

Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai/Indien

Schriftliche Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung, dem
Landesprüfungsamt für Erste Staatsprüfungen für Lehrämter an
Schulen vorgelegt von:

Johanna Stephanie Leder

Köln, 19. November 2010

Prof. Dr. Frauke Kraas

Geographisches Institut

Universität zu Köln

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	iv
Tabellenverzeichnis.....	iv
Abkürzungen	v
1. Urbane Gesundheit in Mumbai	1
2. Gesundheitseinrichtungen und das Konzept des Zugangs.....	2
2.1 Gesundheit als Basis einer Gesellschaft.....	2
2.2 Primäre Gesundheitsversorgung und Zugang.....	3
2.3 Das Konzept des Zugangs.....	4
2.4 Zugangsmodelle	6
2.4.1 Das behavioristische Modell des Zugangs.....	7
2.4.2 Die fünf Dimensionen des Zugangs.....	9
3. Gesundheitsversorgung in der Megastadt Mumbai.....	14
3.1 Die Struktur des indischen Gesundheitssystems.....	16
3.2 Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen in Mumbai.....	17
3.3 Programme zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Kinder ...	19
3.4 Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen für Kinder nach offiziellen Angaben	21
4. Fallbeispiel zur Gesundheitsversorgung in Mumbai.....	24
4.1 Untersuchungsmethodik.....	24
4.2 Ergebnisse der Experteninterviews in Mumbai	28
4.2.1 Verfügbarkeit	28
4.2.2 Zugänglichkeit	29
4.2.3 Finanzierbarkeit	31
4.2.4 Ausstattung	34
4.2.5 Akzeptanz	36
4.3 Vergleich der Zugangsbarrieren des Day Care Centres in Turbhe und der Avalon Heights International School in Vashi.....	38
4.3.1 Das Day Care Centre in einem Slum in Turbhe	39
4.3.2 Die Avalon Heights International School in Vashi.....	40
4.3.3 Vergleich der Zugangsbarrieren in Turbhe und Vashi	41
5. Diskussion der Ergebnisse.....	46
5.1 Verfügbarkeit	47
5.2 Zugänglichkeit	49
5.3 Finanzierbarkeit	50
5.4 Ausstattung.....	51
5.5 Akzeptanz.....	52
5.6 Kritik am Zugangsmodell von PENCHANSKY & THOMAS (1981)	53
5.7 Strategien zur Verbesserung des Zugangs	56
6. Schlussbetrachtung	59

7. Literaturverzeichnis.....	62
Internetquellen	66
8. Anhang	67
8.1 Abbildungen.....	67
8.2 Übersicht der geführten Interviews.....	70
8.3 Leitfragebogen der Experteninterviews	72
8.4 Leitfragebogen für Interviews in Turbhe und Vashi.....	73
8.5 Schülerfragebogen zum Ausfüllen.....	74
8.6 Auswertung der Schülerfragebögen an der AHIS.....	76
8.7 Karten von Vashi und Turbhe.....	79
8.8 Entwicklungsplan Mumbai	81
8.9 Fotos.....	82
8.10 Zeitungsartikel aus der Times of India	88
8.11 CD mit den transkribierten Interviews.....	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das behavioristische Zugangsmodell	7
Abbildung 2: Theoretisches Konzept für die Zugangsforschung	9
Abbildung 3: The Health Access Livelihood Framework	13
Abbildung 4: Aufbau des öffentlichen Gesundheitssystems Indiens	18
Abbildung 5: Die AHIS in Vashi und das DCC in Turbhe.....	25
Abbildung 6: Kostenaufkommen der primären Gesundheitsversorgung.....	32
Abbildung 7: Die sechs Dimensionen des Zugangs	56
Abbildung 8: Strategien für den Zugang zur Gesundheitsversorgung.....	57
Abbildung 9: Das Zugangsmodell von ADAY & ANDERSEN	68
Abbildung 10: Säuglingssterblichkeit in Mumbai 2006/2007	68
Abbildung 11: Der öffentliche und der private Gesundheitssektor	69
Abbildung 12: Die Abhängigkeit der fünf Dimensionen.....	69
Abbildung 13: Die Distanz von der AHIS in Vashi bis DCC in Turbhe	79
Abbildung 14: Entfernung zu ausgewählten Ärzten in Vashi	79
Abbildung 15: Entfernung vom DCC zum Government Hospital in Turbhe.....	80
Abbildung 16: Entwicklungsplan Navi Mumbai	81
Abbildung 17: Das Klassenzimmer im Day Care Centre des Turbhe Slums	82
Abbildung 18: Eine Lehrerin mit ihren Schülern	83
Abbildung 19: Im Turbhe Slum.....	83
Abbildung 20: Ein illegaler Arzt im Turbhe Slum	84
Abbildung 21: Der zentrale Platz im Turbhe Slum	84
Abbildung 22: Die Avalon Heights International School in Vashi	85
Abbildung 23: Der tägliche Morgenappell auf dem Schulhof der AHIS	85
Abbildung 24: Im Klassenraum der AHIS.....	86
Abbildung 25: Das MGM Hospital in Vashi	86
Abbildung 26: Flyer des MGM New Bombay Hospitals	87
Abbildung 27: Artikel „Hospitals overrun by monsoon ailments“	88
Abbildung 28: Artikel „Malaria cases swamp hospitals“	89
Abbildung 29: Artikel „Hospitals admitting only serious patients“	90
Abbildung 30: Artikel „Woman in labour is not med emergency“	91
Abbildung 31: Todesfälle auf Grund von Malaria im Juli und August 2010	91
Abbildung 32: Artikel „After KEM, now Sion docs launch cleanliness drive“	92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Taxonomie von Studien zum Zugang zur Gesundheitsversorgung	6
Tabelle 2: Die fünf Dimensionen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung.....	11
Tabelle 3: Vergleich der Zugangsbarrieren nach eigenen Erhebungen	47
Tabelle 4: Gesundheitsanbieter im öffentlichen und privaten Sektor.....	67
Tabelle 5: Einwohner pro Krankenhausbett in Mumbai.....	67
Tabelle 6: Gesundheitseinrichtungen in Mumbai	67
Tabelle 7: Besuchte Einrichtung nach Einkommen und Angabe von Gründen	68
Tabelle 8: Fragen zur Gesundheitsversorgung	78

Abkürzungen

AHIS – Avalon Heights International School in Vashi (Navi Mumbai)

CIDCO – City and Industrial Development Corporation of Maharashtra

DCC – Day Care Centre im Turbhe Slum (Navi Mumbai)

HDR – Human Development Report Mumbai

ICDS – Integrated Child Development Scheme

IIPS – International Institute of Social Sciences, Mumbai

MCGM – Municipal Corporation of Greater Mumbai

MDG – Millennium Development Goals

MOHFW – Ministry of Health and Family Welfare

NFHS – National Family Health Survey

NGO – Non-Governmental Organization (Nichtregierungsorganisation)

NHP – National Health Policy

OM – Operation Mobilization, Indien

OOP – Out of Pocket

RCH – Reproductive and Child Health Programme

RNTCP – Revised National Tuberculosis Control Programme

SC – Scheduled Class

SEAL – Social and Evangelical Association of Love, Mumbai

TISS – Tata Institute of Social Sciences, Mumbai

TOI – Times of India

TICI – Transparency International Corruption Index

UIP – Universal Immunization Programme

UNRISD – United Nation Research Institute for Social Development

YI – Youth in India Study

WHO – World Health Organization

1. Urbane Gesundheit in Mumbai

Mit dem zunehmenden Verstädterungs- und Industrialisierungsgrad Indiens verändern sich die urbanen Lebensbedingungen der Menschen sowie die Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Umweltverschmutzung sowie demographische, soziale und ökonomische Stressfaktoren tragen zu einem erhöhten Krankheitsaufkommen bei. Als Indiens größte Stadt ist Mumbai eine Stadt der extremen Heterogenität. Hier wohnen die ärmsten und die reichsten Menschen des Landes dicht nebeneinander. Diese sozioökonomische Polarisierung der Megastadt Mumbai, in der mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Slums wohnt, hat Auswirkungen auf die Gesundheit. Kinder sind besonders verwundbar und tragen die Last vieler Krankheiten (vgl. GOLDSTEIN 1990: 121). Im Krankheitsfall hängt es von ihren Eltern ab, welche Fürsorge sie bekommen und ob sie zum Arzt gebracht werden. Doch der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird nicht nur durch die Entscheidung der Eltern ermöglicht. Einrichtungen müssen verfügbar und zugänglich sowie an die Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst und vor allem finanzierbar sein. Obwohl es in Mumbai viele primäre Gesundheitseinrichtungen gibt, bestehen starke Defizite in der Gesundheitsversorgung.

In dieser Arbeit soll folgende Forschungsfrage erörtert werden: „Welche Barrieren begrenzen den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai?“. Mit Hilfe des theoretischen Ansatzes „Five Dimensions of Access to Health Care Services“ von PENCHANSKY und THOMAS (1981) werden die Barrieren zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai in einer Fallstudie untersucht. Während eines sechswöchigen Aufenthalts in Mumbai wurden 16 Experteninterviews geführt sowie in zwei Stadtteilen Mumbais die fünf Dimensionen Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Finanzierbarkeit, Ausstattung und Akzeptanz der Gesundheitsversorgung untersucht. Durch den Vergleich des Day Care Centres (DCC) in einem Slum in Turbhe und der Avalon Heights International School (AHIS) in Vashi werden die konkreten Barrieren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung begrenzen, herausgearbeitet. Das Aufzeigen der Barrieren schafft die Grundlage dafür, Strategien zu entwickeln, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern können.

2. Gesundheitseinrichtungen und das Konzept des Zugangs

2.1 Gesundheit als Basis einer Gesellschaft

Gesundheit bedeutet physisches, mentales und soziales Wohlergehen und ermöglicht Menschen die produktive Partizipation in der Gesellschaft. Die ökonomische Entwicklung einer Nation hängt u. a. von der Gesundheit und Produktivität ihrer Bürger ab (vgl. MCGM 2010: 107). Besonders in Krisenzeiten benötigt der Mensch einen hohen Gesundheitsstatus, um bei schnellen Veränderungen mit adaptiven Strategien reagieren zu können (vgl. BUTSCH 2009: 62). Gesundheit ist ein normativer Begriff, der von DUBOS (1965) folgendermaßen umschrieben wird:

„a physical and mental state fairly free from discomfort and pain which permits persons to function effectively and as long as possible in the environment“

(DUBOS 1965: 351)

Die Gesundheit in einer urbanen Umgebung ergibt sich durch eine komplexe Wechselwirkung verschiedener physischer und anthropogener Faktoren, die unterschiedlich starke Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Physische Faktoren wie Klimabedingungen, Krankheitserreger und genetische Prädispositionen sowie anthropogene Faktoren wie Arbeits- und Wohnbedingungen, Arbeitslohn, soziale Integration und globale Wirtschaftsfaktoren beeinflussen die Gesundheit einer Bevölkerung. Der Gesundheitsstatus wird anhand von verschiedenen Indikatoren gemessen, die den Entwicklungsstand einer Gesellschaft reflektieren. Eine hohe Mortalitäts- und Morbiditätsrate sowie eine geringe Lebenserwartung der Neugeborenen und eine geringe Anzahl von Ärzten pro Einwohner spiegeln den niedrigen Gesundheitsstatus einer Bevölkerungsgruppe wider. Arme, verwundbare und sozial ausgeschlossene Bevölkerungsgruppen sind häufiger krank, während sie zugleich auch einen geringeren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen haben. HART (1971) fasst dieses Phänomen in dem *Inverse Care Law* zusammen: „The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served.“ (HART 1971: 405). Das bedeutet, dass diejenige Bevölkerungsgruppe den schlechtesten Zugang zur Gesundheitsversorgung hat, die ihn am dringendsten benötigt. Unzureichender Zugang zu grundlegender Gesundheitsversorgung ist deshalb

ein entscheidender Faktor, welcher zu sozialen Ungerechtigkeiten beiträgt (WHITEHEAD & DAHLGREEN 2007: 8). Dementsprechend ist die Forderung nach einem gerechten Zugang („equity“) ein politisches Ziel: „equal access for equal need“ (MOONEY & BLACKWELL 2005: 76).

2.2 Primäre Gesundheitsversorgung und Zugang

Die Problematik des Zugangs zur Gesundheitsversorgung steht schon seit 1978 in der *Erklärung von Alma Ata* der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Gesetze über den Zugang zu grundlegender medizinischer Versorgung sollten insbesondere in den Entwicklungsländern oberste Priorität erhalten (FROST & REICH 2008: 10). Präventive und kurative Versorgung sollte für alle Menschen zugänglich sein. Die Ziele der Gesundheitsversorgung umfassen die Linderung von Schmerzen und Leiden, die Prävention von Tod und Behinderungen und die Rehabilitation körperlicher Beeinträchtigungen (President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Behavioral Research 1983: 1). Primäre Gesundheitsversorgung wird von HALFDAN (1975) für die Weltgesundheitsorganisation folgendermaßen definiert:

„Those considered to be the utmost importance and hence basic, indispensable, and necessary for the health need of population. They should be available at all times, in the proper dosage forms, to all segments of society.”

(HALFDAN 1975: 96)

In den Entwicklungsgrundsätzen der Vereinten Nationen wird in Form von *Millennium Development Goals* unter dem Entwicklungsziel 8 („Aufbau einer globalen Partnerschaft für Entwicklung“) in Target 17 der „Zugang zu unentbehrlichen Arzneimitteln zu erschwinglichen Preisen in Entwicklungsländern“ (UN-MDG Report 2010: 66) gefordert. Um dieser und der von der WHO in der Erklärung von Alma Ata festgelegten Forderung nach „Gesundheit für alle“ gerecht zu werden, muss der Zugang zu primären Gesundheitseinrichtungen gesichert werden. Primäre Gesundheitsdienstleistungen umfassen die grundlegende Gesundheitsversorgung, die auf wissenschaftlich und sozial anerkannten Methoden beruht und universal zugänglich und finanzierbar ist. Mit präventiven und kurativen Angeboten soll der Großteil der Bevölkerung versorgt werden (WHO 1978). Primäre Gesundheitseinrichtungen sind der erste Kontakt von

Individuen mit dem nationalen Gesundheitssystem und sollen so eine Brücke zwischen der Zugänglichkeit und der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen bilden (UNRISD 2006).

Auf internationaler Ebene ist die Gesundheitsversorgung als Menschenrecht festgelegt, doch die eigentliche Ausführung bleibt in der Verantwortung der Staaten, die diese Rechte und Forderungen in die Realität umsetzen müssen (JAIN & STEPHENS 2008: 35). In der Indischen Verfassung ist das Recht auf medizinische Versorgung in Artikel 47 festgelegt (Constitution of India 2007: 23). Kurative und präventive Gesundheitsmaßnahmen sollen flächendeckend zugänglich gemacht werden. Doch reicht die Existenz von Einrichtungen allein nicht aus, um Zugang zu ermöglichen, da soziale Werte und Normen, ökonomische Interessen und politische Prozesse oft ein Hindernis darstellen. So bleibt eine Differenz zwischen der Verfügbarkeit von Gesundheitsinstitutionen und dem Zugang zu diesen bestehen.

2.3 Das Konzept des Zugangs

Obwohl das Konzept des Zugangs zur Gesundheitsversorgung schon lange ein politisches Ziel auf nationaler und internationaler Ebene darstellt, besteht in der Wissenschaft kein Konsens über die Definition und die Operationalisierung von Zugang. ADAY & ANDERSEN (1974) betonen, dass Zugang lange ein politischer Begriff und kein messbarer Prozess war (ADAY & ANDERSEN 1974: 208). Um jedoch das politische Ziel des gleichen Zugangs auf seinen Fortschritt hin untersuchen und evaluieren zu können, muss Zugang definiert und operationalisiert werden. Bis heute koexistieren verschiedene Definitionen und Modelle zum Begriff *Zugang*. Die Schwierigkeiten einer Operationalisierung dieses Begriffs werden von TRAVASSOS & MARTINS (2004: 190) durch die Komplexität dieses multidimensionalen Konzepts begründet. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über verschiedene Definitionen und Ansätze einer Operationalisierung gegeben.

Damit die Möglichkeit des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen gegeben, müssen diese verfügbar sein und in erreichbarer Distanz liegen. Der Zugang ist jedoch nicht durch die Verfügbarkeit allein gegeben, da diese nur die potenzielle Nutzung widerspiegelt. In vielen Veröffentlichungen wird Zugang anhand der

realisierten Nutzung von Gesundheitseinrichtungen gemessen. Die realisierte Nutzung spiegelt den eigentlichen und messbaren Gebrauch im Verhältnis zum Bedarf von Einrichtungen wider (vgl. GUARGLIARDO 2004: 88). So ist die realisierte Nutzung nicht allein durch die quantitativ ausreichende Verfügbarkeit von Institutionen mit qualitativ hochwertigen¹ personellen Leistungen und materiellen Ausstattungen an Medikamenten, Laboren und Geräten gewährleistet (vgl. FROST & REICH 2008: 8). Vielmehr müssen ein angemessener Service und ein funktionierendes System im Ganzen dafür sorgen, dass die Einrichtungen auch effektiv genutzt werden können. TRAVASSOS & MARTINS (2004: 190) und DONABEDIAN (1971: 111) erachten das Ergebnis („output“), das über den verbesserten Gesundheitsstatus nach der realisierten Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen messbar ist, als weitaus wichtiger als das alleinige Kriterium der realisierten Nutzung von Gesundheitseinrichtungen. Nach ADAY et al. (1993: 2) kann von einem „effektiven“ Zugang gesprochen werden, wenn sich entweder der Gesundheitsstatus verbessert hat oder die Patienten mit der Behandlung zufrieden waren. Der Zugang war *effizient*, wenn sich der Gesundheitszustand oder die Zufriedenheit relativ zu der Intensität der Nutzung erhöht. Da mit dem Begriff *Nutzung* in vielen Veröffentlichungen (vgl. u. a. GUARGLIARDO 2004: 88) die realisierte Nutzung gemeint ist, wird der Begriff in dieser Bedeutung in dieser Arbeit übernommen

Die Nutzung wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die wiederum Barrieren zum Zugang von Gesundheitsversorgung darstellen können. Diese können nach DONABEDIAN (1971: 111) räumlicher, organisatorischer, zeitlicher, psychologischer, sozialer oder finanzieller Natur sein und eine niedrige oder hohe Veränderlichkeit aufweisen. So ist auf Grund von Barrieren im System durch Gesetze, in den Institutionen, in der Infrastruktur, aber auch seitens der Bevölkerung mit ihrem soziokulturellen Hintergrund dieser Zugang nicht uneingeschränkt möglich. GUARGLIARDO (2004: 89) ordnet die bisherigen Studien über Zugangsbarrieren in eine räumliche und eine soziale Dimension ein und unterscheidet zwischen potenziellem Zugang (= Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen) und realisiertem Zugang (= Nutzung, vgl. Tabelle 1).

¹ „Qualitativ“ und „quantitativ“ sind normative Begriffe, deren Definition von den jeweiligen sozialen Werten, Gesetzen und Vorschriften abhängt.

Tabelle 1: Taxonomie von Studien zum Zugang zur Gesundheitsversorgung

Dimension	Potenzieller Zugang	Realisierter Zugang
Räumliche Dimension	Studien zur Distanz und zur Verfügbarkeit, unabhängig von der Nutzung	Studien zur Nutzung, abhängig von räumlichen Faktoren
Soziale Dimension	Studien zur Finanzierbarkeit, Kultur und anderen nicht-räumlichen Faktoren	Studien zur Nutzung, abhängig von Finanzierbarkeit, Kultur und anderen nicht-räumlichen Faktoren

Quelle: verändert nach GUARGLIARDO (2004: 89)

Der gleichberechtigte Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für die Vereinten Nationen ein übergeordnetes Ziel. Es soll jedem Bürger ermöglicht werden, im Falle einer Erkrankung, in einem Notfall, aber auch für präventive Zwecke zu einem Arzt, zu einem Krankenhaus und an Medikamente für lebensrettende und lebensverbessernde Maßnahmen gelangen zu können (UNRISD 2006). Das politische Ziel des gleichen Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen ist erreicht, wenn die Nutzung sich nach dem Bedarf der Bevölkerung richtet in Abhängigkeit von demographischen Faktoren. Ungleicher Zugang ist gegeben, wenn die Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen von sozioökonomischen oder gesellschaftlichen Faktoren abhängt (vgl. ANDERSEN 1995: 4). Der Bedarf kann dabei durch das Individuum wahrgenommen oder durch Ärzte festgestellt werden. Die Beurteilung des Bedarfs unterliegt kulturellen Einflüssen, sodass der Bedarf je nach Land oder Region unterschiedlich wahrgenommen wird.

2.4 Zugangsmodelle

Es wurden verschiedene Modelle entwickelt, die diese unterschiedlichen Definitionen von Zugang zu Gesundheitseinrichtungen verdeutlichen. Im Folgenden werden zwei Zugangsmodelle vorgestellt. Das *Behavioral Model of Access* von ANDERSEN & ADAY (1974) ist ein Entscheidungsmodell, das die Faktoren seitens der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellt, während *The Five Dimensions*

of Access von PENCHANSKY & THOMAS (1981) die Abstimmung zwischen den Patienten und dem Gesundheitssystem untersucht.

2.4.1 Das behavioristische Modell des Zugangs

Die Entwicklung des behavioristischen Zugangsmodells von ADAY & ANDERSEN erfolgte in mehreren Phasen, die durch zunehmende Komplexität gekennzeichnet sind. Das Ergebnis ist ein umfassendes Modell, welches die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Entscheidung der Bevölkerung, Gesundheitsdienstleistungen zu nutzen, verdeutlicht.

ANDERSEN (1960) entwickelte das *Behavioral Model of Health Service Use*, um den Zugang zu medizinischer Versorgung in den USA zu erforschen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird in Abhängigkeit von dem Nutzen durch den Patienten definiert. Die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen ist auf drei veränderliche Faktoren zurückzuführen, die eine Bevölkerungsgruppe oder ein Individuum beeinflussen: prädisponierende Eigenschaften (Alter, Geschlecht, ethnische und religiöse Zugehörigkeit), maßgebende Mittel (Versicherungen, Einkommen sowie der ländliche oder urbane Lebensraum) und das Bedürfnis (wahrgenommen und medizinisch evaluiert). Diese drei Faktoren können linear angeordnet werden (vgl. Abbildung 1). Durch die prädisponierenden Eigenschaften und die maßgebenden Mittel wird der potenzielle Zugang definiert, während die Nutzung den realisierten Zugang darstellt. Die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen wird nach Typ (Krankenhaus, Arzt, Apotheke), Ort (Arztpraxis, Notfallaufnahme etc.), Zweck (präventiv, kurativ) und Zeitspanne unterschieden (vgl. ADAY & ANDERSEN 1974: 214).

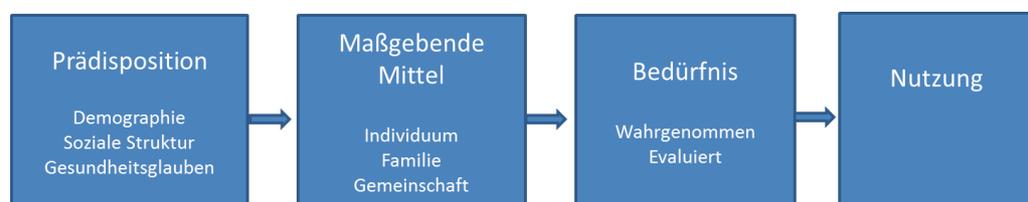


Abbildung 1: Das behavioristische Zugangsmodell

Quelle: verändert nach ANDERSEN (1960: 2)

In den 1980er und 1990er Jahren wurde dieses Modell von ANDERSEN & ADAY weiterentwickelt. Neben der Bevölkerung wurde das Gesundheitssystem als

zweite wichtige Komponente hinzugefügt, welches durch Gesetze gesteuert wird (vgl. Anhang, Abbildung 9). Die Ressourcen (Umfang und Verteilung des zur Verfügung stehenden Personals und ihrer Ausbildung, des Materials, des Kapitals), die Struktur und die Organisation charakterisieren das Gesundheitssystem und beschränken bzw. ermöglichen eine Nutzung durch die Bevölkerung (vgl. ANDERSEN 1995: 6). So wird der Zugang nicht auf die Eigenschaften der Bevölkerung beschränkt, sondern durch die Ausstattung des Gesundheitssystems ergänzt. Bei Beidem handelt es sich um Prozessindikatoren der Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen. Diese Prozessindikatoren sind das *Input* und steuern die Ergebnisindikatoren. Die Ergebnisindikatoren sind das *Output*, messbar an dem Gesundheitsstatus und der Zufriedenheit der Patienten, wobei die Zufriedenheit von den Erwartungen und Einstellungen der Bevölkerungsgruppe abhängt (vgl. Abbildung 2).

Das Modell von ANDERSEN & ADAY (1974) ermöglicht einen Überblick über den Einfluss des Gesundheitssystems und der Bevölkerung auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung. In diesem Modell wird Zugang als ein dynamischer Prozess dargestellt, der für jede Bevölkerungsgruppe von ihrem jeweiligen Lebensumfeld abhängig und damit unterschiedlich ist. Durch Veränderungen und Anpassungen der Angebote, der Organisation oder der Finanzierung kann das Gesundheitssystem verbessert werden. Somit ordnet dieses Modell den Zugang zur medizinischen Versorgung in einen gesellschaftlichen Kontext ein. Mit dem Modell sollen Handlungsmöglichkeiten für Gesetzgeber und Dienstleistungsanbieter aufgezeigt werden, um die Effektivität verschiedener Gesundheitsprogramme auf das politische Ziel des gerechten Zugangs zu überprüfen (ANDERSEN & ADAY 1974: 208).

