



Herausgegeben von
SATHI

FÜR GESUNDHEIT ODER PROFITE



Eine Analyse des Engagements deutscher Institutionen der
Entwicklungszusammenarbeit im privaten Gesundheitssektor Indiens

JUN | 2023

EINLEITUNG

► Entwicklungsbanken (Development Finance Institutions/DFI) sind sehr spezielle Investoren, die unter anderem weltweit im Gesundheitssektor aktiv sind. Obwohl es sich bei DFI um kommerzielle Einrichtungen handelt, wird ihnen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen eine entwicklungspolitische Rolle zugeschrieben. Sie sollen mit Investitionen helfen, die UN-Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals/SDGs) zu erreichen. Eine Reihe von Wissenschaftler*innen und zivilgesellschaftlichen Organisationen hat auf die potenziell negativen Auswirkungen der Einbindung privater Akteure ins Gesundheitswesen hingewiesen. Es gibt jedoch nur wenige Untersuchungen dazu, wie sich diese Investitionen auf den Zugang zu bezahlbarer Gesundheitsversorgung auswirken und ob sie zu Fortschritten bei der Erreichung der SDGs beitragen. Neben deutschen DFI, die erheblich in das indische Gesundheitswesen investieren, sind hier auch internationale Finanzinstitutionen wie British International Investment (BII), die International Finance Corporation (IFC) und die Weltbank als wichtige Geldgeber zu nennen. Transnationale Investitionen in den indischen Gesundheitssektor haben in den letzten zwei Jahrzehnten ein beträchtliches Wachstum erfahren und zu einer weiteren Kommerzialisierung der

dortigen Gesundheitsversorgung beigetragen. Es gibt jedoch kaum öffentliche Auseinandersetzungen über die Auswirkungen der Tätigkeit von Finanzinstitutionen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (im Folgenden mit GDFI abgekürzt)¹ auf die Gesundheitsversorgung in Indien.

Diese Kurzstudie dient der kritischen Analyse des finanziellen Engagements von GDFI in Indien zugunsten privater Einrichtungen im Gesundheitssektor. Sie bewertet deren Rolle bei der Entwicklung eines sozial gerechten und universell zugänglichen Gesundheitswesens. Während ein Großteil der aktuellen Forschung zu DFI-Investitionen in weniger reiche Länder auf Wissenschaftler*innen aus dem globalen Norden zurückgeht, sind es bei dieser Studie in Indien ansässige Forscher*innen, die diese konzipiert und in enger Abstimmung mit internationalen Kolleg*innen durchgeführt haben. Sie liefert zum einen neue Erkenntnisse für Forschung, politischen Aktivismus und zivilgesellschaftliches Engagement, aber auch konkrete Empfehlungen für indische und deutsche Politiker*innen sowie Akteure*innen der Entwicklungszusammenarbeit. Ziel ist es, sowohl das öffentliche Bewusstsein zu schärfen als auch den Dialog zwischen den für das Thema relevanten Akteur*innen zu fördern. ●

METHODIK

Für diese Studie erfolgte eine empirische Datenerhebung sowie eine Auswertung der wissenschaftlichen Fachliteratur, relevanter offizieller Dokumente und Medienberichte, um die Praktiken und Auswirkungen des finanziellen Engagements von GDFI in Indien besser zu verstehen, insbesondere solche, die den privatisierten Teil des Gesundheitssektors betreffen. Die Studie umfasst zwei Fallstudien, wobei der Schwerpunkt einerseits auf einem ausgewählten privaten Krankenhaus liegt,² das von der Deutschen Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG) unterstützt wurde, und andererseits auf dem Indo-German Programme on Universal Health Coverage (IG-UHC).

1 Die Abkürzung GDFI bezieht sich hier und im Folgenden auf Einrichtungen wie die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und die Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG).

2 Wir verzichten hier auf die Nennung des Namens der Privatklinik, um die Anonymität der von uns interviewten Mitarbeiter*innen zu wahren.



WICHTIGSTE ERGEBNISSE

1. Zum Engagement der Deutschen Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG) im Gesundheitswesen in Indien

► Die DEG ist eine staatliche DFI, die als Tochtergesellschaft der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), der staatlichen Investitions- und Förderbank Deutschlands, tätig ist. Seit 2021 ist die DEG die weltweit drittgrößte bilaterale DFI, 2022 betrug ihr Portfolio 9,2 Milliarden Euro.³ Sie ist an insgesamt 336 Projekten in fast 80 Ländern finanziell beteiligt. Im Jahr 2021 hat die DEG in Asien ein neues Engagement in Höhe von 499 Millionen Euro zugesagt, um dort nachhaltige Entwicklung zu fördern.⁴ Damit ist Asien das zweitwichtigste Zielgebiet der DEG. In Indien ist die Gesellschaft seit 1964 in verschiedenen Sektoren, darunter das Gesundheitswesen, aktiv. Sie hat in private Gesundheitsunternehmen investiert, darunter Pharmaunternehmen, Hersteller von medizinischen Geräten, Biotech-Firmen und Privatkliniken. Seit 2009 hat die DEG fünf große private Krankenhäuser in Indien finanziert, meist in Form von privatem Eigenkapital oder eigenkapitalähnlichen Darlehen. ●

