

## 3.4 Indien

### Private Dienstleister als Stütze des Gesundheitssystems

Indien ist geprägt durch große regionale Gegensätze: Die Bevölkerungsstruktur ist heterogen; verschiedene Religionen sowie 325 verschiedene Sprachen mit unzähligen Dialekten sind verbreitet. Mit einer Armutbevölkerung von 350 Millionen Menschen – bei einer Gesamtbevölkerung von mittlerweile über 1 Milliarde Menschen – gehört das Land zu den ärmsten Staaten der Welt.

Rund 315 Millionen Personen sind erwerbstätig, davon arbeiten jedoch nur 26 Millionen im formellen Sektor. Somit erhalten nur etwa 8% der Erwerbsbevölkerung regelmäßige Lohnzahlungen, haben arbeitsrechtlichen Schutz und gesetzlichen Anspruch auf soziale Sicherung. Mehr als 90% sind im informellen Sektor beschäftigt. Sie arbeiten entweder als Selbstständige oder als Lohnarbeiter, meistens als Tagelöhner mit unregelmäßigem Einkommen, und haben keinerlei Anspruch auf soziale Sicherung. Dennoch hat der informelle Sektor einen hohen arbeitsmarktpolitischen Stellenwert und trägt bis zu 60% zum indischen Bruttosozialprodukt bei.

Derzeit befindet sich Indien in einem Liberalisierungsprozess. Noch vor dem Regierungsantritt von Rajiv Gandhi im Jahr 1985 orientierte sich das Land weitgehend an dem sowjetischen Vorbild und verstaatlichte Schlüsselsektoren, führte ein weitreichendes Lizenzsystem ein und kontrollierte den Außenhandel. Die wirtschaftliche Situation Indiens war zu dieser Zeit von gravierenden Problemen wie einer hohen Inflationsrate, einem hohen Handelsbilanzdefizit und einer extrem hohen Verschuldung gekennzeichnet. Die Einführung der Liberalisierungspolitik 1991 – auch als „New Economic Policy“ oder „New Industrial Policy“ bezeichnet – ging mit einem Strukturanpassungsprogramm der Weltbank einher. Mit diesem wurden eine Reihe sozialpolitischer Maßnahmen eingeleitet, so dass die Politik der sozialen Sicherung gestärkt werden konnte.

Nach den Reformen gehört Indien mittlerweile mit guten ökonomischen Bedingungen und ausgebildetem Fachpersonal zu den größten und entwicklungsfähigsten Märkten der Welt. Zudem bildete sich im Zuge der Liberalisierung eine einkommensstarke Mittelklasse aus, die schätzungsweise 200 bis 300 Millionen Personen umfasst. Diese hat einerseits das Geld, qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen zu bezahlen; andererseits könnte

#### Kennzahlen zum Gesundheitsmarkt Indien

Bruttoinlandsprodukt (BIP; 2001)	488,0 Mrd US\$
BIP pro Einwohner	475 US\$
Einwohner (2001)	1.027 Millionen
jährliches Bevölkerungswachstum 1990–2000	1,8%
Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (2000)	7,6%
durchschnittliche Lebenserwartung (2000)	
– Männer	59,8
– Frauen	62,7
Gesundheitsausgaben in % des BIP (1998)	5,1
Gesundheitsausgaben je Einwohner (1998)	22 US\$
Ärzte je 1.000 Einwohner	0,41
Hebammen pro 10.000 Einwohner	1,63
Krankenpfleger pro 10.000 Einwohner	3,02
Zahnärzte pro 10.000 Einwohner	12
Anzahl der Krankenhäuser	15.100
Anzahl der Krankenhausbetten	870.000
Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner	
– Stadt	256
– Land	18
Kindersterblichkeit pro 1.000 Geburten	98

Quellen: WHO; F.A.Z.-Institut.

sie auch, neben den Nichtversicherten des informellen Sektors, für die private Versicherungswirtschaft von großem Interesse sein.

## Gesundheitliche Lage der indischen Bevölkerung

Der Gesundheitszustand bei einem Großteil der indischen Bevölkerung ist schlecht: Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 62 Jahren, wobei Männer in der Regel älter werden als Frauen. Viele Personen der armen Bevölkerungsschicht leiden unter Krankheiten wie Erschöpfung, Fieber, Schwindel und Kopfschmerzen. Aber auch schwer wiegende Krankheiten wie Tuberkulose, Malaria, Typhus und Durchfallerkrankungen sind weit verbreitet. Jedes zehnte Kind stirbt, bevor es das fünfte Lebensjahr vollendet hat; damit ist die Kindersterblichkeit mehr als 16-mal so hoch wie in Deutschland. Die Kindersterblichkeit ist hauptsächlich durch Masern, Durchfall- oder Wurmerkrankungen verursacht. Tuberkulose bleibt Hauptproblem in Indien. Die Zahl der HIV-Infizierten und an HIV Erkrankten nimmt rapide zu. Viele, vor allem Kinder, sterben an Krankheiten, die durch präventive Gesundheitsmaßnahmen wie Impfungen oder Hygiene verhindert werden könnten.

