



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Health for all’ in Indien?

Der Nexus Menschenrecht Gesundheit, Rechtsbewusstsein und das
öffentliche Gesundheitsangebot “

Verfasserin:

Lena Katharina Pichler

angestrebter akademischer Grad:

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 390

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Wolfram Schaffar

für meine Eltern,
für Naren

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen, die mich während des Verfassens und der Realisierung meiner Diplomarbeit unterstützten, bedanken.

Besonderer Dank gilt hierbei meiner Mutter, die mein ganzes Leben lang für mich da war, alle meine Entscheidungen mittrug, mir vertraute und mich meinen Weg gehen ließ. Ohne ihre Unterstützung wäre mein Studium nicht möglich gewesen.

Weiters bedanke ich mich bei Naren, der mir besonders in der Zeit der Diplomarbeit Kraft, emotionale Unterstützung und Mut gab und immer für mich da war. Weiters war er eine große Hilfe bei der empirischen Studie in Bangalore.

Auch bei Chitra und Siva will ich mich bedanken, für die Hilfe bei der Organisation und Durchführung der Interviews sowie für die Herzlichkeit während meines gesamten Aufenthalts in Indien.

Natürlich steht auch großer Dank den InterviewpartnerInnen zu, ohne welche die empirische Erhebung nicht möglich gewesen wäre.

Schlussendlich möchte ich mich bei meinem Betreuer Univ.-Prof. Dr. Wolfram Schaffar für seine Zeit, die anregenden Gespräche und seine kompetente und engagierte Betreuung bedanken.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

Lena Katharina Pichler

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	i
Eidesstattliche Erklärung	iii
Inhaltsverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis.....	ix
Abbildungsverzeichnis.....	xi
1 Einführung.....	1
2 Das Recht auf Gesundheit.....	4
2.1 Definition Gesundheit.....	4
2.1.1 Definition laut World Health Organisation (WHO)	4
2.1.2 Gesellschaftliche Gesundheitsvorstellungen	5
2.2 Die World Health Organisation (WHO).....	6
2.3 Menschenrechte	7
2.3.1 Die Vereinten Nationen (United Nations - UN)	7
2.3.2 Die Bedeutung von Menschenrechten	8
2.3.3 Menschenrechte – Ursprünge	9
2.4 Nexus Gesundheit und Menschenrechte - Das Recht auf Gesundheit.....	16
2.4.1 Bedeutung des Rechts auf Gesundheit.....	17
2.4.2 Recht auf Gesundheit und Aufgaben sowie Verpflichtungen des Staates	19
2.5 Public Health (Öffentliche Gesundheit).....	27
2.5.1 Bedeutung Public Health	27
2.5.2 Public Health als Aufgabe des Staates (Öffentliche Gesundheitsservices)	28
2.5.3 Public Health als wissenschaftliche Disziplin	30
3 Menschenrechte und das Recht auf Gesundheit in der Entwicklungspolitik	32
3.1 Human Rights Based Approach (HRBA)	32
3.2 Die Rolle von legal consciousness beim „Menschenrecht Gesundheit“	35
3.2.1 Definition – legal consciousness (Rechtsbewusstsein).....	36

3.2.2	Legal consciousness als Verständnis und Wissen über die eigenen Rechte	38
3.2.3	Legal consciousness und die Einforderung von Rechten (bei der Regierung)	38
3.3	Gesundheit im Nexus anderer daran gekoppelter Elemente	40
3.3.1	Gesundheitsindikatoren.....	41
3.3.2	Gesundheit sowie daran gekoppelte Elemente und Problematiken speziell in Entwicklungsländern.....	42
3.3.3	Ungleichheiten auf Grund von Unterschieden innerhalb der Bevölkerung als Einflussfaktor auf Gesundheit.....	43
3.4	Entwicklungspolitik - Internationale Ziele und Verträgeim Nexus Gesundheit.....	46
3.4.1	Alma Ata Deklaration (1978)	46
3.4.2	Kairo - International Conference on Population and Development (1994)	48
3.4.3	Millennium Development Goals (2000)	49
3.4.4	People's Health Assembly	51
4	Fallbeispiel Indien	56
4.1	Indien – Eckdaten und Überblick	56
4.2	Indien – Ungleichheiten im Sektor Gesundheit	60
4.2.1	Indien - Sozio-ökonomische Unterschiede und Ungleichheiten im Nexus Gesundheitsleistungen	63
4.2.2	Indien - Geografische Unterschiede und Ungleichheiten im Nexus Gesundheitsleistungen	65
4.2.3	Indien - Gender-Unterschiede und Ungleichheiten im Nexus Gesundheitsleistungen	67
4.3	Weitere Defizite im indischen Gesundheitssektor	69
4.3.1	Unterfinanzierung des öffentlichen Gesundheitssektors versus dominantem Anteil des Privatsektors in Indien	69
4.3.2	Korruption.....	73
4.4	Die indische Gesundheitspolitik und das indische Gesundheitssystem.....	74
4.4.1	Indische Gesundheitspolitik – Schlüsseldokumente	75
4.4.2	Indisches Gesundheitssystem - Struktur	81

