

# Indien – ein neuer Spieler im internationalen Krankenhausmarkt\*

P. Da-Cruz

## Einleitung und Hintergrund

Die Krankenhauslandschaft ist in den letzten Jahren deutlich internationaler geworden. Waren in den 80er und 90er Jahren zahlenmässig überschaubare Patientenströme vor allem von den Golfstaaten in die USA und ausgewählte europäische Länder, z.B. die Schweiz, Deutschland oder Grossbritannien, zu beobachten, ist der internationale Patiententourismus zwischenzeitlich zu einem boomenden Geschäft für zahlreiche Leistungserbringer und Intermediäre in verschiedenen Ländern geworden. Neben dem Strom in die entwickelten Länder ist mittlerweile ebenfalls ein Strom in ausgewählte Schwellenländer zu beobachten, auch von den Industrieländern. Diese Entwicklung hat verschiedene Ursachen. Die zunehmende Transparenz über Qualität und Kosten der Behandlung in Gesundheitseinrichtungen verschiedener Länder, die Fortschreitung der Standardisierung medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen sowie die vereinfachten und günstigeren Transportmöglichkeiten sowohl für Patienten als auch zugrundeliegende Patienteninformationen haben die grundsätzliche Bereitschaft zahlreicher Patienten und Versicherungsunternehmen gefördert, Teile des Behandlungsprozesses oder Präventionsaktivitäten ins Ausland zu verlagern. Darüber hinaus ist ebenfalls zu beobachten, dass der zeitnahe Zugang zu medizinischen Dienstleistungen in zahlreichen Industrienationen für den «Durchschnittsbürger», z.B. den gesetzlich versicherten Patienten in Deutschland, schwieriger geworden ist, sei es aus finanziellen Gründen (u.a. Zuzahlungen) oder einfach aus mangelnden Kapazitäten seitens der Leistungserbringer, die zu langen Wartezeiten führen. Auch dies fördert die Bereitwilligkeit der Patienten, alternative Angebote, gegebenenfalls in anderen Regionen, zu erwägen. Ein Land, dem vor diesem Hintergrund nach Auffassung des Autors in den kommenden Jahren und Jahrzehnten eine besonders wichtige Rolle zukommen wird, ist Indien.

## Das indische Gesundheitswesen – ein kurzer Überblick

Mit einer Bevölkerung von weit über 1 Mrd. Menschen, aufstrebenden Wirtschaftszweigen wie der IT-/Pharma- oder Biotechindustrie und Wachstumsraten des Bruttozialprodukts >6% ist Indien mit grossen Schritten unterwegs auf dem Weg zu einer der weltweit führenden Wirtschaftsmächte\*\*. Ein Bereich, der bei derartigen Rahmenbedingungen sowie seiner gegenwärtigen Struktur besonders profitieren dürfte, ist der der Gesundheitsversorgung. Der Anteil der Aufwendungen für das Gesundheitswesen am Bruttozialprodukt ist in Indien mit 5,2% deutlich niedriger als in den USA oder in Deutschland, wo der Anteil klar im zweistelligen Bereich liegt. Gleichwohl sind die anteiligen Aufwendungen etwas höher als in vergleichbaren asiatischen Ländern wie China oder Pakistan. Was Indien jedoch fundamental von den anderen Ländern unterscheidet, ist der geringe Anteil an öffentlichen Gesundheitsausgaben, der im Gegenzug einen hohen Anteil privater Zuzahlungen erfordert. Mit 87% ist dieser Anteil wesentlich höher als in vergleichbaren Schwellenländern und westlichen Industrienationen. Es verwundert daher nicht, dass Indien für die internationalen Krankenversicherungskonzerne einen zunehmend interessanten Markt darstellt, vor allem auch aufgrund der rapide wachsenden Mittelschicht, die bereits jetzt rund 300 Mio. Menschen (nahezu das Vierfache der deutschen Bevölkerung) umfasst und die immer häufiger bereit ist, Umschichtungen in ihrer konsumtiven Verwendung hin zu Gesundheitsdienstleistungen vorzunehmen. Aufgrund des extrem hohen Anteils privater Ausgaben an den Gesamtaufwendungen für Gesundheit ist der Zugang zu medizinischer Versorgung sehr unterschiedlich und derzeit für grosse Teile der Bevölkerung nicht gewährleistet. Auch die Verteilung der Infrastruktur an Gesundheitseinrichtungen innerhalb des Landes ist sehr unterschiedlich. Während in den grossen Krankenhäusern von

