

## Oskar Weggel

## Schema

Mao Zedong

Liu Shaoqi

# Modalitäten des Arzt-Patienten-Verhältnisses in China

(Vortrag aus Anlaß der Zehnten Gemeinsamen Tagung der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin und der Chinesisch-Deutschen Gesellschaft für Medizin vom 28.9. bis 30.9.1995 in Berlin)

Seit im Dezember 1978 Reformen in der VR China eingeleitet wurden, beginnt sich das Vorfeld des Arzt-Patienten-Verhältnisses langsam jenen Bedingungen anzunähern, wie sie sich in den Gesellschaften der westlichen Welt längst herausgebildet haben. Es ist die "sozialistische Marktwirtschaft", die hierfür die Determinanten liefert.

## 1 Die Praxis der Mao-Ära

Trotz dieser Annäherung bleiben aber nach wie vor Besonderheiten, die sich besonders konturscharf abzuzeichnen beginnen, sobald man einen Blick zurück in das maoistische Zeitalter wirft und die heutigen Entwicklungen mit den Gegebenheiten der damaligen Zeit vergleicht.

Diese Methode der Gegenüberstellung ist schon deshalb nicht willkürlich, weil sie von den Maoisten selbst jahrelang systematisch betrieben wurde, und zwar unter dem Stichwort "Kampf zwischen den zwei Linien".<sup>1</sup> Die "Linienziehung", die der Schärfung des Bewußtseins für den "richtigen" und den "falschen" Weg dienen sollte, war als eine besondere Form des Klassenkampfes betrieben worden und deshalb ja auch besonders apologetisch ausgefallen. Gefragt war nicht das "Sowohl-Als-auch", sondern das "Entweder-Oder" in äußerster Schärfe. Nur so läßt sich auch die kompromißlose Gegenüberstellung der Gegensätze verstehen, wie sie damals unter anderem für den Bereich des Gesundheitswesens gehandhabt wurde und wie sie durch die nachfolgende Zusammenfassung illustriert sei.<sup>2</sup> In der linken Spalte befindet sich die damals offiziell als einzig "richtige" Politik vermittelte "Linie des Vorsitzenden Mao Zedong", in der rechten dagegen der Standpunkt des "Erzverrätters" Liu Shaoqi, der, als personalisierter Inbegriff der Gegnerschaft zu Mao Zedong über viele Jahre hinweg Hauptzielscheibe vor allem der "Kulturrevolutionäre" geworden war. Angesichts der "kulturrevolutionären" Tendenz zur Polarisierung sämtlicher Streitpunkte war es üblich geworden, die Position des Gegners nicht in differenzierten Farbstufungen, sondern in krasser Schwarzweißmalerei darzustellen.

### 1. Wer für wen?

Die Massen, d. h. mehr als 90% des Volkes, beherrschen das Gesundheitswesen für die Massen. Oberster Gesichtspunkt ist also das *Gemeinwohl*.

*Professionalisten* beherrschen das Gesundheitswesen »im Auftrage der Bourgeoisie«. Oberster Gesichtspunkt ist also das »Selbstinteresse«. Ärztliche Betreuung *nur für wenige!*

### 2. Wie soll das Gesundheitswesen organisiert sein?

a) *Volksnah*, also notwendigerweise stark dezentralisiert

– proletarisch-humanistisches Argument

– »Medizin auf die Dörfer«!

– »Medizin in die Fabriken«!

b) »*Genossenschaftliche* medizinische Betreuung«, »Massenlinie im Medizinwesen«. (Text Nr. 2)

c) Hauptsächlich »barfüßige Ärzte«.

(in den Fabriken: »rote Ärzte«).

a) *Volksfern* und zentralisiert

– finanzielles Argument

– »Medizin in den Städten«.

b) *Individuelle* Betreuung.

c) »Ärzte im weißen Mantel«, Professionalismus.

Ausgebildete Mediziner nur in schwereren Fällen.

»Rot vor Fachmännisch«.

Medizin als »Geheimnis«, das von Experten verwaltet werden muß.

### 3. Gesundheitspolitik

aa) Das Verhältnis zwischen Vorbeugung und Heilung

a) *Vorbeugung an erster Stelle*, also u. a. Kampagnen zur Vermeidung von Krankheitsereignissen, die mit »Kampagnen zur Verteidigungsvorbereitung« gekoppelt werden können und u. a. dem Kampf gegen Unwissenheit und Aberglauben dienen. Vorherrschend *politischer* Gesichtspunkt!

b) Heilen: Keine Krankheit ist »unheilbar«. Für den »Klassenbruder« sind sämtliche Mittel auszuschöpfen. Rentabilitätsgesichtspunkte dürfen keine Rolle spielen (Ethik des »Norman Bethune«, der während der dreißiger Jahre in einer Haltung des wahren proletarischen Internationalismus als Arzt in China gewirkt hat, und dem Mao seinen berühmten Essay »Zum Andenken an Norman Bethune« widmete)

a) Vernachlässigung der Vorbeugungspolitik.

Rentabilitätsbezogene Diagnosen etwa des Inhalts: »Nichts mehr zu machen«; »rentiert sich nicht mehr« usw. Bürokratische Überweisungsmethoden, Kompetenzschungel der Ärzte usw.

bb) Zum Problem der Autarkie

a) In finanzieller Hinsicht: Die Gesundheitsgenossenschaften sind zuständig. Es darf nichts vom Staat verlangt werden. Das »Gesundheitswesen muß auf eigenen Beinen stehen«.

a) Der Staat finanziert. Deshalb ist ja auch die Konzentration der Gesundheitseinrichtungen auf wenige Städte nötig!

b) In wissenschaftlicher Hinsicht: Ausländisches nicht sklavisch kopieren, sondern selektiv über-

b) »Theorie des sklavischen Hinterdrein-Kriechens im Schnecken-tempo« (d. i.: Nach-



nehmen.  
Im übrigen Bevorzugung autochthoner – und billiger! – Methoden wie  
– volkstümliche Rezepte  
– Akupunktur  
– heimische Kräuter (Volkspharmazie).

ahmung alles Ausländischen, Teuren und Volksfremden).