## Gesundheitsleistungen

**Aktueller Stand.** Die Rahmenbedingungen für die Funktionstüchtigkeit klassischer sozialer Sicherungssysteme in Indien haben sich infolge des unverkennbaren Modernisierungsprozesses entscheidend gewandelt. Traditionelle Werte und Solidarität haben abgenommen. Die Mobilität der Bevölkerung steigt, die Haushaltsstrukturen verändern sich, und die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen führt zur Schwächung der Großfamilie als soziale Stütze. Mit dem Rückgang der traditionellen Formen rücken moderne Formen der sozialen Sicherung und der Gesundheitsleistungen in den Mittelpunkt.

Indien ist gemäß seiner Verfassung von 1947 verpflichtet, der Bevölkerung sozialen Schutz zu gewähren. Dieser Pflicht versucht der indische Staat einerseits nachzukommen, indem er Arbeitnehmer versichert. Andererseits bietet er seinen bedürftigen Bürgern kostenlos Gesundheitsleistungen an. Krankenversicherungs- und Gesundheitswesen sind somit in Indien eng miteinander verknüpft.

Ein effektiver sozialer Schutz durch den indischen Staat besteht dennoch nicht. Indiens Ausgaben für Gesundheit betragen lediglich 5,2% des Bruttosozialproduktes, rund drei Viertel davon fließen dem privaten Gesundheitssektor zu.

**Staatliche Krankenversicherung.** Die staatliche Krankenversicherung in Indien ist vor allem auf den formellen Sektor ausgerichtet und erreicht somit nur einen geringen Teil der Bevölkerung. Das Hauptproblem Indiens liegt darin, den Deckungsgrad für soziale Sicherung



zu erhöhen. Es werden viele Leistungen im Gesundheitswesen nachgefragt, jedoch sind große Teile der Armutsbevölkerung nicht in der Lage, hohe Summen für diese Leistungen auszugeben.

Die staatlich organisierte Krankenversicherung beruht auf dem Gesetz „Employees’ State Insurance Act“ (ESI). Dabei handelt es sich um ein beitragsgebundenes System, das sich aus Beiträgen der Arbeitgeber (5% des Bruttolohns), der Arbeitnehmer (2,25% des Bruttolohns) und einem staatlichen Zuschuss (12,5% der anfallenden medizinischen Kosten) finanziert. Diese staatliche Arbeitnehmersicherung deckt die Risiken Krankheit, Mutterschaft, Arbeitsunfall, Hinterbliebenenrente und Bestattungskosten ab.

Das Problem ist, dass große Teil der Bevölkerung nicht die staatliche Krankenversicherung in Anspruch nehmen können. Ausgeschlossen von der staatlichen Krankenversicherung sind beispielsweise Saisonarbeiter, landwirtschaftliche Arbeiter, Arbeiter in speziellen Sektoren sowie Personen, die mehr als 6.500 indische Rupien (iR; 157 Euro) pro Monat verdienen. Vor allem infolge konstanter Lohnerhöhungen fallen immer mehr Personen auf Grund der geringen Elastizität der Lohngrenze im ESI aus dem System. Problematisch ist dabei, dass Personen aus der Versicherung fallen, die ein Einkommen oberhalb der festgesetzten Lohngrenze haben, obwohl sie vorher schon versichert waren. Eine weitere Schwachstelle ist, dass Arbeitslose nicht sozial abgesichert sind.

**Staatliches Gesundheitswesen.** Die staatliche Krankenversicherung wird durch das staatliche Gesundheitswesen ergänzt, das auf planwirtschaftlichen Strukturen basiert. Die Regierung erarbeitet strategische Gesundheitsprogramme, die die einzelnen Regierungsbezirke und Territorien umsetzen. Ziel ist die flächendeckende Primärversorgung mit Gesundheitsleistungen. Hierunter fallen Erste-Hilfe-Stationen (Primary Health Centers), die vor allem die gesundheitliche Versorgung in ländlichen Gebieten gewährleisten sollen, staatliche Krankenhäuser (Government Hospitals) und staatlich subventionierte Apotheken (Dispensaries).

