

Patientenpräferenzen und die öffentliche Gesundheitsversorgung in Indien

Der Versorgungsbeitrag der Homöopathie (Teil 2)¹

Von Martin Dinges



Zusammenfassung

Die Patientenwünsche werden mit der tatsächlichen Versorgung in Indien verglichen. Die Nachfrage (12%) nach homöopathischer Behandlung ist doppelt so hoch wie das derzeit genutzte Angebot. Das Angebot im öffentlichen Gesundheitswesen wird in vielen Bundesstaaten ausgeweitet. Allerdings zeigt die Fallstudie zu New Delhi, dass das Bevölkerungswachstum diese Anstrengungen größtenteils konterkariert, sodass seit 1978 nur eine geringfügige Verbesserung erreicht wurde. Deshalb wird die Kooperation mit dem privaten Sektor verstärkt, um auch die bisher weitgehend von der öffentlichen Gesundheitsversorgung ausgeschlossenen Slumbewohner zu erreichen und das Missverhältnis zwischen hoher Nachfrage und schwachem Angebot etwas auszugleichen.

Schlüsselwörter

Patientennachfrage, Indien, öffentliche Gesundheitsversorgung, Arzneimittelmarkt.

Summary

The request of the patients are compared to the actual medical supply in India. The request (12%) for homoeopathic treatment is twice as much as the actually used offer. The offer of public health service is extended in several Indian states. Yet, a study on New Delhi shows that population growth impedes these efforts in a great measure, so that only slight ameliorations have been gained since 1978. This is why cooperation with the private sector is being strengthened. Thus even the inhabitants of the slums, mostly excluded from public health services, could be reached, and the imbalance between high request and weak offer could be somewhat compensated.

Keywords

Patient's request, India, public health service, pharmaceutical market.

Patientenpräferenzen bei der Nutzung der öffentlichen Gesundheitsversorgung in New Delhi

Im ersten Teil wurde dargestellt, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung in Delhi derzeit 92 Dispensaries aufweist, in denen die meisten der ca. 150 homöopathischen Ärzte in städtischen Diensten arbeiten.² Darüber hinaus gibt es noch 45 weitere homöopathische Ambulanzen, die direkt von Mitarbeitern der Stadtverwaltung konsultiert werden können, außerdem 4 für das Personal der staatlichen Versicherung und 14 weitere, die im Rahmen des „Central Government Health Scheme“ für Regierungsangestellte offen stehen.³ Diese Versorgungsdichte ist in Indien sowohl für die Stadt- und Staatsbediensteten als auch für die Gesamtbevölkerung in der Primärversorgung weit überdurchschnittlich.

Die städtischen Dispensaries sind fast alle vormittags von 8–14 Uhr geöffnet. Allerdings wird die Ambulanz häufig erst etwas später geschlossen, da alle Patienten, die sich noch vor 14 Uhr anmelden konnten, behandelt werden sollen. Nur ganz vereinzelt beginnt der homöopathische Arzt in der Ambulanz seine Tätigkeit erst um 14 Uhr und arbeitet dann bis 20 Uhr. Solche Nachmittagsprechstunden werden angeboten, wenn die räumliche Enge keine andere Lösung zulässt. Sie sind aber die Ausnahme – und generell in Indien auch ungewöhnlich. Normalerweise beginnt eine spätere Sprechstunde erst am Abend, in der Regel um 18 Uhr oder 19 Uhr, also nach der Siesta, die wegen des monatelang sehr heißen Klimas (Temperaturen über 40 °C sind keine Ausnahme) geboten ist. Das Nachmittagsangebot der öffentlichen Gesundheitsversorgung wird trotzdem von den Kranken angenommen. Auch die behandelnden Ärzte halten diese Tätigkeit wegen der korrekten Entlohnung offenbar für ausreichend attraktiv.



Abb. 1: Im Gespräch mit Dr. Dr. Ashok Sharma, Chief Medical Officer Homeopathy, Government of Delhi, im Primärversorgungszentrum Virek Vihar, Neu Delhi



Abb. 2: Der Autor mit Dr. Manchanda, Dr. Kumar Mirtumjay, Medical Officer, Allopathy, Government of Delhi, Dr. Dr. Ashok Sharma, sowie der Pharmazeutin im Primärversorgungszentrum Virak Vihar, Neu Delhi

Große Nachfrage für Homöopathie belegt

Fragt man genauer, welche medizinischen Leistungen von den Patienten der Primärversorgung nachgefragt werden, dann ist man zunächst erstaunt, dass es trotz der institutionellen Stärke der Homöopathie in Indien dazu bisher praktisch keine Versorgungsforschung gab. Stattdessen bevorzugt der Central Council of Research ganz eindeutig Forschung zu Arzneimitteln und einzelnen Krankheiten.⁴ Die einzige rühmliche Ausnahme ist die Auswertung der Patientenstatistik der Stadtverwaltung von Delhi, wo man mehr über die Nutzung der Primärversorgungszentren wissen wollte. Manchanda und Kulashreshtha, also ein Homöopath und ein Schulmediziner der städtischen Gesundheitsverwaltung, legten die Studie gemeinsam vor [16]. Hier zeigt sich erneut, welche Forschungsmöglichkeiten sich entwickeln können, wenn die Homöopathie in das öffentliche Gesundheitssystem integriert ist und dadurch ein kollegialer Umgang und eine nüchterne Betrachtungsweise befördert werden [7].

Die Autoren legen Angaben zu 5 Mio. Konsultationen in den Jahren 1999/2000 zugrunde. Knapp ein Viertel (1 197 249) betreffen homöopathische Behandlungen, 3 823 689 die Schulmedizin. Die Nachfrage nach diesen beiden Medizinsystemen war praktisch gleich stark: Die homöopathischen Ärzte wurden im Durchschnitt fast 25 000-mal im Jahr konsultiert, die Allopathen 27 500-mal. Daraus schließen die Autoren, dass die Attraktivität beider Heilsysteme für die Patienten gleich hoch ist, sobald ein Angebot besteht. Übrigens errechnet sich aus diesem Artikel eine Anzahl von 80 behandelten Patienten pro Tag, wenn man 310 Arbeitstage zugrunde legt – bei den Schulmedizinerinnen ist die Patientenfrequenz sogar noch etwas höher. Bekanntlich wird in Indien auch samstags gearbeitet. Bezogen auf die Einzelbehandlung bedeutet dies allerdings, dass die homöopathische Behandlung im Schnitt nur 4,5 Minuten dauern darf.

Nachfrage nach Krankheitsgruppen verschieden

Besonders aufschlussreich ist der Vergleich der **Patientenpräferenzen** bei der Nutzung der beiden Medizinsysteme, wenn man ihn nach Krankheitsgruppen aufschlüsselt. Das geschah hier noch nach ICD 9. •• **Tab. 1** (von Manchanda/Kulashreshtha) bietet einen ersten Überblick.

Zunächst einmal zeigt die Verteilung, dass Ärzte beider Medizinsysteme ganz überwiegend Krankheiten der Atmungsorgane, Infektionen, Hautkrankheiten und der Krankheiten der Verdauungsorgane zu behandeln hatten (62,5% bei Homöopathen, 57,5% bei Schulmediziner). Interessant ist, dass die Patientennachfrage nach homöopathischer Behandlung bei den Infektionskrankheiten sogar etwas höher als diejenige nach Allopathen war. Bei den Atmungsorganen liegt die Schulmedizin vorn. Bei Hautkrankheiten und Verdauungsproblemen, aber auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird die homöopathische Therapie deutlich stärker nachgefragt. Bei der Gruppe der Krankheiten der Geschlechtsorgane, außerdem insbesondere bei den mit der Geburt verbundenen Beschwerden, liegt die Homöopathie sehr deutlich vorne, die Schulmedizin hingegen bei Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselproblemen. Die psychiatrischen Diagnosen, die abweichend von der ICD-Systematik dieser Gruppe zugeschlagen wurden, fallen mit unter 2% nicht ins Gewicht.⁶ Schließlich werden auch Augenprobleme mehr von Allopathen behandelt, Krankheiten des Bewegungsapparates sogar deutlich mehr.