Die maoistische Linie, wie sie hier in der linken Spalte zutage tritt, war alles andere als ein Schreibtischprodukt. Man bedenke, daß das damals bereits 800 Millionen zählende Volk der Chinesen über nur rund 150.000 westlich ausgebildete Ärzte verfügte, so daß auf etwa 60.000 Personen lediglich ein Mediziner traf. Was gar das bäuerliche Hinterland anbetraf, so fehlte es dort nicht nur an Verkehrsverbindungen, sondern auch an Krankenhäusern, an Pflegepersonal, an Operationsräumen und selbst an elektrischer Energie - kurzum an allem, was die medizinische Arbeit erleichtern konnte oder sie überhaupt erst ermöglichen konnte.

Nach anfänglicher Übernahme des Sowjetmodells kehrte Beijing vor allem in den späten fünfziger Jahren zu einer doppelten Therapie seines Medizinwesens zurück, indem es sich einerseits um die Wiederbelebung der traditionellen Medizin und andererseits um die Versendung medizinischen Personals in die bisher unterversorgten bäuerlichen Gebiete bemühte. Den Liuisten wurde vorgeworfen, daß sie sich nur um die städtische Bevölkerung gekümmert, die "restlichen" 80% der chinesischen Bevölkerung aber vernachlässigt hätten.

Dies war der Hintergrund der berühmten Weisung Mao Zedongs für das Gesundheitswesen vom 25. Juni 1965. Mao empörte sich in diesem Dokument über die öffentlichen Gesundheitsämter, die besser "Gesundheitsämter für Stadtbewohner" heißen sollten. Die derzeit in den Krankenhäusern praktizierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seien für die Dörfer völlig ungeeignet. So würden beispielsweise viel zu hohe Anforderungen an die Ärzteausbildung gestellt und zu viele Mittel in die Behandlung komplizierter Krankheiten gesteckt. Dadurch gehe die "Verbindung zu den Massen", vor allem zu den Bauern, verloren. Künftig solle sich das Augenmerk auf schnelle Ausbildung, auf die Bekämpfung weitverbreiteter Krankheiten und vor allem auf die Dörfer konzentrieren.<sup>3</sup>

Während der Kulturrevolution (1966-1976) ergaben sich aus dieser, an der "Massenlinie" orientierten Auffassung vom Wesen der Medizin folgende Konsequenzen:

Die ärztliche Kunst sollte erstens nicht (nur) von Fachleuten, sondern von "barfüßigen Ärzten" ausgeübt werden, die eine kurze Ausbildung erhalten und die im übrigen einen Teil ihres Arbeitsalltags weiterhin mit Feldarbeit verbringen mußten, um so Kontakt zu den "breiten Massen" zu halten. Die "Barfußärzte" (*chijiao yisheng*) waren neben den Sanitätern (*weishengyuan*) und den Hebammen Teil des medizinischen Hilfspersonals, das in Schnellkursen vor allem in traditioneller chinesischer Medizin ausgebildet wurde, und zwar nach der Faustregel: "500 Personen = 1 Barfußarzt". Barfußärzte sollten eine Doppelfunktion ausüben, nämlich einerseits medizinisch tätig sein, andererseits aber auch in den bäuerlichen Betrieben

mitarbeiten. Mao räumte in seiner Weisung vom 25.6.1965 ein, daß diese Hilfspersonen "sicher nicht die qualifiziertesten, aber immerhin weitaus besser als Scharlatane und Hexen sind. Ein längeres Studium würde sie nur dümmer machen."<sup>4</sup>

- Hauptaufgabe dieser Hilfsärzte sollte nicht ärztliche Spitzenkunst, sondern die Vorbeugung gegen Massenerkrankungen sein. Sie sollten die Bevölkerung also über die Bekämpfung von Fliegen und Flöhen, sowie von Moskitos und Ratten aufklären, ihr Ratschläge für die Entsorgung von Abfällen oder für die Trennung von Toiletten und Waschstellen erteilen, sollten die tägliche Zahnpflege popularisieren und nicht zuletzt auch für sauberes Wasser sowie für hygienische Entwässerung sorgen. Zu den Hauptkrankheiten in den frühen Jahren gehörte die Bilharziose, die durch winzige Lungenwürmer übertragen wird, darüber hinaus aber auch die Malaria und die Diphtherie. Aufgabe der Barfußärzte sollte es im wesentlichen sein, die Dorfbewohner über die Ursachen dieser Infektionen aufzuklären und Gegenmaßnahmen einzuleiten. In ihren Kursen erfuhren die Barfußärzte, daß die Eier der Bilharzioseerreger menschliche und tierische Ausscheidungen als Brutstätte benutzten, daß sie im Wasser zu Larven heranwuchsen und zuletzt über organische Düngungsprozesse in die Nahrungskette gelangten. Die Bauern mußten dazu angehalten werden, Naturdünger zu enteicken, ihn also einem Gärungsprozeß auszusetzen, bevor man ihn wieder auf die Felder ausbringt. Manchmal seien auch ganze Sumpfpflanzen umzugraben und mit Kalk zu versetzen - ein Prozeß, der wiederum mit politischer Mobilisierung einherzugehen hatte, so daß sich ärztliche Kunst im engeren Sinne von unspezifischen Aktivitäten nicht mehr trennen ließ, Politik, "Seelsorge" und ärztliche Versorgung also ineinander übergingen.

Hatten die Bauern ferner in der "vorrevolutionären Zeit" häufig lange Wege zurücklegen müssen, ehe sie in der fernen Kreisstadt auf einen Mediziner trafen, so konnten sie "ihre" Barfußärzte jetzt vor Ort konsultieren. Auch die Kosten für den Arzt waren während der Kulturrevolution gesenkt worden - eines der wenigen Ruhmesblätter der damaligen Zeit! Im Rahmen der "dörflichen Genossenschaftsmedizin" (*nongcun hezuo yiliao*) konnten die Bauern die medizinischen Dienste der dörflichen Betreuungstation nahezu kostenlos in Anspruch nehmen. In aller Regel war der medizinische Versorgungsdienst auf den Dörfern dreistufig aufgebaut: Auf der untersten Ebene, d.h. in der Produktionsmannschaft, war die dorfeigene "Sanitätsstation" (*weishengzhan*) angesiedelt, die mit "Barfußärzten" und "Sanitätern" besetzt war und die als Anlaufstelle sowohl für Voruntersuchungen als auch für therapeutische Bagatellfälle, d.h. z.B. die Behandlung von Mandelentzündungen und Verdauungsbeschwerden bis hin zum Ziehen eines toten Zahns, zuständig war. Zweite Stufe war das Krankenhaus der Volkskommune, in dem bereits Operationen durchgeführt wurden - angefangen von Blinddarm- und Darmverschlingungsheilungen bis hin zum Kaiserschnitt. Hier gab es höher qualifizierte und an Fachschulen ausgebildete Ärzte. Dritte Stufe schließlich war das Kreiskrankenhaus, das sich mit schweren Fällen sowie komplizierten Operationen zu befassen hatte.