Sowohl das Angebot als auch die Nachfrage nach diesen Gesundheitsleistungen hat sich in den letzten Jahren nicht nur auf Grund des Bevölkerungswachstums stark erhöht. Die Zahl der Gesundheitseinrichtungen und die Anzahl der Betten in Krankenhäusern ist seit Anfang der Fünfzigerjahre erheblich gestiegen. Dennoch kann der Bedarf bei weitem nicht befriedigt werden: Das vorhandene Kapital reicht nicht aus, um das Gesundheitswesen

**„Seit fast fünf Jahrzehnten versucht Indien, explizit oder implizit, ein Gesundheitssystem nach dem Vorbild Großbritanniens zu errichten, ein indisches ‚Nationales Gesundheitssystem‘, das ausreichend öffentlich finanziert ist und das Patienten kostengünstig oder kostenlos Zugang zu öffentlichen Leistungen ermöglicht. Dieses Ziel ist fern. Stattdessen ist ein überwiegend privates System entstanden ...“**

*Berman, PA: Rethinking Health Care Systems: Private Health Care Provision in India.*



auszubauen, es mangelt an Führungskräften, und das medizinische Personal konzentriert sich oft auf die Städte und die städtischen Einzugsgebiete.

Der staatlichen Krankenversorgung wird vorgeworfen, nicht ausreichend medizinisches Personal, Geräte und Medikamente bereitzustellen und keine präventive Gesundheitsvorsorge oder -aufklärung durchzuführen. Darüber hinaus hat sie den Ruf eines aufgeblähten Verwaltungsapparates; ihr werden Korruption und Missbrauch bei Medikamenten- und Arztrechnungen vorgeworfen. Hinzu kommt, dass durch den Mangel an Ärzten viele Einrichtungen der staatlichen Krankenversicherung nicht voll genutzt werden. Der Ärztemangel ergibt sich aus der Tatsache, dass Ärzte auf dem privaten Markt einen höheren Verdienst erzielen können und, solange ihnen diese Nebenbeschäftigung gestattet ist, in der Regel nur einen Teil ihrer Arbeitszeit für die staatliche Krankenversicherung bereitstellen.

Die staatliche Gesundheitsversorgung kann die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nicht auffangen. Die Zentralregierung plant daher, die Kapazitäten im Gesundheitswesen auszuweiten. Jedoch dürfte ihr das nur mit privatem Kapital gelingen. Schwächen des Systems sind allerdings, dass finanzielle Mittel oft ungleich auf die Regierungsbezirke verteilt sind und dass die Finanzierung des Gesundheitswesens komplex und undurchsichtig ist.

**Finanzierung des Gesundheitswesens.** Die medizinischen Leistungen, die der Staat anbietet, sind für Arme und Bedürftige weit gehend kostenlos. Das Gesundheitswesen finanzieren der Staat sowie – zum großen Teil – private karitative Hilfsorganisationen. Allerdings sind die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in der Regel schlecht ausgestattet. Das hat unter anderem dazu geführt, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den vergangenen Jahren kaum verbessert hat.

Die staatliche Primärversorgung umfasst keine ambulanten Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten. Zwar bieten immer mehr niedergelassene Ärzte diese Leistungen an, die Patienten müssen sie jedoch selbst finanzieren. Viele können sich das nicht leisten. Bisher übernimmt kaum eine Versicherung die Kosten von Arztbehandlungen.

## Trends

Die mangelhafte staatliche Gesundheitsversorgung ist ein Grund dafür, dass in den letzten Jahren vor allem für die stark anwachsende Mittelschicht Indiens ein privates Gesundheitswesen entstanden ist. In- und ausländische Anbieter drängen mit Heilbehandlungen und Krankenhaustherapien auf den Markt. Der Staat übergibt die stationäre Behandlung zunehmend privaten Anbietern. Privat geführte Kliniken (Corporate Hospitals) erreichen – im Gegensatz zu den staatlichen Krankenhäusern – mit ihren medizinischen Leistungen internationalen Standard. Private Anbieter profitieren davon, dass der Bevöl-



kerung infolge der Liberalisierung der Wirtschaft höhere Einkommen zur Verfügung stehen und sie somit zunehmend teure qualitativ hochwertige Gesundheitsdienstleistungen nachfragt.

Schon seit einiger Zeit reagieren in- und ausländische Unternehmen des Gesundheitswesens auf die Nachfrage und drängen auf den indischen Markt. Es sind bereits private Krankenhäuser sowie Krankenhausketten entstanden – auch unter ausländischer Beteiligung. Diese bieten Gesundheitsdienstleistungen an, die durchaus mit Angeboten in Industrieländern mithalten können.