\* Dieser Beitrag basiert unter anderem auf einer aktuellen Literaturrecherche zum indischen Gesundheitswesen/Krankenhaussektor und auf Expertengesprächen. Bei den aufgeführten Graphiken wurde bewusst nur der Titel ins Deutsche übersetzt; das zugrundeliegende Datenvolumen der Tabellen zwecks Übersichtlichkeit z.T. gekürzt bzw. Währungsumrechnungen vorgenommen. Der zugrundeliegende Wechselkurs Rs/€ für Berechnungen beträgt 50.

\*\* Die Investmentbank Goldman Sachs geht davon aus, dass Indien im Jahr 2030 auf Rang 3 der grössten Wirtschaftsmächte stehen wird (nach China und den USA, aber vor Japan, Deutschland, Grossbritannien oder Frankreich!); US-Studien gehen davon aus, dass Indien bereits im Jahr 2015 eine regionale Supermacht darstellen wird, die ihren Platz auch auf der internationalen Bühne suchen dürfte.

Korrespondenz:  
Patrick Da-Cruz  
Friedenstrasse 27  
D-89231 Neu-Ulm

E-Mail: patrick\_da-cruz@gmx.de

Mumbai, Delhi oder Hyderabad Weltklassemedizin geboten wird, sieht die Situation im ländlichen Raum oft ganz anders aus. Hier existieren zum Teil nur ambulante Versorgungszentren, die eine minimale Basisversorgung gewährleisten. Rettungsdienste und Notfallmedizin in der uns bekannten Form existieren nicht bzw. nur abgeschwächt und können dort, wo vorhanden (z. B. in den Grossstädten), aufgrund der chaotischen Verkehrsverhältnisse und schlechter technischer Ausstattung nur sehr eingeschränkt agieren.

Die eben beschriebenen Unzulänglichkeiten bieten auf der anderen Seite in den kommenden Jahren ein riesiges Potential für die Leistungserbringer, Industrie und sonstige Dienstleister. So wird für den Gesundheitssektor bis 2005/2006 nahezu eine Verdopplung der Umsätze von 2001/2002 erwartet – Wachstumsraten, von denen die europäischen Gesundheitssysteme in Zeiten andauernden Budgetdrucks wohl auf absehbare Zeit nur träumen werden können.

**Tabelle 1**  
Umsatzentwicklung des Gesundheitssektors.

Year	Size (Rs Crore)
2000–01	102,821
2001–02	118,643
2002–03	139,228
2003–04e	163,426
2004–05e	191,876
2005–06e	225,331

Source: ETIG.

## Der indische Krankenhausesektor

Die Verteilung der Kosten des Gesundheitswesens auf die einzelnen Sektoren zeigt, dass auch in Indien der grösste Teil der Kosten im Segment Krankenhaus/Pflege entsteht. Auf den Bereich der niedergelassenen Ärzte und auf die Pharma-/Medizinprodukteindustrie entfallen rund jeweils ein Fünftel. Ein wesentlicher Unterschied im Vergleich zur deutschen Ausgabenstruktur besteht in den Kosten für Diagnosezentren, die zum Teil unabhängig von den niedergelassenen Ärzten betrieben werden. Rund ein Achtel der Gesamtausgaben entfällt auf dieses Segment, welches z.B. bildgebende Diagnoseverfahren oder Blutanalysen verschiedenster Formen umfasst.