Ein Bauer, der dieses System in Anspruch nehmen wollte, zahlte im Durchschnitt einen Yuan als Jahresbeitrag, der durch Zuschüsse seiner Genossenschaft aufgestockt wurde.



Vor der Behandlung brauchte er nur noch 5 Fen Registriergebühr zu bezahlen (1 Yuan = 100 Fen), während die ärztliche Behandlung und die Arzneien unentgeltlich waren.

Erhielten die Bauern ihre ärztliche Betreuung nach dem Versicherungsprinzip, so erfolgte die Betreuung der städtischen Arbeiter und der beim Staat Angestellten nach dem Versorgungsprinzip, d.h., sie hatten von vornherein keinerlei eigene Beiträge zu leisten, sondern wurden von ihrer Dienststelle in Obhut genommen.

Was schließlich die Art und Weise der Behandlung anbelangt, so war gerade das maoistische China ein Paradies der Sozialmedizin, in dem sich - übrigens ebenso wie im alten Reich der Mitte - Politik und Gesundheitswesen viel näher standen, als dies in Europa je der Fall war. Einzelbehandlung und kollektive "Hygienekampagnen" gingen fast nahtlos ineinander über, sei es nun der Kampf gegen "Laster", wie das Spucken und das Rauchen, sei es die Unterweisung der Frauen in den "vier Perioden" (*si qi*) (Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Stillperiode), sei es die Schulung der Bauern im Umgang mit Chemikalien, Pharmazeutika und Giften oder aber die Belehrung in der "dreifachen Abwehr" (*san fang*) gegen ABC-Waffen; auch ein militärischer Aspekt konnte hier also schnell in den medizinischen Bereich mit hineinspielen!

Kein Wunder, daß angesichts dieser ganzheitlichen Auffassung auch die Volksmedizin mit ihren Akupunktur-, Kräuter- und Moxa-Techniken rasch wieder ins Spiel kam und daß die Gesundheitspolitik sich wie von selbst an dem Leitmotiv ausrichten konnte, daß Vorbeugung die Hauptsache ist (*yufang wei zhu*).

Beim Verhältnis zwischen Arzt und Patienten sollte es weniger auf das Vertrauen in die ärztliche Kunst als vielmehr auf das Vertrauen in die ärztliche Gesinnung ankommen. Die Diagnose "unheilbar" hatte keinen Platz in diesem Rahmenwerk. Solange für den Patienten auch nur noch ein Schimmer Hoffnung bestand, sollte ihm geholfen werden: Er sollte sich nach Möglichkeit niemals allein gelassen, sondern stets bei den "Massen" aufgehoben fühlen. Kein Wunder, daß in diesem Umfeld auch der Krankheitsbegriff eine spezifische Interpretation erfuhr: Krankheit galt nicht nur als physisches Phänomen, sondern als Folge psychosozialer Ungleichgewichte - und war entsprechend zu therapieren.

Grundeinstellungen zur Gesundheitspolitik, wie sie sich hier eine Zeitlang verfestigt hatten, führten zu spezifischen Konsequenzen für die Rolle des Arztes: Erstens einmal war seine Aufgabe nicht universalistisch, sondern klassenbezogen; er galt als eine Art Hausarzt der "Armen und unteren Mittelbauern" und brauchte für Klassenfeinde keinen Finger zu rühren. Zweitens waren seine Pflichten keineswegs auf ärztliche Kunst im engeren Sinne eingeschränkt, sondern umfaßten auch "unspezifische" Obliegenheiten wie die Durchführung von Hygienekampagnen und die "politische Seelsorge". Drittens war sein Aufgabenbereich höchst kollektiv definiert und äußerte sich daher vor allem sozialmedizinisch sowie in einem hohen Maß an Zuwendung, die weit über die Ausübung ärztlicher Kunst hinauszugehen hatte: der Patient war ja ein "Klassenbruder" - zumindest in den Jahren der Kulturrevolution.

Ein Arzt, der sich im damaligen Milieu auf Spezialfunktionen zurückgezogen oder die Behandlung gar wegen "Unzuständigkeit" abgewiesen hätte, wäre schnell mit dem Vorwurf "rollenwidrigen" Verhaltens konfrontiert gewesen. Andererseits hätte sich ein Mediziner, der voller Hingabe Operationen durchgeführt hätte, denen er nicht gewachsen war, durchaus auf "Rollengemäßheit" berufen können.

## 2 Änderungen im Zeichen der "sozialistischen Marktwirtschaft"

Mit dem Ende der Mao-Ära und dem Beginn des Deng Xiaoping-Zeitalters haben sich auch in der Gesundheitspolitik dramatische Veränderungen ergeben.

Überspitzt ausgedrückt könnte man behaupten, daß viele jener Phänomene, die in der oben abgedruckten Tabelle in der rechten Spalte als "revisionistische" Übel erscheinen, heutzutage zur schlichten Normalität gehören, während die Postulate in der linken Kolumne als Ausgeburten der spätmaoistischen Epoche, vor allem der "katastrophalen 10 Jahre" (1966-1976), gelten.

Und doch gibt es nach wie vor einige chinesische Sonderphänomene, die hier lediglich mit den Stichworten "Priorität der Sozialmedizin" und "TCM" (Traditionelle Chinesische Medizin) angedeutet seien.

Wie nun sehen die reformerischen Änderungen im einzelnen aus?