Auch hier ist jedoch ein Nachteil, dass sich die Angebote privater Unternehmen vorwiegend auf die Städte konzentrieren. Zudem müssen die Patienten für die Leistungen des privaten Gesundheitswesens in der Regel selbst aufkommen, so dass hauptsächlich die reichen Bevölkerungsschichten diese Angebote in Anspruch nehmen können.

## **Beispiele aus der Praxis**

Die Nichtregierungsorganisation SEWA (Self Employed Women Association) hat den schlechten gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung zum Anlass genommen, einen Gesundheitsdienst einzurichten bzw. zwei Kooperativen im Gesundheitsbereich zu gründen. So unterstützt SEWA regelmäßige Gesundheits-Checks, bei denen die wichtigsten Impfungen vorgenommen werden, begleitet kranke Personen zu Spezialärzten und führt Sehtests durch. Hauptaufgabe ist, Gesundheitsarbeiter (Health Workers) auszubilden, die als Multiplikatoren die SEWA-Mitglieder über Impfmöglichkeiten, Hygienemaßnahmen, Kinderpflege, ausgewogene Ernährung und einfache Heilmethoden aufklären. Frauen sollen in die Lage versetzt werden, Symptome von schweren Krankheiten rechtzeitig zu erkennen.

Über die Gesundheitsarbeiter, die regelmäßig Visiten in den Slumgebieten durchführen, soll den kranken Personen die Angst vor einer hohen finanziellen Belastung eines Arztbesuches genommen werden. SEWA vermittelt die Patienten an gute Ärzte und fordert für sie finanzielle Unterstützung an, die die Regierung vielfach in (Wohlfahrts-)Fonds für die arme Bevölkerungsgruppe bereithält. Zudem teilt SEWA in zwei kleinen Apotheken preiswerte Medikamente, hauptsächlich Generika, an ihre Mitglieder aus. Dies wurde durch den Aufbau einer Kooperation zu dem indischen Pharmaunternehmen LOCOST ermöglicht.

Durch die Kooperativen entsteht eine enge Zusammenarbeit mit den Stadtverwaltungen, an die über die Gesundheitsarbeiter Probleme aus den Slums und Verbesserungsvorschläge herangetragen werden. So erreichten SEWA-Mitarbeiter, dass zur Zeit der Pest im Jahr 1994 die Stadtverwaltung die Slumgebiete reinigte, den Abfall entsorgte und frisches Wasser bereitstellte.



## Geschäftschancen für deutsche Unternehmen

Für deutsche Unternehmen sind in Indien vor allem zwei Zielgruppen interessant: erstens die armen Bevölkerungsschichten und zweitens die neu entstandene Mittelklasse. In beiden Gruppen besteht ein großes Potenzial an Einsatzgebieten. Vorrangige Ziele für deutsche Unternehmen sollten sein, den Deckungsgrad mit Gesundheitsleistungen zu erhöhen, die medizinischen Leistungen zu verbessern sowie Finanzierungsmöglichkeiten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu schaffen, zum Beispiel, indem Versicherungen angeboten werden.

Im Bereich von Präventions- und Gesundheitsförderungsdienstleistungen bietet sich für die Privatwirtschaft die Kooperation mit Institutionen wie etwa der WHO an, die beispielsweise für ihr Programm „Tobacco Free“ Partner im privaten Sektor sucht. Auch die aktuelle WHO-Gesundheitsförderungsstrategie, die unter der richtungsweisenden Bezeichnung „Investition in Gesundheit“ einen intersektoralen Ansatz fordert und fördert, bietet Anknüpfungspunkte für die Privatwirtschaft. Dies gilt nicht nur für den Gesundheitssektor, sondern auch für Branchen wie Landwirtschaft, Transport, Bauwirtschaft, Energie und Kommunikation. Investitionsmöglichkeiten und Geschäftschancen ergeben sich vor allem im Rahmen von Public Private Partnerships (PPP). Neben dem inhaltlichen Fokus solcher Kooperationen (z.B. klinischer oder nichtklinischer Bereich) sind dabei deren Form (z.B. Joint Ventures) und ihre Flexibilität (z.B. Unabhängigkeit für die privaten Partner) zu beachten.

