

Der Versorgungsbeitrag der Homöopathie in Indien

Teil 1

Von Martin Dinges



Zusammenfassung

Die Homöopathie hat in Indien die weltweit stärkste Position innerhalb eines Gesundheitssystems. Dieses selbst ist allerdings wegen jahrzehntelanger Vernachlässigung in einem katastrophalen Zustand. Der Beitrag der Homöopathie zur Versorgung ist regional sehr unterschiedlich. Aufgrund der zugänglichen Informationen kommt vorwiegend die ärztliche Homöopathie in städtischen Praxen und der Primarversorgung innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens in den Blick, das allerdings auch auf dem Land eine gewisse Rolle spielt. Nach einer Privatisierungseuphorie während der 1990er Jahre wird nun das öffentliche Gesundheitswesen wieder stärker ausgebaut, wodurch viele Stellen für homöopathische Ärzte entstehen.

Schlüsselwörter

Homöopathie in Indien, öffentliches Gesundheitswesen, homöopathische Arztpraxen, Arzt-Patienten-Beziehung.

Summary

Homeopathy in India has the world's most powerful position within a health system. This is, however, in a catastrophic state because of decades of neglect. The contribution of homeopathy to supply varies regionally. Based on the available information mainly medical homeopathy in urban clinics and primary care within the public health system is in focus, though this also plays some role in the country. After privatization euphoria during the 1990s now the public health system is again expanded, which develops many jobs for homeopathic doctors.

Keywords

Homeopathy in India, public health system, homeopathic surgeries, doctor-patient relationship.

Samah samae samyati: das Simileprinzip ist in Indien wohl bekannt. Man kann sich über die erfolgreiche Institutionalisierung der Homöopathie in diesem Land freuen. Dadurch ergeben sich nicht zuletzt gute Möglichkeiten für eine Famulatur oder ein Praktikum z. B. deutscher Mediziner vor Ort an einem der fast 190 indischen Colleges mit angeschlossener Krankenstation, die der Ausbildung auf Universitätsniveau dienen. Außerdem bleibt auch der hohe Anteil von fast 14% aller Ärzte, die in Indien Homöopathen sind, eindrucksvoll, selbst wenn man daneben das schnellere Wachstum von Ayurveda und ihren Institutionen während der letzten Generation zur Kenntnis nimmt¹. Es bleibt aber jenseits solcher groben Indikatoren näher zu bestimmen, welchen Beitrag die Homöopathie zur Gesundheitsversorgung in Indien unter den besonderen Bedingungen des dort sehr weit entwickelten medizinischen Pluralismus leisten kann und leistet. Gleichzeitig wird damit eine gesundheitspolitische Fragestellung aufgegriffen, die auch in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnt: Versorgungsforschung fragt nach der angemessenen „Passung“ zwischen den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen und den Strukturen des Versorgungssystems². Insofern könnte man möglicherweise aus der indischen Erfahrung auch in der Bundesrepublik etwas lernen. Die Situation in Indien soll hier vor allem hinsichtlich des Angebots der Homöopathen und anhand von Beispielen dargestellt werden. Die Auswahl ergibt sich aus dem Forschungsstand und verdankt sich ansonsten den Möglichkeiten des Autors, in den letzten Jahren in Indien selbst Praxen, Ambulanzen, Krankenhäuser und Forschungsinstitute in Augenschein zu nehmen.

Kurze Skizze des aktuellen Zustands des indischen Gesundheitssystems

Dazu ist es wichtig, den Zustand des indischen Gesundheitssystems gut 60 Jahre nach der Unabhängigkeit zu charakterisieren. Die Fachleute sind sich einig, dass er nur als katastrophal zu beschreiben ist: Das Land hat nun bereits über 2 Generationen viel weniger in diesen Bereich investiert als Entwicklungsländer, deren Pro-Kopf-Einkommen vergleichbar ist. Statt mindestens 2-3% des Bruttosozialprodukts wurde lediglich knapp 1% für das öffentliche Gesundheitswesen aufgewandt³. Viele Versorgungsprojekte existieren zwar auf dem Papier oder bestenfalls als Infrastruktur, aber sie funktionieren nicht. Leer stehende Gesundheitsstationen bezeugen dies ebenso wie beschlossene Kampagnen, die jahrelang nicht umgesetzt werden.

Dementsprechend dominant ist mittlerweile das private Angebot, dessen Bedeutung seit den Liberalisierungsschüben der 1990er Jahre sogar noch zugenommen hat. Derzeit geht man von über 90% Privatärzten, über 93% der Krankenhäuser, aber nur 64% der Spitalbetten in Privathand aus⁴. 60-86% der städtischen und ländlichen Bevölkerung nutzen für ambulante Fälle den Privatssektor⁵. Schon in den 1960er Jahren sollen es auf dem Land sogar 90% gewesen sein⁶. Vor allem die Ärmsten und Armen wenden sich an Anbieter auf einem faktisch völlig unregulierten Markt. Dieser ist nach Ansicht des indischen Verfassungsgerichts zwar illegal – genau so illegal wie viele Slumsiedlungen selbst –, wächst und gedeiht allerdings ebenso wie diese. Bekanntlich steigt die Anzahl der Slumbewohner doppelt so stark wie die ohnehin schnell wachsende indische Gesamtbevölkerung. Dieser galoppierende Urbanisierungsprozess legt es nahe, mindestens 3 medizinische Märkte zu unterscheiden: einen ländlichen mit überwiegend sehr armer Bevölkerung (und nur ganz wenigen wohlhabenden Nachfragern, die auf das städtische Angebot ausweichen können), einen städtischen für die wenigen Wohlhabenderen und den städtischen Markt für die vielen Patienten aus den Unterschichten und die Slumbewohner.

Der private medizinische Markt für die Armen in den Städten

Auf diesem städtischen medizinischen Markt für die Ärmere bieten nicht akademisch ausgebildete Heiler ihre Dienste an. Manche haben rudimentäre Kenntnisse in Ayurveda oder Homöopathie – aus Familientradition, nach einer Gehilfenzeit oder eine abgebrochene Ausbildung. In der Regel behandeln sie ihre Patienten freundlich, nehmen sich Zeit und wenden stark wirkende Arzneien oder Therapien, auch der Schulmedizin, an. Die

kurzen Wege zur „Praxis“, die Informalität des Umgangs und die soziale Nähe sind wesentliche Gründe für die Inanspruchnahme, denn die Vermeidung von Zeitverlusten und die möglichst umgehende Wiederherstellung der Arbeitskraft sind für die Patienten, von denen viele als Tagelöhner ihr Geld verdienen, überlebensnotwendig: Sie haben selten Rücklagen für Verdienstauffälle während mehrerer Krankheitstage zuzüglich der Arztrechnungen, wenn sie überhaupt Reserven haben⁷. Häufig wird unabhängig von der Art der Vorbildung schulmedizinisch behandelt, allerdings mit der Gefahr von Fehl- und Zufallsdiagnosen, der Verknennung chronischer Befunde sowie der Fehl- und Übermedikation⁸.

Der private medizinische Markt für die wohlhabende städtische Bevölkerung

Daneben besteht ein florierender privater medizinischer Markt für die Wohlhabenden. Er umfasst nicht zuletzt Spitzenleistungen der Medizin, die von hoch qualifizierten Ärzten, häufig mit Auslandsstudium und -erfahrung angeboten werden, die zu guten Bedingungen in den recht modernen Einrichtungen teilweise international tätiger Krankenhauskonzerne arbeiten. Das Land wirbt außerdem damit, schwierige Behandlungen und Operationen zu wesentlich günstigeren Tarifen als in den USA anbieten zu können, und bemüht sich erfolgreich um die entsprechende, zahlungskräftige Klientel – am besten mit Klinikstandorten in der Nähe internationaler Flughäfen⁹. Bei dem auf Südindien konzentrierten Ayurveda-Wellness-Tourismus haben deutsche Frauen, zu meist oberhalb der 40-Jahresgrenze, unter allen Gästen den größten Marktanteil. Einen entsprechenden Homöopathie-Tourismus gibt es nicht. Die Erwartungen der Wellness-Kund(inn)en zielen auf Angebote wie Ayurveda, eine Medizin, die sie eher mit der Indien zugeschriebenen besonderen Spiritualität verknüpfen. Die aus Deutschland importierte Homöopathie entspricht diesen Vorstellungen nicht.