Der indische Krankenhausesektor wird bettenseitig bislang klar durch die öffentlichen Krankenhäuser dominiert. Auf Basis der für die Jahre 1995 und 1996 verfügbaren Daten waren fast zwei Drittel der Betten in öffentlicher Trägerschaft. Bei der Anzahl der Krankenhäuser sieht das Bild anders aus – hier vereinigen die privaten und freigemeinnützigen Träger mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser auf sich. Die durchschnittliche Bettenanzahl je Krankenhaus ist demnach bei den privaten und freigemeinnützigen Trägern wesentlich geringer als in den öffentlichen Häusern, was unter anderem daran liegt, dass es hier besonders viele Spezialkliniken gibt. Die Kommunen spielen eine völlig untergeordnete Rolle. In den letzten Jahren haben, ähnlich wie in westeuropäischen Ländern, vor allem private Krankenhausketten von sich reden gemacht. Private Trägergruppen wie Appollo, Wockhardt oder Fortis Healthcare haben es mitt-

**Tabelle 2**  
Gesundheitsausgaben verschiedener Staaten im Vergleich (%).

Country	Share of GDP	Share of public expenditure in total healthcare expenditure	Share of private expenditure in total health expenditure
USA	13.7	44.1	55.9
Germany	10.5	77.5	22.5
United Kingdom	5.8	96.9	3.1
Canada	8.6	72.0	28.0
Japan	7.1	80.2	19.9
China	2.7	24.9	75.1
India	5.2	13.0	87.0
Brazil	6.5	48.7	51.3
Pakistan	4.0	22.9	77.1
Mexico	5.6	41.0	59.1

Source: The World Health Report 2000.

lerweile geschafft, Markennamen zu etablieren, die inzwischen sogar über den indischen Subkontinent hinaus Beachtung finden. Sie vermarkten ihre Dienstleistungen aktiv an ausländische Patienten – mittlerweile bis nach Grossbritannien.

### Kostenstrukturen indischer Krankenhäuser

Von besonderem Interesse für deutsche Krankenhausmanager dürfte der Vergleich der Kostenstrukturen eines indischen Krankenhauses mit denjenigen in Deutschland sein. Was man instinktiv vermuten würde (einen deutlich geringeren Anteil an Personalkosten bei gleichzeitig geringerer Produktivität), wird hier auf eindrucksvolle Weise bestätigt. Während man in Deutschland wohl um jede halbe Stelle oder minimale Lohnerhöhung feilschen muss, um Steigerungen der Personalkosten zu verhindern, liegen die gesamten Personalkosten (inkl. Privatliquidation, Verwaltungs- und Outsourcingaufwendungen) eines indischen Krankenhauses bei einem Drittel des Umsatzes. Die geringen Personalkosten haben natürlich auch einen Einfluss auf das Kostenniveau der Hauswirtschaft/-tech-

nik oder der Gebäude und deren Instandhaltung. Diese Kostenstruktur erlaubt es einem Grossteil der indischen Krankenhäuser daher auch, mit für deutsche Verhältnisse überdurchschnittlich hohen operativen Renditen oberhalb der 20%-Marke zu agieren, die über die verschiedenen Bundesstaaten Indiens hinweg in den letzten Jahren erzielt werden konnten.

### Internationaler Gesundheitstourismus

Ausländische Patienten werden vor allem bezüglich der Durchführung diagnostischer Checks sowie ausgewählter chirurgischer Eingriffe beworben. Hält man sich vor Augen, dass in den grossen Krankenhäusern der Metropolen komplexe Eingriffe, wie z.B. Bypassoperationen, mit sehr guten Ergebnissen in qualitativer Hinsicht zu Kosten durchgeführt werden, die in den Industrienationen als Patientenzuzahlung beim Zahnersatz anfallen können, dann wird deutlich, warum mittlerweile immer mehr ausländische Patienten die indischen Krankenhäuser aufsuchen. Auch die Regierungen einzelner indischer Bundesstaaten haben dies mittlerweile erkannt und bieten in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Touristikunternehmen Pauschalen an, bei denen medizinische/diagnostische Checks oder sogar chirurgische Eingriffe mit einem Strandurlaub kombiniert werden. Die aus Indien stammende Ayurveda-Medizin erfreut sich mittlerweile in den Industriestaaten einer grossen Zahl von Anhängern. Da die angespannten Gesundheitssysteme dieser Länder immer seltener Präventions- und Rehabilitationsmassnahmen finanzieren, ist es auch hier nur eine Frage der Zeit, wann grössere Patientenströme die indischen Ayurveda-Zentren, die Kuraufenthalte zu Preisen eines europäischen Pauschalurlaubs anbieten, nutzen werden. Die grossen HMOs (Health Maintenance Organisations) in den USA haben bereits erste Studien aufgesetzt, in denen ayurvedische Medizin auf ihre

**Tabelle 3**  
Segmente im indischen Gesundheitsmarkt.

Segment	Segment share (%)
Hospitals and nursing homes	39
Doctors – Allopathic	22
Pharmaceuticals and supplies	21
Unattached Labs and Diagnostic Centres	12
Alternative medicine (including doctors)	7

Source: Asian Health Services.