2. Zur Nutzung von Finanzdienstleistern vonseiten der DEG und zur Frage der Transparenz

► AEs hat sich als recht schwierig erwiesen, Auskunft zum deutschen DFI-Engagement im indischen Gesundheitssektor zu erhalten. Detaillierte Informationen zu Finanzaktivitäten von GDFI in Indien sind nicht öffentlich zugänglich. Dieses Problem haben bereits andere Forscher*innen festgestellt.⁵ Die DEG selbst hat sich nicht zu Transparenz und Offenlegung ihrer Geschäftstätigkeiten verpflichtet und sie gibt auch keine Liste der von ihr geförderten

Projekte heraus.⁶ Laut DFI-Transparenzindex 2023 liegt die DEG mit 27,7 von 100 Punkten auf Platz 11 unter den DFI, was die Notwendigkeit zeigt, ihre diesbezüglichen Anstrengungen deutlich zu erhöhen.⁷

Investitionen der DEG werden häufig über international agierende Finanzvermittler getätigt, was weitere Herausforderungen in Bezug auf Transparenz und Rechenschaftspflichtig mit sich bringt. Einen großen Teil des finanziellen Engagements der DEG im indischen Gesundheitssektor wickeln private Finanzdienstleister wie Quadria Capital ab, nach eigenen Angaben «Asiens führender Private Equity Fonds».⁸ Derzeit finanziert Quadria Capital 17 Gesundheitsunternehmen in Asien, von denen elf in Indien ansässig sind.⁹ Einzelheiten zu diesen über Quadria Capital getätigten Investitionen sind jedoch nicht öffentlich zugänglich. Derartige vermittelte Investitionen können ein Hindernis für das Erreichen der Entwicklungsziele darstellen, da die Gefahr besteht, dass solche privaten Finanzdienstleister ihre eigenen Geschäftsinteressen in den Vordergrund stellen, was zu falschen Prioritäten und geringerer Wirksamkeit führen kann.

Darüber hinaus wirft die Kooperation der DEG mit einem Unternehmen wie Quadria Capital, das seinen Hauptsitz in Singapur hat, weitere Fragen auf. Singapur wird von vielen Wirtschaftskommentator*innen als Steuerparadies bezeichnet, das dafür bekannt ist, dass es Offshore-Unternehmen ermöglicht, sich vor der Zahlung von Steuern zu drücken und sich der Verpflichtung zu entziehen, der Öffentlichkeit Rechenschaft über ihre Geschäfte abzulegen. Zugleich sichert Singapur Vertraulichkeit in Bezug auf alle Banktransaktionen zu.¹⁰ Eine derart umfangreiche Zusammenarbeit mit einem kommerziellen Private Equity Fonds mit Sitz in einer Steueroase macht die Investitionspraktiken der DEG noch komplexer und undurchsichtiger. ●

3 The Growth of Development Finance, November 2022, unter: https://pages.devex.com/rs/685-KBL-765/images/The_Growth_of_Development_Finance.pdf.

4 DEG: More than finance. We shape transformation. DEG at a glance, Februar 2022, unter: www.deginvest.de/DEG-Dokumente/Download-Center/DEG_Imageflyer_2022_EN.pdf.

5 Attridge, Samantha/Novak, Christian: An exploration of bilateral development, ODI Working Paper, Dezember 2022, unter:

https://cdn.odi.org/media/documents/ODI_Working_paper_An_exploration_of_bilateral_development_finance_institutions_yQ4zCF5.pdf.

6 Fact Sheet DEG (Germany) and private finance for development, unter: <https://d3n8a8pro7vhm.cloudfront.net/eurodad/pages/748/attachments/original/1593617450/DEG.pdf?1593617450>.

7 DFI Transparency Index 2023, unter: [https://www.publishwhatyoufund.org/app/uploads/dlm_uploads/2023/02/DFI-Transparency-](https://www.publishwhatyoufund.org/app/uploads/dlm_uploads/2023/02/DFI-Transparency-Index-Report-January-2023.pdf)

[Index-Report-January-2023.pdf](https://www.publishwhatyoufund.org/app/uploads/dlm_uploads/2023/02/DFI-Transparency-Index-Report-January-2023.pdf).