Der öffentliche Gesundheitssektor

Der öffentliche Gesundheitssektor ist kleiner, erhebt aber im Prinzip – wie in den meisten Entwicklungsländern – den Anspruch, die Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung, insbesondere die Armen, zu gewährleisten. Außerdem ist er je nach Bundesstaat, die die Kompetenz für die Gesundheitspolitik haben, sehr unterschiedlich weit entwickelt. Indische Bundesstaaten mit stärker ausgebautem öffentlichen Gesundheitswesen haben, z.B. bei der Vermeidung der Kindersterblichkeit, signifikant bessere Ergebnisse als andere Staaten¹⁰. Dies gilt auch, obwohl hier häufig die schlechte, aber garantierte Besoldung der Beschäftigten – wie auch sonst in der indischen

Verwaltung und in den Schulen – zur schlampigen Erledigung der Aufgaben führt, wenn nicht überhaupt zur Abwesenheit vom Arbeitsplatz: Manche versuchen, während der Dienstzeit ein zweites Einkommen zu erwirtschaften¹¹. Die Ausstattung der Gesundheitsstationen mit Medikamenten oder Geräten ist häufig völlig unzureichend¹². Arzneimittel werden nicht selten von den Gesundheitsarbeitern oder „Fürsorgerinnen“ wenig sachgemäß eingesetzt: eine nur 2 Tage dauernde Antibiotikatherapie ist eines der vielen berichteten Beispiele. Der – selbstverständlich verbotene – Verkauf der gratis vom Staat bereitgestellten Heilmittel ist ein anderer, gängiger Missbrauchsvorwurf. Der örtlichen Bevölkerung bleibt oft außer dem Ausweichen in den Privatsektor wenig anderes, als wohl oder übel zu zahlen, wenn sie überhaupt eine Dienstleistung erhalten will. Die Qualitätskontrolle der Versorgung und die Überprüfung der Mitarbeiterpräsenz durch die Gesundheitsverwaltung sind völlig unzurei-

chend, da die übergeordneten Chargen nicht selten ebenfalls ein größeres Interesse daran haben, ihre niedrigen Gehälter aufzubessern, als der Bevölkerung zu helfen¹³. Außerdem wird der öffentliche Sektor von den Patienten oft als fern, bürokratisch und im Umgang mit der kranken Person als völlig desinteressiert und dialogunwillig beschrieben.

Der Gesundheitsmarkt als Spiegel der sozialen Unterschiede

Insgesamt bildet das medizinische Angebot die extremen sozialen Ungleichheiten (●● Tab. 1) ab:

- eine massive Unterversorgung der großen Bevölkerungsmehrheit der Armen, die wegen Unterernährung, unzureichender Wasserver- und vor allem -entsorgung sowie Analphabetismus, insbesondere unter den Frauen, einen schlechteren Ernährungs- und Ge-

Tab. 1 Bevölkerung, Armut, Alphabetisierung und öffentliche Gesundheitsversorgung in Indien 1951, 1991 und 2001¹⁵.

Bevölkerung		1951	1991	2001
	Total	361 090 000	846 420 000	1 028 610 000
Anteil der Stadtbevölkerung (in %)		1951	1991	2001
		17,9	25,0	27,82
Alphabetisierungsrate (in %)		1951	1991	2001
	Alle	18,33	52,20	65,49
	Männer	27,16	64,13	75,96
	Frauen	8,86	39,28	54,28
Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (in %)		1973–1974	1993–1994	1999–2000
	Alle	54,9	36,0	26,1
	Landbevölkerung	56,4	37,3	27,1
	Stadtbevölkerung	49,0	32,4	23,6
		1967	1991	2004
Anzahl von Primary Health Centres		4793	20 139	23 109
Anzahl von Community Health Centres			2070	3222
Anzahl allopathischer Ärzte (registriert v. Med. Council of India)		1951	1991	2005
		618	3936	7675
Ärzte pro 100 000 Einwohner		17	47	70

sundheitsstatus sowie viel geringere Gesundheitsressourcen aufweist;

- diese Unterversorgung trifft die auf dem Land lebenden Inder in besonderem Maße;
- starke regionale Unterschiede bestehen zwischen relativ „wohlhabenden“ und ärmeren Regionen sowie zwischen Bundesstaaten mit einer – oft seit Jahrzehnten – ernsthaften Gesundheitspolitik wie z.B. Kerala, und anderen Ländern, die auch in diesem Feld nur als Beispiel von Staatsversagen charakterisiert werden können¹⁴. Diese regionalen Disparitäten nehmen seit Beginn des Wirtschaftsbooms Ende der 1990er-Jahre noch zu.

Privatisierung als Ausweg?

Ein von der Weltbank und der WHO initiiertes Gutachten plädierte vor einigen Jahren auch für Indien für eine Privatisierung der bisher öffentlich organisierten, staatlichen Gesundheitsversorgung¹⁶. Dies solle dazu beitragen, die beschriebenen Missstände zu beheben. Bundesstaaten, die Schritte zur Privatisierung ergriffen haben, mussten mittlerweile allerdings feststellen, dass sich nur die Versorgung der zahlungskräftigeren geringfügig verbessert hat¹⁷. Demgegenüber geht es einem großen Teil der Bevölkerung noch schlechter als vorher: Sie wird bei einer stärker marktorientierten Organisation der Versorgung noch stärker ausgegrenzt. Das ist nicht erstaunlich, denn marktförmige Organisation von Gesundheit kann nur „Bedarf“, also mit Geldscheinen am Markt angemeldete Bedürfnisse, bedienen. Wer das Signal „Geldscheine“ nicht besitzt, wird nicht mehr wahrgenommen. Gegenüber einem häufig ideologisch überzogenen Marktliberalismus setzt sich mittlerweile die Erkenntnis durch, dass Public-Private-Partnerschaften eine Lösung sein könnten¹⁸.

Die Lage ist also nach wie vor äußerst unbefriedigend, denn ein Gesundheitssystem, das vor dem Hintergrund von derart viel Armut Leistungen erbringen soll, aber selbst durch andauernde Unterfinanzierung durch die öffentlichen Hände geprägt ist, hat es sehr schwer, auch nur in Ansätzen seine Ziele zu erreichen. Schließlich ist die Qualität der homöopathischen Behandlung abhängig vom Versorgungskontext. Vor diesem Hintergrund sind sowohl die öffentlichen Maßnahmen zur Verbesserung des Angebotes als auch die privaten, philanthropischen Initiativen zu beachten.

Die Homöopathie in Indien im regionalen Vergleich

Vorab sei in Erinnerung gerufen, dass Homöopathen in Indien eine viel größere Palette von Gesundheitsdienstleistungen anbieten können und müssen als in Deutschland. Das Krankheitsspektrum ist größer, da neben allen

bei uns üblichen Krankheitsbildern noch Tuberkulose, Cholera, Typhus, Malaria, Meningitis, Dengue-Fieber etc. häufig vorkommen. Außerdem werden bestimmte Krankheiten homöopathisch behandelt, weil teure Arzneien vor Ort für viele Patienten nicht erhältlich oder bezahlbar sind, wie etwa Insulin bei Diabetes. Schließlich sei auf lokalspezifische Krankheiten verwiesen wie z.B. die saisonalen Fieber, die der Homöopathie wegen ihres symptombezogenen Zugangs besondere Behandlungsmöglichkeiten eröffnen¹⁹. Vor Ort nutzt man dafür bekannte Indikationen²⁰.

Regional unterschiedliche Entwicklung seit Beginn

Sieht man sich nun etwas genauer die Chancen der Homöopathie an, zur Versorgung der indischen Bevölkerung beizutragen, dann ist zunächst an ihre räumlich sehr unterschiedliche Verbreitung in Indien zu erinnern. So zeigte einer der ersten gründlicheren (englischsprachigen) Artikel zur Homöopathie in Indien den Stand bis in die 1960er Jahre²¹. Ganz deutlicher Schwerpunkt war, wie seit dem 19. Jahrhundert, Bengalen. Das verweist auf die immer noch nachwirkende Geschichte der Verbreitung der Homöopathie in Indien²². In der damaligen britischen Verwaltungshauptstadt Kalkutta waren die Kontakte mit Europa besonders ausgeprägt, und das Kulturleben blühte. So wurden hier auch die medizinischen Neuerungen bereitwillig aufgegriffen. Das galt besonders für die als „modern“ geltende Homöopathie, die aus dem als hoch entwickelt betrachteten Deutschland kam. Am Ort bildete sich im Laufe des 19. Jahrhunderts ein kompakter Kern von homöopathischen Ärzten, Verlagen und Ausbildungsstätten heraus, teilweise unter kräftiger Förderung von Laien²³. Von Kalkutta verbreitete sich die Homöopathie vorrangig entlang der großen Flussläufe des Gangesbeckens in Nordostindien aus.

Außerdem gab es weitere lokale Ansatzpunkte. Bekannt ist vor allem Lahore, heute in Pakistan, wo der aus Siebenbürgen gebürtige homöopathische Arzt Dr. Johann Martin Honigberger (1794–1869) 1839 praktizierte. Längerfristig bedeutsam blieben eine Reihe von küstennahen Orten zumeist im Süden wie Mangalore, die europäische Missionare oder Heilkundige direkt auf dem Seeweg erreichten. Manche gründeten dort Krankenstationen, die z.T. bis heute bestehen²⁴. Spätestens während der 1920er Jahre war es immer häufiger eine Kombination aus britischen Beamten oder Richtern (sowie deren Gattinnen) und Laienheilern oder Ärzten, die zur Etablierung einer ersten homöopathischen Praxis vor Ort führten.