*Dr. rer. pol. Sonja Kurz*  
*Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung*  
*(ZEW)*

*L 7.1*

*D-68161 Mannheim*

*Telefon: 06 21 / 12 35 - 2 45*

*Telefax: 06 21 / 12 35 - 2 24*

*E-Mail: kurz@zew.de*

*Dr. phil. Thomas von Lengerke*  
*GSF – Institut für Gesundheitsökonomie und*  
*Management im Gesundheitswesen (IGM)*

*Postfach 1129*

*D-85758 Neuherberg*

*Telefon: 0 89 / 31 87 - 41 61*

*Telefax: 0 89 / 31 87 - 33 75*

*E-Mail: lengerke@gsf.de*

Auch für die pharmazeutische Industrie gibt es in Indien Erfolg versprechende Perspektiven: Im Sinne von Public Private Partnership (PPP) sucht die Weltgesundheitsorganisation WHO beispielsweise Partner in der Pharmabranche, um neue, innovative Initiativen wie etwa das Programm „Roll Back Malaria“ durchzuführen oder, gemeinsam mit der Weltbank, UNICEF und anderen privaten Partnern allen Bevölkerungsgruppen Gesundheitsdienstleistungen verfügbar zu machen, indem Technologien beispielsweise im Impfbereich bereitgestellt werden. Auch eine ausländische Beteiligung an privaten Krankenhäusern ist denkbar.

Zwar stehen PPPs im indischen Gesundheitswesen noch am Anfang ihrer Entwicklung; gerade die Offenheit dieses Bereichs und die damit verbundene Gestaltungsfähigkeit kann der Privatwirtschaft jedoch vielfältige Chancen in Indien eröffnen – einem der größten „Emerging Markets for Health“ weltweit.



## Der Krankenversicherungsmarkt in Indien

Um die Chancen und Potenziale des Krankenversicherungsmarktes in Indien zu erfassen, empfiehlt sich zunächst ein Blick auf die Struktur des indischen Gesundheitswesens.

Gemäß dem Weltgesundheitsbericht 2000 gibt Indien 5,2% seines Bruttoinlandsprodukts für gesundheitliche Versorgungsleistungen aus. Im Vergleich zu den für viele Nachbarländer ermittelten Zahlen stellt dies einen relativ hohen Prozentsatz dar. Die weitere Aufschlüsselung ergibt, dass rund 85% der gesamten Aufwendungen für gesundheitliche Versorgungsleistungen die privaten Haushalte selbst tragen und diese damit finanziell stark belastet werden: Studien belegen, dass die ökonomisch Erfolgreichen rund 3% ihres Jahreseinkommens für Gesundheitsdienstleistungen ausgeben, während die Ärmsten der Armen bis zu 12% ihres Jahreseinkommens zum Erhalt ihrer Gesundheit aufwenden müssen.

Öffentliche Gesundheitseinrichtungen werden von der zentral- bzw. den bundesstaatlichen Regierungen oder den örtlichen Behörden verwaltet. Daneben existiert ein großer privater Anbietermarkt. Seit 1983 bemüht sich der indische Staat, die staatliche Infrastruktur der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Zugänglichkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen ist jedoch auch gegenwärtig, insbesondere in ländlichen Gebieten, inadäquat. Es mangelt an qualifiziertem Personal, Räumlichkeiten und Ausstattung.

Die Systeme der sozialen Sicherung erfassen nur etwa 10% der arbeitenden Bevölkerung, nämlich Beamte und Angestellte des formellen Beschäftigungssektors. Die Versicherungsangebote für Arbeitnehmer im formellen privaten Arbeitssektor weisen deutliche Mängel auf. Rund 90% der Bevölkerung werden dem informellen Beschäftigungssektor zugeordnet. Dieser umfasst Selbstständige ebenso wie Gelegenheits- und Saisonarbeiter. Sie haben jedoch nur eingeschränkt Zugang zu staatlichen Programmen der sozialen Sicherung.

Am unteren Ende der Einkommensskala gilt es, die 30% der ärmsten Haushalte zu schützen, was nur mit finanzieller Unterstützung von staatlicher Seite zu realisieren ist. Zahlreiche Nichtregierungsorganisationen (NRO) in Indien engagieren sich für die soziale Sicherung ärmerer Bevölkerungsgruppen: Eigenständig oder in Kooperation mit Versicherungsgesellschaften bieten sie Versicherungsprodukte im Bereich der Lebens- und Sachversicherung an. Ein Beispiel stellt die Frauengewerkschaft Self-Employed Women's Association (SEWA) dar, die im Bundesstaat Gujarat ein Versicherungspaket anbietet, das die Komponenten Lebens-, Kranken- und Sachversicherung enthält. Die NRO-gestützten Programme weisen gegenwärtig jedoch noch große Schwächen bezüglich ihrer Administration, der finanziellen Nachhaltigkeit und des Deckungsumfangs der Produkte und der Marketingstrategien auf.



## Sonderthema: Gruppenversicherung in Indien

Die Versicherung in Indien hat zwar eine lange Tradition, jedoch ist die Funktionsweise einer Versicherung nur bei den mittleren bis oberen Einkommensschichten bekannt. Der Großteil der Bevölkerung, vor allem die unteren Einkommensschichten, kennt den Versicherungsgedanken bisher nicht.