Damit wird bereits ein grobes Profil der Kompetenzzuschreibungen der Patienten an die Medizinsysteme ersichtlich. Die Autoren differenzieren darüber hinaus noch nach den häufigsten Diagnosen innerhalb der Krankheitsgruppen. Dabei zeigt sich z.B., dass unter den Infektionskrankheiten Amöbenkrankheiten, TBC, Malaria, Geschlechtskrankheiten und erst danach Wurmkrankheiten vorwiegende Diagnosen von Schulmedizinerinnen sind, wohingegen infektiöse Durchfallerkrankun-

Tab.1 Morbiditätsprofil der Nutzer in Primärversorgungseinrichtungen in Delhi (1999/2000)⁵

No.	ICD 9 code	Gruppenordnung	Allopathie (in %)	Homöopathie (in %)
1.	001–139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	20,5	21,2
2.	140–239	Neubildungen	0,1	0,1
3.	240–359	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem; Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe; Psychiatrische Krankheiten; Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (hier ohne Augen und Ohren)	10,4	4,3
4.	360–389	Augen- und Ohrenkrankheiten	6,4	4,3
5.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems	1,8	3,7
6.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane	27,4	22,1
7.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane	3,5	8,3
8.	580–599	Krankheiten der Harnorgane	1,4	2,0
9.	600–679	Krankheiten der Geschlechtsorgane; Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	3,5	7,0
10.	680–709	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	6,1	10,8
11.	710–779	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes; Kongenitale Anomalien; Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	2,7	0,8
12.	780–799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	9,2	9,3
13.	800–909 +	Verletzungen und Vergiftungen	7,1	5,9

gen, Viralfieber und Wurmkrankheiten häufiger vom Homöopathen diagnostiziert wurden. Was bei quantitativer Betrachtung der ICD-Gesamtgruppe eingangs als ein ganz ähnliches Konsultationsverhalten der Patienten wirkte, erweist sich auf den zweiten Blick als klar differenzierte Nutzungsstrategie. Ganz analog werden auch bösartige Tumoren den Allopathen, gutartige den Homöopathen vorgestellt. Diabetes mellitus und Schilddrüsenerkrankungen sind beim Schulmediziner häufig, Ernährungsdefizienzen beim Homöopathen vorrangig, beide behandeln Anämien.

Insgesamt deuten die Autoren die Patientenpräferenzen anhand der Schwerpunkte der diagnostizierten Krankheiten so, dass die Patienten mit Akutkrankheiten eher zum Schulmediziner, diejenigen mit subakuten und chronischen Krankheiten eher zum Homöopathen in die Sprechstunde gehen. Teilweise kann man m.E. die Liste

aber auch so interpretieren, dass schwerwiegendere Krankheitsbilder – nicht nur bei Infektionen – eher, aber nicht durchgehend dem Schulmediziner überantwortet werden.

Von der Homöopathie überzeugt

Darüber hinaus belegt eine 2003 von einer unabhängigen Agentur für die Stadt Delhi durchgeführte repräsentative Befragung, dass die Patienten mit der homöopathischen Behandlung zufrieden sind: Die Hälfte der 750 Befragten war sehr zufrieden, 39% zufrieden, 10% neutral und nur 1% unzufrieden.⁷

Die Nutzer der homöopathischen Sprechstunde sind von der Überlegenheit der Homöopathie zu 85,2% überzeugt. Trotzdem nehmen sie zu fast 17% parallel auch andere Medizinsysteme in Anspruch und halten diese Kom-

bination für die beste Art der Versorgung. Nur 4 % halten die Schulmedizin für besser, 1 % Ayurveda, noch weniger Unani. Danach hat man es hier einerseits mit einer von der Homöopathie recht überzeugten Patientenschaft zu tun. Andererseits ist diese aber keineswegs dogmatisch, denn jeder Sechste probiert Alternativen aus – manche sogar sämtlichen genannten Systeme – oder nutzt sie sogar parallel.⁸ Die Beliebtheit der Homöopathie erklärt sich auch in dieser Studie – wie schon vorher in vielen anderen – erstrangig mit ihrer Sicherheit, also den geringen Nebeneffekten, die fast die Hälfte der Patienten als Grund nennt. Es folgen, nur noch fast halb so wichtig, frühere gute Erfahrungen mit dieser Heilmethode sowie dann die Einfachheit der Arzneimittelaufnahme. Diese recht positive Einschätzung der Homöopathie durch die in New Delhi befragten Nutzer der Primärversorgung ist also gut belegt. Was aber lässt sich generell über die Nachfrage der Patienten nach homöopathischer Behandlung und ihre Erwartungen an die Homöopathen in Indien herausfinden?

Allgemeine Patientenpräferenzen und Nutzung verschiedener medizinischer Systeme in Indien

Frühere Studien, die das ganze Land in den Blick nahmen, hatten je nachdem, ob man allgemein nach allen Krankheitsepisoden oder lediglich nach dem Verhalten bei bestimmten Krankheiten gefragt hatte, für die Nutzung nicht-schulmedizinischer Verfahren lediglich Werte von 5–8 % erbracht.⁹ Die erste wirklich repräsentative Untersuchung zur tatsächlichen Nutzung der „einheimischen Medizinsysteme und der Homöopathie“ in Indien wurde 2004 publiziert. Sie beruht auf einer Befragung von 45 000 zum Zeitpunkt der Umfrage tatsächlich kranken Personen in 33 666 Haushalten, die sowohl geographisch als auch hinsichtlich des Anteils städtischer und ländlicher Bevölkerung das ganze Land gut abbilden. Zeitpunkt der Untersuchung waren die Jahre 2001/2002, also kurz nach der Studie zu New Delhi. In Indien bevorzugen 32,4 % der Bevölkerung die nicht schulmedizinischen Verfahren bei leichten Beschwerden, 18 % bei schwereren Krankheiten. Die landesweite Präferenz für die Schulmedizin ist also massiv: 67,6 % der Patienten bevorzugen die Allopathie schon bei leichten Beschwerden, 82 % bei starken.

Die generelle Präferenz für die Nutzung der Homöopathie lag in ganz Indien bei 12,7 % bei leichteren Beschwerden und bei 11,4 % bei ernsthaften Krankheiten. Das ist beachtlich, weil allein dieser Wert für die Homöopathie bereits viel höher liegt als die früher für sämtliche „indigenen“ Systeme und die Homöopathie ermittelten Nachfragedaten. Außerdem zeigt die geringe Abweichung zwischen beiden Werten, dass die Patienten den homöo-

pathischen Ärzten die Therapie schwerer Krankheiten genau so wie diejenige leichter Leiden zutrauen. Homöopathie wird in Indien also nicht als Heilweise gesehen, die nur für harmlose Probleme geeignet ist. Die Vergleichswerte für Ayurveda (18,7 % und 5 %) sind gerade in dieser Hinsicht deutlich weniger gut: Ayurveda wird, wenn es ernst wird, wesentlich weniger zugehört.

Wohlhabende bevorzugen Homöopathie

Für alle alternativmedizinischen Richtungen gilt, dass sie in jenen Distrikten überdurchschnittlich bevorzugt werden, in denen sie besser verbreitet sind. Das deutet auf Wachstumspotenziale bei Ausweitung des Angebots hin. Weitere Punkte zur Verbreitung der Homöopathie sind bedeutsam: Die Präferenz für die Homöopathie ist in Stadt und Land praktisch identisch, während sich insbesondere Ayurveda als stärker auf dem Land verankert erweist. Auch weist die Homöopathie Anhänger in allen Bildungsniveaus auf, allerdings mit einem erhöhten Wert bei den höchsten Abschlüssen. Bei leichten Beschwerden bevorzugen Personen mit den geringsten und mit den höchsten Abschlüssen die Homöopathie überdurchschnittlich, bei schwereren Problemen sind ihr besonders die sehr gut Ausgebildeten treu, während die am schlechtesten Ausgebildeten zu anderen Angeboten wechseln. Diese soziale Spreizung der Präferenzen zeigt sich noch deutlicher, wenn man die Einkommensverteilung zugrunde legt.¹⁰ Die Bedeutung der Entscheidung für ein bestimmtes Heilverfahren nimmt demnach mit steigendem Bildungsniveau zu. Oder anders ausgedrückt: Das Vertrauen der besser Ausgebildeten und besser Verdienenden in das Medizinsystem ihrer Wahl ist stärker.