**Tabelle 4**  
Der indische Krankenhaussektor im Überblick.

	Government		Local		Private and voluntary		Total	
	Hospital	Beds	Hospital	Beds	Hospital	Beds	Hospital	Beds
Number	4,473	375,987	335	19,677	10,289	2,28,155	15,097	623,819
Share of total (%)	29.63	60.27	2.22	3.15	68.15	36.57	100.0	100.0

Source: Health Information of India 1995 and 1996.

Tabelle 5

Kostenstruktur eines indischen Krankenhauses der Tertiärversorgung (%).

Category	Share of sales
Direct material cost	25–26
Power and utilities	4.0
Repairs and maintenance	1.5
Doctors' share in fees	20.0
Personnel cost	12.0
Administration and marketing	4–5
Services outsourcing	4.5–5.5
Insurance and banking	1.0
Subtotal	72–75
PBDIT (Profit Before Depreciation, Interest and Taxes)	25–28
Depreciation	5
Interest	5–7
PBT (Profit Before Taxes)	13–18
Tax	5.5
PAT (Profit after Taxes)	11–15

Source: Industry and ETIG.

Tabelle 6

Profitabilität ausgewählter privater Anbieter 2001 (%).

Healthcare venture	Location	Operating margin	Net profit margin
ADS Diagnostic	Delhi	23.43	0.42
Apollo Hospitals	Chennai	19.22	10.1
Deccan Hospitals (1999)	Hyderabad	22.3	4.6
Devaki Hospitals	Chennai	22.3	12.8
Dolphin Medical	Vijaywada	20.8	1.1
Dr Agarwal	Chennai	18	4
Indraprastha Apollo	Delhi	16.3	11.9
Kovai Medical Centre	Coimbatore	23.9	8.4
Medinova Diagnostics	Hyderabad	23.8	3.9
Noida Medicare (2000)	Delhi	46.9	8.9
Sharma East India Hospitals (2000)	Jaipur	19.6	0.7
Sushruta Medical (1999)	Bangalore	30.8	21.6
Escorts Hospital & Research Centre (2000)	Delhi	24	3.2
Drs Tribedi and Roy	Calcutta	49.9	22.9

Source: CMIE, press releases.

Wirksamkeit hin überprüft wird. Sollte der Nachweis gelingen, dann ist damit zu rechnen, dass die Kostenträger diese Entwicklung nachhaltig fördern werden.

### Medizinische Offshoring-Opportunitäten in Indien

In der jüngsten Vergangenheit konnte sich Indien v. a. als Standort für Offshoring-Aktivitäten, die Verlagerung von arbeitsintensiven Dienstleistungen, etablieren. So hat es sich in den letzten Jahren insbesondere im Bereich der IT-Dienstleistungen erfolgreich positionieren können und zurzeit gibt es beinahe täglich Pressemitteilungen amerikanischer oder britischer Unternehmen/Dienstleister, die eine Verlagerung bestimmter Dienstleistungen, z. B. Gehaltsabrechnung, nach Indien ankündigen. Verschiedene indische IT-Dienstleister wie Wipro oder Infosys haben sich mittlerweile in die Spitzengruppe der weltweiten IT-Dienstleister vorgearbeitet. Eine grosse Anzahl von indischen Unternehmen entwickelt Software für führende Konzerne aus den USA und Europa; Standorte wie (C)Hyderabad oder Bangalore sind zu weltweiten Markenzeichen für die indische IT/Offshoring-Industrie geworden.