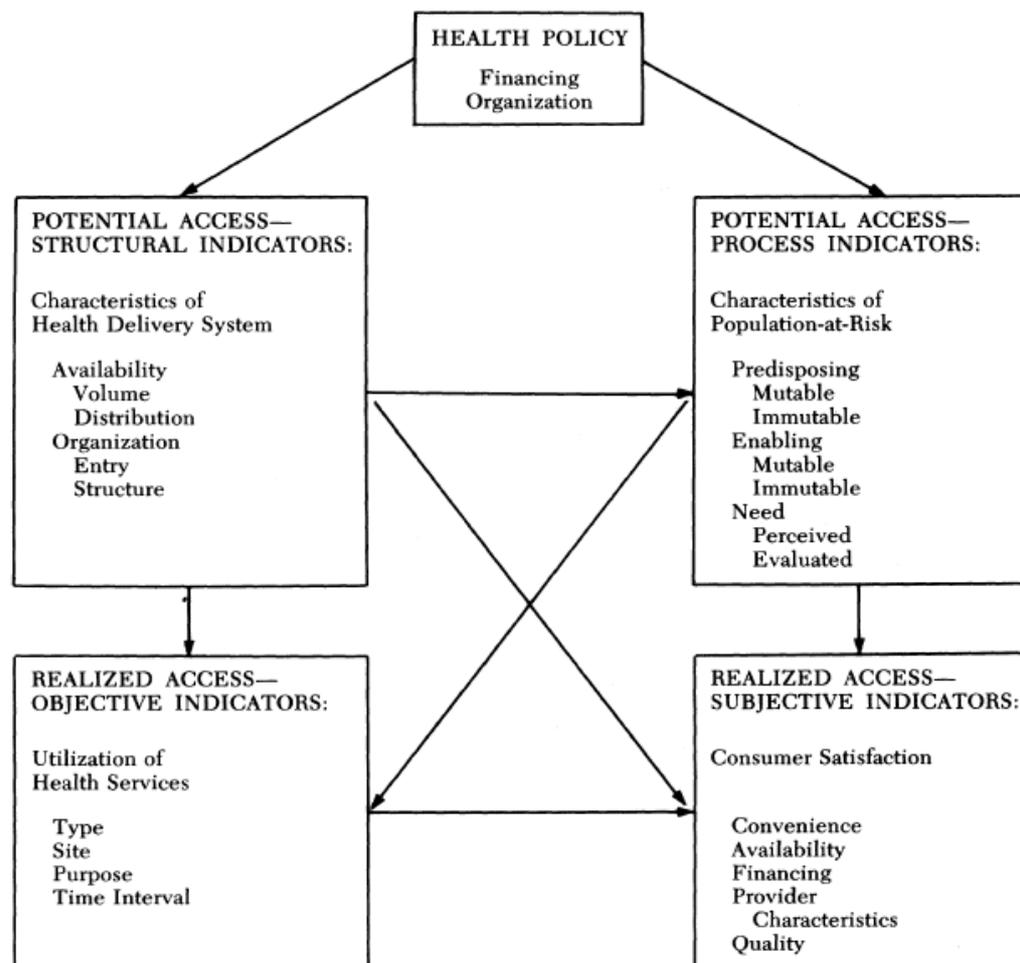


Abbildung 2: Theoretisches Konzept für die Zugangsforschung

Quelle: ADAY & ANDERSEN (1974: 212)

2.4.2 Die fünf Dimensionen des Zugangs

Das Modell von ANDERSEN & ADAY (1974) bietet einen guten Überblick über die Faktoren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflussen, jedoch kritisiert PENCHANSKY (1976: 642) die Messung des Outputs als zu ungenau. Er fordert konkretere Begriffe, die sich auf Bedingungen, Typen von Gesundheitsservice und Ärzten sowie einen bestimmten Krankheitsstatus beziehen. Die Begriffe wiederum müssen logisch miteinander verbunden werden, so dass ein Modell eine erklärende Struktur aufweist (vgl. PENCHANSKY 1976: 642). Außerdem widerlegen PENCHANSKY & THOMAS (1984), dass soziodemographische Faktoren keinen direkten Einfluss auf die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen haben. Vielmehr beeinflussen soziodemographische Faktoren die Wahrnehmungen und Ansichten, die wiederum die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen. PENCHANSKY & THOMAS (1984) entwickelten ein

alternatives Modell, welches Zugang als die Interaktion zwischen den beiden Schlüsselementen, den Gesundheitsdienstleistungen und der Bevölkerung, charakterisiert.

PENCHANSKY UND THOMAS (1981) nennen fünf konkrete, messbare Dimensionen, die Barrieren oder Anreize („facilitators“) für den Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellen können. Mit der Untersuchung der Dimensionen wird die Abstimmung („fit“) zwischen dem Bedarf der Bevölkerung und den Möglichkeiten des Gesundheitssystems zur Bedarfsdeckung bestimmt. Die ersten beiden Dimensionen *Verfügbarkeit* und *Zugänglichkeit* sind eher räumlicher Art, während *Ausstattung*, *Finanzierbarkeit* und *Akzeptanz* strukturelle und soziale Komponenten darstellen (vgl. Tabelle 2).

Die *Verfügbarkeit* bezieht sich auf das Verhältnis zwischen dem Umfang und dem Typ der existierenden Gesundheitseinrichtungen und Ressourcen einerseits und dem speziellen Bedarf an Gesundheitsversorgungen für die Bevölkerung andererseits. Dieses Verhältnis umfasst die Nachfrage seitens der Bevölkerung sowie die Angemessenheit des Angebots an Ärzten, Pflegepersonal, Einrichtungen und speziellen Gesundheitsprogrammen. Die *Zugänglichkeit* ist definiert als die Distanz zwischen dem Ort des Angebots und dem Wohnort der Patienten. Neben der geographischen Distanz werden auch die Wegzeit inklusive Transport sowie die dadurch entstandenen Kosten miteinbezogen. Die *Finanzierbarkeit* ist eine nichträumliche, strukturelle Dimension. Sie stellt die Preise der Dienstleistungen im Verhältnis zu dem Einkommen der Patienten, deren Möglichkeit für die Kosten aufzukommen (z. B. durch Kredite) sowie die Abdeckung durch eine mögliche Versicherung dar. Die *Finanzierbarkeit* umfasst direkte sowie indirekte Kosten durch Transport, Korruption und verlorenes Einkommen. Die Wahrnehmung und das Bewusstsein der Patienten bezüglich der Preise spielt ebenso eine große Rolle. Die *Ausstattung* bezieht sich auf die Organisation und Einrichtung der Gesundheitsinstitutionen (Terminorganisation, Öffnungszeiten, Sauberkeit u. a.). Des Weiteren fließt mit ein, inwiefern diese Institutionen auf die Patienten und ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind und als angemessen wahrgenommen werden. Die letzte Dimension, die *Akzeptanz*, umfasst die innere Einstellung der Patienten gegenüber den Anbietern sowie umgekehrt die der Anbieter gegenüber den Patienten. So können Faktoren wie das Alter, das Geschlecht oder die ethnische Zugehörigkeit des Anbieters sowie

die Lage oder die religiöse Ausrichtung der Einrichtung Patienten ansprechen oder abhalten. Andererseits können Anbieter bestimmte Bevölkerungsgruppen durch ihre Ausstattung (z. B. Öffnungszeiten, Kosten, Atmosphäre) fernhalten oder anziehen. Außerdem ist die soziokulturelle Angemessenheit der Informationsbroschüren, Beratungen und Behandlungen sowie die Berücksichtigung lokaler Krankheitskonzepte wichtig.

Tabelle 2: Die fünf Dimensionen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung

Dimension	Fragen
Verfügbarkeit (Availability)	Welche Angebote an Gesundheitsdienstleistungen bestehen? Wer bietet diese an? Gibt es genügend Personal? Sind die Produkte und Dienstleistungen auch an die Bedürfnisse der armen Bevölkerung angepasst? Reicht das Angebot um die Nachfrage abzudecken?
Zugänglichkeit (Accessibility)	Was ist die geographische Distanz zwischen den Orten der Dienstleistung und dem Wohnort der Benutzer? Mit welchen Transportmitteln können sie erreicht werden? Wie lange dauert dies?
Finanzierbarkeit (Affordability)	Was sind die direkten Kosten der medizinischen Versorgung? Was sind die indirekten Kosten, die durch Transport, verlorener Zeit und Einkommen, Korruption und andere inoffiziellen Kosten entstehen?
Ausstattung (Accommodation)	Wie sind die Dienstleistungen organisiert? Erfüllt die Organisation die Erwartungen der Patienten? Sind die Öffnungszeiten ausreichend? Sind die Einrichtungen sauber und gut erhalten?
Akzeptanz (Acceptability)	Werden lokale Krankheitskonzepte und soziale Werte in Informationsbroschüren, Beratungen und Behandlungen beachtet? Fühlen sich die Patienten willkommen und gut aufgehoben? Vertrauen die Patienten der Kompetenz und Persönlichkeit des medizinischen Personals?

Quelle: verändert nach PENCHANSKY & THOMAS (1981: 131)

Die Validität dieser fünf Dimensionen wurde von PENCHANSKY UND THOMAS (1981) in einer Studie in Rochester, New York, untersucht. Dazu wurden 16 Fragen aus einer Umfrage mit 626 Personen zur Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung den fünf Dimensionen zugeordnet. Die Ergebnisse wurden auf

einer fünfgliedrigen Skala von *sehr zufrieden* bis *sehr unzufrieden* bewertet und ergaben bei der Analyse, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Dimensionen besteht (vgl. PENCHANSKY & THOMAS 1981: 135). Die fünf Dimensionen eignen sich damit erwiesenermaßen dazu, die Barrieren und Anreize zwischen den Gesundheitsdienstleistungen und der Bevölkerung zu untersuchen. Je zufriedener die befragten Personen mit einer der fünf Dimensionen sind, desto weniger verhindert diese die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen. FRENK (1992: 842) ergänzt das Modell, indem er den Begriff der *Nutzungskraft* als Synonym für den Begriff des Zugangs benutzt, um Verwechslungen mit den Begriffen Zugänglichkeit und Verfügbarkeit zu vermeiden. Er hierarchisierte Zugang als „broad domain“, Verfügbarkeit als „intermediate domain“ und Zugänglichkeit als „narrow domain“ (FRENK 1992: 844).

OBRIST et al. (2007) fügen die fünf Dimensionen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung nach PENCHANSKY & THOMAS (1981) in ein dynamisches Modell ein (vgl. Abbildung 3). Sie ergänzen die Vulnerabilität der Bevölkerung, welche durch die fünf Kapitalien („Livelihood Assets“) Humankapital, Finanzkapital, Naturkapital, Sozialkapital und Physisches Kapital bestimmt wird. So werden die fünf Dimensionen in Zusammenhang mit dem Wohnumfeld, der Bildung, dem Einkommen, der Familiengröße etc. gesehen. Die Kapitalien haben Einfluss darauf, ob Krankheiten erkannt und Gesundheitsdienstleistungen aufgesucht werden. Somit beeinflussen sie den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, welcher sich wiederum auf den Gesundheitsstatus, einen Teil des Humankapitals, auswirkt. Die fünf Dimensionen bestimmen die Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen. Das schon von ANDERSEN (1974) als Output beschriebene Resultat lässt sich anhand des Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit messen. Die fünf Dimensionen und das übergeordnete, angestrebte Ziel des gleichen Zugangs sind von den fünf Kapitalien abhängig.

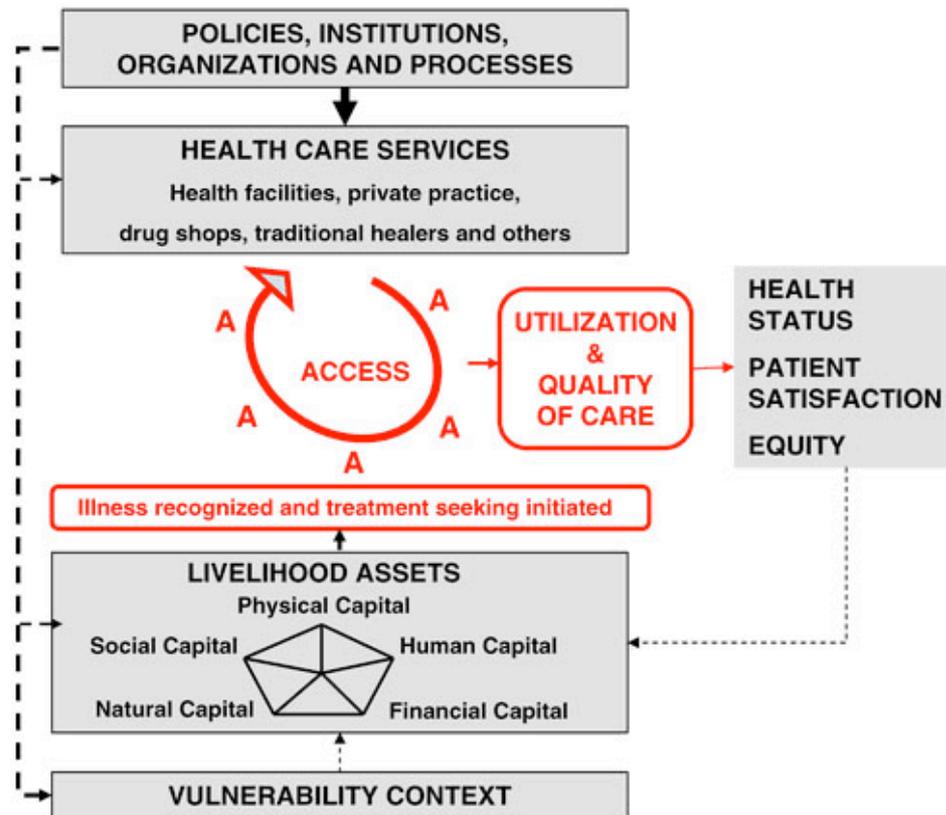


Abbildung 3: The Health Access Livelihood Framework

Quelle: OBRIST et al. (2007: 1585)

Im Gegensatz zu dem Modell von ANDERSEN & ADAY (1974) umfasst das Modell von PENCHANSKY & THOMAS (1981) nicht nur den Einfluss des Gesundheitssystems auf die Bevölkerung, sondern setzt diese beiden in eine wechselseitige Beziehung. Beide Modelle stammen aus den USA und sind ca. drei Jahrzehnte alt. Sie sind also an Gesundheitseinrichtungen in einem Industrieland orientiert. Dennoch eignen sich die konkreten Dimensionen des Modells von PENCHANSKY & THOMAS (1981) als Orientierung für eine qualitative Untersuchung. Sie wurden deshalb als Bezugsrahmen für die Untersuchung in Mumbai gewählt.

3. Gesundheitsversorgung in der Megastadt Mumbai

Die Megastadt Mumbai ist die bedeutendste Wirtschaftsmetropole Indiens. Wirtschaftsentscheidungen werden nicht nur in der politischen Hauptstadt Delhi, sondern auch in Mumbai getroffen, wo sich die meisten indischen und ausländischen Unternehmen befinden (WAMSER & MÜLLER-BITTNER 2004: 28). Seit der Einführung der *New Economic Policy* 1991, die zum Übergang von einer gelenkten Planwirtschaft zu einer kapitalistischen und freien Marktwirtschaft führte, steht Mumbai zunehmend unter dem Einfluss der Globalisierung (NISSEL 2004: 55). Mumbai nimmt aber nicht nur die wirtschaftliche, sondern auch die demographische Vormachtstellung Indiens ein. Während in der Mumbai Metropolitan Region im Jahr 1991 noch rund 12,5 Mio. Menschen lebten, sind es heute ca. 18 Mio. (vgl. World Gazetteer 2010) bei einer Bevölkerungsdichte von 27.209 Einwohner pro Quadratkilometer (vgl. MCGM 2010).

Die indische Wirtschaftshauptstadt ist geprägt von extremen sozialen Ungleichheiten (vgl. WAMSER & MÜLLER-BITTNER 2004: 28): Während die einen an dem starken Wirtschaftswachstum teilhaben und sich als sog. Globalisierungsgewinner bezeichnen können, lebt mehr als die Hälfte der Bewohner in den zahlreichen und dicht bevölkerten Slums, die 7-8 % der Fläche Mumbais umfassen (vgl. MCGM 2010: 118). Dies macht die sozio-ökonomische Fragmentierung der Bevölkerung Mumbais räumlich sichtbar.

Die sozioökonomische Schere wird an dem Gesundheitszustand und dem ungleichen Zugang zu Gesundheitsversorgungen deutlich. Indien liegt auf dem 118. Platz von 191 WHO-Mitgliedsstaaten bezüglich allgemeiner Gesundheitsversorgung (vgl. WHO 2000). Dies macht deutlich, dass Indiens öffentliches Gesundheitssystem hinter dem allgemeinen Prozess der ökonomischen Entwicklung der letzten Jahrzehnte zurückliegt (vgl. SACHS 2008: 1). Durch den Steuerungsverlust der öffentlichen Verwaltungen wird „angesichts mangelnder sozialer Gerechtigkeit“ (BORK et al. 2009: 1881) der Zugang zu öffentlichen wie auch privaten Gesundheitsdienstleistungen erschwert. Der Zugang zu Krankenhäusern, Ärzten und Apotheken ist besonders bei der zunehmenden Anzahl an Slumbewohnern begrenzt. Jedoch ist gerade dieser Teil der Bevölkerung durch unhygienische Lebensbedingungen auf begrenztem Raum und mit unzureichender Verfügbarkeit an Trinkwasser und sanitären Anlagen

gefährdet. Demographischer, sozialer, ökonomischer und ökologischer Stress wirken sich auf verschiedenste Weise auf die Gesundheitsverhältnisse in Mumbai aus. Ökologische Degradation durch verschmutzte Luft oder verunreinigtes Wasser nimmt stetig zu. Überfüllung, soziale Desorganisation und wirtschaftliche Benachteiligung können psychosozialen Stress auslösen und die Verwundbarkeit erhöhen (vgl. GEE & PAYNE-STURGES 2004: 1645). In Mumbai sind übertragbare Krankheiten die häufigste Todesursache (vgl. DUGGAL & GANGOLLI 2005: 3). Vektorkrankheiten wie Malaria, Schistosomiasis und Helminthiasis können sich auf engem Raum und bei unhygienischen Voraussetzungen besonders bei Kindern schnell verbreiten (vgl. WILSON 1990: 112). Solche Lebensbedingungen sowie auch schlechte Ernährung tragen zu einem niedrigen Immunstatus bei. Sie bewirken eine höhere Infektionsanfälligkeit und verursachen häufig stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen bei einer Infektion.

Mumbai leidet unter einer doppelten Krankheitslast („dual-disease burden“ SACHS 2008: 2): Zum einen gilt es, traditionelle Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Diarrhö zu bekämpfen, zum anderen nehmen moderne Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder chronische Krankheiten zu. Traditionelle Infektionskrankheiten treten häufig in Verbindung mit Armut, unzureichender Versorgung mit sauberem Trinkwasser sowie inadäquaten sanitären Anlagen und fehlender Abfallentsorgung auf. Moderne Krankheiten entstehen erst in Folge der wirtschaftlichen bzw. gesellschaftlichen Entwicklung, wie z. B. Adipositas, Asthma, Allergien und Depressionen (vgl. RAO 2008: 67). Die Ursache moderner Krankheiten ist häufig mit dem modernen Lebensstil verbunden.

Grundsätzlich gibt es eine große Lücke zwischen der Qualität und der Quantität von Gesundheitsdienstleistungen in Mumbai. Obwohl der Gesundheitssektor zu den erfolgreichsten Wirtschaftssektoren in Indien zählt, sind Gesundheitsdienstleistungen nicht überall für die breite Gesellschaft erreichbar (vgl. RAO 2008: 66). Forschungszentren und Praxen gut ausgebildeter Ärzte stehen im Kontrast zu mangelnder medizinischer Versorgung in vielen Stadtteilen Mumbais. Sozioökonomische und kulturelle Faktoren wie das Kastensystem sowie ethnische und geschlechtliche Ungleichheiten können den Zugang zu sowie die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen determinieren (vgl. DUG-

GAL & GANGOLLI 2005: 9). Besonders Neugeborenen und Kindern der ärmeren Einwohner bleibt der Zugang zu medizinischer Versorgung verwehrt (vgl. SACHS 2008: 3). Dies spiegelt sich beispielsweise in der hohen Säuglingssterblichkeit von 36,66/1.000 im Jahre 2007 wider (vgl. MCGM 2010: 116, vgl. Anhang, Abbildung 10).

3.1 Die Struktur des indischen Gesundheitssystems

1983 verabschiedete die indische Regierung die erste *National Health Policy*, die im öffentlichen Gesundheitssektor das politische Ziel der Gesundheit aller Menschen, basierend auf der Erklärung von Alma Ata der WHO, beinhaltet. Durch die Ausweitung primärer Gesundheitszentren sollte dieses Ziel bis zum Jahre 2000 verwirklicht werden. Es sollte eine Infrastruktur ausgebaut werden, die lebensnotwendige Medikamente sowie Impfungen anbieten kann. Dazu sollte eine enge Kooperation mit gesundheitsverwandten Dienstleistungen wie der Ernährungs- und der Trinkwasserversorgung sowie sanitären Einrichtungen entwickelt werden. Die Partizipation von Hilfsorganisationen sollte gefördert und qualitative und quantitative Verbesserungen in der Beratung, Forschung und Ausbildung geschaffen werden. Die 2002 veröffentlichte überarbeitete Version der *National Health Policy* strebt nicht mehr das hochgesteckte Ziel der Gesundheit für alle an, sondern will bis 2015 einen akzeptablen Gesundheitsstandard für die Bevölkerung erreichen (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2002).

In Indien koexistieren ein öffentlicher und ein privater Gesundheitssektor (vgl. Anhang, Abbildung 11). Während der öffentliche Sektor chronisch überlastet und unterfinanziert ist, bietet der private Sektor zu großen Teilen teurere, aber qualitativ hochwertigere Serviceleistungen an, die vom Patienten direkt bar („out-of-pocket“-OOP) gezahlt werden müssen. Da man auf Dienstleistungen im öffentlichen Sektor oft lange warten muss und den Tagesverdienst oder sogar den Job im Krankheitsfall verliert (vgl. RAO 2008: 69), sucht auch die finanziell schlechter gestellte Bevölkerung private Ärzte auf, die jedoch häufig unethische Methoden anwenden, um wettbewerbsfähig zu bleiben (vgl. GHOSH 2008: 44). Außerdem gibt es nur unzureichende Vorschriften und Kontrollen, sodass auch sog. illegale Ärzte praktizieren, die keine Ausbildung haben. Der private Sektor umfasst neben profitorientierten Unternehmen und privaten

Ärzten auch gemeinnützige Nichtregierungsorganisationen (NGO). NGOs spielen besonders bei der Gesundheitsprävention eine große Rolle. In indischen Städten gibt es unzählige gemeinnützige NGOs, die punktuell in Slums wirken. Sie bieten zum Beispiel kostenlose Health Camps zur Informationsvermittlung und Beratungen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie Slumbewohner an (vgl. GOLDSTEIN 1990: 127).

Korruption ist sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Sektor zu finden. Indien rangiert auf Platz 88 von 158 Ländern auf dem *Transparency International Corruption Index* (TICI), wobei der Gesundheitssektor vor der Polizei der korrupteste aller öffentlichen Bereiche ist (vgl. SUDARSHAN 2008: 72). Bestechung ist unter dem medizinischen Personal weit verbreitet, was zu Steuerungsverlusten der öffentlichen Verwaltung führt (vgl. SUDARSHAN 2008: 75).

3.2 Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen in Mumbai

Gesundheitsdienstleistungen können in eine primäre, eine sekundäre und eine tertiäre Ebene unterteilt werden. Die Kosten sowie die Spezialisierung nehmen von der primären zur sekundären und tertiären Einrichtung zu, während die Kapazitäten der Patientenaufnahme abnehmen (vgl. Abbildung 4). Auf allen drei Ebenen gibt es Angebote des öffentlichen und des privaten Sektors. NGOs sind jedoch meist auf der primären Ebene zu finden. Die öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen werden in Mumbai von der Landesregierung (State Government) und auf kommunaler Ebene von der Mumbai Corporation of Greater Mumbai (MCGM) angeboten (vgl. Anhang, Tabelle 4).

In Mumbai werden im öffentlichen Sektor auf der primären Ebene primäre Gesundheitszentren und Subzentren angeboten, die durch einen medizinischen Direktor (medical officer) geleitet werden. Auf eine Bevölkerung von 5.000 Einwohnern kommt ein Subzentrum, in welchem nationale Programme auf lokaler Ebene umgesetzt werden. Der Fokus liegt auf der Behandlung weitverbreiteter Krankheiten, Impfungen und der Gesundheitsversorgung für Kinder und Mütter sowie der Familienplanung. Für eine Bevölkerung ab 30.000 Einwohnern gibt es ein primäres Gesundheitszentrum. Primäre Gesundheitszentren und Subzentren decken die Gesundheitsbedürfnisse zu 80 % ab (vgl. YESUDIAN 1995: 5). Krankenhausaufenthalte oder spezialisierte Behandlungen

werden von sekundären oder tertiären Gesundheitseinrichtungen angeboten. Die sekundäre Gesundheitsebene besteht auf Bezirksebene in Form von *Block Level Community Health Centres* mit durchschnittlich 30 Betten und *District Level Hospitals* mit ca. 100 Betten, die von District Health Officers geleitet werden. Dort werden spezialisierte Behandlungen angeboten, wie z. B. im Bereich der Chirurgie, der Gynäkologie oder der Urologie. Die tertiäre Gesundheitsebene umfasst hochspezialisierte Krankenhäuser und Universitätskliniken. In Tabelle 6 (vgl. Anhang) ist die Anzahl der primären, sekundären und tertiären Einrichtungen im privaten und öffentlichen Sektor in Mumbai dargestellt.

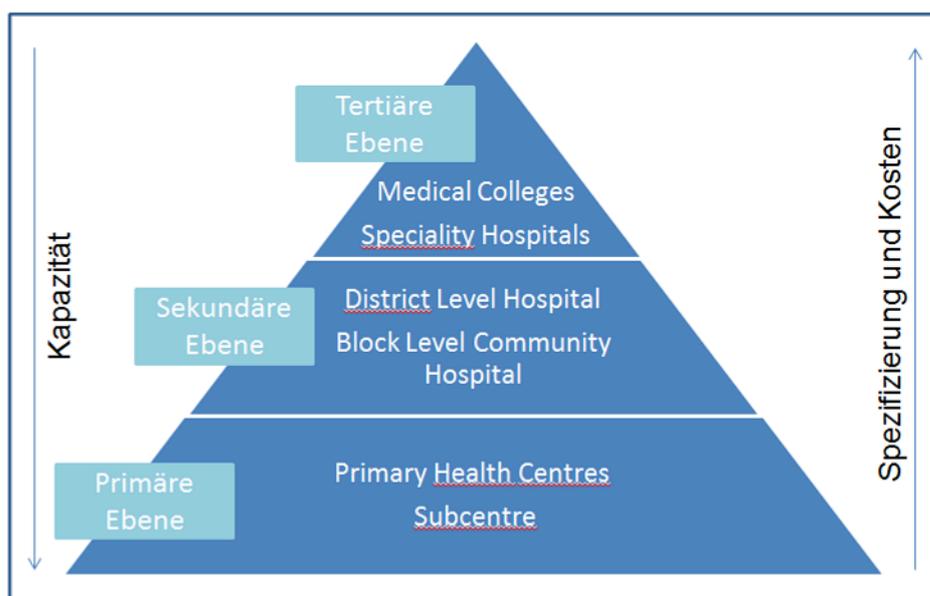


Abbildung 4: Aufbau des öffentlichen Gesundheitssystems Indiens

Quelle: eigener Entwurf

Entgegen der Normen der WHO (2010), die die Bettenrate pro Einwohner in städtischen Krankenhäusern mit 1/550 angibt, ist die Rate in Greater Mumbai im Schnitt 1/1.309 und im Staat Maharashtra 1/1.200 (MCGM 2010: 112). Diese Zahlen verdeutlichen ein starkes Unterangebot, welches den Zugang zur Gesundheitsversorgung begrenzt und den Druck auf die bestehenden Krankenhäuser erhöht. Ein Nebeneffekt ist, dass bei dieser großen Zahl an Patienten das Krankenhauspersonal überlastet und gestresst und dadurch unfreundlich erscheinen kann (vgl. MCGM 2010: 112). Insgesamt gibt es 37.419 verfügbare Betten in Mumbai, wovon 10.147 Betten (27 %) städtischen

Krankenhäusern der MCGM angehören und 27.272 Betten (73 %) durch die Regierung und den privaten Sektor gestellt werden (MCGM 2010: 122; vgl. Anhang, Tabelle 5). Während in den 1950er Jahren drei Viertel der damals 50 Krankenhäuser dem öffentlichen Sektor angehörten, sind heute die privaten Krankenhäuser zahlenmäßig um ein Vielfaches höher vertreten (vgl. MCGM 2010: 122). Private Krankenhäuser wirken jedoch selektierend, da sie für den Großteil der Bevölkerung nicht bezahlbar sind. So liegt das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen und die Anzahl an kostengünstigen Krankenhäusern weit unterhalb der Nachfrage.