Diese soziale Ausdifferenzierung der Nutzerpräferenzen, die übrigens für Ayurveda ähnlich ist, dürfte damit zusammenhängen, dass es sich wohlhabende Patienten eher leisten können, einige Tage wegen Krankheit den Arbeitsplatz nicht aufzusuchen, während insbesondere in den untersten Einkommensgruppen der ökonomische Zwang, die nächste Mahlzeit verdienen zu müssen, wenig Spielräume für eine längere Schonzeit lässt: So zielt z.B. die Erwartung von Slumbewohnern vor allem auf eine schnelle Beseitigung der Arbeitsunfähigkeit. Diese traut man eher der Allopathie zu.¹¹ Jedenfalls weisen auch die Autoren der repräsentativen Studie darauf hin, dass die positivere Bewertung von Homöopathie und Ayurveda durch die Wohlhabenderen auf steigende Chancen dieser Verfahren am Markt hindeute. Bekanntlich werden dem indischen Gesundheitsmarkt märchenhafte Wachstumsraten prophezeit.¹² Dementsprechend bieten sich hier auch gute Chancen für die Homöopathen. Es wird deshalb interessant sein, diese Befunde von 2001 mit den Ergebnissen der soeben begonnenen, zweiten repräsentativen Erhebung zu vergleichen.¹³

Praktische Gründe pro und contra Homöopathie

Leider sind die Gründe, bevorzugt Homöopathie zu nutzen, nicht getrennt von den anderen medizinischen Verfahren in der Studie ausgewiesen.¹⁴ Kumuliert für die „einheimischen Medizinsysteme und die Homöopathie“ ergibt sich aber folgendes Bild: Geringe Nebeneffekte führen als Grund mit 31 % vor geringen Kosten mit 30 %. Die Kosten einer homöopathischen Behandlung lagen bei etwa 62 % der Aufwendungen für eine schulmedizinische Konsultation.¹⁵ Erst nach den Kosten werden die Wirksamkeit (25 %) des Heilverfahrens und die leichte Erreichbarkeit eines Arztes mit 11 % genannt – also die Bevorzugung eines Medizinsystems nach dem Zufallsprinzip. Wichtig ist dabei für die Patienten die Möglichkeit, den Arztbesuch möglichst unaufwendig in den eigenen Alltag einzubauen. Zeitaufwand und Kosten für Transportmittel können dabei besonders bei Ärmeren ins Gewicht fallen. Gegen die Nutzung dieser Medizinsysteme sprächen die Langsamkeit der Heilungsfortschritte (28 %), das Fehlen von entsprechenden Behandlern vor Ort (27 %), mangelndes Zutrauen in das Verfahren (12 %), das Fehlen entsprechender Arzneimittel vor Ort (5 %) sowie eine Vielfalt nicht spezifizierter, weiterer Gründe. Man sieht, dass hier eine Ausweitung des Angebots den alternativen Verfahren besonders zugute käme, denn lokal nicht vorhandene Anbieter sind das zweitgrößte Hindernis für die Inanspruchnahme. Auch erklärt sich aus diesen Bemerkungen die Bedeutung der Arzneimittelausgabe durch die Ärzte selbst, denn gerade die Versorgung mit Arzneien der „Alternativsysteme“ ist besonders schlecht.

Schließlich hatten die Befragten auch noch eine Präferenz für die Behandler je nach Schwere der Symptome: Bei leichteren Krankheiten wollten sie lieber von den Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst behandelt werden, bei ernsthafteren von den Privatärzten. Offenbar wird den niedergelassenen Ärzten mehr zugetraut, sodass die Patienten dann auch bereit sind, mehr dafür zu bezahlen, während sie für die leichteren Beschwerden gern die öffentlich finanzierte Gratisbehandlung in Anspruch nehmen. Eine Differenzierung je nach den Heilverfahren weist die Studie auch hier nicht aus.

Hinsichtlich der tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlung zeigt sich zunächst erneut, dass frühere Studien die Nutzung viel zu gering eingeschätzt hatten, denn die Homöopathie alleine erbringt schon Werte, die bisher der Gesamtnutzung „indigener Medizinsysteme und der Homöopathie“ zugeschrieben wurden. Die Nutzungswerte belegen allerdings auch erhebliche Abweichungen von den geäußerten Präferenzen der Patienten: Nur noch 6,3 % gingen zum Homöopathen, 7,1 % zum Ayurveda-Arzt, 85,6 % zum Allopathen. Der Rest verteilt sich auf Unani und Siddha mit zusammen weniger als 1 %. Die Lücke zwischen der Patientenpräferenz für die Homöo-

pathie von 12,7 % und der tatsächlichen Inanspruchnahme ist also enorm: Doppelt so viele Patienten würden die Homöopathie nutzen, wenn es nur ein entsprechendes Angebot gäbe. Das belegt die glänzenden Aussichten für die Homöopathie während der nächsten Jahre, wenn es ihr gelingt, in entsprechender Anzahl Ärzte auszubilden.

Überwiegend Frauen in der homöopathischen Praxis

Schließlich soll noch auf die in Indien ebenfalls stark ausgeprägte Genderdifferenzierung in der Nutzung der Homöopathie hingewiesen werden. Dazu muss man allerdings zunächst daran erinnern, dass Frauen in vielen Ländern in Arztpraxen, unabhängig von der medizinischen Richtung, mit ca. 60 % der Patienten stark überrepräsentiert sind.¹⁶ Allgemeine Daten zur geschlechtsspezifischen Nutzung von Arztpraxen in Indien sind mir nicht bekannt. Allerdings gibt es Studien zur Nutzung der Homöopathie. Frauen nehmen sie in Indien deutlich mehr in Anspruch als Männer: So nutzen 46,9 % Frauen, aber nur 29,9 % Männer und 23,2 % Kinder die Primary Health Care Centers in Delhi.¹⁷ Bei einer ungefähren Gleichverteilung des Geschlechts der Kinder entspräche das etwa 41,5 % Personen männlichen Geschlechts und 58,5 % Frauen und Mädchen. Dies sind die belastbarsten Daten, denn sie beruhen auf der Auswertung der 1 875 654 Konsultationen im Jahr 2010. Tatsächlich ist der Frauenanteil in der indischen Bevölkerung (940 pro 1000 Männer) und insbesondere in Delhi (nur 833) deutlich niedriger als derjenige der Männer.¹⁸ Deshalb sind die Frauen noch stärker überrepräsentiert. Qualitative Befunde, die allerdings jeweils nur einige Praxen betreffen, bestätigen insgesamt diese Verteilung: So konstatierte Frank [9] für Kalkutta ebenfalls einen höheren Anteil von Frauen und Kindern in homöopathischer Behandlung.¹⁹

Ältere quantitative Befunde legen sogar die Hypothese nahe, dass es sich hier um ein langfristig stabiles Muster handeln dürfte, das selbst bei einer Bevölkerung schon galt, die zur Hälfte durch eine ländliche Herkunft geprägt war. Bereits für 1968 wurde in einer repräsentativen Befragung von 500 Haushalten der in der Nähe von Delhi gelegenen Stadt Ghaziabad festgestellt, dass aus der Gesamtbevölkerung nur 3,8 % der Männer, aber 4,9 % der Frauen die Homöopathie bevorzugten.²⁰ Das entspräche bei einer gleichen Verteilung von Frauen und Männern in der Bevölkerung 56,3 % Frauenanteil. Schon für das Jahr 1968 müsste der Wert – bei damals 940 Frauen pro 1000 Männer in Indien – ebenfalls erhöht werden. Ansonsten war schon 1968 die Anzahl der Kinder unter den Befragten besonders hoch: 6,8 % würden Homöopathie nutzen – was wahrscheinlich eine Entscheidung der

Mütter war.²¹ Insgesamt ist jedenfalls wichtig, dass sich das Nutzungsverhalten der Inder und Inderinnen unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten quantitativ nicht von demjenigen in wohlhabenden, postindustriellen Gesellschaften unterscheidet.²²