8 Siehe <https://quadriacapital.com>.

9 Quadria Capital Portfolio, unter: <https://quadriacapital.com/portfolio/investments/>.

10 Vervynck, Mathieu: Going Offshore. How development financial institutions support companies using the world's most secretive financial centres, European Network on Debt and Development, 2014, unter: www.tralac.org/images/docs/6595/going-offshore-eurodad-report.pdf.

3. Fallstudie: Betrieb einer DEG-finanzierten Privatklinik

► Das von uns im Rahmen einer Fallstudie untersuchte private Krankenhaus hat sowohl direkt als auch vermittelt über einen Finanzdienstleister umfangreiche Unterstützung von der DEG erhalten. Es handelt sich um ein großes profitorientiertes Krankenhaus mit 500 Betten, das unter anderem Sonderbehandlungen und tertiäre (d.h. spezialfachärztliche) Versorgung anbietet und über medizinische Spitzentechnologie verfügt. Von uns geführte Expert*inneninterviews deuten darauf hin, dass die Klinikleitung stark auf Gewinnmaximierung ausgerichtet ist und dass die damit verbundenen negativen Auswirkungen auf Personal und Patient*innen durch die Investitionen der DEG schlimmer geworden sind. Befragungen zufolge hatte das Krankenhaus anfangs noch mehr Patient*innen, die im Rahmen staatlicher Gesundheitsprogramme versorgt wurden. Inzwischen hat sich der Schwerpunkt auf Privatversicherte und Patient*innen verlagert, deren Behandlungskosten von Unternehmen übernommen werden. Es kann also festgehalten werden, dass die DEG hier eine Klinik finanziell unterstützt, die abgesehen von einigen über staatliche Programme finanzierten Leistungen (die Patient*innen wohl hin und wieder auch verweigert werden) keinerlei kostenlose oder kostengünstige Versorgung für die einheimische Bevölkerung anbietet. Damit ist der offizielle Anspruch der DFI, durch ihre Investitionen einen gerechten und erschwinglichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ernsthaft infrage gestellt. In den letzten fünf Jahren sind zahlreiche Patientenbeschwerden über das Krankenhaus bei der zuständigen bundesstaatlichen Aufsichtsbehörde eingegangen,¹¹ zwischen 2017 und 2022 gab es 36 solcher Beschwerden: Elf davon bezogen sich auf überhöhte Rechnungen, 13 auf ärztliche Fahrlässigkeit und die restlichen 12 auf Abrechnungsprobleme mit privaten und staatlichen Krankenversicherungen sowie auf Fehler bei den

Behandlungsprotokollen.

Auch die starke Konzentration des Krankenhauses auf die Versorgung von sogenannten Medizintourist*innen ist gut dokumentiert. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit mit der finanziellen Unterstützung ein interner Braindrain gefördert wird, das heißt, dass das allgemein knapp vorhandene Fachpersonal vorzugsweise zur Behandlung von einkommensstarken ausländischen Patient*innen eingesetzt wird und die weniger zahlungskräftigen einheimischen Patient*innen, die auf erschwingliche, vom Staat finanzierte Gesundheitsleistungen angewiesen sind (und aus Krankenhaussicht weniger lukrativ sind), vernachlässigt werden. ●

4. Fallstudie: Das vom deutschen Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung unterstützte Programm Indo-German-Universal Health Coverage (IG-UHC)¹²

► Das deutsche Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) unterstützt das Programm IG-UHC seit 2020. Dabei arbeitet es mit dem indischen Ministerium für Gesundheit und Familien zusammen. Mit 12,65 Millionen Euro handelt es hierbei um das größte Engagement des BMZ im Gesundheitssektor in Indien. Der Zweck des Programms ist die Förderung der technischen Zusammenarbeit: 63 Berater*innen unterstützen öffentliche Gesundheitsbehörden auf nationaler Ebene und in den indischen Bundesstaaten,¹³ insbesondere bei der Umsetzung des Programms Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PM-JAY), dem «Flagship-Projekt» der indischen Regierung in Sachen nationale Krankenversicherung.

Das Programm IG-UHC erhebt den Anspruch, der indischen Regierung dabei zu helfen, einen universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung im Land sicherzustellen und auszubauen. Unsere Fallstudie zum

11 Auch der Name des betreffenden Bundesstaates wird hier nicht genannt, um die Anonymität des Krankenhauses zu wahren. Aus diesem Grund verweisen wir auch nicht auf Medienberichte oder andere Dokumente.

12 Die Bezeichnung Universal Health Coverage (UHC) hier und im Folgenden bezieht sich auf Dokumente des indischen Gesundheitsministeriums, in denen die folgende Definition der Weltgesundheitsorganisation zugrunde gelegt wird: «Universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall (UHC) bedeutet, dass alle Menschen und Bevölkerungsgruppen die von ihnen benötigten

fördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gesundheitsdienste in ausreichendem Maße und in ausreichender Qualität in Anspruch nehmen können, wobei sichergestellt sein muss, dass diese Inanspruchnahme niemanden in finanzielle Not bringt.» Siehe [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

13 Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ): Indo-German Programme on Universal Health Coverage, unter: https://iguhc.in/wp-content/uploads/2022/02/IGUHC-project-factsheet_RFA.pdf.