Da ist zunächst einmal eine verstärkte Rückwendung der Gesundheitspolitik zu den Städten, damit gleichzeitig aber auch eine Aufwertung der ärztlichen Kunst im engeren Sinne sowie der Mediziner Ausbildung.

Die beigefügten Statistiken lassen deutlich erkennen, wie sich die Verhältnisse in den letzten Jahren verändert haben, und zwar bezogen sowohl auf die Krankenhäuser und die Kliniken als auch auf die Zahl der westlich ausgebildeten Mediziner.

Der "fachmännische Arzt" ist also im Vormarsch, der "Barfußarzt" dagegen auf dem Rückzug, abgesehen davon, daß auch der Begriff als solcher anrühlich geworden - weil "kulturrevolutionär" vorbelastet - ist. Nur auf den Dörfern spielt der Sanitäter nach wie vor eine hervorragende Rolle, und mit ihm die "Gesundheitsstation", die eine Art "Mädchen für alle Hygienefragen" geblieben ist. Am 15.2.1979 erging eine "Satzung" über die "Dörfliche Genossenschaftliche Medizin",<sup>5</sup> in deren § 3 es heißt, daß die auf den Dörfern zu errichtenden Medizinalstationen folgende Aufgabe haben: Propagierung von Gesundheitsfragen und Mobilisierung zur "zweifachen Kontrolle und fünffachen Änderung"; dieser Begriff geht noch auf die in den fünfziger Jahren begonnene Patriotische Gesundheitsbewegung zurück und betrifft Trinkwasser sowie Jauche ("Zwei Kontrollen"), des weiteren aber auch Brunnen, Latrinen, Ställe, Öfen und Umwelt ("Fünf Änderungen"). Weitere Aufgaben der Gesundheitsstationen sind Impfung, Heilung, Beratung und Belehrung der Bauern beim Umgang mit Chemikalien, Pharmazeutika und Giften.

Auch die reformerische Politik will also keineswegs auf das einzige dörfliche "Grundversorgungssystem" verzichten, mit dessen Hilfe China schon in den siebziger Jahren



dem "Seuchengott Lebewohl sagen" konnte, insofern nämlich Pocken, Cholera und Typhus ganz, Malaria, Lepra und Schneckenfieber aber wenigstens teilweise ausgerottet waren. Hier hat die maoistische Strategie einen überwältigenden Erfolg errungen. Die Nachfolger müssen dies anerkennen, so kritisch sie der sonstigen spätkommunistischen Politik auch sonst gegenüber stehen.

Gesundheitspolitisch sucht man heutzutage wieder auf zwei Beinen zu gehen, nämlich dem des dörflichen Grundversorgungssystems und dem der "städtischen Medizin".

Chinesische Medizin war in der Vergangenheit selten zum Patienten hingekommen. Erst die Barfußärzte hatten hier eine Wende herbei geführt. Heutzutage bewährt sich in der ambulanten Versorgung vor allem das Rote Kreuz, das in den städtischen Bezirken Sanitätsstellen unterhält, in denen einfache Beschwerden behandelt werden und von denen aus die Rot-Kreuz-Mitarbeiter ihre Krankenvisiten unternehmen. Nicht wenige Rot-Kreuz-Mitarbeiter sind Rentner mit medizinischen Vorkenntnissen, deren Engagement und persönliche Kontakte dafür sorgen, daß die Verbindungen zwischen Sanitätsstelle und den Kranken des betroffenen Bezirks keine "Entfremdung" erfahren. Die Rot-Kreuz-Stationen führen ferner, ähnlich wie die Gesundheitsstationen auf den Dörfern, Impfungen durch, geben Ratschläge für die häusliche Hygiene, propagieren die Familienplanung und stehen werdenden Müttern mit Rat und Tat bei.

Was den organisierten Aufbau der ärztlichen Versorgungsdienste anbelangt, so blieb es im wesentlichen bei dem oben erwähnten dreistufigen System, das sich in den sechziger Jahren herausgebildet hatte:

An der Basis beginnt die Betreuung, d.h. vor allem Vorsorgeuntersuchung und gesundheitsfördernde Gymnastik (Atemübungen, Schattenboxen etc.), bei der eigenen Danwei, also der Grundeinheit, die in den Städten mit der Nachbarschaft oder mit dem eigenen Betrieb, auf dem Land aber meist mit dem Dorf identisch ist. Hier hat die Danwei, die bisweilen schon als "Wurzel allen Übels" verschrien ist, noch eine wahrhaft segenspendende Funktion. Angesichts der Kostenexplosionen im Gesundheitswesen, in deren Gefolge erfahrungsgemäß vor allem Betriebs-, Nachbarschafts- und andere Danwei-Kassen angezapft werden, versucht jede Einheit, mögliche Krankheiten schon an der Wurzel zu bekämpfen und deshalb Vorsorgeuntersuchungs- und Präventivmaßnahmen zu treffen, die von der Akupunkturbehandlung bis hin zur Überwachung der Kantinenkost und des betrieblichen Trinkwassers reichen können.

Nächsthöhere Stufen sind die Krankenhäuser, die häufig durchnummeriert sind, wie z.B. das "Krankenhaus Nr.2" in Beijing, das für die Betreuung und Behandlung von rund 140.000 Menschen aus 196 Arbeitsdanweis zuständig ist. Oberste Stufe des Systems ist auf dem Land das Kreis-Krankenhaus, das sich mit schweren Fällen sowie mit komplizierten Operationen zu befassen hat.

Neu im reformerischen China sind Privatkliniken und zugelassene Ärzte, die, ähnlich wie ihre westlichen Kollegen, auf eigene Rechnung wirtschaften.

Was die "medizinischen Versorgungssysteme" anbelangt, so werden sie seit 1994 nach und nach reformiert, wobei vor allem die kostenlose ärztliche Betreuung so weit wie möglich abgeschafft werden soll.