Allopathie beim Homöopathen

Hinsichtlich weiterer Erwartungen der Patienten sei hier nur an einige Punkte aus dem ersten Teil des Aufsatzes erinnert. Im Unterschied zu Deutschland wünschen sich indische Patienten eine zügige Anamnese und wie hier eine effiziente Behandlung, worunter wohl die meisten Patienten verstehen, dass die Symptome schnell behoben sein sollen. Letzteres mag übrigens der Grund sein, warum nicht wenige als Homöopathen ausgebildete Ärzte allopathisch behandeln. Damit ist nicht die Nutzung der schulmedizinischen Diagnostik gemeint, die vielfach zumindest zusätzlich herangezogen wird, sondern die Verschreibung allopathischer Arzneien. Diese Praxis ist in Indien Gegenstand erheblicher Diskussionen sowie öffentlicher Skandale, weil ausgebildete Homöopathen nicht schulmedizinisch behandeln dürfen und im Fall einer erfolgreichen Klage der Patienten bei Gericht erhebliche Schadensersatzforderungen zu gewärtigen haben.²³ Außerdem schädigen solche Vorfälle das Ansehen der Homöopathie in der Öffentlichkeit. Als Grund für den Wechsel des Arztes zu schulmedizinischen Behandlungsformen wird vor allem der Wunsch der Patienten nach schneller Beruhigung der Symptome angegeben – außerdem bessere Verdienstmöglichkeiten für den Arzt sowie die leichtere Handhabbarkeit der Schulmedizin. Bei diesen Therapien kommt es aber durchaus vor, dass der Behandler entsprechend seiner Ausbildung adjuvant homöopathisch ordiniert, weil er dem Patienten die längerfristigen Heilwirkungen der Homöopathie zugute kommen lassen will. Wie wichtig die von Medizinhnologen früher stark betonte, kulturspezifische Nähe in der Symptombeschreibung zwischen Homöopathie und „traditioneller indischer Krankheitsbeschreibung“ ist, sei dahingestellt.²⁴

Kehren wir nun nach dieser Analyse der Nutzererwartungen in Indien zurück in die Hauptstadt und fragen, ob die städtische Gesundheitsverwaltung das Angebot entsprechend den großen Patientenerwartungen ausweiten konnte.

Verkleinerung der Lücke in der öffentlichen Gesundheitsversorgung in New Delhi?

Faktisch hat die Gesundheitsbehörde seit 1978 versucht, das Angebot auszuweiten. Damals bestanden nur 28 homöopathische Ambulanzen innerhalb der städtischen

Tab. 2 Versorgung mit Homöopathen in der öffentlichen Primärversorgung (PHC) in Delhi²⁵

Bevölkerung (in Mio.)	homöopathische Ärzte	homöopath. Arzt/ Einwohner in PHC
1971: 4,1	keine Angabe	
1978: 5,6	28	200 000
1991: 9,4	keine Angabe	
1999: 11,9	48	248 000
2003: 14,5	57	254 000
2008: 15,9	88 ²⁶	181 000
2010: 16,4	92	178 000

Primärversorgung, 1999 waren es bereits 48, mittlerweile sind es über 90 (•• Tab. 2). Diese rasch wachsende Zahl von Homöopathen im öffentlichen Dienst relativiert sich allerdings, wenn man sie in ein Verhältnis zum schnellen Wachstum der Stadtbevölkerung setzt. Dann zeigt sich, dass die Versorgungsdichte in der öffentlichen Gesundheitsversorgung seit 1978 zunächst bis 2003 immer geringer wurde. Erst danach konnte man durch gezielten Ausbau, insbesondere bis 2008, Verbesserungen erreichen. Seither verbessert sich die Lage aber nicht weiter. So kommt im Jahre 2010 immer noch lediglich ein einziger homöopathischer Behandler in der Primärversorgung auf 178 000 Bewohner. Das Wachstumstempo der homöopathischen Versorgung hat sich in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts gegenüber früheren Jahrzehnten nur vorübergehend erhöht. Statistisch holt das galoppierende Bevölkerungswachstum der Metropolregion alle Bemühungen zur Ausweitung der Versorgung wieder ein, sodass man gegenüber der Ausgangssituation im Jahre 1978 nur 11 % gewonnen hat.

Kostenvorteil schwindet

Für beschleunigtes Wachstum der Homöopathie im öffentlichen Gesundheitsdienst konnte noch anfangs der letzten Dekade insbesondere mit Kosten-Nutzen-Überlegungen geworben werden, die bezeichnenderweise der Titelgebende Hauptgegenstand der Studie von Manchanda und Kulashreshtha [16] sind. Der Vergleich der Aufwendungen für homöopathische und allopathische Behandlungen auf der sehr soliden Datengrundlage von ca. 5 Mio. Konsultationen ist dafür höchst aufschlussreich. Danach war innerhalb dieses identischen institutionellen Rahmens eine schulmedizinische Behandlung um das

Jahr 2000 5-mal so teuer wie eine homöopathische (Schulmedizin: 76,9 Rupien, damals € 1,32, zu 15,4 Rupien, damals € 0,26). Sowohl Arznei- als auch insbesondere die Personalkosten waren bei den Allopathen höher. Jedenfalls sprach die Kostenseite damals entschieden für eine Ausweitung des Angebots an Homöopathie, was seither in New Delhi auch geschah.

Mittlerweile wurde die Versorgungsforschung weitergeführt. Nach neuesten Ergebnissen schmolz der Kostenvorteil für die Homöopathie sehr zusammen, denn seit 2002 haben die homöopathischen Ärzte ein deutlich höheres Gehalt als vorher. Seither werden sie genauso bezahlt wie ihre schulmedizinischen Kollegen, was sicher als professionspolitischer Erfolg zu werten und eine Anerkennung der Qualität ihrer Arbeit ist.²⁷

Die homöopathische Behandlung bleibt trotzdem kostengünstiger als die Schulmedizin, da deren Arzneimittelausgaben höher sind. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Einrichtung einer homöopathischen Ambulanz unter dem gleichen Dach wie ein schulmedizinisches Dispensary von den ärztlichen Vertretern der Allopathie durchgehend akzeptiert wird. So halten das 87% der 53 Befragten für unproblematisch: Ebenso viele Schulmediziner erklärten bei einer Umfrage außerdem, Patienten an die homöopathischen Kollegen zu überweisen.²⁸

Neue Wege: Public-Private Partnerships als Lösung für die Versorgungslücke?

Trotz der offenbar hohen Akzeptanz der Homöopathie, nicht nur bei den Patienten, sondern selbst bei den Schulmedizinerinnen, bleibt die Unterversorgung mit Homöopathen im öffentlichen Gesundheitswesen weiterhin eine große Herausforderung. Aus der Perspektive der Verwaltung verschärft sich das Problem noch beim Blick auf den Haushalt, denn das Argument des Kostenvorteils spricht seit 2002 weniger stark für den Ausbau von Stellen für homöopathische Ärzte. Es lag deshalb nahe, kostengünstigere Lösungen für einen schnelleren Ausbau der Versorgung zu suchen. So prüfte das städtische Direktorat für Homöopathie die Einbeziehung privater, zumeist wohltätiger, kirchlicher oder von Nichtregierungsorganisationen (NGOs) getragener Dispensaries in das Netzwerk der öffentlichen Versorgung: Warum sollte man weitere städtische Primärzentren schaffen, wenn es vor Ort bereits ähnliche Angebote gab? Eine Lösung könnten sog. „Public-Private Partnerships“ (PPP) sein.²⁹

Diese Überlegungen entsprechen einem weltweiten Trend innerhalb der Gesundheitspolitik, die Grenzen der Leistungsfähigkeit öffentlicher Gesundheitssysteme zur Kenntnis zu nehmen und gleichzeitig die Beiträge anderer Anbieter zur Gesundheitsversorgung einzubeziehen.³⁰

Eine gewisse Parallele zur positiveren Einstellung zum medizinischen Pluralismus, der sich seit einigen Jahren von der WHO bis zu den nationalen Regierungen verbreitet, ist hier feststellbar. In beiden Fällen steht nach den Lippenbekenntnissen in entsprechenden Verlautbarungen und internationalen Konferenzdokumenten die Umsetzung noch an. Außerdem wird man auch einen medizinischen Pluralismus mit frei wählenden Patienten von einem medizinischen Pluralismus als Billig- und Schlechtversorgung für die weniger Bemittelten unterscheiden müssen, der als „Zwangspluralismus“ kritisiert wird; s. dazu demnächst [8].