Programm PM-JAY zeigt jedoch, dass dieses unter einer Reihe struktureller Probleme und Unzulänglichkeiten leidet, die auch über einen externen technischen Support nicht behoben werden können. Das PM-JAY-Programm basiert hauptsächlich auf der Beteiligung privater Krankenhäuser. 54 Prozent der Patient*innen, die bis 2022 vom PM-JAY profitierten, wurden in Privatkliniken behandelt.¹⁴ Die Einbeziehung privater Leistungsanbieter in diesem Umfang droht angesichts deren starker Profitausrichtung und der mangelhaften öffentlichen Kontrolle den Zielen und Absichten des staatlichen Programms (Abbau der Ungleichheiten beim Zugang zum Gesundheitssystem) zuwiderzulaufen.

Hierfür gibt es mehrere Hinweise: Da sind zum Beispiel die anhaltend hohen Kosten (sogenannte Zusatzausgaben), die für in das Programm PM-JAY einbezogene Patient*innen anfallen und die sie aus eigener Tasche bezahlen müssen, sowie der Umstand, dass während der Covid-19-Pandemie in den meisten indischen Bundesstaaten nur wenige Krankenhausbehandlungen über diese nationale Versicherung finanziert wurden. Auf dem Höhepunkt der Pandemie entfielen nur 5 Prozent der Mittel aus dem PM-JAY-Programm für Krankenhausaufenthalte auf Covid-Patient*innen.¹⁵ Einem anderen Medienbericht zufolge konnten im ganzen Land weniger als 12 Prozent der hospitalisierten Covid-19-Patient*innen eine kostenlose Behandlung im Rahmen des PM-JAY-Programms in Anspruch nehmen.¹⁶ Das verweist auf grundlegende strukturelle Probleme.

So wäre des Weiteren davon auszugehen, dass Bundesstaaten mit einer höheren Armutsquote und Krankheitsbelastung einen höheren Bedarf an Mitteln aus der PM-JAY-Versicherung haben. Es wurde jedoch festgestellt, dass arme Bundesstaaten wie Bihar, Madhya Pradesh, Uttar Pradesh und Assam weniger davon profitieren als Bundesstaaten mit einem

höheren Pro-Kopf-Einkommen wie Kerala und Himachal Pradesh.¹⁷ Was die Geschlechterverteilung angeht, so sind bundesweit fast genauso viele Männer (50,8 %) wie Frauen (49,2 %) in das Programm einbezogen. Allerdings wird für die Behandlung von Männern insgesamt mehr Geld ausgegeben (56,4 % aller Mittel) als für die von Frauen (ihr Mittelanteil beträgt 43,6 %).¹⁸ Ein weiteres Defizit zeigt sich bei der Versorgung der in Indien sozial am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen: Obwohl sie 28 Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen, liegt der Anteil der «Unberührbaren» und Angehörigen anderer unterer Kasten an allen Patient*innen, die im Rahmen von PM-JAY in Privatkliniken behandelt werden, seit Einführung des Programms bei nur 5 bzw. 2 Prozent.¹⁹

Eine von der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) in Zusammenarbeit mit dem indischen Gesundheitsministerium durchgeführte Studie zum PM-JAY-Programm in sieben indischen Bundesstaaten (die größte Untersuchung bislang, die hierzu Privathaushalte befragte) kam zu erstaunlichen Ergebnissen.²⁰ Von den 5.364 in die Erhebung einbezogenen Personen, die sich einem Krankenhausaufenthalt unterziehen mussten und vom Programm abgedeckt waren, gaben 84 Prozent an, dass ihnen Zusatzkosten entstanden sind, die sie aus eigener Tasche bezahlen mussten. Diese Eigenanteile (vor und während des Krankenhausaufenthalts) waren mit durchschnittlich 13.664 Rupien (etwa 150 Euro) recht hoch. In 76 Prozent der Fälle mussten sogar Patient*innen mit einer zusätzlichen eigenen Krankenversicherung (einschließlich PM-JAY) zuzahlen. Diese Studie bestätigt die Beobachtungen anderer Untersuchungen auf bundesstaatlicher oder lokaler Ebene, wonach PM-JAY-Patient*innen weiterhin mit einer erheblichen Eigenbeteiligung an den

14 National Health Authority: Annual Report 2021-2022, unter: https://abdm.gov.in:8081/uploads/PMJAY_Annual_Report_25_1f47b3cfa5.pdf.

