

I EINLEITUNG

Die hier vorgelegte Arbeit befasst sich mit einem von Geographen¹ wenig behandelten Thema, dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. In gesundheitsbezogenen Fragestellungen wird häufig zunächst einmal Medizinern eine alleinige Kompetenz zugeschrieben. Gesundheit und Krankheit sind aber, wenn man von der Ebene des Einzelfalls abstrahiert, gesellschaftliche Konstrukte und Produkte gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse, die vielfältigen Einflussfaktoren (Umwelteinflüsse, Sozialstrukturen, etc.) unterliegen. Grundlegende Verbesserungen des Gesundheitszustandes waren in der Vergangenheit ebenso auf medizinischen Fortschritt wie auf ökonomische Entwicklung oder infrastrukturelle Innovationen (beispielsweise Wasserver- und -entsorgung) zurückzuführen. Gleichzeitig ist der Gesundheitszustand innerhalb von Bevölkerungen sehr heterogen, was durch die Angabe von Kennziffern auf relativ hohen Aggregationsebenen häufig verschleiert wird. So wird beispielsweise die allgemeine Lebenserwartung meist nur auf Ebene der Nationalstaaten angegeben, teilweise noch auf regionaler Ebene. Für alle Gesellschaften dieser Welt gilt, dass der individuelle Gesundheitszustand maßgeblich durch den sozioökonomischen Status determiniert wird (vgl. Butsch/Sakdapolrak 2010). Hierdurch ergeben sich oft sehr große Unterschiede für unterschiedliche Gruppen innerhalb einer Gesellschaft, die auch auf engstem Raum zu Tage treten können. Diese (sozial-)räumliche Variation von Gesundheit, ihre Ursachen, und die Identifizierung möglicher Lösungsansätze machen gesundheitsbezogene Fragestellungen auch für die Geographie interessant.

Die häufig als ungerecht empfundenen Gesundheitsdisparitäten abzubauen ist seit Beginn des 20. Jahrhunderts Anspruch der Gesundheitspolitiken in den Ländern Europas und – mit Einschränkungen – in den USA². In der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte wird der universelle Anspruch auf Gesundheit verbrieft:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen...“ (Artikel 25 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte³)

Insbesondere in den Gesellschaften der Schwellen- und Entwicklungsländer, in denen die Unterschiede im sozioökonomischen Status drastisch zu Tage treten,

- 1 Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die weibliche Form jeweils verzichtet. Selbstverständlich ist diese jedoch, falls nicht ausdrücklich anders markiert, zu jeder Zeit ebenfalls gemeint.
- 2 Die Versicherungsschemata *Medicaid* und *Medicare* als Grundsicherung sozial Schwacher und älterer Menschen existieren seit 1965
- 3 zitiert nach www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html (letzter Zugriff am 8.5.2010)

sind Ungleichheiten im Gesundheitsstatus besonders auffällig. Indien, das seit seiner wirtschaftlichen Öffnung in den 1990er Jahren einen enormen Aufschwung erlebt (Müller 2006), stellt in dieser Hinsicht keine Ausnahme dar, eher im Gegenteil: Indische Krankenhäuser werben ausländische Patienten mit einer „Fünf-Sterne-Behandlung“, während die Armutsbevölkerung immer noch an leicht therapierbaren, sog. „alten“ Infektionskrankheiten leidet. In letztgenannter Bevölkerungsgruppe sind hauptsächlich vermeidbare Todesursachen für eine geringere Lebenserwartung verantwortlich (Gwatkin et al. 2007). Der indische Autor Aravind Adiga beschreibt beispielsweise in seinem Roman *The White Tiger*, wie der Vater des Protagonisten an einer offenen Tuberkulose stirbt, weil in dem nächstgelegenen öffentlichen Gesundheitszentrum kein Arzt anwesend ist. Hier werden literarisch eindrucksvoll die existentielle Bedrohung durch Krankheit und die Hilflosigkeit, mit der die Armutsbevölkerung dieser Bedrohung gegenübersteht, beschrieben. Neben den unterschiedlichen Lebensumständen ist der unterschiedliche Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen dabei eine wesentliche Determinante.