Ein erster Schritt dazu ist es, überhaupt von der staatszentrierten Perspektive, die in der bisherigen Gesundheitsplanung obwaltete, abzugehen und die anderen Anbieter wahrzunehmen. Öffentliche Gesundheitsstatistik kann sich dann nicht mehr nur auf die Zusammenstellung der anerkannten Einrichtungen beschränken, sondern muss ein Inventar der tatsächlich in großer Zahl tätigen anderen Versorger erstellen.³¹ Weitere Hoffnungen der stärkeren Einbeziehung des privaten Sektors sind Effizienzsteigerungen. Allerdings bleiben die im öffentlichen Bereich bestehenden Probleme der unzureichenden Qualitätskontrolle auch bei Kooperationen mit dem privaten Bereich bestehen oder dürften sich sogar verschärfen, da hier der mögliche Durchgriff auf die Partner noch schwieriger ist als bei Angestellten des öffentlichen Gesundheitswesens, die auch zu wenig kontrolliert werden.³² Der Privatsektor tendiert zu Gewinnmaximierung durch betriebswirtschaftliche „Effizienzsteigerungen“ wie überzogenen diagnostischen Aufwand oder reduzierte Pflegeaufwendungen, die teilweise wenig gesundheitsförderlich sind; der öffentliche Sektor hat Versorgungsziele und beachtet häufig zu wenig die Kostenseite. NGOs haben ebenfalls vorrangig das Ziel, zumeist unterversorgte Teile der Bevölkerung besser zu stellen. Je nach Interessenlage müssen Kooperationen diese teilweise widersprüchlichen Zielsetzungen durch entsprechende Verträge kompatibel machen. Seit dem neunten Fünfjahresplan (1997–2002) ist es jedenfalls erklärtes Ziel der indischen Gesundheitspolitik, auch einen Teil der Primärversorgung durch die ca. 7000 im Gesundheitsbereich tätigen NGOs übernehmen zu lassen. Bisher waren sie in Indien vor allem als Krankenhausträger bekannt, die etwa 13% der Betten vorhielten.³³

Aufschlussreiches Pilotprojekt

In Delhi liegen nun die Ergebnisse eines Pilotprojekts vor, bei dem seit 2003 – also erst nach dem Ende der oben genannten Fünfjahresplanperiode (!) – zunächst 5, 2006 dann 5 weitere, bestehende NGO-Ambulanzen Kooperationen mit der öffentlichen Gesundheitsverwaltung eingingen.³⁴ Der relativ späte Beginn des Pilotprojekts,

selbst am Regierungssitz, illustriert die erhebliche strukturelle Trägheit indischer Verwaltungen, die immer wieder zu einer genauen Unterscheidung zwischen Programmklärungen und Praxis zwingt. Ausgewählt wurden die Partnerambulanzen vor allem unter dem Gesichtspunkt, die Slumbewölkerung in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Das sind immerhin 52 % der Stadtbewölkerung, von denen ein Drittel keinerlei Zugang zu Trinkwasser oder sanitären Einrichtungen hat. Unterernährung, insbesondere der Kinder, sowie Mütter- und Säuglingssterblichkeit sind extrem. Zum Gesundheitsstatus dieser Population ist aufschlussreich, dass 75 % an Durchfallerkrankungen und 63 % an Anämie leiden.³⁵ Mit der Stärkung einer ärztlichen Ambulanz wollte man gleichzeitig die Bevölkerung von den ortsüblichen, nicht akademisch ausgebildeten Heilern abbringen. Diese sichern nämlich den allergrößten Teil der medizinischen Versorgung in den Elendsvierteln [2].

Durch die Kooperation wurden die Dispensarien, die teilweise nach einer besseren Performance in der Gründungsphase im Niedergang waren, in die Lage versetzt, die Öffnungszeiten von durchschnittlich 2 Stunden pro Tag auf das Drei- bis Fünffache zu erhöhen. Dies war möglich, weil man jeweils statt eines nur in Teilzeit beschäftigten einen ganztags tätigen, homöopathischen Arzt anstellte. Das erwies sich auch als Voraussetzung für eine nachhaltige Erhöhung der Patientenfrequenz. War der Arzt schlecht, da eher nach Familienzugehörigkeit des Stifters ausgewählt, und/oder häufiger abwesend, dann half auch die verstärkte staatliche Unterstützung nicht weiter. Die Behandlungskosten pro Patient lagen in allen Ambulanzen – unterschiedlich weit – unterhalb der Aufwendungen in den städtischen Primary Health Care Centers.

Probleme ergaben sich aus der administrativen Verfassung dieser oft kleinen, wenig gefestigten Einrichtungen. Die Evaluation der medizinischen Qualität des Angebots ist schon im öffentlichen Bereich nicht einfach; hier könnte sie nur durch regelmäßige Visitationen beurteilt werden, wozu der öffentlichen Verwaltung offenbar das Personal fehlt. Jedenfalls erwies sich der Einjahresrhythmus als unzureichend. Stattdessen wird eine vierteljährliche Überprüfung für notwendig gehalten. Auch müssen die Einhaltung der vereinbarten Öffnungszeiten, die Präsenz des Behandlers und die Ausstattung mit Arzneien kontrolliert werden. Solche Primärversorgungseinrichtungen haben außerdem ein Kassenbuch, ein Rezeptkopierbuch, eine Bestands- und Ausgabeliste für Arzneien sowie ein Gehaltsregister zu führen. Fehlten, wie in einer der genauer untersuchten Ambulanzen des Pilotprojekts, nach einem angeblichen Einbruch sämtliche Unterlagen, so waren auch Nachfragen in der Nachbarschaft notwendig, um festzustellen, ob die Ambulanz überhaupt existiert hatte. In diesem Fall musste man feststellen, dass man einem Betrüger auf den Leim gegangen war.

Gibt man einem solchen Dispensary öffentliche Gelder, dann muss darüber angemessen Buch geführt werden, damit der zweckentsprechende Nachweis der Mittelverwendung belegt werden kann. Dazu fehlte es bei den kleinen Einrichtungen oft an Grundkenntnissen, was insbesondere für die Formerfordernisse bei der Abrechnung öffentlicher Zuschüsse galt. Andererseits prüfte die Stadtverwaltung die vorgelegten Abrechnungen viel zu zögerlich, sodass die weitere Mittelzuweisung sehr verzögert wurde. Das führte zu einer verspäteten Zahlung des Gehaltes an den Arzt und die weiteren Beschäftigten. Die Probleme in diesem Bereich wurden von den Betreibern der Ambulanzen besonders gerügt, da die NGOs kein ausreichendes Kapital zur Überbrückung der zugesagten Subventionen hatten und die Mitarbeiter durch die verzögerte Entlohnung demotiviert wurden.

Konsequenzen für die Zukunft

Die Chancen solcher Public-Private Partnerships liegen aber trotzdem auf der Hand: Man könnte die bestehende enorme Versorgungslücke schneller und zu geringeren Kosten schließen. Das beschriebene Pilotprojekt erbrachte wichtige Erfahrungen zur tatsächlichen, nicht geringen Leistungsfähigkeit dieser Privatambulanzen und zu ihren Potenzialen sowie den hauptsächlichsten Schwierigkeiten bei der Kooperation.³⁶ In Zukunft will man gezielter nach besonders unterversorgten Gebieten Ausschau halten und in die Entscheidung über die Auswahl der Ambulanzen die örtlichen „Honoratioren“ einbeziehen, um sich eine Wiederholung des Betrugsfalls zu ersparen. Die zu geringe Verwaltungserfahrung der Betreiber soll durch entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen erhöht werden. Die Qualitätskontrollen müssen regelmäßiger stattfinden und die Abrechnungen schneller geprüft werden. Außerdem wird eine Grundfinanzierung für die Raummiete vorgeschlagen, eine Mindestpatientenfrequenz für Kooperationspartner festgelegt und darauf bestanden, dass mindestens 25 % der Patienten – statt der im Pilotprojekt lediglich erreichten 5–10 % – wirklich kostenfrei behandelt werden. Die anderen, zahlenden Patienten sollen die Grundfinanzierung der bestehenden Ambulanz sichern. Zur Sicherung der Kontinuität der Versorgung soll die NGO-Ambulanz eine Kautionshöhe von 6 Monatsausgaben hinterlegen. Außerdem müsse eine Registrierung für die Betätigung im Gesundheitsbereich verlangt werden, die auch zu einer Zertifizierung führen könne. Die bisherige Verwaltungsstrategie, sich nach 5 Jahren aus der Finanzierung zurückziehen, solle aufgegeben werden. Stattdessen solle man sich auf eine dauerhafte Teilförderung einstellen, um das Ziel einer besseren Minimalversorgung der Ärmsten zu verfolgen.