Auch in China leiden Staat und Danwei in den letzten Jahren unter einer Explosion der Gesundheitskosten. Hauptursache dafür sind das steigende Lebensalter (es hat sich zwischen 1949 und 1993 von 35 auf 70 Jahre verdoppelt!), die wachsenden Preise für Medikamente, die Untersuchungen mit modernen, häufig aus dem Ausland importierten medizinischen Geräten, Arzneimittelverschwendung und nicht zuletzt auch die immer komplizierter werdenden Krankheitsbilder: Während in den fünfziger Jahren die meisten Patienten noch schlicht an Infektionskrankheiten oder an Ernährungsmängeln starben, befinden sich inzwischen Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Tumore auf dem Vormarsch, die einer wesentlich intensiveren und teureren Behandlung bedürfen.

Längst haben die Diskussionen um eine Selbstbeteiligung eingesetzt, die vor allem solche Patienten treffen würde, die bisher keinen Yuan für Arzt oder Arznei zu zahlen hatten; erfahrungsgemäß sind gerade sie besonders verschwendisch mit Arzneien umgegangen, die ja "nichts kosteten"!

Vier Jahrzehnte lang hatte es zwei medizinische Versorgungsvarianten gegeben, nämlich (1) das 1952 eingeführte "System der kostenlosen medizinischen Versorgung" für alle Regierungsangestellten, Kriegsinvaliden und Universitätsstudenten, deren Zahl sich 1994 auf 29 Millionen belief, sowie (2) das 1951 auf der Basis der betrieblichen Versorgung eingeführte "Krankenversicherungssystem", das vor allem den Angestellten und Arbeitern der staatseigenen Betriebe sowie ihren Familienangehörigen zugute kam, und bei dem die Betriebe für die Kosten aufzukommen hatten - 1994 waren es 144 Millionen Berechtigte!<sup>6</sup>

Schon Ende der achtziger Jahre war deutlich geworden, daß diese auf Versorgungs- und Versicherungsprinzipien beruhenden "Systeme" nicht mehr finanziert werden konnten. Schon im März 1989 waren deshalb Experimente mit neuen Versicherungsspielarten in vier chinesischen Mittelstädten durchgeführt worden, deren Ergebnisse dann 1994 erstmals in der Sonderwirtschaftszone Shenzhen sowie auf der Insel Hainan angewendet wurden. Ziel war die Selbstbeteiligung. Allerdings sollten die Kosten, die ein Kranker selbst zu tragen hat, pro Jahr ein durchschnittliches Monatseinkommen nicht übersteigen. Rund 90% der bisher kostenlos und 80% der bislang betrieblich versorgten Patienten sollen künftig an den Kosten beteiligt werden. Zulässig sind künftig auch Privatversicherungen.

Während sich die Gesundheitspolitik also in vielen Bereichen zu ändern beginnt, ist sie zumindest in zweifacher Hinsicht den einstigen kulturevolutionären Errungenschaften treu geblieben, nämlich der Sozialmedizin und der TCM. Der Hauptgrund für diese Permanenz dürfte darin bestehen, daß es sich hier um Gewohnheiten und Praktiken handelt, die bereits in der traditionellen chinesischen Politik tief verwurzelt und in maoistischer Zeit lediglich neubelebt worden waren:

- Bestehen bleibt also der sozialmedizinische Auftrag. Die "Sanitätsstationen" sollen nach wie vor Ratschläge zu Alltagsfragen wie Wasserabkochen, Zähneputzen, Händewaschen, Stäbchenreinigen oder Abtrennen der Toiletten vom übrigen Hygienebereich erteilen. Am 7. April, dem "Tag der Welthygiene" werden darüber hinaus Jahresparolen herausgegeben, wie z.B. 1994 das Motto "Mundhygiene für ein gesundes Leben", mit der eine Kampagne für



Zahnpflege und Dentalkrankheitsverhütung Hand in Hand ging. Die "Gesundheitszeitung" informierte zusammen mit anderen überregionalen Organen die Bevölkerung über richtige Zahnpflegemethoden, z.B. über den Gebrauch von fluorhaltigen Zahnpasten und Zahnbürsten, über die gebotene Zurückhaltung bei Süßigkeiten und über regelmäßige Untersuchungen beim Zahnarzt. Mißbilligend wurde festgestellt, daß nur jeder zweite Chinese täglich die Zähne putzt und daß selbst jene, die sich inzwischen zur regelmäßigen Pflege haben bekehren lassen, wenig Kenntnisse über den Zuckerverbrauch oder über die richtige Anwendung der Zahnbürste besitzen. Hier bleibt mit anderen Worten nach wie vor ein weites Feld für "Sozialmedizin" einfachsten Zuschnitts.

- Daneben findet die TCM, d.h. die Traditionsmedizin, wachsende Verbreitung, und zwar nicht nur wegen ihrer Beliebtheit bei der Bevölkerung, sondern vor allem auch deshalb, weil sie den Geldbeutel schont. Die TCM unterscheidet sich von der westlichen Schulmedizin vor allem in vier Hauptaspekten, nämlich im theoretisch-philosophischen Koordinatensystem (*yinyang*-Aspekte), in den Diagnosemethoden, in der Therapie und nicht zuletzt auch bei den Heilmitteln. Diagnose und Therapie sind gesamtheitlich ausgerichtet: Für die innere Heilung steht eine Fülle erprobter Arzneimittel zur Verfügung, für die äußere haben sich vor allem energetische "Induktionen" bewährt, sei es nun das Nadelstechen (*zhenjiu*), vor allem die Ohr-Akupunktur, das Moxa-Brennen (vom japanischen *mogusa*, einer Therapie, bei der Akupunkturstellen nicht genadelt, sondern erwärmt werden) oder aber ein breites Instrumentarium von Inhalationen, des weiteren diätetische Maßnahmen, Heilmassagen, Schattenboxen (*taijiquan*) und Qigong (*liaofa*), d.h. autogenes Training. Besonders bewährt hat sich die TCM bei der Heilung von Nierenleiden, bei Hämorrhoiden, bei Augenerkrankungen und Knochenbrüchen.

Auftrieb hat die TCM in der Zwischenzeit durch den Einsatz von Computern und elektronischen Diagnosegeräten erfahren. Tradition und moderne Medizintechnik ziehen sich also gegenseitig an und sind weit davon entfernt, aufeinander abstoßend zu wirken.