15 Dutta, Sumi Sukanya: At peak of pandemic, only five per cent of hospitalisations under PMJAY: Study, in: The Indian express, 14.11.2021, unter: <https://www.newindianexpress.com/thesundaystandard/2021/nov/14/at-peak-of-pandemic-only-five-per-cent-of-hospitalisations-under-pmjay-study-2383291.html>.

16 Barnagarwala, Tabassum: The pandemic's hidden cost: Much-hyped health insurance scheme failed to cover hospital bills, Scroll.in, 24.3.2022, unter: <https://scroll.in/article/1020201/the-pandemics-hidden-cost-much-hyped-health-insurance-scheme-failed-to-cover-hospital-bills>.

17 Dubey, Sweta/Deshpande, Swahi/Krishna, Lokesh/Zadey, Siddesh: Evolution of Government-funded health insurance for universal health

coverage in India, in: The Lancet Regional Health. Southeast Asia, 4.4.2023, unter: [www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(23\)00040-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(23)00040-9/fulltext) 13: 100180.

18 Ebd.

19 Trivedi, Mayur/Saxena, Anurag/Shroff, Zubin/Sharma, Manas: Experiences and challenges in accessing hospitalization in a government-funded health insurance scheme: Evidence from early implementation of Pradhan Mantri Jan Aarogya Yojana (PM-JAY) in India, in: PLoS ONE 17(5), 12.5.2022, unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9098065/.

20 National Health Authority: One Year into PM-JAY Implementation. A Household Study Across Seven States in India, New Delhi 2022, unter: https://iguhc.in/wp-content/uploads/2023/02/Demand-Side-Report_23.01.2023_Web-version.pdf.

Krankenhauskosten rechnen müssen, was dem Ansatz eines freien Zugangs zu stationärer Behandlung deutlich widerspricht.

Selbstverständlich können nicht alle Unzulänglichkeiten des indischen Gesundheitswesens und speziell des IG-UHC-Programms den Berater*innen angelastet werden, die mit deutschen Entwicklungshilfegeldern finanziert werden. Gleichwohl handelt es sich hierbei um ein ziemlich großes Beratungsteam, das als äußerst einflussreich einzuschätzen ist. Sein Engagement

überschreitet womöglich die Grenzen einer reinen Beratungsfunktion. In einem Bericht der GIZ heißt es dazu: «Das Team ist zu einem derart integralen Bestandteil der nationalen Gesundheitsbehörde (NHA) und insbesondere des PM-JAY-Programms geworden, dass einige Partnerorganisationen, die für diese Fallstudie befragt wurden, zwar die flexible Unterstützung von Institutionen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit in der Aufbauphase des PM-JAY zu schätzen wussten, aber vor der Gefahr einer «Substitution statt Befähigung» warnten.»²¹ ●

ANALYSE UND IDENTIFIZIERTE PROBLEME

► Die in der Entwicklungszusammenarbeit tätigen Finanzinstitutionen (DFI) zeichnen sich hinsichtlich ihrer grundlegenden Verfassung und ihres Mandats durch ein enormes Spannungsverhältnis aus. Sie agieren zwischen den kaum miteinander zu vereinbarenden Anforderungen des globalen (Finanz-)Marktes, der der Logik der Gewinnmaximierung folgt, und dem offiziellen entwicklungspolitischen Ziel, einen universellen und sozial gerechten Zugang zu öffentlichen Gütern und Leistungen zu schaffen. Im Folgenden fassen wir die Beobachtungen und

Bedenken in Bezug auf das Engagement deutscher DFI zugunsten privater Dienstleister im Gesundheitswesen Indiens zusammen, die sich aus dieser Studie ergeben haben. Wir konzentrieren uns dabei auf drei Dimensionen/Aspekte: Wie ist das Engagement bezogen auf die Entwicklung des gesamten indischen Gesundheitssystems zu bewerten, wie in Bezug auf die Ziele universeller Zugang und Gleichbehandlung bei der Gesundheitsversorgung und über welche Verfahren wird sichergestellt, dass das Solidarprinzip und die Patientenrechte gestärkt werden?

ES FEHLT EIN POLITISCHES GESUNDHEITSKONZEPT.

► Die DEG verfügt über keine klaren Vorstellungen davon, welche Art von Gesundheitssystem sie fördern will. Ein solches politische Konzept ist jedoch unerlässlich, wenn man sich in diesem Bereich finanziell engagiert, denn Investitionsentscheidungen sollten gut überdacht und in einen breiteren Kontext eingeordnet werden. **Es spricht vieles dafür, dass die DEG durch ihre direkten und indirekten Investitionen in profitorientierte Privatkliniken zur weiteren Privatisierung des bereits stark privatisierten indischen Gesundheitswesens beiträgt.**

Die derzeitige Zusammenarbeit zwischen GDFI und den begünstigten kommerziellen Gesundheitseinrichtungen in Indien scheint fast ausschließlich auf eine betriebswirtschaftliche

Optimierung der Letzteren ausgerichtet zu sein, wobei die Ausweitung der Patientenzahlen und der Investitionsumfang ganz offensichtlich im Vordergrund stehen.