Keiner dieser Orte, selbst Bombay oder Madras, die beiden anderen Regionalmetropolen, konnten aber die Bedeutung Bengalens als kulturelles Zentrum Britisch In-

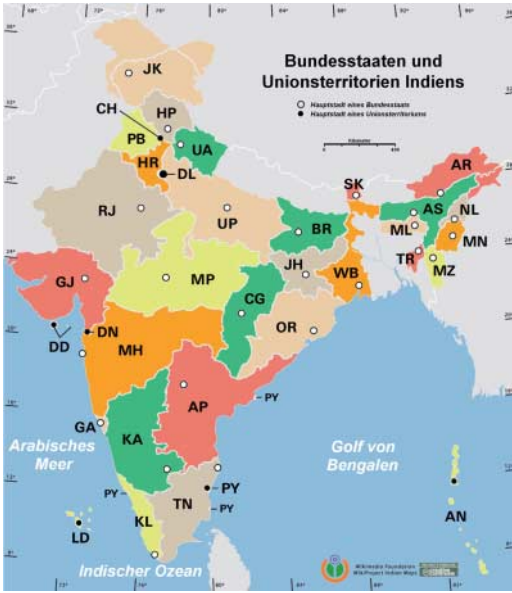


Abb. 1: Karte der indischen Bundesstaaten und Unionsterritorien. AN Andamanen und Nikobaren, AP Andhra Pradesh, AR Arunachal Pradesh, AS Assam, BR Bihar, CG Chhattisgarh, CH Chandigarh, DN Dadra und Nagar Haveli, DD Daman und Diu, DL Delhi, GA Goa, GJ Gujarat, HR Haryana, HP Himachal Pradesh, JK Jammu und Kashmir, JH Jharkhand, KA Karnataka, KL Kerala, LD Lakshadweep, MP Madhya Pradesh, MH Maharashtra, MN Manipur, ML Meghalaya, MZ Mizoram, NL Nagaland, OR Orissa, PB Punjab, PY Puducherry, RJ Rajasthan, SK Sikkim, TN Tamil Nadu, TR Tripura, UA Uttarakhand, UP Uttar Pradesh, WB Westbengalen (West Bengal).

diens erreichen. Das ist auch der Grund, warum ein Großteil der Publikationen zur Homöopathie bis in die 1930er Jahre, wenn nicht auf Englisch, dann fast ausschließlich in bengalischer Sprache veröffentlicht wurde²⁵. Das begrenzte allerdings gleichzeitig ihre Reichweite und Wirkungsmöglichkeit. Jedenfalls versteht man vor diesem Hintergrund gut, dass die erste offizielle Anerkennung der Homöopathie 1937 in Bengalen erfolgte. Für die indische Union dauerte das bis 1974 und wurde mit der Anerkennung der Laienheiler als registrierte Heiler erkauf²⁶. Das gesundheitspolitische Ziel war ein einheitliches und verbindliches, staatliches Register der Therapieberechtigten.

Eine weiterhin sehr ungleiche regionale Präsenz

Heutzutage hat die Homöopathie weiterhin regionale Schwerpunkte (Übersicht der indischen Bundesstaaten ●● **Abb. 1**). Noch ist sie im äußersten Nordosten Indiens jenseits des mittlerweile in den indischen Bundesstaat West-Bengalen und den Staat Bangladesch geteilten Landes Bengalen besonders schwach. Allerdings wird in Shillong in Meghalaya (nördlich von Bangladesch) derzeit vom

Central Council of Research in Homeopathy unter Federführung von Dr. Eswara Das, dem vormaligen Direktor des National Institute of Homeopathy in Kalkutta, ein neues nationales Forschungsinstitut geplant. Es soll auch in diesen etwas abgelegenen Staaten der Homöopathie zusätzlichen Schwung bringen²⁷. Auf dem gleichen Campus funktioniert bereits ein hoch spezialisiertes, schulmedizinisches Institut; eine Ayurvedaklinik ist ebenfalls geplant, sodass hier beste Bedingungen für praktizierten medizinischen Pluralismus auch in der Forschung bestünden. Gleichzeitig nutzen diese Bundesstaaten derzeit die Möglichkeiten einer anderen zentralstaatlichen Kampagne zur Einrichtung von Stellen für in der Homöopathie ausgebildeten Gesundheitsgehilfen, die die Versorgungslücke unterhalb des Ausbildungslevels von Vollmedizinern schließen sollen²⁸. Auch in der Mitte, im Westen und im Süden Indiens gilt allerdings, dass die Entwicklungen häufig recht kleinräumig sind.

Systematische Forschung zur Verbreitung der Homöopathie seit ihrer Anerkennung im Jahr 1974 fehlt. Hier soll zumindest eine Momentaufnahme des aktuellen Stands im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends geboten werden²⁹. Dazu wurde die Bevölkerungszahl der indischen Bundesstaaten mit der Zahl homöopathischer Ärzte verglichen, um so die „Ärztedichte“ zu ermitteln. Das heißt im indischen Fall, dass alle registrierten und institutionell qualifizierten, therapieberechtigten „Practitioners“ erfasst sind. Dadurch bleiben allerdings die anderen – für die arme Bevölkerung sehr wichtigen – Heiler hier noch außer Betracht³⁰. Immerhin erhält man so zumindest einen groben Überblick über die Ärztedichte, die ein zentraler Indikator für die Versorgungslage ist. Die Übersichtstabelle folgt – wie in der indischen Statistik häufig – der geografischen Lage der indischen Bundesstaaten von Norden nach Süden (●● **Tab. 2**).

Die Zahlen zeigen sehr deutlich, dass sich das Gesamtversorgungsniveau im Vergleich mit 1961 erheblich verbessert hat. Damals kamen auf eine Million Inder 63 homöopathische Ärzte, in der ersten Dekade des neuen Jahrtausends waren es 232³¹. Das entspricht einer Vierfachung. Dagegen müsste man allerdings die Zahl der homöopathischen Laienheiler verrechnen, die 1961 in vielen Bundesstaaten noch größer war als die der allopathischen Ärzte³². Dementsprechend muss die Versorgung nicht viermal besser geworden sein, aber immerhin dürfte die gründlichere Ausbildung die Qualität deutlich erhöht haben. Zum leider nicht ganz direkten zeitlichen Vergleich sind die Angaben zur Versorgung mit Schulmedizinern aufschlussreich: Seit 1951 bis 2005 hat sich deren Zahl pro 1 Million Einwohner von 170 auf 700 Ärzte erhöht³³.

Aus den Daten zu den homöopathischen Ärzten lässt sich außerdem eine Rangfolge der Bundesstaaten nach Versorgungsdichte (●● **Tab. 3**) ableiten³⁴.

Tab.2 Versorgung mit homöopathischen „Practitioners“ und Ausbildungsplätze in Colleges nach Bundesstaaten (Stand: 2001/2008).

Hom. Practitioners pro 100.000 Einwohner	Anzahl der Einwohner pro Practitioner (gerundet)	Practitioners (absolute Zahlen)	Bundesstaat bzw. Unionsterritorium von Nord nach Süd	Bevölkerung (auf ganze Mio. gerundet)	Ausbildungsplatz in hom. Colleges pro Einwohner (gerundet)
23,2	4301	239 000	Indien gesamt	1029	76 800
0,93	107 527	93	Jammu & Kashmir	10	–
18,9	5291	1134	Himachal Pradesh	6	60 000
16,2	6184	3904	Punjab	24	58 537
32,4	3086	324	Chandigarh	1	12 500
–	–	keine Angabe	Uttarakhand	8	160 000
26,7	3751	5599	Haryana	21	420 000
23,5	4258	3288	Delhi	14	93 333
8,7	11 469	4970	Rajasthan	57	106 542
16,8	5965	27 830	Uttar Pradesh	166	415 000
34,3	2918	28 447	Bihar	83	94 318
10,1	9901	101	Arunachal Pradech	1	20 000
99,8	1002	1997	Nagaland	2	–
4,8	20 690	145	Tripura	3	–
12,8	7843	255	Meghalaya	2	–
2,5	40 359	669	Assam	27	300 000
50,0	2002	39 968	West Bengal	80	108 108
–	–	k.A.	Jharkhand	27	270 000
9,9	10 112	3659	Orissa	37	189 744
1,6	62 687	335	Chhattisgarh	21	105 000
16,6	6011	9982	Madhya Pradesh	60	34 582
18,8	5309	9606	Gujarat	51	32 180
57,1	1753	55 342	Maharashtra	97	24 872
11,7	8515	8925	Andhra Pradesh	76	330 435
10,2	9804	5406	Karnataka	53	61 988
27,4	3650	274	Goa	1	20 000
29,7	3363	9515	Kerala	32	128 000
28,3	3539	17 517	Tamil Nadu	62	82 667

Tab.3 Rangfolge der indischen Bundesstaaten nach Versorgungsdichte (Stand 2001/2008).