Vor allem auf die Sozialmedizin hat die TCM anregend gewirkt: Die Traditionsmedizin war ja, wie erwähnt, immer schon von der Prämisse bestimmt, daß Ursachen und Verlauf von Krankheiten nicht nur durch natürliche, sondern auch durch soziale Faktoren beeinflusst werden. Die TCM könnte bei der Entstehung eines neuen Medizinmodells, d.h. beim Übergang von der biologischen zur "biopsychischen Sozialmedizin", auch weltweit wachsende Impulse ausüben.

Auf alle Fälle hat die chinesische Öffentlichkeit, vor allem die ländliche Bevölkerung, längst das alte Vertrauen zur TCM wiedergefaßt, wenn es denn je verloren gegangen sein sollte. In den Städten geht die Medizin zumeist "auf zwei Beinen" und arbeitet sowohl mit westlichen als auch mit chinesischen Diagnose- und Therapiemethoden. Immer häufiger auch trifft der Verbraucher Apotheken an, in deren einer Hälfte chinesische und deren anderer "westliche Medizin" angeboten wird.

Auch bei der Einstufung von "Krankheiten" gibt es in China heute noch wesentliche Unterschiede zur westlichen Medizin. Tendenziell neigt die chinesische "Psychiatrie"

beispielsweise nach wie vor dazu, Neurosen als bloßes Nervenleiden zu deuten und sie entsprechend mit Beruhigungsmitteln und antipsychotischen Drogen zu behandeln. Auf dem Dorf läßt man diese Leiden am liebsten durch "Barfußpsychiater" behandeln, legt sie also in die Hände von Laien - meist Danwei-Mitglieder, die versuchen, den Patienten dadurch zu "renormalisieren", daß er verstärkt wieder ins kommunale Leben einbezogen wird.

In ähnliche Richtung verläuft der Umgang mit Körperbehinderten, Blinden, Tauben und Stummen.

Die Reformen haben in den letzten eineinhalb Jahrzehnten auch die Stellung des Arztes modifiziert. Erstens kehrt er zu seiner hippokratischen Aufgabe zurück, so daß es heute keinem Mediziner mehr in den Sinn käme, einen Patienten nur deshalb abzulehnen, weil er den "Klassenfeinden" zuzurechnen sei. Zweitens wird der Arzt wieder verstärkt mit der spezifisch ärztlichen Kunst identifiziert. Nur auf dem Land und in den dörflichen "Sanitätsstationen" spielt das Medizinwesen noch in die Politik und ins Kampagnenwesen hinüber. Drittens gewinnen Geld und Bezahlung an Bedeutung, vor allem für die privaten Kliniken sowie die zugelassenen Ärzte. Gleichzeitig wird der Arzt wieder mehr nach seinem medizinischen Können als seiner medizinischen Gesinnung beurteilt.

### 3 Ziele der Gesundheitspolitik bis zum Jahr 2000

Die Ziele der chinesischen Gesundheitspolitik bis zum Jahr 2000 tragen sowohl modernen als auch traditionellen - und nicht zuletzt auch maoistischen - Gesichtspunkten Rechnung und lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: (1) Schaffung eines möglichst kompletten Gesundheitsnetzes aus Dorfkliniken und Krankenhäusern sowie Hygienestationen; (2) Sauberes Trinkwasser und hygienische Entsorgung bei gleichzeitig weiterer Eindämmung von Infektionskrankheiten; (3) "Vorbeugung vor Heilung", (4) Eugenische Beratung bei der Eheschließung, während der Schwangerschaft und bei der frühkindlichen Erziehung ("Eugenik" (*yousheng*) ist mittlerweile geradezu ein Lieblingsausdruck in der Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik geworden!); (5) Ausbau der Altenpflege und der Reha-Medizin; (6) Erziehung der Bevölkerung zu verstärktem Gesundheitsbewußtsein. Hierzu soll nicht nur das ABC der Hygiene, sondern auch die bewußte Harmonisierung der äußeren Umgebung mit den Funktionen der inneren Organe gehören. "Gesundheitspflege durch Verbesserung des Seelenlebens" und durch Bewegungstherapie heißt die Parole. Vor allem das Schattenboxen (*taiji*) und das Qigong profitieren von dieser Ausrichtung. Es ist also keineswegs so, daß China in allen Bereichen der Medizin nur den Westen nachahmen wollte; langfristig wird das Rezeptionsgebot übrigens umgekehrt auch an die westliche Medizin ergehen. Vielleicht könnte dies dann auch im Westen zu einer Neubesinnung auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten führen.

#### Anmerkungen:

- 1) Ausführlich dazu: Oskar Weggel, *Die Alternative China*, Hamburg 1973, S.17 ff., S. 373 ff.
- 2) Ebd., S. 373 f.
- 3) Die Weisung ist im Wortlaut wiedergegeben ebd. S. 375 f.
- 4) Ebd., S. 376.
- 5) Abgedruckt in *ZHRMGHG weisheng fajui huibian 1978 nian - 1980 nian*, Beijing 1981, S.137-142 ("Sammlung der Rechtsbestimmungen über das Gesundheitswesen in der VR China").
- 6) BRu 1994, Nr. 25, S. 4.



## Anhang: Statistiken

(Quelle: China Statistical Yearbook 1994, Beijing 1994)

## 1. Einrichtungen des Gesundheitswesens (a.a.O., S. 663)

Year	Total	Hospitals		Sanator- iums	Clinics	Specialized Stations	Sanitation and Anti- epidemic Stations
		Subtotal	At and Above County Level				
1949	3 670	2 600	2 600	30	769	11	
1952	38 987	3 540	3 540	270	29 050	188	147
1957	122 954	4 179	4 179	835	102 262	626	1 626
1962	217 985	34 379	5 300	1 266	172 708	678	2 208
1965	224 266	42 711	5 445	887	170 430	822	2 499
1970	149 823	64 822	6 030	359	79 600	607	1 714
1975	151 733	62 425	7 757	297	80 739	683	2 912
1978	169 732	64 421	8 841	389	94 395	887	2 989
1980	180 553	65 450	9 478	470	102 474	1 138	3 105
1983	196 017	66 662	10 466	606	115 826	1 326	3 274
1984	198 256	67 169	10 935	599	117 028	1 458	3 339
1985	200 866	59 614	11 497	640	126 604	1 566	3 410
1986	203 139	59 693	11 940	638	127 575	1 635	3 475
1987	204 960	60 429	12 348	652	128 459	1 697	3 512
1988	205 988	61 383	12 795	652	128 422	1 727	3 532
1989	206 724	61 929	13 248	651	128 112	1 747	3 591
1990	208 734	62 454	13 489	650	129 332	1 781	3 618
1991	209 036	63 101	13 638	642	128 665	1 818	3 652
1992	204 787	61 352	13 917	639	125 873	1 845	3 673
1993	193 586	60 784	14 713	600	115 161	1 872	3 609