Mit wachsendem Haushaltseinkommen werden häufiger private Ärzte und Krankenhäuser besucht als öffentliche Einrichtungen (vgl. MCGM 2010: 122, vgl. Anhang, Tabelle 7). Während 35,3 % der Bevölkerung mit einem monatlichen Einkommen von weniger als 5.000 Rupien im Monat ein städtisches Krankenhaus und 8,7 % ein privates Krankenhaus besuchen, sind es bei einem Einkommen von mehr als 20.000 Rupien nur 3 %, die ein städtisches Krankenhaus besuchen, während 24,3 % zu privaten Krankenhäusern gehen (vgl. MCGM 2010: 122). Die Gründe dafür sind auf der Seite der einkommensstärkeren Haushalte die Qualität (74,8 %) und die Distanz (22,6 %), während die Kosten nur eine geringe Rolle spielen (1,3 %). Anders ist es bei einkommensschwachen Haushalten. Jeweils ein Drittel der Befragten gab hier an, dass die Kosten, die Distanz und die Qualität die Gründe für ihre Wahl sind.

3.3 Programme zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Kinder

Es gibt unterschiedliche nationale Programme, die in Mumbai umgesetzt werden und anstreben, die Gesundheitsversorgung der Kinder zu verbessern. Diese Programme umfassen häufig präventive Maßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Das *Universal Immunization Program* (UIP) umfasst Impfungen gegen Polio, Pertussis, Diphtherie, Masern, Tuberkulose und Tetanus. Diese Impfkampagne wurde für ihren weitreichenden Erfolg viel gelobt. In den letzten Jahren sanken die Zahlen der Impfungen jedoch. Gegen Masern wurden 2006/2007 in Mumbai beispielsweise noch 81 % der Kinder geimpft, während es 2007/2008 nur 68 % waren (vgl. MCGM 2010: 125). Zur Behandlung von Tuberkulose wurde 1997 das sog. „Direct Observation Treatment

Short' (DOTS) durch das *Revised National Tuberculosis Control Programme* (RNTCP) eingeführt (vgl. MOHFW 2010). Der Erfolg dieses Programms in Indien ist auch in Mumbai spürbar: 2007 konnten 86,8 % Neuerkrankungen durch DOTS behandelt werden (vgl. MCGM 2010: 128).

Das *Reproductive and Child Health Program* (RCH) hat zum Ziel, Impfungen (insbesondere Polio und Hepatitis B) flächendeckend einzuführen und medizinische Versorgung vor, während und nach der Geburt auf häuslicher, kommunaler und auf Krankenhausebene sicherzustellen, um die hohe Kindersterblichkeit zu reduzieren (vgl. MCGM 2010: 108). Obwohl durch die vertikale Struktur der Programme Krankheiten wie z. B. Malaria und Windpocken in den 1960er Jahren eingedämmt werden konnten, werden die hohen Kosten und die Vernachlässigung der primären Gesundheitsversorgung kritisiert (vgl. MCGM 2010: 108).

Der *Integrated Child Development Scheme* (ICDS) wurde von der indischen Regierung schon 1975 eingeführt und hat zum Ziel, die frühe Kindheitsentwicklung durch Ernährung, Impfungen, regelmäßige Gesundheitskontrollen und vorschulische Bildung zu verbessern. Dieses umfassende Programm wird durch sog. Anganwadi Centres umgesetzt. Auf eine Bevölkerung von maximal 800 Einwohnern kommt im urbanen Raum ein Anganwadi Centre (vgl. Ministry of Women and Child Development 2010). Jedoch wurde der Erfolg bei der Umsetzung dieses Programms landesweit, insbesondere im urbanen Raum, angezweifelt, da nur 46 % der berechtigten Kinder Zugang zu diesem Programm haben (vgl. IIPS 2007). Die *Times of India* bezeichnete am 30. Juli 2010 den Anganwadi Plan in Mumbai als „Flop“. Praktische Probleme wie das Fehlen von Strom und Wasser sowie Korruption werden dafür verantwortlich gemacht. Oft mangelt es an den elementarsten Dingen, so ist beispielsweise das Essen überfällig oder es fehlt an Kerosin zum Kochen.

Trotz der umfassenden Programme auf nationaler Ebene bestehen starke Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai. Die Zugangsproblematik ist vor dem Hintergrund des hohen Bevölkerungsdrucks sowie sozialer Ungerechtigkeiten (,inequity') in der Megastadt Mumbai zu sehen.

3.4 Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen für Kinder nach offiziellen Angaben

Im urbanen Kontext haben verschiedene Umwelten Einfluss auf die Gesundheit des Kindes. FREUDENBERG et al. (2009: 68) unterscheiden zwischen dem Makrosystem (Einstellungen, die das Bewusstsein und das Handeln der Eltern prägen), dem Exosystem (Nachbarn, Medien, Freunde der Familie), dem Mesosystem (Schule, Familie, Wohnumgebung) und dem Mikrosystem (die Natur des Kindes). Diese Umwelten beeinflussen die Gesundheit des Kindes und entscheiden darüber, ob ein Kind zum Arzt gebracht wird oder nicht. Den größten Einfluss haben die Eltern sowie ihr sozioökonomischer Hintergrund. So kann z. B. die Arbeit oder der Bildungshintergrund der Eltern verhindern, dass Kinder zum Arzt gebracht werden (vgl. FREUDENBERG et al. 2009: 73).

Kinder sind besonders verwundbar, da sie schnell wachsen und sich körperlich und geistig entwickeln. Sie sind Gesundheitsrisiken auf Grund ihres Verhaltens stärker ausgesetzt und wegen ihrer unvollendeten körperlichen Entwicklung weniger resistent gegenüber Krankheiten als Erwachsene. Wenn Gesundheitsprobleme nicht erkannt und behandelt werden, kann dies die physische, kognitive und emotionale Entwicklung der Kinder beeinflussen und zu Verhaltensveränderungen führen (vgl. HUGHES & NG 2003: 158). Deshalb benötigen Kinder Zugang zu spezieller medizinischer Versorgung und zu Impfungen, um Krankheiten zu vermeiden oder zu heilen. Im Idealfall sollten sie regelmäßig zu einer Routineuntersuchung gehen (vgl. YESUDIAN 1988: 8). Es besteht auch ein öffentliches und wirtschaftliches Interesse, den Zugang zur Gesundheitsversorgung der Kinder zu verbessern, da sie die zukünftigen Entscheidungsträger der Gesellschaft sind. Die Gesundheit Teil des Humankapitals hat eine wirtschaftliche Bedeutung, da von der Gesundheit der Bevölkerung die Produktivität der Gesellschaft abhängt. Die nachhaltige Verringerung der Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Kinder ist auf nationaler und internationaler Ebene ein wichtiges politisches Ziel.

Es gibt nur unzureichend Studien über die Zugangsbarrieren zu Gesundheitseinrichtungen für Kinder sowohl in Indien, als auch speziell für Mumbai (vgl. WHO 2009: 472). Studien wie die *National Family Health Survey* (NFHS), der *Human Development Report* (HDR) oder *Youth in India* (YI) informieren über die Anzahl und die Nutzung der Gesundheitseinrichtungen in städtischen

Räumen (u. a. Mumbai). Diese Untersuchungen beinhalten jedoch kaum Informationen zu den nichträumlichen Barrieren und die Frage, weshalb diese Einrichtungen nicht aufgesucht oder nicht benutzt werden können. Quantitative Daten können Korrelationen aufzeigen, jedoch nicht Kausalitäten darstellen. Aus dem Datenmaterial lassen sich lediglich Hypothesen ableiten.

Die dritte NFHS untersuchte den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder im urbanen Raum in Korrelation mit Armut und sozialen Determinanten wie dem Geschlecht, der Kaste und der Religion der Kinder sowie dem Bildungsstatus und der finanziellen Autonomie der Mutter (vgl. IIPS 2007). AGARWAL & SRIVASTAVA (2009: 68) sehen Armut als primäre Ursache für den ungleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, während soziale Determinanten sekundären Einfluss darauf haben. Für die NFHS-3 wurde das unterste Quartil der Bevölkerung nach Einkommensstatus („poor“) mit den oberen drei Quartilen („non-poor“) verglichen. Während nur 40 % der Kinder aus armen Haushalten alle sechs Impfungen des UIP bekamen, waren es 65,4 % der nicht-armen Bevölkerung. Obwohl die Häufigkeit der Erkrankungen ähnlich ist, ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung unterschiedlich (vgl. AGARWAL & SRIVASTAVA 2009: 84). Bei Diarrhö wurden 55 % der städtischen armen Kinder unter fünf Jahren für eine Behandlung zum Arzt gebracht, während es bei nicht-armen Kindern 69 % waren (vgl. IIPS 2007). Ähnliche Unterschiede wurden zwischen Scheduled Castes (SC), der politischen Zusammenfassung der unteren Kasten, und den General Castes (den höheren Kasten) gesehen. Das Bildungsniveau der Mutter und der Umstand, ob sie arbeiten geht, ist signifikanter bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung als die Bildung und Arbeit des Vaters. Dies verdeutlicht die großen Geschlechterunterschiede in Indien sowie die wichtige Rolle der Mutter bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Kinder. Es wird angenommen, dass weniger gebildete Mütter auch weniger über die Behandlungsmöglichkeiten für Krankheiten informiert sind als Mütter mit Bildungshintergrund (vgl. AGARWAL & SRIVASTAVA 2009: 85). Wenn der Vater Lohnarbeiter („labourer“) ist, wird ein Kind seltener bei Durchfallerkrankungen behandelt, als wenn der Vater einen besser bezahlten Beruf („professional“) ausübt. Dies zeigt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch die finanziellen Möglichkeiten beeinflusst wird (vgl. AGARWAL & SRIVASTAVA 2009: 80).

Das Geschlecht der Kinder entscheidet in Indien in besonderem Maße über den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Jungen weisen eine geringere Morbiditäts- und Mortalitätsrate als Mädchen auf, da sie häufiger behandelt werden. So werden z. B. 69,7 % der Jungen und nur 62,0 % der Mädchen bei einer Durchfallerkrankung zum Arzt gebracht (vgl. AGARWAL & SRIVASTAVA 2009: 73). Diese ungleiche Behandlung ist auf den höheren ökonomischen Wert der Jungen für Familien in Indien zurückzuführen. Im Gegensatz zu Mädchen, die häufig auf Grund der offiziell verbotenen jedoch immer noch praktizierten Mitgift den finanziellen Ruin der Familie bedeuten können, werden Jungen bevorzugt und deshalb oft besser versorgt.

Diese Ausführungen zeigen, dass bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Indien intraurbane Disparitäten finanzieller wie auch sozialer Art bestehen. Obwohl nationale Programme zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der Kinder durch Impfungen etc. bestehen, scheinen diese schwer zugänglich zu sein. Somit wird das gewünschte Ziel, auch für die ärmere Bevölkerung Gesundheitsdienstleistungen anzubieten, nicht erreicht.

4. Fallbeispiel zur Gesundheitsversorgung in Mumbai

Eine Untersuchung zur Gesundheitsversorgung der Menschen in Mumbai kann nicht allein auf Zahlenmaterial gestützt werden. In Feldstudien müssen die besonderen Bedingungen des Zugangs im Zusammenhang mit Armut und sozialen Faktoren untersucht werden. Die Feldstudie hatte das Ziel, konkrete Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai zu untersuchen. Die fünf Dimensionen des Zugangs von PENCHANSKY & THOMAS (1981) eignen sich als Orientierung, um die Barrieren zwischen dem Gesundheitssystem und der Bevölkerung thematisch zu ordnen. Im Rahmen dieser Staatsexamensarbeit kann auf Grund des begrenzten Zeitraums lediglich eine „Momentaufnahme“ mit relativ wenigen Daten geliefert werden. Dennoch ergeben sich Ansätze zu weiteren Fragestellungen und Untersuchungen.

4.1 Untersuchungsmethodik

Der Feldaufenthalt in Mumbai umfasste sechs Wochen (9. Juli bis 19. August 2010). Die Befragungen bestehen aus zwei Bausteinen. Der erste Teil umfasst Experteninterviews mit Professoren, NGO-Mitarbeitern und Ärzten zu den Zugangsbarrieren in der Megastadt Mumbai. Im zweiten Teil werden die konkreten Zugangsbarrieren zweier nah beieinander liegender Schulen in Navi Mumbai miteinander verglichen. Es werden Interviews mit Eltern, Lehrern und Ärzten geführt, um aus verschiedenen Perspektiven ein Bild über die aktuelle Situation vor Ort sowie einen persönlichen Eindruck zu erhalten (vgl. Anhang 8.2).

Um einen Einblick zu gewinnen und direkten Kontakt zum Umfeld der Kinder herzustellen, war ich vier Wochen lang je zwei Vormittage pro Woche (dienstags und donnerstags) im Day Care Center des Turbhe Slums der Eternal Hope Charity Mission (DCC) und zwei Vormittage an der Avalon Heights International School (AHIS) (montags und mittwochs) als Volontärin beschäftigt. So konnte ich während dieser Zeit am Tagesablauf teilnehmen und einen Einblick in das Lebensumfeld der Kinder sowie ihr Vertrauen gewinnen. Während die AHIS ein hohes Schulgeld fordert und damit die Kinder nach den finanziellen Möglichkeiten der Eltern selektiert, werden im Turbhe Slum einkommensschwache Kinder gefördert. Diese Unterschiede spiegeln sich in der Ausstat-

tung und in der Organisation des Tagesablaufs der Schulen wider. Die Kinder sind mit sehr unterschiedlichen Kapitalien ausgestattet, weshalb unterschiedliche Grundvoraussetzungen durch den familiären und sozialen Hintergrund gegeben sind. Diese beiden Schulen bieten sich auf Grund der räumlichen Nähe (vgl. Abbildung 5) und der soziokulturellen Unterschieden für einen Vergleich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung an. Der Kontakt wurde über die vor Ort agierende NGO *World Unite!* hergestellt.

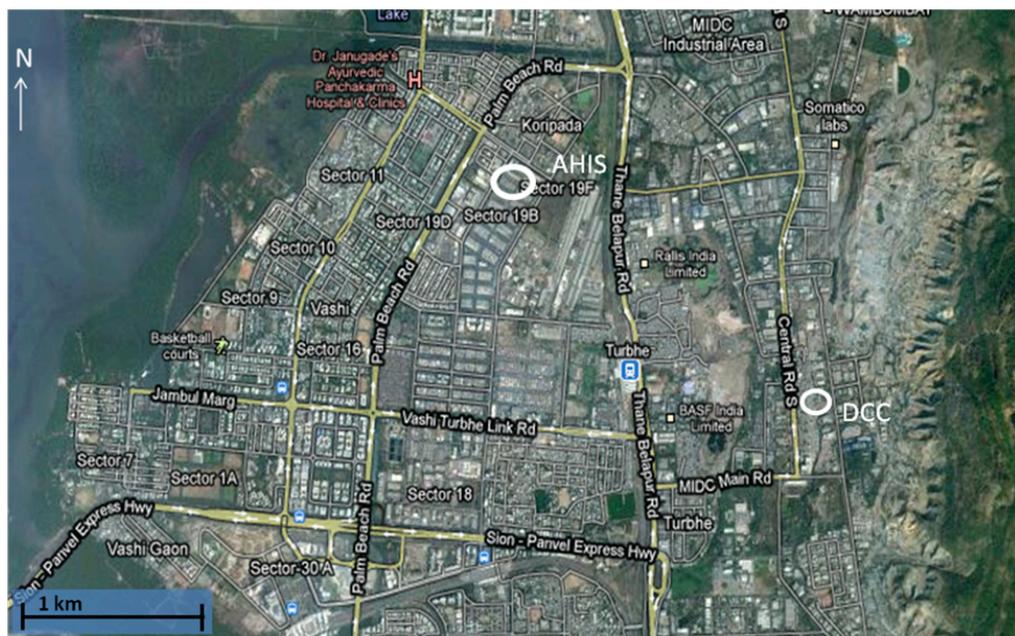


Abbildung 5: Die AHIS in Vashi und das DCC in Turbhe

Quelle: verändert nach Google Maps 2010

Das Modell von PENCHANSKY UND THOMAS (1981) ist durch die Kategorisierung nach fünf konkreten Dimensionen inhaltlich strukturiert und praktisch anwendbar. Deshalb habe ich mich entschieden, die Interviews während meines Feldaufenthalts in Mumbai thematisch den fünf Dimensionen entsprechend zu gliedern. Dazu wurde der Interviewleitfaden (vgl. Anhang 8.3 & 8.4) in Anlehnung an die Fragen zu den Dimensionen (vgl. Tabelle 2) entwickelt und angepasst.

Meiner Literaturrecherche zufolge ist die Anwendung dieses Modells in Mumbai bisher noch nicht angewandt worden. Es stellt sich die Frage, ob dieses amerikanische Modell, das von westlichen Standards ausgeht, auf eine Megastadt in einem Schwellenland mit erheblichen Entwicklungsdefiziten im

Gesundheitsbereich übertragbar ist oder ob neue Aspekte hinzugefügt werden müssen.

Anknüpfend an das theoretische Verständnis soll in der Felduntersuchung folgende Leitfrage erörtert werden: „Welche Barrieren begrenzen den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai?“ Diese Leitfrage wurde in Anlehnung an die von PENCHANSKY UND THOMAS (1981) entwickelten Dimensionen Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Finanzierbarkeit, Ausstattung und Akzeptanz untersucht. Die Leitfrage wurde mit folgenden Unterfragestellungen untersucht:

- 1) Welche Angebote der Gesundheitsversorgung gibt es und von wem? Reicht das Angebot aus, um die Nachfrage abzudecken?
- 2) Wie weit entfernt liegen die Dienstleistungen vom Wohnort der Bevölkerung? Mit welchem Transportmittel und unter welchem Zeitaufwand werden diese erreicht?
- 3) Für wen sind welche Gesundheitsdienstleistungen finanzierbar? Welche direkten und indirekten Kosten entstehen?
- 4) Wie sind die Gesundheitseinrichtungen organisiert und ausgestattet? Sind sie hygienisch?
- 5) Vertrauen die Patienten dem medizinischen Personal? Werden Patienten gut aufgenommen?

Im Rahmen der Befragung wurden 16 Leitfadeninterviews (vgl. Anhang 8.2) geführt. Die im Turbhe Slum geführten Interviews wurden von der Lehrerin des DCCs ins Englische übersetzt. Da die Lehrerin nicht fließend Englisch sprach, kam es gelegentlich zu Missverständnissen oder es gab nur kurze Antworten. Die Interviews waren dreiteilig. Zu Beginn wurden Sondierungsfragen über den Hintergrund der Person und nach der subjektiven Relevanz der Thematik für die Person gestellt (vgl. MAYRING 2002: 69). Dann wurden die im Verlauf des Interviews individuell angepassten Leitfadenfragen gestellt. Zusätzlich gab es Ad-hoc Fragen, die spontan während des Gesprächs bedeutsam schienen. Alle Befragungen wurden im Einverständnis der Beteiligten mit einem Tonbandgerät aufgenommen und teilweise mitgeschrieben. Die Inter-

views wurden wörtlich transkribiert (vgl. CD im Anhang) und mit Hilfe der Prinzipien der *Grounded Theory* (vgl. GLASER & STRAUSS 1998) durch offene, axiale und selektive Kodierungen mit der Software *Atlas TI* ausgewertet. Bei dieser Auswertung wurden die von PENCHANSKY UND THOMAS (1981) vorgeschlagenen fünf Dimensionen als Kodierungen benutzt und um weitere ergänzt. Mit den Kodierungen wurden Netzwerke und Mind Maps erstellt, an welchen sich die Darstellung der Ergebnisse und die Diskussion orientiert.

Zusätzlich wurden in dem Day Care Center in Turbhe und der Avalon Heights International School in Vashi 46 Fragebögen von Schülern² im Alter von 14 bis 16 Jahren ausgefüllt (vgl. Anhang 8.5). Erstere eignen sich nicht zu einer quantitativen Auswertung, da im Turbhe Slum eine Lehrerin individuell übersetzen musste und häufig die gleichen Antworten diktierte, ohne die Antworten der Schüler abzuwarten. Außerdem waren die Antworten häufig ungenau oder unvollständig, so dass keine Reliabilität gegeben ist. Dennoch können inhaltliche Tendenzen der Antworten abgeleitet werden. Durch den Aufenthalt im Umfeld der Kinder wurde mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung gearbeitet. Das fast tägliche Teilhaben und Erfahren der Lebensumwelt der Kinder ermöglichte fortlaufend angefertigte Feldtagebucheinträge und Beobachtungsprotokolle. Darüber hinaus wurde mit weiteren Methoden der qualitativen Sozialforschung wie Kartierungen und Fotos gearbeitet (vgl. FLICK 2007: 199). Während des gesamten Feldaufenthalts wurde im Sinne des hermeneutischen Zirkels das Vorverständnis der Thematik schrittweise an der Fragestellung nach den möglichen Zugangsbarrieren weiterentwickelt (vgl. MAYRING 2002: 30).

Erschwert wurde die Datenerhebung in Mumbai durch folgende Faktoren:

- Zurückhaltung der öffentlichen Einrichtungen und Behörden bei Auskünften,
- Sprach- und Übersetzungsschwierigkeiten,
- Organisationsschwierigkeiten (z. B. geringe Verlässlichkeit bei Terminabsprachen),
- schwere Erreichbarkeit insbesondere des Day Care Centres im Turbhe Slum,

² Für diese Arbeit wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum gewählt, zugleich ist auch immer die weibliche Darstellungsform gemeint.

- unvollständige und ungenaue Aussagen auf den Fragebögen der Kinder und
- begrenzter Zeitraum der Untersuchung.

4.2 Ergebnisse der Experteninterviews in Mumbai

Die Ergebnisse der Interviews werden nach Dimensionen geordnet wiedergegeben. Die Experteninterviews wurden mit folgenden Personen durchgeführt (vgl. Anhang 8.2):

- zwei Ärzte in Privatkliniken in Kamothe und Vashi (Navi Mumbai)
- eine Ärztin, die im öffentlichen Sektor tätig ist
- zwei Professoren des Department of Public Health and Mortality Studies am International Institute of Population Sciences (IIPS)
- zwei Professoren der School of Health Systems Studies des Tata Institute of Social Sciences (TISS)
- dem Direktor einer Nicht-Regierungsorganisation (NGO)
- eine Mitarbeiterin der christlichen Hilfsorganisation Operation Mobilization India (OM)
- ein Privatunternehmer der medizinischen Firma Biopure, der einen Micro Health Plan entwickelt hat

4.2.1 Verfügbarkeit

Im Gegensatz zu den ländlichen Gebieten Indiens wird die Verfügbarkeit von medizinischen Einrichtungen in Mumbai von den Ärzten und den Professoren als ausreichend bewertet. „Oh, there are many doctors, 1000s of doctors! If it can't be treated by a private doctor, there is a municipal hospital or any practitioners they can go to.” (Arzt in Vashi). Es wurde von allen Experten einstimmig ausgesagt, dass es flächendeckend Ärzte gibt. Jedoch wurde auch angemerkt, dass es für die ärmeren Teile der Bevölkerung nicht genügend qualifizierte Ärzte gibt, sondern hauptsächlich illegale, die keine Ausbildung haben. Die Diskrepanz zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor wurde immer wieder betont. Die Qualität der vorhandenen Ärzte wird wegen der hohen Abwanderung in Frage gestellt, da viele junge und gut ausgebildete

Ärzte ins Ausland gehen, um dort mehr Geld zu verdienen. Im Gegensatz zu einer Vielzahl an Ärzten betont ein Professor (TISS) die nicht ausreichende Anzahl an Krankenschwestern. Die Umsetzung der durch die Regierung finanzierten Programme in Mumbai, wie z. B. ICDS, werden kritisch gesehen, da sie – entgegen ihres Ziels – in Mumbai nicht für die breite Bevölkerung verfügbar sind. Die Verfügbarkeit von Impfprogrammen durch die Regierung an sich wird jedoch als sehr positiv bewertet. Es werden andere Gründe genannt, weshalb diese nicht aufgesucht werden.

„Immunisation is the best, it is done very systematically. So we ask women why not taking immunisations. So it's free of costs, why? Because it's far away, timing of vaccination is not available, vaccine is absent, we don't know where to get it. Most of them tell us they are not aware of it. Others are worried about side effects or think it is not necessary. So many reasons.”

(Professor, IIPS)

4.2.2 Zugänglichkeit

Ebenso wie bei der Verfügbarkeit wird der Vergleich zu ländlichen Gebieten herangezogen und die bessere Zugänglichkeit im urbanen Raum gegenüber dem ländlichen betont. Dennoch werden insbesondere Transportkosten für Rikscha oder Bus sowie der durch den zeitlichen Aufwand verlorene Lohn als Barriere für die Slumbevölkerung genannt:

„The reason is that most of all coming there means for them losing wage, they have children suffering, they have to come from office and school and housework needs to be done. Huge number of problems. Also coming to a place where we give them medicine, they need to travel. So why should they come? It's all about economy. You need to give them money for it as an incentive.”

(Professor, TISS)

So besteht eine enge Vernetzung zwischen Zugänglichkeit, Zeit und Finanzierbarkeit. Patienten mit niedrigerem sozioökonomischem Hintergrund würden demnach ärztliche Hilfe in ihrer unmittelbaren Umgebung suchen, um Zeit und Kosten für den Transport oder den entgangenen Lohn zu sparen. Ärzte ohne Zertifikat werden zu Rate gezogen, da sie räumlich leichter zu erreichen und mit dem Lebensumfeld der Patienten besser vertraut sind. Alternativ wird Medizin direkt bei Apotheken ohne Rezept und ohne Rücksprache mit einem Arzt gekauft. Dies wiederum gefährdet die korrekte Einnahme des Medikaments. Durch nicht kontinuierliche Einnahme von Antibiotika können Resis-

tenzen entstehen. Ebenso können Nebenwirkungen ungewollt auftreten. Zudem kann sich während einer Verbesserung der Symptome der Krankheitszustand unbemerkt verschlechtern, während sich im Bewusstsein des Patienten die Sicherheit verbreitet, man würde ein wirksames Medikament einnehmen.