5	Empirische Forschung in Bengaluru, Indien	84
5.1	Forschungsinteresse und Forschungsziel	84
5.2	Methodologischer Zugang	86
5.2.1	Erhebungsmethode - Interviews	86
5.2.2	Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	88
5.3	Rahmenbedingungen der Forschung.....	90
5.3.1	Forschungsgebiet, Forschungsprozess und Qualitätssicherung.....	90
5.3.2	Interviewsituation	91
5.3.3	Kritik der eigenen Forschung.....	95
5.4	Auswertung der Daten	96
5.4.1	Gesundheit	96
5.4.2	Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten	100
5.4.3	Aktuell angestrebte Form von Gesundheitsleistung (öffentlich oder privat).....	103
5.4.4	Rechtsbewusstsein – Grad an Wissen über das Recht auf Gesundheit sowie dessen Bedeutung im Nexus öffentlicher Gesundheitsservices.....	109
5.4.5	Das Recht auf Gesundheit in der Zukunft – Rolle und Bedeutung des Rechts sowie Ausblick, Erwartungen und Voraussetzungen des öffentlichen Gesundheitssystems.	115
5.5	Interpretation der Daten	119
5.5.1	Gesundheit	119
5.5.2	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	121
5.5.3	Aktuell angestrebte Form von Gesundheitsleistung (öffentlich oder privat).....	123
5.5.4	Rechtsbewusstsein – Grad an Wissen über das Recht auf Gesundheit sowie dessen Bedeutung im Nexus öffentlicher Gesundheitsservices.....	126
5.5.5	Das Recht auf Gesundheit in der Zukunft – Rolle und Bedeutung des Rechts sowie Ausblick, Erwartungen und Voraussetzungen des öffentlichen Gesundheitssystems,	131
5.6	Resümee der Forschung und Beantwortung der Forschungsfrage	133
6	Conclusio.....	136

7	Bibliografie	140
8	Anhang	156

Abkürzungsverzeichnis

ADA	Austrian Development Agency
AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
BIP	Brutto Inlandsprodukt
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BMEIA	Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten (Österreichisches Außenministerium)
ESI	Employees' State Insurance
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HDI	Human Development Index
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus (Humanes Immunschwäche Virus) Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)
HRBA	Human Rights Based Approach (Menschenrechtsansatz)
HSM	Health Social Movement
ILO	International Labour Organisation
IPH	Institute of Public Health
KOL Studies	Knowledge-and-Opinion-about-Law Studies
MDG	Millennium Development Goal
NGO	Non-Governmental Organisation
NHP	National Health Policy (India)
NRHM	National Rural Health Mission
OBCS	Other Backward Classes
OHCHR	Office of the High Commissioner for Human Rights
PHA	People's Health Assembly
PHC	Primary Health Care
PHCs	Primary Health Centres
SCS	Scheduled castes
STS	Scheduled tribes
TiQ	Talk in Qualitative Social Research
UDHR	Universal Declaration of Human Rights
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
US/USA	United States / United States of America
VN	Vereinte Nationen
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ineqities in Under-Five Mortality in India (Quelle:Baru u.a. 2010:50)	61
Abbildung 2: Ungleichheiten im Bereich "Gesundheit" Indien: Daten zu Ungleichheiten bei Serviceleistungen (Quelle: WHO-World Health Organisation 2011a: o.S.)	62

1 Einführung

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte wurde 1948 von den Vereinten Nationen verkündet. „Menschenrechte sind eine universelle Grundlage für ein Leben in Würde, Gleichberechtigung und Freiheit, [sie] gelten für alle Menschen gleichermaßen.“ (BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 3) Diese Deklaration wurde als Meilenstein angepriesen, hatte jedoch noch keine rechtsverbindliche Kraft. Erst durch das Inkrafttreten des Sozialpaktes und des Zivilpaktes 1976 wurden diese Menschenrechte auch in rechtsverbindliche Normen transformiert. So hat auch Indien diese Pakte ratifiziert. (vgl. Kapitel 2)

Das bedeutet also, dass der Staat Indien als Pflichtenträger rechtlich dazu verpflichtet ist, seinen BürgerInnen als RechtsinhaberInnen gewisse festgelegte Mindeststandards dieser Rechte zu gewährleisten. (vgl. Kapitel 2)

Auch „Gesundheit“ ist als ein solches Menschenrecht in Artikel 25 der Allgemeinen Menschenrechtserklärung definiert bzw. in Artikel 12 des Sozialpakts implementiert. Das Recht auf Gesundheit bedeutet, dass Staaten dazu verpflichtet sind, Gesundheitsleistungen zu gewährleisten - von einem Menschenrechtsansatz aus bedeutet dies, einen diskriminierungsfreien und gleichen Zugang dazu und auch weitere Rahmenbedingungen zu schaffen, die notwendig sind, um „gesund“ zu bleiben. (vgl. Abschnitte 2.4 und 2.5)

