

3.1 VR China

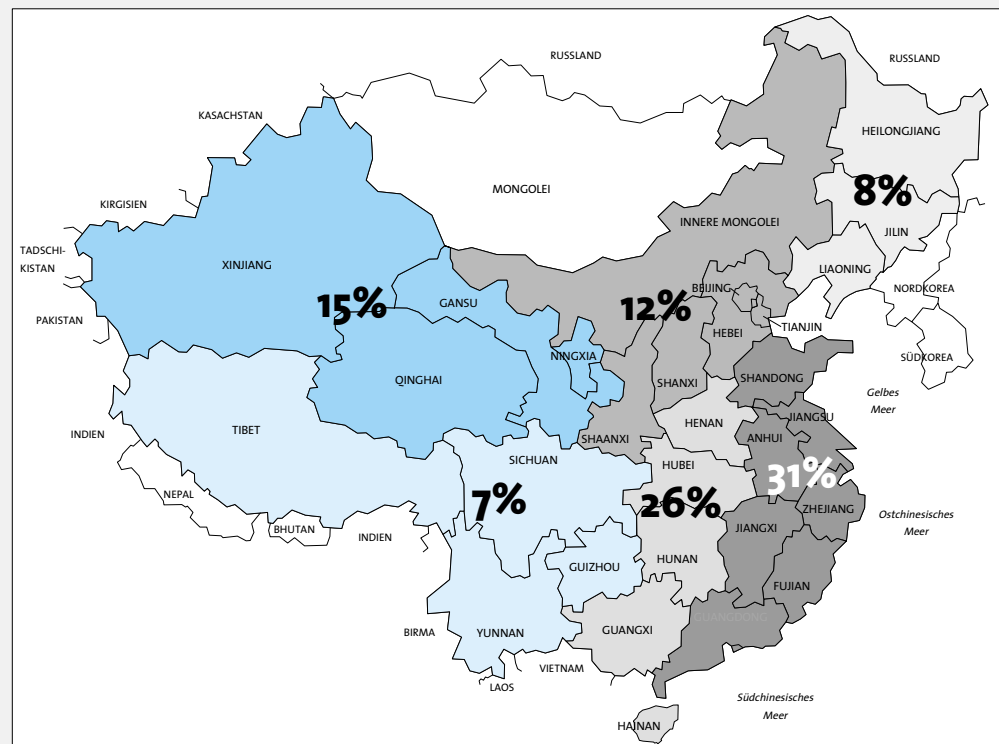
Enormes Wachstumspotenzial im Gesundheitswesen

Die Volksrepublik China hatte im Jahr 2000, zum Zeitpunkt der letzten offiziellen Erhebung, 1,3 Milliarden Einwohner, das sind 20% der gesamten Weltbevölkerung. Hiervon sind nur etwa 30% in den Städten angesiedelt. Zwei Drittel der Chinesen leben auf einem Drittel der Gesamtfläche des Landes. Das offizielle Bevölkerungswachstum wird mit 1% pro Jahr beziffert. Über 700 Millionen Menschen gehören zur Arbeiterklasse. Schätzungsweise 10% der Bevölkerung leben unterhalb der Armutsgrenze.

Die VR China ist in der Rangliste der stärksten Wirtschaftsmächte auf Platz sieben gestiegen. Obwohl – gerade außerhalb der Ballungszentren – Reichtum kaum verbreitet ist, wird angenommen, dass die Gesamtwirtschaft bereits im Jahre 2030 stärker als die der USA sein wird.

Der chinesische Gesundheitsmarkt hat ein enormes Wachstumspotenzial – die Gesundheitsversorgung für den überwiegenden Teil der Bevölkerung ist immer noch beschränkt. Seit 1995 sind die Gesundheitsausgaben in China jährlich zwischen 12 und 18% gestiegen, also deutlich über dem Wachstumsdurchschnitt des Bruttoinlandsproduktes von 8,6% pro

Zwei Drittel der Chinesen leben in den Ballungszentren an der Ost- und Südostküste¹⁾



1) Auf Grund von Rundungsabweichungen ist die Summe der Anteile kleiner als 100%.

Quelle: China Statistical Yearbook 2000.



Jahr. Das starke Wirtschaftswachstum der vergangenen Jahre hat, besonders in den Städten, die Nachfrage nach hochwertiger medizinischer Versorgung erhöht und gleichzeitig auch die nötige Kaufkraft für Medikation und medizinische Ausrüstung aus dem Westen gestärkt.

Im Jahr 1999 wurden rund 5% des Bruttoinlandsproduktes für medizinische Aufwendungen ausgegeben, das sind jährlich etwa 37 US\$ pro Kopf. Nicht nur die steigende Einwohnerzahl, sondern vor allem der wachsende Anteil an älteren Menschen in der Bevölkerung wird die Gesundheitsausgaben in Zukunft in die Höhe treiben.