Außerdem stellt es insbesondere für die Slumbevölkerung eine gewisse Barriere dar, sich in einem unbekanntem Umfeld zu orientieren: „So if the hospital is a little farther away, it is a risk, you are not sure where to go“ (Professor, IIPS). Ein Grund, in der Stadt die Orientierung zu verlieren, ist der weit verbreitete Analphabetismus. Dies stellt insbesondere für den Besuch sekundärer und tertiärer Gesundheitseinrichtungen, die über eine weitere Distanz erreicht werden müssen, ein Problem dar. Beschilderungen können nicht gelesen werden, sodass die Patienten auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Als Schlüssel für eine verbesserte Zugänglichkeit zu Gesundheitseinrichtungen für Kinder werden Mütter gesehen. Sie müssen darüber aufgeklärt werden, wann, wie und wohin ein Kind zum Arzt gebracht werden muss. So haben die Mütter eine Multiplikatorfunktion für die Familie.

„When women are there, it's the best way to do it. Through them, you can reach children. They will bring their children. So they will bring the change through children. Any information will go through the mothers, they learn about hygiene and education.“

(Professor, TISS)

Die christliche Hilfsorganisation Operation Mobilisation hat es sich zur Aufgabe gemacht, Müttern zu zeigen, wie sie ihre Kinder schützen können und wie sie zu einem Krankenhaus gelangen. Dies stärkt das Bewusstsein der Mütter, den Gesundheitszustand ihrer Kinder aufmerksam zu verfolgen und im Falle einer Erkrankung das Kind frühzeitig zum Arzt zu bringen. Auch wenn es schwierig ist, viele Mütter zu erreichen, kann man sich zu einem gewissen Grad auf die Mundpropaganda verlassen.

„We go in the slums and teach women, while we watch their children, how to keep mosquitos away from the house, how to boil water and have clean food. We show them what to do at home when children are sick and also when to go to the hospital, and why. They don't know that. (...) We tell one woman, she tells the others.“

(Krankenschwester, OM India)

4.2.3 Finanzierbarkeit

Die Kosten für Gesundheitsdienstleistungen werden am häufigsten als erster Grund genannt, weshalb medizinische Versorgung nicht für alle gleich zugänglich ist. Obwohl der Zugang zu primären Gesundheitszentren der Regierung bis auf die Anschaffung einer Akte für fünf Rupien kostenlos ist, entstehen viele weitere Kosten. Nur wenige grundlegende Medikamente wie schmerz- und fiebersenkende Mittel werden kostenlos verabreicht, so dass häufig weitere Medikamente in Apotheken selbst besorgt werden müssen. Diese können jedoch gerade von Slumbewohnern meist nicht finanziert werden. Aus Mangel an finanziellen Möglichkeiten der primären Gesundheitszentren werden oft nur Schmerzmittel gegeben, die jedoch lediglich kurzfristig helfen.

„You give five rupees for a form, but for medicine, you have to pay directly. So if people don't have money, they cannot afford anything. Government says so, but no, they cannot pay, they don't get access. If they go, they get consultation, but no medicine for free.”

(Direktor einer NGO)

Diagnostische Maßnahmen wie Röntgenbilder und Blutuntersuchungen sowie Überweisungen zu anderen Ärzten kosten so viel, dass sich insbesondere Slumbewohner aus Kostengründen eher auf illegale Ärzte in ihrer Umgebung verlassen oder direkt bei der Apotheke einkaufen, anstatt erst den Umweg auf sich zu nehmen, einen Arzt aufzusuchen und die Transportkosten auf sich zu nehmen. Auf Grund des Wissens um die Kosten kann die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen vermieden werden. Stattdessen verlässt man sich auf die eigenen Mittel oder den Rat anderer.

„So they have to spend here and there money, where else they get direct treatments for 20 rupees. So diagnostic tests are a barrier, if they have to spend 150 or 200 rupees. In the slum you get tablets for 10 or 20 rupees. So why would you spend more and travel farther if you get it in your own community?”

(Professor, IIPS)

Wie bei der Zugänglichkeit (vgl. Kapitel 4.2.2), muss auch der Verlust des Lohnes auf Grund des Zeitaufkommens durch den Transport und Wartezeiten miteinbezogen werden („Opportunitätskosten“). So setzen sich die Kosten für eine medizinische Behandlung in primären Gesundheitszentren trotz kostenfreier Behandlung aus verschiedenen Faktoren zusammen (vgl. Abbildung 6).

Direkte Kosten für primäre Gesundheitsdienstleistungen kommen für die Diagnostik, die Medikation, den Transport sowie die einmalige Registrierung auf. Indirekte Kosten entstehen durch Opportunitätskosten (der Verlust des Lohnes) oder durch Korruption.

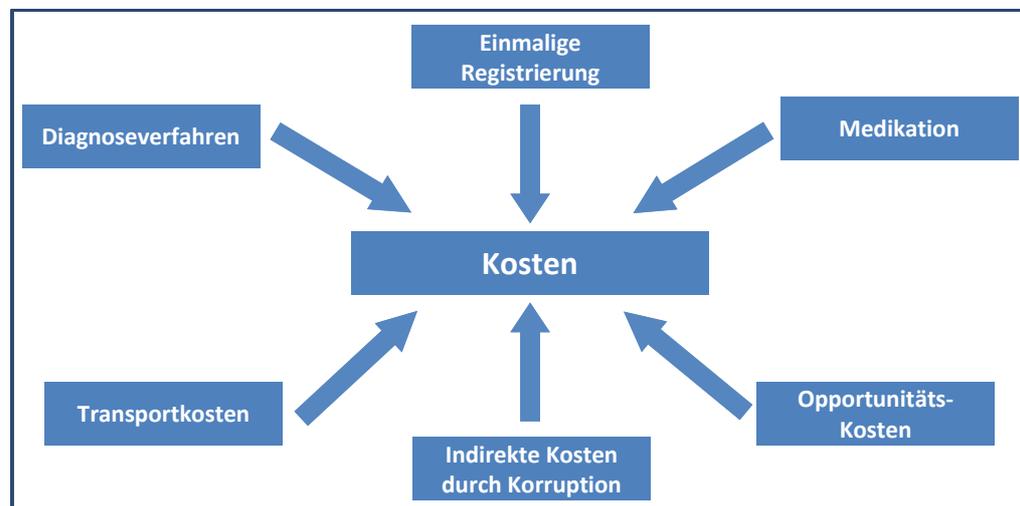


Abbildung 6: Kostenaufkommen der primären Gesundheitsversorgung

Quelle: eigener Entwurf

Neben Hilfsorganisationen und Angeboten des öffentlichen Sektors gibt es auch private Krankenhäuser und Ärzte, die ihre Dienste kostenlos für Menschen anbieten, welche diese nicht zahlen können und trotzdem in die Praxis kommen: „I don’t take money from (poor) people at all. It’s just me, but I don’t take money. (...) There is no specific scheme, I just don’t ask people to pay.” (Arzt in Vashi). Ebenso ist den behandelnden Ärzten bewusst, dass sie nicht unbedacht Diagnoseverfahren und Überweisungen durchführen können:

„I have to think twice or thrice, before telling them to take a blood test, because if they can’t afford it, I have to pay for it. But if they need it, we have to do it. We also have once or twice to think if sending them to a specialist.”

(Arzt in Vashi)

Indirekte Kosten entstehen u. a. durch Korruption. So fließt Geld oft in private Hände, anstatt Einrichtungen zuzukommen. Korruption wird auch als Ursache für die mangelnde Qualität und Ausstattung der Government Hospitals sowie die großen sozioökonomischen Disparitäten insbesondere der urbanen Gesellschaft gesehen:

„In India, we have a parallel economy. It's not about black money, but how they bring money away from the source. It has been taken out of the system. This is the reason why things are not in shape. It is all from the policy and its implementers, a one sided issue.”

(Professor, TISS)

In fast allen Experteninterviews kam das Thema Korruption auf, ohne dass danach gefragt wurde. So wurde Korruption beispielsweise als Ursache genannt, weshalb der erwartete Erfolg des ICDS ausblieb. Korruption beeinflusst z. B. das System der gelben Karten, die es illegalen Slumbewohnern ermöglichen, Nahrungsrationen und medizinische Hilfe kostenlos zu erhalten. So scheitert die Regierung an der Umsetzung ihrer Richtlinien:

„ICDS is not so successful, because of corruption, but government still spends lots of money for hospitals. They also have their limits in what they spend.”

(Professor, TISS)

„So government gives these cards due to social economic status. Those who don't pay tax will get those cards. But even there is lots of corruption.”

(Arzt, Kamothé)

Ärzte im öffentlichen Sektor arbeiten nebenbei auch privat, um ihr Einkommen zu verbessern. Deshalb schränken sie häufig die Öffnungszeiten ein, was unbemerkt bleibt, da keine Kontrolle durchgeführt wird. Ärzte verlangen häufig zusätzliche Bezahlung für spezielle Dienste oder bieten wohlhabenderen Patienten an, in ihre Privatpraxis, die häufig neben der Arbeit im Government Hospital geführt wird, zu kommen. So deutete ein Arzt in Kamothé an, wie sehr das private Krankenhaus, in welchem er arbeitet, von Korruption geprägt ist. Dieser Umstand belastet ihn in solchem Maß, dass er für sich persönlich die Konsequenz zieht, seine Arbeit als Arzt zu beenden:

„There are many more things I cannot tell as I'm working in a hospital. Many hidden things. I will not continue with the business here. I'm looking forward to settle in human resouces. I don't want to be a doctor anymore. Even if you are in front of patients, they ask you, why, take money and do this for me. So these questions. It is all about corruption.“

(Arzt in Kamothé)

Doch Korruption ist nicht nur im öffentlichen und privaten Sektor zu finden, sondern auch bei Hilfsorganisationen und Missionen. Dies wurde von mir

selbst beobachtet und von einer Krankenschwester, die mit vielen Missionen zusammen gearbeitet hat, bestätigt: “He is a pater, he has a mission, but where does the money go? Not to the people!” (Krankenschwester, OM India).

4.2.4 Ausstattung

Bezüglich der Zugangsbarriere der Ausstattung öffentlicher Einrichtungen wurden begrenzte Öffnungszeiten und fehlende sowie nicht funktionierende Einrichtung genannt. Die unzureichenden Öffnungszeiten überschneiden sich oft mit den Arbeitszeiten der Eltern. So muss häufig auf den Tageslohn verzichtet werden, wenn Kinder zum Arzt gebracht werden müssen: „Most government hospitals work 10 to 2, no doctor will be there at 5 o'clock“ (Professor, IIPS). Darüber hinaus können private Ärzte ihre Öffnungszeiten nach eigenen Interessen setzen (z. B. „according to my family“ Arzt in Vashi) und Ärzte im öffentlichen Sektor behandeln häufig auch noch privat. Es gibt keine ausreichende Kontrolle der Umsetzung der Richtlinien für primäre Gesundheitszentren.

„Poor people have to go to (...) facilities, where you hardly find doctors during the office hour, they won't get medicine. There is no one to monitor.”

(Professor, IIPS)

Während der Monsunzeit ist der Andrang auf Gesundheitseinrichtungen besonders hoch. In dem Jahr 2010 gab es besonders viele Malariaerkrankungen im Vergleich zu den Vorjahren (vgl. MCGM 2010). Besonders Kinder erkranken schnell an Malaria, Typhus, Denguefieber oder an den Atemwegen und müssen dann häufiger zum Arzt als in der Trockenzeit. So ist die Überfüllung der Gesundheitseinrichtungen saisonalen Schwankungen unterworfen. Zeitungsartikel der Times of India berichten in der Monsunzeit regelmäßig von überfüllten Krankenhäusern („Hospitals overrun by monsoon ailments“, 28. Juli 2010 vgl. Anhang, Abbildung 27). So waren 25 % der öffentlichen Krankenhausbetten Mitte Juli von Malariapatienten belegt („Malaria cases swamp hospitals“, Times of India, 17. Juli 2010, vgl. Anhang, Abbildung 28). Nur schwere Fälle werden aufgenommen und viele müssen mit verlängerten Wartezeiten rechnen („Hospitals admitting only serious patients“, 05.08. 2010, vgl. Anhang, Abbildung 29). Es wird jeder zur Verfügung stehende Raum

genutzt, so dass Wartezimmer oftmals zu Patientenzimmern umfunktioniert werden müssen („Malaria cases swamp hospitals“ 17.07.2010, vgl. Anhang, Abbildung 28).

Eine Diskrepanz zwischen offiziell festgelegten Richtlinien sowie der praktischen Umsetzung wird nicht nur bezüglich der Öffnungszeiten, sondern auch bezüglich der Einrichtung der primären Gesundheitszentren genannt: “if you see PHCs³, what is written and what is done, several years back, it’s not taking a good shape.” (Professor, TISS). Richtlinien können nicht eingehalten werden, da die Infrastruktur und die Ausstattung nicht angemessen funktionieren. So werden die mangelnde Funktionalität von medizinischen Geräten sowie fehlende sanitäre Anlagen und die unzureichende Elektrizitäts- und Wasserversorgung in primären Gesundheitszentren genannt. Es fehlt also an grundlegenden Mitteln, so dass auch die notwendigen hygienischen Standards nicht eingehalten werden können. Aktionen wie „Cleanliness drives“ (Times of India, 16.08.2010, vgl. Anhang, Abbildung 32) zeigen, wie Ärzte und Studierende gemeinsam Krankenhäuser putzen. Solche vorbildlichen Aktionen symbolisieren den Willen auch des medizinischen Personals, die Hygiene in Krankenhäusern zu verbessern. Der einwandfreie Ablauf wird durch nicht funktionierende oder nicht vorhandene Einrichtungen gestört. “Government facilities have that equipment, but oftentimes it won’t work. They will ask you to lie on the floor.” (Professor, IIPS). Dies kann auch aus eigenen Beobachtungen bestätigt werden. Zusätzlich zur Behandlung muss das medizinische Personal improvisieren und sich um Ersatzmaterial bemühen. Besonders dann, wenn Krankenhäuser überfüllt sind, müssen Patienten in langen Schlangen vor der Tür warten. Neben der Korruption wird im Gesundheitssystem die mangelhafte Organisation als Barriere gesehen:

„There is a great amount of problem related to management and administration of health care services. Doctors won’t be there on time, electricity is absent most of the time. So 80 % of the health care setting on community level is not really satisfying.”

(Professor, TISS)

³ PHC= Primary Health Care Centre (primäres Gesundheitszentrum)

Dies ist der Grund, warum selbst Menschen, die außer günstigen Government Hospitals keine andere Möglichkeit haben, diese meiden: „People are ashamed of public hospitals“ (Arzt in Kamothé).

4.2.5 Akzeptanz

Im Gegensatz zu den auf mich oft abschreckend wirkenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wird den befragten Experten entsprechend den Ärzten vertraut, da gerade die Bevölkerung in Slums keine Alternativen auf Grund mangelnder finanzieller Möglichkeiten hat: “Well, as they have no option, they have to trust. They are paying much of money, so it is worth for them to trust.” (Professor, TISS). Dies steht auch in Zusammenhang mit unzureichender Bildung, denn sachliche Kritik an der medizinischen Vorgehensweise lässt sich nur begrenzt mit mangelndem Wissen äußern. Naheliegender ist es, die Medizin oder die Behandlungen ablehnen, weil das ganze System für sie fremd ist oder sie sich vor Nebenwirkungen wie z. B. Unfruchtbarkeit fürchten: “They have polio drives. Sometimes people believe to get infertile through that, so people need to get educated about that.” (Professor, TISS). Doch wenn sich die Symptome verschlimmern, erscheinen sie erneut beim Arzt oder nehmen die Medizin.

„They will trust. They might naturally doubt if they don't like one. They first naturally doubt medicine and wait a day longer, but if it gets worse they will come again and ask and trust the doctor. There is this trust in doctor, whatever we say, they do it. Maybe they wait 2 days, but then they come back and want to take antibiotics. Lower class people will wait 2 days, whereas higher class people know more, they have internet and check online what they could do.”

(Arzt in Vashi)

Um dieser allgemeinen Skepsis entgegen zu treten, wird Aufklärungsarbeit über präventive Maßnahmen, wie z. B. Impfungen, gefordert. Gerade Themen wie Hygiene können aus kulturellen Gründen unangenehm oder schwer vermittelbar sein.

„If you go to slum areas and you tell them, there are 20 % who will listen. 80 % won't listen. But those 20 % will follow, and try to be clean. The lack of guidance is important. There is no commitment. If you go to the slum, you need to go again. You need to understand what their life is about to work efficiently.”

(Krankenschwester, OM India)

Jedoch ist der Aufbau von Wissen und Vertrauen eine wichtige Grundlage die Barriere der Akzeptanz seitens der Bevölkerung zu überbrücken. Wenn die Bevölkerung über Gefahren und Möglichkeiten des eigenen Schutzes informiert ist und das medizinische Personal kennt, wird die Implementierung von Programmen und Behandlungen einfacher sein. Aber auch seitens der Dienstleistenden wird das Wissen über die Lebensumwelt der Patienten und ihren kulturellen Hintergrund helfen, angemessen zu behandeln:

„So location is important. (...) Whatever their culture, their wearings, their language, they will follow them. They will not put a great issue on it; people are looking at you as if you were strange. So they prefer their own people.”

(Arzt in Kamothé)

In dem Zeitungsartikel der Times of India vom 6. August 2010 „Woman in labour is not medical emergency“ (vgl. Anhang, Abbildung 30) wurde berichtet, dass eine Frau ihr Kind bei der Geburt auf der Straße verloren hat, weil ihr der Zugang zu zwei Privatkliniken während der Wehen verweigert wurde. Dies zeigt, dass selbst in medizinischen Notfällen Patienten ohne finanzielle Absicherung die Aufnahme vom Krankenhauspersonal verwehrt wird. Auch ein Pastor und Direktor einer NGO in Panvel, Navi Mumbai, berichtet aus eigener Erfahrung, dass Patienten die Behandlung selbst in Government Hospitals verweigert wird:

„They will not be admitted to the hospital unless they see fresh flesh. They will be refused if wounds are not clean. Unless we clean them, wash them, take off worms of wounds, they won't be admitted. So we face lots of problems with hospitals. (...) So if they are not in a presentable manner, they won't accept them in hospitals. There are too many anyways. (...) So we function between the people and government hospitals. It's necessary to do so, otherwise people die on the street.”

(Direktor einer NGO)

Da in Government Hospitals nur frische Wunden behandelt werden, können Patienten mit von Würmern zerfressenden Wunden nur gerettet werden, wenn Hilfsorganisationen wie SEAL sie von den Straßen in ihren Aschram holen und ihre Wunden säubern. So sind Hilfsorganisationen häufig die erste Aufnahmes-tation und vermitteln die Patienten dann weiter zu den Government Hospitals. Dies bestätigte auch die Krankenschwester, die schon in vielen Slums in

Mumbai, unter anderem in Dharavi und Turbhe, gearbeitet hat, sowie ein Arzt in Kamothé, der in öffentlichen und privaten Einrichtungen arbeitet:

„So if the child gets malaria, they bring their child to the hospital, but you know how they treat them there. You will cry, your tears will come when you see, how they treat the patients. Patients come, with pain, dying, but the staff will sit there and do nothing. (...) Maybe if a relative comes and shouts at them, they might move. (...) You know worms are a problem. There is no one who wants to clean the wounds. So they can call Christian nuns, they will do it for free.”

(Krankenschwester, OM India)

„Doctors are not in the mood to treat patients. Most of the time, because lack of time or too many patients, they don't get proper treatment under pressure.”

(Arzt in Kamothé)

Die Government Hospitals sind so überfüllt, dass nicht allen Patienten geholfen werden kann, wodurch eine gewisse Selektion darüber stattfindet, wer behandelt wird und wer nicht. Dies findet nicht nur auf finanzieller Ebene statt, sondern auch durch persönliche Auswahl, z. B. nach Vorlieben der Arbeiter. So wird beispielsweise Menschen mit offenen, von Würmern zerfressenden Wunden oftmals die Behandlung aus Ekel verweigert. Die Aussagen von dem Direktor einer NGO und der Krankenschwester von OM India deuten an, dass man sich stattdessen auf die Arbeit der Missionen und Nichtregierungsorganisationen verlässt. So wird die Verantwortung vom öffentlichen Sektor abgeschoben. Den Patienten, die jedoch häufig nur durch einen glücklichen Zufall zu Hilfsorganisationen gelangen, wird somit der Zugang vor Ort, also schon nach dem ersten Kontakt zum Gesundheitssystem, verweigert und damit womöglich ihr Leben riskiert. Diese Verweigerung der Behandlung macht deutlich, dass die Überlastung der Government Hospitals sowie die Selektion nach eigenem Ermessen und die finanzielle Selektion der privaten Krankenhäuser durchaus eine Barriere für die Bevölkerung mit einem sozioökonomisch schwächeren Hintergrund darstellen.

4.3 Vergleich der Zugangsbarrieren des Day Care Centres in Turbhe und der Avalon Heights International School in Vashi

Navi Mumbai liegt östlich der Halbinsel Greater Mumbai auf dem Festland. Navi Mumbai wurde 1971 von der *City and Industrial Development Corpora-*

tion of Maharashtra (CIDCO) geplant und gebaut, um die überbevölkerte und umweltbelastete Megastadt Mumbai zu entlasten (vgl. Anhang 8.8). Navi Mumbai umfasst eine Fläche von 344 km² und hat 1,81 Millionen Einwohner (vgl. CIDCO 2008: 7), welche zu 50 % in den geplanten Townships leben, zu 30 % in umliegenden Dörfern und zu 20 % in Slums (vgl. YESUDIAN 1995:8). Seit der Entstehung Navi Mumbais hat sich die Bevölkerung dort in jedem Jahrzehnt verdoppelt (vgl. YESUDIAN 1995: 8). Deshalb ist anzunehmen, dass ehemalige Dörfer nicht mehr existieren, sondern zu großen Agglomerationen zusammengewachsen sind.

Bis 1992 wurden die öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen durch die Landesregierung des Thane Districts (im Norden Navi Mumbais) angeboten. Nach der Etablierung der *Navi Mumbai Municipal Corporation* (NMMC) 1992 wurde jeder Bezirk (Ward) mit einem Gesundheitszentrum unter dem India Population Project – V (IPP-V) ausgestattet, welches durch die Weltbank gesponsert wird (vgl. YESUDIUAN 1995: 8). Der Großteil der Gesundheitsdienstleistungen in Navi Mumbai besteht aus privaten Krankenhäusern und Ärzten (123 private Krankenhäuser gegenüber fünf städtischen, vgl. CIDCO 2008: 4). Im Vergleich zu Greater Mumbai gibt es nur wenige NGOs, die in den Slums arbeiten.

4.3.1 Das Day Care Centre in einem Slum in Turbhe

Navi Mumbai ist in neun Bezirke unterteilt. Turbhe ist dabei der Bezirk mit der einkommensschwächsten Bevölkerung (vgl. YESUDIAN 1995: 8). In Turbhe befinden sich die meisten der großen Slums in Navi Mumbai. Durch die Ansiedlung des Großhandels in Turbhe entwickelte sich der informelle Sektor, der zur Ausdehnung von Slums führt. Es befinden sich große Chemieindustrien in Turbhe, weshalb die Umwelt dort in hohem Maße verschmutzt ist. Die häufigsten Krankheiten sind daher Atemwegserkrankungen und Malaria (vgl. YESUDIAN 1995: 8).

Der Slum liegt entlang der Central Road South, die 700 m östlich parallel zur Thane–Belapur-Road verläuft (vgl. Anhang, Abbildung 13). Dies ist die Hauptverkehrsstraße für Lastkraftwagen, welche Rohstoffe und Güter zu den Industrien im Thane-Balapur-Gürtel bringen. Der Slum, ehemals auf dem

Areal der *Maharashtra Industrial Development Corporation* gelegen, wurde legalisiert und umfasst eine Fläche von 100 x 750 m² mit ca. 750 Wohneinheiten, in denen Familien mit mehreren Kindern und Generationen zusammen wohnen, im Schnitt fünf Personen (vgl. MAHADEVIA & NARAYANAN 1999: 4). Jedes Haus hat einen eigenen Wasseranschluss und Elektrizität, jedoch kommt es täglich zu Stromausfällen und Wasserversorgung gibt es nur für einige Stunden am Tag.

Im Zentrum des Slums liegt das Day Care Centre (DCC) der NGO *Eternal Hope Charity Mission* (vgl. Anhang, Abbildung 15). Es wird von Pater Joshua geleitet und betreut 60 Kinder im Alter von 3-6 und 10-15 Jahren, die täglich vormittags und nachmittags in zwei Schichten kommen und unterrichtet werden. Die Institution ist verhältnismäßig schlecht koordiniert. Mittags sollte es z. B. täglich eine Mahlzeit geben, jedoch fällt diese häufig aus verschiedenen Gründen aus (Köchin erkrankt, kein Kerosin oder kein Reis mehr vorhanden). Das Bewusstsein über Hygiene und Gesundheit ist gering, denn es wird beispielsweise mit verschimmeltem Curry gekocht. Drei Mal im Jahr findet ein Health Camp für Eltern und Kinder statt, in welchem Grundlagen wie das Händewaschen oder das Abkochen von Wasser zur Hygiene und zur Vermeidung von Krankheiten vermittelt werden.

Interviews wurden mit den drei Müttern Bumika, Soman und Nandita⁴ und der Lehrerin Lata geführt. Zusätzlich wurden 23 Fragebögen von 14- und 15jährigen Jungen ausgefüllt. Diese konnten jedoch nicht für die Auswertung genutzt werden, da die Lehrerin, die als Übersetzerin fungierte, häufig Antworten diktierte.

4.3.2 Die Avalon Heights International School in Vashi

Die Avalon Heights International School (AHIS) ist eine Privatschule, die Cambridge International Examinations durchführt und dementsprechend der University of Cambridge in England angegliedert ist. Sie befindet sich in Sektor 19b in Vashi (134.444 Einwohner) und liegt damit am Rand eines gehobenen Wohnviertels (vgl. Anhang, Abbildung 14). Das Einzugsgebiet der ca. 500 Schüler der AHIS umfasst die wohlhabenderen Sektoren in Vashi, wie

⁴ Die Namen aller Befragten in Turbhe und Vashi wurden geändert.

z. B. die Sektoren 12, 28 und 29. Es muss ein hohes Schulgeld entrichtet werden. Die meisten Eltern der Schüler haben vermutlich einen akademischen Hintergrund.

Es wurden Interviews mit einer Mutter, Vaishnavi, einer Lehrerin und zugleich Mutter, Sharmila, und der Schulkrankenschwester geführt. Zudem wurden 23 Fragebögen von Schülerinnen und Schülern im Alter von 14 bis 16 Jahren ausgefüllt (vgl. Anhang 8.5).

4.3.3 Vergleich der Zugangsbarrieren in Turbhe und Vashi

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews in Turbhe und Vashi nach den fünf Dimensionen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung geordnet dargestellt. Die ersten beiden räumlichen Dimensionen werden zusammengefasst, da nur die Verfügbarkeit der wenigen Einrichtungen in direkter Nähe der Schulen untersucht wurde.

Verfügbarkeit und Zugänglichkeit

Im Krankheitsfall können die Kinder des DCCs von ihren Müttern in das Government Hospital gebracht werden, da es nur ca. 150 m von dem Klassenzimmer entfernt liegt und damit schnell zu Fuß erreichbar ist (vgl. Anhang, Abbildung 13). Es muss kein Transportmittel wie eine Rikscha oder ein Bus genutzt werden. Dort sind zwei Ärztinnen und vier Krankenschwestern beschäftigt, die die Patienten untersuchen, impfen und mit grundlegenden Medikamenten versorgen. Es gibt im Slum zusätzlich einige Apotheken und einen Arzt ohne Zertifikat („illegal doctor“), diese werden allerdings von den befragten Müttern nicht in Anspruch genommen. Laut der Lehrerin Lata⁵ bringen viele Mütter ihre Kinder auch zu Ärzten außerhalb des Slums anstatt zum Government Hospital, sofern ihre Ehemänner ein festes Einkommen haben.

