



UNIVERSITÄT  
HEIDELBERG  
ZUKUNFT  
SEIT 1386

**Gesundheitspolitik in Indien:  
Auswirkungen auf politische Legitimität  
und Staatsbürgerschaft**

**Dissertationsschrift**

zur Erlangung des akademischen Grades  
doctor rerum politicarum (Dr. rer. pol.)

Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften  
Universität Heidelberg

vorgelegt von:

Anja Kluge  
42349 Wuppertal

Heidelberg, Juni 2016

Erster Gutachter: Prof. Subrata K. Mitra, Ph.D. (Rochester, USA)  
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Rainer Sauerborn

Disputation: 21.12.2015

Zu Beginn meiner Promotion stieß ich sehr oft auf eine sportliche Analogie, mit der diese Lebensphase (im Freundeskreis häufig liebevoll mit „doktorieren“ betitelt) als Marathon im Gegensatz zu einem Sprint bezeichnet wurde. Rückblickend auf meine damalige studentische Karriere konnte ich mir unter diesem Vergleich durchaus sofort etwas vorstellen. Dennoch war das Durchleben jeder einzelnen Promotionsabschnitte für mich mit kaum etwas bis dahin Erlebten gleichzusetzen.

Neue Strategien mussten gefunden, Grenzen überwunden und neue Ziele definiert werden. Aber all das wäre ohne meine tapferen Freunde, Eltern und Unterstützer in jeder Lebenslage in Heidelberg, Görlitz, Wuppertal, Wien oder Warwick jedoch niemals möglich geworden. Ihnen gilt daher an erster Stelle mein großer Dank, denn ohne sie, ohne meine treuen, geduldigen Motivatoren hätte ich mir so manches Mal das Ziel vielleicht nicht mehr vorstellen können.

Die Chance, dass ich mich so intensiv mit einem Thema auseinandersetzen durfte, dass ich mich immer wieder wissenschaftlichen Diskussionen stellen und mich auf vielerlei Ebenen weiterentwickeln konnte, verdanke ich jedoch zu aller nächst meinem Doktorvater, Prof. Subrata K. Mitra. In seiner Abteilung lernte ich alles, was nötig ist und fand einen Weg, den ich nur allzu gern bereit bin, weiterzugehen.

Gern erinnere ich mich an unsere erste „gemeinsame“ Busfahrt. Viele Erinnerungen folgten, doch keine prägte mich in der Form wie die fortwährende Betonung, dass nicht das Ziel oder die Reisedauer von Bedeutung sind, sondern vielmehr der zurückgelegte Weg das eigentliche Wesen der Existenz ausmacht. Seine unbedingte Neugier und die Freiheit, ohne Grenzen eigene Gedanken und Ideen verfolgen zu können, waren für mich ein Privileg, was ich bis zu meiner Tätigkeit im Institut in dieser Form nicht kannte und noch heute zu schätzen weiß.

Es wird noch viele Reisen geben, einige davon werden hoffentlich Wiedersehen sein.

<b>1. Einleitung</b>	1
1.1. Gesundheitsversorgung als Eigenleistung?	3
1.2. Entitlement und Empowerment im Gesundheitssektor	5
1.3. Fragestellung und Thesen	8
1.4. Erklärungsmodell	10
1.5. Bestimmung des Untersuchungszeitraums und Auswahl der Indikatoren	11
1.6. Gesundheit, Legitimität und Staatsbürgerschaft	12
1.7. Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und Primary Health Care	17
1.8. Berichte der Expertenkomitees und Fünfjahrespläne	20
1.9. Zur Situation der Datenerfassung in Indien	21
1.9.1. Regionalstudien	21
1.9.2. Census	23
1.9.3. Civil Registration System (CRS)	23
1.9.4. Sample Registration System (SRS)	24
1.9.5. National Family and Health Survey (NFHS I – III)	24
1.10. Privatisierung der Gesundheitsversorgung	26
1.11. Einflussfaktoren des öffentlichen Raumes auf den Gesundheitszustand	28
1.12. Struktur der vorliegenden Arbeit	30
<b>2. Gesundheit: Ein Phänomen zwischen Staat und Staatsbürgerschaft</b>	32
2.1. Vom Wohlfahrtsstaat zur Selbstversorgung	32
2.1.1. Legitimität durch Gesundheitsversorgung	34
2.1.2. Demokratie, Legitimität und Gesundheitspolitik	37
2.1.3. Die Idee von Staat in Indien	43
2.1.4. Ende der Kongressdominanz – Anfänge des Neoliberalismus	45
2.1.5. Auswirkungen der Wirtschaftsliberalisierung	47
2.2. Das Konzept der Staatsbürgerschaft	49
2.2.1. Die Grundidee Staatsbürgerschaft als Instrument der Inklusion	51
2.2.2. Staatsbürgerschaft in Indien	53
2.2.3. Gesundheit im Kontext der Staatsbürgerschaft	55
2.2.4. <i>health citizenship</i> in Indien	57
2.2.5. <i>health citizenship</i> als Bindeglied zwischen Bürger und Staat	59
2.3. Zusammenfassung	63
<b>3. Definition und Umsetzung von Gesundheit</b>	65
3.1. Gesundheit – der höchste Wert?	66
3.2. Gesundheit als Störungsfreiheit	68
3.3. Die Gesundheitsdefinition der WHO	70
3.4. Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung	72
3.5. Die Notwendigkeit der Krankheit	74
3.5.1. Schulmedizinische Konzepte von Krankheit	76
3.5.2. Die Bekämpfung der Krankheit als Nutzen für die Gesellschaft	77
3.6. Human Capital Approach vs. Human Development Approach	79
3.6.1. Human Capital Approach	79
3.6.2. Human Development Approach	79
3.6.3. Das Recht auf Gesundheit	81
3.7. Vom Individuum zur Gesellschaft – Public Health	82
3.7.1. Konzepterweiterung	83
3.7.2. Public Health in Indien	86
3.7.3. Public Health als Grundlage wirtschaftlichen Wachstums	87
3.7.4. Gesundheitsverständnis in Indien	88
3.8. Zusammenfassung	89

<b>4. Regionalität und health citizenship</b>	90
4.1. Der Föderalismus als institutionelle Komponente	90
4.2. Indikatoren und Kriterien zur Messung des Gesundheitszustandes	93
4.2.1. Indikatoren	93
4.2.2. Kriterien der Indikatorenauswahl	94
4.2.3. Indikatoren zur Messung des Ist-Zustandes	94
4.2.3.1. Säuglingssterblichkeit und Kindersterblichkeit unter 5 Jahren	95
4.2.3.2. Müttersterblichkeit	96
4.2.3.3. Sterberaten im Kontext von Infektionskrankheiten	97
4.3. Ist-Zustand der Gesundheit in Indien	98
4.3.1. Charakteristika der Sterblichkeitsverteilungen	99
4.3.2. Regionalverteilung der Säuglingssterblichkeit (IMR)	102
4.3.3. Verteilung der Sterbewahrscheinlichkeit von Kinder unter 5 Jahren (U5MR)	104
4.3.4. Müttersterblichkeit	106
4.3.5. Prävention als „neue Technik“ zur Stärkung des „modernen Bürgers“	108
4.4. Regionalität und das Konzept des <i>health citizenship</i>	112
4.5. Zusammenfassung	114
<b>5. Vom Phänomen zum Handlungsfeld: Politikfeld Gesundheitssektor</b>	116
5.1. Gesundheitssystem	117
5.1.1. Adaption - und Reformfähigkeit	119
5.1.2. Gesundheitspolitik	121
5.1.3. Kontextualisierung des Untersuchungsgegenstandes	121
5.1.4. Gesundheitspolitik als Policy-Making	123
5.1.5. Policy-making I – Verantwortungsverteilung	124
5.1.6. Policy-making II- Planungsprozesse	125
5.2. Policy-Analyse zwischen Institutionen und Prozessen	128
5.3. Forschungsinteresse der Politikfeldanalyse	130
5.4. Akteurzentrierter Institutionalismus	132
5.4.1. Akteure	134
5.4.2. Institutionen und Strukturen	135
5.5. Systemtheoretische Ursprünge der Politikfeldanalyse	136
5.5.1. Das Systemmodell nach David Easton	138
5.5.2. Das Phasemodell „Policy-Cycle“	139
5.5.3. Unterscheidung von Policy-Output und Policy-Outcome	142
5.5.4. Anwendung der Policy-Output-Konzeption	144
5.6. Politische Steuerung – Governance im Gesundheitssektor	146
5.6.1. Governance	146
5.6.2. Steuerungsinstrumente	147
5.6.3. Exkurs: Steuerungsinstrumente am Beispiel „Zwangssterilisation“	148
5.6.4. Steuerungsbedarf und Governance	150
5.7. Der Vergleich als Forschungsmethode	152
5.7.1. Königsweg „Vergleich“	153
5.7.2. Ein intrastaatlicher Vergleich zur Gesundheitspolitik	154
5.8. Zusammenfassung	156
<b>6. Strukturen und Prozesse der Gesundheitspolitik in Indien</b>	159
6.1. Medizin als Tradition und Instrument des Kolonialismus	160
6.1.1. Spuren der Kolonialepoche	160
6.1.2. Gesundheitsversorgung unter britischer Kolonialherrschaft	162
6.1.3. Anfänge der Präventionspolitik	164
6.1.4. Auswirkungen der britischen Gesundheitspolitik	167

6.2. Black Box und Output-Prozesse nach der Unabhängigkeit	169
6.2.1. Organisation	170
6.2.2. Legalität	171
6.3. Strukturelle Anpassungen im Gesundheitssektor	175
6.3.1. Akteure: Expertenausschüsse (1943 – 1986)	175
6.3.1.1. Bhore Committee (1943 – 1946)	176
6.3.1.2. Mudalier Committee (1962)	177
6.3.1.3. Chadha Committee (1963)	178
6.3.1.4. Jungalwalla Committee (1967)	178
6.3.1.5. Mukerjee Committee (1968)	179
6.3.1.6. Kartar Committee (1973 – 1974)	180
6.3.1.7. Srivastava Committee (1974 – 1975)	180
6.3.1.8. Bajaj Committee (1986)	181
6.3.2. Institutionen: Vertikale Programme und Fünfjahresplanung (1947 – 2017)	183
6.3.2.1. Vertikale Programem und horizontale Integration	184
6.3.2.2. Programmatische Schwerpunkte	185
6.3.2.3. Wirkungsgrad	185
6.3.2.4. Fünfjahrespläne I. – V. (1951 – 1964)	187
6.3.2.5. Fünfjahrespläne VI. – X. (1975 – 2007)	189
6.3.2.6. Fünfjahrespläne XI. und XII. (2007 – 2017)	190
6.4. Finanzen: Ausgabenpolitik seit 1991	194
6.4.1. Gesundheitsausgaben der Bundesstaaten	196
6.4.2. Zusammenhänge zwischen ausgewählten Indikatoren und Ausgaben	199
6.5. Zusammenfassung	203
<b>7. Gesundheitsreform: Neue Ansätze der Steuerungspolitik im Gesundheitssektor</b>	<b>206</b>
7.1. Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens nach 2005	206
7.1.1. Hintergründe: Defizite der Infrastruktur	208
7.1.2. Folgen des Defizits	209
7.1.3. Grundlagen: Primary Health Care	211
7.2. National Rural Health Mission	214
7.2.1. Governance-Reformen im Gesundheitssektor	217
7.2.2. Dezentralisierung und Synchronisierung des Input-Prozesses	218
7.2.3. Institutioneller Ausbau und Förderung der Partizipationskultur	220
7.2.4. Das ASHA-Modell	221
7.3. National Urban Health Mission	223
7.4. National Health Mission	224
7.4.1. Ziele der NHM	225
7.4.2. Governance-Strukturen der NHM	225
7.5. Flankierende Maßnahmen: Private Akteure und RSBY	227
7.5.1. Private Anbieter	227
7.5.2. Die National Health Insurance Policy (RSBY)	228
7.5.2.1. Eckpfeiler der RSBY	229
7.5.2.2. Einschränkungen der Versicherungssysteme und selektive Inklusion	230
7.5.2.3. Akteure und Strukturen der RSBY	231
7.5.2.4. Grenzen in der Umsetzung des Versicherungssystems	232
7.6. Zusammenfassung	233
<b>8. Schlussbetrachtung</b>	<b>236</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>241</b>

Abbildung 1.1.: Politische Karte Indiens	5
Abbildung 2.1.: Anzahl parlamentarischer Fragerunden (Lok Sabha) mit Gesundheitsbezug (1999-2014)	41
Abbildung 2.2.: Dimensionen und Komponenten von <i>health citizenship</i>	58
Abbildung 2.3.: <i>health citizenship</i> : Bindeglied zur Legitimität	62
Abbildung 3.1.: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Aaron Antonovsky	69
Abbildung 4.1.: Regionalität, Ausdehnung, Habitat, Sozialisierung	100
Abbildung 4.2.: Säuglingssterblichkeitsrate nach Religion und Kaste (Stadt, Land)	101
Abbildung 4.3.: Entwicklung Säuglingssterblichkeitsrate (1980-2010)	103
Abbildung 4.4.: Säuglingssterblichkeitsrate (1998-99, 2005-06, 2012)	103
Abbildung 4.5.: Kindersterblichkeitsrate < 5 Jahren (1981-2003)	104
Abbildung 4.6.: Kindersterblichkeitsrate < 5 Jahren (U5MR) (1992-93, 1998-99, 2005-06)	105
Abbildung 4.7.: Müttersterblichkeitsrate (2004-05, 2007-09, 2010-12)	106
Abbildung 4.8.: Anteil der Geburten in medizinischen Einrichtungen (1998-99) in %	107
Abbildung 4.9.: Anteil der Frauen > als 3 ANC Besuchen (2005-06) in %	107
Abbildung 4.10.: Immunisierungsrate (1992-93, 1998-99, 2005-06)	110
Abbildung 4.11.: Tuberkulosefälle 1992-93 und 2005-06	111
Abbildung 4.12.: „Regional Health Citizenship“	112
Abbildung 5.1.: Interagierende Aspekte der Gesundheitsversorgung	118
Abbildung 5.2.: Prozesse der indischen Gesundheitspolitik nach Einführung der National Health Mission	128
Abbildung 5.3.: Systemmodell nach David Easton	139
Abbildung 5.4.: Policy Cycle als Idealtypus	140
Abbildung 5.5.: Der offene Policy-Cycle	142
Abbildung 5.6.: Output, Impact und Outcome	143
Abbildung 5.7.: Typologie der Einflussvariablen	144
Abbildung 5.8.: Governance und Output-Legitimation	151
Abbildung 6.1.: Meilensteine des Public Health vor 1947	165
Abbildung 6.2.: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in % BIP (1950/51-2003/2004)	195
Abbildung 6.3.: Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf (1950/51-2003/2004)	196
Abbildung 6.4.: Gesundheitsausgaben (regional) im Verlauf (2007-12 und 2012-13)	197
Abbildung 6.5.: Gesundheitsausgaben private Haushalte (1996-96 – 2003-04)	198
Abbildung 6.6.: Zusammenhang Säuglingssterblichkeit/öffentliche Ausgaben	200
Abbildung 6.7.: Zusammenhang Säuglingssterblichkeit/private Ausgaben	200
Abbildung 6.8.: Zusammenhang Müttersterblichkeit/öffentliche Ausgaben	201
Abbildung 7.1.: Struktur der Gesundheitsversorgung auf dem Land	207
Abbildung 7.2.: Institutionen und Prozesse unter RSBY	231
Tabelle 2.1.: Wahlbeteiligung Bundesstaaten (1984-2006)	42
Tabelle 4.1.: Indikatoren der Säuglingssterblichkeit	96
Tabelle 4.2.: Übertragbare und nicht-übertragbare Krankheiten	99
Tabelle 4.3.: Vergleich ausgewählter Indikatoren (Stadt, Land)	101
Tabelle 6.1.: Funktionale Differenzierung im Gesundheitssektor zwischen Union und Bundesstaaten	173
Tabelle 6.2.: Übersicht der Empfehlungen und Reformvorschläge der Expertenausschüsse	181
Tabelle 6.3.: Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit	199

Tabelle 7.1.: Elemente des „Primary Health Care“	213
Tabelle 7.2.: Wichtige Policies im Zeitverlauf	215
Tabelle 7.3.: Übersicht der neuen Institutionen in der NRHM	219
Box 3.1.: Gesundheitsdefinitionen	67

ANM	Auxiliary Nurse Midwife
ASHA	Accredited Social Health Activist
AWW	Anganwadi Worker (health care)
AYUSH	Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha & Homoeopathy
BJP	Bharatiya Janata Party
CBHI	Central Bureau of Health Intelligence
CHV	Community Health Volunteer
CHC	Community Health Center
CSDS	Center for the Study of Developing Societies
DHFW	Department of Health and Family Welfare
DHM	District Health Mission
DLS	District Level Health Survey
GOI	Government of India
HDR	Human Development Report
HDI	Human Development Index
HFS	High Focus States
IIPS	Indian Institute of Population Studies
IMR	Infant Mortality Rate
INC	Indian National Congress
IPHS	Indian Public Health Standards
IRMS	Institute for Research in Medical Statistics
MMR	Maternal Mortality Rate
MOHFW	Ministry of Health and Family Welfare
MPW	Multipurpose Worker
NES	National Election Survey
NHM	National Health Mission
NHP	National Health Profil
NFHS	National Family Health Survey
NRHM	National Rural Health Mission
NREGA	National Rural Employment Guarantee Act
NUHM	National Urban Health Mission
PHCs	Primary Health Centres
PHC	Primary Health Care
RGI	Registrar General of India
RKS	Rogi Kalyan Samities
RSBY	Rashtriya Swasthya Bima Yojana (National Health Insurance Policy)
RTI	Right to Information Act
SC	Subcenter
SHM	State Health Mission
SRS	Sample Registration System
UHC	Universal Health Coverage
UPA	United Progressive Alliance
U5MR	Under-five Mortalty Rate
VHSC	Village Health Sanitation Committee
VHM	Village Health Mission

## 1 Einleitung

„Gesundheit ist nichts Starres, sondern ein dynamisches Verhältnis des Menschen zu sich selbst. Gesundheit will täglich erhalten und gesteigert sein, über Jahre und Jahrzehnte hinweg, bis ins hohe Alter. [...] Gesundheit ist das Ziel des natürlichen Lebenswillens und deshalb natürliches Ziel von Gesellschaft, Recht und Politik“ (Zeh 2010: 2). Diese Worte entstammen dem Vorwort eines fiktiven Romans mit dem Titel „Gesundheit als Prinzip staatlicher Legitimation“, innerhalb eines übergeordneten Romans, der eine kritische Auseinandersetzung über den Umgang mit dem persönlichen Recht auf Gesundheit und der Gestaltungskraft der Politik und ihrer Institutionen führt. Gesundheit wird darin zur uneingeschränkten Bürgerpflicht erhoben, welche den Handlungsrahmen des einzelnen Individuums an seine Grenzen bringt. Futuristisch überspitzt, hinterfragt die Autorin in ihrem Roman die Grenzen staatlicher Kontrolle und ist dabei greifbar zeitnah. Auch sie setzt sich mit den Grenzen für Gesundheitsverantwortung auseinander. Was ist Staatspflicht und Bürgerrecht?

Die Illusion einer staatlich geforderten, keimfreien Existenz bei absoluter Prävention ist Ausgangspunkt des Romans. Prävention<sup>1</sup> ist der Schlüssel, ein letztes fehlendes Element im Mosaik des perfekten Gesundheitszustands der Gesellschaft. Offensichtlich und ebenso außerhalb der Erzählung stellt sich jedoch die Frage, ob Prävention sämtliche Probleme der Gesundheitsversorgung lösen kann? Ist im Rahmen der Gesundheitserhaltung Krankheitsprävention stets vom Staat zu verantworten und wie viel Eigenverantwortung muss der Bürger übernehmen? Wodurch grenzt sich der „gesunde“ vom „kranken“ Bürger ab? Und wodurch ist das Leistungsvermögen des Staates im Gesundheitssystem messbar? Ferner wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich das gesundheitliche Leistungsvermögen des Staates auf die Legitimität auswirkt und ob im hier betrachteten Regionalkontext Indiens, charakterisiert durch eine immense, gesellschaftliche Komplexität und politische Fragmentierung, regionale Unterschiede der Legitimität angenommen werden können? Ausgangspunkt ist das Grundverständnis einer Mehrdimensionalität der Gesundheitspolitik, die in Indien sowohl „horizontal“ aber insbesondere „vertikal“<sup>2</sup> verstanden werden muss. Die Public Health<sup>3</sup> Theorie betrachtet Gesundheitszustände im Kontext ganzer Bevölkerungsgruppen und „as a field of activity it has shifted emphasis from being predominantly

<sup>1</sup>Darunter zu verstehen sind flächendeckende Maßnahmen zum Schutz der Gesamtgesellschaft, deren Effektivität aber auch auf der individuell(en) (möglichen) Inanspruchnahme der eingeleiteten Maßnahmen beruht.

<sup>2</sup>Nicht gleichbedeutend mit dem gesundheitswissenschaftlichen Begriff „vertikaler Programme“.

<sup>3</sup>Der Theoriebegriff ist zunächst von der Gesundheitsversorgung der Gemeinschaft (als Dimension der direkten Versorgung des einzelnen Individuums) abzugrenzen.

concerned with prevention of communicable diseases to include a much broader agenda and a multidisciplinary focus that includes the prevention of chronic diseases” (Scriven 2007: 1). Dabei liegt die Betonung der Disziplin auf der kollektiven Verantwortung für Gesundheit und der primären Rolle, die der Staat zu dessen Förderung und Schutz einnehmen soll (vgl. Beaglehole/Bonita 2004; Gostin 2000). Gesundheit ist individuell, doch im gesamtgesellschaftlichen Kontext als Phänomen im öffentlichen Raum zu begreifen. Dieser öffentliche Raum wird vom Staat gesteuert und somit gehört auch die Gesundheit, beziehungsweise die Gesundheitsversorgung zur Kategorie öffentlicher Güter.

Die Rolle des indischen Staates als Anbieter von Gesundheitsleistungen unterlag vor allem nach der Liberalisierung der Wirtschaft 1991 einem Wandel. Als Argumentation für die Privatisierung des Gesundheitssektors wird oftmals die Inanspruchnahme privater Anbieter herangezogen. Dass diese Begründung jedoch sowohl zu kurz greift als auch die tatsächlichen Hintergründe für die Nutzungshäufigkeit des privaten Sektors unreflektiert bleiben, wird von Jeffrey D. Sachs folgendermaßen aufgegriffen: „People go to private providers because the public sector is deficient, but that is not a reason to give up on the public sector“ (Sachs 2008: 4). Die Ergebnisse der Steuerungsverlagerung führten in den vergangenen Jahren jedoch zu einem Umdenken und der (erneuten) Erweiterung der Aktivitäten des nunmehr regulierenden Akteurs, speziell in den Bereichen Armutsbekämpfung durch die Einführung von Beschäftigungs- und Wohlfahrtsprogrammen wie dem „National Common Minimum Program“, dem „National Rural Employment Guarantee Act“ (2005) oder der „National Health Mission“. Auffällig sind an dieser Stelle die politisch unterschiedlichen Implementations- bzw. Steuerungsformen von Mission, Programm und Gesetz.

Öffentliche Güter definieren sich durch die Unmöglichkeit einzelne Bürger oder Gruppen aktiv von einem bestimmten Gut auszuschließen. Es sei denn, der Staat wäre bereit, hohe Investitionskosten hierfür in Kauf zu nehmen (Schubert 1992). Ferner entstehen zunächst keinerlei Rivalitäten um dieses Gut, da dessen Inanspruchnahme nicht zu einer Minimierung der Gesamtmenge führt und hierdurch keine Nachteile für bestimmte Gruppen entstehen. Gesundheitsversorgung ist demnach auch kein Nullsummenspiel. Es wird im Zuge der Arbeit jedoch aufgezeigt, dass innerhalb Indiens sehr wohl erhebliche Nachteile in der Gesundheitsversorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa den Scheduled Castes und Scheduled Tribes, nachweisbar sind; diese sind aber nicht aktiv durch staatliche Intervention initiiert. Die vorliegende Analyse verdeutlicht auch die Notwendigkeit, Ansätze und Theorien des Public Health mit denen der Politikwissenschaft zu verknüpfen, um von der Betrachtungsebene des Gesundheitszustands der Gesamtbevölkerung ausgehend, die

politischen Prozesse und Akteure nachzuvollziehen, um davon ableitend die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Legitimität und Stabilität einer Regierung beurteilen zu können. Umgesetzt wird dies durch die Argumentation eines Kausalzusammenhangs zwischen Indikatoren zur Ermittlung des Gesundheitszustandes und staatlicher Legitimität. Es wird aufgezeigt, dass der Staat als regulierende Einheit auch Gesundheitsdienstleistungen bereitstellen muss, um langfristig die Stabilität des Systems zu gewährleisten. Dies ist sowohl im Sinne der Entwicklung des Humankapitals zu verstehen als auch im Sinne des ideologischen Grundverständnisses des indischen Wohlfahrtsstaats.

### 1.1. Gesundheitsversorgung als Eigenleistung?

Indien steht ungeachtet ihrer Fortschritte und wirtschaftlicher Wachstumsraten<sup>4</sup> einer Gesundheitsversorgung gegenüber, die geprägt ist von regionaler Diversität<sup>5</sup> und Privatisierung und sieht sich, ähnlich wie es auch in anderen Teilen der Welt zu beobachten ist, mit einer Gesellschaft im demographischen Wandel konfrontiert, wodurch die Gesundheitsversorgung zusätzlich belastet wird. In Zahlen veranschaulicht, lässt sich Folgendes an dieser Stelle bereits feststellen: Trotz wirtschaftlich imposanter Entwicklungen belegte Indien im Human Development Index (HDI) im Jahr 2007 lediglich Platz 134 von 182. Das Land konnte sich zwar in der Statistik des HDI im Jahr 2010 um 15 Plätze auf Rang 119 von 169 verbessern, für das Jahr 2012 verschlechterten sich die Ergebnisse jedoch erneut und Indien fiel zurück auf Rang 134. Dadurch befand sich das Land in unmittelbarer Nähe zu Staaten wie Kenia oder Ghana<sup>6</sup>, konnte jedoch eine Verbesserung auf Rang 130 im HDI 2015 verzeichnen. Wenngleich der HDI ein komplexer Zusammenschluss einzelner Indikatoren ist, so lässt sich das Zeugnis indischer Sozialpolitik nur unschwer ausmachen.

Das Land braucht den Spagat zwischen Transition und Globalisierung, um die Bürger im 21. Jahrhundert gesundheitlich adäquat zu versorgen, bei gleichzeitiger Anpassung an neue Herausforderungen durch demographische, ökonomische und klimatische Veränderungsprozesse. Für die regulierenden, steuernden und implementierenden Akteure in der indischen

---

<sup>4</sup>Die durchschnittliche Wachstumsrate der indischen Wirtschaft lag zwischen 2003-04 und 2011-12 bei etwa 7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Derzeitig liegt das Wirtschaftswachstum bei etwa 4.5 Prozent (Reserve Bank of India, Central Statistical Organisation, Finance Ministry, CSO 30/05/2014, 29/11/2014 and Economic Survey 2013-14 etc., <http://planningcommission.gov.in/data/datatable/index.php?data=datatab>).

<sup>5</sup>Diese Diversität beruht auf dem föderalen Prinzip, wonach die Bundesstaaten für die Umsetzung der Gesundheitspolitik verantwortlich sind.

<sup>6</sup><http://hdr.undp.org/en/data/explorer/>, sowie <http://hdr.undp.org/en/composite/trends>.

Gesundheitspolitik wie Ärzten, Bürgerverbänden, Gesundheitsverwaltungen, externen Geldgebern (vgl. Sheikh/Porter 2011: 85) ist dies gleichwohl keine neue Thematik.

Indien ist einer der fünf BRICS-Staaten<sup>7</sup> und gilt als ein Zukunftsmarkt mit hohem Wirtschaftswachstum und Investitionspotential. Als größter Generikahersteller weltweit<sup>8</sup> wächst Indiens Bedeutung zudem hinsichtlich der medizinischen Versorgung in anderen Entwicklungs- und Schwellenländern. Auf dem heimischen Binnenmarkt bleiben die Versorgungsbedürfnisse jedoch unausgeglichen und städtisch konzentriert. Bei einer Bevölkerung von aktuell 1.16 Milliarden<sup>9,10</sup> Menschen, von denen in 2004-05 rund 836 Millionen (Sengupta/Raveendran 2008) in Armut<sup>11</sup> lebten, sind Fragen über die Leistungsfähigkeit des indischen Gesundheitswesens ebenso berechtigt wie erforderlich. Wie hat sich das Gesundheitssystem seit der Unabhängigkeit verändert und wie hat sich dies auf die Entwicklungen der Gesundheitsindikatoren ausgewirkt? Die Ursachen der derzeitigen Herausforderungen im Gesundheitssektor begründen sich trotz massiver Verbesserungen in ausgewählten Indikatoren in einem Mangel an öffentlicher und politischer Unterstützung, auf der Unangemessenheit und Teilnahmslosigkeit der Gesundheitsministerien und führenden Gesundheitsplanern sowie an medizinisch ausgebildetem Nachwuchs in den Bereichen der Forschung, der primären Versorgung und des Public Health (Deohdar 2004: 8f).

Zunehmende Privatisierungsanstrengungen führten zudem zu einer Verlagerung der Verantwortlichkeiten für Gesundheit aus den Kernaufgaben des Staates heraus und zu einer stärkeren Belastung der privaten Haushalte. Doch wie viel dieser Eigenverantwortung für Gesundheit ist im Kontext Indiens von den Bürgern gegenwärtig zu fordern? In Indien besteht bislang kein verfassungsmäßig festgeschriebenes Recht auf Gesundheit, wengleich der 11. Fünfjahresplan (2007-2012) dies erstmalig explizit als Zielvorgabe der Planperiode aufgreift: „Health as a right for all citizen is the goal that the plan will strive towards“ (Planning Commission, 11<sup>th</sup> Five Year Plan 2008: 58). Welches sind also die Grenzen zwischen fordern und fördern ohne die Demokratie zu gefährden? Führten die Wirtschaftsreformen ab 1991 zu einer realitätsfernen Erwartungshaltung an die Bürger? Wie viel Diskrepanz zwischen Erwartung (an den Bürger) und Verantwortung (des Staates) ist vertretbar, ohne die Entwicklung auf dem Subkontinent mittel- und langfristig zu hemmen?

---

<sup>7</sup>Zu den BRICS-Staaten gehören: Brasilien, Russland, Indien, China und Südafrika.

<sup>8</sup><http://www.deutsche-gesundheits-nachrichten.de/2012/08/31/2012-gutes-jahr-fur-generikahersteller>.

<sup>9</sup>Unicef (2008).

<sup>10</sup>Die Vereinten Nationen prognostizieren für Indien eine Bevölkerung von 1.484.598 Mrd. (entspricht einer Bevölkerungsdichte von 452/km<sup>2</sup>) für das Jahr 2030. Damit hätte Indien China als bevölkerungsreichstes Land überholt (UN Population Division 2011).

<sup>11</sup>Sengupta/Raveendran (2008) orientieren ihre Definition von Armut anhand sozio-ökonomischer Indikatoren wie dem Konsumniveau.

## 1.2. Entitlement and Empowerment im Gesundheitssektor

Eine Ausnahme im Gesundheitsprofil Indiens bildet der Bundesstaat Kerala<sup>12</sup>, dessen Gesundheitsindikatoren auf dem Niveau entwickelter Industriestaaten liegen. Dessen Erfolge im Gesundheitssektor sind bereits mehrfach in der Literatur analysiert worden und spielen im Verlauf der Arbeit daher nur eine untergeordnete Rolle. Dennoch verdeutlicht dieses regionale Fallbeispiel, dass ungeachtet der Ökonomie- und Ernährungsparameter, Bildung und die Förderung eines Gesundheitsbewusstseins maßgeblich entscheidend für den Gesundheitszustand sind (vgl. UNICEF 2002). Kerala verdeutlicht wie kein anderer Bundesstaat, dass die individuelle Gesundheit nicht von Wohlstand allein abhängig ist und dass die politische Stabilität mit den Ergebnissen im Sozialsektor einhergehen.

**Abbildung 1.1.: Politische Karte Indiens**



Nicht nur auf individueller Ebene in Bereichen der Hygiene und Sauberkeit schlägt sich dies nieder. Ein Kernelement liegt ebenso in den dort vorhandenen Gesundheitsversorgungs- und Bildungsstrukturen. Bereits im 19. Jahrhundert verfügte jedes Dorf auf Anweisung des damaligen Maharajahs über eine eigene Schule (Beaglehole/Bonita 2004: 238).

Ebenso nehmen Frauen aufgrund des matriarchalen Kastenwesens keine zwangsläufig untergeordnete Rolle in der Gesellschaft ein. Doch so simpel wie sich dieses oft zitierte Beispiel liest, ist es zumeist andern Ortes nicht.

<sup>12</sup>Zusammenschluss zum Kerala erfolgte 1956 aus den Fürstenstaaten Travancore und Cochin mit dem Malabar Distrikt (früheren Madras Presidency).

Zu komplex und uneinheitlich ist der Subkontinent, um die Konturen der Gesundheitspolitik Keralas als Schablone auf andere Bundesstaaten zu übertragen. Besonders in ländlichen Gebieten prägen Kasten- und Klassenzugehörigkeiten sowie Geschlechterdiskrepanzen das sozio-kulturelle Leben. Nur wenn diese jeweiligen regionalen und lokalen Besonderheiten in die Gestaltung der Gesundheitspolitik einbezogen werden, können Erfolge erwartet werden (vgl. Husain 2011).

Im Nachgang der ersten Ergebnisse und Erfolge der National Rural Health Mission (NRHM) kann festgehalten werden, dass es der indischen Regierung mit deren Einführung gelungen ist, einen, wenn auch zaghaften, Reformprozess im Gesundheitssektor anzustoßen. Regionale Strukturen wurden darin nicht nur anerkannt, sondern bilden die Grundlage der jeweiligen gesundheitspolitischen Zielsetzungen. Partizipationsrechte, Transparenz und der Ausbau der medizinischen Infrastrukturen in den ländlichen Regionen sind deren Kernelemente. Die NRHM, ein Jahr nach dem Gewinn der Parlamentswahlen 2004 unter der United Progressive Alliance (unter Führung der Kongresspartei) ins Leben gerufen, gehört zusammen mit der 2008 vom Parlament verabschiedeten National Urban Health Mission (NUHM), seit 2013 zu den beiden Flaggschiffen einer aus der Passivität der Gesundheitsversorgung heraustretenden National Health Mission. Der umfangreiche Maßnahmenkatalog, die Partizipationspflicht auf unterster politischer Ebene und die vertraglich festgeschriebene Verbindlichkeit der Umsetzung regionaler Strategien sollen langfristig zu einem einheitlichen Gefüge im Gesundheitssektor führen. Alle beteiligten Bundesstaaten obliegen in ihrer jeweiligen Zielverfolgung den Indian Public Health Standards (IPHS).

Die Umsetzung aller Programmmaßnahmen und Steuerungsansätze im Gesundheitssektor obliegt, außer bei den nationalen Programmen, den Bundesstaaten. Die Vorteile liegen in der regionalen Bedarfsanalyse und regional angepassten Strukturmaßnahmen. Erste Analysen zur National Rural Health Mission und deren bisherige Erfolge wurden von den Expertenteams Ramani/Mavalankar/Govil (2008) und Bajpal/Sachs/Dholakia (2010) vorgestellt. Trotzdem mangelt es einer übergeordneten Gesundheitsreform, die mehr ist als eine vage Zukunftsvision.

Ob die Zusammenlegung der Programme in die vorgeschlagene National Health Mission aus dem Maßnahmenmosaik ein übergeordnetes Gesundheitsprofil hervorbringen kann, wird sich noch herausstellen müssen. Die Chancen hierfür waren jedoch zu keinem Zeitpunkt seit der Unabhängigkeit derart vielversprechend. Dass eine Sensibilisierung zugunsten eines notwendigen Verständnisses von „medical entitlement and empowerment“ für die Prozesse der politischen Partizipation und Demokratisierung als Basiselemente stattgefunden hat, zeigt

sich an der Tatsache, dass versucht wird, die Gesundheitsversorgung nicht achtlos und ohne Hilfestellung dem Bürger selbst zu überlassen. In der Politik geht es um Macht, Konflikt und Entscheidung. Will man es konkret in eine Formel bringen, so eignet sich an dieser Stelle Harold D. Lasswells Zitat, welches Politik definiert als „who get’s what, when and how“ (Lasswell 1936) und in Ergänzung: „mit welchen Konsequenzen für das System?“. Politikwissenschaft untersucht also das Wesen der Politik. Vereinfacht ausgedrückt wird gefragt: Wer regiert, mit welchem Ziel und welche Instrumente werden herangezogen, um diese Ziele zu erreichen? Für die Gesundheitspolitik bedeutet dies zunächst zu hinterfragen, wer sind die Akteure, was wollen sie erreichen und wie ändert sich dadurch die Gesundheit des Einzelnen? Da es jedoch kaum möglich ist, die Bedürfnisse jedes Individuums für sich genommen zufrieden zu stellen und da dies auch nicht in jedem Fall als sinngerecht erachtet werden kann, werden Maßnahmen ergriffen, um die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu gewährleisten.

Die neuen Impulse des 12. Fünfjahresplans (2012-2017) und der National Health Mission fordern eine stärkere Nutzung der Institutionen im Rahmen des Panchayati Raj, um Elemente der lokalen Selbstverwaltung auch zur Förderung der Gesundheit auf Dorf- und Distriktebene zu nutzen. Durch die unmittelbare Nähe der Bürger zu den gesundheitsrelevanten Gestaltungsmöglichkeiten auf unterster politischer Ebene können für einen Distrikt und ein Dorf notwendige sowie umsetzbare Maßnahmen ergriffen werden. Dies fördert die allgemeine Akzeptanz gegenüber den durch die öffentliche Hand zur Verfügung gestellten Instrumenten in der Gesundheitspolitik und kann hierdurch verlorenes Vertrauen in die Akteure des Sektors zurückbringen. Die direkte Partizipation in Gesundheitsfragen und die Etablierung einer neuen ausgewählten „Gesundheits-Elite“ auf der vierten politischen Ebene könnte ein möglicher Schlüssel sein, um die psychologisch und politisch wichtige Empfindung der Staatszugehörigkeit im Kontext der Gesundheitsversorgung als Kernnotwendigkeit der Identifikation mit einem übergeordneten politischen Staatsapparat zu stärken. Wie sich diese jüngsten Maßnahmen der Gesundheitspolitik tatsächlich nachhaltig auf den Demokratisierungsprozess und das Zugehörigkeitsgefühl zum Staat, dessen Wahrnehmung und Rollenverteilung auswirken, ist bislang nur unzureichend analysiert worden und ist integraler Bestandteil der vorliegenden Fragestellung zur Legitimität des Staates im Kontext der Gesundheitsversorgung.

### 1.3. Fragestellungen und Thesen

Der hier ausgewählte empirisch-analytische Ansatz verfolgt die Beantwortung folgender übergeordneter Feststellungen:

- Inwieweit beeinflusst eine mangelhafte Gesundheitsversorgung die Legitimität des Staates und welche Auswirkungen ergeben sich aufgrund der regionalen Differenzen?
- Welche politische Konsequenz hat der Gesundheitszustand für die politische Stabilität?
- Gesundheit für alle? Wie erfolgreich ist der Staat bei der Realisierung von „universal health citizenship“?
- In welchem politischen Wechselspiel befinden sich die Phänomene Gesundheit und Staat und wodurch lässt sich die sogenannte (kleine) Gesundheitsreform 2013, die schließlich in der Einführung der National Health Mission mündete, erklären?

Grundlage und Ausgangspunkt ist das durch die kanadische Wissenschaftlerin Candace Johnson Redden (2002) geprägte Konzept der „auf Gesundheitsrechte ausgerichteten Staatsbürgerschaft“ („health citizenship“), welches als politische Variable fungiert und hier im Regionalkontext um eine regionale Dimension erweitert werden muss. Dies wird vollzogen, indem das Konzept „regional health citizenship“ eingeführt wird (vgl. Kapitel 3). Die Untersuchung stützt sich dabei zunächst auf die These, dass zwischen Gesundheitszustand und Legitimität ein Zusammenhang besteht (T\*1). Die Gewährleistung eines minimalen Grades an Gesundheitssicherheit fördert die Staatsbürgerschaft, somit die Legitimität und das Vertrauen der Bürger in den Staat. Beide Faktoren sind Basis für die Stabilität und Entwicklung des Gesamtsystems. Gesundheitssicherheit bedeutet hier die Gewährleistung notwendiger Infrastrukturen auf allen Ebenen, Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Einrichtungen und die staatliche Bereitstellung präventiver Maßnahmen, die mit Gesundheit im Zusammenhang stehen wie etwa die Versorgung mit sauberem Trinkwasser oder das rasche Eingreifen im Falle von Epidemieausbrüchen.

Elementar für die Gesundheitssicherheit im Kontext von Legitimität sind die Wahrnehmung der öffentlichen Handlungsfelder, die Sichtbarkeit der staatlichen Aktivitäten und letztlich deren (positive) Auswirkungen auf den jeweils individuellen Gesundheitszustand. Basierend auf der empirischen Legitimationsforschung werden zur Messung der Legitimität zwei methodische Ansätze kombiniert. Hierfür wird das Konzept des Legitimitätsglaubens als „gängigsten Ansatz“ (Schneider 2012: 187) mit der Fragestellung der Folgebereitschaft also der Partizipation als „Legitimationsindikatoren“ (ebenda: 188) ergänzt. Der

Legitimitätsglaube kann sodann in Umfragen als „Unterstützung der Institutionen oder als Systemvertrauen“ abgefragt werden (vgl. auch Zürn 2013). Umfragen und Daten zur Bürgerbeteiligung wie Wahlbeteiligung, Unterstützung systemkonformer Parteien und Organisationen oder die Bereitschaft zu Steuerentrichtung können als Indikatoren für Partizipation oder Protest herangezogen werden (ebenda). Für die vorliegende Arbeit von besonderer empirischer Bedeutung sind daher neben der Wahlbeteiligung auch die Umfrageergebnisse der National Election Survey des Center for the Study of Developing Societies (CSDS) (1971, 1996, 1999, 2004) und deren Studie (Befragung) zur Demokratie in Indien (CSDS 2015) sowie die Analysen von Mitra und Singh (1999, 2004, 2009). Wird ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Legitimität festgestellt, kann davon abgeleitet werden, dass auch ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Staatsbürgerschaft besteht (T\*2).

In Kapitel 4 wird deutlich, dass zwischen den Bundesstaaten in Indien nicht nur ein Nord-Südgefälle sondern auch ein Ost-Westgefälle der Gesundheitszustände nachweisbar ist. Diese regionalen Unterschiede müssten unter Voraussetzung von T\*1 in ein regionales Gesundheitsverständnis münden, welches fortan als „regional health citizenship“ bezeichnet werden kann (T\*3). Wenn zudem grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass Legitimität einhergeht mit einem „bürgerlichen Verständnis“ von Staat und es in Indien seit der Unabhängigkeit zu großen Veränderungen des politischen und wirtschaftlichen Systems gekommen ist, kann ferner davon ausgegangen werden, dass sich die Legitimität in den jeweiligen Dekaden verändert hat (T\*4).

Auch eine Längsschnittanalyse müsste Unterschiede des Legitimitätsgrades abbilden. Es wird also eine Kopplung der Fragestellung an die Umbrüche des Staatsverständnisses im Zuge der indischen Wirtschaftsliberalisierung 1991 vermutet. Liberalisierungsprozesse im Wirtschaftssektor gehen zumeist einher mit einem Rückzug des Staates aus originären Aufgabenfeldern und der Verantwortungsverlagerung zumeist in den privaten Sektor. Da ein historisch gewachsenes Staatsverständnis sich jedoch langsamer an die Entwicklung des freien Marktes anpasst, muss es zwangsläufig zu Problemwahrnehmungen kommen, da die bestehende Unzufriedenheit mit der Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitssektor das Legitimitätsdefizit verstärkt, wenn der Staat das Aufgabenprofil in geringerem Umfang definiert, während die Bürger dies noch in anderer Form erwarten (T\*5).

Die Kernelemente der National Rural Health Mission und später der National Health Mission erlauben Rückschlüsse darüber, dass die politischen Entscheidungsträger Handlungsbedarfe erkannt haben und neue Strategien zur Aufgaben- bzw. Verantwortungsverteilung auf den

Weg brachten. Warum dieser Output des politischen Systems zu diesem (späten) Zeitpunkt erfolgte und welche systemimmanenten Veränderungen dabei eine Rolle spielten, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur marginal beantwortet werden.

#### 1.4. Erklärungsmodell

Die Indikatoren zur Messung des Gesundheitszustandes wurden derart gewählt werden, dass von ihnen direkte Effekte staatlichen Handelns abgeleitet werden können. Die Staatstätigkeit wird sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene operationalisiert anhand der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der festgesetzten Zielvorgaben der Unionsministerien. Mit Hilfe von Korrelationsanalysen werden mögliche Zusammenhänge zwischen den Staatstätigkeiten und den Gesundheitsindikatoren untersucht, um zu analysieren wie stark der tatsächliche Einfluss des Staates auf die konkrete Umsetzung der Zielvorgaben hinsichtlich des institutionellen Ausbaus von öffentlichen Krankenhäusern und der Bereitstellung von medizinischem Basis-Personal (u.a. ASHA, health worker) tatsächlich ist. Beide Komponenten, sowohl die Investitionen in medizinische Institutionen als auch die Stärkung von medizinischem Fachpersonal, werden als zentrale Elemente der Output-Steuerung verstanden und dienen über der Gewährleistung eines Mindestmaßes an gesundheitlicher Versorgung der Gestaltung der geforderten Outcomes, welche letztlich die Basis bilden für die Argumentation um Legitimität und „health citizenship“.

Für die Etablierung eines „universal health citizenship“ muss gewährleistet sein, dass die medizinische Versorgung entlang der regionalen Spezifika vorhanden ist, von jedem Bürger barrierefrei in Anspruch genommen werden kann und als staatlich gesteuertes Instrument akzeptiert wird. Hierfür müssen die Variablen Finanzierbarkeit, Zugangsvoraussetzung, Rechtsverbindlichkeit sowie Partizipation in Einklang gebracht werden. Im Idealfall des „universal health citizenship“ sollten die letztgenannten Variablen „Systemkonstanten“ bilden, während die zuvorderst genannten in regionaler Abhängigkeit jeweils unterschiedlich sein müssen. Unter Betrachtung dieser Annahme und ausgehend davon, dass Rechtsverbindlichkeit und Partizipation gleichverteilt wären, bilden diese die zentralen Elemente der Legitimität.

Ein deutliches Signal hinsichtlich der Einführung einer Rechtsverbindlichkeit auf Gesundheit wurde in der „National Health Policy 2015“ formuliert: “[...] the Center shall enact, after due discussion and on the request of three or more States [...] National Health Rights Act, which will ensure health as a fundamental right, whose denial will be justiciable. States would

voluntarily opt to adopt this by a resolution of their Legislative Assembly [...]” (MOHFW 2014: 56). Wenngleich der wesentliche Kern der Umsetzung auf dem Willen der Bundesstaaten beruht, wird hierdurch deutlich, dass sich die Regierungen in Indien langfristig nicht der gesundheitlichen Verantwortung entziehen können. Ebenso deutlich verweisen die verschiedenen Partizipationsaufrufe auf das Erkennen der Notwendigkeit von „passiver Gesundheitspartizipation“ im Sinne der Möglichkeit des Zugangs und der Finanzierbarkeit von medizinischen Leistungen sowie der „aktiven Partizipation“ im Sinne eines Eingreifens in den politischen Prozess in Form einer politischen oder zivilgesellschaftlichen Institution. Ein Kontaktformular des nationalen Gesundheitsministeriums erbittet in Ergänzung zur Veröffentlichung der National Health Policy 2015 zudem unmittelbar auf dem Deckblatt um weiterführende Vorschläge, Kommentare und Feedback. Erkennbar wird hierbei eine direkte Output-Steuerung der Gesundheitspolitik von politischen Institutionen, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des Systems verankert sein können. Mit einem Ergebnis über die Ernsthaftigkeit des Partizipationsaufrufes ist jedoch frühestens im Frühjahr 2016 zu rechnen. Für das Outcome eine ebenso zentrale Rolle spielt die Kausalität zwischen Armut und ausgewählten Gesundheitsindikatoren. Nicht ausschließlich aber dennoch in Relation betrachtet werden muss, dass eine hohe Armutsrate ausschlaggebend ist für bestimmte Entwicklungstrends von Gesundheitsindikatoren wie etwa der Kleinkindersterblichkeitsrate (IMR). Hierbei rücken zusätzlich auch die politischen Outputs und Outcomes als „zeitliche Differenzierung im Verlauf“ (Schneider/Janning 2006: 15) der Gestaltungsprozesse der Gesundheitspolitik in den Fokus der Analyse.

### 1.5. Bestimmung des Untersuchungszeitraums und Auswahl der Indikatoren

Der Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit beginnt mit den Reformen im Wirtschaftssektor. Wesentliche Veränderungen in der Gestaltung der öffentlichen Gesundheitspolitik vollzogen sich zwar schon bereits vor den Wirtschaftsreformen, doch die im Zuge der Liberalisierung eingeführten Maßnahmen wie die Öffnung der Märkte und die damit einhergehende Notwendigkeit des Gesundheitssektors intensiver und weitreichender mit privaten Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen zusammen zu arbeiten, gründen zweifelsfrei auf den Reformansätzen von 1991. Es sollte hierbei jedoch nicht der Eindruck entstehen, als wären zuvor keinerlei derartigen privatisierenden Tendenzen und Absichten erkennbar gewesen. Doch vollzog sich dies in weitaus unstrukturierten und mangelhaft konzipierten Versorgungsräumen, wodurch der tatsächliche Nutzen und die einhergehenden

Dilemmata für insbesondere Bevölkerungsgruppen unterhalb der Armutsgrenze nur unzureichend Beachtung erfuhren.

Die Medien der Moderne im 21. Jahrhundert ermöglichen einen zeitnahen und leicht zugänglichen Blick auf Entwicklungen im Gesundheitssektor, bieten Diskussionen und länderspezifische Perspektiven. Das große Spektrum gesundheitsbezogener Veröffentlichungen, Talkrunden, Sonderheften und Expertentreffen verdeutlicht das wachsende Interesse, aber auch den notwendigen Appell, der durch die Medien auch in liberalen Staatsmodellen erzeugt wird, das Fach- aber auch populärwissenschaftliche Publikum für das gesundheitspolitische Geschehen und die gesundheitlichen Zustände gerade in fernegelegenen Kulturen und Regionen der globalisierten Welt zu sensibilisieren. Dabei können diese Berichte und Auseinandersetzungen immer nur einen Bruchteil des Eigentlichen erfassen und darstellen. Forschungsarbeiten und Studien zur Gesundheitspolitik in Indien sind dabei gerade in den vergangenen fünf Jahren, sicherlich auch aufgrund der Aufmerksamkeit, die das Land durch sein rapides Wirtschaftswachstum und seine verhältnismäßige Stabilität auf sich gezogen hat, stärker in den Fokus der Wissenschaftsliteratur und der Medienkultur gerückt. Das 2005 vom indischen Parlament unter Artikel 19 der Verfassung (Part III – Fundamental Rights) verabschiedete “Right to Information Act” (RTI) fordert den freien Zugang zu Informationen mit dem Ziel: „to provide for setting out the practical regime of right to information for citizens to secure access to information under the control of public authorities, in order to promote transparency and accountability in the working of every public authority“ (Constitution of India 2005). Dieser Zugang ist vor allem für den Bereich der Gesundheitssystemforschung ein nicht unerhebliches Hilfsinstrument, da eine Vielzahl von Daten und Dokumenten somit veröffentlicht werden müssen und dadurch, mit gewissen Einschränkungen, global zur Verfügung stehen. Die Auswertungsmöglichkeiten der zur Verfügung stehenden Informationen sind durchaus komplex und bieten in ihrer Mannigfaltigkeit eine Vielzahl an Forschungsfragen.

## 1.6. Gesundheit, Legitimität und Staatsbürgerschaft

Über den Zusammenhang von Demokratie, Gesundheit und Entwicklung ist bisher vielfach diskutiert worden, doch erst in jüngerer Zeit werden Fragen der Gesundheitsversorgung unmittelbar mit dem Begriff der Staatsbürgerschaft in Verbindung gebracht (vgl. Redden 2002). Ziel dieser Arbeit ist es daher, diese Kontextualisierung von Gesundheit und Staatsbürgerschaft weiterzuführen und am Regionalbeispiel Indiens nachzuvollziehen. Im

Hinblick auf die politische Ordnung und Stabilität wird die Auseinandersetzung über das Gesundheitssystem also auch vor dem Hintergrund der Staatsbürgerschaft geführt. Es wird der Frage nachgegangen, in wie weit eine „gute“<sup>13</sup> Gesundheitsversorgung ausschlaggebend ist für die Legitimität eines Staates? Weshalb sollte ein Staat in die Gesundheitsversorgung seiner Bürger investieren? Sind sie doch schon per Abstammung oder Geburt Bürger des Staates<sup>14</sup>. Welchen Legitimationsspielraum ermöglichen die neuen Steuerungsmodelle, wenn davon ausgegangen wird, dass eine unzureichende Gesundheitsversorgung Auswirkungen auf die politische Legitimität des Systems hat? Was war der Ausgangspunkt für die Verabschiedung der National Rural Health Mission 2005 und der National Urban Health Mission 2008?

Demokratisierungsprozesse stärken das soziale und politische Bewusstsein durch ein wachsendes Verständnis über den Staat, dessen Rollenverständnis, Aufgabenspektrum und Verteilungsmodalitäten. Es kann im Umfang dieser Arbeit kein theoretisch-philosophischer Politikdiskurs zu Frage der Prägungsrichtung zwischen Staatsverständnis und Bürgerschaft geführt werden, doch nachvollziehbar ist der Zusammenhang zwischen politischer Ausdifferenzierung der Zivilgesellschaft und der Parteienlandschaft mit dem Einfordern bestimmter Rechte oder – wie im Falle der Gesundheitssektor – eines Mindestmaßes an Versorgungssicherheit. Der Idealtypus „moderner Staat“ wird nach dem Verständnis von Max Weber (1971) definiert als „diejenige menschliche Gemeinschaft, welche innerhalb eines bestimmten Gebietes – dieses Gebiet gehört zum Merkmal – das Monopol legitimer physischer Gewaltsamkeit für sich (mit Erfolg) beansprucht (Weber 1971: 506, in: Nohlen 1994: 437). Zu den formalen Charakteristika gehören „eine Verwaltungs- und Rechtsordnung, welche durch Satzungen abänderbar ist, an der der Betrieb des Verbandshandelns des (gleichfalls durch Satzungen geordneten) Verwaltungsstabes sich orientiert und welche Geltung beansprucht nicht nur für die – im Wesentlichen durch Geburt in den Verband hineingelangenden – Verbandsgenossen, sondern im weiteren Umfang für alles auf dem beherrschten Gebiet stattfindende Handeln“ (Weber 1971: 30, in: ebenda).

Um den Staat von anderen Verbänden abzugrenzen sind weitere Merkmale notwendig: das Staatsgebiet, das Staatsvolk, die auf Grundlage gesetzten Rechts ausgeübte Staatsgewalt durch den Staatsapparat (das politisch-administrative System) und das Gewaltmonopol, als die Befähigung der Durchsetzung von gesellschaftlich verbindlichen Entscheidungen, nach

---

<sup>13</sup>Über den Subjektivitätscharakter von Gesundheit und der damit einhergehend normativ anklingenden Fragestellung nach einer „guten“ Gesundheitsversorgung als Zielkonzeption politischen Handelns wird an späterer Stelle noch ausführlicher diskutiert.

<sup>14</sup>vgl. „Citizenship Act 1955“, in: Constitution of India, 2009.

innen und nach außen (Souveränität) (Nohlen 1994: 438). Auch in früheren Ansätzen wurde versucht, den Staat anhand des Staatszwecks zu definieren (Schmidt 2004: 666). Das Herrschaftsverhältnis stützt sich dabei auf Legitimation. Wie bereits bei Machiavelli (1513)<sup>15</sup> wird bei Weber (1971) die Macht zum Kernelement alles Staatlichen. Diese machtzentrierten und instrumentellen Staatstheorien von der Antike über Niccolò Machiavelli, Jean Bodin, Thomas Hobbes bis hin zu Max Weber wurden durch „systemtheoretisch inspirierte Teil- und Bereichstheorien“ (Nohlen 2003: 9754) erweitert.

Moderne Staatstheorien befassen sich zunehmend mit der Analyse und Bestimmung der Staatsaufgaben. Dies ist zu definieren ist wichtig, denn nur das Bekenntnis der Bürgerschaft zu legitimitätsrelevanten Ansprüchen verursacht Input-Forderungen an das politische System, welches hierauf reagieren muss, um die eigene Legitimitätsnotwendigkeit nicht zu verlieren. Hier schließt sich jedoch der erwähnte theoretisch-philosophische Kreis, denn abschließend bleibt ungewiss, was Ursache und Wirkung ist. Die Macht geht zwar vom Volk aus, doch diese erkennen die Ansprüche nur dann, wenn diese als solche auch erkennbar sind.

Dennoch, die Vielzahl der Staatstheorien kann unterschieden werden zwischen Theorien des Minimalstaates und des Rechtsstaat. Zu den Staatsaufgaben der erst genannten Kategorie gehören die Sicherung der Staatsgrenzen, die Gewährleistung der friedlichen Koexistenz der Gesellschaftsmitglieder, der Schutz vor innerer oder äußerer Gewalt, vor Kriminalität und Vertragsbruch. Der Rechtsstaats und der aktive Staat im Sinne von Staatsinterventionismus im Sozial- oder Wohlfahrtsstaates, schreiben dem selbigen nicht nur eine Fülle von Aufgaben zu, sondern auch ein ebenso hohes Maß an zielgerichteten Eingriffsmöglichkeiten (Nohlen 1994: 439). Der Staat als Konstrukt umfasst dann zwangsläufig auch das Verhältnis zwischen Staat und Gesellschaft.

Hinsichtlich der systemtheoretischen Ausrichtung sei Niklas Luhmann (1984) als ein Vertreter erwähnt, der von der Autopoiesis der einzelnen Systeme ausgeht und ihnen eine eigene Funktionalität als Subsystem zuordnet. Für die moderne Politikwissenschaft notwendig wird auch eine Verbindung von strukturfunktionalistischen mit akteurszentrierten Ansätzen, die es ermöglichen „dem Wandel von Staatsfunktionen und den Veränderungen von Handlungsspielräumen wie Handlungsmustern staatlicher Akteure“ (Nohlen 1994: 447) theoretische Erklärungsmöglichkeiten zu liefern. Die Unterscheidung zwischen Staat und

---

<sup>15</sup>Politiker, Diplomat und Verfasser politischer Schriften (1469-1527). Als erster Theoretiker der Staatsraison reflektierten seine Arbeiten die wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Erfahrungen während des Niedergangs von Florenz. Seine Schriften und Lehren trennten das Grundverständnis der Politik von der geltenden ethischen Norm. Im Vordergrund seiner Lehre stand nun vielmehr eine Interessens- und Machtpolitik, deren Ziel es sein soll, die staatliche Gemeinschaft zu festigen und zu erhalten (vgl. dazu *Der Fürst*, Machiavelli 1513).

Regierung ist hierbei nicht unbedeutend, denn der Staat als Konzept umfasst sowohl Regierungshandeln, eine Legislative und ein politisches System, welches Wahlen garantiert und politische Rechte sichert (Drèze/Sen 2007: 45).

Indien steht aufgrund des politikgeschichtlichen Kontextes in der Tradition unterschiedlicher Gesundheitssysteme, die teilweise noch oder wieder Anwendung finden. Jener medizinische Pluralismus reflektiert die Vielfältigkeit des Staates, unterliegt aber auch den Bedingungen des föderalen System der indischen Union und ist somit keine „natürliche“ Erscheinung wie beispielsweise die Sprachenvielfalt, die als Merkmal der multikulturellen Gesellschaft ihrerseits die föderale Struktur des Staates maßgeblich mitgeprägt hat. Im Falle der gesundheitspolitischen Ausgestaltung ist der Gesundheitszustand abhängig von den institutionellen Rahmenbedingungen und politischen Entscheidungsträgern. Der Fokus der Dissertation gründet auf den Disparitäten ausgewählter Gesundheitsindikatoren zwischen den Bundesstaaten und versucht deren Ursachen sowie Folgen systematisch zu analysieren. Orissa und Tamil Nadu werden hierbei als jeweilige Regionalvertreter für Nord und Südindien verstärkt aber nicht ausschließlich in der Analyse herangezogen.

Ausgangspunkt sind verschiedene Studien von Mitra und Singh (1999: 240f, 2009: 37), in denen nachgewiesen wurde, dass das Vertrauen der Bürger in den Regionen unterschiedlich stark auf die politischen Ebenen verteilt ist. Diese vertikale Vertrauensdifferenzierung wird in der vorliegenden Arbeit unter anderem als Argumentation zu Grunde gelegt, um das Konzept der Staatsbürgerschaft (*citizenship*) mit Fragen der Gesundheitsversorgung zu verknüpfen und zu hinterfragen, ob ein horizontaler Vertrauensunterschied zwischen den Ressorts angenommen werden kann. Sollte dieser Vertrauensunterschied nachweisbar sein und dennoch kein Einfluss auf die Legitimität erkennbar sein, spräche dies für ein wenig ausgeprägtes legitimitätsrelevantes Anspruchsdenken der Bürgerschaft. Das Staatsbürgerschaftskonzept wird hier hinsichtlich der Gesundheitsthematik als „Anspruch des Bürgers auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung“ (entitlement) angewandt.

Definiert wurden diese Rechte in der Alma Ata Deklaration 1978, der Indien ebenso beigetreten ist. Der Ansatz des „health citizenship“ ist nicht lokal beschränkt und lässt sich ebenso auf andere Länder und Regionen übertragen. Durch die „Essentialität“ der Gesundheit definiert sich das Konzept des „health citizenship“ aufgrund von dessen Bindegliedfunktion zwischen Bürger und Staat. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass eine Art „Gelenk“ zwischen Staat und Bürger vorhanden sein muss, wodurch beide Elemente in einer aktiven Verbindung miteinander stehen. Der Staat beziehungsweise die jeweils gewählten Regierungsvertreter brauchen die Bürger, um Macht zu erhalten und/oder zu sichern, während

die Bürger einen übergeordneten Souverän zur Überlebenssicherung und der Sicherung und Herstellung von Recht und Ordnung benötigen. Über die politische Geschichte eines jeden Staates haben sich nun gewisse Grundvorstellungen über staatliche Tätigkeiten etabliert. In Indien besteht zwar kein Recht auf Gesundheit, aber ein wohlfahrtsstaatliches Verständnis darüber, dass der Staat das Überleben seiner Bürger sichern muss. Konzeptionell hat sich also ein „health citizenship“ entwickelt – ein Verständnis darüber, was der Bürger hinsichtlich der Gesundheitsversorgung vom Staat erwarten kann beziehungsweise auch muss, um die Entwicklung des Humankapitals zu unterstützen. Das Konzept des „health citizenship“ entstammt ursprünglich der Französischen Revolution und ist Teil des Vertragskonzeptes zwischen Staat und Bürger (Weiner 1970, in: Porter 2011).

Besondere Aufmerksamkeit gilt daher auch den Prozessen der Wirtschaftsliberalisierung, die neue Markt- und Anbieterkonzepte auch im Gesundheitssektor eröffnete, während die Bürger noch immer in der Ideologie des Wohlfahrtsstaats unter Jawaharlal Nehru verblieben und dem Staat die Verantwortung der Gesundheits- und Sozialpolitik zuschrieben. Erstmals ausführlich und politikwissenschaftlich fundiert analysierte Mitra (2010) den Begriff der Staatsbürgerschaft (citizenship) in Indien. Seiner Argumentation geht voraus, dass Nationalität für Staatsbürgerschaft zwar unablässig ist, diese jedoch nicht ausreicht, um alle „intuitiv“ verknüpften oder „gefühlten“ Dimensionen der Identität zu erfassen. Staatsbürgerschaft, so Mitra (2010: 46) soll daher von der Funktion des „legalen Konzepts“ ausgehend erweitert verstanden werden als vielmehr messbare und dadurch auch steuerbare „politische Variable“ (ebenda). Mit dieser aktiven Funktion als politische Variable kann Staatsbürgerschaft sodann Prozesse und Erwartungen beeinflussen. Besonders hervorzuheben ist die Strategie der „Staatsbürgerbestätigung“, die weit über die rechtliche Anerkennung der Staatsbürgerschaft hinausgeht. Grundlage sind Integrations- und Erneuerungsprozesse lokaler Eliten, die auf politische Reformen folgen und dadurch ein dynamisches Politikkonzept etablieren, welches das Land trotz aller Herausforderungen demokratisch stabil halten (Mitra 2008, 2010; Mitra und Singh 2009). In einer weiteren Studie wird zwischen Staatsbürgern (89 Prozent) und Nicht-Staatsbürgern (6.6 Prozent) unterschieden (Mitra 2010: 48), denen konkrete Eigenschaften oder Fähigkeiten zugesprochen werden (vgl. auch Mitra 2012). Zu den zentralen Kriterien gehören beispielsweise die Partizipation an Wahlen und der Respekt gegenüber nationalen Symbolen. Soziale Aspekte nahmen in der Studie nur eine untergeordnete Rolle ein, jedoch mit dem zu erwartenden Ergebnis, dass Staatsbürgerschaft eng gekoppelt ist an die Bereitstellung lebensnotwendiger Güter (ebenda: 49). Der Studie kann entnommen werden, dass soziale Handlungsfelder hinsichtlich der Staatsbürgerschaft

von Bedeutung sind, explizit wird dahingehend jedoch kaum argumentiert. Insbesondere der bereits angesprochene Aspekt des Einflusses der Rollenverschiebung im Sozialsektor bleibt bisher in der Fachliteratur unbeachtet. Die vorliegende Arbeit füllt diese thematische Lücke, indem Gesundheit und Staatsbürgerschaft als zwei „intrinsische“ Variablen des politischen Systems und der staatlichen Legitimität betrachtet werden, die unmittelbar von der Steuerung staatlicher, halb-staatlicher und nicht-staatlicher<sup>16</sup> Akteure beeinflusst werden. Von diesem Konzept des „health citizenship“ ausgehend, wird angenommen, dass aufgrund der Regionalität (als bestimmter Zeitpunkt in Unterscheidung zur Regionalisierung als politischem Prozess) in Indien von einem „regional health citizenship“ gesprochen werden kann. Hiervon ausgehend wird ferner angenommen, dass der Grad der Legitimität des Staates von den jeweils messbaren Gesundheitsindikatoren abhängig ist.

Schlussfolgernd kann also ebenso angenommen werden, dass die Ansätze der jüngst eingeführten National Health Mission einen positiven Einfluss auf die Legitimität des politischen Systems haben werden. Diese theoretische Auseinandersetzung ist eng mit dem föderalen Aufbau des Staates verflochten, der durch die Schaffung der regionalen Verwaltungseinheiten der Heterogenität der Gesellschaft Rechnung trägt und die parteipolitischen Ausprägungen und somit die regionalen Unterschiede zwischen den Bundesstaaten mitgestaltet. Zu den hieran anknüpfenden Fragestellungen gehören: Welche Akteure und Steuerungsmechanismen nehmen tatsächlich Einfluss auf die unterschiedlichen, regionalspezifischen Ausprägungen im Gesundheitssektor? Weshalb kann das „Erfolgsmodell Kerala“ nicht mühelos auf andere Bundesstaaten übertragen werden kann? Wodurch ist es zu begründen, dass bestimmte nationale Programme in einem Bundesstaat positive und in einem anderen dagegen negative Wirkungen zeigen?

### 1.7. Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und Primary Health Care

Die Schwerpunkte bisheriger Studien zur Gesundheitspolitik seit der Unabhängigkeit verliefen zumeist entlang der gesundheitspolitischen Schwerpunkte und Problemfelder. Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten war und ist dabei ein unmittelbar sichtbares Instrument des Staates. Die Sichtbarkeit von Erfolgen steigert naturgemäß auch die Glaubwürdigkeit des Systems, schafft Vertrauen und fördert somit die Legitimität. Das „Primary Health Care“-Konzept, welches noch immer Anwendung findet, basiert auf der

---

<sup>16</sup>Das Handeln nicht-staatlicher Akteure im Gesundheitssektor lässt sich auf fehlende oder bewusste ausbleibende oder zurückgestufte Steuerungselemente des öffentlichen Sektors zurückführen und muss daher in die Überlegungen direkt einfließen.

Hilfe durch den Erstkontakt eines Patienten mit einer medizinisch geschulten Person: „What is primary care? Simply stated, it is the care given by the first person the patient sees who has been trained in health care“ (o.A. „Journal Public Health Policy“ 1983: 129). Das Entwicklungspotenzial- und die Geschwindigkeit mit der die Politik primäre Gesundheitsstrukturen fördert, sind dabei abhängig von übergeordneten Entscheidungs- und Machtstrukturen. Gesundheit muss zunächst als Vertragsbestandteil von allen Partnern (Patient – Bürger und Fachpersonal – Staat) anerkannt werden, bevor tatsächlich Maßnahmen zur Verbesserung des Gesamtzustandes getroffen werden, wenn diese finanziell als aufwendig und intensiv beurteilt werden. Die Einschränkung der Entwicklung der Produktivität, als die Verhinderung der Entwicklung des Humankapitals, wäre ein solcher Beweggrund. Die individuelle Gesundheit beziehungsweise der Gesamtgesundheitszustand einer Gesellschaft sind primär abhängig von den staatlichen Investitionen, den rechtlichen Grundlagen und der Einbindung privater Anbieter. Dieses Wechselspiel durchlief in Indien eine Reihe von Veränderungsprozessen und Erfolgsgeschichten. Zum Erklärungsmodell der vorliegenden Arbeit gehört also auch das Verständnis einer Abhängigkeit zwischen politischen Schwerpunkten, Inhalten (Inputs), den Ergebnissen (Outputs) und den tatsächlichen Auswirkungen, den sogenannten Outcomes.

Bereits seit der Herrschaftsübernahme der Briten liegen zahlreiche Dokumentationen über die Gesundheitssituation in den damaligen Provinzen des Subkontinents vor. Hintergrund für die Einführung einer institutionell ausgebauten Gesundheitsstruktur auf dem kolonialen Territorium war zunächst die medizinische Versorgung und Krankheitsprävention der Angehörigen der britischen Armee und Staatsbeamter, die in den Provinzen stationiert waren. Nach Erlangung der Unabhängigkeit prägte vor allem die Einführung von Familienwohlfahrtsprogrammen die institutionelle und personelle Struktur des Gesundheitssektors (Banerji 1971, 1985; Heaver 1989). Die nachweisbaren Erfolge im Bereich der Bekämpfung und Eindämmung von Infektionskrankheiten wie Pocken, Tuberkulose, Poliomyelitis, Typhus, Lepra, Kalar-Azar<sup>17</sup> Dengue-Fieber (vgl. Basu 1979, Diesfeld 1970; Misra et al. 2003) sind in Bezug auf die rückläufige Entwicklung der Infektionszahlen dieser typischen Tropenkrankheiten und des Anstiegs der durchschnittlichen Lebenserwartung von 36.7 (1951) auf 62.2 (Census 2001) bzw. 63.4 (Census 2011) beachtlich. Doch diese positiven Trends bleiben nicht unbelastet von noch immer hohen Sterblichkeits- und Infektionsraten etwa durch Tuberkulose, Kala-Azar aber vor allem durch Malaria und HIV/AIDS (vgl. Das Gupta/ Khaleghian 2003; Prasad/Srinath 2004; Priya et al. 2006).

---

<sup>17</sup>Hindi für: Schwarzfieber.

Mit der Unterzeichnung der Alma Ata Erklärung von 1978 erhielt der Gesundheitssektor auch in Indien neue Konturen. Die Umsetzung der „Primary Health Care“ (vgl. Bergerhoff et. al. 1990; Yesudian 1991; Deodhar 2004) führte zu einem Umdenken in der Zielgruppenorientierung und einer personellen sowie medizinischen (Neu-) Ausrichtung. Im deutschsprachigen Raum fällt die spezielle Aufmerksamkeit besonders auf Greinachers (1989) Auseinandersetzung mit dem Konzept der „Primary Health Care“. Indien war von Beginn an Unterzeichnerstaat der Alma Ata Deklaration 1978 und hat dies mehr oder weniger erfolgreich umgesetzt.

Dass sich das Konzept der „Primary Health Care“ trotz der Wirtschaftsreformen 1991 noch immer unverändert auf dem Subkontinent in den Zielvorgaben sowohl der Fünfjahrespläne als auch in der National Health Mission wiederfindet, macht auch das Expertenteam um Dr. N.S. Deodhar (2004) deutlich. Die „Independent Commission on Development and Health in India“ spricht sich in ihrer Analyse bewusst für eine integrative Förderung der primären Gesundheitsversorgung aus, da sie in der derzeitig vorherrschenden Gesundheitssituation in Indien eine Überproportionalität moderner, medizinischer Technologien sieht, die sich eher zu Ungunsten der primären Versorgung auswirkt (Deodhar 2004: 4). Anders als in westlichen Staaten ist die Gesundheitsversorgung in Indien noch nicht gleichzusetzen mit der medizinischen Versorgung. Gerade auf dem Land und in Slumregionen der Megacities fehlt es an einfachen Grundversorgungsinstrumenten; Hürden, die Europa und andere westliche Staaten bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts überwunden haben. Die Forderung einer wieder verstärkten Integration des „Primary Health Care“-Ansatzes in die sozio-ökonomische Entwicklung für Wohlfahrt und Sicherung der Demokratie (Deodhar 2004: 11) sind dem folgend auch als Kernelemente beibehalten und in die National Rural Health Mission und in den 12. Fünfjahresplans (2012-2017) aufgenommen worden. Eine grundsätzliche, konzeptionelle Neuausrichtung des Konzeptes hat demnach in Indien nicht stattgefunden, vielmehr wuchsen die Notwendigkeit der Umsetzung und der Ausbau bestehender Strukturen der Primary Health Care (vgl. Planning Commission, Fünfjahrespläne 2002-2012 und NHM 2012-2017). Die Einführung der ASHA ist beispielsweise ein solches durch die National Rural Health Mission eingeführtes, neues Instrument der Basisversorgung.

## 1.8. Berichte der Expertenkomitees und Fünfjahrespläne

Vor allem unter Britischer Herrschaft bewegte sich die Diskussion in Richtung der Vorstellung, dass Kranksein als eine Art von Strafe für den Mangel an Hygiene, für unsaubere Wohnorte, Aberglaube und Ignoranz zu verstehen sei (vgl. Pati/Harrison 2006). Ein Entgegenwirken zu diesen traditionell verankerten Vorstellungen wurde bereits während der Britischen Kolonialherrschaft versucht, doch noch in der Gegenwart führen Tradition und Religion zu einer Stigmatisierung vor allem von sexuell übertragbaren Krankheiten. In der Dokumentation über Indiens Gesundheitsstrukturen und Zustände waren zunächst vor allem die eingesetzten Expertenkomitees von Bedeutung. Beginnend mit dem „Report of the Health and Development Committee“ 1946 unter der Leitung von Sir Joseph Bhore, gingen deren Empfehlungen und Ergebnisse direkt in die Gestaltung der Gesundheitspolitik ein. Der wohl bis heute einflussreichste Bericht des Bhore Committees legte den Grundstein für das Gesundheitswesen nach der Unabhängigkeit. Darauf folgten in unregelmäßigen Abständen und zu unterschiedlichen Themen weitere Expertenstudien. Darunter fallen Berichte zur Umsetzung von Familienplanungsprogrammen, zur Primary Health Care, zur Malariabekämpfung, zu Fragen der medizinischen Ausbildung und Personalentwicklung sowie zur Nutzung mobiler Gesundheitsdienstleistungen.

Eingesetzt und berufen wurden die ausgewählten Experten durch das Ministerium für Gesundheit und Familienwohlfahrt. Den Abschluss dieser Expertenberichte markierte unmittelbar vor der Wirtschaftsliberalisierung der Bajaj Committee Report aus dem Jahr 1986 (vgl. Kap. 6). Namensgebend für die Gesundheitsberichte und enthaltenden Empfehlungen waren die verantwortlichen Berichtsexperten, die bis auf zwei Ausnahmen der Generaldirektion des Gesundheits- und Familienwohlfahrtsministeriums angehörten. Die Dichte der Publikationen in den vier Dekaden nach der Unabhängigkeit ist charakteristisch für den damals vorherrschenden Zentralisierungsbedarf der Kongresspartei, insbesondere in den 1960er und zu Beginn der 1970er Jahre, verbunden mit einem übergreifenden Steuerungsanspruch bei paralleler Machtlosigkeit der einzelnen, verantwortlichen Institutionen gegenüber der Etablierung eines einheitlichen Gesundheitsprofils. Die folgende National Health Policy veröffentlichte das Gesundheits- und Familienwohlfahrtsministerium 1983 unter der Führung von Indira Gandhi, (INC). Die Neufassung wurde 2002 unter Atal Bihari Vajpayee (BJP) formuliert. Da die Gesundheitspolitik maßgeblich von den Fünfjahresplänen gesteuert wird, ist nachvollziehbar, dass die Regierungsparteien kaum über einen großen Reformspielraum verfügen.

## 1.9. Zur Situation der Datenerfassung in Indien

Seit der Unabhängigkeit haben sich die Quantität und Qualität verfügbarer Statistiken über die Gesundheitsindikatoren erheblich verbessert. Durch das nationale Gesundheitsberichtswesen und durch den aller zehn Jahre durchgeführten Census steht zumindest auf nationaler Ebene eine Vielzahl an Statistiken bereit. Seit den 1990er Jahren hat sich die Datenlage vor allem durch die National Health and Family Surveys (NFHS) und District Level Surveys (DLS) erheblich verbessert, so dass auch auf Ebene der einzelnen Bundesstaaten vergleichbare Statistiken vorliegen. Vereinzelt treten jedoch Lücken und Unstimmigkeiten zwischen den Erhebungen und Daten auf und daher sind gerade die zurückliegenden Statistiken mit Vorsicht zu verwenden, da sich dies auf die Vergleichbarkeit und Validität der Daten erheblich auswirken kann.

Die hier verwendeten Daten basieren auf Erhebungen des International Institutes for Population Sciences, (IIP in Mumbai), des Registrar General of India (RGI), des Population Research Centers (PRC in Dhward, Karnataka) und des Institute's for Research in Medical Sciences (IRMS in Neu Delhi). In Indien erfolgt die Datenerfassung insgesamt über eine Reihe von Erhebungen, die je nach Informationsinhalten in kürzeren oder längeren Abständen periodisch wiederholt werden. Seit 2005 publiziert das Central Bureau of Health Intelligence (CBHI) jährlich zusätzlich das „National Health Profil“. Kompiliert findet sich darin eine Vielzahl gesundheitspolitisch und organisatorisch relevanter Informationen, die seitens der Bundesstaaten und der genannten zentralen Institutionen erhoben und vom CBHI systematisiert aufbereitet und zugänglich gemacht werden. Das „National Health Profil“ (NHP) ersetzt die frühere Reihe „Health Information of India“. Herausgeber ist das Directorate General of Health Services im Ministry of Health and Family Welfare, Delhi.

### 1.9.1. Regionalstudien

Die Konzentration auf bestimmte Indikatoren zur Messung des Gesundheitszustandes ist wichtig, um Vergleichbarkeit zwischen den Regionen und Verwaltungseinheiten zu erzielen, Entwicklungen nachzuzeichnen und Zielsetzungen zu formulieren. In dieser Analyse erfordern die Diversität Indiens als übergeordnetem Untersuchungsobjekt und die rechtlichen Rahmenbedingungen innerhalb der politischen Union eine Abgrenzung der Auswertung der Indikatoren entlang der föderalen Grenzen. Hinzu treten regionale Spezifika, die bei einem intensiv geführten Vergleich nicht vernachlässigbar sind. So unterscheiden sich die Regionen

um die im Norden und Osten gelegenen Bundesstaaten geographisch, kulturell, politisch und sozial erheblich von denen im Süden und Westen. Gerade im Gesundheitssektor werden erhebliche Differenzen erkennbar, deren regionale Charakteristika in eine Formulierung angepasster Politikempfehlungen einfließen müssen. Daher sind insbesondere im Kontext Indiens Regionalstudien von maßgeblicher Bedeutung.

Besondere Schwierigkeiten in früheren Studien boten sich aufgrund nicht konstant verfügbarer Datenreihen innerhalb einer Erhebung, wodurch sich oftmals große Unterschiede bei den Indikatoren zwischen den Quellen zeigten und Daten nicht verwendet werden konnten. Ab 1997-98 wurden die Studien zu Indiens Gesundheitszustand aufgrund der besseren Datenlagen um regionalspezifische „Health Reports“ erweitert, die in detaillierterer und strukturierterer Form Informationen über den Gesundheitszustand der Bundesstaaten zur Verfügung stellen. Eine besondere Stellung nehmen hierbei die seit 2005 erstmals erschienenen regionalspezifischen „Development Reports“ ein, die seither regelmäßig durch die Planungskommission (Government of India) veröffentlicht werden. Deren vorrangig deskriptiver Charakter bietet eine Reihe empirisch valider Daten zur Gesundheitssituation in den verschiedenen Regionen Indiens. Oftmals wird Gesundheit darin parallel zu Untersuchungen der Armut oder des Lebensstandards aufgegriffen, während jedoch kaum eine Auseinandersetzung mit der tatsächlichen Gesundheitspolitik selbst geführt wird.

Die derzeitige Fülle an Daten und Studien zu Indiens Gesundheitssektor (Bir 2006; Rout/Panda 2007; Gangadharan 2009; James et. al. 2010; Srivastava 2012; Chidambaranathan/Jenitta 2011, 2013) und ebenso die neu formulierten Ziele seitens der indischen Regierung verweisen auf neue Impulse im Gesundheitssektor, die notwendig sind, um den Erfolg und Nutzen weiterer Reformen für die gesamte Bevölkerung zu ermöglichen. Dabei ist vor allem eine für die einzelnen Bundesstaaten politikfeldorientierte Auseinandersetzung notwendig, um angemessene und umsetzbare Maßnahmen zur Gesundheitsförderung aufzugreifen. Trotzdem findet eine allgemein geführte Public Health Debatte in Indien nur marginal (vgl. Bagchi 2005) statt. Der Mangel zeigt sich insgesamt im Fehlen tiefgreifender Studien zur Gestaltung des Gesundheitssektors durch die Politik und dessen Auswirkungen auf Kernelemente des politischen Systems. Ferner vernachlässigt wird in Indien eine Debatte um den Gesundheitsbegriff selbst, der letztlich unbestimmt im Spannungsverhältnis der westlichen Gesundheitsdefinition der WHO und einem traditionellem Gesundheitsbewusstsein definiert wird. Stattdessen intensivieren sich die Debatten um ein Recht auf Gesundheit und der Forderung nach einer stärkeren Regulierung des privaten Gesundheitssektors. Dieser existiert bereits schon seit Herausbildung der ersten Medizinsysteme auf dem Subkontinent trotzdem

lassen die Dimension und Qualität der privaten Anbieter den Schluss zu, dass der Staat hier nach der Liberalisierung des Gesundheitsmarktes zunächst zu viel Raum offen ließ. Trotzdem spielt die Privatisierung eine außerordentliche Rolle und private Anbieter werden aktiv durch den Staat unter der Förderung von „Public-Privat-Partnership“-Initiativen in den Gesundheitssektor integriert (vgl. Ghosh 2008; Muraleedharan et al. 2008).

### 1.9.2. Census

Für die demographische Entwicklung die wohl wichtigste Quelle ist der Census (Volksbefragung). Dem ersten Census 1872 folgte bereits 1881 der Zweite, von da an finden die Befragungen im zehnjährigen Rhythmus statt, da sowohl die Datenerfassung – durch die mehr als 2 Mio. Befrager und Supervisoren – als auch die Publikation der Ergebnisse keine kürzeren Zeitspanne erlauben. In Bezug auf die vorliegende Dissertationsschrift erfolgte der letzte Census 2011. Seit 1961 ist das Registrar General of India und Census Commissioner unter Leitung des Union Home Ministry (Innenministeriums) für die Planung und Durchführung des Census zuständig (Kishore 2007: 11). Ebenso hat jeder Bundesstaat ein dauerhaft eingerichtetes Directorate of Census Operations. Der Census ist eine der wichtigsten Quellen über den Status der indischen Bevölkerung. Er enthält Informationen über Genderverteilung, sozio-ökonomische Bevölkerungsmerkmale, Religionszugehörigkeit, Berufe und Beschäftigungen, Lebensbedingungen und Geburtenhäufigkeit. Auf diesem Wege können auch indirekt Informationen über die Fruchtbarkeitsrate oder die Säuglingssterblichkeit gewonnen werden (Kishore 2007: 12).

### 1.9.3. Civil Registration System (CRS)

Anders als beim Census handelt es sich bei dieser Erhebung um eine kontinuierliche Erfassung von Vitalindikatoren wie den Geburten, den Todesfällen oder Eheschließungen, etc. (Kishore 2007: 12). Das CRS ist vor allem für die Evaluation von konkreten Maßnahmen von Bedeutung, die zeitnah erfolgen sollte. Erfasst werden unter anderem der Geburtsort, das Geschlecht, das Alter der Mutter, deren Bildungsgrad, Beruf sowie Religionszugehörigkeit. Ferner erfasst wird, ob die Geburt unter medizinischer Beobachtung oder professioneller Unterstützung stattgefunden hat. Eingeführt wurde das verpflichtende System 1969 mit der Umsetzung des Registration of Births and Death Acts und ist dem Registrar General of India unterstellt. Dennoch betrug die tatsächliche Geburtenerfassung 1985 nur 39 Prozent mit einer

Steigerung bis auf 55 Prozent im den folgenden Dekaden (Kishore 2007: 13). Von den großen Bundesstaaten, gemessen an deren Bevölkerungsgröße von über 20 Mio., erreichen Kerala, Gujarat, Karnataka, Maharashtra, Punjab und Tamil Nadu eine Erfassungsquote von fast 80 Prozent (Kishore 2007).

#### 1.9.4. Sample Registration System (SRS)

Dieses ebenso vom Registrar General of India 1969-70 eingeführte System war im Wesentlichen als demographische Erfassungsalternative bis zum vollständig funktionierenden CRS gedacht und fußt auf einem dualen Erfassungssystem. Das SRS erstellt Schätzungen für ländliche Regionen, urbane Zentren in den großen Bundesstaaten und für das Gesamtbild auf nationaler Ebene (Kishore 2007: 13). Jährliche Umfragen in Dörfern und urbanen Blocks erheben dabei Daten zur Fruchtbarkeit und zur Sterblichkeit. Zusätzlich werden halbjährlich vitale Indikatoren erhoben. Damit ist SRS eine der wichtigsten Datenquellen für den politischen Entscheidungs- und Planungsprozess auf allen politischen Ebenen. Die Daten des SRS werden vom Registrar General of India zusätzlich auch zur Zusammenstellung von Sterbetafeln auf nationaler und bundesstaatlicher Ebene herangezogen. Schwachstelle des SRS sind Daten auf niedrigerem Aggregationslevel, die wiederum nur durch das CRS zur Verfügung stehen. Außerdem sind auch die Erfassungen zu Geburten seitens des SRS nur bedingt brauchbar, da bei weitem nicht alle schwangeren oder gebärenden Frauen erfasst werden (ebenda).

#### 1.9.5. National Family and Health Survey (NFHS I-III)

Eine flächendeckende Erfassung von demographischen und Gesundheitsparametern fand erstmalig 1992-93 mit dem National Family Health Survey (NFHS) statt. Ziel war die Erfassung wichtiger Indikatoren zur Familienwohlfahrt, zur Mutter- und Kindgesundheit, zur Ernährung, zur Infektion mit dem HI-Virus und zur Gesundheitsversorgung (NFHS 2007: xxiii).

Im Verlauf der ersten Umfrage des National Family Health Surveys I (1992-93) wurden 88.562 Haushalte befragt, so dass sowohl auf nationaler Ebene und für 24 Bundesstaaten sowie Unionsterritorien Schätzungen über den Gesundheitszustand vorlagen. In den Umfragen wurden neben den üblichen sozio-ökonomischen und demographischen Daten, auch Informationen zu Fruchtbarkeit, zur Familienplanung, zur Säuglings- und Kinder-

sterblichkeit, zur Inanspruchnahme von Mutter- und Kindversorgungseinrichtungen und dem Ernährungsstatus von Kindern (Kishore 2007: 14) erfasst. Mit dem National Family Health Survey II (1998-99) wurden mehr als 92.486 Haushalte befragt. So lagen Daten für alle zu dem Zeitpunkt existierenden Bundesstaaten und auf nationaler Ebene vor. Für die vier großen Bundesstaaten Uttar Pradesh, Bihar, Madhya Pradesh und Rajasthan lagen Schätzungen auf regionaler Ebene vor. Ebenso lagen Schätzungen für die Metropolen Neu Delhi, Mumbai, Kolkata und Chennai vor (ebenda).

Ergänzend zu den Informationen, die bereits schon im NFHS – I erfasst waren, wurden die Haushalte auch zur Qualität der Familien- und Gesundheitsdienste befragt. Ferner enthielten die Daten des National Family Health Survey II Informationen zu Erkrankungen der weiblichen Fortpflanzungsorgane, zur Einflussnahme von Frauen in den Entscheidungsprozess der Familienplanung, zu häuslicher Gewalt und zum Hämoglobinwert im Blut der Frauen und ihrer Säuglinge im Alter zwischen 6 bis 35 Monaten. Dies sind wichtige Daten etwa zur Ermittlung der Häufigkeit von Anämien bei Frauen und Kindern, die Rückschlüsse auf die Nahrungsaufnahme und Nahrungsbeschaffenheit geben. Anämien, das Auftreten geringer Hämoglobinwerte<sup>18</sup> in Blut, sind ein ernst zunehmendes Problem, sowohl bei jungen Frauen als auch bei Säuglingen und Kindern im Alter von 0-3 Jahren. Zu den Langzeitschäden gehören die eingeschränkte Entwicklung der kognitiven, physischen und motorischen Fähigkeiten, Koordinations-schwächen, Probleme in der Entwicklung des Sprachzentrums sowie eine erhöhte Morbidität in Folge anderer Infektionskrankheiten (NFHS III: 287) – verursacht durch eine schwache Entwicklung des Immunsystems. Einer der Hauptgründe für Anämien ist eine Mangel- oder Unterernährung. Dass hiervon häufiger Frauen und somit auch Säuglinge und Kleinkinder betroffen sind, verdeutlicht die schwache Stellung der Frau in Indien. Für politische Entscheidungsträger liefern diese Informationen die notwendigen Hintergründe und Argumente zur Formulierung von Gesundheitsprogrammen und der Ausgestaltung der Sozialpolitik.

Zu den Daten, die in den National Family Health Surveys I und II erhoben wurden, kamen im National Family Health Survey III zusätzlich Fragen zu perinataler Sterblichkeit, zur Einbindung von Männern bei der Müttergesundheitsversorgung, zur Fruchtbarkeit von heranwachsenden jungen Frauen, zum Risikoverhalten bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten, zum Risiko einer Infektion aufgrund unsauberer Injektionen sowie Fragen zum Kenntnisstand über Tuberkulose (NFHS 2007: xxix) hinzu. Zusätzlich wurden mit der

---

<sup>18</sup>Hämoglobine sind eisenhaltige Proteine in den roten Blutkörperchen, die den Sauerstoff aus den Lungen zu den einzelnen Organen im Körper transportieren.

Umfrage auch Blutproben zum Test auf eine Infektion mit den HI-Virus entnommen<sup>19</sup>. Somit gab es in Folge des National Family Health Survey III erstmalig bevölkerungsbezogene Daten zur HIV – Prävalenz in Indien (NFHS 2007). Federführend für die Statistiken des NFHS I-III war das International Institute for Population Sciences, (IIPS, Mumbai). Technischer Unterstützer war unter anderem das ORC Macro (USA). Finanzielle Unterstützung der Umfragen erhielt das IIPS von USAID, vom Department for International Development (DFID in Großbritannien), von der Bill und Melinda Gates Stiftung, von UNICEF, vom United Nations Population Fund (UNFPA) und dem Ministerium für Gesundheit und Familienwohlfahrt in Neu Delhi (ebenda). Derzeitig geht der National Family Health Survey in die vierte Runde (2014-15) und wird erwartungsgemäß 2016 veröffentlicht.

### 1.10. Privatisierung der Gesundheitsversorgung

Die zunehmende Verlagerung staatlicher Aktivitäten auf private Anbieter vollzog sich auch im Gesundheitssektor und begann bereits vor der Wirtschaftsliberalisierung 1991. Die Reformen unter dem damaligen Wirtschaftsminister und späterem Premierminister Dr. Manmohan Sing (2004 – 2014) setzten auf weitreichende Privatisierung vieler Industrie- und Produktionszweige mit jedoch erheblichen, negativen Folgen für die Bevölkerungsgruppen unterhalb der Armutsgrenze. Private Akteure verfolgen ökonomische Ziele, die Maximierung ihrer Gewinne und schnelle Erlöse ihrer Investitionsausgaben (Deohdar 2004: 19). Welche positiven oder negativen Auswirkungen dieser Prozess auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitswesen der Bevölkerung hat, wird ebenso Bestandteil der Untersuchung sein.

Es wird davon ausgegangen, dass die Privatisierung, wenn sie als Ersatz denn als Ergänzung zur staatlichen Basisversorgung fungiert, den Gesundheitszustand der Bürger negativ beeinflusst. Eng verknüpft mit dem neoliberalen Staatsverständnis seit den Wirtschaftsreformen ist die Frage nach der Notwendigkeit und dem Nutzen des Staates im Hinblick auf die Gewährleistung einer gesundheitlichen Grundversorgung, deren Mangel und dem möglicherweise hieraus erwachsenen Legitimitätsverlusts.

In Indien ist es Aufgabe der Länder für die Verbesserung des Lebensstandards der Bevölkerung, also der Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtsituation, Sorge zu tragen. Durch den Privatisierungstrend seit den 1980er Jahren wird dies jedoch konterkariert, so dass die Fragestellung des „regional health citizenship“ zwangsläufig auch mit diesen Entwicklungen im Gesundheitssystem in Verbindung gebracht werden muss. Die Tendenzen

---

<sup>19</sup>Von den 109.041 Haushalten der Studie wurden 102.946 auf eine HIV Infektion getestet (NFHS 2007).

private Anbieter direkt oder indirekt in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen, waren zu diesem Zeitpunkt zwar nicht neu, doch die institutionellen Rahmenbedingungen erleichterten deren Zugang in den Gesundheitssektor. Aus einer Studie von Baru und Nundy (2008) geht hervor, dass bereits seit der Unabhängigkeit private Akteure als Unterstützer im Rahmen von Mobilisierungsmaßnahmen einbezogen wurden und (begrenzt) Dienstleistungen der Familienplanungsprogramme bereitgestellt haben. Dies betrifft jedoch nicht die privat agierenden Heilpraktiker ohne staatliche Anerkennung. Private Dienstleister wurden insbesondere in den 1980er Jahren bei der Umsetzung von Malaria-, Tuberkulose- und Kinderwohlfahrtsprogrammen angeworben.

Aus der Analyse der Fünfjahrespläne seit 1951 geht deutlich hervor, dass in der post-Reformperiode ab dem 8. Fünfjahresplan (1992-1997) die Privatisierungsanstrengungen weitergehend verstärkt wurden (Baru/Nundy 2008: 63). Ein Charakteristikum dieser Ausrichtungen ist die Ermutigung zur Beteiligung privater Akteure in Versorgungsstrukturen auf sowohl primärer als auch sekundärer und tertiärer Stufe. Die Gründe der vermehrten Einbindung privater Akteure liegen in der Popularität von sogenannten Public-Private-Partnership (PPP) Modellen seit den 1980er Jahren und dienten als einzig denkbar logische Konsequenz zur Lösung vorherrschender Versorgungs- und Entwicklungsprobleme (Raman/Björkmann 2009). Diese Modelle nahmen ihren Ursprung in den USA und Europa in Reaktion auf neoliberale Veränderungsmaßnahmen der politischen Steuerung im Zuge der Privatisierung staatlicher Aufgabenfelder. Es lagen schon frühzeitig erhebliche Zweifel darüber im Raum, dass marktorientierte Ansätze der Schlüssel sein können, um langfristig Wohlstand und Entwicklung für alle Gesellschaftsgruppen zu erzielen. Es war jedoch auch unbestritten, dass der Staat langfristig nicht alle Dienstleistungen erfüllen kann. Eine Symbiose zwischen privaten und staatlichen Strukturen zu schaffen, schien daher ein geeigneter Weg. Seit den 1990er Jahren werden Public Private Partnerships sogar als Schlüsselinstrument der Public Policy verstanden, wenngleich bisher nur wenige Informationen zu deren Nutzen zur Verfügung stehen und zudem die Auswirkungen gerade im Kontext von Armut und Unterentwicklung nicht ausreichend analysiert wurden. Hauptargument ist die Reduktion der Kosten für den Staat in der Bereitstellung öffentlicher Güter und die Profitsteigerung für private Akteure aus dem “for-profit”-Bereich. Definiert werden diese wechselseitigen Beziehungen als „[...] a collaborative and reciprocal relationship between two parties with clear terms and condition, well-defined partnership structures, and specific performance indicators for delivering a set of health services within a stipulated period of time“ (Raman/Björkmann 2009: 13). Grundlage für die Förderung ist ein

neoliberales Verständnis von ökonomischem Wachstum und die Annahme, dass der private Sektor effizient, proaktiv und flexibel zur Erreichung der anvisierten Ziele vorgeht. Ein Argument hierfür ist die Nutzung des öffentlichen Gesundheitssektors durch nur 25 Prozent der Bevölkerung bei einem trotzdem unregulierten und kostenintensiven, privaten Anbietermarkt. Mangelnde Effizienz und Qualität im öffentlichen Gesundheitssektor sind hierfür oft zitierte Ursachen (vgl. Raman/Björkmann 2009; Deodhar 2004; Misra et. al 2003). Welche Vor- und Nachteile sich aus dem Vorhandensein dieser multiplen, privaten Stakeholder-Gruppen auf den Gesundheitssektor ergeben, wird unter anderem Bestandteil dieser Analyse sein.