Rang	Bundesstaat bzw. Unionsterritorium	Einwohner pro „Practitioner“
1	Nagaland	1002
2	Maharashtra	1753
3	West Bengal	2002
4	Bihar	2918
5	Chandigarh	3086
6	Kerala	3363
7	Tamil Nadu	3539
8	Goa	3650
9	Haryana	3751
10	Delhi	4197
Durchschnitt	Indische Union	4301
11	Himachal Pradesh	5291
12	Uttar Pradesh	5965
13	Madhya Pradesh	6011
14	Punjab	6148
15	Meghalaya	7843
16	Andhra Pradesh	8515
17	Karnataka	9804
18	Arunachal Pradesh	9901
19	Orissa	10 112
20	Rajasthan	11 469
21	Tripura	20 690
22	Assam	40 359
23	Chhattisgarh	62 687
24	Jammu & Kashmir	107 527

Erstaunlich ist der erste Platz für das am Rand zu Burma gelegene Nagaland, der sich vielleicht mit einer sehr großzügigen Lizenzierungspraxis erklären lässt³⁵. Realistischer dürften die Ergebnisse zu den großen Flächenstaaten sein. So ist die gegenüber den 1960er Jahren enorm verbesserte Position des großen zentralwestlich gelegenen Flächenstaates Maharashtra (mit der Hauptstadt Mumbai) überraschend. Maharashtra war damals mit einer Arztlzahl, die nicht der Hälfte des indischen Durchschnitts entsprach, eher schlecht versorgt³⁶. Kontinuität zeigt sich demgegenüber an den guten Platzierungen Westbengalens und Bihars als klassischen Homöopathieregionen, während die ebenfalls im Nordosten gelegenen Staaten Assam und insbesondere Orissa stark zurückgefallen sind. Chandigarh ist als gemeinsames Hauptstadtterritorium zweier Bundesstaaten mit guten Ausbildungseinrichtungen ein Sonderfall: Ärzte bleiben wie in Deutschland gerne in der Universitätsstadt wohnen. Kerala und Tamil Nadu in Südindien waren ebenfalls bereits Anfang der 1960er Jahre relativ gut versorgt, während Haryana und das kleine Goa in dieser Gruppe Newcomer sind. In der 1961 von der indischen Union eroberten, vormalig portugiesischen Kolonie wurde erst 1998 das Shri Kamaxidevi Homoeopathic Medical College and Hospital in Shiroda gegründet. Der bevölkerungsreichste Staat Indiens, das in der Gangesebene gelegene Uttar Pradesh, und das zentrale Madhya Pradesh halten ebenso wie Haryana mittlere Positionen. Der Südwesten des Landes (Karnataka), der Südosten (Andhra Pradesh) und erst recht das südlich an Bengalen angrenzende Orissa sind schon deutlich schlechter versorgt. Abgeschlagen sind Rajasthan im Nordwesten sowie einige östliche Randstaaten und das muslimisch geprägte Jammu und Kaschmir, wo Unani und Ayurveda als „indische Medizinsysteme“ traditionell eine so große Rolle spielen, dass die Homöopathie weniger nachgefragt wird.

Perspektiven für die künftige Entwicklung

Für die zukünftige Rolle der Homöopathie für die Versorgung in den einzelnen Bundesstaaten ist die Aufnahmekapazität der Colleges aussagekräftig. Bestehen Colleges mit großer Ausbildungskapazität, dann kann man mit Sicherheit davon ausgehen, dass in der betroffenen Region die Verbreitung der Homöopathie sehr befördert wird. Die Rekrutierung der Studierenden und ihre anschließende Tätigkeit sind trotz der in Indien beachtlichen Migration überwiegend regional geprägt. Nur eine kleine Zahl derjenigen, die ein Postgraduate-Studium absolvieren, wechselt den Studienort, wenn dies überhaupt erforderlich ist. Ansonsten ist die Verheiratung ein häufiger Mobilitätsgrund. Die Kapazität wird aus dem Verhältnis der Ausbildungsplätze zur Bevölkerungszahl des betroffenen Bundesstaates errechnet (•• Tab. 4).

Tab. 4 Rang der indischen Bundesstaaten und Unionterritorien nach Ausbildungskapazität in homöopathischen Colleges (Stand 2001/2008).

Rang	Bundesstaat bzw. Unionterritorium	Einwohner pro Ausbildungsplatz
1	Chandigarh	12 500
2	Goa & Arunachal Pradesh	20 000
4	Maharashtra	24 872
5	Gujarat	32 180
6	Madhya Pradesh	34 582
7	Punjab	58 537
8	Himachal Pradesh	60 000
9	Karnataka	61 988
Durchschnitt	Indische Union	76 802
10	Tamil Nadu	82 667
11	Delhi	93 333
12	Bihar	94 318
13	Chhattisgarh	105 000
14	Rajasthan	106 542
15	West Bengal	108 108
16	Kerala	128 000
17	Uttarakhand	160 000
18	Orissa	189 744
19	Jharkhand	270 000
20	Assam	300 000
21	Andhra Pradesh	330 435
22	Uttar Pradesh	415 000
23	Haryana	420 000

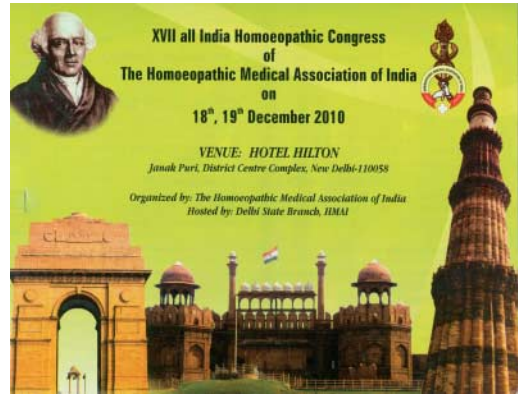


Abb. 2: Kongressprospekt zum 18th All India Homoeopathic Congress of the Homoeopathic Medical Association of India, Delhi.

Maharashtra, der Westen und die Landesmitte haben danach sehr gute Wachstumsperspektiven, die traditionellen Hochburgen wie im Süden Kerala und Tamil Nadu und Westbengalen stehen schon deutlich schwächer da. Auch der Nordosten Indiens und die großen Staaten der Gangesebene wie Uttar Pradesh oder Haryana haben besonders schlechte Wachstumsaussichten. Dies ist umso erstaunlicher, als sich das bevölkerungsreiche Uttar Pradesh immerhin rühmt, in der Landeshauptstadt Lucknow eines der wenigen staatlichen Colleges Indiens und den einzigen Minister zu haben, der nur für die Homöopathie zuständig sein soll³⁷. Allerdings wird die schlechte Wachstumsperspektive bei Haryana durch die Colleges in Chandigarh und Delhi etwas relativiert.

Abschließend sei zur regionalen Differenzierung noch angemerkt, dass auch die „nationalen Ärztekongresse“ (•• **Abb. 2**) kulturelle Grenzen zwischen Nord- und Südindien abbilden. Trotz ihres Namens sind sie faktisch doch oft Regionalkongresse. So kommen nach Delhi die Bengalen und noch Teilnehmer aus Maharashtra, aber praktisch niemand mehr weiter aus dem Süden. Und ein „nationaler Kongress“ in Mysore (Karnataka) wird ebenfalls fast ausschließlich von Ärzten aus diesem und allenfalls einigen Nachbarstaaten besucht. Das hängt natürlich nicht zuletzt mit den Reisekosten zusammen. Es fördert aber die Integration und die gleichmäßige Verbreitung im Territorium nicht unbedingt. Immerhin sind alle Leiter der fast 190 Colleges automatisch Mitglieder im Central Council of Research of Homeopathy, sodass zumindest von hier ausgehend gewisse Standards und Ziele für das ganze Land befördert werden können.

Ärztliche Homöopathie – ein ganz überwiegend städtisches Phänomen

Die private Arztpraxis als wichtigstes Wirkungsfeld

Von den 239 285 im Jahr 2008 registrierten Homöopathen dürfte der allergrößte Teil in der eigenen Praxis arbeiten. Schätzungen zu Ärzten sämtlicher Medizinrichtungen in Indien ergaben einen Wert von 81 % im Privatsektor Tätigen³⁸. Da der Anteil der in privaten Krankenhäusern oder in der Pharmaforschung beschäftigten homöopathischen Ärzte gering ist, dürfte die Annahme, dass $\frac{4}{5}$ in der Privatpraxis tätig sind, eine brauchbare Größenordnung sein. Übrigens ist die Geschlechterverteilung unter den universitär Ausgebildeten immer noch sehr ungleich: 145 086 Ärzte sind derzeit Männer und 31 890 Frauen, obwohl die Studentenzahlen in den Colleges mittlerweile weitgehend ausgeglichen sind³⁹.