Kennzahlen zum Gesundheitsmarkt VR China

Bruttoinlandsprodukt (BIP; 2001)	1.170,0 Mrd US\$
BIP pro Einwohner	923 US\$
Einwohner (2001)	1.267,3 Millionen
jährliches Bevölkerungswachstum 1990–2000	1,0%
Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (2000)	10,0%
durchschnittliche Lebenserwartung (2000)	
– Männer	68,9
– Frauen	73,0
Gesundheitsausgaben in % des BIP (1998)	4,5
Gesundheitsausgaben je Einwohner (1998)	34 US\$
Ärzte je 1.000 Einwohner (1998)	1,62
Hebammen je 1.000 Einwohner (1998)	0,04
Anzahl der Krankenhäuser	66.509
Anzahl der Krankenhausbetten	2,21 Millionen

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

Gesundheitsreform

Bis Anfang der Achtzigerjahre war die medizinische Versorgung in China kostenlos. Seitdem wurde das Gesundheitssystem mehrfach reformiert. Unterschiedliche neue Systeme vergrößerten die Kluft zwischen Stadt und Land immer mehr.

Stadt. Nach langjährigen Experimenten startete 1999 in China ein neues Krankenversicherungssystem für die 350 Millionen Stadtbewohner, das die bis dahin existierenden zwei Systeme ersetzte. Ziel war eine erweiterte einfache Basisversicherung für alle Arbeiter. Im Gegenzug ist jeder Arbeiter allein verantwortlich für die Selbstzahlung eines gewissen prozentualen Anteils an der Versicherung, d.h., jeder Arbeiter zahlt 2% seines Lohnes in einen Versicherungsfonds ein, der Arbeitgeber leistet weitere 6%. Die Einzahlungen der Arbeiter gehen auf ein persönliches Konto zur ausschließlichen Nutzung für geringfügige medizinische Ausgaben. Das zweite Konto dient zur Deckung von teuren Behandlungen. Sollten die Beiträge erschöpft sein, hat der Arbeiter selbst die volle finanzielle Last zu tragen.

Das schon 1993 eingeführte, so genannte „Shanghaier Modell“ sieht eine zusätzliche Zahlung vor, um in Ausnahmefällen wie Schwersterkrankung oder chronischen Erkrankungen eine 80-prozentige Deckung zu gewährleisten. Praktisch ist jedoch die 20-prozentige Restkostendeckung durch den Patienten bei schweren Operationen oder Sonderdiagnosen immer noch zu hoch. Das Shanghaier Modell ist ein gutes Rahmenmodell, das einige Städte übernommen haben; andere Städte arbeiten wiederum mit lokal angepassten Modellen. Trotz der neuen, vor drei Jahren eingeführten Basisversicherung bleibt China ein Experimentierfeld.



Land. Durch das Verschwinden der Kollektive und Kommunen, auf denen das medizinische Kooperationssystem auf dem Lande basierte, entfiel die freie Gesundheitsversorgung. Nach der Auflösung dieses Systems war es für die Landbevölkerung unmöglich, zu regulären Versicherungsprogrammen zu wechseln, weil die individuellen Beiträge zu hoch waren. Nach einer Untersuchung von 1998 konnten sich 37% der Bauern keinen Krankenhausbesuch leisten, und zwei Drittel der Landbevölkerung hatten gar kein Krankenhaus in ihrer Nähe. So breitet sich unter anderem Tuberkulose in armen Gegenden wieder aus und fordert viele Opfer, weil für die Erkrankten die sechsmonatige, 360 RMBY (50 Euro) kostende Behandlung zu teuer ist. Hinzu kommt, dass beispielsweise lokale Ärzte vorhandene Geräte nicht bedienen können, keinen Strom für die Apparate haben und Impfstoffe unsachgemäß lagern. Derzeit sind nur 10% der 900 Millionen auf dem Land lebenden Personen krankenversichert.

Die Regierung experimentiert nun mit verschiedenen Modellen, die die Situation verbessern sollen; eine Verbesserung für die Landbevölkerung ist jedoch in naher Zukunft nicht zu erwarten. Flächendeckende medizinische Versorgung der Landbevölkerung ist zum Beispiel durch mobile Krankenstationen, wie sie bereits in Shanxi und Hebei unterwegs sind, möglich.

Traditionelle Gesundheitsdienstleistungen

Aktueller Stand. Da es private Praxen sowie niedergelassene Ärzte offiziell nicht gibt, wird der überwiegende Teil der medizinischen Leistungen in Krankenhäusern erbracht. In der VR China sind die Krankenhäuser in drei Klassen unterteilt:

- ▶ Krankenhäuser der Bezirksklasse oder darüber,
- ▶ Krankenhäuser der Gemeindeklasse sowie
- ▶ sonstige Krankenhäuser.

Des Weiteren wird nach Eigentümern eingeteilt:

- ▶ öffentliche Gesundheitsbehörde,
- ▶ Industrie,
- ▶ Genossenschaft.

Im Jahr 2000 waren 66.509 Krankenhäuser registriert, knapp ein Viertel (23%) davon gehörten mindestens zur Bezirksklasse. Diese Krankenhäuser können zusätzlich in Allgemein- sowie Spezialkrankenhäuser unterteilt werden. Bezirkskrankenhäuser müssen mindestens 100 Betten haben und sind personell und technisch überwiegend gut ausgerüstet. Alle Krankenhäuser unterhalb der Bezirkskrankenhauskategorie sind meist klein, personell unterbesetzt und generieren wenig Geld, so dass es an moderner Ausstattung mangelt.