Gesundheitliche Ungleichheiten stellen in Indien auch deshalb einen besonderen Widerspruch dar, weil die Politik seit der Unabhängigkeit offiziell den Anspruch verfolgt, für jeden Bürger einen allgemeinen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sicher zu stellen. Dieser wird seit der von den Briten 1943 eingesetzten Kommission unter Leitung von Sir Joseph Bhore verfolgt. Diese entwickelte einen detaillierten Plan für den Aufbau eines modernen staatlichen Gesundheitssystems und formulierte den Anspruch, präventive, kurative und pflegerische Dienstleistungen ubiquitär verfügbar zu machen womit der Grundstein der indischen Gesundheitspolitik gelegt wurde – offiziell bis heute. Gleichwohl zeigen zahlreiche Studien, dass Anspruch und Wirklichkeit nicht nur weit auseinanderfallen, sondern dass eine Verschärfung der Disparitäten in der Zukunft wahrscheinlich ist (Gangolli/Duggal/Shukla 2005). Derzeit bedeutet für ein Viertel aller indischen Haushalte der stationäre Krankenhausaufenthalt eines Familienmitglieds den Weg in die Verelendung (World Bank 2001). Alleine die direkten Kosten einer Behandlung in einem Krankenhaus führen dazu, dass Haushalte aufgrund der resultierenden Verschuldung unter die offizielle Armutsgrenze fallen. Diese offensichtliche Diskrepanz wird selbst in der aktuellen *National Health Policy* thematisiert (Government of India 2002).

Vor diesem Hintergrund ist eine Kernfragestellung der Arbeit die Analyse der Zusammenhänge, die dazu führen, dass trotz des hohen Anspruchs der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für einen großen Teil der indischen Bevölkerung nur schwer realisierbar ist.

Ein zweite Kernfragestellung ergibt sich daraus, dass in dem politischen Diskurs über Gesundheit in Indien im Wesentlichen die Dichotomie der städtischen und der ländlichen Versorgung in den Vordergrund gestellt wird. Dabei wird häufig pauschalisierend die insgesamt schlechtere Versorgung mit medizinischer Infrastruktur im ländlichen Raum als das wesentliche Problem für den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen angesehen. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die *National Rural Health Mission* (Government of India 2005): Im Jahr 2005 wurde

beschlossen, vorrangig die Gesundheitsversorgung in den ländlichen Regionen Indiens zu fördern. Dieser Fokussierung auf den ländlichen Raum scheint die Annahme zu Grunde zu liegen, dass die Bevölkerung in Städten besser versorgt, damit weniger bedürftig und insgesamt gesünder sei. Diese Position, die wohl zum Teil auch mit „antikolonialen Reflexen“ (Ablehnung des Städtischen aufgrund der kolonialen Vergangenheit) zu erklären ist, ignoriert aber die großen innerstädtischen Differenzen im Gesundheitsstatus und im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Alleine dadurch, dass in Städten die Gesundheitsinfrastruktur räumlich konzentriert ist, wird weder gleicher noch gerechter Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sichergestellt. Zudem leidet die städtische Bevölkerung unter besonderen gesundheitlichen Belastungen, die durch die Degradation der städtischen Umwelt und ungesunde Lebensstilen bedingt werden. Vor allem die schnell wachsenden Städte Indiens, darunter Pune, aufstrebende Megastädte „im Schatten“ der vier großen Agglomerationen Mumbai, Delhi, Chennai und Kolkata, gewinnen nicht nur an Bevölkerung, sondern auch an ökonomischer Bedeutung und sind durch enorme gesellschaftliche Polarisierung gekennzeichnet. Diese führen dazu, dass in Indiens Megastädten sowohl die gesündesten als auch die am wenigsten gesunden Bevölkerungsgruppen leben und sich der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen höchst unterschiedlich darstellt.

Eine dritte Kernfragestellung der vorliegenden Arbeit stellt die Entwicklung und Überprüfung eines erweiterten Konzepts von Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen dar: Seit den 1980er Jahren werden im Wesentlichen zwei unterschiedliche Konzepte von Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen nahezu unverändert verwendet (Aday/Andersen 1974 und Penchansky/Thomas 1981). Diese wurden allerdings für die Analyse von Zugang in Ländern mit hohem Einkommen konzipiert und sind nicht ohne Weiteres auf den indischen Kontext übertragbar. In der Geographischen Gesundheitsforschung ist in dem Themenbereich „Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen“ eine starke Fokussierung auf Allokationsfragen festzustellen – und damit auf die räumliche Komponente von Zugang –, die mit der Verbreitung Geographischer Informationssysteme noch verstärkt wurde. Erste Beobachtungen im Feld, die im Rahmen explorativer Aufenthalte gewonnen wurden, machten deutlich, dass die bestehenden Konzepte und Ansätze nicht geeignet sein würden, um Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in Pune angemessen zu analysieren. Aus diesem Grund wurde im Rahmen dieser Arbeit ein erweitertes Konzept von „Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen“ entwickelt, in einen Analyserahmen überführt und empirisch überprüft.