Abb. 3: Nummerierte Komplexmittel aus dem 2010 aktuellen Katalog von Dr. Schwabe/India für bestimmte Krankheiten

Auf der Grundlage dieser Überlegungen hat die Stadtverwaltung für die nächste Planperiode 2012–2017 ein Konzept für den Ausbau dieser Kooperationen vorgelegt.³⁷ Ziel ist es, eine Versorgungsdichte von einem homöopathischen Arzt in öffentlichen Ambulanzen und den Partnereinrichtungen pro 50 000 Bewohner zu erreichen. Das entspräche einer Vervielfachung des derzeitigen Angebots und würde schon bei gleich bleibender Stadtbevölkerung die Rekrutierung von mindestens 300 weiteren Ärzten voraussetzen. Faktisch müssten es wegen Urlaub und sonstigem Vertretungsbedarf sowie zusätzlichem Verwaltungs- und Kontrollaufwand noch wesentlich mehr sein. Man wird abwarten müssen, ob die hoch gesteckten Ziele tatsächlich in 5 Jahren erreicht werden können. Ich habe das hier so ausführlich dargestellt, weil dieses Beispiel sehr konkret illustriert, warum es in Indien für die Homöopathen so schwer bleibt, das ganz offensichtlich bestehende Nachfragepotenzial auch im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung wirklich auszuschöpfen und welche Wege derzeit beschränkt werden, um sich diesem Ziel zu nähern.

Homöopathie im Web

Ein weiterer Versuch, der diesem Ziel dient, ist eine Webseite zur Homöopathie mit der Möglichkeit von Konsultationen. In Anbetracht der schnell steigenden Anzahl

von Haushalten mit Internetanschluss entschied sich das Homöopathiedirektorat der städtischen Gesundheitsverwaltung in Delhi im Jahr 2001 für ein entsprechendes Pilotprojekt.³⁸ Die Webseite wurde während der ersten 8 Jahre eine halbe Million Mal aufgerufen. In diesem Zeitraum suchten 2095 Personen eine schnelle Antwort auf eine formlos eingereichte Frage; fast 1300 Patienten erbaten eine Beratung, nachdem sie ein entsprechendes Formular ausgefüllt hatten. Derzeit läuft eine abschließende Auswertung dieses Projekts. Schon jetzt lässt sich festhalten, dass die Nachfrage aus ganz Südasien kam, sodass die Stadtverwaltung hier faktisch einen Service aufbaut und bezahlt, der weit über ihren Zuständigkeitsbereich hinausgeht. Außerdem stieg die Inanspruchnahme während der 8 Jahre kontinuierlich an. Wichtig sei, dass hier eine Nachfrage bedient wird, die ein höheres Maß an Vertraulichkeit ermöglicht und sogar kostengünstiger als die persönliche Beratung sei. Unsinnige Anfragen könnten weitgehend ausgeschlossen werden, wenn man in Zukunft aus diesem Beratungsangebot eine kostenpflichtige Dienstleistung macht. Jedenfalls trage auch diese Webseite dazu bei, die Homöopathie präserter zu machen und das Vertrauen in ihre Leistungsfähigkeit zu stärken.

Arzneimittelversorgung

Die Arzneimittelversorgung in den Primary Health Care Centers, um mit dem öffentlichen Gesundheitswesen zu beginnen, bleibt generell offenbar ebenso problematisch wie bei schulmedizinischen Medikamenten. Bekanntlich werden die Arzneien vom Staat in sehr großen Packungen von hunderten oder auch tausenden von Tabletten bzw. entsprechend großen Mengen im Fall von Flüssigarzneien geliefert. Das lädt offenbar in hohem Maß zu Missbrauch ein: Zur Erhöhung ihrer persönlichen Einnahmen zweigen korrupte Mitarbeiter Teile dieser Lieferungen für Privatgeschäfte ab. Auch verschreibungspflichtige, allopathische Medikamente erreichen auf diesem Weg den Schwarzmarkt und die nicht akademisch qualifizierten Praktiker. Diese verkaufen die Tabletten dann einzeln in den Slums. Ob und inwieweit dies auch für homöopathische Arzneien gilt, ließ sich bisher nicht verifizieren.³⁹ Jedenfalls wurde das Problem der ganz unzureichenden Versorgung der öffentlichen Ambulanzen mit Arzneien z.B. beim Besuch des indischen Staatsministers für Gesundheit anlässlich des Nationalen Homöopathenkongresses im Dezember 2010 in Delhi explizit sowohl vom Vorsitzenden der Homoeopathic Medical Association of India als auch vom Präsidenten des Central Council of Homoeopathy (also einer Bundesoberbehörde) angesprochen.⁴⁰ Bei solchen Gelegenheiten wird vom verantwortlichen Minister Abhilfe gelobt, allerdings pflegt die Umsetzung oft schon auf den unteren

Ebenen seiner Behörde nicht zu folgen, geschweige denn in der Alltagspraxis vor Ort.

Darüber hinausgehende, generelle Aussagen zur Arzneimittelversorgung sind schwierig. Es fällt jedenfalls auf, dass etliche Ärzte und viele Ambulanzen Arzneimittel direkt selbst vertreiben oder räumlich und institutionell sehr eng mit einer Apotheke vor Ort zusammenarbeiten. Die Anzahl der vom AYUSH-Department lizenzierten Apotheken, die homöopathische Arzneien verkaufen dürfen, fiel in wenigen Jahren von fast 10 auf unter 7% aller Apotheken im Land.⁴¹ Das spricht jedenfalls nicht für eine Erhöhung der Zugänglichkeit homöopathischer Arzneien außerhalb der Institutionen, die selbst behandeln, und verweist auf eine gewisse Randständigkeit der Homöopathie in diesem Vertriebsweg. Es sei hier daran erinnert, dass in den Repräsentativerhebungen ein Teil der Patienten, die die Homöopathie gerne nutzen würden, auf die mangelhafte Arzneiversorgung als wesentliches Nutzungshindernis hinwies. Vielleicht hat sich sogar die „Marktpenetration“ der Homöopathika verschlechtert, wenn man keinen Ausgleich durch eine bessere Verteilung in der Fläche oder durch Alternativangebote in Praxen annimmt. Gleichzeitig stieg übrigens der Anteil der für Ayurveda lizenzierten Apotheken von 81 auf 86%, was die sehr viel bessere Präsenz dieses Angebotes in der Fläche zeigt.

Außerdem scheint die Arzneimittelversorgung auch regional sehr unterschiedlich zu sein. So weist Margao, die mit 70 000 Einwohnern größte Stadt im Süden des Bundesstaates Goa, immerhin 2 Apotheken mit homöopathischen Arzneien im Angebot auf. Wie die weitere Verteilung homöopathischer Apotheken in diesem kleinen Bundesland mit einer eigenen Ausbildungsstätte für Homöopathen ist, ließ sich nicht ermitteln. Bei dem Besuch in Margao stellten wir die völlig dominante Rolle von Komplexmitteln im Sortiment fest. Sie scheinen, zieht man die Angebotskataloge der großen Hersteller zurate (•• Abb. 3 und 4), auch sonst in Indien eine erhebliche Rolle zu spielen.

Perspektiven der Homöopathie in der öffentlichen Primärversorgung

Der Vergleich von Patientenpräferenzen und der tatsächlichen Versorgungssituation erweist sich als sehr aufschlussreich. Das Nachfragepotenzial für die Homöopathie in Indien ist schon quantitativ doppelt so hoch, wie die bisher vom bestehenden Angebot bediente Nachfrage. Außerdem würde etwa 12% der Bevölkerung die Homöopathie für schwere Krankheiten ebenso in Anspruch nehmen wie für leichtere Beschwerden, was die Zuschreibung einer hohen Leistungsfähigkeit an dieses medizinische System zeigt. Gut Ausgebildete und Gutverdiener haben sogar eine stärkere Bindung an dieses von



Abb. 4: Mittel zur Förderung des Zahnens, bei dem zweisprachig mit der deutschen Herkunft geworben wird; aus dem 2010 aktuellen Katalog von Dr. Reckeweg/India

ihnen bevorzugte Heilverfahren als der Rest der Bevölkerung. Besteht überhaupt ein Angebot, wird die Homöopathie überdurchschnittlich genutzt. Bei der tatsächlichen Inanspruchnahme von Einrichtungen der Primärversorgung im öffentlichen Gesundheitswesen wird die Homöopathie stärker bei chronischen und subakuten Krankheiten genutzt. Die Aussichten für die Homöopathie sind jedenfalls von der Nachfrageseite her glänzend.