Seit 1993 erarbeitet der Malhotra-Ausschuss der indischen Regierung Vorschläge zur Liberalisierung des Versicherungsmarktes. Es ist offensichtlich, dass die verstaatlichten Versicherungsgesellschaften zu bürokratisch, innovationsfeindlich und ineffizient arbeiten. 1998 hatte die neue Regierungspartei Bharatiya Janata Party (BJP) die Privatisierung ohne Beteiligung ausländischer Versicherungsunternehmen auf ihrem Wahlprogramm. Derzeit können sich ausländische Unternehmen ausschließlich im Rahmen von Joint Ventures mit einer Beteiligung von maximal 26% am Eigenkapital an dem indischen Versicherungsmarkt beteiligen. Es wird jedoch diskutiert, in Zukunft auch Tochterunternehmen ausländischer Versicherer zuzulassen.

Viele der bisherigen Versicherungen liegen in der Verantwortung der beiden halbstaatlichen Versicherungsunternehmen, der Life Insurance Company (LIC) und der General Insurance Company (GIC). Zudem existiert eine Vielzahl von Versicherungsprogrammen, die von Nichtregierungsorganisationen initiiert wurden, aber in Zusammenarbeit mit der LIC oder der GIC durchgeführt werden. Zum größten Teil handelt es sich bei den Versicherungen um individuelle Lebensversicherungen, Gruppenlebensversicherungen und Krankenversicherungen.

Eine (Individual-)Versicherung für Personen des informellen Sektors stellt in vielen Fällen ein Risiko für die Versicherungsanstalt dar. Aus ihrer Sicht stellen vor allem die Armen „schlechte Risiken“ dar, da sie besonders extremen und gefährdeten Lebensverhältnissen ausgesetzt sind und somit einen hohen Anteil potenzieller Versicherungsfälle repräsentieren. Die Unwägbarkeiten dieser Bevölkerungsgruppe sind hoch. Durch die daraus resultierende überdurchschnittliche Häufung von Versicherungsfällen können die Versicherungsleistungen nur zu hohen Versicherungsprämien angeboten werden, was wiederum zu einem natürlichen Ausschluss der armen Bevölkerung führt, die sich diese Prämien nicht leisten kann. Deswegen ist es wichtig, die Gefährdung durch eine ausreichend große, möglichst auch regional differenzierte Versicherungsgemeinschaft und durch kovariante Risiken auf ein kalkulierbares Maß zu reduzieren.

Dies wird mit dem Gruppenversicherungsprinzip angestrebt. Das Konzept der Gruppenversicherung in Indien ist neu und erfordert eine große und professionelle Organisation. Gruppenversicherungen werden seit 1988 von der indischen Regierung gefördert. Die gesamte Zahl der Gruppenversicherungen, die durch die LIC abgeschlossen wurden, stieg von 19.528 in den Jahren 1986 bis 1987 auf 78.372 (1996 bis 1997) und hat sich damit in zehn Jahren mehr als vervierfacht. Die Zahl der Mitglieder stieg dagegen nur um das 2,4fache, von 10 Millionen auf knapp 24 Millionen.

Während bei einer Individualversicherung ein Vertrag zwischen dem Versicherer und einem Individuum besteht, hat bei der Gruppenversicherung eine zentrale Organisation, d.h. eine „Nodal Organization“ oder ein „Master Policyholder“, einen Vertrag mit dem Versicherer geschlossen. Die Versicherungsnehmer können demnach Kooperativen, Gewerkschaften, freiwillige Organisationen oder Arbeitgeber sein. Wichtig ist, dass es nur eine Quelle gibt, von der



die Beiträge zur Gruppenversicherung eingezahlt werden. Andere Voraussetzungen sind, dass es sich um eine repräsentative Gruppe mit einer verantwortungsvollen Verwaltung handelt, dass die Personen der Gruppe identifiziert werden können (z.B. in Form einer Teilnehmerliste) und eine Möglichkeit besteht, die meist jährlich anfallenden Versicherungsbeiträge einzusammeln. In den Versicherungsklauseln muss die Prämienzahlung an die Versicherungsmitglieder geregelt sein.

Da bei Gruppenversicherungen zudem die individuellen Verkaufskosten vermieden und die administrativen Kosten gering gehalten werden können, bieten sie eine gute Methode, eine große Zahl von Mitgliedern zu günstigen Konditionen zu versichern. Ziel der LIC ist es, den größten Deckungsgrad zu den niedrigst möglichen Beiträgen zu gewährleisten. Bei einer Armutsbevölkerung von 350 Millionen Menschen konnten bisher nur 3,4 Millionen die staatlich subventionierten Gruppenversicherungen von LIC und GIC wahrnehmen, d.h. weniger als 1% der Betroffenen, so dass auch hier ein großes Potenzial besteht.