Joint-Venture-Krankenhäuser existieren in 19 Provinzen Chinas. Von den 200 Krankenhäusern haben jedoch nur 18 Krankenhäuser und 60 Polikliniken eine offizielle Lizenz. Die chinesische Volksarmee unterhält ein gut ausgebautes Krankenhausnetz. Es gibt etwa 400 Militärkrankenhäuser, in denen Militärpersonal und dessen Familien behandelt und gepflegt werden.

Private Krankenhäuser gibt es in China so gut wie keine. Doch setzen sich in letzter Zeit für wohlhabende Chinesen und Ausländer so genannte „Krankenstationen“ in Polikliniken oder Universitätskrankenhäusern durch. Die meisten dieser Stationen betreiben öffentliche Organisationen wie das Gesundheitsministerium, die Armee oder staatseigene Betriebe.

Öffentliche Krankenhäuser haben einen hohen Grad an Eigenständigkeit und sind längst nicht mehr auf die staatliche Unterstützung als Haupteinnahmequelle angewiesen. Immerhin decken sie 70 bis 90% der laufenden Kosten selbst. Für größere Krankenhäuser ist die wachsende Wirtschaft eine willkommene Möglichkeit, zusätzlich Einnahmen zu generieren. Das hat jedoch in den letzten Jahren häufig zu Missbrauch geführt: Krankenhäuser schafften nicht bedarfsgerechte Ausrüstung – meist Hightechdiagnosegeräte – an und konnten somit den Patienten hohe Rechnungen stellen für Leistungen, die sie weder brauchten noch verstanden. Das Gesundheitsministerium versucht derzeit, die Kontrollen zu verstärken, um dem Missbrauch vorzubeugen. Dies ist aber durch die geringe finanzielle Einflussnahme des Ministeriums schwer zu realisieren.

China hat derzeit 2,2 Mio Betten in medizinischen Einrichtungen, was einem Durchschnitt von 2,3 Betten auf 1.000 Einwohner entspricht. 93% der Betten sind in Krankenhäusern, wiederum 68% davon in der Bezirkskrankenhausklasse oder darüber.

Der wahrscheinlich wichtigste Teil der medizinischen Grundversorgung ist der auf dem Land anzutreffende „Barfußarzt“, auch „Straßenklinik“ genannt. Es gibt nur ungenaue Angaben zur Anzahl derartiger medizinischer Stationen auf dem Land, Schätzungen zufolge gibt es jedoch etwa 800.000 dieser „Laien mit medizinischer Ausbildung“. Sowohl die Ausrüstung als auch die Ausbildung der Barfußärzte haben meist einen geringen Standard.

Das gesamte medizinische Personal umfasste 1998 knapp 5,5 Millionen Personen, das beinhaltet alle Ärzte, Apotheker sowie das gesamte Pflege- und Laborpersonal. Davon sind 1,25 Millionen in westlicher Medizin ausgebildete Ärzte, 256.000 sind traditionelle chinesische Mediziner. Im Landesdurchschnitt kommen auf 1.000 Einwohner 1,6 Ärzte. Ärzten ist es untersagt, Schwarz-

Anzahl der Gesundheitsinstitutionen (2000)

Polikliniken	240.934
Krankenhäuser	66.509
Hygiene- und Seuchenzentren	4.065
Schwangerschafts- und Kinderpflegestationen	2.598
Spezialisierte Vorbeugungs- und Behandlungsstationen	1.839
Medizinische Labors	1.790
Sanatorien	471
Medizinische Forschungsinstitute	405
Andere Gesundheitseinrichtungen	6.160

Quelle: Statistical Yearbook 2001.



zahlungen, Geschenke oder Naturalien anzunehmen, dennoch bessern in der Praxis viele ihr geringes Basisgehalt mit illegalen Zuwendungen auf.

Trends im Medizinischen Bereich. Die beiden größten Probleme der medizinischen Versorgung bestehen darin, die Ausgaben der Krankenhäuser zu kontrollieren und die Versorgung der ländlichen Bevölkerung der Versorgung in den Städten anzugleichen.

Vor dem Einsetzen der Gesundheitsreformbewegung deckte der Verkauf von Medikamenten in Krankenhäusern über 60% der Einnahmen. Nachdem diese äußerst lukrative Quelle immer mehr kontrolliert und eingeschränkt wurde, gab es nur wenige zusätzliche Möglichkeiten, die meist nicht profitablen Krankenhäuser zu finanzieren.

Dem nach 1995 einsetzenden Trend, in Krankenhäusern Hightechausrüstung einzusetzen, um die Umsätze zu steigern, soll weiterhin Einhalt geboten werden. Die immer teurer werdenden Diagnose- und Behandlungsmethoden führen dazu, dass die Behandlungskosten steigen. Die Patienten können die hohen Kosten nicht mehr tragen und bleiben der Behandlung fern. Einen Beweis dafür liefern die sinkenden Bettennutzungsraten im gesamten Krankenhausbereich. Diese Entwicklung führt in einen Teufelskreis: Mit immer weniger Patienten muss das Krankenhaus immer mehr Geld einnehmen, um Neuanschaffungen bezahlen und sein Ansehen wahren zu können. Die Kosten für den Einzelnen steigen somit wiederum und machen Behandlungen zu Luxusgütern, statt – wie vorgesehen – Teil der Grundversorgung zu sein.

