einem anderen Buchstabensystem bekannt geworden ist. Dies wird hier durch „*“ gekennzeichnet.

Chinesische Personennamen:

Cai, Wen-quan 蔡文全	Ge, Hong 葛洪
Chang, Li-yun * 張荳雲	Guan-zi (Guan-Zhong) 管子 (管仲)
Chao, Yuan-feng 巢元方	Guo, De-ming 郭德銘
Chen, Chieh-fu * 陳介甫	Guo, Mo-rou 郭沫若
Chen, Ding-xin 陳定信	He, Bu-jia 賀步甲
Chen, Gong-yan 陳恭炎	Hsieh, Yen-yao * 謝炎堯
Chen, Guo-fu 陳果夫	Hu, Hui-ling 胡慧玲
Chen, Hui-fang 陳惠芳	Huang, Jiang-Rong 黃建榮
Chen, Jin-sheng 陳金生	Huang, Jin-zi 黃金子
Chen, Jun-kai 陳君凱	Huang, Kuan 黃寬
Chen, Jun-ming 陳俊明	Huang, Kun-yan 黃崑巖
Chen, Ke-ji 陳可冀	Huang, Sian-teh 黃善德
Chen, Li-fu 陳立夫	Huang, Wei-san 黃維三
Chen, Mei-sheng 陳梅生	Hwang, Yuan-shie * 黃源協
Chen, Sheng-kun 陳勝昆	Kang, Jian-Tso 康健壽
Chen, Tai-xi 陳太羲	Kang, Tsui-Hesiu 康翠秀
Chen, Yong-xing 陳永興	Lai, Jim-Shoung* 賴俊雄
Chen, Zhao-ming 陳昭明	Lan, Chung-fu * 藍忠孚
Cheng, Huei-chu * 鄭惠珠	Lee, Jwo-Leun 李卓倫
Chiang Kai-shek * 蔣介石	Li, Hong-zhang 李鴻章
Chiang, Tung-liang * 江東亮	Li, Ren-xian 李任先
Chu, Wen-jie 褚文杰	Li, Shu-yi 李淑宜
Cui, Jiu 崔玖	Li, Yu-zhou 李宇宙
Dai, Wen-feng 戴文鋒	Liang, Qi-chao 梁啓超
Dai, Xian-zhang 戴獻章	Liao, Yu-qun 廖育群
Ding, Fu-bao 丁福保	Lin, Chih-fang * 林致坊
Fann, Yann-chiou * 范燕秋	Lin, Chih-hong * 林志鴻
Gao, Jin-wen 郜錦文	Lin, Guang-ji 林光基
Gao, Yu- qiu 高毓秋	Lin, Ji-Hsin 林宜信

Lin, Kuoming * 林國明
Lin, Yong-feng 林永豐
Lin, Zhao-geng 林昭庚
Liu, Jing-sheng 劉景昇
Liu, Shi-yung * 劉士永
Liu, Xiao-bin 劉小斌
Luo, Zai-tian 駱再添
Nie, Li-fang 聶莉芳
Peng, Yi-jun 彭奕竣
Qi, Jia-lin 戚嘉林
Qing, Qing 覃勤
Qiu Jin 秋瑾
Qiu, Qing-hua 邱清華
Qiu, Yu- chan 邱玉蟬
Shi, Zhong-xu 史仲序
Song, Jian-ping 宋建平
Song-Xing 宋鉞
Sun, Si-miao 孫思邈
Sun, Yeh-shen * 孫逸仙
Tang, Rong-chuan 唐容川
Tao, Hong-jin 陶弘景
Tu, Tsungming * 杜聰明
Tu, Xing-zhe 涂醒哲
Wan, Lü-xiu 王律修
Wan, Ming-hui 王明輝
Wei, Zi-xiao 魏子孝
Wong, Ling-ling * 翁玲玲
Wu, Bo-xiong 吳博雄

Wu, Cheng-wen 吳成文
Wu, Kai-xun 吳凱勳
Wu, Ping-cheng 吳平城
Wu, Shui-sheng 巫水生
Wu, Xian-ming 吳憲明
Xie, Gao-qiao 謝高橋
Xie, Qing-liang 謝慶良
Xu, Cheng-zhang 許成章
Xu, Shang-li 徐尚禮
Yang Lin 楊翎
Yang, Ru-bin 楊儒賓
Yang, Xian-hong 楊賢鴻
Ye, Bing-hui 葉炳輝
Yin-Wen 尹文
Yu, Yan 余巖
Yun, Tie-qiao 惲鐵樵
Zhang, Cheng-guo 張成國
Zhang, De-sheng 張德勝
Zhang, Rong-Ming 張榮明
Zhang, Xi-chun 張錫純
Zhao, Hong-jun 趙洪鈞
Zheng, Sui-zong 鄭歲宗
Zheng, Zhi-qing 鄭志卿
Zhou, Wen-quan 周文泉
Zhu, Pei-wen 朱沛文
Zhuang, Rong-zong 莊榮宗
Zhuang, Yong-ming 莊永明

Begriffe und Namen auf Chinesisch:

Ben-shen-ren 本省人
Chang-Geng 長庚
Chun-Qiu 春秋
Da-lau (Alte Mächtige) 大老
Fu-jian 福建
Fa (Lehre) 法(家)

Guang-fu-pai 光復牌
Han-zi Pin-yin 漢字拼音
Jian-fu (Examen) 檢覆考
Jing-jian-hui (Komitee für
Wirtschaftsaufbau in Taiwan) 經建會
Kent-tung 廣東

