

## V. Medizinische Versorgung im ländlichen China

*Wei Zhang*

Die soziale Sicherung auf dem Lande Chinas steht vor großen Herausforderungen. Der wirtschaftliche, demographische und soziale Wandel wirkt sich maßgeblich auf die ländliche soziale Sicherung aus. *Einerseits* wurden die finanziellen und organisatorischen Grundlagen kollektiver Dienstleistungen beseitigt. Dadurch befindet sich die kommunale Sozial- und Wohlfahrtsarbeit in einem desolaten Zustand und das *kooperative medizinische Versorgungssystem* ist fast überall zusammengebrochen. *Andererseits* werden die Funktionsfähigkeit der Familie bzw. des gepachteten Bodens als Elemente sozialer Sicherung abgeschwächt. Die traditionelle Vorstellung des Generationenvertrages verliert tendenziell ihr Fundament. Das heißt, die *Alterssicherung durch die Familie* wird in Frage gestellt. Gleiches gilt für die *Sicherung durch den gepachteten Boden*. Seit 1996 haben die andauernd niedrigen Verkaufspreise der landwirtschaftlichen Produkte und die hohen Produktionskosten zum niedrigen Erlös der Landwirtschaft geführt. Zudem empfinden die meisten Bauern die immer höhere Besteuerung des Bodens als große Belastung. Unter diesen Umständen ist also die Sicherungsfunktion des Bodens stark gesunken.

Das „*Problem der san nong*“, nämlich das Problem der Bauern, das Problem der Landwirtschaft sowie das Problem des Landes, insbesondere die Armut und schlechte medizinische Versorgung auf dem Lande, gehören zu den großen sozialen Brennpunkten Chinas. Der sozioökonomische Wandel erfordert strukturelle Veränderungen der sozialen Sicherung. Seit Mitte der 80er Jahre entwickelten sich auf dem Land hauptsächlich folgende neue Formen der sozialen Sicherung:

- ländliche soziale Rentenversicherung,
- neue kooperative medizinische Versorgung,
- Sicherung des Existenzminimums auf dem Lande sowie

- Sparvereine für gegenseitige Hilfe.

Im Folgenden wird die Reform der medizinischen Versorgung in den ländlichen Regionen Chinas genauer erläutert.

### **Die kooperative medizinische Versorgung auf dem Land – deren Zusammenbruch und Konsequenzen**

Das ländliche kooperative medizinische Versorgungssystem, bestehend aus „Barfußärzten“ und kooperativem Gesundheitsdienst, hatte den Bauern eine primäre medizinische Versorgung gewährleistet und galt als Vorbild für andere Entwicklungsländer. Mit der Dekollektivierung der Landwirtschaft seit den 80er Jahren brach dieses System zusammen.

Die *Konsequenzen* der Auflösung der kollektiv wirtschaftlichen Organisationen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Funktion des ländlichen dreistufigen Netzes zur Prävention und Gesundheitserhaltung wurde geschwächt.
- Die medizinische Versorgung auf den unteren Ebenen hat sich verschlechtert. Gesundheitsstationen auf der Dorfebene wurden privatisiert.
- Die Kosten für Arzneimittel sind gestiegen.

Die Krankenhäuser auf der Kreisebene, Gesundheitsstationen auf der Gemeindeebene und auf der Dorfebene bildeten das ländliche dreistufige Netz zur Prävention und Gesundheitserhaltung. Dabei war die medizinische Versorgung auf den zwei unteren Ebenen (Gemeinde und Dorf) finanziell und personell ausschließlich auf kollektive lokale Quellen angewiesen und wurde daher von der Dekollektivierung der Landwirtschaft unmittelbar betroffen. „Während Kreiskrankenhäuser weiterhin staatliche Mittel erhielten und personelle und technische Verbesserungen durchführen konnten, wurden der kooperativen medizinischen Versorgung auf der Gemeinde- und Dorfebene wichtige Res-