Im Falle einer Überweisung vom Government Hospital z. B. zum Augen- oder Zahnarzt oder ins Krankenhaus müssen die Kinder zu der 5 km entfernten First Referral Unit der NMMC in Vashi gebracht werden. Von der Nutzung sekundärer und tertiärer Gesundheitseinrichtungen wird unterschiedlich Gebrauch gemacht. Eine Mutter hat eine Versicherung über ihren Mann, der als Stein-

⁵ Es wurden alle Namen der Befragten in Turbhe und Vashi geändert.

metz arbeitet, und bringt ihr (blindes) Baby mit der Rikscha zu einem Augenarzt in Vashi, während zwei andere Mütter ohne Versicherung mit ihren Kindern nicht zu einem anderen Arzt gehen, auch wenn die Behandlung im Government Hospital nicht ausreichen würde. Die Begründung hierfür ist, dass die Preise zu hoch sind. Damit sind Verfügbarkeit und (räumliche) Zugänglichkeit offensichtlich keine Barrieren zur primären Gesundheitsversorgung. Im Falle eines Besuchs in sekundären und tertiären Einrichtungen bestehen diese Barrieren jedoch.

Einer Beobachtung im Turbhe Slum zu Folge sind insbesondere Mütter mit vielen Kindern zeitlich sehr eingeschränkt. So krümmte sich ein Junge unter starken Bauchschmerzen den ganzen Vormittag im DCC. Ich erkundigte mich, weshalb der Junge von seiner Mutter nicht zur Ärztin ins nahe gelegene Government Hospital gebracht wird. Daraufhin erhielt ich die Antwort, die Mutter sei zu beschäftigt mit ihren sieben Kindern, um eins von ihnen ins Krankenhaus zu bringen. Dies macht deutlich, dass es den Müttern trotz der räumlichen Nähe des Krankenhauses häufig aus zeitlichen Gründen nur schwer möglich ist, ein Kind dorthin zu bringen. Außerdem wird oft die Notwendigkeit eines Arztbesuches nicht erkannt und stattdessen abgewartet. Die Wahrnehmung und das Wissen über Krankheiten und deren Folgen spielen eine wichtige Rolle, die für die Entscheidung, einen Arzt zu konsultieren, maßgeblich sind. Obwohl das Government Hospital räumlich leicht erreichbar ist, liegt die Vermutung nahe, dass nur in schweren Fällen der Arzt konsultiert wird und die Leidensgrenze der Kinder sehr hoch sein muss, bevor ihnen der Zugang zum Arzt ermöglicht wird.

Im Gegensatz zu den Befragten in Turbhe besuchen fast keine Kinder der AHIS öffentliche Gesundheitseinrichtungen. Eine Mutter jedoch meinte, dass sie bei Unfällen zu einem Government Hospital gehe, da die Ärzte dort erfahrener wären. Von 23 befragten Kindern haben 16 einen privaten Hausarzt, der sie meist schon seit der Geburt begleitet (vgl. Anhang 8.6). Dieser ist bei mehr als der Hälfte der Schüler innerhalb von zehn Minuten zu erreichen. Weitere Entfernungen sind durch einen Umzug oder durch einen besonderen Bezug zum Arzt zu begründen (Familienfreund, besonderes Renommee des Arztes).

Anders als im Turbhe Slum werden die Kinder seltener zu Fuß oder mit dem Bus zum Arzt gebracht. Mehr als drei Viertel werden von ihren Eltern mit dem Auto gefahren, ein Schüler benutzt den Bus, zwei die Autorikscha und drei Schüler haben einen Arzt in der Nachbarschaft, so dass er ohne Transportmittel erreicht werden kann (vgl. Anhang 8.6).

Bei besonderen Erkrankungen und Leiden werden die Kinder von ihren Eltern zu einem Spezialisten gebracht (z. B. in das 16 km entfernte Chembur). Die Zugänglichkeit im Sinne der Distanz ist keine Barriere, da die durch die Entfernung entstandenen Kosten getragen werden können. Außerdem haben die Eltern die Möglichkeit einen Arzt auszusuchen, weshalb im Gegensatz zum DCC in Turbhe viele verschiedene Ärzte besucht werden.

Finanzierbarkeit

Für den ersten Besuch im Government Hospital des Turbhe Slums muss eine Akte für fünf Rupien angelegt werden. Danach sind die Beratungen, Behandlungen und grundlegende Medizin (z. B. fiebersenkende Mittel, Breitband-Antibiotika) kostenlos. Da das Government Hospital zu Fuß erreichbar ist, fallen keine Transportkosten an. Die Wartezeiten sind relativ kurz, weshalb es zu keinem Lohnverlust kommt. Die Finanzierbarkeit ist somit für die primäre Gesundheitsversorgung keine Barriere. Jedoch ist die Wahl des Arztes auf Grund der mangelnden finanziellen Möglichkeiten der Familien oft eingeschränkt. Wenn ein Krankenhausaufenthalt oder der Besuch eines Spezialisten notwendig wäre, sind die Preise dafür zu hoch, als dass sie von vielen Familien getragen werden können. Die Kosten umfassen den Transport (Autorikscha oder Bus), die Kosten für den Arzt und die Medizin, sowie den Lohnausfall. Diese Kosten stellen eine Barriere dar, die den Zugang zu sekundärer und tertiärer Gesundheitsversorgung begrenzt. Wenn die Väter ein geregeltes Einkommen haben, beinhaltet dieses meist eine Krankenversicherung für die ganze Familie. Die meisten Familien sind jedoch ohne Versicherung und haben dementsprechend keine finanzielle Absicherung für die Gesundheitsversorgung. So müssen bestimmte Krankheiten, die vom Government Hospital nur unzureichend behandelt werden können, von den Erkrankten „ausgehalten“ werden.

An der AHIS werden die Kosten entweder bar (OOP) gezahlt oder von einer Versicherung getragen. Die Eltern haben die Wahl, sich die Ärzte nach ihren Ansprüchen und ihren finanziellen Möglichkeiten auszusuchen. Insbesondere private Ärzte haben keine einheitlichen Kostenvorgaben, sondern „assess the financial situation“ (Arzt in Vashi) und stellen Kosten nach ihrem eigenen Ermessen auf. Somit ist eine Transparenz der Behandlungskosten nicht gegeben.

Ausstattung

Das Government Hospital in Turbhe ist ein sog. „Subcentre“ (vgl. Abbildung 4). Die Öffnungszeiten sind von 9-17 Uhr. Diese Zeiten überschneiden sich mit den Arbeitszeiten der Eltern, so dass sie ein Hindernis darstellen, Kinder ins Government Hospital zu bringen. Medizin wird nur in täglichen Dosen verabreicht. Das bedeutet, dass die Mütter jeden Tag zum Government Hospital kommen müssen, was sehr zeitaufwändig ist. Für Mütter, die nicht arbeiten, stellt dies keine Barriere dar. Hingegen sind jedoch Mütter, die arbeiten gehen, besonders eingeschränkt. Deshalb können die Öffnungszeiten als nicht ausreichend bewertet werden. Die Wartezeit variiert und beträgt im Schnitt nur 10 Minuten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Slum recht isoliert liegt und nur die Einwohner dieses Slums das Government Hospital aufsuchen.

Die Einrichtung des Government Hospitals ist sehr dürftig und unhygienisch. Es führt ein kleiner, besonders in der Monsunzeit matschiger, Pfad zum Eingang, so dass der Boden im einstöckigen Gebäude verschmutzt ist. Im Gebäude sind die Fenster und Türen offen, so dass sich überall Fliegen befinden. Es gibt nur wenige Geräte, die zudem durchweg veraltet sind, und nur ein unzureichendes Angebot an Verbandsmaterial. Jedoch wird dies den Bewertungen der Slumbewohner zu Folge anders gesehen. So bewerteten die Befragten das Government Hospital als sauber und ausreichend eingerichtet. Damit bieten nur die Öffnungszeiten für arbeitende Mütter eine Barriere, nicht jedoch die unhygienischen Zustände und die unzureichende Ausstattung an Geräten, obwohl dies zu erwarten gewesen wäre.

Da die Eltern der AHIS zu unterschiedlichen Einrichtungen gehen, ist es schwierig, eine generelle Aussage zu machen. Eigene Besuche bei mehreren

Ärzten spiegeln hohe Standards wider und alle besuchten Arztpraxen waren hygienisch. Manche Arztpraxen sind eher traditionell und einfach eingerichtet, während andere über eine moderne Ausstattung verfügen. Es werden sowohl allopathische wie auch z. B. homöopathische oder ayurvedische Methoden angewendet. Das von den Kindern am häufigsten erwähnte private Mahatma Gandhi Mission Hospital (MGM) hat viele Abteilungen und ist mit den neusten Geräten ausgestattet (vgl. Anhang 8.9).

Die Öffnungszeiten der Krankenhäuser sind unterschiedlich, doch viele Ärzte haben ihre Praxis in Wohnnähe und sind telefonisch erreichbar. Im Gegensatz zu Turbhe machen die Eltern in Vashi häufig Termine, bevor sie kommen. Bei den privaten Arztpraxen sind die Wartezeiten relativ kurz (vgl. Anhang 8.6), drei Viertel der Befragten müssen weniger als 15 Minuten warten.

In Gemeinschaftsarztpraxen oder bei in Krankenhäusern integrierten Allgemeinmedizinern kann die Wartezeit jedoch auch länger sein, d. h. ein bis zwei Stunden betragen. Die Wartezeit ist ein wichtiges Kriterium, nach welchem die Eltern einen Arzt aussuchen. So sagen die Kinder aus, dass sie auch schon ihren (Kinder-) Arzt gewechselt haben, weil ihren Eltern die Wartezeit zu lang war.

Akzeptanz

Bei den Befragungen der Mütter wie auch der Kinder des DCCs wurde einstimmig bestätigt, dass sie mit ihrer Gesundheitsversorgung zufrieden sind. Sie empfinden das Government Hospital als sauber und vertrauen den Ärztinnen. Dies steht im Gegensatz zu eigenen Beobachtungen, nach welchen das Government Hospital spärlich eingerichtet, verschmutzt und voller Fliegen ist.

Bei Befragungen in der AHIS war die Zufriedenheit mit dem eigenen Arzt hoch, jedoch wurden Government Hospitals (insbesondere das nächstgelegene in Sektor 10) als unhygienisch und überfüllt beschrieben. So ist man sich des eigenen Vorteils und der bestehenden Disparitäten durchaus bewusst. Dies spiegelt ein hohes Bewusstsein über die Diskrepanz der öffentlichen und privaten Einrichtungen wider, da öffentliche Einrichtungen kaum besucht werden.

5. Diskussion der Ergebnisse

Der Vergleich zwischen dem Day Care Centre im Turbhe Slum und der Privatschule in Vashi zeigt, wie hoch die Diskrepanz bezüglich des Zugangs zur Gesundheitseinrichtung in Mumbai bei räumlich nah beieinander liegenden Einrichtungen sein kann (vgl. Tabelle 3). Obwohl für die Bewohner des Turbhe Slums der Zugang zu einer primären Gesundheitseinrichtung gesichert ist, ist das Government Hospital im Slum auch die einzige Einrichtung, die problemlos besucht werden kann. Der Zugang zu sekundären und tertiären Einrichtungen kann nur von den wenigen Bewohnern, die eine Versicherung besitzen, wahrgenommen werden. Für die Befragten der AHIS bestehen keinerlei Barrieren zur Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen. Die Eltern können für die Behandlung ihrer Kinder Ärzte und Spezialisten frei auswählen- meistens bilden Ausstattung und Qualität der Einrichtung den Anreiz, diese zu besuchen. Die unhygienischen Zustände im Government Hospital in Turbhe sind auf unzureichende Investitionen und Kontrollen der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zurückzuführen. Da Sauberkeit und Ausstattung von den Befragten jedoch nicht kritisiert werden, ist der Zugang zu dem Government Hospital für die Slumbewohner in Turbhe als barrierefrei zu bezeichnen. Lediglich die zu kurzen Öffnungszeiten (bis 15 Uhr) könnten für arbeitende Mütter eine Barriere sein. So bestehen bezüglich des Government Hospitals durch die fünf Dimensionen Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Finanzierung, Ausstattung und Akzeptanz keine Zugangsbarrieren für die Slumbevölkerung. Dies lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass Turbhe in dem in den 1970er Jahren geplanten und gebauten Navi Mumbai liegt und somit einige Vorteile gegenüber Greater Mumbai auf der Halbinsel hat. Navi Mumbai hat eine geringere Einwohnerdichte als Greater Mumbai (vgl. CIDCO 2008) und ist klarer strukturiert (vgl. Anhang 8.8). Dementsprechend ist es für die Regierung einfacher, einzelne Slums durch Government Hospitals zu versorgen. Außerdem könnte es auch im Interesse der in Turbhe angesiedelten (internationalen) Chemiefirmen liegen, die Lebensumwelt der Slumbewohner zu verbessern, um die Umgebung aufzuwerten. Von der gesicherten primären Gesundheitsversorgung profitieren die Menschen in den Slums und fühlen die Sicherheit, dass ihnen im Krankheitsfall des Kindes geholfen werden kann. Dies reduziert den psychischen und finanziellen Stress der Eltern (vgl. HUGHES & NG 2003: 158) und

erhöht ihr Sozialkapital. So stellt Navi Mumbai als Satellitenstadt Mumbais ein gutes Beispiel dar, welche Vorteile Entlastungsgebiete für Megastädte schaffen können.

Tabelle 3: Vergleich der Zugangsbarrieren nach eigenen Erhebungen

Dimension	Eigene Erhebung im DCC im Turbhe Slum	Eigene Erhebung an der AHIS in Vashi	Experteninterviews zur Gesundheitsversorgung in Slums
Verfügbarkeit	Primäre Ebene: vorhanden, sekundäre und tertiäre Ebene: teilweise vorhanden	Auf allen Ebenen vorhanden, freie Auswahl an Ärzten möglich	Im Vergleich zu ländlichen Gebieten ausreichend, jedoch Diskrepanz zwischen Vorgaben und Umsetzung
Zugänglichkeit	Zu Fuß oder mit dem Bus, hohe Kosten, Zeitproblematik	Problemlos mit dem Auto oder der Riksha	Räumlich verfügbar, Transportkosten, Zeitproblematik
Finanzierbarkeit	Primäre Ebene kostenfrei, Sekundäre und tertiäre Ebenen selten finanzierbar	Kosten können getragen werden (out of pocket oder durch eine Versicherung)	Korruption, unterfinanzierter öffentlicher Sektor, kostenlose Angebote unzureichend
Ausstattung	Walk-in Einrichtung, unhygienisch, mangelhafte Einrichtung kurze Wartezeiten	Terminvereinbarungen, hygienisch, moderne Einrichtung, kurze Wartezeiten	Unorganisiert, überfüllt, unhygienisch, mangelhafte Einrichtung lange Wartezeiten
Akzeptanz	Hohe Zufriedenheit und Akzeptanz der Befragten (unkritische Haltung)	Hohe Zufriedenheit und Akzeptanz der Befragten (kritische Haltung)	Bei Patienten hoch, da keine Wahlmöglichkeit; Behandlungsverweigerung durch Ärzte
Weitere Barrieren	Unzureichende Bildung und mangelndes Bewusstsein der Eltern, Zeitaufwand, Tradition	—	Bewusstsein, Bildung, Analphabetismus, Tradition, Korruption, Zeit, Orientierung

Quelle: eigener Entwurf

5.1 Verfügbarkeit

Obwohl in den Experteninterviews betont wurde, dass die Anzahl der Gesundheitseinrichtungen in Mumbai ausreichend sei, widersprechen diese Aussagen den Ergebnissen meiner Literaturrecherche (vgl. MCGM 2010: 122). Eine Erklärung für die Aussagen der Experten kann sein, dass sie häufig die Verfügbarkeit von Einrichtungen in Mumbai im Vergleich zu ländlichen Regionen sehen, wo es wesentlich weniger Gesundheitseinrichtungen gibt. In der Stadt sind diese flächendeckend verfügbar und nah gelegen, jedoch so überfüllt, dass die Bevölkerung oft keinen Zugang zu Ärzten hat, auch wenn sie lange Wartezeiten akzeptiert. Es handelt sich wohl um einen Trugschluss, aus der großen

Anzahl an Ärzten und Gesundheitseinrichtungen in Mumbai zu schließen, dass diese ausreichen. Die Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen muss im Verhältnis zu der hohen Konzentration der Bevölkerung von 27.209 Einwohnern pro Quadratkilometer gesehen werden. So weicht z.B. die Rate der städtischen Krankenhausbetten pro Bevölkerung um ein Vielfaches von den WHO-Richtwerten ab (1/1.309 statt 1/500, vgl. MCGM 2010⁶).

Obwohl von den Experten angenommen wird, dass ausreichend Ärzte vorhanden sind, gibt es nicht genügend qualifiziertes Personal für die finanziell schlechter gestellte Bevölkerung, das z. B. menschliche Parasiten behandelt. Von diesem Problem scheinen im Gegensatz zu den befragten Professoren und Ärzten insbesondere die Hilfsorganisationen zu wissen. Durch die Weigerung der Ärzte, bestimmte Erkrankte zu behandeln, wird die Interdependenz zwischen den Dimensionen Verfügbarkeit, Akzeptanz und Finanzierung deutlich.

Es sollte auch zwischen der Verfügbarkeit der primären, sekundären und tertiären Gesundheitseinrichtungen und deren Qualität unterschieden werden. In Mumbai gibt es einen erfolgreichen tertiären Gesundheitssektor (vgl. RAO 2008: 66), jedoch ist die Verfügbarkeit vom sozioökonomischen Hintergrund abhängig. So gibt es eine starke Diskrepanz zwischen qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, die nur von einem Bruchteil der Bevölkerung Mumbais bezahlt werden kann und der unzureichenden Versorgung durch primäre Einrichtungen für die breite Bevölkerung, insbesondere der Slumbewohner. Primäre Gesundheitszentren sind flächendeckend verfügbar, jedoch ist deren Qualität und Ausstattung unzureichend. Das Government Hospital im Turbhe Slum ist ein Beispiel dafür. Die Existenz allein reicht nicht aus, wichtig sind auch Umfang und Qualität der Behandlung und der Ausstattung, mit der Gesundheitsdienstleistungen angeboten werden. Der Zugang zu sekundären und tertiären Einrichtungen ist für die wenigsten (Slum-) Bewohner möglich. Die unzureichende Verfügbarkeit von öffentlichen primären, sekundären und tertiären Einrichtungen stellt für die Slumbevölkerung eine Barriere für den Zugang zur Gesundheitsversorgung dar.

Im Gegensatz zu den in der Literatur (vgl. IIPS 2007, MCGM 2010) erwähnten öffentlichen und privaten Einrichtungen betonen die Experten die wichtige

⁶ Diese Zahl ist jedoch mit Vorsicht zu behandeln, da in der gleichen Veröffentlichung der MCGM auch die Zahl 1/3.000 genannt wird.

Rolle der NGOs. Besonders in Greater Mumbai (im Gegensatz zu Navi Mumbai) gibt es viele NGOs, die insbesondere präventive Maßnahmen durch Aufklärung und Gesundheitscamps verfolgen und einen erheblichen Anteil der Slumbevölkerung versorgen. Hierzu fehlt jedoch in der Literatur entsprechendes Datenmaterial. Ebenso ist die Anzahl der illegalen Ärzte schwer zu erfassen, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass diese in den Slums einen großen Teil der Bevölkerung versorgen.

5.2 Zugänglichkeit

Die Distanzen zu primären Gesundheitseinrichtungen sind in Mumbai relativ gering, da es viele solcher Einrichtungen gibt. Die Entfernung zum Government Hospital in Turbhe z. B. kann von den Slumbewohnern in nur wenigen Minuten zu Fuß zurückgelegt werden, sodass keine weiteren Kosten für den Transport entstehen. Da die Einrichtung sehr nah gelegen ist, stellt die räumliche Distanz keine Barriere dar, der zeitliche Aufwand hingegen kann jedoch eine Zugangsbarriere darstellen. Wie im Rahmen einer Beobachtung im Turbhe Slum (vgl. Kapitel 4.3.3) geschildert wurde, können sich insbesondere Mütter mit vielen Kindern nicht die Zeit nehmen, zum Arzt zu gehen. Dies wird auch in der Literatur über Mumbai bestätigt (vgl. CHINAI 2005: 804). Die Möglichkeit der Mütter, ihre Kinder zum Arzt bringen zu können, kann durch zu erledigende Haushaltsaufgaben, die Betreuung anderer Kinder sowie fehlende familiäre Unterstützung beschränkt sein. Dies kann nur durch einen mobilen Arzt, der kontaktiert werden kann, oder verbesserte Kapitalien überwunden werden. Das bedeutet, dass diese Barriere durch soziale Kohärenz, insbesondere durch Verwandte und Großeltern, die das kranke Kind zum Arzt bringen können, aufgehoben werden könnte.

Die Zugänglichkeit stellt für die Slumbewohner in Turbhe eine Barriere für den Zugang zu sekundären und tertiären Gesundheitseinrichtungen dar. Da diese Institutionen weniger verbreitet sind und weiter entfernt liegen, kommen erhöhte Transportkosten, Zeitverlust und die Umständlichkeit, den Weg dorthin zu finden, hinzu. Ein Grund dafür, sich in der Stadt nicht zurecht finden zu können, könnte der weit verbreitete Analphabetismus sein, da Ausschilderungen nicht gelesen werden können. Die bessere Zugänglichkeit von illegalen Ärzten in der Nachbarschaft ist deshalb häufig der Grund, diese zu konsultieren

anstatt öffentliche Einrichtungen aufzusuchen. Dies wurde von den Experten bestätigt und wird auch in der Literatur beschrieben (vgl. VERMA 2003: 265). Es zeigt sich, dass die Dimension der Zugänglichkeit eng mit der Dimension der Finanzierbarkeit gekoppelt ist, da eine weit entfernt liegende Einrichtung einen höheren Kostenaufwand (Transportkosten und verlorener Lohn durch Zeitaufwand) bedeutet. Für Familien mit ausreichendem finanziellem Einkommen stellt die Zugänglichkeit keine Barriere dar. Das führt zu der Hypothese, dass mit zunehmender Entfernung des besuchten Arztes die finanzielle Lage der Familie besser sein müsste.

5.3 Finanzierbarkeit

Die Finanzierbarkeit ist die größte Barriere der Gesundheitsversorgung in der Megastadt Mumbai. In den Experteninterviews wurde die Problematik der Finanzierbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen für den Großteil der Einwohner Mumbais am häufigsten genannt und zudem stark betont. Die Vielschichtigkeit der Kosten ist für Slumbewohner häufig eine unüberwindbare Barriere, die durch Hilfsorganisationen und Missionen nur punktuell umgangen werden kann. Auch wenn primäre Gesundheitszentren grundlegende Behandlungen kostenlos anbieten, handelt es sich dabei meist nur um äußerst beschränkte Hilfen. Da nur wenige Einwohner über eine Krankenversicherung verfügen, müssen die Kosten direkt (OOP) gezahlt werden. Für medizinische Kosten aufkommen zu müssen, bedeutet für viele Menschen eine Schuldenfalle, die Familien in den finanziellen Ruin treiben kann. WHITEHEAD, DAHLGREN & EVERS (2001: 833) nennen dies die medizinische Armutsfalle („medical poverty trap“).

Für die befragten Mütter im Turbhe Slum ist die kostenlose Gesundheitsversorgung im Government Hospital der Anreiz („facilitator“), dieses aufzusuchen. Im Gegensatz dazu käme eine Behandlung im öffentlichen Sektor für fast alle Eltern der AHIS nicht in Frage, da die Finanzierbarkeit bei ihnen keine Barriere darstellt. Stattdessen stellt die bessere Ausstattung der privaten Krankenhäuser einen Anreiz dar, diese zu besuchen. Die von den Experten erwähnte Vielschichtigkeit der Kosten (vgl. Abbildung 6) tritt bei Slumbewohnern in Turbhe nur bei dem Besuch sekundärer und tertiärer Einrichtungen auf. Die primäre Behandlung, z.B. bei Malaria, ist kostenfrei und Transportkosten

entfallen. Die Kosten für die weitere Medikation und Diagnostik müssen jedoch getragen werden, weshalb der Kauf von Medikamenten und die Durchführung von Diagnoseverfahren vermieden werden.

In Indien ist die Korruption weit verbreitet. Durch Bestechungsgelder werden Patienten bevorzugt behandelt. Menschen, die keine zusätzlichen Kosten tragen können, kann die Behandlung verweigert werden oder sie verzögert sich. Gelder werden nicht für den ihnen zugeschriebenen Zweck verwendet, weshalb es z.B. an Materialien fehlt und die Arbeitszeiten nicht eingehalten werden. So hat die Dimension der Finanzierbarkeit Auswirkungen auf die Dimension der Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen. Hinweise auf Korruption gab es nur in den Experteninterviews, während sie von den anderen Befragten nicht erwähnt wurde. Der Grund dafür könnte das fehlende Bewusstsein oder die Vermeidung der Thematik sein. Die Korruption ist ein alltägliches Phänomen und wurde von mir selbst einige Male beobachtet.

Die Dimension der Finanzierbarkeit ist eng mit den anderen vier Dimensionen von PENCHANSKY & THOMAS (1981) verzahnt. Sie steht z.B. in engem Zusammenhang mit der Dimension der Zugänglichkeit. Mit wachsender Entfernung der Einrichtungen steigen die Kosten, weshalb einkommensschwächere Familien Ärzte in ihrer Nähe aufsuchen (vgl. MCGM 2010: 124). Dies bestätigte sich auch für den Turbhe Slum. Mit geringeren finanziellen Mitteln können sich die Patienten nur schlechter ausgestattete Einrichtungen leisten. Das bedeutet, dass die Qualität der Behandlungen und die Organisation sowie die Kundenfreundlichkeit der Einrichtung sinken. Die Verfügbarkeit hängt von den finanziellen Möglichkeiten der Familien ab. Je höher das Einkommen ist, desto größer ist die Auswahl an Ärzten. Bei der Akzeptanz ist dies umgekehrt: Je geringer das Einkommen (und die Bildung), desto höher ist die Akzeptanz gegenüber unhygienischen oder qualitativ schlechteren Dienstleistungen.