Ärztliche Homöopathie gilt nach wie vor als überwiegend städtisches medizinisches Angebot. Das unterscheidet sie nicht von den anderen medizinischen Richtungen, deren ärztliche Vertreter ebenfalls wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten und der schulischen und kulturellen Angebote lieber in Städten leben und Praxen eröffnen. Es bedeutet aber, dass etwa $\frac{4}{5}$ der Bevölkerung in der Regel nur dann eine homöopathische Arztpraxis aufsuchen können, wenn sie in eine Stadt fahren.⁴⁰ Ansonsten sind sie auf die „nicht institutionell qualifizierten Heiler“ angewiesen, die in praktisch jedem Dorf existieren und, soweit sie Homöopathie anbieten, sich ihr Wissen durch Gehilfenleistung oder Lektüre erworben haben. Die städtischen Arztpraxen müssen, um bestehen zu können, zunächst die zahlungskräftigen Patienten versorgen und können aus ökonomischen Gründen die sonstige Kundschaft allenfalls aus philanthropischen Motiven mit versorgen. Immer wieder hört oder liest man allerdings von Ärzten, die wöchentlich einige Stunden gratis in einem Slum, ihrer „Slumclinic“, arbeiten⁴¹. Entsprechend gestaffelte Tarife bis hin zur Gratisbehandlung sind eine Methode, um dies zu ermöglichen.

Die städtischen Arztpraxen sind jeweils nach Stadtteil wieder sehr unterschiedlich. Einzelpraxen sind wie generell im Privatsektor am weitesten verbreitet⁴². Um eine ausreichend große Klientel zahlungskräftiger Patienten zu erreichen, haben einige Ärzte mehrere Praxisstandorte. Sie praktizieren an einem Wochentag oder Vormittag hier, am nächsten Tag oder Nachmittag in einem weiteren Stadtteil, manchmal sogar an 3 Orten⁴³. Die Kosten für die Raummiete fallen nach Aussagen dieser Ärzte nicht wirklich ins Gewicht.

Großpraxen und Patientenerwartungen

Eine andere Strategie sehr anerkannter homöopathischer Ärzte ist es, eine gut erreichbare Innenstadtpraxis zu eröffnen⁴⁴. Dies wurde aus Städten mit weniger chaotischen Verkehrsverhältnissen wie Amravati (Maharashtra) und Lucknow (Uttar Pradesh) berichtet. Die Praxisorganisation setzt hier mehr auf eine Konzentration des Angebotes. Dabei werden jüngere, zumeist gerade aus der Ausbildung kommende Kollegen als Assistenten eingesetzt. In beiden genannten Praxen können jeweils gleichzeitig 3 der bis zu 6 dann halbtags beschäftigten Assistenten tätig sein. Sie übernehmen zunächst das Drittel der Patienten, die nur wegen einer ggf. wiederholten Ordination eines Arzneimittels in die Praxis kommen. Schumann berichtet einen Fall aus Neu Delhi, bei dem sich die Patientin beschwerte, dass „die homöopathischen Ärzte“ dort den Namen des Arzneimittels nicht mitteilen, so dass sie ihre Tochter nicht selbständig weiterbehandeln konnte⁴⁵. Möglicherweise ist dies der Grund für den relativ hohen Anteil an Praxisbesuchen für eine Wiederholungsgabe. Demgegenüber berichtet Frank aus Bengalen, dass die Ärzte explizit darauf setzen, dass die Patienten den Namen des Mittels kennen. Das gewährleiste die Nachvollziehbarkeit und die Wiederholbarkeit. Es ermöglichte außerdem dem Kranken, von einem anderen Arzt eine zweite Meinung einzuholen. Sie hätten denn bei ihren gut informierten Patienten Diskussionen über die Mittelwahl erlebt, weil diese ein zu einem Mittel passendes Symptom erinnerten, das sie derzeit gar nicht aufwiesen. Eine Ausnahme sei nur die Verschreibung von Placebos nach einer Einmalgabe. Hier werde durch einen vom Apotheker verstandenen Code (Nullpotenzzeichen) das Placebo verschrieben. Dem Patienten oder der Patientin werde dies verheimlicht, damit er oder sie durch die Einnahme etwas für die Gesundheit tun könne. Es dürfe auf keinen Fall der Eindruck entstehen, der Arzt wolle nicht schnellstens helfen⁴⁶.

Die Ungeduld der indischen Patienten – gegenüber allen Medizinrichtungen – ist in der Forschung gut bekannt.⁴⁷ Sie führt dazu, dass Inder in der Hoffnung auf baldige Genesung eher zu viele Medikamente einnehmen, was tendenziell auch auf die Homöopathie übertragen wird. Bei dieser Therapierichtung kommt allerdings hinzu, dass die Patienten auch die Anamnese nicht selten als zu aufwendig empfinden: So beschwerten sich bengalische Patienten über den Sinn von Fragen des Arztes nach Träumen oder der Verträglichkeit von Salz und Baten um zügigere Auswahl eines Mittels. Hier konstatiert Frank zurecht einen kulturellen Gegensatz zu den Patientenerwartungen in Deutschland, wo das ausführliche Arztgespräch eher als eine Stärke der Homöopathen betrachtet wird⁴⁸. Bengalische Ärzte tendierten ansonsten eher dazu, zwecks Zeitersparnis die Untersuchung, v.a. die kör-

perliche, kurz zu halten. Das komme insbesondere den Erwartungen von (muslimischen) Frauen entgegen. Demgegenüber beklagen sie Schwierigkeiten mit Unterschichtpatienten, die ihre Symptome nicht differenziert genug beschreiben können. So ließen sich manchen Kranken statt Aussagen über stechenden oder drückenden Schmerz gelegentlich allenfalls körpersprachliche Hinweise auf die betroffene Stelle entlocken.

Außerdem machen diese Assistenten die Erstanamnese, die bei chronischen Krankheiten bis zu 30 Minuten, sonst etwa 10 Minuten dauert. Für unsere Vorstellungen von Diskretion ist es erstaunlich, dass die Fallaufnahme an 3 dicht nebeneinander stehenden Tischen in einem Raum erfolgt, der gleichzeitig auch noch als Wartezimmer dient (•• Abb. 3). Dementsprechend kann man die Krankengeschichte des Nachbarpatienten mitbekommen. Das gilt ggf. auch für weitere Wartende, zumindest diejenigen in der ersten Reihe. Offenbar wird das aber in vielen Praxen so gehandhabt und generell akzeptiert⁴⁹. Die Tür zum Zimmer des leitenden Arztes steht ebenfalls immer offen⁵⁰. Nach der Anamnese schlägt der erfahrene „Senior Assistent“ ein Mittel vor. Nur bei Unsicherheit wird dessen Auswahl noch mit dem „Chef“ besprochen.

Die Praxen sind von 10–14 Uhr und dann noch abends von 19–21 Uhr geöffnet. Allein an einem Vormittag können so insgesamt 90 Patienten, davon 6 mit Erstbehandlung, versorgt werden. Für die Praxis in Amravati ergaben sich über 40 Patienten pro Tag⁵¹. Aus einer Praxis in Kalkutta mit 2 Assistenten wird eine Frequenz von 100–150 Patienten pro Tag berichtet⁵². Trotz der geringen Anfangsgehälter ist diese Assistentenzeit für die jüngeren Ärzte attraktiv. Sie lernen eine Vielzahl von Fällen kennen, können von der Erfahrung des Senior Assistent und des Arztes profitieren und eine eigene Praxis in den Abendstunden aufbauen, ohne bereits vollständig davon leben zu müssen. Eröffnen sie eine Praxis im Umland, dann fördert das Renommee des berühmten Therapeuten aus der Stadt ihre eigenen Chancen.

Praxisdichten für einzelne Städte zu berechnen, ist leider nicht möglich, da die Angaben der gelben Seiten der Telefonbücher sehr unvollständig sind⁵³. Immerhin ist es für Chandigarh – das Territorium der gemeinsamen Hauptstadt der beiden nordindischen Bundesstaaten Punjab und Haryana – sowie für das Hauptstadtterritorium Delhi möglich. Legt man 80 % Ärzte in privater Praxis zugrunde, dann gäbe es in Chandigarh für gut 3750 Patienten, in Delhi pro 5250 Personen jeweils einen homöopathischen „Arzt“. Daraus lässt sich ebenfalls schließen, dass die Versorgung in teilweise großen Flächenstaaten wie Maharashtra und Westbengalen nicht weniger dicht ist als in diesen Städten.



Abb. 3: Behandlungsplätze der Assistenten sowie die Assistentin selbst und der Besucher in einer Arztpraxis in Amravati.