ourcen entzogen“ (zitiert nach Krieg/Schädler 1995, S. 188). Immer mehr *Gesundheitsstationen in den Dörfern* sind auf Gebührenerhebungen angewiesen, 50 Prozent der Stationen sind *privatisiert* worden. In den privaten Praxen lässt sich die heutige Situation wie folgt charakterisieren: Häuser aus den 50er Jahren, medizinische Einrichtungen aus den 60er Jahren und „Barfußärzte“ aus den 70er Jahren. Die Dorfärzte sind normalerweise nur in den Bereichen Hygiene, Prävention und einfache Heilung tätig. Außer bei kleinen Krankheiten überweisen sie die Patienten zum großen Teil an weiterführende Einrichtungen. Statt sich in der Gemeindegemeindeklinik behandeln zu lassen, gehen die überwiesenen Patienten direkt zum Kreiskrankenhaus, weil das Versorgungsniveau auf der Gemeindeebene nicht besser ist, als das im Dorf. Das ist für die Bauern mit großem Zeit- und Kostenaufwand verbunden, da sie meistens weit entfernt von der Kreisstadt wohnen.

Infolge des unstandardisierten Arzneimittelmarktes und der Korruption beim Arzneimittelhandel werden von privaten Praxen willkürlich hohe Gebühren erhoben. Die Bauern klagen über teure Medikamente, denn sie sind im Krankheitsfall ausschließlich auf eigene Geldmittel angewiesen. Besonders die Bauern mit niedrigem Einkommen können die steigenden medizinischen Ausgaben nicht mehr tragen. Nach Angaben der Zeitung „Zhongguo jingjishibao“ sind die ländlichen medizinischen Ausgaben von 1991 bis 2001 jährlich um 12,8 Prozent gestiegen, während die Wachstumsrate des Einkommens der Bauern im gleichen Zeitraum nur 7,7 Prozent betrug. Von 1990 bis 1999 sind die durchschnittlichen Kosten pro Bauer und pro Behandlung bzw. pro stationären Aufenthalt jeweils von 10,9 Yuan bzw. 473,3 Yuan auf 79 Yuan bzw. 2.891 Yuan gestiegen. 1998 verzichteten in armen ländlichen Regionen aufgrund finanzieller Schwierigkeiten 40-50 Prozent der Kranken auf einen erforderlichen stationären Aufenthalt (Zhongguo jingjishibao 27.05.2003) und 36 Prozent auf einen Arztbesuch (vgl. Zhu 2001). Unbehandelte Krankheiten können

Behinderungen zur Folge haben, welche in Armut enden.

Die *staatlichen Investitionen* in das ländliche öffentliche Gesundheitswesen, besonders in die Gemeinde- und Dorfgesundheitsstationen, waren und sind sehr *ungenügend*. Von 1991 bis 2000 sind der Anteil der staatlichen Investitionen für die medizinische Versorgung auf dem Land von 12,5 auf 6,6 Prozent und der Anteil der kollektiven Investitionen von 6,7 auf 3,3 Prozent gesunken. Im gleichen Zeitraum hingegen ist der Anteil der Ausgaben der Bauern von 80,7 auf 90,1 Prozent gestiegen. Zudem ist die Verteilung des staatlichen Budgets für medizinische Versorgung zwischen Stadt und Land extrem ungerecht. Zwischen 1991 und 2000 hat die ländliche Bevölkerung, welche 60-70 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmacht, nur 32 bis 33 Prozent der gesamten Ausgaben für medizinische Versorgung aufgewendet. Im Jahr 2000 betrug z.B. die durchschnittlich aufgewendete Summe pro Landbewohner 188,6 Yuan, während die Summe pro Stadtbewohner hingegen bei 710,2 Yuan lag (Zhongguo jingjishibao 27.05.2003).

Infolge mangelnder finanzieller Mittel können viele öffentliche medizinische Institutionen nur durch Gebührenerhebung die Kosten abdecken. Dies führt unmittelbar zur *Verschlechterung der Gesundheitssituation*. Die Impfplanung sowie die präventiven und gesundheitserhaltenden Maßnahmen für Mütter und Kinder werden vernachlässigt. Als Folge verlangsamt sich der Rückgang der Säuglingssterblichkeit (2000: 3,7 Prozent) und der Sterblichkeit der Frauen bei der Geburt (2000: 69,6/100.000). Infektionskrankheiten, die bereits ausgerottet schienen, tauchen wieder auf und breiten sich sogar aus, z.B. Bilharziose, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose und Hepatitis. Gleiches gilt auch für chronische nicht ansteckende Krankheiten wie Zucker, Bluthochdruck und Krebs (vgl. Zhu 2002 a). Besonders besorgniserregend ist, dass es bis Juni 2002 landesweit eine Million HIV-Infizierte gab. 70-80 Prozent davon kommen vom Land (Nanfeng dushibao 01.12.2002).