Auch im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen gibt es hier erste erfolgreiche Beispiele. Medizinische Call-Center, die Befundung von Röntgen- oder CT-Aufnahmen oder telemedizinische Zweitkonsultationen für englischsprachige Patienten und Ärzte gehören bereits heute zum Krankenhausalltag. Natürlich schützen hier entsprechende Sprachbarrieren die europäischen Gesundheitssysteme kurz- und vermutlich auch mittelfristig. Der anhaltende Kostendruck im Gesundheitswesen wird es jedoch auch von den europäischen Anbietern erfordern, entsprechend zu reagieren und eigene Strategien zu entwickeln, vor allem wenn es den USA oder Grossbritannien gelingen sollte, die Entwicklung ihrer Gesundheitsausgaben mit derartigen Massnahmen nachhaltig zu begrenzen.

### Ausbildung medizinischen Personals für andere Länder

Der Ausbildungsstand der indischen Universitäten, sowohl in Technik/IT und Naturwissenschaften als auch in der Medizin, ist mittlerweile weltweit anerkannt. Zu nennen sind die IITs (Indian Institutes of Technology) oder Medical Colleges, die eine Ausbildung anbieten, die den

**Tabelle 7**  
Kosten verschiedener Diagnoseverfahren/Tests\* (Rs).

X-Ray	150
Ultrasonography	550
CT scan	2200
MRI	4500
Nuclear scans	800–1200
ECG	120
Echocardiography	1100
Pulmonary function test	450
Fasting blood sugar	80
Blood urea analysis	80
HIV test	450
Blood grouping	60

\*Average of major Mumbai hospitals.  
Source: HOSMAC

**Tabelle 8**  
Kosten für ausgewählte Eingriffe in Mumbai (Rs).

Angiography	15,000
Simple angioplasty	90,000
Complex angioplasty	150,000
Heart bypass surgery	170,000
Kidney transplant	100,000
Laparoscopic cholecystectomy	60,000
Hip joint replacement surgery	120,000
Caesarean section	30,000
Lithotripsy ( per cm. of stone )	9,000

Source: HOSMAC.

Vergleich mit europäischen und amerikanischen Universitäten nicht mehr zu scheuen brauchen. Darüber hinaus sind zahlreiche Topwissenschaftler, die in den USA oder in Grossbritannien studiert, geforscht und gelehrt haben, inzwischen nach Indien zurückgekehrt und bringen ihre Erfahrungen und Kontakte in den Auf- und Ausbau der Gesundheitseinrichtungen sowie die erforderliche Qualifizierung des Personals ein.

In zahlreichen Ländern besteht ein akuter Engpass an medizinischem Fachpersonal sowohl in bezug auf ärztliches als auch pflegerisches Personal. Zahlreiche Industriestaaten, darunter Länder wie die USA, Grossbritannien, Schweden oder auch Deutschland, bilden an ihren Lehrinstitutionen zu wenig Ärzte und Krankenschwestern/-pfleger aus, um den heimischen Bedarf zu decken. Welche Ausmasse diese Entwicklung be-

reits hat, ist besonders deutlich an dem gegenwärtigen Pflegenotstand in den USA abzulesen. Dieser wird auf gegenwärtig 100 000 geschätzt und Prognosen gehen davon aus, dass er sich bis 2020 auf 800 000 (!) ausweiten wird, wenn keine entsprechenden Gegenmassnahmen ergriffen werden. Bislang haben die USA vor allem versucht, Pflegepersonal aus Grossbritannien und Irland zu rekrutieren – mit den dortigen Engpässen vor Augen wird nun zunehmend auf die «Reservearmeen» Indiens und der Philippinen ausgewichen.

Die sich hier verbergenden Marktlücken haben sowohl US- als auch indische Anbieter entdeckt. Während Personaldienstleister wie Globe Med Resources aus den USA bereits erste Büros in Indien eröffnet haben, um vor Ort zu rekrutieren und Visafragen usw. zu klären, sind indische Lehrinstitute dazu übergegangen, ihre Kapazitäten auszuweiten und auf die neuen Abnehmer auszurichten. So bietet Apollo Hospitals beispielsweise seit zwei Jahren ein internationales Trainingsprogramm für Pflegekräfte an. Die Intention dahinter ist klar: Wenn man die ausgebildeten Fachkräfte schon nicht im eigenen Unternehmen halten kann, dann möchte man zumindest an der Qualifizierung und Vermittlung an die US-Gruppen mitverdienen.