### 1.11. Einflussfaktoren des öffentlichen Raumes auf den Gesundheitszustand

Nach Meinung von Srivastava (1975) lag die Problematik für das indische Gesundheitswesen begründet in der modernen Medizin. Seine Theorien und Modelle nahmen ebenso wie die bereits erwähnten Expertenberichte erheblichen Einfluss auf die Empfehlungen der nationalen Komitees für die Verbesserung des Gesundheitswesens in Indien. Kritik an der kapitalistischen Natur der indischen Gesellschaft äußerte auch Banerji (1985), nach dessen Argumentation das potentielle Gewicht der wissenschaftlichen Medizin verzerrt würde. Der Soziologe Roger Jeffrey (1988) begründete die Nichtübereinstimmung von gesundheitlichen Bedürfnissen mit dem tatsächlichen Gesundheitsdienst im Erbe der kolonialen Herrschaft, geprägt von einem Schwerpunkt auf der kurativen Medizin und einer hieraus resultierenden sozialen Kontrolle der Elite. Dabei verhindert die Klassenstruktur jeglichen Versuch des sozialen Wandels.

Ein weiteres wichtiges Element der Gesundheitssicherung ist die Nahrungsaufnahme vor allem im frühen Kindesalter. Unter dem Titel „The Asian Enigma“ vergleichen Vulimira Ramalingaswami<sup>20</sup> et. al. (1996) Ursachen der Mangelernährung von Säuglingen und Kleinkindern zwischen Indien und Südafrika und gehen dabei der Frage nach, weshalb der Anteil unterernährter Kleinkinder in Indien (bei 50 Prozent) höher ist als der in Südafrika (30 Prozent) bei jedoch höherer Armutsquote in Südafrika (Ramalingaswami et. al. 1996). Die Autoren kommen dabei zu Schlussfolgerungen, die beinahe zwanzig Jahre seit Erscheinen gleichermaßen beschrieben werden können (vgl. hierzu auch Pinto 2008). Vorbedingungen

---

<sup>20</sup>Das nach Ramalingaswami benannte „The Ramalingaswami Center for Social Determinants for Health“ ist als Exzellenzcenter der Public Health Foundation of India eingerichtet worden. Aufgaben des Centers umfassen vor allem Forschungsaktivitäten und Trainingsprogramme zu Public Health Themen und deren soziale Bestimmungsfaktoren.

wie ein niedriges Geburtsgewicht und auftretende Anämien der Mütter vor allem in ländlichen Gebieten sind Faktoren, welche erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand vor allem von Kleinkindern haben. Auch die Ergebnisse des III. National Family Health Survey 2005-2006 unterstreichen die Wirkungsweise der Faktoren Unter- oder Mangelernährung. Ursächlich und verbunden hiermit sind die sozialen Lebensbedingungen, der Mangel an sauberem Trinkwasser und sanitären Einrichtungen. Gesundheitsbildung und Ernährung sind als solches zwar Teil des privaten Raumes, doch hinsichtlich der Informationsvermittlung und den Bedingungen für eine ausreichend kalorienhafte Nahrungsaufnahme, der richtigen Anwendung von Stilltechniken und Maßnahmen zur Krankheitsprävention ist die öffentliche Gesundheitsvermittlung in der Pflicht. Werden diese Probleme nicht gelöst, ist zu erwarten, dass sich deren Konsequenzen auf noch unbestimmte Zeit durch sämtliche Entwicklungsstadien hindurch ziehen werden. Die indische Regierung hat zwar mit der Verabschiedung eines milliardenschweren Ernährungsprogramms unter dem „Indian National Food Security Bill“ einen neuen "historischer Schritt“ getan, den „Hunger zu beseitigen“ (Sonia Gandhi 2013)<sup>21</sup>, doch Kritikern zufolge wird dies nicht ausreichen, um die Unterernährung und deren Folgeerkrankung mittelfristig zu bekämpfen.

Wie bereits andernorts erwähnt, sind die Wahrnehmung der Frau (funktional der Mutter) und die allgemeine Rollenverteilung zwischen Mann und Frau wesentliche Faktoren für die Kindesgesundheit. Inwieweit können also rein gesundheitspolitisch motivierte Maßnahmen zu einer „besseren“ Gesundheit der Bürger führen? Die Fragestellung impliziert, dass die Gesundheitsversorgungsdienste nicht die Hauptdeterminanten für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung sind. Mit der Einführung des „human development approach“ oder auch „capability approach“ schufen Autoren wie Amartya Sen (1999), Martha Nussbaum (1999), Sudhir Anand (2006) ein Bewusstsein dafür, dass „Gesundheit“ in der Verflechtung mit anderen Faktoren verstanden werden muss. Es ist demnach für die Analyse unerlässlich, die Parameter für die Bestimmung des Gesundheitszustandes zu erweitern. Dieser Ansatz wird auch in der vorliegenden Arbeit verfolgt, aber durch das Konzept des „regional health citizenship“ hinsichtlich der politischen Legitimitätsnotwendigkeit erweitert. Gegenwärtig kann ein Wachstum überregionaler, wissenschaftlicher Beiträge zur Ursachenforschung über den Gesundheitszustand in Indien verzeichnet werden. Besonders sensible Bevölkerungsgruppen wie Kinder oder Frauen rücken dabei in Fokus. Hinzu treten weniger kritische Studien über den Gesundheitsmarkt Indien und dessen Potential für gesundheitliche Transitionsprozesse und den demographischen Wandel. Berichte und Analysen seitens der

---

<sup>21</sup>Bericht in der „Tagesschau“ vom 27.08.2013, ARD.

WHO (2008, 2010, 2013) und UNICEF zur Entwicklung von Infektionskrankheiten und der Kinder- und Mütterversorgung sind weltweit bekannt. Forschungseinrichtungen in Deutschland und in den USA erweitern zudem das wissenschaftliche Spektrum zum indischen Gesundheitssektor. Vor allem Ansätze der Public Health Forschung aus mitunter historischem Blickwinkel spielen in der Dissertation insoweit eine Rolle, als dass sie die Pfadabhängigkeit und die transkulturellen Wechselwirkungen des Gesundheitskonzepts verdeutlichen.<sup>22</sup> Die Funktionalität des Gesundheitssystems ist die bestimmende Größe für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. In Gesellschaften, deren Gruppen sich unterschiedlich stark entwickeln, braucht es unterschiedliche Schwerpunkte. Das erfolgreiche Bestehen von Transitionsprozessen bei parallelem Mangel an Grundversorgung macht eine flächendeckende Weiterentwicklung zu einem zähen Prozess. Mit welchen politischen Instrumenten und Konsequenzen die neoliberale Politik des modernen Indien dies steuern will, gehört zu den zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit.

### 1.12. Ziel und Struktur der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, eine systematische Analyse der Gesundheitspolitik in Indien zu liefern. Bewährte Methoden der Politik- und Sozialwissenschaft werden dabei hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf den Regionalkontext hinterfragt und weiterentwickelt. Um Gesundheitspolitik tatsächlich zu erfassen, bedarf es Kenntnisse hinsichtlich der Strukturen, Prozesse und Akteure innerhalb des Subsystems, welches zudem stark von anderen Wissenschaftsdisziplinen abhängig. Es geht also auch darum, eine Methodenkombination zu durchlaufen, so dass die Thesen nachvollziehbar und adäquat untersucht werden können. Die Auseinandersetzung mit Gesundheitspolitik verfolgt vor dem Hintergrund der Staatsbürgerschaft zudem das Ziel, zukünftige Fragestellungen vorauszudenken, die sich aus neuen Governance-Strukturen und dem Prozess der „Demokratisierung der Gesundheitspolitik“ ableiten lassen.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen Teil, der sich zunächst mit den Konzepten Gesundheit, Legitimität und Staatsbürgerschaft auseinandersetzt (Kapitel 2, 3). Die Besonderheit der Regionalität des indischen Gesundheitssystems ist grundlegende Voraussetzung für das weitere Verständnis der Untersuchung und der angewandten Methodik, daher folgt dem ersten theoretischen Teil ein empirischer Abschnitt zur Diversität des Gesundheitszustandes (Kapitel 4). Der zweite theoretische Teil (Kapitel 5) beschäftigt sich im

---

<sup>22</sup>Zum Thema „Public Health Forschung“ siehe auch Schwartz (1998) und Waller (2002).

Anschluss mit der Politikfeldanalyse als der hier gewählten Untersuchungsmethodik bevor Kapitel 6 ausführlich auf die Strukturen, Prozesse und Akteure im Gesundheitssektor eingeht und die vorangestellten Konzepte und Fragestellungen aufgreift.

Kapitel 7 bezieht sich konkret auf die neuen Flaggschiffe in der Gesundheitspolitik seit 2005: National Rural Health Mission, National Urban Health Mission, National Health Mission und diskutiert neue Ansätze der Governance in der indischen Gesundheitspolitik. Der Schlussteil (Kapitel 8) fasst noch einmal die wichtigsten Ergebnisse der Analyse zusammen und verweist auf noch offene Fragestellungen für Gesundheitssystemforscher in Indien der Zukunft.

## 2 **Gesundheit: Ein Phänomen zwischen Staat und Staatsbürgerschaft**

Tagespolitische Debatten zur Gesundheit beinhalten vordergründig die Gewährleistung einer adäquaten, gesundheitlichen Grundversorgung in unmittelbarer Abhängigkeit zu den vorhandenen Finanzierungsspielräumen und Prioritäten der jeweiligen politischen Akteure. Ob als Grundlage höherer Produktivität oder persönlicher Sicherheit, Entfaltung- und Entwicklungsmöglichkeiten – die Gesundheit des Individuums avanciert zum neuen Blickpunkt in den hoch entwickelten Industrienationen. In deutschen Buchhandlungen lässt sich die Aktualität der Thematik „Gesundheit“ anhand der Fülle von Gesundheitsratgebern finden, die Diskussionsrunden, Reportagen und Beiträge in verschiedenen regionalen und überregionalen Medientypen polarisierten in Deutschland zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale<sup>23</sup>. Die Verteidigung der Gesundheitsreform gegenüber dem Kongress polarisierte wie kaum ein anderes Thema zwischen Demokraten und Republikanern in den USA. Deutlich wird hierbei, gesundheitsrelevante Motive zu Steuerungsinstrumenten und -elementen sind durchdrungen von unterschiedlichen Staatskonzepten und Idealen einer guten Ordnung der Gesellschaft. Dabei sind die Rahmenbedingungen zur Sicherung und Gewährleistung der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich auffallend unterschiedlich. Auch der indische Gesundheitssektor erfährt zunehmend internationale Beachtung und rückt aufgrund der Präsenz, die das Land global aufzeigt, in den Fokus wissenschaftlicher Studien, Reportagen und Dokumentationen. Bislang größtenteils vernachlässigt wurde jedoch ein politikwissenschaftlich geführter Diskurs über Ursachen und Wirkungsweisen bestimmter Mechanismen und die langfristigen politischen Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die politische Legitimität. Um diese Lücke aufzuarbeiten werden im folgenden Kapitel zunächst die Begriffe Staat und Staatsbürgerschaft im Regionalkontext skizziert. Beide bilden die Fundamente der vorliegenden Arbeit, wodurch die Notwendigkeit besteht, diese allen weiteren Inhalten voranzustellen.

### 2.1. Vom Wohlfahrtsstaat zur Selbstversorgung

“Good health of its people is the very foundation of a nation. A person who is not healthy is unable to access opportunities for learning, growth and productive work. In India, a number of rights are guaranteed to its citizens but none of these can be utilized or enforced by persons

---

<sup>23</sup>Weiterführend zu den Lösungsstrategien zur Krankenversicherung und Gesundheitsreform in Deutschland, vgl. Jakob/Langer/Pfaff (2003).

who are sick, enfeebled and spend their entire energy on treatment and medical care [...]” (Shri Pranab Mukherjee 2013). Der amtierende Präsident Indiens eröffnete mit diesen Worten die 33. Jahresversammlung des Postgraduierten Forschungs- und Lehrinstituts für Medizin in Chandigarh (Punjab) und betonte darin den instrumentalen Charakter einer „guten“ Gesundheit, verweist aber zugleich auf das Fehlen eines Rechts auf Gesundheitsversorgung in Indien. Die Erkenntnis klingt wie ein Appell – ähnlich wie bereits sechzig Jahre zuvor unter Premierminister Jawaharlal Nehru in seiner vielzitierten Ansprache vor der verfassungsgebenden Versammlung 1947: „The achievement we celebrate today is but a step, an opening of opportunity, to the great triumphs and achievements that await us [...] the ending of poverty and ignorance and disease and inequality of opportunity“ (Nehru 1947, in: Drèze/Sen 2007: 1). Im Verständnis des modernen Staates distanzieren sich die indischen Regierungen seit den 1980er Jahren zunehmend vom Konzept des Wohlfahrtsstaats unter Jawaharlal Nehru. Insbesondere seit der Wirtschaftsliberalisierung 1991 vollzieht sich ein Wandel des Verständnisses über Verantwortlichkeit und Verteilung der Aufgaben zwischen staatlichem und privatem Sektor. „The Government...“, so Shri Pranab Mukherjee (2013) weiter, „...singularly, cannot be a provider of healthcare. While the aim is to strengthen the public healthcare sector, we should look at ways to encourage cooperation between the public and private sectors in achieving the health goals. All stakeholders have to be a part of the effort to provide universal healthcare.“ Es kann also festgehalten werden, dass in der indischen Staatsphilosophie durchaus ein (traditionelles) politisches Verständnis für die Notwendigkeit einer Gesundheitsversorgung vorhanden ist, dass jedoch erhebliche Findungsprozesse notwendig sind, um herauszufinden, welche die Instrumente und Methodiken der direkten oder indirekten Steuerung auf welchen Gebieten und mit welchen Konsequenzen einzusetzen sind. Dass auch nach den Parlamentswahlen und dem Regierungswechsel in 2014 als eine der ersten neuen Regierungspapiere die National Health Policy 2015 veröffentlicht wurde und der von der Vorgängerregierung eingeschlagene Kurs beibehalten und intensiviert wurde, ist dabei ein Beispiel für einen relativen politischen Konsens hinsichtlich der Gesundheitspolitik. Es zeigt jedoch auch den starken Einfluss, den politisch unabhängige Gesundheitsexperten in den Entscheidungsgremien und Kommission einnehmen. Die jüngsten Öffnungen der gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse für eine Beteiligung der Bürger am Input-Prozess und das wachsende Vertrauen in die Experten, lassen zunächst auf einen neuen Wert der Gesundheit im politischen Alltag schließen. Es kommt hierdurch auch zu einer Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung und Finanzierung im Gesundheitssektor, deren Auswirkungen eng mit dem Prozess der Demokratisierung und

dem Konzept der Staatsbürgerschaft verbunden sind. Das Verhältnis ist derart komplex, dass gesonderte Forschungsarbeiten im Bereich der tieferen akteurzentrierte Input-Analyse notwendig sind, um den Bereich der Policy-Formulation fundiert zu begreifen. Bestandteil der vorliegenden Arbeit ist daher zunächst die Klärung der Frage, welche Folgen der Reformprozess im Gesundheitssektor nach sich zieht. Es wird unter anderem davon ausgegangen, dass die forcierte Privatisierung im Gesundheitssektor einhergehend mit einer Abnahme staatlicher Verantwortung für Kernelemente – die Basisversorgung wird als ein solches Kernelement verstanden – politisch nachhaltige Auswirkungen auf die Wahrnehmung des Staates durch die Bürger hat.

### 2.1.1. Legitimität durch Gesundheitsversorgung

In seiner Studie über den Ausbruch des hämorrhagischen Denguefiebers 1996 in Delhi untersuchte Renu Adlakha (2001) die Beziehungen zwischen Gesetz, Medizin und Verwaltung im Kontext der Wahrung öffentlicher Interessen während einer Epidemie. Wie der Staat und die unmittelbar in solchen Krisensituationen eingebundenen Behörden und Institutionen reagierten, reflektierte auch dessen Funktionsfähigkeit als modernes politisches System (Adlakha 2001: 152). Damals infizierten sich in der Hauptstadt circa 10.000 Einwohner im Zeitraum von Mitte August bis Mitte Dezember mit dem Virus. Alle Erkrankten wurden auf die siebzehn großen öffentlichen und privaten Krankenhäuser der Stadt verteilt. Dennoch starben nach offiziellen Angaben insgesamt 423 Personen<sup>24</sup>. Hauptaufgabe des Staates bei Ausbrüchen von Epidemien besteht in der Verhinderung einer flächenmäßig größeren Ausbreitung. Mit den ihm verfügbaren Mitteln muss der Staat unmittelbar die öffentliche Sicherheit gewährleisten können. Geht dies nicht, so Adlakha (2001), gefährdet dies die Legitimität des Staates. In einer anderen Studie über den Ausbruch der Pest 1994 in Surat, Bundesstaat Gujarat, skizziert auch Ghanshyam Shah (1997) die Möglichkeit des Legitimitätsverlust durch falsche oder gar zögerliche Reaktion seitens des Staates in einer Krisensituation wie einer Epidemie. Shah (1997) betont, dass politische Systeme an Legitimität verlieren können, da gerade diese hochsensiblen und abstimmungsintensiven Notwendigkeiten zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit, wie sie im Falle einer Epidemie auftreten, die Stärken und Schwächen des Staates besonders deutlich hervorbringen. Gesundheit ist also nicht nur als Index für wirtschaftlichen Fortschritt zu

---

<sup>24</sup>vgl. auch <http://www.handelsblatt.com/technik/medizin/tueckische-tropenkrankheit-neu-delhi-kaempft-gegen-das-dengue-fieber/12473230.html>.

verstehen, sondern auch als Index für die Legitimität einer Regierung (Adlakha 2001: 153). Dem Staat kommt eine besondere Stellung zu, da er als Schnittstelle zwischen Bürger, Epidemie und Wissenschaft die gewonnen Erkenntnisse in konkretes Handeln umsetzen muss. Diese Verfahren unterliegen eigenen Dynamiken und verbergen ein durchaus hohes Konfliktpotenzial, wenn der Staat seine Macht zu behaupten versucht (Adlakha 2001) und etwa bei einem Misslingen der Eindämmung einer Epidemie mit weiteren Erkrankungen oder Todesfällen zu rechnen ist. Aufgrund des dadurch entstehenden Legitimitätsverlustes bestünden erhebliche Probleme für alle weiteren Aktivitäten des Staates. Legitimität ist deshalb unerlässlich für ein politisches System, dessen Stabilität und Entwicklung.

„Legitimität“<sup>25</sup> als Anerkennungswürdigkeit (vgl. Habermas 1973) kann nach Lauth und Wagner (2006: 28) normativ oder empirisch verstanden werden. Die hieraus resultierende analytische Unschärfe führt dazu, dass Legitimität und Legitimation oftmals gleichgesetzt werden. Wie Garzón Valdés (1988: 26) jedoch richtig anmerkte und was von Lauth und Wagner (2006) ebenso angemahnt wird, ist eine klare Trennung der Begriffe erforderlich, denn sonst „[...] besäße – da jede Herrschaftsform irgendeine Art Legitimation besitzt – jedes existierende politische System Legitimität, was offensichtlich falsch ist“.

Der Begriff der „Legitimation“ steht in der Tradition einer empirischen Fassung des Legitimitätsglaubens (Weber 1976). Dieses Begriffsverständnis drückt aus, inwiefern das politische System, dessen zentrale Institutionen und Normen oder die politische Herrschaft von der Bevölkerung Akzeptanz erfahren (Lauth/Wagner 2006: 28). Dem gegenüber steht die Legitimität als normative Kategorie, die auf einem moralischen Urteil beruht. Da jedoch ein allgemein gültiges und akzeptiertes Moralverständnis fehlt, zeigt sich hier ein zentrales Problem der Legitimitätsdefinition. Demselben politischen System kann Legitimität ab- oder zugesprochen werden. Vor allem in der vergleichenden politikwissenschaftlichen Forschung hat sich das empirische Begriffsverständnis behauptet. Als Gründe lassen sich hierfür die Messbarkeit und Vergleichbarkeit bestimmter Phänomene nennen. Parsons (1951) argumentierte etwa, dass in modernen Gesellschaften die Legitimität politischer Herrschaft nur unter Bezugnahme auf Universalisierbarkeit beruhenden Normen möglich sei. Menschenrechte gelten hier somit als eine Referenz für die Legitimität einer politischen Herrschaft auf Basis eines demokratischen Grundverständnisses.

---

<sup>25</sup>vgl. Ausführungen in Kapitel 1. Legitimität als Anerkennungswürdigkeit fußt hier auf dem Grad der Gesundheitssicherung durch Bereitstellung und Qualitätssicherung medizinischer Infrastrukturen und der Wahrnehmung sowie Sichtbarkeit dieser staatlichen Aktivitäten. Erst durch die Anerkennung dieser zunächst individuellen Anerkennung ist Legitimität in der Gesundheitsversorgung als Bestandteil der Systemstabilität möglich.

Dieses wird auch in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen. Die Argumentationen von Shah (1997) und Adlakha (2001) über die Beziehungen zwischen den konkreten Epidemieausbrüchen in Surat und Delhi zur Legitimität des Staates werden hier jedoch erweitert. Nicht nur die Unmittelbarkeit der Aktivität bei einem akuten Auftreten einer Epidemie hat Auswirkungen auf die Legitimität, sondern auch das generelle Ausmaß staatlicher Beteiligung an der Gesundheitsversorgung. Dies umfasst Faktoren wie das infrastrukturelle Management, die Personalausstattung und Zugangsmöglichkeiten zu gesundheitlicher Versorgung. In welchem Maß der Staat in den Gesundheitssektor eingreifen soll, ist wie bereits im Einführungskapitel ausgeführt, abhängig von den historischen Grundverständnissen über die Rolle und Aufgaben des Staates.

Wie in den meisten Demokratien beruht auch in Indien die Legitimität auf der Erfüllung gewisser Leistungsminima (Mitra 2011). Als die britische Kolonialmacht in ihrem damaligen Verständnis von Macht und Herrschaft den Subkontinent eroberten, nahmen sie zur Sicherung ihrer Herrschaftslegitimität stark Bezug auf traditionelle Institutionen und wohlbekannte Symboliken. Die Einbindung und (Wieder-) Erweckung der „Hindustan“ – Vergangenheit, Unwissenheit und veraltete Machtverhältnisse wurden geschickt kombiniert, um die Unterdrückungsprozesse schleichend und zunächst undeutlich voranzutreiben. Im heutigen Indien markiert das Zusammenspiel der föderalen Strukturen, regelmäßig auf allen politischen Ebenen stattfindende Wahlen, Parteienwettbewerb und eine verantwortungsvolle Jurisdiktion die Kernelemente von Legitimität und Entwicklung (ebenda).

Trotzdem lassen die Entwicklungsetappen der vergangenen Jahrzehnte vermuten, dass eine weitgreifende Analyse über das Ausmaß der Wechselbeziehung zwischen von Legitimität und gesundheitlicher Grundversorgung notwendig ist, um zu verstehen, weshalb die neuen Flaggschiffe wie die „National Rural Health Mission“ oder die „National Urban Health Mission“ der Gesundheitspolitik überhaupt gebraucht werden. Gerade die Entwicklungen im Gesundheitssektor verdeutlichen, wie Politikwandel und Reform in Indien möglich sind. Grundvoraussetzung sind Lernprozesse innerhalb der politischen Prozesse kombiniert mit Weitsicht für die Konsequenzen und Sensibilität gegenüber der Dringlichkeit der jeweiligen Problemstellungen. Eine Reformfähigkeit des Gesundheitssektors in Indien ist grundsätzlich vorhanden, dennoch so Panagariya (2008): „[...] this reform have been well known for a long time, and yet it has not happened to date“.

### 2.1.2. Demokratie, Legitimität und Gesundheitspolitik

Legitimität entsteht, wenn der Glaube an ein System mit einer Ethik über das System verknüpft ist. Diese Ethik kann jedoch nur das Ergebnis eines politischen Diskurses sein, der den gesellschaftlichen Geist einfängt und artikuliert. Hierfür notwendig sind die politischen Grundfesten einer jeden Demokratie: freie Wahlen, die Herrschaft des Volkes, Meinungs- und Redefreiheit, soziale Gerechtigkeit und eine unabhängige Justiz. Demokratien fußen auf den Prinzipien der Volkssouveränität, politischen Gleichheit, unabhängig von Geschlecht, Rasse, Konfession. Im Rahmen eines „prozessualen Minimums“<sup>26</sup> bestimmen die Bürger einer liberalen Demokratie auf Grundlager freier und fairer Wahlen das Fortwähren einer Regierung (Sharma 1999: 33). Der demokratische Staat im Grundverständnis der Repräsentation von Bürgerwillen, reagiert auf Forderungen und auf Druck, der von den Bürgern erzeugt wird, da der Machterhalt bei einer Unzufriedenheit der Bürger gefährdet wäre. Ein demokratisches Verständnis ist zudem gekoppelt an die Geltung bürgerlicher Grundrechte und an den rechtsstaatlichen Schutz des Einzelnen vor staatlicher Willkür. Klassische politische Theoretiker und Philosophen wie John Locke (1632-1704), John Stuart Mill (1806-1873) und Alexis de Toqueville (1805-1859) betrachteten die Demokratie als „Stärkung“ im Sinne politischer Einflusskraft für Arbeiter und Minderheiten innerhalb einer Gesellschaft, denen es nun möglich ist, gegen soziale, ökonomische und politische Ungleichheiten anzukämpfen (in: Sharma 1999).

Die Durchsetzung der Kernelemente moderner Demokratie wie Schutz, Partizipation und Inklusion, ist in der europäisch geprägten Welt eng mit der Entwicklung des modernen Verfassungsstaates verknüpft und seit dem 17. Jahrhundert stufenweise erkämpft worden. Das Verständnis der „Demokratie als Schutz“ entwickelte sich bis zum frühem 19. Jahrhundert mittels der Kernelemente liberaler Rechts- und Verfassungsstaat, Gewaltenteilung und Entwicklung von Parlamenten auf den verschiedenen politischen Ebenen (Parlamentarisierung von Herrschaft). Im 19. Jahrhundert erweiterten sich diese Charakteristika bis hin zu einer „Demokratie als Partizipation“ und schufen weitere Ausdifferenzierungen der Machtverhältnisse mittels der Fundamentaldemokratisierung, der politischen Integration der Arbeiterbewegung und der Parteiendemokratie (Parteienstaates) (vgl. Schmidt 2000). Das Demokratieverständnis Südasiens und insbesondere das Indiens fußt auf Elementen von Freiheit, die jedoch in anderer, erweiterter Form verstanden werden

---

<sup>26</sup>Sharma (1999) bezieht sich auf die breitere Definition von Demokratie, die sowohl „prozessuale“ (Institutionen, Strukturen, Prozedere) als auch „substantielle“ (Freiheitsrechte, ökonomische Gleichheit, Umverteilung) Dimensionen der Definitionen aufgreift.

müssen. „[...] in the South Asian context this idea is expanded to include socio-economic equality, dignity and access to material well-being“ (CSDS, Report of the SDA Team 2008: 27). Dieses freiheitliche Verständnis umfasst dabei eine Form der „Entscheidungsfreiheit“ im Sinne von Gleichheit und Gerechtigkeit der Bürger innerhalb der Gesellschaft (vgl. „capability approach“, Kapitel 3). Zwar gab es in Indien bereits in vorkolonialer Zeit Formen „demokratischer“ Regime, im Sinne einer Herrschaft des Volkes in „gram sabhas“ und „panchayats“ (Dorfversammlungen und -zusammenschlüssen), trotzdem muss festgehalten werden, dass das gegenwärtige, moderne Verständnis von Demokratie, Legitimation und Legitimität auf die politische Herrschaftsexpansion der Europäer auf dem Subkontinent zurückzuführen ist und nicht nur Indien, sondern auch die Nachbarstaaten Südasiens (außer Pakistan und Nepal) übernahmen nach Beendigung der Kolonialherrschaft die Regierungsform der repräsentativen Demokratie (CSDS, Report of the SDA Team 2008).

Es ist also durchaus legitim, als Maßstäbe zur Beurteilung und Messung der Legitimität in Indien, „westliche“ Wissenschaftsstandards zugrunde zu legen. Auf dem Gebiet der empirischen Legitimationsforschung zur Ermittlung von Regime-Unterstützung werden konventionell die Wahlbeteiligung, die Unterstützung systemkonformer Parteien und Organisationen und die Zahlung von Steuern als Indikatoren herangezogen (Schneider 2012: 188). Diese Methodik zur Erfassung der Legitimität findet auch in der vorliegenden Arbeit Anwendung und wird ergänzt um Ergebnisse aus Studien zum Vertrauen in politische Institutionen (vgl. CSDS 1999, 2004).

Umfragen aus dem Jahr 2005 ergaben, dass 7 von 8 Befragten die Demokratie als passende oder als die passendste Regierungsform für ihr Land betrachten. In Indien Befragte, sprachen sich zu 70 Prozent für die Demokratie gegenüber einer Diktatur oder autoritären Regierung aus (CSDS, Report of the SDA Team 2008: 11). Wie auch in anderen Staaten sind in Südasien verschiedene Bedeutungen von Demokratie vorhanden und damit unterschiedliche Schwerpunkte und Indikatoren in der Beurteilung heranzuziehen. Die Bedeutung der Themen Freiheit, Gerechtigkeit, Gerichtsbarkeit, Wohlfahrt, repräsentative Herrschaft, Wahlen, Parteien und Sicherheit verteilt sich zwischen den südasiatischen Staaten sehr unterschiedlich. In Indien markieren Gerechtigkeit, Wohlfahrt und Wahlen die zentralen Elemente der Demokratie. Der Staat, so das Verständnis der Bürger in Indien, nimmt demzufolge in der Bereitstellung öffentlicher Güter, die eine Basisversorgung gewährleisten, eine zentrale Rolle ein (vgl. CSDS, Report of the SDA Team 2008: 27). Zur Basisversorgung gehören neben der Bereitstellung nationaler Sicherheit auch die Themen Gesundheitsversorgung, Nahrungssicherheit und Bildung. Hinsichtlich der Erklärungsversuche über Indiens

Gesundheitszustand wird häufig der Vergleich mit China geführt. China als Diktatur und Indien als Vorzeigedemokratie in Asien könnten in ihrer jeweiligen politischen Struktur kaum unterschiedlicher sein. So liegt es nahe, dass häufig versucht wird, die Fragestellung über die Unterschiede der Gesundheitsindikatoren beider Länder auf Grundlage des Wesens der politischen Systeme zu beantworten. Die „democracy advantage thesis“ von Halperin et. al. (2005) geht der Frage nach, ob zwischen Demokratien und autoritären Regimen Vorteile oder Nachteile hinsichtlich ihrer Entwicklungsmöglichkeiten und der Konsolidierung als demokratisches System erkennbar sind. Im Zeitfenster zwischen 1960-2005 hat das Forscherquartett alle als (finanz-) schwach titulierten Demokratien (poor democracies) mit ebenso (finanz-) schwachen autoritären Regimen (poor authoritarian governments) verglichen. In ihrer Untersuchung kamen sie zu dem Schluss, dass keine eindeutigen Beweise dafür vorliegen, dass autoritäre Regime wirtschaftlich oder sozial besser entwickelt sind als demokratische Systeme. Ausgangspunkt war die These, dass innerhalb (finanz-) schwacher demokratischer Staaten kaum wirtschaftliche und soziale Entwicklungen stattfinden können, da es hierfür zunächst einer starken Mittelklasse bedarf (vgl. etwa Huntington 1968). Halperin et al (2005) konnten diese Annahmen empirisch widerlegen und kamen stattdessen zu dem Ergebnis, dass Demokratien in der Regel im Hinblick auf soziale Faktoren – Zugang zu sauberem Trinkwasser, Bildungsquote bei Mädchen und bei der Gesundheitsversorgung – bessere Indikatoren aufweisen als autoritäre Regime. So ist die Lebenserwartung in (finanz-) schwachen Demokratien neunmal höher und die Kleinkindersterblichkeit um 25 Prozent niedriger als in (finanz-) schwachen autoritären Regimen. Ihr Erklärungsansatz gründet dabei nicht auf höheren Sozialausgaben, sondern vielmehr auf einem effektiveren Ressourcenmanagement. Zu dem Ergebnis, dass in demokratischen Systemen die Kindersterblichkeit geringer ausfällt, kommen auch Zweifel und Navia (2000: 99): „Fewer children die in democracies than in dictatorships“. Sie untersuchten hierbei 138 Staaten über einen Zeitraum von vierzig Jahren (1950-1990). Für diese beiden exemplarisch herausgegriffenen Studien bietet Indien gegensätzliche Argumente. Seit der Unabhängigkeit stabilisiert und konsolidiert sich das politische System der Demokratie auf solidem Niveau. Zwar verzeichnen die jüngsten Umfrageergebnisse des CSDS zur Demokratie in Indien einen leichten Rückgang der Zustimmung der Bürger gegenüber einem demokratischen Regime von 49 auf 46 Prozent derer, die eine Demokratie einem autoritären Staat vorziehen, trotzdem befürwortet die Mehrheit der Befragten in Indien wie bereits in den Umfragen aus dem Jahr 2005 ein demokratisches Regierungssystem (CSDS 2015: 13). Trotzdem deutet der Rückgang der Zustimmung auf einen leichten Verlust politischer Zustimmung.

Die Demokratietheorie postuliert, dass das Vertrauen in die Funktionalität des Systems aus dem Vertrauen in die Wirksamkeit der Stimmenabgabe resultiert. Diese Wahrnehmung und Artikulation von Interessen wird durch Parteien oder Gruppierungen gewährleistet: „The political parties are one of the main agencies available to people to articulate and aggregate their demands, censor errant officials and seek to influence public policy (Mitra/Singh 2009: 104). Die Wahlbeteiligung zur Lok Sabha (Parlament auf Unionsebene) als einem Merkmal zur Bestimmung der politischen Legitimität, verzeichnet einen Anstieg um mehr als 15 Prozent zwischen 1952 und 2009 (CSDS und Election Commission 2009 in; Mitra 2011a: 112). Die durchschnittliche Wahlbeteiligung in Indien liegt über die vergangenen sechzig Jahre betrachtet bei etwa 60 Prozent, während einige Bundesstaaten im Norden Indiens sogar Quoten von 78.7 Prozent (Tripura) und 90.2 Prozent (Manipur) verzeichneten (Mitra 2011a: 113). Nach Angaben von [childmortality.org](http://childmortality.org)<sup>27</sup> liegt die Kindersterblichkeit in Indien bei 67 (2005). Zieht man nun beispielsweise die Kindersterblichkeitsrate in Tripura (8.2) und Manipur (12.6) hinzu, verdichtet sich die Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und politischer Legitimität, die auf einer Bereitstellung öffentlicher Güter basiert, nachweisbar ist.

Unter Berücksichtigung von Machterhalt und Wiederwahlinteresse der Regierungsparteien (vgl. Kapitel 4) sollte es also zu einer Anpassung der politischen Outputs an die Input-Forderungen an das System kommen, um das Vertrauen in die Gestaltungsfähigkeit der politischen Elite zu erhalten und Stimmenverluste oder eine Abwahl zu ausschließen. Aus der Funktionsweise des politischen Systems heraus kann also angenommen werden, dass Gesundheitsthemen im Zuge gesellschaftlicher und bildungspolitischer Entwicklungen eine höhere Sichtbarkeit erhalten, und dies sowohl parlamentarisch als auch außerparlamentarisch. Ein besonderes Beispiel ist die in Kapitel 5 erläuterte Gesundheitspolitik Indira Gandhis im Rahmen ihres autoritären Regierungsstils, in dessen Konsequenz sie von ihren eigenen Kongressanhängern abgestraft wurde. Der Unterschied zur Maßnahme der Zwangssterilisation liegt offenkundig begründet in der Mittelbarkeit der Auswirkung, während sich bei strukturellen Anpassungsprogrammen die Sichtbarkeit der Wirkungen eher graduell verändert und somit die Akzeptanz zwar langsam aber konstant zunimmt.

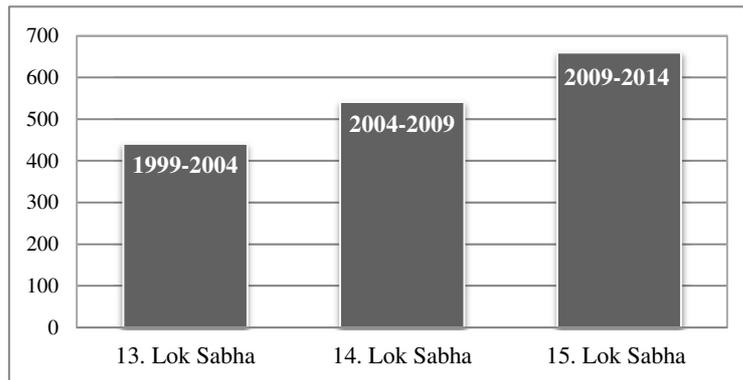
Eine Zunahme des politischen Diskurses über den Zustand und die Wirkungen angestoßener Reformen verdeutlicht sich parlamentarisch an der Zunahme der Debatten und Fragerunden

---

<sup>27</sup>UN Inter-agency group for child mortality estimation (IGME): Unicef, WHO, World Bank, UN Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.

von Abgeordneten in der Lok Sabha<sup>28</sup> an den jeweiligen Gesundheitsminister. Auch hier ist eine tiefgreifende Analyse notwendig, die im Rahmen dieser Arbeit nur angestoßen werden kann. Abb. 2.1. verdeutlicht die Zunahme der politischen Diskussionsbereitschaft und somit auch das Wachstum eines Interesses für gesundheitsrelevante Themen in den Sitzungen der Lok Sabha im Verlauf der letzten fünfzehn Jahre.

**Abbildung 2.1.: Anzahl parlamentarischer Fragerunden (Lok Sabha) mit Gesundheitsbezug (1999-2014)**



Quelle: Session Lok Sabha XIII, XIV, XV.  
 Questions Search (1999-2004, 2004-2009, 2009-2014).  
 (<http://164.100.47.132/LssNew/psearch/qsearch16.aspx>.)

Unter der Führung der UPA wurde in Indien seit 2004 eine Vielzahl von Programmen im Sozialsektor initiiert, trotzdem wurde der Kongress in den Parlamentswahlen 2014 von den Bürgern abgewählt. Dies spricht zunächst für die Widerlegung der These, dass der Gesundheitszustand Auswirkungen auf die Legitimität hat. Unter Berücksichtigung regional-struktureller Ursachen wird jedoch deutlich, dass das Vertrauen der Bürger in die Institutionen der Bundesstaaten höher ist als das Vertrauen in die Arbeit der Unionsregierung (vgl. Mitra und Singh 2009: 35). Insgesamt hat die Legitimität politischer Institutionen in Indien im Zeitraum zwischen 1971 und 2004 stetig zugenommen, während sich gleichzeitig auch der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbesserte. So lag das Vertrauen in politische Institutionen 1971 bei 43.4 Prozent und 2004 bereits bei 72.2 Prozent (Mitra und Singh 2009: 107). Ähnliche Entwicklungen verzeichnete die Wahlbeteiligung. Bei den ersten freien Wahlen lag die Wahlbeteiligung bei 45.1 Prozent und stieg über 61.3 Prozent (1967), 55.9 Prozent (1991), 58.1 Prozent (2004) auf 66.4 Prozent (2014). Diese schlichte Korrelation von Beteiligung und Verbesserung des Gesundheitszustandes sagt jedoch noch nicht viel über die

<sup>28</sup>Fragerunden werden in dieser Form auch in der Raj Sabha geführt, bleiben an dieser Stelle jedoch unberücksichtigt.

tatsächlichen Beziehungen zwischen Gesundheitszustand und Legitimität aus, da „health citizenship“ lediglich als Teilaspekt der politischen Agenda verstanden werden muss. „The prominent role that many regional parties and leaders play in the formation of coalitions, campaign and post-election jockeying for power in the aftermath of the election, has created an impression of the regionalisation of the national political arena“ (Mitra/Singh 2009: 124).

**Tabelle 2.1.: Wahlbeteiligung Bundesstaaten (1984-2006)**

	<b>1984-1985</b>	<b>1989-1990</b>	<b>1993-1995</b>	<b>1996-1998</b>	<b>1999-2001</b>	<b>2002-2006</b>
Bihar	55.1	62.2	61.8		62.6	46.5
Chattishgarh						71.3
Delhi	55.6	54.3	61.8	49.0		53.4
Goa	71.9	68.7	71.7		63.6	68.8
Gujarat	47.4	51.1	64.7	59.3		61.5
Haryana				70.5	69.0	71.9
Karnataka	66.3	63.8	68.8		67.7	64.9
Kerala				71.2	72.5	72.3
Madhya Pradesh	48.6	52.8	59.0	60.2		67.4
Maharashtra	58.3	61.1	72.0		60.9	63.4
Orissa	51.4	55.5	73.8		59.1	65.9
Pondecherry				75.3	72.5	85.7
Punjab				68.7		65.1
Rajasthan	54.0	56.5	60.6	63.4		67.2
Sikkim	62.6	69.5	81.0		81.8	
Tamil Nadu				66.9	59.1	70.8
Uttar Pradesh	44.8	48.5	57.1	55.7		53.8
West Bengal				82.9	75.2	81.9
<b>Total</b>	<b>55.3</b>	<b>60.3</b>	<b>64.2</b>	<b>64.4</b>	<b>66.1</b>	<b>62.8</b>

Quelle: Mitra (2011: 112).

Die bereits erwähnte Regionalisierung des politischen Systems in Indien ist kein neues Phänomen der letzten Dekade. Umfragen des CSDS zwischen 1971 und 2004 belegen den Zuwachs an Bürgerinteresse an Regierungstätigkeiten auf beiden Ebenen des politischen Systems. Interessant ist auch die Loyalität, die der jeweiligen politischen Ebene entgegengebracht wird. Hier wird besonders deutlich, dass die Loyalität bereits 1971 sehr hoch, bei 67.1 Prozent, und nach einem Einbruch zwischen 1996-1999 (52 Prozent) 2004 wieder bei 65.4 Prozent liegt (ebenda: 128f). Daran angelehnt geht auch ein Großteil der Bürger davon aus, dass Regionalparteien die bessere Politik betreiben (vgl. Kapitel 3). Die in

Tabelle 2.1. aufgeführte prozentuale Wählerbeteiligung verdeutlicht dies gegenüber der Wahlbeteiligung bei Unionswahlen. Im Gesundheitssektor wird sich der Regionalisierungsprozess mit Einführung der NRHM (2005) weiterhin fortsetzen. Dieser Prozess der Konzentration auf die Lokalität begann bereits 1967 als die damals überlegende Kongresspartei erstmalig in den Regionalparlamenten die absolute Mehrheit verlor. Diese Prozesse verstärkten sich in den folgenden Dekaden, so dass behauptet werden kann, je kleiner die Ebene, desto höher das Vertrauen in die politischen Institutionen. Die Unmittelbarkeit der Regionalität ist daher ein grundlegendes Argument des „regional health citizenship“. Um jedoch die Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Wahlbeteiligung in einer Kausalität begründen zu können, muss die Frage beantwortet werden, welche Mechanismen, welche Strukturen und Prozesse stehen also vor den Wirkungen, vor dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und des Subsystems selbst? Und wie „gesund“ ist das indische Gesundheitssystem oder anders gefragt: Macht sich das Gesundheitssystem in Indien zum eigenen Patienten?

### 2.1.3. Die Idee von Staat in Indien

Herausforderungen wie die Beherrschung und Eindämmung von Epidemien stellen nicht nur eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung dar, sondern gefährden darüber hinaus auch die Selbstidentität als Wohlfahrtsstaat (Adlakha 2001). Wie jedoch definiert sich der indische Staat im Allgemeinen und insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsversorgung?

Nach Erlangung der Unabhängigkeit übernahm auch Indien als ehemalige britische Kolonie das Regierungsmodell der parlamentarischen Demokratie (Mitra 2008: 621). Freie Wahlen, Parteienwettbewerb, freie Medien und repräsentative Strukturen wie Unter- oder Oberhaus (Lok Sabha, Rajya Sabha) markieren dabei wichtige Elemente demokratischer Strukturen geprägt durch die Idee, dass alle „Macht vom Volk ausgeht“. Zu den zentralen Merkmalen des politischen Systems gehört die föderale Machtverteilung, als geographische Verteilung der Autorität zwischen Unionsregierung und Bundesstaaten (Almond et. al. 2008: 103).

Die Rolle des Staates in Indien ist sowohl neutral und als auch als parteiliniertreu. Die politische Elite als rationaler Akteur ist dabei in der Verfolgung und Wahrung der eigenen Interessen – über die Regeln des politischen Systems hinweggehend – jederzeit bereit, zum eigenen Vorteil Stimmen einzuwerben und potentielle Wähler zu mobilisieren (Mitra 2011). Deren Fähigkeit, die dringend notwendige Vermittlungsposition zwischen Tradition und Moderne einzunehmen und auszufüllen, ist ein wesentlicher Grund für die Beständigkeit der

Demokratie in Indien. Diese Entscheidungsträger sind Teile des Regierungsapparates, halb-offizielle Körperschaften, Parteien oder Bewegungen (Mitra 2011).

Auf diese Weise setzen sie basierend auf traditionellen Strukturen von Kaste, Klasse und Religion Entscheidungen des modernen Systems um, verhandeln und entwickeln neue Institutionengefüge und werden dadurch Motor für Entwicklung und Stabilität (ebenda). Die Durchdringung traditioneller Strukturen des gesellschaftlichen Sozialgefüges und die einhergehende Anpassung an das moderne politische Konstrukt scheint beinahe als natürlicher Prozess und als unausweichliche Option der neuerlangten Unabhängigkeit. Planungsprozesse werden oftmals mit staatlichem Handeln gleichgesetzt. Da diese bis zur Wirtschaftsliberalisierung 1991 in fast alle Bereiche des öffentlichen Lebens hineinreichten, kann behauptet werden, dass bis 1991 von einem stärkeren – im Sinne von umfassend regulierend – Staat gesprochen werden konnte, gemessen an dessen Aktivitätsvolumen in gewissen Politikfeldern. Tatsächlich jedoch haben sich die Anforderungen an den Staat im Sinne seines Regierungshandelns verändert, ohne dass zwangsläufig von einem schwächeren Staat gesprochen werden muss.

Von der Unabhängigkeit 1947 bis zu den großen Wahniederlagen der Kongresspartei 1996, die zu diesem Zeitpunkt endgültig eine neue Ära der politischen Repräsentation markierten, prägten die politische Ideologie Nehrus und die Dominanz der Kongresspartei die Wesensmerkmale des indischen Staates. Nehru vertrat die Idee eines Entwicklungsstaates, dessen Aktivitäten weit in Bereiche der Wirtschaft, Planung und Wachstumsförderung eingriffen. Ausgebildet in England und geprägt von der Ideologie westlicher Staatsmodelle, vertrat er die Ansicht nur durch einen starken Staat Wohlfahrt für die Gesamtbevölkerung schaffen zu können. Diese Merkmale des Staatsinterventionismus im Wohlfahrtsstaat waren dann vielleicht auch die wesentlichen Funktionen, die der Kongresspartei im neuen Staat die Legitimität sicherte (Chatterjee 2007). In Ergänzung zu den Kernaufgaben der Sozial- und Wohlfahrtsstaaten in Europa, der Bereitstellung von Gesundheitsversorgung, Bildungseinrichtungen und Verkehrsinfrastruktur, sah Nehru vor allem die Notwendigkeit einer starken Intervention im Wirtschaftssektor. Angelehnt an Elemente des sozialistischen Regimes der damaligen Sowjetunion wurde das System der „mixed economy“ eingeführt, wodurch wichtige Wirtschaftszweige direkt vom Staat kontrolliert wurden.

Das Wirtschaftssystem war integraler Bestandteil der nationalen sowie regionalen Politik. „The mixed economy gave an institutional shape to the liberal, socialist and communitarian values that constituted the three main strands of the Freedom Movement and dominated the proceedings of the Constituent Assembly. The liberal values were given a clear and

incontrovertible shape in the fundamental rights to freedom of trade, occupation and ownership [...] the constitution settled for the concept of “procedure established by law” which made ‘national’ interest more compelling than the interest of the individual” (Mitra 2011a: 148). Die direkte Steuerung über die Planungskommission, als unmittelbarer Steuerungsarm der Regierung unter dem Vorsitz des Premierministers, sollte zeitnah neue Industriezweige entstehen lassen und fördern, um über ein zügiges Wirtschaftswachstum die Armut zu bekämpfen und die Wohlfahrt der Bürger zu sichern (Chatterjee 2007). Der private Sektor fokussierte sich auf die Bereiche der Fertigung und Güterverteilung (Mitra 2011a: 141). Gegenwärtig werden in umgekehrter Weise die Wohlfahrtsmerkmale der Produktivität zu Grunde gelegt. Kritisch formuliert, könnte behauptet werden, dient der Bürger dem Staat und nicht der Staat dem Bürger. Seit der Unabhängigkeit und insbesondere seit 1967 haben die Regierungen und Regierungskoalition auf sämtlichen Ebenen des politischen Systems gewechselt. Eine Einschränkung der Kompetenzen der Planungskommission wurde zu keinem Zeitpunkt ernsthaft in Betracht gezogen.

#### 2.1.4. Ende der Kongressdominanz – Anfänge des Neoliberalismus

Zur staatlichen Kontrolle des Wirtschaftssektors gehörten auch Formen der Patronage und eine Politik der Freigiebigkeit von Quoten für Wirtschaftszweige, die seitens der Regierung kontrolliert wurden<sup>29</sup> (Mitra 2011). Bereits die Wahlen 1967 markierten die Grenzen der vorherrschenden Wirtschaftsstrategie einer rapide vorangetriebenen Industrialisierung. Maßgeblich verantwortlich war eine akute Unterversorgung an Nahrungsmitteln, welche das Land von Importen abhängig machte. Durch die parallele Krise auf dem Devisenmarkt Mitte der 1960er Jahre stiegen die Ausgaben für Getreideimporte (Rothermund 2008). Die damalige Premierministerin Indira Gandhi sah sich dadurch unter anderem gezwungen, die Rupie massiv abzuwerten. Zusammen führte dies zu einer Abschwächung des Wirtschaftswachstums (Chatterjee 2007: 15). Parallel stieg die Geburtenrate nach einer kurzen Periode des Rückgangs 1961 erneut auf 40/1000 während die Kindersterblichkeit auf 146/1000 Geburten zurückging. Die Differenz beider Faktoren betrug zu diesem Zeitpunkt 20 und führte somit zu einer „Bevölkerungsexplosion“ (ebenda: 221). Die Bedarfe an Lebensmitteln, sauberem Trinkwasser und medizinischer Versorgung wuchsen stetig und konnten durch die verfügbaren und eingesetzten Verteilungsinstrumente- und Modalitäten nicht gedeckt werden.

---

<sup>29</sup>Auch bekannt unter dem Begriff “Quota Permit Raj”.

Das Entwicklungstempo und die Leistungsfähigkeit des öffentlichen, insbesondere des sozialen Sektors konnte nicht Schritt halten, so dass die Distanz zwischen den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Leistungserbringung durch den Staat weiter anstieg. Doch trotz dieser wiederkehrenden Rückschläge gelang es dem Staat, den Wirtschaftssektor in den vergangenen Dekaden stetig zu transformieren. Indiens Wirtschaft wächst derzeit relativ stabil mit einer jährlichen Rate von 7 Prozent des Bruttoinlandproduktes und gehört neben China zu den zwei wachstumsstarken Ländern in Asien (Mitra 2011a: 138). Grundlage war ein Transformationsprozess des Wirtschaftssektors, welcher durch die Finanzkrise Ende der 1980er Jahre ausgelöst wurde. Letztlich standen die Staatsschulden Indiens bei 100 Prozent des Bruttoinlandproduktes. Unter dem damaligen Finanzminister Manmohan Singh setzten 1991 daraufhin die ersten Wirtschaftsreformen ein, die seither als „Liberalisierung“ betitelt werden (ebenda: 143). Kernelement war eine drastische Reduktion der staatlichen Kontrolle. Der Staat hieß nun ausländische Investoren im Land willkommen, senkte die Einfuhrzölle und privatisierte Bereiche der Ölindustrie, Stromerzeugung, des inländischen Flugverkehrs, des Straßenbaus und der Telekommunikation (ebenda). Für den Gesundheitssektor bedeutete dies den stärkeren Ausbau der Zusammenarbeit mit privaten Anbietern im Rahmen von Public Private Partnership (PPP) Projekten und einen graduellen Rückzug des Staates aus der Bereitstellungsfunktion für Dienstleistungen, auch im Gesundheitssektor.

Dies geschah jedoch nicht erst mit der Liberalisierung, sondern erhielt vielmehr durch dieses Grundverständnis neuerliche Impulse. Beginnend mit dem ersten Fünfjahresplan (1951-1956) waren bereits private Anbieter und Organisationen in den Gesundheitssektor involviert. Besonders betraf dies die Malariakontrollprogramme und die Familienplanungsprogramme. Unterstützung auf der unteren Versorgungsebene (primary level) erhielt der öffentliche Gesundheitssektor vor allem über die Arbeit von NGOs. Einen wesentlichen Schub erhielt die Privatisierung des Gesundheitssektors jedoch durch die Vorschläge im achten (1992-1997) und neunten (1997-2002) Fünfjahresplan. Darin wurde gefordert, dass zunehmend private Anbieter Krankenhäuser auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene übernehmen und NGOs stärker in die Umsetzung von Programmen zur Förderung der Kindergesundheit eingesetzt werden sollten (Baru/Nundy 2008: 63). Diese Initiativen wurden auch im zehnten Fünfjahresplan weiter vorangetrieben. Für die Ausgaben im Gesundheitssektor bedeutete dies ein Rückgang auf 6 Prozent des Bruttoinlandproduktes (Duggal 2009). Von diesen Gesamtausgaben stammen bis zu 80 und 90 Prozent von privaten Haushalten („out of pocket“). Die Zahlen unterliegen zwar je nach Lesart Schwankungen (vgl. Berman/Ahuja 2008; Berman/Ahuja/Bhandari 2010), dennoch wird deutlich: der Gesundheitszustand in

Indien ist abhängig von den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen (individuelle Leistungserbringung).

Nach dem Regierungswechsel wurde auch vom größten politischen Gegner der Kongresspartei, der BJP in ihrem Parteienbündnis der National Democratic Alliance (NDA), der Liberalisierungskurs während ihrer Regierungsperiode zwischen 1998<sup>30</sup> und 2004 fortgeführt. Nach dem Wahlsieg 2004 und der Rückkehr der UPA-Regierungskoalition an die politische Spitze im Parlament trieb der nunmehr amtierende Premierminister Manmohan Singh die Liberalisierungsprozesse weiter voran<sup>31</sup>. Für die Politik bedeutet Liberalisierung den substanziellen Rückzug aus bisherigen Kernaufgaben des Wohlfahrtsstaates, eine Abkehr vom Staatsinterventionismus und die Förderung des Marktes und seiner Mechanismen (vgl. Raman/Björkmann 2009). Weitreichende Privatisierungsprozesse gehen einher mit einer Reduktion der Aktivitäten des öffentlichen Sektors und somit des Staates.

Einer Umfrage des National Election Survey (NES) zufolge wurde die Liberalisierung in Indien zu Beginn als ein durch die Elite dominierter Prozess wahrgenommen, der wenig Rückhalt in der Bevölkerung fand. 1996 sprachen sich etwa 34.5 Prozent der Bürger gegen die Privatisierung von staatlichen Unternehmen aus. 2004 waren es sogar 46.2 Prozent (CSDS 1996, 2004). Aufgrund der Tatsache, dass der prozentuale Anteil der unentschlossenen Befragten von 42.2 Prozent (1996) auf 30.2 Prozent (2004) zurückging, kann geschlussfolgert werden, dass die Privatisierung sogar an Zuspruch verloren (Mitra 2011: 163). Dieser Kontrast zwischen Unterstützung und Opposition, so Mitra (2011a), verdeutlicht die tiefgreifenden Dimensionen der Privatisierung.

### 2.1.5. Auswirkungen der Wirtschaftsliberalisierung

Einer der wesentlichen Gründe für die Skepsis gegenüber der Liberalisierung liegt im Ausbleiben von Erfolgen bei der Armutsbekämpfung. Indien gehört zu den führenden Ländern der G20<sup>32</sup>. In Südasien dominiert das Land sowohl territorial als auch ökonomisch die SAARC<sup>33</sup>. Dass dennoch im eigenen Land erhebliche Widerstände vorherrschen und

---

<sup>30</sup>Der Vorsitzende und spätere Premierminister Atal B. Vajpayee der BJP war zunächst Gewinner der Parlamentswahl 1996. Aufgrund des Fehlens einer parlamentarischen Mehrheit für die BJP war er jedoch kurz nach Vereidigung gezwungen, wieder zurücktreten. Die Janata Dal stellte im Anschluss für zwei Jahre die Regierung. 1998 gelang der BJP schließlich der erneute Wahlsieg.

<sup>31</sup>Wie sich die Wahl der BJP mit absoluter Mehrheit und die Einsetzung von Narendra Modi als neuem Premierminister ab 2014 auf den Wirtschaftskurs auswirken wird, bleibt offen.

<sup>32</sup>Die G20-Staaten repräsentieren etwa 90 Prozent des weltweiten BIP, 80 Prozent des Welthandels und zwei Drittel der Weltbevölkerung (BMZ 2013, <http://www.bmz.de/de/service/glossar/G/g20.html>).

<sup>33</sup>South Asian Association for Regional Cooperation.

Lobeshymnen eher zurückgehalten werden, lässt sich auf die sozio-ökonomischen Lebensbedingungen vor allem in den ländlichen Regionen, die rund siebzig Prozent des Landes ausmachen, zurückführen. Die Wirtschaftsreformen konnten zwar durch Umverteilung und Marktregulierung den Anteil der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze reduzieren, doch verglühen diese Sternstunden des Wirtschaftswachstums schnell an der Realität. Zumal die Bestimmung der Armutsgrenze eine nicht unerhebliche Rolle in der Bemessung spielt. Nach Angaben des UNDP leben 32.7 Prozent der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze von 1.25 US-Dollar pro Kopf und Tag (HDI Report India 2013). Sogar 70 Prozent der Bevölkerung sind es, wenn 2 US-Dollar pro Tag als Bemessungsgrenze angelegt werden. Die Befragung des National Election Survey zur Zufriedenheit mit der ökonomischen Situation verdeutlicht dies. Nur etwa 26.5 Prozent der in der Studie 2004 Befragten sahen ihre wirtschaftliche Entwicklung in den vergangenen Jahren als verbessert an (CSDS 2004, in: Mitra 2011a: 167). Hinsichtlich der sozio-demographischen Verteilung ist besonders interessant, dass auf die Frage „Satisfied with present financial situation“ die Gruppe der Christen dies mit nur 9 Prozent angeben, gefolgt von der Gruppe der Scheduled Tribes und Schedule mit 11.2 Prozent beziehungsweise 12.8 Prozent (ebenda). Für die politischen Strategen und Planer ergaben sich hierdurch Zweifel gegenüber zukünftigen Programmmaßnahmen und Weichenstellungen: „Once again, we are faced with the dual challenge for political economy in the context of a poor, post-colonial, democratic state which must balance the conflicting principles of accumulation and legitimacy“ (in: Mitra 2011a: 169). Die Privatisierung hat Kehrseiten, die gegeneinander abgewogen werden müssen. Doch welchen Preis „bezahlt“ die innere Stabilität des demokratischen Systems für den Rückzug aus der sozialen Verantwortung und wie weit kann dieser überhaupt schrumpfen?

These T\*2 der Arbeit lautet, dass die Legitimität des Staates abnimmt, wenn dieser seine Kernaufgaben nicht wahrnimmt, als agierender Akteur also nicht mehr sichtbar ist. Umfrageergebnisse des National Election Survey (1971, 1996, 1999, 2004) verdeutlichen, dass sowohl die Legitimität des politischen Systems als auch das Wirksamkeitsbewusstsein vom (freien) Wahlen zugenommen haben. So stieg die Legitimität von 43.4 Prozent (1971) auf 72.2 Prozent (2004). Interessant ist dabei auch die Abnahme der „Unentschlossenen“ von 42.4 Prozent (1971) auf 18.8 Prozent (2004) (National Election Survey 1971, 1996, 1999, 2004, in: Mitra 2011a: 60f). Ein Erklärungsansatz für den Zuwachs an Zustimmung sieht Mitra (2011a) in der politischen Mobilisation und des sozialen Wandels. Dass die Legitimität trotz der Gesundheitsindikatoren nicht abgenommen hat, hat verschiedene Ursachen. Ein Erklärungsansatz könnte in der Dezentralisierung von Entscheidungsprozessen liegen. Durch

einen Zuwachs an Partizipation auf lokaler Ebene konnte das System gestärkt werden, wengleich die Indikatoren gerade in den vergangenen Jahren weitestgehend stagnieren. Die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und die Steigerung der Lebenserwartung zeugten zunächst von großen Erfolgen der Gesundheitspolitik nach der Unabhängigkeit, wodurch sich dies zunächst positiv auf die Legitimität ausgewirkt hat. Die Konsequenzen der Maßnahmen während der Emergency unter Indira Gandhi (1975-1977) zeugen davon, dass es durchaus ein Bewusstsein für Gesundheit besteht (vgl. Kapitel 5.6.). Vorangestellt wird dieser Behauptung die Verknüpfung von Gesundheit und Staatsbürgerschaft (T\*1), dessen individuelle Dimension sich nachhaltig auf die Legitimität und Stabilität des Systems auswirkt. Und dies nicht nur vor dem Hintergrund eines verlangsamten Wachstums des Humankapitals, so dass diese Debatte weit über die Themen Wachstum, Armut und Gesundheit hinausreicht.

## 2.2. Das Konzept der Staatsbürgerschaft

In der Auseinandersetzung über die Konsequenzen gesundheitspolitischer Forderungen seitens der Bürger und gesundheitspolitischer Maßnahmen seitens des indischen Staates erscheint die Integration der Debatte über die Staatsbürgerschaft sinnvoll und notwendig. Der Abkehr von Nehrus idealisiertem Wohlfahrtsstaat folgen seit 1991 neoliberale Ansätze in verschiedenen Politikfeldern mit steigender Tendenz. Diese Entwicklungen verstärken die bereits bestehenden Ausgrenzungsphänomene benachteiligter Gruppen. Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung bedeutet dies, dass zwar die ärztliche Behandlung kostenfrei ist, die notwendigen Medikamente oder Behandlungsinstrumente sind es dagegen nicht. Zudem gibt es entlegene Gegenden ohne Transportwege oder notwendiger Infrastruktur, in denen aufgrund des Mangels staatlicher Institutionen private Anbieter die Versorgung übernehmen, die eine „eigene Preispolitik“ für Gesundheitsdienstleistungen betreiben. Oftmals können sich die Bürger die Behandlung also finanziell nicht leisten und werden passiv von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Diese passive Ausgrenzung einzelner Bevölkerungsgruppen kann sodann als Gefährdung der staatlichen Souveränität, Legitimität und als Hürde für die Integration der Gesamtbevölkerung begriffen werden. Es ist dabei nicht zu übersehen wie eng Integration und Citizenship mit einander verknüpft sind.

In der Regel werden der angelsächsische Begriff Citizenship und die deutsche Bezeichnung Staatsbürgerschaft gleichbedeutend verwendet. Dennoch verweist der Terminus Citizenship stärker auf die Bürgerrechte und dadurch auf eine aktive Verpflichtung gegenüber dem Bürger hin, während bei dem Begriff der Staatsbürgerschaft vielmehr die passive

Mitgliedschaft in einem Staat hervorgehoben wird (Mackert 2006: 10). Die Staatsbürgerschaft als Konstitutionsinstrument und als Werkzeug der Institutionalisierung einer sozialen Ordnung (ebenda: 13) bestimmt in modernen Gesellschaften wer Bürger eines Staates ist und wer somit den politischen Prozess mitgestalten darf. Die Integration des Individuums in den politischen Prozess ist ein notwendiger Schritt bei der Gewährleistung von Legitimität und Souveränität. Somit ist über die passive Anerkennung der Staatsbürgerschaft rechtlich garantiert, dass der einzelne Bürger am politischen Prozess partizipieren kann. Die Frage, ob der Bürger diese Rechte wahrnimmt und damit tatsächlich am politischen Prozess partizipiert, deutet eine zusätzliche Dimension der Staatsbürgerschaft an, die mit dem Begriff Citizenship umschrieben werden kann. Vor allem wohlfahrtsstaatliche Maßnahmen werden häufig mit der Integration in eine Gesellschaft verbunden. Trotz einiger Bemühungen seitens der Politiker den Neoliberalismus zu verteidigen, scheinen das Vertrauen und die Wahrnehmung des Nutzens des Staates von dessen sozialen Absicherungskapazitäten abzuhängen (vgl. NES 1996, 2004). Wie hängen die verschiedenen Konzepte jedoch tatsächlich zusammen?

Der Ursprung der Staatsbürgerschaft in modernen Gesellschaften wird meist in den Kontext der Verkündung der Menschen- und Bürgerrechte im Zuge der Französischen Revolution 1786 gesetzt. Zum Ideal der Staatsbürgerschaft gehört das Grundverständnis, dass jedem Individuum innerhalb einer politischen Gemeinschaft gewisse Rechte und Pflichten obliegen, die sich an den Grundrechten der Bürger orientieren. Diese Grundrechte umfassen das Recht auf freie Meinungsbildung, das Recht am politischen Prozess teilzunehmen und die Möglichkeit soziale Rechte einzufordern. Es wird dabei garantiert, dass die Grundrechte der zugehörigen Bürger beständig, dauerhaft und von ihnen einklagbar sind. Der Umfang, in welchem der Staat den Bürgern ihre jeweiligen Rechte gewährt, variiert dabei in Abhängigkeit zu der historischen und gesellschaftlichen Entwicklung der Gesellschaften (Mackert 2006).

Die Staatsbürgerschaft muss daher als komplexe, gesellschaftliche Institution betrachtet werden: „Citizenship designates a set of mutually enforceable claims relating categories of persons to agents of governments. Like relations between spouses, between co-authors, between workers and employees, citizenship has the character of a contract: variable in range, never completely specifiable, always depending on unstated assumptions about context, modified by practice, constrained by collective memory, yet ineluctably involving rights and obligations sufficiently defined that either party is likely to express indignation and take corrective action when the other fails to meet expectations built into the relationship. As observers, we actually witness transactions between governmental agents and members of

broadly-defined categories, but we abstract from those transactions a cultural bundle: a set of mutual rights and obligations” (Tilly 1997: 599).

In seiner Ausführung betont Tilly (1997) stark den Vertragscharakter der Staatsbürgerschaft (hier: Citizenship) zwischen Staat und Bürger. Beide Seiten haben einklagbare Rechte, diese sind variabel im Umfang und können kaum endgültig festgeschrieben werden. Staatsbürgerschaft, so Tilly (ebenda) weiter, ist abhängig von Kontext und einem kollektiven Gedächtnis, welches schließlich zu wechselseitigen Erwartungen und Forderungen führt, die als Rechte und Pflichten zusammengefasst werden. Staatsbürgerschaft kann dadurch auch als dynamisches Phänomen begriffen werden. Durch die Verfassung wird jene Dynamik letztlich zu einem Bündel an dauerhaften Rechten und Pflichten geschnürt. Die Anpassungsfähigkeit der Verfassung impliziert dabei gleichzeitig die Elastizität der Staatsbürgerschaft.

### 2.2.1. Die Grundidee Staatsbürgerschaft als Instrument der Inklusion

Es wird davon ausgegangen, dass die Effekte der Kausalverknüpfung zwischen Demokratie und guter Gesundheit (je demokratischer ein Staat desto „gesünder“ seine Bürger) im zeitlichen Verlauf zunehmen (Gerring et. al. 2006, in: Pushkar 2011: 40). Das Verständnis von „Demokratie als Inklusion“ (vgl. Etzioni-Halevy 2009) verbunden mit der Sicherung sozialer Grundrechte und dem Entstehen des Wohlfahrtsstaats im 20. Jahrhunderts bildet auch die Grundlage des in der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegten Konzeptes der auf Gesundheitsrechte ausgerichteten Staatsbürgerschaft („health citizenship“), die inklusiv ist, aber trotzdem abhängig bleibt vom Pfad der eigenen politischen Geschichte.

Wissenschaftler wie Seymour Martin Lipset (1959), Karl Deutsch (1961) und T. H. Marshall (1950) vertraten dabei die These, dass wirtschaftliche Modernisierung und in der Folge strukturelle Ausdifferenzierungen, die Entstehung einer urbanen Mittel- und Arbeiterklasse nach sich ziehen. Die hieraus erwachsene Organisation der Kollektivität führe schließlich zu einer Erweiterung ihrer Rechte und Privilegien (Sharma 1999). T.H. Marshall (1964) betrachtete die Verteilungsmaßnahmen hinsichtlich der Einführung von Gesundheitsdiensten, sozialer Sicherungssysteme, Arbeitslosigkeitsversicherung und neue Formen der Steuer-systeme im Wohlfahrtsstaat als Ergebnis eines „modernen Vertrags“ – der Grundlage einer demokratisch verankerten Staatsbürgerschaft (citizenship) (Sharma 1999).

Die Verbindung von Gesundheit und Staatsbürgerschaft zieht nicht nur komplexe theoretische Fragestellungen nach sich, sondern zeigt auch zentrale Schnittstellen zwischen diesen beiden Begriffen, die jeweils von Lokalität und betrachtetem Zeitraum abhängig sind. Das kritische

Element in diesem Kontext ist die Gesundheitsversorgungssituation in Indien, charakterisiert durch regionale und lokale (Stadt, Land) Ungleichheiten bezüglich der Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen, der Ausstattung und Managementprozesse sowie der finanziellen Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Privatisierung, demographische Veränderungen in den Gesellschaftsstrukturen und die Armutsverteilung sind weitere, den Gesundheitszustand, beeinflussende Variablen. Im Prozess der ökonomischen und sozialen Entwicklung besonders im Hinblick auf die Entwicklung des Gesundheitssektors, steht das post-koloniale Land einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüber – vertikal und horizontal (Kluge 2011).

Für die Gewährleistung einer adäquaten Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert muss der Staat primäre Gesundheitsleistungen garantieren können bei paralleler Anpassung an neue Problemstellungen im Kontext von Transitionsprozessen. “Few subjects can be more important than health as a constitutive element of the well-being and freedom of the nation. And yet health care has been one of the most neglected aspects of development in India. Despite stirring statements in planning documents on the centrality of health and health care, the field has suffered from persistent neglect in public policy in general and development planning in particular” (Drèze/Sen 2002: 201).

Gesundheit sowie Teilhabe an der Gesellschaft und innerhalb gesellschaftlicher Gestaltungsprozesse sind zweifelsfrei Elemente, die einander bedingen und bestimmen. Sie sind Schlüsselkomponenten für Entwicklung und Stabilität des Gesamtsystems, denn das politische System ist abhängig von der Zustimmung der Bürger. Diese können Regierungen abwählen oder stützen, so dass die Macht haltende Elite abhängig ist von den Ergebnissen der eigens initiierten Leistungen. Die Gesundheitsleistungen, die der indische Staat seit der Unabhängigkeit vollbracht hat, wirken zunächst beachtlich. Bei genauerer Betrachtung stagnierten jedoch die Entwicklungen und Bemühungen seit Beginn des neuen Jahrtausends. Indien gilt trotzdem in vielfacher Hinsicht als Vorzeigedemokratie in Asien, als „global player“ und als wachsender Riese hinsichtlich des Entwicklungspotenzials (Panagariya 2008). Doch reicht dies aus, um den Wähler respektive den Bürger zu überzeugen und den Demokratisierungsprozess zu stärken? Gesundheit ist mehr als die Voraussetzung für Produktivität und Wirtschaftsentwicklung. Welche Rolle spielt also deren Erhalt und Förderung im Kontext des politischen Systems in Indien?

### 2.2.2. Staatsbürgerschaft in Indien

Grundsätzlich kann in Indien erst in der post-kolonialen Epoche von einem Transfer des Konzeptes der Staatsbürgerschaft gesprochen werden (vgl. Oommen 1997). Staatsbürgerschaft kann daher in Indien, verglichen zu der Tradition ziviler, politischer und sozialer Rechte im Nachklang der Französischen Revolution, als ein durchaus neues Phänomen betrachtet werden. Im Kontrast zu homogenen Gesellschaften liegt eine Besonderheit Indiens in der Gesellschaftsstruktur des Kastensystems, der religiösen Pluralität und den regionalen Diversitäten. Das Zugehörigkeitsempfinden zu einer bestimmten Gruppe ist dabei traditionell verankert und sowohl kulturell heterogen als auch hierarchisch. Für den rechtlichen Geltungsbereich der Gleichheit vor dem Gesetz ist dies unerheblich, die Realität zeichnet jedoch ein anderes Bild.

Die Staatsbürgerschaft ist in Indien für alle Bürger in jedem Bundesstaat gleich definiert, nur die Umsetzung staatsbürgerschaftlicher Rechte obliegt, wie im vorangegangenen Abschnitt bereits verdeutlicht wurde, den Bundesstaaten. Staatsbürgerschaft als rechtlich geltender Status auf einem Pass und anderen offiziellen Dokumenten verweist auf die Nationalität eines Individuums und dessen „culturally-embedded citizenship (understood socially and politically too)“ (Bhattacharyya 2013: 25). Komplexer als die nationale Zugehörigkeit ist jedoch das konzeptionelle Verständnis der Staatsbürgerschaft hinsichtlich der Einklagbarkeit von Menschen- und Bürgerrechten, Pflichten, Ansprüchen, Legitimität und Verteilungsgerechtigkeit. Indiens Verfassung definiert die Staatsbürgerschaft in Art. 5, Part II und in Part III (in den Grundrechten) der Verfassung und legt fest, dass (1) die indische Staatsbürgerschaft mit der Geburt auf indischem Territorium erworben wird oder (2) wenn die Eltern selbst die indische Staatsbürgerschaft besitzen. Weitere Regelungen zur Staatsbürgerschaft erfolgten unter Art. 51 (Part IV-A), dem „Citizenship Acts“, den Verfassungsergänzungen („constitutional amendments“) und anderen rechtlichen Erklärungen zur Staatsbürgerschaft. Eine Ergänzung zur Verfassung 2005 regelte dann auch die Staatsbürgerschaft für „neue“ Kategorien von Bürgern, die aufgrund der Kolonialgeschichte oder der Globalisierung in Übersee leben oder geboren wurden. Darunter fallen die Kategorien: Persons of Indian Origin (PIOs), Overseas Citizens of India (OCIs) und Non-Resident Indians (NRIs). Staatsbürgerschaft als besondere Form der politischen Identität steht in Indien im unmittelbaren Zusammenhang von Kaste, Klasse und politischen sowie kulturellen Trennungen wie den Regionen (Mitra 2012). Verstärkt wird Staatsbürgerschaft dabei durch Wahrnehmungen, Religion, Sozialisation und Ideologie. Werden die zuvor

genannten Gesundheitszustände der einzelnen Gruppen wie Scheduled Castes, Scheduled Tribes oder Muslime hinzu gezogen, so verdeutlichen sich die Differenzierungen der „gesundheitsbezogenen“ Staatsbürgerschaft, die sich aus dem Grundverständnis des politischen Systems ableitet (Mitra 2012). Aus diesen zugrundeliegenden Annahmen zum Staat entwickelt sich dann auch ein entsprechend vermitteltes Rechtsverständnis beziehungsweise zumindest der Anspruch auf gewisse Rechte, zunächst unabhängig davon, ob diese erfüllt werden oder unerfüllt bleiben. Aus einer Studie von Mitra (2012) zur Staatsbürgerschaft in Indien, in deren Kern die Selbstwahrnehmung des Bürgers steht, geht zunächst hervor, dass sich 89 Prozent der Befragten als Bürger und 11 Prozent als Nicht-Bürger Indiens bezeichnen. Welche Unterschiede herrschen zwischen beiden Gruppen? Der von Mitra (2012) entwickelte „Citizenship Index“ unterteilt Befragungsergebnisse in drei Kategorien: gering, mittel oder stark ausgeprägte staatsbürgerschaftliche Wahrnehmung. Aus der hier vorangegangenen kumulativen Betrachtung verschiedener Fragestellungen der Studie ließen sich Differenzierungen hinsichtlich des Bildungsgrades (mit steigendem Bildungsgrad erhöht sich die Wahrscheinlichkeit der Selbstwahrnehmung als Bürger), des Alters (je älter die Befragten waren, desto geringer war ihre Wahrnehmung als Bürger), der Lebensbedingungen (Befragten in ländlichen Gebieten wiesen geringe Staatsbürgerschaft auf als Befragte in Städten) und der Kastenzugehörigkeit (je niedriger die Kaste desto geringer des staatsbürgerschaftliche Empfinden) festmachen.

Dass der Armutsgrad einen Einfluss auf das Wahrnehmungsgefühl als Bürger hat, ist leicht nachvollziehbar und zeigt sich auch erwartungsgemäß in den Umfrageergebnissen. 29.7 Prozent der Gruppe „very poor“ können der Kategorie „geringe Staatsbürgerschaft“ zugeordnet werden. Besonders hoch sind in dieser Kategorie auch die Anteile der Scheduled Castes mit 28.6 Prozent und der Frauen mit 24.9 Prozent (Mitra 2012: 52). Perspektivisch zu den Ergebnissen in Kapitel 3 wird hier bereits deutlich, dass sich zum intuitiven Leitgedanken auch ein tatsächlich messbarer Zusammenhang zwischen Staatsbürgerschaft und sozialen Rechten hier insbesondere dem Anspruch auf Gesundheitsversorgung feststellen lässt.

Die skizzierte rechtliche Zuordnung eines Bürgers ist notwendig, um die Staatsbürgerschaft in Indien nachvollziehbar zu machen. Diese hierdurch erreichte Sichtbarkeit (im Sinne eines handfesten Dokumentes) der Staatsbürgerschaft von „außen“ (wie durch staatliche Institutionen, Behörden oder anderen Bürgern) muss aber nicht zwangsläufig einhergehen mit einem staatsbürgerlichen Zugehörigkeitsempfinden des Bürgers selbst. So ist es denkbar, dass zwar eine Staatsbürgerschaft rechtlich eingeräumt ist, diese Person sich dessen aber nicht bewusst ist oder sich durchaus bewusst aber nicht in der Lage ist oder aus verschiedenen

Gründen nicht sein möchte, diese mit der Staatsbürgerschaft verbunden Rechte und Möglichkeiten wahrzunehmen (Mitra 2012: 44).

In Indien gehört die Gesundheitsversorgung nicht zu den Grundrechten. Präventionsmaßnahmen, Trinkwasserversorgung oder der freie Zugang zu medizinischen Strukturen als Public Health-Elemente sind dem Bürger in keiner der staatsbürgerschaftlichen Kategorien garantiert, trotzdem werden sie in der vorliegenden Arbeit als der Legitimität intrinsische Elemente verstanden, die der Tradition des Utilitarismus als politisch-kulturell unvermeidbare Überbleibsel der Kolonialgeschichte entstammen.

### 2.2.3. Gesundheit im Kontext von Staatsbürgerschaft

Die demokratisch verankerte Staatsbürgerschaft (citizenship) ist das Herzstück des modernen politischen Systems und setzt sich aus mehreren Elementen zusammen. Das soziale Element der Staatsbürgerschaft (social citizenship) nach T. H. Marshall (1950) kann im Voranschreiten der Binnenentwicklung von Staaten in weitere Sub-Kategorien Wirtschaft (economic), Kultur (cultural), Bildung (educational) oder Gesundheit (health) unterteilt werden. Verknüpft mit diesem Konzept sind Rechte und Ansprüche auf die sich dahinter verbergenden Sozialleistungen. Angelehnt ist dies an ein Maximalstaatskonzept mit weitreichenden Kompetenzen für die staatlichen Akteure.

Die kanadische Wissenschaftlerin Candace Johnson Redden (2002) prägte im Kontext des kanadischen Gesundheitsversorgungssystems den Begriff der „auf Gesundheitsrechte ausgerichteten Staatsbürgerschaft“ (fortlaufend als „health citizenship“ bezeichnet). In ihrem Artikel diskutiert sie den Gesundheitsbegriff vordergründlich als ein Recht auf Gesundheit, wobei sie auch auf T. H. Marshall's Theorie der Gegensätzlichkeit von armen und wohlhabenden Gesellschaftsgruppen Bezug nehmend argumentiert, dass öffentliche Güter der Gesamtbevölkerung zugänglich gemacht werden müssen und jeder Bürger einen Anspruch auf diese Güter hat (Kluge 2011). Gesundheit ist ein solches öffentliches Gut, da deren Erhalt und Gewährleistung keinem anderen Bürger dessen Gesundheitsversorgung entzieht. Dies gilt insbesondere für flächendeckende Programme wie der Eindämmung von Malaria (Patra 2008: 190) oder der Kontrolle und Eindämmung von akuten Krankheitsfällen beim Auftreten von Epidemien aber auch der grundsätzlichen Gesundheitsversorgung und Infrastruktur. Einschränkend zeigt sich jedoch in der Praxis, dass durch den strukturellen Investitionsmangel im Gesundheitssektor in Indien Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung auffällig sind und beispielsweise durch den natürlichen Verbrauch

von Operationsinstrumenten, Verbandsmaterialien und Medikamenten in staatlichen Krankenhäusern diese grundlegenden medizinischen Ausrüstungen oftmals nur für wenige Patienten reichen. Für den Patienten, der später am Tag, in der Woche oder im Monat einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsucht, kann sich eben jene strukturelle Mangelversorgung kostenintensiv oder auch im schlimmsten Fall lebensbedrohlich auswirken.

Das Gesundheitskonzept wird im Folgenden dementsprechend als Anspruch (health entitlement) auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung verstanden (Kluge 2011). Basierend auf dem Konzept von „health citizenship“ und der Annahme, dass die soziale Sicherung (hierunter zu fassen insbesondere die Gesundheitsversorgung) eine zentrale Aufgabe des Staates ist, wird angenommen, dass der Mangel an staatlichen Investitionen und Handlungsbereitschaft im Gesundheitssektor den schleichenden Prozess des Legitimitätsverlustes fördert. Die Liberalisierung, so die These, hat diesen Prozess zusätzlich verstärkt. Ein wesentlicher Kern der Argumentation ist die Verbindung mit dem neoliberalen Staatskonzept, welches den Weg bereitet für zunehmende Privatisierung und den Rückzug des Staates mit einhergehender Rollenverschiebung von „bereitstellend“ zu „regulierend“. Messbar ist dies unter anderem am Zuwachs privater Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Der Staat als „bereitstellender“ Akteure sollte also eine höhere Legitimität erfahren als der Staat als „regulierender“ Akteur (T\*4, T\*5).

Es wird oftmals davon gesprochen, dass der Staat sich zunehmend aus seiner Verantwortung herausnimmt und die Gesundheitsversorgung den Bürgern selbst überlässt. Mit der Einführung der National Rural Health Mission 2005 und der Ausarbeitung einer National Health Mission, wie sie im 12. Fünfjahresplan formuliert wird, ist dies jedoch nicht mehr ohne Weiteres zu behaupten. Die Initiative, dass die Formulierung und Umsetzung gesundheitsrelevante Maßnahmen auf lokaler (von Distrikt bis Dorf) stattfinden sollen, kann dabei sowohl als Auslagerung der Verantwortung im Sinne eines staatlichen Rückzugs als auch als stärkendes Instrument der Demokratisierung und Anerkennung der Regionalität verstanden werden, welches im Umkehrschluss zur einem „paradoxen“ Legitimitätszuwachs führen sollte. Doch auch diese auf Partizipation und Inklusion ausgerichteten Maßnahmen dürfen zunächst nicht über die Tendenzen des Ausbaus des privaten Sektors und Abbaus der staatlichen Intervention hinwegtäuschen, welcher besonders die Bevölkerungsgruppen am unteren Ende der sozialen Pyramide trifft, für die der Erwerb notwendiger Medikamente und die Inanspruchnahme einer dringenden Operation oftmals zur Verschuldung führt. Dies auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Behandlung in staatlichen Krankenhäusern zunächst kostenlos angeboten wird.

Von Jon Pierre (1995) wurde der Begriff „marketization of the state“ geprägt, wodurch die Entwicklung einer „Herabsetzung“ der Bürger zu Klienten oder Konsumenten öffentlicher Dienste charakterisiert wird. Diese Frage stellt sich auch für die indischen Bürger und verbindet somit die Debatte über „citizenship“ mit den Fragestellungen zu Privatisierung, wodurch letztlich die Tür zu einer Auseinandersetzung mit Finanzierungsstrategien der Gesundheitsversorgung geöffnet wird, um zu fragen, welches Langzeitmodell angemessen ist, um die Bürger gesundheitlich abzusichern. Fasst man dies an dieser Stelle zusammen, so wird deutlich, dass die Gesundheitsversorgung in Indien unterschiedliche Phasen erlebt hat und dadurch die Rolle des Bürgers unterschiedliche Funktionen erlebt hat, die mehr oder weniger von ihnen wahrgenommen wurden. Wenn davon ausgegangen wird, dass ein Großteil der Bevölkerung von der Gesundheitsversorgung „ausgeschlossen“ blieb, so konnte kaum eine Funktionsveränderung stattfinden. Dennoch kann argumentiert werden, dass mit den Reformen im Gesundheitssektor ab 2005 eine Phase der „re-definition of the healthy citizen“ stattgefunden hat. Also ein neues Verständnis und eine inklusive Wahrnehmung des Bürgers als (notwendig) produktiv partizipierendes Mitglied der Gesellschaft (somit des Staates) und wichtiger Bestandteil des Humankapitals aufkeimten.

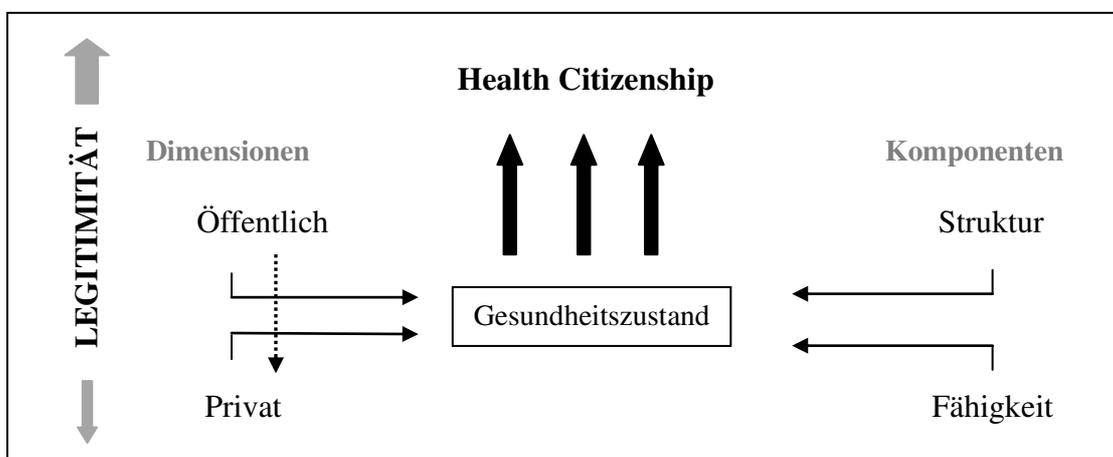
#### 2.2.4. *health citizenship* in Indien

Als legales Konzept unterstreicht „health citizenship“ die Notwendigkeit der Inklusion und verdeutlicht den Exklusivitätscharakter der Gesundheitsversorgung in Indien, welche ebenso von gesundheitsbeeinflussenden Faktoren wie der Versorgung mit sauberem Trinkwasser, der Bereitstellung sanitärer Anlagen, Bildung und Ernährungsstandards, aber auch durch von den politischen sowie sozialen Partizipationsstandards beeinflusst wird.

Abbildung 2.2. verdeutlicht die Dimensionen und Komponenten des Gesundheitszustandes im Zusammenspiel von „health citizenship“ im Gesundheitssystem, welches sich aus der Bereitstellung aller Gesundheitsversorgungsmaßnahmen definiert. Die Dimensionen definieren dabei den Ursprung der Steuerung (öffentlich bzw. privat), während die Komponenten die Rahmenbedingungen der Inanspruchnahme definieren. Hinsichtlich der Strukturen etwa im Sinne der medizinischen Infrastruktur ist dies für den „Nutzer“ immer in der öffentlichen Dimension verankert. Die Fähigkeit der Inanspruchnahme ist mehrheitlich durch die kulturellen und sozialen Bedingungen im privaten Bereich beeinflusst. Dazu gehören etwa die Stellung der Frau in der Familie, das Bildungsniveau und der Grad der Armut. Diese, für die erklärende Variable „Gesundheitszustand“, unabhängigen Variablen

sind ihrerseits natürlich auch abhängige Variablen. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird beeinflusst von den Bereitstellungs- und Versorgungsdimensionen sowie den jeweiligen konkreten Komponenten von Infrastruktur und Möglichkeiten beziehungsweise Fähigkeiten, diese generell in Anspruch zu nehmen. Die Dimensionen sind dabei sowohl privat als auch öffentlich. Steuerungsmechanismen und Dienstleistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung werden von Privatisierungsprozessen sowohl beeinflusst als auch ersetzt, so dass sich dadurch die Versorgungsdimension hinsichtlich einer stärkeren privaten gegenüber der öffentlichen Dimension verschiebt.

Abbildung 2.2.: Dimensionen und Komponenten von *health citizenship*



Quelle: eigene Darstellung (Kluge 2011).

Diese Entwicklung ist dabei zwar nicht für alle Gesellschaftsgruppen problematisch, aber insbesondere für den Teil der Bevölkerung nachteilig, der unterhalb der Armutsgrenze lebt. Mehr als drei Viertel der indischen Bevölkerung leben in ländlichen Gebieten, in denen mehr als ein Viertel unterhalb der Armutsgrenze lebt (Sengupta/Raveendran 2008). Vorwiegend benötigt wird eine adäquate, staatliche, zeitnahe und zugängliche Gesundheitsversorgung demnach von sowohl sozial als auch ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Privatisierung als Leistungserbringung fand ihre Nische vor allem in Gebieten, in denen der öffentliche Sektor seine Dienstleistungsfunktion eingeschränkt oder zurückgefahren hat oder die Ausgaben für öffentliche Krankenhäusern und Dispensarien massiv gekürzt hat. Besondere Konsequenzen ergeben sich dadurch für den ländlichen Raum, in dem ein Großteil der ärmeren Bevölkerung lebt, der hierdurch von der medizinischen Versorgung und der Nutzung öffentlicher Einrichtungen ausgeschlossen bleibt. Aus diesen Konstellationen resultiert die Fragestellung, ob Gesundheit im neoliberalen Staat als ein privates oder

öffentliches Gut verstanden werden kann? Der gestrichelt dargestellte Pfeil im linken Teil der Abbildung markiert den Privatisierungsprozess, dessen Auswirkungen zunehmend im privaten Raum der Bürger spürbar sind, wenn sie sich etwa aufgrund einer einfachen Behandlung über Jahre hinweg verschulden müssen oder sich diese im Notfall nicht leisten können. Zuzahlungen für Behandlungen und Versicherungssysteme sind im privaten Bereich Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes, wenn dieser hinsichtlich einer konkreten Erkrankung an Ausgaben gekoppelt ist. Dies reicht jedoch nicht aus, wenn die beeinflussenden Faktoren wie Trink- und Abwasserversorgung, Müllentsorgung und Infrastruktur gleichermaßen betrachtet werden, jene Bereiche also, die direkt vom Staat und nur durch ihn bereitgestellt werden können.

Im rechten Abschnitt der Abbildung 2.2. finden sich die Komponenten „Struktur“ und „Fähigkeit“. Der Begriff „Struktur“ wird im Sinne der verfügbaren Infrastruktur, den Zugangsmöglichkeiten und den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung verstanden. Der Begriff der „Fähigkeit“ ist verbunden mit Variablen wie Wissen, Stellung der Frau und Grad der Armut. Auch diese beiden Teilaspekte beeinflussen den Gesundheitszustand und den Grad der „health citizenship“ in dem Maß wie dieser Anspruch in der Realität umgesetzt wird. Hierbei wird deutlich wie eng die Fragestellungen zur Gesundheitsversorgung und zum Gesundheitszustand mit anderen Politikfeldern wie Bildung, Entwicklung und Armutsbekämpfung sowie Frauenpolitik im Zusammenhang stehen. Da die Zuständigkeiten gerade in diesen Bereichen nur schwer außerhalb der öffentlichen Versorgung zu verankern sind und der Staat zumindest regulierend in die Gesundheitsversorgung eingreifen muss, wird Gesundheit jedoch zu keinem Zeitpunkt die öffentliche Dimension verlieren, unabhängig davon wie hoch der Privatisierungsgrad ansteigen wird. Somit bleibt die Gesundheitsversorgung im Rahmen der Staatsbürgerschaft ein wichtiges Element der Legitimität des Staates (Kluge 2011) und wird gekennzeichnet durch die jeweiligen Intensitäten im linken Abschnitt der Graphik. Zwischen Legitimität und Gesundheit besteht demzufolge ein Zusammenhang.

#### 2.2.5. *health citizenship* als Bindeglied zwischen Bürger und Staat

Die Relevanz einer Auseinandersetzung mit dem Themenbereich Gesundheit, die weit über die schlichte Skizzierung der Geburten- und Sterberate hinausgeht, wird anhand des folgenden Schicksals deutlich. Die „Sunday Times of India“ berichtet 2009 in ihrer Kolkata-Ausgabe über Arsen verseuchtes Trinkwasser und dessen Folgen in einem Distrikt in West

Bengalen: „Mit nur 44 Jahren sieht Dulal Pal aus als sei er mindestens zwanzig Jahre älter. Die meiste Zeit verbringt er sitzend auf seinem Bett nahe dem Fenster. Seine Arme, Beine und Füße sind übersät mit entsetzlichen Läsionen und Warzen – hervorgerufen durch [Arsen verseuchtes; eig. Erg.] Trinkwasser, welches er seit seiner Geburt zu sich nimmt. Dasselbe Wasser, was von hunderten von Säuglingen und Kleinkinder im Dorf Ambikanagar im Block [Bezeichnung für eine Verwaltungsebene im Panchayati Raj; eig. Erg.] Deganga, im Distrikt North 24-Parganges, nur 60 Kilometer von Kolkata entfernt, getrunken wird. Dulal erkrankte an durch Arsen verursachten Hautkrebs im Alter von erst 24. Jedes Mal wenn er sich bewegt, verzieht sich sein Gesicht durch die Schmerzen. Seine Mutter, Mithubala Pal, kann nur hilflos zusehen. Sein älterer Bruder Makkan Pal starb 1996 an einer Arsenvergiftung. Dulal war einer derjenigen, die versucht haben, Leben zu retten. Er verfasste Petitionen an den Ministerpräsidenten Buddhadeb Bhattacharjee, an den Gesundheitsminister und an die Abteilung für Public Health [...] jedoch ohne jeglichen Erfolg. Jetzt hat er die Hoffnung verloren und ist verbittert über die Politiker, die ihm und seinen Nachbarn falsche Versprechen gaben, während sie langsam zu Tode vergiftet wurden. Wahlen stehen an, doch diese bedeuten nichts mehr für die Familie von Dulal oder irgendjemanden sonst aus dem Block Deganga, der in die gefürchtete Zone Bengalens fällt. «In früheren Zeiten meines Lebens war ich ein Unterstützer des Linksbündnisses. Doch nun frage ich mich, welchen Nutzen Wahlen haben? Niemals hat jemand auch nur geringfügig Sorge getragen und auf meine Hilfesuche geantwortet. Ich zähle meine Tage und habe alle Hoffnung verloren. Ich werde meine Stimme nicht abgeben. Welchen Nutzen haben Wahlen, wenn Politiker und Verwaltungsbeamte uns den Rücken zukehren?» fragt sich Dulal, mit einer Stimme gefärbt von Wut und Enttäuschung.“ Von einem ähnlichen Schicksal erzählt auch Golum Rasun und kommt zu folgender Frage: „Haben Wahlen geholfen, unser Leben hier zu verbessern?“<sup>34</sup>

Das angeführte Beispiel thematisiert vor allem die Folgen von Arsen vergiftetem Trinkwasser als direkte Beeinflussung des Gesundheitszustandes und verdeutlicht den Zusammenhang von Gesundheit und Legitimität, hier gemessen durch die Partizipation an Wahlen auf regionaler und nationaler Ebene. Zwar liegt die Ursache einer Arsenvergiftung des Trinkwassers nicht in der Verantwortung der Landesregierung des Bundesstaates, dennoch verringert sich dessen Glaubwürdigkeit im Verlaufsprozess der Untätigkeit und unerfüllter Versprechen. Ähnlich wie auch in Bangladesch ist der Bundesstaat West

---

<sup>34</sup>Eigene Übersetzung.