Es ist außerdem wichtig zu fragen, warum sich die Unterstützung der DEG und die vom BZM finanzierte technische Hilfe hauptsächlich auf öffentlich-private Partnerschaften konzentriert und anderen wichtigen Bereiche, die dringend einer rechtlichen Regulierung und Kontrolle bedürfen, wie Kosten, Leistungsqualität und -inhalte des privaten Gesundheitssektors außer Acht gelassen werden.

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass beim Prozess der Entwicklung eines sozial gerechten und öffentlich organisierten Krankenversicherungssystems in Indien, wie auch immer es am Ende genau aussehen

21 Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ): Trusted Partners for Universal Health Coverage. Learning from support to large-scale reforms in India and Indonesia, März 2020, unter: https://health.bzm.de/wp-content/uploads/GHPC_UHC_INDIA_INDO_FINAL-1.pdf.

wird, nicht erster Linie auf gewinnorientierte private Leistungsanbieter zurückgegriffen wird und dass das Versicherungssystem sich nicht an deren kommerziellen Interessen orientiert. ●

Es mangelt an konkreten Maßnahmen, um einen universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung und eine Gleichbehandlung von Patient*innen zu gewährleisten.

► In verschiedenen Strategiepapieren der DEG zu ihren Investitionen in das indische Gesundheitssystem Indiens werden spezifische Ungleichheitsdimensionen wie Klassenherkunft, Kastenzugehörigkeit und Geschlecht überhaupt nicht erwähnt. Um einen gleichberechtigten und universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung in Indien sicherzustellen, müssen diese jedoch bei der Finanzierung von profitorientierten Gesundheitsdienstleistern durch GDFI unbedingt berücksichtigt werden. Die Ergebnisse unserer beiden Fallstudien unterstreichen diesen Punkt. Der Fall der von der DEG unterstützten Privatklinik, die stark gewinnorientiert arbeitet und kaum kostenlose Behandlungen anbietet, erweckt Zweifel hinsichtlich des Anspruchs, mit solchen Investitionen die Zugänglichkeit des indischen Gesundheitswesens zu verbessern. Die begrenzte Ausrichtung des PM-JAY-Programms wiederum scheint dessen Reichweite deutlich zu beeinträchtigen, da er offensichtlich zu erheblichen Ausschlüssen führt, was im Widerspruch zu der allgemein anerkannten Notwendigkeit eines universellen Gesundheitswesens steht. Die festgestellten geografischen Diskrepanzen, der Umstand, dass Männer stärker von dieser nationalen Krankenversicherung profitieren, als auch die hohen Eigenanteile an den Kosten der Krankenhausbehandlung, die insbesondere arme Bevölkerungsgruppen belasten, sprechen nicht für die Leistungsfähigkeit des Programms, wie es derzeit konzipiert und umgesetzt wird. Auf diese Weise ist das selbst gesteckte Ziel eines sozial gerechten und universell zugänglichen Gesundheitssystems in Indien kaum zu erreichen. ●

Es fehlt an Verfahren, wie das Solidarprinzip und Patientenrechte gestärkt werden können und eine Gleichbehandlung von Patient*innen zu gewährleisten.

► Abgesehen von einem individuellen Beschwerderecht für Patient*innen sind für die das

nationale PM-JAY-Versicherungssystem, das immerhin vorgibt, über 500 Millionen Menschen erreichen zu wollen, keinerlei Kontrollmechanismen vorgesehen – weder Transparenzverpflichtungen, Sozialaudits oder andere Formen der Einspruchsmöglichkeiten, bei denen kollektive Rechtsansprüche geltend gemacht werden können. Weder die deutschen Geldgeber (BMZ) noch die Empfängerseite, das indische Gesundheits- und Familienministerium, scheinen sich Gedanken zum Punkt öffentliche Rechenschaftspflichtigkeit und Patientenrechte zu machen. Zumindest geht das aus keinem ihrer schriftlichen Äußerungen und Dokumente hervor. Nirgendwo ist im Zusammenhang mit dem PM-JAY-Programm davon die Rede, dass gerade für die Verbesserung des Gesundheitswesens soziale Mobilisierungen wichtig sind genauso wie die Stärkung kollektiver Rechte. Im Gegensatz zum deutschen Krankenversicherungssystem, das sich in den letzten 140 Jahren auf der Grundlage des Solidar- und Selbstverwaltungsprinzips entwickelt hat, scheint sich mit dem PM-JAY in Indien ein rein an individuellen Ansprüchen orientiertes Programm durchzusetzen, das keinen Wert auf gesellschaftliche Bedürfnisse, Organisation und Partizipation legt. Bisher hat es kaum systematische Anstrengungen gegeben, verschiedene Communities und Graswurzelorganisationen mit in den Aufbauprozess einzubeziehen, oder die Idee der Solidargemeinschaft starkzumachen – beides sind aus unserer Sicht jedoch wesentliche Voraussetzungen für ein wirklich für alle zugängliches Gesundheitssystem.