Ärztliche Homöopathie – Die öffentliche Primarversorgung, kein nur städtisches Phänomen

Schwankende und regional unterschiedliche Entwicklung

Neben dem privaten Angebot bietet das öffentliche Gesundheitswesen in Indien homöopathische Behandlung an. Dessen Anspruch war es immer, tatsächlich alle zu versorgen. Durch die Charta von Alma Ata wurde dies auf dem Weg zum Erreichen des Programmziels der WHO einer weltweiten „Gesundheit für alle“ im Jahr 2000 noch einmal bestätigt. Das relative Gewicht des öffentlichen Angebotes ist nicht leicht einzuschätzen. Zwar war das Wachstum des privaten Sektors seit der Unabhängigkeit erheblich. Allerdings wurde in früheren Studien wegen der staatlichen Entwicklungsziele und der damit einhergehenden, entwicklungspolitischen Fixierung auf das öffentliche Gesundheitswesen der Privatsektor wohl häufig auch unterschätzt⁵⁴. Nach Begeisterung für die Liberalisierung des Gesundheitsmarktes in den 1990ern, der auch im langsameren Wachstum der Primary Health Care Centres während dieses Jahrzehnts (in Tab. 1) sichtbar ist, hat man in den letzten Jahren (seit ca. 2001) die öffentliche Infrastruktur wieder gezielt

Tab.5 Versorgung mit homöopathischen Ärzten in Dispensaries, Rangfolge der Bundesstaaten (Stand 2008)

Rang	Einwohner pro hom. Arzt in PHC	Bundesstaat	Anzahl hom. Ärzte in PHC
1	17 000	Nagaland	115
2	25 000	Arunachal Pradesh	44
3	34 000	Tripura	93
4	60 000	Orissa	603
5	61 000	Kerala	525
6	66 600	Westbengalen	1220
7	94 000	Uttarakhand/Uttaranchal	90
8	105 000	Uttar Pradesh	1577
9	136 000	Pondicherry	7
10	143 000	Delhi	98
11	153 000	Meghalaya	15
Durchschnitt	170 480	Indische Union	6030
12	180 000	Chandigarh	5
13	224 000	Punjab	107
14	236 000	Gujarat	216
15	244 000	Manipur	9
16	260 000	Goa	5
17	266 000	Andra Pradesh	286
18	322 000	Rajasthan	177
19	360 000	Assam	75
20	404 000	Chattisgarh	52
21	411 000	Madhia Pradesh	146
22	429 000	Himachal Pradesh	14
23	464 000	Bihar	179
24	500 000	Jharkand	54
25	1 050 000	Haryana	20
26	1 233 000	Karnataka	43
27	1 348 000	Tamil Nadu	46

ter ausgebaut. Trotzdem bestehen erhebliche Lücken im Vergleich zu dem von der Gesundheitsverwaltung für die Planung zugrunde gelegten Bedarf⁵⁵.

Die Infrastrukturstatistik des AYUSH-Departments weist für den 1.4.2008 immerhin 6030 „Dispensaries“, also Polikliniken bzw. Ambulanzen, mit homöopathischen „Practitioners“ aus, die bis auf die Kleinstterritorien in •• **Tab. 5** dargestellt sind. Sie lassen den erheblichen Beitrag ahnen, den diese Einrichtungen zur Primarversorgung leisten könnten.

Wie häufiger, fehlen Angaben zu dem unruhigen Territorium Jammu und Kaschmir, in dem die Homöopathie aber keine große Bedeutung hat. Bedauerlicher ist die Informationslücke zu dem privatärztlich so exzellent versorgten Maharashtra. Schon aus der in einigen Staaten hohen Anzahl solcher Einrichtungen ergibt sich, dass sie keineswegs alle nur in den Städten angesiedelt sein können. So dürfte sowohl in den großen Flächenstaaten des Nordostens wie Uttar Pradesh, Westbengalen und Orissa wie auch in Kerala im Süden ein Großteil dieser Dispensaries auf dem Land oder jedenfalls in kleineren Orten liegen. Auffallend ist wieder die relativ gute Position einiger Staaten nördlich von Bangladesch wie Nagaland, Tripura und Meghalaya. Es lässt sich derzeit auch nicht klären, ob die schlechtere oder bessere Versorgung mit homöopathischen Ärzten in den Dispensaries mit einer generell weniger guten oder besseren Ausstattung der einzelnen Bundesstaaten mit öffentlichen Gesundheitszentren korreliert.

Amtsaufgaben und Privatpraxis in Konkurrenz

Eine Anstellung in einem der staatlichen Dispensaries ist für junge Ärzte durchaus attraktiv, weil sie auf diesem Weg früh ein gesichertes Grundeinkommen erzielen können. Außerdem soll das Gehalt, zumindest in manchen Staaten, akzeptabel oder gar verhältnismäßig gut sein. Die gesetzlichen Regelungen für die zusätzliche Privatpraxis sind in den Bundesstaaten unterschiedlich. Manche schließen dies kategorisch aus, um Interessenkonflikte zu vermeiden, die üblicherweise – wie schon im Europa des 18. Jahrhunderts – zugunsten der Privatpraxis entschieden werden: Der bereits im öffentlichen Dienst besoldete Arzt kann mit den privat behandelten Patienten ein Zusatzeinkommen erwirtschaften, das für ihn interessanter ist als ein stärkeres Engagement im Dispensary. Berichtet wird in diesem Zusammenhang für Ärzte aller Medizinrichtungen, dass den Patienten bestimmte Behandlungen oder Medikamente im Primary Health Centre vorenthalten werden. Stattdessen verweist der Behandler sie gezielt auf die Privatpraxis, weil sie angeblich nur dort diese Leistungen erhalten könnten⁵⁶. Weil derartige Machenschaften schwer kontrollierbar sind, haben sich einige Bundesstaaten für ein generelles Verbot der

Privatpraxis entschieden, was allerdings die Rekrutierung von Ärzten, zumindest für eine längere Tätigkeitsdauer, erschweren kann.

Verschiedene Lösungen dieses Problems wurden ausprobiert. In Andra Pradesh schuf man finanzielle Anreize für jüngere Mediziner, die so für 3 Jahre für eine Tätigkeit in den „Tribal Areas“, also den Gebieten der Stammesbevölkerungen geworben werden sollten. In Kerala machte man eine Tätigkeit als Landarzt zur Voraussetzung für das Postgraduate Studium bzw. reservierte einen Teil der Plätze für Mediziner mit diesem Hintergrund. Ein anderer Weg war dort die Dezentralisierung: So wurde die Zuständigkeit für die Gesundheitszentren an die örtliche politische Gemeinde, den Panchayat (Dorfrat), abgegeben. Auf diesem Weg konnten in relativ kurzer Zeit sämtliche 419 offenen Stellen (bis auf 5) besetzt werden. Durch dieses Eigeninteresse beflügelt, überwachte das Dorf denn auch die Anwesenheitszeiten des Arztes, der deshalb tatsächlich während der Dienstzeiten im Gesundheitszentrum arbeitete. Abends durfte er außerdem privat praktizieren. Das führte zwar immer noch zu einer Vernachlässigung der Besuche im lokalen Spital und beim „Fieldwork“, die Einbeziehung der Dorfschaft brachte aber erstmals kompetente Mediziner tatsächlich – und nicht nur auf dem Papier – in diese Dörfer. Demgegenüber waren die Abwesenheiten vom Dienstort bei den Ärzten mit Erlaubnis zur Privatpraxis im benachbarten Tamil Nadu sehr viel höher, weil man politisch keinen Mut zur Dezentralisierung hatte⁵⁷. Offenbar liegt die Lösung solcher und weiterer Probleme der Primarversorgung in der „Ermächtigung“ (wie die schlechte, aber gängige deutsche Übersetzung des englischen Begriffs „Empowerment“ heißt) des Dorfes zur Eigenkontrolle. Jedenfalls kann aber auch eine ausschließliche Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem einer mittleren Gemeinde eine gute Zukunftsinvestition zum Aufbau einer Patientenklientel vor Ort sein, wenn der spätere Transfer in die Privatpraxis gelingt.

Schwierige Bedingungen in den Dispensaries

Ansonsten scheint es hier und da Motivationsprobleme der im öffentlichen Dienst beschäftigten Ärzte zu geben. So berichtet der belgische Forscher Dusausoit auf der Grundlage längerer teilnehmender Beobachtungen in (der ehemaligen französischen Kolonie) Pondicherry in Südostindien, die jetzt in Puducherry umbenannt wurde, dass der dortige homöopathische Arzt durchgehend lustlos war, seine Patienten stehend warten ließ, sie wenig beachtete, ihnen nicht wirklich zuhörte, sondern nur möglichst schnell das Mittel wählen wollte, um sie dann sofort abzufertigen⁵⁸. Viel von diesem Verhalten ist den schlechten materiellen Verhältnissen dieser Dispensaries geschuldet: Sitzgelegenheiten oder gar ein Wartezimmer



Abb. 4: Ausbildungsmaterialien zum Thema Gesundheitsversorgung im Pandit Jawaharlal Nehru Memorial Institute of Homoeopathic Medical Sciences, Amravati, Indien, Januar 2007.

gibt es nicht. Die Patienten drängen sich wohl oder übel immer in den Fluren. Sowohl die Gesundheitsverwaltung als auch die Kranken erwarten von den Ärzten, dass sie möglichst viele Patienten behandeln. Das führt unweigerlich zu einer Homöopathie, die sehr unserer viel kritisierten „Fünf-Minuten-Medizin“ in der Kassenpraxis ähnelt. Die Behandlungszahlen aus anderen Dispensaries in Delhi, wo manchmal 80 bis zu 160 Patienten in 6 Stunden (und das an 6 Wochentagen – welche Arbeitslast!) durch die Praxis geschleust werden müssen, können sogar zu noch kürzeren Behandlungszeiten führen. Das wären nämlich 12–27 Fälle pro Stunde, also 2–3 Minuten pro Patient. Statistischer Durchschnitt seien aber 70 Patienten. Gut die Hälfte komme wegen jahreszeitlich üblicher Infektionen oder Atemprobleme, die man in der Tat mit bewährten Indikationen sehr schnell behandeln könne. Ansonsten seien Überstunden nicht selten. Grund sei die von den Mitarbeitern akzeptierte und praktizierte Berufs- und Arztethik, aus einem Versorgungszentrum des öffentlichen Dienstes niemanden abzuweisen, der innerhalb der Öffnungszeiten erscheint⁵⁹. Jedenfalls zeigen die Warteschlangen in den beiden von mir besuchten Primary Health Care Centres in Delhi vor allem, dass der Bedarf nach wie vor viel größer ist als das, was die öffentlichen Versorgungssysteme anbieten können.