Menschenrechte sind von ihrer Normativität geprägt, das bedeutet, es sind - trotz der rechtlichen Verpflichtung - in vielen Staaten der Welt Menschenrechte noch nicht garantiert. (vgl. Abschnitt 2.3.3.3)

Indien ist Forschungsgegenstand dieser Arbeit. Fakt ist, dass Indien als Land äußerst heterogen und divers, sowie von großen Ungleichheiten geprägt ist. Des Weiteren sind nur rund 20 Prozent der angestrebten Gesundheitsleistungen öffentlicher Natur; das bedeutet das Recht auf Gesundheit beträgt nur 20 Prozent der Leistungen, die restlichen rund 80 Prozent der Gesundheitsleistungen sind privat. (vgl. Kapitel 4)

Der derzeitige Forschungsstand ist bereits von einer Vielzahl an Publikationen zu Menschenrechten, Gesundheit, öffentlicher Gesundheit oder auch gesellschaftlichen Ungleichheiten in Indien sowie zu Defiziten des indischen Gesundheitssektors geprägt. Die Problematik von Ungleichheiten wird ebenfalls in dieser Arbeit skizziert.

Eine Forschungslücke in Indien ist jedoch, die Thematiken öffentliches Gesundheitsangebot bzw. öffentlicher Gesundheitssektor sowie das Recht auf Gesundheit in Zusammenhang mit

dem von Sally Engle Merry geprägten Konzept von *legal consciousness* (Rechtsbewusstsein) zu diskutieren. (vgl. Abschnitt 3.2)

Zentral in dieser Diplomarbeit ist die Rolle des Rechtsbewusstseins in Bezug auf Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots. Untersucht wird, wie stark dieses Rechtsbewusstsein über das Recht auf Gesundheit in der indischen Bevölkerung verankert ist und welche Bedeutung dieses Recht hat, wenn es darum geht, das öffentliche Gesundheitsangebot in Indien auch anzunehmen. Eine weitere Frage ist, ob es hinsichtlich dem Rechtsbewusstsein und der Akzeptanz von öffentlichen Gesundheitsservices Unterschiede bezüglich sozio-ökonomischen Hintergrundes gibt.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfrage sowie Hypothesen:

Forschungsfrage:

„Inwiefern ist ein Rechtsbewusstsein auf das Recht auf Gesundheit in der indischen Bevölkerung verankert und welche Rolle spielt Rechtsbewusstsein hinsichtlich der Tatsache das öffentliche Gesundheitsangebot Indiens zu akzeptieren und um somit das Recht auf Gesundheit in Anspruch zu nehmen? Inwiefern sind sozio-ökonomische Unterschiede innerhalb einer Gesellschaft bei diesem Verhalten feststellbar?“

Hypothesen:

H1: Das Rechtsbewusstsein bezüglich des Rechts auf Gesundheit ist in Indien in der Gesellschaft kaum existent.

H2: In sozio-ökonomisch besser gestellten Bevölkerungsschichten ist vergleichsweise ein etwas größeres Bewusstsein hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit bemerkbar.

H3: Der Mangel an Rechtsbewusstsein führt dazu, dass das Recht auf Gesundheit nicht in Anspruch genommen wird, öffentliche Gesundheitsleistungen nicht akzeptiert werden und statt dessen auf private Anbieter ausgewichen wird.

Für die Beantwortung dieser Forschungsfrage sowie für die Überprüfung der Hypothesen wurde eine empirische Untersuchung in Bengaluru (Karnataka, Indien) durchgeführt.

Die Erhebung fand anhand von insgesamt acht Interviews statt. So wurden acht Personen aus verschiedenen sozio-ökonomischen Bevölkerungsteilen nach der Methodik von sieben

problemzentrierten Interviews, sowie auch eine Expertin anhand eines ExpertInnen Interviews befragt. Die Interviews wurden mit einem teilstrukturierten Interviewleitfaden durchgeführt. Diese Daten wurden abschließend auf der Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Aufbau der Arbeit

Diese Diplomarbeit beginnt mit der in Kapitel 1 dargestellten Einführung.

In Kapitel 2 wird die für den Forschungsgegenstand vorausgesetzte Theorie aufgearbeitet. Dazu zählen die Themenbereiche Menschenrechte, Gesundheit und *Public Health Care*. Im darauf folgenden Kapitel 3 werden Menschenrechte bzw. das Recht auf Gesundheit von einem *Human Rights Based Approach* aus diskutiert sowie das Konzept von *legal consciousness* (Rechtsbewusstsein) skizziert. Dazu werden auch Elemente, die an Gesundheit gekoppelt sind, sowie für das Menschenrecht „Gesundheit“ relevante entwicklungspolitische Dokumente diskutiert.