Um eine Risikostreuung zu erreichen, sollte die Gruppe eine ausreichende Größe haben. Dies kann jedoch wiederum zu Schwierigkeiten führen, wenn es darum geht, die versicherten Personen zu identifizieren. Je größer die Gruppe, desto größer ist das Datenmaterial, das zu verwalten ist. Schätzungen über die Gruppengröße gegenüber der Versicherung reichen nicht aus, da mehrfache Ansprüche in einem Schadensfall nicht kontrolliert werden können.

**Geschäftschancen für deutsche Unternehmen.** Deutsche Versicherungsunternehmen könnten als Anbieter bzw. Nodal Organization von Gruppenversicherungen fungieren. Dies wäre auch eine gute Möglichkeit, die Funktionsweise von Versicherungen breiten Schichten der Bevölkerung zu vermitteln.

*Dr. rer. pol. Sonja Kurz*  
*Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW)*  
*L 7.1*  
*D-68161 Mannheim*  
*Telefon: 06 21 / 12 35 - 2 45*  
*Telefax: 06 21 / 12 35 - 2 24*  
*E-Mail: kurz@zew.de*



Gemäß einer Studie der internationalen Arbeitsorganisation ILO bekunden rund 60% der arbeitenden Bevölkerung ein starkes Interesse und die Bereitschaft, Beiträge zu sozialen Versicherungsprogrammen zu leisten, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind und eine qualitativ akzeptable Gesundheitsversorgung ermöglichen.

## **Das staatliche Krankenversicherungssystem**

Jahrzehntlang teilten sich zwei staatliche Gesellschaften, die Life Insurance Corporation of India (LIC) und die General Insurance Corporation of India (GIC) den gesamten indischen Versicherungsmarkt. Die LIC nahm eine Monopolstellung für die Sparte Lebensversicherung ein. In diesem Sektor entwickelte sie auch eine Reihe von Produkten für ärmere Bevölkerungsgruppen, die bis heute von der indischen Regierung subventioniert werden.

Die GIC bzw. ihre vier Tochterversicherungsgesellschaften, die National Insurance Corporation (NIC), die United India Insurance Corporation (UIIC), die New India Assurance (NIA) und die Oriental Insurance Company (OIC), boten alle weiteren Versicherungsprodukte, inklusive der Sparten Unfall- und Krankenversicherung, an. Während die GIC hauptsächlich eine koordinierende und kontrollierende Funktion ausübte, wickelten die letztgenannten vier Versicherungen das eigentliche Versicherungsgeschäft ab. Eine von ihnen angebotene Krankenversicherungspolice ist die Mediclaim Policy. Diese wurde aufgelegt, um die Krankenhausbehandlung bei einer Reihe von Erkrankungen finanziell abzufedern.

Im Jahr 2000 bewegte sich der altersabhängige Jahresbeitrag für die Krankenversicherungspolice zwischen 4,3 und 8,2 Euro; gegen Vorlage der Rechnungen wurde ein jährlicher Erstattungshöchstbetrag von rund 375 Euro gewährt. Ärmeren Bevölkerungsschichten wird dieses Leistungspaket im Rahmen einer Police angeboten, die für einen Jahresbeitrag von etwa 2,7 Euro einen jährlichen Erstattungshöchstbetrag von etwa 125 Euro deckt.

Die von staatlicher Seite angebotenen Krankenversicherungsprodukte haben bislang die große Masse der Bevölkerung nicht erreicht. So waren 1998 nur etwa 4,4 Millionen Inder über die GIC krankenversichert. Schwächen zeigen sich in den Vermarktungsstrategien für die Produkte, auch sind die angebotenen Leistungen ungenügend an den tatsächlichen Bedarf angepasst. Zudem müssen für die Abwicklung von Versicherungsansprüchen große administrative Hürden überwunden werden.

## **Strenge Vorschriften auf dem indischen Krankenversicherungsmarkt**

Im Jahr 1999 entschied die indische Regierung, den Markt für lokale und internationale Versicherungsunternehmen zu öffnen. Die Politik hofft, auf diese Weise den Boden für die Entwicklung einer großen Zahl neuer, innovativer Versicherungsprodukte zu bereiten, die dem



Bedarf des Einzelnen gerecht werden. Auch wird erwartet, mit einem größeren Wettbewerb das Marketing, die Beitragssätze, die Serviceorientierung und den Leistungskatalog der Versicherungsprodukte zu verbessern.