Bengalen durch natürliche Arsenvorkommen im Boden und im Grundwasser belastet.<sup>35</sup> Aus diesem Grund benötigt die Bevölkerung dort dringend neue Technologien und Absorptionssysteme auf Panchayat-Ebene aber auch auf der Ebene privater Haushalte. Bleiben konkrete Verbesserungsmaßnahmen aus, verschlechtert sich der Gesundheitszustand so stark, dass die Teilhabe des Einzelnen am gesamtgesellschaftlichen Leben durch dauerhafte Erkrankungen unmöglich wird. In Anlehnung an Sen (2004) und Bhattacharyya (2012) kann von *social exclusion* gesprochen, ein Prozess, der sich langfristig in einem Mangel an Staatsvertrauen niederschlagen kann. Die Idee des Minimalstaates impliziert die Annahme, dass ausufernde Kontrolle seitens des Staates jegliche Privatisierungsinitiativen im Keim ersticken würde (vgl. Nozick 1976; Rawls 1971) doch in der Tradition britischer Herrschaft und den Anfängen des Wohlfahrtsstaates unter Nehru sehen die Bürger trotz Liberalisierungsmechanismen den Staat in der Verantwortung der Gewährleistung eines Minimums an Gesundheitsversorgung. Gestützt wird dies durch eine Studie von Chibber und Shastri (2004), nach derer zufolge circa 80 Prozent der Antwortenden sich dafür aussprachen, dass der Staat für die Verteilung öffentlicher Güter zuständig ist.

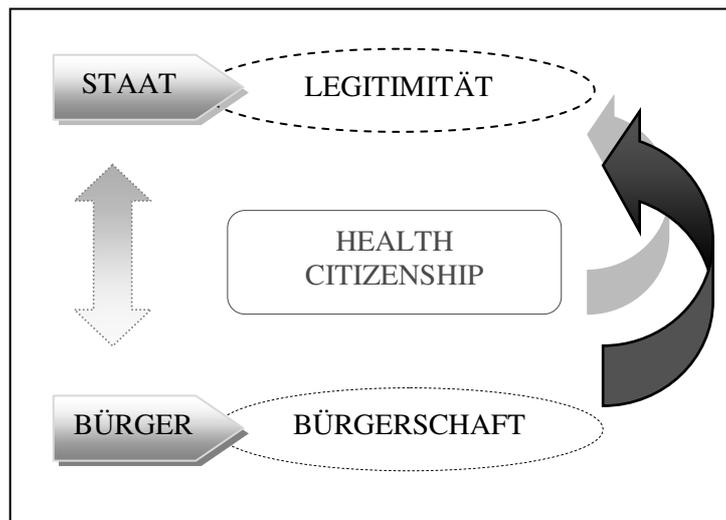
Abbildung 2.3. zeigt in stark reduzierter Weise die verschiedenen Ebenen des Systems aus bottom-up Perspektive. Der Staat als übergreifendes Konstrukt steht an der Spitze, der individuelle Bürger bildet die Basis der Legitimität. „Health citizenship“ als aktives Anspruchsbewusstsein auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung wird durch die Bürgerschaft in Abhängigkeit von deren sozialer Geschichte und der Summe persönlicher Erfahrungen ausgebildet und dient bei Wahrung der Leistungserbringung als Bindeglied zwischen Bürgerschaft und staatlicher Legitimität. Der Staat kann durch die Sicherung sozialer Rechte und Verantwortlichkeiten mittels der Leistungsfähigkeit verschiedener gesundheitsbezogener Institutionen „health citizenship“ beeinflussen, indem funktionsfähige Krankenhäuser (hinsichtlich personeller und materieller Ausstattung) auf allen Ebenen aber vor allem in den ländlichen Regionen ausgebaut und die umgebenden Infrastrukturen ebenso angepasst werden. Diesen, direkten Maßnahmen der Versorgungsleistung vorgeschaltet ist, wie das Beispiel bereits andeutete, die Prävention von vermeidbaren Krankheiten als unmittelbare wahrnehmbare Staatstätigkeit. Für den Bürger ist die Prävention als Steuerungsinstrument in der Gesundheitspolitik eher passiv einzuordnen. Die NRHM (2005) und die NHM (2013) setzen in ihrer Ausgestaltung des politischen Prozesses

---

<sup>35</sup>Ein Beschluss der WHO senkte 1993 die vertretbare Menge an Arsen im Trinkwasser von 50ml pro Liter auf 10ml pro Liter herab. Doch dies wird nicht von allen Staaten eingehalten. Beispiele hierfür sind Indien und Bangladesch, deren nationale Standards noch immer am „alten“ Richtwerte von 50ml pro Liter festhalten. <http://www.irc.nl/page/33153>, aufgerufen am 19.11.2009.

zunehmend auch auf aktivere Formen der Partizipation. Dies soll den demokratischen Prozess stärken und (langfristig) die Legitimität durch die „erfahrbare“ Sichtbarkeit und Steuerung von Maßnahmen fördern. Die Legitimität des politischen Systems bemisst sich daher folglich aus den Schnittstellen von „natürlicher“ Passivität und „notwendiger“ Aktivität.

**Abbildung 2.3.: *health citizenship*: Bindeglied zur Legitimität**



Quelle: eigene Darstellung

In diesem Sinne wird „health citizenship“ als politische Variable sowohl als Anspruch auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung verstanden als auch instrumentell als Mittel zu dessen Bereitstellung. Staatlich umgesetzte Präventionsmaßnahmen können als passive Inanspruchnahme verstanden werden, während die neuen Instrumentarien der „National Health Mission“ durch Partizipationsrechte und – Pflichten zusätzlich auf eine aktivere Rolle des Bürgers abzielt. Der Legitimitätsgrad wird also zur Schnittstelle zwischen einer staatlichen „top-down“ Passivität und einer zivilen „bottom-up“ Steuerung. Er dient darüberhinaus als Instrument der Legitimitätssicherung, die durch das Vertrauen in entsprechende Institutionen gemessen werden kann. Das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Staat, Bürger und Gesundheit ist multidimensional und regional spezifisch. Bevor jedoch stärker auf diese Besonderheit Indiens Bezug genommen wird, folgt im sich anschließenden Kapitel zunächst eine Auseinandersetzung mit den Begriffen Gesundheit und Krankheit.

### 2.3. Zusammenfassung

Warum sollte der Staat in die Gesundheitssicherung seiner Bürger investieren? Das hier zugrunde gelegte Gesundheitskonzept wird als Anspruch (health entitlement) auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung verstanden. Es wird davon ausgegangen, dass Unzulänglichkeiten staatlicher Investitionen und Handlungsbereitschaft im Gesundheitssektor den Prozess des Legitimitätsverlustes fördern. Die These, dass durch falsche oder gar zögerliche Reaktion seitens des Staats in einer Krisensituation wie einer Epidemie die Legitimität gefährdet werden kann, wird im Rahmen dieser Arbeit erweitert. Nicht nur die Unmittelbarkeit der Aktivität bei einem akuten Auftreten einer Epidemie hat Auswirkungen auf die Legitimität, sondern auch das generelle Ausmaß staatlicher Beteiligung an der Gesundheitsversorgung. Aus politikwissenschaftlicher Perspektive lautet eine Annahme der vorliegenden Arbeit, dass Gesundheitszustand und Legitimität miteinander im engen Zusammenhang stehen und der demokratische Staat aus dem Antrieb der eigenen Systemerhaltung für Legitimität sorgen muss, um die Stabilität des politischen und sozioökonomischen Systems nicht zu gefährden.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Legitimität in Indien im Zeitraum zwischen 1971 und 2004 grundsätzlich stetig zugenommen hat, während sich gleichzeitig auch der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbesserte. Dies reicht jedoch nicht aus, um hiermit auch endgültig eine Kausalität zu unterstellen, da in den zitierten Umfrageergebnissen nicht explizit nach den Einflüssen der Sozialfaktoren auf die Legitimität gefragt wurde. Die Betrachtungen der Indikatoren für besonders gefährdete und sensible Bevölkerungsgruppen und deren Wahlverhalten lassen gleichwohl Rückschlüsse über den Einfluss des Gesundheitszustandes auf Legitimität zu. Es konnte darüber hinaus aufgezeigt werden, dass es eine Zunahme der parlamentarischen Debatten über den Zustand und die Wirkungen angestoßener Gesundheitsreformen in Indien gegeben hat. Die politische Elite scheint sich also zunehmend der Auswirkungen bewusst zu werden und ist sich der Konsequenzen einer Vernachlässigung bewusst. Explizit wird diese im 11. Fünfjahresplan (2007-2012) aufgegriffen (vgl. Kapitel 6). Ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Legitimität kann also vorausgesetzt werden.

Das Konzept von *health citizenship* unterstreicht das Wechselspiel zwischen Staat und Gesundheit und ist das zentrale Element der Arbeit. Dabei ist das Konzept der Staatsbürgerschaft in Indien nicht auf ein konkretes Ereignis zurückzuführen wie etwa in Europa mit der Französischen Revolution. „Citizenship proved to be amongst the most

disputed issues, debates for almost two years and with more than 120 amendments moved during the sittings of the Constituent Assembly” (Mitra 2010: 47). Staatsbürgerschaft ist zunächst ein legal vom Staat festgelegter Status. Die hieraus folgende Identifizierung mit dem Staat und das persönliche Recht auf Zugehörigkeit sind die ausschlaggebenden Faktoren der Bürger, um einen Anspruch auf Staatsbürgerschaft geltend zu machen. Die Zusammenführung beider Faktoren in derselben Gruppe führt zu einer legitimierten Staatsbürgerschaft, in der sich die Bürger sowohl leistungsgerecht als auch persönlich verpflichtet fühlen (ebenda). In „When Rebels become Stakeholder“ setzten sich Mitra und Singh (2009) bereits mit der Frage auseinander, welche Mechanismen das politische System entwickeln muss, so dass Systemgegner, die zwar mit allen Rechten ausgestattet sind, den Staat aber trotzdem als nicht als legitimiert anerkennen, trotzdem politisch eingebunden werden können? Andere Ausprägungen des Verhältnisses von Staat und Staatsbürgerschaft können darauf beruhen, dass Bürger zwar legal Anspruch auf Staatsbürgerschaft, sich dessen jedoch nicht bewusst ist, oder aber dass sich Bürger ihrer Rechte bewusst sind, aber nicht die Möglichkeiten oder Fähigkeiten haben, diese zu beanspruchen (Mitra 2010). In Indien ist kein Recht auf Gesundheit in der Verfassung verankert (vgl. Kapitel 4.6.3.) trotzdem besteht ein Grundverständnis darüber, dass der Bürger ein Recht auf Gesundheitssicherung hat, weil dies ein elementarer Bestandteil der Grundrechte ist. Wie auch in anderen Staaten gehört zur erfolgreichen Integration des Individuums in den Staat – also die Konstruktion des Staatsbürgers – zunächst die Festlegung rechtlicher Rahmenbedingungen zur Staatsbürgerschaft. Die direkte Steuerung identitätsstiftender Maßnahmen ergänzte schließlich das bloße territoriale Zugehörigkeitsgefühl. „India’s relative success on the issue of citizenship can be attributed to the fact that these tools of citizen-making are used with unusual vigour and imagination by the political decision-makers in India (Mitra 2010: 47).

Zudem spielt in der Auseinander mit Gesundheit und Staatsbürgerschaft die Fähigkeit der Inanspruchnahme von Dienstleistungen eine übergeordnete Rolle. In Ergänzung zu den Ansätzen von Sen (1999) und Nussbaum 2000) entwickelten Ansätze des capabilities approach geht es auch um die Fähigkeit im Sinne der Ermöglichung einer institutionellen Inanspruchnahme, um hierdurch die individuellen Fähigkeiten entwickeln zu können. Diese Diskussion wird unter anderem im folgenden Kapitel ausführlicher diskutiert.

### 3 Definition und Umsetzung von Gesundheit

Im Vordergrund der Gesundheitsdebatten stehen konkrete Ziele und Maßnahmen und nicht der Begriff selbst. Dennoch wird in dieser Arbeit Wert auf die begriffliche Grundlage gelegt, da sich in der Diskussion die Komplexität und Problematik der Thematik Gesundheit niederschlägt und an dieser Stelle nicht ungeachtet bleiben sollte. In der Gesundheitssystemforschung wird die Anzahl von Krankenhäusern in einem bestimmten Gebiet, die Ausbildung, Verfügbarkeit oder der Mangel an Ärzten tabellarisch oder graphisch dargestellt, um einen ersten, aufschlussreichen Überblick über die medizinische Infrastruktur und die verfügbaren finanziellen, materiellen sowie personellen Ressourcen zu gewinnen. Es werden verschiedene Gesundheitsindikatoren (zum Beispiel die Sterblichkeitsrate, Lebenserwartung bei der Geburt, Krankheitsrisikofaktoren) herausgegriffen, um den Gesundheitszustand einer Gesamtbevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Frauen, Kindern, Schedule Castes/Tribes<sup>36</sup> zu messen und im Zeitverlauf darzustellen. Trotz dieser intensiven Beschäftigung mit dem Gesundheitssystem und seinen verschiedenen Facetten hat meist jedoch noch keine Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Begriff des *Gesundseins* stattgefunden. Wer gilt als gesund und wer als krank? Welche kulturellen Unterschiede sollten trotz der Generalisierbarkeit der Ergebnisse in die Analyse einbezogen werden? Gesund ist der nichtrauchende Ausdauersportler. Gesund ist, wer täglich ausreichend Obst und Gemüse zu sich nimmt. Gesund ist, wer täglich ausführlich Yoga praktiziert und gegen Tuberkulose, Polio und Pocken geimpft ist.

Diese vorangestellten Aussagen könnten ebenso als Fragen formuliert und kämen zum gleichen Ergebnis: Die Antworten auf diese Fragen fallen je nach regionalem und zeitlichem Kontext, je nach Arzt, je nach Lebenssituation und Statistik unterschiedlich aus. Gesundheit ist immer kontextabhängig und sowohl heterogen als auch subjektiv. Gesund zu sein umfasst mehr als nur „aktiv gesund zu leben“. Denn Gesundheit ist ebenso von äußeren Einflüssen – im Sinne des Public Health – abhängig, von Konstellationen also, die das einzelne Individuum nicht aus sich selbst heraus, oder wenn, dann nur bedingt, selbst steuern kann oder nicht die Möglichkeiten hat, Änderungen oder Anpassungen in größerem Umfang vorzunehmen.

---

<sup>36</sup>Von Präsident/in benannte Kasten/Stammesgemeinschaften (Constitution of India, Part XVI., Art. 341), die aufgrund der Tradition des Kastenwesens und der Gesellschaftsstruktur entweder durch deren Unberührbarkeit, durch die ihnen „vorgegebene“ wenig ertragreiche Erwerbstätigkeit oder aufgrund ihrer geographisch-isolierten Lage in erheblichem Maße sozial und ökonomisch benachteiligt sind und in besonderer Weise unterstützt werden sollten. Mit Einsetzung der Verfassung wurde auch eine National Commission for Scheduled Castes and Tribes (NCST) ins Leben gerufen (vgl. Fußnote 8, S. 11).

Der US-amerikanische Soziologe Talcott Parsons vertrat die Ansicht, dass „Gesundheit und Krankheit jedoch nicht nur „Bedingungen“ oder „Zustände“ des menschlichen Individuums auf den Ebenen der Persönlichkeit und des Organismus sind. Sie sind zugleich Zustände, die innerhalb der Kultur und der Sozialstruktur der Gesellschaften bewertet und institutionell anerkannt werden“ (Parsons 1964: 333). Gesundheit ist also ein Phänomen der Gesellschaft und dadurch direkt abhängig und veränderbar. Ergänzend sollte jedoch erwähnt werden, dass die „Zustände“ nicht nur „innerhalb der Kultur und der Sozialstruktur der Gesellschaft bewertet“ werden. Allein die globalen Entwicklungen führen zu verstärkten transnationalen Perspektiven und internationalen Hilfestellungen, die eine Bewertung „der Zustände“ zwingend auch außerhalb der Gesellschaft bewertbar machen müssen. Grundsätzlich ist es jedoch in der Tat so, dass allein die Bürger das politische System „bewerten“, etwa dadurch, dass sie denen zur Wahl stehenden Parteien ihre Stimmen geben oder sich für eine andere parteipolitische Alternative entscheiden, wenn sie glauben, dass diese ihre Interessen besser zu vertreten im Stande ist.

Im Folgenden werden die Phänomene Gesundheit und Krankheit gegenüber gestellt. Notwendig wird dies da trotz der zunehmenden Publikationen zur Gesundheitssituation in Indien kaum der Begriff selbst definiert wird oder Diskussionen zu verschiedenen Begriffsdefinitionen stattfinden. Die Untersuchung des Gesundheitszustandes und die einhergehende Analyse der Entwicklungen erfolgen auf Grundlage ausgewählter Indikatoren, die zum Abschluss des Kapitels als operationalisierende Elemente aufgeführt werden und an die Erläuterungen zum Konzept der gesundheitlichen Staatsbürgerschaft anschließen.

### 3.1. Gesundheit – der höchste Wert?

Ein vages Grundverständnis von dem, was Gesundheit ausmacht, scheint auf den ersten Blick hin simpel. Doch eine simplifizierte Definition, vor allem vor dem Hintergrund unterschiedlicher Kulturen und Lebensräume, würde der Komplexität nur minder gerecht werden. Dennoch liegt dem Begriff Gesundheit ein Subjektivitätscharakter zu Grunde, der kaum systematisch greifbar und dadurch zunächst kaum einer Vergleichbarkeit zulässig ist. Es schließt sich daran die offensichtliche Frage, ob das Erreichen einer „Volksgesundheit“ demnach als normative Zielsetzung von Gesundheitspolitik eine unerreichbare Illusion für die Akteure zu sein scheint? Auf diese Fragestellung ließe sich zunächst mit der Argumentation antworten, dass zunächst die „Volksgesundheit“ und damit auch die „Gesundheit“ als solche definiert und messbar gemacht werden muss, bevor Maßstäbe und Kriterien für eine

„Volksgesundheit“ angelegt werden können. Um nun den Begriff Gesundheit von der Individualität seines Ausprägungscharakters zu trennen, gibt es eine Vielzahl von Definitionen, die mehr oder weniger den Anspruch der Allgemeingültigkeit erheben. Im Allgemeinen wird Gesundheit aus Alltagsbegriffen abgeleitet. Hierzu gehören die generelle Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit; Leistungsfähigkeit für Beruf, Sport und andere Lebensbereiche; Stärke, Kraft und Energie auf körperlicher und seelischer Ebene; körperliches und psychisches Wohlbefinden sowie Harmonie und Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt (Hurrelmann 2010: 116). Bisherige, immer wieder gern herangezogene Beiträge, die versuchen Gesundheit auf ihre Weise zu definieren, können unter anderem bei Franke (2006: 18) exemplarisch für die Vielzahl von Gesundheitsdefinitionen nachgelesen werden (vgl. Box 3.1.).

### **Box 3.1.: Gesundheitsdefinitionen**

„Besser arm und mit gesunden Gliedern als reich und mit Krankheiten geschlagen. Ein Leben in Gesundheit ist mir lieber als Gold, ein frohes Herz lieber als Perlen. Kein Reichtum geht über den Reichtum gesunder Glieder, kein Gut über die Freude des Herzens [...] Herzensfreude ist Leben für den Menschen. Frohsinn verlängert ihm die Tage“ (Altes Testament, Buch Jesus Sirach 200 v. Chr.).

Gesundheit als ein „[...] Zustand, in dem wir weder Schmerzen leiden noch im Gebrauch der Lebenskräfte behindert sind“ (Galen 129-199).

„Denn Krankheit und Gesundheit sind nicht Gegensätze, die sich bekämpfen, sie sind gleichberechtigte und notwendige Lebensäußerungen, etwa so wie Schlafen und Wachen, Nacht und Tag, Ruhe und Arbeit [...] Wer ist gesund? Wer ist krank? Die Narren nur vermögen es zu unterscheiden“ (Georg Groddeck 1910).

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946).

„Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“ (Talcott Parsons 1967).

„Gesundheit ist nicht der höchste Wert, aber ein Kriterium, an dem sich eine Gesellschaft messen lassen muss, die für sich beansprucht human und solidarisch zu sein“, so liest es sich bei Alexa Franke (2006). Wenngleich das Ziel des Buches ist, einen Beitrag zum Gesundheitsdiskurs in der westlichen Welt zu leisten, so lassen sich dennoch interessante Aspekte auch für die Auseinandersetzung mit der Gesundheitspolitik in Indien nachzeichnen, denn „the health status of a given population is a reflection of a health system’s performance“, so Misra et al. (2003: 133). Ein weiteres, wichtiges Argument ist die Individualisierung der

Gesundheit. Gesundheit wird zunehmend in die Eigenverantwortlichkeit des Bürgers gelegt, der Aspekt der Finanzierungsverschiebung von Staat zu Bürger rückt dabei besonders in den Vordergrund. Hinsichtlich der Veränderungen und Reformen der Gesundheitspolitik in Indien wird dies auch im Verlaufe der Arbeit immer wieder aufgegriffen. Von weiterer Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit verknüpft mit der Frage wodurch sich beide Phänomene voneinander unterscheiden. Beiden Begriffen fehlt eine eindeutige Definition in ihrer Eigenschaft als körperlicher Zustand. In Bezug auf Krankheit ist es jedoch möglich, einzelne Krankheitsbilder in Klassifikationssystemen zu beschreiben und zu definieren. Das umfassendste dieser Systeme ist das International Classification of Disease-Expertengremium der WHO (ICD), welches auch in Indien der Krankheitsdiagnostik und -statistik zu Grunde gelegt wird.

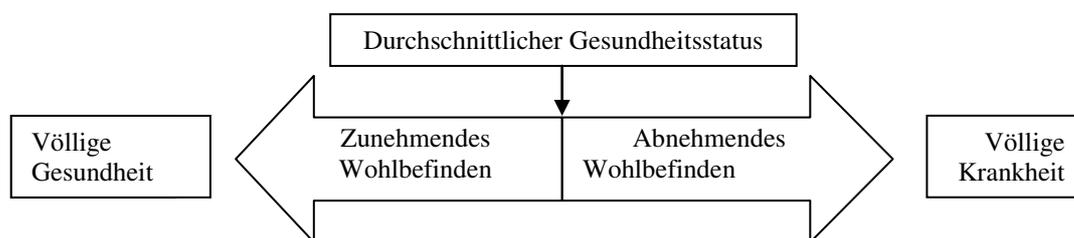
### 3.2. Gesundheit als Störungsfreiheit

Die Fachliteratur ist derzeit geprägt von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen, die einseitig auf eine bestimmte disziplinäre Logik ausgerichtet sind und dabei kaum einen Bezug zwischen den Ausprägungen „Gesundheit“ und „Krankheit“ herstellen (Franke 1993, 2006, in: Hurrelmann 2010: 113). Das biomedizinische Krankheitsmodell, wonach Dysfunktionen und Defekte die Krankheiten bedingen, ist oftmals Ausgangspunkt für die theoretische Betrachtung von Gesundheit während soziale und gesellschaftliche Faktoren meist ausgeblendet werden, auch wenn diese einen erheblichen Einfluss auf Morbidität und Mortalität in einer Gesellschaft haben (Franke 2006: 10; Hurrelmann 2010). So wird Gesundheit in einer Negativdefinition als das Freisein von Störungen im Sinne des Freiseins von Krankheiten definiert. Dieses Verständnis von Gesundheit liegt oftmals den westlich-industriellen Medizinsystemen und deren Medizinwissenschaft zu Grunde. Wichtiges Kriterium dieser Definition ist die Orientierung und Festlegung von Krankheiten anhand von Normen und Kriterien (wie beispielsweise in der International Classification of Diseases), die von einem Expertenstab festgelegt werden.

Das subjektive Befinden der Betroffenen findet oftmals keine oder nur geringe Berücksichtigung, da davon ausgegangen wird, dass klar beurteilt werden kann, was eine Störung oder ein störungsfreier Zustand ist. Befürworter, so Franke 2006, befürchten durch eine positive Gesundheitsdefinition würden Maßstäbe gesetzt, nach denen die meisten Menschen als krank bezeichnet werden können. Das würde dazu führen, im Namen der Gesundheit immer mehr Krankheiten zu erfinden und mehr Menschen krank zu machen.

„Dadurch kann das Medizinsystem am besten weiter wachsen und stärker als alle anderen Wirtschaftsbranchen werden“ (Dörner 2003: 7). In dieser Argumentation spielt die „Medikalisierung der Lebenswelt der Menschen“ (König 2008: 82) eine übergeordnete Rolle, die den Nährboden für eine stete Ausdehnung des Zuständigkeitsbereichs der Medizin durch die Formulierung und Entdeckung neuer Krankheiten und Medikamente bildet.<sup>37</sup> Inwieweit Gesundheit als Wettbewerbsgegenstand auf dem durch die Politik gesteuerten Wirtschaftsmarkt angesiedelt werden kann, bleibt jedoch zu diskutieren.

**Abbildung 3.1.: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Aaron Antonovsky**



Quelle: Hurrelmann (2010: 125).

Heutige Debatten in der Gesundheits- und Krankheitstheorie, wenn Forschungsarbeiten zu diesen beiden Phänomenen überhaupt die Reichweite einer Wissenschaftstheorie zugeschrieben werden kann, vollziehen dabei keine strikte Trennung von „krank“ und „gesund“, sondern verstehen Gesundheit und Krankheit vielmehr als Pole eines Kontinuums denn als dichotome Kategorien (Franke 2006: 26) wie sie von Aaron Antonovsky (1979) erstmals beschrieben wurden (Abb. 3.1.). Der von Antonovsky in den 70er Jahren geprägte Begriff der Salutogenese<sup>38</sup> stellt einen Gegenbegriff zur Pathogenese<sup>39</sup> dar. Entgegen der üblichen Fragestellung, warum bestimmte Menschen erkranken, ging es Antonovsky um die Frage, weshalb ein Großteil der Menschen trotz einer Vielzahl von belastenden Faktoren im mikrobiologischen, biochemischen, physikalischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Bereichen gesund bleibt und Störungen in deren Gesundheit erfolgreich ausgleichen können (Antonovsky 1993). Im Vordergrund seiner Forschung stand die Gesundheit und nicht die Krankheit. Beide Phänomene betrachtete Antonovsky (1993) als Pole eines Kontinuums, aufbauend auf der Grundannahme, dass Krankheiten eine normale Erscheinung im menschlichen Leben und keine Abweichungen von der Normalität darstellen.

<sup>37</sup> Zur Diskussion „Gesundheit als Wirtschaftsgut“ vgl. u.a. König. 2008: 101-110.

<sup>38</sup>griech.: Entstehung der Gesundheit.

<sup>39</sup>griech.: Entstehung der Krankheit.

Krankheiten als Normalität des Lebens kennzeichnet Antonovsky (1993) als Heterostase, wobei Krankheit, Leiden und Tod als inhärente Bestandteile menschlicher Existenz als im ständigen Fluss befindlich verstanden werden (Franke 2006). Der menschliche Organismus wird als System definiert mit der Tendenz zur Auflösung und zum Zerfall, derer er mit Anpassungsleistungen und Bewältigungsstrategien entgegenwirkt. Aaron Antonovsky's Modell entstand im Kontext entwickelter und sich entwickelnder Staaten und erfüllt den Zweck, eine andere Perspektive auf Gesundheit und Krankheit zu entwickeln, wenngleich es im Fall extremer Lebens- und Existenzbedingungen wie sie in Indien auftreten keine empirische Aussagekraft besitzt und der Gesundheit keine direkten Indikatoren zur Messung beigegeben werden. Dennoch ist der Ansatz Antonovsky's in seiner Form zu würdigen, da das Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Spannungsverhältnis zweier Phänomene erklärt wird und somit beide Begriffe einen dynamischen Prozesscharakter erhalten. In Abbildung 3.1. wird deutlich, dass auch bei Antonovsky der Begriff des „Wohlbefindens“ eine zentrale Rolle spiegelt, wie er auch in der folgenden Gesundheitsdefinition als Referenzpunkt herangezogen wird.

### 3.3. Die Gesundheitsdefinition der WHO

Eine Definition erhebt den Anspruch eine genaue Bestimmung eines Begriffs vorzunehmen, diesen zu erläutern und in seiner Gesamtheit zu erfassen. In der Gesundheitsforschung gelingt dies nur schwer. Eine der wohl bekanntesten und weltweit gebräuchlichsten Definitionen ist die der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) aus ihrem Gründungsjahr 1946. Gesundheit wird in der Gründungscharta der WHO verstanden als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 1946). Diese Betrachtungsweise des Phänomens Gesundheit, welche auf dem Begriff des Wohlbefindens aufbaut, bezieht sich dabei auf die subjektive Ebene des Individuums (Franke 2006). Diese Betrachtung von „Gesundheit“ ist zwar aufgrund der zugrunde liegenden Utopie oftmals stark kritisiert worden, trotzdem vermag es diese Definition, weltweit die größte Expertengruppe zu einer Gesundheitsdefinition zu vereinen (Franke 2006). Unbeantwortet bleibt die Frage, was das Wohlbefinden als solches ausmacht. Offen bleibt auch die Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit, wie es später von Antonovsky (1979, 1993) vorgenommen wurde und nun auch auf die Definition der WHO angewandt wurde (Hurrelmann 2010: 117).

Franke (2006) weist zusätzlich darauf hin, dass Kritiker oftmals den Begriff des Wohlbefindens als eine Art „Schlupfloch“ betrachten, welches dazu führt, dass die Menschen

in der Gesellschaft nichts mehr leisten und sich hauptsächlich dem eigenen Vergnügen widmen (hierzu etwa Schäfer 1980). Befürworter der Definition sehen in der Definition der WHO eine Argumentation für mehr Demokratisierung des Gesundheitswesens, für mehr Partizipation und Selbstbestimmung (vgl. Sedmak et. al. 2011, Nussbaum 1999, 2000). Die 1986 unterzeichnete Ottawa-Charta der WHO unterstreicht nochmals die Notwendigkeit für mehr Mitbestimmung der Bürger, für mehr Eigenverantwortung und dies ist nur auf der Grundlage eines subjektiven Gesundheitsbegriffes des Sich-Wohlfühlens möglich (Franke 2006). Das Bewusstsein über den eigenen körperlichen und seelischen Zustand und die Möglichkeiten dies selbst aktiv zu beeinflussen, bleiben jedoch in vielen Regionen Indiens und gerade auf dem Land und in Slums großer Ballungsräume stark eingeschränkt. Zu den negativ beeinflussenden Faktoren gehören unter anderem die hygienischen Lebensbedingungen, die mangelhafte Trink- und Abwasserversorgung, die Armut und damit verbundene Mangel- und Unterernährung, unzureichende Bildung und die Stellung der Frau. Es wird deutlich, dass insbesondere im Kontext der Kulturen, unterschiedlicher Lebensräume und Existenzbedingungen ein starres und statisches Gesundheitskonzept schnell an Grenzen gelangt. Von der naturwissenschaftlichen Gesundheitsdefinition seitens der Humanmedizin (biomedizinisches Gesundheitsmodell) ausgehend, erweitert das Gesundheitsverständnis der WHO den Begriff um die nicht minder wichtigen Aspekte der sozialen, ökonomischen und politischen Bedingungen eines Landes (vgl. Pfeleiderer/Bichmann 1985: 215) und zeigt somit zugleich Anpassungsfähigkeit aber auch Illusion einer „komplett gesunden Bevölkerung“ als Handlungs- und Entscheidungsziel. Die Resistenz einer scheinbaren Utopie bleibt in der Zukunft dennoch unbedingtes Instrument, welches vor allem von Staaten, die sich selbst als Schwellenländer verstehen, geradlinig verfolgt werden sollte. Doch gerade diesen Ländern mangelt es an einer eigenständigen Definition des Phänomens und somit klaren Zielvorgaben, welche sie erreichen wollen. Zusätzlich betont die WHO das Recht auf Gesundheit und die Pflicht der Politik, hierfür die Basis zu schaffen – diese Strukturveränderungen schaffen notwendige Instrumentarien, aber auch in Indien sind Korruption und Manipulation im Rahmen politischer Entscheidungen nicht selten und konterkarieren somit das notwendige Vertrauen gegenüber den politischen Führungskräften auf allen Ebenen.

### 3.4. Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung

Talcott Parsons (1951) in der Tradition der Medizinsoziologie stehend, definiert Gesundheit als „[...] ein(en) Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert<sup>40</sup> [...] worden ist.“ Im Vordergrund der Begriffsbestimmung steht demnach die funktionale Ausdifferenzierung innerhalb der Gesellschaft. Die Leistungsfähigkeit und einhergehende Rollenerfüllung messen sich dabei an funktionalen Normen und bestimmen, inwieweit das Individuum in der Lage ist, die von ihm oder ihr erwarteten und geforderten Leistungen zu erfüllen und sozialen Rollen gerecht zu werden (Franke 2006). Leistungsfähigkeit gilt dabei als Fähigkeit zur Erfüllung der Aufgaben und Verpflichtungen, die an soziale Rollen gebunden sind. Gesundheit wird damit zur Rollenerfüllung und ist gleichzusetzen mit einer Übereinstimmung des Lebensstandards der Bezugsgruppe, während sich Krankheit definiert über die Unfähigkeit einen funktionalen Normwert zu erfüllen (ebenda).

Die Gesellschaft hat damit einen großen Einfluss darauf zu entscheiden, ob ein Mensch gesund ist oder nicht. Parsons (1967) gliedert die Persönlichkeit eines Menschen in drei Systeme. Das biologisch-psychische System versorgt den Körper mit Energie für physiologische und psychische Grundfunktionen, das psychische System kontrolliert die daraus resultierenden Antriebsenergien und lenkt es in gesellschaftlich erlaubte und gewünschte Bahnen. Das soziale System definiert schließlich, wie sich das einzelne Individuum in der Gesellschaft zu verhalten hat (Franke 2006: 151). Durch eine Krankheit kommt es zu einer Störung der Erfüllung der sozialen Rolle. Die Legitimierung für diese Nichteinhaltung ihrer Rollen erhalten die Kranken durch das medizinische System. Mit dem Begriff der Rolle und den Erwartungen, die mit dem Erfüllen einer Rolle verknüpft sind, versucht Parsons (1951) das Verhältnis zwischen Individualität und Sozialität zu erklären. „The role is a sector of the individual actor’s total system of action. It is the point of contact between the system of action of the individual actor and the social system“ (Parsons/Shils 1951: 190). Dem Individuum werden in der Gesellschaft Positionen zugeschrieben, die innerhalb der jeweiligen kulturellen Umwelt (cultural system) ausgestaltet werden (Heuring/Petzold 2004: 11). In Deutschland wird etwa die Leistungsfähigkeit durch die Arbeitsfähigkeit definiert. Dementsprechend sind die Kranken- und Rentenversicherungssysteme am Leistungsmerkmal orientiert, wonach nur diejenigen der gesetzlichen

---

<sup>40</sup>Unter „Sozialisation“ versteht Parsons den Einordnungsprozess in die Gesellschaft, dessen Normen- und Werteübernahme.

Versicherungspflicht unterliegen, die erwerbstätig sind, während diejenigen, die nicht mehr arbeiten – keine Leistung mehr erbringen – in die Rentenversicherung überantwortet werden (Franke 2006: 35). Der Kranke kann seine Rolle in der Gesellschaft nicht mehr erfüllen, ihm wird jedoch Zeit (und Finanzierungsmöglichkeit) zugestanden, um wieder in die für ihn vorgesehene Rolle zu finden.<sup>41</sup> Der Ansatz von Parsons (1967), der im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur hinsichtlich des Aspekts der Rollenverteilung zwischen kranken oder gesunden Bürger und zwischen Arzt oder Patient als notwendige Betrachtungsdimension herangezogen wird, deren Ausführungen jedoch längst keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Reflexion der Parsons'schen Theorie erhebt, wird wenn auch nur im Ausschnitt skizziert, als wichtiger soziologischer Bestandteil erachtet, da gerade durch die erwarteten Rollenmuster im Gesundheitssystem die Verhältnisse zwischen Individuum und Sozialität bedingt werden. Interessant ist zudem die Ausdifferenzierung zwischen Rolle und Aufgabe. Eine Aufgabe, so Parsons (1964) „...kann somit als dasjenige Subsystem einer Rolle betrachtet werden, welches durch eine bestimmte Reihe *physischer* Tätigkeiten definiert ist [...]“.

Aus politikwissenschaftlicher Perspektive muss die Fragestellung hinzugefügt werden, ob der Staat allen Bürgern zur Rollenerfüllung die gleichen Bedingungen zur Verfügung stellen kann, beziehungsweise in welchem Rahmen der Bürger die gesundheitlichen Lebensumstände individuell zu steuern in der Lage ist, so dass er seiner Rolle gerecht werden kann. Der Kranke in Kerala ist nicht gleich dem Kranken in Uttar Pradesh – die soziale Rolle in der Gesellschaft ergibt sich in Indien zwar auch aus der Tatsache des Kastensystems und religiösen Zugehörigkeit heraus, dennoch sollte zumindest das Ziel einer Gleichberechtigung und Gleichwertigkeit, wie sie in der indischen Verfassung festgeschrieben ist, konsequent verfolgt werden. Klaus Hurrelmann (1990) ein ebenso einflussreicher Vertreter der Bielefelder Soziologietradition in der Nachfolge Niklas Luhmanns definiert „Gesundheit als [...] Zustand objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen

---

<sup>41</sup>In Indien ist die Rollenverteilung durch das Kastensystem vorgegeben, ungeachtet der Tatsache, dass die Diskriminierung aufgrund von Kastenzugehörigkeit seit Inkrafttreten der Verfassung 1949 unter Strafe gestellt ist, spielt das Kastensystem in Indien sozial-ökonomisch eine wichtige Rolle. Durch den hierarchischen Aufbau anhand von vier *varnas* (sankrit: Farbe, Klasse, Stand) Brahman (Priesterkaste), Kshatriyas (Kriegerkaste), Vaishyas (Händlerkaste, Landbesitzer), Shudras (Bauernkaste, Tagelöhner) wird die indische Gesellschaft als Sozialsystem strukturiert. Den *varnas* sind gleichzeitig mehrere *jātis* (sankrit: Geburt, meist berufsbezogene Gruppierungen) zugeordnet. Neben den *jātis*, die meist einer der vier *varna* zugeordnet sind, gibt es andere *jātis* ohne Zugehörigkeit zu einer der Kasten, weshalb es zum Phänomen der Kastenlosen gekommen ist. Diese Kastenlosen, Dalits genannt, vollrichten oftmals unreine Tätigkeiten oder arbeiten in verunreinigten Tätigkeitsfeldern – darunter fallen das Entsorgen von Tierkadavern, das Reinigen der Abwasserkanäle, Ausheben von Gräbern, Abfallentsorgung. Die Rollenverteilung ist also weniger flexibel und bedingt teilweise den Gesundheitszustand des Individuums oder einer gesamten Gruppe.

äußeren Lebensumständen befindet“ (Hurrelmann 1990). Die Definition impliziert dabei ein Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren, welches im Verlauf des Lebens immer wieder neu herausgefordert wird. Vergleichbar mit dem von Amartya K. Sen (1999) und Martha Nussbaum (2000) entwickeltem Ansatz der (Selbst-) Verwirklichungschancen *capabilities approach*<sup>42</sup> ist auch bei Hurrelmann (1990) die Erweiterung der eigenen Fähigkeiten und Potenziale ein Schlüssel zur Integration in die Gesellschaft, so zu sagen der Schlüssel zur politischen Sozialisation. Führt man diesen Gedankenstrang weiter, so kann von der „Idealvorstellung“ eines Gleichgewichts und der Eingliederung in die Gesellschaft, die nach Talcott Parsons (1969)<sup>43</sup> über eine Machtausübung der Politik zum Erreichen kollektiver Ziele gesteuert wird, auch von Hurrelmann (1990) ausgehend, die Argumentation zu einer Verknüpfung von Gesundheit und Staatsbürgerschaft abgeleitet werden. So wird in der vorliegenden Arbeit argumentiert, dass über die politische Steuerung mit dem kollektiven Ziel eine gerechte und zugängliche (inklusive) Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu gestalten, das Potential geschaffen wird, dass sich der einzelne Staatsbürger in die Gesellschaft integrieren kann und nicht aufgrund mangelnder Gesundheitsversorgungsstrukturen von der Gesellschaft ausgeschlossen wird.

Die politische Sozialisation, also die politische Integration in die Gesellschaft, erhöht den Grad der Staatsbürgerschaft, den das Individuum als Legitimität an das politische System zurückgibt. Verschiedenen Studien<sup>44</sup> zur Erfassung des Gesundheitszustandes in Indien verweisen auf die hohe Differenzierung einzelner Gesundheitsindikatoren zwischen den Bundesstaaten aus. Von diesen regionalen Spezifika ausgehend, können verschiedene gesundheitsbezogene Staatsbürgerschaftsgrade (*regional health citizenship*) angenommen werden (vgl. Kapitel 2 und Kapitel 4).

### 3.5. Die Notwendigkeit der Krankheit

Krankheit soll zunächst nicht nur als ein biologisches Faktum angesehen werden, welches auf Dysfunktionen von Körperteilen basiert. Es soll vielmehr auf der Basis eines breiten Geflechts auch philosophischer Vorstellungen über einen Bestzustand (Greifeld 1997: 33) verstanden werden. In der Historie der westlichen Schulmedizin stand im Zuge neuer biologischer Erkenntnisse und einer zunehmend mechanischen Auffassung von Schmerz nicht mehr der

---

<sup>42</sup>Eingebettet ist die Argumentation von Amartya Sen in die Diskussion zur Entwicklungsforschung. Sein Ansatz versteht Entwicklung als die Förderung von Freiheiten, die er als Basis individueller Verwirklichung versteht.

<sup>43</sup>vgl. Talcott Parsons (1969).

<sup>44</sup>vgl. National Family Health Survey I-III; District Level Household and Facility Survey III; Rapid Household Survey 1998-99.

leidende Patient sondern seine Krankheit im Zentrum des medizinischen Systems (Greifeld 1997: 34). Die Konzentration auf die Wiederherstellung immer kleinerer und kleinster Teile des Ganzen führte zu einer Vernachlässigung der Gesamtheit von Heilen und Mensch. In der Argumentation von Niklas Luhmann (1990), der das System der Krankenbehandlung als ein autonomes Funktionssystem der Gesellschaft betrachtet, welches strukturell an finanzielle Transaktionen gekoppelt ist, muss die Auseinandersetzung mit dem medizinischen System aber auch an andere Systeme gekoppelt werden, als Teil des kulturellen und sozialen Systems. „Die Medizin einer Gesellschaft besteht aus denjenigen kulturellen Praktiken, Methoden, Techniken und Substanzen – eingebettet in eine Matrix aus Werten, Tradition, Vorstellungen und Formen der ökologischen Anpassung-, die es ermöglichen, Gesundheit zu erhalten und Krankheit und Schädigung zu vermeiden oder zu verbessern. Das medizinische System einer Gesellschaft ist damit die gesamte Organisation ihrer sozialen Strukturen, Technologien und Personen, die ermöglichen, ihre Medizin [...] auszuführen und zu erhalten sowie sie zu verändern in Abhängigkeit zu intra-kulturellen und extrakulturellen Herausforderungen“ (Greifeld 1997: 35). Das medizinische System muss daher in Verbindung mit anderen Systemen verstanden werden, sozusagen als Teil des wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Systems. Das Medizinsystem ist eine der abhängigen Variablen eines sich im ständigen Wandel befindlichen dynamischen Gesamtsystems.

In Betrachtung der perspektivischen Komplexität aus biologischer, psychologischer, soziologischer und philosophischer Definition stellen Naidoo und Wills (2003: 23) fest, dass sich die Ansätze nicht gegenseitig voneinander abgrenzen lassen, sich aber gleichzeitig auch nicht auf einen gemeinsamen Nenner bringen lassen. Zudem fehlt der eindeutige Bezug zur „Krankheit“, was im umgekehrten Fall der Krankheitsdefinition ebenso auffällig wird (Hurrelmann 2010: 114). Krankheiten, so könnte angenommen werden, sind so vielfältig wie die Menschen selbst. Was jedoch unterscheidet die Krankheit von der Gesundheit? Dubos (1965) nahm hierfür eine Systematisierung des Krankheitsbegriffes der biomedizinischen Klassifikation vor (Hurrelmann 2010: 113). Demnach besitzt jede Krankheit eine Ursache. Jede Krankheit zeichnet sich durch eine bestimmte Grundschädigung aus, die durch eine Fehlsteuerung bei mechanischen oder biochemischen Abläufen entsteht. Jede Krankheit hat äußere Zeichen (Symptome), die von geschulten Professionellen diagnostiziert werden können. Jede Krankheit hat vorhersehbare Abläufe, die sich ohne eine medizinische Intervention verschlimmern. Deutlich wird an diesen Krankheitsmerkmalen die Bedeutung eines Entstehungskontexts für eine Definition wie beispielsweise die der Infektionskrankheiten. Im klinischen Wörterbuch von Pschyrembel (1994) wird Krankheit

definiert als: „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen beziehungsweise objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen beziehungsweise seelischen Veränderungen“. Die medizinische Betrachtung hat als Bezugspunkt das normale Funktionieren des Körpers. Die soziologische Betrachtung das normale Funktionieren der Gesellschaft (Hurrelmann 2010: 115). Unklar bleibt das Verhältnis über das „normale Funktionieren“ bei Hurrelmann, welches entweder als Norm gerechtes oder als störungsfreies Funktionieren verstanden werden kann. Bei beiden übergeordneten Bezugspunkten muss, wenn von einer Norm gesprochen wird, diese zugrunde gelegt werden. Einer gesundheitlichen Norm zu entsprechen, muss dabei klar formuliert werden, wie die Festlegung über die zu erfüllenden Rollen innerhalb der Gesellschaft. Dies kann aber nur aus der Gesellschaft selbst heraus bestimmt werden und bei einer Betrachtung der Komplexität der Krankheitsbilder erscheint die Entwicklung einer Norm tatsächlich fast unmöglich.

### 3.5.1. Schulmedizinische Konzepte von Krankheit

Ein Konzept zur Zustandsbeschreibung von Krankheit oder Gesundheit, welches im überwiegenden Teil der Welt auffindbar ist, ist das der „ausgewogenen Elemente, die Gesundheit garantieren“ (Greifeld 1997: 36). Krankheit resultiert demnach aus einem Ungleichgewicht der Elemente. Ein anderes Konzept, das vorrangig in der angelsächsischen Forschung Fuß fasste, ist das der Dreiteilung von Krankheit (disease), Kranksein (illness) und Erkrankung (sickness). Mit dem Begriff „disease“ wird eine Erkrankung aus der biomedizinischen Fachsicht, der Fremdwahrnehmung von Professionellen definiert. Als Normwerte und Funktionsgrößen werden die Erfüllung oder Nichterfüllung herangezogen. Im Deutschen wäre die Definition „erkrankt sein an“ gleichbedeutend (Hurrelmann 2010: 116). Der Begriff „illness“ bezeichnet die subjektive Einschätzung der betroffenen Personen, die sich krank fühlen. Im Deutschen wäre dies gleichzusetzen mit dem Begriff „sich krank fühlen“. Relevant wird hierbei auch der kulturelle und historische Hintergrund mit den Wertvorstellungen der sozialen Umwelt (Hurrelmann 2010: 115). Der Begriff „sickness“ in der englischsprachigen Trilogie der Krankheitsvarianten bezeichnet den im Deutschen äquivalenten Begriff „Status des Krankseins“, der durch die Übernahme der Rolle des Kranken und die Entgegennahme von formellen und informellen Hilfeleistungen aus der sozialen Umwelt gekennzeichnet ist (Hurrelmann 2010: 116).

Krankheit basiert auf der Begrifflichkeit der Schulmedizin und beschreibt den Zustand, der von den Normen abweicht. Diese Normen wurden jedoch auch von der Schulmedizin selbst

aufgestellt. Hinter dem Begriff „Krankheit“ verbirgt sich die körperliche Veränderung im Rahmen des schulmedizinischen Modells. „Kranksein“ hingegen ist verknüpft mit der Wahrnehmung und den Erfahrungen des Erkrankten und seiner sozialen Gruppe. Was in Anlehnung an das bereits vorangestellte bedeutet, dass dies aus deren kultureller Umgebung heraus zu betrachten ist. Die Wahrnehmung der Realität bildet dabei das Zentrum der Erklärungen, denn das Kranksein kann entweder aus dem „Subjektiven“ oder dem „Objektiven“ heraus beobachtet oder wahrgenommen werden (Greifeld 1997). Im angelsächsischen Sprachgebrauch wird die Zustandsbestimmung von Krankheit demnach anhand der Selbst- und Fremdwahrnehmung unterschieden (Hurrelmann 2010: 115).

### 3.5.2. Die Bekämpfung der Krankheit als Nutzen für die Gesellschaft

Ähnlich wie der Gesundheitsbegriff unterliegt auch der Begriff „Krankheit“ historischen Veränderungsprozessen und ist beeinflusst von medizinischen Entwicklungen, philosophischen, gesellschaftlichen und politischen Denkanstößen (Franke 2006). Erstmals kamen in der Aufklärung verschiedene Ideen auf, wonach das Entstehen von Krankheit nicht ausschließlich in der individuellen Lebensführung begründet liegt, sondern dass ebenso die sozialen Faktoren und hygienischen Verhältnisse eine Erklärung für die Erkrankungen liefern. Mit der Aufklärung im Absolutismus Mitte des 18. Jahrhunderts nahm die Medizin in Deutschland auch „in besonderer Weise die Rolle als Staatsdienerin, als Wächterin und Mehrerin des gemeinen Wohls und als Erziehung des Volkes zugeordnet“ (Eckardt 2010: 30). Ihr, der Medizin, wurde zunehmend die Deutungsmacht zwischen gesund und krank zugeschrieben. Die Bedeutung der Medizin wuchs auch durch die Erkenntnis, dass Krankheiten aus einer spezifischen Ursache (etwa einem Erreger) heraus entstehen können und durch die bahnbrechenden Erfolge in der Bakteriologie und der damit einhergehenden Bekämpfung und Eindämmung von Infektionskrankheiten. Die in den entwickelten Industriestaaten häufigste Form der Krankheitsdiagnostik beruft sich dabei auf die biologisch-somatische Sichtweise der Medizin. Dennoch gibt es keine einheitliche Definition von Krankheit. Lediglich die schon angesprochene International Classification of Diseases (ICD) ermöglicht eine Zuordnung bestimmter Krankheitsmerkmale. Das weltweit gültige Diagnosesystem wird auch in Indien in der Krankheitsklassifikation verwendet.

In der Weiterentwicklung des bereits angesprochenen Ansatzes von Talcott Parsons setzt sich Niklas Luhmann (1990) in seiner Systemtheorie auch mit der Frage auseinander, inwieweit bei der „Krankenbehandlung“ von einem autonomen Funktionssystem gesprochen kann?

Luhmann (1990) unterscheidet dabei zwischen dem Medizinsystem und dem System der Krankenbehandlung. Als Medizinsystem gilt die Behandlung von Kranken als Teilsystem eines anderen Funktionssystems. Als System der Krankenbehandlung besäße die gleiche Handlung die Autonomie eines eigenen Funktionssystems, wie es dann nur mit dem politischen System vergleichbar wäre. Sodann gelten auch für das System der Krankenbehandlung die theoretischen Einsichten wie sie auch für andere Funktionssysteme gelten. Danach ist dieses Funktionssystem von außen nicht steuerbar. Es hätte eine nirgendwo sonst erfüllbare Funktion und kein Bürger könnte außerhalb des Systems gesund werden. Luhmann (1990) sieht jene erforderlichen Kriterien für die Autonomie des Krankenbehandlungssystems als erfüllt, wenngleich er auf die strukturellen Kopplungsmechanismen aufmerksam macht, die aus finanziellen Transaktionen resultieren.

Gesundheit ist dabei nicht das Wesentliche, denn: „Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit“ (Luhmann 1990: 187). Die binäre Codierung unterscheidet, so Luhmann, zwischen krank und gesund, wobei der Begriff Gesundheit als negativer Wert verstanden wird, da nur das Auftreten von Krankheit den Arzt zum Handeln zwingt und dadurch dem System seine Funktion zuschreibt – Heilung einer Krankheit oder zumindest die Linderung des Leidens im Falle chronischer oder unheilbarer Krankheiten.

Die Luhmann'sche These (1990) zur binären Codierung der Krankenbehandlung erscheint zunächst ungewöhnlich. Dennoch liegt ihr ein wichtiger Bestandteil zugrunde; die Frage nach dem, was Krankheit ausmacht und wodurch sich eben jene Zustandsbeschreibungen zwischen gesund und krank, im Sinne einer Aktivitätsbedingung, unterscheiden. Luhmann (1990) definiert den speziellen Kommunikationsbereich zwischen dem des Arztes und seines Patienten. Hierbei muss die Unterscheidung zwischen Positivwert und Negativwert nachweisbar sein. Da Luhmann der Krankheit eine Anschlussfähigkeit zuschreibt, wird diese zum Positivwert. Folglich ist die Gesundheit als Negativwert in der Kontingenzreflexion definiert, da sie nicht zu tun gibt, sondern lediglich reflektiert. Luhmann (1990) spricht von einer „Struktur der Asymmetrie“. Die Krankheitsterminologien wachsen demnach mit den Krankheiten, während die Gesundheit zunehmend problematischer und inhaltsleerer wird. Die Praxis strebt dabei vom positiven Wert hin zum negativen Wert – die Reflexionsformel selbst ist dabei zugleich die Zielformel. Aber wie verhält es sich mit dem Ziel Gesundheit? Ist sie ein Selbstzweck oder doch ein Mittel zum Zweck für eine prosperierende Gesellschaft?

### 3.6. Human Capital Approach vs. Human Development Approach

Im Verlauf der zurück liegenden Jahre wurde Gesundheit zunehmend verstanden als eine notwendige Grundvoraussetzung von Produktivität und wirtschaftlichem Wachstum. Dennoch bleibt es in der vorliegenden Arbeit dem Verständnis nach auch ein Ziel in sich selbst – ein bürgerliches Grundrecht. In der Vergangenheit gab es verschiedene Ansätze, die sich mit dem sozialen und gesundheitlichen Sektor auseinandersetzten und auch im Rahmen dieser Dissertationsschrift muss eine kurze Debatte über das Ziel der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten im Kontext staatlicher Aktivitäten geführt werden, um zu verdeutlichen, dass in der „Konstruktion“ der politischen Variable *health citizenship* bereits eine Legitimitätsverantwortung liegt, die weit über den Begriff Armutsbekämpfung hinausreicht.

#### 3.6.1. Human Capital Approach

Im „human capital approach“, begründet von Schultz (1961), Becker (1962) und Rosen (1989), werden Investitionen in Bildung, in Gesundheit und Ernährung als Mittel betrachtet, um die Qualität menschlichen Kapitals zu vergrößern (Prabhu/Sudarshan 2002: 2). Nach ihren Vorstellungen führe dies einerseits zu größerer Produktivität der Arbeit, während andererseits die Investitionen durch finanzielle Gewinne (in Form von Bildung) oder als Anpassungsfaktor an Produktionsfunktionen (in Form von Gesundheit) zurückgegeben würden. Das grundsätzliche Verständnis des „human capital approach“ beruht auf der individuellen Bereitschaft der Bürger in der Erwartung von Rückkopplungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt in die Zukunft zu investieren. Die Rolle des Staates wird begriffen als Investor in bestimmte Bereiche. Positive Anerkennungen der Gesellschaft rechtfertigen solche staatliche Investitionen. Die Thematiken „Armut“ und „Unfähigkeit der Individuen selbst zu investieren“ werden darin nicht direkt aufgegriffen. Dieser Ansatz gerät deshalb im Falle enormer Armut an seine Grenzen und stellt den Selbstzweck der menschlichen Existenz als Voraussetzung einer Gesellschaft in Frage.

#### 3.6.2. Human Development Approach

Als Lösungsansatz bot sich der „human development approach“, der in den 1990er Jahren die Diskussion erweiterte. Bildung, Gesundheit und ausreichende Ernährung werden verstanden als ein „Ende in sich selbst“ und nicht als Mittel zu größerer Produktivität und Verdienst. Die

Ziele des sozialen Sektors sind die Verbesserung der Lebensqualität und das wirtschaftliche Wachstums (Prabhu/Sudarshan 2002: 3). Die menschliche Entwicklung als Konzept wird definiert als „Erweiterung menschlicher Entscheidungsmöglichkeiten“. Dies umfasst die Elemente „empowerment“, Kooperation, Gerechtigkeit in grundlegenden Fähigkeiten und Möglichkeiten. Das Erreichen eines Minimums an Gesundheit, Ernährung und Bildung als Grundrecht der Bürger teilt dem Staat die Schlüsselrolle zu. Dieser trägt die Verantwortung für die Umsetzung und Bereitstellung dieser Rechte (ebenda), wiewohl Gesundheit in der indischen Verfassung nicht als Grundrecht definiert und somit nicht einklagbar ist.

Der von Amartya Sen über viele Jahre hinweg entwickelte „capability approach“ hat sich nunmehr in der Forschung und in der Praxis als „führende Alternative gegenüber den üblichen ökonomischen Verständnisrahmen zur Armut, Ungleichheit und menschlicher Entwicklung im Allgemeinen etabliert“ (Clark 2005: 2). Sens (1981, 1984, 1985, 1999) Ideen und Argumentationen beziehen sich dabei vor allem auf Adam Smith (1776) und Karl Marx (1844), die sich sowohl mit den Notwendigkeiten für das Überleben, den Lebensbedingungen als auch mit menschlicher Freiheit auseinandergesetzt haben. Das Konzept der „Selbstachtung“ sowie der (freie) Zugang zu primären Gütern gehören zu den zentralen Elementen in Amartya Sens „capability approach“, die er unter anderem aus John Rawls „Theory of Justice“ (1971) abgeleitet und weiterentwickelt hat (Clark 2005).

Den größten Bezug jedoch hat der „capability approach“ zum „basic needs approach“ von Paul Streeten et. al. (1981) und Frances Stewart (1985). Trotz verschiedener Kritiken zu den Ansätzen, die sich meist aus der Bedrängnis der Selbsterhaltung und Erkenntniswahrung heraus entwickeln, kann festgehalten werden, dass der „capability approach“ in der Analyse von Armut und Entbehrung und der kritischen Beschäftigung mit Wohlergehen weit über die Konzeption des „basic needs approach“ hinaus geht (ebenda). Amartya Sen's Entwicklungsbegriff ist nicht das Synonym für hohes Einkommen und geringer Einkommensarmut. Vielmehr beruht sein Entwicklungsverständnis auf dem Zugewinn persönlicher Freiheit, was er als „expanding real freedoms that people enjoy“ (Sen 1999, in: Klasen/Günther 2006: 8) zusammenfasst. Verwirklichungschancen beruhen dabei auf der Freiheit gesund zu leben, gut ausgebildet und ausreichend ernährt zu sein, in angemessenen Wohnverhältnisse zu leben, passende Kleidung zu tragen und somit die Grundlagen zu nutzen, sich in die Gesellschaft zu integrieren. Wohlergehen ist daher vielmehr ein multi-dimensionales Konzept denn eine Reduktion auf Einkommen sowie Wohlstand und wird somit wie von Sir Alexander Russel (1939) gefordert zur elementaren Grundlage einer „gesunden Nation“ (vgl. Kapitel 3.7.2.).

### 3.6.3. Das Recht auf Gesundheit

Die indische Verfassungsricht in Art. 47 (Part IV – Directive Principles of State Policy) die Bundesstaaten in der Pflicht der Gesundheitsversorgung: „The State shall regard the raising of the level of nutrition and the standard of living of its people and the improvement of public health as among its primary duties and, in particular, the State shall endeavour to bring about prohibition of the consumption except for medicinal purposes of intoxicating drinks and of drugs which are injurious to health.“ Ein Recht auf Gesundheit, wie etwa das Recht auf Bildung, auf Arbeit oder das Recht der freien Religionsausübung, in der Verfassung festgeschrieben wurden, ist darin nicht formuliert. Innerhalb der indischen Verfassung gibt es jedoch durchaus Artikel, die im Sinne eines Rechtes auf Gesundheit interpretiert werden können und in der Vergangenheit auch schon so ausgelegt wurden – hierzu Art. 21 (Part III – Fundamental Rights): „No person shall be deprived of his life or personal liberty except according to procedure established by law.“ Trotz der Bemühungen und Möglichkeiten ist es unbestritten, dass bei der Formulierung der Verfassung eine Konkretisierung auf die Verpflichtung des Staates und auf die Rechte der Bürger hinsichtlich einer angemessenen Gesundheitssicherung vermieden wurde. Dieses Fehlen eines eindeutig formulierten Rechts auf Gesundheit wird von der Jan Swasthya Abhiyan (JSA) (People’s Health Movement – Indien), einer Bewegung für die Verbesserung der Gesundheitssituation auf dem Subkontinent, aufgegriffen. Sie definiert Gesundheit als „[...] as a justiciable right and demand the provision of comprehensive health care as a fundamental constitutional right of every one of us.“ (JSA 2000: 1).

Zum offiziellen Arbeitsstart der Public Health Foundation of India (PHFI) eröffnete Dr. Manmohan Singh, am 28. März 2006, die Feierlichkeiten mit den Worten: „The importance of public health in India’s development cannot be overemphasised. Ours is a demographically young country. The largest growing demographic segment in India over the next two decades lies between 15-59 years. This provides a wide window of opportunity to enhance national growth provided one can productively deploy this large base of human resources.“ Inwieweit diese Chance der “human resources” in Indien genutzt wird, darauf konzentrieren sich unter anderem die Inhalte im anschließenden Kapitel.

### 3.7. Vom Individuum zur Gesellschaft – Public Health

Die Auseinandersetzung mit der Gesundheitspolitik in Indien kann und wird im vorliegenden Rahmen nicht aus einer rein medizinischen Perspektive vollzogen. Es geht vielmehr um das Hinterfragen der strukturellen, sozio-ökonomischen und ökologischen Ausgestaltung des umgebenden Raumes zwischen der Gesellschaft und dem Individuum, der die individuellen Dimension „gesund“ als persönliche Empfindung mit der gesamtgesellschaftlichen Dimension eines öffentlichen (Gesundheits-) Raumes verbindet. Public Health kann im Sinne des *health citizenship* gleichermaßen als rechtlich notwendig aber nicht als verfassungsmäßiges Recht verstanden werden. Public Health im Unterschied zu Gesundheit des Einzelnen wird zu einer sozialen Verpflichtung des Staates, denn Krankheit ist nicht vermeidbar und somit muss Gesundheitssicherheit durch den Staat gewährleistet werden können. Dies gilt sowohl in der Argumentation dem Produktivitätsansatzes folgend, als auch mit dem Verständnis eines Zugewinns persönlicher Freiheit (vgl. Sen 1999). Public Health Maßnahmen betreffen dabei immer die Gesamtgesellschaft.

Die Begriffe „Öffentliche Gesundheit“ und „Public Health“ werden in der vorliegenden Arbeit als gleichwertige Synonyme verwendet. Da der Terminus „Public Health“ jedoch über den konzeptionell enger gefassten Zustandsbegriff „öffentlicher Gesundheit“ hinausgeht und über die vergangenen Jahre hinweg auch in den deutschen Sprachgebrauch übergegangen ist, wird dieser hier vorgezogen. Wissenschaftlich ist die Begriffskombination der Gesundheitswissenschaften/Public Health (Sciences) geprägt worden. Diese Begriffskombination etablierte sich in den 1980er Jahren, um die Querschnittsdisziplinen von Gesundheitsforschung und Gesundheitswesen in einem gemeinsamen Terminus zu verbinden. Die Gesundheitswissenschaften integrieren die Theorien, Modelle und Ergebnisse der bisherigen Spezialdisziplinen zu Gesundheit und Krankheit. Public Health ist ein problembezogenes und interdisziplinär arbeitendes Fachgebiet der Gesundheitswissenschaften. Es umfasst die Gesamtheit aller sozialen, politischen und organisatorischen Anstrengungen, die auf die Verbesserung der Gesundheit von Gruppen oder ganzer Bevölkerungen zielen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Systemforschung und – Gestaltung im Gesundheitswesen (Franzkowiak 2003).

Eine eindeutige Zuordnung des Begriffes bleibt jedoch problematisch. Allgemein formuliert ist Public Health gleichermaßen ein Wissenschaftsbereich mit dem Fokus auf Gesundheit, der über die Perspektive des einzelnen Individuums hinaus geht und ein Bereich der praktischen Anwendung. Das Ziel von Public Health ist die Bereitstellung der bestmöglichen

Gesundheitsdienste für jeden einzelnen Bürger in jedem Distrikt (Walley et. al. 2001: 3). In der Erweiterung des räumlich-limitierten, medizinischen Verständnisses der Versorgung eines mit akuten Schmerzen ins Krankenhaus gelangenden Patienten, steht im Sinne des Public Health nicht nur das Individuum sondern vielmehr die Gesamtgesellschaft und hier insbesondere die entfernten und entlegenen Gebiete im Fokus. Auch hinsichtlich der Ein- und Umsetzung von Präventivmaßnahmen und der Versorgungsdichte spielt dies eine nicht unerhebliche Rolle.

Vor diesem Hintergrund ist die Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten besonders sensibel zu betrachten. Wenngleich erwähnt werden muss, dass die Herausforderungen in den Städten (etwa Überbevölkerung, Siedlung in Slums, Luftverschmutzung, „Wohlstands-krankheiten“) und Dörfern (Versorgung mit sauberem Trinkwasser, Zugang zur medizinischen Diensten, System der Weiterleitung an Spezialisten) sich in einigen Bereichen zwar ähneln, in anderen jedoch sehr unterschiedlich sind.

Ähnlich wie bei den Termini Nation, Demokratie oder auch Krieg verfügt auch Public Health über eine Vielzahl von Interpretationen, die mitunter historisch unterschiedlich ausfallen, wobei die zentralen Elemente des Public Health Konzeptes von Charles E. A. Winslow (1920) noch immer von Relevanz sind, aber den globalen Entwicklungen angepasst und erweitert wurden.

### 3.7.1. Konzepterweiterung

Zu den frühesten und einflussreichsten Definitionen von Public Health gehört, wie bereits erwähnt, die von Charles Edward Amory Winslow 1920 aufgestellte Definition von „Old Public Health“: “Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment for disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health" (Winslow 1920: 30). Die Entwicklung von „Old Public Health“ hin zu „New Public Health“ reflektiert die Erweiterung von einer zunächst auf verschiedene Bevölkerungsgruppen begrenzte Versorgungsdimension zu einem breiteren Blickwinkel. Die Tragweite der Definition von Winslow (1920), dessen Konzept retrospektiv als „Old Public Health“ titulierte wurde, war bis in die 1980er Jahre auf die Bereiche der

Prävention, Mikrobiologie, Epidemiologie und Hygiene fokussiert. Danach erfuhren diese Bereiche entweder eine „Binnendifferenzierung“, so wurde etwa im Bereich der Hygiene zwischen Sozialhygiene und Umwelthygiene unterschieden, oder eine Erweiterung um die Bereiche Gesundheitssystemforschung und Versorgungsforschung (vgl. Hurrelmann/Laaser 1998). In dieser neuen Phase des Public Health kommen den komplexen Interaktionsmuster zwischen individueller Gesundheit und Gesundheitsverständnis in Wechselwirkung mit den ebenso vielschichtigen Gesellschaftsstrukturen zwischen sozialer, politischer, umweltrelevanter und wirtschaftlicher Wirklichkeit eine große Bedeutung zu. Auch Umweltfaktoren werden im „New Public Health“ sehr umfassend verstanden – sozial, physiologisch als auch psychologisch (Deodhar 2007: 382) und gehören zu den „neuen“ Attributen des Public Health.

Eine kurze Zusammenfassung weiterer Definitionen von Public Health findet sich bei den Autoren Dawson und Verweij (2007). So definierte ein Ausschuss des Institute of Medicine<sup>45</sup> (IOM) (1988) Public Health als: „[...] fundamental to every individual’s health. [...] the mission of public health can be described as fulfilling society’s interest in assuring conditions in which people can be healthy (IOM 2012: Advising the Nation/Improving Health: 12).“ Das Verständnis von Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sogar verstärkt als gesellschaftliche Verpflichtung findet sich auch wieder in Lawrence O. Gostin (2010). Er versteht Public Health als “society’s obligation to assure the conditions for people’s health.” Mark A. Rothstein (2002: 146) stellt in seinem Artikel diese verschiedenen Definitionen gegenüber und ergänzt sie implizit um die der politischen Steuerung: „The key element of public health is the *role of the government* – its power and obligation to invoke mandatory or coercive measures to eliminate a threat to people’s health.“ Rothstein’s Argumentation verfolgt jedoch, so Dawson und Verweij (2007), einen zu stark normativen Ansatz, da er darum bemüht ist, legitimierte Einschränkungen von staatlichem „Eingreifen“ in Persönlichkeitsräume zu definieren. Allerdings bleibt aus politikwissenschaftlichem Interesse der Verweis auf „staatliche Intervention“ als definierendes Merkmal von Public Health ein nicht unerhebliches Argument. Rothstein (2002) argumentiert, dass der Gebrauch staatlicher Autorität im Sinne einer „öffentlichen Gesundheit“ nur gerechtfertigt ist, wenn (1) die Gesundheit der Gesamtgesellschaft gefährdet ist, wenn (2) die Regierung über Macht und Mittel verfügt, diesen Herausforderungen zu begegnen oder wenn (3) die Effizienz und der Nutzen staatlichen Handeln als höher eingeschätzt wird als die des einzelnen Individuums.

---

<sup>45</sup>Das 1970 gegründete Institute of Medicine ist eine non-for-profit, Nicht-Regierungsorganisation in den USA und ist Teil der United States National Academies (www.imo.edu).

Die Notwendigkeit der Ausübung von Autorität ist dabei unbestritten. Weitaus problematischer als die Frage des Normativitätscharakters der Argumentation ist jedoch der Faktor, dass bei Rothstein (2002) Public Health erst *mit* Eingreifen eines übergeordneten Konstrukts definiert ist. Public Health ist als Phänomen demzufolge in dessen „*Existenz*“ abhängig von staatlichem Eingreifen. Aber staatliches Handeln macht nicht das Phänomen zum Phänomen, sondern vielmehr *gestaltet* (im Sinne einer Steuerung) staatliche Intervention die direkten Auswirkungen durch die Mittel der Intervention oder das Ausbleiben der selbigen. Die Parallelität der Verantwortung gegenüber der Gesamtgesellschaft, die gleichzeitig auch immer eine Verantwortung gegenüber den einzelnen Bürger darstellt, ist für den Raum politischer Steuerung jedoch zu unterscheiden von der Unmittelbarkeit der medizinischen Versorgung im Einzelfall. Zwar betrifft „primary health [...] the health of the entire population, rather the health of the individual“ (Childress et. al. 2002, in: Dawson/Verweij 2007: 15), aber dennoch wirken sich Maßnahmen oder das Fehlen von angemessenen Maßnahmen von der übergeordneten Dimension der Gesamtbevölkerung auf den individuellen Bürger aus.

Die Bedeutung politischer Macht im “[...] Prozess der Mobilisierung lokaler, länderspezifischer, nationaler und internationaler Ressourcen zur Lösung von Gesundheitsproblemen, die eine Gesellschaft ihrer gesamten Breite erfasst“, zeigt sich auch bei Detels und Breslow (1991: 49). Es wird hierbei davon ausgegangen, dass die Ressourcenverteilung eine Variable von Macht und Einflussnahme ist, wodurch sich diese Definition von Public Health grundsätzlich in die politikwissenschaftliche Perspektive eingruppiert lässt. Zusammengefasst ist Public Health regional-spezifisch und die „öffentliche“ Komponente variiert zwischen Industrie-, Schwellen- und Entwicklungsländern (Deodhar 2007: 380). Zu den Prioritäten der öffentlichen Gesundheitsversorgung gehört das Ausmaß der Sterblichkeit und Morbidität einer Krankheit/Erkrankung, die wirtschaftlichen sowie sozialen Verluste und die Verfügbarkeit von kosteneffizienten und realisierbaren präventiven Maßnahmen (ebenda). In der öffentlichen Gesundheitsversorgung ist die Reflektion der sozialen Lebensbedingungen der Gemeinschaft ebenso wichtig, wenn nicht von größerer Bedeutung als die unmittelbare Behandlung akuter Krankheitszustände, da hierdurch längerfristige Perspektiven möglich sind als durch die individuelle medizinische Erstversorgung im einzelnen Krankheitsfall erreicht werden kann.

### 3.7.2. Public Health in Indien

“Many of you no doubt are acquainted with the Biblical story of the wise man who built his house upon a rock in contradistinction to the foolish one who built upon sand with disastrous results. Similarly, in nation-building, we must be sure of our foundations and it is my purpose tonight to try to demonstrate to my listeners that the one sure foundation on which to build a happy and prosperous nation is that of health, - not only health of the individual but health of the community. We are all so apt to leave community health, or public health as it is usually called, to the other fellow, forgetting that it is the cumulative effort which counts so much. So it is that I have no hesitation in claiming that public health, and all that that phrase implies, is *the* sure foundation on which to erect the structure of national health. Without that foundation, no nation can hope to be strong enough to resist successfully the strain of economic and social storms. The purpose of all nation building activities is to make the life of every citizen fuller, richer and happier. This implies that the individual citizen should be provided with suitable opportunities for desirable self-expression, in respect of his physical, intellectual and emotional equipment, because only by that means he hopes to enlarge his experience and his capacity for enjoyment in life. Modern public health development stands for the creation and maintenance of all those conditions which will enable each individual to attain these objects. Sickness, pain and suffering, poverty, malnutrition, maladjustments in his home or in his work or in his social environment, these are largely responsible for depriving the average citizen of his inherent right to enjoy life. [...] The remedy for these errors, which are usually, but not always the result of sheer ignorance, lies in health education, that is, in teaching the people how to avoid actions which assist in the spread of disease. Such instruction is essential for real citizenship, because it is only when the individual comes to realise that his interests and those of his neighbours are identical in respect of health matters that he develops the wider outlook which is so essential if his actions in other spheres of life are to be to the benefit of the State and to his fellow-citizens. [...] In so far as the public health movement can help to foster man’s fellow feeling for man, its contribution towards nation building will be of an enduring and beneficent nature, resulting in a vastly desirable increase of human happiness and well-being” (Col. Sir Alexander Russell<sup>46</sup>, I.M.S 1939).

---

<sup>46</sup>Sir Alexander James Hutchison Russell, C.B.E., M.D., LL.D., D.P.H., D.T.M. (1882-1957), Professor für Hygiene und Bakteriologie am Madras Medical College 1912-1917. Geboren in Schottland. Beitritt zum Indian Medical Service (IMS) 1908. U.a. Hoher Beauftragter für Public Health in Britisch-Indien 1933-1939 und Chirurg des Vizekönigs sowie des Königs 1934-1939.

Diese, im indischen Rundfunk ausgestrahlte Ansprache von Sir Alexander Russell trug den Titel „Public Health – The Foundation of Nation Building“. Der Entstehungsprozess einer Nation, das Nation-building, wird mit der Absicht verfolgt, so Russell (1939), dass jedes einzelne Individuum ein erfülltes und glückliches Leben führen kann. Gesundheit ist hierfür der Schlüssel. Das Individuum, der Bürger auf dem Subkontinent, lebt in der komplexen Umgebung seines Privat- und Arbeitsalltags geprägt von Armut, Unterernährung, mangelnder Anpassungsfähigkeiten, als Bedingungen für Krankheit, Leiden und Schmerz. Das kann folglich dazu führen, dass das Fundament im Prozess des Nation-building über keine stabile Grundlage verfügt, um die Nation selbst zu tragen. Public health ist hierin das Instrument, welches die Bedingungen des Individuums dergleichen gestaltet, dass ein erfülltes Leben und eine für die Nation notwendige körperliche Verfassung ermöglicht wird. Gesundheits-erziehung ist für den Aufbau des Fundaments der Nation eine wichtige Säule, anhand derer eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann, die Russell (1939) als Voraussetzung für den Erhalt und die Fortentwicklung des Staates betrachtet. Nur die Gesundheitsversorgung für die Gemeinschaft und nicht des Einzelnen allein, bietet das sichere Fundament für die strukturelle Ausgestaltung der nationalen Gesundheitspolitik. Russell's Ausführungen liegen Jahre vor der ersten Veröffentlichung von T.H. Marshall (1967) aber greifen bereits vor der Unabhängigkeit 1947 die Idee des (*public*) *health citizenship* in einer Nation, die als solche erst noch geboren werden sollte.

Russell (1939) legt in der seiner Redeansprache den Fokus auf „modern public health“, auf die öffentliche Gesundheitsversorgung, die mehr Dimensionen aufweist als die Fähigkeiten eines guten Arztes. Auffällig in seinen Ausführungen ist der Bezug zur Staatsbürgerschaft (*citizenship*), welcher in den Publikationen in den Folgejahren nach der Unabhängigkeit Indiens als wichtige Dimension der Gesundheitspolitik vernachlässigt wurde oder nur marginal als Bestandteil der ökonomischen Bedeutung von Gesundheit Erwähnung fand.

### 3.7.3. Public Health als Grundlage wirtschaftlichen Wachstums

Die indische Planungskommission (Planning Commission), die 1950 als Beratungsorgan vom Kabinett eingerichtet wurde (Mitra 2010: 151), präsentierte bereits im Folgejahr der Verabschiedung der Verfassung 1950 unter Federführung von Jawaharlal Nehru dem Parlament ihre Vorstellung von Gesundheit im ersten Fünfjahresplan (1951-56).

„Health is fundamental to national progress in any sphere. In terms of resources for economic development, nothing can be considered of higher importance than the health of the people

which is a measure of their energy and capacity as well as of the potential of man-hours for productive work in relation to the total number of persons maintained by the nation. For the efficiency of industry- and of agriculture, the health of the worker is an essential consideration. Health is a positive state of well-being in which the harmonious development of physical and mental capacities of the individual lead to the enjoyment of a rich and full life. It is not a negative state of mere absence of disease. Health further implies complete adjustment of the individual to his total environment, physical and social. Health involves primarily the application of science for the benefit of the individual and of society. But many of the factors, social, economic and educational have an intimate bearing on the health of the community. Health is thus a vital part of a concurrent and integrated programme of development of all aspects of community life” (Planning Commission 1951).

Die inhaltliche Ausgestaltung und Formulierung des ersten Fünfjahresplans fokussierte die Entwicklung der neu gegründeten Republik in Richtung einer strukturellen Anpassung der Landwirtschaft und einer Transformation der landwirtschaftlichen Überproduktion hin in Richtung neuer, gewinnbringender Industriezweige.

Eine grundsätzliche Veränderung hat in den vergangenen 64 Jahren seit der Unabhängigkeit nicht stattgefunden. Neu ist lediglich die Formulierung und Festlegung auf „[...] assuring a minimal level of health care [...] im 11. Fünfjahresplan (2007-2012), die in diesem präzisen Rahmen bisher seitens der Planungskommission nicht beschrieben wurde. Was dieses „minimale Gesundheitslevel“ ausmacht, bleibt jedoch unerwähnt.

#### 3.7.4. Gesundheitsverständnis in Indien

In Betrachtung der in den vergangenen Jahren erschienenen wissenschaftlichen Publikationen um den Gesundheitssektor in Indien (vgl. Baru 2008; Rout/Panda 2007; Kishore 2007; Singh 2006; Bagchi 2005) wird zunächst auffällig, dass der eigentliche Begriff „Gesundheit“ nur oberflächlich diskutiert bleibt. Gesundheit wird meist verstanden als komplexes und multidimensionales Phänomen, welches durch eine Reihe von sozioökonomischer und persönlicher Faktoren beeinflusst wird (Rout/Panda 2007: 2). Darunter fallen das Einkommen, der Bildungsgrad, das Bevölkerungswachstum, die Bevölkerungsdichte und die Altersstruktur, die natürlichen Ressourcen, die eigenen Ersparnisse, die Lenkung durch die Wirtschaftspolitik, die Qualität der öffentlichen Institutionen, die geographische Beschaffenheit, die Nahrungs- und Wohnsituation, die sanitären Anlagen, soziale Gewohnheiten und übertragbare Krankheiten (Rout/Panda 2007: 2). Rout/Nayak (2007: 13)

bezeichnen Gesundheit als „[...] multifaceted concept and thus it defies any precise definition. The narrow definition of health posits it as the absence of disease. The broad definition of health however does not rest merely on the absence of disease but the fulfillment of a whole range of personal, physiological, mental, social and even moral goals.“ Ein weitere Perspektive bietet Kishore (2007:1), wenn er das Verständnis von Krankheit und Gesundheit als zwei Zustandspole im Verlauf der Lebenszeit verankert und zur Schlussfolgerung kommt: „Defining health is giving positive side of the existence.“ Sowohl Rout/Nayak (2007), Rout/Panda (2007) als auch Kishore (2007) orientieren sich stark an der Gesundheitsdefinition der WHO, die Gesundheit zwar zum Begriff der Krankheit in Bezug setzt, gleichwohl aber die sozioökonomischen und gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen in das Gesundheitsverständnis mit einbeziehen. Mit Kishore (2007) werden Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums verstanden, wie es bereits von Antonovsky (1979) formuliert wurde.

### 3.8. Zusammenfassung

Die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit unterliegt verschiedenen Faktoren, von großer Bedeutung ist die Ermangelung einer klaren Definition. Ferner kommt die Entwicklung immer besserer technischer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten hinzu. Eine wichtige Rolle bei der Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit spielt ebenso die Kulturgebundenheit der Beurteilung sowie die interessengeleitete Definitionsmacht, wodurch Lobbyisten, die Pharmaindustrie oder Apotheken profitieren können. Gesundheit ist sowohl vom eigenen Gesundheitsverhalten als auch gleichermaßen von den Gesundheitsverhältnissen abhängig. Aus beiden zusammen lassen sich die Ausprägungen des Gesundheits- und Krankheitsstatus der Bevölkerung ableiten (vgl. Hurrelmann 2010: 19). Gesundheit kann demnach als Schnittmenge zwischen individueller und staatlicher Verantwortung verstanden wird. Diese Schnittmengenverteilung variiert dabei in Abhängigkeit zu den Wohlfahrtsstaatsmodellen.

## **4 Regionalität und health citizenship**

Indiens Bevölkerungszahl liegt bei etwa 1.2 Milliarden (Census of India 2011a). Indische Bundesstaaten zählen so viele Einwohner wie einzelne Staaten in Europa insgesamt. Etwa drei Viertel der Bevölkerung leben über den gesamten Subkontinent verteilt in ländlichen Gebieten. Die Merkmalsvielfalt und Besonderheit des indischen Systems machen es notwendig, den Analysefokus auf die Regionen zu lenken, da nur durch das konkrete Verständnis der politischen und sozioökonomischen Hintergründe im „Einzelfall“ eine adäquate Politikformulierung möglich ist. Zudem wird vordergründig argumentiert, dass die Regionalität des politischen und sozioökonomischen Systems Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat, dessen Wahrnehmung sich wiederum auf die politische Legitimität auswirkt. Die regionale Diversität ist demzufolge der Ausgangspunkt für regionalspezifische Legitimitätsgrade. Die bisherigen Erkenntnisse konnten bereits die Thesen bestätigen, wonach sowohl ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Staatsbürgerschaft als auch ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Legitimität besteht. Im Folgenden geht es darum die regionale Komponente des „health citizenship“ hiervon abzuleiten.

### **4.1. Der Föderalismus als institutionelle Komponente der Regionalität**

Der Föderalismus als eine wesentliche, strukturelle Rahmenbedingung ist in Indien einer der Schlüssel zur Einheit in der Vielfalt, dessen Grad an Flexibilität die Voraussetzung für die mittlerweile 29 Bundesstaaten geschaffen hat. Die Ausgestaltung der föderalen Strukturen in Indien folgt dabei den lokalen und regionalen Besonderheiten und sichert mit deren staatlicher Anerkennung den Wert dieser Identitäten. Diese Anerkennung kann jedoch auch als eine Art der Abgrenzung zwischen den Bundesstaaten verstanden werden, die durch eine zentrale Institution koordiniert werden müssen (Mitra 2008: 629). Der indische Föderalismus ist dabei in seiner Form einzigartig und mit anderen Systemen nicht vergleichbar. Die größte Aufgabe des politischen Systems nach der traumatischen Teilung des Landes in Indien und Pakistan bestand und besteht in der Schaffung eines Gleichgewichtes zwischen lokalen, respektive regionalen und nationalen Interessen (Mitra 2011a: 87), um der großen Sorge vor einer „Balkanisierung“ des Staats zu begegnen. Dabei spielt die Stabilisierung des demokratischen Systems einer multinationalen „state-nation“ in Indien (von Beyme 2007) eine besondere Rolle: „In addition, Indians have had to nurture, defend, and try to deepen democracy in a sociological and political context where this multi-national dimension interacts with more

linguistic, religious, and socio-economic diversity than that found in any other longstanding democracy in the world“ (Stepan 2007: 227). Die föderale Praxis verbindet auf besondere Weise die aktive Wahrnehmung regionaler Interessen, einen aktiven Widerstand gegen secessionistische Bewegungen und versucht innerhalb der föderalen Strukturen einen Ausgleich zwischen nationalen und regionalen Interessen zu schaffen. Dennoch sind übergeordnete Koordinationsstrukturen notwendig, um die Abstimmung zwischen den Interessen und Akteuren zu gewährleisten und Konfliktpotenziale frühzeitig zu erkennen. Auch sind Steuerungsprozesse nur möglich, wenn ein gewisser Grad an Zentralisierung vorhanden ist. In Indien ist dieser, ähnlich wie in Frankreich, jedoch sehr stark ausgeprägt (vgl. von Beyme 2007). Für Indien hat diese Zentralisierung eine erhebliche politische Relevanz und trotz einer Vielzahl an dezentralen Elementen ordnet Arend Lijphart (2007) in seiner Vergleichsstudie zu unitär und föderal ausgestalteten Demokratien Indien in die Kategorie der „quasi-föderalen“ Staaten. Zurückgeführt wird dies auf die in der Verfassung festgeschriebenen Artikel der „President’s Rule“, die in Indien zur politischen Praxis gehört, jedoch der Unionsregierung die Möglichkeit eröffnet, direkt die Kontrolle über die Regierung einzelner Bundesstaaten zu übernehmen.

Die föderale Struktur Indiens, auch als „‘cooperative‘ federalism of India“ bezeichnet (vgl. Mitra 2008; Mitra 2011a: 89). Die Verfassung als Vertrag zwischen der Zentralregierung und den Bundesstaaten definiert dabei in Auflistung Nummer 7 (seventh schedule, Art. 246) die Machtverteilung zwischen Zentralregierung und Bundesstaaten. Mit der 73. und 74. Verfassungsergänzung (1993) wurde eine dritte politische Ebene geschaffen – das Panchayat mit einer Verwaltungseinheit von mehr als 500.000 Dorfversammlungen, die wie auf allen weiteren Ebenen gleichermaßen auch direkt gewählt werden. Die Wahlkommission und der Supreme Court als höchste Gremien überwachen dabei den politischen Prozess sowie dessen Dynamiken (vgl. Mitra 2011a).

Entsprechend der Verfassung verfügt die Zentralregierung über eine exklusive Entscheidungskompetenz in Fragen von nationaler Relevanz (Union List). Den Bundesstaaten werden die Kompetenzen in den Bereichen lokaler und regionaler Bedeutung zugesprochen (State List). Hierunter fallen die Bereiche öffentliche Ordnung, Wohlfahrt, Gesundheit, Bildung, Lokalregierungen, Industrie, Landwirtschaft und die Einnahme von Steuern aus Grundbesitz (vgl. detaillierte Aufschlüsselung in Kapitel 6, Tab. 6.1.). Eine Besonderheit des indischen Föderalismus sind die Regelungen der „Concurrent List“, in der sich die Unionsregierung und die Bundesstaaten hinsichtlich bestimmter Themen von nationaler Bedeutung wie dem Zivil- und Strafrecht, soziale und wirtschaftliche Planungsprozesse, die Kompetenzen teilen.

Allerdings überwiegt im Konfliktfall das Recht der Union gegenüber dem Recht der Bundesstaaten. Durch das Recht den größten Teil der Steuern einzunehmen, übernimmt die Unionsregierung ein Großteil der Ausgabenpolitik. Die Bundesstaaten sind also maßgeblich von den Verteilungsprozessen der Zentralregierung abhängig. Dabei werden die Steuereinnahmen auf Einkommen, Körperschaften, Import und Export entsprechend den Vorgaben der Finanzkommission schließlich auf die Bundesstaaten verteilt (Mitra 2011a). Zu den wenig lukrativen Steuern, die von den Bundesstaaten eingenommen werden, gehören die Agrar- und Bewässerungssteuern (Mitra 2008: 630). Eine Folge sind erhebliche Defizite, die sich auch in allgemeinen Mängeln der Infrastruktur wiederfinden. Kapitel 6 wird die Strukturen und Prozesse im Gesundheitssektor noch stärker analysieren, es wird jedoch schon an dieser Stelle deutlich, dass zwar die Verantwortung für den Gesundheitssektor bei den Bundesstaaten liegt, die Macht diesen entsprechend der regionalen Bedarfe zu steuern, jedoch zu stark mit der Zentralregierung geteilt wurde.

Die indischen Bundesstaaten sind unterschiedliche soziokulturelle Einheiten, deren soziale und kulturelle Diversität Folgen für politische Unterstützung hat (Bhattacharyya 2012). Die Unionsregierung verfügt dabei nicht über ausreichend administrative Kapazitäten, um die Gesetzesvorgaben umzusetzen, so dass eine Reihe an Kompetenzen an die Bundesstaaten übertragen wurden (ebenda). Seit der Unabhängigkeit befindet sich das Land in einem dauerhaften Mobilisationsprozess zwischen „localism and regionalism“, der kurzweilig auch den regionalen Ausgleich gefährden konnte, wodurch weitere territorial-föderale Anpassungen notwendig wurden. Hinsichtlich des Föderalismus' blieb die Idee der Staatsbürgerschaft, so Bhattacharyya (2012), “[...] a double-edged social weapon: an instrument for protecting diversity as well as a cause for further ethnic conflicts.” Der Schutz der Diversitäten und die Idee einer Gesellschaft als Mosaik der Vielfalt bilden die Grundlagen der “regional citizenship”, aus dem sich soziale Ansprüche und hier insbesondere die gesundheitsrelevanten Forderungen des Bürgers manifestieren. Was ergibt sich hieraus für den Staat und dessen Legitimitätsanspruch? Dem Gesundheitssystem eröffnet der Föderalismus Raum für Unterschiede. Den nördlichen und östlichen Bundesstaaten wie Uttar Pradesh, Madhya Pradesh, Orissa oder Bihar gelingt es dabei kaum zu den Staaten im Süden, exemplarisch seien Kerala und Tamil Nadu genannt, sozioökonomisch aufzuschließen. Diese Diskrepanz zeigt sich besonders deutlich am Beispiel der Gesundheitsindikatoren Mütter- und Kleinkindersterblichkeit, die wie kein anderer Faktor verdeutlichen, dass es Indien zwar gelingt, die staatliche Einheit als Nation zu wahren, dass aber innerhalb dieser Einheit die Bevölkerung stark differenziert ist und mittelfristig kaum Maßnahmen einer Steuerung

entgegen diesem Trends in Aussicht gestellt sind, beziehungsweise diese sich nur schwer an die strukturellen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen anpassen.

## 4.2. Indikatoren und Kriterien zur Messung des Gesundheitszustandes

In den vergangenen Jahren haben sich die Transparenz und Verfügbarkeit von Daten zum Gesundheitszustand erheblich verbessert – auch Statistiken aus früheren Jahren sowie regionale Statistiken sind für fast alle Bundesstaaten zugänglich. Dieser Umstand erlaubt es, regionale und regional vergleichende Analysen des Gesundheitszustands im Zeitverlauf durchzuführen. Auf diese Weise kann die politikwissenschaftlich relevante „Regionalität“ der einzelnen Gesundheitsteilsysteme präziser als bisher analysiert werden.

Da die Datenquellen, deren Erhebungsmethodik und die Art und Weise der Verwendung dieser Daten einen wichtigen Teil der Analyse ausmachen, werden im Folgenden die hauptsächlich für die Auswertung herangezogenen Sekundärquellen erläutert.

### 4.2.1. Indikatoren

Die Verwendungszwecke von Indikatoren sind so vielfältig wie die Indikatoren selbst und reichen von der Diagnose gesamtgesellschaftlicher und sektoraler Lebens- und Entwicklungsbedingungen, über die Informationsbeschaffung zu sozialen Problemen bis hin zur Grundlegung von politischer Planung (Nohlen/Nuscheler 1993: 80).

Indikatoren gelten als beobachtbarer „Anzeiger“ für bestimmte unbeobachtbare Sachverhalte und sind nur dann als Indikatoren zu verstehen, wenn sie in einen theoretischen Begründungs- und Bedeutungszusammenhang gestellt werden können, der eine indikative Aussagefähigkeit enthält (ebenda 1993: 77). Denn Indikatoren, so die Autoren weiter, sind nicht einfach nur statistische Messgrößen. Sie weisen vielmehr auf einen zugrundeliegenden Sachverhalt hin und „indizieren“ daher mehr als sie selbst als Maßeinheit messen können. Das Hauptaugenmerk liegt also nicht nur bei den konkreten Messdaten selbst, sondern auf der Frage, ob mit dem gewählten Indikator (indirekt) die als relevant erachteten Informationen für die Messung der Ziele und Entwicklungen zur Verfügung stehen (ebenda).

#### 4.2.2. Kriterien der Indikatoreauswahl

Ein Indikator wird anhand der Prinzipien der Partialität und Substituierbarkeit konstruiert. Der Begriff Partialität beschreibt die Eigenschaft des Indikators, dass er „etwas indiziert, was er allenfalls partiell selbst ist“ (Nohlen/Nuscheler 1993: 78), während die Substituierbarkeit die Möglichkeit beschreibt, dass der durch den Indikator repräsentierte Sachverhalt auch durch einen anderen Indikator repräsentiert werden kann (ebenda), da oftmals eine Vielzahl an Indikatoren zur Auswahl steht, die einen komplexen Sachverhalt nachvollziehbar machen. Ferner müssen die Indikatoren die Kriterien der Validität und Reliabilität erfüllen (Schwartz et. al. 2003). Der Indikator soll dann das messen können, was gemessen werden soll und verlässliche Daten liefern, die eine innere Geschlossenheit aufweisen.

In der Analyse müssen nun aus dem zur Verfügung stehenden Indikatorenpaket die repräsentativsten, also die besonders signifikant erscheinenden Indikatoren, herausgegriffen werden. Im Gegensatz zu den meisten ökonomischen (Entwicklungs-) Faktoren sind die sozialen Zielsetzungen nicht übereinstimmend definiert und direkt messbar (ebenda). Die Sozialindikatoren dienen als Ersatz- oder Teilmaßeinheit, die zur Gesamtheit einer Teil- und Ganzheits- oder Ursache- und Wirkungsbeziehung stehen (Nohlen/Nuscheler 1993: 78).

#### 4.2.3. Indikatoren zur Messung des Ist-Zustandes

Mit Hilfe von Gesundheitsindikatoren wird eine vergleichbare Datenlage geschaffen, um Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zum Gesundheitsverhalten, zu Krankheiten und der Beschaffenheit des Gesundheitssystems insgesamt zu erhalten. „Gesundheitsindikatoren sind dabei ausgewählte Parameter, die Rückschlüsse zulassen über die Gesundheit der Bevölkerung und Teilpopulationen, über die Gesundheitsversorgung und verfügbare Ressourcen. [...] Gesundheitsindikatoren sind deshalb die wesentliche Basis der Gesundheitsberichterstattung“ (Schwartz et. al. 2003: 111).

Die auszuwählenden Indikatoren sind kontextabhängig und nach der Relevanz für die Forschungsfrage zu bestimmen. Ähnlich wie bei komplexen Sachverhalten wie der Bestimmung von Armutsausmaßen oder Entwicklungsgraden ist der Gesundheitszustand einer Gesellschaft nicht mit einem Indikator repräsentativ zu messen. Für die Darstellung des Ist-Zustandes in Indien werden quantitative Messgrößen herangezogen – auf die Verwendung eines aggregierten, verfügbaren Indikators wie dem Human Development Index (HDI) wurde weitestgehend verzichtet, da die Komplexität des HDI nicht unumstritten ist. Das

Kernargument für die Entscheidung für eine „Kollektion von Einzelindikatoren“ (Nohlen/Nuscheler 1993: 79) liegt im Gegensatz zur einer Aggregation verschiedener Indikatoren zu einem Gesundheitsindex<sub>Indien</sub>, begründet in der Analyse konkreter Policies verbunden mit der Untersuchung von deren Implementation und Auswirkung auf den Gesundheitszustand. Die im Rahmen dieser Arbeit ausgewählten Indikatoren sind Output und Outcome bezogen, wenngleich auch Input-Indikatoren für die Darstellung des Gesamtkontextes herangezogen werden. Für die Outcome-orientierte Messung des Gesundheitszustandes werden die Säuglingssterblichkeitsrate (IMR), die Kindersterblichkeit unter 5 Jahren (U5MR), die Müttersterblichkeit (MMR) und die Sterberaten im Zusammenhang mit kontextspezifischen Infektionskrankheiten herangezogen.