Kapitel 4 erläutert die aktuelle Situation Indiens. Nachdem ein Überblick über Indien als Staat verschaffen wird, wird detailliert auf die Problematik hinsichtlich der für Indien charakteristischen Ungleichheiten im Nexus Gesundheit diskutiert, aber auch auf Indiens Gesundheitspolitik sowie Defizite des indischen öffentlichen Gesundheitssektors eingegangen.

Das anschließende Kapitel 5 stellt den empirischen Teil dieser Arbeit dar. Die ausgewählten Methoden werden skizziert sowie der Rahmen der Forschung erläutert, danach die Daten ausgewertet und anschließend vor dem Hintergrund der in den vorherigen Kapiteln skizzierten Theorie interpretiert. Anhand der Ergebnisse wird zuletzt die Forschungsfrage beantwortet und die Hypothesen werden überprüft.

Das Kapitel 6 schließt mit der Conclusio die vorliegende Diplomarbeit ab.

2 Das Recht auf Gesundheit

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“
(Arthur Schopenhauer o.J. zit. nach ADA¹ 2009: 1 und nach Berg 1997: 35)

2.1 Definition Gesundheit

2.1.1 Definition laut World Health Organisation (WHO)

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (Präambel der World Health Organisation 1946)²

Diese Definition von Gesundheit wurde so in der Präambel der WHO 1946 formuliert und trat 1948 in Kraft. Seit diesem Zeitpunkt hat sich die Definition von Gesundheit nach der WHO auch nicht mehr geändert. (vgl. World Health Organisation 2012a: o.S.)³ An diese Definition der Präambel der WHO will ich mich in dieser Diplomarbeit halten. Sie ist laut Berg international anerkannt bzw. die bekannteste (vgl. Berg 1997: 57) und wird auch in diversen Dokumenten und Quellen, die für meine Diplomarbeit herangezogen wurden, so mehrfach zitiert bzw. verwendet.

Berg jedoch spricht von der Schwierigkeit einer allgemeinen Definition sowie der Existenz von vielen Definitionen von Gesundheit und sieht die WHO Definition lediglich als die bekannteste an und nicht als die einzige. (vgl. Berg 1997: 57) Besonders die deutsche Übersetzung bezeichnet Berg als problematisch (Wohlbefinden als Übersetzung für *well-being*, da diese Komponente zu subjektiv bzw. unpräzise sei). (vgl. Berg 1997: 57f.)

Berg fasst diese Definition von Gesundheit somit wie folgt zusammen:

Gesundheit als „Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und psychisch-seelischen Wohls.“ (Berg 1997: 62)

Nohlen ergänzt dieser Definition noch wie folgt:

¹ ADA (Abkürzung für Austrian Development Agency)

² Bei dieser Definition kommt auch der Terminus Krankheit vor. Theoretisch könnte Krankheit auch ein Umkehrbegriff des Gesundheitsbegriffs (wenn als Abwesenheit von Krankheit definiert) verstanden werden (vgl. Berg 1997: 69f.) und zwar als „Abwesenheit des vollständigen körperlichen, geistigen und psychisch-seelischen Wohls.“ (Berg 1997: 69). Diesen Begriff will ich im Rahmen dieser Diplomarbeit jedoch nicht weiter diskutieren, da diese Diskussion für diese Diplomarbeit nicht relevant ist.

³ „o.S.“ (ohne Seiten) wird in der vorliegenden Diplomarbeit bei Quellenangaben verwendet, wenn diese herangezogenen Dokumente über keine Seitenangaben verfügen. Meist handelt es sich hierbei um Internetquellen.

Gesundheit ist also „nicht nur Abwesenheit von Krankheit, sondern, positiv als Naturrecht formuliert, vollständiges, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, dem pol.[itischen] Handeln (sei es gesundheits-, sozial oder entwicklungspol.[itisch]) dienen soll. G.[esundheit] ist nicht nur Abwesenheit von Störungen, sondern auch die Kraft, mit ihnen zu leben.“ (Nohlen 2002: 319)

Noack argumentiert, dass Gesundheit sozial produziert wird, dass sozio-ökonomische und politische Determinanten von Gesundheit außerhalb der Reichweite von Medizin liegen. Und dass es Aufgabe des Staates sei, Rahmenbedingungen für Gesundheit zu schaffen (wie etwa ein Gesundheitssystem). (vgl. Noack 2001: vii ff.)