Mit der Beteiligung von Private Equity Fonds an Investitionen der GDFI werden zudem alle Bemühungen, die UN-Nachhaltigkeitsziele zu erreichen, eher geschwächt, da diese Finanzdienstleister vermutlich ihren eigenen ökonomischen Interessen Vorrang vor sozialen Zielen einräumen werden. Wenig ist über die konkreten Arrangements zwischen den GDFI und den von ihnen beauftragten intermediären Finanzinstitutionen bekannt. Es ist davon auszugehen, dass die fehlende Transparenz in Bezug auf den Umfang, die Zusammensetzung und die Art der getätigten Investitionen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Gewinnmaximierungsprozesse die Verwirklichung sozialer Ziele überlagern, da jede öffentliche Kontrolle schwierig ist.

Auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse **kommen wir zu dem Schluss, dass der Schwerpunkt der GDFI im privaten Gesundheitssektor in Indien, insbesondere ihr Engagement zugunsten von**



Privatkliniken, die gezielte Stärkung privatwirtschaftlich organisierter Gesundheitsdienstleister ist. Die Stärkung von Patientenrechten und des universellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung scheint nur ein sekundäres Ziel zu sein, wobei es zweifelhaft ist, wie dieses erreicht werden soll, wenn die Aktivitäten der GDFI in keine Gesamtstrategie für das indische Gesundheitswesen eingebettet sind, auf eine Steuerung und Kontrolle privater Gesundheitsdienstleister verzichtet wird und kaum etwas unternommen wird, um das System tatsächlich gerechter und zugänglicher zu gestalten.

EMPFEHLUNGEN

► Im Folgenden stellen wir die wichtigsten Empfehlungen vor, die sich aus unseren Untersuchungsergebnissen und deren Auswertung ergeben. Sie beziehen sich auf das Engagement von GDFI und offiziellen Einrichtungen der Entwicklungszusammenarbeit im indischen Gesundheitssektor, sind aber auch für andere Sektoren und Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen relevant.

1 Bilaterale Überprüfung und Folgenabschätzung laufender Projekte: Es sollte eine umfassende Überprüfung der laufenden Projekte stattfinden, an der verschiedene Interessengruppen – darunter Stakeholder der Politik, des öffentlichen Gesundheitssystems und der Zivilgesellschaft – zu beteiligen wären, um eine vollständige Transparenz zu gewährleisten. Es sollten sämtliche Informationen zu laufenden Investitionen öffentlich gemacht werden. Diese Überprüfung sollte parallel in Indien und in Deutschland erfolgen, was den Vorteil hätte, dass sich die verschiedenen beteiligten Akteure gegenseitig bei der Informationsbeschaffung unterstützen und sich austauschen könnten.

2 Transparenz und Zugang zu Informationen: Die GDFI und die von ihr geförderten Einrichtungen und Unternehmen sollten der Öffentlichkeit umfassende Informationen über ihre Projekte zur Verfügung stellen, einschließlich Einzelheiten über Umfang, Zusammensetzung und Art der finanziellen Unterstützung. Diese Transparenz ist notwendig, um nachvollziehen, kontrollieren

und bewerten zu können, zu welchen Zwecken die Mittel der GDFI verwendet werden und inwiefern damit die offiziellen Ziele der Kooperationsprojekte verfolgt und erreicht werden. Die Regierungen der jeweils beteiligten Staaten sollten eine wichtige Kontrollfunktion übernehmen und sicherstellen, dass den Transparenz- und Rechenschaftsverpflichtungen nachgekommen wird.

3 Verzicht auf die Beteiligung von profitorientierten Finanzdienstleistern: Die gängige Praxis der GDFI, ihre entwicklungsorientierten Investitionen in Indien und in anderen Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen über Intermediäre abzuwickeln und dabei zum Beispiel auf internationale Private Equity Fonds zurückzugreifen, muss beendet werden. Alle Investitionen, die entwicklungspolitische Ziele verfolgen, sollten direkt getätigt werden, wobei vonseiten der Geber- und Empfängerländer auf höchstmögliche Transparenz zu achten ist.