Aus politikwissenschaftlicher Perspektive muss ergänzend hinzugefügt werden, dass diese Indikatoren nur indirekt von bestimmten Steuerungsmaßnahmen beeinflusst werden. Hinsichtlich der Output-Indikatoren interessieren im Rahmen der National Rural Health Mission die Gesundheitsausgaben, darunter Investitionen in öffentliche Gesundheitsdienstleistungen, gemessen an der medizinischen Betreuungsrelation, dem Ausbau und der Ausstattung der Dispensarien und Krankenhäuser sowie den Strukturen der Vor- und Nachsorge. Die Outcome-Indikatoren markieren die Konsequenzen der Mängel in den Output-Indikatoren.

#### 4.2.3.1. Säuglingssterblichkeitsrate und Kindersterblichkeit unter 5 Jahren

Die Säuglingssterblichkeitsrate (Infant Mortality Rate, IMR) gibt die Wahrscheinlichkeit (je 1000 Lebendgeburten) an, in den ersten 12 Lebensmonaten zu sterben. Die Kindersterblichkeit unter 5 Jahren (Under five Mortality Rate, U5MR) (je 1000 Lebendgeburten) gibt die Wahrscheinlichkeit an, zu sterben bevor das 5. Lebensjahr erreicht wird. Mit diesen Indikatoren werden Aussagen über die Überlebenschancen von Säuglingen und Kleinkindern (und deren Mütter) gemacht, da gerade diese Gruppen besonders sensibel auf soziale, ökonomische und Umweltbedingungen reagieren.

Dieser Indikator ist damit einer der wichtigsten Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Säuglingssterblichkeitsrate ist dabei streng genommen keine Rate, sondern eine Sterbewahrscheinlichkeit, die sich von der Sterbetafel der Gesamtbevölkerung ableitet (WHO 2011). Die Indikatoren für die Säuglingssterblichkeit werden, wenn es die Datenerhebungsmethodik ermöglicht, spezifisch nach den Lebenszeiten differenziert. So werden die verschiedenen Lebensphasen nach der Geburt bis zur Vollendung des fünften

Lebensjahres in neonatale und postneonatale Säuglingssterblichkeit, Säuglingssterblichkeit, Kindersterblichkeit und Kindersterblichkeit unter 5 Jahren (vgl. Tabelle 4.1.) unterteilt. In der Dissertation erfolgt die Analyse hauptsächlich auf Basis der Säuglingssterblichkeit (IMR) und der Kindersterblichkeit unter 5 Jahren (U5MR), da die Datenlage in den anderen Kategorien nicht ausreichend über die gefragten Zeitreihen hinweg für Gesamtindien und die einzelnen Bundesstaaten zur Verfügung stehen.

**Tabelle 4.1.: Indikatoren der Säuglingssterblichkeit**

Indikator	Gibt die Wahrscheinlichkeit an,
Neonatale Säuglingssterblichkeit	im ersten Lebensmonat zu sterben
Postneonatale Säuglingssterblichkeit	nach dem ersten Lebensmonat aber vor Vollendung des ersten Lebensjahres zu sterben
Säuglingssterblichkeit	vor dem ersten Geburtstag zu sterben
Kindersterblichkeit	nach Vollendung des ersten Lebensjahres aber noch vor Vollendung des fünften Lebensjahres zu sterben
Kindersterblichkeit unter 5 Jahren	vor dem fünften Geburtstag zu sterben

Quelle: NFHS III (2007): 179.

Die Schätzungen der Indikatoren erfolgen häufig auf Grundlage von Geburts- und Sterberegistern. Die Todeszahlen im Alter von 0 Jahren und die Bevölkerungszahl der gleichen Altersgruppe werden in eine altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeit umgerechnet. In Bürgerbefragungen und Bevölkerungserhebungen wird der Indikator indirekt erhoben, in dem Frauen im gebärfähigen Alter über deren Anzahl an Kindern insgesamt und verstorbenen Kindern befragt werden. Nach der Brass Method<sup>33</sup> und Sterbetafeln werden dann Schätzungen über die Säuglingssterblichkeitsrate vorgenommen (WHO 2011). Die direkte Erhebung des Indikators basiert auf der Geburtsgeschichte eines jeden Kindes, welches eine Frau im Verlaufe ihres Lebens geboren hat.

#### 4.2.3.2. Müttersterblichkeit

Dieser wichtige Indikator für die Funktionalität des Gesundheitssystems bezieht sich auf die Dienstleistungsstrukturen vor, während und nach der Geburt, da in diesen Zeiträumen die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen sehr hoch, aber mit der notwendigen personellen und institutionellen Ausstattung kontrollierbar ist. Fehlen derartige Strukturen, ist deren Funktionalität eingeschränkt oder ist es den Frauen beispielsweise nicht möglich, die Dienste

<sup>33</sup>vgl. Brass, W. (1974).

in Anspruch zu nehmen, wirkt sich dies auf die Überlebenschancen während und nach der Geburt aus. Somit verweist dieser Indikator auf strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung. Der Indikator ist ebenso wie die Säuglingssterblichkeit Bestandteil der Millenniumsziele (MDG N° 5: Improve Maternal Health, United Nations). Die Müttersterblichkeitsrate (Maternal Mortality Rate, MMR), pro 100.000 Lebendgeburten für ein bestimmtes Jahr, gibt die jährlichen Todeszahlen von Frauen an, die direkt auf die Geburt oder auf die (Mangel-) Versorgung während des Schwangerschaftsverlaufes zurückgeführt werden können oder auf Todesfälle, die innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft aufgetreten sind (WHO 2011).

#### 4.2.3.3. Sterberaten im Kontext von Infektionskrankheiten

Die Bekämpfung oder Ausrottung von übertragbaren Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Malaria, Polio oder HIV/AIDS und die Eindämmung der damit einhergehenden Sterblichkeit gehören gleichermaßen zu den drängenden Aufgabenstellungen, um der Bevölkerung eine sichere Lebensumgebung zu schaffen und das Überleben zu sichern. Wie bereits angedeutet bedeutet der Einsatz gezielter Maßnahmen im Kontext der Eindämmung von Infektionskrankheiten auch die „Sichtbarmachung“ staatlichen Handelns. Der konkrete Einsatz öffentlicher Mittel im Sinne von Impfungen, das Versprühen von Pestiziden oder staatliche geförderte Aufklärungsarbeit fördern dabei die Wahrnehmung, wodurch sich Staat und Bürger einander hinsichtlich des Gesundheitsschutzes wieder annähern. Die Effektivität der ausgewählten Bekämpfungsmaßnahmen bemisst sich an den konkreten Fall- oder Sterbezahlen, die durch die Infektion verursacht wurden.

Für den Gesundheitszustand von besonderer Relevanz ist der Zugang zu sauberem Trinkwasser. Im Jahr 2000 lag die geschätzte Sterblichkeit aufgrund von wasserbedingten Durchfallerkrankungen bei etwa 2 Millionen (WHO 2011a). Noch immer haben etwa 1 Millionen Menschen weltweit keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser – in Asien haben 65 Prozent der Bevölkerung keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, in Afrika sind es 27 Prozent (WHO/UNICEF 2002). Krebserkrankungen und Erkrankungen der Zähne sowie Knochen aufgrund von natürlich vorkommenden Anteilen von Arsen und Fluoriden nehmen weiter zu (WHO 2012). Neben der Übertragung von Magen-Darm-Erkrankungen und Diarrhöe durch verunreinigtes Trinkwasser, verursachen auch vektorübertragene Krankheiten wie Malaria und Bilharziose steigende Sterblichkeitszahlen. Etwa 665.000 Menschen starben 2010 in Indien an Malaria (WHO 2012a).

Zumeist mangelt es an Wasserbewirtschaftungspraktiken, die verhindern sollen, dass die Krankheitsüberträger in aquatischen Ökosystemen brüten können (WWRD 2012). Ferner können anderen Bakterien oder Parasiten Krankheiten wie Krätze oder Trachom verursachen wenn nicht genügend Wasser für Hygiene zur Verfügung steht (ebenda). Damit gehören durch Wasser übertragbare Krankheiten (waterborne diseases) zu den häufigsten Krankheits- und Todesursachen und die Mehrheit der Sterblichkeit und Morbidität betrifft Kinder unter 5 Jahren (ebenda).

Da es für die meisten durch Wasser übertragbare Krankheiten keine Impfungen gibt, gehören der infrastrukturelle Zugang und die Gewährleistung von sauberem Trinkwasser zu den Kernaufgaben des Public Health. Fortschritte im Gesundheitswesen sind demnach direkt abhängig von einem angemessenen und gleichberechtigten Zugang zur Ressource Wasser. Folglich gehört auch die Halbierung des Anteils der Menschen ohne Zugang zu sauberem Trinkwasser zu den Zielen der Millenniumsdeklaration der UN (MDG N° 7: Ensure Environmental Sustainability, United Nations).

#### 4.3. Ist-Zustand der Gesundheit in Indien

Dem indischen Staat ist es in relativ kurzer Zeit und mit Unterstützung externer Förderinstitutionen wie der WHO, der Weltbank, Bill und Melinda Gates Stiftung und UNICEF gelungen, bei der Ausbreitung von Infektionskrankheiten durchaus Erfolgsmeldungen zu verzeichnen. Dennoch bleiben komplexe Problemstellungen in der medizinischen Versorgung und im Bereich des Public Health bestehen. Zu den Herausforderungen gehören übertragbare Krankheiten, die jedes Jahr etwa 5 Mio. Menschen das Leben kosten. Darunter entfallen fast die Hälfte der Todesfälle auf Kinder unter fünf Jahren (Misra et. al. 2003: 2). Der Anteil der Todesfälle durch übertragbare Krankheiten beträgt 42 Prozent, von den „disability adjusted life years“ (DALYs) machen sie mit 50.3 Prozent etwa die Hälfte aus (ebenda). Zu den übertragbaren Krankheiten gehören Tuberkulose, Malaria, Lepra, Magen-Darmerkrankungen und HIV/AIDS. Der Wandel des „Lifestyles“ führt auch im Gesundheitssystem zu Transitionsprozessen, so dass zusätzlich Maßnahmen formuliert werden müssen, um die sogenannten Krankheiten der „Moderne“ und des Wohlstandes wie etwa der steigenden Zahl von Diabetes und Koronarerkrankungen adäquat im Rahmen den Angebotskatalogs aufzufangen.

Gleichzeitig bleiben die Herausforderungen aufgrund der bestehenden Lebensbedingungen und mangelhaften Gesundheitsmanagementstrukturen aktuell. Dazu gehören vor allem die Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeitsrate. Auch zählen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Malaria und durch Wasser übertragbare Krankheiten noch immer zu den häufigsten Todesursachen (Tab. 4.2.).

**Tabelle 4.2.: Übertragbare und nicht-übertragbare Krankheiten**

Disease Burden Estimation, 2005		
Disease/Health Condition	Estimate of Cases/lakh	Projected number (2015) of Cases/lakh
Communicable Diseases		
Tuberculosis	85 (2000)	NA
HIV/AIDS	51 (2004)	190
Diarrhoeal Diseases Episodes per Year	760	880
Malaria and other Vector Borne Diseases	20.37 (2004)	NA
Leprosy	3.67 (2004)	Expect to be Eliminated
Otitis Media	3.57	4.18
Non-Communicable Conditions		
Cancers	8.07 (2004)	9.99
Diabetes	310	460
Mental Health	650	800
Blindness	141.07	129.96
CVDs	290 (2000)	640
COPD and Asthma	405.20 (2001)	596.36
Other Non-Communicable		
Injuries—deaths	9.8	10.96
Number of Hospitalizations	170	220

Source: NCMH (2005).

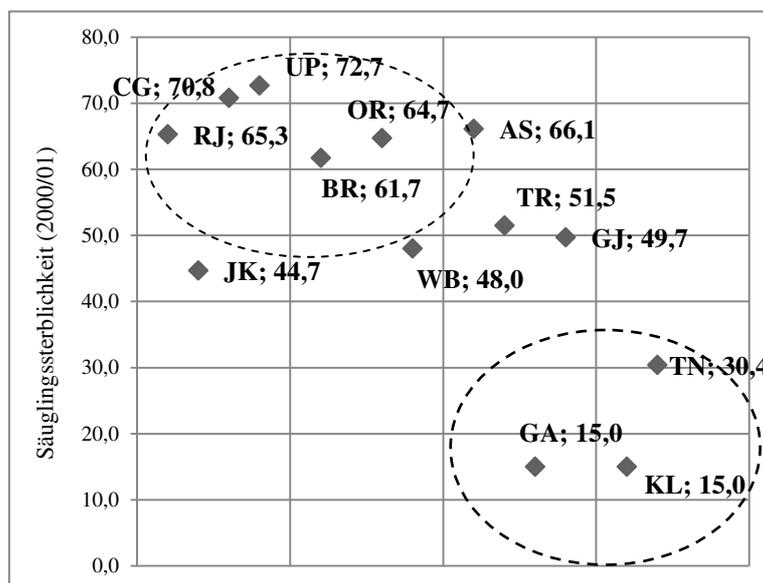
Quelle: Planning Commission, 11<sup>th</sup> Five Year Plan, Vol. 2: 62.

#### 4.3.1. Charakteristika der Sterblichkeitsverteilungen

Grundsätzlich lassen sich die Merkmale der Sterblichkeit in Indien anhand von drei Kategorien unterteilen: (1) Ausdehnung, (2) Habitat und (3) Sozialisierung. In diesen Kategorien stehen sich zumeist große Unterschiede gegenüber (Abb. 4.1.). Für die Kategorie Ausdehnung ist das für Indien „typische“ Nord-Südgefälle ablesbar. Zusätzlich ist auch ein Ost-Westgefälle festzustellen. So liegen die punktuell für das Jahr 2000/01 ausgewählten Indikatorenwerte (Minimalwert IMR von 15.3 in Kerala und Goa) für Bundesstaaten im Süden und Westen (Tamil Nadu, Kerala, Gao) weit unterhalb der nördlichen und nordöstlichen Bundesstaaten (Maximalwert IMR von 72.8 in Uttar Pradesh, 2000/01). Kinder unter fünf Jahren und Frauen der gebärfähigen Altersgruppe machen etwa 36.2 Prozent der Gesamtbevölkerung Indiens aus (NFHS 2007). Hinsichtlich ihrer Überlebenschancen und deren Wohlergehen bilden sie die am meisten gefährdeten Gruppen der Gesellschaft. Unterschiede in den Einkommensarten- und -höhe sowie soziale Ausgrenzung tragen zu dieser

Entwicklung bei. Dies schlägt sich letztlich auch in den Indikatoren der Scheduled Castes und Scheduled Tribes nieder, die vor allem in nordöstlich gelegenen Bundesstaaten eine hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen, früh schwer zu erkranken oder nicht rechtzeitig angemessene Hilfsleistungen und Unterstützung zu erhalten. Nach Angaben den NFHS II (2000) lag die neonatale Sterblichkeit für Scheduled Castes und Scheduled Tribes bei 53.2 beziehungsweise 53.3. zu 1.000. Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter 5 Jahren befand sich auf einem Niveau von 119.3 und 126.3. zu 1.000. Mangel- und Unterernährung der Frauen spielen bei diesen Trends eine maßgebliche Rolle (Misra et. al. 2003).

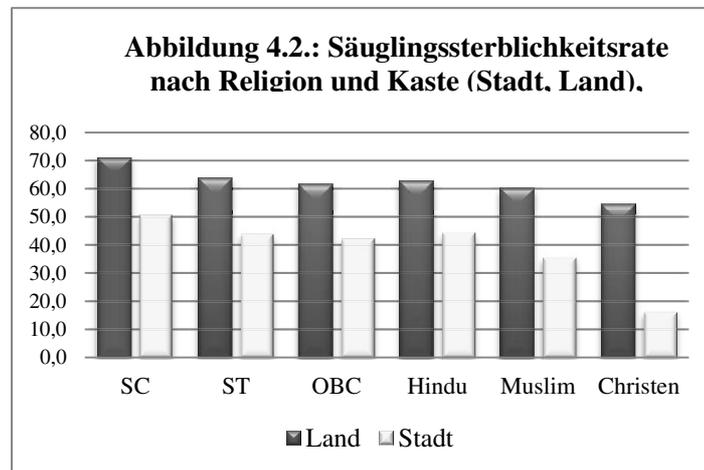
**Abbildung 4.1.: Regionalität  
Ausdehnung, Habitat und Sozialisierung  
(nach IMR 2000/01)**



Quelle: eigene Darstellung, Daten: NFHS (2007).

Ähnlich verhält es sich bei der Gegenüberstellung von Lebensräumen in Städten und in ländlichen Gebieten (Abb. 4.2.). Hier weist der Lebensraum „Stadt“ den positiveren Wert auf, wengleich die Daten aus dem NFHS III (2007) auch deutlich machen, dass sich die Veränderungen bestimmter Indikatoren (Kinder- und Säuglingssterblichkeit) in ländlichen Gebieten etwas schneller vollziehen als diejenigen in den Städten (NFHS 2007: 180). Für die Gesundheitsindikatoren ebenso entscheidend ist die soziale Stellung innerhalb der Gesellschaft. Nicht unerwartet zeigt sich auch in dieser Kategorie, dass sozial benachteiligte Gruppen – exemplarisch Scheduled Castes (SC), Scheduled Tribes (ST) und Other Backward Castes (OBC) – bei den Gesundheitsindikatoren schlechtere Ergebnisse. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion spielt ebenso eine Rolle. Wird zusätzlich die Kategorie „Land“ (L)

mit betrachtet, wirkt sich dies ebenso negativ auf den Indikator aus. Insgesamt ist die Säuglingssterblichkeitsrate auf dem Land höher als in der Stadt, allerdings fallen die Unterschiede zwischen den Religionsgruppen auf dem Land geringer aus als bei denen der Kategorie „Stadt“ (S).



Quelle: eigene Darstellung, Daten: NFHS (2007: 182).

In der Betrachtung des Lebensraumes „Stadt“ ist die Säuglingssterblichkeit bei Hindus (44.3) fast 2.5mal höher als die der Christen (16.3). Der größte Anteil an Christen lebt in den südlichen Bundesstaaten wie Kerala und Tamil Nadu, die bei den hier untersuchten Indikatoren die jeweils positiveren Ergebnisse verzeichnen. Unter den Muslimen beträgt die Rate der Säuglingssterblichkeit 35.5 (NFHS 2007: 181).

**Tabelle 4.3. Vergleich ausgewählter Indikatoren (Stadt, Land)**

Urban/Rural Health Indicators					
	Crude Birth Rate (per 1000)	Crude Death Rate (per 1000)	IMR (per 1000 live births)	Prevalence of Anaemia among Children (6–35 months) (%)	Prevalence of Anaemia among Pregnant Women (%)
Urban	19.1	6.0	40	72.7	54.6
Rural	25.6	8.1	64	81.2	59.0
Total	23.8	7.6	58	79.2	57.9

Source: Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), GoI (2006) and NHFS-3, IIPS (2005–06).

Quelle: Planning Commission, 11<sup>th</sup> Five Year Plan, Vol. 2: 62.

Werden jedoch die Raten zur Säuglingssterblichkeit auf dem Land herangezogen, so liegt der Indikator bei Hindus bei 63 und bei Christen bei 54.8. Somit verschlechtert sich der Indikator in der Kategorie „Land“ für Christen sogar um mehr als das 3fache. Für die Überlebenschancen von Säuglingen ergeben sich hinsichtlich der Religionszugehörigkeit

demnach keine erheblichen Unterschiede in der Kategorie „Land“, so dass hier die Vermutung naheliegt, dass auf dem Land insgesamt schlechtere Gesundheitsbedingungen vorherrschen, die sich gleichermaßen auf alle Religionsgruppen auswirken (vgl. Tab. 4.3.). In den ländlichen Gebieten ist die Religionszugehörigkeit für den Gesundheitszustand also nicht entscheidend.

Da die Säuglingssterblichkeit ein maßgeblicher Indikator für den Gesundheitszustand ist, verweisen die voran gestellten Daten auf erheblich schlechtere Lebens- und Existenzbedingungen auf dem Land. Wenn diese Ergebnisse mit den Daten der Kategorie „Ausdehnung“ gekoppelt werden, so kann geschlussfolgert werden, dass die Gesundheitszustände gerade in ländlichen Gebieten im Norden und Nordosten Indiens weit unter dem Landesdurchschnitt liegen.

#### 4.3.2. Regionalverteilung der Säuglingssterblichkeit (IMR)

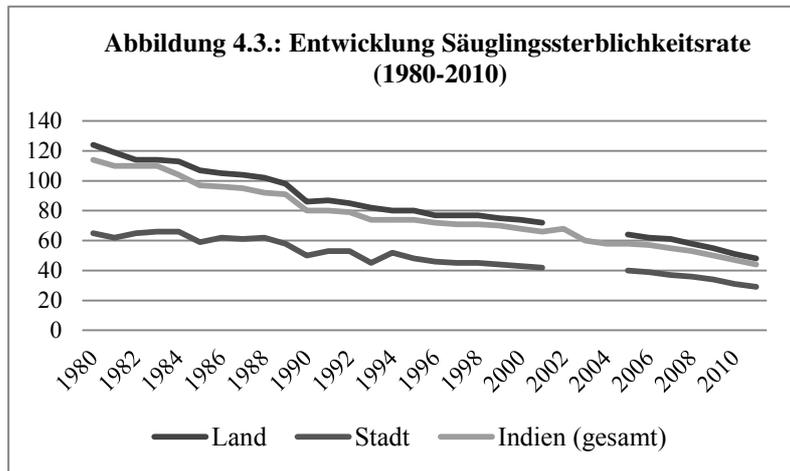
Mit der Säuglingssterblichkeit werden Aussagen über die Überlebenschancen von Neugeborenen und Kleinkindern getroffen. Dieser Indikator ist einer der wichtigsten Indikatoren für den Gesundheitszustand der Bevölkerung, da der Körper, wie bereits erwähnt, in der Lebensphase bis zu einem Jahr besonders sensibel auf soziale, ökonomische und Umweltbedingungen reagiert. Kindergesundheit ist abhängig von Gesundheitszustand der Mutter, von der Betreuungsintensität vor, während und nach der Geburt, von der Häufigkeit der Kalorienaufnahme und den Behandlungsmöglichkeiten im Falle von Infektionen.

Dieser Indikator zeigt demnach mehr an als die Sterberate pro tausend Geburten, sondern erlaubt unmittelbare Rückschlüsse auf einkommensunabhängige Faktoren und verdeutlicht den engen Zusammenhang zwischen der institutionellen Gesundheitsversorgung, den Lebensstandards von Frauen und Kindern und deren Bildungsniveau. Die Säuglingssterblichkeit hat in der Messung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung eine größere Bedeutung als vergleichbare Indikatoren wie die Müttersterblichkeit und die Kindersterblichkeit unter 5 Jahren, weil dieser Indikator die umfassendste Mortalitätskategorie bildet (Singh 2006). Nach Angaben der UN sterben täglich rund 17.000 Kinder. 2012 starben etwa 6.6 Million Kinder unter 5 Jahren an meist vermeidbaren Krankheiten (UNDP 2013). Die verschiedenen Werte<sup>34</sup> in Abb. 4.3. geben unterschiedliche Kennzahlen für den Indikator an, doch alle drei Verläufe zeigen den Abwärtstrend der Säuglingssterblichkeit seit 1980. Dies ist zwar beachtlich, trotzdem sind nach aktuellen Statistiken des National

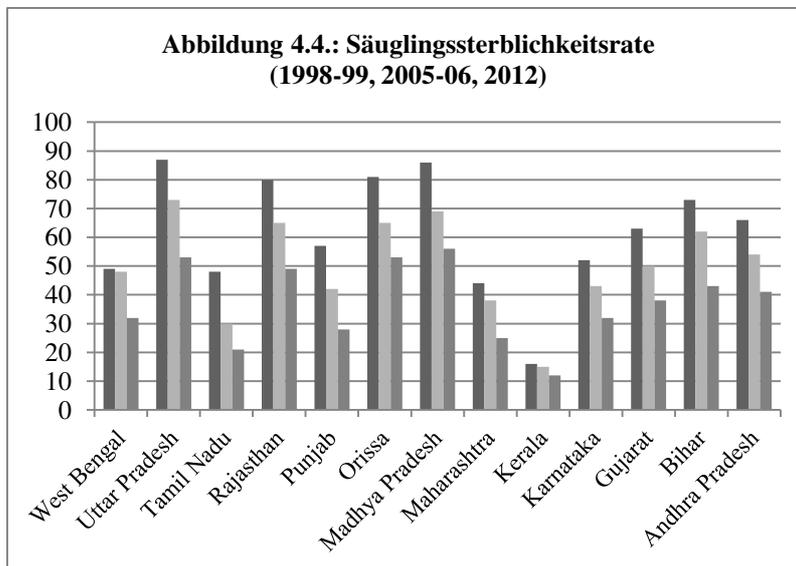
---

<sup>34</sup>Für die Jahre 2002 und 2004 standen für die Kategorien Stadt und Land keine Daten zur Verfügung.

Family and Health Survey III (2005-2006) rund 70 Prozent der Säuglinge in der Altersgruppe 6-59 Monaten anämisch und dadurch besonders gefährdet. Insgesamt sind diese Entwicklungen durchaus positiv zu werten, doch verglichen zu anderen einkommensschwachen Ländern wie Thailand (11), Sri Lanka (8) oder Brasilien (13) (UNICEF 2013), sind die jeweiligen Indikatorenwerte jedoch in keiner Weise beruhigend (Misra et. al. 2003).



Quellen: eigene Darstellung.  
 Daten: SRS und www.indiastat.com.



Quelle: eigene Darstellung.  
 Daten: NFHS (1998-1999, 2005-06), SRS (2013).

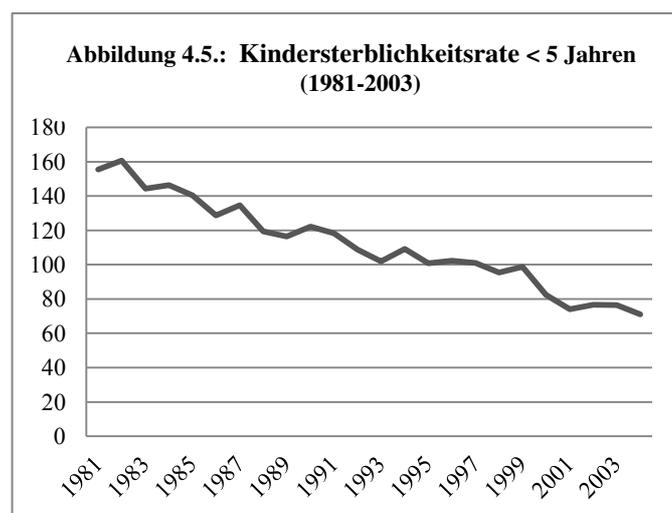
Der bereits erwähnte Abwärtstrend der Säuglingssterblichkeit zeigt sich insbesondere bei der Betrachtung des Zeitverlaufs zwischen 1998-99 bis 2012 (Abb. 4.4.)<sup>35</sup>. Bemerkenswert sind die regional verankerten Unterschiede zwischen den Bundesstaaten, vor allem zwischen dem

<sup>35</sup>Die Daten beziehen sich dabei auf Werte im Zeitraum 0-5 Jahre vor der Erhebung.

Norden und dem Süden sowie zwischen Ost und West. Positiv stechen dabei besonders die Bundesstaaten Uttar Pradesh, Madhya Pradesh und Gujarat hervor, deren Werte sich im Vergleichszeitraum von 87, 52 (1998-99) und 63 auf 53, 52 und 38 (2012) verbessert haben. Sogar traditionell weniger leistungsfähige Bundesstaaten wie Orissa und Bihar konnten ihre Raten von etwa 80 und 90 auf 53 respektive 43 verringern. Aus Abb. 4.4. gehen die Unterschiede zwischen Stadt und Land nicht hervor. Dass aber Differenzen auch innerhalb einzelner Distrikte vorhanden sind, ist anhand der Existenzbedingungen beider Lebensräume nachvollziehbar. Analog dazu spielt hierbei die Einkommenshöhe eine maßgebliche Rolle. Die Säuglingssterblichkeitsrate liegt bei den ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung 2.5-mal höher als bei den 20 Prozent des wohlhabendsten Teiles der Bevölkerung (Kishore 2007: 1).

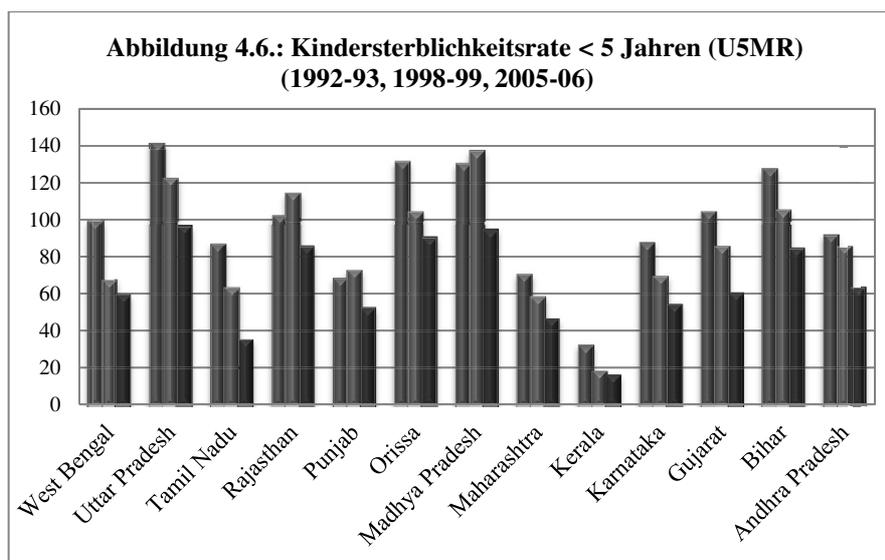
#### 4.3.3. Verteilung der Sterbewahrscheinlichkeit von Kindern unter 5 Jahren (U5MR)

Wie die Säuglingssterblichkeitsrate ist auch die Kindersterblichkeit unter 5 Jahren ein besonders sensibler Indikator für die Gesundheit, die Entwicklung sowie den Wohlstand einer Gesellschaft. Zu den häufigsten Todesursachen von Kleinkindern gehören Lungenentzündungen, Frühgeburten, der Erstickungstod, Malaria, Unterernährung und Geburtsfehler (UNICEF 2012). Abb. 4.5. zeigt, dass ähnlich wie die Säuglingssterblichkeit auch die Kindersterblichkeit zurückgegangen ist. Trotzdem bleibt auch bei diesem Indikator das grundsätzliche Niveau zu hoch. Unterernährung gilt aktuell als Hauptursache für über 50 Prozent der Kindersterblichkeit (Misra et. al. 2003; Boschi-Pinto et. al. 2008).



Quelle: eigene Darstellung.  
 Daten: [www.childmortality.org](http://www.childmortality.org) (2012).

Das Geburtsgewicht spielt dabei eine wichtige Rolle. Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 2.5 Kilogramm tragen ein größeres Risiko für einen frühkindlichen Tod. Gleiches gilt für Kinder, deren Körpergröße als „klein“ oder „kleiner als der Durchschnitt“ klassifiziert wird (NFHS 2005-06). Von den im National Family Health Survey III erfassten Geburtsgewichten, lagen 22 Prozent der Kleinkinder unter 2.5 Kilogramm. Der Anteil der Kinder unterhalb von 2.5 Kilogramm ist in ländlichen Regionen höher (23 Prozent) als in den städtischen Gebieten (19 Prozent). Bei Jains, Sikhs, bei Frauen unter 20 Jahren und Raucherinnen ist der Anteil der Kinder unterhalb dieser Gewichtsmarke höher (ebenda). Der Anteil der Geburten über 2.5 Kilogramm variiert dabei erheblich zwischen den Bundesstaaten. Nur 8 Prozent sind es in Uttar Pradesh. In Kerala sind es 97 Prozent und 84 Prozent sind es in Tamil Nadu. Bezogen auf das Geburtsgewicht unter 2.5 Kilogramm variieren die Angaben ebenso zwischen den Bundesstaaten von 8 Prozent in Mizoram bis zu 33 Prozent in Haryana, gefolgt von Delhi, Punjab, Rajasthan und Bihar, in denen mehr als 25 Prozent der Neugeborenen ein Untergewicht verzeichnen (NFHS 2005-06).



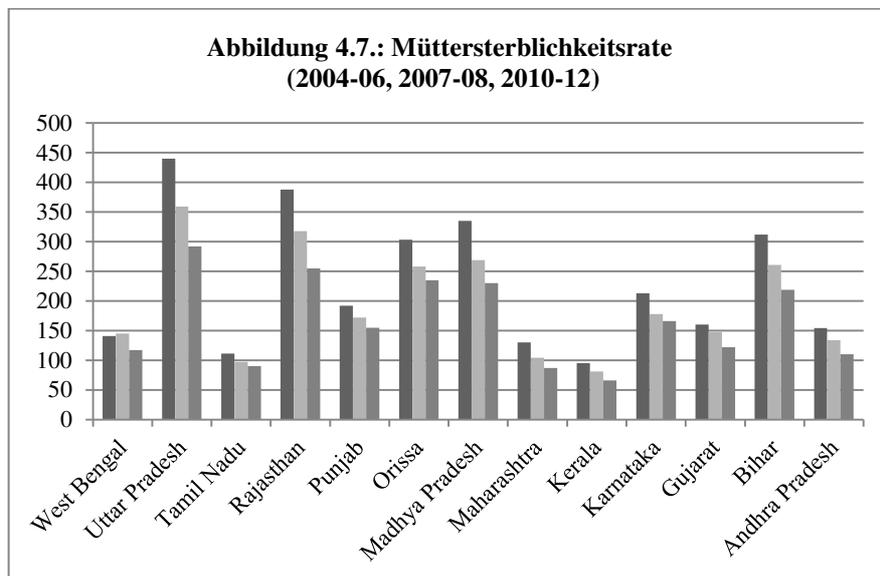
Quelle: eigene Darstellung.  
Daten: NFHS (1992-2006).

Diese Bedingungen des frühen Lebens haben in den meisten Fällen auch Auswirkungen auf spätere Lebensabschnitte und somit ähneln die Wahrscheinlichkeiten der Kindersterblichkeit den Angaben über die Verteilung von Mangel- und Unterernährung, Armut und dem Auftreten von Anämien, sowohl bei Müttern als auch bei Kleinkindern. Auch der Indikator der Kindersterblichkeit unter 5 Jahren variiert erheblich zwischen den Bundesstaaten, größtenteils auch im Abwärtstrend (Abb. 4.6.). In Kerala liegt die Kindersterblichkeit unter 5

Jahren (2005-06) am niedrigsten (16.3). Am höchsten fällt sie für den Bundesstaat Uttar Pradesh (96.4) aus. Die Konstanz im Abwärtstrend dieses Indikators wird nur erneut in Madhya Pradesh, Punjab und Rajasthan im Zeitraum von 1992-93 bis 1998-99 nicht bestätigt. Die Sterblichkeit stieg leicht von 130 auf 137, respektive von 68 auf 72 und 102 auf 114 (NFHS 1992-93 und 1998-99). Auffällig ist insgesamt, dass die Verbesserungen zwischen 1998-99 und 2005-06 bei fast allen Bundesstaaten (außer in West Bengal, Madhya Pradesh, Rajasthan und Kerala) auf ähnlichem Niveau stattgefunden haben (vgl. NFHS 2005-06).

#### 4.3.4. Müttersterblichkeitsrate

Mit der Unterzeichnung der Millennium Development Goals (MDG) der United Nations wurde das Ziel gesetzt, die Müttersterblichkeit weltweit bis 2007 auf 200 (10.000 Lebendgeburten) zu reduzieren, bis zum Jahr 2015 auf 109 (SRS 2011a). Bisher haben acht indische Bundesstaaten dieses Ziel erreicht. Die Müttersterblichkeit liegt in Indien auf einem noch immer sehr hohen Niveau bei 245 zu 100.000 Lebendgeburten (SRS, RGI 2004-2006).



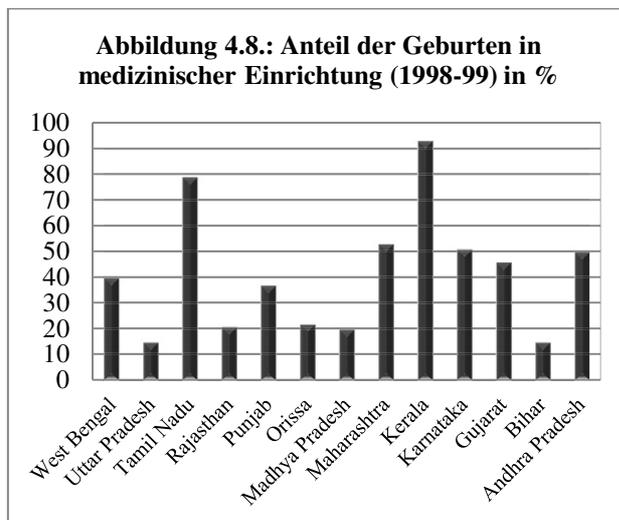
Quelle: eigene Darstellung; Daten: SRS 2011.

Utta Pradesh + Uttarakhand, Madhya Pradesh + Chattisgarh, Bihar + Jharkand

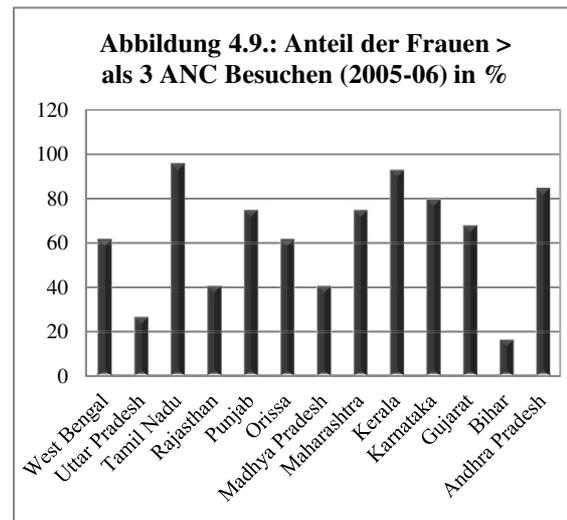
Die Gründe liegen im Bereich sozioökonomischer Existenzbedingungen, Abhängigkeitsstrukturen der Frauen, Unterernährung, Anämien und einer mangelhaften Geburtsbegleitung bei Heimgeburten sowie fehlenden Geburtshelferinnen bei über zwei Dritteln der Geburten. Hinzu tritt die sogenannte „Fertilitäts-Mortalitäts“-Falle wie sie häufig in Gesellschaften mit hoher Armutsquote auftritt. Hohe Fertilitätsraten gehen oftmals mit einer hohen

Müttersterblichkeit einher, während hohe Sterblichkeitsraten von Kindern wiederum hohe Fertilitätsraten verursachen. Dies betrifft sehr häufig junge Frauen und Frauen, die bereits mehr als 5 Kinder geboren haben und ihre Kinder in zu kurzen Abständen bekommen haben (vgl. u.a. Misra et. al. 2003). Dies spiegelt sich anlehnend an die bereits vorgestellten Sterblichkeitsraten von Säuglingen und Kindern unter 5 Jahren wieder. Zu den direkten Faktoren gehören schwere Blutungen, Komplikationen im Wochenbett, schwierige Geburtsverläufe (Dystokie), Abtreibungen und Blutvergiftungen (Misra et. al. 2003).

Auch bei diesem Indikator des Gesundheitszustandes variieren die Werte erheblich zwischen den Bundesstaaten (Abb. 4.7). Die höchste Müttersterblichkeit verzeichnet Uttar Pradesh (292), die niedrigste Kerala (66) in 2010-2012. In Orissa, Rajasthan, Madhya Pradesh und Bihar liegen die Werte bei über 250. Hervorzuheben ist, dass aufgrund massiver personeller Aufstockung im Bereich der Vorsorge und Geburtsbegleitung die Sterblichkeit für Mütter insgesamt zurückgegangen ist. Trotzdem liegen die Werte auf sehr hohem Niveau. Auch sind die Veränderungen zwischen 2004-05 und 2007-08 nur gering. West Bengal verzeichnet sogar einen leichten Anstieg von 141 auf 145.



Quelle: eigene Darstellung.  
Daten: NFHS (2000).



Quelle: eigene Darstellung.  
Daten: NFHS (2007).

Ein wesentlicher Grund für die genannten Ursachen der Müttersterblichkeit liegt in der Vor-, Während- und Nachbetreuung von Geburten in medizinischen Einrichtungen (Abb. 4.8. und 4.9.). Antenatal care (ANC) wird in der Regel von einem Arzt, der Anganwadi Arbeiterin oder anderen medizinisch ausgebildeten Personen durchgeführt; in Umsetzung der National Health Mission ist hierfür auch die ASHA einsetzbar (NRHM 2005). Zu den Hauptaufgaben gehören die Schwangerschaftskontrolle auf mögliche Komplikationen, Hilfestellung und

Beratung zur Ernährung während der Schwangerschaft und die Geburtsbegleitung. In Kerala und Tamil Nadu als Bundesstaaten mit geringer Müttersterblichkeit erfolgen 93 beziehungsweise 95 Prozent der Geburten in einer medizinischen Einrichtung. Im Vergleich dazu erfolgt die Geburtsbegleitung in medizinischen Einrichtungen in Orissa in 61.8 Prozent der Fälle. Die Müttersterblichkeit liegt bei 258 (SRS 2011a), was auf einen direkten und starken Zusammenhang beider Faktoren hinweist.

#### 4.3.5. Prävention als „neue Technik“ zur Stärkung des „modernen“ Bürgers?

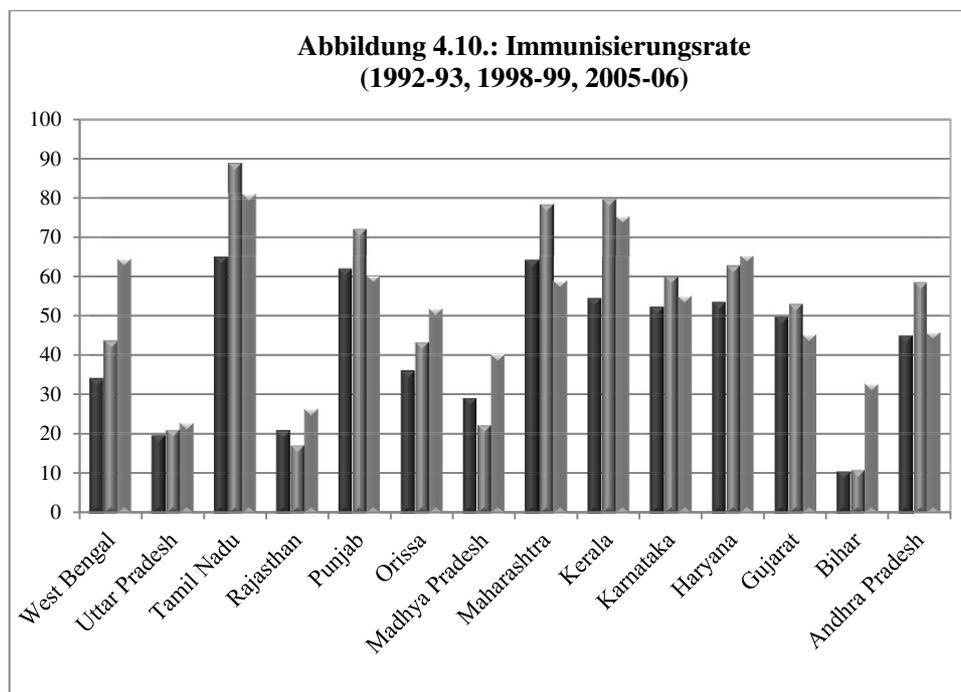
Gegen eine Vielzahl übertragbarer Krankheiten hat die moderne Medizin Impfstoffe entwickeln können. Dabei ist Immunisierung eine der kostengünstigsten und effektivsten Public Health Interventionen gegen vermeidbare Krankheiten und hohe Sterberaten (Vashishtha/Kumar 2013). Während der Kolonialherrschaft der Briten wurde das Konzept der Prävention im negativen Verständnis gebraucht. Diese Betrachtungsweise unterlief jedoch einem Wandlungsprozess, wodurch Prävention nun vielmehr als ein Instrument zur Eindämmung vermeidbarer Krankheiten im positiven Sinne verstanden werden muss. Trotzdem sind die Grenzen der Prävention auch Grundlage weiterführender Diskussionen. Zur Immunisierung benötigte Impfstoffe werden wie auch viele andere Medikamente in Entwicklungsländern hergestellt. Indien gehört dabei zu den führenden Herstellern und Exporteuren von Generika (ebenda). Der Arzneimittelmarkt produziert in Milliardenhöhe für weltweite Abnehmer, trotzdem wächst gut ein Drittel der nicht geimpften Kinder weltweit in Indien auf. Noch immer sterben in Indien jedes Jahr etwa 500.000 Kinder an vermeidbaren Infektionskrankheiten (ebenda). Zu den medizinisch offensichtlichen Argumenten der Vermeidung von Krankheiten und deren Ausbreitung kommt eine zweite für die Politikwissenschaft relevante Dimension der Präventionsmaßnahmen hinzu. Über den Ansatz der Vermeidung von Krankheiten als Investition in das Humankapital (human capital approach) ist bereits an anderer Stelle (Kap. 3) diskutiert eingegangen. Hinzu tritt jedoch für eine politikwissenschaftliche Betrachtung die „passive Teilnahme“ als „passiv health citizenship“ und somit als Schlüssel zur Legitimität. Präventionsmaßnahmen sind in der Regel staatlich gesteuert und hierfür werden Mittel verteilt beziehungsweise von anderen Politikbereichen umverteilt. Somit fördert die unmittelbare Investition nicht nur das Humankapital an sich, sondern steigert als sichtbare Handlung auch das „Gefühl“, Anteil am Gesamtsystem Gesundheitsversorgung zu nehmen. Eine ähnliche Argumentation verfolgen Cecilie Nordfeldt und Sidsel Roalkvam (2010) in ihrer Studie über das Impfverhalten am

Beispiel im ländlichen Rajasthan. Sie gehen davon aus, dass der Impfvorgang als sichtbare und greifbare, staatliche Handlung verstanden werden kann. Die mit der National Rural Health Mission 2005 eingeführten ASHAs sind darin die konkret ausführende Institution. Der Erfolg ihrer Arbeit ist dabei nicht zuletzt von lokalen Machtverhältnissen, unterschiedlichen Zugängen zu Ressourcen, Wertvorstellungen und Gesellschaftsstrukturen abhängig, die darüber entscheiden, ob dem Impfung zugestimmt wird oder nicht (Nordfeldt/Roalkvam 2010: 329). Hier wird entschieden, ob dieser Teil der Gemeinschaft an der öffentlichen Gesundheit teilnehmen will oder nicht.

Impfung als präventive Kernaufgabe der Gesundheitsversorgung im öffentlichen Raum wird also zum Verhandlungsobjekt verschiedener Kulturen und gibt trotzdem dem abstraktem Konstrukt Staat eine nachvollziehbare, weil konkrete Gestalt. „Vaccination becomes a profound manner in which citizenship is negotiated and expressed“ (ebenda). Ihre Argumentation stützen sie dabei auf die aktive Rolle, die dem Bürger mit der Einführung der NRHM zuteilwerden soll und sehen darin eine neue ‚technology of rule‘ auf Basis einer stärkerer Beteiligung der Bürger im öffentlichen Gesundheitssystem. Das Konzept des ‚health citizenship‘ ist somit nicht mehr nur der Anspruch auf ein Gesundheitsrecht und eine politische Variable der Legitimation, sondern soll zugleich verstanden werden als Verpflichtung des Bürgers und der Gemeinschaft, sich für eine gute Gesundheit zu *entscheiden* (ebenda: 333). Legitimität ist vielmehr ein Prozess denn eine einmalig installierte Institution (Mitra/Rothermund 1997). Diese Eigenschaft gibt den Entscheidungsträgern nun Gestaltungsmöglichkeit, die Legitimität ‚ihres‘ Systems zu stärken. Aus anthropologischer Perspektive argumentierend, kommen Nordfeldt und Roalkvam (2010) zu dem Schluss, dass die modernen Ansätze der Biomedizin – im gewählten Beispiel in Form der Impfung – zwar grundsätzlich akzeptiert werden, aber trotzdem traditionellen Vorstellungen von Schutz und Gesundheitserhaltung untergeordnet werden. Es besteht daher eine Art Asymmetrie zwischen dem staatlichen Ziel der Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit, der Schaffung einer gesunden Bürgerschaft und den verantwortungsvollen Eltern, die als gutes weil fürsorgendes Individuum wahrgenommen werden wollen (ebenda: 345).

Hinsichtlich der Regionalverteilung in Indien wird deutlich, dass auch bei diesem Indikator Infektionskrankheiten erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesstaaten bestehen. Die höchste Immunisierungsrate für den Zeitraum 2005-06 verzeichnen Tamil Nadu und Kerala. Den massivsten Aufwärtstrend verzeichnet Bihar mit mehr als einer Verdopplung der Immunisierungsrate von 11 (1998-99) auf 33 Prozent (NFHS 2005-06), gefolgt von Madhya Pradesh und West Bengal. Uttar Pradesh und Rajasthan bilden mit jeweils 21 und 25 Prozent

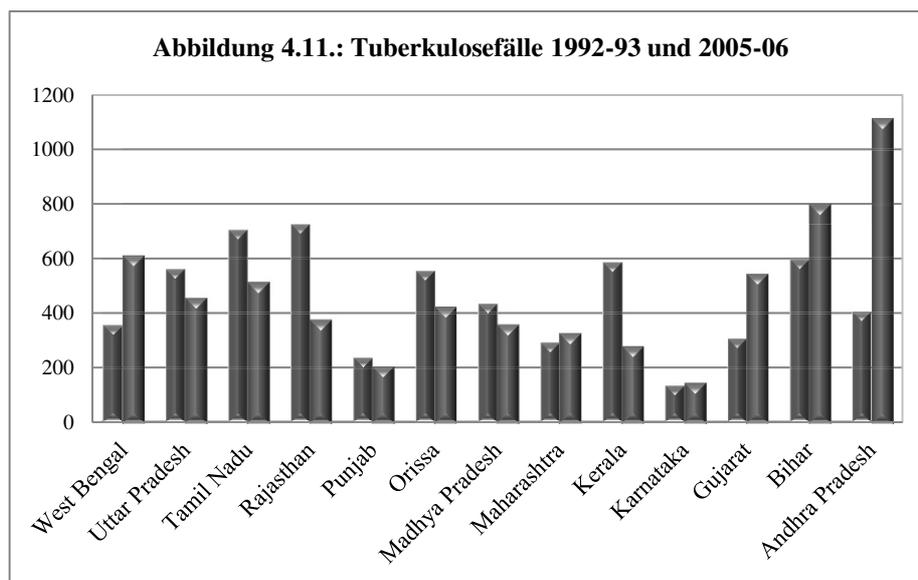
geimpfter Kinder die Schlusslichter im Regionalvergleich (Abb. 4.10.). Um die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern, erfolgt die Immunisierung in Indien gegen die sechs häufigsten Infektionskrankheiten. Entsprechend der Empfehlungen der WHO bedeutet ein vollständiger Impfschutz Impfungen gegen Tuberkulose (BCG), eine dreimalige Impfdosis gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus (DPT), drei Dosierungen gegen Polio und eine Impfung gegen Masern im Alter von 12 Monaten. Im Rahmen der Routineimpfungen werden schwangere Frauen mit einer „Mutter und Kind-Impfkarte“ ausgestattet. Sie enthält Daten über den Impfstatus von Mutter und Säugling (Sharma 2007).



Quelle: eigene Darstellung.  
Daten: NFHS 1992-2006.

Einen der größten Erfolge im Bereich der Eradikation von Infektionskrankheiten erzielte Indien durch das von der Unionsregierung in Neu Delhi flächendeckend in Zusammenarbeit mit der WHO umgesetzte nationale Programm gegen Pocken (Smallpox Eradication Program), deren Ursprungsgebiet vor etwa 3000 Jahren im heutigen Indien vermutet wird (WHO 2014). 1979 hat die WHO die Pocken in Indien und weltweit seit 1980 für ausgerottet erklärt (ebenda). Auch im Kampf gegen Polio (Polio Eradication Program) ist es Indien mit Hilfe der WHO und UNICEF gelungen, die Infektionsfälle drastisch zu reduzieren, nachdem Indien lange Zeit als Epizentrum der Polioinfektionen galt (WHO 2012b). 2012 wurde Indien schließlich von der WHO-Liste der Länder gestrichen, in denen Polio vorherrschend ist. Treten bis 2014 keine weiteren Polioinfektionen auf, so gilt auch Indien als poliofrei.

Vor fast fünfzig Jahren begann Indien mit dem ersten Impfprogramm gegen Tuberkulose. Erfreulich ist hierbei der Rückgang der Fallzahlen in Uttar Pradesh, Tamil Nadu und Rajasthan zwischen 1992-93. Gleichermaßen bedenklich ist jedoch gerade für Andhra Pradesh die Entwicklung der Tuberkulosefälle, die sich bis 2005-06 fast verdreifacht haben (Abb. 4.11.). Wenngleich einschränkend erwähnt werden muss, dass eine höhere Anzahl an Tuberkulosefällen auch mit einer verbesserten Detektion von TBC-Erkrankungen begründet werden kann.



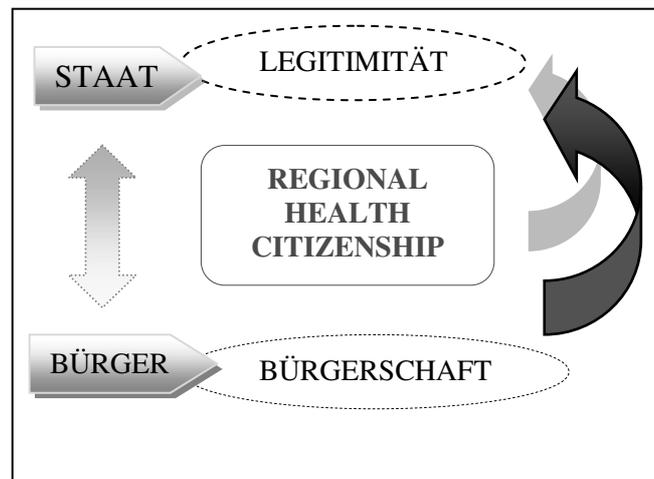
Quelle: eigene Darstellung.  
Daten: NFHS 1992-2006.

Trotz dieser Erfolge erfolgen die Impfprogramme in den Bundesstaaten auf sehr unterschiedlichem Niveau. Bei einem Vergleich des Indikators mit der regionalen Verteilung der Sterblichkeitsraten wird deutlich, dass dieser eng mit den bereits skizzierten Sterblichkeitsraten verknüpft ist. Infektionen können in jedem Lebenszyklus auftreten und daher bedarf es ebenso einem Ausbau der Pflegestrukturen, da gerade ein bevölkerungswachstumsstarkes Land wie Indien noch Jahrzehnte benötigen wird, um die sogenannten „Kinderkrankheiten“ endgültig als Einzelfälle betrachten zu können. Dabei sind nationale Standards notwendig, um das Gleichheitsprinzip trotz regionaler Identitäten und Besonderheiten auch auf den Gesundheitsbereich anwenden zu können. Gesundheit ist zwar subjektiv und individuell, doch dürfen weder Kaste noch Klasse noch Religionszugehörigkeit vom Gesundheitszustand abhängige Variablen sein.

#### 4.4. Regionalität und das Konzept des „health citizenship“

Wie erwähnt sind für die Gesundheitsversorgung die einzelnen Bundesstaaten verantwortlich und nur die Umsetzung nationaler Programme bildet hierbei eine Ausnahme. Beruhend auf der Annahme, dass Gesundheit mehr ist als die Voraussetzung der Produktivitätssteigerung auf breiter Basis und die Sicherung des für die Entwicklung des Landes notwendigen Humankapitals, wird davon ausgegangen, dass die Gesundheitsversorgung ein wichtiges Element der Legitimität darstellt (Kluge 2011). In Kapitel 2 wurden die Zusammenhänge von Gesundheitsversorgung, Legitimität, Staat und Staatsbürgerschaft erläutert. Dieser Argumentation folgend, wird Gesundheit als „Anspruch auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung“ als zentrale Funktion des Staates verstanden. Ein Mangel an staatlichen Investitionen und Handlungsbereitschaft im Gesundheitssektor fördert den schleichenden Prozess des Legitimitätsverlustes.

**Abbildung 4.12.: „Regional Health Citizenship“**



Quelle: eigene Darstellung.

Da Legitimität, wie bereits in Kapitel 2 ausgeführt wurde, unmittelbar mit „health citizenship“ verknüpft werden kann und Gesundheit beziehungsweise die Gesundheitsversorgung regional verankert ist, wird ein neues Konzept des „regional health citizenship“ notwendig, um die Dimensionen des „health citizenship“ für Indien überhaupt nachvollziehbar zu machen. Im Zentrum der drei Ebenen steht das „regional health citizenship“- Konzept, welches als theoretisches Konstrukt zwischen dem Staat und dem Bürger als Bindeglied verstanden wird und von den Akteuren im politischen System instrumentalisiert wird, um die jeweilige Macht

zu demonstrieren (Abb. 4.12). Es ist deutlich dargestellt worden, dass hinsichtlich der meisten besonders relevanten Gesundheitsindikatoren zwischen den Bundesstaaten erhebliche Unterschiede messbar sind. Grundsätzlich kann von einem Nord-Südgefälle und einem Ost-Westgefälle gesprochen werden. Der Gesundheitszustand ist demnach abhängig von der Region, dem Distrikt und den dortigen sozialen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen für Gesundheit. Die Leistungserbringung hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ist also eine regional verankerte Herausforderung der Legitimität in den Bundesstaaten. Gestärkt wird diese These auch durch die Ergebnisse von Längszeitstudien Mitras (1996ff), dessen Ergebnisse beruhend auf Daten der National Elections Surveys (1967, 1996, 2004) aufzeigen konnte, dass insgesamt die Loyalität gegenüber den politischen Institutionen zugenommen hatte, hierbei jedoch die regionale Loyalität und das regionale Vertrauen stärker ausgeprägt sind (Tabelle. 5.5., in: Mitra 2011a: 97). Im Süden Indiens ist hinsichtlich der sozialen Sicherung demnach ein höherer Grad der Legitimität zu erwarten als in den nördlichen Bundesstaaten mit weitaus schlechteren Gesundheitsindikatoren. Die regionale Diversität in den Gesundheitszuständen muss dann weiterführend um sozial sichtbare Aspekte und das Recht auf Gesundheit ergänzt werden. Zunächst erscheint es ungewöhnlich doch innerhalb Indiens liegen unterschiedliche Kategorien der „citizenship“ (Kluge 2011: 147) vor. Das neue, dynamische Konzept des „regional citizenship“ greift diese Regionalität auf und fügt sie dem „puzzle of governance“ (Mitra 2005) hinzu. Der moderne Bürger in Indien findet sich also wieder im transkulturellen Raum der Gesundheit und Gesundheitsversorgung, deren Implementationsprozesse jedoch geprägt sind von traditionellen Klassen- und Kastenhierarchien. Diese sind regionalspezifisch und definieren sich in Abhängigkeit zu ökonomischen, sozialen und politischen Veränderungsvorgängen. Der Grad der Staatsbürgerschaft ist somit unmittelbar verknüpft mit der politischen Arena in nachvollziehbarer Nähe und kann als regional verankert betrachtet werden (vgl. auch Mitra 2012). In Indien kann daher grundsätzlich von einem „regional health citizenship“ gesprochen werden. Wenn dieses Konzept zugrunde gelegt werden kann, ist folglich auch anzunehmen, dass die Legitimität in Bundesstaaten wie Kerala und Tamil Nadu stärker sein ausgeprägt muss als in Bundesstaaten wie Orissa, Bihar oder Uttar Pradesh.

#### 4.5. Zusammenfassung

Demokratien, so Halperin et al (2005) weisen in der Regel bessere Indikatoren auf als autoritäre Regime. Ursache ist ein effektiveres Ressourcenmanagement als in autoritären Regimen. Diese Prognosen bestätigen sich jedoch nicht für alle Dimensionen des Regionalkontextes Indiens und so liegt die Kindersterblichkeit im Vergleich außer in den Bundesstaaten Kerala und Goa bei 50 zu 1.000 Lebendgeburten (SRS Bulletin 2011). Anhand der vergleichenden Darstellungen des Gesundheitszustandes der Jahre 1992-93, 1998-99 und 2005-06 ist deutlich geworden, dass erhebliche Differenzen bei den Indikatoren Mütter- Kind- und Krankheitsindikatoren zwischen den Bundesstaaten vorliegen. Es ist auch deutlich geworden, dass sich insgesamt die Indikatorenwerte verbessert haben, diese jedoch auf immer noch bedenklichem Niveau. Zudem skizziert wurden die Divergenzen zwischen Bundesstaaten im Norden und Bundesstaaten im Süden Indiens. Wie ist dies zu erklären? Liegt es an den ökonomischen Lebensbedingungen? Am Grad der Traditionalität oder an der Ausgabenpolitik? Ein wichtiges Kriterium für die Begründung liegt im zentral ausgerichteten Föderalismus, der maßgebliche Verantwortlichkeiten in der State List definiert, jedoch die Macht im Sinne der Finanzmittelverteilung bei der Zentralregierung belässt. Geringe Steuereinnahmen, Korruption und Machtstrukturen vergrößern zudem die bestehenden regionalen Defizite.

Die Gesundheitsversorgung liegt laut Verfassung in der Verantwortung der nun mehr 29 Bundesstaaten. Es ist aufgezeigt worden, dass zwischen den Bundesstaaten erhebliche Unterschiede in den ausgewählten Indikatoren bestehen, sich aber auch grundsätzlich die Indikatorenwerte verbessert haben, wenngleich auch in diese Trends erheblich variieren. Besonders deutlich werden die regionalen Unterschiede in der Betrachtung der Indikatoren der Bundesstaaten im Norden und der im Süden, der traditionell positivere Indikatorenwerte aufweist. Hinsichtlich der Prävention und der regionalen Diversitäten bezüglich der Impfungsraten und der Krankheitsverteilungen ist noch die „passive Teilnahme“ als „passiv health citizenship“ und somit als Schlüssel zur Legitimität den bisherigen Ausführungen über den Zusammenhang von Legitimität und Gesundheitszustand ergänzt worden.

Die derzeitig messbaren Gesundheitszustände der Bevölkerungen in den einzelnen Bundesstaaten sind nicht allein das Ergebnis staatlicher Ratlosigkeit und Fehleinschätzungen der Regierungen seit der Unabhängigkeit. Migrationsprozesse und Urbanisierung intensivieren die medizinische Unterversorgung auf dem Land, während in paralleler Entwicklung die Slumvororte der Großstädte mit ihren krankheitsfördernden Lebens-

bedingungen seit vielen Jahrzehnten unkontrollierbar wachsen. Kontrastierend hierzu gewährt der Gesundheitstourismus für wohlhabende Heilsuchende aus dem Ausland dem vorwiegend privaten Sektor ein Milliardengeschäft. Die Rückkehr von erfahrenen und gut ausgebildeten Ärzten aus England und den USA ist zunächst positiv zu bewerten, da es den gefürchteten „brain drain“ gerade hinsichtlich des Humankapitals entgegensteht. Die Arbeitsbedingungen in ländlichen Regionen stellen jedoch keine Arbeitsalternative zu lukrativen Anstellungen in privaten Krankenhäusern in den Städten dar. Die Symptome für die Kluft zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungserbringung könnten dementsprechend kaum bezeichnender sein. Die Pluralität der Strukturen in den Bundesstaaten prägt somit das altbekannte Mosaik auf dem Subkontinent. Diese Vielfalt schlägt sich auch in der Diversität des Gesundheitssystems wieder und bildet die regional verankerte Konzeption der Staatsbürgerschaft und der Gesundheitsversorgung in Indien. Beide Variablen stehen in direktem Zusammenhang mit staatlicher Legitimität (vgl. Kapitel 2). Gesundheit ist demnach verknüpft mit Legitimität und Regionalität, die über das Konzept der Staatsbürgerschaft (citizenship) miteinander verbunden sind. Aufgrund der erheblichen regionalen Unterschiede vor allem zwischen den nördlichen und südlichen Bundesstaaten, kann von einem „regional health citizenship“-Konzept ausgegangen werden. Vorausgesetzt der Annahme, dass Gesundheitsversorgung vom Bürger als Staatsaufgabe verstanden wird, ist demnach zu erwarten, dass die Legitimität und Wahrnehmung des Staates im Süden wie Tamil Nadu oder Kerala stärker ausgeprägt ist als in nördlichen Bundesstaaten wie Orissa oder Uttar Pradesh.

## **5 Vom Phänomen zur Handlung: Politikfeld Gesundheitssektor**

Wie bereits von Alemann und Forndran (1995: 33) formuliert, bleibt Theorie allein „logisches oder dialektisches Glasperlenspiel, wenn nicht ständig der Praxisbezug gesucht [...] wird.“ Ebenso kann der Gegenstand „genauso wenig ohne theoretische und methodische Werkzeuge den Einstieg in das Fach allein bestreiten“ (Aleman/ Forndran 1995: 34). Auf die Vielfalt der Phänomene Gesundheit und Krankheit ist bereits eingegangen worden. Gleichermäßen vielseitig sind die wissenschaftlichen Ansätze und methodischen Zugänge zu deren Verständnis. Daher stellt sich die Frage, was kann die Politikwissenschaft als Erkenntnisgewinn bieten, was andere Wissenschaften nicht bereits über die Gesundheitsversorgung in Indien veröffentlicht haben?

Ein akteurzentrierter, medizinischer oder soziologischer Ansatz reicht hierbei nicht aus, um den Bereich der Gesundheitsversorgung als zielgerichteten, bestimmten Bereich des Politischen zu erfassen. Gesundheitspolitik wird als Politikfeld verstanden. Die Politikwissenschaft prüft bestehende Programme und Politikinhalte auf deren Ziele und Umsetzungspotenziale. Der politikwissenschaftliche Blick auf konkrete Programme, Ergebnisse und Wirkungen darf dabei jedoch nicht übersehen, dass ein interdisziplinärer Ansatz in einer multikulturellen Gesellschaft wie Indien mit stark traditionellem Bezug unumgänglich ist. Worin liegen beispielweise die Ursachen, dass nach fünfzig Jahren intensiver Kampagnen und Medienarbeit noch immer nur etwa die Hälfte aller Kinder eine Impfung erhält? Wie bereits in der Studie zum Impfverhalten in Rajasthan von Nordfeldt und Roalkvam (2010) deutlich wurde (Kapitel 4), reichen die Erklärungsansätze von lokalen Machtverhältnissen bis hin zu soziokulturellen Konstrukten, in denen der „moderne Bürger“ einen Kompromiss finden muss, um auch sich selbst aktiv am Gesundheitssystem zu beteiligen. Staatliche Maßnahmen wie zum Beispiel die Einführung der ASHAs wird nicht immer als „gewinnbringende“ Institution wahrgenommen. Wie wirken sich diese Blockaden aus und was sind deren Ursachen? Neben der Skizzierung der einzelnen Akteuren und Instrumenten muss weiterführend diskutiert werden, weshalb dem so ist und wie viel Steuerungsblockade sich ein Land wie Indien „leisten“ kann, um die Ziele zu erreichen, die es als „global player“ erreichen will. Die Kontextualisierung von Gesundheit, Staatsbürgerschaft und Legitimität ist für die Lebenswirklichkeit also dringend notwendig und geht über die bloße Ansammlung von Statistiken zum Gesundheitszustand weit hinaus. Die Untersuchung der Gesundheitspolitik braucht ein tiefergehendes, analytisches Verständnis des Gesundheitssystems als Ganzen.

Die Politikfeldanalyse als Methode und Forschungsstrang der Politikwissenschaft kann diese systematische Deskription und Analyse der Problembereiche sowie deren Abhängigkeitsstrukturen liefern. Dies beinhaltet dabei sowohl die Ausgabenpolitik also auch ein Verständnis der sozioökonomischen Bedingungen, in deren Raum diese Politikinhalt implementiert werden. Der intra-staatliche Vergleich und die Entwicklungen der Sozialsysteme in Europa und anderen westlichen Staaten verweisen auf die enge Beziehung zwischen den politischen Parteien, deren Aufgabe darin besteht, die Forderungen der Bürger zu aggregieren und artikulieren. Schwache oder unterentwickelte Institutionen bieten keine gute Basis für Verbesserungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Um die politischen Strukturen und Kulturen der Gegenwart zu verstehen, benötigt die Analyse zudem eine historische Dimension. Indiens Gesundheitsversorgung befindet sich in einem Transitionsprozess, dessen Steuerung und Wahrnehmung darüber entscheiden werden, wo sich das Land mit seinem unerschöpflichen Humankapitel zukünftig wiederfinden wird. Die methodologischen Ansätze der Politikfeldanalyse in Verbindung mit der vergleichenden Politikwissenschaft bieten die Möglichkeit, die kontextrelevanten Phänomene Gesundheit, Staatsbürgerschaft und Legitimität in regionaler Perspektive miteinander zu verbinden.

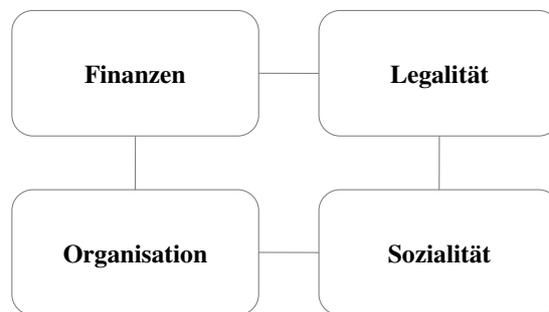
## 5.1. Gesundheitssystem

Als Gesundheitssystem können alle Aktivitäten bezeichnet werden, die dem primären Ziel der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit gewidmet sind. Hierzu gehören auch die Personen, Institutionen und Ressourcen, die entsprechend den geltenden politischen Rahmenbedingungen eingesetzt werden, um die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern (WHO 2000). Dies, so die Definition der WHO, geschieht im Sinne der legitimierten Erwartungen der Bürger und zum Schutz der Bevölkerung vor einem schlechten Gesundheitszustand mit dem maßgeblichen Ziel, diesen zu verbessern (hierzu auch WHO 2011: 9).

Ein funktional ausgerichtetes „System“ begründet sich auf dem Zusammenspiel verschiedener Elemente und der Art und Weise, wie diese Elemente miteinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. von Bertalanffy 1968). Der Begriff Gesundheitssystem beschreibt bereits dessen Zielsetzung (Funktion) der nachhaltigen Sicherstellung der Gesundheit der Bevölkerung. Roemer (1989: 63) definiert ein nationales Gesundheitssystem „als einen Komplex von Handlungen zur Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen“. Aus ökonomischer Perspektive können diese Dienstleistungen als „Produkt des Gesundheitssystems“ (Roemer

1989) oder als Ergebnis politischer Entscheidungsprozesse verstanden werden. Zu den offensichtlichen Akteuren und Institutionen wie Krankenhäusern und Pflegeheime, Ärzten und Patienten gehören im Gesundheitssystem ebenso die Bundes- und bundesstaatlichen Gesundheitsministerien, deren angegliederte Ressorts, private Gesundheitsdienstleister darunter for-profit und non-for-profit Gesundheitsorganisationen, Pharmakonzerne sowie externe Geldgeber (World Bank 2007).

**Abbildung 5.1.: Interagierende Aspekte der Gesundheitsversorgung**



Quelle: eigene Darstellung nach Hsiao 2000.

Für die Steuerung des Gesundheitssektors sind die Elemente medizinisches Personal, Ausstattung, Zugang zu medizinischen Einrichtungen, Rohstoffe, die unter anderem für die Herstellung von Medikamenten genutzt werden können, von grundlegender Bedeutung (Kleczkowski et. al. 1984; Roemer 1989). Die finanziellen Mittel werden dabei lediglich als ein Instrument denn ein essentiell wichtiger Faktor verstanden, was jedoch hinsichtlich aller zuvor genannter Elemente erweitert werden muss. Gerade die direkten Mittelzuweisungen (distributive Verteilung, vgl. Kapitel 5.7.2.) der Unionsregierung an die Bundesstaaten anhand bestehender Schlüsselindikatoren und Verteilungspräferenzen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die operativen Elemente und können daher nicht nur als „medium of exchange, convertible into resources of services“ (Roemer 1989: 66) betrachtet werden. Finanzmittel sind jedoch nicht nur passive Wechselspiele, sondern bieten auch Problemlösungen gerade für den Großteil der ärmeren Bevölkerungsgruppen, wenn ihnen beispielsweise im Rahmen der RSBY eine Krankenversicherung derart ermöglicht wird, dass sowohl der Patient als auch das Krankenhaus von Anreizen profitieren (vgl. Kapitel 7). Diese Argumentation zur Bedeutung der finanziellen Ressourcen wird auch von Hsiao (2000) in seiner Systematik des Gesundheitssektors ähnlich dargestellt (vgl. Abb. 5.1.). Hier agieren in

der Regel vier Aspekte miteinander, die sowohl die Basis als auch die Natur der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Den wohl einflussreichsten Aspekt bilden die Finanzen. Hierunter fallen Steuern, Honorare, Ausstattungen der Infrastrukturen, direkte Versorgungsausgaben („out of pocket“) sowie Versicherungsprämien. Der indische Staat als Leistungserbringer hat sich dieser Verantwortung zunehmend entzogen und investierte bereits in den 1990er Jahren nur 1.3 Prozent des BIP in die Gesundheitsversorgung während bereits 75.2 Prozent der Ausgaben für Gesundheitsdienste von privaten Haushalten finanziert wurden (Berman 1993). Auswertungen der Central Statistical Organisation aus dem Jahr 2004 belegen, dass von den 6.5 Prozent der BIP-Ausgaben, die 2004-2005 in den Gesundheitssektor flossen, 83 Prozent also 5.5 Prozent des BIP „out of pocket“ von den privaten Haushalten gezahlt werden (Duggal 2007). Ein Großteil dieser Ausgaben wiederum wurde in die Gehälter der Angestellten und Ärzte investiert, zum Nachteil des Ausbaus der Infrastruktur.

Der organisatorische Aspekt bildet die Grundlage der jeweiligen Implementierungsprozesse und strukturiert die Versorgungsvorgänge. Der legale Aspekt (reguläre Netzwerke) regelt Verantwortlichkeiten und setzt Versorgungsrichtlinien fest. Zum sozialen Aspekt gehören Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Institutionen, die Vermittlung von Gesundheitsinformationen sowie die aktive Unterstützung eines gesundheitlichen Grundwissens. Die Effektivität, mit der diese Instrumente durch die Politik gestaltet und von der Gesellschaft genutzt werden, bestimmt den Grad der Eignung, der gerechten Verteilung und Fairness des Gesundheitssystems (Hsiao 2000).

### 5.1.1. Adaption – und Reformfähigkeit

Durch dessen notwendige Adaptionfähigkeit wird das Gesundheitssystem auch als „offenes System“ beschrieben, da es immer wieder entsprechend den Herausforderungen in der eigenen Umwelt neugestaltet wird (vgl. Plsek 2001). Diese Adaptionfähigkeit verdeutlicht sich auch am Übergang traditioneller Medizinsysteme hinzu allopathischen Medizinsystemen. In Indien, einem der pluralistischsten Medizinsysteme weltweit, erfolgen die Behandlungen von Erkrankungen zu 90 Prozent auf Basis allopathischer Ansätze (Misra et. al. 2003), wengleich die Erfolge traditioneller Heilmethoden ebenso bestätigt sind.

Die Bestimmung des Grads der Anpassungsnotwendigkeit ist demnach ebenso von Bedeutung wie die Formulierung der Zielvorgaben selbst. Gleiches gilt hinsichtlich der Privatisierung der Gesundheitsversorgung. Adaption an neue Herausforderungen ist wichtig und notwendig,

weil sich nicht nur Bedürfnisse sondern auch die Lebensumwelten verändern. So prägen sowohl Lifestyle als auch Entwicklungen auf dem Arbeits- und Wirtschaftsmarkt die Dynamiken im „offenen System“ Gesundheitssektor. Diese Beeinflussung des Gesundheitssystems durch Gesellschaftsveränderungen diskutierte bereits Milton Roemer (1989). Was als religiöse Intervention (vgl. auch Porter 1999) begann, veränderte sich im Verlauf der Industrialisierung als Interventionen der Arbeiterklasse auf dem freien Gesundheitsmarkt. Erst der Zusammenschluss ausgebildeter Ärzte mit anderen, medizinisch ausgebildeten Personal und die damit verbundene Komplexität von Strukturen und Abläufen, verdeutlichte den Bedarf an einer übergeordneten Steuerung des Systems, welche unabhängig von Marktinterventionen ist (Roemer 1989). Die Notwendigkeit von Planungsprozessen ersetzte in den meisten Ländern die Philosophie des freien Marktes mit dem Grundverständnis von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit (ebenda). Letztgenannte Grundsätze galten zwar vor und nach den Reformen im Wirtschaftssektor auch in Indien, trotzdem zeigt das „offene“ Gesundheitssystem gerade im Kontext eines Entwicklungslandes an dieser Stelle seine Verwundbarkeit. Denn die Anpassung an den freien Markt und die Öffnung bestimmter Wirtschafts- und Versorgungszweige verschärft auch die Bruchstellen zwischen armen und reichen Bürgern und somit zwischen „medizinisch versorgt“ und „medizinisch nicht“ beziehungsweise „medizinisch unterversorgt“.

Politikveränderungsprozesse bilden den eigentlichen Kern der Policy-Analyse. Die Gestaltung von Politikfeldern unterliegt stets Anpassungen und somit Policy-Veränderungen. „Die Frage nach den Ursachen und Erklärungen für politische Veränderungen ist eine der wichtigsten in der Policy-Forschung“ (Blum/Schubert 2001: 146). Die aktuellen Veränderungen in der Struktur der öffentlichen Gesundheitsversorgung auf dem Land sind hierfür ein Beispiel. Die Besonderheit gegenüber anderen nationalen Programmen lag darin, dass dieses Programm nicht nur die Aufstockung der Finanzen und die Monitoringprozesse bedeutete, sondern dass tatsächlich eine Reformierung der bestehenden Strukturen der Versorgung stattgefunden hat. Nach den Erkenntnissen der bisherigen Policy-Forschung gibt es zwei Annahmen, die darüber entscheiden, ob Veränderungsentscheidungen getroffen werden. Darunter fallen die Stärke der Hemmnisse sowie die Kohäsion des Policy-Subsystems (Howlett et al. 2009: 158). Im Verlauf des Kapitels wird dies noch ausführlicher diskutiert.

### 5.1.2. Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik umfasst nach Manfred G. Schmidt (2004) das politische Handeln, seine institutionellen Rahmenbedingungen und die ihm zugrunde liegenden Konflikt – und Konsensbildungsvorgänge, die darauf gerichtet sind, die Gesundheitsvorsorge und die Krankheitsbehandlung gesamtgesellschaftlich verbindlich zu regeln (Schmidt 2004: 273). Schmidt (2004) orientiert sich hierbei stark am Einfluss von Strukturen und Prozessen im politisch-administrativen Raum. Diese so genannte „black box“ (eine Erläuterung des Begriffes erfolgt in Kapitel 5.5.) wird von Rosenbrock und Gerlinger (2004) erweitert und fußt auf einem breiteren Begriffsverständnis, in deren Analytik Gesundheitspolitik verstanden wird als „Gesamtheit sämtlicher organisierter Anstrengungen, die einen Einfluss auf das Individuum oder einzelne soziale Gruppen ausüben“. Die Gesundheitspolitik wird dabei getragen durch die Bereitstellung sowohl kurativer Behandlungsstrukturen als auch durch die Förderung von Präventivmaßnahmen. Gesundheit ist hierdurch nicht gleichzusetzen mit einer eindimensionalen Krankenversorgung, sondern ist zu analysieren als mehrdimensionaler Gegenstand mit der „Zielgröße Gesundheit“ (Rosenbrock/Gerlinger 2004: 12). Gesundheitspolitik umfasst schließlich eine Vielzahl an Interessen und Forderungen an das politische System, welches, abhängig von Prioritäten und Machtverhältnissen, innerhalb des Regierungshandeln, darauf reagiert. Das Verständnis über die Ausprägung, also die Formulierung konkreter Forderungen nach staatlich-regulierten Richtlinien und Zielvereinbarungen in der Gesundheitsversorgung, bleibt jedoch abhängig vom Kontext und der Historie des jeweiligen Untersuchungsgegenstandes. Gesundheitspolitik betrifft dabei das Individuum, den Bürger und gleichermaßen die Gesamtgesellschaft also den öffentlichen Raum.

### 5.1.3. Kontextualisierung des Untersuchungsgegenstandes

Der Gesundheitssektor ist eines von vielen Subsystemen im Puzzle des Politikgeschehens. In Indien verdeutlicht sich die Pluralität der Tätigkeitsfelder, politischen Prozesse und Strukturen unter anderem an der Anzahl der verschiedenen Kabinettsministerien (54) und den, teilweise, indigenen Problemstellungen, aufgrund derer ein Ministerium als regulierende Institution beauftragt wird. Funktional betrachtet, kann die Institution des Gesundheitsministeriums also als eine auf Dauer gestellte Problemlösung verstanden werden (vgl. Schubert/Bandelow 2009). Wenngleich die Veränderungen der Parteienkonstellationen und der Koalitions-

arithmetik der vergangenen Jahrzehnte in Indien dazu geführt hat, dass aufgrund der gestiegenen Anzahl an Parteien und Ministerialämtern auch die Anzahl der Zuständigkeitsbereiche (Politikfelder) gewachsen ist (Wagner 2006). Obwohl nicht bei allen Politikbereichen von einer zwingenden, funktionalen Notwendigkeit ausgegangen werden kann. Vielmehr erhalten die Parteiführer kleinerer Regionalparteien ministeriale Ressortverantwortung, um deren Loyalität in der Regierungskoalition zu sichern (ebenda). Eine tiefgehende Auseinandersetzung über die Konsequenzen einer ministerialen Überproportionalität hinsichtlich der tatsächlich politischen Bedarfe an Tätigkeitsfeldern sowie der fiskalischen Auswirkungen auf die Ressourcenverteilungsmechanismen zwischen den Ressorts muss an dieser Stelle jedoch ausbleiben.

Die Gesundheitspolitik ist demnach zweifellos für die Gesellschaft und die politischen Entscheidungsträger ein dringender Handlungsbereich, wengleich auch unbestritten ist, dass große Varianzen in den jeweiligen Governance-Strukturen der gesundheitspolitischen Maßnahmen im externen sowie internen Vergleich zwischen den (Bundes-) Staaten vorherrschen. Wie nun kann dieser staatliche (sich zunehmend „privatisierender“) Tätigkeitsbereich in der Komplexität seiner Institutionen, Akteure und Wirkungsgrade analysiert werden? Das Gesundheitsressort gehört auf allen politischen Ebenen zu den staatlichen Tätigkeitsfeldern, die bereits vor der Unabhängigkeit 1947 Indiens einen wichtigen Handlungsraum abgedeckt haben. Bereits unter britischer Kolonialherrschaft spielte die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung (Public Health) und des Gesundheitswesens eine maßgebliche Rolle – u.a. sowohl zum Schutz der britischen Herrschaftsfamilien als auch zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und somit zur Steigerung der Produktivität. Die Ausbrüche von Epidemien sollten vermieden, die Überlebenschancen von Müttern und Kindern verbessert und die unmittelbare Versorgungsleistung ausgebaut werden. Autoren wie Banerji (1990) sehen im Ausmaß der britischen Kolonialherrschaft jedoch den Ursprung des derzeitigen Gesundheitszustandes geprägt von den Machtverhältnissen der politischen Elite. „Thus basic characteristics of health practices of this period were that there were two types of medical practices: one for the privileged classes and other for the broad masses“ (Banerji 1990: 18). Doch nicht nur die Polarisierung zwischen den (wenigen) privilegierten Klassen und der Bevölkerungsmasse, sondern auch die Einführung des westlichen Medizin- und Technologiesystems veränderte das indigene Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsproblemen. Weitere Konsequenzen, so Banerji (1990), ergaben sich durch Ausbeutung und Plünderung der unterliegenden Bevölkerung durch die Eroberer, wodurch sich die Ökologie ganzer Landstriche veränderte und diese anfälliger wurden gegenüber Hungersnöten, den

Ausbrüchen bestimmter Krankheiten und damit verbundenen Epidemien. Trotzdem war die öffentliche Nachfrage nach Therapieansätzen und Behandlungsmethoden des westlichen Medizinmodells auch nach der Unabhängigkeit groß. Denn deren Gesundheitsdienstleistungen wurde schließlich eine größere Heilungs- und Behandlungseffizienz attestiert.

Aus dem Gesundheitssystem heraus werden gesundheitspolitische Inhalte und Maßnahmen (Outputs) formuliert, um die definierten Ziele (Outcomes) zu erreichen. Ob diese staatlich oder privat umgesetzt und finanziert werden, spielt zunächst in der Terminologie eine untergeordnete Rolle. Neben den konkreten Planungen und Ressourcenverteilungen ist es ebenso unerlässlich, dass sämtliche im Gesundheitssystem befindlichen Institutionen und Personen in den Umsetzungsprozess eingebunden werden (WHO 2000). Bei der Betrachtung eines Gesundheitssystems muss also ein strukturfunktionalistischer Ansatz gewählt werden, um die Zusammenhänge zuordnen zu können.

#### 5.1.4. Gesundheitspolitik als Policy-Making

Trotz einer Vielzahl von Konflikten und Problemstellungen, die sich auch aus dem Kontext eines Entwicklungslandes<sup>51</sup> heraus abzeichnen, wird Indien in der Dissertation als moderne Demokratie<sup>52</sup> verstanden. In modernen Demokratien sind an allen politischen Entscheidungen gleichzeitig eine Vielzahl von Akteuren beteiligt (Schubert/Bandelow 2003: 1). Jene Komplexität an Wertvorstellungen, Interessen und Zielen führt zu beständigen Politikprozessen, die nicht einmalig und „final“ zu betrachten sind, sondern aus aufeinander folgenden und sich gegenseitig beeinflussenden Entscheidungen besteht (ebenda). Diese Entscheidungen sind institutionell und prozessual gebunden. Die Politikfeldanalyse findet in dieser Arbeit als Untersuchungsmethode Anwendung, um nachvollziehen zu können *wie* Gesundheitspolitik in Indien ausgestaltet und umgesetzt (policy-making) wird und *welche*

---

<sup>51</sup>DAC-Liste der Entwicklungsländer- und gebiete (gültig für den Berichtszeitraum 2011-2013), Referat 414, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Die Klassifizierung von Entwicklungsländern und entwickelten Ländern beruht nach OECD-Kriterien auf Einkommensgrenzen und ist sicherlich in einigen Punkten streitbar. In diesem Rahmen wird jedoch auf eine ausführliche Auseinandersetzung zum Themenkomplex der „Entwicklungstheorie“ weitestgehend verzichtet. Das wirtschaftliche Entwicklungspotenzial Indiens kann durchaus hoch eingeschätzt werden. Trotzdem muss festgehalten werden, dass vom sogenannten „Wirtschaftsboom“ der Metropolen Neu-Delhi, Mumbai oder Bangalore nur ein geringer Teil der Gesamtbevölkerung profitiert und kaum sogenannte „trickle-down“ Effekte zu verzeichnen sind.

<sup>52</sup>„In der Minimaldefinition [...] eine Form legaler Herrschaft, [...] die in institutioneller Hinsicht durch allgemeines, freies, gleiches Wahlrecht, Parteienwettbewerb, authentische Informations-, Meinungs-, Oppositions- und Koalitionsfreiheit für alle Staatsbürger, regelmäßige Wahl der politisch Herrschenden (und die Chance ihrer Abwahl) durch die Stimmberechtigten und die Einbettung in die Strukturen des Verfassungsstaates charakterisiert ist“ (Schmidt 2000: 26).

Konsequenzen sich hieraus ergeben. Institutionelle Rahmenbedingungen und Umsetzungsprozesse spielen eine signifikante Rolle. Strukturen und Institutionen (polity) bilden den Rahmen, innerhalb dessen sich politische Prozesse (politics) vollziehen, die dann wiederum konkrete, politische Inhalte (policy) zum Gegenstand haben (Blum/Schubert 2011). Neben den prozessualen Dimensionen der Veranschaulichung wird auch deutlich, dass die Regionalität insbesondere in der National Health Mission einen erweiterten Stellenwert zugeschrieben bekommt. Letztlich können Aussagen darüber getroffen werden, welche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesstaaten in Indien zu erkennen sind und wie diese Diversitäten das Gesamtgefüge beeinflussen. Da dies mit der Fragestellung der „gesundheitlichen Staatsbürgerschaft“ verknüpft wird, hat dies (funktionale) Auswirkungen auf die grundlegende Frage der Legitimitätsstärke des Staates und gerät somit auch in die Nähe der Systemtheorie. Es wird hierdurch deutlich gemacht, dass die einzelnen politikwissenschaftlichen Theoriebereiche nicht strikt voneinander abgekoppelt werden können, sondern dass sie vielmehr voneinander profitieren und sich gegenseitig ergänzen, denn nicht immer sind die Theorien als „Instrumente, die sich in der Wirklichkeit bewähren müssen“ (James 1908 in: Blum/Schubert 2011: 22) ein probates Mittel, um die Realität in der Gesamtheit ihrer Pluralität zu erfassen. Ein Ziel der Politikfeldanalyse ist es daher „[...] den unfruchtbaren Dualismus zwischen Theorie und Praxis durch eine Wirklichkeitsorientierung zu überwinden“ (Blum/Schubert 2011: 22).

Die Politikfeldanalyse nahm ihre Ursprünge in den USA, so dass dem deutschen Forschungsbereich eine Reihe angelsächsischer Termini annähernd synonym gegenübergestellt werden: policy analysis, policy studies, policy sciences, public policy, comparative public policy und New Science of Politics (Blum/Schubert 2011: 10). Im deutschen Wissenschaftssprachraum hat sich der Begriff „Politikfeldanalyse“ etabliert. Die Begriffe Politikfeldanalyse und Policy-Analyse werden in der hier geführten Untersuchung synonym verwendet.

### 5.1.5. Policy-Making I – Verantwortungsverteilung

In indische Gesundheitspolitik muss im enger Verbindung zu den verfassungsmäßigen Zuständigkeitsfestlegungen betrachtet werden (vgl. auch Kapitel 6), in denen zwischen Union List, State List und Concurrent List unterschieden wird. Dass Gesundheit zunächst als Aufgabe der Bundesstaaten gilt, ist bereits erörtert worden, doch trotzdem werden alle grundsätzlichen, gesundheitspolitischen Entscheidungen im Bundesministerium für

Gesundheit und Familienwohlfahrt getroffen, lediglich die Implementation der Vorgaben und Strategien obliegt den Bundesstaaten. Artikel 252 der indischen Verfassung erlaubt der Zentralregierung durch die Möglichkeit zusätzliche Gesetze zu formulieren auch das Eingreifen in bundesstaatliche Belange, wenn diese als von nationaler Relevanz eingestuft werden. Eindeutig der State List zugeordnet sind die Bereiche Public Health und Sanitäreinrichtungen, sowie Krankenhäuser und Dispensarien (Infrastruktur). Bereiche wie die Ausbildung medizinischen Personals, Arzneimittel, Familienplanung und die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten fallen unter die Concurrent List, also Bereiche, in denen die Zentralregierung und die Bundesstaaten gemeinsam entscheiden (Misra et. al. 2003: 41). Es gilt wie in den meisten Staaten die Grundregel „Bundesrecht schlägt Länderrecht“, so dass auch die Gesundheitspolitik der politischen Hierarchie der Unionsregierung folgt, die jedoch nur in Kooperation mit den Bundesstaaten agieren kann (checks and balances), um nicht die Stabilität des politischen Systems insgesamt zu gefährden. Trotzdem dominieren die Entscheidungen der Zentralregierung die gesundheitspolitischen Vorgänge und dies hauptsächlich aufgrund der Fünfjahresplanungen, die zentral gesteuert wird. Die Rolle des Gesundheitsministeriums auf zentraler Ebene war von Beginn nicht eindeutig definiert (Yasbeck/Peters 2003). Folge waren die Übersteuerung und Bürokratisierung der gesundheitspolitischen Prozesse und die Verringerung einer regionalen Anpassungsflexibilität. In den Fünfjahresplänen der Planungskommission festgehalten werden die jeweiligen Ressortschwerpunkte, Strategien und Prioritäten sowie die hierfür zu verteilenden Finanzmittel (vgl. Kapitel 6). Da die Bundesstaaten in der Regel selbst nur wenig Steuereinkommen nachweisen können, sind sie zu allererst abhängig von den Transaktionen aus Delhi.

#### 5.1.6. Policy-making II – Planungsprozess

Im politischen Prozess werden die nationalen Ziele in den Fünfjahresplänen festgeschrieben. Die Unionsregierung nimmt durch die finanziellen Transfermechanismen erheblichen Einfluss an der Gestaltung der regionalen Gesundheitssektoren. Diese Leistungen lassen sich in drei Kategorien unterteilen: 1. gesetzliche Transferleistungen über die Finanzkommission, 2. reguläre Transferleistungen durch die Nationale Planungskommission und 3. Transferleistungen nach Ermessen durch die zentralen Regierungsministerien selbst (Tsujita 2005: 7). Hierdurch gesteuert werden die Familienplanung, alle nationalen Krankheitskontrollprogramme, der Ausbau der primären Gesundheitsversorgung auf dem Land und die

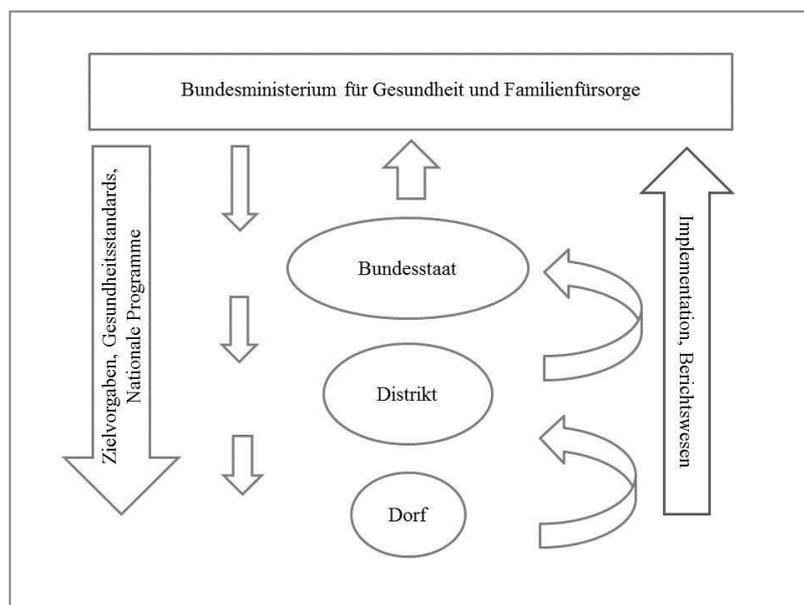
Personalstrukturen der Gesundheitseinrichtungen, die oftmals jedoch nur wenig an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst sind (Yasbeck/Peters 2003: 253). Das Ministerium für Gesundheit und Familienwohlfahrt auf Unionsebene beauftragt dabei regelmäßige Forschungsgruppen und Ausschüsse, deren Studien meist höhere öffentliche Ausgaben in den Gesundheitssektor, Dezentralisierung und Kommunalbeteiligung an der Gesundheitsversorgung und den Entscheidungen fordern (ebenda). Im Planungsvorgang selbst stehen die Minister der Bundesstaaten und die Minister der zentralen Regierung im engen Kontakt über die jeweiligen Ziele und Projekte, um diese anschließend der Planungskommission vorzulegen. Die Planungskommission überträgt diese Entscheidungen sodann in einen Plan, der damit gleichzeitig die einzelnen „policies“ bestimmt. Die Gestaltung der Gesundheitsausgaben richtet sich nach den Vorgaben der Fünfjahrespläne und wird in drei Prozessschritten umgesetzt. Zunächst werden die Plandokumente verfasst und die zugehörigen Auslagen werden beschlossen. Anschließend werden die Planvorschläge in tatsächliche Ausgabenvorschläge umgewandelt. Danach werden die planmäßigen und außerplanmäßigen Ausgaben in eine Gesamtvorlage der Gesundheitsausgaben von der Planungskommission zusammengeführt (Jeffrey 1988: 147). Da sich innerhalb der Gesundheitsausgaben selbst die Regierungsausgaben in „Plan“- und „Non-Plan“-Ausgabekategorien aufspalten, können zusätzlich Aussagen bezüglich der Prioritäten der einzelnen Gesundheitsfelder abgelesen werden, etwa ob Maßnahmen der Präventivmedizin oder der Familienplanung im Planungsprozess im Vordergrund stehen. Wobei „Plan“ (planmäßige) neue und Entwicklungsausgaben und „Non-Plan“ (außerplanmäßige) routinemäßige Ausgaben umfassen (ebenda: 146). Planmäßige Ausgaben decken meist alle präventiven Kampagnen (Windpocken, Malaria, etc.), Familienplanung, einige Wasserversorgungsdienste und die sanitäre Versorgung ab. Im Bereich der Planausgaben gibt es drei Finanzierungs-kategorien: a) Ausgaben, die komplett von der Zentralregierung bezahlt und von deren eigenen Institutionen ausgezahlt (nationale Programme, Familienplanung); b) Ausgaben, die von der Zentralregierung übernommen werden aber von den Bundesstaaten ausbezahlt werden (z.B. Programme der Mutter- und Kindgesundheit) und c) Ausgaben, die selbstständig von den Bundesstaaten bezahlt und von deren Institutionen ausbezahlt werden (Ernährung, Public Health) (ebenda). Nach der Festlegung eines Planes werden jährliche Pläne für die Budgetierung der Bundesstaaten und der Zentralregierung aufgestellt, wodurch deren Budgetierungsentscheidungen rechtfertigt werden können und es den Bundesstaaten erlaubt, die unter die Planverteilung gefallenen Ausgaben zurückzufordern (ebenda: 149f). Formal fällt die Entscheidungskompetenz in die Zuständigkeit des National Development

Council, zusammengesetzt aus den Mitgliedern der Planungskommission und den Ministerpräsidenten der Bundesstaaten. Der Premierminister leitet im Normalfall die Sitzungen der Planungskommission. Bevor in einem ersten Schritt die Konzepte der Planungskommission vorgelegt werden, sind in die besonderen Planungen für die Gesundheitsdienste jeweils die Gesundheitsminister der Zentralregierung und der einzelnen Bundesstaaten involviert, die entsprechende Arbeits- und Expertengruppen (meist Ärzte) aufstellen, um sich bestimmten Gesundheitsthematiken zu widmen. Das Gesundheitsministerium auf Unionsebene muss nun unter hohem Druck alle Vorschläge in einer Liste der Planungskommission vorlegen, worin alle Ausgabenwünsch- und Vorschläge zunächst gekürzt und abgeändert werden, um nach den politischen Vorgaben des *National Development Council* akzeptiert werden zu können (Jeffrey 1988: 150). Die tatsächlichen Entscheidungen über die Ausgaben für Gesundheit werden also nicht direkt von den Bundesstaaten, sondern vielmehr von der Planungskommission getroffen. In einer bestimmten Form werden die Bundesstaaten somit zu den Regulatoren vorgegebener Entscheidungen von zentraler Stelle. Wengleich auch die Ministerpräsidenten selbst die Vorschläge einreichen und diskutieren, so bleibt unklar, ob diese Ausgabenverteilung letztlich auch im Sinne der örtlichen Gesundheitsminister ist. Ein innenpolitischer Faktor für die Dauer eines Haushalts ist auch die Stabilität der Regierung. Wechselnde Akteure können auch zu wechselnden Haushaltsprämissen führen.