Die drei genannten Kernfragestellungen stellen die Grundmotivation für die eingehende Beschäftigung mit dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in den Städten Indiens dar. Als Fallbeispiel für die konkrete Untersuchung wurde die aufstrebende Megastadt Pune gewählt, weil sie einerseits exemplarisch für die neu entstehenden aufstrebenden Megastädte mit ihren besonderen Prozessdynamiken steht, andererseits etablierte Beziehungen zu Forschungspartnern bestehen. Die Bearbeitung der drei Kernfragestellungen anhand des konkreten Fallbeispiels wurde durch zwei Forschungsfragen geleitet, die den weiteren Ausführungen zu Grunde liegen:

- Warum und in welchem Maße variiert der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in Pune für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen?
- Wie werden diese Unterschiede von Nutzern und Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen wahrgenommen?

Der Aufbau der Arbeit wird in der Übersicht in Abb. 1 verdeutlicht. In Kapitel II werden zunächst die Anknüpfungspunkte innerhalb der verschiedenen Teildisziplinen der Geographie dargelegt. Dabei ist die Geographische Gesundheitsforschung der wichtigste Bezugspunkt, da die Arbeit vorrangig in dieser Forschungstradition verortet ist. Die Arbeiten einer zweiten Teildisziplin, der Stadtgeographie und hier vor allem der Geographischen Stadtforschung im Entwicklungskontext, sind für diese Arbeit ebenfalls von besonderer Relevanz, da sich die Arbeit mit Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in dem Umfeld einer entstehenden Megastadt befasst. Dieses recht junge Phänomen des globalen Urbanisierungsprozesses wird in Kapitel II.2 in einen größeren Kontext gestellt, wobei ein Schwerpunkt auf der Darstellung des (Mega-) Urbanisierungsprozesses in Indien liegt. Der dritte Abschnitt des zweiten Kapitels befasst sich mit Fragestellungen der Gesundheitsforschung im Allgemeinen und urbaner Gesundheit im Besonderen. Hiermit wird nicht nur die Verknüpfung zwischen Geographischer Gesundheitsforschung und Stadtgeographie hergestellt, sondern auch der Kontext sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung mit Stadtbezug dargestellt.

Nach dieser allgemeinen Verortung der Arbeit im wissenschaftlichen Gesamtkontext wird in Kapitel III auf Vorarbeiten im Bereich der Zugangsforschung eingegangen. Dabei werden zunächst die Konzepte von Aday/Andersen (1974) und Penchansky/Thomas (1981) vorgestellt, die den Diskurs im Bereich der Zugangsforschung seit den 1980er Jahren dominieren. Exemplarisch wird in Kapitel III.2 dargestellt, wie diese Konzepte von einzelnen Autoren weiterentwickelt und für unterschiedliche Kontexte angepasst wurden. Der dritte Abschnitt des Kapitels befasst sich mit geographischen und nachbarwissenschaftlichen Ansätzen der Zugangsforschung.

Nach der Darstellung des Stands der Forschung wird ein weiterentwickeltes Konzept von Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen vorgestellt (Kapitel IV), das auch eine Berücksichtigung der spezifischen Rahmenbedingungen des Untersuchungskontextes erlaubt. Dieses Konzept wurde nach einer explorativen Feldphase auf Grundlage des Ansatzes von Penchansky/Thomas (1981) entwickelt und diente für die Hauptfeldphase als theoretisches Fundament. Kapitel V widmet sich der Beschreibung des Untersuchungsraum und den spezifischen Einflussfaktoren auf den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Für das Verständnis der Untersuchungsergebnisse ist es zunächst notwendig, die durch das indische Gesundheitssystem vorgegebenen Rahmenbedingungen zu erörtern; im zweiten Abschnitt dieses Kapitels wird die indische Stadt Pune beschrieben. In Kapitel VI sind die Operationalisierung des neuen Konzeptes und das methodische Vorgehen einer Überprüfung im Feld dargelegt. Anschließend wird die Auswahl der Untersuchungsgebiete vorgestellt. Kapitel VII beginnt mit einer Beschreibung der einzelnen Untersuchungsgebiete anhand empirischer Daten. Daran anschließend folgt