Eine Methode zur Kontrolle des Kostenanstiegs ist der Einsatz staatlicher Krankenversicherungsprogramme. Ziel ist, den Krankenhäusern bei der Kostenkontrolle für medizinische Ausgaben zu helfen und den Kostenanstieg unter 20% pro Jahr zu halten.

Medizintechnik. China ist nach Japan der zweitgrößte Markt für medizintechnische Geräte in Asien. Die Ausrüstungskosten werden weiter steigen, da Krankenhäuser vermehrt auch schwierige Operationen durchführen. Ferner wird Intensivmedizin immer wichtiger.

Finanziell starke Krankenhäuser sind im Wesentlichen bereits mit importierten Großgeräten ausgestattet – in China gibt es rund 3.000 Computertomographen. Die anderen Institutionen haben zwar erhöhten Bedarf, können sich Investitionen jedoch nicht leisten. In Zukunft wird vor allem in Erneuerungen sowie in gebrauchte Geräte investiert werden. Bei kleineren und mittleren Geräten dürfte auch weiterhin Importware gefragt sein.

Während früher in China Medizintechnik überwiegend auf Messen verkauft wurde, entscheidet heute oft die Präsenz der Unternehmen vor Ort mit gut ausgebildeten Mitarbeitern über den Geschäftserfolg. Wichtigster Distributionskanal ist der Direktvertrieb, was nicht zuletzt an der Zahlung von Schwarzgeldern liegt.



Außer bei Großgeräten entscheidet die Klinikverwaltung über alle Neuanschaffungen. Das Ruijin Hospital, das größte Krankenhaus in Shanghai, hatte zum Beispiel im Jahr 2000 einen Etat von 100 Mio RMBY (13,5 Mio Euro) für Anschaffungen und Verbrauchsmaterialien.

Geschäftschancen für deutsche Unternehmen. Die Nachfrage der Stadtbevölkerung nach immer besseren Leistungen im Gesundheitswesen steigt stark an. Während Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) eher präventiv eingesetzt wird, dominieren westliche Behandlungsmethoden. Das führt letztlich zu einer verstärkten Nachfrage nach Produkten in diesem Bereich. Entsprechende deutsche Highendprodukte (importiert oder gegebenenfalls lokal hergestellt) haben somit gute Chancen.

Einige deutsche Unternehmen wie Dräger, B. Braun, Heraeus und Siemens Medizinische Geräte verlassen sich nicht mehr darauf, ihre Produkte über Agenten in China oder in Hongkong vertreiben zu lassen, sondern sind bereits selbst in China vertreten. Zwischen Januar und Juli 2001 importierte China medizinische Instrumente und Messgeräte im Werte von 330 Mio US\$.

Beispiele aus der Praxis. Kulturelle Eigenheiten können die Geschäfte erheblich behindern. Ein Beispiel ist der Markt für Ultraschallgeräte: Traditionell wünschen sich die Chinesen männlichen Nachwuchs. Viele ließen daher das Geschlecht des Embryos bestimmen; der Markt für Ultraschallgeräte boomte. Diese Praxis kollidierte jedoch mit der Ein-Kind-Politik der Regierung. Folglich hat diese die Geschlechtsbestimmung bei Embryonen in China generell verboten. Infolgedessen brach der Markt für Ultraschallgeräte zusammen, auch wenn nach wie vor Ultraschalldiagnosen gegen Zahlung entsprechender Gelder durchgeführt werden.

Medizintechnikimporte aus Deutschland (im Jahr 2000; in Mio US\$)

Medizinische Instrumente / Dentaltechnik	53,2
Elektromedizin	44,2
Optische Mikroskope	8,8
Orthopädie	3,6
Atmungsapparate	2,4
Nichtoptische Mikroskope	1,9
Pharmazeutische Zubereitungen	1,8
Medikalprodukte	0,9
Sterilisatoren	0,8
andere medizinisch-technische Möbel	4,3

Quelle: Zentrales Zollamt der VR China.