Bei der Einführung der National Health Policy 2000 waren auf zentraler und bundesstaatlicher Ebene die Ministerien und Abteilungen für Gesundheit, Finanzen und die Planungskommission eingebunden. Hinzu kamen Empfehlungen aus dem Versicherungssektor. Weitere Akteure waren Anbieter aus dem privaten Versorgungsbereich, Versicherungsanbieter, not-for-profit Organisationen, Rechtsvertreter, Forschergruppen, Vertreter medizinischer Vereinigungen und internationale Geldgeber. Während kleinere Arbeitsgruppen die entsprechenden Richtlinien vorbereiteten, waren vierzehn Institutionen mit der Forschung beauftragt. Die Ergebnisse wurden auf nationalen und regionalen Seminaren diskutiert. Einundzwanzig Berichte wurden seither publiziert. Auf diesen Ergebnissen aufbauend, bereitet dann die Commission on Macroeconomics and Health einen Landesbericht zur Gesundheitssituation vor, der auch eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen enthielt (Yasbeck/Peters 2003). Auch bei der Formulierung der NRHM, NUHM und NHM wurden sowohl externe als auch lokale Akteure einbezogen und deren Empfehlungen in den Formulierungsprozess der Maßnahmen eingebunden. Mit den State Programme Implementation Plans (PIP) wurden sodann neue Formen der Politikgestaltung

eingeführt, die sowohl transparent als auch bedürfnisorientiert erscheinen. Abb. 5.2. illustriert den politischen Prozess der Gesundheitspolitik nach Einführung der NHM und verdeutlicht einerseits die „top-down“ Mechanismen der politischen Steuerung mit der prozessualen Nachfolge der Implementation in Abstimmung und Kontrolle der Zentralregierung. Der „bottom-up“-Ansatz in Kombination mit einer uniformen Herausbildung nationaler und vergleichbarer Gesundheitsstandards „top-down“, zeugen von der (neuen) Flexibilität in der Hierarchie bei systemtreuer Zentralisierung der politischen Prozesse unter der National Health Mission (vgl. Kapitel 7).

**Abbildung 5.2.: Prozesse der indischen Gesundheitspolitik nach Einführung der National Health Mission**



Quelle: eigene Darstellung.

## 5.2. Policy-Analyse zwischen Institutionen und Prozessen

In der Moderne wird der Politikbegriff in drei Dimensionen unterteilt, um dessen unterschiedliche Aspekte zu verdeutlichen. Im Allgemeinen orientiert sich die Politikwissenschaft an der aus dem angelsächsischen Raum hervorgegangenen Trias der Politikdimensionen *Polity*, *Politics*, *Policy*. Die politischen Ideen und Ideologien werden dem Begriff der Polity-Dimension, sowie die aus ihnen hervorgegangenen, formalen, institutionellen Ordnungen politischer Systeme, zugeordnet. Inhalte der Politik werden

demnach bereits schon durch die Form tendenziell in bestimmte Bahnen gelenkt (Böhret/Jann/Kronenwett 1988: 4). Die Strukturen politischer Institutionen wirken wie ein Auswahlmechanismus, wodurch Handlungsprämissen und Barrieren aufgestellt werden, die einen mehr oder weniger engen Dispositionsspielraum konstituieren (Offe 1972: 79). Die Politics-Dimension kennzeichnet den prozessualen Aspekt, jenes mehr oder weniger konflikträchtige Gestalten der Politik. Jene Prozesse, die zwischen den politisch Beteiligten ablaufen, sind Gegenstand dieser Dimension. Hierbei müssen auch die unterschiedlichen und teilweise gegensätzlichen oder gleichlaufenden, die neutralen oder koalierenden Interessen und Parteien, deren politische Absichten und Forderungen berücksichtigt werden. Im Mittelpunkt der Politics-Dimension steht die Fragestellung, wie die während dieses Prozesses gefassten Ideen im Rahmen bestimmter politischer Ordnungen in konkrete, politische und sozialökonomische Forderungen, Vereinbarungen, Pläne und Entscheidungen umgewandelt werden (Schubert 2003: 5), was in erster Linie die Betrachtung der Konfliktaustragung beinhaltet. Diese kurze Gegenüberstellung der für die Fragestellungen der Politikfeldanalyse unabhängigen Variablen soll nicht dazu führen, die verschiedenen Dimensionen abstrakt voneinander zu betrachten. Vielmehr handelt es sich um eine konzeptionelle Binnendifferenzierung des Politikbegriffs, die der politischen Wirklichkeit in dieser Ausgrenzung nicht gänzlich standhalten kann, da immer wieder Schnittstellen zwischen den Dimensionen erkennbar werden. In Abgrenzung zu der vorangestellten Terminologie der Politikdimensionen kennzeichnet die Policy-Dimension den inhaltlichen und materiellen Teil von Politik, den „Inhalt politischer Entscheidungsprozesse“ (Schmidt 1995: 567). Ähnliche Begriffe sind „materielle Politik“, „politischer Kurs“, „politische Linie“, „Politikinhalt“, „Staatstätigkeit“ oder „Politikfeld“. Ebenso werden Gesetze, Verordnungen, Entscheidungen, Programme, Maßnahmen unter den Begriff Policies subsumiert, deren Resultate die Bürger direkt betreffen, an ihnen vorbei laufen oder ebenso auch nur eine symbolische Funktion erfüllen. „Policy“ bezieht sich im engeren Sinn ausschließlich auf das Tun und Lassen von Regierungen und im weiteren Sinn auf die politischen Entscheidungen anderer Akteure (ebenda). Der Begriff Policy-Forschung ist gleichbedeutend mit dem der Politikfeldforschung und deckt dabei meist einen bestimmten Bereich der „sog. Bindestrich-Politiken“ (Schubert 2003: 742) ab. Für die Politikfeldanalyse stellen die Strukturen wie Verfassung, Institutionen und Normen aber auch die Interessenkonstellationen und Konflikte die unabhängigen Variablen der jeweiligen Fragestellungen dar. „Im Mittelpunkt steht immer die Policy, sie ist die abhängige Variable. Zu ihrer Erklärung werden die anderen beiden Politikdimensionen, Politics und Polity herangezogen“ (Blum/Schubert 2011: 33).

### 5.3. Forschungsinteresse der Politikfeldanalyse

Die Politikfeldanalyse kann als praxisorientierte Teildisziplin der Politikwissenschaft bezeichnet werden. Sie ist problemorientiert und sucht nach adäquaten Lösungswegen von politisch-administrativen Fragestellungen (Schubert/Bandelow 2003: 7). Das Erkenntnisinteresse der Politikfeldanalyse liegt in der Erklärung politischer Ergebnisse. Die heutigen Fragenstellungen der Politikfeldforschung tragen zweifelsohne die Handschrift des politischen Verständnisses von Harold Lasswell, Daniel Lerner und Thomas Dyes. Harold Lasswell (1951) wies mit seinen programmatischen Vorgaben zur „Policy Orientation“ der Politikfeldanalyse drei Aspekte zu: (1) sie ist inhaltlich orientiert und multidisziplinär, (2) ist sie problemorientiert und (3) sie ist explizit normativ orientiert (Schubert 2003: 13). Mit ihrem Werk „The Policy Sciences. Recent Developments in Scope and Method“ wollten Lerner und Lasswell (1951) ihre Kritik über die Zersplitterung wissenschaftlichen Denkens nach dem Zweiten Weltkrieg deutlich machen, um zugleich zu einer verstärkten Policy-Problemorientierung und zu damit einhergehender Zusammenarbeit verschiedener Wissenschaften aufzurufen (Windhoff-Héritier 1987: 10). Dye (1976) formulierte zum Verständnis der Policy-Forschung: „Policy Analysis is what governments do, why they do it and what differences it makes“ – zugleich auch der Titel seiner Monographie – und verweist in der konsequenten Weiterführung auf die wesentlichen Fragestellungen der Politikfeldforschung, wenngleich sich diese in den vergangenen sechsunddreißig Jahren stärker ausdifferenziert haben. Die Politikfeldforschung sollte sich nach dieser Auffassung mit den grundlegenden Problemen des Menschen in Politik und Gesellschaft auseinandersetzen und diese theoretisch und interdisziplinär lösen. Besondere Aufmerksamkeit sollte der Analyse des sozialen Wandels (Innovation, Diffusion und Revolution) gewidmet werden (Lerner/Lasswell 1951: 8). Der politische Prozess wird dabei vorrangig, wie bereits erwähnt, als Prozess der Problemverarbeitung durch das politische – oder präziser formuliert durch das politisch-administrative – System in einem funktionalen Sinn als *policy-making* aufgefasst (Jann 2005: 2450). Dabei gehen die Untersuchungen der Politikfeldforschungen mitunter weit auseinander, dennoch liegt ihnen allen ein gemeinsames Verständnis der zentralen Begriffe zugrunde, deren Mittelpunkt durch den Begriff „policy“ zusammengefasst werden.

Die schon von Anbeginn der Politikwissenschaft untersuchten Politikinhalt werden mit der neuen Politikfeld- oder auch Policy-Forschung in ein anderes Licht gerückt, denn der politische Prozess, sowie die politischen Institutionen sind nur im Zusammenhang mit den Politikgehalten von Interesse (Windhoff-Héritier 1987: 8). Dennoch ist die Skizzierung von

Politikinhalt kein Selbstzweck der Politikfeldforschung, vielmehr wird versucht, Zusammenhänge zwischen Policies und politischem Verhalten, zwischen Policies und politischen Institutionen darzustellen (Windhoff-Héritier 1987: 43). Die Politikfeldanalyse beschäftigt sich nach Werner Jann (2005: 2449) „[...] mit dem Zustandekommen, der Art und Weise und den Wirkungen politischer Interventionen, also mit gesellschaftlicher Problembewältigung und ihren Instrumenten“. Mit der Analyse einzelner Policies in ihrer Tiefenstruktur wird es möglich, einen Vergleich zwischen verschiedenen Politikgehalten, deren systematische Einbindung in den politischen Prozessablauf und die politische Struktur vorzunehmen (Windhoff-Héritier 1987: 8). In der vorliegenden Arbeit erfolgt dies anhand der National Rural Health Mission, National Urban Health Mission, National Health Mission und den zugrundeliegenden Reformvorhaben für den Gesundheitssektor.

Das vorrangige Interesse der Politikfeldanalyse liegt auf den Grundlagen und Möglichkeiten staatlicher Interventionen in Teilsystemen des gesamtgesellschaftlichen Systems. Wie bereits im vorangestellten Abschnitt erwähnt, lautet die Prämisse folglich: Die Inhalte staatlicher Politik und die Strategien der Problembewältigung in Form bestimmter, staatlich – regulierter Maßnahmen werden als abhängige Variablen betrachtet. Zu beachten ist hierbei, dass nicht nur staatliches Vorgehen sondern auch die Konstellationen staatlich – privater und privater Akteure in die Analyse einbezogen werden. Sämtliche Einflussfaktoren dieser Inhalte, wie etwa die sozioökonomischen Faktoren, die politische Machtverteilung (Politics) oder institutionelle Arrangements (Polity) können somit als unabhängige Variable verstanden werden. Sie sind insofern von Bedeutung, als dass sie den inhaltlichen Charakter von Policies beeinflussen (Jann 2003: 2450). Andererseits haben Policies wiederum auch Folgen im gesamtgesellschaftlichen System und können daher ebenso als unabhängige Variablen betrachtet werden, wodurch es nun darauf ankommt, die durch sie beeinflussten Faktoren und ihre Veränderungen kenntlich zu machen, wenngleich diese natürlich wiederum politischer Natur sein können. Policy ist also ein Produkt des politischen Prozesses. Daher müssen die Bestandteile, die Regelmäßigkeiten, die organisatorischen Bedingungen und die Termine, durch die er gesteuert wird, ebenso untersucht und in Erklärungsmodelle gefasst werden. Dabei ist die Policy-Forschung einerseits beschreibend-erklärend, andererseits beratend-orientiert (Windhoff-Héritier 1987: 27). Gleichzeitig ist Policy auch Endprodukt eines komplexen Implementationsprozesses. Ergänzend müssen daher auch die Struktur und die Dynamik, die den Inhalt und die Wirkung des zu vollziehenden politischen Programms (im Implementationsprozess) bestimmen, einbezogen werden (Schmidt 1995: 587), was in der vorliegenden Arbeit durch die Darstellung des Planungsprozesses im Gesundheitssektor

umgesetzt wird. Grundsätzlich umfasst die Politikfeldanalyse zweierlei Kompetenzen: (1) wissenschaftliche Analyse, Reflexion und (2) politisch – konstruktive Beratung, wobei sich hieraus das Leitbild der Policy-Analyse von der Schaffung einer „Wissenschaft von der Politik für die Politik“ entwickelt hat. Schubert und Bandelow (2003) geben jedoch zu bedenken, dass in der politischen Beratung die Problematik liegt, dass Wissenschaft nach Gewissheiten strebt, die sich in der Realität jedoch auf faktisch verfügbare Informationen und Daten begründen und diese können nur aus bereits gewonnenen Erfahrungen extrahiert werden (Schubert/Bandelow 2003: 37).

Der szientistische Wissenschaftsbegriff erreicht somit an diesem Punkt eine Grenze, da einzelne Gewissheiten, Kausalitäten und Gesetzmäßigkeiten häufig nur für die Vergangenheit gelten, während es in der Realität notwendig wird, aktuelle Veränderungen und Neuorientierungen mit einzubinden. Ebenso können für die Zukunft Antworten und Lösungen (Prognosen) für eine Problemkonstellation verlangt werden, dessen Ausgangsfrage oder das zugrunde liegende Problem heute noch nicht einmal zu erkennen sind (ebenda).

In die Kritik geriet die Policy-Analyse durch konservative Politologen, welche die Gefahr darin sahen, dass sich mit den Forschungszielen zu hohe Erwartungen verbanden und dass dadurch zudem eine Einmischung in andere wissenschaftliche Bereiche verbunden war. Schmidt hebt jedoch die spezifischen Erkenntnisleistungen der Policy-Forschung hervor (Schmidt 1995: 569). Erst die Kombination der Analyse politischer Formen, politischen Prozesses und Entscheidungsinhaltes schafft für die Politikwissenschaft des zwanzigsten Jahrhunderts ein völlig neues Komplexitäts- und Interdependenzniveau von Wirtschaft, Gesellschaft und Politik.

#### 5.4. Akteurzentrierter Institutionalismus

In der Politikwissenschaft wird der Begriff der Theorie meist uneinheitlich definiert. Grundsätzlich bezeichnet man im Allgemeinen jedoch eine Theorie als System von Begriffen, Definitionen und Aussagen, um Erkenntnisse über einen Bereich von Sachverhalten zu ordnen, Tatbestände zu erklären und wissenschaftlich begründete Prognosen zu treffen (Behrens 2003: 205). Für das Verstehen und Skizzieren von Sachverhalten, das Erklären bestimmter Phänomene oder Veränderungen kommt den Theorien gerade in der Politikfeldanalyse eine besondere Rolle zu. Theorien sollen dazu dienen, aus dem tatsächlichen Wissen über die Realität, abstraktes Wissen hervorzubringen.

Da die Policy-Forschung unmittelbar praxisorientiert arbeitet, gehört es zu ihren Merkmalen, dass sie „verstärkt theoretische Zugänge mit niedrigem bis mittlerem Abstraktionsgrad wählt, die näher an der Realität liegen“ (Blum/Schubert 2011: 36). Die hier durchgeführte Analyse weist insgesamt ein geringes Abstraktionsniveau auf, da die auf Grundlage der indischen Gesundheitspolitik getroffenen Aussagen nur begrenzt auf andere Untersuchungseinheiten übertragbar sind. Zwar würden das politische Erbe und die Nähe zu den Nachbarstaaten in Südasien als geopolitischem Raum eine Übertragbarkeit denkbar erscheinen lassen, doch stellen die politischen Konstellationen, die ökonomischen, sozialen und kulturellen Besonderheiten in Indien – determiniert u.a. durch das Kasten- und Klassensystem oder auch Religions- und Identitätsspezifika – Alleinstellungsmerkmale dar, sodass die Ergebnisse nicht als analytischer Rahmen oder Theorie verstanden werden können. In Anlehnung hieran befindet sich die Analyse auf Meso-Ebene, wenngleich auch makroanalytische Methoden Anwendung finden.

Im Unterschied zu der im Rahmen der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung, u.a. im Rahmen der „Heidelberger Schule der Staatstätigkeitsforschung“ (Zohlnhöfer 2008) angewandten Analyse auf Makro-Ebene (vgl. Schmidt 1993, 1999, 2002; Wagschal 2005; Zohlnhöfer 2003), deren Hauptanliegen auf „ganze soziale Strukturen als Analyseeinheiten“ (Blum/Schubert 2011: 40) ausgerichtet ist, treten einzelne Organisationseinheiten und Akteure/Stakeholder (staatlich, halbstaatlich, privat) in den Fokus der Analyse, um ein tiefgreifendes Verständnis des Teilbereiches zu erreichen. In Abgrenzung zur Mikro-Policy-Analyse ist es im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich, das politische Alltagsgeschehen im Sinne Sektor-immanenter Prozesse, Abläufe oder Abhängigkeiten zu betrachten. Auch bei dem Anfang der 1990er Jahre von Renate Mayntz und Fritz Scharpf (Mayntz/Scharpf 1995) entwickelten „akteurzentrierten Institutionalismus“ geht es um die Erklärung von „öffentlicher Politik – und damit ebenfalls von Staatstätigkeit im weiteren Sinne“ (Blum/Schubert 2011).

Anders als die vergleichende Staatstätigkeitsforschung bilden beim „akteurzentrierten Institutionalismus“ die komplexen Interaktionsformen der staatlichen und nicht-staatlichen Akteure als unabhängige Variable den Kern des Ansatzes. Bedingt werden diese Interaktionen durch die strukturellen und institutionellen Faktoren. In einer weiteren theoretischen Abstufung als Mikro-Theorieansatz legt der „akteurzentrierte Institutionalismus“ den Schwerpunkt auf „von Institutionen geprägte Konstellationen“ (ebenda).

Politisches Handeln wird im „akteurzentrierten Institutionalismus“ verstanden als das Ergebnis der Interaktion zwischen strategisch handelnden aber begrenzt rationalen Akteuren

(bounded rationality), deren Handlungsmöglichkeiten, Präferenzen und Wahrnehmungen weitgehend, aber nicht vollständig, durch die Normen des institutionellen Rahmen bestimmt werden, innerhalb dessen sie agieren. Hierbei werden die Institutionen sowohl als erklärende als auch als abhängige Variable verstanden, geprägt durch Kontextgebundenheit und Pfadabhängigkeit (Scharpf 2000).

#### 5.4.1. Akteure

In der Politik lassen sich verschiedene Akteure unterscheiden. Eine an politischen Entscheidungen beteiligte Person wird als individueller Akteur, eine gleichermaßen handelnde Organisation als kollektiver Akteur bezeichnet (Schubert 2004: 7929). Wichtige politische Akteure sind politische Parteien, Interessengruppen sowie Regierung(en), die entsprechenden Verwaltungen und Behörden bzw. die Personen, die diese Organisationen vertreten. Ferner zählen hierzu Parlamente und deren Akteure, wie Ausschüsse, Fraktionen, Kommissionen und andere Organisationseinheiten. Komplexe Akteure, hierunter fallen kollektive und korporative Akteure, profitieren letztlich aus der Bündelung der individuellen Interessen und Ressourcen (Blum/Schubert 2011: 55). Aus handlungstheoretischer Sicht verfolgen Akteure eigene Interessen und erfüllen ihre Aufgaben, in dem sie sich am politischen Entscheidungsprozess entsprechend ihren Wertorientierungen, Zielen und Präferenzen beteiligen (Schubert 2004: 7929). In der Gesundheitspolitik, so wie in anderen Bereichen auch, kann der Begriff des Akteurs eng oder weit gefasst werden und ist letztlich davon abhängig, wer innerhalb des tatsächlichen Prozesses an der Entscheidungsfindung und Umsetzung beteiligt ist. Da der Gesundheitssektor in Indien zunehmend von Public-Private-Partnerschaften geprägt ist und die Gesundheitspolitik daher von einer Reihe von Akteuren geprägt wird, liegt dieser Arbeit ein breites Akteurverständnis zugrunde. Mancor Olsen (1968) konnte in seiner „Logik kollektiven Handelns“ nachweisen, dass Interessen von kleineren, homogenen Gruppen gegenüber Allgemeininteressen im Vorteil sind. Sogenannte „Kollektivgüter“ wie Gesundheitsversorgung oder Umweltschutz charakterisieren sich durch eine hohe Zahl an „Trittbrettfahrern“ – also durch den Profit für alle Bürger, auch wenn diese nicht Mitglieder eines Verbandes oder einer Partei sind. Sogenannte „öffentliche Güter“, wie beispielsweise der Schutz vor übertragbaren Krankheiten (Epidemien, Volkskrankheiten, Pandemien), die flächendeckende Versorgung mit sauberem Trinkwasser, der Ausbau der Verkehrsnetze oder die Verbesserung der Luftqualität, sind durch deren „natürliche“ Ausgestaltung nicht teilbar und verzeichnen dadurch auch keinen unmittelbar individuellen

Profit. Hierdurch sinkt die Bereitschaft zur Organisation (vgl. Olsen 1968). Hinsichtlich der Vermeidung oder Eindämmung von Pandemien, oder anderen grenzüberschreitenden Erkrankungen, erhalten diese „öffentliche Güter“ sogar eine internationale – oder besser ausgedrückt globale Dimension, die über die Verantwortung eines einzelnen Staates hinausreicht und die Regierungen zu zwischenstaatlicher Kooperation und gemeinsamen Problemmanagement zwingt. Ausgehend davon, dass Gesundheit als öffentliches Gut verstanden wird, würde dies für den Gesundheitssektor in Indien bedeuten, dass die Artikulation und Agitation von gesundheitspolitischen Interessen auf Panchayatebene für den Bürger am gewinnbringendsten ist.

#### 5.4.2. Institutionen und Strukturen

Im vorangegangenen Abschnitt ist betont worden, dass Akteuren eine bedeutende Rolle im Verständnis der politischen Prozesse zugeschrieben wird. Da diese zumeist institutionell gebunden sind, müssen Institutionen und Strukturen als prägende Faktoren ebenso Berücksichtigung finden – auch wenn in der bisherigen Literatur keine Einigkeit darüber besteht, in welchem Umfang Akteure Institutionen oder Institutionen das Handeln der Akteure prägen. Institutionen erfüllen je nach Forschungsperspektive unterschiedliche Aufgaben und nehmen unterschiedliche Formen an. Im engeren Sinn können politische Institutionen definiert werden als „Regelsysteme der Herstellung und Durchführung allgemeinverbindlicher Entscheidungen oder zumindest Entscheidungsgrundlagen“ (Göhler 1988: 17). Im Institutionalismus und Neo-Institutionalismus werden demnach über Staatsorgane und andere Vermittlungsinstanzen hinausgehend die Rahmenbedingungen und Koordinationsmuster gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Handelns und die Organisationsnetzwerke gesellschaftlicher Interessensvermittlung zwischen Gesellschaft, Wirtschaft und Staat als Institution bezeichnet (Schmidt 2004: 321). Aufgrund der Dauer ihrer Existenz bilden Institutionen Verlässlichkeit, Stabilität und Erwartungen – mit Institutionen sind demnach Handlungen sowie Wirkungen verbunden. Dies steht im Gegensatz zum Begriff der Struktur, der keinerlei Tätigkeitsabsicht in sich verbirgt (Blum/Schubert 2011). Strukturen ergeben sich anhand des tatsächlichen Ausmaßes und der Verteilung der Institutionen. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der Institution weit gefasst und berücksichtigt im Prinzip der „multilevel governance“ neben dem Staat, den föderalen Besonderheiten, der Verfassung und anderen, bindenden Regulierungsprogrammen auch staatliche Organe und gesundheitliche Netzwerke im nicht-staatlichen Bereich. Aufgrund der Informationsdichte

wird der Polity-Dimension etwas mehr Aufmerksamkeit eingeräumt als dem Bereich der Prozesse. Die grundsätzliche Fragestellung gegenüber Institutionen besteht in deren Funktionserfüllung. Politische Institutionen regulieren politische Prozesse durch die Verteilung von Ressourcen und Legitimitäten zwischen den politischen Akteuren (van Waarden 2009). Den Gesellschaftsmitgliedern werden durch Institutionen gewissen Rechte und Pflichten eingeräumt. Wie diese Rechte und Pflichten wahrgenommen werden, ist eine weitere Fragestellung dieser Teildisziplin und greift auf den Bereich der Implementation und politischen Steuerung/Governance zu (vgl. Ausführungen unter 5.7. in diesem Kapitel).

### 5.5. Systemtheoretische Ursprünge der Politikfeldanalyse

Die politikfeldanalytische Forschungsperspektive legt den Prozessen, Strukturen und Inhalten politischer Handlungen einen Systemcharakter zugrunde. Das System wird hierbei verstanden als ein „geordnetes, meist selbstorganisiertes und nicht ausschließlich kontingentes Beziehungsverhältnis von relativer Dauer“ (vgl. Waschkuhn 1987). Die Systemtheorie als sehr jungem Ansatz der politischen Theorie hatte ihren Ursprung in einem Geflecht verschiedener Disziplinen der 1940er und 1950er Jahre. Ziel der Systemtheorie war es, mit Hilfe eines Theorienkonstrukts der politikwissenschaftlichen Forschung einen Bezugsrahmen zu aufzustellen. Ergänzt wurde das Repertoire unterschiedlicher Ansätze von Beiträgen soziologischer Systemtheoretiker wie Talcott Parsons (1968, 1977) oder Niklas Luhmann (1970, 1990), die sich hauptsächlich um soziologische Theorien des Politischen bemühten. Die Arbeiten von Talcott Parsons fanden dabei vor allem Eingang in die politikwissenschaftlichen Ansätze von David Easton (1979) und Karl W. Deutsch (1973). Talcott Parsons kann dabei beinahe als Vater der politikwissenschaftlichen Auseinandersetzung um den Systembegriff verstanden werden, der in seinen soziologischen Ansätzen auch die Grundsteine für den *Strukturfunktionalismus* legte, in dem postuliert wird, dass jedes soziale Phänomen über seine Funktion für eine übergeordnete Struktur zu erklären sei (Fuhse 2005: 21). Für die Politikwissenschaft besonders hervorzuheben ist daher der strukturell-funktionalistische Ansatz von Gabriel Almond (1996). Er vertrat die Auffassung, dass Bestand und Stabilität eines jeden politischen Systems von der Erfüllung bestimmter politischer Funktionen abhängig sind und dass diese Funktionen auf bestimmten, strukturellen Gegebenheiten beruhen. Somit besitzen alle politischen Systeme Strukturen, die bestimmte Funktionen erfüllen, wobei jede Struktur gleichzeitig mehrere Funktionen (Multifunktionalität politischer Strukturen) erfüllen kann (Rölke 2004: 141). Dem Grundverständnis dieser Arbeit

abgeleitet, wird dem Gesundheitssystem als wichtigste Funktion (1) die Förderung und Sicherung der Bürgergesundheit durch die Gewährleistung eines Minimums an Gesundheitsversorgung zugeschrieben. Diese Funktion wiederum ist die Grundlage für die Funktion (2) des Gesundheitssystems als Element der Gesamtsystemerhaltung, welches auf der Legitimität der politischen Entscheidungsträger beruht. Es wird demnach angenommen, dass die Nichterfüllung der Gesundheitssystemfunktion durch den Staat (als übergeordnetes System) charakterisiert durch dessen Rückzug aus der gesundheitspolitischen Verantwortung durch (a) eine aktive Förderung der Privatisierung der Gesundheitsdienste (hier sowohl non-for-profit als auch for-profit) und (b) Senkung der öffentlichen Gesundheitsausgaben (als prozentualer Anteil der Gesamtausgaben) zu einer (1) Nichterfüllung der Funktion „Förderung und Sicherung der Bürgergesundheit durch die Gewährleistung eines Minimums an Gesundheitsversorgung“ führt und dies (2) eine Herausforderung für den Bestand und die Stabilität des Systems (dessen Legitimität) nach sich zieht. Dies gilt unter der Prämisse, dass nur mit einem Minimum öffentlicher Ausgaben für Gesundheitsdienste diese notwendigen Systemfunktionen erfüllt sind. Ob diese Funktionsverschiebung in Indien erkennbar ist und ob in diesem Fall die Stabilität des Systems in Frage gestellt wird, wird über die Konkretisierung der Funktionen des Gesundheitssystems in Indien in den folgenden Kapiteln analysiert. Vorab soll in dieser Stelle schon einmal auf die wichtigsten Arbeitsfelder des Departments of Health and Family Welfare (DHFV) unter Führung des Ministeriums für Gesundheit und Familienwohlfahrt verwiesen werden: (I) das Management sämtlicher öffentlicher Krankenhäuser und anderer Gesundheitseinrichtungen, (II) Formulierung und Umsetzung der NRHM und NHM, (III) Bereitstellung eines regulativen Rahmens in Bezug auf die Concurrent List, dies umfasst Themenfelder wie medizinische, pflegerische und paramedizinische Ausbildung, Pharmaindustrie, etc., (IV) Ausbau der Unterstützung für die Bundesstaaten, so dass diese ihre Gesundheitssysteme stärken und ausbauen können, (V) Reduzierung der Belastungen durch übertragbare- und nichtübertragbare Krankheiten durch Kontrolle der nationalen Programme (MOHFW, Constitutional Provisions 2013/14). An der Formulierung dieser Funktionen wird deutlich, dass zwischen der Frage nach einer Funktionsverschiebung und der natürlichen Entwicklung geschuldeten Ausrichtungsänderungen beziehungsweise Schwerpunktverschiebungen unterschieden werden muss. Damit geht die Frage einher, welche Funktionen des Systems überhaupt erfüllt werden können?

### 5.5.1. Das Systemmodell nach David Easton

Eine weitere systemtheoretische Grundlage der Politikfeldanalyse bildet die „politische Kybernetik“. Neben den Forschungen zu Informations- und Steuerungsprozessen in Maschinen und Elektrorechnern, die von Norbert Wiener (1961) unter dem Begriff der Kybernetik zusammengefasst wurden, stellte Ludwig von Bertalanffy (1971) eine biologische Theorie lebender Systeme auf. Seitens der Politikwissenschaft zählen Karl W. Deutsch (1963) unter dem englischen Originaltitel „The Nerves of Government“ und David Easton (1965) mit der Publikation „A Framework for Political Analysis“, welches von Thomas Dye (1972) weiterentwickelt wurde, zu den wohl einflussreichsten Begründern der politischen Kybernetik. Ausgangspunkt ihrer Argumentationen war die „Kybernetik als Theorie selbstregulativer Systeme“ (ebenda).

In der Tradition der Behavioristen<sup>53</sup> stehend entwarf Easton (1965) eine Input – Output – Theorie des politischen Systems. Politische Prozesse betrachtete er als verortet in den vier Bezugsgrößen Umwelt, politisches System, Inputs und Outputs (Blum und Schubert 2011: 24). Für Easton bestand die Aufgabe des politischen Systems in der sozialen Interaktion durch autoritative Allokationen von Werten in der Gesellschaft (Münch 2004). Im Gegensatz zu der eher theoretisch ausgelegten Argumentation von Deutsch (1963) betonte er den Bedarf einer übergreifenden, allgemeinen Theorie als Vermittler zwischen abstrakten theoretischen Konzepten und empirischen Analysen (Fuhse 2005: 13). Dabei wandte sich die neue „Policy-Making“ – Forschung in den 1960er und 1970er Jahren der Untersuchung und Identifikation der tatsächlichen Entscheidungen in den Prozessen des politischen Systems zu und führte zu einer inhaltlichen sowie methodischen Umorientierung der Politik als Prozess der Formulierung und Umsetzung von Politikgehalten (Jann/Wegrich 2003: 72).

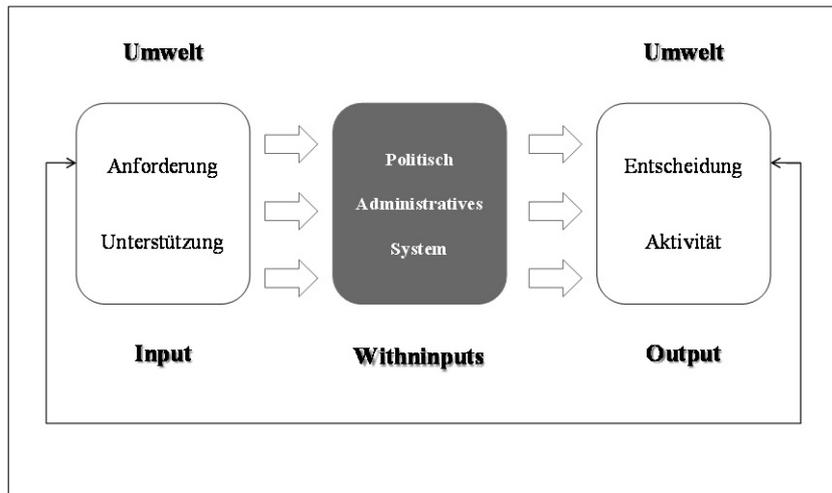
Anstelle der Input-Orientierung früherer Studien konzentrierten sich die Forschungsarbeiten nun auf die Outprozesse, die Strukturen und Entscheidungsprozesse von Regierungen und Zivilgesellschaft und eröffneten damit bereits einen Blick in die genannte „black box“ – ein metaphorischer Terminus für das „Element des politischen Systems [...] – ein schwarzer und undurchsichtiger Kasten“ (Blum/Schubert 2011: 24). Das in Abb. 5.3. dargestellte Modell veranschaulicht den „einfachen“ Regelkreislauf zwischen der Umwelt und dem politisch-administrativen System mit den Rückkopplungsprozessen. Dabei erhält das politische System

---

<sup>53</sup>Die Forschungsrichtung des Behaviorismus oder auch Behavioralismus arbeitet sehr eng erfahrungswissenschaftlich und empirisch-quantifizierend und wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts von US-amerikanischen Psychologen entwickelt. Ihr Forschungsgegenstand ist simplifizierend ausgedrückt die Verhaltensreaktionen auf Umwelteinflüsse.

aus seiner Umwelt *Inputs*, die durch Inputkanäle (Parteien, Interessensgruppen, Eliten, Medien) gefiltert werden. Diese werden innerhalb des politisch-administrativen Systems zu Entscheidungen umgestaltet. Der politische Zyklus schließt jedoch mit den Output nicht ab, sondern es werden Rückkoppelungsprozesse in Bewegung gesetzt, denen neue Problemwahrnehmungsprozesse und (neue) Agenda Settings folgen.

**Abbildung 5.3.:Systemmodell nach David Easton**



Quelle: eig. Darstellung nach: Jann/Wegrich (2003:78); Easton (1965).

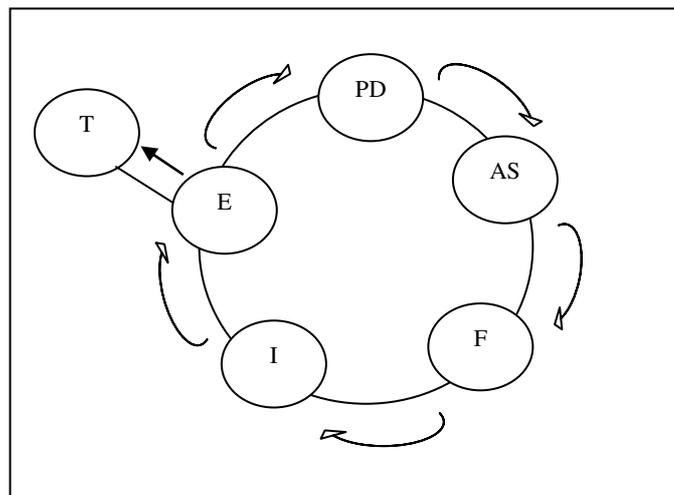
Wie die Inputs innerhalb des politisch-administrativen Systems (black-box) verarbeitet werden, bleibt in dem Modell von David Easton jedoch unbeantwortet (vgl. Blum/Schubert 2011: 24). Dennoch, die Bedeutung, die diesem Modell nachkommt, zeigt sich in der Kombination mit dem von Lasswell (1956) aufgestellten Phasenmodells für politische Entscheidungen, wonach die unterschiedlichen Phasen verschiedene Outputs (und weiterführend Outcomes) kennzeichnen.

### 5.5.2. Das Phasenmodell – Policy Cycle

Ausgangspunkt der Phasenmodelle des politischen Prozesses waren die Arbeiten von Harold Lasswell (1956), der mit seinen „policy sciences“ das Ziel verfolgte, neues Wissen über Entscheidungsprozesse zur Verfügung stellen zu wollen. Das Modell nach Easton (1965) liegt dem Phasenmodell in dessen Systemverständnis zugrunde, letzteres stellt jedoch den Versuch dar, die Prozesse innerhalb der „black box“ zu durchdringen. Wie in anderen Phasenmodellen auch, wird Politik als Versuch der Be- und Verarbeitung gesellschaftlicher Probleme

(„Policy-Making“) verstanden. Diese politischen Prozesse werden in dieser Betrachtungsform als eine sequentielle Abfolge von Phasen dargestellt (Jann/Wegrich 2003). Das Konzept der Politik umfasst dabei eine Reihe verschiedener Schritte, beginnend mit der Artikulation und Definition von Problemen, bis hin zur verbindlichen Festlegung von politischen Programmen und Maßnahmen (ebenda: 71). Schon 1956 unterteilte Lasswell den politischen Prozess in sieben Phasen. Bis in die heutige Forschung lassen sich viele verschiedene Phasenmodelle des Policy-Making unterscheiden (ebenda: 77).

**Abbildung 5.4.: Policy Cycle als Idealtypus**



Quelle: minimalverändert nach Jann/Wegrich (2003: 82).

Die bisher standardisierte Unterteilung des Phasenmodells in „Agenda Setting (AS)“, „Policy-Formulierung“ (F), „Adoption“ (entfällt in Abb. 5.4.), „Implementation“ (I) und „Evaluation“ (E) und mögliche „Terminierung“ (T) ist die von Jones (1970) und Anderson (1975). Wegrich und Jann (1981) haben dies auch als „Policy-Cycle“ (Abb. 5.4.) beschrieben, wenngleich die Autoren selbstkritisch auf das Idealtypische dieser Darstellung hinweisen – so ist das Skizzieren eines Kreislauf der verschiedenen Phasen durchaus nachvollbar und sinnvoll, da es die Fülle an Entscheidungsprozessen innerhalb eines Politikfeldes in deren Vorfeld, während und auch in deren Folge systematisierend nachzeichnet und somit eine grobe Orientierung im Dickicht des Politikfeldes möglich wird. Es wird dennoch deutlich, wie die aus der Umwelt empfangenen Inputs in den einzelnen Phasen umgewandelt werden. Bevor jedoch eine Politik formuliert werden kann, muss der Schritt der Problemwahrnehmung und des Agenda Settings erfolgen. Das heißt, ein soziales oder politisches Problem muss zunächst als solches definiert und erkennbar gemacht, und durch die jeweiligen Akteure artikuliert werden. Im nächsten Schritt erfolgt das Agenda Setting. Dieser Prozess unterliegt eindeutig einem bewussten oder

unbewussten Filtersystem, welches immer in Abhängigkeit von den Akteuren und deren Umwelt steht.<sup>54</sup> Die aus der Problemwahrnehmung und Agenda Setting gewonnen Informationen, Vorschläge und Forderungen werden in der Phase der Politikformulierung zu Programmen, wenngleich damit nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Programme unmittelbar in ausformulierter Form vorliegen. Programme können dann Gesetze, Verordnungen, Willenserklärungen oder Pläne sein (Jann/Wegrich 2003: 79).

In der Durchführungsphase (Implementationsphase) kommen dann die eigentlichen Outputs als Resultat der Politikformulierung zum Tragen. Resultate dieser Phase können die Verteilung der Ressourcen, Verträge oder Einzelentscheidungen (z.B. Subventionen) sein (Jann/Wegrich 2003: 80). Die Outputs der Implementationsphase sind direkt an die Adressaten der Forderungen gerichtet und werden von ihnen auch bewertet, beziehungsweise schließt sich ihnen eine Wirkung (Impacts) an (Verhaltensänderungen, Anpassungsstrategien oder auch Widerstand), auch wenn diese Wirkungen oftmals umstritten sind. Dabei müssen die Outputs von den langfristigen Auswirkungen (Outcomes) in den Untersuchungen unterschieden werden. Die empirischen Untersuchungen zu Outputs spiegeln nur die kurz- bis mittelfristigen Wirkungen politischer Programme wieder, während erst eine Auseinandersetzung mit den Outcomes langfristige Veränderungen in der Reaktion des Gesamtsystems aufzeigen kann (vgl. Ausführungen in 5.6.3.).

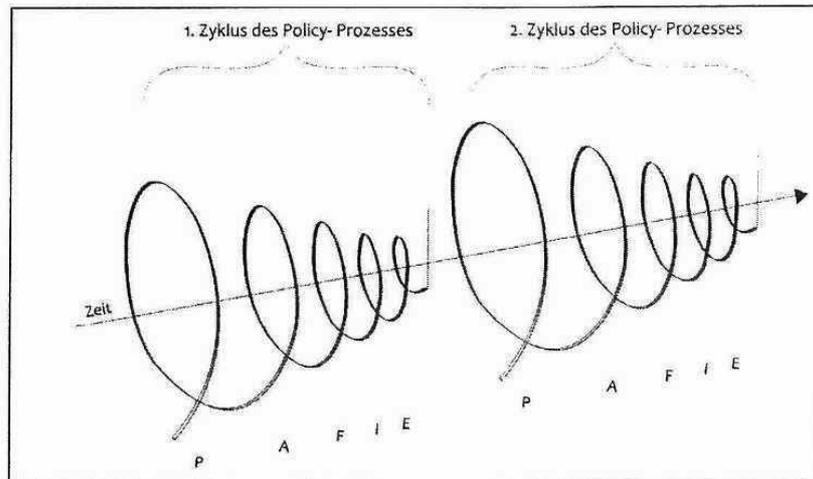
Das vorgestellte Phasenmodell bietet zunächst die Möglichkeit, entsprechend der definierten Fragestellungen innerhalb des Politikfeldes zielorientiert Kenntnisse über die Sachlage und Prozesse zu erhalten. Ebenso erscheinen auf den ersten Blick die einzelnen Phasen des Modells klar voneinander abgrenzbar, so dass es auch als „heuristischer Orientierungsrahmen“ (Blum/Schubert 2011: 104) bezeichnet werden kann. Doch zeigt sich in der politischen Realität häufig, dass diese Phasen eben nicht eindeutig voneinander abzugrenzen sind. Ein weiteres Problem des Phasenmodells ergibt sich aus dessen Heuristik und Ziel einer „Reduktion der Komplexität“ (ebenda: 135). Es ist nicht möglich, Kausalitäten aufzuzeigen, denn das Phasenmodell bietet lediglich eine Übersicht zur Abfolge von Geschehnissen. Die kreisförmige Darstellung so Blum und Schubert (2011) stellen einen weiteren Nachteil des Phasenmodells dar, da dem Faktor Zeit keine Dimension eingeräumt wird und auch die Einflüsse von außen (vgl. Systemmodell von David Easton) reflektiert werden.

---

<sup>54</sup>Insbesondere verweist die Policy – Forschung hierbei auf die Machtverteilung zwischen den Akteuren, wodurch auch den Begriff der „non-decision“ (bewusstes Ignorieren von Problemen durch das politisch-administrative System) eingeführt wurde.

Die Autoren haben auf Grundlage ihrer Kritik ein eigene Darstellungsmodell (Abb. 5.5.) entwickelt, welches es ermöglicht, mehrere Zyklen des Policy-Prozesses abzubilden, da dieser „prinzipiell nie zum Abschluss kommen und Probleme immer nur für eine gewisse Zeit lösen kann“ (Blum/Schubert 2011: 137).

**Abbildung 5.5.: Der offene Policy-Cycle**



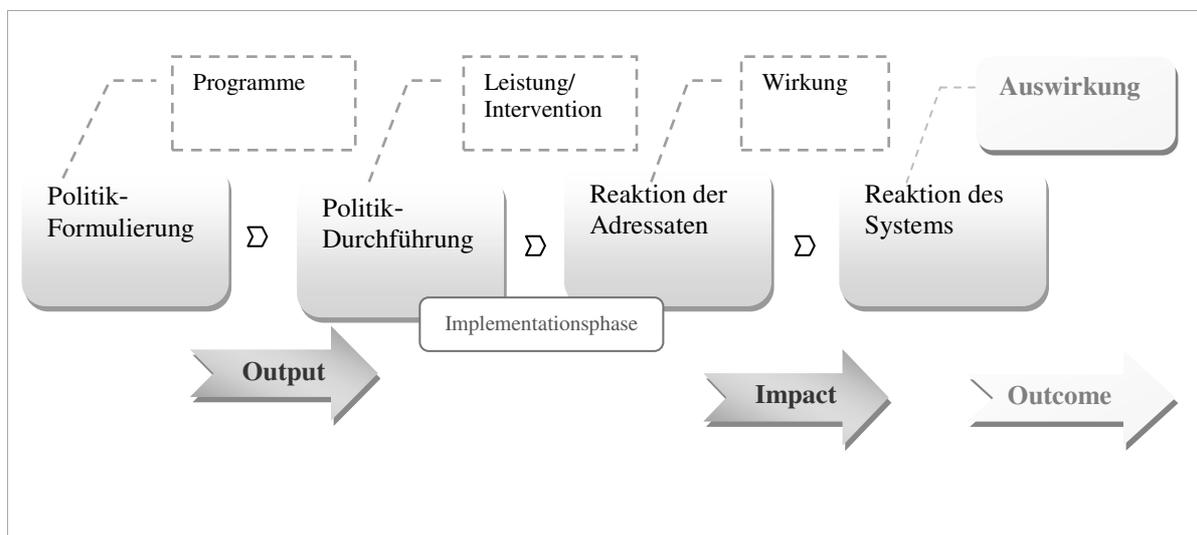
Quelle: Blum/Schubert (2011:137).

### 5.5.3. Unterscheidung von Policy-Output und Policy-Outcome

Die bisherigen Ausführungen haben (simplifiziert) dargestellt, dass politische Prozesse von Umwelteinflüssen abhängig sind und dass die Abläufe innerhalb des politisch-administrativen Systems in gewissen, mehr oder weniger, abgeschlossenen Kreisläufen verlaufen. Will eine Analyse jedoch ihren Untersuchungsgegenstand als Ganzes begreifen, so genügt es nicht, den einzelnen Phasen die zugehörigen Attribute und Vorgänge aufzuzeigen. Dem Vorwurf einer zu stark deskriptiven Vorgehensweise, welcher des Öfteren über die Politikfeldanalyse kursiert, sollte entgegengesetzt werden, dass eine Betrachtung verschiedener politischer Zyklen nur auf Basis der Auseinandersetzung mit den tatsächlichen Ergebnisse stattfinden kann. Dieses erfolgt durch die Analyse der Auswirkungen und Ergebnisse (im Sinne der Politikevaluation) im Rahmen der Outcome-Analyse. In Kombination mit der Legitimitäts-Frage wird hier als neue politische Variable das „regional health citizenship“-Konzept angewandt. Die im Laufe des politischen Prozesses erzielten Ergebnisse werden in Form von Programmen, Regeln und Gesetzen veröffentlicht. In der Implementationsphase werden im Idealfall die Programme auf den Weg gebracht; meist in Form Veränderungen – dies können

in Form von Reformen breiter und umfassender ausfallen oder sich als Änderungen im kleinerem Rahmen zeigen (Förderung des Nichtraucher-schutzes in Deutschland). Um diese Outputs des Systems vom tatsächlichen Ergebnis – dem Wunsch oder Willen der politischen Entscheidungsträger – zu trennen, wird zwischen den Begriffen Output – Impact und Outcome unterschieden. Der Terminus „Impact“ bezieht sich hierbei auf die Reaktion der Adressaten, deren Ergebnis als (unmittelbarer) Impact beziehungsweise Wirkung bezeichnet wird (Jann/Wegrich 2003: 80).

**Abbildung 5.6.: Output, Impact und Outcome**



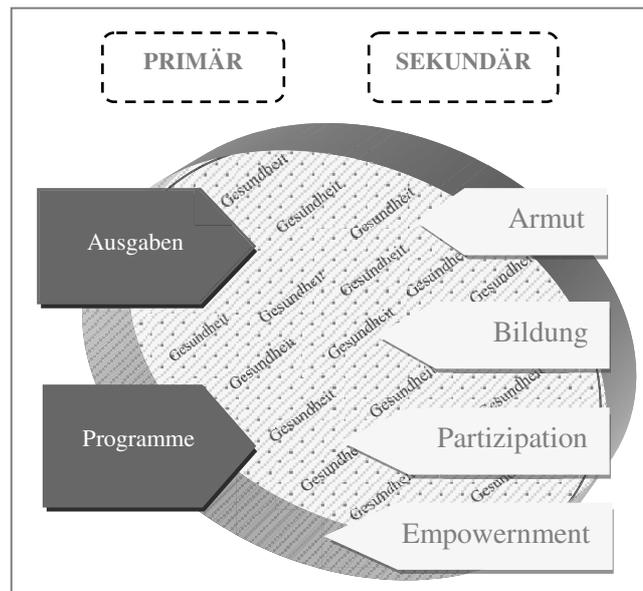
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Jann/Wegrich 2003: 79.

Ob die gewählten Outputs und die anschließenden Impacts das eigentliche, übergeordnete Ziel der Policies erreicht haben, zeigt sich durch die Auswertung der sogenannten Outcomes. Diese Betrachtung von Outputs und Outcomes erlaubt die Feststellung von Hypothesen entsprechend einer „wenn...dann...“ – Argumentation. Somit können Kausalitäten formuliert und Maßnahmeneffekte überprüft werden. Darüberhinaus ermöglicht die Analyse von Ergebnissen aus dem politischen System heraus in Betrachtung der tatsächlichen Auswirkungen zudem die Einbeziehung weiterer nicht unmittelbar dem Gesundheitssektor untergeordneter beeinflussender (sekundärer) Variablen.

#### 5.5.4. Anwendung der Policy-Output-Konzeption

Diese Dissertation konzentriert sich im analytischen Teil auf die Outputs und die resultierenden Outcomes. Für das Verständnis und die Untersuchung notwendig ist die Inklusion der für den Gesundheitssektor relevanten Institutionen und Akteure in- und außerhalb des politisch-administrativen Systems. Die aus dem System heraus getroffenen Entscheidungen werden den jeweiligen Ergebnissen zugeordnet und in eine Wirkungsbeziehung gesetzt. Ziel ist die Beantwortung der Frage nach den tatsächlichen Einflüssen des politischen-administrativen Systems auf Änderungen im Gesundheitszustand. Die Outputs sind hier definiert als die direkten, gesundheitspolitischen Maßnahmen, Programme und Strategien (primäre Variable). Die Outcomes werden gemessen anhand der jeweils anvisierten Zielvorgabe Veränderungen/Verbesserung der einzelnen Gesundheitsindikatoren.

**Abbildung 5.7.: Typologie der Einflussvariablen**



Quelle: eigene Darstellung.

Die Unterscheidung zwischen Output zu Outcome ist gerade im Hinblick auf die Multidimensionalität in Indien von besonderer Bedeutung. Seit der Unabhängigkeit des Landes wurden viele nationale Gesundheitsprogramme auf den Weg gebracht, die aber oftmals zu erheblich divergierenden Ergebnissen des Gesundheitszustandes in den Bundesstaaten führten. Die einzelnen Regionen Indiens unterscheiden sich stark sowohl in politischer, soziokultureller als auch geographischer und ökonomischer Hinsicht. Auf welche

Ursachen könnte dies zurückgeführt werden? Zu unterscheiden ist außerdem zwischen primären und sekundären Kausalvariablen (Abb. 5.7.). Primäre Kausalvariablen, wie die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf und die Gesundheitsausgaben als Anteil der Gesamtausgaben, sind hierbei der Output-Phase zugeordnet. Sekundären Kausalvariablen werden im Rahmen dieser Arbeit definiert als Armut, Bildungsniveau, „Empowerment“ und Partizipation. Als „sekundär“ werden diese Variablen verstanden, da sie nicht direkt zur Fragestellung gehören, trotzdem wird angenommen, dass sie einen wesentlichen Einfluss auf die Wirkungsweisen implementierter Programme haben.

Auch diese Variablen sind eigenen Policy-Arenen zugeordnet, bei denen der Gesundheitszustand eine sekundäre Rolle spielt. Die Perspektive verändert zwar die Position und Rolle der Variablen, doch unbestritten bleibt deren Zusammenhang. Die Überlegungen sollten zum anderen auch dahin führen, dass zwischen der gesundheitspolitischen Ziel- und Vorgabenformulierung und des tatsächlichen, öffentlichen Ausgabenumfangs für das Gesundheitswesen, etwa in Form von Ausgaben zur Bereitstellung und Förderung des medizinischen Personals und der medizinischen Ausstattung innerhalb jeglicher Krankenhausformen, ein Verwaltungsapparat zur Umsetzung der Vorhaben existiert, und dass dieser einen fördernden und einen hemmenden Einfluss haben kann, sei es durch Überlastung und Wissensmangel der (nicht medizinisch ausgebildeten) Verwaltungsbeamten oder durch Korruption. Aus einer Studie von Transparency International India ging 2004 hervor, dass der Gesundheitssektor nach der Polizei der Bereich öffentlicher Grundbedarfssicherung ist, der am stärksten von Korruption betroffen ist (Sudarshan 2008).<sup>55</sup>

Dass Indien im weltweiten Ranking des Corruption Perception Index (2009) Platz 84 einnimmt, ist für ein demokratisches Land zweifelsohne ein Alarmsignal, aber nach Platz 85 (2008) und Platz 72 (2007)<sup>56</sup> in den vorangegangenen Jahren nicht überraschend. Unerwartet ging jedoch aus einer Studie seitens Transparency International India (2005) hervor, dass Tamil Nadu als einer der führenden Bundesstaaten in der Gesundheitsversorgung (gemessen etwa an der Kindersterblichkeit oder den Impfquoten), im Binnenranking in Hinblick auf Korruption, noch hinter dem Bundesstaat Orissa liegt.

Ohne an dieser Stelle eine ausführlich Diskussion über die Korruptionsanfälligkeit des indischen Staates einzuleiten, sollte das Phänomen Korruption vor allem wenn es um Erklärungsversuche für die regionale Unterschiede gehen wird, nicht unerwähnt bleiben. Als

---

<sup>55</sup>Auch hier zeigt sich ein sehr differenziertes Bild. Zum einen sind in der Grundbedarfssicherung öffentliche Krankenhäuser häufiger von Korruption betroffen als private Krankenhäuser. Zum anderen häufen sich die Korruptionsfälle im Gesundheitssektor im Osten des Landes während hingegen im Norden, Süden und Westen vielmehr die Polizei von Korruptionsfällen überschattet ist.

<sup>56</sup> [http://www.transparency.org/policy\\_research/surveys\\_indices/cpi/2009](http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2009).

Ursachen für die hohe Korruptionsrate im medizinischen Sektor nennt die Studie unter anderem den Mangel an Medikamenten, die Aufnahme in bestimmte Krankenhäuser, ärztlichen Sprechstunden und Diagnostik.

## 5.6. Politische Steuerung – Governance im Gesundheitssektor

Die vorangegangenen Abschnitte haben erklärt, wie sich die Elemente innerhalb und außerhalb des politischen Systems unterscheiden und wie konkrete Maßnahmen von Zielen abzugrenzen sind. In reduzierter Form kann formuliert werden: Anforderungen aus dem Gesamtsystem (Gesellschaft/Umwelt) gelangen auf verschiedenen Wegen in das politisch-administrative System. Dort wird ein Entscheidungsprozess der beteiligten Akteure durchlaufen und entsprechende Maßnahmen zur Veränderung der Ausgangslage beziehungsweise zur Problemlösung werden an die Umwelt/ Gesamtsystem rückgekoppelt. Die (Aus-) Wirkungen sind zeitversetzt messbar anhand ausgewählter Kriterien oder direkt spürbarer Veränderungen. Nun ist es jedoch nicht so, dass der Prozess mit der Veröffentlichung der Programme und Maßnahmen beendet ist und das politische System sich in die „black box“ zurückzieht. Vielmehr liegt es in der Verantwortung des Systems die Instrumente herauszukristallisieren (im Sinne der Implementation) und anzuwenden, die am geeignetsten erscheinen, die geplanten Ergebnisse zu erzielen. Politische Steuerungsinstrumente sind also ein weiteres wichtiges Element, um Verständnis darüber zu entwickeln, welche Implementationsstrategie verfolgt wird.

### 5.6.1. Governance

Die Umsetzung von politischen Programmen und Maßnahmen bedarf gewisser Instrumente, die als operatives Mittel den erwarteten Zielen und Programmvorhaben gegenübergestellt sind. Steuerungsinstrumente sind demnach sämtliche Möglichkeiten, um das Verhalten der beteiligten Akteure in der Art zu beeinflussen (Jann 1981: 60). Steuerung ist hier gleichzusetzen mit „Governance“, um die Art und Weise zu beschreiben, wie eine Gesellschaft durch Regierungshandeln verändert beziehungsweise gelenkt wird. Governance ist demnach eine Prozessanalyse des politischen Handelns und gibt Aufschluss über Politikfeld-typische Methoden der Problemlösung. Im Kern geht es bei politischer Steuerung als Governance um die Verteilung von materiellen und immateriellen Werten sowie um die Koordination von individuellen und gesellschaftlichen Handelns (Mayntz 1998). Die Etappen

der Staatsentwicklung vom Interventionsstaat – geprägt durch direkte Regulierung und finanzielle Anreize sowie eine bürokratisch-hierarchische Organisation – zum neo-liberalen Modell geprägt durch Überzeugung, Strukturierung, Privatisierung, Dezentralisierung und Delegation an private und zivilgesellschaftliche Akteure (Braun/Giraud 2003) sind in Indien nicht eindeutig durchlaufen. Dennoch interessant ist die Frage, welche Steuerungsinstrumente in der Gesundheitspolitik verfolgt werden und ob und wenn ja, wann, ein Wandel der eingesetzten Methoden nachvollziehbar ist.

### 5.6.2. Steuerungsinstrumente

Handlungsformen, derer sich der Staat zur Erreichung politischer Ziele bedient, werden Steuerungsinstrumente genannt (Görlitz/Burth 1998: 28). Regierungen stehen dabei eine Vielzahl an Instrumenten zu Verfügung. Grundsätzlich lassen sich direkte und indirekte Steuerungsinstrumente zur Sicherung öffentlicher Güter und Ressourcen voneinander unterscheiden. Der Typus der direkten Steuerung wirkt über Ge- und Verbote. Über Gesetze, Verordnungen oder sonstige Erlasse werden die Bürger gezwungen, sich nach staatlichen Vorgaben zu richten (Braun/Giraud 2003). Gegenüber indirekten Steuerungsinstrumenten sind diese zwar kostengünstig in Verabschiedung und Durchführung, jedoch kostenintensiv in der Überwachung (ebenda). Indirekte Steuerungsinstrumente umfassen finanzielle Anreize, Überzeugung und Information sowie Strukturierung. Ausgangspunkt der Unterscheidung ist die Systematisierung von Steuerungsinstrumenten von Görlitz und Burth (1998), die drei Optionen zur „Inventarisierung“ formulieren. Zum einen ist es möglich, nach Steuerungstechniken zur Verhaltensänderung zu klassifizieren, bei denen entweder spontan, manipulativ, zwangsweise oder kooperativ agiert wird. Außerdem kann zwischen *Policy-Typen* nach Distribution (alle bereichernde Verteilung), Regulation (ungleich belastende Verteilung) oder Redistribution (gezielte Umverteilung) unterschieden werden. Diese Klassifizierungsvariante nach den Wirkungen der Policies geht zurück auf Theodore Lowi (1972) und seine These: „Policies determine Politics“.

Distributive Politik bezeichnet die teilbaren Leistungen und Ressourcen, welche einzelnen Empfängern oder Empfängergruppen zugeführt werden, ohne dass Kosten für andere Beteiligte entstehen. Als Beispiele wären staatliche Universitätszuschüsse oder Zuschüsse an Kommunen für Infrastrukturmaßnahmen zu nennen. Redistributiv wird meist aus dem Blickwinkel der Betroffenen beschrieben, wenn Kosten und Nutzen zwischen den Gruppen

umverteilt werden und Gewinner und Verlierer sichtbar werden<sup>57</sup> (Schmidt 1995: 573). Ein Beispiel für redistributive Politik sind Investitionsabgaben von einkommensstarken Arbeitnehmern oder Arbeitsgebern. Mit dieser Kategorie kann die politische und administrative Arena, in die ein Programm eingebettet ist, untersucht werden (Windhoff-Héritier 1987: 41). Regulative Politik beinhaltet allgemeingültige (rechtliche), verhaltensnormierende Regelungen ohne unmittelbaren Leistungscharakter (Heinelt 2003: 240), die schwer zu kalkulieren und vorherzusehen sind. Darunter fallen etwa Verhaltensvorschriften für private Akteure wie Tarifvertragsrecht, möglich nach Programmstrategien zu unterscheiden. Hierunter fallen regulative Programme, Anreizprogramme, Leistungsprogramme, Persuasivprogramme und prozedurale Programme (Görlitz/Burth 1998: 29f).

### 5.6.3. Exkurs: Steuerungsinstrumente am Beispiel der „Zwangssterilisation“

Die Grenzen zwischen der Vielzahl zur Verfügung stehenden Instrumenten sind jedoch oft nicht klar erkennbar oder in bestimmten Bereichen gar gemischt oder gekoppelt, um den Wirkungsgrad einer Maßnahme zu vergrößern (vgl. Blum/Schubert 2011: 87). Beispielsweise kamen hinsichtlich der Steuerung der Gesundheits- und Familienpolitik in Indien Ende der 1970er Jahre finanzielle Anreize als Mittel zur Eindämmung des Bevölkerungswachstums zum Einsatz. Doch diese verfehlten ihre unmittelbare Wirkung. Die Prognosen für Indiens Bevölkerungsanstieg verwiesen auf einen dringenden Handlungsbedarf zur Geburtenkontrolle, denn auch zwanzig Jahre nach der Unabhängigkeit schien es weder Mittel noch ökonomische Alternativen oder zivilen Rückhalt zu geben, um das Bevölkerungswachstum einzudämmen. Die damals amtierende Premierministerin Indira Gandhi entschied sich in Zusammenarbeit mit ihrem Sohn Sanjay Gandhi, dem damaligen Familienminister, kurz vor dem Ende ihrer ersten Amtszeit (1966-1977) für einen bis heute unvergleichbaren Weg zur Steuerung der Geburtenkontrolle. Dieser führte landesweit zu Ausschreitungen, Massenprotesten, Toten und Vermissten. Planziel der im politischen Jargon als „amtliche Sterilisationsempfehlung“ formulierten „Zwangssterilisation“ war die Sterilisation von 4,3 Millionen Männern und Frauen im gebärfähigen Alter im Zeitraum zwischen April 1976 und April 1977. Die zunächst gebotenen Anreize zur freiwilligen Sterilisation wie Transistorradios, Nähmaschinen, Schuldzinsnachlässe oder Prämien (Der Spiegel Nr. 52/1976) führten nicht zu den gewünschten Ergebnissen. Um das Programmziel dennoch zu erreichen, arbeiteten unzählige Hebammen, Ärzte, Krankenschwestern, Fürsorgerinnen und

---

<sup>57</sup>Auch unter den Begriff „Nullsummenspiel“ zu fassen.

Geburtenaufklärern mit Methoden des Zwangs und der indirekten Erpressung. Höhere Staatsangestellte, die mit guten Kennzahlen in ihrem Distrikt Aufmerksamkeit erregen wollten, zwangen ihre eigenen Landesangestellten wie Lehrer oder andere Beamte unter Androhung von Prestigeverlust, Darlehensverluste oder Verlust von Aufstiegschancen zur direkten Beteiligung am Programmziel. Das ursprüngliche Steuerungsinstrument des positiven Anreizes war hier also nicht ausreichend, um die Bürger freiwillig zur Sterilisation zu bewegen und die Regierungen waren gezwungen, andere Instrumentarien und Methoden zur Zielerreichung anzuwenden.<sup>58</sup> Dieses Beispiel der „Zwangssterilisation“ erfährt vor dem Hintergrund der Emergency Rule zwischen 1975-1977 besondere Beachtung und verdeutlicht, dass der durch die politischen Konstellationen an die Akteure herangetragene Druck maßgeblichen Einfluss auf die Umsetzungsmechanismen hatte. Der institutionelle Kontext und die Entscheidungen der einzelnen, höheren Beamten und Ministerpräsidenten in den Bundesstaaten (einige haben sich dem Druck nicht untergeordnet) zeigen die enge Verzahnung von Institutionen und Akteuren bei der Umsetzung vom Politikzielen. Interessant wird dies vor allem hinsichtlich der Frage nach einer Steuerungskrise (Görlitz/Burth 1998). Kapitalismuskritische Ansätze gehen davon aus, dass die strukturellen Voraussetzungen kapitalistischer Austauschprozesse sich selbst verstärkende Widersprüche erzeugen, etwa zwischen Arbeit und Kapital oder Produktions- und Konsumtionssphäre (ebenda: 11). Die Steuerungskrise beruht nach deren Argumentation auf einer sozio-ökonomischen Krise, die in eine politische Krise geführt hat.

Die Legitimationskrisen-These dagegen basiert auf der Annahme, dass Legitimationsbeschaffung mit der Expansion von Staatstätigkeit nicht mehr Schritt hält, so dass vor allem bei einem Versagen des Staates im Rahmen des Management struktureller Wandlungsprozesse Legitimationsdefizite entstehen (vgl. Habermas 1975). Ungelöste Steuerungsprobleme können also delegitimierend und desintegrierend wirken. Das staatliche Dilemma besteht hierbei in der politischen Neutralisierung bei ökonomischer Privatisierung der Produktionssphäre (Görlitz/ Burth 1998: 13). Da Wirtschaft und Staat nicht mehr verzahnt miteinander arbeiten (der Staat scheinbar ohne Einfluss gegenüber Marktmechanismen bleibt), kann es zur Folge haben, dass der Erwartungshorizont nicht erfüllt wird und damit die Legitimität in eine Krise gerät.

Das zuvor genannte Beispiel der „Zwangssterilisation“ ist nur eines von mehreren Beispielen, welche letztlich zum Ende der Emergency Rule und der ersten Amtszeit von Indira Gandhi geführt haben. Es bestätigt die These, dass ungelöste Steuerungsprobleme zu

---

<sup>58</sup>Für die Aktualität der Thematik vgl. „Acht Inderinnen nach Sterilisation umgekommen“, NZZ, 11.11.2014.

Legitimationskrisen beitragen. Zu diesem Fallbeispiel muss jedoch ergänzt werden, dass der Erwartungshorizont der Bürger nicht auf das Programmziel selbst zurückgeführt werden kann, sondern vielmehr auf die Erwartung, die in die Umsetzungsmethoden des Wohlfahrtsstaates gesetzt wurden. Die indische Demokratie und das damit einhergehende Legitimationsverständnis waren zu diesem Zeitpunkt zwar noch jung aber dennoch stabil genug, um einen Machtwechsel auf Unionsebene zu erreichen.

#### 5.6.4. Steuerungsbedarf und Governance

Im Wissenschaftsverständnis, so Görlitz und Burth 1998, ist der Bedarf zur Steuerung das Ergebnis funktionaler Differenzierung. In Anlehnung an Talcott Parsons (1964, 1967), dessen Argumentation bereits behandelt wurde, definiert sich Gesellschaft in einer Reihe von Subsystemen, bei dem das politische System die Funktion der bestandsichernden Zielverwirklichung obliegt und hierfür Macht sichern muss. Warum nimmt sich der Staat der Aufgabe der Problemlösung an? Görlitz und Burth (1998: 21) formulieren es folgendermaßen: „[...] der Staat erfüllt den gesellschaftlichen Steuerungsbedarf in seinem eigenen Bestandsinteresse“.

Dem Steuerungsbedarf geht die Wahrnehmung eines Steuerungsproblems voraus. Eine Verlagerung der Problemlösung auf das politische System geht meist einher mit dem notwendigen Aufwand und den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Das politische System muss sich bei Nichtsicherung seine eigene Bestandsicherung als gefährdet betrachten (Görlitz/Burth 1998: 24). Wenn diese These stimmt, muss also die Frage gestellt werden, warum zieht sich der indische Staat aus der direkten Steuerung der Gesundheitspolitik heraus und fördert zunehmend die Kooperation im Rahmen von Public-Privat-Partnerschaft Strukturen, die dazu führen könnten, den eigenen Handlungsspielraum zu „verspielen“? Oder ist vielmehr das (graduelle) Ausmaß entscheidend über die Legitimität? Kernelemente des modernen Staats wie er in westlicher Prägung verstanden wird, wurden mit der Übernahme der britischen Kolonialherrschaft auch auf den Subkontinent übertragen.

Die Demokratiemaßstäbe wie sie in der westlichen Welt für das Funktionieren gesellschaftlicher und politischer Ordnung vorausgesetzt werden, müssen zwar in gewissen Bereichen angepasst werden, trotzdem gibt es – auch im Rahmen der „defekten Demokratie“ (vgl. Merkel et. al. 2003) in Indien ein „Verständnis dessen, was ein Staat ist und wie er funktioniert beziehungsweise funktionieren soll“ (Beisheim et. al. 2011: 18). In ihrer Untersuchung zu „Governance in Räumen begrenzter und konsolidierter Staatlichkeit“ gehen



Policy-Outcome und zeigt simplifizierend, dass Governance nur über eine bestimmte Reichweite innerhalb eines Politikfeldes verfügt.

Die „offene“ Abgrenzungslinie verdeutlicht zu dem, dass sich der Wirkungsgrad bis in die Impact-Bereich erstrecken kann, hier aber nicht mehr maßgeblich Einfluss nimmt. Wenn die erwünschten Ergebnisse beziehungsweise Ziele ausbleiben, könnte bereits an dieser Stelle im Prozess eine Re-Formulierung der Steuerungsinstrumente einsetzen, wie etwa beim Beispiel der „Zwangssterilisation“.

Der indische Gesundheitssektor ist hinsichtlich der Umsetzung der Kompetenzfunktionen und Governance-Akteuren gleichwohl komplex und insbesondere mit Einführung der Wirtschaftsreformen geprägt von einer stärkeren Beteiligung von privaten sowie staatlich-privaten Akteuren. Es wird zu klären sein, in welchen Gesundheitsbereichen der Staat tatsächlich Anbieter der Gesundheitsversorgung ist oder ob der indische Staat längst zum Regulierer der Gesundheitsversorgung de-institutionalisiert wurde.

#### 5.7. Der Vergleich als Forschungsmethode

Die der vorliegenden Dissertation als Forschungsansatz zugrunde gelegte vergleichende Staatstätigkeitsforschung, die ihrem Erkenntnisinteresse folgend der Politikfeldforschung zuzuordnen ist, widmet sich der Analyse und dem Erklären von Regierungspolitik (Zohlnhöfer 2008). Forschungsziel ist das Herauskristallisieren bestimmender Faktoren, anhand derer die Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen Regierungstätigkeiten und deren Ergebnissen in einem bestimmten Politikfeld (Sozialpolitik, Wirtschaftspolitik, Gesundheitspolitik, etc.) erklärt werden können.

Im Fokus der bisherigen vergleichenden Staatstätigkeitsforschungen standen zumeist westliche Länder (Skandinavischen Staaten, USA, Italien, Griechenland und Deutschland), die in erster Linie auf Makroebene den Analysen unterzogen werden (vgl. Schmidt 1982). Das für diese Arbeit gewählte Beispiel Indiens stellt gegenüber den früheren Forschungsarealen westlicher Staaten keine methodische Herausforderung dar, da es sich hierbei um ein in sich geschlossenes System handelt, der Vergleich also innerhalb einer Untersuchungseinheit stattfindet.

### 5.7.1. Der Königsweg „Vergleich“

In der Wissenschaft gibt es zwei verschiedene Methoden (holistisch und analytisch), um die Realität zu erfassen und von ihnen abgeleitete Prognosen zu äußern. Die Politikfeldanalyse beschäftigt sich als analytische Methode mit einem Teilabschnitt und kann sich durch eine Erweiterung des sogenannten Gegenstandsbereiches dem übergeordneten Ganzen annähern. Dadurch ist es möglich, einen Teilbereich detailliert zu erfassen und durch Erweiterung mit anderen Teilbereichen eine Allgemeingültigkeit zu formulieren (Behrens 2003: 208).

Ein typischer methodischer Bezugsrahmen der Politikfeldanalyse ist die Fallstudie. In den vergangenen Jahren hat der Vergleich verschiedener Politikfelder in unterschiedlichen Staaten an Bedeutung gewonnen und wird unter dem Begriff „Comparative Politics“ zusammengefasst. Innerhalb der Politikwissenschaft hat die vergleichende Methode eine besondere Stellung eingenommen und wird mitunter auch als „Königsweg“ der Politikwissenschaft (Massing 1969: 286) bezeichnet. Vergleichende Analysen können dabei intrastaatlich, innerstaatlich, suprastaatlich oder weltgesellschaftlich geführt werden (Behrens 2003). Gegenstandsbereich der vergleichenden Politikfeldanalyse ist das Regierungshandeln in bestimmten Politikfeldern. Untersucht werden kann dabei das Regierungshandeln in vielen Staaten, in wenigen ausgewählten Staaten oder in einem einzelnen Staat. Hierbei gilt die Regel, dass mit der Anzahl der Staaten des Abstraktionsniveau und somit die Generalisierbarkeit steigt, dies jedoch auf Kosten des Informationsgehaltes (Behrens 2003: 211). Ein Vorteil der Politikfeldanalyse eines einzelnen Staates liegt in der „möglichst dichten Beschreibung des Politikfeldes“ (ebenda: 213).

Insgesamt überwiegen Vergleiche weniger Staaten, da das Interesse auf die Beschreibung und Erklärung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Inhalten der jeweiligen politischen Entscheidungsprozesse gerichtet ist (Schmidt 1997: 208). Die Auswahl der Staaten kann nach dem Konkordanzprinzip („most similar cases design“ oder dem Differenzprinzip („most dissimilar cases design“) erfolgen. Der Vergleich nach dem Konkordanzprinzip ermöglicht die „Entschlüsselung“ der Variablen, anhand derer die Unterschiede politischer Ergebnisse erklärt werden können. Das zu erklärende Phänomen wird hierbei als abhängige Variable betrachtet. Die zu „entschlüsselnden“ beeinflussenden Variablen werden als unabhängige Variable verstanden.

### 5.7.3. Ein intrastaatlicher Vergleich zur Gesundheitspolitik

Die Dissertation analysiert die Differenzen der Gesundheitszustände zwischen den Bundesstaaten. Operationalisiert werden die Gesundheitszustände anhand der Kapitel 2 definierten Indikatoren. Da es im Forschungsverlauf nicht durchführbar ist, die Gesamtheit aller 29 Bundesstaaten<sup>59</sup> Indiens einer systematischen Vergleichsstudie zu unterziehen, wurden verschiedene Bundesstaaten des Nordens und Südens exemplarisch für die Analyse herangezogen. Die Auswahl der Bundesstaaten erfolgte (1) nach der Performanz und Differenzendistanz in den für diese Arbeit ausgewählten Indikatoren, (2) der Zugänglichkeit der Daten und (3) nach der regionalen Repräsentanz – das wesentliche Argument für dieses Vorgehens beruht auf der Notwendigkeit, das für den indischen Staat typische Nord-Südgefälle hinsichtlich der Gesundheitsindikatoren aufzugreifen und in der Analyse zu reflektieren. Der Vergleich der Bundesstaaten als Untersuchungseinheiten ist in die Einzelfallstudie Indiens als deren Grundgesamtheit eingebettet und wird als „Binnenvergleich“ nach dem Prinzip des „most similar cases design“ durchgeführt. Möglich wird dies durch die Ähnlichkeit im institutionellen Kontext beziehungsweise durch die Tatsache, dass die Fälle sich ähnlich aber nicht gleich sind (vgl. Lauth/Winkler 2006: 53). Die Differenzmethode nach John Stuart Mill (1978) sucht nach den Ursachen von Differenzen, wobei zwischen unabhängigen Variablen und Kontextbedingungen unterschieden werden muss (ebenda), weshalb die Methode des „most similar cases design“ für die vorliegende Untersuchung verwendet werden kann und auch verwendet werden muss, da die Konkordanzmethode, sprich „most dissimilar cases design“, nach Mill (1978) auf der Ähnlichkeit des zu erklärenden Phänomens basiert (Lauth/Winkler 2006:54). Diese Vorgehensweise kann ausgeschlossen werden, da die Differenzen (als das erklärende Phänomen) der Gesundheitszustände (vgl. Kapitel 4) erklärt werden sollen und somit nur die Vergleichsoption der „ähnlichen Fälle“ Anwendung finden kann. Alle Bundesstaaten, exemplarisch seien an dieser Stelle Orissa und Tamil Nadu herausgegriffen, sind seit der Unabhängigkeit des Staates von Großbritannien 1947 Teil der Indischen Union.<sup>60</sup> Ebenso sind sie der Unionsregierung in gleicher Weise föderal untergeordnet und es sind keine

<sup>59</sup>Unter Führung der Kongresspartei verabschiedete das Parlament am 30. Juli 2013 die Gründung des 29. Bundesstaates Telangana. Der neue Bundesstaat wird aus zehn Distrikten des verbleibenden Andhra Pradesh bestehen. Die Bevölkerung wird auf vierzig Millionen geschätzt (The Hindu, 31<sup>th</sup> July 2013, online: [www.thehindu.com](http://www.thehindu.com), aufgerufen am 01. August 2013).

<sup>60</sup>Etwaige Bestrebungen nach politischer und territorialer Selbstverwaltung vor allem seitens Tamil Nadus sind nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit und bleiben in den Analysen unberücksichtigt.

Sonderregelungen<sup>61</sup> in der Verfassung eingeräumt. Hinsichtlich der Ausgestaltung ihrer Gesundheitsteilsysteme<sup>62</sup> unterliegen die Bundesstaaten Art. 47 der Verfassung (Constitution of India – Part IV Directive Principles of State Policy), sind also weitestgehend autonom für die Umsetzung der gesundheitspolitischen Maßnahmen und Richtlinien verantwortlich. Die Hintergründe für die Einschränkungsformulierung ergeben sich durch den Einfluss der Fiskalpolitik der Unionregierung auf die Ausgabenpolitik der Bundesstaaten.

Der hier angewandte Vergleich als eine der zentralen Methode der Politikwissenschaft verfolgt auch in der vorliegenden Arbeit das Ziel, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Ausgestaltung der Gesundheitsteilsysteme zu erklären und zu ordnen (Lauth und Winkler 2006). Die hierbei gewonnen Informationen ermöglichen Schlussfolgerungen, die letztlich perspektivisch eingesetzt werden könnten, um konkrete Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Das implizierte Ziel der Formulierung bestimmter Problemlösungsstrategien verweist hier auch auf die von Harold Lasswell (1951) benannten programmatischen Aspekte (Schubert/Bandelow 2003: 13) der Politikfeldforschung, die aufgrund ihres praxis- und problemlösungsorientierten Selbstverständnis als Politikberatung einen wichtigen Beitrag im Rahmen des Wissenstransfers leistet<sup>63</sup>. Diese Dissertation vernachlässigt allerdings diesen Aspekt der Politikfeldforschung weitestgehend und beschränkt die wissenschaftliche Analyse auf die inhaltlichen Komponenten des Vergleichs. Gegenstand der Analyse der Differenzen in den Gesundheitszuständen sind die dem Gesundheitssystem immanenten Strukturen als unabhängige Variablen, die politischen Akteure, deren Ressourcen, Maßnahmen und die Auswirkungen intervenierender Faktoren. Somit ist die vorliegende Arbeit Output- und Outcome orientiert. Um die zentralen Forschungsfragen zu beantworten, werden deskriptive und erklärende Ansätze (Lauth/Winkler 2006) miteinander kombiniert, um (1) die als relevant erachteten Informationen den Erklärungen beschreiben zu können und um (2) durch die Verknüpfung beider Untersuchungsformen eine kohärente Analyse des komplexen Gegenstandsbereichs zu ermöglichen. Die deskriptive Darstellung der gesundheitlichen Strukturen und Entwicklungen kann zugleich aber auch vor dem Hintergrund einer bloßen

---

<sup>61</sup>Nur dem Bundesstaat Jammu und Kaschmir wurden in der Verfassung Sonderrechte zugestanden (vgl. Art. 370 der indischen Verfassung).

<sup>62</sup>In diesem Zusammenhang wird der Terminus „Gesundheitsteilsysteme“ verwendet, da beide Bundesstaaten einerseits regional-spezifische, strukturelle sowie prozessuale Charakteristika in deren Gesundheitswesen entwickelt haben, gleichzeitig jedoch in föderaler Relation als Teil des Gesamtsystems zu verorten sind.

<sup>63</sup>Eine kritische Auseinandersetzung über die Relation der mitunter unüberschaubaren Fülle von Policy Studien gegenüber deren tatsächlicher Anwendung im politischen Entscheidungsprozess vor allem in den USA bietet Nancy Shulock in ihrem 1999, im „Journal of Policy Analysis and Management“ erschienenen und mit dem Vernon Prize als „bestpaper in Volume 18“ prämierten, Artikel „The Paradox of Policy: If It's Not Used, Why Do We Produce So Much Of It?“.

(Er-) Kenntniserweiterung verstanden werden, die ergänzend im Rahmen einer *area-study*<sup>64</sup> erfolgt. Bei den Analysen ist zwischen der Querschnitt- und Längsschnittuntersuchung zu unterscheiden (Lauth/Winkler 2006). Die Querschnittanalyse wird hauptsächlich im Rahmen der regionalen Gegenüberstellung der Bundesstaaten Orissa und Tamil Nadu gewählt, da auf diese Weise der Einfluss ökonomischer, sozialer und politischer Rahmenbedingungen (ebenda) untersucht werden kann.

Der Zeitraum ist hier an die verfügbare Datenlage gekoppelt, die mit den 1990er Jahren beginnt. Die Längsschnittanalyse dient in ihrer deskriptiven Vorgehensweise dazu, den Gegenstandsbereich der Grundgesamtheit, der in großen Teilen in der deutsch-sprachigen Forschungslandschaft noch immer unbekannt ist, dazustellen. Ebenso werden die Einflüsse unter der britischen Kolonialzeit als Pfadabhängigkeit Eingang in die Analysen finden.

## 5.8. Zusammenfassung

Die Stabilität des (demokratischen) politischen Systems ist letztlich von der Rückkopplung seiner Bevölkerung, also den Staatsbürgern, direkt abhängig. Dabei geht es auf der einen Seite um die Herausbildung bestimmter Organisations-, Differenzierungs-, Kommunikations- und Steuerungsprozesse auf der Input-Seite des politischen Systems. Während auf der anderen Output-Seite vielmehr die tatsächlichen Leistungen und letztlich Wirkungen in der Bevölkerung im Vordergrund stehen.

Diese Dissertation konzentriert sich in ihren Ausführungen und Analysen hauptsächlich auf die Output-Leistungen und den resultierenden Outcomes. Dies wird insofern notwendig, als dass eben jene (staatlichen) Leistungen und gesellschaftlichen Auswirkungen als Basis für die Herausforderungen an das politische System den Grundstein der Fragestellung über die (Output-) Legitimation verstanden werden.

Wie bereits im Einleitungskapitel ausgeführt, folgt diese Arbeit der Argumentation, dass eine unzureichende und schlechte Gesundheitsversorgung langfristig die Legitimation des politischen Systems gefährden oder zumindest stark herausfordern können. Die These stützt sich dabei auf die Annahme, dass ein Mangel staatlicher Gesundheitsleistungen einem Rückzug des Staates aus der Verantwortung gegenüber den Bürgern gleich zu setzen ist.<sup>65</sup> Die

---

<sup>64</sup>*areastudies*: Ansatz der Vergleichenden Politikwissenschaft, der darauf abzielt, die Zahl der in den Vergleich hineingenommenen Fälle primär geographisch zu reduzieren. Dabei wird unterstellt, dass *areas* bestimmte gemeinsame Merkmale aufweisen, etwa hinsichtlich demographischer, wirtschaftlicher, sozialer und anderer Tatbestände [...] (Nohlen 2003: 1797).

<sup>65</sup>Dies gilt jedoch nur, wenn der Bürger auch eine Verantwortung des Staates für Gesundheitsleistungen, für die gesundheitliche Versorgung bei der Regierung sieht. Die im Jahr 2010 geführte Debatte in den USA über die

stete Abnahme staatlicher Verantwortlichkeit bemisst sich dabei nicht nur anhand einer Reduzierung der staatlichen Gesundheitsausgaben. Als zusätzlicher Indikator zählt der Mangel an Regulierung des privaten Sektors. Diese beiden Punkte sind insoweit von großer Bedeutung für den indischen Gesundheitssektor, als dass sich die medizinische Versorgung auf die Städte und ausgedehnte Ballungszentren konzentriert, während der größere Teil der Bevölkerung auf die ländlichen Gebiete verteilt ist und dort bedingt durch eine mangelhafte Ausgestaltung der medizinischen Infrastruktur, private Gesundheitsversorger versuchen, diese Lücke zu schließen. Dem Bürger werden kaum Wahlmöglichkeiten zu verschiedenen Gesundheitsversorgern bereits gestellt. Diese Einschränkung ist aus einem demokratischen Grundverständnis heraus vehement in Frage zu stellen. Zusätzlich müssen Alternativlösungen gefunden werden. Denn die statischen Komponenten wie beispielsweise der Ausbau der notwendigen Infrastruktur, die Verbesserung der Ausstattung staatlicher Krankenhäuser und die pharmazeutische Versorgung werden ergänzt um die dynamische Dimension der in diesem Sektor tätigen Menschen. Die Gesundheitsversorgung kann demzufolge als ein System betrachtet werden, welchem eine bestimmte Funktion (Wiederherstellung von Gesundheit und das Vermeiden von Krankheit) zugeschrieben ist und welches ihm eigene Strukturen (öffentliche und private Akteure) aufweist.

Wie bereits eingangs kurz veranschaulicht, bietet die Gesundheitsthematik ein vielfältiges Spektrum an Perspektiven des Erkenntnisinteresses. Die Interdisziplinarität ist hierbei sowohl Chance als auch Herausforderung. Die grundlegende Frage, mit der sich eine politikwissenschaftliche Herangehensweise (wohl) konfrontiert sieht, ist die Behauptung der eigenen Relevanz innerhalb der Forschungsgemeinschaft. Die Notwendigkeit der politikwissenschaftlichen Betrachtungsweise begründet sich durch die Möglichkeit mit Hilfe der Policy-Analyse das Zustandekommen jeweiliger Programme und verabschiedeter Gesetze zu untersuchen und deren Effekte auf die Gesundheitssituation zu analysieren. Im Vordergrund steht hierbei vor allem die Differenzierung zwischen den verabschiedeten Maßnahmen (Outputs) und den tatsächlichen Auswirkungen (Outcomes), die im Verlauf dieses noch eingehender dargestellt werden sollen.

Somit wird es beispielsweise möglich, der Frage nach zu gehen, ob es bestimmte Programme zur Steigerung der Hebammenzahl gibt, wenn man etwa die Zahl der Mütter, die ihr Kind allein zur Welt bringen, verringern möchte. Davon ausgehend ließe sich eine Diskussion über die Akzeptanz dieser Maßnahmen innerhalb der Gesellschaft ableiten, um damit die wichtige

---

Reformen im Gesundheitssektor ist ein Beispiel dafür, dass das Verständnis über die Verantwortlichkeiten und der Umfang staatlicher Tätigkeiten in Abhängigkeit zu den

Komponente der Rückkopplung (Feedback) zu betrachten. Natürlich spielen hier auch andere Faktoren, wie etwa das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, als kulturelle Erklärungsvariableneine wichtige Rolle.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup>Beispielhaft wäre hier die Weigerung der Eltern zu nennen, ihre mit dem HI-Virus infizierten Kinder zur Schule zu schicken.

## 6 Strukturen und Prozesse der Gesundheitspolitik in Indien

Migrationsprozesse und Urbanisierung intensivieren die medizinische Unterversorgung auf dem Land, während parallel die Slumvororte der Großstädte mit ihren krankheitsfördernden Lebensbedingungen seit vielen Jahrzehnten unkontrollierbar wachsen. Kontrastierend hierzu gewährt der Gesundheitstourismus für wohlhabende Heilsuchende aus dem Ausland dem städtischen, privaten Sektor ein Milliardengeschäft. Die Rückkehr von erfahrenen und gut ausgebildeten Ärzten aus England und den USA ist zunächst positiv zu bewerten, da es den gefürchteten „brain drain“ entgegensteht. Die Arbeitsbedingungen in ländlichen Regionen stellen jedoch keine Arbeitsalternative zu lukrativen Anstellungen in privaten Krankenhäusern dar. Die Symptome für die Kluft zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungserbringung des Systems könnten kaum distanzierter sein. Zudem ist das gegenwärtige Gesundheitssystem zu pluralistisch, teils kleinteilig und unausgewogen, um die Vision einer „Volks Gesundheit“ anstreben zu können. Der derzeitige messbare Gesundheitszustand der Bevölkerung Indiens und die stark differenzierte Ausgestaltung des Gesundheitssystems sind jedoch nicht allein das Ergebnis staatlicher Ratlosigkeit und Fehleinschätzungen der Regierungen seit der Unabhängigkeit. Schon vor der Kolonialisierung des Subkontinents wiesen die Medizinsysteme Merkmale von Vielseitigkeit und Pluralität auf.

„Gesundheitspolitik, Gesundheitswesen und das System medizinischer Versorgung sind wie das Wissen um die Gesundheit und Krankheit von jeher Spiegelbild einer Kultur in der Zeit“ (Diesfeld 1995: 349). Ähnlich, jedoch mit einem stärkeren Fokus auf die Ergebnisse der Gesundheitspolitik formulierten, es auch die Autoren um Misra et. al. (2003: 133): „The health status of a given population is a reflection of a health system’s performance“. Bei der Analyse des Gesundheitszustandes einer Gesellschaft stehen also nicht singular die einzelnen Indikatoren im Fokus, sondern vielmehr erlauben diese Merkmale Rückschlüsse über die Wirkungsweise der gesundheitspolitischen Strukturen und Prozesse und das Verhältnis des Menschen gegenüber der eigenen Gesundheit und dem Verständnis darüber wer hierfür Sorge trägt. Bei Studien zur Gesundheitspolitik handelt es sich demnach um systemische Auseinandersetzungen über Strukturen und Prozesse im Umfeld von Gesundheit. Im Unterschied, oder explizierter formuliert, in Ergänzung zu mikrosoziologischen und anthropologischen Studien um die Bedeutung bestimmter, gesundheitsrelevanter Riten oder Verhaltensweisen geht es in der Analyse von Ursachen und Wirkungsweisen ausgewählter gesundheitspolitischer Maßnahmen vorrangig jedoch nicht ausschließlich um das Gesundheitssystem als solches, welches die Beziehung zwischen Arzt und Patient und somit zwischen Institution und Bürger als neue, politische Variable steuert.

Das folgende Kapitel widmet sich zunächst den kolonialen Ursprüngen des Public Health in Indien und skizziert, wie die Gesundheitstradition der Kolonialherrscher gegenüber der ihnen untergebenen Gefolgschaft in die Unabhängigkeit überführt wurde und welche Konsequenzen sich hieraus ergaben. Welche Veränderungen liegen hinter den Anfängen des Gesundheitssystems auf Grundlage der Empfehlungen der Bhore Commission (1946) und den Ansprüchen einer modernen sowie anpassungsfähigen Gesundheitspolitik, die 2013 in der Formulierung der National Health Mission ihren vorerst letzten Höhepunkt fand?

## 6.1. Medizin als Tradition und Instrument des Kolonialismus

Ähnlich wie im antiken Rom oder im byzantinischen Reich existierten auch auf dem Subkontinent bereits vor den Eroberungen des Nordens durch muslimische Herrscher und später auch das Südens durch die Europäer über weite Gebiete hinweg traditionelle Heilmethoden und medizinische Grundversorgungssysteme. Darunter fallen das südindische Medizinsystem der *Siddha* und das mit den arischen Einwanderern im 2. Jahrtausend v. Chr. aufgekommene *vedische* Medizinsystem (Diesfeld 1995: 349). Um das indische Gesundheitssystem in seiner derzeitigen Form und Pluralität zu begreifen, ist es daher auch notwendig einen kurzen Blick auf die Epoche vor der indischen Unabhängigkeit zu werfen. Welche institutionellen und ideologischen Voraussetzungen wurden im Kontext der Fremdherrschaft durch die Briten für das heutige Gesundheitssystem geschaffen? Weshalb wurden nur wenige von dem in Europa im neunzehnten Jahrhundert schon vorhandenen Erkenntnissen zur Prävention in die indische Kolonie transferiert? Eine Fusion der indischen mit der griechisch-arabischen Medizin fand in der Herausbildung des Unani<sup>68</sup> statt, weshalb jedoch entwickelten sich keine real-hybriden Heilpraktiken mit dem westlichen Modell?

### 6.1.1. Spuren der Kolonialepoche

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits erläutert, dass die Policy-Forschung beziehungsweise Studien zu konkreten Politikfeldern im Kontext von Pfadabhängigkeit und Kontextgebundenheit verstanden werden sollten (vgl. hierzu u.a. Beyer 2015). Für die

---

<sup>68</sup>Das heute bekannte *Unani* wurde abgeleitet von *yunâni* (arabisch) für Griechisch. *Unani* ist das Zusammenspiel verschiedener traditioneller Medizinsysteme, die ursprünglich von der antiken griechischen Medizin abstammen. Ergänzt wurde das *Unani* von der indischen Heilkunst Ayurveda und arabischen Behandlungsmethoden der Beduinen. Eingeführt wurde die griechisch-arabische Medizin unter der Mogulherrschaft (ca. 16. Jh. vgl. auch Rothermund 1995: 173, 243).

Entwicklung Indiens im 17./18. Jahrhundert maßgeblich entscheidend war der Einfluss der Briten, der weit über bestehende Handelsbeziehungen, wie es sie auch mit portugiesischen oder niederländischen Handelskompanien gab, hinausgehend das politische und soziale Institutionengefüge auf den Subkontinent prägte. Um britische Macht und Einfluss zu stärken, wurden nach und nach in den eroberten Gebieten „moderne“ politische Strukturen nach westlichen Mustern geschaffen und hohe Beamte mit Rechten und Pflichten ausgestattet. Dass Verständnis und Vertrauen in politischen Institutionen wuchs und nach der Unabhängigkeit verankern ließen, lag zum einen in der Alternativlosigkeit zu diesen Strukturen und den ideologischen Kosten, die sich aus einer Etablierung eigener Institutionen abgeleitet hätten. Zum anderen hatte die politische Elite mit eben jenen politischen Rahmenbedingungen und dem demokratischen Grundverständnis die Unabhängigkeit erkämpft, wodurch bereits positive Feedbackerfahrungen vorhanden waren.