2.1.2 Gesellschaftliche Gesundheitsvorstellungen

Flick behauptet, Gesundheit würde von vielen Menschen hauptsächlich sekundär wahrgenommen. Meist würde Menschen „Gesundheit“ erst dann bewusst, wenn die Gesundheit eingeschränkt oder bedroht ist bzw. sein könnte. (vgl. Flick 2002b: 296)

Unter dem Terminus „Gesundheitsvorstellungen“ sind unterschiedliche Konzepte von Gesundheit, welche auf Alltagswissen, Einfluss von medialen oder öffentlichen Diskursen oder auch auf professionellen Handlungskonzepten basieren, zu verstehen. Gesundheitsvorstellungen können im kulturellen Kontext oder auch innerhalb sozialer Gruppen einer Gesellschaft variieren, so Flick. (vgl. Flick 2002b: 297)

So betont Flick die Relevanz von sozialem Wissen bzw. sozialer Repräsentation im Nexus Gesundheit und ist der Ansicht, dass der Ansatz der sozialen Repräsentation (Moscovici 1976) zu nennen sei, wenn Gesundheitsvorstellung als soziales Wissen bzw. geteilte Wissensbestände untersucht würde. Dies bedeutet, dass das Alltagswissen (über Gesundheit bzw. Krankheit) in einer Gesellschaft unterschiedlich und davon abhängig sei, zu welcher sozialen Gruppe ein Mensch gehöre. (vgl. Flick 2002b: 300) Flick erwähnt hierbei ergänzend eine Studie von Herzlich, in welcher diese feststellt, dass „Gesundheit und Krankheit [...] somit als ein Modus der Interpretation der Gesellschaft [erscheinen]“. (Herzlich 1973 zit. nach Flick 2002b: 300)

Ergänzend diskutieren Gwatkin, Wagstaff und Yazbeck, dass das Verständnis von Gesundheit abhängig vom bzw. variabel mit Bildungsgrad, Alter, Geschlecht oder Kultur sein könne. (vgl. Gwatkin, Wagstaff und Yazbeck 2005: 304–310)

Ähnlich argumentiert auch Tarafdar, welcher festhält, dass das Verständnis von Gesundheit, Krankheit oder Behandlung von Kultur zu Kultur unterschiedlich sei. (vgl. Tarafdar 2007:

162) Weiters betont dieser die Wichtigkeit von Medizin und Krankheit, dass diese nämlich einen Effekt auf Geschichte und Kultur der Menschen hätten. (vgl. Tarafdar 2007: 162) Weiters seien Vorstellungen von Gesundheit auch (zum Beispiel mit der Zeit) wandelbar und nicht stativ. (vgl. Flick 2002b: 299)

Bei einer Studie in Frankreich konnte Herzlich (1973) drei zentrale Vorstellungen von Gesundheit feststellen: (zusammengefasst dargestellt in Flick 2002b: 303)

- Gesundheit als Vakuum (*health-in-a-vacuum*) als nicht positiv bestimmter Zustand ist durch die Abwesenheit von Krankheit definiert.
- Reservoir an Gesundheit (*reserve of health*) geht von Gesundheit als organisch-biologisches Charakteristikum des Individuums aus, das durch körperliche Robustheit und Stärke sowie einem Widerstandspotential gegenüber Krankheit, Müdigkeit und äußere Einflüsse gekennzeichnet ist.
- Gesundheit als Gleichgewicht (*equilibrium*) beschreibt „wirkliche“ Gesundheit, Gesundheit im höchsten Sinn.

(Flick 2002b: 303)

So nennt Flick folgende Vorstellungen von Gesundheit in der Bevölkerung: Gesundheit wird als „Störungs- und Belastungsfreiheit; Funktionalität; Voraussetzung für Flexibilität und Anpassung; Energie- und Widerstandsreservoir zur Bewältigung von Belastungen; Wohlbefinden und (seelisches) Gleichgewicht“ (Flick 2002b: 303) verstanden.

2.2 Die World Health Organisation (WHO)

Die WHO operiert als führende, lenkende und koordinierende Autorität in Gesundheitsangelegenheiten innerhalb des Systems der Vereinten Nationen. Die WHO ist verantwortlich, wenn es um *leadership* (Führungskraft) bei diversen und zahlreichen globalen Gesundheitsangelegenheiten geht. (vgl. Word Health Organisation 2012b: o.S.)⁴

Jeder Staat hat die Möglichkeit, Mitglied bei der WHO zu werden. (vgl. Word Health Organisation 2005: 1) Funktionen und Aufgaben der WHO werden (auf höchster Ebene) von *The World Health Assembly* (Weltgesundheitsversammlung), dem *Executive Board* (Exekutivrat) und dem *Secretariat* (Generalsekretariat) ausgetragen. (vgl. Word Health

⁴ Da die WHO als Führungskraft im Sektor Gesundheit gilt, wird diese von mir als wichtigste internationale Organisation in diesem Bereich eingeschätzt. Natürlich ist die WHO nicht die einzige (wichtige internationale) Organisation, andere internationale als wichtig eingestufte Organisationen oder Initiativen sind beispielsweise, um nur wenige aufzählen: weitere diverse Organisationen der Vereinten Nationen (wie UNICEF – *United Nations International Children's Fund*, UNFPA – *United Nations Fund for Population Activities*, UNAIDS, UNDP – *United Nations Development Programme* etc.), Weltbank oder International Health Partnership. (vgl. BMZ 2010a: o.S.)