### Wiederbelebung der kooperativen Strukturen

Diese Entwicklung wurde auch von der Zentralregierung wahrgenommen. Der Vizeministerpräsident Li Lanqing geht davon aus, dass das gegenwärtige mangelhafte Gesundheitswesen auf dem Lande sowie der immer größere werdende Unterschied des medizinischen Versorgungsniveaus zwischen Stadt und Land die landwirtschaftliche Entwicklung und die soziale Stabilität stark negativ beeinflussen (China Daily 01.11.2002). Seit Anfang der 90er Jahre bemüht sich der Staat, einerseits die ländliche Gesundheitssituation auf den Basisebenen zu verbessern und andererseits die Krankenversicherung in wirtschaftlich entwickelten Regionen aufzubauen. Dabei wird versucht:

- die kooperative medizinische Versorgung auf der Dorfebene wiederzubeleben,
- Hilfsmaßnahmen zur medizinischen Versorgung für Armutsfamilien zu ergreifen,
- das dreistufige Vorsorge- und Gesundheitserhaltungsnetz auf der Kreis-, Gemeinde- und Dorfebene zu festigen und
- die staatlichen Gesundheitsstationen auf der Dorfebene wieder aufzubauen.

Staatliche Bestrebungen zur *Wiederbelebung der kooperativen medizinischen Versorgung* in den Dörfern setzten 1993 ein. 1994 wurde unter der Zusammenarbeit des Forschungsbüros des Staatsrats, des Gesundheitsministeriums, des Landwirtschaftsministeriums sowie der UN-Gesundheitsorganisation das Projekt „Reformen der ländlichen kooperativen medizinischen Versorgung“ in 27 Provinzen und 14 Kreisen eingeführt. Bis 1997 konnte die kooperative medizinische Versorgung in manchen Regionen zum Teil wieder belebt werden. Im „Beschluss über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens“ des Staatsrats (15.01.1997) wurde festgelegt, „die kooperative medizinische Versorgung aktiv und stabil zu entwickeln und zu vervollkommen.“ Die Einzelperson finan-

ziert ihre medizinische Versorgung zum großen Teil selbst, das Kollektiv leistet einen Zuschuss und der Staat entsprechende Unterstützung. Um diesen Beschluss durchzusetzen, haben das Gesundheitsministerium und andere Ministerien gemeinsam dem Staatsrat im März 1997 „Vorschläge zur Entwicklung und Vervollkommnung der ländlichen medizinischen Versorgung“ unterbreitet, welche vom Staatsrat bewilligt wurden. Damit erreichte die Wiederbelebung der ländlichen medizinischen Versorgung ihren Höhepunkt.

Die einzelnen regionalen Krankenversicherungsprogramme sind je nach Wirtschafts- und Einkommensniveau sehr unterschiedlich. In den zehn wohlhabenden Kreisen in der Umgebung von Shanghai sind die Bauern zum großen Teil am kooperativen medizinischen System beteiligt. Dort bezahlt jeder Bauer jährlich 100 Yuan und die lokale Regierung leistet 20 Yuan Zuschuss pro Bauer und Jahr. 50-60 Prozent der Behandlungskosten für 120-150 verbreitete Krankheiten werden erstattet. Bei Behandlungskosten über 5.000 Yuan werden 45-70 Prozent erstattet. Zurzeit beträgt die höchste Erstattungssumme 50.000 Yuan. Es wird angestrebt, dass bis 2005 das kooperative medizinische System 95 Prozent der drei Millionen Bauern in den zehn Kreisen von Shanghai abdeckt (Xinhuaawang 27.12.2002).