Year	Maternity and Child Care Centers	Medicines and Chemical Reagents Test Labs	Medical Science Institutions	Other Institutions
1949	9	1	3	247
1952	2 379	12	3	3 398
1957	4 599	28	38	8 761
1962	2 636	93	171	3 746
1965	2 795	131	94	3 897
1970	1 058	98	72	1 493
1975	2 025	310	141	2 201
1978	2 459	844	219	3 129
1980	2 610	1 213	282	3 811
1983	2 649	1 191	301	4 182
1984	2 716	1 258	307	4 382
1985	2 724	1 420	323	4 565
1986	2 775	1 534	333	5 481
1987	2 792	1 647	340	5 432
1988	2 793	1 756	332	5 391
1989	2 796	1 854	328	5 716
1990	2 820	1 892	337	5 850
1991	2 854	1 927	335	6 042
1992	2 841	1 953	339	6 272
1993	2 791	1 976	436	6 357



## 2. Medizinisches Personal im Zeitraum 1949-1993 (a.a.O., S. 664)

(1,000 persons)

Year	Total	Medical Technical Personnel						Doctors per 1,000 Population (persons)
		Subtotal	Doctors				Senior and Junior Nurses	
			Subtotal <sup>(a)</sup>	Traditional Chinese Medicine	Western Medicine			
Senior	Junior							
1949	541	505	363	276	38	49	33	0.67
1952	819	690	425	306	52	67	61	0.74
1957	1 254	1 039	547	337	74	136	128	0.85
1962	1 685	1 414	688	344	120	224	200	1.02
1965	1 872	1 532	763	321	189	253	235	1.05
1970	1 793	1 453	702	225	221	256	295	0.85
1975	2 594	2 057	878	229	293	356	380	0.95
1978	3 106	2 464	1 033	251	359	423	407	1.07
1980	3 535	2 798	1 153	262	447	444	466	1.17
1983	4 090	3 253	1 353	313	588	450	596	1.31
1984	4 214	3 344	1 381	324	597	458	616	1.32
1985	4 313	3 411	1 413	336	602	473	637	1.33
1986	4 446	3 507	1 444	341	619	482	681	1.34
1987	4 564	3 609	1 482	346	645	487	718	1.36
1988	4 678	3 724	1 617	362	899	352	829	1.46
1989	4 787	3 809	1 718	370	1 023	321	922	1.52
1990	4 906	3 898	1 763	369	1 058	331	975	1.54
1991	5 025	3 985	1 780	363	1 065	347	1 012	1.54
1992	5 140	4 074	1 808	364	1 079	360	1 040	1.54
1993	5 215	4 117	1 832	358	1 115	351	1 056	1.58

## 3. Bettenzahl (1949-1993) (a.a.O., S. 664)

(1,000 unit)

Year	Total	Hospitals		Sanatoriums	Other Health Care Institutions	Hospital Beds per 1,000 Population (unit)
		Subtotal	At and Above County Level			
1949	85	80	80	4	1	0.15
1952	231	160	160	20	51	0.28
1957	462	295	295	69	98	0.46
1962	933	690	577	105	138	1.03
1965	1 033	766	621	98	169	1.06
1970	1 262	1 105	712	48	109	1.33
1975	1 764	1 598	948	37	129	1.73
1978	2 042	1 856	1 093	51	135	1.93
1980	2 184	1 982	1 192	68	134	2.01
1983	2 342	2 110	1 347	92	140	2.05
1984	2 412	2 166	1 415	95	151	2.08
1985	2 487	2 229	1 487	106	152	2.11
1986	2 563	2 297	1 559	111	155	2.14
1987	2 685	2 405	1 648	119	162	2.20
1988	2 795	2 503	1 731	122	169	2.25
1989	2 867	2 568	1 797	123	176	2.28
1990	2 925	2 624	1 847	123	178	2.30
1991	2 992	2 689	1 901	125	178	2.32
1992	3 049	2 744	1 953	125	180	2.34
1993	3 099	2 795	2 017	119	185	2.40

(a) 1981-1987 figures include 2,000 senior doctors of joint Chinese-Western medicine. The 1988-1992 figure includes 5,000 such doctors. 1993 figure includes 7,000 such doctors.



## 4. Institutionen, Bettenzahl, Medizinisches Personal i.J. 1993 (a.a.O., S. 667)

Item	Health Care Institutions	Hospital Beds (1,000)	Personnel (1,000 persons)		
			Total	Medical Technical Personnel	Managerial Personnel
<b>Total</b>	<b>193 586</b>	<b>3 099</b>	<b>5 215</b>	<b>4 117</b>	<b>433</b>
Total Number of Hospitals	60 784	2 795	3 790	3 008	313
Hospitals at and Above County Level	14 713	2 017	2 782	2 136	239
Comprehensive Hospitals	10 547	1 445	2 021	1 559	169
Hospitals of Chinese Medicine	2 305	194	286	229	25
Hospitals Attached to					
Medical Colleges	212	114	193	145	16
Hospitals for Infectious Disease	131	27	30	20	3
Mental Hospitals	476	94	68	46	8
Tuberculosis Hospitals	105	27	25	17	3
Hospitals for Maternity and Childcare	373	36	62	48	6
Children's Hospitals	35	9	18	13	2
Hospitals for Lepers	50	10	3	2	...
Hospitals for Occupational Diseases	46	7	7	5	1
Tumor Hospitals	55	14	18	13	2
Other Specialized Hospitals	378	39	51	38	5
Rural Township Hospitals	45 024	731	946	823	68
Other Hospitals	1 047	47	62	49	6
Sanatoriums	600	119	54	26	8
Clinics	115 161	92	548	501	24
Specialized Stations	1 872	30	58	44	7
Tuberculosis Prevention Stations	628	4	16	12	2
Occupational Disease Prevention Stations	112	3	6	5	1
Sanitation and Antiepidemic Stations	3 609	1	193	153	18
Maternity and Childcare Centers	2 791	18	74	61	7
Medicines and Chemical					
Reagents Test Labs	1 976	...	23	17	3
Institutions of Medical Sciences	436	7	39	23	5
Other Health Care Institutions	6 357	37	274	122	47
Individual-Run Medical Units		1	161	161	...