eine Darstellung der Ergebnisse der Untersuchungen in Pune, die jeweils für die einzelnen Komponenten des Analyserahmens getrennt nach Methoden vorgenommen wird. In Kapitel VIII findet darauf aufbauend eine Diskussion der Ergebnisse statt. Hierbei wird zunächst die Eignung des Analyserahmens und der Methodik erörtert und dann die Übertragbarkeit auf andere Kontexte kritisch diskutiert. Eine vergleichende Bewertung der Barrieren und Anreize, die den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen maßgeblich beeinflussen, mündet in die Erklärung, warum der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in Pune variiert. Hieraus werden mögliche Handlungsoptionen abgeleitet und abschließend weitere Forschungsdesiderata diskutiert. Ergänzende Materialien enthält der Anhang, der aus dem Internet⁴ heruntergeladen werden kann.

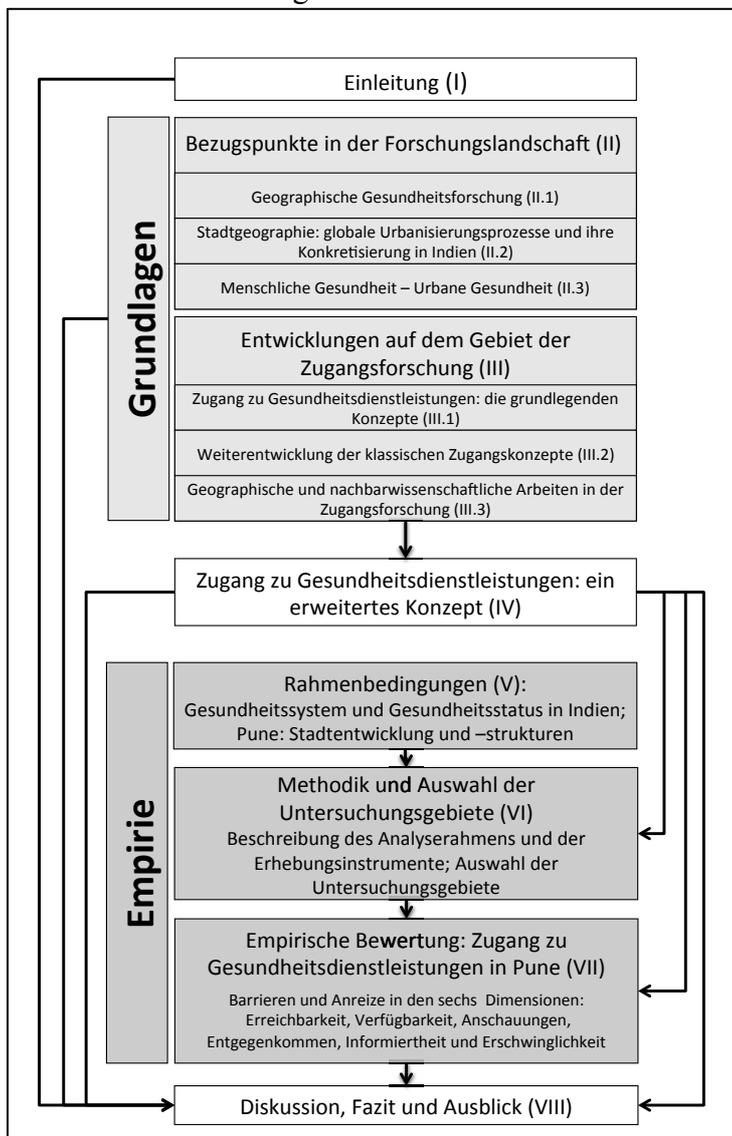


Abbildung 1: Struktur der Arbeit

4 www.geographie.uni-koeln.de/Butsch/Butsch_Zugang_Pune_Anhang.pdf