Bevor die Briten den Subkontinent territorial und politisch eroberten und somit auch den Gesundheitssektor beeinflussten, bestand bereits ein medizinisches System auf dem Subkontinent. Die Ursprünge der indischen Medizin lassen sich dabei bis ins Jahr 5000 v. Chr. zurückverfolgen (Greinacher 1989: 23). Wie von Roemer (1993) für die meisten Medizinsysteme dargelegt, ermöglichte die religiöse Medizin durch die Mithilfe buddhistischer Herrscher den Übergang zu einer rationalen Therapie, deren medizinische Praxis bis heute verfolgt wird. Auf dem Subkontinent basiert diese Praxis auf dem Primat der rituellen Reinheit der Hindus, geprägt von einem strengen System sozialer und ritueller Tabus. Verbunden mit Regelungen zum Essverhalten und des Umgangs mit anderen Mitmenschen werden diese Prinzipien unter dem Begriff „Ayurveda“<sup>69</sup> zusammengefasst. In der hierarchischen Struktur des Kastenwesens bilden die Brahmen (Priester) die oberste Kaste. Sie beeinflussten über einen erheblichen Zeitraum die Lebenskultur der hinduistischen Gesellschaft. So oblag ihnen auch die Fürsorge bei körperlichen und seelischen Bedürfnissen, so dass nicht nur die Stellungnahme in religiösen Fragen, sondern auch die Erziehung sowie medizinische Versorgung in ihren Verantwortungsbereich fiel. Aufgrund der Struktur des Kastenwesens bleibt jedoch unklar, ob und in welcher Form Angehörige niedrigerer Kasten oder Kastenlose von diesem Wissen profitieren konnten. Mit dem Zustrom und den dauerhaften Gebietseroberungen durch den Islam im 13. Jahrhundert und der Kolonialisierung im Zuge der territorialen Expansion der europäischen Handelskompanien ab dem 16. Jahrhundert verlor die traditionelle indische Medizin beinahe umfassend an Einfluss. Während

---

<sup>69</sup>Wissenschaft vom langen Leben in Kombination mit der Prävention von Krankheiten durch Diätetik und Hygiene; Gesundheit wird bestimmt durch das Verständnis des Gleichgewichts der drei Grundelemente des Körpers: Wind (vata), Galle (pitta) und Schleim (kapha).

der Kolonialepochen hatten neben den Portugiesen und Holländern vor allem die Briten den größten Einfluss auf das Gesundheitssystem des Subkontinents, wobei der Aufbau medizinischer Einrichtung zuerst auf die Küstenregionen beschränkt blieb und das erste Hospital in der Madras Presidency bis ins achtzehnte Jahrhundert nur britische Staatsbürger versorgte. Diese duale Versorgungsstruktur von britischen und nicht-britischen Bürgern wurde zwar offiziell beigelegt, dennoch war die Unterscheidung zwischen Einwohnern eines Territorialraums, die eine Versorgung erhielten und jenen, denen diese versagt blieb noch lange Zeit nach dem Ende der Kolonialregierung im Bewusstsein. Die Herausbildung einer abstrakten Beziehung zwischen Patient und Arzt, zwischen Bürger und Institution, blieb folglich aus.

### 6.1.2. Gesundheitsversorgung unter Britischer Kolonialherrschaft

In der frühen Epoche britischer Kolonialherrschaft war nur aus England eingereisten Ärzten das Praktizieren auf dem Subkontinent erlaubt. In der durften ihnen lediglich als Assistenten dienen. Da dies auf Dauer jedoch zu aufwendig und kostspielig wurde, begann vereinzelt die medizinische Ausbildung indischer Ärzte, der sogenannten „black doctors“. Als erste Ausbildungsinstitutionen wurden 1822 in Madras und 1835 in Kalkutta die „Native Medical Schools“ gegründet, an denen, nach Erlass des damaligen Generalgouverneurs Lord Macaulay, jedoch nur westliche Medizin gelehrt werden sollte. Da die Aufnahmeprüfungen für einen Abschluss in London stattfanden, hatten indisch-stämmige Anwärter auf den Arztberuf allerdings wenig Aussicht darauf, diesen Karriereweg gehen zu können. Einer der ersten indisch-stämmigen Mediziner, der in Europa ausgebildet wurde und mit einer Berufung nach Indien zurückkehrte, war S. Goodeve Chuckerbutty (1826-1894). Nach Beendigung seines Studiums in England gab Chuckerbutty im Januar 1852 in Kalkutta eine öffentliche Vorlesung unter dem Titel „Sanitary Improvement in Calcutta“ und plädierte für bessere sanitäre Verhaltensweisen, Trinkwasserleitungen, Abwassersysteme und eine Management für Wassertankanlagen (Kumar 2005: 47). Forderungen, die auch der aktuellen Debatte zu den Ursachen des maroden Gesundheitssystems entstammen könnten.<sup>70</sup>

Die Durchsetzung der „Macaulay-Prinzipien“ (ab 1835) verzeichnete „den Beginn einer systematischen Vernachlässigung der Strukturen traditionellen, indischen Wissens“ (Pfleiderer/Bichmann 1985: 72) und reduzierte die frühere Pluralität der Medizinsysteme auf

---

<sup>70</sup>vgl. Lok Sabha Debatte (11.08.2011) „Special Mention“: Need to check the supply of contaminated potable water and to prevent the spread of water borne disease in Delhi by Gangaram Shri Awale Jaywant (<http://164.100.47.132/LssNew/psearch/Result15.aspx?dbsl=4930>).

eine Dualität der Versorgung von Briten und Nicht-Briten. Die Registrationspflicht für westlich ausgebildete Ärzte umfasste auch die Regelung, dass jeder Arzt seine Approbation verliert, sobald er mit traditionell ausgebildeten Praktikern zusammenarbeitete oder sie ausbildete. Eine weitreichende Folge der Reformen war zudem die Verdrängung der Ausbildung der traditionellen Praktiker aus der Öffentlichkeit in den unregulierten, privaten Sektor (Pfleiderer/Bichmann 1985: 75), der für viele Einwohner des Subkontinents zu einer tragenden Kraft in der Gesundheitsversorgung wurde und bis heute Scharlatanen und anderen Quacksalbern den Boden ebnet, während der, soweit man hiervon im heutigen Verständnis öffentlicher Politik sprechen kann, öffentliche Gesundheitssektor merklich an Konturen und Wirksamkeit verlor. Entsprechend einer Kategorisierung von Radwan (2005: 17f) fallen diese individuellen Anbieter medizinischer Leistungen unter die „rural medical providers“ (RMP) auch „Jhola Chap Doctors“<sup>71</sup> genannt, die zumeist unqualifizierte Kurativdienste im ländlichen und semi-ländlichen Raum anbieten und bis heute aktiv sind.

Durch die weitgehende Etablierung der westlichen Medizin wuchsen die Behandlungskosten, so dass nur derjenige, der über ausreichend Geld verfügte, sich behandeln lassen konnte. Neben den Briten entfiel dies zumeist auf reiche Inder der Mittel- und Oberschicht. Die hieraus entwachsende Exklusivität der Inanspruchnahme und die Abhängigkeit von den Existenzbedingungen, die wiederum nur in Abhängigkeit der kolonialen Machtstrukturen in deren Spiralstruktur verstanden werden kann, wurde von den bereits bestehenden gesellschaftlichen Strukturen des Kastensystems untermauert. Die Briten brachten zwar das medizinische Fachwissen über Krankheiten, deren Ausbreitungsformen und Behandlungsmethoden auf den Subkontinent, doch blieb die Anwendung und Umsetzung exklusiv und beschränkt auf eine kleine Elite, während der Großteil der Bevölkerung vermeidbaren Krankheiten zum Opfer fiel. Hinzu trat das damalige Unverständnis gegenüber der „Öffentlichkeit“. Wer gehörte zur Öffentlichkeit? Wodurch definiert sich die Öffentlichkeit der damaligen Zeit? Doch auch unter der Annahme alle Einwohner des Subkontinents hätten dieser Öffentlichkeit angehört, wären die Anstrengungen für die Versorgung aller Gebiete und nicht erschlossenen Lebensräume immens gewesen, um die Bevölkerung des Subkontinents gleichermaßen ausreichend zu versorgen. Gerade für die Dorfbewohner änderte sich die gesundheitliche Versorgungssituation daher kaum. Da sich die meisten der traditionellen Praktiker und die westlich ausgebildeten Ärzte in den Städten niederließen, blieben sie abhängig von den Gesundheitsmethoden der zum großen Teil unzureichend ausgebildeten Dorfmediziner bzw. „Jhola Chap Doctors“. In Zahlen verdeutlicht kamen 1946 auf einen Arzt

---

<sup>71</sup>Übersetzung aus dem Hindi: Anbieter medizinischer Dienste mit Umhängetasche.

in Indien 6000 Patienten. Eine Krankenschwester stand für 43.000 Patienten zur Verfügung, während 73.000 Krankenhausbetten auf dem gesamten Kontinent vorhanden waren. Unter Berücksichtigung der Bevölkerungszahl bedeutete dies ein Verhältnis von 0,24 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner (Greinacher 1989: 25).

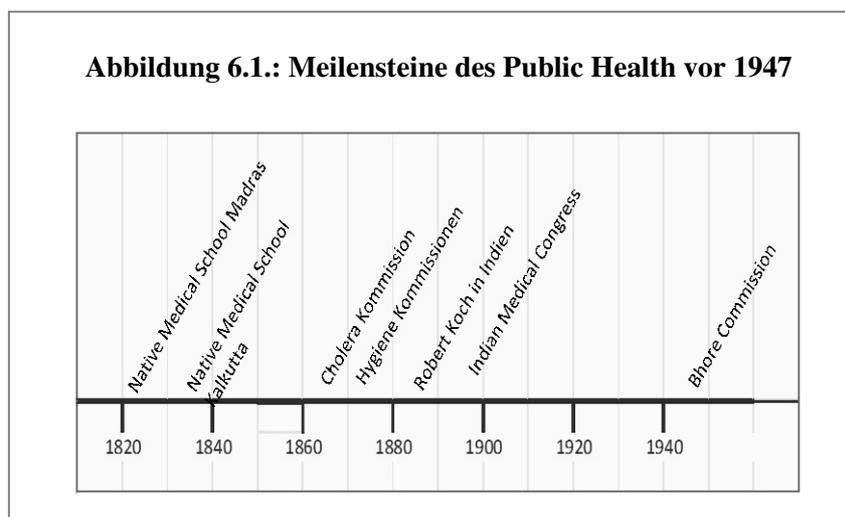
Eine tiefe Verwurzelung von Klassen- und Kastenunterschieden zeigte sich dann auch in der Auseinandersetzung innerhalb des 1938 eingerichteten „Subcommittees for Health“ des National Planning Committee, dessen erste Studien und Empfehlungen später auch in den Bericht des Bhore Committee flossen, als deutlich wurde, dass die Ärzteschaft nicht an einem partizipativen Modell der Gesundheitspolitik interessiert war, sondern dass vielmehr an britischen Werten orientierte Exklusivitätsansprüche und das Klassendenken privilegierter indischer Ärzte wuchsen (Rothermund 1995: 354f). Die Akzeptanz britischer (Ausbildungs-) Normen durch den Medical Council of India sicherte die Anerkennung akademischer Grade auch durch den General Medical Council of Great Britain. Vor diesem Hintergrund migrierte später eine Vielzahl der gut ausgebildeten Ärzte nach Großbritannien, wodurch aufgrund mangelnder Strukturen der medizinischen Ausbildung nicht nur Ärzte, sondern auch erfahrene Ausbilder fehlten. Diesem Mangel an Humankapital konnte das Land nur schwer etwas entgegen setzen, noch heute fehlen gerade in ländlichen Gebieten niedergelassene Ärzte und Pflegepersonal.

### 6.1.3. Anfänge der Präventionspolitik

Die bis heute vieldiskutierten Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Einflussfaktoren wie Ernährung und Hygiene (vgl. McKeown/Record 1962), wurden erst gegen Ende der Kolonialherrschaft der britischen Krone auf dem Subkontinent in konkreten Maßnahmen zaghafte umgesetzt. Obwohl in Europa bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts Anlagen zur Aufbereitung von sauberem Wasser und sanitären Anlagen als effektives Instrumentarium zur Prävention von Krankheit und deren Übertragung ausgebaut wurden, waren diese auf dem Subkontinent nur einer bestimmten Elite von Verwaltungsbeamten und Angehörigen des Militärs zugänglich.

Die Fortschritte in der bakteriologischen Forschung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts erweiterten auch in Indien die kurativen Behandlungsmethoden um weitreichendere Präventivmaßnahmen, um das Auftreten bestimmter Krankheiten wie Cholera, Malaria, Pocken oder Pest einzudämmen. Trotzdem fielen zwischen 1866-1869 allein in den Provinzen Bombay und Kalkutta etwa 140.000 von 40 Millionen Einwohnern dem Ausbruch der Pocken

zum Opfer. Bis zum Ende der Dekade starb im Zeitraum zwischen 1875 – 1876 etwa eine halbe Million Menschen an der Epidemie (Diesfeld 1995: 351). Eine Cholera Kommission und weitere im Sanitärbereich ausgerichtete Kommissionen wurden bereits 1864 eingesetzt (Kumar 2005: 47). Auch der spätere Besuch Robert Kochs 1883 in Kalkutta und seine Entdeckung des *Commabacillus* in Ägypten im gleichen Jahr waren wichtige Eckpunkte der schulmedizinischen Entwicklung des Public Health in Indien (vgl. Box 6.1.). Doch erst als Cholera, Pocken und Pest sich in den eigenen Reihen der britischen Kolonialmacht, sowie bei einem großen Teil der Plantagen- oder Fabrikarbeiter ausbreiteten und letztlich deren Leistungskraft zu hemmen drohten, sah sich die Kolonialmacht zum unmittelbaren Handeln veranlasst (Dutta 2005: 19ff; Bagchi/Soman 2005).



Quelle: eigene Darstellung

Die von der Kolonialmacht gesteuerte Gesundheitsversorgung war in dieser Epoche also hauptsächlich gekoppelt an der weiteren kolonialen Expansion und am Grad der Produktivität der, für den Ertrag dieser Expansion, notwendigen Arbeitskraft. Die wichtigste Institution in diesem Kontext in Britisch-Indien war der „Indian Medical Service“ (IMS). Als Rückgrat der medizinischen Verwaltung der Briten war der IMS der britischen Armee unterstellt. Nach der Unabhängigkeit und der Teilung des Subkontinents wurde das IMS aufgelöst (vgl. Crawford 1914) und durch neue Strukturen ersetzt, die sich allerdings nicht vollständig von ihrem kolonialen Erbe lösen konnten. Unter der Führung der Rockefeller Foundation versuchten ferner W. M. Haffkine<sup>72</sup> und Ronald Ross<sup>73</sup> in Indien präventive Methoden der

<sup>72</sup>Der in der Ukraine geborene und spätere Bakteriologe Waldemar Mordecai Haffkine (1860-1930) kam 1893 nach Indien. Sein Hauptinteresse galt der Bekämpfung von Cholera und Pest. Er entwickelte einen Impfstoff gegen die Pest (1897) und konnte durch eine breite Impfkaktion von circa 45.000 Kindern und Erwachsenen die Sterblichkeitsrate um 70 Prozent senken.

Krankheitsvermeidung zu implementieren. Beide Wissenschaftler verfolgten den Ansatz, dass über die kurativen Methoden der medizinischen Versorgung hinausgehend, das Public Health Verständnis vor allem auf der Ursachenforschung basiert. Diese Ursachen finden sich oftmals außerhalb des menschlichen Körpers. Prävention von Krankheiten bedeutete für sie den Zugang zu sauberem Trinkwasser, sauberer Luft, die regelmäßige Reinigung der Straßen und die Abwasserbeseitigung. Für beide Wissenschaftler waren diese Faktoren abhängig von staatlicher Intervention (Bagchi/Soman 2005: 5) und im heutigen Verständnis als öffentliches Gut zu verstehen. Einen Beweis für die offenbare Notwendigkeit sozial-medizinischer Maßnahmen in Britisch-Indien liefert das Zitat von J.B. Grant (1940)<sup>74</sup>, dessen Definition von Public Health in Indien auf der Begriffsbestimmung von Winslow (1920) basiert: „Public Health ist die Wissenschaft und Kunst der sozialen Anwendung von wissenschaftlichem Wissen für medizinischen Schutz durch die Aufrechterhaltung von Gesundheit, der Prävention und das Heilen von Krankheiten durch organisierte Bemühungen der Gemeinschaft durch die Umwelthygiene, die Kontrolle von Infektionen, die Vermittlung von Kenntnissen individueller Hygiene, die Organisation medizinischer und pflegerischer Dienste für eine frühe Diagnose und Prävention von Krankheiten und die Entwicklung einer sozialen Maschinerie, die jeder Person in der Gemeinschaft einen Lebensstandard sichert, der für eine adäquate Gesundheit notwendig ist. Public Health wird zur Sozialmedizin und ist primär ein sozialer Aufgabenbereich, der praktisch jede Grundlagenwissenschaft, die sich auf ein umfassendes gemeinnütziges Programm richtet, anwendet.“<sup>75</sup>

Public Health, so Winslow (1920), hatte sich zum Ziel gesetzt, die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten einzudämmen und vermeidbare Todesfallzahlen zu verringern; dies soll aber im Gesamtkontext der gesellschaftlich getragenen bzw. organisierten Lebensbedingungen geschehen. Trotz der Veränderungen in der Ausrichtung der Anwendungsfelder sind die von Winslow vorgeschlagenen Maßnahmen bis heute Bestimmungsfaktoren des Public Health<sup>76</sup>, welches gegenwärtig noch immer als „große soziale Intervention“ und als „historisch, selbstbewusste, soziale und wissenschaftliche Bewegung“ (Szreter 2002: 722) bezeichnet wird. Dieses Verständnis von Public Health mit der Notwendigkeit der Anerkennung lokaler

---

<sup>73</sup>Sir Ronald Ross, geboren 1857 in Almora (Indien) als Sohn eines britischen Generals, trat 1881 in den *Indian Medical Service* ein. Sein Forschungsgebiet war die Malariaprävention. Für seine Entdeckung des Malariaerregers (1896) in der Anophelesmücke und seinem beharrlichen Kampf gegen die Tropenkrankheit wurde Ross 1902 der Medizinnobelpreis verliehen.

<sup>74</sup>Funktionär der Rockefeller Foundation.

<sup>75</sup>eig. Übersetzung: Grant, J.B. (1940) bei einem Vortrag des Indischen Wissenschaftskongress (India Science Congress), veröffentlicht von *Science and Culture*, Vol. VI, No. 8, S. 480-86, in: Kumar (2005: 45).

<sup>76</sup>Der Paradigmenwechsel von Public Health zu der Erweiterung des Begriffs in „New Public Health“ war die Folge einer Veränderung im Verständnis des Denkens und Handelns über Gesundheit als Pathogenese (Prozess der Krankheitsentstehung) oder Salutogenese (Prozess der Entstehung von Gesundheit), vgl. Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit.

und regionaler Kontextualisierungen blieb jedoch seitens der Briten unbeachtet. Vielmehr vertraten die Beamten die Meinung, dass die indische Bevölkerung nicht grundlos ihren Gesundheitszustand aufweist, sondern dass dieser sich begründet durch deren Mängel in der Hygiene, unsaubere Lebensweisen, den Aberglauben, Obskurantismus und Ignoranz (Bagchi/Soman 2005: 4). Die Einstellung von einer Art „selbst verursachter Bestrafung“ der indischen Bevölkerung durch das Auftreten von Krankheiten auszugehen, wie es unter anderem von Bagchi (2005) als kolonialtypische Perspektive wiedergegeben wird, reflektiert nicht ausnahmslos die Einstellung aller Briten, jedoch eines Großteils der Machthaber.

Unklare Verantwortlichkeiten spielten auf struktureller Ebene ebenso eine Rolle wie der Mangel finanzieller Unterstützung (Kumar 2005: 48). In einer Anordnung im Hinblick auf die Präventivmedizin entschied Generalgouverneur Charles Hardinge<sup>77</sup> noch 1914, dass Public Health unter die Verantwortung der Zentralregierung fällt. Nur vier Jahre darauf wurde die Zuständigkeit auf die Provinzregierungen übertragen. Eine Entscheidung, die 1935 vom „Government of India Act“ bestätigt wurde (ebenda: 49). Die Regionalisierung des Gesundheitssektors nahm hierdurch ihren Anfang.

#### 6.1.4. Auswirkungen der britischen Gesundheitspolitik

Die Anwendung „moderner“ medizinischer Behandlungsmethoden<sup>78</sup> in Indien muss vor dem Hintergrund von Imperialismus und Ausbeutung betrachtet werden (Kumar (2005: 46). Dadurch war eine selbstständige Bestimmung der Gesundheitsversorgung, die mehr als eine Staatsmedizin darstellen soll, nur schwer möglich. Hinzu trat die Problematik eines Gesundheitsverständnisses aus der Perspektive der Menschenrechte heraus, die gegenüber der indischen Bevölkerung durch die Briten kaum Beachtung fand. Sowohl die institutionellen Rahmenbedingungen der britischen Kolonialherrschaft verhinderten eine effiziente Umsetzung der Präventionsmaßnahmen, als auch das Selbstverständnis der übergeordneten Machthaber selbst. Die erste Schule des Public Health gab dann der kolonialen Gesundheitspolitik eine neue Dimension (Prävention), die jedoch den Großteil der indigenen Bevölkerung nur punktuell und selektiv erreichte. Dieses Charakteristikum trifft für einige Landesgebiete auch siebenundsechzig Jahre nach der Unabhängigkeit des Landes noch zu.

Die Rollenverteilung zwischen Erobern und Kolonialiserten hätte in einem solch rigorosen Umfeld wie dem Subkontinent mit besonderer Sensibilität betrachtet werden müssen. In der

---

<sup>77</sup>1. Baron Hardinge von Penshurst: Generalgouverneur und Vizekönig von Indien 1910-1916.

<sup>78</sup>wie die Allopathie und Public Health Methoden.

damaligen Realität jedoch wurde der Bevölkerung ohne ehrliche Aufklärungsarbeit eine fremde Medizin aufgenötigt. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten beruht auf Vertrauen und benötigt ein soziokulturelles Grundverständnis. Die Entfremdung zwischen Arzt und Patient, zwischen Institution und Bürger, fasste hier bereits Fuß und legte die Grundpfeiler für die folgenden Generationen an Medizinerinnen und Politikern, die in der Konsolidierungsphase der neuen Republik kaum Mittel und Kenntnis besaßen, die Gesundheitsstrukturen dem Bevölkerungswachstum und der Krankheitsdiversität entsprechend zeitnah anzupassen. Eine Adaption erfolgte zwar früh, konnte jedoch aufgrund anderer notwendiger Konsolidierungen mit den Bedürfnissen nicht schritthalten. Bereits früh entstand also die Diskrepanz zwischen Leistungserbringung und Leistungsfähigkeit.

Impliziert wird in diesen Ausführungen die bewusste Wahrnehmung der Gesundheit, die als Teil der politischen Kultur nicht auf die Köpfe der verantwortlichen Entscheidungsträger und der Bürger gestülpt werden kann, sondern welche unter freien Bedingungen und wissenschaftlichem Kenntnisstand wachsen muss. Über die mangelnde Bereitschaft der britischen Kolonialmacht hinausgehend, verweisen Autoren wie Pati/Harrison (2006), Arnold (1985) und Tinker (1954) auch auf lokale Hürden in der Umsetzung präventiver Maßnahmen. In der kontrovers geführten Diskussion der Ursachen des mangelhaften gesundheitlichen Fortschritts unter den Briten in Indien reichen die Argumentationen von Desinteresse auf Seiten der indischen lokalen Machthaber (Tinker 1954: 73) bis hin zu imperialen Denkmustern, die kaum ein Interesse an einer Verbesserung der Lebensbedingungen der indischen Bevölkerung hatten (Kumar 2005: 46). Gestützt werden diese Thesen in der Sozialgeschichte des Public Health auch von den Schriften Michel Foucaults (1926-1984) zur „Biopolitik“. Foucault (1983) verstand Public Health im Kontext kolonialer Herrschaft als Kontrollmechanismus des Staates, so dass sich einige seiner Thesen adaptiert auch in der indischen Medizingeschichte während des Kolonialismus wiederfinden. Dabei reichen die Thesen über den Einfluss der Briten weit auseinander, trotzdem kann festgestellt werden, dass bereits unter Einflussnahme der Briten, in deren liberaler Tradition stehend, das Verständnis vorherrschte, dass der Staat nur minimal seiner Verantwortung der öffentlichen Gesundheit nachkommen sollte (Kumar 2005: 44). Die Problematik, die Kumar (2005) in seinem Artikel hieraus zu recht ableitet, ist die Frage inwieweit ist Public Health *public*? Und weitergehend gefragt: Wie inklusiv ist dieses Öffentlichkeitsverständnis?

Auch die Ausgrenzung der breiten Bevölkerung von der westlichen, modernen, medizinischen Grundversorgung unter der britischen Kolonialherrschaft war bis zum Ausrufen der indischen Republik ein zentrales Merkmal für die regionalen Diversitäten der Gesundheitszustände wie

sie sich vor und nach der indischen Unabhängigkeit abbildeten und noch abbilden. Neben der Zerstreuung der Verantwortlichkeiten zwischen der Zentralregierung und den Zentralprovinzen darf ein wichtiger Aspekt, der die flächendeckende Einführung von medizinischen Versorgungsstrukturen verhinderte, seien diese kurativer oder präventiver Natur, nicht vernachlässigt werden. Die britische Kolonialherrschaft konnte zwar drei-fünftel des Subkontinentes über einen langen Zeitraum hinweg direkt verwalten, doch viele kleinere Fürstenstaaten blieben davon unberührt. Somit blieb auch die staatliche Gesundheitsversorgung lokal begrenzt. Bereits zum damaligen Zeitpunkt herrschte die Auffassung vor, dass sich über einen zügigen Ausbau der Bildungseinrichtungen ein Gesundheitsbewusstsein ausbilden würde, welche sich in einer hohen Nachfrage an Versorgungsinfrastruktur niederschlagen würde. Dies, so die damalige Argumentation, würde lokale Machthaber zum Handeln zwingen. Bis heute ging diese einfache Rechnung jedoch nicht auf. Die These des aktiven Heraushaltens staatlicher Verantwortung aus der Gesundheitsversorgung untermauert sich unter anderem am Kontext der Intervention. In Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit ist bereits hinsichtlich der Verteilung von Ressourcen sowie der Abgrenzung zwischen privatem Raum und gestalterischer Notwendigkeit seitens der Politik Gesundheit als öffentliches Gut mit subjektivem Charakter definiert worden.

## 6.2. Black Box und Output-Prozesse nach der Unabhängigkeit

Die Staatsgründung als legitimierendes Instrumentarium einer Nation war, wie bereits erwähnt, begleitet durch eine nicht maßgeblich beeinflussende aber dennoch vorhandene Gesundheitsbewegung. Eine verstärkte Nutzung der Voraussetzung einer Hybridität von traditionellen Medizinsystemen und den notwendigen Ansätzen der westlichen Medizin hätte von Beginn an in zweierlei Hinsicht einen Motor des indischen Gesundheitssystems darstellen können.<sup>79</sup> Die frühzeitige Ausbildung und staatliche Prüfung, Einbindung und Regulierung privater Ärzte und deren traditioneller Heilmethoden in den formalen Gesundheitssektor hätte die Akzeptanz und Wahrnehmung stärken können, während sie gleichzeitig in regionalen Nischen eine Grundversorgung hätten leisten können. Das nach der Unabhängigkeit jedoch vorhandene Dickicht an privaten Versorgern, die traditionell und informell agierten, wuchs jedoch unzureichend reguliert auf dem indischen Gesundheitsmarkt. „And this is not because private providers offer top-quality service – virtually all rural medical practitioners and some

---

<sup>79</sup>Der „German medicine“ Homöopathie von Samuel Hahnemann wird dabei von Diesfeld (1995) als Alternative zur britischen Medizin eine Sonderrolle eingeräumt.

in the urban areas lack the necessary qualifications – but because public providers are either absent or unable to provide even minimal service” (Panagariya 2008: 415).

Außerdem muss diskutiert werden, welchen Stellenwert Gesundheit in der Gesellschaft innehat. Denn es ist nur relevant, die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens differenziert zu bewerten, wenn die Wirkungen von Benachteiligungen und Ausgrenzungen bestimmter Bevölkerungsteile im Gesamtmosaik des Gesundheitsbildes Indiens unmittelbar in die Analysen einfließen. Am Beispiel der USA und dem Versuch ein staatlich reguliertes Krankenversicherungssystem einzuführen, wurde in letzter Zeit deutlich, dass die politische Kultur eines demokratischen Staates maßgeblich die institutionelle Ausgestaltung trägt. Wie stark der Staat im Kontext von Globalisierung und wirtschaftlicher Liberalisierung Einfluss nehmen soll, ist eine derzeitig hart gefochtene Debatte. Ausufernde staatliche Eingriffe würden private Initiativen im Keim ersticken. Darüber hinaus würden Ineffizienz und Korruption das Vertrauen in die öffentliche Verwaltung maßgeblich stören. Der Staat sollte sich daher den Aufgaben Verteidigung, innere Sicherheit und Außenpolitik widmen. Der World Development Report 1997 schlägt daher in der Art Gegenentwurf fünf Basisaufgaben vor: Schaffung einer Rechtsgrundlage; Behauptung eines unverzerrten, politischen Umfeldes und damit einher gehender makropolitische Stabilität; Investition in Basisdienste und Infrastruktur; Schutz benachteiligter Gruppen und der Schutz der Umwelt. Der World Development Report verwies bereits 1993 auf die Konsequenzen der Privatisierung für sensiblere Bevölkerungsgruppen, die sich die Gesundheitsdienstleistung nicht mehr werden leisten und mit der Nutzung von medizinischer Versorgung sogar tiefer in die Armut geraten können (Misra et. al. 2003: 40).

### 6.2.1. Organisation

Das Gesundheitssystem in Indien umfasst einen öffentlichen und einen privaten Sektor, bestehend aus einer Vielzahl von informellen Netzwerken, die in einer nicht regulierten Umwelt agieren. Seit 1995 gehören im Ministry of Health and Family Welfare (Unionsebene) das Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH) zu den vier übergeordneten Arbeitseinheiten (Gesundheit und Familienwohlfahrt, AYUSH, Gesundheitsforschung und AIDS-Kontrolle). Die zunehmend gewachsene gesundheitspolitische Anerkennung traditioneller Medizinsysteme in Indien verdeutlicht sich auch an der Anzahl staatlich anerkannter niedergelassener Ärzte unter AYUSH. Die größte Gruppe bilden dabei die in Ayurveda ausgebildeten Ärzte mit 453.661, gefolgt von 46558

Unani und 6381 Siddha praktizierenden Ärzten. Deren medizinische Ausbildung erfolgt bis 2007 in insgesamt 485 staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen (Planning Commission, 11<sup>th</sup> Five Year Plan: 110).

Mit dem Regierungswechsel 2014 und dem Wahlsieg der BJP wurde die Abteilung AIDS-Kontrolle der Gesundheit und Familienfürsorge zugeordnet und verlor damit seine Eigenständigkeit (Sachan 2014). In allen Bundesstaaten wurden zusätzlich regionale Ministerien für Gesundheit und Familienwohlfahrt eingesetzt. Das Gesundheitsministerium auf Unionsebene legt jedoch die allgemeinen Zielvorgaben fest und verteilt die Mittel, während den Bundesstaaten die Aufgabe obliegt, die Maßnahmen umzusetzen. In Indien fällt die Zuständigkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung seit der Unabhängigkeit in die Aufgabenbereiche der Länder (State List) sowie auch in die der Zentralregierung (sich überschneidende Kompetenzen werden in der Concurrent List geregelt). Prinzipiell tragen die Länder durch die Bereitstellung der Versorgungsdienste jedoch die Hauptverantwortung. Die Zentralregierung übernimmt auch die Zuständigkeiten in den Unionsterritorien und ist verantwortlich für die Entwicklung und Überwachung nationaler Standards und Regulationen (WHO 2006: 8). Die Umsetzung der gesundheitsrelevanten Programme muss von den einzelnen Staaten selbst gestaltet werden, was zugleich Vor- und Nachteile in sich birgt. Der Vorteil liegt in der Möglichkeit der Gestaltung des Gesundheitswesens nach den Bedürfnissen der dort lebenden Bevölkerung, die durch gesellschaftliche „Impacts“ (wie beispielsweise Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit oder Müttersterblichkeit) auf die „Outputs“ unmittelbar reagieren. Ein Nachteil begründet sich in den unterschiedlichen politischen Kräften, die in den Bundesstaaten regieren. Wie die Schwerpunkte der Gesundheitspolitik ausgerichtet und zeitlich umgesetzt werden, unterliegt keinen strengen Regelungen oder Sanktionen. Die Pluralität der Regionen und Distrikte verzögert zusätzlich die Umsetzung nationaler Gesundheitsstandards.

### 6.2.2. Legalität

Die indische Verfassung definiert „Gesundheit“ bislang nicht als Grundrecht. Lediglich die „Directive Principles of State Policy“ (Art. 47) sprechen gewisse Richtlinien gegenüber den Bundesstaaten aus, um die Ernährungsstandards zu erhöhen und die öffentliche Gesundheit zu verbessern. Diese, in Teil vier der indischen Verfassung festgeschriebenen, Richtlinien des politischen Handelns auf Ebene der Bundesstaates reflektieren die Idee der sozialen Revolution und Basis der Demokratie, wie sie von der verfassungsgebenden Versammlung

diskutiert wurde (vgl. Austin 1999). Zwar sind sie juristisch nicht einklagbar, doch liegt deren Gewicht in der Ausschöpfung der politischen Realität durch die Wählerschaft und die Opposition, die hieran die Regierungsarbeit „messen“ und ableiten können. Die sozialistischen Merkmale eines Wohlfahrtsstaates, wie sie im Vorwort der Verfassung vorgestellt werden, finden sich insbesondere in Art. 38: „[...] promote the welfare of the people by affirming social, economic and political justice, as well as to fight income inequality and ensure individual dignity [...]“ (Basu 2002). Im Verfahren *Maneka Gandhi vs. Union of India* (1978) dehnte der oberste Gerichtshof bei seiner Entscheidung den Schutz des Lebens derart aus, dass hierunter nicht nur die pure Existenz zu verstehen war, sondern auch das Recht auf ein Leben in Würde, welches von anderen Gerichten später erweitert wurde um das Recht auf Lebensunterhalt, eine zügige Gerichtsbarkeit, menschliche Haftbedingungen, eine saubere Umwelt und gute Gesundheit (ebenda). Im selben Jahr als auch die Alma Ata Erklärung unterzeichnet wurde, war Public Health zumindest juristisch in Indien angekommen, jedoch verzeichnet die Lebens-wirklichkeit an vielen Stellen des Landes ein Bild, welches von diesem Verständnis noch weit entfernt ist.

Grob skizziert existieren entsprechend der „Directive Principles“ in Indien 29 semi-unabhängige Gesundheitssysteme, wenngleich durch die Stärkung des Panchayati Raj zunehmend ein „bottom-up“-Ansatz von Dorfebene bis zur Landesebene umgesetzt wird. Dieser soll die Partizipation fördern, die regionalen und lokalen Besonderheiten anerkennen und hierdurch die Gesundheitspolitik der Bundesstaaten mit den anvisierten nationalen Zielen synchronisieren. Die Aufgabe des Staates als Lieferant der Gesundheitsversorgung konzentriert sich hauptsächlich auf die Herstellung der gesundheitlichen Infrastruktur vor allem für den ländlichen Sektor, auf die Präsenz privater Dienste (Misra et. al. 2003: 40). Obwohl die Verfassung die öffentliche Gesundheit, sanitäre Versorgung, Krankenhäuser und Dispensarien unter der „State List“ zusammenfasst, hat die Union durch ihren finanziellen Einfluss der zentral geplanten Wirtschaft eine dominante Rolle. Auch wenn die Fünfjahrespläne unter Konsultationen mit den Staaten ausgearbeitet werden, so werden dennoch hauptsächlich durch die Planungskommission die Strategien und Prioritäten der Unionsregierung umgesetzt. Tabelle 6.1. verdeutlicht im Überblick die Verteilung der Aufgaben und Funktionen zwischen dem Unionsministerium und den Bundesstaaten.

**Tabelle 6.1.: Funktionale Differenzierung im Gesundheitssektor  
zwischen Union und Bundesstaaten**

	Union	Bundesstaaten
Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulierung der Gesundheitspolitik; Definition der Ziele und Richtungen</li> <li>○ Regulierung und Ausarbeitung von Gesetzen; Festlegen von Standards und Arrangieren der Durchsetzung</li> <li>○ Kontrolle der Gesundheitsdeterminanten und demographischen Indikatoren;</li> <li>○ Auswertung gesundheitsrelevanter Interventionen</li> <li>○ Gesundheitsinformationen epidemiologischer Studien und Politikformulierung</li> <li>○ Schaffung inter-sektoraler Koordination</li> <li>○ Leiten und Überblicken des Gesundheitssystems zum Erreichen universellen Zugangs, Gerechtigkeit, Qualität und Zufriedenheit der Konsumenten</li> <li>○ Mobilisierung öffentlicher Meinungen und Unterstützung; Wachrufen aktiver Partizipation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planung und Beobachtung des Gesundheitssystems</li> <li>○ Ausarbeitung von Gesetzen und Implementation zentraler und bundesstaatlicher Regulierungen</li> <li>○ epidemiologische Überwachung und Reaktion auf Krankheitsausbrüche</li> <li>○ Beobachtung der Gesundheitsindikatoren und Auswertung der öffentlichen Interventionen</li> <li>○ Förderung koordinierter Handlungen</li> </ul>
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mobilisierung von Ressourcen und Ermöglichen eines fairen Gesundheitsfinanzierungsnetzwerks, wodurch finanzieller Risikoschutz sicher gestellt wird</li> <li>○ Mobilisierung externer Hilfe und Übertragung dieser in Richtung Bereiche großer Priorität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mobilisierung von Ressourcen; Verteilung zentraler und bundesstaatlicher Ressourcen in Bezug auf jeweilige Prioritäten</li> <li>○ Entwicklung, Management und Regulierung des Finanzsystems</li> </ul>
Leistungs- potential	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planung humaner Ressourcen und Entwicklung eines Systems der Motivation und Beauftragung von „health workers“ in Bereichen hoher Priorität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklungsplanung gesundheitlicher Leistungen und Schaffung institutioneller Einrichtungen</li> </ul>
Forschung und Leistungsgüter	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Förderung und Unterstützung relevanter Gesundheitsforschung im öffentlichen und privaten Sektor</li> <li>○ Schaffung institutioneller Mechanismen der Analyse von Forschungsinputs und Nutzung für Gesundheitspolitik und – Programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durchführung von Programmen für effizienten Zugang zu öffentlichen und Leistungsgüter</li> </ul>
öffentliche Güter	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Förderung und Unterstützung der Gesundheitsbildung; sanitärer Anlagen; Sicherung von Trinkwasser; Umweltschutz; Tabak-, Alkoholkontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufsetzen und Erarbeiten institutioneller Netzwerke zur Durchführung öffentlicher Gesundheitsprogramme auf verschiedenen Ebenen</li> </ul>

Gesundheits- versorgungsdienste	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arrangieren technischer Expertise zur Leitung und Beaufsichtigung bundesstaatlicher Programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schaffung und Finanzierung essentieller Gesundheitsversorgungsdienste, primär und sekundär gerichtet an ärmere Bevölkerungsgruppen</li> <li>○ Entwicklung eines effektiven Überweisungsdienstes an die tertiäre Stufe mit unterstützenden finanziellen Mechanismen</li> <li>○ Regulierung des privaten Sektors</li> <li>○ Entwicklung von privat/öffentlichen Gesellschaften zur Unterstützung öffentlicher Gesundheitsprogramme</li> </ul>
Pharmazeutika	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planung und Unterstützung von Immunisierungsprogrammen, Kontrolle übertragbarer Krankheiten,</li> <li>○ Bevölkerungskontrolle</li> <li>○ Entwicklung eines politischen Netzwerkes zur Sicherstellung der Verfügbarkeit essentieller Medikamente zu kaufbaren Preisen</li> <li>○ Standardisierung, Qualitätskontrolle und Verstärkung</li> <li>○ Förderung von nationaler Medikamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stärkung von Gesetzen und Regulierungen</li> <li>○ Rationalisierung der Versorgung und Verteilung von Medikamenten des öffentlichen Sektors</li> </ul>
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schaffung von Standards und Regulierungen und deren Förderung</li> </ul>	

Quelle: Misra et. al. 2003: 42f.

Besonders auffällig bei der Gegenüberstellung der Aufgabensystematik ist das Ungleichgewicht im Bereich der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsverwaltung. Beide sind kostenintensive Aufgabenstellungen, für die zusätzlich auch adäquat ausgebildetes Personal zur Verfügung stehen muss. Die Konzentration medizinischer Lehrinrichtungen auf Ballungszentren, der Analphabetismus gerade in ländlichen Regionen und unter SC/ST sowie OBCs verdeutlichen die Verschiebung der Verantwortlichkeiten unter dem Deckmantel des Föderalismus auf Kosten der Gesundheitsversorgung der Bürger. Auch von besonderer Bedeutung ist die Frage der medizinischen Behandlung durch weibliche Gesundheitshelferinnen. Deren Anzahl zu erhöhen bedeutet zunächst auch den Anteil Frauen zu erhöhen, die lesen und schreiben können, um eine Ausbildung im medizinischen Bereich antreten zu können. Dieser kleine Ausschnitt verdeutlicht bereits die enge Kopplung der Sektoren Bildung und Gesundheit im Sozialsystem.

Mit Blick auf die Systematisierung der Gesundheitssysteme anhand der regulativen Einflussnahme des Staates nach Roemer (1989) wurde Indien Mitte der 1980er Jahre noch zu

den „welfare-oriented“ Gesundheitssystemen gezählt, zusammen mit Kanada, Deutschland, Brasilien, Ägypten und Libyen. Bei der Gruppierung wurde zusätzlich noch eine ökonomische Kategorie zum BIP eingefügt, die Indien erwartungsgemäß in der Kategorie „very poor“ auffing (Roemer 1989: 74). Zum damaligen Zeitpunkt galt dies bei einem jährlichen BSP von \$500 pro Kopf. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Problemstellungen und Herausforderungen scheint es zunächst abwegig, bei einer genaueren Betrachtung jedoch ließe sich entsprechend der von Roemer (1989) getroffenen Unterscheidung das Gesundheitssystem Indien, gemessen an den „over all expenditures operates through the private market“, als „Entrepreneurial“ einordnen.

### 6.3. Strukturelle Anpassungen im Gesundheitssektor

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Gesundheitssektor in Indien insgesamt vier Schwerpunktphasen (Phase 1: 1947-83; Phase 2: 1983-2002; Phase 3: 2002-2005, Phase 4: 2005- ) mit unterschiedliche Zielen, Maßnahmen und Schwerpunktsetzungen durchlaufen hat. Die gesundheitspolitische Planung vollzog sich zu Beginn entlang von Empfehlungen sogenannter Expertenkomitees, die meist von erfahrenen Mediziner geleitet wurden. Diese Empfehlungen flossen auch in die Gestaltungen der Fünfjahrespläne und waren zudem Grundlage für die Einrichtung der nationalen/vertikalen Programme, die bis heute für bestimmte Zielgruppen und Krankheiten eingesetzt sind. Einen großen Wandel durchlief der Gesundheitssektor durch die Liberalisierung der Wirtschaft 1991, wenngleich jedoch schon zuvor mit der „National Health Policy 1983“ Privatisierungsstrategien formuliert und auch der Gesundheitsmarkt für diverse Akteure geöffnet wurde. Die „National Health Policy 2002“ verstärkte diese Tendenzen. Die in dieser Reihe zunächst letzte Reform bildete nach dem Zusammenschluss von National Rural Health Mission (2005) und National Urban Mission (2013) die National Health Mission (2013).

#### 6.3.1. Akteure: Expertenausschüsse (1943 – 1986)

Mit Einsetzung der Verfassung 1950 übernahm die Regierung in Neu Delhi das Fünfjahresplansystem und der Gesundheitssektor wurde ein Teil dieser Gesamtplanungen. Aufgrund dieser Einbettung der Gesundheitspolitik in die Fünfjahrespläne gab es bis 1986 zunächst keine eigenständige Gesundheitsstrategie wie sie letztlich 2013 mit der National Health Mission formuliert wurde. Vielmehr wurden vor allem während der ersten Dekaden

Expertenausschüsse beauftragt, die flankierend Empfehlungen zur Ausgestaltung des Gesundheitssystems im Rahmen der Fünfjahrespläne erstellten. Eine Ausnahme bildete der Ausschuss um Sir Joseph Bhore, welcher bereits vor der Unabhängigkeit die Fundamente festlegte, anhand derer sich alle nachfolgenden Strukturen der Gesundheitsversorgung orientierten. Alle Ausschüsse liefen unter Regie des „Health Survey and Development Committee“. Um die Arbeit der Ausschussvorsitzenden jeweils zu würdigen, wurden sie zum Namensgeber der jeweiligen Ausschüsse.

#### 6.3.1.1. Bhore Committee (1943-46)

Der von der britisch-indischen Regierung 1943 einberufene Ausschuss mit dem Titel „Health Survey and Development Committee“ sollte einen aktuellen Statusbericht zum Gesundheitszustand und der Organisation der Gesundheitsdienste in Britisch-Indien liefern und gleichzeitig Empfehlungen für die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitssektors formulieren (Report of the Health Survey and Development Committee 1946, Vol. I: 1). An der Spitze der Kommission stand Sir Joseph Bhore (Kishore 2007: 42). Die Ergebnisse und Empfehlungen des Berichtes der Bhore Kommission waren die Grundlage für alle zukünftigen Gesundheitsplanungsmaßnahmen und boten die Grundlage für das heutige indische Gesundheitssystem. Die Empfehlungen flossen zu großen Teilen in die Fünfjahresplanungen mit ein. Zu den wichtigsten Vorschlägen der Kommission gehörte die Installation eines umfangreichen „primary health systems“. Das damalige Ziel der Kommission war es, „ein dem Wohlfahrtsstaat entsprechendes Gesundheitssystem aufzubauen“ (Greinacher 1989: 26). Die „Primary Health Center“ (PHC) sollten dabei nur eine Übergangslösung darstellen und in einem Zwei-Phasenmodell umgesetzt werden. Zunächst sollten kurzfristig Primary Health Center eingerichtet werden, um ihrem Umkreis Bevölkerungen von 40.000 Einwohnern versorgen und mit zwei Ärzten, einer Krankenschwester für den medizinischen Bereich, vier Krankenschwestern im Bereich Public Health, vier Hebammen, vier ausgebildeten Dais, zwei Kontrolleure im Bereich sanitärer Systeme, zwei Gesundheitsassistenten, ein Apotheker und 15 Klasse IV-Angestellte ausgestattet sein. Sekundäre Gesundheitszentren sollten die PHCs unterstützen und deren Arbeit koordinieren sowie beaufsichtigen (Report of the Health Survey and Development Committee 1946, Vol. II: 46).

Das langfristige Ziel war die Errichtung von „Primary Health Units“ als kleinste Einheiten der Gesundheitssystemstruktur: mit der Kapazität von 75 Betten sollten kleinere Krankenhäuser

für die Versorgung von je 10.000 bis 20.000 Menschen installiert werden. Für 30 der „Primary Health Units“ sollte ein größeres Krankenhaus mit einer Kapazität von 650 Betten und für jeden Distrikt eine 2.500 Betten bereitstellende Klinik entstehen. Die Dorfstrukturen sollten genutzt werden, um die Umsetzung und Unterstützung der Gesundheitsziele durch sogenannte „village health committees“ sicherzustellen (Kishore 2007: 42). Die Tätigkeiten der einzelnen Ärzte sollten durch eine drei monatige Zusatztraining in Präventiv- und Sozialmedizin die rein medizinische Versorgungstätig „social physicians“ ergänzen (Report of the Health Survey and Development Committee 1946, Vol. II: 18).

Den Distrikträten sollte jeweils ein Gesundheitsbeauftragter und eine Bürgervertretung zu Gesundheitsfragen zur Seite gestellt werden. Außerdem sollten die Wohn- und Lebensbedingungen verbessert, sanitäre Einrichtungen installiert und die Versorgung mit sauberem Trinkwasser sollte sichergestellt werden. Der Präventionsarbeit im Rahmen von Familienplanung, der Immunisierung gegen Pocken, Cholera, Pest oder die Kontrolle und Bekämpfung von Krankheitsüberträgern beispielsweise zum Schutz vor Malariainfektionen, sollte zusätzlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden (Kishore 2007). Im ersten Bericht der Bhore Commission fand sich auch die Empfehlung einer Beteiligung der Bundesstaaten mit einem Minimum von 15 Prozent ihrer Steuereinnahmen an der Gesundheitsversorgung (Background Papers 2005: 40). Eine Empfehlung, die von den Bundesstaaten zu keinem Zeitpunkt adäquat umgesetzt wurde.

#### 6.3.1.2. Mudaliar Committee (1962)

Das Mudaliar Committee (1959-61) wurde unter der Führung von Dr. A Lakshmanswami Mudaliar geleitet. Ziel der Einsetzung dieser 16-köpfigen Kommission<sup>80</sup> war es, die Fortschritte und Notwendigkeiten für das Gesundheitssystem seit dem Bericht der Bhore Kommission zu evaluieren und neue Vorschläge für den III. und alle darauffolgenden Fünfjahrespläne auszuarbeiten (Report of the Health Survey and Planning Committee 1962, Vol. I: 7). Die Mudaliar Kommission kam letztlich zu folgenden Ergebnissen: Aufgrund der unbefriedigenden Bedingungen müssen bestehende „Primary Health Center“ zunächst ausgebaut und aufgewertet werden bevor Neue aufgebaut werden können. Ebenso müssen die Distriktkrankenhäuser ausgebaut werden. Für die ländlichen Gebiete sollten mobile Dienstleistungssysteme geschaffen werden. Die „Primary Health Center“ sollten sowohl

---

<sup>80</sup>Zu den Vertretern gehörten führende Angestellte aus dem Gesundheitsministerium in Neu Delhi und den Gesundheitsdiensten einzelner Bundesstaaten – darunter Kerala, West Bengalen, Andhra Pradesh, Bihar, Neu Delhi, Hyderabad und Madras.

präventive als auch kurative Dienste anbieten aber auch in der Gesundheitsförderung aktiv agieren. Außerdem wurde vorgeschlagen, den Indian Medical Service in „All India Health Service“ umzubenennen. Für die Nutzung von (stationären) Krankenhausdiensten sollten Gebühren sowohl für die stationäre als auch die ambulante Versorgung eingeführt werden, von denen besonders arme Bevölkerungsgruppen ausgenommen werden sollten (Report of the Health Survey and Planning Committee 1962, Vol. I: 79). Um die Gesundheit aller Bürger langfristig zu sichern, sollte entsprechend der Empfehlungen der Kommission ein weitreichendes Gesundheitsversicherungssystem aufgebaut werden. Außerdem wurde die Einsetzung eines zentralen Gesundheitskaders angeregt sowie der Ausbau der Funktionen der Universitätsgenehmigungskommission auf Bildungsbereiche Medizin, Ingenieurwissenschaft, Landwirtschaft und Veterinärmedizin. Hinsichtlich der Bekämpfung von Infektionskrankheiten sollten Nationale Programme zur Eradikation von Malaria, Pocken, Lepra, Tuberkulose und Filaria eingerichtet werden (Kishore 2007: 43).

#### 6.3.1.3. Chadha Committee (1963)

Ein Jahr später ergänzte das Chadha Committee (1963) unter Leitung von Dr. MS Chadha, Leiter des General Health Service, die Empfehlungen zur Malariabekämpfung. Das Nationale Programm gegen die Ausbreitung von Malaria sollte zentral unter der Verantwortung des General Health Service verortet werden (Kishore 2007: 43). Die medizinischen Dienste sollten gegenüber Malaria sensibilisiert werden und das Konzept der „in mehreren Gesundheitsbereichen ausgebildeten Pflegekräfte“ (multi purpose health worker) sollte für alle Gesundheitsprogramme entwickelt werden, inklusive dem für übertragbare Infektionskrankheiten wie Malaria, Pocken, etc. (ebenda).

#### 6.3.1.4. Jungalwalla Committee (1967)

Unter der Leitung von Dr. N Jungalwalla wurde das sogenannte „Committee on Integration of Health Services“ 1964 ins Leben gerufen. Dr. Jungalwalla war zu diesem Zeitpunkt Direktor des Nationalen Institutes für Gesundheitsverwaltung und Bildung. 1977 wurde das Institut mit dem Nationalen Institut für Familienplanung zusammengeschlossen und in das Nationale Institut für Gesundheit und Familienwohlfahrt (NIHFW)<sup>81</sup> umbenannt.

---

<sup>81</sup>Das NIHFW ist eine autonomy agierende Organisation unter Federführung des Ministeriums für Gesundheit und Familienwohlfahrt (Unionsregierung) und dient der Regierung sowohl als technischer Spitze als auch als

Zur Aufgabenstellung der Kommission gehörte die Konzipierung von Vorschlägen wie die verschiedenen Gesundheitsdienstleitungen effizient untereinander integriert werden können, wie den privat angebotener Gesundheitsdienstleistungen durch öffentlich angestellte Ärzte entgegen gewirkt werden kann und wie die Arbeitsbedingungen für Ärzte verbessert werden können (Kishore 2007). Die Kommission empfiehlt „integrative Gesundheitsdienstleistungen“ als eine Dienstleistung mit einem einheitlichen Ansatz für alle Probleme anstelle eines segmentierten Ansatzes für unterschiedliche Probleme.

Medizinische Versorgung und Public Health Programme sollten auf allen hierarchischen Ebenen unter der Leitung einer einzelnen Verwaltung zusammengebracht werden“ (Kishore 2007: 43, eig. Übersetzung). Folgende Empfehlungen wurden seitens der Jungalwalla Kommission formuliert: Vereinheitlichung des Kaders, gleiche Altersverhältnisse, Anerkennung von Zusatzqualifikationen, die Verfolgung des Grundsatzes „gleiche Arbeit gleicher Verdienst“, Sonderzahlungen für die Erfüllung besonderer Aufgaben, die Abschaffung privater Dienstleistung durch Ärzte im öffentlichen Dienst und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen (ebenda).

#### 6.3.1.5. Mukerjee Committee (1968)

Da die Verantwortung für die Umsetzung der vielfältigen Gesundheitsdienste und Großprogrammen zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten bei den Bundesstaaten liegt, diese aber aufgrund finanzieller Engpässe nicht in der Lage waren diese effektiv umzusetzen, wurde erneut 1966 eine Kommission eingesetzt, die sich mit den vorhandenen Gesundheitsdienststrukturen auseinandersetzte. Die Mukherjee Kommission erarbeitete Details zu einem Basic Health Service, also einer Gesundheitsgrundversorgung. Diese sollte auf Block Ebene bereitgestellt werden. Konkret sollte der Verwaltungsapparat auf den verschiedenen Ebenen vom Primary Health Unit bis hin zu den Gesundheitsverwaltungen in den Regierungsinstitutionen der Bundesstaaten gestärkt werden (Report of the Basic Health Service, Mukherjee Committee Report 1968, Part II: 2). Die Malariabekämpfung sollte vom Familienplanungsprogramm abgekoppelt werden, so dass sich die für Familienplanung zuständigen Mitarbeiter vollständig auf diese Aufgabe konzentrieren können (Kishore 2007).

---

„think tank“ für die Weiterentwicklung von Gesundheits- und Familienwohlfahrtsprogrammen in Indien ([www.nihfw.org/Index.aspx](http://www.nihfw.org/Index.aspx), am 28. August 2012).

#### 6.3.1.6. Kartar Singh Committee (1972 – 1973)

Ziel der Kommission unter dem eigentlichen Titel „Committee on Multipurpose Workers under Health and Family Planning Programmes“ war es, das Familienplanungsprogramm zu untersuchen und folgende Empfehlungen wurden formuliert: Die Einsetzung von Mehrzweckarbeitskräften (multi purpose workers) in den Bereichen Gesundheit, Familienplanung und Ernährung für die ländlichen Bevölkerungsgruppen sind möglich und wünschenswert. Zunächst sollte ein männlicher health worker (MPW) die Versorgungsstruktur von 6.000 bis 7.000 Einwohnern abdecken. Jedes Primary Health Center sollte 50.000 Einwohner versorgen und seine 16 Subcenter im gesamten Einzugsgebiet verteilen. Ein weiblicher health worker – auxiliary nurse midwife (ANM) – sollte 10.000 bis 12.000 Einwohner versorgen. Schulungen für angehende health worker sollten auch Kenntnisse über Familienplanung und Ernährung in die Ausbildung integrieren (Kishore 2007: 43).

#### 6.3.1.7. Srivastava Committee (1974 – 1975)

Unter Leitung von Dr. JB Shrivastava wurden von der „Group on Medical Education and Support Manpower“ folgende Empfehlungen ausgesprochen: Organisation einer Gesundheitsgrundversorgung (in Einbettung der Themen Ernährung, Gesundheitsbildung und Familienplanung) innerhalb der Communities und Ausbildung des dafür notwendigen Personals, Organisation eines wirtschaftlichen und effizienten Programmes der Gesundheitsdienste, um die Communities mit dem center-Primary Health Center zu verbinden, die Schaffung eines Nationalen Überweisungsdienstes, in Verbindung mit der Entwicklung eines passenden Verbindungssystems zwischen Primary Health Center und den nächst höheren Versorgungskategorien, Schaffung der notwendigen Verwaltungs- und Finanzierungsmechanik für eine Reorganisation des gesamten Programmes zur medizinischen und Public Health Ausbildung hinsichtlich der Gesundheitsziele (Kishore 2007: 44).

### 6.3.1.8. Bajaj Committee (1986)

Als Expertenkommission für Gesundheitspersonal unter Führung von JS Bajaj wurden folgende Vorschläge formuliert: eine Nationale Bildungspolitik in den Gesundheitswissenschaften muss formuliert werden, realistische Zahlen zu benötigten Arbeitskräften müssen aufgestellt werden, um reale Einschätzungen und Prognosen über nationale Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich zu erstellen und die Schaffung von Bildungseinrichtungen sowie Universitäten für Gesundheitswissenschaften zu forcieren sollte eine Bildungskommission eingesetzt werden, die entsprechende Curricula entwickelt und notwendige Anpassungen vornimmt – außerdem sollte diese Kommission intersektorale Forschung koordinieren. Zu den Aufgaben der Universitäten sollten die Präventiv- und Sozialmedizin gehören (Kishore 2007: 44).

**Tabelle 6.2.: Übersicht der Empfehlungen und Reformvorschläge der Expertenausschüsse 1946-1986**

<b>Jahr</b>	<b>Ausschusses</b>	<b>Empfehlungen/Reformvorschläge</b>
1943-1946	Bhore Committee (Health Survey and Development Committee)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einrichtung eines umfangreichen Primary Health System</li> <li>○ Aufbau von Primary Health Centern (PHC) als Übergangslösung hin zu einem Zwei-Stufen-Modell mit Primary Health Units und sekundären Gesundheitszentren zu deren Koordination und Monitoring</li> <li>○ Aufbau von village health communities</li> </ul>
1962	Mudaliar Committee	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbau und Aufwertung der bestehenden PHC</li> <li>○ Einrichtung mobiler Dienstleistungssysteme für den ländlichen Raum</li> <li>○ Umbenennung des Indian Medical Service in All India Health Service</li> <li>○ Einführung eines Gebührensystems für stationäre Aufenthalte</li> <li>○ Einführung eines Gesundheitsversicherungssystems</li> <li>○ Einrichtung nationaler (vertikaler) Programme zur Eliminierung von Infektionskrankheiten wie Malaria, Pocken, Lepra, Tuberkulose und Filaria</li> </ul>
1963	Chadha Committee	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weitreichende Empfehlungen zur Bekämpfung von Malaria als nationales Programm unter der Leitung des General Health Service</li> <li>○ Etablierung des Konzepts der multi purpose worker (MPW)</li> </ul>

1967	Jungalwalla Committee	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung eines Konzeptes zur effizienten Integration aller Gesundheitsdienstleistungen</li> <li>○ Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte</li> <li>○ Zentralisierung der medizinischen Versorgung und des Public Health unter einer gemeinsamen Verwaltung</li> </ul>
1968	Mukerjee Committee	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entkopplung der Malariabekämpfung von Familienplanungsprogramm</li> <li>○ Erarbeitung eines Basic Health Service auf Block Ebene zur Unterstützung der Bundesstaaten (Policy-Formulierung und Implementation)</li> <li>○ Vereinheitlichung des Kaders, Angleichung der Altersverhältnisse, Anerkennung der Zusatzqualifikationen, Sonderzahlungen für die Erfüllung besonderer Aufgaben</li> </ul>
1972-73	Kartar Singh Committee (Committee on Multipurpose Worker under Health and Family Planning Programmes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einsetzung der multi purpose worker bzw. auxiliary nurse midwife in ländlichen Gebieten (1 männl. MPW/ 6.000-7.000 EW, 1 weibl. ANM/10.000-12.000 EW)</li> <li>○ PHC zugeordnet werden 16 Subcenter im Einzugsgebiet von 50.000 EW</li> </ul>
1974-75	Shrivastava Committee	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Organisation der Gesundheitsversorgung innerhalb der Communities</li> <li>○ Reorganisation und Förderung des Programmes der medizinischen und Public Health-Ausbildung</li> <li>○ Schaffung eines nationalen Überweisungsdienstes</li> </ul>
1986	Bajaj Committee	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulierung einer nationalen Bildungspolitik im Bereich der Gesundheitswissenschaften</li> <li>○ Errichtung von Bildungseinrichtungen, Universitäten und Forschungsinstituten im medizinischen Bereich</li> <li>○ Kennzahlen zum Arbeitsmarkt „Gesundheit“ zur Bedarfsanalyse</li> </ul>

Quelle: Expertenberichte 1946-1986, GOI.

Die Stellung der Expertenkomitees kann insgesamt als durchaus einflussreich bewertet werden und verdeutlicht mehrere Gesichtspunkte. Zum einen wird deutlich, und diese Praxis hat sich bis heute in den Stellungnahmen und Empfehlungen der Expertengruppen für die Planungskommission fortgesetzt, dass systemeigene Lösungen gesucht werden. In der aktuellen National Health Mission von 2015 wird zwar von „Herausforderungen“ und nicht mehr von Problemen der Umsetzung gesprochen, dennoch wird zweitens deutlich, dass klare Zielevorgaben formuliert und verfolgt werden. Vor allem im Bereich der Bekämpfung von

Infektionskrankheiten ist dies auch durchaus erfolgreich gelungen. Vergleicht man die aktuellen Policies der Gesundheitspolitik mit denen zwischen 1946 bis 1986 erscheint die Berufung auf „einen“ Gesundheitsexperten fast wie eine Stecknadel im Geflecht der Unübersichtlichkeit der Herausforderungen. Trotzdem blieb der Prozess – außer während der Emergency Rule – stets demokratisch. In der Gesundheitspolitik des modernen Indiens werden keine Experten mehr singular als Ideengeber herausgestellt, sondern auch hier wird die Einheit in der Vielfalt gesucht und repetiert. Erst bei näherer Betrachtung der Akteure und Institutionen wird dies klar. Dem Bürger wird dies als Entscheidung der machthabenden Elite kommuniziert. Dies kann sich letztlich dann sowohl zu deren Vorteil als auch Nachteil auswirken, trotzdem scheint der Wiedererkennungswert einer erfolgreichen eingeführten und umgesetzten systemimmanente Maßnahme größer zu sein als das Risiko einer Fehlentwicklung.

### 6.3.2. Institutionen: Vertikale Programme und Fünfjahresplanung (1947 – 2017)

Bei vertikalen Konzepten, auch als eigenständige Programme oder als Krankheitsbewältigungs- oder Krankheitsbekämpfungsprogramme bezeichnet, werden Interventionen durch Leistungssysteme bereitgestellt, die meist über eine eigene Verwaltung und ein eigenes Budget verfügen und deren strukturelle, finanzielle und operative Verflechtung mit dem allgemeinen Gesundheitssystem unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann (Atun et al. 2008: 1). Beim integrierten Modell, auch als horizontale Konzepte oder Programme bezeichnet, dagegen werden die Dienste nicht gesondert verwaltet oder finanziert. Hier werden die Leistungen meist durch Gesundheitseinrichtungen erbracht, die für routinemäßige oder allgemeine Gesundheitsleistungen zuständig sind (ebenda).

Wie in Indien weisen die meisten Gesundheitssysteme eine Vermischung von sowohl vertikalen als auch integrierten Elementen auf. Vertikale Programme treten in äußerst unterschiedlicher Form auf und können nach der zu erbringenden Dienstleistungsart (etwa als ein eigenständiges Programm für die Bereiche Reproduktionsgesundheit und sexuell übertragene Infektionen oder für psychische Gesundheit), nach der Zielgruppe (etwa bei Programmen für Mütter, Kinder, Prostituierte, Strafgefangene oder intravenöse Drogenkonsumenten) oder anhand beider Kriterien (z. B. Programm zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Prostituierten) definiert werden (Atun et al. 2008). Ihre Reichweite ist immer flächendeckend angedacht, wodurch sie auch als nationale Programme bezeichnet werden. Die Effizienz und die Maximierung der Wirkung und die Zeitspanne sind wichtige

Existenzberechtigungen für vertikale Programme. Ein Warten auf Veränderungen im Gesundheitssystem, durch die ein höheres Leistungsniveau (etwa in den Bereichen Fachkräfteausbildung und effiziente Versorgungssysteme) aufrechterhalten werden kann, wäre oftmals undenkbar. Die prioritäre Fokussierung auf bestimmte Krankheiten ist ein weiteres wichtiges Argument für das weitere Bestehen vertikaler Programme. Der massive Rückgang von Lepraerkrankungen, Tuberkulosefällen und die Ausrottung von Polio sind für Indien nur einige Beispiele. Die konkrete Festlegung von bereitgestelltem Budget sowie die Zuschreibung aller Verantwortlichkeiten und die relativ schnell zu erreichenden Ergebnisse, sind weitere Argumente für die Aufrechterhaltung vertikaler Programme.

#### 6.3.2.1. Vertikale Programme und horizontale Integration

Vertikale Programme müssen sich trotz der genannten Vorteile immer wieder kritischen Auseinandersetzungen stellen. Hierbei werden sie oft für ihre Orientierung an Wertvorstellungen (Atun et al. 2008: 16), für ihre fehlende empirische Grundlage und für ihre übersteigerte Fixierung auf Effizienzgewinne kritisiert (Berman 1982). Zudem wird eine Vielzahl vertikaler Programme von externen Geldgebern gesteuert, die vielmehr top-down-Ansätze verfolgen, um eben jede Erfolge schnell erzielen zu können. Dies führt letztlich, so die Kritiker, zu einer unzureichenden Einbindung der örtlichen Bevölkerung bei der Planung und Implementierung. Auf diese Weise können Verzerrungen der Prioritäten entstehen und die lokale Kontrolle über die Gesundheitsversorgung und deren Bedarfsgerechtigkeit gegenüber den Anforderungen der Leistungsnutzer untergraben werden (Atun et al. 2008).

Insgesamt sind vertikale Programme aufgrund ihrer Strukturen meist zuverlässig, wenn die zu lösenden Gesundheitsprobleme einzelne, konkrete Ursachen haben und nicht auf eine Vielzahl von Ursachen oder auf einer Komorbidität beruhen. Dieses Defizit beeinträchtigt letztlich die Kontinuität der Versorgung, da Menschen häufig unter Mehrfacherkrankungen leiden oder einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt sind (etwa eine HIV-positive intravenöse Drogenkonsumentin mit Tuberkulose, die ihren Lebensunterhalt durch Prostitution erwirtschaften muss) oder nicht stabil an einem bestimmten Ort leben und so zu einer bestimmten Zeit nicht die volle Bandbreite an Leistungen in Anspruch nehmen können (ebenda).

### 6.3.2.2. Programmatische Schwerpunkte

Hinsichtlich der Entwicklung übergeordneter nationaler Programme in Indien ist deutlich geworden, dass seit der Unabhängigkeit sowohl eine Konzentration der Maßnahmen als auch eine stärkere Fokussierung der Zielgruppen erfolgte. Die indische Gesundheitspolitik beruht vor allem bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten auf der Umsetzung vertikaler Programme. Hinzu treten aber auch Programme aus dem Bereich Umweltverschmutzung oder das National Programme for Prevention and Control of Fluorosis oder das National Programme for Prevention and Control of Deafness (Department Health and Family Welfare 2011: 158). Um dem Erkrankungswandel und der Transition des Gesundheitssektors im modernen Indien gerecht zu werden, wurde ebenso ein National Programme for Control of Cancer, Diabetes, CVD and Stroke (NPCDCS) ins Leben gerufen (Department HFW 2011: 147). Alle nationalen Programme im Bereich von Public Health und des rein medizinischen Bereichs, darunter auch zielgruppenspezifische Programme zur Mutter-und Kindergesundheit, wurden unter der National Health Mission zusammengefasst, die als Dachstruktur fungiert (vgl. Kapitel 7). So werden unter dem National Vector Borne Diseases Control Programme (NVBDCP) alle Programme subsummiert, die auf die Bekämpfung von Malaria, Filaria, Kala-Azar, Japanische Enzephalitis, Dengue Fieber ausgerichtet sind. Zu den frühesten nationalen Programmen gehört das „Malaria Eradiction Programm“ (1953), dessen Bedeutung wie bereits erwähnt auch 1963 nochmals von Chadha Committee betont wurde. Trotz der Erfolge in der Bekämpfung von Polio, der Eindämmung der Pocken und Lepra ist der gesundheitspolitische Prozess immer wieder Diskussionen über die Aufrechterhaltung nationaler Programme ausgesetzt.

### 6.3.2.3. Wirkungsgrad

Entsprechend kritischer Stimmen wie Banerji (1985), sollten die Ansätze der vertikalen Gesundheitsversorgung als gescheitert betrachtet werden. Wie bereits angedeutet führte die Überschätzung der technischen Möglichkeiten zu einer Vernachlässigung der Feldforschungen und zu einer Vernachlässigung der sozialen und kulturellen Vorstellungen sowie Bräuche der Gemeinden und des Einzelnen. Desweiteren unterschätzt wurden die ökologischen Auswirkungen der Programme, wie etwa die Resistenzentwicklung der Plasmodien gegenüber den Medikamenten und Insektiziden. Auf ländlicher Ebene fehlten zudem einfachste und organisatorische Strukturen. Die Konzentration der Mittel auf die

vertikalen Programme führte zu einer Vernachlässigung der permanenten Gesundheitseinrichtungen und schürte außerdem die Abhängigkeit vom Ausland (Banerjee 1985: 134-136).

Das „Indian Council of Social Science Research“ (ICSSR) und das „Indian Council of Medical Research“ (ICMR) kamen 1981 zu einem ähnlichen Urteil. Die großen Programme standen in zu großer Abhängigkeit vom Ausland, die nicht fähig waren, die Vielzahl der ökonomischen und sozialen Grundlagen zu verändern, während die tatsächlichen Probleme nicht benannt oder deren Ursachen unklar blieben (ICSSR 1981:51, in: Greinacher 1989: 30). Trotzdem hatten diese Programme den größten Einfluss auf die Entwicklung und die Förderung in der Gesundheitsversorgung. Sie versprachen in den fünfziger Jahren durch straffe Organisation auf zentraler Ebene die Ausrottung der Infektionskrankheiten. Dem damaligen Vorgehen lag das Konzept zugrunde, dass Morbidität und Mortalität größtenteils durch Infektionskrankheiten hervorgerufen werden und diese mit neuen Mittel, die auch durch die Unterstützung der WHO zur Verfügung standen, zu bekämpfen seien (Greinacher 1989: 28). Die seit der Unabhängigkeit erreichten Erfolge gaben den Gesundheitspolitikern bislang Recht und so hält die indische Regierung weiterhin an vertikalen Programmen fest. Besonders während der 1990er Jahre wurden vertikale Programme unter zentralem Monitoring verstärkt eingesetzt. Dies kam insbesondere den ärmeren Bevölkerungsgruppen zugute, da sich bereits mit weniger als 200 Rs pro Kopf Erfolge nachweisen ließen. Anhand der Unterstützung der Weltbank konnten durch vertikale Programme verschiedene Krankheiten wie Lepra<sup>82</sup>, Tuberkulose eingedämmt und andere wie Pocken, Guinea Worm<sup>83</sup> (Sharma 2000) und Polio (Dhar 2014) ausgerottet werden. Derzeitig fokussierte Programmbereiche umfassen im Bereich übertragbarer Krankheiten weiterhin AIDS, Lepra und Tuberkulose. Ferner bestehen nationale Programme gegen Malaria, Tabakkonsum, die Gesundheitsversorgung Älterer, sowie ein besonderes Programm für medizinische und para-medizinische Einrichtungen im Nordosten (MHFW 2014). Der 11. Fünfjahresplan distanzierte sich jedoch bereits von der Einsetzung weiterer vertikaler Programme unterhalb der Distriktebene. Vielmehr soll eine horizontale Integration der bestehenden Programme auf Distriktebene vollzogen werden. „[...] as the emphasis during the Plan would be system centric rather than disease centric“ (Planning Commission. 11<sup>th</sup> FYP: 100).

---

<sup>82</sup>Die Krankheit konnte bis auf 70 Distrikte ausgerottet werden.

<sup>83</sup>Medinawurm (lat.: dracunculus medinensis): parasitischer Wurm, häufig vorkommend in Feuchtgebieten von Afrika bis Südasien; Zwischenwirt ist ein winzig kleiner Krebs im Trinkwasser, über den der Parasit schließlich zum Menschen gelangt.

#### 6.3.2.4. Fünfjahrespläne I. – V. (1950 – 1975)

Grundlage der Fünfjahrespläne als Ergebnis des politischen Entscheidungsprozesses sind, wie bereits ausgeführt, die Empfehlungen und Stellungnahmen der jeweiligen Expertengruppen. Dies gilt nicht nur für den Bereich der öffentlichen Gesundheit. In den Fünfjahresplänen werden den jeweiligen Ressorts die entsprechenden Budgets zugeteilt, die letztlich wiederum entsprechend der politischen Verhandlungen und Schwerpunktsetzung auf die jeweiligen Teilbereiche verteilt werden. Die Analyse der Fünfjahrespläne als einem der wichtigen Elemente im Umsetzungsprozess kann durch die Ausgabenverteilung für die Ressorts und Teilbereich deren Relevanz und Position in der politischen Auseinandersetzung um Mittel abgelesen werden. Im I. und II. Fünfjahresplan (1951-56; 1956-60) standen grundlegende Bereiche des Public Health wie die Wasserversorgung und die Einrichtung sanitärer Anlagen im Vordergrund. Hinzu kamen neben der Malariakontrolle eine verstärkte, präventive Betreuung der ländlichen Bevölkerungsgruppen mit mobilen Gesundheitseinheiten, eine bessere Mutter-Kind-Betreuung sowie Gesundheitsbildungs- und Familienplanungsprogramme (Background Papers 2005: 40). Die Pläne zur Einsetzung eines „Registered Medical Practitioners“, des „National Malaria Eradiction Programmes“<sup>84</sup> und eines „Family Planning Assistents“ konnten die Situation der gesundheitlichen Unterversorgung jedoch nur marginal verbessern. Die Empfehlungen des ersten Fünfjahresplan richteten sich verstärkt an die armen Bevölkerungsschichten mit den Zielen: Verbesserung der sanitären Bedingungen; Beseitigung der Mangel- und Unterernährung als deren Folge hohe Säuglings- und Müttersterberaten verzeichnet wurden und Steigerung der adäquaten, medizinischen und präventiven Gesundheitsversorgung (Background Papers 2005: 40).

Schon in den Berichten für den ersten Fünfjahresplan wurde deutlich, dass sekundäre Faktoren wie Analphabetismus verbunden mit unzureichendem, gesundheitlichem Basiswissen, Arbeitslosigkeit sowie Mangel- oder Unterernährung als Determinanten in die Gesundheitsdiskussion einfließen müssen (Planning Commission, 2<sup>nd</sup> FYP, 1956-60). Nach den ersten Empfehlungen sollten die Gesundheitssysteme in Indien auf der Basis einer breitflächigen Gesundheitsarbeit von Krankenschwestern, Geburtshelferinnen, Dais und sogenannten Health Visitors fußen, die engmaschig mit den Ärzten in Verbindung (Planning Commission, 2<sup>nd</sup> FYP, 1956-60) stehen. Im Zentrum stand dabei die Entwicklung einer starken Basisgesundheitsversorgungsstruktur auf primärer Stufe mit den Möglichkeiten der

---

<sup>84</sup>Mit der Einsetzung eines Basisgesundheitsarbeiters (basic health worker) auf 10 000 Einwohner.

Weiterempfehlung an übergeordnete und für den jeweiligen Fall entsprechend geeigneten Einrichtungen.

Der III. Fünfjahresplan (1961-64) betrachtete die Präventivmedizin zum ersten Mal nicht als den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik, sondern rückte vielmehr die Familienplanung ins Zentrum der Vorgaben. So wurde im Fünfjahresplan das Unterkapitel zur Gesundheit von „Health“ auf „Health and Family Planning“ umbenannt. „In the circumstances of the country family planning has to be undertaken, not merely as a major development programme, but a nation-wide movement which embodies a basic attitude towards a better life for the individual, the family and the community (Planning Commission, 3<sup>rd</sup> FYP, 1961-64). Jeweils einem PHC wurde ein Einzugsgebiet von 15 bis 20 Kilometern angedacht, während jedoch nur die Bevölkerung aus einem Radius von 2 bis 3 Kilometern diese Versorgungsdienste nutzte (Planning Commission, 1961). Es kristallisierte sich immer stärker heraus, dass die Entfernungen für die Bevölkerung eine weitaus größere Rolle spielte als die Kosten, Qualität und Art der Behandlung (Greinacher 1989: 31). Die Kritik an den PHC richtet sich vorrangig gegenüber der Vernachlässigung lokaler Gesundheitskulturen, die schlechte Ausbildung ihrer Basisarbeiter und dem zu großen Einzugsbereich, wodurch eine nachhaltige und aktive Beteiligung der Gemeinden an der Gesundheitsversorgung unmöglich wurde.

In Anlehnung an die Empfehlungen des Srivastava Ausschusses (1974-75) sollte die Gesundheitsversorgung „community based“ gestaltet werden. Es sollte daher bereits Anfang der 1970er Jahre ein bottom-up-Ansatz verfolgt werden, der jedoch erst mit Einführung der National Rural Health Mission umgesetzt wurde. Halbprofessionelle Gesundheitsarbeiter, die nicht aus den „Primary Health Centern“ kamen, sollten als Bindeglied zwischen Arzt und Basisgesundheitsarbeitern eingesetzt werden. Die Ausbildung zum Multipurpose Worker (MPW) sollte zunächst vom Staat finanziert werden und anschließend unter die Aufgaben der Gemeinden fallen. Es war geplant, dass diese neuen MPW als Angestellte der PHC unter Aufsicht der jeweiligen Ärzte tätig wurden. Je MPW wurde die Betreuung von 6000 bis 7000 Einwohnern veranschlagt, welche besonders in den Bereichen der Familienplanung und Gesundheitserziehung arbeiteten. Diese Durchsetzung der auf die Gemeinde orientierten Basisgesundheitsversorgung greift schließlich auf die Vorstellungen des „Minimal Need Programms“ (MNP) des V. Fünfjahresplans (1974-79) zurück, als die politischen Entscheidungsträger erkannt hatten, dass „Gesundheit“ nur im Zusammenspiel mit anderen Entwicklungsprogrammen zu betrachten ist (Background Papers 2005: 40). Das MNP sollte zu einem Instrument werden, welches sich ausschließlich an die gesundheitliche Infrastruktur in den ländlichen Gebieten richten sollte, um diese auszubauen und zu stärken. Innerhalb der

aufgestellten Programme wurde jedoch kein Konzept dargestellt, das sich im Detail mit der Umsetzung der Gemeindebeteiligung auseinandersetzte oder wie das Gesundheitsbudget radikal geändert werden sollte (Greinacher 1989: 46). Das MNP wurde zum wichtigsten Element des V. Fünfjahresplans. Die Ausbildung von 3 Millionen traditionellen Praktikern wurde zum Schlüsselinstrument erhoben, wodurch eine Protestwelle der westlich ausgebildeten Ärzte in Gang gesetzt wurde und sich die Forderungen nach einem Abbau medizinischer Einrichtungen mehrten. Ein Druckmittel der neuen Bevölkerungspolitik unter der Kongresspartei (1975-77) war die Zwangssterilisierung der Massen (vgl. 5.7.3). Eine Maßnahme, die zunächst große Erfolge verzeichnete, jedoch von starkem, zivilem Widerstand begleitet wurde. Die weltweite Desillusionierung mit und durch die Ergebnisse der vertikalen Programme in Verbindung mit der Erklärung von Alma Ata beeinflussten auch in Indien die Ausgestaltung und den Wandel der Gesundheitsversorgung, die sich zunehmend auf die Gemeinde ausrichtete (Background Papers 2005: 40; Greinacher 1989: 35). Die für die Erklärung von Alma Ata festgehaltenen Berichte waren zugleich eine Empfehlung an die nationalen Regierungen, entsprechende Gesundheitspolitiken zu formulieren, die zugleich die Dimensionen Umwelt, Ernährung, Bildung, sozioökonomische Entwicklung, Präventiv- und kurative Medizin beinhaltete (Background Papers 2005: 41).

#### 6.3.2.5. Fünfjahrespläne VI. – X. (1975 – 2007)

Der VI. Fünfjahresplan (1975-85) begründete sich schließlich auf den Dokumenten von Alma Ata und denen der ICMR/ICSSR<sup>85</sup>. Darin wiederholten sich die Appelle einer Einbindung der Entwicklung des Gesundheitssystems in allumfassende Reformen des sozioökonomischen und politischen Wandels (ebenda). Nach der ersten Erweiterung des Unterkapitels „Gesundheit“ im 3. Fünfjahresplan wurde auch das Unterkapitel im VI. Fünfjahreplan ergänzt und trug den Titel „Health, Family Planning and Nutrition“. Der Verweis auf diesen gesundheitspolitischen Agendawandel soll darlegen, dass das Gesundheitskonzept einem wiederkehrenden Wandlungsprozess unterlag und Zusehens auch sekundäre Faktoren als intrinsische Faktoren der Gesundheit verstanden wurden, so dass Public Health in Indien vor allem zum Ende der 1970er Jahre hin eine konzeptionelle Weiterentwicklung erlebte. Der Ruf nach der Vergrößerung des vertikalen Personals wurde laut, aber im Zusammenspiel mit den Familienplanungsprogrammen unter der „Emergency Rule“ (1975-77) waren viele Basisgesundheitsarbeiter mit den dortigen Programmen schon überlastet (Background Papers 2005:

---

<sup>85</sup>Mit der Zielvorgabe: „Health for All by the year 2000“.

40). Die Vorgaben des VII. Fünfjahresplans (1985-90) konzentrierten sich daher wieder stark auf die ländlichen Gesundheitsprogramme und auf einen dreistufigen Gesundheitsdienst, um den Defiziten im Personal, der Ausstattung und Einrichtungen entgegen zu wirken (Background Papers 2005: 41). Erstmals wurde in Rahmen dieses Fünfjahresplans von „Health and Family Welfare“ gesprochen. Die Sprache der Planungskommission vermied den Begriff der Planung, da dies zu stark den Eindruck staatlicher Kontrolle und Einmischung mit sich bringen konnte. Familienwohlfahrt ist bis heute die verwendete Terminologie, die Gesundheit und Individuum als zusammenhängende Variable versteht und dabei ein traditionelles Lebensverständnis (der Familie) vereint. Der VIII. Fünfjahresplan (1992-97) zielte auf ein stärkeres Auftreten der privaten Initiativen, privaten Krankenhäuser, Kliniken und einer Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitseinrichtungen auf der Ebene der Basisgesundheitsversorgung. Die sich anschließenden Fünfjahresplan IX (1997-2002) und X. (2002-2007) zeigen ein durchaus negatives Bild der Gesundheitsversorgungsdienste, die insbesondere von der maroden Infrastruktur abhängig waren (Background Papers 2005: 41).

#### 6.3.2.6. Fünfjahrespläne XI. und XII. (2007 – 2017)

Für die gesundheitspolitische Planung der vergangenen Dekaden von besonderer Bedeutung ist der XI. Fünfjahresplan für den Zeitraum 2007-2012. Mit der Erweiterung der Betitelungsterminologie wurde in dieser Planung noch der indigene Bereich des AYUSH aufgenommen. „Health, Family Welfare and AYUSH“ vereint im Titel, was als Schwerpunkte dieser Planungsperiode definiert wurde. Dieser Fünfjahresplan überschneidet sich mit Einführung der National Rural Health Mission (vgl. Kapitel 7) und markiert in ähnlicher Weise eine Offenheit gegenüber den Defiziten im Gesundheitssektor wie er zuvor kaum derart deutlich formuliert wurde.

„Health as a right for all citizen is the goal that the Plan will strive towards“ (Planning Commission, 11<sup>th</sup> FYP: 58). Gleich zu Beginn des Kapitels skizzieren die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen (Working Group) und die Formulierungen des Lenkungsausschuss (Steering Committee), dass die Konzepte Gesundheit und Staat direkt aneinander gekoppelt sind und eine direkte Kausalität zwischen der Sichtbarkeit und den Erfolgen des öffentlichen Sektors und dem Vertrauen der Bürger in den Staat abgeleitet werden kann. „Despite a steady increase in public health care infrastructure, utilization of public health facilities by population for outpatient and inpatient care has not improved. The NSSO (1986-2004) data clearly show a major decline in utilization of the public health facilities for inpatient care and

a corresponding increase in utilization of the same from private health care providers in both rural and urban areas. [...] Despite higher costs in the private sector, this shift shows the people's growing lack of trust in the public system" (Planning Commission, 11<sup>th</sup> FYP: 58). Diese Inanspruchnahme vorhandener Gesundheitsdienstleistungen dient mikrosoziologisch den Gestaltern des sozialen Sektors als Anhaltspunkt für die Relevanz des Vorhandenseins eines öffentlichen Gesundheitssektors und auf die Qualität und Quantität der dort geleisteten Arbeit. Mit diesem Fünfjahresplan konnte seitens der politischen Entscheider eine erste Bilanzierung der National Rural Health Mission stattfinden. Es wurde deutlich, dass das Land noch viel weiter von den festgelegten Zielen (MDG) entfernt war als zunächst erwartet und dass der Ausbau der Basisversorgung noch immer ein dringendes Instrument darstellt, um den Gesundheitszustand auf ein national einheitliches aber vor allem höheres Niveau anzuheben. Mit „Sarva Swashtya Abhiyan“ wurde eine „Mission der Gesundheit für alle“ top-down ausgerufen, die neben der National Rural Health Mission zusätzlich eine National Urban Health Mission (NUHM) vorsieht. Schwerpunkt der NUHM ist die Versorgung von 370 Millionen städtischer Bevölkerung in 640 Städten, Stadtgebieten und Slumvororten (Census 2011). Die Urbanisierung nahm im Censuszeitraum 2001-2011 um etwa 4 Prozent zu und somit liegt der Anteil der ländlichen Bevölkerung bei 68.84 Prozent, also bei 830 Millionen in ländlichen Gebieten zu versorgenden Bürgern.

Umgesetzt werden kann die NUHM nur durch eine stärkere Einbindung privater aber regulierter Gesundheitsdienstleister und durch weitergehende Dezentralisierung und Stärkung der Panchayati Raj Institutionen. Lokale Lösungen müssen gefunden werden und können gegebenenfalls auf andere Bundesstaaten übertragen werden. Die erstmalige Arbeit mit Best Practice Beispielen im XI. Fünfjahresplan soll innovative Konzepte fördern, während gleichzeitig Akzeptanzprozesse in Gang gesetzt werden, die dringend benötigt werden, will der Staat ein Wiedererstarken im Sinne einer Legitimierung im öffentlichen Sektor erreichen. Ein ausgezeichnetes Beispiel für lokale Initiativen ist das „Akha“, das „Schiff der Hoffnung“ in Assam. Mit Versorgungsinstrumenten und ausgebildetem Personal ausgestattet wird der Brahmaputra vom Sorgenbringer zum Lösungsansatz, denn auf diesem Wege können entlegene, überschwemmte Gebiete, in denen sich zudem kaum Ärzte ansiedeln, trotzdem medizinisch versorgt werden (Planning Commission, 11<sup>th</sup> FYP: 74). Die Rückschau auf den 11. Fünfjahresplan und die Umsetzung der NRHM führen erneut ein unzureichendes Bild der zentralen Indikatoren und erhebliche regionale Diversitäten zu Tage. Der vorangegangene Plan setzte die Grenzmarke der Müttersterblichkeit als besonders sensiblen Indikator in Bezug auf die institutionelle Qualität der Versorgung auf 100. Erwartungsgemäß erreichten nur

Kerala (81) und Tamil Nadu (97) diesen Niedrigmarke. Negativbeispiele sind vor allem im Norden und Nordosten Assam (381), Uttar Pradesh (345), Bihar (305) und Orissa (277) aber auch Rajasthan (331) im Westen (vgl. Abb. 4.7.). Vergleichsweise negativ entfällt für diese Bundesstaaten auch die Bilanz bezüglich der Säuglingssterblichkeit als Indikator für den Gesamtgesundheits- und Ernährungszustand der Bevölkerung. Eine Hauptursache für die Müttersterblichkeit liegt in der niedrigen Zahl professionell begleiteter Geburten und der Vorsorge sowie Betreuung vor der Geburt. Mit der Einführung von Janani Suraksha Yojana (JSY) werden schwangere Frauen etwa mit Bargeld ausgestattet, um professionelle Hebammen oder Geburtshelferinnen bezahlen zu können, so dass hierdurch die Zahl institutionell durchgeführter Geburten deutlich angestiegen ist. Auf dem Land liegt die Anzahl professionell begleiteter Geburten bei 68 Prozent, in den Städten liegt diese sogar bei 85 Prozent (Planning Commission, 12<sup>th</sup> FYP 2013). Auf niedrigem Niveau bleibt dennoch die pränatale Versorgung, wodurch noch immer viele Frauen während oder unmittelbar nach der Geburt versterben. Die Ursachen für die nachwievor hohen Säuglingssterblichkeitsraten liegen, so die Vermutungen, noch immer im Mangel der Durchsetzung des Stillens und dem fehlenden Wissen um die Säuglingsversorgung und Versorgung mit ausreichend Nährstoffen. Die Terminologie des XII. Fünfjahresplans unter dem Titel „Health“ soll bereits die neue Zielsetzung einer „Universal Health Coverage“ (UHC) verdeutlichen. „This means that each individual would have assured access to a defined essential range of medicines and treatment at an affordable price, which should be entirely free for a large percentage of the population. Inevitably, the list of assured services will have to be limited by budgetary constraints. But the objective should be to expand coverage steadily over time“ (Planning Commission, 12<sup>th</sup> FYP 2013: 8). Gesundheit ist hierin wenn auch mit Einschränkungen als umfassend und allgemeingültig definiert. Und auf diese Weise wird auch die Terminologie umfassend. Unter dem Titel „Gesundheit“ werden nun sowohl Familienwohlfahrt als auch traditionelle Medizinsysteme subsumiert. Die von der Planungskommission einberufene High Level Expert Group (HLEG) erhielt den Auftrag, eine umfassende Strategie für Gesundheit für den 12. Fünfjahresplan (2012-2017) zu definieren. Auf der Grundlage des „Universal Healthcare“ Konzeptes von Medico Friend Circle (MFC) entwickelte der HLEG in Kooperation mit weiteren sieben Arbeitsgruppen und zwei Lenkungsausschüssen eine Strategie für den Gesundheitssektor (Planning Commission, 12<sup>th</sup> FYP 2013: 3). Die HLEG definiert UHC als „Ensuring equitable access for all Indian citizen in any part of the country, regardless of income level, social status, gender, caste or religion, to affordable, accountable and appropriate, assured quality health services (promotive, preventive, curative and

rehabilitative) as well as services addressing wider determinants of health delivered to individuals and populations, with the Government being the guarantor and enabler, although not necessarily the only provider of health and related services“. Ergebnis ist eine Strategie, die sich an folgenden Kernelementen orientiert:

- Substantieller Ausbau und Stärkung des öffentlichen Gesundheitssektors
- Substantielle Steigerung der Gesundheitsausgaben von Union und Bundesstaaten auf 2.5 Prozent bis zum Ende der Planperiode
- Optimierung der bestehenden Finanz- und Managementsysteme zur besseren Ressourcenverteilung- und Nutzung
- Förderung der Zusammenarbeit im Bereich „public-private-partnership“
- Ausweitung der Versicherungsprogramme auf andere Bevölkerungsgruppen und Abschaffung der „fee for service“ Mechanismen auf allen Ebenen
- Verbesserung und Ausbau des medizinischen Personals durch den öffentlichen Sektor
- Förderung ausgewählter Leuchtturmprojekte des Gesundheitssystems um Doppelstrukturen und „Zerfaserungen“ aufzuheben
- Reform des Arzneimittelmarktes und kostenfreie Versorgung der Patienten mit Medikamenten in öffentlichen Krankenhäusern und Versorgungseinrichtungen
- Regulierung und Kontrolle des Anbietermarktes um unethischem und risikobehaftetem Fehlverhalten stärker zu begegnen
- Förderung des öffentlichen Sektors als Bereitsteller gesundheitlicher Versorgung sowohl hinsichtlich des Public Health als auch hinsichtlich der klinischen Dienstleistungen mit starker Regulierung und Kontrollmechanismen (Planning Commission, 12<sup>th</sup> FYP 2013: 8f).

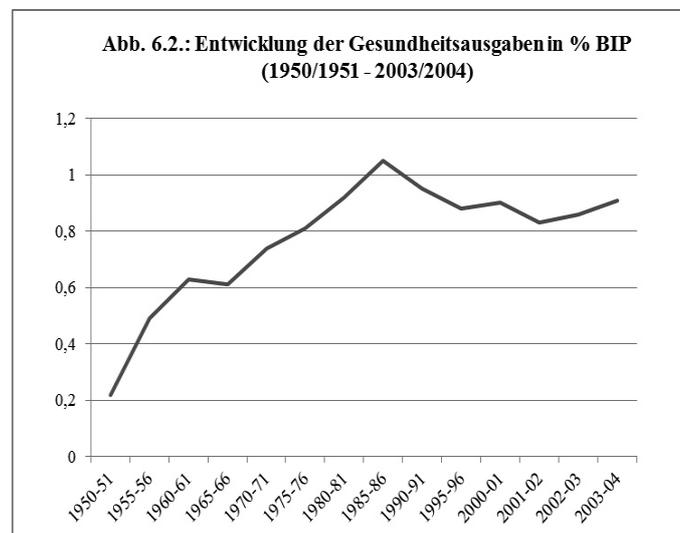
Was hinsichtlich der Steuerungsmechanismen deutlich wird, sind die aus der Privatisierung und dem neoliberalen Ansatzes heraus gezogenen Konsequenzen der Undurchschaubarkeit und letztlich geringer Steuerbarkeit des Gesundheitssektors. Der Staat kann zu recht nicht der alleinige Bereitsteller von Gesundheitsdienstleistungen sein, muss jedoch als verantwortliche Institution auch die Kernaufgabe der öffentlichen Versorgung erfüllen. Gesundheitsversorgung rückt mit dem aktuellen Fünfjahresplan also wieder stärker in den Bereich der Staatlichkeit. Diese Umkehr vom Staat als Stütze des privaten Sektors hin zu einem Verständnis, dass die Auslagerung gewisser Dienstleistungen an private Akteure der Unterstützung des öffentlichen Gesundheitssystems dienen muss, trägt die deutliche Handschrift der UPA-Koalition. Um das Ziel der UHC erreichen zu können, wurden zwei

parallele Pfade definiert. Gesundheit kann nicht erreicht werden ohne Zugang zu medizinischen Einrichtungen. Das „Essential Health Package“ soll diesem Faktor begegnen, in dem der Staat die Versorgung durch öffentliche Einrichtungen sicherstellt und wo nötig private Ärzte einkauft, um die Leerstellen zu füllen. Zudem sollen konkrete zusätzliche Maßnahmen aus dem Bereich Prävention und Public Health eingesetzt werden.