Organisation 2005: 1) Zu den wichtigsten und primären Aufgaben der WHO zählt „attainment by all peoples of the highest possible level of health“. (Word Health Organisation 1946: Präambel; 2005: 1)

Neben 193 weiteren Staaten ist auch Indien Mitglied der WHO, hat folglich auch die Konstitution unterschrieben und erkennt diese somit an. (vgl. Word Health Organisation 2005: 1; 2011: o.S.; 2012c: o.S.) Bereits in der Konstitution der WHO wird darauf hingewiesen, dass es Aufgabe und Verantwortung des Staates sei, allen BürgerInnen Gesundheit zu gewährleisten, was anhand von Gesundheitsmaßnahmen geschehen solle. (vgl. Word Health Organisation 2005: 1)

Diese 1946 verfasste Konstitution weist bereits darauf hin, dass der Staat dafür verantwortlich ist, allen BürgerInnen Gesundheit zu gewährleisten und zwar durch soziale und Gesundheitsmaßnahmen, sowie dass „the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights for every human being“ (Word Health Organisation 1946: Präambel; 2005: 1). Diskriminierung ist bei Gesundheitsangelegenheiten für die WHO verboten. (vgl. World Health Organisation 2001: 5)

Neben der Führung bei globalen Gesundheitsangelegenheiten, Gesundheitsrecherchen, Setzung von Standards und Normen, Formulierung von Gesundheitspolitik-Optionen, zur Verfügung Stellung von technischen Support in den Ländern, Monitoring und Festlegen von Gesundheitstrends (vgl. Word Health Organisation 2012b: o.S.) beschäftigt sich die WHO auch mit der Operationalisierung des Rechts auf Gesundheit. Dabei sind folgende Bereiche ein Hauptanliegen: Regierungsunterstützung, um ein menschenrechtsbasiertes Gesundheitswesen zu schaffen; Stärkung der Fähigkeiten und der Möglichkeiten der WHO selbst bei auf Basis der Menschenrechte gestützten Tätigkeiten sowie auch das Mitwirken des Weiterentwickelns des (Menschen)Rechts auf Gesundheit. (vgl. ETC Graz o. J.: 152f.)

2.3 Menschenrechte

2.3.1 Die Vereinten Nationen (United Nations - UN)

Die wichtigste Aufgaben der Vereinten Nationen (VN) sind Friedenssicherung, internationale Sicherheit und Entwicklung sowie Menschenrechte. Zu den Vereinten Nationen zählen heute 193 Mitgliedsstaaten. Gegründet wurden sie 1945 als Reaktion auf den Zweiten Weltkrieg. 1948 wurde im Auftrag der Vereinten Nationen die Allgemeine Erklärung der

Menschenrechte verfasst. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 11; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 22; United Nations 1948; 2012a: o.S.) Die Theorie der Menschenrechte, genauer gesagt des „Menschenrechts auf Gesundheit“ ist Basis dieser Diplomarbeit.

2.3.2 Die Bedeutung von Menschenrechten

Menschenrechte sind Rechte, die alle Menschen allein aufgrund ihres Menschseins besitzen, unabhängig davon wo sie leben. Menschenrechte entspringen der Würde des Menschen und sind zugleich darauf ausgerichtet, diese zu wahren. Da ‚Alle Menschen [...] frei und gleich an Würde und Rechten geboren‘ werden (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948, Artikel 1), gelten die Menschenrechte für jede und jeden und sind somit universell. (Deutsches Institut für Menschenrechte 2011: o.S.)

„Menschenrechte sind [also] eine universelle Grundlage für ein Leben in Würde, Gleichberechtigung und Freiheit, [sie] gelten für alle Menschen gleichermaßen.“ (BMZ⁵ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 3)

Sowohl Asher als auch Sinding Aasen betonen, dass der Schutz und Erhaltung von Würde und Unversehrtheit für die Menschenrechten zentral bzw. essentiell sei, das bedeutet Prinzipien von Gleichheit und Gerechtigkeit und der Schutz vor Ungerechtigkeiten. (vgl. Asher 2010b: 11; Sinding Aasen 2009a: 107; 2009b: 60)

So heißt es auch in der Präambel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR):

[D]ie Anerkennung der angeborenen Würde und der gleichen und unveräußerlichen Rechte aller Mitglieder der Gemeinschaft der Menschen [bildet] die Grundlage von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden in der Welt [...]. (United Nations 1948: Präambel) Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. (United Nations 1948: Präambel)

Weiters heißt es in Artikel 2, dass jeder Mensch den Anspruch auf die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) verfassten Artikel, unabhängig von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischen Anschauungen oder nationaler bzw. sozialer Herkunft, Geburt, Vermögen oder Stand hat. (vgl. United Nations 1948: Artikel 2)