Zukunftspläne

Diese werden seit einiger Zeit wieder gezielt ausgebaut, weil die besondere Versorgungslücke im Bereich der Primarversorgung – im Unterschied zu teilweise besser finanzierten, höheren Versorgungsstufen – und der besondere Bedarf der marginalisierten Bevölkerungsgruppen und der Unterschichten nach einer gewissen Begeisterung für eine einseitige Liberalisierung und Privatisierung selbst von den Politikern wieder stärker gesehen wird⁶⁰. Für die steigende Zahl aus den Colleges strömender, homöopathischer Absolventen ergeben sich dadurch gleichzeitig bessere Berufsperspektiven.

So sind in Delhi – wo Dr. R.K. Manchanda als Leiter der Homöopathieabteilung der Gesundheitsverwaltung eine klare Strategie verfolgt, die Homöopathie in der Grundversorgung auszubauen – seit April 2008 bis Januar 2011 bereits fast 40 weitere Homöopathen in öffentlichen Primarversorgungseinheiten angestellt worden⁶¹.

Bisher waren im Bundesstaat Karnataka lediglich in 43 Primary Health Care Centres homöopathische Ärzte angestellt (Stand 2008). Nunmehr plant die Regierung, nach Aussage von Dr. B.T. Rudresh, in sämtlichen 175 Zentren einen Homöopathen zu beschäftigen⁶².

In Uttar Pradesh wurden allein im Budgetjahr 2007/2008 151 neue Stellen für Homöopathen in der Primarversorgung geschaffen, was einem Zuwachs von fast 10% in einem einzigen Jahr entspricht⁶³. Auch in Goa kündigte der Chief Minister, Shri D.V. Kamat, während der Veranstaltung zur Eröffnung der Wanderausstellung zur Geschichte der Homöopathie in Margao an, in sämtlichen 19 PHC Homöopathen anstellen zu wollen⁶⁴. Derzeit (2008) sind es nur zwei. Er verwies allerdings darauf, dass es noch an einer entsprechenden Zahl geeigneter Bewerber fehle. Das Problem dürfte sich bei jährlich 50 neuen Studienanfängern bald lösen lassen.

Homöopathie im Netzwerk verschiedener Therapieformen

Man darf sich diese Dispensaries nicht als ausschließlich mit einem homöopathischen Arzt besetzte Einrichtungen vorstellen. Vielmehr sind dort je nach örtlichen Gegebenheiten Schulmediziner, Vertreter von Ayurveda oder weiterer Medizinrichtungen tätig. So beschäftigt die Gesundheitsverwaltung AYUSH des Unionsterritoriums Delhi in den Primary Health Care Centres neben den 98 Homöopathen 148 Ayurveda-Practitioners, 25 für Unani, 4 für Yoga, 10 für Naturheilverfahren und 2 für Amchi (Tibetanische Medizin)⁶⁵. Dieses Angebot ermöglicht den Patienten, je nach eigener Einschätzung ihrer Krankheit den Therapeuten der Medizinrichtung ihrer Wahl anzusteuern. Dieses System wird als „Cafeteria-Approach“ bezeichnet⁶⁶. Offenbar funktioniert das System gut: Die

Patienten haben ausweislich der statistischen Auswertung von Millionen von Konsultationsdaten klare, teilweise sich überschneidende Präferenzen je nach Krankheiten. Auch die Ärzte der verschiedenen Richtungen einschließlich der Schulmedizin erkennen das grundsätzlich an und überweisen sich gegenseitig Patienten, wenn sie zusätzlichen Diagnosebedarf haben oder ein anderes Verfahren für einschlägiger halten. So gelten Homöopathen als besonders kompetent bei Kinderkrankheiten und

chronischen Leiden, Ayurvedaärzte bei Stoffwechselbeschwerden.

Teil 2 zur weiteren Versorgung auf dem Land, Spitälern, Patientenmotivationen und Gesundheitskampagnen folgt in einer späteren Ausgabe der ZKH.

Online zu finden unter:

<http://dx.doi.org//10.1055/s-0030-1257599>

•• Literatur

[1] **Badura B, Kirch W, Wolters P.** Bedarfsgerechte Versorgung und Qualitätsverbesserung. Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.). Public Health-Forschung in Deutschland. Bern: Hans Huber; 1999.

[2] **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.

[3] **Bhardwaj SM.** Medical Pluralism and Homoeopathy: A Geographic Perspective. *Social Science and Medicine* 1980; 14B: 209–216.

[4] **Collins D, Morduch J et al.** Portfolios of the Poor. How the world's poor live on \$ 2 a day. Ranikhet: Permanent Black; 2010.

[5] **Dinges M.** Homöopathie in Indien. Ein Absteiger innerhalb des indischen Gesundheitssystems? *ZKH* 2008; 2: 60–68.

[6] **Frank R.** Globalisierung „alternativer“ Medizin. Homöopathie und Ayurveda in Deutschland und Indien. Bielefeld: Transcript Verlag; 2004.

[7] **Gangadharan K.** Paradigm Shift in Health and Education in India. New Delhi: Serials Publications; 2009.

[8] **Jütte R.** Eine späte homöopathische Großmacht: Indien. In: Dinges M, Hrsg. *Weltgeschichte der Homöopathie*. München: CH Beck; 1996: 355–381.

[9] **Kleinman A.** Patient and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.

[10] **Krishna A.** One illness away: why people become poor and how they escape poverty. Oxford: Oxford University Press; 2010.

[11] **Kurth BM (Hrsg.).** Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2008.

[12] **Misra R, Chatterjee R, Rao S.** India Health Report. New Delhi: Oxford University Press; 2003.

[13] **Poldas SVB.** Geschichte der Homöopathie in Indien: Von ihrer Einführung bis zur ersten offiziellen Anerkennung 1937. Stuttgart. Haug; 2010.

[14] **Rai V, Simon WL.** Think India. The Rise of the World's next Superpower. New Delhi: Plume; 2007.

[15] **Rao M.** Eliding History. The World Bank's Health Politics. In: Kumar D, Hrsg. *Disease and Medicine in India. A Historical Overview*. New Delhi: Tulika Books; 2001: 265–275.

[16] **Robert C.** L'homéopathie en Inde. Diss. med. Grenoble; 1989.

[17] **Sainath P.** Everybody loves a good Draught. Stories from India's poorest districts. London: Headline Book Publishing; 1996.

[18] **Schmacke N, Hrsg.** Perspektiven von Patientinnen und Patienten auf ihre Versorgung durch homöopathisch tätige Ärzte und Ärztinnen – eine qualitative Studie: ein Projekt der AOK Baden-Württemberg und der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG); Abschlussbericht. Bremen: Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung Universität Bremen; 2010.

[19] **Schumann U.** Homöopathie in der modernen indischen Gesundheitsversorgung: Ein Medium kultureller Identität. Münster: Lit-Verlag; 1993.

[20] **Suresh M.** Economics of Primary Health Care. New Delhi: Mohit Publications; 2008.

[21] **Varman R, Vikas RM.** Rising Markets and Failing Health: An Inquiry into Subaltern Health Care Consumption under Neoliberalism. *Journal of Macromarketing* 2007; 27, 2: 162–172.

[22] **Venkat Raman A, Björkman JW.** Public-Private Partnerships in Health Care in India. Lessons for developing countries. London: Routledge; 2009.

•• Anmerkungen

1 S. dazu Dinges 2008.

2 Badura, Kirch, Wolters 1999: 253, 4. Die Bundesärztekammer hat sich mittlerweile auch des Themas angenommen: Kurth 2008. Erste Forschungsergebnisse liegen nun auch für ein deutsches Bundesland vor: Schmacke 2010.