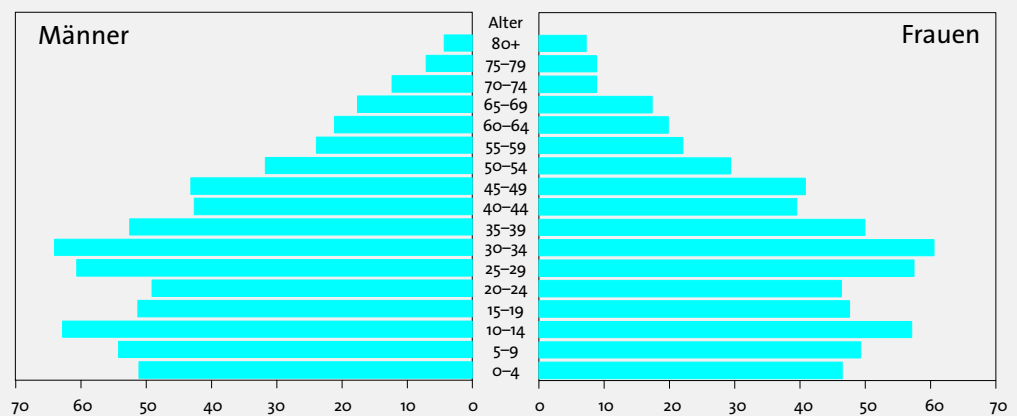


Innovative Gesundheitsdienstleistungen

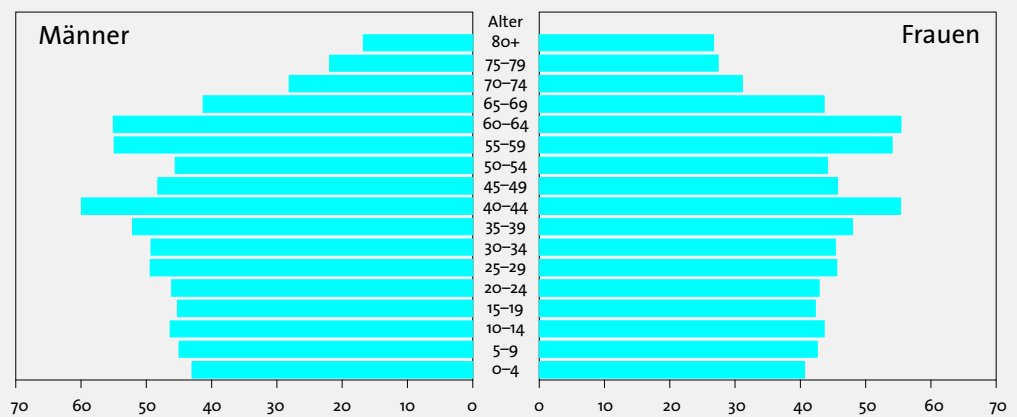
Aktueller Stand. Trotz der immer älter werdenden Bevölkerung in China gibt es kaum Ansätze, die damit auftauchenden Probleme anzugehen. Die Familie ist nach wie vor das Auffangbecken für die Alten. Auch heute noch wohnen häufig drei Generationen unter einem Dach. Doch die Ein-Kind-Politik und die wachsende Lebenserwartung führen zu einer ungesunden Bevölkerungsstruktur.

Heim- und ambulante Pflege sind bisher weit gehend unbekannt. Altersheime zum Beispiel sind staatlich und haben eher Sanatoriumscharakter. Telemedizin gibt es – zumindest für den „normalen“ Bürger – nicht.

Alterspyramide der VR China im Jahr 2000 (Bevölkerungszahl in Mio)



Alterspyramide der VR China im Jahr 2030 (Bevölkerungszahl in Mio)



Quelle: U.S. Bureau of Census.



Trends. Alte Menschen sind generell fitter als in Deutschland. Viele Chinesen treiben täglich Sport wie Schattenboxen oder morgendliche Dehnungsübungen auf der Straße. Der Trend geht jedoch zumindest in der Stadt eindeutig in Richtung Wohlstandsgesellschaft mit den entsprechenden Folgeerscheinungen und Zivilisationskrankheiten.

Geschäftschancen für deutsche Unternehmen. Bisher gibt es in den oben beschriebenen Bereichen der innovativen Gesundheitsdienstleistungen keinen Markt. Der Regierung ist es wichtiger, die Grundversorgung zu sichern. Unternehmen, die den Staat überzeugen können, dass durch angebotene innovative Produkte und Leistungen das Leben der Bevölkerung erheblich verbessert und damit gleichzeitig Geld generiert werden kann, haben möglicherweise Chancen im chinesischen Markt.

*Alexandre Gruss / Wolf von der Hagen / Brigitte Wolff
Abacus Corporation Ltd.
21/F, HSBC Tower
101 Yincheng East Road
Pudong
Shanghai 200120
VR China
Telefon: 00 86 / 21 / 28 90 - 31 74
Telefax: 00 86 / 21 / 28 90 - 31 31
E-Mail: info@abacus-corporation.com*

Krankenversicherung in China

Historischer Rückblick. Nach der Gründung der VR China im Jahr 1949 zählte die soziale Sicherheit zu den zentralen Zielen der Kommunistischen Partei. Das damals neu geschaffene Sozialversicherungssystem orientierte sich an den zwei „Säulen“ der Gesellschaft, den Arbeitern und den Bauern. Beide Gruppen genossen im Rahmen einer staatseigenen Industrie und einer kollektivierten Landwirtschaft ein Versorgungssystem, das für ein Dritte-Welt-Land gut entwickelt war.

Für die städtischen Gebiete erließ der Staatsverwaltungsrat 1953 die so genannte Arbeiterversicherung (*laodong baoxian*), die sowohl Renten- als auch Arbeitsunfall- und Krankenversicherung umfasste. Die Kosten dieser Arbeiterversicherung übernahmen Arbeitseinheiten (*danwei*), denen die Arbeitnehmer in Firmen und Behörden zugeteilt waren. Im Gegenzug zeigte sich der Staat durch gewisse Steuererleichterungen für die *danwei* erkenntlich. Die Krankenversicherung übernahm für den Arbeitnehmer und seine direkten Angehörigen die Kosten von Behandlungen in Gesundheitseinrichtungen der Einheit, in staatlichen Kliniken und in Krankenhäusern. Auch sämtliche Behandlungskosten rund um Schwangerschaft und Geburt plus 100 Tage Lohnfortzahlung sowie die Kosten für alle verschriebenen Medikamente deckte die Krankenversicherung. Allerdings genossen nur Angestellte in den Staatsbetrieben das beschriebene Versorgungspaket in vollem Umfang. Die Angestellten der städtischen Kollektivbetriebe mussten sich mit deutlich reduzierten Leistungen zufrieden geben.