⁵ BMZ (Abkürzung für Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Menschenrechte repräsentieren zusammen eine unteilbare normative Einheit, in der die einzelnen Rechte gleich wichtig bzw. bedeutsam, miteinander verbunden (*interrelated*) und interdependär sind. (vgl. Asher 2010b: 12; Sinding Aasen 2009b: 53, 61)

Menschenrechte gelten folglich universal – was bedeutet, alle Menschenrechte sollen für alle Menschen gleichermaßen gelten; es werden keine Unterschiede bezüglich kultureller oder ethnischer Herkunft gemacht. Menschenrechte haben Gleichheit, Interdependenz und Unteilbarkeit als Merkmal. Selbstbestimmungsrecht, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte sind ebenso wichtig wie bürgerliche und politische Rechte; Menschenrechte bedingen sich wechselseitig. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 8; Asher 2010b: 11f.)

2.3.3 Menschenrechte – Ursprünge

Die ersten Gedanken zu Menschenrechten erfolgten in der Zeit der Aufklärung. Es galt, die Rechte der BürgerInnen zu schützen, im Speziellen die auf Gleichheit und gleichen Schutz vor Gericht und Freiheit gestützten individuellen Rechte. Sie entstanden durch Erfahrungen mit einer absoluten Monarchie und sollten BürgerInnen vor Missbrauch absoluter Macht schützen. (vgl. Fridthjof Bernt 2009: v) Diesen Missbrauch skizziert Dalberg wie folgt: „[P]ower tends to corrupt, and absolute power corrupts absolutely.“ (John Emerich Edward Dalberg Action 1887 zit. nach Fridthjof Bernt 2009: v)

Der Begriff „Menschenrechte“ kommt aus der aufgeklärten Naturrechtslehre im 18. Jahrhundert. Gemeint sind die Rechte, die dem Menschen aufgrund seiner Würde zustehen. Diese (präpositiven) Rechte sind unverletzlich und unveräußerlich, und nicht von staatlicher Anerkennung abhängig, so Nohlen. (vgl. Nohlen 2002: 554)

2.3.3.1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

In der UN-Generalversammlung 1946 wurde das zu planende Dokument (anfangs: *Declaration on Fundamental Human Rights and Freedoms*) erstmals angestrebt. Zwei Jahre später wurde im Dezember 1948 bei der UN-Generalversammlung und Abstimmung (48 Staaten, darunter auch Indien stimmten für die Menschenrechtserklärung ab, acht Staaten enthielten sich ihrer Stimme) die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte erstmals– als Resolution 207 A (III) adaptiert. Damit wurde die *Universal Declaration of Human Rights - UDHR* (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte) geboren. (vgl. Benn 2002: 1; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud

Center for Health and Human Rights 1999a: 22; United Nations Association in Canada 1998: o.S.; United Nations 1950: 535; 2011a: o.S.)

Diese Deklaration der Menschenrechte wurde am 10. Dezember 1948 von den Vereinten Nationen verkündet. Diese Erklärung wurde auf Grund der Erfahrungen und Geschehnisse während des Zweiten Weltkrieges (dort wurde Menschenrechte, besonders zivile Rechte verletzt) sowie auch mit dem Beginn der Entkolonialisierung so genannter Entwicklungsländer⁶ formuliert.

(vgl. Asher 2010b: 13; Benn 2002: 1; BMZ 2010b: o.S.; Deutsches Institut für Menschenrechte 2011: o.S.; Hannibal und Lawrence 1999: 404; Jones 2009a: 52; Mann, Gruskin, Gostin u. a. 1999: 9; Sinding Aasen 2009b: 55; United Nations Association in Canada 1998: o.S.; United Nations 2011a: o.S.)

Es stimmten die Mitglieder dieses internationalen Komitees dafür ab, dass sich derartige Ereignisse niemals wieder ereignen sollten. Somit sollte ein Dokument verfasst werden, welches die Rechte jedes individuellen Bürgers auf dieser Erde garantieren soll. (vgl. United Nations 2011a: o.S.)

Die Menschenrechtserklärung wird als „common standard of achievement for all peoples and nations“ (OHCHR⁷ 2011: o.S.) verstanden. Es handelt sich um globale Mindeststandards. (vgl. Asher 2010b: 12f.; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 22; Mann, Gruskin, Gostin u. a. 1999: 9)

In dieser Deklaration wurden zum ersten Mal in der Geschichte der Menschheit grundlegende zivile, politische, ökonomische und kulturelle Rechte niedergeschrieben, die für alle Menschen gültig sind. (vgl. OHCHR 2011: o.S.)