Gemäß den Empfehlungen eines parlamentarischen Komitees, des 1994 gegründeten Malhotra-Komitees, wurde für die Förderung und Aufsicht des Versicherungsmarktes im Jahr 1999 eine Behörde gegründet, die Insurance Regulatory & Development Authority (IRDA). Das gleichnamige IRDA-Gesetz beendet die Monopolstellung der staatlichen Versicherungsgesellschaften LIC und GIC. Die neue Marktstruktur weist der GIC – nach dem Vorbild anderer Schwellenländer – die Rolle des nationalen Rückversicherers zu. Weiterhin wird den vier bis zur Marktöffnung der GIC unterstellten Versicherungsgesellschaften volle funktionale Autonomie zugesprochen.

Zur Aufnahme des Versicherungsgeschäfts auf dem indischen Markt müssen private Versicherungsunternehmen eine Lizenz bei der IRDA beantragen und einen Kapitalstock von mindestens 1 Mrd indischen Rupien (24 Mio Euro) vorweisen. Ausländische Versicherungsgesellschaften sind verpflichtet, Joint Ventures mit im indischen Markt tätigen Unternehmen einzugehen, wobei eine ausländische Kapitalbeteiligung von maximal 26% möglich ist. Weiterhin sieht der Gesetzgeber vor, dass jeder Versicherer einen definierten Prozentsatz seiner Klientel (ab dem dritten Geschäftsjahr mindestens 5%) im Bereich der ländlichen Bevölkerung und der sozial und ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsschichten zu suchen hat.

Seit ihrer Gründung hat die IRDA eine Reihe administrativer Leitlinien verabschiedet, die verschiedene Bereiche des Versicherungsmarktes und seine Funktionsweisen berühren. Beispielsweise sollen Agenten, Broker, Gutachter und „Verwalter im Namen Dritter“ (Third Party Administrators) im liberalisierten Versicherungsmarkt eine größere Rolle spielen. Weitere Regularien für den Sektor stehen aus.

Akteure wie Reliance, Marine, Bajaj-Allianz und Royal Sundaram Alliance haben den indischen Versicherungsmarkt betreten. Das Versicherungsgeschäft wurde in den Bereichen Lebens- und Sachversicherung aufgenommen. Bisher hat die IRDA für die Sparte Krankenversicherung keine Lizenz vergeben. Vor dem Hintergrund der strukturellen Schwächen des indischen Gesundheitswesens hat die Privatwirtschaft somit bis Ende November 2001 noch keine Krankenversicherungsangebote auf den indischen Markt gebracht.

## **Geschäftschancen für private Unternehmen**

Der private Versicherungssektor hat in Indien die Chance, existierende staatliche Versicherungsprogramme zu komplettieren. Die wenigen Versicherungsangebote werden nur in geringem Umfang in Anspruch genommen, die Kosten im akuten Krankheitsfall führen



oft dazu, dass sich die betroffenen Haushalte hoch verschulden. Die private Versicherungswirtschaft trifft somit auf großen Bedarf an neuen Produkten, die insbesondere die Risiken von Krankheiten und Erwerbsunfähigkeit absichern. Die im informellen Beschäftigungssektor Tätigen – wie oben erwähnt 90% der Bevölkerung – signalisieren großes Interesse und finanzielle Bereitschaft, Versicherungen abzuschließen. Für den Aufbau von Krankenversicherungen empfiehlt sich für die neu am Markt agierenden Unternehmen, sich aktiv in der Qualitätssicherung des Leistungsangebots zu engagieren: Verträge mit Leistungsanbietern sollten entsprechende Qualitätsanforderungen definieren und prozessbegleitend Beratung anbieten.

Der private Sektor könnte einen Platz in der sozialen Absicherung einnehmen, wenn die Produkte durch staatliche Subventionen oder zusätzliche Arbeitgeberbeiträge den armen Haushalten zugänglich gemacht würden. Die staatliche Unterstützung von Gruppenverträgen böte Versicherungsunternehmen die Möglichkeit, in kurzer Zeit ein kostendeckendes Versichertenvolumen aufzubauen.

*Satish Deshpande / Susanne Grosse-Tebbe*

*GTZ – Projekt Krankenversicherung*

*c/o AOK-Bundesverband*

*Kortrijker Straße 1*

*D-53177 Bonn*

*Telefon: 02 28 / 8 43 - 4 85*

*Telefax: 02 28 / 8 43 - 7 20*

*E-Mail: [gtz@bv.aok.de](mailto:gtz@bv.aok.de)*

*Internet: <http://www.gtz.de>*