4 Keine weitere Finanzierung von Privatkliniken: Bis zum Abschluss der umfassenden Überprüfung und der Erarbeitung einer angemessenen Strategie für die Förderung des indischen Gesundheitswesens sollten die GDFI von der direkten oder indirekten finanziellen Unterstützung privater Krankenhäuser in Indien absehen. Der Schwerpunkt ihrer finanziellen Förderung sollte auf der Stärkung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen und -systeme liegen. Eine Mindestvoraussetzung für zukünftige Investitionen in den privatisierten Teil des Gesundheitssektors wäre dessen stärkere Regulierung und Kontrolle. Zudem müsste immer eingehend geprüft werden, wie sich ein solches Engagement auf den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung auswirkt.

5 Umfassende Neuausrichtung der Förderstrategie: Deutsche Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sollten sich auf eine Gesamtstrategie für die Förderung der Gesundheitsversorgung einigen, die öffentlichen Strukturen den Vorzug gibt. Diese Strategie sollte folgende Ziele verfolgen: Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste, wirksame Regulierung des privaten Gesundheitssektors, Einführung von kollektiven Kontroll-, Monitoring- und Beschwerdemechanismen, Stärkung der Patientenrechte und partizipativer Prozesse. Es geht darum, den Zugang zur Gesundheitsversorgung grundsätzlich niedrigschwellig und universell zu gestalten und dabei kollektive und individuelle Gesundheitsrechte zu stärken.

Die Förderung einer fairen und angemessenen Preisgestaltung von medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen sollte im Mittelpunkt dieser Strategie stehen und es sollten Finanzierungs- und Regulierungsmechanismen geschaffen werden, die sicherstellen, dass hier alle Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden.

6 Neuausrichtung der technischen Zusammenarbeit im Rahmen des PM-JAY-Programms: Die derzeitige technische Unterstützung, die sich auf das PM-JAY-Versicherungssystem beschränkt, sollte aufgrund der festgestellten strukturellen Mängel dieses Systems auf den Prüfstand gestellt werden. Priorität sollte die Leistungskontrolle und -verbesserung privater Gesundheitsdienstleister haben, von der Zusammenarbeit mit profitorientierten Versicherungsgesellschaften ist abzuraten. Das PMJAY-Programm sollte modifiziert und umgestaltet werden und in einem festgelegten Zeitrahmen in ein wirklich universelles Gesundheitssystem, das sich an die gesamte indische Bevölkerung richtet, überführt werden. Der Schwerpunkt läge auf der Ausweitung des öffentlichen Gesundheitswesens und in begründeten Fällen auf der gezielten und kontrollierten Einbeziehung privater Leistungsanbieter. Das Programm würde durch die Verfolgung von Ansätzen gestärkt, die kollektive Gesundheitsrechte und soziale Verantwortung propagieren.

Diese Kurzstudie basiert auf dem ausführlichen Bericht eines Forschungsprojekts, das die NGO Support for Advocacy and Training to Health Initiatives (SATHI) 2022/23 durchgeführt hat.

**Herausgegeben von
SATHI**

Flat No. 3 & 4, Aman - E Terrace,
Plot No. 140, Dahanukar Colony,
Kothrud, Pune 411038.

Email
sathicehat@gmail.com

Website:
www.sathicehat.org

Finanziell unterstützt
Dieses Projekt wurde von der
Rosa-Luxemburg-Stiftung



**7 Stärkung der
Rechenschaftspflicht und
mehr Beteiligung der Zivilgesellschaft:**

Benötigt werden Plattformen und Prozesse, die in allen von deutschen Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit unterstützten Gesundheitseinrichtungen und -programmen Prinzipien der sozialen Verantwortung und demokratischen Partizipation verankern. Es sollte zum festen Bestandteil der Projektgestaltung und -evaluierung gehören, (Beratungs-)Gespräche mit relevanten Netzwerken und Organisationen der Zivilgesellschaft, durchzuführen, darunter lokale Verwaltungseinheiten, Frauengruppen, Gewerkschaften, Vereinigungen von prekär Beschäftigten und anderer marginalisierter Gemeinschaften. Eine stärkere zivilgesellschaftliche Beteiligung kann über Sozialaudits, community-basiertes Monitoring, partizipative Planungsansätze, Patientenversammlungen und Gesundheitsräte ermöglicht werden.

**8 Parlamentarische Kontrolle und beiderseitige
Rechenschaftspflicht:**

Alle von den GDFI unterstützten Projekte in Indien sollte einer wirksamen parlamentarischen und gesetzgeberische Kontrolle unterliegen, da die Darlehen zusammen mit den Zinsen aus der Staatskasse zurückgezahlt werden müssen. Darüber hinaus sollte es Mechanismen geben, die die Regierungen der Partnerländer zur beidseitigen Rechenschaft verpflichten. Bislang gibt es in dieser Hinsicht ein deutliches Defizit. Den Regierungen der Empfängerländer fehlt es meist an ausreichend Informationen, um internationale DFI zur Einhaltung der vereinbarten Grundsätze und Ziele anzuhalten.