5.4 Ausstattung

Die in der Literatur beschriebene Diskrepanz der Ausstattung zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen wurde in den Experteninterviews sowie in Zeitungsartikeln bestätigt und korreliert mit den eigenen Beobachtungen. Während private Krankenhäuser wie das MGM Hospital sauber sind und mit

moderner Ausstattung werden, ist das Government Hospital im Turbhe Slum unhygienisch und rudimentär eingerichtet. Die unzureichenden Öffnungszeiten des Government Hospitals erschweren es arbeitenden Müttern im Turbhe Slum, ihre kranken Kinder zum Arzt zu bringen. Kurze Wartezeiten im Government Hospital im Turbhe Slum stehen jedoch im Widerspruch zu der häufig in der Literatur erwähnten Überfüllung und den dadurch bedingten langen Wartezeiten. Dies ist durch die Lage des Slums in Navi Mumbai, dem Entlastungsgebiet Greater Mumbais, zu begründen. In den Experteninterviews wurde der große Andrang auf öffentliche Krankenhäuser besonders in der Monsunzeit betont. Dies stellt eine Barriere für viele Mütter mit ihren Kindern dar, da sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, wieder weggeschickt werden oder aufgrund dieser Problematik die Einrichtungen gar nicht erst aufsuchen.

Durch fehlende Kontrollen werden die in den Richtlinien der *National Health Policy* festgelegten Standards für öffentliche Einrichtungen häufig nicht erfüllt. So besteht ein großer Unterschied zwischen den Vorgaben und der Einhaltung von Vorschriften. Die Organisation und die Administration primärer Gesundheitszentren sind meist chaotisch, z.B. sind die meisten Akten handschriftlich angelegt und nicht digital gesichert. Es fehlt u.a. an Verbandsmaterialien, Handschuhen, Chemikalien und Reinigungsmitteln, durch welche die Hygiene der Einrichtungen verbessert werden könnte. Für die Slumbewohner stellt die Ausstattung des Government Hospitals jedoch keine direkte Barriere dar, weil sie zufrieden mit der Einrichtung sind. Aufgrund des fehlenden Bewusstseins für Hygiene sowie geringe Erwartungen an eine organisierte, qualitativ hochwertige Einrichtung stellt die Ausstattung mit Ausnahme der unzureichenden Öffnungszeiten für die Slumbewohner keine Barriere dar. Für Familien mit Bildungshintergrund und größeren finanziellen Möglichkeiten ist die Qualität privater Krankenhäuser der Anreiz, diese zu besuchen. Zugleich stellt die schlechte Ausstattung öffentlicher Einrichtungen eine Barriere für ihren Besuch dar.

5.5 Akzeptanz

Die erstaunlich hohe Zufriedenheit der Bewohner des Turbhe Slums mit den ihnen gebotenen Einrichtungen lässt sich auf die fehlende Vergleichbarkeit,

den fehlenden Bildungshintergrund sowie die Akzeptanz der eigenen Lebensumwelt zurückführen. Dies wurde auch in den Experteninterviews bestätigt. Eine weitere Vermutung ist, dass die grundlegende Zufriedenheit mit der gegebenen Situation auch dem Kastensystem zuzuschreiben ist. Generell wird die Zugehörigkeit zu einer Kaste und die damit verbundenen sozioökonomischen Einschränkungen akzeptiert. Aus finanziellen Gründen haben die Slumbewohner in Turbhe keine Möglichkeit, zwischen Ärzten zu wählen. Kulturelle Barrieren im Hinblick auf die Akzeptanz der Behandlungsmethoden allopathischer Ärzte wurden nicht beobachtet. Derartige Barrieren werden allerdings von den Experten erwähnt und in der Literatur genannt (vgl. BELKIN et al. 1964: 2026). Im Turbhe Slum scheint diese Barriere nicht zu bestehen, da den allopathischen Ärzten im Government Hospital vollkommen vertraut wird. Dies führt zu der Hypothese, dass mit sinkendem Familieneinkommen und geringerer Bildung der Mütter die Zufriedenheit und Akzeptanz mit schlecht ausgestatteten Einrichtungen steigt. Deshalb ist die Akzeptanz bei den Slumbewohnern in Turbhe offenbar keine Barriere.

Die in den Experteninterviews und in Zeitungsartikeln erwähnte Verweigerung der Behandlung Erkrankter durch die Ärzte in öffentlichen und privaten Einrichtungen aus Gründen der Überfüllung oder der persönlichen Ablehnung hat fatale Folgen. Wenn die Barriere der Akzeptanz von Seiten der Ärzte besteht, können nur Hilfsorganisationen eine Behandlung ermöglichen. Die Arbeit der NGOs ist somit sehr wichtig und für Mumbai unabdingbar geworden. Es gibt Hilfsorganisationen mit verschiedenen Ausrichtungen, gemein ist ihnen die Gemeinnützigkeit und die Konzentration auf die Slumbewohner. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Lücken der öffentlichen Einrichtungen zu füllen, Health Camps zu organisieren und sog. Ausgestoßene („destitutes“) der Gesellschaft zu versorgen. Die mangelnde Akzeptanz seitens der Ärzte ist eine Barriere, die in der von mir gesichteten Literatur nur marginal behandelt wird, während ich sie selbst jedoch wiederholt beobachten konnte und sie auch von den NGO-Mitarbeitern angesprochen wurde.

5.6 Kritik am Zugangsmodell von PENCHANSKY & THOMAS (1981)

Die klassischen fünf Dimensionen und ihre dazugehörigen Fragen sollten für die Anwendung in einem Schwellenland wie Indien um weitere Aspekte

ergänzt werden. Neben öffentlichen und privaten Einrichtungen sollte auch die Verfügbarkeit von NGOs untersucht werden, da sie in den Slums in Mumbai häufig einen entscheidenden Teil der Gesundheitsversorgung für Kinder übernehmen und mancherorts die einzige Anlaufstelle sind. Da diese insbesondere in Mumbai zahlenmäßig schwer zu erfassen und darüber hinaus ihre Qualität sehr unterschiedlich ist, lassen sich an dieser Stelle keine Aussagen über ihre Effektivität machen. Hier zeigt sich weiterer Forschungsbedarf.

Die zeitliche Dimension der Zugänglichkeit ist für Slumbewohner in Mumbai viel bedeutender als die räumliche Dimension. Die Entfernungen innerhalb der Stadt sind nicht proportional zu dem zeitlichen Aufwand, sondern abhängig von den Verkehrsmitteln, den Verkehrswegen und den besonderen Umständen wie beispielsweise Stau oder Überflutungen. Deshalb sollte der zeitliche Aufwand unabhängig von den geographischen Distanzen untersucht werden.

Unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit sollte den Auswirkungen der Korruption eine große Beachtung geschenkt werden. Ein Grund der Unangemessenheit der Behandlungen im Vergleich zu den offiziellen Vorgaben ist in der Korruption zu sehen. Häufig kommt das Geld nicht an, welches von der Regierung für öffentliche Gesundheitseinrichtungen vorgesehen ist. Inoffizielle Geldflüsse, und Bestechungsgelder sind auf mangelnde Transparenz und Kontrolle zurückzuführen. Geld landet in privaten Taschen, anstatt seinen Zweck zu erfüllen. Dieses auch in der Literatur beschriebene Phänomen wurde von allen Experten angesprochen und bestätigt die Wichtigkeit dieser Problematik.

Bezüglich der Ausstattung sollte die Qualität sowie der Umfang der Behandlungen untersucht werden, da die am häufigsten auftretenden Krankheiten in Government Hospitals meist unzureichend behandelt werden. So können inadäquate Behandlungen Barrieren zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung darstellen. Von Patientenseite aus wird darauf vertraut, eine angemessene Behandlung zu bekommen, weshalb auch nach keinen alternativen Behandlungsmöglichkeiten gesucht werden kann. So wird die Abhängigkeit der Patienten von den Ärzten deutlich. Im Konzept von PENCHANSKY & THOMAS werden die Qualität und der Umfang der Gesundheitsdienstleistungen nicht miteinbezogen. Deshalb sollte die effektive Nutzung, also neben der Zufriedenheit auch die Verbesserung des Gesundheitszustands (vgl. ADAY et

al. 1993), gemessen werden, um sicher zu stellen, dass der Zugang ein positives Ergebnis („output“) hat.

Die Behandlungsverweigerung der Ärzte ist eine wichtige Barriere, die der Dimension der Akzeptanz hinzugefügt werden sollte. Erkrankte fühlen sich nicht nur nicht „willkommen und gut aufgehoben“ (PENCHANSKY & THOMAS 1981: 131), sondern können schlichtweg ignoriert oder weggeschickt werden. So sollte untersucht werden, inwiefern die Einstellung der Ärzte Auswirkungen auf die (Nicht-) Behandlung Erkrankter hat.

In Indien scheint es keine eindeutige Trennung der fünf Dimensionen zu geben, so wie sie von PENCHANSKY & THOMAS (1981) vorgeschlagen wird. So ist besonders der Einfluss der Finanzierbarkeit auf die anderen vier Dimensionen maßgeblich. Die Abhängigkeit der vier Dimensionen von der Finanzierbarkeit ist in Indien wahrscheinlich stärker als in westlich geprägten und industrialisierten Ländern. So sind die Dimensionen eng miteinander verzahnt (vgl. Anhang, Abbildung 12).

Eine den Zugangsbarrieren vorgelagerte Barriere ist das fehlende Bewusstsein der Slumbewohner darüber, dass das eigene Kind krank ist und deshalb zur Behandlung zum Arzt gebracht werden sollte. Die Kenntnisse über Krankheiten und Gesundheitseinrichtungen sind Voraussetzungen für einen Arztbesuch. Die Kinder in den Slums haben wahrscheinlich eine höhere Leidensgrenze, weil ihre Eltern sie erst bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien zum Arzt bringen. Nachdem diese mentale Barriere überwunden ist, hängt es von den fünf Barrieren ab, ob Zugang gewährleistet werden kann (vgl. Abbildung 7). Eigenen Beobachtungen zufolge besteht je nach Bildungshintergrund ein großer Unterschied des wahrgenommenen Bedarfs an Gesundheitsversorgung. YESUDIAN (1988: 23) bestätigt in einer Studie, dass die große Differenz bei der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen zwischen Familien mit verschiedenem Bildungshintergrund aufgrund unterschiedlicher Wahrnehmung besteht. Eltern, die maximal eine Grundschulausbildung abgeschlossen haben, glauben weniger häufig, für ihr Kind einen Arzt aufsuchen zu müssen und warten ab, bis die Krankheit ernst wird (vgl. YESUDIUAN 1988: 24). Das bedeutet, dass das fehlende Bewusstsein auf Grund des unzureichenden Bildungshintergrunds der Eltern eine Barriere für den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder sein

kann. Bessere Bildung und Informationsarbeit wirken sich positiv auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und damit langfristig auf einen besseren Gesundheitsstatus aus.

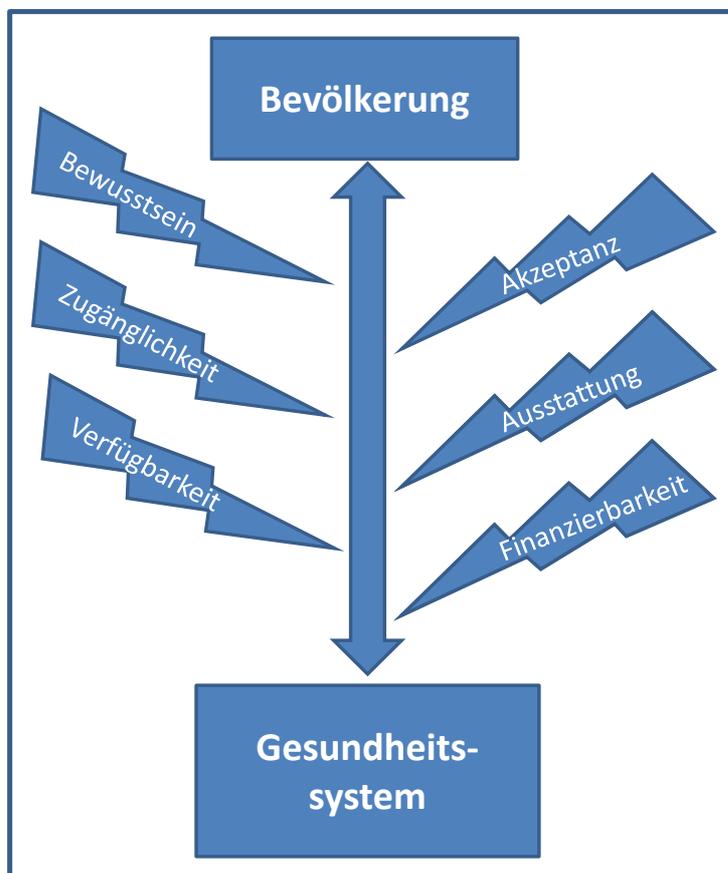


Abbildung 7: Die sechs Dimensionen des Zugangs

Quelle: eigener Entwurf

5.7 Strategien zur Verbesserung des Zugangs

Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder in Mumbai zu verbessern, müssen Strategien entwickelt werden, die die Barrieren verringern sowie Anreize schaffen, Einrichtungen zu besuchen. Nur ein integrativer, multisektoraler Ansatz, welcher den Abbau bestehender Barrieren, die Verbesserung der Gesundheitsaufklärung sowie bessere Wohn- und Lebensumwelten umfasst, kann nachhaltig den Zugang zur Gesundheitsversorgung in Mumbai verbessern (vgl. PARKES et al 2003: 669). Die Strategien sollten auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden (vgl. Abbildung 8). Ein wichtiges Ziel sollte sein, die Faktoren anzugehen, die zu sozialen Ungerechtigkeiten durch Unter-

schiede in Bildung, Einkommen, Infrastruktur oder Ethnie führen (vgl. HUGES & NG 2003: 153). Um die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zu erreichen, ist dies nur ein Aspekt, um „Gesundheit für alle“ anzustreben. Ein verbesserter Gesundheitsstatus sowie der Ausbau weiterer primärer Gesundheitszentren würde die Überfüllung der bestehenden Einrichtungen verringern. Die Eröffnung neuer Gesundheitszentren in der Nähe der Haushalte kann die Kosten für die Patienten reduzieren. Qualitätsstandards können durch die Verfügbarkeit von Medikamenten und die bessere Ausbildung medizinischen Personals erhöht werden (vgl. GERTLER & RAHMAN 1994: 129).

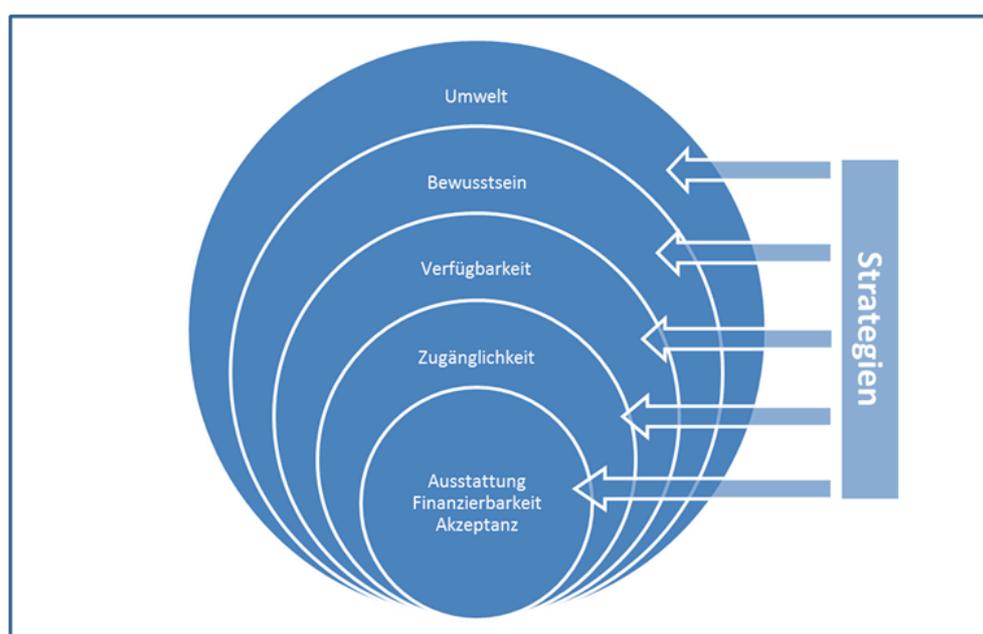


Abbildung 8: Strategien für den Zugang zur Gesundheitsversorgung

Quelle: eigener Entwurf

Um den Erfolg präventiver Programme zu erhöhen, könnten mehr mobile Krankenstationen nach dem Vorbild der DOTS geschaffen werden, um wirklich jedes Kind zu erreichen. Zur Finanzierung könnten öffentliche Programme zunehmend durch Public-Private-Partnerships (PPPs) an Unternehmen gekoppelt werden. Eine Strategie zur Verminderung der Korruption könnte darin bestehen, ein Kontrollsystem mit mehreren Kontrollstellen zu schaffen, welches dafür sorgt, dass das Geld seinen Bestimmungsort erreicht. Dies gilt auch für Hilfsorganisationen, denn eine weitere Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass Korruption auch dort stattfindet. Durch eine erhöhte Transparenz könnten sich

Organisation und Administration von Einrichtungen verbessern. Für medizinische Notfälle wie Geburten sollten Vorschriften geschaffen werden, die die Untersagung der Behandlung bestrafen (vgl. Anhang, Abbildung 30).

Eine Strategie, um Anreize insbesondere für präventive Maßnahmen zu schaffen, könnte finanzieller Art sein. Eine finanzielle Belohnung (auch geringeren Maßes wie z.B. zwei Rupien) könnte ein Anreiz sein, sich impfen oder beraten zu lassen. Durch finanzielle Anreize könnte eine Bevölkerung erreicht werden, die aus zeitlichen und v.a. finanziellen Gründen nicht zu einem Health Camp kommen würde (vgl. Arzt in Kamothé). Eine Mikrokrankenversicherung kann für wenige Rupien im Jahr den Zugang zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen sowie den Gesundheitsstatus von Kindern verbessern (vgl. HUGHES & NG 2003: 157). Durch einen regelmäßigen kleinen Betrag wird den Eltern die Sicherheit gegeben, dass sie im Krankheitsfall ihre Kinder ohne weitere Diagnose- und Medikationskosten behandeln lassen können, was auch den psychischen Stress der Eltern reduzieren würde (VGL. HUGHES & NG 2003: 158). Mit der Kopplung eines solchen Projekts an ein Unternehmen könnte eine Mikroversicherung ermöglicht werden (vgl. *Biopure*). Grundsätzlich gilt, dass der Zugang zu präventiven Maßnahmen für Kinder in Form von Aufklärung und Bildung noch mehr Gewichtung erhalten sollte, um den Andrang auf die Gesundheitseinrichtungen zu verringern.

Die Stärkung der Frau steht in enger Verbindung mit dem Bewusstsein, der „Barriere vor den Barrieren“: Es muss bei den Frauen die Kenntnis und das Bewusstsein darüber geschaffen und gestärkt werden, wo sich Gesundheitseinrichtungen befinden und wann sie aufgesucht werden sollten. Grundkenntnisse von Gesundheit und Krankheit müssen vermittelt werden. Dies kann nur durch Informationsarbeit und Bildung nach dem Vorbild einiger NGOs geschehen. Durch die Stärkung des sozialen Zusammenhalts durch Projekte, in denen Austausch und Partizipation gestärkt werden, könnten Frauennetzwerke aufgebaut werden. So könnten Mütter mit vielen Kindern gemeinsam mit anderen Müttern einen Notfallplan erstellen, wer für die übrigen Kinder sorgt bzw. ein Kind ins Krankenhaus bringt. Durch die Stärkung der Kapitalien kann der Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessert werden. Mit einer Erhöhung des Finanzkapitals und des Sozialkapitals können Ärzte eher aufgesucht werden.

6. Schlussbetrachtung

Durch die Anwendung der fünf Dimensionen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung nach PENCHANSKY & THOMAS (1981) konnten verschiedene Barrieren, die für Kinder in Mumbai bestehen, an einem Fallbeispiel untersucht werden. Der Vergleich der Zugangsbarrieren für Kinder des DCCs in Turbhe und der AHIS in Vashi sowie die Experteninterviews bestätigen die große Diskrepanz zwischen Slumbewohnern und einer Bevölkerung mit sozioökonomisch deutlich stärkerem Hintergrund. Obwohl für die Kinder des Turbhe Slums der Zugang zu einem primären Gesundheitszentrum barrierefrei ist, stellt dies nur eine äußerst begrenzte Gesundheitsversorgung dar. Während die Kinder der AHIS über ihre Eltern Zugang zu sekundären und tertiären Gesundheitseinrichtungen haben, bleibt den Slumbewohnern dieser Zugang verwehrt. Dennoch kann das Entlastungsgebiet Navi Mumbai als positives Beispiel für den Zugang zur primären Gesundheitsversorgung gelten.

Die mangelnde Finanzierbarkeit durch die Familien in dem Turbhe Slum ist die größte Barriere zur Gesundheitsversorgung. Sie wirkt sich negativ auf die Verfügbarkeit, die Zugänglichkeit und die Ausstattung aus (vgl. Anhang, Abbildung 12). Theoretisch sind für Slumbewohner öffentliche Einrichtungen sowie die Angebote von NGOs und illegalen Ärzten verfügbar, da dafür geringe oder keine Kosten übernommen werden müssen. Mit zunehmender Entfernung der Einrichtungen steigen jedoch die Kosten für den Transport und den verlorenen Lohn. Oft ist es Müttern aus zeitlichen Gründen nicht möglich, ihre Kinder zum Arzt zu bringen, da sie ihre anderen Kinder versorgen müssen. Nach Meinung der Experten wird auf Grund der unhygienischen und unzureichenden Ausstattung der öffentlichen Einrichtungen der Besuch dorthin vermieden und diese nur bei ernststen Erkrankungen der Kinder aufgesucht. Im Gegensatz dazu steht die überraschend hohe Akzeptanz der Einrichtungen der Befragten im Turbhe Slum. Dies lässt sich vermutlich auf den geringen Bildungshintergrund, den Mangel an verfügbaren Einrichtungen sowie die niedrigen Erwartungen an Hygiene und Qualität der Behandlungen zurückführen. Die fünf Dimensionen von PENCHANSKY & THOMAS (1981) können nicht isoliert betrachtet, sondern müssen in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit untersucht werden.

Für die Anwendung in einem Schwellenland wie Indien müssten die fünf Dimensionen um zusätzliche Aspekte (vgl. Kapitel 5.6) erweitert werden. Weitere und in dem Modell nicht deutlich erfasste Barrieren bestehen in der mangelnden Qualität der Behandlung (Ausstattung), der Korruption (Finanzierbarkeit) und der Behandlungsverweigerung durch den Arzt (Akzeptanz). Diese Faktoren müssten in die Fragen zu den Dimensionen integriert werden (vgl. Tabelle 2). Das fehlende Bewusstsein der Eltern über Krankheiten sowie das mangelnde Wissen, wann und wie Einrichtungen aufgesucht werden sollten, könnte dem Modell als sechste Dimension hinzugefügt werden (vgl. Abbildung 7). Das fehlende Bewusstsein ist ein entscheidender Faktor, der durch unzureichende Bildung begründet wird. Dies verdeutlicht die enge Verflechtung zwischen dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, dem sozioökonomischen Status, dem Bildungshintergrund und dem Bewusstsein der Bevölkerung. Das Modell von PENCHANSKY & THOMAS ist an westlichen Gesellschaftssystemen orientiert, in welchen vermutlich diese Interdependenz weniger stark ausgeprägt ist. Deshalb müsste das Modell für Entwicklungs- und Schwellenländer modifiziert werden.

Die sozioökonomischen Disparitäten werden am Zugang zur Gesundheitsversorgung für Kinder als vulnerabelster Bevölkerungsgruppe in Mumbai besonders deutlich. Dem politischen Ziel des gleichen Zugangs („equity“) kann nur nähergekommen werden, wenn der sozioökonomische Hintergrund weniger Einfluss auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung hat und die Zugangsbarrieren deutlich verringert werden. Die vorliegende Arbeit konnte nur beispielhaft die konkreten Barrieren einer Slumbevölkerung untersuchen. Weitere Forschungen sind notwendig, um z. B. die Behandlungsverweigerung des Arztes oder das fehlende Bewusstsein der Bevölkerung über Krankheiten und bestehende Einrichtungen als relevante Barrieren auch in anderen Stadtteilen Mumbais zu verifizieren.

Bildung und Gesundheit sind das Humankapital einer Gesellschaft und die Voraussetzung für eine produktive Beteiligung der Menschen. Deshalb steht die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung im politischen und wirtschaftlichen Interesse. Um nachhaltig den Gesundheitsstatus zu verbessern und den Ursachen von Krankheiten entgegenzuwirken, müssen die Kapitalien insbesondere der Slumbewohner verbessert werden (vgl. OBRIST et al. 2007:

1584). Die WHO (2010) formuliert dies zutreffend und prägnant: „Why treat people without changing what makes them sick?“ Diese Aussage verdeutlicht, dass nur ein multisektoraler Ansatz die Barrieren des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen abbauen kann.

7. Literaturverzeichnis

- ADAY, L. A. & ANDERSEN, R. M. (1974): A Framework for the Study of Access to Medical Care. -Health Service Research, **9** (2): 208- 220.
- ADAY, L. A., BEGLEY, C. E., LAIRSON, D. R. & SLATER, C. H. (1993): Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor, MI: Healthy Administration Press.
- AGARWAL, S. & SRIVASTAVA, A. (2009): Social Determinants of Children's Health in Urban Areas in India. -Journal of Health Care for the Poor and Underserved, **20**: 68- 89.
- ANDERSEN, R.M. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? -Journal of Health and Social Behavior, **36**: 1- 10.
- BELKIN, M., SUCHMAN, E., ROSENBLATT, D. & JACOBZINER, H. (1964): Mothers' Utilization of the Child Health Station and Evaluation of the Child Health Conference. -American Journal of Public Health, **54** (12): 2023-2032.
- BORK, T., BUTSCH, C., KRAAS, F. & KROLL, M. (2009): Neue Risiken für die Gesundheit. -Deutsches Ärzteblatt, **39**: 1877- 1881.
- BUTSCH, C. (2008): Access to Healthcare in the Fragmented Setting of India's Fast Growing Agglomerations- A Case Study of Pune.- In: BOHLE, H.-G. & WARNER, K. (Hrsg.): Megacities: Resilience and Social Vulnerability. SOURCE, **28**: 62- 72.
- CHINAI, R. (2005): Getting Health to Vulnerable Communities.- In: Bulletin of the World Health Organisation, **83** (11): 801- 880.
- City and Industrial Development Corporation of Maharashtra (2008): Health Infrastructure, Facilities Personnel and Services in Navi Mumbai. Belapur: CIDCO.
- DONABEDIAN, A. (1971): Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. -Milbank Memorial Fund Quarterly, **50**: 103- 154.
- DUGGAL, R. & GANGOLLI, L. V. (2005): Review of Health Care in India. Mumbai: CEHAT.
- FLICK, U. (2007): Qualitative Sozialforschung- Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- FRENK, J. (1992): The Concept and Measurement of Accessibility.- In: WHITE, K. L. (Hrsg.): Health Service Research: An Anthology. Washington DC: Pan American Health Organisation. 842- 855.