Lun-yu 論語	Wai-sheng-ren 外省人
Ming-Dynastie 明朝	Wei-xin-bian-fa (Reform zur Neugestaltung des Landes) 維新變法
Pin-Yin 拼音	Xiao 孝
Qing-Dynastie 清朝	Xin-zheng (neue Politik) 新政
Sheng-Fan 生番	Xue-zhe (Gelehrte) 學者
Shou-Fan 熟番	Zhan-Guo 戰國
Song Dynastie 宋朝	Zhi-shi-fen-zi (Intellektuelle) 知識份子
Tai-Da 台大	Zhong-Hua 中華
Taiwan Huang-han Yi-dao Fu-huo Yun-dong 台灣皇漢醫道復活運動	Zhu-Yin 注音
Taiwan Wen-Xian Wei-Yuan-Hui (Archivkomitee Taiwan) 台灣文獻委員會	Zi-Li 自立
Tang Dynastie 唐朝	Zi-You 自由
Te-kao 特考	

Begriffe und Namen in der Chinesischen Medizin:

An-mo (Massage) 按摩	Guo-yi Guan 國醫館
Baopuzi 枹朴子	He-zuo (Kooperation) 合作
Bao-yang 保養	Jie-he (Kopplung) 結合
Bu-yiao 補藥	Zheng-he (Integration) 整合
Bian-zheng-fa (Dialektische Methode) 辯證法	Huang-Di-Nei-Jing 黃帝內經
Cao-yi 草醫	Huang-Di 黃帝
Qing-cao-shi 青草師	Qi-bo (Onkel Qi) 岐伯
Chan-ke (Geburt) 產科	Lei-gong (Donner) 雷公
Chien (Qian) 籤	Hui-tong (Zusammenlaufen) 匯同
Chuan-tong Zhong-yi (Traditionelle Chinesische Medizin) 傳統中醫	I-Jing 易經
Chuan-zhong, Zhe-shang-ke (Schwellung und Knochenbruch) 瘡腫.折傷科	Ji-zhun Yao-fang 基準藥方
Da-Fang-Mai 大方脈	Jie-gu 接骨
Xiao-Fang-Mai 小方脈	Jie-gu-shi 接骨師
Di-san Yi-xue (Dritte Medizin) 第三醫學	Jing-Luo 經絡
Feng-ke (Wind-Erkrankungen) 風科	Jing (Lebensenergie) 精
Guo-shu Jie-gu Shi 國術接骨師	Qi 氣
Guo-yi 國醫	Schen (Geist, Seele) 神
	Xing (Gestalt) 形
	Jing-shen (Geist oder Sinn) 精神
	Jing-yan Ke-xue (Erfahrungswissenschaft)

經驗科學	Jin (Metall) 金
Ke-xue Fang-fa (Wissenschaftliche Methoden) 科學方法	Mu (Holz) 木
Ke-xue-hua (Verwissenschaftlichung) 科學化	Shui (Wasser) 水
Ke-xue Zhong-yao 科學中藥	Huo (Feuer) 火
Kong-Fu 功夫	Tu (Erde) 土
Kou-chi, Yan-hou-ke (Mund, Zähne und Hals) 口齒.咽喉科	Yan-ke (Augen) 眼科
Li-nian (Konzept) 理念	Yang-schen 養身
Qian (Chien) 籤	Yao (Arzneiheilkunde) 藥
Qi-gong 氣功	Yi (Seuchen) 疫
Rou-dao Zheng-fu Shu 柔道整復術	feng (Wind) 風
Ru-Yi 儒醫	han (Kälte) 寒
Liang-Yi 良醫	shu (Sommerhitze) 暑
Shi-Yi 世醫	shi (Feuchtigkeit) 溼
Shi-Yi 時醫	zao (Trockenheit) 燥
Shi (Ansteckungsherd der Geistes- u. Infektionskrankheit) 尸	huo (Feuer) 火
Chuan-Shi (Krankheitsübertragung durch Leichen) 傳尸	Yi-Sheng 醫生
Shu-jin-ke (Beschwörung) 書禁科	Yi-Shi 醫師
Shu-Shih (Handwerker) 術士	Yin-Yang 陰陽
Tang-ki 童乩	Wu-Xing 五行
Tui-na 推拿	Yi-yuan-hua (Vereinheitlichung) 一元化
Xi-yi (Westliche Medizin) 西醫	Yun-yong (Anwendung) 運用
Xian-dai-hua (Modernisierung) 現代化	Zang-Fu 臟腑
Xian-dai-yi-liao de Lu (Weg zur modernen Medizin) 現代醫療的路	Zheng-Fu-Yuan 整復員
Xian-dai Zhong-yi 現代中醫	Zhen-jiu-ke (Akupunktur und Moxibustion) 針灸科
Ke-xue Zhong-yi 科學中醫	Zheng-ti-guan (Ganzheitliche Sichtweise) 整體觀
Xi-tong-hua 系統化	Zhong-yi 中醫
Xin Zhong-yi (Neue Chinesische Medizin) 新中醫	Chuan-tong Zhong-yi 傳統中醫
Wu-Xing 五行	Zhong-xi Yi-yuan (Einheit der TCM mit der Biomedizin) 中西一元
	Zhu-Bing-Yuan-Hou-Lun 諸病源候論

Namen der Japaner:

Atomiya, Shintarou 後宮信太郎

Eisei 衛生

Goto, Shinpei 後藤新平

Ide, Kiwata 井出季和太

Makoto, Mayanagi 真柳誠

Marnyama, Toschiaki 丸山敏秋

Meiji-(Restauraton) 明治(維新)

Morishita, Kaoru 森下薫

Oda, Toshiro 小田俊郎

Sensei 先生

Sonzo, Sakura 佐倉孫三

Yamaguchi, Hidetaka 山口秀高

Yoschimoto, Syoji 吉元昭治

Yuasa, Yasuo 湯淺泰雄