#### 6.4. Finanzen: Ausgabenpolitik seit 1991

Neben den strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen spielen die für das Gesundheitssystem bereit gestellten öffentlichen Gelder eine maßgebende Rolle. Investition kann dabei als steuernde Variable verstanden werden, die jedoch kontrolliert und angemessen getätigt werden muss. Öffentliche Ausgaben (Output) sind dabei ein Indiz für die Stellung eines politischen Themas im Gesamtgefüge des Staates. Darüber hinaus deutet die Ausgabenpolitik auch auf Fehlstellungen im Subsystem. Denn Ausgaben müssen adäquat umgesetzt werden. Es muss also eine Balance zwischen den Ausgaben und den Strukturen, die hiermit gestaltet werden sollen, erreicht werden. Die Priorisierung gesundheitspolitischer Themen kann nachvollzogen werden durch die Höhe der zugesprochenen öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und ist anhand der Regierungs- und Länderausgaben im Verhältnis zu den anderen Politikfeldern erkennbar. Misra et. al. (2003) vertreten die Ansicht, dass der Gesundheitszustand zu einem großen und kritischen Maße von der Arbeit der Regierungen abhängt und dass diese Regierungen sich den Bedürfnissen der Bevölkerungen anpassen müssen, um den Gesundheitszustand zu verbessern. Aber impliziert eine geringe öffentliche Ausgabenbilanz sogleich ein geringes Interesse des Staates an der Gesundheit? Generell wird der Gesundheitssektor über vier verschiedene Kanäle finanziert. Unter die privaten Ausgaben fallen „out-of-pocket“-Zahlungen und wohltätige Versicherungen und Dienste (Misra et. al. 2003: 145). Die öffentlichen Ausgaben spalten sich in obligatorische Versicherungen (oder Sozialversicherungen) und Investitionen aus den Steuereinnahmen der Regierungen. Diese staatlichen Einnahmen wären hierbei die geeigneten Ressourcen, um direkt von staatlicher Seite aus in das Gesundheitswesen zu investieren. Oftmals stehen jedoch hohe administrative Kosten und falsche Prioritäten im Vordergrund der Finanzierung. Nach den Angaben des World Health Reports 2000 machten die privaten Ausgaben bereits Ende der 1990er Jahre rund 82 Prozent (in: Misra/ Chatterjee/ Rao 2003: 145) aus, von 84,6 Prozent „out-of-pocket-Zahlungen waren. Diese Art der direkten Bezahlung ist in der Theorie der leichteste Weg, Ressourcen zu mobilisieren, um eine breite Masse an Dienstleistungen zur Verfügung zu

stellen. In der Praxis jedoch bleibt die Versorgung der Patienten unkontrolliert und eine Benachteiligung der armen Bevölkerungsteile kann damit zwangsläufig nicht gemessen aber impliziert werden. Die Definition der Gesundheitsausgaben wird hier relativ eng verstanden, indem größtenteils die Pro-Kopf-Ausgaben der Bundesstaaten als Indikator herangezogen werden, da so für die gestellte Forschungsfrage direkte Resultate erkennbar werden. Andere Definitionen gehen weiter, wie etwa Tulasidhar/Sarma (1993: 75), die neben Pro-Kopf-Ausgaben und medizinischen Infrastruktur unter öffentliche Ausgaben auch die Wasserversorgung, Abwasserentsorgung, Verbesserungen der Umweltsituation und Ernährung (als Elemente des Public Health) integrieren.



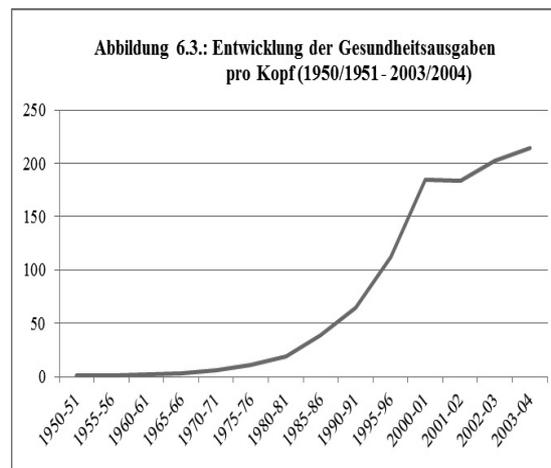
Quelle: National Health Profil 2013.

Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit machen 2005-2006 in Indien 0.9 Prozent des BIP aus (Panagariya 2008), die verbleibenden Ausgaben obliegen den privaten Haushalten. Etwas höher liegen die Zahlen bei Betrachtung der Angaben der Regierung selbst, die von 1.3 Prozent des BIP für die öffentliche Gesundheitsversorgung ausgeht (NRHM 2005). Aus Abb. 6.2. und 6.3. geht hervor, dass es grundsätzlich einen Zuwachs der Gesundheitsausgaben als prozentualem Anteil und als Pro Kopf-Ausgaben gegeben hat und dass sich nach einem Rückgang der Ausgaben in 2001 seit 2003 wieder ein leichter Aufwärtstrend eingesetzt hat.

Eine Studie von Berman und Ahuja (2008) konnte jedoch nachweisen, dass die Ausgaben bestimmter Schlüsselindikatoren im öffentlichen Gesundheitssektor im Zeitreihenvergleich zurückgegangen sind. Nominal betrachtet sind die Gesundheitsausgaben in Indien sowohl zentral als auch bundesstaatlich von Rs 20117 crore (1999-2000) auf 27704 crore (2004) gestiegen. Diese Entwicklungen müssen jedoch inflationär bereinigt werden, so dass lediglich

ein geringer Anstieg der öffentlichen Ausgaben in Höhe von Rs 202 auf Rs 215 im Gesundheitssektor verzeichnet werden kann (Berman/Ahuja 2008: 210).

Das Verhältnis der Pro Kopf-Ausgaben zwischen zentralen und regionalen Ausgaben liegt bei Rs 182 (Bundesstaat) und Rs 75 (Zentralregierung). Insgesamt verzeichneten die staatlichen Gesundheitsausgaben einen Rückgang von 1.12 Prozent 1999-2000 auf 0.97 Prozent des BIP in 2004-2005. Hauptsächlich zurückzuführen ist dies auf den Rückgang der Gesundheitsausgaben in den Bundesstaaten von 0.84 Prozent 1999-2000 auf 0.69 Prozent 2004-2005, ohne dass diese Defizite von der Zentralregierung aufgefangen wurden.



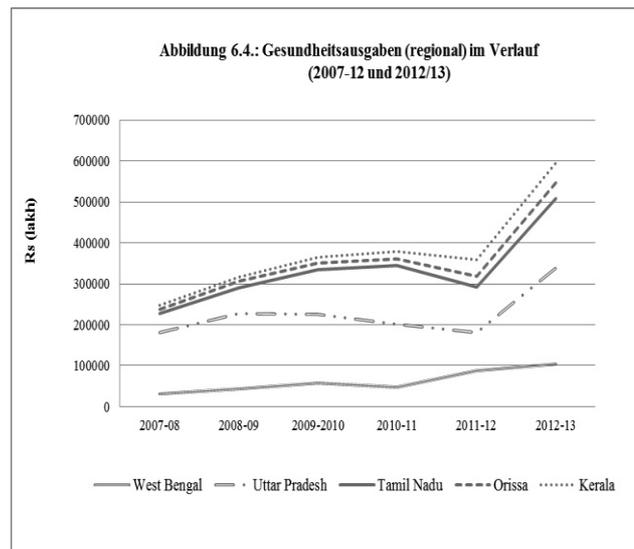
Quelle: National Health Profil 2013.

Gemessen am prozentualen Anteil der Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben zeigen besonders die Ausgaben der Bundesstaaten einen Abwärtstrend von bis zu 4.0 Prozent (ebenda). Dies ist besonders kontrastierend hinsichtlich der gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen Indiens von bis zu 8 Prozent Wachstumsrate in den Jahren 2004/2005 (World Bank 2004).

#### 6.4.1. Gesundheitsausgaben der Bundesstaaten

In Indien sind das Gesundheitswesen und damit der Gesundheitszustand abhängig von den jeweiligen politischen Prozessen in den Regionen. Wie bereits in Kapitel 5 verdeutlicht, fällt die Gesundheitsversorgung unter die Verantwortlichkeit der Bundesstaaten, so dass sie den größten Anteil der Gesundheitsausgaben in Indien tragen. Dennoch bestimmen die von der Zentralregierung verteilten Mittel an die Bundesstaaten maßgeblich die Gesundheitsindikatoren in den Bundesstaaten. Die jährliche Ausschüttungsverteilung der zentralen Mittel

an die Bundesstaaten erfolgt dabei relativ gleichmäßig an die Bundesstaaten (Peters et. al. 2003: 252). Dabei werden die Mittel anhand eines komplexen Verteilungsschlüssels und abzüglich der Mittel, die für nationale Programme verausgabt werden, an die Bundesstaaten verteilt. Abbildung 6.4. verdeutlicht in Verlauf des 11. Fünfjahresplanes und des Jahresplans 2012-2013 die unterschiedlichen Ausgabenniveaus der Bundesstaaten und deren Entwicklungen.

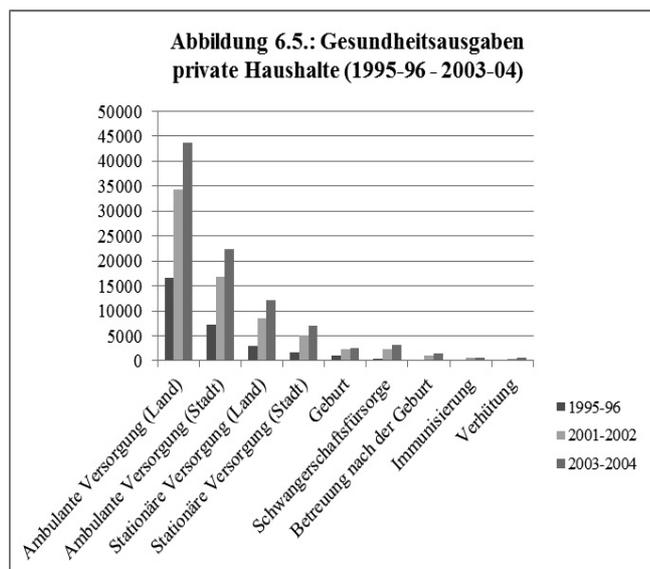


Quelle: National Health Profil 2013.

Dabei sind die verausgabten Mittel für Gesundheit in Kerala am höchsten, dicht gefolgt von denen Orissas, welches im Vergleich entsprechend der Gesundheitsindikatoren ein Effizienzdefizit aufzeigt. Als Erklärung hierfür können die Ausgaben auf den jeweiligen Verwaltungsebenen herangezogen werden. Nach Angaben der Finanz-kommission 2001 lagen in vereinzelen Staaten die Gehälter noch weit über denen auf Unionsebene (Tsujita 2005: 10). Der Anteil öffentlicher Mittel, die in das Gesundheitssystem fließen, liegt seitens des Gesundheitsministeriums auf Unionsebene bei 15 Prozent während die verbleibenden 85 Prozent von den Bundesstaaten getragen werden (Peters et. al. 2003: 252). Trotz der minimalen Schwankungen wird deutlich, dass strukturelle Investitionen hierdurch nur unzureichend erfolgen können und privaten, nicht regulierten Gesundheitsdienstleistern im Kleingewerbe<sup>86</sup> Räume eröffnet werden. Es ist viel darüber diskutiert worden, dass die öffentlichen Ausgaben der Bundesstaaten zunehmend stärker abgenommen haben und im Gegenzug die Privatisierung der Ausgaben angekurbelt wurde. Die Diskussion sollten daher

<sup>86</sup>Studien zum Thema „Medical Entrepreneurs in Indien“ sind derzeit noch nicht durchgeführt, sollten aber gerade im Zuge der Privatisierungsaktivitäten in die Querschnittsanalysen zum indischen Gesundheitsmarkt einbezogen werden.

auch um eine mögliche Begründung dieser Entwicklung aus wirtschaftlicher Perspektive ergänzt werden. Auf Seiten der Union und der Bundesstaaten müssen sich die Wirtschaftssysteme mit hohen Defiziten auseinandersetzen, in deren Folge es zu Kürzungen der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und der Transferleistungen kommt. Noch Mitte der 1980er Jahre lag das Defizit der Staaten bei 3 Prozent des BIP und verschlechterte sich auf 4 Prozent gegen Ende der 1990er Jahre. Außer in Bihar fand die Kürzung der öffentlichen Ausgaben nach einer Analyse von Tsujita (2005) in 12 von 15 Staaten schon vor 1991 statt (Tsujita 2005: 16) und stand damit nicht in einem direkten Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Liberalisierung. In Bihar setzte die Ausgabenkürzung erst 1991-92 ein, nachdem die Reformen begonnen hatten (ebenda: 16). In den politischen Programmen und Plan/ non-Plan-Ausgaben rückten die Bereiche Gesundheit und Bildung somit weit hinter das Vorhaben einer Reduzierung der Defizite.



Quelle: National Health Profil 2013.

Dieser Entwicklungstrend wurde dadurch erleichtert, dass soziale Bewegungen in vielen Bundesstaaten relativ eingeschränkt tätig waren (Tsujita 2005: 4). Außerdem konnten in den vergangenen Jahren die Steuereinnahmen in den Staaten nicht wesentlich erhöht werden, in dessen Folge auch den Staatsdefiziten nichts entgegengesetzt werden konnte. In den Entwicklungen der letzten Jahre verdrängten die non-Plan-Ausgaben als Anteil der Gesamtausgaben dabei zunehmend die Plan-Ausgaben (ebenda: 11). Die Verteilung der privaten Ausgaben für Gesundheitsversorgung, die zu 90 Prozent „out-of-pocket“ gezahlt werden, verdeutlicht Abb. 6.5.. Im Zeitverlauf zwischen 1995-1996 bis 2003-2004 haben sich die Ausgaben für die ambulante Versorgung auf dem Land mehr als verdoppelt, wobei der

Aufwärtstrends besonders in der Zeitspanne zwischen 1995-1996 und 2001-2002 auffällig ist. Eine vergleichbare Entwicklung der Ausgaben verzeichnete sich auch für die ambulante Versorgung in Städten, wenngleich auf anderem Ausgabenniveau. Eine Ursache liegt in der verhältnismäßig höheren Dichte an öffentlichen Krankenhäusern in den Städten gegenüber den ländlichen Gebieten, wodurch private Anbieter und Einrichtungen in Anspruch genommen werden müssen, deren Behandlungen in der Regel nicht kostenfrei angeboten werden. Auf niedrigerem Niveau befinden sich die Ausgaben für Geburten und Schwangerschaftskontrollmechanismen.

**Tabelle 6.3.: Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheit**

State	Percentage Share of Household Expenditure on Health and Drugs in Various States			
	Share of Health to Total Household Expenditure		Share of Drug Expenditure to Total Household Health Expenditure	
	Rural	Urban	Rural	Urban
Andhra Pradesh	6.56	4.13	72.42	71.36
Assam	2.47	4.04	70.65	68.49
Bihar	4.40	2.96	89.14	82.16
Delhi	3.34	3.34	61.83	72.69
Goa	4.28	5.16	79.19	73.87
Gujarat	5.03	4.22	63.90	69.56
Haryana	6.99	6.56	76.80	76.28
Himachal Pradesh	5.25	3.91	88.96	74.39
J&K	2.90	3.61	90.39	81.33
Karnataka	4.58	4.17	68.75	55.96
Kerala	7.79	7.15	71.83	64.05
MP	6.05	5.25	81.28	78.21
Maharashtra	7.50	5.98	68.75	59.08
Orissa	5.46	4.51	90.64	90.26
Punjab	7.66	5.60	79.47	73.90
Rajasthan	4.79	4.70	89.43	83.88
Tamil Nadu	5.80	4.45	61.41	61.44
UP	8.20	5.64	86.76	81.47
WB	4.64	4.84	72.89	67.80
All India	6.05	4.91	77.33	69.18

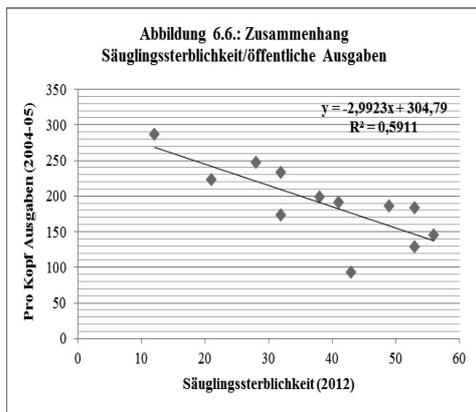
Quelle: Planning Commission, 11<sup>th</sup> Five Year Plan, Vol.2: 77.

Dies ist umso bedenklicher unter Betrachtung der Mütter- und Säuglingssterblichkeitsraten. Ein Vergleich der anteiligen Ausgaben für Gesundheit an den Gesamtausgaben der privaten Haushalte in Tab. 6.2. zeigt auch an dieser Stelle die regionalen Differenzen und die Differenzen zwischen Stadt und Land. Aufgrund der geringen Versorgungsdichte liegen die Ausgaben in ländlichen größtenteils etwas höher als in der Stadt. Die medizinische Versorgung im Sinne der ärztlichen Konsultationen ist im öffentlichen Sektor kostenfrei, in Betrachtung der Ausgaben für Medikamente liegen diese jedoch durchschnittlich zwischen 70 und 90 Prozent und sind der höchste Ausgabenposten im Gesundheitswesen. Ausreißer sind Tamil Nadu (Land) und das Umfeld von Neu Delhi mit etwa 61 Prozent.

#### 6.4.2. Zusammenhänge zwischen ausgewählten Indikatoren und Ausgaben

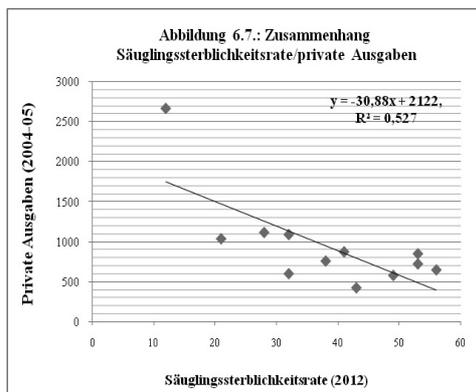
Zu den Thesen der Arbeit gehört die Annahme, dass die Legitimität in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Gesundheitszustand steht (vgl. Kapitel 2). Der Gesundheitszustand (Outcome) wiederum ist abhängig von den Gesundheitsausgaben

(Output). Um die staatlichen Aktivitäten als erklärende Variable zu operationalisieren, werden hierfür die öffentlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf und als Anteil der Gesamtausgaben herangezogen. Korrelationsanalysen unterstützen hierbei die Thesen, wiewohl diese eindeutigen Kausalitäten nur vorangestellt werden können. Wie im Einführungskapitel bereits deutlich gemacht wurde, werden die Indikatoren zur Messung des Gesundheitszustandes derart gewählt werden, dass von ihnen direkte Effekte staatlichen Handelns abgeleitet werden können. Besonders sensibel reagieren die Säuglings- und die Müttersterblichkeit auf Veränderungen im Gesundheitswesen.



Korrelationskoeffizient: **- 0,7668**

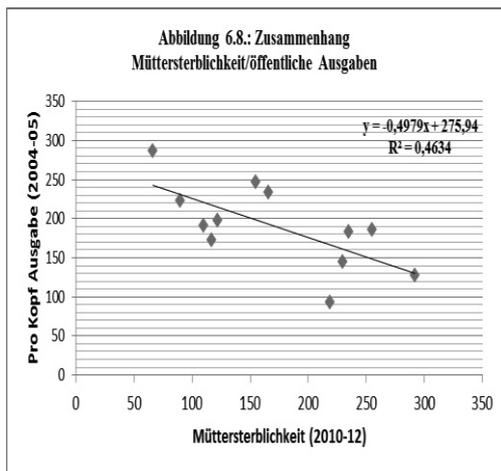
Dies zeigt sich erwartungsgemäß in den Analysen. Der Zusammenhang zwischen Säuglingssterblichkeit und öffentlichen Ausgaben (Abb. 6.6.) sowie Müttersterblichkeit und öffentlichen Ausgaben (Abb. 6.8.) liegt bei einem Korrelationskoeffizienten von -0,7668 respektive -0,6808, was für einen starken negativen Zusammenhang spricht.



Korrelationskoeffizient: **- 0,7264**

Dass der finanzielle Output, also die Mittel, die insgesamt in das Gesundheitssystem fließen, eine wesentliche Rolle spielen, verdeutlicht sich entsprechend auch an den Korrelationen hinsichtlich der privaten Ausgaben und der Säuglingssterblichkeit. Auch wenn der Korrelationseffizient mit -0,7264 (Abb. 6.7.) etwas niedriger liegt, kann angenommen

werden, dass die Gesundheitsausgaben eine signifikante Rolle in der Steuerung des Gesundheitszustandes spielen. Bei der Säuglingssterblichkeit fällt der Zusammenhang sogar noch etwas höher aus. Entsprechend der skizzierten Übersichten zu den regionalen Differenzen ist es leicht nachvollziehbar, dass die Koordinaten im linken oberen Flächenabschnitt dem Bundesstaat Kerala zugerechnet werden können, während im unteren rechten Flächenabschnitt die Bundesstaaten im Norden und Nordosten verortet werden können.



Korrelationskoeffizient: - 0,6808

Wenn der Staat nun die öffentlichen Ausgaben verringert, beziehungsweise nicht anpasst (sei dies nun nominal oder anteilig), führt dies zu einer Verschlechterung der medizinischen Infrastruktur, der Ausbildung des medizinischen und technischen Nachwuchses, denn mit wachsender Bevölkerung, durch noch immer teilweise hoher Fertilitätsrate bei höherer Lebenserwartung, steigen auch die Bedarfe an medizinischer Grundversorgung. Die finanziellen Notwendigkeiten zur Stärkung des Gesundheitssektors können nicht durch die privaten Haushalte aufgefangen werden, denn der Anteil der indischen Mittelklasse, der größtenteils private Anbieter in Anspruch nimmt, reicht nicht aus, um mit den Einnahmen den Herausforderungen entgegen zu wirken. Die Bevölkerungsgruppen in Armut können sich die medizinische Behandlung oftmals nicht leisten und partizipieren daher kaum oder nicht am Gesundheitssystem. Der Staat kann folglich nicht nur die Rolle des Regulierers einnehmen, sondern muss die Basisversorgung sichern, indem gut ausgebildetes Personal verfügbar und für die Bevölkerung erreichbar ist. Das umfasst, dass Krankenhäuser und Kliniken ausreichend ausgestattet sind, um medizinische Erstversorgung zu leisten und dass die notwendige Zusammenarbeit mit privaten Anbietern regelmäßig überwacht und kontrolliert wird. Monitoring, Kontrolle und Sanktionen müssen zudem von staatlicher Seite bereit- oder sichergestellt werden, sonst verliert das System an Glaubwürdigkeit. Je höher also die

staatlichen Pro-Kopf-Ausgaben desto niedriger die Sterblichkeitsraten. Mit einer Steigerung der öffentlichen Ausgaben wie sie die National Health Mission vorsieht, ist eine Verbesserung in den Schlüsselindikatoren erreichbar, wenn die Mittel angemessen und gezielt eingesetzt würden. Unter Abb. 6.4. kann dieser Aufwärtstrend der Ausgaben auch bereits abgelesen werden und folgt den Vorgaben des 11. Fünfjahresplanes in Kombination mit der National Rural Health Mission (vgl. Kapitel 7). In Indien werden die Ausgaben von der Planungskommission in den Fünfjahreplänen nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel festgelegt. Alle nationalen Programme erhalten eigene Mittel und werden seitens des Gesundheitsministeriums auf Bundesebene zentral eingesetzt. Zusätzlich erhalten die Bundesstaaten eigene Budgets, welche sie wiederum für Infrastrukturen und Personalmittel entsprechend ihren lokalen Schwerpunkten verteilen können. Alle Maßnahmen sind jedoch den Zielen und Vorgaben der National Health Mission und anknüpfenden Programmen untergeordnet.

Hieraus leitet sich ab, dass Gesundheit zwar individuell wahrgenommen wird und einen Subjektivitätscharakter besitzt, jedoch im Verständnis einer Gesundheit der Bürger kein „privates“ Gut sein kann, da Indikatoren wie Säuglings- und Müttersterblichkeit von einer Reihe von Faktoren des öffentlichen Raumes abhängig sind. Dieser öffentliche Raum wird unmittelbar politisch gesteuert (auch gesellschaftliche Aspekte können einer politischen Einflussnahme unterliegen), wodurch die Legitimität des Staates auch bei steigender Privatisierung der Versorgung an das Gesundheitssystem gekoppelt ist. Dies gilt nicht nur für Indien, sondern auch für eine Reihe von Staaten, in denen die Definition von Staat die Bereitstellung sozialer Dienste umfasst und, wie es im vorliegenden Fall besonders deutlich wird, die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die gesundheitliche Aufklärung und die Bekämpfung von Unter- und Mangelernährung immer noch zu den Kernaufgaben des Sozialsystems gehören. Diese Aufgaben können nicht im privaten Raum erfüllt werden, so dass die Leistungserbringung folglich nur beim Staat liegen kann, von dessen Leistungsfähigkeit schließlich Vertrauen und Legitimität abgeleitet werden können.

## 6.5. Zusammenfassung

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung, so Misra et. al. (2003), reflektiert die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems. Unter Betrachtung der in Kapitel 4 dargestellten Indikatoren zur Messung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung liegt die Vermutung nahe, dass das Gesundheitssystem in Indien über eine geringe Leistungsfähigkeit verfügt. Doch Fähigkeit ist nicht gleichzusetzen mit Potenzial. Eine der zu klärenden Fragen war daher, womit lässt sich die Diskrepanz zwischen Leistungspotenzial und Leistungsfähigkeit in Indien erklären? Welche Steuerungsprozesse stehen hinter den Ergebnissen und welche Veränderungen verzeichnete die Gesundheitspolitik seit der Unabhängigkeit? Für die Politikfeldforschung wichtig ist die Einbettung der vorhandenen Strukturen und Prozesse in die Historie des Kontextes, um ein Verständnis für den zu untersuchenden Ist-Zustand zu entwickeln. Dies ist wichtig, wenn es darum geht, valide Prognosen oder Thesen zu einem Sachverhalt zu formulieren.

Für die Entwicklung des gesamten Subkontinents bedeutsam war die Durchdringung des politischen und gesellschaftlichen Lebens durch die Kolonialmächte. Einer der wichtigsten Meilensteine war die Einführung der Präventionspolitik unter den Briten, die zwar zunächst nur exklusiv und selektiv behandelten, aber durch die Erkenntnisse und die Bedeutung des Public Health auch dieses Verständnis auf den Subkontinent brachten. Hierdurch wurde auch die Frage aufgegriffen, wer zu dieser „Öffentlichkeit“ gehört und wer die Aufgabe hat, dafür Sorge zu tragen, dass Gesundheit kein exklusives Phänomen bleibt.

Der medizinische Pluralismus zwischen Ayurveda, Unani und Allopathie hätte sich demnach ohne deren Einfluss wohl kaum derart entwickelt und dadurch die Beziehung zwischen Arzt (Medizin-Mann oder Heiler) und Patient als politische Komponente von Staat und Bürger gleichgesetzt. Mit der neuen demokratischen Struktur wurde auch die Medizin bzw. das Heilen „verstaatlicht“ und dies nicht ausschließlich im sozialistischen Betriebsverständnis, sondern vielmehr als Idee eines auf Legitimität beruhenden abstrakten Systems, welches über die Festlegung rechtlicher Rahmenbedingungen und der Gestaltung des politischen Alltags, die Heilung von Krankheiten systematisch steuert und somit den Gesundheitszustand als abhängige Variable bestimmt.

Die Empfehlungen der bereits vor der Unabhängigkeit eingesetzten Bhore Commission schufen dabei die Grundlage des heutigen Gesundheitssystems und markieren bis heute den systematischen Neubeginn der Gesundheitsversorgung nach der Unabhängigkeit. Gesundheit ist bis heute jedoch nicht als Grundrecht in der Verfassung festgeschrieben. Die „Directive

Principles of State Policy“ (Art. 47) weisen gewisse Richtlinien hinsichtlich der Ernährungsstandards und öffentlichen Gesundheit gegenüber den Bundesstaaten aus, aber wie diese umgesetzt werden, unterliegt der föderalen Grundstruktur in Erweiterung durch die Stärkung des Panchayati Raj Systems. Ziel ist es, den partizipativen Ansatz zu fördern und den regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Anpassung an lokale Herausforderungen im Bewusstsein differenzierter Funktionalitäten stärkt den demokratischen Prozess, während zeitgleich die Maßnahmen mit den anvisierten nationalen Zielen synchronisiert werden. Die Dualität von Policy-Formulierung und Policy-Implementation in der Ausprägung regionaler Diversität ergibt sich aufgrund der Ausgestaltung des politischen Systems und der Definition von Zuständigkeiten für bestimmte Politikfelder. Inhaltlich sind die Zielvorgaben der National Health Mission 2015 nicht weit entfernt von den Empfehlungen der Bhore Commission 1946. Der maßgebliche Unterschied besteht in der systematischen Ausdifferenzierung und Abstimmung in Form von Anpassung und Synchronisierung der jeweiligen Modelle und nationalen Programme an ausgewählten Schwerpunktthemen, Zielgruppen und Herausforderungen durch die Modernisierung und Veränderung des Gesamtsystems. Von einem Politikwandel kann jedoch erst ab 2005 mit Einführung der National Rural Health Mission und später der National Health Mission gesprochen werden und dies auch nur im Zusammenhang mit den Outputs in Form einer graduellen Steigerung der Ausgaben für den Gesundheitssektor und der Intensivierung der parlamentarischen Debatten. Die maßgeblich beeinflussenden Strukturen wie die Fünfjahrespläne und die Vorgaben der Planungskommission blieben jedoch von den Veränderungen unberührt. In Bezug auf die Abhängigkeiten zwischen den ausgewählten Indikatoren und den Outputs kann die neue Ausgabenpolitik wie sie mit der National Health Mission angestrebt wird, als relevant erachtet werden, wenngleich die Verteilung zwischen Union und Bundesstaaten derart ungleich ist, dass nicht zu erwarten ist, dass die Säuglings- als auch die Müttersterblichkeit in naher Zukunft die Zielwerte erreichen werden. Das Politikfeld Gesundheit ist in Indien sowohl hierarchisch als auch autonom gesteuert. Die vorherrschende Hierarchie umfasst dabei die Zielsetzung und Synchronisierung nationaler Programme und die Ausgabenverteilung sowohl auf den Gesundheitssektor als auch in die Bundesstaaten, die in autonomer Eigenregie den festgezurrteten Zielvorgaben nachkommen müssen. Die Verfassung hat hierfür die jeweiligen Verantwortlichkeiten verankert, jedoch ohne ein Recht auf Gesundheit festzuschreiben. Die bisherigen Auslegungen bestehender Artikel in der Verfassung verweisen zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf diese Debatte und die Bedürfnisse der Bevölkerung werden wachsen, so dass das System langfristig sowohl

hinsichtlich einer menschenrechtlichen Debatte als auch hinsichtlich der Fragestellung nach dem Nutzbarkeit des Humankapitals Lösungen finden muss. Die Strukturen seit der Einführung der National Rural Health Mission 2005 sind ein Anfang, jedoch sind die Implementationsprozesse noch zu abhängig vom Willen der Elite in den Dörfern, den infrastrukturellen Ressourcen und der Aufklärungsarbeit gerade in ländlichen Gebieten.

## **7 Gesundheitsreform: Neue Ansätze der Steuerungspolitik im Gesundheitssektor**

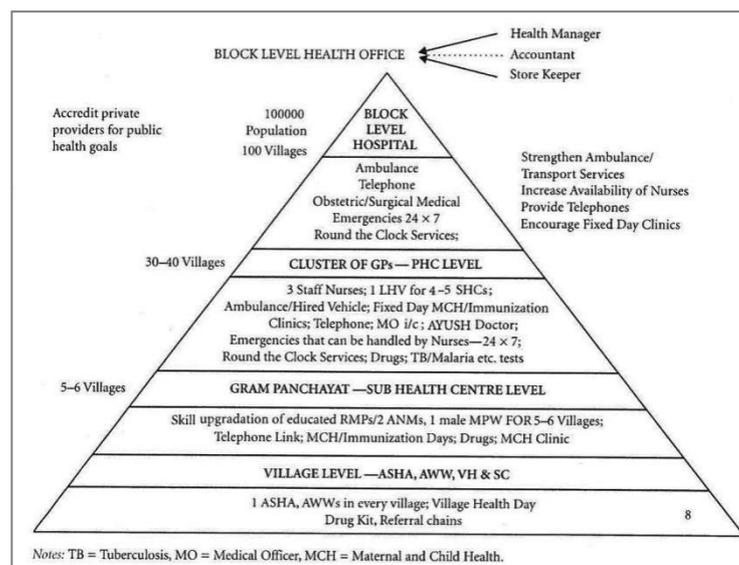
Die ideologische Modernisierung sowie die unmittelbare Offenheit gegenüber der Dringlichkeit einer Vielzahl medizinischer und demographischer Herausforderungen markiert ein wesentliches Moment in der Chronologie gesundheitsrelevanter Entscheidungen und ist in ihrer Komplexität der Implementationsstrukturen bis zu diesem Zeitpunkt einzigartig in Indien. Der Formulierung der National Health Mission 2013 als maßgebende, neue Komponente der Gesundheitspolitik ging die 2005 vom Kabinett beschlossene Einführung der National Rural Health Mission voraus: „Recognizing the importance of Health in the process of economic and social development and improving the quality of life of our citizen, the Government of India has resolved to launch the National Rural Health Mission (NRHM) to carry out necessary architectural correction in the basic care delivery system“ (NRHM 2005). Aufgrund der zweiteiligen Systemstruktur des indischen Gesundheitssektors wurde 2012 eine zweite auf den städtischen Bereich zugeschnittene National Urban Health Mission verabschiedet. Der ländliche Raum umfasst in Indien etwa 640.903 Dörfer mit einer Bevölkerungszahl von über 740 Millionen (National Health Profil 2013). Bis zur Einführung der NRHM konnte die ländliche Gesundheitsstruktur des öffentlichen Sektors als dreistufige Versorgungspyramide konstituiert werden und wurde unter der bereits bestehenden Berücksichtigung der Anzahl an Einrichtungen, des Einzugsgebietes potenzieller Patienten sowie der Behandlungsmöglichkeiten und medizinischen Ausstattung der Einrichtungen lediglich um eine vierte Stufe erweitert.

### **7.1. Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens nach 2005**

Entsprechend der derzeit geltenden Vorgaben bilden die Block Level Hospitals (auch Community Health Center, CHC) mit einer Versorgungsstruktur von 120.000 Einwohnern beziehungsweise 100 Dörfern die Pyramidenspitze. Der Umfang an Dienstleistungen umfasst hier eine Notfallambulanz, Telefon, Gynäkologie, Chirurgie, 24-Stunden Dienst und Transportdienstleistungen sowie höhere Verfügbarkeit von Krankenschwestern und Pflegepersonal. Die nächst untere Versorgungsstufe bilden die Primary Health Center (PHC) mit einer Versorgungsleistung von 30-40 Dörfern (etwa 30.000 Einwohnern) und einer Grundausstattung bestehend aus drei ausgebildeten Krankenschwestern, einer weiblichen Gesundheitsassistentin für 4-5 SHCs, 4-6 Betten, einer Ambulanz mit Krankenwagen, einem festen Tag zur Mutter- und Kinderversorgung mit Impfdienst, Telefon, ein AYUSH Facharzt,

24 Stunden Notfallversorgung durch Krankenschwestern, sowie Medikamentenausgabe und Tuberkulose - und Malariaschnelltests. Die PHCs bieten hierbei sowohl kurative, präventive als auch Familienwohlfahrtsdienste (Planning Commission, 11<sup>th</sup> Five Year Plan 2007-2012: 65). Auf ein PHC kommen 6 Subcenter (SC) als deren Überweisungseinheit. Zum medizinischem Personal gehören ein männlicher Gesundheitshelfer und eine weibliche Gesundheitshelferin (Auxiliary Nurse Midwife, ANM), die speziell als Hebamme ausgebildet wurde. Zum Aufgabenbereich der SC gehören die Mutter- und Kinderversorgung, Ernährung, Impfschutz, Behandlung von Durchfallerkrankungen und Umsetzung von Programmen zur Kontrolle übertragbarer Krankheiten (Ranagariya 2008: 417). Bis zur Einführung der NRHM stellten die Gram Panchayat – Subcenter mit einem Betreuungsumfang von 5.000 Patienten im Flachland und 3000 Patienten in Stammes- und Hügellgebieten – den institutionellen Erstkontakt zwischen Patient und Gesundheitssystem dar.

**Abbildung 7.1.: Struktur der Gesundheitsversorgung auf dem Land**



Quelle: Planning Commission, 11<sup>th</sup> Five Year Plan, Vol. 2: 65.

Mit Einführung der NRHM wurde eine vierte Stufe im Gesundheitssystem auf Dorfebene eingeführt, die nun den Erstkontakt zwischen Patient und Gesundheitssystem darstellt. Besondere Einrichtungen umfassen die Accredited Social Health Activists (ASHA), Anganwadi Worker (AWW) und ein Village Health Committee (VHC). Mit der Einsetzung der übergeordneten National Health Mission bleibt diese Struktur bestehen. Für Städte unter einer Bevölkerungsgröße von 50.000 soll diese Struktur ebenfalls Anwendung finden. Für Städte und Megacities mit höheren Einwohnerzahlen gelten die Vorgaben der National Urban

Health Mission. Diese Lokalität der Versorgungssichtbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit dient letztlich auch der staatlichen Anerkennung als gesundheitlich-legitimen Akteur.

### 7.1.1. Hintergründe: Defizite der Infrastruktur

Abb. 7.1. zeigt die hierarchische Struktur des Dreistufensystems nach Größe der zu versorgenden Bevölkerung. Entsprechend den Angaben des 11. Fünfjahresplanes (2007-2012) besteht trotz der Investitionen in die medizinische Infrastruktur ein erheblicher Mangel auf allen Versorgungsebenen. Laut Planning Commission (2008) belief sich die Zahl an CHCs auf 3910, der PHCs auf 2269 und der Subcenter auf 144.998. Hinsichtlich der vorhandenen Institutionen ist das vom MHFW ermittelte Defizit im Bereich der sekundären und tertiären Versorgung am größten und liegt bei den CHC 40.9 Prozent und bei PHCs bei 18.5 Prozent gegenüber den Notwendigkeiten der entsprechenden Bevölkerungsanteile. Bei den Subcentern lag das Defizit bei 13.2 Prozent (Bulletin of Rural Health Statistics in India 2006, in: Planning Commission 2008: 65). Hinzu treten in den vorhandenen Einrichtungen die Defizite an medizinischem Personal und einer Reihe unbesetzter Arbeitsstellen, was unweigerlich Auskunft erteilt über die (Un-) Attraktivität des öffentlichen Gesundheitssektors als Arbeitgeber. Insbesondere Fachärzte zieht es in die private Gesundheitsversorgung, so dass im öffentlichen Sektor in den CHCs ein Defizit von 60.2 Prozent ermittelt wurde. Im Bereich der männlichen Health Worker und Multipurpose Worker liegt der Bedarf in den Subcentern bei 51.5 Prozent, bei den weiblichen Health Assistants und Lady Health Worker bei 10.9 Prozent in Subcentern in PHCs. Auf Ebene der PHC liegt das Defizit an männlichen Health Assistants sogar bei 31.6 Prozent. Ein Beispiel für die Zentralisierung des Gesundheitssektors sind die Strukturen der PHCs, die uniform in allen Bundesstaaten aufgestellt sind und nicht an lokale Bedingungen geknüpft werden. So wird beispielsweise kritisiert, dass ungeachtet der jeweiligen Geburtenrate immer die gleiche Zahl an ANM in den PHCs und SC vorhanden ist (Radwan 2005). Ein größeres Problem jedoch stellt die Abwesenheit des leitenden medizinischen Personals dar, welches zumeist selbst private Einrichtungen betreiben und nur unregelmäßig in den öffentlichen Einrichtungen zur Verfügung stehen oder Absprachen mit einhalten (ebenda).

Im 11. Fünfjahresplan (Planning Commission 2008: 67) wurden daher folgende Hindernisse für die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitssystems konkretisiert:

- Nichtbeachtung lokaler Bedarfe durch starke zentralisierte Planungsorientierung
- Orientierung der Institutionen an Bevölkerungsnormen

- Fragmentierte krankheitsspezifische Versorgungsansätze bei der Formulierung und Umsetzung „isolierter“, vertikaler technologisch-zentrierter Programme
- Unflexibles Finanzierungsgerüst mit wenig Spielraum für Innovationen
- Dysfunktionale Infrastruktur im Gesundheitswesen mit unzureichender personeller Ausstattung und Vernachlässigung der Einbindung lokaler Dienstleister
- Nichtfestlegung nationaler Gesundheitsstandards
- Außerachtlassung sekundärer Faktoren (Trinkwasserversorgung, Abwasser, Ernährung)

Durch die Entwicklungen des Arzneimittelmarktes ist nicht überraschend, dass das Defizit verfügbarer Pharmakologen in PHCs und CHC mit 16.5 Prozent (Planning Commission 2008: 66) verhältnismäßig gering ausfällt. Besonders hervorzuheben ist hierbei immer die regionale Komponente und das diffuse Bild der Gesundheitsversorgung, welches in den nationalen Zahlen nicht abgebildet wird. So können etwa in Bundesstaaten des Nordostens die Defizite höher angesetzt werden, da die Zahlen durch besonders positive Trends im Süden des Landes teilweise aufgehoben werden.

#### 7.1.2. Folgen des Defizits

Als Folge der Ermangelung medizinischen Personals und der damit einhergehenden Unterversorgung im öffentlichen Sektor sind viele Patienten auf die Angebote des privaten Sektors angewiesen, so dass dieser Sektor insbesondere nach der Liberalisierung der indischen Wirtschaft deutlich an Zuwuchs gewonnen hatte. Ein Prozess, der sich jedoch auch schon vor 1991 abzeichnete. So fiel Radwan (2005) zufolge der Anteil der Patienten, die für eine Behandlung Einrichtungen des öffentlichen Sektors aufsuchten, zwischen 1985-86 und 1995-96 von 32 Prozent auf 26 Prozent in ländlichen Gebieten und von 30 auf 17 Prozent in den Städten. 1996 wurden bereits 54 Prozent der Krankenhausaufenthalte auf dem Land und 70 Prozent in den Städten dem privaten Sektor zugerechnet (ebenda). Einer Studie im Auftrag der Weltbank zufolge nehmen die stationären Aufenthalte sowohl im privaten Sektor als auch im öffentlichen Sektor zu, wenngleich das Wachstum im privaten Sektor höher ausfällt. Zudem kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Bereich der stationären Aufenthalte besonders die Bevölkerungsgruppen der oberen Einkommensklassen begünstigen. Ambulante Versorgungen erfolgt zunehmend (82 Prozent) in privaten Einrichtungen. Im Bereich der tertiären Behandlungen sind sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen einkommensunabhängig (Mahal et. al. 2001).

Besonders bedenklich werden diese Zahlen, wenn zusätzlich berücksichtigt wird, dass viele sogenannte Landärzte und Krankenhäuser ohne Lizenzen oder Registrierungen Patienten behandeln, oftmals ohne diagnostische Fähigkeiten oder ausreichende Dienstleistungen (Panagariya 2008: 422).

Die Betrachtung der indischen Gesundheitspolitik seit der Unabhängigkeit bis zur Übernahme der Regierungstätigkeit der UPA-Koalition 2004 erlaubt den Schluss, dass der Thematik zwar stets eine durchaus hohe Relevanz nachzuweisen war, jedoch kaum übergreifend Ressorttätigkeiten aufeinander abgestimmt wurden und keine auf die jeweiligen regionalen, lokalen, sozioökonomischen Bedürfnisse angepassten Strategien vorhanden waren. Die Bundesstaaten wurden zentral mit Mitteln zur Aufrechterhaltung einer Grundversorgung ausgestattet, deren Umfang sich jedoch stetig verringerte. Gleichzeitig verfestigten sich die demokratischen Strukturen im Land, das Parteiensystem entwickelte sich von der Ein-Partei-Dominanz der Kongresspartei hin zu einem Multiparteiensystem mit zunehmender Partizipation und Relevanz der Regionalparlamente. Wachsende Demokratisierung ist der Baustein der Legitimität. Wie andere Politikfelder hat auch der Bereich der Gesundheitspolitik in Indien unter der Führung der Kongresspartei neue Konturen erhalten. Ausgehend von der National Rural Health Mission (2005-2012) bis zur Formulierung der aktuellen National Health Mission (2012-2017) vergingen jedoch sieben Jahre, in denen die neuen Strukturen Fuß fassen sollten, um letztlich in einen umfassenden Ziel- und Maßnahmenkatalog zusammengefasst zu werden. Die indische Führung setzte dabei auf das Prinzip einer Spiralwirkung des Kernkonzeptes bis hin zu einem übergreifenden Dachkonzept. Die entstandenen Redundanzen zwischen National Health Mission, National Rural Health Mission und National Urban Health Mission sind durchaus gewollt und verweisen auf die Weiterentwicklung und das „Puzzling“ der einzelnen Elemente, in deren Zusammenfügung sich die Gesundheitspolitik im neuen Gewand zeigen will. Die Formulierung und landesweite Einführung der National Rural Health Mission war der zentrale Ausgangspunkt der neuen Steuerungssystematik der Gesundheitspolitik basierend auf den Merkmalen Strukturwandel, Flexibilität, regionale Individualität sowie Synchronisation und wird dementsprechend in chronologischer Reihenfolge zuerst skizziert. Darauf folgt die Darstellung der National Urban Health Mission und die Zusammenführung beider Sub-Missionen in der National Health Mission.

### 7.1.3. Grundlagen: Primary Health Care

Während die Steuerungen des Gesundheitssektors unmittelbar nach der Unabhängigkeit überwiegend von vertikalen Programmen geprägt waren, deren Fokus sich auf eine flächendeckende Bekämpfung von Infektionskrankheiten richtete, vollzog sich auch in Indien nach der Alam Ata-Konferenz 1978 der weltweit geforderte Wandel zur Einführung und Umsetzung des „Primary Health Care“. Ein Konzept, welches trotz aller Reformen im Gesundheitssektor noch immer Bestandteil der gesundheitspolitischen Ausrichtung ist. So gehört der Ausbau des primären Gesundheitsversorgungsystems auch in der NRHM zu den führenden Kernprinzipien (MOHFW 2013).

Eine maßgebliche Ursache für einen Großteil der Erkrankungsfälle in benachteiligten Ländern und sensiblen Regionen liegt in der Verhinderung mittelbarer Gesundheitsrisiken und Krankheitsursachen, die auch als primäre Prävention bezeichnet wurden (Diesfeld 1997: 2). Diesem Bereich zugeordnet werden Hygiene, Mikrobiologie, Epidemiologie und klinische Forschung, wodurch eine Aufklärung über natürliche und soziale Verursachungsketten von Krankheiten möglich wurde. Maßnahmen der Präventivmedizin erhielten infolgedessen eine besondere Bedeutung. Um Benachteiligungen und Versorgungsproblemen entgegen zu wirken, wurde ein Konzept entwickelt, welches kurative Maßnahmen und Prävention sowie Individual- und Bevölkerungsmedizin zusammenführen konnte. Das 1978 aufgestellte Konzept der „Primary Health Care“ ist noch heute für viele Entwicklungsländer die Grundlage gesundheitspolitischer Steuerung und bildet in Indien den ideologischen Ausgangspunkt sämtlicher Gesundheitsplanungen. Die Elemente des PHC-Konzeptes sind zudem für die Politik wesentliche Säulen, um durch die mit der NRHM eingeführten Maßnahmen lokal transparent und nachvollziehbar umzusetzen. Wenngleich es in Indien im Unterschied zu den Verteilungen und Gruppierungen der 1970er und 1980er Jahre deutliche, funktionale Verschiebungen und Verlagerungen der Verantwortlichkeiten der Dienstleistungen gegeben hat. So sind etwa Familienplanung, Mutter- und Kinderfürsorge sowie die Prävention und das Monitoring übertragbarer Krankheiten teilweise auf lokale Ebene des Panchayat verschoben worden (vgl. Tab.7.1).

Die Grundlagen des Konzepts fußten damals – und sie bestehen teilweise auch noch heute – auf der ernüchternden Erkenntnis, dass 25 Jahre nach der Gründung der WHO noch immer immens hohe Infektionszahlen Sterblichkeitsraten in den Entwicklungsländern verursachen. Als mögliche Ursachen galten Unterentwicklung, niedrige Produktivität, hohe Arbeitslosigkeit, mangelhafte Ausbildung, fehlende moderne medizinische Versorgung und Mangelernährung

(Diesfeld 1997: 44). Für eine gesundheitliche Versorgung sollten daher die sozialen, politischen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen deutlicher in den Vordergrund gerückt werden. In Anlehnung an die so genannte „Armutsspirale“ kann dieses Konzept nur wirksam werden, wenn die gesamte Entwicklung des Landes auf allen Ebenen (Humanökologie, mittelbare Krankheitsursachen, Krankheitskomplexe) erfasst wird. Zugleich können diese Ebenen auch als Determinanten von Gesundheit und Krankheit verstanden werden, die durch primäre Prävention (Grundbedürfnisstrategie), sekundäre Prävention (Hygiene, Prophylaxe, Vorsorge, Gesundheitserziehung, kurative und rehabilitative Medizin) und die sozialpolitische und wirtschaftliche Entwicklung beeinflusst werden (Diesfeld 1984: 12). Das Prinzip der „Primary Health Care“ sollte allen Bürgern einen Gesundheitszustand ermöglichen, der es ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. „The Conference strongly reaffirms that health [...] is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector“ (WHO 1978). Die aktive Partizipation der Bürger sollte als Schlüssel zur Verbesserung des Gesundheitszustandes fungieren. „The people have a right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care“ (ebenda). Das Ideal „Health for the people“ sollte umgewandelt werden in ein „Health by the people“. Die lokale Ebenen, wie Kommunen, Gemeinden, Städte und sollten mehr Befugnisse und Eigenständigkeit erhalten. Die geforderte Dezentralisierung der Strukturen war auch eine notwendige Forderung für die Kostenminimierung im gesamten Gesundheitssektor. Diesfeld (1997) gruppierte die verschiedenen Elemente des „Primary Health Care“ in drei Bereiche (Tab. 7.1.). Die Prinzipien und Elemente einer dezentralen Basisgesundheitsversorgung finden sich in Indien schon unmittelbar nach der Unabhängigkeit in der ersten Gesundheitsgesetzgebung (Diesfeld 1997: 49). Die generelle Umsetzung des „Primary Health Care“ war jedoch mit vielerlei Hürden verbunden, was in erheblichen Ergebnisdifferenzen zwischen den Ländern resultierte. Ein weiteres Problem bestand auch in der Partizipation der Bevölkerung, die nicht in allen Bundesstaaten in gleichem Maße ausgeprägt war. Die Vorstellung einer Beteiligung der Bevölkerung an der Kontrolle und Machtausübung schürte den Widerstand der professionellen Gruppierungen und der Administration gegen die notwendige Reorganisation der Gesundheitsstrukturen, der Aufgabenbereiche und der Ausbildungsmöglichkeiten (Kromberg 1984: 171). Die Entwicklungen der vergangenen Jahre zeigen Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung. Trotzdem müssen sich die Gesundheitssysteme vielmehr

noch in Bezug zur Bevölkerung entwickeln. Diesfeld (1997) verwies in diesem Zusammenhang zudem deutlich auf die Rolle der Verwaltung, welche als wichtige Voraussetzung für ein Funktionieren der Basisgesundheitsversorgung eine zentrale Position einnimmt. Die Umsetzung der Empfehlung der Alma Ata-Konferenz fiel zu Beginn in die Regierungszeit der Janata Party, die nach Beendigung der „Emergency Rule“ (1975-1977) die folgenden Neuwahlen gewann. Unter Ausschluss der Bundesstaaten entwickelte der neue Gesundheitsminister zusammen mit verschiedenen Entwicklungshilfeorganisationen ein neues Gesundheitskonzept, dessen Konturen dem „Primary Health Care“-Konzept entnommen wurden. Unter dem Schlagwort „People`s Health in People`s Hand“, wurde schließlich das „Community Health Volunteer Scheme“ (CHV-Scheme) als neue Personalstruktur in der Gesundheitspolitik eingeführt (Greinacher 1989: 31). Parteiinterne Machtkämpfe in der Janata Partei blockierten jedoch weitere Reformmaßnahmen. Das „CHV-Scheme“ war dennoch ein grundlegend neuer Ansatz der Gesundheitspolitik, welches auch nach der Parlamentswahl 1980 von der Kongresspartei übernommen wurde, um den Verpflichtungen der Deklaration von Alma Ata nachzukommen.

**Tabelle 7.1.: Elemente des „Primary Health Care“**

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erziehung zur Erkenntnis, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme</li> <li>➤ Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung</li> <li>➤ Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen</li> </ul>	<p>Intersektoraler Bereich (primäre Prävention)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mutter- und Kindgesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung</li> <li>➤ Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten</li> <li>➤ Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Krankheiten</li> </ul>	<p>Präventivmedizin (integrierte oder vertikale Programme)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form</li> <li>➤ Versorgung mit essentiellen Medikamenten</li> </ul>	<p>Kurative Medizin (Dorfebene)</p>

Quelle: eigene Darstellung nach Diesfeld (1997).

Die neuen CHV sollten als Bindeglied zwischen Gemeinde und PHC fungieren. Zu ihren speziell ausgebildeten Aufgaben gehörten die Malariaversorgung- und Vorsorge, Hygiene, Impfungen, erste Hilfe, Ernährung, Abwasserentsorgung, Familienplanung und Behandlung einfacher Krankheiten. Funktional unterstanden sie dem (staatlichen) PHC, waren jedoch trotzdem keine Staatsangestellten (Greinacher 1989: 32), wodurch sie selbst keine Sozialversicherung besaßen. Übernommen wurde das CHV-Scheme von allen Staaten bis auf Kaschmir, Kerala und Tamil Nadu, die trotzdem das „Primary Health Care“-Konzept unterstützten. In der praktischen Umsetzung zeigte sich bald eine starke Einflussnahme der Eliten und lokalen Machthabern, welche die Vorsätze des Konzepts meist ignorierten oder die Auswahl der CHVs bestimmten. Durch die Sozialstruktur in den Dörfern wurde zudem meist nur den reichen Bauern eine adäquate Nutzung der Gesundheitsprogramme ermöglicht, während darüber hinaus die Ausbildung der CHV gering geschätzt wurde und diese anschließend in einer großen Abhängigkeit der PHC und der örtlichen Elite standen (Greinacher 1989: 49). Die Einsetzung der CHVs wurde daher nicht als staatliches Gesundheitskonzept wahrgenommen, sondern als weiterer Abgrenzungsmechanismus der ländlichen Elite. Diese Exklusivität der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten war maßgeblich verantwortlich für die Problematik der Umsetzung des „Primary Health Care“-Konzeptes. Ein weiterer Grund war der Mangel in der Partizipation der Bevölkerung an der eigenen Gesundheitsversorgung. Der Studie Krombergs (1984) folgend, lag eine Ursache im Widerstand der machthabenden Gruppierungen und der Administration gegen die notwendigen Reorganisationen der gesundheitlichen Strukturen, Aufgabenbereiche und Ausbildung, da sie eine weitere Beteiligung der Bevölkerung an der politischen Kontrolle und Machtausübung befürchteten. Die Praxis der „Primary Health Care“ blieb so nur beschränkt auf die primäre medizinische Versorgung der peripheren Gebiete (Kromberg 1984: 171). Eine Art Renaissance erlebte das „Primary Health Care“-Konzept mit Einführung der National Rural Health Mission.

## 7.2. National Rural Health Mission

Die National Rural Health Mission (NRHM) war ein Bestandteil des übergeordneten Common Minimum Programm, welches im Mai 2004 durch die UPA-Regierungskoalition eingebracht und vom Parlament verabschiedet wurde. Die NRHM wurde nachträglich und parallel zum 10. Fünfjahresplan eingeführt und hatte erhebliche Auswirkungen auf die späteren politischen Strukturen und Prozesse in der Gesundheitspolitik. Integraler Bestandteil des Programms war

auch die Einführung eines Versicherungssystems für die Gesundheitsversorgung. Wie aus Tabelle 7.2. hervorgeht, gab es in der Geschichte der indischen Gesundheitspolitik bereits eine Vielzahl von Programmen im Gesundheitssektor. Erkennbar ist zudem die Dichte an strategischen Programmen und Maßnahmen ab 2004. Als Formulierungs- und Umsetzungsgrundlagen dienten der NRHM die 1983 und 2002 formulierten National Health Policies. Die ursprüngliche Laufzeit der NRHM von 2005 bis 2012 wurde bis 2017 verlängert und reicht damit über die Zielperiode 2015 der Millennium Development Goals (MDG) hinaus. Der abgedeckte Zeitraum erstreckt sich dadurch vom zehnten bis zum 12. Fünfjahresplan (2012 – 2017) (Bajpai et al. 2010: 6) und ist damit integraler Bestandteil des Planungsprozesses von drei aufeinander folgenden Fünfjahrespläne.

**Tabelle 7.2.: Wichtige Policies im Zeitverlauf**

Zentrale Gesundheitsprogramme	Jahr	Partei
Central Government Health Scheme	1954	INC
Integrated Child Development Service	1975	
National Health Policy (I)	1983	
Universal Immunisation Programme	1985	
National Illness Assistance Fund	1997	Janata Dal
National Health Policy (II)	2002	BJP
National Common Minimum Programm	2004	UPA
National Rural Health Mission	2005	
School Health Programme	2005	
Food Safety and Standards Authority	2006	
National Population Stabilisation Fund	2007	
Cash Incentive Scheme	2008	
National Health Insurance Scheme	2008	
National Urban Health Scheme	2013	
Child Health Screening and Early Intervention Services	2013	
National Health Mission	2013	

Quelle: MOHFW (2014).

Übergeordnetes Ziel der 2005 durch die Regierungskoalition der UPA eingeführten National Rural Health Mission sind die (Aus-) Bildung und Förderung der Kapazitäten im Gesundheitsmanagement hinsichtlich der eigenständigen Kontrolle und Bewirtschaftung von

Gesundheitsstrukturen auf Ebene des Panchayat Raj (Bajpai et al 2010). Diesem Prozess der Dezentralisierung von „Basisgesundheitsleistungen“ kann ein hohes Problemlösungspotenzial unterstellt werden, denn er (1) nutzt bestehende Machtverhältnisse und Autoritäten auf unmittelbar erfahrbarer politischer Ebene und überträgt (2) neue Formen und Inhalte der Verantwortlichkeit auf traditionelle Strukturen. Im Sinne der Policy-Analyse von „who get’s what when and how“ verändert sich zunächst kaum etwas an der Zielgruppe und den Gesundheitsleistungen. Vielmehr soll eine breitere Versorgungsdichte geschaffen werden, die autonomer als bisher entsprechend den jeweiligen regionalen Bedürfnissen aufgebaut werden. Es geht demnach um die Veränderung des Steuerungsprozesses und die strukturelle Verlagerung von Gesundheitsdienstleistungen des staatlichen Sektors auf die lokale Ebene. Ein Prozess, den der private Gesundheitssektor bereits seit einer Dekade massiv verfolgt – mit erheblich negativen Auswirkungen gerade für benachteiligte Regionen und Bevölkerungsgruppen. Der öffentliche Sektor sah sich im Sinne des politischen Inputs gefordert, denn das eigene Humankapital kann nicht mehr nur in städtischen Ballungsregionen gestärkt werden. Ebenso gibt es in den Städten eine Vielzahl an Personen, für die trotz der Nähe zu Gesundheitseinrichtungen diese unerreichbar sind.

Der private Sektor als scheinbar geeignete Versorgungsalternative in Regionen, die von staatlichen Gesundheitsstrukturen nicht abgedeckt werden können, bleibt nicht nur hinsichtlich der notwendigen Eigenleistung der privaten Haushalte zu hinterfragen, sondern auch aufgrund des Kontroll- und Regulierungsverlustes über die einzelnen Gesundheitsmaßnahmen und der zu verlierenden Sichtbarkeit des Staates als verantwortliche Institution und dem damit einhergehenden Legitimationsverlustpotenzials.

Maßgebliche Charakteristika des privaten Sektors (sowohl non-for-profit als auch for-profit) sind dessen durchaus vorteilhafte „Streuung“ und „Kleinteiligkeit“. Dieses Verteilungs- und Versorgungsmuster dient nun auch der NRHM als Vorbild aber unter grundlegend zu unterscheidenden Gesichtspunkten. Das dabei wichtigste Merkmal ist die übergeordnete Mission mit einem klar definierten Ziel. Die NRHM wurde bewusst nicht als Programm sondern als Mission formuliert. Dies kann interpretiert werden als eine Art „Gesundheitsbotschaft“, die weit über die bloße Veröffentlichung eines Programmes hinaus geht, um neben der Verbesserung des Gesundheitsstatus‘ das Bewusstsein für Gesundheit zu stärken und durch die stärkere, vertikale Verlagerung der Verantwortlichkeiten auf öffentliche Strukturen im Panchayatsystem, die „metaphysische“ Verbindung zwischen Gesundheit und Staat wieder erkennbar werden zu lassen. Dies ist eine weitere Besonderheit des Landes, denn trotz des neoliberalen Staatskonzeptes fügen sich sozialpolitische Ansätze und multiple

Regionalstrukturen und – prozesse zu einem übergeordneten Mosaik der Gesundheitsversorgung zusammen. Damit eine Abkopplung und ein noch stärker ausgeprägter „Gesundheitsföderalismus“ im Sinne wachsender Differenzen zwischen Nord und Süd, sowie Ost und West vermieden werden, einigen sich alle an der NRHM teilnehmenden Bundesstaaten vertraglich im Rahmen eines Memorandum of Understanding mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Familienwohlfahrt auf die Einhaltung und Erreichung nationaler Gesundheitsstandards. Somit muss die in Kapitel 5 vorgestellte idealtypische Prozessfolge von Output und Outcome für die jeweiligen Bundesstaaten regionalspezifisch modifiziert werden.

### 7.2.1. Governance-Reform im Gesundheitssektor

Um politische Programme umzusetzen, ist es unabdingbar, konkrete Maßnahmen und Instrumente zu formulieren oder gegebenenfalls neu einzuführen. In der Politikfeldanalyse werden diese operativen Mittel den erwarteten Zielen und Programmvorhaben gegenübergestellt und ausgewertet, um beispielsweise Zielvorhaben und tatsächliche Ergebnisse gegenüberzustellen. Die politische Steuerung im indischen Gesundheitssektor durchlief seit der Unabhängigkeit verschiedene Phasen mit jeweils unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten. Die National Rural Health Mission (NRHM) fügt sich hierbei zwar in das Geflecht politischer Umstrukturierungen ein, trotzdem stellt dessen Umfang, Strukturierung und Grad der Konkretisierung eine Besonderheit der indischen Gesundheitspolitik dar. Gestützt durch dessen Erweiterung der National Health Mission 2013. Die 2005 vom Parlament unter der politischen Führung der Kongresspartei verabschiedete NRHM wurde mit der Zielsetzung formuliert, die bestehenden Strukturen in der Basisgesundheitsversorgung zu korrigieren, um die Lebensqualität der Bürger zu verbessern und der ökonomischen wie sozialen Entwicklung die notwendigen Grundlagen zur Verfügung zu stellen. Die erwähnten „[...] necessary architectural correction in the basic health care delivery system [...]“ (NRHM 2005) beinhalten, die drastische Erhöhung der staatlichen Gesundheitsausgaben von 0.9 auf 3 Prozent des BIPs und eine weitere Dezentralisierung der Steuerungsprozesse im Gesundheitssystem durch die Verlagerung der Verantwortlichkeiten sowohl in der Zielformulierung also auch in der bereits bestehenden Implementierung auf Distriktebene. Ein besonderes Merkmal ist zudem die konkrete Einbeziehung der Bürger als neue Stakeholder in den Planungs- und Kontrollprozess. Die neue Strategie im Rahmen der National Rural Health Mission ersetzt den „top-down“ – Ansatz der 1970er und 1980er Jahre

mit einem „bottom-up“ – Verständnis von Gesundheitspolitik, dessen Ziele und Maßnahmen sich trotz aller Eigenständigkeit an zentralen Standards orientieren müssen. Die Planer der NRHM verfolgten einen „synergetischen Ansatz“ (NRHM 2005) und erhofften sich durch den zu erzielenden Einklang mit flankierenden Bereichen wie der Trink- und Abwasserversorgung und der Herstellung von Nahrungssicherheit ein Kräfte bündelndes Zusammenspiel zum Erreichen des Ziels einer „guten Gesundheit“ (ebenda). Insgesamt kann die Einführung der NRHM jedoch nur bedingt als „großformatige“ Gesundheitsreform betrachtet werden, da die grundsätzlichen Zuständigkeiten und Verantwortungsverteilungen unangetastet bleiben. Zwar sollen Veränderungen der Indikatoren des Gesundheitszustandes erreicht werden, jedoch beziehen sich diese auf die (Aus-) Wirkung im Outcome-Bereich, während die eigentlich verantwortlichen Input und Output-Strukturen bestehen bleiben und lediglich um Basiselemente erweitert werden.

### 7.2.2. Dezentralisierung und Synchronisation des Input-Prozesses

Ein wichtiges Charakteristikum der NRHM ist die Unterteilung der Bundesstaaten in „high focus states“ (HFS) und andere. Zur erstgenannten Kategorie gehören: Arunachal Pradesh, Assam, Bihar, Chhattisgarh, Himachal Pradesh, Jharkhand, Jammu und Kashmir, Manipur, Mizoram, Meghalaya, Madhya Pradesh, Nagaland, Orissa, Rajasthan, Sikkim, Tripura, Uttaranchal und Uttar Pradesh. Als Grundlage für die Auswahl der Bundesstaaten galt der aktuelle Gesundheitszustand der Bevölkerung gemessen an der Häufigkeit des Auftretens bestimmter Infektionskrankheiten, eine hohe Mütter-, Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie die Anzahl der Fälle von Unterernährung. Die sich hieraus ableitenden Ziele sind die Balance in der Bevölkerungsentwicklung, die Etablierung eines gesunden Lebensstils und ganz konkret die Reduktion der Kinder- und Müttersterblichkeit durch eine Verbesserung der Erreichbarkeit, des Zugangs und der Qualität der Gesundheitsversorgung, insbesondere für Frauen, Kinder und benachteiligte Bevölkerungsgruppen in ländlichen Regionen (NRHM 2005). Hintergrund für die Aufteilung der Bundesstaaten in HFS und nicht-HFS ist das Ziel eines Ausgleiches der regionalen Unterschiede in den Gesundheitsindikatoren. Auf diese Weise wird eine „Einheitlichkeit der Gesundheitsindikatoren“ über die Grenzen der Bundesstaaten hinaus angestrebt. Diesem strukturellen Ungleichgewicht entgegen zu arbeiten, liegt eine Kernstrategie der Zieldefinition und Maßnahmenformulierung im Ausbau der gesundheitsrelevanten Strukturen im Panchayatsystem (Tab. 7.3.). Für jedes Dorf soll durch eine lokale Arbeitsgruppe, dem „Village Health and Sanitation Committee of the Panchayat“

(VHSC) ein Gesundheitsplan (Village Health Plan) entwickelt werden, dessen Vorhaben sich an den Indian Public Health Standards (IPHS) orientieren muss. Zu den Kernaktivitäten gehört die systematische Installation heimischer Toiletten als auch die Förderung von Schulhygienemaßnahmen (ebenda). Auf nächsthöherer Verwaltungsebene, den Distrikten, sollen in sogenannten District Health Missions (DHM) jeweils intersektorale Gesundheitspläne festgeschrieben werden. Zentrale Elemente sind der Ausbau der kurativen Strukturen der PHC's und CHC's sowie die Stärkung der Subcenter durch die Bereitstellung ungebunden verwendbarer Mittel im lokalen Planungshaushalt und die Einsetzung zusätzlicher Multipurpose Worker (MPW). Die DHM sind Zusammenschlüsse aller Village Health Pläne und markieren den Ausgangspunkt sämtlicher Planungen, Budgetierungen und Implementationen.

**Tabelle 7.3.: Übersicht der neuen Institutionen in der NRHM**

<b>Institution</b>	<b>Akteure</b>	<b>Handlungsfeld</b>	<b>Ebene</b>
Village Health and Sanitation Committee (VHSC)	Vertreter des Panchayat, ANM, MPW, Anganwadi Worker, Lehrer, ASHA Community Health Volunteers	Verbesserung der Wasser- und Abwasserversorgung	Dorf
Rogi Kalyan Samities (RKS)	Mitglieder des Parlaments, Gesundheitsverantwortliche (+ 1 Ayush Arzt), lokale Distriktbeamte, führende Gemeindemitglieder, ansässige CHC/FRU-Leitung, Vertreter der IMA, Mitglieder aus Panchayati Raj, Geldgeber	Krankenhausmanagement	Block, Distrikt
District Health Mission (DHM)	Zila Parishad Jeder Distrikt wird mit einer Managementstruktur ausgestattet.	Lenkung, Kontrolle, Management sämtlicher Einrichtungen (öffentl.), Überwachung der Einhaltung der Citizen's Charta	Distrikt
State Health Mission (SHM)	Ministerpräsident/in, Gesundheitsminister auf Landesebene	Synchronisierung der DHM und Überweisung an SG	Staat
Steering Group (SG)	Gesundheitsminister auf Bundesebene Stellvertreter Vorsitzender der Planungskommission Ressortminister: Panchayati Raj, Ländliche Entwicklung, Bildung	Richtlinienkompetenz und Festlegung der IPHS, Bereitstellung der Datenerfassungssysteme	Union

Quelle: eig. Darstellung nach National Rural Health Mission (2005).

Jeder Distrikt wird mit einer eigenen und unabhängigen Managementstruktur ausgestattet. Bisherige vertikale Gesundheits- und Familienwohlfahrtsprogramme auf allen Ebenen des politischen Prozesses (Block, Distrikt, Bundesstaat und Union) bleiben bestehen und werden in der Implementation der NRHM miteinander verbunden. Diese Integration der Programme soll Synergieeffekte schaffen und personelle Ressourcen bündeln. Hinsichtlich des Gesundheitspersonals gehört die Einführung sogenannter ASHAs (Accredited Social Health Activists) zu den Kernelementen der NRHM.

Das Gesundheitsministerium als maßgebende Institution nationaler Gesundheitsleitlinien verfolgt einen evidenzbasierten Ansatz der Planung, Überwachung und Steuerung. Hierfür bedarf es einer validen Datenerfassung zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitszuständen in den Regionen, Distrikten und Dörfern, die mit den Instrumenten der NRHM verbessert werden sollen. Alle Informationen laufen schließlich in der „Steering Group“ unter der Leitung des Gesundheitsministers auf Bundesebene zusammen. Die Entwicklungszahlen der Sterblichkeitsraten nichtübertragbarer Krankheiten wie Herzerkrankungen, Übergewicht, Diabetes oder Krebs verdeutlichen sowohl die Transition als auch die Parallelität der Krankheitsursachen und des Gesundheitszustandes und belasten das Gesundheitssystem zusätzlich. Der Ausbau und die Stärkung der Gesundheitsaufklärung im Sinne einer Krankheitsprävention durch Veränderung des Lifestyles oder der Reduzierung des Konsums von Tabak oder Alkohol soll daher auf allen administrativen Ebenen aktiv gefördert werden. Ein bereits längerfristiges Problem, gegen das bislang kaum Lösungen erarbeitet wurden, ist der chronische Mangel an Gesundheitspersonal in PHC und Subcentern. Um diesem entgegen zu wirken und die Arbeitsplatzwahl politisch zu steuern, sollen der Personaleinsatz und die Karriereoptionen transparent formuliert werden.

### 7.2.3. Institutioneller Ausbau und Förderung der Partizipationskultur

Der personelle Mangel als auch die medizinische Unterversorgung der Subcenter sind wiederholt in den vorangegangenen Kapiteln als strukturelles Defizit im Gesundheitssektor benannt worden. Um diesem Problem entgegenzuwirken und um flexibel auf lokale (unvorhersehbare) Bedürfnisse reagieren zu können, wird im Rahmen der NRHM jedem Subcenter ein frei verfügbarer Fonds in Höhe von 10.000 Rs/Jahr zur Verfügung gestellt. Zusätzlich sollen die Mengen von häufig benötigten Medikamenten an den tatsächlichen Bedarf angepasst werden. Hinsichtlich der personellen Ausstattung werden Mittel für mindestens zwei weitere health worker (ANM, MPW) bereitgestellt. Um die Erreichbarkeit

und den Zugang zu Subcentern zu verbessern, wird deren benötigte Gesamtzahl an den Census 2001 angepasst und bereits bestehende Subcenter werden modernisiert. Ähnlich wie die Ausstattung der Subcenter mangelt es auch in den Primary Health Centern (PHC) an Personal, Material und Medikamenten. Um den Personalmangel aufzufangen und um fünfzig Prozent der PHCs rund um die Uhr öffnen zu können, sollen zukünftig auch AYUSH-Ärzte in PHC eingebunden werden. Finanzielle Zuschüsse erhalten die PHC für die Umsetzung der Programme zur Infektionskontrolle. Wenn notwendig können nach Bedarf auch Mittel für einen weiteren Arzt jedes Geschlechtes bereitgestellt werden. Zur Zielsetzung der NHRM gehört die Überführung aller bestehender CHCs in die Struktur von 24 Stunden verfügbaren medizinischen Einrichtungen, an die jederzeit Patienten überwiesen und umgehend behandelt werden können. Dies umfasst auch die Dauerbereitstellung einer/s Anästhesisten. Öffentliche Gesundheitsversorgung soll für die Bürger gewährleistet und bereitgestellt werden. Im besten Fall orientiert sie sich daher an den Bedürfnissen der Bürger. Um sicher zu stellen, dass diese Stakeholders unmittelbar beteiligt sind und sich eine Partizipationskultur im Gesundheitssektor etabliert, sollen sogenannte Rogi Kalyan Samities (RKS) (Patientenwohlfahrtsverbände) gegründet werden, die das Management der CHC steuern. Ebenso soll eine Citizen's Charta auf CHC und PHC-Ebene entwickelt und veröffentlicht werden.

#### 7.2.4. Das ASHA – Modell

In der Reflexion des bisherigen Gesundheitszustandes, den regionalen Diversitäten und den offensichtlichen Herausforderungen, die das Gesundheitssystem in Indien noch zu bewältigen vor sich sehen muss, bedarf es manchmal fast inhumaner Kräfte, um die gesetzten Ziele bis 2015 erreichen zu können. Hoffnung auf Besserung ist im Kontext von Krankheit und Gesundheit oft gebräuchlich, institutionell findet sie jedoch nur wenig Anwendung, da nur die tatsächliche Handlung anstelle des Wartens eine Verbesserung des aktuellen Zustandes erreichen kann. Symbole und Sinnbilder finden in Indien häufig Anwendung und so überrascht es kaum, dass das Akronym ASHA gleichzeitig im Sanskrit „Hoffnung“ bedeutet und sich auch als Vorname häufig wiederfindet. Im Sinne der NRHM verbirgt sich hinter ASHA die Einführung „anerkannter sozialer Gesundheitsaktivistinnen“ (Accredited Social Health Activists<sup>89</sup>). Dies ist sicherlich auch im Sinne einer Hoffnung zu verstehen, mit dieser Maßnahme die Basisgesundheitsversorgung auf dem Land zu verbessern. Jedoch anders als die Hoffnung, kann der Einsetzungserfolg der ASHAs anhand der Veränderungen des

---

<sup>89</sup>In Südindien werden sie als „village health worker“ bezeichnet.

Gesundheitszustandes gemessen werden. Die Zielsetzung der NRHM war es, bis 2012 insgesamt 250.000 ASHAs in zehn Bundesstaaten eingeführt zu haben. Das ASHA-System wurde landesweit eingeführt, jedoch mit einem besonderen Fokus auf die definierten, achtzehn HFS. Grundsätzlich soll jedes Dorf mit einer Bevölkerung von 1.000 Einwohnern mit jeweils einer ASHA ausgestattet sein, die durch das Panchayat ausgewählt wird und diesem gegenüber verantwortlich ist. Die ASHA soll einerseits zwischen der Dorfgemeinschaft und dem öffentlichen Gesundheitssystem als Schnittstelle agieren, andererseits dient sie auch als Verbindung zwischen der Auxiliary Nurse Midwife (ANM) und der Dorfgemeinschaft. Unter der Leitung des „Village Health Committee of the Panchayat“ (VHCP) ist die ASHA zusammen mit den Anganwadi Workern, ANMs, verschiedenen Selbsthilfegruppen und Panchayat-Institutionen ebenso für die Umsetzung des Dorfgesundheitsplans verantwortlich. Mit ihrem Einsetzen sollte auch die Belastung der ANM eingedämmt und deren Arbeitseffizienz gesteigert werden. Eingesetzt als ehrenamtliche Freiwillige erhielt eine ASHA zunächst eine leistungsorientierte Aufwandsentschädigung für ihre Impfkampagnen, Begleitdienste bei Transporten in entfernt gelegene Krankenhäuser, den Aufbau heimischer Toiletten und anderer Gesundheitsdienstleistungen (NRHM 2005). 2009 wurde diese Regelung jedoch an die Arbeitsrealität angepasst und jede ASHA erhält ein festgelegtes Gehalt von 5.000 Rs/Monat. Festgelegt ist, dass eine ASHA mindestens das achte Schuljahr vollendet hat und sowohl schreiben als auch lesen kann. Dieses muss durch das Bestehen spezieller Tests nachgewiesen werden. Die traditionelle Realität in vielen Dörfern ist jedoch eine andere, da die ASHA von der Gram Sabha (Dorfversammlung) ausgewählt wird. Es kann daher angenommen werden, dass die Bildungsvoraussetzungen der ASHA nicht zwangsläufig mit den Vorgaben des Gesundheitsministeriums übereinstimmen.

Bevor eine ASHA ihre Tätigkeit aufnehmen kann, muss sie im Verlaufe von zwölf Monaten an insgesamt dreiundzwanzig Ausbildungsrunden teilgenommen. Eine Runde ist dabei gleichbedeutend mit einem Tag. Die zukünftigen ASHAS lernen dabei Techniken der Wundversorgung, der Zusammenstellung von Medikamenten gegen Austrocknung, Husten, Erkältungen und Fieber. Im Bereich der Diagnostik erlernen sie die Identifikation meldepflichtiger Infektionen wie der Tuberkulose. Zum Aufgabenspektrum gehören außerdem die prä- und postnatale Versorgung sowie die Aufklärungsarbeit auf Dorfebene. Zusätzlich muss sie ein praxisorientiertes fünf-Tage-Training unter Aufsicht einer ANM durchlaufen. Auch bei ihrer Arbeit unterliegt die ASHA der Kontrolle der ANM, die unter anderem ihre Ausgabenrückforderungen gegenzeichnet und die von der Distriktverwaltung ausgestellten Gehaltchecks für die ASHAS abholt und verteilt (Bajpal et al 2010: 10). Die

Kosten der Ausbildung und Aufwandsentschädigung trägt die Unionsregierung, ebenso die Bereitstellung des „medical kit“ – der medizinischen Grundausstattung. Das „medical kit“ beinhaltet homöopathische und allopathische Rezepturen für gängige Arzneimittel. Eine ASHA soll als erste Basisanlaufstelle der Grundversorgung fungieren und ist verantwortlich für Präventivmaßnahmen sowie der Förderung von institutionell begleiteten Geburten. Klar erkennbar sind bei diesem Instrument das direkte Handlungsmoment und die Zielvorhaben der Reduktion der Mütter- und Säuglingssterblichkeit.

### 7.3. National Urban Health Mission

Ein weiteres Problem in der Gesundheitsversorgung ergibt sich zudem durch zunehmende Urbanisierungsprozesse und den Zuwachs von Slumbevölkerungen in den Großstädten. Entsprechend des Census in 2011 leben etwa 377 Millionen Menschen in indischen Städten. Das Fehlen einer adäquaten Politik hinsichtlich der Pendler, Arbeiter im informellen Sektor und der Armutsbekämpfung stellte über einen großen Zeitraum hinweg die Städte vor eine Vielzahl kaum lösbarer Problemkonstellationen. Die Regelung der medizinischen Versorgung ist den Städten dabei selbst überlassen. Nach Berechnungen der UN würden im Jahr 2030 bei anhaltender Urbanisierungsrate etwa 46 Prozent der Gesamtbevölkerung Indiens in Städten wohnen (NUHM 2012). Dies stellt das Land vor enorme Herausforderungen, vor allem hinsichtlich der armen und besonders bedürftigen Bevölkerungsgruppen, denen trotz der unmittelbaren Nähe zu Gesundheitseinrichtungen oftmals eine Versorgung verwehrt bleibt. Ein Phänomen, welches oftmals als „crowded out“ bezeichnet wird, um die Unzulänglichkeit des städtischen öffentlichen Gesundheitsversorgungssystems zu beschreiben. Ineffizienz des Versorgungsradius und ein schwaches Überweisungssystem schränken zusätzlich die Zugangsmöglichkeiten der städtischen Bedürftigen ein. Soziale Ausgrenzung und Informationsdefizite verstärken die Hemmschwellen gegenüber sekundärer und tertiärer Versorgungseinrichtungen. Angelehnt an die National Rural Health Mission wurden auch im Zuge der National Urban Health Mission essentielle Elemente übernommen. Diese umfassen die finanzielle Unterstützung der städtischen Gesundheits- und Familienwohlfahrtseinrichtungen, städtische Gesundheitsdienste, Immunisierungsprogramme gegen Tuberkulose, Malaria und andere typische Krankheiten sowie die Unterstützung der Familienplanung zur Steuerung des Bevölkerungswachstum sowie Kinderwohlfahrtsprogramme. Die Koordinierung der NUHM erfolgt in den Städten über Urban Health Committees, die vom jeweiligen Bürgermeister beziehungsweise Stadtoberhaupt geleitet

werden. Im Falle von Epidemien soll durch eine integrative Zusammenarbeit verschiedener Ressorts unter einer gemeinsamen Schnittstelle ein rasches Handeln ermöglicht werden. Für die sieben Großstädte Neu Delhi, Mumbai, Chennai, Kolkata, Bengaluru, Hyderabad und Ahmedabad sollen eigene city health missions eingerichtet werden.

#### 7.4. National Health Mission

Die National Health Mission wurde am 1. Mai 2013 gleichzeitig mit der National Urban Health Mission von Kabinett verabschiedet. Die National Health Mission ist in ihrer Funktionalität sowohl der National Urban Health Mission wie auch der National Rural Health Mission übergeordnet. Letztere wurde bereits 2005 vom Kabinett verabschiedet. Das Kabinett ist das höchste politische Entscheidungsgremium in Indien. Ihm gehören neben dem Premierminister alle Kabinettsminister an, so dass hierdurch die weitreichende Verwurzelung des Themas im politischen Alltag deutlich wird. Die National Health Mission (NHM) ist im 12. Fünfjahresplan verankert und verfügt dennoch über eine relative Eigenständigkeit in ihrer Funktion als Umstrukturierungsmaßnahme im Gesundheitssektor. Im Gegensatz zu Reformen als „planvolle Veränderung (Umgestaltung, Verbesserung) im gesellschaftlichen Regel- und Institutionengefüge, die zu einer Umverteilung von Macht in der Gesellschaft führen und erweiterte Freiheit beziehungsweise Partizipation für die begünstigten gesellschaftlichen Gruppe zur Folge hat“ (Glotz 1992: 841), fehlen im Falle der Einführung der NHM die Voraussetzungsmerkmale der Funktionsunfähigkeit und des Akzeptanzdefizits der implementierenden Gruppen, um als Reformauslöser auf nationaler Ebene bestehen zu können. Hinsichtlich der neuen Strukturen auf Ebene der Bundesstaaten, Distrikte und Dörfer kann allerdings von einer „kleinen Reform“ gesprochen werden, da ein wesentliches Ziel darin besteht, das gesellschaftliche Regel- und Institutionengefüge planvoll zu ändern und regionalspezifisch flexibel anzupassen. Die zentralen Finanzierungsmechanismen jedoch bleiben bestehen wenngleich den Panchayats größere Selbstbestimmung in der Ausgabenverteilung zugesprochen beziehungsweise abverlangt wird. Die anvisierte Lokalität und Regionalität lassen jedoch kaum das Bild einer Gesundheitsreform in Indien zu, denn die wesentlichen Verteilungsmerkmale zwischen Union und Bundesstaaten bleiben weitestgehend bestehen. Indiens Gesundheitspolitik vollzieht statt einer Reform vielmehr einen Erweiterungsprozess, der sich vorrangig im Bereich der Politikformulierung wiederfindet. Dieser muss dann als zusätzliche Stütze des Systems und als Legitimationserweiterung denn als Reformargument verstanden werden. Was bedeutet jedoch die gesundheitspolitische

Neuausrichtung für die Organisation der Systemstrukturen im Gesundheitssektor? Welche Änderungen ergeben sich durch die NHM? Und wie wird die Einbindung des privaten Sektors umgesetzt?

#### 7.4.1. Ziele der NHM

Die unmittelbare Integration der National Health Mission und somit auch der NRHM und NUHM im politischen Prozess verdeutlicht sich durch die Übernahme der NHM-Ziele in den 12. Fünfjahresplan, dessen Zielsetzung als Universal Health Coverage (UHC) formuliert wurde. Die Einbindung in den Planungsprozess sichert nicht nur die Finanzflüsse seitens der Zentralregierung sondern schafft eine Sichtbarkeit der Strukturen und Maßnahmen, was sich auch im politischen Prozess nachvollziehen lassen wird. Zu den mit der NHM verfolgten Zielen gehören die Reduktion der Müttersterblichkeit auf 1 pro 1000 Lebendgeburten; die Reduktion der Säuglingssterblichkeit auf 25 pro 1000 Lebendgeburten; die Reduktion der Geburtenquote auf 2.1.; die Eindämmung und Reduktion von Anämien bei Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren; die Reduktion der Sterblichkeitsraten durch übertragbare und nicht-übertragbare Krankheiten; die Minimierung der „out-of-pocket“-Ausgaben; die Halbierung der Tuberkulosefälle, Ausrottung von Lepra, Kala-azar und die Reduktion der Malariafälle auf jährlich <1 pro 1000 (NHM 2012).

#### 7.4.2. Governance-Strukturen der NHM

Zu den Institutionen der National Health Mission gehören auf nationaler Ebene die Mission Steering Group (**MSG**) und das Empowered Programme Committee (**EPC**). Unter dem Vorsitz des Unionsministers für Gesundheit und Familienwohlfahrt ist die MSG verantwortlich für die Policy-Formulierung. Zu den weiteren einbezogenen Akteuren gehört der Geschäftsführer, Abteilung für Gesundheit und Familienwohlfahrt und dessen Vertreter als Mission Director (NHM 2012). Ihm untergeordnet werden sogenannte Joint Secretaries, um die Abläufe der Tagesgeschäfte zu regeln. Dazu gehören sowohl die Planung, Umsetzung und das Monitoring sämtlicher NHM-Aktivitäten. Um dies zu finanzieren, fließen 0.5 Prozent der Ausgaben der NHM in diese Personalkosten der National Programme Management Unit (**NPMU**). Für die technische Unterstützung der Mission auf allen politischen Ebenen ist das National Health Systems Resource Center (**NHSRC**) verantwortlich. In dessen Verantwortung fällt auch die Entwicklung der State Health Systems Resource Center (**SHSRC**). Im Bereich der medizinischen Ausbildung obliegt die Verantwortung dem

National Institute of Health and Family Welfare (**NIHFW**), welches ähnlich wie das NHSRC die Bundesstaaten beim Aufbau eigener State Institutes of Health and Family Welfare (**SIHFW**) unterstützen soll. Ferner soll das NIHFW e-learning-Strukturen aufbauen und in der Public Health – Forschung eine Führungsrolle übernehmen. Andere eingebundene Akteure sind das All India Institute of Medical Sciences (**AIIMS**), Post Graduate Institute of Medical Education and Research (**PGIMER**), die Public Health Foundation India (**PHFI**) und die Indian Institutes of Health Management and Research (**IIHMR**).

Die NHM als Institution versteht sich auch als Instrument der Sicherung der Finanzausstattung, um die Bundesstaaten in ihren jeweiligen Anstrengungen des Ausbaus der öffentlichen Gesundheitssysteme zu unterstützen. Um dies so flexibel wie möglich zu gestalten, wurden sechs Finanzierungstöpfe definiert, deren Ausschüttungen in sogenannten Programme Implementation Plans (PIP) festgeschrieben werden. Diese werden vertraglich zwischen dem MSG und der SHM/CHM abgeschlossen. Zu den Fördertöpfen gehören: (1) NRHM RCH Flexipool (Reproductive and Child Care), (2) NUHM Flexipool; (3) Flexible Pool for Communicable Diseases; (4) Flexible Pool for Non Communicable Diseases, Injury and Trauma; (5) Infrastructure Maintenance; (6) Family Welfare Central Sector Component. Entsprechend der jeweiligen regionalen Spezifika können hierdurch flexibel Finanzierungsinstrumente kombiniert werden, die im PIP zusammengeführt werden. Die Prüfung der Budgetierung erfolgt vor Bewilligung durch EPC auf Grundlage der Bestätigung seitens des National Programme Coordination Committee (**NPCC**). Um das Ziel der UHC zu erreichen, sollen zusätzlich zwei bis drei Pilotprojekte als Best Practice in jedem Bundesstaat exemplarisch hervorgehoben werden.

Weiterhin bestehen bleiben die vertikalen Programme, die jedoch wie erwähnt als Flexible Pool integraler Bestandteil der NHM sind. Darunter fallen im Bereich der nicht übertragbaren Krankheiten: das National Programme for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases and Stroke (NPCDCS), das National Programme for the Control of Blindness (NPCB), das National Mental Health Programme (NMHP), das National Programme for the Healthcare of the Elderly (NPHCE), das National Programme for the Prevention and Control of Deafness (NPPCD), das National Tobacco Control Programme (NTCP), das National Oral Health Programme (NOHP), das National Programme for Palliative Care (NPPC), das National Programme for the Prevention and Management of Burn Injuries (NPPBI) und das National Programme for Prevention and Control of Fluorosis (NPPCF). Zu den Programmen im Bereich der übertragbaren Krankheiten gehören: das National Vector Borne Diseases Control Programme (NVBDCP), das Revised National

Tuberculosis Control Programme (RNTCP), National Leprosy Control Programme (NLCP) und das Integrated Disease Surveillance Programme (IDSP). Die Datenerhebung erfolgt dabei auf wöchentlicher Basis durch die PHC, Subcenter, CHC, DH und private Krankenhäuser und wird per Email geschickt in ein entsprechend Portal hochgeladen. Die Rückläufe liegen dabei bei etwa 90 Prozent (NHM 2012).

### 7.5. Flankierende Maßnahmen: Private Anbieter, RSBY und AYUSH

Als der Neoliberalismus zu Beginn des 1990er Jahre an Popularität gewann, wurde der Ausbau von PPP-Modellen weltweit als ein Schlüsselinstrument der Public Policy forciert. Im Allgemeinen werden die Modelle weitgehend als jegliche, institutionelle Zusammenarbeit zwischen staatlichen und privaten Parteien oder Akteuren (sowohl nicht-Regierungsorganisationen und for-profit-Organisationen/Akteure) definiert, deren Kooperation wirtschaftlich motiviert ist, um (1) die Grundkosten zu reduzieren, (2) den allgemeinen Profit zu steigern und (3) die Risiken einer vollständigen Privatisierung zu verringern (Raman/Björkmann 2009: 3). Die Arbeitsweisen staatlicher und privater Akteure sind durchaus sehr unterschiedlich, daher ist unerlässlich, dass sich beide Parteien auf ein Minimum gegenseitiger Handlungsweisen einigen. „Partnership is therefore a collaborative effort and reciprocal relationship between two parties with clear terms and conditions, well-defined partnership structures, and specified performance indicators for delivering a set of health services within a stipulated period of time” (ebenda: 13).

#### 7.5.1. Private Anbieter

Der öffentliche Gesundheitssektor ist hinsichtlich des Mangels an staatlicher, medizinischer Versorgung auf die Strukturen und Angebote des privaten Sektors angewiesen. Dieser Entwicklungsprozess ist nicht umkehrbar, aber nach den Vorstellungen der NRHM soll die Ansiedlung von non-for-profit-Anbietern in besonders unterversorgten Regionen stimuliert werden (NRHM 2005). Eine Schwierigkeit besteht jedoch in deren Regulierung und der Etablierung entsprechender Governance-Strukturen zwischen Freiheit und Steuerung entlang der definierten IPHS. Ein Lösungsansatz bietet die Förderung von public-private-partnership (PPP)-Strukturen. Besonders im Gesundheitssektor erhalten PPP's eine besondere Attraktivität, da Gesundheitsdienstleistungen sowohl als wirtschaftliches als auch als öffentliches Gut betrachtet werden können. Dieses Verständnis basiert auf einer Ausbalancierung von sozialen und ökonomischen Betrachtungsweisen, bei denen die Gewinne an private Aktionäre ausgezahlt werden. In der DHM muss dem privaten Sektor

daher ein gewisser Raum eingeräumt werden. Ferner soll ein Plan entwickelt werden, der die geographischen und thematischen Bedarfe für eine Zusammenarbeit des öffentlichen mit dem privaten Sektor als sinnvoll identifiziert. Die Rolle des öffentlichen Sektors soll jedoch gegenüber dem privaten Sektor dominieren. Zur Einbettung von Risikoverteilungsmechanismen für die Krankenhausversorgung soll die Finanzierung der Krankenhäuser zunehmend auf Basis der tatsächlich geleisteten Dienste rückwirkend und auf Grundlage des Prinzips „money follows the patient“ erfolgen (NRHM 2005). Insgesamt sollen die Gesundheitsdienstleistungen standardisiert werden und die Kostenregulierung soll in periodischen Abständen durch ein Beratungsgremium in jedem Bundesstaat erfolgen. Eine nationale Expertengruppe soll diese Empfehlungen überwachen und Hilfestellung leisten. Neben dem Ausbau „geteilter Verantwortlichkeiten“ sieht die NRHM im Aufleben lokaler Gesundheitstraditionen wie AYUSH ein weiteres Element der Gesundheitsmission. Indiens Gesundheitspolitik war schon vor Erlangung der Unabhängigkeit geprägt durch die Parallelität von Tradition und Modernität, von endogenen und exogenen Strukturen, wengleich die politische Unterstützungsintensität Schwankungen unterworfen war. Zu den Kernstrategien der NRHM gehört der Ausbau des medizinischen Personals in ländlichen Regionen. Durch eine Neuorientierung der medizinischen Ausbildung soll das gesamte gesundheitliche Personal auf die besonderen Herausforderungen der Versorgung in den ländlichen Regionen sensibilisiert werden. Doch damit ist der Prozess der Gesundheitsversorgung nicht abgeschlossen. Dem Ausbau und der Bereitstellung der medizinischen Infrastruktur steht gleichermaßen deren Nutzung und Auslastung gegenüber. Ein Hauptproblem liegt im Verschuldungsrisiko durch die Inanspruchnahme einer Dienstleistung oder Behandlung. Die Einführung und Förderung des Programmes „Rashtriya Swasthya Bima Yojana“ (RSBY), einem flächendeckend eingeführten Gesundheitsversicherungssystem soll dieses Risiko abfangen und besonders den ärmeren Bevölkerungen die Teilhabe an einfachen bis komplexen Gesundheitsleistungen ermöglichen.

#### 7.5.2. Die National Health Insurance Policy (RSBY)

Nach dem Muster des „policy-learning“ und in kritischer Beurteilung der vorhandenen Versicherungssysteme sah sich die indische Regierung vor dem Hintergrund steigender Kosten der Gesundheitsversorgung gerade für arme und besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen in der Verantwortung ein neues Versicherungssystem im Gesundheitssektor einzuführen. Zwei Jahre nach der Verabschiedung der NRHM wurde 2007

die National Health Insurance Policy (Hindi: Rashtriya Swasthya Bima Yojana) gestartet, erhielt aber erst im April 2008 die parlamentarische Verabschiedung. Diese war wichtig, um der Maßnahme eine rechtliche Einbindung und dadurch den notwendigen Rückhalt zu geben. Bei der Umsetzung federführend ist das Arbeits- und Beschäftigungsministeriums.

Zielgruppe der Versicherungsleistungen sind Familien unterhalb der staatlich-festgelegten Armutsgrenze; sogenannte BPL – Familien. Ziel des RSBY ist es, gerade diese besonders „sensiblen“ Haushalte im Falle der Erkrankung eines oder mehrerer Familienmitglieder vor finanziellen Belastungen oder gar Schulden zu schützen, die sich vor allem durch Kosten im Rahmen längerer Krankenhausaufenthalte ergeben. Da Versicherungsleistungen in den Bereich der sozialen Sicherung fallen, gehört die RSBY hinsichtlich der Kompetenzverteilung zur Concurrent List und wird sowohl von den Bundesstaaten als auch von der Unionsregierung getragen. Da sich hierdurch die von den Bundesstaaten bereitzustellenden Mittel verringern und der Themenbereich „Soziale Sicherung“ durchaus wählerwirksam ist, wurde das Programm seitens der Ministerpräsidenten sehr wohlwollend aufgenommen (Kannan/Jain 2013: 83).

#### 7.5.2.1. Eckpfeiler der RSBY

Ein zentrales Element des Versicherungsschutzes ist die Abdeckung von bis zu fünf Personen eines Haushaltes, von dem eine Person in RSBY registriert ist. Die Leistungsberechtigten zahlen keine Versicherungsprämie, da diese Mittel, wie bereits angedeutet, über die Regelungen der Concurrent List von Union und Bundesstaaten im Verhältnis 75:25 Prozent finanziert werden. Insgesamt wird über RSBY eine bargeldlose Versicherung von bis zu 30.000Rs pro Jahr für eine Familie auf Abschreibungsbasis bereitgestellt. Viele Arbeiternehmer in Indien finden nur weitentfernt von ihrem jeweiligen Wohnsitz eine Beschäftigung. Die Migration zwischen den Bundesstaaten gehört zur Arbeits- und somit Versicherungsrealität. Um den Versicherungsschutz vom Wohnort unabhängig und bundesstaatenübergreifend zu gestalten, wurde ein biometrisches „smart card system“ (RSBY 2008) eingeführt, welches altersunabhängig ist und Informationen aller Familienmitglieder bereithält. Vorlage für die „smart card“ war die Krankenversicherungskarte, wie sie in Deutschland jeder Versicherte ausgehändigt bekommt. Die Aushändigung dieser Versicherungskarte an die Versicherungsnehmer kann dabei auch als Umsetzung des sichtbaren Anspruchs auf die medizinische Versorgung interpretiert werden.