In den ländlichen Gebieten war eine soziale Absicherung an den Anspruch auf ein Stück Land bzw. die Zugehörigkeit zu einem Kollektiv oder einer Kommune geknüpft. Für Härtefälle, z.B. Arbeitsunfähige ohne Angehörige, bot der Staat im Rahmen des „Fünf-Garantien-



Systems“ (*wubao*) eine rudimentäre Grundversorgung mit Lebensmitteln, Kleidung und Brennmaterial an und kam für Beerdigungskosten sowie die Versorgung von Waisen auf.

Im Zuge der Kollektivierung wurde eine freie medizinische Versorgung der Landbevölkerung eingeführt. Diese wurde in Form einer kooperativen Gesundheitsversorgung (*hezuo ziliao*) für die Bauern in den Kommunen organisiert: Die Brigade und das Brigademitglied zahlten je 1 RMBY an die Kommune. Während der Staat die Investitionen in Gebäude und medizinische Ausstattung übernahm, mussten die Kommunen bzw. Brigaden die laufenden Kosten selbst tragen. Die Mittel dazu stammten aus einem auf Brigadeebene errichteten Fonds, in den die Brigade für jedes ihrer Mitglieder 1,5 RMBY einzahlte und den gleichen Betrag jedem Mitglied vom Arbeitspunktekonto abzog. Für jedes Mitglied, mit Ausnahme der „moralisch oder politisch verkommenen Subjekte“, war somit eine freie Gesundheitsversorgung gesichert.

Mit den Ernteerträgen erzielten die Brigaden jedoch nur bescheidene Gewinne, so dass teure Krankenbehandlungen meist nicht übernommen werden konnten. Das Ende der Kulturrevolution bedeutete zudem das Aus für das kollektive Versicherungssystem. Viele Brigaden konnten das System schlichtweg nicht mehr finanzieren.

Seit 1978 änderte sich das Sozialversicherungssystem im Rahmen der wirtschaftlichen Reformen grundlegend. Als Arbeitgeber wurde der Staat in den Städten zunehmend durch Kollektiv- und Privatbetriebe sowie selbstständige Unternehmer ersetzt. Das Konkursgesetz und die vorläufigen Vorschriften des Arbeitsvertragssystems, die beide 1986 in Kraft traten, beendeten das Prinzip der „eisernen Reisschüssel“, d.h. der lebenslangen Versorgung durch die Staatsbetriebe. Die entlassene Arbeiterschaft verlor den Anspruch auf Leistungen der Arbeitsversicherung und war somit von fast allen Sozialleistungen ausgeschlossen. Im Zuge der Reform der Staatsunternehmen waren die Sozialausgaben nun als Kosten eines Unternehmens zu bewerten. Eine überalterte Arbeiterschaft mit hohen Krankheitsausfällen und ein großer Anteil von Rentnern waren für die ehemaligen Staatsbetriebe plötzlich eine erhebliche Belastung.

Auf dem Land ist die kollektive Sozialversicherung in den Achtzigerjahren mit Auflösung der Volkskommunen vollständig verschwunden. Die einzelne Familie löste die Produktionsbrigade als kleinste Organisationseinheit auf dem Land ab. Folglich wurden auch die Gewinne aus den landwirtschaftlichen Erträgen und den Kollektivunternehmen nicht mehr kumuliert, und der Sozialfonds der Brigade verschwand. Darüber hinaus sanken zwischen 1978 und 1983 die eingesetzten Arbeitskräfte pro mu (1 mu entspricht 0,0667 Hektar) durchschnittlich um 30 bis 40%. Viele Arbeitskräfte wurden entlassen und waren somit nicht mehr sozialversichert. Die neu entstehenden Unternehmen auf Dorfebene stellten zwar einen Teil der freigesetzten Arbeitskräfte ein, boten ihnen aber bisher so gut wie keine soziale Absicherung.



Auch der Staat konnte und wollte die hohen Kosten des ehemaligen Sozialversicherungssystems durch etwaige Subventionierung des Gesundheitswesens oder sonstige staatliche Hilfsprogramme nicht mehr auffangen. China ist heute mehr denn je dem Dilemma ausgesetzt, dass die Gesellschaft rapide altert. Rentner, Arbeitslose und Kranke, die im Zuge der gesellschaftlichen Veränderungen aus dem Sozialversicherungssystem herausgefallen sind, beeinträchtigen den sozialen Frieden und den wirtschaftlichen Fortschritt.

Die neue Krankenversicherung für städtische Einwohner. Im Dezember 1998 erließ der Staatsrat der VR China den „Beschluss zur Errichtung eines Grundkrankenversicherungssystems für Beschäftigte in Städten und Gemeinden“. Dieser bildete den Rahmen für den Aufbau der Krankenversicherung, die anschließend auf zentralstaatlicher und auf lokaler Ebene ausgestaltet wurde und weiterhin verändert wird. Allerdings ist die Reform der Krankenversicherung weit hinter den Reformen der Renten- und Arbeitslosenversicherung zurückgeblieben. Bisher haben erst die großen Städte begonnen, das Krankenversicherungssystem nach den Maßgaben des Staatsrates umzusetzen. In vielen Provinzen existieren bis heute nur planlose Systeme.