- FREUDENBERG, N., KLITZMAN, S. & SAEGERT, S. (2009): *Urban Health and Society: Interdisciplinary Approaches to Research and Practice*. San Francisco: Wiley.
- FROST, L. J. & REICH, M. (2008): *Access: How do Good Health Technologies Get To Poor People in Poor Countries?* Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.
- GEE, G. C. & PAYNE-STURGES, D. C. (2004): Environmental Health Disparities: A Framework Integrating Psychosocial and Environmental Concepts. -*Environmental Health Perspectives*, **112** (17): 1645- 1675.
- GERTLER P. & RAHMAN O. (1994): Social Infrastructure and Urban Health.- In: PERNIA, E.M. (1994): *Urban Poverty in Asia. A Survey of Critical Issues*. New York: 127- 165.
- GHOSH, M. D. (2008): Public-Private Partnership in Health Care.- In: RAMANI, K.V., MAVALANKER, D., GORIL, D. (Hrsg.): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. New Delhi: 1- 6.
- GLASER, B. G. & STRAUSS, A.L. (2005): *Grounded Theory- Strategien der qualitativen Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- GOLD, M. (1998): Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Health Care in Today's Market. -*Health Services Research*, **33** (3): 625- 652.
- GOLDSTEIN, G. (1990): Urbanization, Health and Well-Being: A Global Perspective. -*The Statistician*, **39** (2). 121- 133.
- Government of India (2007): *Constitution of India*. New Delhi: Ministry of Law and Justice.
- GUAGLIARDO, M. F. (2004): Spatial Accessibility of Primary Care: Concepts, Methods and Challenges. -*Journal of Health Geographics*, **3** (3): 88- 101.
- HALFDAN, M. (1975): Report to the 28th World Health Assembly. -*WHO Chronicle* **29**: 337- 349.
- HART, T. (1971): The Inverse Care Law. -*Lancet*, **1** (7696): 405- 412.
- HUGES, D. C. & NG, S. (2003): Reducing Health Disparities among Children. - *The Future of Children*, **13** (1): 152- 167.
- International Institute of Population Sciences (2007): *National Family Health Survey (NFHS-3) 2005-2006, India*. Mumbai: International Institute of Population Sciences.
- JAIN, D. & STEPHENS, R. (2008): *The Struggle for Access to Treatment for HIV/AIDS in India*. New Delhi: Human Rights Law Network.
- MAYRING, P. (2002): *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlag.

- MEADE, M. S. & EMCH, M. (2010): *Medical Geography*. New York: The Guilford Press.
- MAHADEVIA, D. & NARAYANAN, H. (1999): *Shanghaing Mumbai – Politics of Evictions and Resistance in Slum Settlements*. -Centre for Development Alternatives, **7**: 1- 46.
- MOONEY, G. & BLACKWELL, S. (2004): *Whose Health Service is it anyway? Community Values in Health Care*. –Medical Journal of Australia, **180** (2): 76-78.
- Municipal Corporation of Greater Mumbai (2010): *Human Development Report Mumbai 2009*. New Delhi: Oxford University Press.
- OBRIST, B. et al. (2007): *Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action*. –Public Library of Science Medicine, **4** (10): 1584- 1587.
- PARKES M., PANELLI, R. & WEINSTEIN, P. (2003): *Converging Paradigms for Environmental Health Theory and Practice*. –Environmental Health Perspectives, **111** (5): 669- 674.
- PENCHANSKY, R. & THOMAS, J. W. (1984): *Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services*. –Medical Care, **22** (6): 553- 568.
- PENCHANSKY, R. & THOMAS, J.W. (1981): *The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. -Medical Care, **19**: 127- 140.
- PENCHANSKY, R. (1976): *Book Review: Access to Medical Care*. -Medical Care, **14**: 642.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1983): *A Report on the Ethical Implications of Differences in the Availability of Health*. -Services Securing Access to Health Care, **1**. 1- 25.
- RAO, S. R. (2008): *Governance in Health Systems*. In: RAMANI, K. V., MAVALANKER, D. & GORIL, D. (Hrsg.): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. New Delhi: 65- 71.
- RICKETTS, T. C. & GOLDSMITH, L. J. (2005): *Access in Health Services Research: The Battle of the Frameworks*. –Nursing Outlook, **53** (6). 274- 281.
- SACHS, J. D. (2008): *Scaling Up Health in Low Income Settings*. In: RAMANI, K. V., MAVALANKER, D. & GORIL, D. (Hrsg.): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. New Delhi: 1- 6.
- SUDARSHAN, H. (2008): *Good Governance in Health Services*. In: RAMANI, K.V., MAVALANKER, D. & GORIL, D. (Hrsg.): *Strategic Issues and Challenges in Health Management*. New Delhi: 72- 83.

- TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. (2004): Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, **20** (2): 190- 198.
- United Nations Research Institute for Social Development (2006): *Equitable Access to Health Care and Infectious Disease Control*. Conference News 2006. Rio de Janeiro: UNRISD.
- VERMA, R. (2003): Beliefs Concerning Sexual Health Problems and Treatment Seeking Among Men in an Indian Slum Community. – *Culture, Health & Sexuality*, **5** (3): 265- 276.
- WAMSER, J. & MÜLLER-BITTNER, A. (2004): Bombay. Indiens Wirtschaftsmetropole unter internationalem Einfluss. -*Geographie heute*, **25** (221 & 222): 28- 33.
- WHITEHEAD, M. & DAHLGREEN, G. (2007): Social Inequities in Access to Health Services. -In: World Health Organisation (2007): *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: WHOLIS.
- WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G. & EVANS, T. (2001): Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap? - *Lancet*, **358** (9284): 833– 836.
- WILSON, D.W. (1990): Health of Inner Cities and Urban Areas: Concepts, Perspectives, Reality and Research. -*The Statistician*, **39** (2): 111- 113.
- World Bank (1991): *Gender and Poverty in India*. A World Bank Country Study. Washington: World Bank Country Studies.
- World Health Organisation (2009): *Health in Asia and the Pacific*. Geneva: SEARO. Nonserial publication service.
- World Health Organisation (2000): *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (1978): *Declaration of Alma Ata: Report on the International Conference on Primary Health Care*. Geneva: WHO.
- YESUDIAN, C.A.K. (1998): *Primary Health Care Management*. Mumbai: Tata Institute of Social Sciences. (unveröffentlicht).
- YESUDIUAN, C.A.K. (1995): *Turbhe Health and Development Project: An Experiment in Urban Primary Health Care*. Mumbai: Tata Institute of Social Sciences. (unveröffentlicht).
- YESUDIAN, C.A.K. (1988): *Health Services Utilization in Urban India*. Delhi: Mittal Publications.

Internetquellen

- Google Maps (2010): Navi Mumbai. http://maps.google.de/maps?q=maps&rlz=1I7SKPB_de&um=1&ie=UTF-8&sa=N&hl=de&tab=wl. 10.10.2010.
- Ministry of Health and Family Welfare (2010): TBC India-Keyfacts. <http://ww.tbcindia.org/key.asp>. 04.11.2010.
- Ministry of Health and Family Welfare (2002): National Health Policy. <http://mohfw.nic.in/kk/95/ii/95ii0101.htm>. 05.11.2010.
- Ministry of Women and Child Development (2010): Integrated Child Development Services (ICDS) Scheme. <http://wcd.nic.in/icds.htm>. 04.11.2010.
- World Gazetteer (2010): Bevölkerungsstatistik Mumbai. <http://bevoelkerungsstatistik.de/wg.php?x=1183078487&men=gpro&lng=de&dat=32&geo=104&srt=pnan&col=aohdq&pt=c&va=&geo=39228128>. 06.11.2010.
- World Health Organisation (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. 30.11.2010.
- World Health Organisation (2010): Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/en. 07.11.2010.

8. Anhang

8.1 Abbildungen

Tabelle 4: Gesundheitsanbieter im öffentlichen und privaten Sektor

Type of Service Provider	MCGM Owned	Government Owned	Private Owned
Hospitals / Maternity Homes / Nursing Homes	51	29	1500
Beds	11700	9000	20000
Dispensaries / Clinics	185	50	30000
Post Partum Centres	30	-	-
Health Posts	176	-	-

Quelle: MCGM 2010: 111

Tabelle 5: Einwohner pro Krankenhausbett in Mumbai

Area	Population (Mid-Year Estimates of 2007)	Municipal Hospitals		Other Hospitals	
		Number of Beds	Population Per Bed	Number of Beds	Population Per Bed
City	3700098	6386	579	13577	273
Western Suburbs	5689012	2059	2763	8972	634
Eastern Suburbs	3888610	1702	2285	4723	823
Greater Mumbai	13277720	10147	1309	27272	487

Quelle: MCGM 2010: 122

Tabelle 6: Gesundheitseinrichtungen in Mumbai

Primary	Public					Private			
	Number	Secondary	Number	Tertiary	Number	Primary	Number	Secondary & Tertiary	Number
1. Health Posts	168	1. Peripheral Hospitals	16	1. Major Teaching Hospitals	4	1. General Practitioners (GPs)	4663	1. Nursing Homes	1258
2. Dispensaries	162	2. Maternity Homes	5					2. Hospitals	175
3. Post Partum Centres (PPC)	22	3. Speciality Hospitals	26					3. Super Speciality Hospitals	5

Quelle: MCGM 2010: 120

Tabelle 7: Besuchte Einrichtung nach Einkommen und Angabe von Gründen

Provider	Income of the Household Surveyed					Household Average
	< Rs. 5000	Rs. 5000-7500	Rs. 7500-10000	Rs. 10000-20000	>Rs. 20000	
Private Doctor	56.1	65.2	71.5	72.9	72.8	66.0
Municipal Hospital	35.3	24.8	15.4	7.2	3.0	21.1
Private Hospital	8.7	10.1	13.1	19.9	24.3	13.0
Reason for Choice						
Distance	33.5	36.4	33.1	29.7	22.6	32.9
Cost	33.0	20.0	10.7	3.3	1.3	17.3
Quality	32.3	42.7	55.3	66.1	74.8	48.8
Other Reasons	1.2	1.0	0.8	0.9	1.3	1.0

Quelle: MCGM 2010: 124

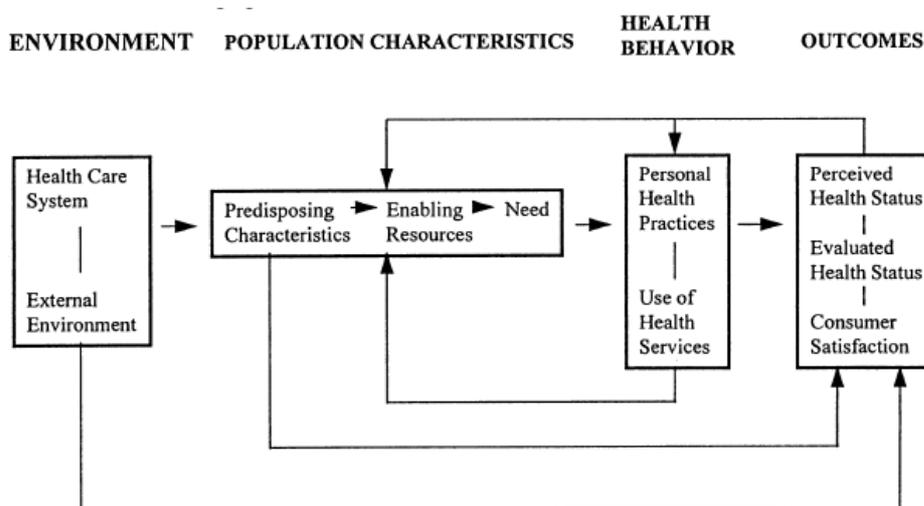


Abbildung 9: Das Zugangsmodell von ADAY & ANDERSEN

Quelle: ADAY & ANDERSEN (1974: 8)

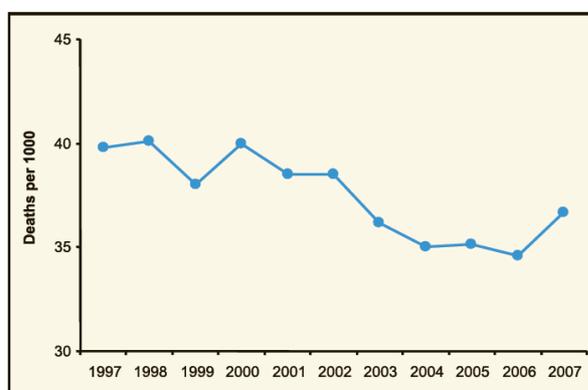


Abbildung 10: Säuglingssterblichkeit in Mumbai 2006/2007

Quelle: MCGM 2010: 116

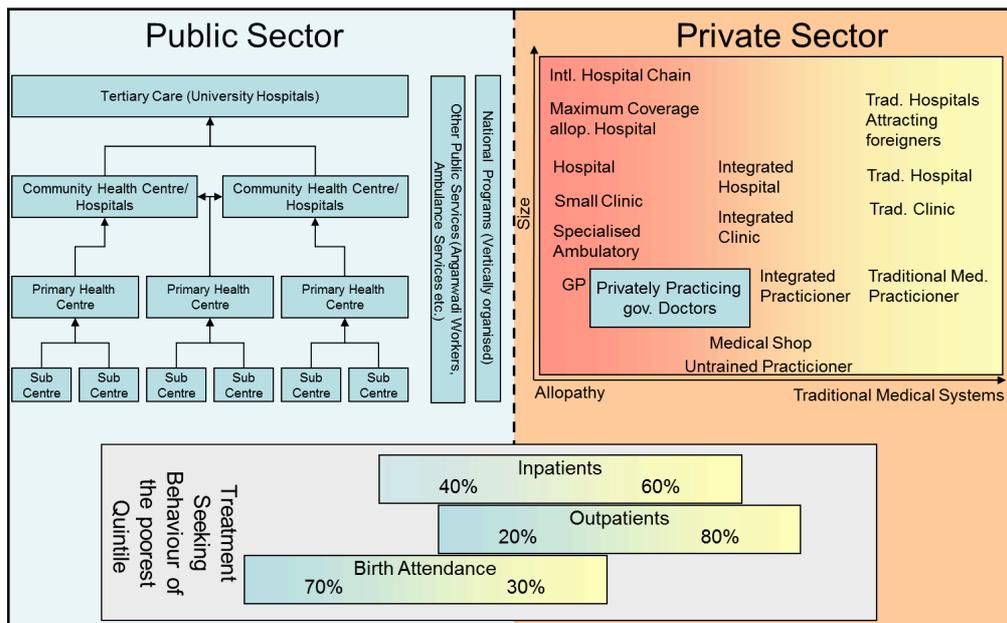


Abbildung 11: Der öffentliche und der private Gesundheitssektor

Quelle: BUTSCH 2008: 65

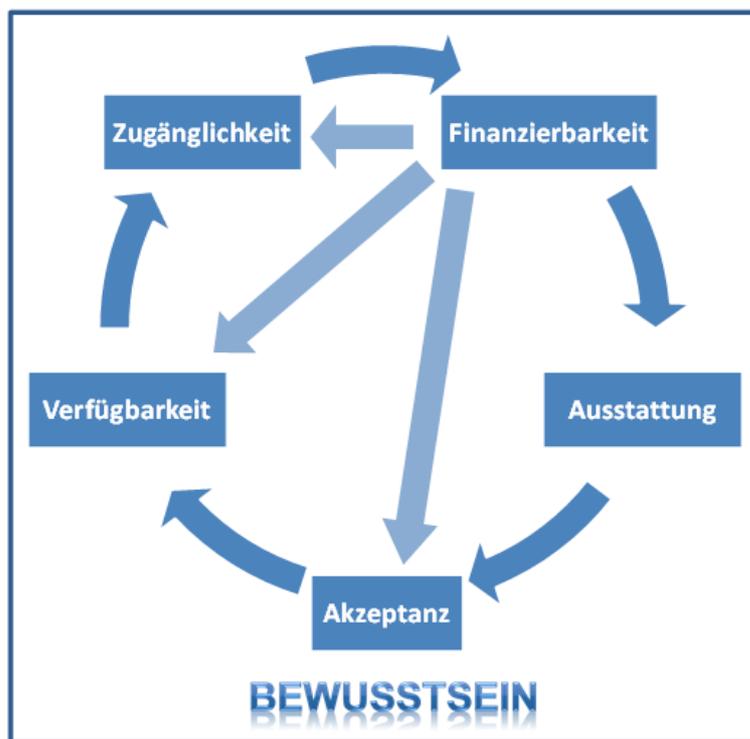


Abbildung 12: Die Abhängigkeit der fünf Dimensionen

Quelle: eigener Entwurf

8.2 Übersicht der geführten Interviews

Datum	Name	Adresse	Kurzbeschreibung
9.8.10	Professor	International Institute of Population Sciences	Forschungsschwerpunkte: HIV/STI in Mumbai, Social Demography, Health Services Delivery and Management, Public Health, Reproductive and Child Health, International Migration, Population Ageing, Gender Issues, History of Population and Health.
9.10.10	Professor	International Institute of Population Sciences	Durchführung der Youth in India Study Forschungsschwerpunkte: Mortality Analysis, Modeling of HIV/AIDS, Reproductive Health, and Large Scale Survey Research
27.7.10	Professor	Tata Institute of Social Sciences	Behavioural and Health Systems Research , Health and Social Care policy, Mental Health, Developing frameworks to assess equity and empowerment for health improvements
13.8.10	Professor	Tata Institute of Social Sciences	Public Health, Mortality Analysis, Fertility and Family Planning, Reproductive Health, Child Nutritional Status, and Survey Research Method, Worked in the areas of reproductive and child health, decomposition and simulation analysis of contraceptive use
19.7.10	Arzt	Aarya Multispeciality Hospital & ICCU, Kamothe	Pädiatrie, Private Klinik, regelmäßige Health Camps, wird das Krankenhaus verlassen, spricht Korruption an
3.8.10	Ärztin	Mahada NMMC, Sector 14, Vashi	Niedergelassene Allgemeinärztin, behandelt auch ohne Bezahlung
17.8.10	Ärztin	Can Cure Multispecialization Hospital, Sector 10, Vashi, Navi Mumbai	Ärztin in einem privaten Krankenhaus, behandelt auch ohne Bezahlung
2.8.10	Direktor	Chairman & Managing Director BioPure HealthCare (P) Limited	Er unterstützt die Micro Health Insurance, welche grundlegende medizinische Versorgung für 10 Rupien pro Monat für die arme Bevölkerung sicherstellt.; Ziel: Vertically integrated Health Plan

8.8.10	Pastor und Direktor	Social & Evangelical Association, Ashram, Nichtregierungsorganisation	“Mutter Theresa von Mumbai”, NGO, funktioniert als Vermittler zwischen verwaarlosten Menschen auf der Straße, die medizinische Hilfe benötigen. Bevor sie behandelt werden, werden Wunden gereinigt
20.7.10	Bumika Laddy ⁷	Central Road South, Turbhe Slum, Navi Mumbai	Mutter von Kindern im Day Care Centre Turbhe
22.7.10	Soman Sharma	Central Road South, Turbhe Slum, Navi Mumbai	Mutter von Kindern im Day Care Centre Turbhe
22.7.10	Nandita Chuidhavi	Central Road South, Turbhe Slum, Navi Mumbai	Mutter von Kindern im Day Care Centre Turbhe
29.7.10	Lata Chalakel	Eternal Hope Charity Mission (NGO)	Lehrerin im Day Care Centre im Turbhe Slum, selbst im Slum aufgewachsen, kennt die Schüler und das Government Hospital
4.8.10	Krankenschwester	Avalon International High School, Sector 26, Vashi	Krankenschwester an der Avalon Heights International School, hat schon in vielen Slums gearbeitet, Mitglied Operation Mobilization India
13.8.10	Vaishnavi Kumar	Sector 28, Vashi, Navi Mumbai	Mutter von Kindern in der Avalon Heights International School
21.7.10	Sharmila Metha	Avalon Height International School	Teacher and mother at Avalon Heights International School (AHIS)

Kurze Informationsgespräche:

Professor and Dean of School of Health Systems Studies, TISS

Director, The Vatsalya Foundation (NGO)

Vergleich des Zugang zur Gesundheitsversorgung:

Day Care Center Turbhe Slum, Turbhe, Navi Mumbai

Avalon Heights International School, Vashi, Navi Mumbai

⁷ Es wurden die Namen der befragten Mütter und Lehrerinnen geändert.

8.3 Leitfragebogen der Experteninterviews

University of Cologne, Germany
Institute of Geography
Prof. Dr. Kraas
Stephanie Leder

Questionnaire Access to Health Care Services for Children in Mumbai/India

Gender:
Age:
Profession:

Questions for Stakeholders

What types of health care services exist for children?

Which organisations offer these services?

Which organisations yield the best effect in health care? Why?

Which barriers determine access to health care services for children?

Which strategies would help to raise awareness of health risks?

How could the broad society be addressed to protect children from diseases?

How far are services away from the homes of the intended users?

By what means of transport can they be reached? How much time does it take?

Are there enough doctors/nurses/hospitals?

Do the offered products and services cover the need of poor people?

Do the supplies suffice to cover the demand of health care education for children?

What are the costs of the services and products delivered through the services?

What are the indirect costs in terms of transportation, lost time and income, bribes and other “unofficial” charges?

Are the services well organized?

Are the facilities hygienic?

Are the opening hours sufficient for families to bring their children?

Are the services focused on children? Are the special needs of children considered?

Are information and explanation adjusted for children?

Do you think that children, parents and teachers trust in health care providers?

8.4 Leitfragebogen für Interviews in Turbhe und Vashi

University of Cologne, Germany
Institute of Geography
Prof. Dr. Kraas
Stephanie Leder

Questionnaire Access to Health Care Services for Children in Mumbai/India

Gender:
Age:
Profession:

Questions for Parents and Teachers:

How many children do you have? How old are they?
Where do you go to the doctor with them? What is his or her name?
How often do you go to the doctor?

How far is the doctor from here?
How long does it take to go there?
How do you get there?

Which fees do you have to pay for the doctor/ transportation/ lost income?
Are there any other costs?

How long do you have to wait until it is your turn?
Do you feel comfortable at the hospital?
Do you think the hospital is clean?
Do you feel that the hospital is well organised?
What are the opening hours?
Do you have enough time to go to the doctor during the opening hours?

Do you like going to the doctor with your children?
Do you feel welcome at the hospital?
Are you satisfied with your doctor?
Do you trust the doctor?

8.5 Schülerfragebogen zum Ausfüllen

Questionnaire for students at Avalon Heights International School
Access to Health Care Services for Children in Mumbai/India

Gender: female male

Age:years

1. Do you feel healthy at the moment? Yes No Somewhat

Can you explain why?.....

2. Do you have a family doctor where you usually go to? Yes No

His/her name is: He/She is in (address).....

3. How long does it take to go to your doctor from your home?

- ca. 0-5 Min. 6-10 Min. 11-20 Min. 21-30 Min. 31-45 Min.
 46-60 Min. more than 60 Min.

4. How do you get to the doctor?

- by foot by car by bus by Rickshaw Other:

5. How long do you have to wait at the doctor's office before it is your turn?

- not at all < 5 Min. <15 Min. < 30 Min. < 45 Min. >60 Min.

6. Do you like going to the doctor? Why or why not? Is it easy to go to the doctor?

.....

7. How often do you go to the doctor? more than once a month once a year

- less than once a year

8. When did you go to the doctor the last time? Why (optional) ?

.....

9. Do you receive routine examinations or health check-ups from a doctor?

- Yes No

If yes, how often or how many times have you had one?

- once a year never other:.....

10. Do you have a health insurance? Yes No I don't know

11. Are you immunized? Do you know against which diseases you are immunized?

12. Have you been stationed in a hospital?

- Yes No

If yes, where? How long?

Why were you in hospital? (optional)

13. Who teaches you about how to stay healthy?

- My parents my doctor my teachers at school TV
 Advertisements Other:

14. What have you learned?

- Which diseases exist How diseases spread how to eat healthy
 how to stay healthy

15. What can you do to stay healthy?

.....
16. Do you feel well informed about health risks? Yes No Somewhat

17. What makes you sick?

.....
18. Do you know how to protect yourself from communicable diseases?

- Yes No Somewhat

If you have some ideas, how, please write them down:

.....
19. Would you like to know more about staying healthy? Yes No

20. Do you think other people are better informed than you? Yes No

Why?