Mit der Registrierung in RSBY gilt ein Versicherungsschutz für mehr als 700 stationäre Behandlungen, die in fünfzehn Krankheitskategorien (entsprechend der International Disease Classification) auftreten können und für stationäre Aufenthalte, die im Rahmen natürlicher Geburten oder Kaiserschnittgeburten entstehen. Die abgedeckten Kosten umfassen dabei sowohl einen Tag vor Behandlungsbeginn sowie bis zu fünf Tage nach Entlassung. Für den Transfer zum Krankenhaus werden Fahrten bis zu einer Höhe von 100 Rs. rückerstattet. Pro Jahr können bis zu zehn solcher Krankentransporte abgerechnet werden.

#### 7.5.2.2. Einschränkungen der Versicherungssystems und selektive Inklusion

Mit Einführung der RSBY sollte die medizinische Versorgung für jeden Bürger ermöglicht werden. Gesundheit und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sollten nicht zu einer Unmöglichkeit für die armen und ärmsten Gesellschaftsgruppen werden. Das zu Grunde liegende Prinzip der „health inclusion“ hat jedoch Grenzen. So besteht etwa ein Anspruch zur Beteiligung an RSBY nur für Familien, die offiziell als BPL – Haushalte registriert sind. Somit verteilen sich die Versicherungsleistungen auf lediglich 73.83 Mio. von 227.72 Mio. Haushalte, damit auf 32.20 Prozent und gewährt nur Haushalten der Kategorie „sehr arm“ einen Versicherungsschutz (Kannan/Jain 2013: 84).

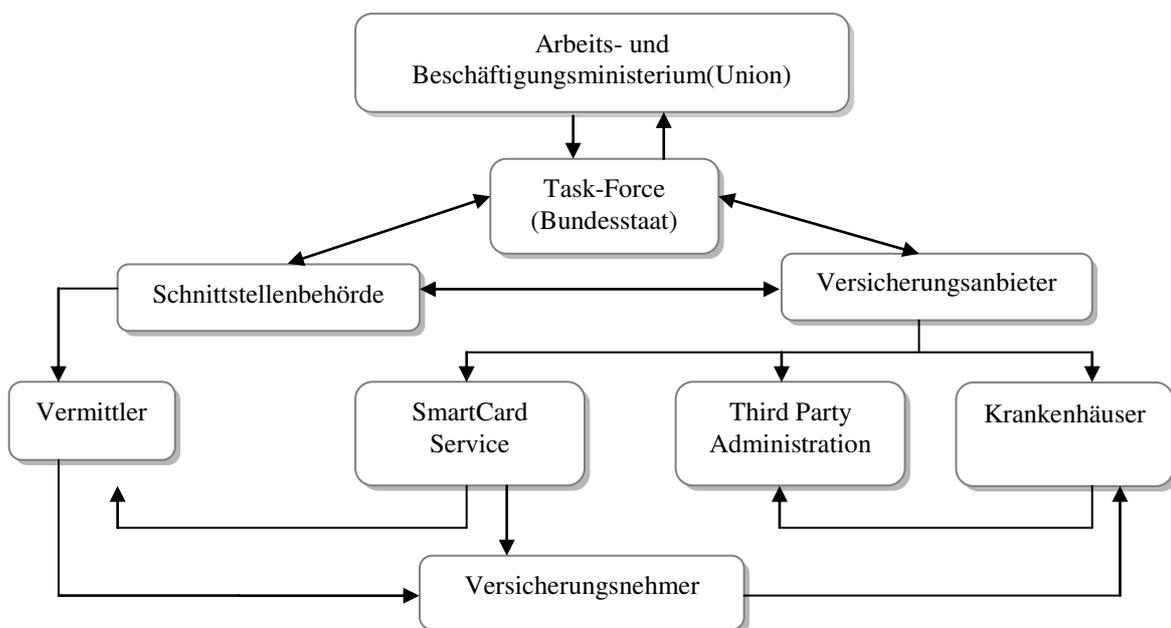
Außerdem deckt die Versicherung nur stationäre Behandlungen ab. Für viele der versicherten Arbeiter, die sich aufgrund ihrer Arbeits- und Lebensbedingungen einen Krankenhausaufenthalt nicht leisten können, entstehen hierdurch Nachteile in der Inanspruchnahme des Versicherungsschutzes. Zudem basiert das Versicherungssystem auf Verträgen zwischen der Versicherungsagentur mit ausgewählten Krankenhäusern (ebenda: 83f). Die im RSBY vertraglich aufgenommen Krankenhäuser können dabei sowohl von privaten Anbietern als auch staatlich betrieben sein. Ein Vertrag zwischen der Versicherungsagentur und dem jeweiligen Krankenhaus kommt nur bei Einhaltung von Mindeststandards zu Stande. Gerade in ländlichen Gebieten besteht daher aufgrund der mangelhaften Infrastruktur der medizinischen Versorgung kaum die Möglichkeit zur Teilhabe am Versicherungsprogramm. Dem Exklusivitätscharakter des RSBY wurde bislang vor allem in Bundesstaaten im Süden entgegen gearbeitet, in dem dort der Kreis der Versicherungsschutzberechtigten erweitert wurde. Somit gibt es in Indien zwei Implementationsmodelle: das „begrenzte Inklusivitätsmodell“ und das „Inklusivitätsmodell“ (ebenda: 89). Dabei wurde der Radius der berechtigten Versicherungsnehmer seit Inkrafttreten 2007 stetig vergrößert. Die zunächst beschränkte Partizipation von BPL – Haushalten wurde 2010 sukzessive auf

Arbeiter, die im Rahmen von NREGS mindestens fünfzehn Tage pro Monat arbeiten, erweitert. So haben ebenso Arbeiter aus drei informellen Sektoren einen Anspruch zur Teilhabe in RSBY wie auch Eisenbahnangestellte und Schaffner, ASHAs, Straßenverkäufer oder Hausangestellte. Da die meisten dieser Arbeiter auch zur Kategorie der BPL – Haushalte gehören, handelt es sich statt einer Erweiterung des versicherten Personenkreises jedoch lediglich um eine konkrete Benennung der versicherten Arbeits- bzw. Angestelltengruppen und somit vielmehr um eine „selektive Inklusion“ (Kannan/Jain 2013).

### 7.5.2.3. Akteure und Strukturen der RSBY

Die institutionelle Einführung von RSBY erfolgt durch die jeweiligen Bundesstaaten, die eine Schnittstellenbehörde mit der inhaltlichen Umsetzung beauftragen. Das zuständige Arbeits- und Beschäftigungsministerium auf Bundesebene trägt den Hauptanteil zur Finanzierung der Versicherungsprämien und der „smart cards“. Das Ministerium setzt die Standards und Parameter für die Anspruchsberechtigung, den Umfang der Versicherungsleistungen und die Raten zur Rückerstattung der entstandenen Versorgungskosten. Auf Ebene der Bundesstaaten wird eine ressortübergreifende „Task Force“ des Arbeits-, Gesundheits- und des Ministeriums für ländliche Entwicklung gebildet.

**Abbildung 7.2.: Institutionen und Prozesse unter RSBY**



Quelle: eigene Darstellung nach Kannan/Jain (2013: 88).

Neben der Zahlung des jährlichen Anteils zum Versicherungsschutz beruft diese „Task Force“ eine unabhängige Schnittstellenbehörde ein, unter deren Ägide RSBY umgesetzt wird. Ferner bestimmt die „Task Force“ die jeweiligen Versicherungsanbieter (Grundlage hierfür ist die Insurance Regulatory Development Authority, IRDA) und Distrikte, in den das System eingeführt werden soll.

Zu den rechtlichen Verbindlichkeiten gehören auch die Verträge zwischen den Bundesstaaten und den Versicherungsanbietern, die ihrerseits wieder sogenannte „Third Party Administrators“ (TPA) beauftragen, die jeweiligen Ratenzahlungen mit den Krankenhäusern auszuhandeln. Die eingesetzte unabhängige Schnittstellenbehörde wird in 44 Prozent der Bundesstaaten durch das Arbeitsressort gestellt, in 24 Prozent durch Akteure der National Rural Health Mission oder Beamte des Ressorts für Gesundheit und Familienwohlfahrt. Die Schnittstellenbehörde ermittelt in Abstimmung mit den Vorgaben der Planungskommission die BPL – Daten und verhandelt danach mit den passenden Versicherungsanbietern in den jeweiligen Distrikten. Neben dem Vertragsmanagement zwischen „Task Force“ und Versicherung unterstützt sie ebenso bei der Aufnahme neuer Versicherungsnehmer.

Sind die Verträge dann geschlossen, übernimmt die Behörde auch die Funktion des Monitorings und der Nachverfolgung sowohl der Daten als auch der Prozesse (Kannan/Jain 2013: 88). Den Versicherungsanbietern obliegen die Vertragsabschlüsse mit den Krankenhäusern und die Einholung der Zustimmung zur Auswahl durch die Schnittstellenbehörde. Ferner sind sie für Medienarbeit und Bekanntmachung der Versicherungsleistungen zuständig. Festgelegt ist, dass nur eine Versicherungsagentur in einem Distrikt tätig sein darf und das Geld vom Versicherungsanbieter direkt an die Krankenhäuser angezahlt wird. Diese stellen die jeweiligen stationären Versorgungen zur Verfügung und erhalten eine national geltende Krankenhausidentifikationsnummer.

#### 7.5.2.4. Grenzen in der Umsetzung des Versicherungssystems

Der Zugang zu Krankenhäusern, die einen Vertrag mit den jeweiligen Versicherungsanbietern abgeschlossen haben und damit Patienten bargeldlos behandeln können, ist das zentrale Element, um die medizinische Versorgung für die Bürger zu gewährleisten und das Programm zu verwirklichen, so dass es nicht nur zu einer fernen Vision größerer Distrikte und Städte wird. Dieser Zugang ist dabei von zweierlei Aspekten abhängig: erstens vom Vertrag zwischen dem Versicherungsanbieter und dem in Frage kommenden Krankenhaus und zweitens von den festgelegten Kriterien zur Berechtigung des Erwerbs der „smart card“. Nur

sie berechtigt für den Anspruch auf eine stationäre Behandlung. Staatliche Krankenhäuser können über deren Teilhabe am Versicherungsprogramm zusätzliche Mittel erhalten, doch nur acht von zweiundzwanzig Bundesstaaten verzeichnen mehr öffentliche als private Krankenhäuser in RSBY. In West Bengalen erfüllte etwa nur ein Krankenhaus gegenüber 484 die notwendigen Kriterien zur Beteiligung am Programm (Kannan/Jain 2013: 99). Zu den Bundesstaaten, die bislang in der Umsetzung von RSBY zurückliegen, gehören Arunchal Pradesh, Nagaland, West Bengalen, Bihar, Tripura, Manipur und Orissa (ebenda: 102). Im letztgenannten besteht eine wesentliche Hürde in der Versorgung und Abdeckung der rückständigen Gebiete, die circa 42 Prozent des bundesstaatlichen Territoriums ausmachen. Weitere wesentliche Umsetzungsprobleme ergeben sich aus dem Informationsmangel und der Korruption hinsichtlich der Identifikation von passenden Versicherungsanbietern und der Bereitstellung der BPL – Liste, die alle berechtigten Versicherungsnehmer aufführt. Anders als in der NRHM sind bei der RSBY zudem keine lokalen Akteure eingebunden (ebenda: 106).

#### 7.6. Zusammenfassung

Die Einführung der National Rural Health Mission markiert einen Wendepunkt der indischen Gesundheitspolitik, der jedoch hauptsächlich dazu dienen soll, die Dringlichkeit der Herausforderungen zu verdeutlichen, ohne dabei maßgeblich die hierarchischen Grundstrukturen des Gesundheitssystems zu verändern. Die dreistufige Versorgungspyramide bleibt bestehen und wurde, orientiert an den Ansätzen der Dezentralisierung und Partizipation, lediglich um eine vierte Stufe erweitert. Dies kann auf Grundlage des 72. Verfassungszusatzes (Constitution of India) als konsequente Deklination der Strukturen im Gesundheitssektor verstanden werden. Die späte Umsetzung der bereits 1978 von der WHO formulierten Aufforderung „the people have a right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care“, verdeutlicht auch die Trägheit des Systems und die Widerstandskraft gegenüber tiefgreifendem Strukturwandel, die von indischen Gesundheitsexperten schon länger gefordert wurden, jedoch erst 2005 im nationalen Leitbild der Gesundheitspolitik umgesetzt wurden.

Veränderung der Ausgaben- und Verteilungspolitik auf Ebene der Bundesministerien sind in der National Health Mission insofern angesprochen worden, dass grundsätzlich eines der Ziele darin besteht, die Gesundheitsausgaben (pro Kopf und anteilig des BIP) zu erhöhen, indem an der Mission teilnehmende Bundesstaaten über national koordinierte, konkrete Maßnahmen auf lokaler Ebene gefördert werden. Zwar wird hier die These vertreten, dass

derzeitig nur von der Etablierung neuer Ansätze der Gesundheitspolitik und nicht von einer Reform des Gesundheitssektors gesprochen werden kann, dennoch ist dies verglichen mit den bisherigen Umsetzungsansätzen und Koordinationsbemühungen ein durchaus beachtlicher Wandelungsprozess in der Steuerung der Gesundheitspolitik. Eines der ersten Ergebnisse war die Synchronisierung übergreifender Ressorttätigkeiten. Hinzu kommt das stärkere Bewusstsein für lokale Bedürfnisse und deren finanzieller Ausbalancierung. Denn Anerkennung ist nicht gleichzusetzen mit perspektivischer Problemlösung. Wichtig war dies vor allem hinsichtlich der Abnahme von Mittelzuweisungen an den Gesundheitssektor durch die Planungskommission.

Die Relevanz einer stärkeren Fokussierung und die Notwendigkeit für weitreichendere Reformen im Gesundheitssektor ergaben sich vor allem aus der Veränderung der Strukturen und Prozesse im politischen und gesellschaftlichen Systems in Indien, welches mit dem Ende der Ein-Partei-Dominanz der Kongresspartei und der Etablierung des Multiparteiensystems auf allen politischen Ebene die Demokratisierung festigte. Demokratisierungsprozesse markierten auch in der Gesundheitspolitik den Grundstein für Legitimität. Partizipation, Inklusion und die Schaffung von Sicherungsstrukturen im Sinne einer Absicherung im Krankheitsfall (RSBY) sind die Kernelemente der National Rural Health, die letztlich im Zusammenschluss mit der National Health Mission den Abschluss fand. Die Synchronisierung des Strukturwandels verweist dabei einerseits auf die Dringlichkeit der Fortentwicklung und das „Puzzling“ der Vielzahl an Strukturen von mobilen Gesundheitsdiensten bis hin zu ASHAS, MPW und nationalen Programmen zur Bekämpfung von chronischer und übertragbarer Krankheiten.

Hinsichtlich der Policy-orientierten Fragstellung „who get’s what when and how“ verändert sich zunächst nichts an der Zielgruppe, doch werden bestehende Machtverhältnisse und Autoritäten auf unmittelbar erfahrbarer politischer Ebene genutzt und neue Formen sowie Inhalte der Verantwortlichkeit auf traditionelle Strukturen übertragen, so dass sowohl im Sinne der Policy-Formulation als auch in der Festlegung konkreter Maßnahmen eine lokale Flexibilität der Basisversorgung erreicht werden kann. Für private Anbieter im Gesundheitssektor ist dies lange Zeit bereits Praxis, nur liegt deren Fokus bei einer Maximierung des Profits und nicht in der Gestaltung und Veränderung des Gesamtsystems. Im Sinne der Sicherung des öffentlichen Guts, kann sich der Staat der Verantwortung nicht entziehen. Bereits vor, aber vor allem mit der Unabhängigkeit bildete sich eine neue politische Elite heraus, die vorhandene Strukturen des Systems auch zu nutzen bereit ist. Die zentralen Merkmale der National Health Mission sind klar definierte Ziele und zugehörige Indikatoren

sowie die Vereinheitlichung der Gesundheitsstandards. Dabei wurde darauf verzichtet von einem Programm zu sprechen, sondern wird vielmehr eine „Gesundheits-botschaft“ vermittelt, die konzeptionell über die bloße Veröffentlichung eines Programmes hinausgeht, um neben der Minimierung der Sterblichkeitsraten und der Steigerung der Lebenserwartung, das Bewusstsein für Entwicklungschancen, Gesundheit und Förderung des Humankapitals zu schärfen. Die Verknüpfung von sozialpolitischen Ansätzen, Neo-liberalismus und Regionalität verleiht dem Mosaik der Gesundheitsversorgung durch die National Health Mission neue Konturen. Die vertikale Verlagerung der Verantwortlichkeiten auf lokale Strukturen schafft zusätzlich eine „metaphysische“ Verbindung zwischen Gesundheit und Staat.

## 8. Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit setzte sich mit der Fragestellung auseinander, inwieweit sich die Gesundheitsversorgung eines Landes auf die Legitimität des Staates auswirkt und welche Konsequenzen sich hieraus für das gewählte Fallbeispiel Indien ableiten lassen? Um dies zu klären, war es zunächst notwendig, die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Staat herauszuarbeiten. Dabei ist zunächst dargestellt worden, dass der Begriff oder auch das Phänomen „Gesundheit“ in Indien nur wenig diskutiert werden. Da keine konzeptionelle Debatte stattfindet, lehnen sich die meisten der Gesundheitsexperten an die Definition der WHO. Hiervon ausgehend wird Gesundheit verstanden als komplexes und multidimensionales Phänomen, das durch eine Vielzahl sozioökonomischer und persönlicher Faktoren wie Einkommen, der Bildungsgrad, Bevölkerungswachstum – und dichte, Altersstruktur der Gesellschaft und öffentliche Institutionen beeinflusst wird (Rout/Panda 2007). Da Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsversorgung als vom politischen System abhängige Variablen verstanden werden, stand gerade dieser Faktor im Rahmen der Policy-Analyse dieser Arbeit im Vordergrund. Hierzu gehört auch das Verständnis dafür, dass Gesundheit und Krankheit kulturgebunden sind. Bei der Unterscheidung zwischen gesund und krank spielen jedoch auch andere Interessen wie die der Machthaber, Lobbyisten, Pharmaindustrie oder Apotheken eine nicht unerhebliche Rolle. Gesundheit ist sowohl vom eigenen Gesundheitsverhalten als auch gleichermaßen von den Gesundheitsverhältnissen abhängig, so dass der erfassbare und messbare Gesundheitszustand als Schnittmenge zwischen individueller und staatlicher Verantwortung verstanden werden kann und diese Schnittmengenverteilung variiert abhängig von den jeweiligen Wohlfahrtsstaatsmodellen. In der indischen Verfassung ist kein Recht auf Gesundheit festgeschrieben. Dennoch besteht ein Grundverständnis darüber, dass der Bürger ein Recht auf Gesundheitssicherung hat. Wie in anderen Staaten gehören zur erfolgreichen Integration des Individuums (Bürgers) die Konstruktion des Staatsbürgers und die Festlegung von Rahmenbedingungen zur legalen Staatsbürgerschaft. Das health citizenship-Konzept, welches eine auf Gesundheitsrechte ausgerichtete Staatsbürgerschaft entwirft, ist das Bindeelement zwischen Staat und Gesundheitszustand.

Staatsbürgerschaft ist zunächst ein legal vom Staat festgelegter Status. Die hieraus folgende Identifizierung des Individuums mit dem Staat und das persönliche Recht auf Zugehörigkeit sind die ausschlaggebenden Faktoren der Bürger, um einen Anspruch auf Staatsbürgerschaft geltend zu machen. Die Zusammenführung beider Faktoren in derselben Gruppe führt zu

einer legitimierten Staatsbürgerschaft, in der sich die Bürger sowohl leistungsgerecht als auch persönlich verpflichtet fühlen (Mitra 2010). Hieraus abgeleitet wurde ein Gesundheitskonzept, welches als Anspruch (health entitlement) auf ein Minimum an Gesundheitsversorgung verstanden wird. Basierend auf dem Konzept der „health citizenship“ und der Annahme, dass die soziale Sicherung zu den zentralen Staatstätigkeiten gehört ist, wurde festgestellt, dass ein Mangel an staatlicher Investitionen und Handlungsbereitschaft im Gesundheitssektor den Legitimitätsverlustes fördert. Zusätzlich und weiterführend bedingt wird dieser Prozess durch die Liberalisierung zu Beginn der 1990er Jahre. Ein wesentlicher Kern der Argumentation ist die Verbindung mit dem neoliberalen Staatskonzept, welches den Weg bereitete für eine zunehmende Privatisierung und den Rückzug des Staates mit einhergehender Rollenverschiebung von „bereitstellend“ zu „regulierend“. Eine Generalisierung über die Folgen des Zuwachses privater Dienstleister im Gesundheitssektor kann selbstverständlich nicht für alle politischen Systeme gleichermaßen erfolgen. Trotzdem verweist gerade das Fallbeispiel Indiens auf die besondere Sensibilität gemessen an den erheblichen Auswirkungen und Negativfolgen (wie beispielsweise eine Zunahme an Verschuldung von Privathaushalten, Arbeitslosigkeit und Selbstmorden), die sich insbesondere in Entwicklungsländern nachzeichnen lassen, wenn der Staat sich aus wichtigen öffentlichen Bereichen der Politik zurückzieht. Die Kraft der Gesellschaft ist gerade (noch) nicht ausreichend, um den Rückzug des Staates auszugleichen, denn Gesundheitsversorgung kann nicht nur kostenintensiv werden, sondern auch die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen muss gewährleistet werden.

Unter der hieraus folgenden Annahme, dass der Gesundheitszustand und die Legitimität im engen Zusammenhang stehen, wurde vorausgesetzt, dass der Staat als „bereitstellender“ Akteur im analysierten politischen Kontext eine höhere Legitimität erfährt als der „regulierender“ Akteur. Dies konnte nur bedingt nachgewiesen werden, da die Legitimität politischer Institutionen in Indien im Zeitraum zwischen 1971 und 2004 (Mitra und Sing 2009) grundsätzlich stetig zugenommen hat. Gleichzeitig aber haben auch politische Debatten innerhalb des Systems zugenommen und auch die Abwahl der UPA-Koalition 2014 dient als Argument, denn gerade diese Regierungskoalition setzte ihre Schwerpunkte im Sozialsektor. Begründet werden könnte dies durch eine mangelhafte Umsetzungskraft der Maßnahmen oder aufgrund der höherrangigen Stellung andere Politikbereiche, die wesentlich auf die Wahrnehmung des politischen Akteure wirken. Zu den wesentlichen sichtbaren und dadurch vom Bürger messbaren staatlichen Aktivitäten gehören etwa Impfprogramme sowie die Implementation sämtlicher vertikaler Programme und deren Wirkungen.

Dass der „intuitive“ Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Legitimität nachweisbar ist, verdeutlicht sich gleichermaßen an den Prozessen und Strukturen innerhalb des politisch-administrativen Systems. Die Demokratie manifestiert sich in Indien an den Schlüsselbegriffen Gerechtigkeit, Wohlfahrt und Wahlen. Entsprechend einer Studie des CSDS nimmt der Staat eine zentrale Rolle bei der Bereitstellung öffentlicher Güter, die eine Basisversorgung gewährleisten, ein (vgl. CSDS, Report of the SDA Team 2008: 27). Zu den Themen der Basisversorgung gehören die Bereitstellung der nationalen Sicherheit, die Gesundheitsversorgung, Nahrungssicherheit und Bildung. Das Bewußtsein für „social citizenship“ und insbesondere für „health citizenship“ sind aufgrund der politischen Geschichte und Nation-building Prozesse gerade erst am Anfang ihrer Ausprägungen.

Eine Besonderheit Indiens liegt in dessen Regionalität und Diversität des politischen und gesellschaftlichen Systems. Diese regional-strukturellen Unterschiede führen letztlich dazu, dass das Vertrauen der Bürger in die Institutionen der Bundesstaaten höher ist als das Vertrauen in die Arbeit der Unionsregierung (u.a. Mitra/Singh 2009) und die Verbindung zwischen Gesundheit und Staat in Indien nur über das Konzept des regional health citizenship nachvollziehbar wird. Besonders deutlich wurde dies auch unter Betrachtung ausgewählter besonders sensibler Indikatoren wie der Kinder- und Säuglingssterblichkeit und der Müttersterblichkeit. Hier bestehen zwischen den Bundesstaaten noch immer erhebliche Unterschiede, bei dem sowohl ein Nord-Süd als auch Ost-West Gefälle deutlich wurde.

Dass ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Legitimität besteht, begründeten bereits Shah (1997) und Adlakha (2001). Gerade im Kontext von Epidemien zeigen sich Stärken und Schwächen des Systems, so dass ein politisches System an Legitimität verlieren kann, wenn die hochsensiblen und abstimmungsintensiven Notwendigkeiten zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit nicht ausreichend abgedeckt werden. Gesundheit ist also nicht nur ein Index für wirtschaftlichen Fortschritt, sondern auch ein Index für die Legitimität einer Regierung (Adlakha 2001). Dem Staat kommt dadurch eine besondere Stellung zu, weil nur er als Schnittstelle zwischen Bürger, Epidemie und Wissenschaft die gewonnen Erkenntnisse in Handeln, also Staatstätigkeit umsetzen kann. Beide Argumentationen über die Beziehungen zwischen den konkreten Epidemieausbrüchen und der Legitimität des Staates wurden in der vorliegenden Arbeit als Grundlage herangezogen, wengleich die Ausrichtung der Fragestellung und die Auswahl der Indikatoren es notwendig machten, diese Ansätze zu erweitern. Nicht nur die Unmittelbarkeit der Aktivität bei einem akuten Auftreten einer Epidemie hat Auswirkungen auf die Legitimität, sondern vor allem das generelle Ausmaß staatlicher Beteiligung an der Gesundheitsversorgung.

Die politikwissenschaftliche Fragestellung „wer erhält welche Leistung in welcher Form“ ist für den Gesundheitssektor aufgrund der Regionalität in Indien komplex zu beantworten. Um diese Fragen zu beantworten, wurden Berichte, Studien und Analysen seitens der indischen Regierung und systemimmanenten Gesundheitsgruppen und Forschungsinstituten aber auch Studien von WHO, UN herangezogen. Zwar liegen oftmals erhebliche Schwankungen in den Hochrechnungen der Indikatoren vor, trotzdem liegen die generellen Einschätzungen und Beurteilungen zum Gesundheitssystem dicht beieinander, was durchaus nicht in diesem Ausmaß zu erwarten war. Die Einführung der „National Rural Health Mission“ (NRHM) sollte zunächst die Bundesstaaten in deren Gesundheitspolitik unterstützen und fördern, deren Gesundheitszustände im Verhältnis zum indischen Durchschnitt erheblich schlechter abschnitten (HFS). Die NRHM wurde ein Jahr nach den Parlamentswahlen 2004 unter der UPA-Koalition ins Leben gerufen und gehört in Verbindung mit der 2008 vom Parlament verabschiedeten „National Urban Health Mission“ (NUHM) zu den beiden Reformpakten der „National Health Mission“. Wenngleich der Begriff „Reform“ von der indischen Regierung selbst nie vorgebracht wurde und insgesamt auch eher vorsichtig Anwendung finden sollte, da wesentliche Reformmerkmale fehlen.

Regionale Strukturen werden in der NHM nicht nur anerkannt, sondern bilden die Grundlage der jeweiligen gesundheitspolitischen Zielsetzungen. Mitspracherecht, Transparenz und der Ausbau der medizinischen Infrastrukturen in den ländlichen Regionen sind deren Kernelemente. Bisher ist der indische Staat nicht flächendeckend erfolgreich in der Umsetzung der „Gesundheit für alle“, doch verweisen gerade die NRHM und die NUHM auf den politischen Willen, der jedoch nicht nur vom Utilitarismus sondern auch von dringend benötigter Produktivitätskraft angetrieben wird. Der innenpolitische Druck wurde zusätzlich durch die Intensivierung der Debatten um gesundheitspolitische Fragestellung erzeugt, der nicht nur außerparlamentarisch sondern auch innerhalb des politischen Systems nachweisbar wurde. Es konnte darüber hinaus aufgezeigt werden, dass es eine Zunahme der parlamentarischen Debatten über den Zustand und die Wirkungen angestoßener Gesundheitsreformen in Indien gegeben hat. Die politische Elite formulierte dies explizit erstmalig im 11. Fünfjahresplan (2007-2012). Hinsichtlich der Prävention (Impfung) und der regionalen Diversitäten wurde auch die „passive Teilnahme“ als „passiv health citizenship“ und somit ein weiterer argumentativer Schlüssel zur Legitimitätsdebatte ergänzt. Ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Legitimität konnte somit herausgearbeitet und in den regionalen Kontext gestellt werden. Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich gewesen, Umfragen zum Grad der Legitimität auf lokaler Ebene durchzuführen.

Perspektivisch könnten sich hieraus jedoch erweiterbare, neue Fragestellungen zum Bewusstsein gesundheitspolitischer Maßnahmen auf mikrosoziologischer Ebene ableiten lassen. Trotz aller Kritik kann die Einführung der National Health Mission als gesundheitspolitische Interventionsmaßnahme insgesamt als ein positives Ergebnis parlamentarischer Auseinandersetzungen über die Wege und Mittel zur Verbesserung des Gesundheitszustandes verstanden werden, welche als solches nicht neu war, aber erstmalig nachhaltig und sektorenübergreifend formuliert wurde.

Diese Dissertation konzentrierte die Ausführungen und Analysen hauptsächlich auf die Output-Leistungen und die resultierenden Outcomes. Notwendig wurde dies insofern, als dass eben jene (staatlichen) Leistungen und gesellschaftlichen Auswirkungen als Basis für die Herausforderungen an das politische System den Grundstein der Fragestellung über die (Output-) Legitimation verstanden werden. Dass der finanzielle Output, also die Mittel, die insgesamt in das Gesundheitssystem fließen, eine wesentliche Rolle spielen, verdeutlichte sich entsprechend in den Korrelationen hinsichtlich der privaten Ausgaben und der Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit. Die finanziellen Bedarfe zur Stärkung des Gesundheitssektors können nicht durch die privaten Haushalte aufgefangen werden, denn der Anteil der indischen Mittelklasse, der größtenteils private Anbieter in Anspruch nimmt, reicht nicht aus, um dem Defizit entgegen zu wirken, während die Bevölkerungsgruppen in Armut sich die medizinische Behandlung oftmals nicht leisten können und dadurch auch nicht am Gesundheitssystem partizipieren. Der Staat kann folglich nicht nur die passivere Rolle des Regulierers einnehmen, sondern muss die Basisversorgung sichern und eine aktive Rolle einnehmen. Die stete Abnahme staatlicher Verantwortlichkeit bemisst sich dabei nicht nur anhand einer Reduzierung der staatlichen Gesundheitsausgaben, sondern zusätzlich auch im Mangel der Regulierung des privaten Sektors. Die Gesundheitsversorgung kann zusätzlich als ein System betrachtet werden, dem eine bestimmte Funktion zugeschrieben ist und welches ihm eigene Strukturen aufweist. Hierdurch begründet sich auch die Notwendigkeit der Anwendung politikwissenschaftlicher Ansätze, die unter zur Hilfenahme der Policy-Analyse das Zustandekommen vom Programme und Gesetzen untersuchen und deren Effekte auf die Gesundheitssituation analysieren können. Im Vordergrund steht hierbei vor allem die Differenzierung zwischen den verabschiedeten Maßnahmen (Outputs) und den tatsächlichen Auswirkungen (Outcomes).

Für die Entwicklung des gesamten Subkontinents bedeutsam war die Durchdringung des politischen und gesellschaftlichen Lebens durch die Kolonialmächte. Einer der wichtigsten Meilensteine war die Einführung der Präventionspolitik unter den Briten, die zwar zunächst

nur exklusiv und selektiv behandelten. Durch verschiedene Kooperationsebenen und der „Notwendigkeit“ einer Einführung des westlichen Medizinmodells aufgrund des vorhandenen Mangels an Versorgungsstrukturen vor Ort und einer „Überlegenheitskultur“ der neuen Herrscher, wuchs die Bedeutung allopathischer Behandlungsmethoden und Kenntnisse. Hierdurch wurde auch die Frage aufgegriffen, wer zu dieser „Öffentlichkeit“ gehört und wer die Aufgabe hat, dafür Sorge zu tragen, dass Gesundheit kein exklusives Phänomen bleibt. Der medizinische Pluralismus zwischen Ayurveda, Unani und Allopathie hätte sich ohne deren Einfluss wohl kaum derart entwickelt und dadurch die Beziehung zwischen Arzt und Patient als politische Komponente von Staat und Bürger gleichgesetzt. Mit der neuen demokratischen Struktur wurde auch die Medizin bzw. das Heilen „verstaatlicht“ und dies nicht ausschließlich im sozialistischen Betriebsverständnis, sondern vielmehr als Idee eines auf Legitimität beruhenden abstrakten Systems, welche über die Festlegung rechtlicher Rahmenbedingungen und der Gestaltung des politischen Alltags, die Heilung von Krankheiten systematisch steuert und somit den Gesundheitszustand als abhängige Variable bestimmt. Dass ursprüngliche Medizinsysteme des Subkontinents wieder eine verstärkte Rolle spielen und ob die Einrichtung des Ministry's of AYUSH 2014 lediglich im Kontext einer Erstarbung nationaler Tendenzen zu interpretieren ist, sind zudem Themen, die in zukünftigen Studien von Relevanz sein könnten.

Die Empfehlungen der bereits vor der Unabhängigkeit eingesetzten Bhore Commission schufen dabei die Grundlage des heutigen Gesundheitssystems und markieren bis heute den systematischen Neubeginn der Gesundheitsversorgung nach der Unabhängigkeit. Gesundheit ist bis heute jedoch nicht als Grundrecht in der Verfassung festgeschrieben. Die „Directive Principles of State Policy“ (Art. 47) weisen gewisse Richtlinien hinsichtlich der Ernährungsstandards und öffentlichen Gesundheit gegenüber den Bundesstaaten aus, aber wie diese umgesetzt werden, unterliegt der föderalen Grundstruktur in Erweiterung durch die Stärkung des Panchayati Raj Systems. Ziel ist es, den partizipativen Ansatz zu fördern und den regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Anpassung an lokale Herausforderungen im Bewusstsein differenzierter Funktionalitäten stärkt den demokratischen Prozess, während zeitgleich die Maßnahmen mit den anvisierten nationalen Zielen synchronisiert werden. Inhaltlich sind die Zielvorgaben der National Health Mission 2015 daher unweit entfernt von den Empfehlungen der Bhore Commission 1946. Der maßgebliche Unterschied besteht in der systematischen Ausdifferenzierung und Abstimmung in Form von Anpassung und Synchronisierung der jeweiligen Modelle und nationalen Programme an

ausgewählten Schwerpunktthemen, Zielgruppen und Herausforderungen durch die Modernisierung und Veränderung des Gesamtsystems.

Mit der Einführung der National Rural Health Mission blieb die dreistufige Versorgungspyramide bestehen und wurde, orientiert an den Ansätzen der Dezentralisierung und Partizipation, lediglich erweitert. Dies kann auf Grundlage des 72. Verfassungszusatzes (Constitution of India) als konsequente Deklination der Strukturen im Gesundheitssektor betrachtet werden. Die späte Umsetzung der Alma Ata Forderungen verdeutlicht aber auch die Trägheit des Systems und die Resistenz gegenüber weitreichenden Strukturwandelprozessen, die erst 2005 im nationalen Leitbild der Gesundheitspolitik umgesetzt wurden. Ungeachtet dessen ist mit der National Health Mission jedoch ein durchaus beachtlicher Wandelungsprozess in der Steuerung der Gesundheitspolitik gelungen. Zwar wurde verzichtet von einem Programm zu sprechen und stattdessen vielmehr das Bild einer „Gesundheitsbotschaft“ (Mission) vermittelt, doch dieses kann konzeptionell über einer Programmkonzeption angesiedelt werden, um neben der Verbesserung der Gesundheitsindikatoren das Bewusstsein für Entwicklungschancen, Gesundheit und Förderung des Humankapitals zu schärfen. Das Mosaik Gesundheitsversorgung erhielt neue Konturen, aber es bleibt die Frage nach der Durchsetzungs- und der Anpassungsfähigkeit des Systems, die nicht zuletzt vom Willen der Entscheidungsträger abhängen.

- Anderson, James, E. (1975): *Public Policy-Making*. Praeger: New York.
- Advani, M. (1980): *Doctor-Patient Relationship in Indian Hospitals*. Sanghi Prakashan: Jaipur.
- Adlakha, R. (2001): "State legitimacy and social suffering in a modern epidemic: A case study of dengue haemorrhagic fever in Delhi", in: *Contributions to Indian Sociology*, 35, 151–179.
- Alemann, U./Forndran, E. (1995): *Methodik der Politikwissenschaft. Eine Einführung in Arbeitstechnik und Forschungspraxis*. 5. Aufl., Kohlhammer: Stuttgart.
- Almond, Gabriel (1996): "Political Science: The History of the Discipline", in: Goodin, Robert, E./Klingemann, Hans-Dieter (Hrsg.): *A New Handbook of Political Science*. Oxford University Press: Oxford, 50-96.
- Almond, G./Powell, G. B./Dalton, R./Strøm, K. (ed.) (2008): "System, Process, and Policy", in: (eds.) *Comparative Politics Today. A World View*. 9<sup>th</sup> ed. Pearson Longman: New York, 43-151.
- Anand, S./Peter, F./Sen, A. (eds.) (2006): *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford University Press: Oxford.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Antonovsky, A. (1993): „Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung“, in: Franke, A./Broda, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. DGVT-Verlag: Tübingen, 3-14.
- Arnold, D. (1985): "Medical priorities and practice in nineteenth-century British India", in: *South Asia Research*, 5 (2), 167-86.
- Asfaw, A./Frohberg, K./James, K./Jütting, J. (2007): "Fiscal Decentralization and Infant Mortality: Empirical Evidence from Rural India", in: *The Journal of Developing Areas*, 41(7), 17-35.
- Atun, R./Bennett, S./Duran, A. (2008): Wann sind vertikale (eigenständige) Programme in Gesundheitssystemen sinnvoll? Grundsatzpapier. Gesundheitssysteme und Politikanalyse. WHO Regional Office for Europe: Kopenhagen.
- Austin, G. (1999): *Working a Democratic Constitution: The Indian Experience*. Oxford University Press: New Delhi.
- Bagchi, A.K./Soman, K. (2005): *Maladies, Preventives, and Curatives: Debates in Public Health in India*. Tulika Books: New Delhi.
- Bajpai, N./Sachs, J./Dholakia, R. (2010): *Improving Access and Efficiency in Public Health Services. Mid-term Evaluation of India's National Rural Health Mission*. Sage: New Delhi.
- Bajpal, K. Shankar (ed.) (2007): *Democracy and Diversity. India and the American Experience*. Oxford University Press.
- Balachander, J. (1993): "Tamil Nadu's Successful Nutrition Effort", in: Rohde, J./Chatterjee, M./Morley, D. (eds.): *Reaching Health for All*. Oxford University Press: New Delhi, 158-184.

- Banerji, D. (1971): *Family and Planning in India: A Critique and A Perspective*. People's Publishing House: New Delhi.
- Banerji, D. (1985): *Health and family planning services in India: An epidemiological, socio-cultural and political analysis and a perspective*. Lok Paksh: New Delhi
- Banerji, D. (1990): *An Analysis of Health Policies and Programmes in India in the Eighties*. Lok Paksh: New Delhi.
- Baru, R. V. (2008): *School Health Services in India: The Social and Economic Contexts*. Sage Publications: New Delhi.
- Baru, R. V./Nundy, M. (2008): "Blurring of Boundaries: public-private partnerships in Health Services in India", in: *Economic and Political Weekly*, Special Article (Jan. 26), 62–71.
- Baru, R. V. (2000): "Privatisation and Corporatisation", in: *Seminar 489: Unhealthy Trends*. A Symposium on the state of our public health system: [www.india-seminar.com/2000/489.htm](http://www.india-seminar.com/2000/489.htm).
- Basu, R. N./Jezek, Z./Ward, N. A. (1979): *The eradication of smallpox from India*. WHO South-East Asia Regional Office: New Delhi.
- Basu, Durga D. (2002). *Introduction to the Constitution of India*. Wadhwa and Company Law Publishers: New Delhi.
- Beaglehole, R./Bonita, R.(2004): *Public Health at the Crossroads. Achievements and Prospects*. 2<sup>nd</sup> Ed. Cambridge University Press: Cambridge.
- Becker, G. (1962): "Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis", in: *Journal of Political Economy*, Vol. LXX (5), 9-49.
- Beetham, D. H. (1994): *Defining and Measuring Democracy*.Sage Publications: London.
- Behrens, M. (2003): „Quantitative und qualitative Methoden in der Politikwissenschaft“, in: Schubert, K./ Bandelow, N. (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenburg: München, 203-235.
- Beisheim, M./Börzel,T./Genschel, P./Zangl, B. (2011): „Einleitung: Der staatliche Beitrag zu Governance in Räumen konsolidierter und begrenzter Staatlichkeit“, in: Dies. (Hrsg.): *Wozu Staat? Governance in Räumen begrenzter und konsolidierter Staatlichkeit*. Nomos: Baden-Baden, 11-34.
- Beisheim, M./Börzel,T./Genschel, P./Zangl, B. (Hrsg.) (2011): *Wozu Staat? Governance in Räumen begrenzter und konsolidierter Staatlichkeit*. Nomos: Baden-Baden.
- Bergerhoff, P./Lehmann, D./Novak, P. (eds.) (1990): *Primary Health Care. Public Involvement, Family Medicine, Epidemiology, and Health Economics*. Health System Research Series, Springer: Heidelberg/Berlin.
- Berman, P. (1982): "Selective primary health care: is efficient sufficient?", in: *Social Science and Medicine*, (16), 1054–1094, in: Atun, R./Bennett, S./Duran, A. (2008): Wann sind vertikale (eigenständige) Programme in Gesundheitssystemen sinnvoll? Grundsatzpapier. Gesundheitssysteme und Politikanalyse. WHO Regional Office for Europe: Kopenhagen.

- Berman, P./Khan, M. (eds.) (1993): *Paying for India's Health Care*. Sage Publications: New Delhi.
- Berman, P./Khan, M. (1993): "Introduction: Paying for India's Health Care", in: (eds.): *Paying for India's Health Care*. Sage Publications: New Delhi, 21-29.
- Berman, P./Ahuja, R. (2008): "Government Health Spending in India", in: *Economic and Political Weekly* (June 28), 209-217.
- Berman, P./Ahuja, R./Bhandari, L. (2010): „The Impoverishing Effect of Healthcare Payments in India: New Methodology and Findings“, in: *Economic and Political Weekly, Special Article*, Vol. XLV, No 16, 65-72.
- Berridge, V. et. al. (2006): *Public Health in the 1980s and 1990s: Decline and Rise?* The Trustee of the Wellcome Trust: London.
- Bertalanffy, L. v. (1968): *General System Theory. Foundations, Development and Application*. George Braziller: New York.
- Beyer, J. (2015): „Pfadabhängigkeit“, in: Wenzelburger, G./Zohlhöfer, R. (Hrsg.): *Handbuch der Policy-Forschung*. Springer: Wiesbaden, 149-171.
- Beyme, K., v. (2003): „Vorläufer der Politikfeldanalyse auf dem europäischen Kontinent“, in: Schubert, K./Bandelow, N. (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenbourg: München, 25-35.
- Beyme, K., v. (2007): *Föderalismus und regionales Bewußtsein. Ein internationaler Vergleich*. Verlag C.H. Beck: München.
- Bhat, R. (1996): "Regulation of the Private Health Care Sector in India", in: *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 11, 235-274.
- Bhalotra, S. (2007): "Spending to Save? State Health Expenditure and Infant Mortality in India", in: *Discussion Paper Series No. 2914*. University of Bristol, CMPO and IZA.
- Bhat, P. N./Zavier, F. (1999): "Findings of National Family Health Survey: Regional Analysis", in: *Economic and Political Weekly*, Vol. 34, No.42-43 (Oct. 16-29), 3008-3017+3019-3032.
- Bhattacharyya, H. (2012): *The Politics of Social Exclusion in India: Democracy at the Crossroads*. Routledge: London.
- Bhattacharyya, H./Kluge, A./König, L.(ed.) (2011): *The Politics of Citizenship, Identity and the State in South Asia*. Samskriti: New Delhi.
- Bir, T. (2006): *Health Sector Reform in India. Perspectives and Issues. Vol I-II*. Arise Publishers and Distributors: New Delhi.
- Bleek, W. (2001): *Geschichte der Politikwissenschaft in Deutschland*. C.H. Beck: Darmstadt.
- Blum, S./Schubert, K. (2011): *Politikfeldanalyse. 2., aktualisierte Auflage*. VS Verlag: Wiesbaden.
- Böhret, C./Jann, W./Kronenwett, E. (1988): *Innenpolitik und politische Theorie. Ein Studienbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage*. Westdeutscher Verlag: Opladen.

- Boschi-Pinto, C./Velebit, L./Shibuya, K. (2008): “Estimating child mortality due to diarrhoea in developing countries”, in: *Bulletin of World Health Organization* (86), 710-717.
- Bourdier, F. (1995): *Sickness and Health in the Village: An Assessment of Health Conditions in South India (Coimbatore District)*. Institut Francais de Pondichéry: Pondichery.
- Bowling, A. (1991): *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Open University Press: Buckingham.
- Brass, W. (1974): “Perspectives in Population Prediction: Illustrated by the Statistics of England and Wales”, in: *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*, Vol. 137, No. 4 (1974), 532-583.
- Braun, D./Giraud, O. (2003): “Steuerungsinstrumente“, in: Schubert, K./Bandelow, Nils C. (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenbourg: München, 147-174.
- Bredt, S. (2006): *Die demokratische Legitimation unabhängiger Institutionen. Vom funktionalen zum politikfeldbezogenen Demokratieprinzip*. Mohr Siebeck: Tübingen.
- Breyer, F./Zweifel, P. (1999): *Gesundheitsökonomie*. Springer Verlag: Berlin.
- Center for the Study of Developing Societies (2008): *State of Democracy in South Asia. Report of the SDSA Team*. Oxford University Press: Oxford.
- Center for the Study of Developing Societies (2015): *Democracy in India. A Citizens' Perspective*. Lokniti: New Delhi.
- Chatterjee, M. (1988): *Implementing Health Policy*. Ramesh Jain: New Delhi.
- Chatterjee, M. (1993): “Health for Too Many: India' Experiments with Truth”, in: Rohde, J./Chatterjee, M./Morley, D. (eds.): *Reaching Health for All*. Oxford University Press: New Delhi, 342-377.
- Chatterjee, P. (ed.) (2007): “Introduction: A Political History of Independent India”, in: (ed.) *State and Politics in India*, 8<sup>th</sup> ed. Oxford University Press: New Delhi, 1-40.
- Chatterjee, P. (ed.) (2007): “Development and Planning and the Indian State”, in: (ed.) *State and Politics in India*, 8<sup>th</sup> ed. Oxford University Press: New Delhi, 271-298.
- Chetley, A./Barnard, G. (1995): “Paying for Health: New Lessons from China”. Institute of Development Studies (IDS) Policy Briefing, Issue (4), University of Sussex.
- Chidambaranathan, C./Jenitta, M. (2011): *Public Health in India*. Aavishkar: New Delhi.
- Chidambaranathan, C./Jenitta, M. (2013): *Health and Welfare in India*. Pointer Publishers: Jaipur.
- Childress, J. F.et. al. (2002): “Public Health Ethics: Mapping the Terrain” in: *The Journal of Law, Medicine & Ethics* (30), 170-178.
- Cameron, D. (1978): “The Expansion of the Public Economy: A Comparative Analysis”, in: *American Political Science Review* (72), 1243-1261.

Chhibber, P./Shastri, S./Sisson, R. (2004): “Federal Arrangements and the Provision of Public Good in India”, in: *Asian Survey*, Vol. XLIV, No. 3, May/ June, 339-52.

Clark, David A. (2005): *The Capability Approach: Its Development, Critiques and Recent Advances*. GPRG, Institute for Development Policy and Management. University of Manchester.

Crawford, D. G. (1914): *A History of the Indian Medical Service, 1600-1913*, 2 vols. W. Thacker: London, in: Pati, B./Mark Harrison (ed.) (2006): *Health, Medicine and Empire. Perspectives on Colonial India*. Orient Longman: New Delhi.

Da-Cruz, P./Capallo, S. (Hrsg.) (2008): *Gesundheitsmegamarkt Indien. Sourcing-, Produktions- und Vermarktungsstrategien*. Wiesbaden: Gabler.

Dawson, A./Verweij M. (ed.) (2007): “Introduction Ethics, Prevention, and Public Health“, in: (ed.) *Ethics, Prevention, and Public Health*. Clarendon Press:

Deodhar, N.S. (2004): *Evoking Primary Health Care Approach through Decentralization and Panchayati Raj System*. Independent Commission on Development and Health in India. Alok Mukhopadhyay: New Delhi.

Deodhar, N.S. (2007): “Health vs. medicine: least we forget”, in: *Journal of Public Health Policy*, 28 (3), 379-84.

Desai, S. (2009): “Keeping the 'Health' in Health Insurance”, in: *Economic and Political Weekly (Commentary)*, XLIV (38), 18-21.

Der Spiegel (1976), Nr. 52.

Detels, R./Breslow, L. (1991): “Current scope and concern in public health”, in: Holland, W./Detels, R./Knox, G. (eds.): *Textbook of Public Health*, 2<sup>nd</sup> ed., Vol. 1. Oxford Medical Publication, Oxford University Press: Oxford.

Deutsch, Karl W. (1963): *The Nerves of Government: Models of political communication and control*. Free Press: New York.

Deutsch, Karl W. (1973): *Politische Kybernetik. Modelle und Perspektiven*. Rombach und Co.: Freiburg.

Dhar, A. (2014): “WHO officially declares India ‘polio-free’”, in: *The Hindu* (27.03.).

Dholakia, R. (2005): “Trends in Regional Disparity in Human and Social Development”, Indian Institute of Management, Working Paper. Ahmedabad.

Diesfeld, H. J. (1984): *Medizin in Entwicklungsländern*, 4. Auflage. Springer: Heidelberg.

Diesfeld, H.J. (1970): „Evaluation of hospital return in developing countries”, in: *Methods of Information in Medicine*, (9), 27–34.

- Diesfeld, H. J. (1995): „Das Gesundheitswesen“, in: Rothermund, D. (Hrsg.): Indien – Kultur, Geschichte, Politik, Wirtschaft, Umwelt, Ein Handbuch. C. H. Beck: München, 349-67.
- Diesfeld, H. J./Falkenhorst, G./Razum, O./Hampel, D. (Hrsg.) (1997): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern – Medizinisches Handeln aus Bevölkerungsbezogener Perspektive. Springer: Heidelberg.
- Diesfeld, H. J. (1997): „Gesundheit und Krankheit in Entwicklungsländern – Rahmenbedingungen und Konzepte“, in: Diesfeld, H. J./Falkenhorst, G./Razum, O./Hampel, D. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern – Medizinisches Handeln aus Bevölkerungsbezogener Perspektive. Springer: Heidelberg, 1-32.
- Diesfeld, H. J. (1997a): „Das „Primary Health Care“ – Konzept“, in: Diesfeld, H.J./Falkenhorst, G./Razum, O./Hampel, D. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern – Medizinisches Handeln aus Bevölkerungsbezogener Perspektive. Springer: Heidelberg, 44-56.
- Dörner, Klaus (2003): Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt. Econ Verlag: Berlin.
- Downs, A. (1957): “An Economic Theory of Democracy”, Harper & Row: New York.
- Drèze, J./Sen, A. (2002): “India – Development and Participation”, 2<sup>nd</sup> ed., Oxford University Press: New Delhi.
- Drèze, J./Sen, A. (eds.) (2007): “Population, Health and the Environment”, in: (eds.) India. Development and Participation. 4<sup>th</sup> ed., Oxford University Press: New Delhi, 189-228.
- Dubos, René (1965): Man Adaption. Yale University Press: New Heaven.
- Duggal, R./Antia, N. (1993): “Health Financing in India: A Review and an Agenda”, in: Berman, P./Khan, M. (eds.): Paying for India`s Health Care, Sage Publications: New Delhi, 53-71.
- Duggal, Ravi (2007): “Healthcare in India: Changing the Financial Strategy”, in: *Social Policy and Administration*, 41 (4), 386-394.
- Duggal, Ravi (2009): “Sinking Flagships and Health Budgets in India”, in: *Economic and Political Weekly*, Vol XLIV, No 33, 14-18.
- Dummer, T. J./Cook, I. (2008): “Health in China and India: A cross-country comparison in a context of rapid globalization”, in: *Social Science & Medicine*(67), 590-605.
- Dutta, A. K. (2005): “Kala-Azar in Assam: British Medical Intervention and People’s Response”, in: Bagchi, A.K., Soman, K (eds.): *Maladies, Preventives, and Curatives: Debates in Public Health in India*. Tulika Books: New Delhi, 15-31.
- Dye, Th. R. (1977): *Policy – Analysis. What Governments do, why they do it and what Difference it Makes*. University of Alabama: Alabama.
- Easton, D. (1965): *A Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs: New York.
- Esping-Anderson, G. (1990): *The three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press: Cambridge.

- Foucault, M. (1983): *Sexualität und Wahrheit I: Der Wille zum Wissen*[kommentiert (D)]. Übers. von Raulff, U./Seitter, W. Frankfurt a. M.: Suhrkamp [franz.: *Histoire de la sexualité*. Vol. 1. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard 1976].
- Franke, A. (2006): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Huber: Bern.
- Franzkowiak, P. (2003): „Gesundheitswissenschaften/Public Health“, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*., 4. Aufl., Schwabenheim a.d. Selz, 121-126.
- Fuhse, J. (2005): *Theorien des politischen Systems: David Easton und Niklas Luhmann. Eine Einführung*. VS Verlag: Wiesbaden.
- Gangadharan, K. (2009): *Paradigm Shift in Health and Education in India*. Serials Publications: New Delhi.
- Garzón, V. (1988): *Die Stabilität politischer Systeme. Analyse des Begriffs mit Fallbeispielen aus Lateinamerika*. Alber: Freiburg i.B./München.
- George, T. (1994): “Distorted Perspective on Health Care”, in: *Economic and Political Weekly*, 29 (30), 1913-1924.
- Gerring, J./Strom C./Rodrigo A. (2006): “Democracy and Human Development”, Unpublished paper, Boston University Press: Boston.
- Ghosh, Meekakshi D. (2008): “Public-Private Partnership in Health Care”, in: Ramani, K./Dileep V./Mavalankar, D. (eds.): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. Sage Publications: New Delhi, 42-50.
- Gostin, Lawrence O. (2000): *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. University of California Press and Milbank Memorial Fund: Berkeley.
- Gostin, Lawrence O. (2010): “Mapping the Issues: Public Health, Law and Ethics”. Georgetown Law Faculty Publications and Other Works. Paper 374: <http://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/374>.
- Göhler, G. (1988): „Soziale Institutionen – politische Institutionen. Das Problem der Institutionentheorie in der neueren Politikwissenschaft“, in: Luthardt, W./Waschkuhn, A. (Hrsg.): *Politik und Präsentation*. SP-Verlag Schüren: Marburg, 12-28.
- Görlitz, A./Burth, H. (1998): *Politische Steuerung. Ein Studienbuch*. Leske & Budrich: Opladen.
- Greifeld, K. (1997): „Konzepte von „Gesundheit“ und „Krankheit“, in: Diesfeld, H. J./ Falkenhorst, G./ Razum, O./ Hampel, D. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern – Medizinisches Handeln aus Bevölkerungsbezogener Perspektive*, Springer: Heidelberg, 32-39.
- Greinacher, A. (1989): *Die Entstehung und Verwirklichung von Primary Health Care in Indien – Unter besonderer Berücksichtigung zweier ländlicher Entwicklungsprojekte in Südindien*, R. G. Fischer: Frankfurt a. M.

- Gupta, das, M./Khaleghian, P./Sarwal, R. (2003): "Governance of Communicable Disease Control Services: A Case Study and Lessons from India". Policy Research Working Paper 3100. The World Bank Development Research Group. World Bank: Washington, D.C.
- Gupta, I./Mitra, A. (2003): "Economic Growth, Health, and Poverty: An Exploratory Study on India", in: Misra, R./Chatterjee, R./Rao, S. (eds.): *India Health Report*, Oxford University Press: New Delhi, Appendix 2, 207-217.
- Habermas, J. (1975). *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*. Suhrkamp: Frankfurt a.M.
- Hall, P. (1986): *Governing the Economy. The Politics of State Intervention in Britain and France*, Oxford University Press: New York.
- Haplerin, M./Siegle, J./Weinstein, M. (2005): *The Democracy Advantage: How Democracies Promote Prosperity and Peace. A Council on Foreign Relations Book, Blackwell's Focus on Contemporary America*. Routledge: New York.
- Hibbs, D. (1977): "Political Parties and Macroeconomic Policy", in: *American Political Science Review* (71), 1467-1487.
- Howlett, M./Ramesh, M./Perl, A. (2009): *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford University Press: Toronto.
- Harilal, M. S. (2009): "Commercialising Traditional Medicine: Ayurvedic Manufacturing in Kerala", in: *Economic and Political Weekly*, XLIV(16), 44-51.
- Heaver, R. (1989): „Improving Family Planning, Health and Nutrition in India: Experience from Some World Bank-Assisted Programs". World Bank Discussion Paper 59. Washington, D.C.
- Heinelt, H. (2003): "Politikfelder: Machen Besonderheiten von Policies einen Unterschied?", in: Schubert, K./Bandelow, N. (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. Oldenbourg: München.
- Henderson, Sara/Peterson, Alan (eds.) (2002): *Consuming Health. The modification of health care*. Routledge: London.
- Heuring, M./Petzold, Hilarion G. (2004): *Rollentheorien, Rollenkonflikte, Identität, Attributionen - Integrative und differentielle Perspektiven zur Bedeutung sozialpsychologischer Konzepte für die Praxis der Supervision*. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit: Hückeswagen.
- Huntington, Samuel (1968): *Political Order in Changing Societies*. Yale University Press: New Heaven and London.
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (1998) (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa: Weinheim; München
- Hurrelmann, K. (2010): *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. 7. Aufl. Juventa: Weinheim, München.
- Husain, Zakir (2011): "Health of the National Rural Health Mission", *Economic and Political Weekly, Special Article*, 22<sup>nd</sup> Jan, Vol XLVI, No 4, 53-60.

Hutter, I. et.al. (2006): *Child Spacing and Reproductive Health in Rural Karnataka, India. From Research to Action*. Manohar Publishers and Distributors: New Delhi.

Hsiao, William, C. (2000): "What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer", in: *International Monetary Fund, Working Paper: WP/00/136*.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International (1995): *National Family Health Survey (NFHS-3), 1992-93: India*. IIPS: Mumbai.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International (2001): *National Family Health Survey (NFHS-3), 1998-99: India*. IIPS: Mumbai.

International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International (2007): *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India*. IIPS: Mumbai.

Jaggi, O. P. (1973): *Indian System of Medicine*. Atma Ram and Sons: New Delhi.

James, William (1908, 2000): *Pragmatismus – Ein neuer Namen für alte Denkweisen*. Darmstadt (neu übersetzt und wieder herausgegeben von K. Schubert und A. Spree).

Jacobs, K./Langer, B./Pfaff, A./Pfaff, M. (2003): „Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsquellen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Wirtschafts- und sozialpolitischer Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Abteilung Arbeit und Soziales: Bonn.

James C. et al. (2006): "To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries", in: *Applied Health Economics and Health Policy* (5), 137–153.

Jann, W./Wegrich, K. (2003): „Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle“, in: Schubert, K./ Bandelow, N. (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenbourg: München, 71-96.

Jann, W. (1981): *Kategorien der Policy-Forschung*. Speyer: Hochschule für Verwaltungswissenschaft Speyer. Speyerer Arbeitshefte 45, in: Blum, S./Schubert, K. (2011): *Politikfeldanalyse. 2., aktualisierte Auflage*. VS Verlag: Wiesbaden.

Jann, W. (2005): „Politikfeldanalyse“, in: Nohlen, D. (Hrsg.): *Lexikon der Politik, Begriffe, Theorien, Methoden, Fakten*, C.H. Beck: Digitale Bibliothek, Bd. 79, 2448-2461.

Janning, F./Toens, K. (Hrsg.)(2008): *Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden und Anwendungen*. VS Verlag: Wiesbaden.

Jeffrey, R. (1988): *The politics of Health in India*. University of California Press: Berkley.

Joas, H. (1992): *Die Kreativität des Handelns*. Suhrkamp Verlag: Frankfurt/M.

Jobert, B. (1985): "Populism and Health Policy: The Case of Community Health Volunteers in India", in: *Social Science and Medicine*, Oxford, 1-25.

Jones, C. (1970): *An Introduction to the Study of Public Policy*. Belmont: California.

Joseph, P. M. (1947): *Physical Education and Recreation*. Indian Council of World Affairs: New Delhi.

Jan Swasthya Abhiyan (JSA) (2000): "People's Charter for Health". (People's Health Movement, India), <http://www.phmovement.org>.

Kalita, A./Zaidi, S./Prasad, V./Raman, V. (2009): "Empowering Health Personnel for Decentralized Health Planning in India: The Public Health Resource Network", in: *Human Resources for Health*, 7 (57), 1-4.

Kang, G.et. al. (2005): "Epidemiological Profil of Rotaviral Infection in India: Challenges for the 21st Century", in: *The Journal of Infectious Disease*, 192 (Suppl 1), 120-126.

Kannan, K.P./Jain, V. (2013): "National Health Insurance for the Poor. A Review of the Implementation of RSBY", in: Kannan, K.P./Berman, J.: *The Long Road to Social Security. Assessing the Implementation of National Social Security Initiatives for the Working Poor in India*. OUP: New Delhi.

Karnik, A./Lalvani, M. (2002): "Building Coalitions: From Subsidies to Social Sector Spending", in: Prabhu, S. K./Sudarshan, R. (eds.): *Reforming India's Social Sector – Poverty, Nutrition, Health and Education*, Social Science Press: New Delhi.

Khann, R. et. al. (2003): "Community based retrospective study of sex in infant mortality in India", in: *British Medical Journal*, 327, 126-128.

Kishore, J. (2007): *National Health and Programs in India: National Policies and Legislations Related to Health*. Century Publications: New Delhi.

Klasen, S./Günther, I. (Hrsg.) (2006): *Amatya Sen: "Perspectives on the Economic and Human Development of India and China"*. On the occasion of the award of an Honorary Doctorate in Economics of the Georg-August-University Göttingen. Universitätsverlag: Göttingen.

Kolip, P. (2002): „Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien“, in: Ders. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Juventa: Weinheim, München, 7-22.

Kleczkowski, B./Roemer, M./Van der Werff, A. (1984): *National health systems and their reorientation towards health for all. Guidance for policy-making*. WHO, Public Health Papers No. 77: Geneva.

Kluge, F. (1999): „*Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*“, 23. Aufl., Walter de Gruyter: Berlin.

Kluge, A. (2011): "Citizenship in the Context of Health Policy in India", in: Bhattacharyya, H./Kluge, A./König, L. (eds.): *The Politics of Citizenship, Identity and the State in South Asia*. Samskriti: New Delhi, 134-151.

Kumar, D. (2005): „Perceptions of Public Health: A Study in British India“, in: Bagchi, A.K./Soman, K. (eds.): *Maladies, Preventives, and Curatives: Debates in Public Health in India*. Tulika Books: New Delhi, 44-59.

- Lauth, H.-J./Wagner, C. (2006). "Gegenstand, grundlegende Kategorien und Forschungsfragen der "Vergleichenden Regierungslehre", in: Lauth, H.-J. (Hrsg.): Vergleichende Regierungslehre. Eine Einführung, 2. durchgesehene Auflage. VS Verlag: Wiesbaden, 15-36.
- Lauth, H.J./Winkler, J. (2006): "Methoden der Vergleichenden Regierungslehre", in: Lauth, H.-J. (Hrsg.): Vergleichende Regierungslehre. Eine Einführung, 2. durchgesehene Auflage. VS Verlag: Wiesbaden, 37-69.
- Lauth, H.-J. (2006): Vergleichende Regierungslehre. Eine Einführung, 2. durchgesehene Auflage. VS Verlag: Wiesbaden.
- Laswell, Harold D.(1936): Politics: Who Gets What, When, how. Whittlesey House, McGraw-Hill book Company, Incorporated.
- Lerner, D./Lasswell, H. (eds.) (1951): The Policy Sciences. Recent Developments in Scope and Method. Stanford: California.
- Lijphardt, A. (2007): "Democratic Institutions and Ethnic/Religious Pluralism: Can India and the United States Learn from each other-and from the Smaller Democracies?"; in: Bajpal, K. Shankar (ed.): Democracy and Diversity. India and the American Experience. Oxford University Press, 14-49.
- Lowi, Theodore J. (1972): "Four systems of policy, politics, and choice.", in: *Public Administration Review* 32 (4), 298-310.
- Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp: Frankfurt/M..
- Luhmann, N. (1990): Der medizinische Code. Soziologische Aufklärung 5 - Konstruktivistische Perspektiven. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Luthardt, W./Waschkuhn, A. (Hrsg.): Politik und Präsentation. SP-Verlag Schüren: Marburg,
- Mahal, A./Yazbeck, A./Peters, D./Ramana, G.N.V. (2001): The Poor and Health Services in India. World Bank. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. World Bank Publications: Washington, DC.
- Mayntz, R./Scharpf, Fritz W. (1995): Gesellschaftliche Selbstregelung und Politische Steuerung. Campus Verlag: Frankfurt/M..
- Mayntz, R. (1998): "New Challenges to Governance Theory", in: *Jean Monnet Chair Paper Series*, European University Institute, Florence Vol., No. (RSC 98/50), in: Börtzel, T. (2006): Was ist Governance? ([www.polsoz.fuberlin.de/polwiss/forschung/international/europa/team/boerzel/Was\\_ist\\_Governance.Pdf](http://www.polsoz.fuberlin.de/polwiss/forschung/international/europa/team/boerzel/Was_ist_Governance.Pdf), letzter Zugriff: 10.05.2016).
- Marshall, T. H. (1950): Citizenship and Social Class. The Syndics of the Cambridge University Press: London.
- McKeown, T./Record, R.G. (1962): "Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century", in: *Population Studies*, Vol. 16, No. 2 (Nov.), 94-122.
- Mead, G. (1934): Mind, Self and Society (ed. by C. W. Morris) Chicago.

Misra, R./Chatterjee, R./Rao, S. (2003): India Health Report. Oxford University Press: New Delhi.

MacAthur Foundation, India (2006): Government Health Expenditure in India: A Benchmark Study. Economic Research Foundation: New Delhi.

Mackert, J. (2006): Staatsbürgerschaft: Eine Einführung. Lehrbuch. VS Verlag: Wiesbaden.

Manmohan Singh (2006): Inauguration of Public Health Foundation of India, 28<sup>th</sup> March, New Delhi: <https://www.phfi.org/about-us/public-health-in-india>.

Massing, O. (1969): „Vergleichende Regierungslehre (Comparative Government)“, in: Kress, G./Senghaas D. (Hrsg.): Politikwissenschaft. Frankfurt/M.

Merkel, W./Puhle, H.-J./Croissant, A./Eicher, C./Thierry, P. (2003): Defekte Demokratie. Band 1. Theorie. Springer Verlag: Wiesbaden.

Ministry of Health (1962): Report of The Health Survey and Development Committee (August 1959-October 1961). Vol. 1 (Mudaliar Committee Report). Government of India: New Delhi.

Ministry of Health (1963): Chadha Committee Report. Government of India: New Delhi.

Ministry of Health (1965): Mukerji Committee Report. National Institute of Health Administration and Education, Part I+II. Government of India: New Delhi.

Ministry of Health (1967): Report of the Committee on Integration of Health Services. Directorate General of Health Services (Jungalwalla Committee Report). Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Planning (1973): Report of the Committee on Multipurpose Workers under Health and Family Planning Programmes (Kartar Singh Committee Report). Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Planning (1975): Health Services and Medical Education: A Programme for Immediate Action. Report of the Group on Medical Education and Support Manpower (Srivastava Committee Report). Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Welfare (1983): National Health Policy. Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Welfare (1986): Bajaj Committee Report: Expert Review Committee for Health and Manpower Planning and Development. Government of India: New Delhi

Ministry of Health and Family Welfare (2001): Family Welfare Programme in India - Yearbook, Department of Family Welfare, Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Welfare (2002): National Health Policy. Government of India: New Delhi

Ministry of Health and Family Welfare (2002): National Population Policy. Government of India: New Delhi

Ministry of Health and Family Welfare (2005): National Rural Health Mission. Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Welfare (2005): Financing and Delivery of Health Care Services in India. Background Papers of the National Commission on Macroeconomics and Health. Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Welfare (2006): Bulletin on Rural Health Statistics. Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Welfare (2012): National Urban Health Mission. Government of India: New Delhi

Ministry of Health and Family Welfare (2013): National Health Profil. Central Bureau of Health Intelligence, Government of India: New Delhi.

Ministry of Health and Family Welfare (2014): National Health Mission 2015. Draft. Government of India: New Delhi.

Ministry of Home Affairs (2011): Special Bulletin on Maternal Mortality in India, 2007-09. Sample Registration System (SRS), Office of Registrar General, Vital Statistics Division. Government of India: New Delhi.

Ministry of Home Affairs (2011a): Census of India. Office of the Registrar General & Census Commissioner India, Government of India: New Delhi.

Mitra, Subrata K./Rothermund, D. (1997): Legitimacy and Conflict in South Asia. Manohar: New Delhi.

Mitra, Subrata K. (2005): The Puzzle of India`s Governance, Culture, Context and Comparative Theory. Routledge Advances in South Asia, Routledge: London, New York.

Mitra, Subrata K. (2008):“Level Playing Fields: The post-colonial state, democracy, courts and citizenship in India”, in: *German Law Journal*, Vol 9 (3), 343-366.

Mitra, Subrata K./Singh, V. B. (2009):When Rebels become Stakeholders: Democracy, Agency and the Social Change in India. Sage Publications: New Delhi.

Mitra, Subrata K. (2010): “Citizenship in India: Preliminary Results of a National Survey, 2009”, in: *Economic and Political Weekly*, XLV, no. 9, (27<sup>th</sup> Feb), 46-54.

Mitra, Subrata K. (2011). “Measuring the Mosaic: Caste, Class and Sentiment in Making the “Citizen” in India”, in: Bhattarcharyya, H./Kluge, A./König, L. (eds.): The Politics of Citizenship, Identity and the State in South Asia. Samskriti: New Delhi, 42-66.

Mitra, Subrata K. (2011a): Politics in India: Structure, Process and Policy. Routledge. London:

Mitra, Subrata K. (2012): “Citizenship in India: Evolution, Involution and Rational Construction”, in: Dies. (ed.): Citizenship and the Flow of Ideas in the Era of Globalization: Structure, Agency, and Power, Samskriti: Delhi, 121-148.

Morley, D. et. al. (1986): *Practising Health for All*. Oxford University Press: Oxford.

Münch, R. (2004): "Systemtheorie", in: Nohlen, Dieter (Hrsg.): *Lexikon der Politik*. Band 2 ,N-Z', 4. aktualisierte und ergänzte Aufl. Becksche Reihe: München Politikwissenschaftliche Methoden. C. H. Beck: München, 962-969.

Muraleedharan, V.R./Nandraj,S. (2003): "Private Health Care Sector in India – Policy Challenges and Options for Partnership", in: Yazbeck, A./Peters, D.: *Health Policy Research in South Asia, Building Capacity for Reform, Human Development Network, Health, Nutrition, and Population Series*, The World Bank: Washington, D.C., 229-256.

Muraleedharan, V.R./Andrews, S./Bhuvaneswari, R./Jan, S. (2008): *Private-Public Participation in the Control of Tuberculosis in Tamil Nadu and Kerala (India): What is its Future?'*, in: Ramani, K./Dileep V./Mavalankar, D. (eds.): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. Sage: New Delhi, 51-58.

Mukherjee, Shri Pranab (2013): "Speech by the President of India, Shri Pranab Mukherjee on the occasion of the 33<sup>rd</sup> Annual Convocation of the Postgraduate Institute of Medical Education and Research", Chandigarh, Punjab, 15.03.2013.

Murvar, V. (2006): *Theory of Liberty, Legitimacy and Power. New Directions in the Intellectual and Scientific Legacy of Max Weber*. Routledge: Oxon.

Naidoo, J./Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung: umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Köln.

Nagaraj, R./Rahman, Andaleeb (2010): "Booming Bihar: Fact or Fiction?", in: *Economic and Political Weekly (Commentary)* XLV, No 8, 10-11.

Narayana, K. V. (1997): *Health and Development: Intersectoral Linkages in India*. Rawat: Jaipur and New Delhi.

National Council of Applied Economic Research (2001): *South India Human Development Report* Oxford University Press: New Delhi.

National Council of Applied Economic Research (2004): *East India Human Development Report*. Oxford University Press: New Delhi.

O'Neill, P. (1984): *Gesundheit 2000. Krise und Hoffnung*. Regionalbüro für Europa der WHO. Verlagsgesellschaft Gesundheit: Berlin (West).

Nohlen, D. (2004) (Hrsg.): *Lexikon der Politik*. Band 2. Politikwissenschaftliche Methoden. C. H. Beck: München.

Nohlen, D. (2004) (Hrsg.): *Lexikon der Politik*. Begriffe, Theorien, Methoden, Fakten. C.H. Beck: Digitale Bibliothek 079.

- Nohlen, D./Nuscheler, F. (1993) (Hrsg.): Handbuch der Dritten Welt. Grundprobleme, Theorien, Strategien. Dietz: Bonn.
- Nollert, M. (1992): Interessenvermittlung und sozialer Konflikt. Über Bedingungen und Folgen neokorporatistischer Konfliktregelung. Pfaffenweiler.
- Nordfeldt, C./Roalkvam S. (2010): „Choosing Vaccination: Negotiating Child Protection and Good Citizenship in Modern India”, in: *Forum for Development Studies*, Vol: 37(3), 327-347.
- Nozick, R. (1976): Anarchie, Staat, Utopia. Moderne Verlagsgesellschaft: München.
- Nussbaum, M. (1999): Gerechtigkeit oder Das Gute Leben. Suhrkamp: Frankfurt/M.
- Nussbaum, M. (2000): Women and Human Development. The Capabilities Approach, Cambridge University Press: Cambridge.
- Offe, C. (1972): „Klassenherrschaft und politisches System“, in: Ders. Strukturprobleme des kapitalistischen Staates, Frankfurt a. M., 65-105.
- Oommen, T. K. (1997). Citizenship, Nationality and Ethnicity. Cambridge: Polity Press.
- Olsen, M. (1968): Die Logik kollektiven Handelns. Mohr Siebeck: Tübingen.
- Over, M. et. al. (2004): HIV/AIDS: Treatment and Prevention in India. Modelling the Cost and Consequences. World Bank: Washington, D.C..
- Panagariya, A. (2008): India. The Emerging Giant. Oxford University Press: New York.
- Parsons, T. (1951): The Social System. Free Press: New York.
- Parsons, T./Shils, E. (1951): Towards a general theory of action. Harvard University Press: Cambridge.
- Parsons, T. (1964): *Social Structure and Personality*. Free Press of Glencoe: University of Michigan.
- Parson, T. (1967): Sociological Theory and Modern Society. Collier-Macmillan: London.
- Pati, B./Mark Harrison (2006): Health, Medicine and Empire. Perspectives on Colonial India. New Perspectives in South Asian History. Orient Longman: New Delhi.
- Patra, Nilanjan (2008): „Exploring the Determinants of Childhood Immunisation”, in: *Economic and Political Weekly, Special Article*, 22<sup>th</sup> March, 97-104.
- Patzelt, W. (1994): „Qualitative Politikforschung“, in: Kriz, J./Nohlen, D./Schultze, R. (Hrsg.): Band 2 ‚Politikwissenschaftliche Methoden‘, in: Nohlen, D. (Hrsg.): Lexikon der Politik. C.H. Beck: München, 395-398.
- Peters, D./Rao, K.S./Fryatt, R. (2003): “Lumping and splitting: the health policy agenda in India”, in: *Health Policy Planning*, 18 (3), 249-260.

- Pfleiderer, B./Bichmann, W. (1985): *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin.* Dietrich Reimer Verlag: Berlin.
- Pierre, Jon (1995): „The Marketization of the State: Citizens, Consumers and the Emergence of the Public Market“, in: Peter, G. B./Savoie, D. (eds. ): *Governance in a Changing Environment.* McGill-Queen’s University Press: Montreal.
- Planning Commission (1951- 2013). *Five year plans. Various Years.* Government of India. New Delhi.
- Planning Commission (2002): *National Human Development Report.* Government of India, New Delhi:
- Plsek, P. (2001): “The challenge of complexity in health care”, in: *British Medical Journal*, Sep 15; 323 (7313), 625–628.
- Porter, D. (1999): *Health, Civilization and the State.* Routledge: New York.
- Porter, D. (2011): *Health Citizenship. Essays in Social Medicine and Biomedical Politics.* University of California: San Francisco.
- Prabhu, S. K./Sudarshan, R. (2002): *Reforming India`s Social Sector – Poverty, Nutrition, Health and Education.* Social Science Press: New Delhi.
- Pschyrembel (1994): *Klinisches Wörterbuch.* 257. Aufl. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG: Berlin.
- Pushkar, M. (2011): “Democracy and health: Evidence from Indian states”, in: *Economic and Political Weekly*, (46), 40, 38-43.
- Quadeer, I. et. al. (2001): *Public Health and the Poverty of Reforms. The South Asian Predicament.* Sage Publications: New Delhi.
- Raban, M. Z./Dandona, R./Dandona, L. (2009): “Essential Health Information available for India in the public domain on the internet”, in: *British Medical Council Public Health*, 9 (208), 1-19.
- Radwan, I. (2005): *India – Private Health Services for the Poor. Policy Note. HNP Discussion Paper.* World Bank Publication.
- Raman, A. Venkat/Björkmann, James W. (2009): *Public-Private Partnerships in Health Care in India. Lessons for developing countries.* Routledge Studies in Development Economics. London.
- Ramalingaswami V./Jonsson U./Rohde J (1996): “The Asian Enigma”, in: *UNICEF: The progress of nations.* New York, 7-11.
- Ramani, K./Dileep V./Mavalankar, D. (eds.) (2008): *Strategic Issues and Challenges in Health Management.* Sage: New Delhi.
- Rawls, John (1971): *Theory of Justice.* Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, London.
- Ravichandran, N. (2002): *Population, Reproductive Health and Development (Vol. I).* New Century Publications: New Delhi.

- Redden, Candance (2002): „Health Care as Citizenship Development: Examining Social Rights and Entitlement”, in: *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, Vol. 35 (01), 103-125.
- Report of The Health Survey and Development Committee (1946), Vol. I/II. Survey + Recommendations (Bhore Committee Report). The Manager of Publications: New Delhi.
- Riescher, G. H. 2004. Politische Theorie der Gegenwart in Einzeldarstellungen. Von Ardo bis Young. Alfred Körner Verlag Stuttgart.
- Rölke, P. (2004): „Funktionalismus”, in: Nohlen, Dieter (Hrsg.): Lexikon der Politik. Band 2. 'Politikwissenschaftliche Methoden'. C. H. Beck: München.
- Roemer, M. (1993): National Health Systems of the World. Volume Two. The Issues. New York: Oxford University Press.
- Roemer, M. (1989): „National Systems as Market Intervention”, in: *Journal of Public Health Policy*, Vol. 10, No. 1 (Spring), 62-77.
- Rohde, J./Chatterjee, M./Morley, D. (eds.) (1993): Reaching Health for All. Oxford University Press: New Delhi.
- Rosen, S. (1989): „Human Capital”, in: Eatwell, J./Milgate, M./Newman, P. (eds.): The New Palgrave: Social Economics. Norton: New York, 136-155.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Huber: Bern; Göttingen.
- Rothermund, D. (1995): Indien – Kultur, Geschichte, Politik, Wirtschaft, Umwelt, Ein Handbuch. C. H. Beck: München.
- Rothermund, D. (2008): Indien. Aufstieg einer Weltmacht. C.H. Beck: München.
- Rothstein, Mark (2002): „Rethinking the Meaning of Public Health”, in: *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 144-149.
- Rout, H.S./Panda, P.K. (2007): „Introduction and Overview”, in: Rout, H.S./Panda, P.K. (eds.): Health Economics in India. New Century Publications: New Delhi, 1-12.
- Rout, H.S./Nayak, N.C. (2007): „Health and Health Economics: A Conceptual Framework”, in: Rout, H.S./Panda, P.K. (eds.): Health Economics in India. New Delhi: New Century Publications, 13-29.
- Rout, H.S./Panda, P.K. (2007): Health Economics in India. New Century Publications: New Delhi.
- Sachan, D. (2014): „India's AIDS department merger angers activists”, in: *The Lancet*, Vol. 384, 9946: 842.

Sachs, Jeffrey, D. (2008): „Scaling up Health in Low Income Settings“, in: Ramani, K./Dileep V./Mavalankar, D. (eds.): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. Sage: New Delhi, 1-6.

Scharpf, F. (2000): *Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*. VS Verlag: Wiesbaden.

Schäfer, H. (1980): „Die Utopie des vollkommenen Wohlbefindens. Kritische und kritisierte Medizin in den Wirren der Zeit“, in: *psychosozial* 5, 83-93.

Schmidt, J. (1991): *Gerechtigkeit, Wohlfahrt und Rationalität. Axiomatische und entscheidungstheoretische Fundierungen von Verteilungsprinzipien*. Freiburg: Alber- Reihe Rechts- und Sozialwissenschaft.

Schmidt, M. (1982): *Wohlfahrtsstaatliche Politik unter bürgerlichen und sozialdemokratischen Regierungen. Ein internationaler Vergleich*, Frankfurt/M., New York.

Schmidt, M. (1993): „Theorien in der international vergleichenden Staatstätigkeitsforschung“, in: Heritier, Adrienne (Hrsg.): *Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung (PVS-Sonderheft 24)*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 371-393.

Schmidt, M. (1995): „Policy – Analyse“, in: Mohr, A. (Hrsg.): *Grundzüge der Politikwissenschaft*, 2. Aufl., Oldenburg: München, 567-604.

Schmidt, M. (1997): *Vergleichende Policy – Forschung*, in: Berg-Schlosser, D./Müller-Rommel, F. (Hrsg.): *Vergleichende Politikwissenschaft, Ein einführendes Studienbuch*, 3. Aufl., Opladen, 207-221.

Schmidt, M. (2000): *Demokratiethorien: Eine Einführung*. 3. Aufl. Leske & Budrich: Opladen.

Schmidt, M. (2004): *Wörterbuch zur Politik*. 2. Auflage. Kröner: Stuttgart.

Schmidtke, H./ Schneider, S. (2012): „Methoden der empirischen Legitimationsforschung: Legitimität als mehrdimensionales Konzept“, in: Geis, A./Nullmeier, F./Daase, C. (Hrsg.): *Der Aufstieg der Legitimitätspolitik. Rechtfertigung und Kritik politisch-ökonomischer Ordnungen, Leviathan Sonderband/27, Nomos: Baden-Baden*, 225 – 244.

Schneider, S. (2012): „Stadtentwicklung. Empirische Legitimationsforschung: Sind lokale politische Systeme legitim?“, in: Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung (vhw), *Forum Wohnen und Stadtentwicklung (FWS) 4/ Juli-September*, 186-190.

Schubert, K./ Bandelow, N. (2003): „Politikdimension und Fragestellung der Politikfeldanalyse“, in: Dies. (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenbourg: München, 1-23.

Schubert, K. (1991): *Politikfeldanalyse. Eine Einführung*. Opladen.

Schubert, K. (2003a): „Pragmatismus, Pluralismus, Policy Analysis: Ursprünge und theoretische Verankerung der Policy Analyse“, in: Ders. (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenbourg: München, 37-67.

- Schubert, K. (2003b): *Innovation und Ordnung – Grundlagen einer pragmatistischen Theorie der Politik*. Wissenschaftliche Paperback, Politikwissenschaft, Bd. 7, LIT: Münster.
- Schubert, K. (2003c): „Politikfeldanalyse“, in: Nohlen, D./Schultze, R. O. (Hrsg.): *Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden, Begriffe*. Band 2 ‚N-Z‘, 4., aktualisierte und ergänzte Aufl. Becksche Reihe: München, 742.
- Schubert, K. (2004): „Akteure“, in: Nohlen, D./Schultze, R. O. (Hrsg.): *Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden, Begriffe*. Digitale Bibliothek, 7929.
- Schubert, K./Bandelow, N. (2009) (Hrsg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, Oldenbourg: München.
- Schultz, T. (1961): “Investment in Human Capital”, in: *American Economic Review*, 51 (1), 1-17.
- Schwartz, F. et. al. (2003): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl. Urban & Fischer Verlag: München.
- Scriven, A. (2007): “Public health: an overview of social context and action”, in: Scriven, A./Garman, S. (eds.): *Public Health. Social Context and Action*. Open University Press: Berkshire, 1-7.
- Sedmak, C./Babic, B./Bauer, R./Posch, C. (2011) (Hrsg.): *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungs-politischen Konzepts*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Sen, A. (1981): *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Clarendon Press: Oxford.
- Sen, A. (1984): *Collective Choice and Social Welfare*. North Holland: Amsterdam.
- Sen, A. (1985): *Commodities and Capabilities*. North Holland: Amsterdam.
- Sen, A. (1987): *The Standard of Living. The Tanner Lectures on Human Values*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. (1990): *The Political Economy of Hunger*. 3 volumes, Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. (1999): *Development as Freedom*. Oxford University Press: New York.
- Sen, A. (2004): *Social Exclusion: concept, application, and scrutiny*. *Critical Quest*.
- Sengupta, K./Raveendran, G. (2008): “India’s common people: Who are they, How Many are they and How Do they live?”, in: *Economic and Political Weekly*, (15<sup>th</sup> March), 49-63.
- Sethmadhavan, T. et. al. (2007): *India's Citizen's Charters: A Decade of Experience*. Public Affairs Center: Bangalore.
- Shah, Ghanshyam (1997): *Public Health and Urban Development. The Plaque in Surat*. Sage: New Delhi.
- Shanmugasundaram, J. (1994): *Theory and Practice of Health Economics in India*. Institute of Advanced Studies and Research: Madras.

- Shariff, A./Gumber, A. (2002): "Health Care Service in Rural India: Implications for Reproductive Health", in: Prabhu, S. K./Sudarshan, R. (eds.): *Reforming India's Social Sector – Poverty, Nutrition, Health and Education*. Social Sciences Press: New Delhi.
- Shariff, A. (2004): *Poverty and Equity in India with a Special Emphasis on Health*. NCAER, New Delhi.
- Sharma, Shalendra D. (1999): *Development and Democracy in India*. Lynne Rienner Publications: Boulder.
- Sharma, R. (2000): "India eradicates guinea worm disease", in: *British Medical Journal*, 11<sup>th</sup> March, 320 (7236), 668.
- Sharma, S. (2007): *Immunization Coverage in India*. Institute of Economic Growth. University of Delhi Enclave: New Delhi.
- Sharpe, L./Newton, K. (1984): *Does Politics Matter? The Determinants of Public Policy*. Oxford.
- Sheikh, K./ Porter, J. D.H. (2011): "Disempowered doctors? A relational view of public health policy implementation in urban India", in: *Health and Policy Planning*, 26, 83-92.
- Shrum, W./Ramanathaiyer, S. (2000): "Knowledge, Democratization and Sustainability: The 'Kerala Model' of Scientific Capacity Building", in: Parayil, G.: *Kerala. The Development Experience, Reflections on Sustainability and Replicability*, New York, 157-177.
- Sich, D. et al. (1993): *Medizin in Entwicklungsländern. Eine Proprädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (MKA)*. Peter Lang: Frankfurt (M).
- Singh, B. (2006): "Infant Mortality Rate in India: Still a long way to go", in: *Indian Journal of Pediatrics* (Commentary), 74.
- Srivastava, R.K. (2012): *State of Healthcare in India*. DPS Publishing House: New Delhi.
- Stepan, A. (2007): "Federalism, Multi-National Societies, and Negotiating a Democratic 'State-Nation': A Theoretical Framework, the Indian Model and a Tamil Case Study", in: Bajpal, K. Shankar (ed.): *Democracy and Diversity. India and the American Experience*. Oxford University Press, 225-261.
- Stewart, F. (1985): *Planning to Meet Basic Needs*. Macmillan: London.
- Streeten, P. (1981): *First things first: meeting basic human needs in the developing countries*. New York: Published for the World Bank by Oxford University Press.
- Sudarshan, H. (2008): "Good Governance in Health Services", in: Ramani, K.V./Mavalanka, D./Govil, D. (eds.) „Strategic Issues and Challenges in Health Management“, 72-83.
- Sujatha, V./Abraham, L. (2008): "Medicine, State and Society", in: *Economic and Political Weekly*, XLIV, Indian Systems of Medicine (Collection through a workshop "The Politics of Medical Pluralism in Contemporary India", at JNU, New Delhi, May 2008) (16), 35-43.

Sukale, Michael (1997) (Hrsg.): Max Weber. Schriften zur Sozialgeschichte und Politik. Philipp Reclam jun.: Stuttgart.

Sunday Times of India, Kolkata: „Poisoned water. Dying on false promises.”, 22<sup>nd</sup> 2009, 20.

Szreter, S. (2002): “The McKeown Thesis. Rethinking McKeown: The Relationship between Public Health and Social Change”, in: *American Journal of Public Health. Health Policy and Ethics*, Vol 92(5), 722-725.

Tilly, Charles (1997): “A primer on citizenship”, in: *Theory and Society* 26 (4), 599-602.

Tinker, H. (1954): *The foundation of local self-government in India, Pakistan and Burma*. Athlone Press: London.

Tsujita, Yuko (2005): “Economic Reform and Social Sector Expenditures: A Study of Fifteen Indian States 1980/81-1999/2000”, in: *Institute of Developing Economies. Discussion Paper No. 31*: <http://hdl.handle.net/2344/175>.

Transparency International India (2005): *India Corruption Study to improve Governance, Volume (I): Key Highlights*. Centre for Media Studies: New Delhi.

Tulasidhar, V./Sarma, J. (1993): “Public Expenditure, Medical Care at Birth and Infant Mortality: A Comparative Study of States in India”, in: Berman, P./Khan, M. (eds.): *Paying for India's Health Care*, Sage Publications: New Delhi, 73-90.

UNICEF (1996): *The Progress of Nations. The nations of the world ranked according to their achievements in child health, nutrition, education, family planning, and progress for women. 4<sup>th</sup> Vol.* UNICEF New York: [www.unicef.org/pon96/contents.htm](http://www.unicef.org/pon96/contents.htm).

UNICEF (2002): *The State of the World's Children 2002. Leadership*. UNICEF Publications: New York.

UNICEF (2008): *Annual Report 2007*. UNICEF Publications: New York.

UNICEF (2012): *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2012. Estimates Developed by UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*.

UNICEF (2013): *Child Mortality Estimates. Country-specific infant mortality rates. Estimates generated by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), various years*: <http://data.unicef.org>.

UNDP (2013): *Human Development Report 2013. The Rise of the South. Human Progress in a Diverse World*. United Nation Development Programme. UNDP.

United Nations (2011): *World Population Policies*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. UN Publications: New York.

United Nations (2015): *Millennium Development Goals and Beyond 2015*. United Nations: <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME) (2015): CME info data base: [http://childmortality.org/index.php?r=site/graph#ID=IND\\_India](http://childmortality.org/index.php?r=site/graph#ID=IND_India).

Van Waarden, F. (2009): „Institutionen zur Zentralisierung und Kontrolle politischer Macht“, in: Schubert, K./Bandelow, N. (Hrsg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0. München, 273-311.

Vashishtha V.M./Kumar P. (2013): “50 years of immunization in India: progress and future”, in: *Indian Pediatrics*, 8<sup>th</sup> Jan., 50 (1), 111-8.

Wagner, C. (2006): Das politische System Indiens. VS Verlag: Wiesbaden.

Wagschal, U. (2005): Steuerpolitik und Steuerreformen im internationalen Vergleich. Eine Analyse der Ursachen und Blockaden. LIT: Münster.

Walley, J./Wright, J./Hubley, J. (2001): Public health: an action guide to improving health in developing countries. Oxford University Press: Oxford.

Waschkuhn, A. (1987): Politische Systemtheorie: Entwicklung, Modelle, Kritik. Eine Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien: Wiesbaden.

Wendel, H./ Kluck, S. (2008): Zur Legitimierbarkeit von Macht (Neue Phänomenologie). Verlag Karl Alber Freiburg/München.

Weber, Max. (1971): Gesammelte Politische Schriften. 2. Auflage. Tübingen.

Weber, Max. (1976): Wirtschaft und Gesellschaft. 5., rev. Auflage. Tübingen.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. WHO Satzung (pdf). WHO Regionalbüro für Europa: Kopenhagen.

WHO/Europa (1978): Erklärung von Alma Ata. Grundsatzdokumente. WHO Regionalbüro für Europa: Kopenhagen.

WHO (1999). Programming for Adolescent Health and Development. Geneva: WHO.

WHO (2000): World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO Publications: Geneva.

WHO /UNICEF (2002): Joint Monitoring Programme: [www.unicef.org/Health/The picture in India](http://www.unicef.org/Health/The_picture_in_India).

WHO (2006): World Health Survey 2013. India. Health System Performance Assessment. WHO, IIPS, WHO-Regional Office India: New Delhi.

WHO (2008): WHO in 60 years: a chronology of public health milestones, Zugriff: [http://www.who.int/features/history/WHO\\_60th\\_anniversary\\_chronology.pdf](http://www.who.int/features/history/WHO_60th_anniversary_chronology.pdf)

WHO (2008): World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more than ever. WHO Publication: Geneva.

WHO (2010): Equity, social determinants and public health programmes. Edited by Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. WHO Publication: Geneva.

WHO (2011): World Health Statistics 2011. WHO Publications: Geneva.

WHO (2011a): World Health Statistics 2011. Indicator Compendium. WHO Publications: Geneva.

WHO (2012): Arsenic. Fact Sheet No 372: [www.portal.pmnch.org/mediacentre/factsheets/fs372/en/](http://www.portal.pmnch.org/mediacentre/factsheets/fs372/en/).

WHO (2012a): World Malaria Report 2012. Fact Sheets: [www.who.int/malaria](http://www.who.int/malaria).

WHO (2012b): “India records one year without polio case”, Media centre. New release, 12<sup>th</sup> May.

WHO (2012c): Malaria. Fact Sheet No 94: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/>.

WHO (2013): World Health Report. Research for universal health coverage. WHO: [www.who.int/whr/2013/report/en/](http://www.who.int/whr/2013/report/en/).

WHO (2014): “The immunization program that saved millions of lives”, in: Bulletin of the World Health Organization (92), 314-315.

WHO (2015): Programmes and Projects. Facts and Figures on Water Quality and Health: [www.who.int/water\\_sanitation\\_health/facts\\_figures/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/facts_figures/en/)

Wiener, N. (1961): Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine. MIT Press.

Wilensky, H. T. (1974): The Welfare State and Equality. Structural and Ideological Roots of Public Experiences. University of California Press: Berkeley.

Windhoff-Héritier, A. (1987): „Policy – Analyse: Eine Einführung“, Campus: Frankfurt, New York.

Winslow, Charles (1920): „The Untilled Fields of Public Health”, in: *Science*, Vol. LI. No. 1306, 9<sup>th</sup> January.

Welschhoff, A. (2006): Community Participation and Primary Health Care in India. Ludwig Maximilians Universität München, Fakultät für Geowissenschaften.

Weiner, D. (1970): “Le droit de l’homme a la santé: une belle ideedevantl’Assembléeconstituante: 1790-1791”, in: *Clio Medica* (5), 208-23.

World Bank (2014): <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?page=2>

World Bank (2007): Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results. Washington, DC.: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6843>  
License: CC BY 3.0 IGO.

Yazbeck, A./Peters, D. (2003): Health Policy Research in South Asia, Building Capacity for Reform, Human Development Network, Health, Nutrition, and Population Series, The World Bank: Washington, D.C.

Yesudian, C.A.K. (1991): *Primary Health Care*. Tata Institute of Social Science: Bombay.

Zeh, Juli (2010): *Corpus Delicti. Ein Prozess*. btb Verlag, Random House: Frankfurt/M.

Zingel, W.-P. (2007): „Wirtschaftssystem und wirtschaftliche Entwicklung in Indien. Einführung und Überblick“, in: Bundeszentrale für Politische Bildung, Indien, [www.bpb.de](http://www.bpb.de).

Zohlnhöfer, R. (2008): „Stand und Perspektiven der vergleichenden Staatstätigkeitsforschung“, in: Janning, F./Toens, K. (Hrsg.): *Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden und Anwendungen*. VS Verlag: Wiesbaden, 157-174.

Zohlnhöfer, R. (2003): *Der Einfluss von Parteien und Institutionen auf die Staatstätigkeit*, in: Obinger, H./Wagschal, U./Kittel, B. (Hrsg.): *Politische Ökonomie. Demokratie und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit*, Opladen, 47-80.

Wenzelburger, G./Zohlnhöfer, R. (2015): *Handbuch der Policy-Forschung*. VS Verlag: Wiesbaden.

Zürn, M. 2012. *Autorität und Legitimität in der postnationalen Konstellation*, in: Anna Geis, Frank Nullmeier, Christopher Daase (Hg.), *Der Aufstieg der Legitimitätspolitik – Rechtfertigung und Kritik politisch-ökonomischer Ordnungen*, Leviathan Sonderband 27, 41-62

Zweifel, T./Navia, P. (2000): „Democracy, Dictatorship, and Infant Mortality“, in: *Journal of Democracy*, Volume 11, Number 2, 99-114.