Finanztechnisch setzt sich die heutige Krankenversicherung aus einem Solidarfonds sowie einem individuellen Versichertenkonto zusammen. Der Krankenversicherungsfonds wird auf der Ebene der Städte, Bezirke, Provinzbezirke und Regionen organisiert. Jede dieser Versicherungszonen kann divergierende Regelungen zur Krankenversicherung erlassen, was eine einheitliche Darstellung des Systems in China unmöglich macht.

Die Beiträge für die Krankenversicherung werden von den Versicherungsnehmern (etwa 2% des Bruttoentgelts) sowie von den Arbeitgebern (etwa 6% der Gesamtlohnsumme) aufgebracht. In der Aufbauperiode der sozialen Grundkrankenversicherung ist aber in vielen Regionen mit höheren Arbeitgeberbeiträgen zu rechnen. Die gesamten Arbeitnehmerbeiträge sowie 30% der Arbeitgeberbeiträge (berechnet auf der Grundlage des individuellen Arbeitsentgelts) fließen auf das individuelle Konto. Der restliche Arbeitgeberbeitrag fließt in den Solidarfonds. Rentner zahlen keine individuellen Beiträge, bei ihnen ist der Teil des Arbeitgeberbeitrags, der auf das individuelle Konto fließt, entsprechend höher. Derzeit wird darüber debattiert, den gesamten Arbeitgeberbeitrag zur Finanzierung des Solidarfonds zu nutzen.

Der Solidarfonds kommt für die Krankheitskosten eines Versicherten auf, die 10% des lokalen Durchschnittslohns übersteigen. Umfassen die Kosten das Vierfache des lokalen Durchschnittslohns, ist die Leistungsobergrenze erreicht. Für die vom Solidarfonds getragenen Leistungen hat der Versicherte eine regional variierende Selbstbeteiligung zu leisten, die aber in der Regel mit steigenden Kosten abnimmt. Ruheständler leisten geringere Eigenanteile als Erwerbstätige.



Für Behandlungskosten unterhalb des oben angesprochenen Umfangs von 10% des lokalen Durchschnittslohns wird das individuelle Konto des Versicherten verwandt. Sollte dieses aufgebraucht sein, muss der Einzelne die weiteren Kosten selbst tragen. Behandlungskosten, die die oben genannte Leistungsobergrenze überschreiten, können durch Policen mit kommerziellen Krankenversicherungen sowie durch andere Geldquellen aufgefangen werden. Die genauen Unter- und Obergrenzen für Leistungen aus dem öffentlichen Solidarfonds sowie der Anteil, den die Einzelperson innerhalb dieser Bandbreite selbst zu tragen hat, werden je nach Versicherungsgebiet unterschiedlich festgesetzt.

Angestellte und Arbeiter haben nur dann Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen, wenn sie und ihre Arbeitgeber die Beitragspflicht erfüllt haben. Größter Nachteil der neuen Krankenversicherung ist, dass sie nur noch den Arbeitnehmer selbst versichert. Eine Familienversicherung gibt es nicht mehr. Allein in der 13 Millionen Einwohner zählenden Wirtschaftsmetropole Shanghai haben etwa 40% der Bevölkerung keinen Sozialversicherungsschutz.

Zuständig für die Verwaltung der Krankenversicherung sind die Versicherungsträger, die den Behörden für Arbeit und Soziale Sicherheit unterstehen. Den Einzug der Beiträge nehmen entweder der Versicherungsträger selbst oder die Steuerbehörden vor. Die Verwaltung der Sozialversicherungsgelder überwachen die Finanzbehörden. Einnahmen und Ausgaben der Krankenversicherungsfonds werden auf getrennten Konten verwaltet.

Die Krankenversicherung der ländlichen Bevölkerung. Eine seit den Achtzigerjahren stattfindende Ansiedlung von privaten Ärzten und Krankenhäusern gewährleistet, dass heute überhaupt noch auf dem Land Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden. Die staatliche Versicherungsgesellschaft PICC bietet vereinzelt private Versicherungsprogramme an. Darüber hinaus ist die Regierung bemüht, die ursprüngliche kooperative Gesundheitsversorgung zu reaktivieren. Einer repräsentativen Umfrage zufolge würden 75% der Bauern einer Krankenversicherung, deren Leistungsangebot sich auf Krankenhauskosten beschränkt, beitreten. Einem Versicherungsangebot, das um die Kosten für Arztbesuche erweitert wurde, stünden immerhin noch knapp zwei Drittel (61%) der Bauern aufgeschlossen gegenüber. Ihre Zahlungsbereitschaft ist allerdings auf 2% des Einkommens beschränkt.

Gestaltung der Vertragsbeziehung zwischen Versicherern und Gesundheitsanbietern. Der Marktfähigkeit neuer Krankenversicherungsprodukte steht das undurchsichtige Leistungsfinanzierungssystem zwischen den Versicherern und den Anbietern von Gesundheitsleistungen im Wege. Standardisierte Preisregelungen und Abrechnungsprozesse sind nicht vorhanden, so dass weder öffentliche noch private Versicherungen den Preis für Sachleistungen kalkulieren können. Dieses Problem können beide voraussichtlich nur in enger Zusammenarbeit lösen.