3 Gangadharan 2009: 130; Venkat Raman, Björkman 2009: 40.

4 Misra, Chatterjee, Rao 2003: 102 f.

5 Barua 2005: 1 f. – http://www.hum.au.dk/hstre/Docs/Paper_GF9_NupurBarua.pdf.

6 Misra, Chatterjee, Rao 2003: 102.

7 Krishna 2010. Zu den auch in Haushalten unter der Armutsgrenze bestehenden „Rücklagen“ vgl. Collins, Morduch u.a. 2010: bes. 38, 41, 43 f.

8 Barua 2005: 1 f.

9 Rai, Simon 2007: 207.

10 Misra, Chatterjee, Rao 2003: 120. Das gilt übrigens auch im Weltmaßstab und erklärt die hervorragenden Gesundheitsindikatoren der skandinavischen Staaten, die insgesamt weniger für Gesundheit aufwenden als die USA, aber bessere Ergebnisse aufweisen.

11 Das wird in Indien euphemistisch als „Moonlighting“ bezeichnet, als ob es nur nachts geschähe.

12 Vgl. dazu die anregende – wenn auch sprachlich teilweise problematische – Fallstudie von Suresh 2008: bes. 104, 110, 150.

13 Sainath 1996. Zu städtischen Verhältnissen s.: How the system turned sick. The city's hospitals are everybody's last resort; *Hindustan Times*, Mumbai, Tuesday March 9, 2010 (Metro special): 2.

14 Zu den „Lessons from Kerala“ vgl. die Beiträge zur Gesundheit in Gangadharan 2009.

15 Selected socio-economic indicators der indischen Regierung für 2005 <http://cbhidghs.nic.in/indicator%20of%20HII2005.htm> (7.1.2011).

16 S. dazu Dinges 2008: 66.

17 Varman, Vikas 2007: 162–172; so auch Rao 2001: 272.

- 18 Dazu am Ende des Artikels mehr.
- 19 S. dazu Schumann U 1993: 172 ff.
- 20 Dr. Ashok Sharma, Chief Medical officer Homoeopathy, Government of Delhi, Gespräch im Govt. of Delhi Health Centre Vivek Vihar, New Delhi (14. Januar 2009).
- 21 Bhardwaj 1980: 209–216.
- 22 Poldas 2010.
- 23 Jütte 1996.
- 24 Zu Pater Augustus Müller S.J. z. B. Poldas 2010: 55.
- 25 S. die Liste bei Poldas 2010: 208, Tab. 6.8.
- 26 Vgl. dazu Dinges 2008: 62 f.
- 27 Gespräch mit Herrn Dr. Esvara Das, Consultant Adviser (Homoeopathy), Department of AYUSH, Ministry of Health & Family Welfare (16. Dezember 2010, Kolkata).
- 28 Interview mit Frau Dr. U. Schumann (15. November 2010, Neu Delhi).
- 29 Den letzten offiziell mitgeteilten Stand der homöopathischen Infrastruktur weist die „Summary of Infrastructure Facilities under Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH) as on 1.4.2008“ aus: <http://indianmedicine.nic.in/showfile.asp?lid=44> (Abruf 5.1.2011); die neuesten offiziell publizierten Angaben zum Bevölkerungszensus sind von 2005 und betreffen 2001, nämlich „Distribution of Population, Sex Ratio, Density & Growth Rate – 2001 Census“ unter: <http://www.cbihidghs.nic.in/hia2005/1.02.1.htm> (Abruf 5.1.2011). Auch wenn es methodisch nicht ganz befriedigend ist, Daten von 2008 mit denjenigen von 2001 zu vergleichen, so dürften sie doch aussagekräftige Größenordnungen vermitteln. Die Bevölkerungsproportionen dürften sich trotz des schnellen Wachstums zwischen den einzelnen Bundesstaaten nicht sehr verschoben haben, die Ärztezahlen und Aufnahmekapazitäten der Colleges ebenfalls nicht so sehr, dass der hier angestrebte Regionalvergleich davon entscheidend verändert würde. Kleinstterritorien wie die Andamanen und Nicobaren wurden ausgelassen; zu Sikkim, Manipur etc. enthielt die Ausgangsstatistik keine Angaben.
- 30 S. zu den Laienheilern unten bei den Ausführungen zur Versorgung auf dem Land.
- 31 Bhardwaj 1980: 214.
- 32 Bhardwaj 1980: 213.
- 33 S. oben Tab. 1.
- 34 Die folgenden Tabellen sind kürzer, weil zu einigen Territorien die Angaben zu den Practitioners oder zu den Ausbildungsplätzen fehlen.
- 35 Eine Anfrage dazu konnte leider vor Redaktionsschluss nicht mehr beantwortet werden.
- 36 Bhardwaj 1980: 214.
- 37 Auskunft im Gespräch mit Dr. S. Singh, Lucknow (22. Dezember 2010); es handelt sich um Mr. Rajesh Tripathi, Honorable Minister of State for Homeopathy and Charitable Works; http://homeopathy.up.nic.in/english/mother_child.html (Abruf 7. Januar 2011).
- 38 Misra, Chatterjee, Rao 2003: 103–4.
- 39 <http://indianmedicine.nic.in/AYUSH-2008%20Draft%20%28For%20Website%29/SECTION%203.%20Medical%20Manpower/3.2%20a.pdf>.
- 40 Zu den „Outreach-Kampagnen“ städtischer Colleges auf dem Land s. weiter unten.
- 41 Frank 2004: 137; Robert 1989: 139.
- 42 Venkat Raman, Björkman 2009: 43 f.
- 43 Frank R: 2004: 119. Interviews des Autors mit Ärzten aus Mumbai und Delhi; ebenfalls zu Delhi Robert 1989: 137, 139.
- 44 Die folgenden Angaben beruhen auf Interviews und Praxisbesichtigungen mit Dr. Arora in Lucknow (22.12.2010) und Dr. Dhole in Amravati (24. Januar 2007).
- 45 Schumann 1993: 196.
- 46 Frank 2004: 142 f.
- 47 Frank 2004: 148.
- 48 Frank 2004: 139, 141, 155.
- 49 So zum Beispiel in einem Landkrankenhaus bei Agra, s. dazu unten.
- 50 Das beobachteten wir übrigens auch in Ambulanzen, allerdings nicht durchgängig.
- 51 Schriftliche Auskunft von Dr. S. Dhole vom 17. August 2009.
- 52 Frank 2004: 138.
- 53 Das berichtet schon Frank 2004: 119; wir haben selbst beim Versuch, einen bekannten hom. Arzt in Lucknow zu ermitteln, wieder diese Erfahrung machen müssen. Auch die Angaben zu Nagpur (mit 2,4 Mio. Einwohnern und angeblich 44 hom. Ärzten) waren nachweislich unvollständig: <http://yellowpages.webindia123.com/dpy/Maharashtra/Nagpur/Doctors+Homeopathic/1/> (Abruf 10.8.2010).
- 54 Misra, Chatterjee, Rao 2003: 102.
- 55 Gangadharan 2009: 127 f.
- 56 Misra, Chatterjee, Rao 2003: 125.
- 57 Misra, Chatterjee, Rao 2003: 125, 131.
- 58 Dusausoit H: L'homéopathie biomédicale du docteur K. Ethnographie d'un homéopathe indien. Bisher unveröff. Konferenzpapier der Tagung „L'exportation de l'homéopathie: le cas de l'Inde de Sud“ (Université Louvain-La Neuve, 28. November 2008).
- 59 Gespräch mit Dr. R.K. Manchanda, Dep. Director Hom., UCT Government of Delhi, 13. Januar 2009 und Schreiben vom 20.1.2009.
- 60 Die gesundheitswissenschaftliche Forschung hatte immer wieder vor Einseitigkeiten der Privatisierungsstrategie der 1990er Jahre gewarnt.
- 61 Briefliche Mitteilung von Dr. R.K. Manchanda, 7.1.2011.
- 62 Mitteilung von Dr. B. T. Rudresh, Vorstand der Rajiv Gandhi University of Health Sciences, auf der Konferenz der Homeopathic Medical Association of India in Mysore, 18. September 2010, Kongressbericht von Dr. R.K. Manchanda.
- 63 <http://homeopathy.up.nic.in/english/homeopathy.html> (Abruf 7.1.2011).
- 64 Eröffnungsadresse am 29. Juni 2010; zu den PHCs s. <https://www.goa.gov.in/portal-web/login/DeptHealth.jsp> (Abruf 10.1.2011).
- 65 Amchi ist ein traditionelles Medizinsystem, das in Ladakh und Teilen von Jammu und Kaschmir praktiziert wird. Es ist eine Kombination aus Ayurveda und chinesischer Medizin und enthält einige tibetische Elemente. Mittlerweile wird bei der Zentralregierung sogar überlegt, ob man das AYUSH-Department unter Einschluss von Amchi in AYUSHA umbenennen soll (schriftliche Auskunft von Dr. R.K. Manchanda, 12. 1.2011). <http://indianmedicine.nic.in/writereaddata/linkimages/3789407572-delhi.pdf> (Abruf 6.1.2011).
- 66 Vgl. Kleinman 1980.

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. Stell. 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