Die Angebotsseite ist weniger strahlend. Im öffentlichen Gesundheitswesen, das hier vorwiegend betrachtet wurde, wird das Angebot in vielen Bundesstaaten insbesondere nach einer vorübergehenden, fatalen Begeisterung der Politik für die Privatisierung ausgeweitet (s.a. Teil 1).⁴² Allerdings zeigt die Fallstudie zu New Delhi, dass das Bevölkerungswachstum diese Vergrößerung des Angebotes so weitgehend konterkariert, dass seit 1978 nur eine geringfügige Verbesserung der Versorgungsdichte erreicht werden konnte. Deshalb wird in der nächsten Planperiode eine stärkere Kooperation mit dem privaten Sektor in Public-Private Partnerships angestrebt. Dies soll vor allem die bisher weitgehend von der öffentlichen Gesundheitsversorgung ausgeschlossenen Slumbewohner erreichen. Es wird darauf ankommen, dass die problematischen Seiten einer Privatisierung der Grundversorgung durch eine wohl durchdachte und kontrollierte Vorgehensweise („Monitoring“) in engen Grenzen gehalten werden. Das wird entscheidend von der Leistungsfähigkeit der öffentlichen Verwaltung abhängen. Hinzu muss eine ernst zu nehmende Erhöhung der Gesundheitsausgaben kommen. Immerhin scheint sich mit der Kooperation zwischen einem zu schwachen öffentlichen und einem ebenfalls zu schwachen privaten Sektor ein Entwicklungspfad herauszuschälen, der das dauerhafte Missverhältnis zwischen einer sehr hohen Nachfrage und einem viel schwächeren Angebot – auch im Bereich homöopathischer Versorgung – etwas besser ins Lot bringen könnte.

•• Literatur

- [1] **Barua N.** How to Develop a Pro-poor Private Health Sector in Urban India? Global Forum for Health Research; Forum 9; Mumbai, India; September 2005: 1 f. http://www.hum.au.dk/hse/Docs/Paper_GF9_NupurBarua.pdf
- [2] **Barua N.** Local Medicine in a Global Garb? Medical Pluralism in a Slum in Delhi (unveröff. Paper zur Konferenz *Medical Pluralism and Homoeopathy in India and Germany* (1810–2010). Practices in a comparative perspective, Stuttgart 2011; erscheint in Dinges 2012).
- [3] **Borghardt T.** Homöopathie in Indien. Berg: Barthel & Barthel; 1990.
- [4] **Census of India 2011.** Provisional Population Totals http://www.censusindia.gov.in/2011-prov-results/data_files/india/Final%20PPT%202011_chapter5.pdf (letzter Abruf 18.7.2011).
- [5] **Dinges M.** Patients in the history of homoeopathy: Introduction. Dinges M (Hg.): Patients in the History of Homoeopathy, Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications; 2002: 1–32.
- [6] **Dinges M.** Immer schon 60% Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000). Dinges M (Hg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 – ca. 2000. Stuttgart: Steiner; 2007: 295–322.
- [7] **Dinges M.** Homöopathie in Brasilien. Bericht vom 29. Brasilianischen Homöopathiekongress (São Paulo, 17.–21. September 2008). ZKH 2008: 199–202.
- [8] **Dinges M.** Medical Pluralism and Homoeopathy in India and Germany (1810–2010). 2012 (in Vorbereitung).
- [9] **Frank R.** Globalisierung „alternativer“ Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien. Bielefeld: Transcript; 2004.
- [10] **Gal JB.** Doc Held Guilty of Negligence For Prescribing Allopathic Drugs. Homoeopath Ordered to Pay Dead Patient's Kin Rs 15 lakh. The Times of India, Mumbai, March 10, 2010: 51.
- [11] **Günther M, Römermann H.** The Homoeopathic Patient in General Practice. Dinges (2002): 281–299.
- [12] **Günther M.** Der homöopathische Patient in der niedergelassenen Arztpraxis: Ergebnisse einer vergleichenden Patientenbefragung in konventionellen Arztpraxen und homöopathischen Privat- und Kassenpraxen. Medizin, Gesellschaft und Geschichte 18, 1999: 119–135.
- [13] **Kanojia S.** The Reason: Why Homoeopathy Practices Allopathy. National Journal of Homoeopathy 9, 98th issue, 2007: 10.
- [14] **Köntopp S.** Wer nutzt Komplementärmedizin? Theorie, Empirie, Prognose. Essen: KVC; 2004.
- [15] **Madan TN.** Who choses modern medicine and why? Gupta GR (Hg.): The Social and Cultural Context of Medicine in India. New Delhi: Vikas Publishing House; 1981: 107–124.
- [16] **Manchanda RK, Kulashreshtha M.** Cost Effectiveness and Efficacy of Homoeopathy in Primary Health Care Units of Government of Delhi – A Study. Abstracts of the 60th Congress of the Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, Berlin 2005. AHZ 2005 (250): S 28 f. Der Gesamttext ist publiziert unter: <http://www.delhi.gov.in/wps/wcm/c/homeopathy/Homeopathy/Home/Clinical+Studies+And+Publications/Cost+Effectiveness+in+P.H.C+Unit> (letzter Aufruf 15.7.2011).
- [17] **Manchanda RK, Venkat Raman A.** Public Private Partnership in the Provision of Homoeopathic Services in the City of Delhi, India, 2010. <http://www.delhi.gov.in/wps/wcm/connect/83480a004509f963887c8dc5dac0d11d/PPP+R.K.Manchanda+liga+2010.pdf?MOD=AJPERES&lmod=168348701&CACHEID=83480a004509f963887c8dc5dac0d11d&PPP%20in%20the%20provision%20of%20Homoeopathic%20services> (letzter Aufruf 15.7.2011).
- [18] **Manchanda RK, Kalsi A.** Experiences with Online Services in Homoeopathy: An Initiative of Government of Delhi. Souvenir: International Seminar on Recent Advances in Homoeopathy, 19./20. February 2010a, Kolkata: 103.
- [19] **Manchanda RK, Kulashreshtha M, Verma SK.** An Attempt Towards Symbiosis: Homeopathy, Allopathy and Indian System of Medicines in Primary Health Care Units of Government of Delhi. A study*. An update. (Unveröff. Paper zur Konferenz Medical Pluralism and Homoeopathy in India and Germany (1810–2010) Practices in a comparative perspective, Stuttgart 2011; erscheint in Dinges 2012)
- [20] **McKinsey Global Institute (Hg.).** The „Bird of Gold“: The Rise of India's Consumer Market, May 2007. http://www.mckinsey.com/mgi/reports/pdfs/india_consumer_market/MGI_india_consumer_full_report.pdf (letzter Abruf 18.7.2011).
- [21] **Prasad R.** Homoeopathy booming in India. Lancet 2007 (370): 1679–1680.
- [22] **Rao M.** Eliding History. The World Bank's Health Politics. Kumar D (Hg.), Disease and Medicine in India. A Historical Overview. New Delhi: Tulika Books; 2001: 265–275.
- [23] **Robert C.** L'homéopathie en Inde. Diss. med. Grenoble; 1989.
- [24] **Schumann U.** Homöopathie in der modernen indischen Gesundheitsversorgung: Ein Medium kultureller Identität. Münster: Lit-Verlag; 1993.
- [25] **Singh P, Yadav RJ, Pandey A.** Utilization of Indigenous Systems of Medicine & Homoeopathy in India. Indian Journal of Medical Research 122, August 2005: 137–142. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16177471> (letzter Aufruf 16.7.2011).
- [26] **Survey to gather data on usage of AYUSH systems.** The Hindu 23. May 2011. <http://www.thehindu.com/health/policy-and-issues/article2041918.ece>.
- [27] **Venkat Raman A, Björkman JW.** Public-Private Partnerships in Health Care in India. Lessons for developing countries. London: Routledge; 2009.
- [28] **Yadav RJ, Pandey A, Singh P.** A Study of Acceptability of Indian System [sic] of Medicine and Homoeopathy in India. Results from the State West Bengal. Indian Journal of Public Health, 51,1, 2007: 47–49. http://www.ijph.in/temp/IndianPublicHealth51147-2729257_073452.pdf (letzter Aufruf 15.7.2011).

•• Anmerkungen

- 1 Fortsetzung des Beitrags aus ZKH 1, 2011
- 2 <http://www.delhi.gov.in/wps/wcm/connect/doi-homeopathy/Homeopathy/Home/Patient+Care/> (zuletzt abgerufen am 6.7.2011).
- 3 Schriftliche Mitteilung von Dr. R.K. Manchanda vom 11.1.2011.
- 4 http://ccrhindia.org/research_activities.asp und http://ccrhindia.org/list_of_assignments.asp (zuletzt abgerufen am 14.7.2011). Eine profunde Kritik am Versagen des CCRH in der Forschung während der ersten Hälfte der 1980er Jahre bei Borghardt 1990: 151–154; man muss befürchten, dass Vieles davon weiter gilt.
- 5 Tabelle aus Manchanda, Kulashreshtha 2005, Die Übersetzung der Gruppentitel erfolgte anhand der deutschen Ausgabe der ICD 9 durch den Autor.