Natürlich ist die Sprache für die Interaktion zwischen medizinischem Fachpersonal und den Patienten von essentieller Bedeutung und insbesondere hier kommt es nach wie vor zu Problemen – «American English» mit seinen unterschiedlichsten Dialekten ist, vor allem was die Betonung und Aussprache anbelangt, zum Teil deutlich abweichend vom «Indian English». Vergewöhnung man sich, dass auch in deutschen Krankenhäusern zahlreiche osteuropäische Arbeitskräfte eingesetzt werden, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, dann relativiert sich dieses Problem jedoch.

### Internationale Kooperationen

Die indischen Krankenhäuser, insbesondere die privaten Ketten, haben erkannt, dass Kooperationen mit ausländischen Krankenhäusern und Dienstleistern von nachhaltiger Bedeutung für die Zukunftssicherung sind und darüber hinaus einen entscheidenden Beitrag leisten können, wenn es um die Akquisition eines internationalen Patientenkontexts geht, das in bezug auf medizinische Versorgung eine weltweite Mobilität aufweist. So haben indische Krankenhäuser insbesondere Kooperationen mit US-Anbietern abgeschlossen. Beispiele sind u. a.

- Wockhardt – Harvard Medical International;
- Max Healthcare – Harvard Medical International;
- Fortis Healthcare Partners – Healthcare system;
- Birla Heart & Research Centre – Cleveland Clinic.

Der britische National Health Service war gerade mit einer grösseren Delegation in Indien, um zu prüfen, wie britische Leistungserbringer mit den indischen Anbietern kooperieren können und unter welchen Bedingungen sich der NHS an der Erstattung beteiligen kann. Darüber hinaus ist im Gespräch, Indien an dem Projekt «elektronische Patientenakte» substantiell zu beteiligen.

Mit der Entscheidung der indischen Regierung, die Durchführung klinischer Studien auch für Pharmaentwicklungsprojekte, die nicht in Indien erfunden wurden, zu erlauben, ist auch in diesem Segment in den kommenden Jahren mit hohen Wachstumsraten und zahlreichen internationalen Kooperationen zu rechnen.

### Ausblick

«Der schlafende Elefant wacht langsam auf» – so wird gegenwärtig häufig die wirtschaftliche Entwicklung Indiens beschrieben. Diese Beschreibung wird der derzeitigen Entwicklung sicher nur in Teilen gerecht, und zwar in bezug auf den *Elefanten*. Inwieweit diese Entwicklung *langsam* abläuft, darüber muss man sich ein eigenes Urteil bilden. Wenn man z.B. beobachtet, mit welcher Geschwindigkeit grosse Konzerne ihre

IT-Dienstleistungen nach Indien verlagern, grosse Infrastrukturprojekte geplant und durchgeführt werden oder Arbeitnehmer bereit sind, ihren Wohnort auch international zu wechseln, dann gewinnt man hier sicherlich einen anderen Eindruck. Dass diese Entwicklung auch Auswirkungen auf den indischen Gesundheitssektor und damit indirekt auch auf das internationale Gesundheitssystem haben wird, ist oben ausführlich erläutert worden. Gerade was den Bereich der Personalkosten anbelangt, die den Grossteil in deutschen und europäischen Krankenhäusern ausmachen, ist davon auszugehen, dass Indien und vergleichbare Länder, falls es zu keinen fundamentalen Veränderungen in ihrer Wirtschafts- und Währungspolitik kommt, diesen Vorteil mittel- und langfristig haben und immer aggressiver nutzen werden. Bei gleichzeitig steigender Qualität des Leistungsniveaus stellt sich hier natürlich auch die Frage, was eine derartige Entwicklung für die europäischen Gesundheitssysteme bedeuten kann. Während die englischsprachigen Länder wie die USA, Grossbritannien oder Australien bereits die Vorteile erkannt haben und mit zahlreichen Modellen experimentieren bzw. erste Lösungen im Alltag implementiert haben, wird diese Entwicklung für die nicht englischsprachigen Länder sicherlich noch eine gewisse Zeit benötigen. Je früher sich die europäischen Krankenhäuser, Kostenträger und sonstige Verantwortliche jedoch mit derartigen Entwicklungen beschäftigen und ihrerseits erste Modellversuche durchführen, desto eher werden sie im Routinebetrieb von den möglichen Kostensenkungen profitieren können.