21. Do other people have more options to protect themselves from diseases? Why?

.....
22. Do you have flyers, books or brochures about how protect yourself from diseases (like malaria for example)? Yes No

23. Do you know ways how to improve your nutrition and to maintain a healthy weight?

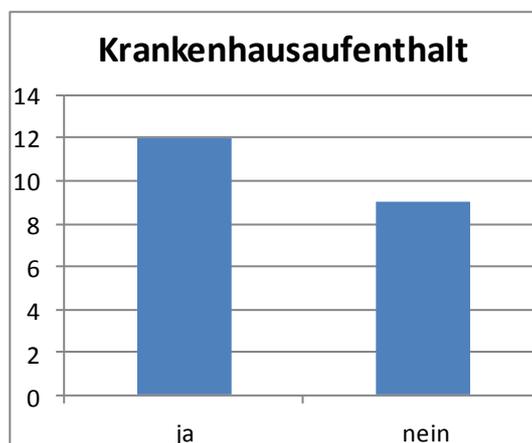
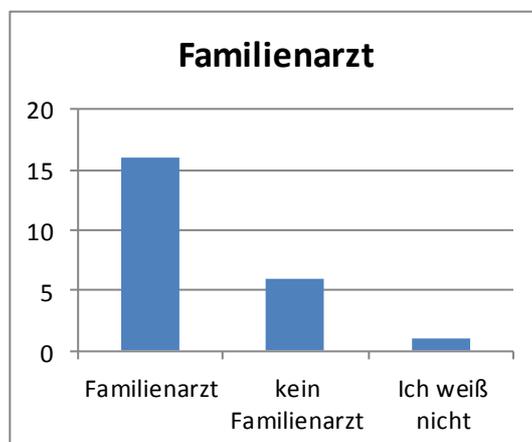
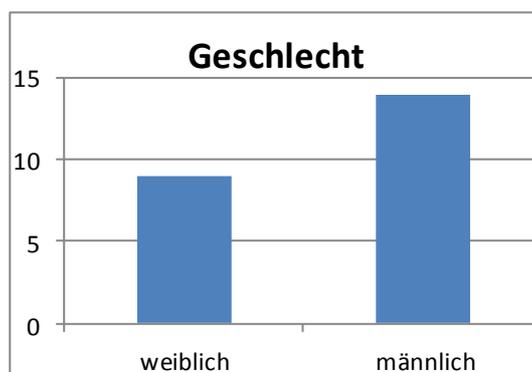
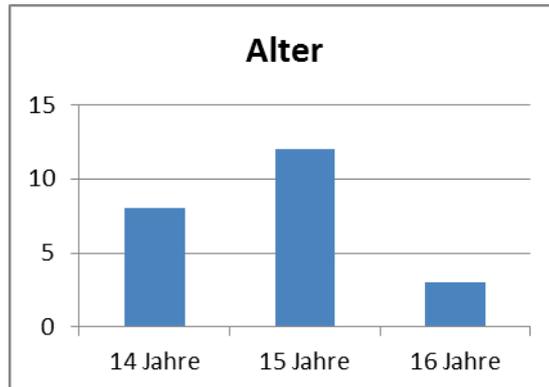
- Yes No

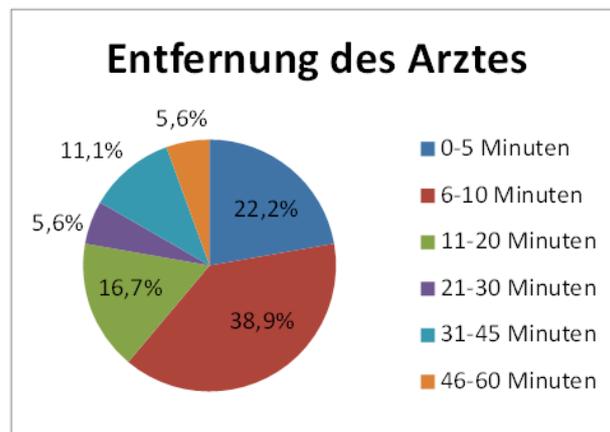
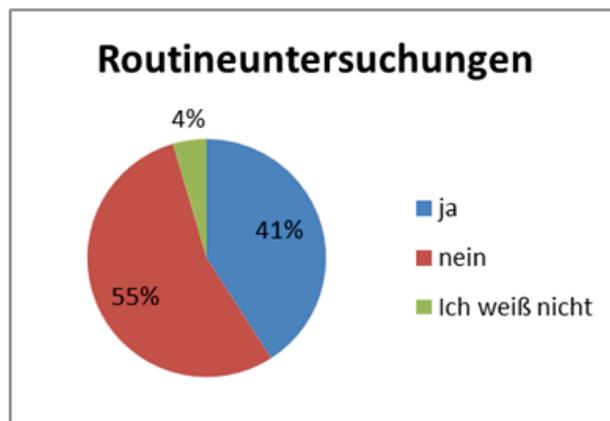
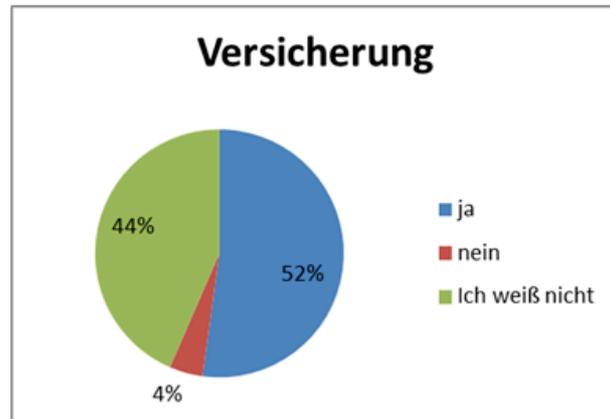
24. Do you watch that you drink and eat healthy? Yes No

25. Were you informed about healthy nutrition? Yes No Where?

☺ Thank you! ☺

8.6 Auswertung der Schülerfragebögen an der AHIS





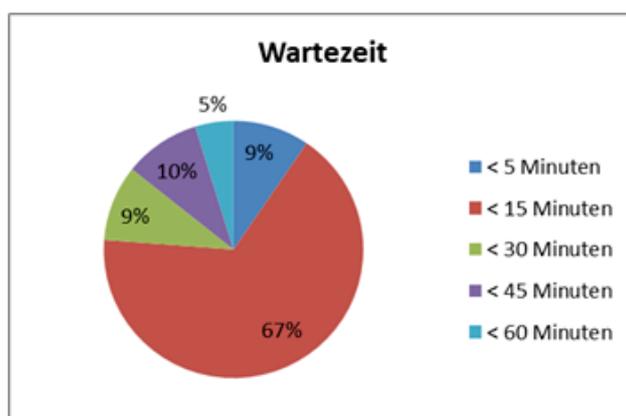
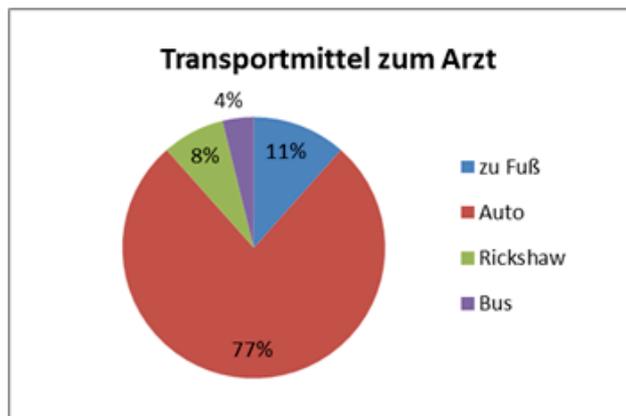


Tabelle 8: Fragen zur Gesundheitsversorgung

Fragen zur Gesundheitsversorgung	Ja	Nein
Würdest du gerne mehr wissen?	22	1
Sind andere besser informiert als du?	15	8
Hast du Broschüren o.ä. über Gesundheitsprävention?	14	9
Weißt du wie du dich vor Ansteckungen schützen kannst?	19	4
Achtest du auf deine Ernährung?	15	8
Wurdest du über gesunde Ernährung informiert?	19	4

Quelle: eigener Entwurf

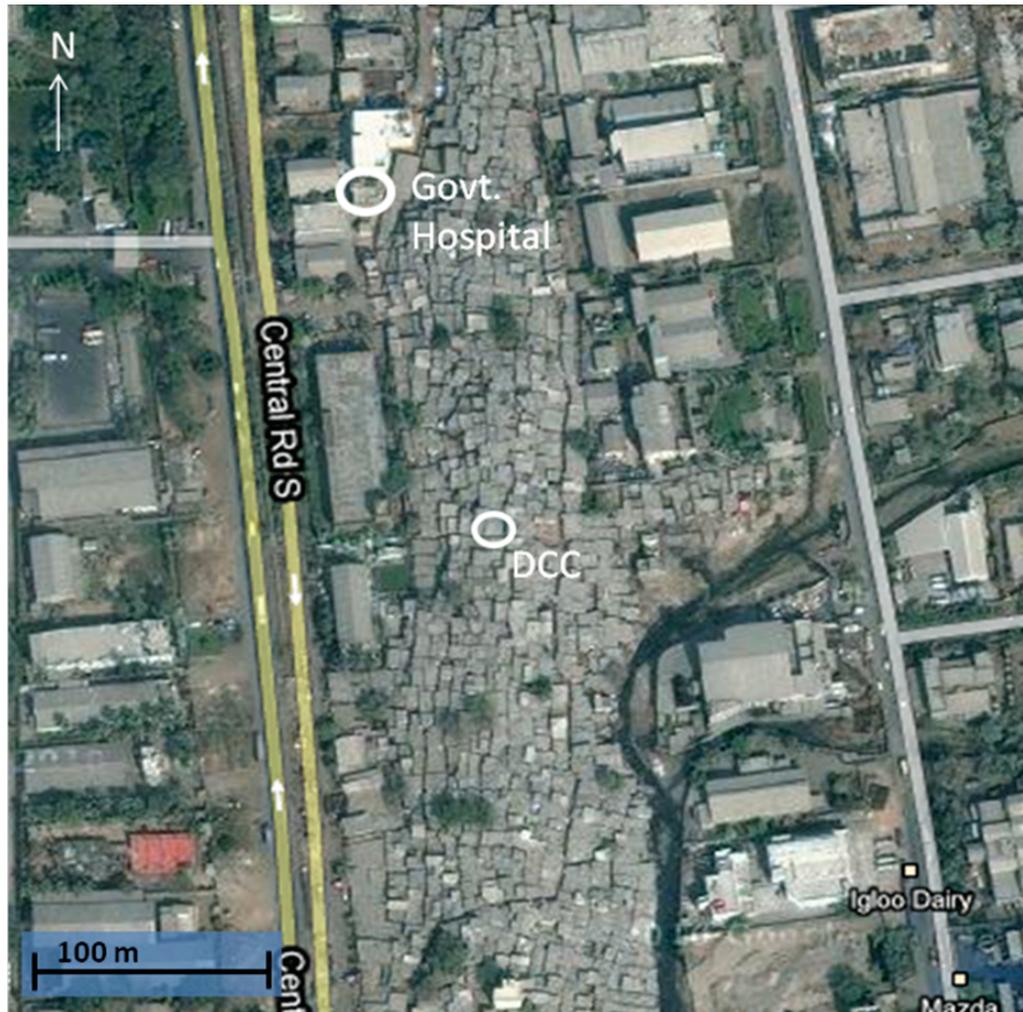


Abbildung 15: Entfernung vom DCC zum Government Hospital in Turbhe

Quelle: verändert nach Google Maps 2010

8.8 Entwicklungsplan Mumbai

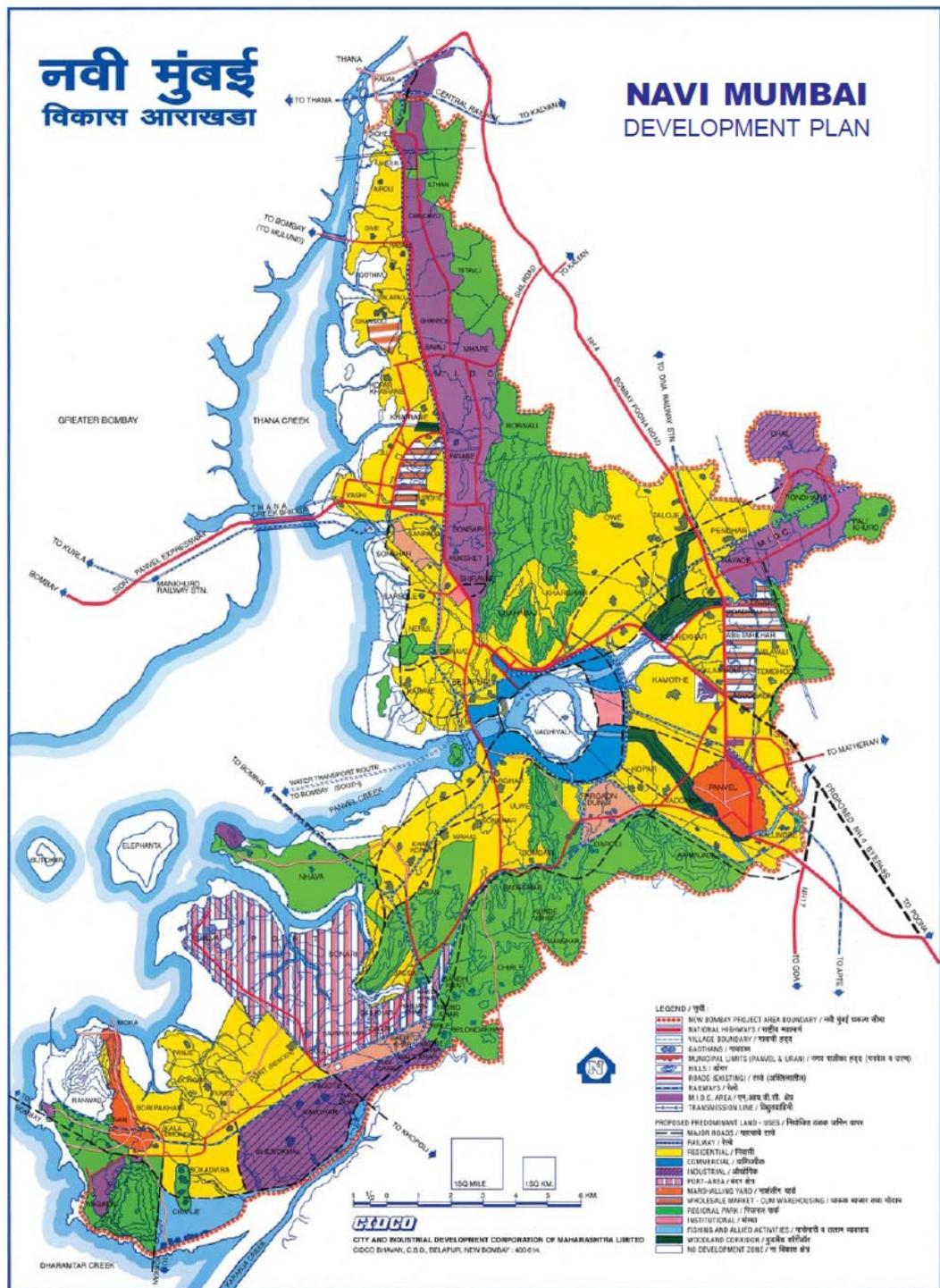


Abbildung 16: Entwicklungsplan Navi Mumbai

Quelle: CIDCO (2008): Health Infrastructure, Facilities Personnel and Services in Navi Mumbai. Belapur: CIDCO.

8.9 Fotos



Abbildung 17: Das Klassenzimmer im Day Care Centre des Turbhe Slums

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 18: Eine Lehrerin mit ihren Schülern

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 19: Im Turbhe Slum

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 20: Ein nicht gemeldeter Arzt im Turbhe Slum

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 21: Der zentrale Platz im Turbhe Slum

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 22: Die Avalon Heights International School in Vashi

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 23: Der tägliche Morgenappell auf dem Schulhof der AHIS

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 24: Im Klassenraum der AHIS

Quelle: eigene Aufnahme



Abbildung 25: Das MGM Hospital in Vashi

Quelle: MGM New Bombay Hospital- Health Check up Programme-Flyer

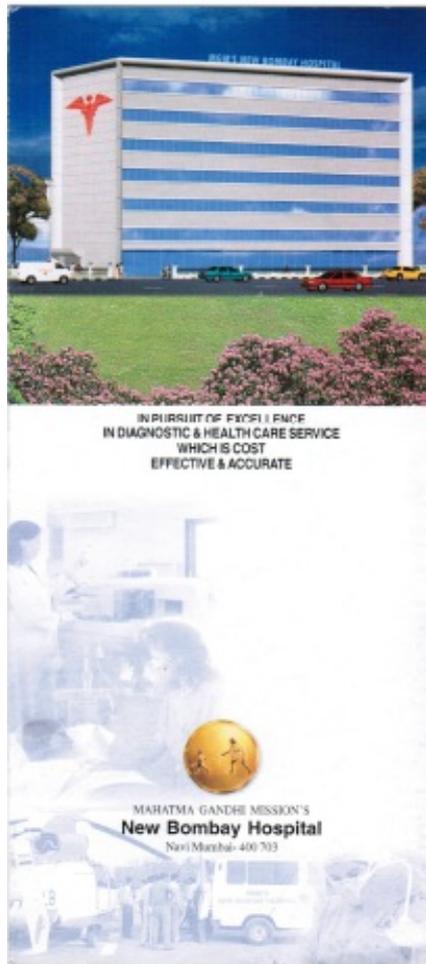


Abbildung 26: Flyer des MGM New Bombay Hospitals

Quelle: MGM New Bombay Hospital (2010)

8.10 Zeitungsartikel aus der Times of India

Hospitals overrun by monsoon ailments

Pratibha Masand | TNN

Mumbai: The deluge of patients laid low by monsoon diseases has literally changed KEM Hospital's casualty ward. The waiting space that was earlier reserved for patients and their relatives has now been turned into a separate OPD for patients with monsoon ailments. The help desk has morphed into an observation corner of sorts with six beds.

"These six beds have been set up for patients who need to be observed for a few hours before they can either be shifted to another ward or sent home," said a nurse in the ward. "It has become much easier after a separate OPD has been set up for monsoon ailments as a majority of people coming nowadays are complaining of fever only," added the nurse. However, the observation ward has been set up just in front of the paediatric OPD, which means that there is always a huge crowd around the area.

This story of an overflowing ward is, however, not limited just to KEM Hospital. Almost all public hospitals in the city, not to mention the private clinics, are full of patients with either high fever, an upset stomach, a bad cold or are retching uncontrollably. In Sion and KEM hospitals, for example, there are almost as many mattresses as there are beds in each of the fever wards—not for the patients' relatives, but for patients themselves.

"For consulting a doctor in a private clinic in my locality, I had to wait for two-and-a-half hours. It has never taken more than 30 minutes for a consultation earlier," said Tanisha Gokhale, a resident of Dahisar, who needed a consultation for viral fever on Monday.

Monsoon diseases have so far claimed 22 lives in July, with malaria alone claiming 14. Doctors feel patients also need to take responsibility for the uncontrolled epidemics. "While cold and flu are the most common complaints, we are also getting patients with high fever and/or diarrhoea and chills. These have to be sent for testing for malaria and dengue. The worst part is that most people rush back to work without recovering completely, which causes a relapse or adds to their ailment," said Dr S Taljar, a general practitioner.

J J Hospital, too, has been getting more patients than usual for monsoon illnesses. "We are getting a lot of patients suffering from some or the other monsoon ailments. We get around 30-40 people suffering from fever everyday, out of which 3-4 test positive for malaria," said Dr T P Lahane, dean, J J Hospital, adding, "All the 240 beds that we have in the medicine wards are currently full."



THE OVERFLOW: The scene at one of the corridors outside the emergency ward of KEM on Tuesday. One of the overflowing wards (below)



Disease	Cases	Deaths
Fever	6,602	1
Malaria	2,752	14
Gastroenteritis	2,188	0
Leptospirosis	62	6
Dengue	53	1
Total	11,657	22

Abbildung 27: Artikel „Hospitals overrun by monsoon ailments“

Quelle: Times of India, 26.07.2010

10/17.7

Malaria cases swamp hospitals

TIMES NEWS NETWORK

Mumbai: The BMC may be tackling the outbreak of malaria on a war footing, but it's losing the battle as hospitals across the city are swamped with people showing symptoms of the disease. More than 45% of beds in private and public hospitals as well as nursing homes are being occupied by patients suffering from fever and malaria. It's little wonder then that Mumbai has earned the dubious distinction of being the country's malaria capital, accounting for more than 40% of all cases in Maharashtra.

Officials from the BMC have admitted that there has been an alarming surge in the number of malaria cases—since the start of this year, close to 9,000 Mumbaiers have fallen victim to the mosquito's deadly sting.

KILLER STATS

Deaths due to malaria in July: 8

Most malarial deaths in Mumbai are caused by the **Falciparum** strain

The milder **vivax** strain is becoming more **virulent**

Over **45%** of hospital beds (**nearly 17,000**) across the city—including private and civic hospitals—are filled with patients suffering from fever and malaria

The figure for nursing homes is **75%-90%**

“There has been a 20% increase in the number of malaria cases this year. The good news, though, is that the mortality rates are lower than last year.

- ▶ ‘Only serious cases’, P 2
- ▶ Related reports, P 2 & 14

Abbildung 28: Artikel „Malaria cases swamp hospitals“

Quelle: Times of India, 17.07.2010

Hospitals admitting only serious patients

Yamini Panchal

DIFFERENT STRAINS

There are four types of human malaria

- 1 **Plasmodium falciparum**
- 2 **Plasmodium vivax**
- 3 **Plasmodium malariae**
- 4 **Plasmodium ovale**

■ A mixed strain occurs when a mosquito is a carrier of both parasites, and when a patient is bitten by two mosquitoes carrying two different strains of parasite

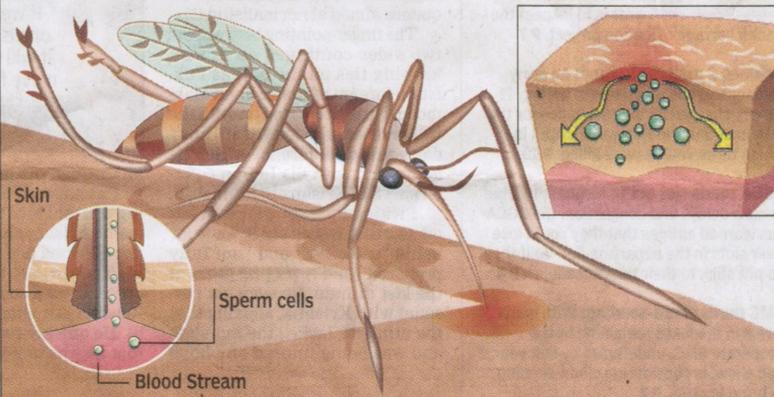
■ **Vivax malaria** | Is a benign strain, which results in fever and shivering that lasts for a few days. Anti-malarial treatment works on most patients

■ **Falciparum malaria** | Is more deadly with high rates of mortality. Often patients develop complications in the liver, kidneys and the brain making diagnosis and treatment difficult

A DEADLY CYCLE

Malaria is caused by a parasite called Plasmodium transmitted via mosquitoes

- 1 The malarial sperm cell fertilises an egg cell in the gut of a mosquito. A parasite sporozite is born. The mosquito passes sporozites via its saliva into the human victim
- 2 Once in the victim's blood stream, the sporozites penetrate liver cells and start reproducing. The sporozites multiply until the liver cells begin to rupture
- 3 Newly formed sporozites re-enter the blood stream and attach themselves to blood cells. Infected red blood cells burst, infecting other blood cells
- 4 This cycle depletes the body of oxygen and causes fever and chills. A dormant version of the parasite travels through the host's blood stream to be ingested by another mosquito to carry it to a new host



HOT SPOTS

■ **Worst affected areas in Mumbai**

Worli, Prabhadevi, Kalachowkie, Sewri, Cotton Green, Bandra, Mahalaxmi, Khar (W), Santa Cruz (W), Vile Parle (E), Andheri (E), Jogeshwari (E), Chandivali, Chunabhatti

NUMBER CRUNCHING

BLOOD SAMPLES COLLECTED EVERY DAY BY BMC	BLOOD SAMPLES COLLECTED FROM JULY 1-15	SAMPLES TESTED POSITIVE IN JULY	DEATHS DUE TO MALARIA FROM JANUARY TO JUNE
3,500 slides	60,843	6,899	24

DEARTH OF HOSPITAL BEDS

Around 45% of hospital beds across the city—including private and civic hospitals and nursing homes—are filled with patients suffering from fever and malaria	In civic hospital, close to 500-900 patients are admitted only for malaria and fever nearly every day	OPDs are flooded with fever cases as civic hospitals treat around 5,000 patients daily
---	---	--

TIMES NEWS NETWORK

Mumbai: Wards at civic hospitals are packed to their capacity, so much so that every bit of floor space is taken up by patients. The already skewed patient-bed ratio of one is to 3,000 has become worse since the outbreak. BMC's executive health officer Dr Girish Ambe said: "More than 25% of the civic beds are occupied by patients suffering from malaria and fever. Nearly 4,000 people have already been hospitalised this month." A senior doctor at the civic-run KEM Hospital said that doctors are admitting only serious cases: "We treat the rest and send them home."

Private hospitals, nursing homes and general practitioners are also reporting a similar trend. "This year, the number of people coming down with malaria is overwhelming," said a consultant physician

infrastructure and construction work, lack of hygiene and inadequate means of vector control are the main reasons for the rise in malaria cases.

The dearth of beds is underlined by the fact that several smaller hospitals and nursing homes are admitting only those people who are critical. A case in point is the 15-bed Dr Gandhi's nursing home at Dadar, which is currently treating 13 malaria patients. "Over the past few weeks, 90% of my beds are being occupied by patients suffering from fever and malaria," said the director of the hospital, Dr Manoj Gandhi. He said that the same scene was being played out in other nursing homes in the area as well. At Good Health nursing home in Jogeshwari, 15 of the 24 beds are occupied by patients showing symptoms of the disease. "We have been turning away four to five patients every day as

Many of the larger and more expensive private hospitals have also noted the sudden surge. "We are mostly trying to treat malaria and fever patients on an OPD basis but some patients, out of fear, insist on hospitalisation," said Dr A V Hegde of the internal medicine department in P D Hinduja Hospital. In Jaslok Hospital, out of 64 patients treated for malaria around 29 had to be hospitalised.

Around 49 lab technicians at Kasturba Hospital are scanning more than 3,500 blood samples for malaria strains. "The staff's weekly holidays have been cancelled," said Dr Kishore Harugoli, assistant health officer, malaria surveillance. The BMC is discouraging doctors from prescribing malaria drugs indiscriminately. Nearly 3,500 doctors have been warned. "The state is conducting a study to see if there is any resistance to the first

Abbildung 29: Artikel „Hospitals admitting only serious patients“

Quelle: Times of India, 05.08.2010

‘Woman in labour is not med emergency’

State Shocks HC, Gets Showcause Notice

Shibu Thomas | TNN

Mumbai: The Bombay high court on Thursday issued a showcause notice to the state government on why a destitute woman who delivered on a Borivli railway platform, after private hospitals refused to admit her, should not be awarded compensation. The notice was issued even as the state government told the court that a woman in labour was not a medical emergency and could not be equated with an accident victim.

Rejecting the demand for free medical treatment for women in case of emergency childbirth, the state in its affidavit said “pregnancy and delivery are not real emergencies as the time lag from conception to delivery is about nine months”. The state’s claim that it had various schemes for poor pregnant woman under the National Rural health Mission, did not impress the court.

“There are many people in this country who do not possess I-cards. Your schemes are not for people with no identity,” remarked the judges,” adding, “What about women

“There are many people in this country who do not possess identity cards. Your schemes are only for people with I-cards

High Court To State Govt

who come here looking for work and stay on the streets. Don’t they have rights?”

The case before the court dates back to January 29, 2009, when Ariya Khan went into labour, but was turned away by two private clinics in Bhayander. She delivered a girl at Borivli railway station. Two constables took her to Bhagwati Hospital, where she was kept for a few days. Her baby died soon after they were discharged.

The PIL filed by a city resident sought aid from the government for pregnant women who cannot afford treatment at hospitals. Advocate Gayatri Singh, counsel for the petitioner, said that it must be made mandatory for the hospitals, including private institutions, to admit women who go into emergency labour. The lawyer also claimed that most schemes meant for mothers were not being implemented in the city.

Assistant government pleader N Pandit said that state hospitals do not ask for proof of payment capacity from pregnant women brought in the final stages of labour. The BMC’s lawyer claimed that Aariya was given free treatment for 14 days, but had not turned up at the hospital for a follow-up.

Abbildung 30: Artikel „Woman in labour is not med emergency“

Quelle: Times of India 06.08.2010



Abbildung 31: Todesfälle auf Grund von Malaria im Juli und August 2010

Quelle: Times of India 05.08.2010

After KEM, now Sion docs launch cleanliness drive

Doctors and medical students have been mopping and sweeping the hospital for the past 2 days



Sion hospital's cleanliness brigade first targeted the patients' waiting area and a garden on the sprawling hospital premises; garbage from these areas alone filled 60 bags

Yogesh.Sadhvani
@timesgroup.com

As the city grapples with malaria, the good news is cleanliness is spreading among hospitals. Less than two weeks after around 300 KEM doctors traded their stethoscopes for brooms to clean up the hospital premises on July 26, doctors at Lokmanya Tilak Municipal General Hospital, better known as the Sion hospital, have launched their very own cleanliness campaign.

For the past two days, around 50 people, including doctors and medical students scrub, mop and brush away paan spittle, empty sachets, left-over food and other trash from the hospital premises. The cleanliness campaign lasts a good five hours daily, putting a smile on patients' faces.

The Sion hospital's clean brigade first targeted the patients' waiting area and a garden on the sprawling hospital premises. From these two places alone, they managed to clear



FLASHBACK

We published this story on July 27, 2010



that say it all? We decided to clean up the place ourselves."

On Sunday, around 300 people 150 students and equal number of doctors - supported by hospital staff will join the cleanliness campaign Akshay Patil, student council secretary, said, "We will scrub the hospital clean and rid it of all the stains. You will see a sparkling clean hospital."

Abbildung 32: Artikel „After KEM, now Sion docs launch cleanliness drive“

Quelle: Times of India 16.08.2010