- 6 Briefliche Auskunft von Dr. Manchanda vom 20.7.2011 nach Reanalyse des Datensatzes.
- 7 Evaluation Study Report, May 2003, Planning Department, (Evaluation Unit), Govt. of NCT of Delhi, den ich hier nach Manchanda, Kulashreshtha 2005 zitiere.
- 8 Zu einer Typologie der Patienten der Homöopathie s. Dinges 2002: 18–20.
- 9 Singh, Yadav, Pandey 2005: 138 eine frühere, kleinere Studie des NCAER hatte einen städtischen Bias.
- 10 Singh, Yadav, Pandey 2005: 141.
- 11 Singh, Yadav, Pandey 2005: 140; vgl. Barua N 2011: 5
- 12 Das Wachstum des indischen Gesundheitsmarktes soll von 7% (2005) über 9% (2015) auf 13% (2025) der Ausgaben der Privathaushalte oder von 1,148 auf 8,902 Billionen indische Rupien (= 17.892 Mrd € auf 138.691 Mrd €) verlaufen, s. McKinsey Global Institute 2007: 95, 101 (Umrrechnungskurs vom 18.7.2011).
- 13 Eine weitere Studie wurde im Juni 2011 begonnen, s. Survey 2011.
- 14 Die Studie selbst war mir nicht zugänglich, ich beziehe mich hier nur auf Singh, Yadav, Pandey 2005. Regional differenzierte Ergebnisse aus dieser Studie für Westbengalen enthält: Yadav RJ, Pandey A, Singh P 2007.
- 15 Das Argument der geringen Kosten findet sich auch in den kleinen Befragungen, die Frank 2004: 150 um das Jahr 2000 und Robert 1989: 119 Ende der 1980er Jahre durchführten; Frank kommt auch auf 40% Ersparnis beim Homöopathen gegenüber dem Schulmediziner in Kalkutta und auf 30% gegenüber Ayurveda. Einen nur halb so hohen Preis wie die Visite bei einem Schulmediziner nennt ohne weiteren Beleg der auch ansonsten teilweise fehlerhafte Artikel von Prasad 2007: 1679.
- 16 Dinges 2007 zum historischen Befund und aktuellen deutschen Vergleichsdaten.
- 17 Manchanda 2011: 13.
- 18 Census of India 2011: 79–83. Bekanntlich werden inzwischen in Indien weibliche Föten häufiger abgetrieben, insbesondere in den Städten, wo dies leichter möglich ist, so dass die Zusammensetzung städtischer Bevölkerungen noch unausgeglichener ist als auf dem Land. Im weiteren Lebenslauf haben die Mädchen, Frauen und Mütter immer noch etwas schlechtere Überlebenschancen als die Männer. In Delhi gibt es 866 Frauen auf 1000 Männer, während es im Landesschnitt immerhin noch 940 sind – nach Bhutan, China und Afghanistan die weltweit niedrigste Quote. In Industrieländern wie Japan (1049) oder den USA (1029) sind die Verhältnisse umgekehrt, wenn auch nicht so stark ausgeprägt. In diesen Ländern ist die Ursache die höhere Sterblichkeit der Männer.
- 19 Frank 2004: 137.
- 20 Madan 1981: 114.
- 21 Das würde allerdings den Gendergap in der Nutzung wieder etwas verkleinern.
- 22 Vergleichende Nutzerdaten zu mehreren schulmedizinischen Allgemeinpraxen und zu homöopathischen Praxen erbrachten 1993 keinen signifikanten Unterschied nach dem Geschlecht: 59,2% in der homöopathischen Praxis waren Frauen, 57,3% beim Schulmediziner, s. Günther, Römermann 2002, 282; Günther 1999: 121. Repräsentativbefragungen nach der Nutzung von Homöopathie während der letzten 12 Monate ergaben hingegen für die Bundesrepublik z.B. im Jahr 2002 einen deutlich höheren Frauenanteil von 21,9% gegenüber 12,5% bei den Männern; s. Köntopp 2004: 76. Die Diskrepanz zwischen Inanspruchnahme von Praxen und Nutzung des Verfahrens könnte sich aus einem höheren Anteil Selbstmedikation bei den Frauen erklären.
- 23 Zur Diskussion der Homöopathen Kanonja 2007: 10 sowie weitere Artikel dieses Hefts zum Thema „Why do homoeopaths practice allopathy“? Ein beispielhafter Skandalfall: Gal 2010: 51.
- 24 Das hatte Schumann 1993 sehr betont.
- 25 Economic Survey of India 2005/2006: 27, <http://delhipanning.nic.in/Economic%20Survey/ES%202005-06/Chpt/3.pdf> (letzter Abruf 15.7.2011) Die Einwohnerzahlen wurden aus den Zensusangaben für die Dekaden (jeweils 1971, 1981, 1991... interpoliert); für die Berechnung der Angaben zur letzten Dekade ab 2001 wurden die vorläufigen Zensuswerte für 2011 zugrunde gelegt; <http://censusindia.gov.in/2011census/censusinfodashboard/index.html> (letzter Abruf 19.7.2011).
- 26 Der Wert von 98 homöopathischen Ambulanzen in PHC in New Delhi, die ich in Tab 5 (S. 14) des ersten Teils zugrunde legte, entstammt Behördenangaben, die sich mittlerweile auf Nachfrage als fehlerhaft herausstellten (Brief von Dr. Manchanda vom 18.7.2011). Es handelte sich damals lediglich um 88. Dieser Wert wird nun hier verwendet.
- 27 Manchanda, Kulashreshtha, Verma 2011: 14.
- 28 Manchanda, Kulashreshtha, Verma 2011: 7.
- 29 Venkat Raman A, Björkman 2009: 10.
- 30 S. zum Hintergrund Barua 2005: 1, 6.
- 31 Diese Entwicklung langsam steigender Wahrnehmung des Anteils nicht schulmedizinischer Behandlungen wird gut ersichtlich in Singh, Yadav, Pandey 2005: 138, die nebenbei gewonnene Erkenntnisse zur Nutzung alternativer Heilweisen bei Untersuchungen zur Nationalen Morbiditätsstatistik und zur Familiengesundheitsleistung zusammenstellen.
- 32 Venkat Raman, Björkman 2009: 7f.
- 33 Venkat Raman, Björkman 2009: 45.
- 34 Manchanda, Venkat Raman 2010: 2.
- 35 52 per cent of Delhi Lives in Slums Without Basis services. The Hindu, Ausgabe New Delhi, 17.12.2009 <http://www.thehindu.com/news/article66507.ece> (letzter Abruf 18.7.2011). Mit der Stärkung einer ärztlichen Ambulanz wollte man gleichzeitig die Bevölkerung von den ortsüblichen, nicht akademisch ausgebildeten Heilern abbringen. Diese sichern nämlich den allergrößten Teil der medizinischen Versorgung in den Elendsvierteln.
- 36 Manchanda, Venkat Raman 2010: 5ff.
- 37 Schriftliche Auskunft von Dr. Manchanda (18.7. und 20.7.2011).
- 38 Manchanda, Kalsi 2010a: 103.
- 39 Die „Slum-Doktoren“ praktizieren ganz überwiegend allopathisch – ohne entsprechende Ausbildung und auch, wenn sie eine abgebrochene Ausbildung als Homöopathen oder eine Zeit als Gehilfe bei einem Homöopathen absolviert haben, s. Barua 2011.
- 40 Während der Abschlussveranstaltung des 19. Kongresses der Homoeopathic Medical Association of India in Delhi (19. 12. 2010).
- 41 <http://indianmedicine.nic.in/AYUSH-2008%20Draft%20%28For%20Website%29/SECTION%205.%20Licenced%20Pharmacies/5.5%20%28a%29.pdf> (letzter Abruf 10. 8. 2010)
- 42 Rao 2001: bes. 272.

Prof. Dr. Martin Dinges

Institut für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung Stuttgart
Straussweg 17, 70184 Stuttgart
martin.dinges@igm-bosch.de

Jg. 1953, Studium der Rechts-, Geschichts- und Politikwissenschaften. Stellv. Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, und apl. Professor für Neuere Geschichte an der Universität Mannheim. Publikationsliste im Internet unter www.igm-bosch.de