Um das Problem der hohen Kosten bei schweren Krankheitsfällen zu lösen, wird in den Provinzen Anhui und Zhejiang ein kooperatives medizinisches System aufgebaut, welches eine „*Versicherung für schwere Krankheitsfälle*“ beinhaltet. Hierfür wurde ein Fonds eingerichtet, in welchen die einzelnen Personen Beiträge einzahlen und die lokalen Regierungen (Dorf und Gemeinde) einen Zuschuss leisten. Die Einzelheiten der Programme von jeweils drei Kreisen der Provinz Anhui und einem Kreis der Provinz Zhejiang werden in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1: Beispiele für ländliche kooperative medizinische Systeme mit einer Versicherung für schwere Krankheitsfälle 1997-2002**

Ort	Beitrags- satz des Versicher- ten (pro Jahr)	Zuschuss der lokalen Regierungen (pro Person im Jahr)	Kostenübernahme
Kreis Wangjiang in der Provinz Anhui (seit Okt. 1999)	2,5 Yuan	keine Angaben	Erstattungen: 20-50 % der Kosten für eine stationäre Behandlung in Höhe von 500-4.000 Yuan
Gemeinde Donggang und Gemeinde Hua- gang im Kreis Feixi der Provinz Anhui (seit Aug. 2001)	8 Yuan	2 Yuan	Erstattungen: 30-40 % der Kosten für eine stationäre Behandlung in Höhe von 501-10.000 Yuan, kosten- lose Gesundheitsuntersu- chung in der Gemeindege- sundheitsstation
Gemeinde Shuidong in der Stadt Xuan- zhou der Provinz Anhui (seit Herbst 1997)	5 Yuan	1 Yuan jeweils von der Gemein- deregierung und dem Dorfbewoh- nerkomitee	Erstattungen: 15 % der Behandlungskosten für schwere Krankheitsfälle in Höhe von über 1.000 Yuan
Kreis Shaoxing in der Provinz Zhejiang (seit Juli 1997)	20 Yuan	2 Yuan jeweils von der Kreis-, Gemeinderegie- rung und dem Dorfbewohner- komitee	Erstattungen: 20-50 % der Kosten für eine stationäre Behandlung in Höhe von 2.000-10.000 Yuan

**Quellen:** Xinhua wang, Anhuipindao 12.11.2002; vgl. Zhu 2000 a/2002.

### Die Ziele wurden nicht erreicht

Im Allgemeinen hat sich die Wiederbelebung der kooperativen medizinischen Versorgung jedoch nicht so entwickelt wie es die Regierung erwartet hatte. Nach Angaben der Zeitschrift „Gesundheitswirtschaft in China“ (2000, Nr. 5) deckte das kooperative medizinische System auch im Höhepunktjahr 1997 nur 17 Prozent aller Dörfer Chinas ab. Nur 9,6 Prozent der Bauern waren daran beteiligt. Diese Dörfer konzentrieren sich vor allem in den wirtschaftlich entwickelten und wohlhabenden Ost- und

Küstenregionen. Infolge der Verlangsamung des ländlichen Wirtschafts- und des Einkommenswachstums ist die kooperative medizinische Versorgung erneut zusammengebrochen (Tabelle 2). Zurzeit deckt sie nur 6-7 Prozent der ländlichen Bevölkerung ab. Dies beweist das Scheitern der Wiederbelebung der kooperativen medizinischen Versorgung. Das Ziel, bis 2000 50-60 Prozent der ländlichen Bevölkerung mit dem kooperativen medizinischen System abzudecken, wurde nicht erreicht.

**Tabelle 2: Deckungsquote der kooperativen medizinischen Versorgung gemessen an der gesamten ländlichen Bevölkerung 1993 und 1998 (in %)**

	Landesweit	Kleinwohlstands-Regionen	wohlhabende Regionen	Satt-Essen-Regionen	Armutsvregionen
1993	9,91	29,11	9,16	0,77	1,02
1998	6,61	22,37	3,64	1,62	1,83