### 5. Bettenutzung in staatlichen, gesellschaftlichen und kollektiven Gesundheitseinrichtungen von der Kreisebene aufwärts (a.a.O., S. 669)

Year, Type of Hospital	Turnover of Beds (times)	Beds in Use (days)	Utilization Rate (percentage)	Average Hospitalization Period (days)
<b>1985 Total</b>	<b>18.1</b>	<b>302.0</b>	<b>82.7</b>	<b>15.8</b>
Health Care Departments	19.8	320.9	87.9	15.4
Industrial and Other Departments	14.2	253.6	69.5	16.5
<b>1988 Total</b>	<b>18.6</b>	<b>309.4</b>	<b>84.5</b>	<b>15.8</b>
Health Care Departments	20.2	328.9	89.9	15.6
Industrial and Other Departments	14.6	261.2	71.3	16.5
Collective-Owned Units	15.5	277.7	75.9	16.1
<b>1989 Total</b>	<b>18.0</b>	<b>299.1</b>	<b>81.7</b>	<b>15.7</b>
Health Care Departments	19.5	315.6	86.2	15.4
Industrial and Other Departments	14.2	259.0	70.8	16.7
Collective-Owned Units	13.9	254.6	69.6	16.5
<b>1990 Total</b>	<b>17.6</b>	<b>296.1</b>	<b>80.9</b>	<b>15.9</b>
Health Care Departments	19.2	313.1	85.6	15.5
Industrial and Other Departments	13.8	255.3	69.8	17.0
Collective-Owned Units	13.8	254.2	69.5	16.9
<b>1992 Total</b>	<b>16.9</b>	<b>286.9</b>	<b>78.6</b>	<b>16.2</b>
Health Care Departments	18.5	303.3	83.1	15.8
Industrial and Other Departments	12.9	245.6	67.3	17.4
Collective-Owned Units	13.2	249.3	68.3	17.2
<b>1993 Total</b>	<b>15.8</b>	<b>259.5</b>	<b>71.1</b>	<b>15.5</b>
Health Care Departments	17.5	276.3	75.7	15.2
Industrial and Other Departments	12.0	221.9	60.8	16.8
Collective-Owned Units	12.3	208.8	57.2	15.0

### 6. Die 10 häufigsten Todesursachen i.J. 1993 a) in den Städten (a.a.O., S. 671)

Total		Male		Female	
Cause of Death	Percentage to the Total Number of Deaths	Cause of Death	Percentage to the Total Number of Deaths	Cause of Death	Percentage to the Total Number of Deaths
<b>Total</b>	<b>91.11</b>	<b>Total</b>	<b>92.11</b>	<b>Total</b>	<b>90.12</b>
Malignant Tumor	21.75	Malignant Tumor	24.74	Cerebrovascular Diseases	21.84
Cerebrovascular Diseases	21.35	Cerebrovascular Diseases	20.95	Malignant Tumor	18.17
Respiratory Diseases	17.05	Respiratory Diseases	16.34	Respiratory Diseases	17.89
Heart Diseases	14.72	Heart Diseases	13.40	Heart Diseases	16.30
Traumas and Toxicosis	6.67	Traumas and Toxicosis	7.37	Traumas and Toxicosis	5.82
Digestive Diseases	3.70	Digestive Diseases	3.96	Digestive Diseases	3.39
Endocrine, Nutritious, Metabolic and Immune Diseases	2.08	Urinary and Reproductive Diseases	1.55	Endocrine, Nutritious, Metabolic and Immune Diseases	2.72
Urinary and Reproductive Diseases	1.56	Endocrine, Nutritious, Metabolic and Immune Diseases	1.54	Urinary and Reproductive Diseases	1.58
Mental diseases	1.19	Pulmonary Tuberculosis	1.16	Mental Diseases	1.45
Neonate Diseases	1.04	Neonate Diseases	1.10	Neonate Diseases	0.96



7. Die 10 häufigsten Todesursachen i.J. 1993 b) auf dem Lande (a.a.O., S. 671)

Total		Male		Female	
Cause of Death	Percentage to the Total Number of Deaths	Cause of Death	Percentage to the Total Number of Deaths	Cause of Death	Percentage to the Total Number of Deaths
<b>Total</b>	<b>91.53</b>	<b>Total</b>	<b>92.58</b>	<b>Total</b>	<b>90.21</b>
Respiratory Diseases	26.50	Respiratory Diseases	24.94	Respiratory Diseases	28.40
Malignant Tumor	16.35	Malignant Tumor	18.78	Cerebrovascular Diseases	16.53
Cerebrovascular Diseases	15.71	Cerebrovascular Diseases	15.04	Malignant Tumor	13.37
Traumas and Toxicosis	11.45	Traumas and Toxicosis	12.37	Heart Diseases	11.33
Heart Diseases	10.04	Heart Diseases	8.99	Traumas and Toxicosis	10.33
Digestive Diseases	4.98	Digestive Diseases	5.45	Digestive Diseases	4.41
Pulmonary Tuberculosis	1.88	Pulmonary Tuberculosis	2.23	Neonate Diseases	1.82
Neonate Diseases	1.86	Neonate Diseases	1.88	Pulmonary Tuberculosis	1.45
Infectious Diseases (excluding pulmonary tuberculosis)	1.42	Infectious Diseases (excluding pulmonary tuberculosis)	1.50	Infectious Diseases (excluding pulmonary tuberculosis)	1.31
Urinary and Reproductive Diseases	1.34	Urinary and Reproductive Diseases	1.40	Urinary and Reproductive Diseases	1.26