Überhaupt wäre ein effizientes und verlässliches öffentliches Versicherungssystem auch den privaten Krankenversicherern dienlich. Ein Großteil der Bevölkerung könnte so von öffentlicher Seite mit adäquaten Gesundheitsleistungen versorgt und sozial abgesichert werden und sich darüber hinaus bei privaten Unternehmen versichern. Zusatzversicherungen und qualitativ hochwertige Versicherungsangebote im oberen Preissegment bildeten eine hervorragende Geschäftsgrundlage für kommerzielle Versicherer.

Chancen für private Versicherungsunternehmen. Während in der VR China das Pro-Kopf-Prämienaufkommen für Versicherungen 1999 bei gerade einmal 111 RMBY (15,34 Euro) lag bzw. bei einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 1,7%, betrug weltweit das durchschnittliche Prämienaufkommen 430 US\$, was etwa 7,3% des BIP entsprach. Die regionalen Unterschiede sind aber enorm. So gaben 1999 die Shanghaier – die Stadt Shanghai hat eine Vorreiterrolle im chinesischen Modernisierungsprozess – 720 RMBY pro Person für Versicherungen aus (2,8% des BIP). Mit jährlichen Zuwachsraten zwischen 10 und 15% wird das Prämienaufkommen landesweit schneller wachsen als das BIP.

Mit ihrer Entscheidung vom 25. September 2001, Lizenzen an acht europäische Versicherungsunternehmen zu vergeben, fördert die chinesische Regulierungsbehörde für das Versicherungswesen (CIRC) aktiv private Versicherungsunternehmen. Eine Zusage erhielten unter anderem die seit längerem im chinesischen Markt präsenten deutschen Versicherungskonzerne Gerling und Allianz. Zurzeit sind die neuen Lizenzen auf eine der beiden Städte Shanghai und Kanton (Guangzhou) beschränkt, eine weitere lokale Ausdehnung ist jedoch in den nächsten Jahren vorgesehen.

Derzeit ist die Allianz das einzige deutsche Unternehmen, das seit 1999 eine Lebensversicherungslizenz für einen chinesischen Teilmarkt hat, über die es auch Krankenversicherungsprodukte vertreiben kann. Als eigenständiges Produkt können Versicherte eine Ergänzungspolice zur staatlichen Krankenversicherung abschließen, die neben einem Krankenhaustagegeld Kapitalzahlungen bei Schwersterkrankungen wie Krebs und Herzinfarkt vorsieht.

Der Ausbau der Produktpalette zur Krankenvollversicherung nach deutschem Verständnis wird für private Unternehmen erst dann interessant werden, wenn sie über Gruppenversicherungen schnell ein kostendeckendes Volumen aufbauen können. Die strukturellen Rahmenbedingungen stehen einer zügigen Realisierung jedoch entgegen.

Zum einen ist, wie bereits erwähnt, die aktuelle Krankenversicherungsreform im ganzen Land verzögert. Die Bedingungen einer potenziellen Gruppenversicherungslizenz könnten deshalb im Nachhinein nochmals geändert werden.

Zum anderen – das ist das gravierendere Problem – sieht die momentane chinesische Politik vor, dass die Regulierungsbehörde Gruppenversicherungslizenzen für die Krankenver-



sicherung erst drei Jahre nach dem WTO-Beitritt, der im ersten Quartal 2002 erfolgen wird, an Joint Ventures vergeben darf. Überhaupt hat die chinesische Regierung den Handlungsspielraum ausländischer Unternehmen eingeschränkt, indem sie ihnen nicht mehr gewährt, sich mit mehr als 50% an Joint Ventures zu beteiligen.

Beispiel aus der Praxis: Public Private Partnership

Das deutsch-chinesische Joint Venture Allianz Dazhong Life Insurance Ltd. und die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) planen für 2002 ein Public-Private-Partnership-Vorhaben im Krankenversicherungssektor in Shanghai. Dieses wird von der Bundesregierung gefördert. Hinter dem Titel „Healthy Kids Policy“ verbirgt sich ein Förderprogramm für die Mitarbeiter des öffentlichen Krankenversicherungsträgers Shanghais, des Medical Insurance Bureau, sowie für die Krankenhausmanager der Stadt.

Gemeinsam mit einer Shanghaier Universität sollen Methoden des Krankenversicherungsmanagements, Verfahren zur Preisbildung, Gestaltung von Vertragsbeziehungen, Kodierung und Kontrolle für Gesundheitsleistungen sowie die zielorientierte Gewinnung und Bewertung von Informationen zur Verbesserung des Risikomanagements vermittelt werden.

Wichtigstes Ziel ist dabei, den Versichertenanteil von Kindern in Shanghai signifikant zu erhöhen, indem – eine entsprechende Lizenz vorausgesetzt – ein spezielles Krankenversicherungsprodukt für Kinder im Rahmen einer Gruppenversicherung nicht allein Unternehmen, sondern auch den Versicherten der öffentlichen Krankenversicherung zugänglich gemacht wird.

*Dr. Jürgen Hohmann / Christine Lehmann
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
Internet: <http://www.gtz.de>*