**Quellen:** Das Gesundheitsministerium 1990/1999.

**Anmerkung:** Die Begriffe "Kleinwohlstand" und "Wohlstand" basieren auf den Definitionen der UNO. Nach dieser Definition gilt der Engel-Koeffizient, also der Anteil der Lebensmittelausgaben an den gesamten Haushaltsausgaben, als Maßstab für das Lebensniveau eines Landes. Bei einem Engel-Koeffizient von über 60 Prozent gilt das Lebensniveau als arm, bei 50-60 Prozent als ausreichend, bei 40-50 Prozent als **Kleinwohlstand** und unter 40 Prozent als **Wohlstand**. Die Begriffe "Satt-Essen-Regionen" und "Armutsvregionen" sind auf die Definition nach chinesischen Verhältnissen zurückzuführen: Bei „**Satt-Essen-Regionen**“ handelt es sich um Regionen, in denen ausreichend Nahrungsmittel und Kleidung sichergestellt werden können, während "**Armutsvregionen**" Kreise bezeichnet, deren jährlichen Pro-Kopf-Einkommen unter der Armutsgrenze liegt. Diese Armutsgrenze wird jedoch nach den chinesischen Verhältnissen festgelegt, ist von Zeit zu Zeit unterschiedlich.

Die *Ursachen für dieses Scheitern* sind vielfältiger Natur. Dazu gehört z.B. das fehlende Vertrauen der Bauern in die Regierung, das mangelhafte Versicherungsbewusstsein der Bauern, die schwache Tragfähigkeit der Fonds wegen ihres geringen Deckungsbereichs und die komplizierte Verwaltung der Fonds. Hauptursache ist allerdings die *fehlende finanzielle Unterstützung des Staates*. Die staatliche Subvention für die kooperative medizinische Versorgung betrug 1979 landesweit 100 Millionen Yuan. Bis 1992 ist sie auf 35 Millionen gesunken (durchschnittlich 0,04 Yuan pro Bauer). Dies entsprach nur 0,36 Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens (Zhongguo nongye xinxiwang 21.01.2003). Die Fonds werden hauptsächlich von lokalen Regierungen (Kreis, Gemeinde und Dorf) bezuschusst, deren finanzielle Budgets sehr begrenzt sind. In wirtschaftlich nicht entwickelten Regionen sind viele Kreise oder Gemeinden nicht in der Lage, den Zuschuss dauerhaft zu leisten. Ohne die Mittel des Staates müssen sie das kooperative medizinische System aufgeben.

In den wirtschaftlich entwickelten und wohlhabenden Regionen sind die kommer-

ziellen Versicherungen wie *PICC* (People's Insurance Company of China), *Pingan* und *Taipingyang* seit längerem am Aufbau ländlicher Krankenversicherungen aktiv beteiligt. Sie unterhalten Verträge mit einzelnen ländlichen Betrieben, Gemeinden und Dörfern. So schlossen z.B. viele wohlhabende Bauern im Kreis Shaoxing der Provinz Zhejiang einen Vertrag zur Krankenhausversicherung mit der Zweiggesellschaft der PICC in Shaoxing ab. Die größten Versicherungsnehmer dort sind die Grund- und Mittelschulen. Sie schlossen für alle Schüler eine kollektive Krankenhaus- und Unfallversicherung ab und zahlen 35 Yuan pro Schüler und pro Jahr (vgl. Zhu 2002 a). Zurzeit bieten die kommerziellen Versicherungen hauptsächlich drei Versicherungen in den ländlichen Gebieten an: eine Krankenversicherung für schwere Krankheitsfälle, eine Unfallversicherung sowie eine Unfall- und Krankenhausversicherung für Schüler. Landesweit sind zehn Prozent der Bauern versichert. Die Versicherten können sich nur im Kreiskrankenhaus behandeln lassen. Diese Beschränkung ist für die Bauern ungünstig, da sie meist weit entfernt von der Kreisstadt wohnen.

Um die medizinische Versorgung der Armutsfamilien zu gewährleisten, haben viele Kreise in den wohlhabenden Regionen ein *Hilfssystem zur medizinischen Versorgung* aufgebaut. Zum Beispiel im Kreis Shaoxing der Provinz Zhejiang zahlen Kreis-, Gemeinderegierung und Dorfbewohnerkomitee gemeinsam jährlich einen Zuschuss von sechs Yuan pro Person in einen Fonds. Die Bauern müssen keinen Beitrag leisten. Folgende Zielgruppen werden durch den Fonds unterstützt:

- Familien mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze,
- Familien in finanziellen Schwierigkeiten, deren einmalige Kosten beim stationären Aufenthalt über 10.000 Yuan liegen bzw. deren gesamte Kosten beim stationären Aufenthalt im Jahr über 15.000 Yuan betragen sowie
- alte Bauern über 70 Jahre in stationärer Behandlung (vgl. Zhu 2002 a).

Deren Kosten werden bis zu 50 Prozent erstattet. Diese Hilfsmaßnahme richtet sich an sozial schwache Gruppen auf dem Lande und leistet offensichtlich einen großen Beitrag zur Armutsbekämpfung und Erhaltung der sozialen Stabilität.

### **Wiederentdeckung der Dorfebene**

Um das Problem der schlechten medizinischen Grundversorgung und der hohen Arzneimittelkosten zu lösen, wird seit Anfang der 90er Jahre in den Ost- und Küstenregionen versucht, die *staatlichen Krankenstationen auf der Dorfebene wieder aufzubauen*. Da die Mehrheit der Bauern im Dorf wohnt, sind die Krankenstationen auf der Dorfebene die am meisten frequentierten medizinischen Einrichtungen. Im Gegensatz zu privaten Krankenstationen verfügen die staatlichen Krankenstationen über Maßnahmen der Prävention und Gesundheitserhaltung. In den wohlhabenden Regionen wie z.B. der Stadt Zhongshan und Shunde der Provinz Guangdong wird das dreistufige Netz des öffentlichen Gesundheitswesens von der lokalen Regierung, der Dorfbewohnerkomitee und den ländlichen Betrieben finanziert. Dort wird in den

meisten Dörfern eine staatliche Krankenstation aufgebaut. Der Lohn des Dorfarztes, der normalerweise über 20.000 Yuan im Jahr beträgt, und die Arzneimittel werden von der Dorfbewohnerkomitee bezahlt. Im Kreis Lunjiao der Stadt Shunde hat man insgesamt fünf dörfliche Gesundheitsstationen aufgebaut. Jede Station ist für die medizinische Versorgung eines Gebietes von 1-2 Quadratkilometern mit 8.000-20.000 Bewohnern zuständig. Der Dorfbewohner kann also mit dem Fahrrad innerhalb von fünf Minuten die nächste Gesundheitsstation erreichen (vgl. Zhu 2000 b).

In manchen wirtschaftlich wenig entwickelten Regionen werden die staatlichen Gesundheitsstationen auf der Dorf- und Gemeindeebene durch die Unterstützung der Dorfbewohner wieder aufgebaut. In der Gemeinde Niugang (Kreis Yi, Provinz Hebei) zahlt jeder Dorfbewohner fünf Yuan im Jahr. Dieses Geld wird an die Gesundheitsstation der Gemeinde übergeben und von dieser verwaltet. Von der Gemeindegesundheitsstation werden staatliche Gesundheitsstationen in den Dörfern eingerichtet. Für je 500 Dorfbewohner wird ein Dorfarzt angestellt, dessen Monatseinkommen je nach Beschäftigungsdauer und Qualifikation bei 200-1.800 Yuan liegt. Die Einwohner, die den Beitrag geleistet haben, erhalten jeweils 50 Prozent Ermäßigung auf Untersuchungs- und Impfkosten sowie fünf Prozent auf die Kosten für Medikamente, wenn sie sich in den Dorf- oder Gemeindegesundheitsstationen behandeln lassen (vgl. Zhu 2000 b).

### **Stärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit**

Das Jahr 2002 war ein Wendepunkt in der ländlichen Gesundheitspolitik. Am 29.10.2002 erließ der Staatsrat einen Beschluss über die weitere Stärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit. In diesem wurde festgelegt, dass ab 2003 ein *neues kooperatives medizinisches System mit einer Versicherung für schwere Krankheitsfälle* aufgebaut wird. *Erstmalig* wird ein *staatlicher Zuschuss* von 10 Yuan pro Jahr

für jeden beteiligten Bauer in den Mittel- und Westregionen Chinas gewährt. In diesem Beschluss werden folgende Hauptziele festgelegt: Stärkung der staatlichen Investitionen im ländlichen Gesundheitswesen, Abbau der Unterschiede des medizinischen Versorgungsniveaus zwischen Stadt und Land, bis 2010 Aufbau des neuen kooperativen medizinischen Systems mit Versicherung für schwere Krankheitsfälle und Ergreifung von Hilfsmaßnahmen zur medizinischen Versorgung für Armutsfamilien. Präventionsarbeit bleibt ein Schwerpunkt. Bis 2010 sollen beispielsweise 75 Prozent der Gemeinden Präventions- und Gesundheitsberatung für HIV-Infizierte anbieten können. Jeder Bauer soll bis dahin eine primäre medizinische Versorgung genießen. Dafür müssen hauptsächlich folgende Schritte unternommen werden:

1. *Förderung des Aufbaus von ländlichen medizinischen Versorgungssystemen:* Bis 2010 soll die Aufbau- und Umbauarbeit für Kreiskrankenhäuser, Institutionen der Vorsorge und Gesundheitserhaltung sowie für Gemeindegesundheitsstationen beendet werden. Im Prinzip wird jede Gemeinde eine Gesundheitsstation besitzen. Durch eine fünfjährige bzw. dreijährige medizinische Ausbildung jeweils nach dem Mittelschulabschluss oder dem Abitur soll medizinisches Personal ausgebildet werden. Bis 2010 wird der überwiegende Teil der Dorfärzte qualifiziert sein.
2. *Investitionserhöhung in die ländliche medizinische Versorgung:* Der Schwerpunkt der staatlichen Investitionen in die medizinische Versorgung wird aufs Land gelegt. Von 2003 bis 2010 sollen die jährlich gestiegenen Mittel des Gesundheitswesens von den Zentral-, Provinz-, Stadt- und Kreisregierungen überwiegend für das ländliche Gesundheitswesen verwendet werden. Ein Unterstützungssystem von den Städten für die ländlichen Regionen und ein System zur ambulanten medizinischen Behandlung soll eingerichtet werden. Jede mittlere bzw. große städtische medizinische Einrichtung muss

eine bestimmte ländliche medizinische Institution auf der Kreis- oder Gemeindeebene unterstützen, indem sie ihnen die gebrauchten Geräte schenkt, das Personal ausbildet oder technische Hinweise anbietet. Dies wird als so genannte „Eine-hilft-einer-Aktion“ bezeichnet. Städtische Ärzte haben ein Jahr lang auf dem Land tätig zu sein, bevor sie zum Chefarzt oder Oberarzt befördert werden. Jeder Kreis hat einen Wagen zur ambulanten medizinischen Behandlung zu organisieren. Die medizinische Armutsbekämpfung muss in die Planung mit eingeschlossen werden.

3. *Aufbau eines neuen ländlichen kooperativen medizinischen Systems sowie eines Hilffsystems zur medizinischen Versorgung für Fünf-Garantien-Haushalte<sup>36</sup> und Armutsfamilien:* Bis 2010 soll ein neues ländliches kooperatives medizinisches System mit einer Versicherung für schwere Krankheitsfälle aufgebaut werden. Der Hauptträger des Beitrages ist nach wie vor der einzelne Versicherte. Doch seit 2003 leistet die Zentralregierung für jeden beteiligten Bauer in den Mittel- und Westregionen einen Zuschuss von 10 Yuan im Jahr. Die lokalen Regierungen sollen ebenfalls einen Zuschuss, der nicht weniger als 10 Yuan pro Person im Jahr beträgt, zahlen. Die Bestimmung der konkreten Summe obliegt den Provinzregierungen („Beschluss über die weitere Verstärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit“ vom Staatsrat 30.10.2002).

Dieser Schritt zeigt deutlich, dass die Zentralregierung nun angefangen hat, großen Wert auf die ländliche medizinische Versorgung zu legen. Doch der staatliche Zuschuss wird nur bei einer lokalen Unter-

<sup>36</sup> Das "Fünf-Garantien-System" ist ein seit den 50er Jahren bestehendes ländliches Sozialhilfesystem Chinas. Es handelt sich um die Versorgung von kinderlosen Alten, Schwachen, Witwen, Witwer, Waisen, Behinderten und Arbeitsunfähigen mit Nahrung, Kleidung, Wohnung, medizinischer Versorgung und Bestattung. Die ländlichen Bewohner, die diese soziale Vergünstigung erhalten, leben in „Fünf-Garantien-Haushalten“.

stützung gezahlt, deren Voraussetzung wiederum die Teilnahme der Bauern am kooperativen medizinischen System ist. In wirtschaftlich wenig entwickelten Regionen ist der einzelne Beitragssatz für Bauern mit niedrigem Einkommen noch eine zu große Belastung. Wenn die Zentralregierung den Zuschuss nicht im Voraus zahlen kann, ist das Ziel, bis 2010 das neue kooperative medizinische Versorgungssystem aufzubauen, nur schwer zu erreichen.

### Literatur

Belardi, Nando: China Sozial. Modernisierung und Sozialwesen in der VR China und Hongkong. Marburg 1993.

„Beschluss über die Reform und Entwicklung des Gesundheitswesens“ vom Staatsrat (15.01.1997).

„Beschluss über die weitere Verstärkung der ländlichen Gesundheitsarbeit“ vom Staatsrat (30.10.2002).

China Daily.

Krieg, Renate/Schädler, Monika: Soziale Sicherung in der Volksrepublik China: Dringlichkeit und Probleme ihrer Reform. In: Nord-Süd aktuell. 2. Quartal 1994, S. 271-282.

Krieg, Renate/Schädler, Monika: Soziale Sicherheit im China der neunziger Jahre. Hamburg 1995.

Nan fang du shi bao: Südstädtische Zeitung.

Zhong guo jing ji shi bao: Chinas Wirtschaftszeitung.

Zhu, Ling: Xiang cun yi liao bao xian he yi liao jiu zhu (Die ländliche Krankenversicherung und das Hilfssystem zur medizinischen Versorgung).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 26.03.2000 a.

Zhu, Ling: Gong ban cun ji wei sheng shi dui bao zhang ji ben yi liao bao jian fu wu gong ji de zuo yong (Die Rolle der staatlichen Krankenstationen auf der Dorfebene für die Gewährleistung der medizinischen Grundversorgung).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 20.03.2000 b.

Zhu, Ling: Tou zi yu pin kun ren kou de jian kang he jiao yu, ying dui jia ru shi mao zu zhi hou de jiu ye xing shi (In die Gesundheit und Bildung der Armutbevölkerung investieren, um der Beschäftigungssituation nach dem Beitritt in die WTO gerecht zu werden).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 06.12.2001.

Zhu, Ling: Yi liao bao xian, jiu ji yu jian kang feng xian guan li (Krankenversicherung, Hilfssystem zur medizinischen Versorgung und Management der Gesundheitsrisiken).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 25.02.2002 a.

Zhu, Ling: Nong cun jian kang jiao yu he ji bing yu fang (Die Gesundheitserziehung und Krankheitsvorbeugung auf dem Lande).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 06.08.2002 b.

Zhu, Ling: Qian fa da nong cun de jian kang bao xian zhi du jian she bi xu yu ying ji cuo shi xiang jie he (Der Aufbau des Krankenversicherungssystems in den weniger entwickelten ländlichen Gebieten muss mit den Notmaßnahmen kombiniert werden).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 11.11.2002 c.

Zhu, Ling: Hui fu gong gong zhi chi: nong cun wei sheng de tuo kun zhi lu (Wiederherstellung der öffentlichen Unterstützung: Der Weg der ländlichen medizinischen Versorgung um die Not zu lindern).

In: <http://www.cass.net.cn/webnew/index.asp> 30.05.2003.

### Wichtige Websites

<http://www.agri.org.cn>: Zhong guo nong ye xin xi wang (China Agriculture Information Net).

<http://www.ah.xinhuanet.com>: Xin hua wang, an hui pin dao (Xinhua Net Anhui Channel).

<http://www.mca.gov.cn>: Min zheng bu (Ministry of Civil Affairs).

<http://www.moh.gov.cn>: Wei sheng bu (Ministry of Health).

<http://www.piccnet.com.cn>: PICC (The People's Insurance Company of China).

<http://www.xinhuanet.com>: Xin hua wang (Xinhua Net).