Die Erklärung der Menschenrechte gilt als Meilenstein, um allen Menschen ein Leben in Frieden und *well-being* sowie frei von Mangel und Furcht zu ermöglichen. Sie ist das fundamentale Dokument der Menschenrechte. (vgl. International Federation of Red Cross,

⁶ Termini wie „Entwicklungsländer“, „Entwicklung“ oder entwicklungspolitische Begriffe möchte ich im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht genauer erläutern oder skizzieren, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen.

Trotzdem will ich kurz anmerken, mir bewusst zu sein, dass der Begriff „Entwicklung“ problematisch ist bzw. schwer definierbar, bzw. weder allgemein gültig noch wertneutral ist. Nohlen spricht von der Abhängigkeit von Zeit und Raum sowie Wertvorstellungen und beschreibt diesen als normativen Begriff. (vgl. Nohlen 2002: 227ff.) Ähnlich ist umstritten, was ein Entwicklungsland ist und welches die Merkmale als Grundlage einer Definition sind. Als Entwicklungsland wird ein Land meist anhand wirtschaftlicher und sozialer „Entwicklung“ (Indikatoren) oder anhand von Strukturen der Einbindung in internationale Arbeitsteilung oder sowie deren „interne Konsequenzen begrifflich und pol[itisch] bestimmt“ (Nohlen 2002: 233). Definitionsversuche unterscheiden sich also meist darin, ob „Entwicklung“ oder „Unterentwicklung“ als Zustand bzw. Stadium oder als Struktur verstanden wird. (vgl. Nohlen 2002: 233ff.)

Für die Abhandlung ähnlicher und entwicklungspolitischer Begriffe sei auf Nohlen (2002) verwiesen.

⁷ OHCHR (Abkürzung für Office of the High Commissioner for Human Rights)

Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 22; Mann, Gruskin, Grodin u. a. 1999: 2; United Nations 1998:o.S.)

So sagte auch der damalige Präsident der *UN General Assembly*⁸ in Bezug auf die Adaption der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte folgendes: (vgl. United Nations 1950:535; 1996: o.S.)

[The adoption of that] very important Declaration [...] was a remarkable achievement [...], a step forward in great evolutionary process. It was the first occasion on which the organized community of nations had made a Declaration of human rights and fundamental freedoms. The instrument was backed by the authority of the body of opinion of the United Nations as a whole, and millions of people – men, women and children all over the world – would turn to it for help and guidance and inspiration. (United Nations 1950: 535)

Heute ist die Menschenrechtserklärung in über 250 Sprachen übersetzt und ist eines der bekanntesten und am meisten zitierten Menschenrechtsdokumente. (vgl. United Nations 1998: o.S.)

Die UDHR besteht aus 30 Artikeln, die in fünf unterschiedliche Kategorien von Menschenrechte eingeteilt werden können: Politische Rechte; Zivile Rechte; Ökonomische Rechte; Soziale Rechte; Kulturelle Rechte. (vgl. Nohlen 2002: 555; United Nations Association in Canada 1998: o.S.; United Nations 1948)

Diese Unterteilung wird primär jedoch lediglich in zwei Gruppen zusammengefasst – in zivile und politische Rechte (wie das Recht auf Leben, auf Freiheit, auf Sicherheit, auf Bewegungsfreiheit, auf Freiheit von Folter etc.) und in ökonomische, soziale und kulturelle Rechte (wie das Recht auf Gesundheit, auf Arbeit, auf soziale Sicherheit, auf Nahrung, auf Wohnen, auf Bildung, etc.). (vgl. Asher 2010b: 14f.; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 25) Diese Unterteilung gibt es in der eigentlichen Deklaration noch nicht, sondern diese Kategorisierung entstand erst später durch zwei darauf folgende Pakte (Sozialpakt und Zivilpakt, siehe nächster Abschnitt). (vgl. Asher 2010b: 14f.)

Unterschied ist, dass zivile und politische Rechte sofort garantiert werden müssen. Für ökonomische, kulturelle und soziale Rechte hat ein Staat Zeit, diese in Politik und Verfassung umzusetzen. (vgl. International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 25)

⁸ Der Australier Herbert Vere Evatt war von September 1948 bis Mai 1949 Präsident der *UN General Assembly* (vgl. Bolton G.C. 2012: o.S.; United Nations o.J.: o.S.) und somit bei der Verkündung der Allgemeinen Menschenrechtserklärung.

Fridthjof Bernt erwähnt weiters die Unterscheidung zwischen Menschenrechten als negative Rechte – die Freiheit und Abwesenheit von diversen Eingriffen (wie Machtausübung der Regierung) im Bereich Freiheit, Privatleben etc. und positiven Rechten - wie beispielsweise das Recht auf Gleichheit, gleichem Schutz vor Gericht. (vgl. Fridthjof Bernt 2009: v)

Asher will diese Unterteilungen bzw. Kategorisierungen jedoch nicht überbewerten bzw. findet diese sogar teilweise verwirrend. (vgl. Asher 2010b: 14f.)

Die Menschenrechtserklärung besitzt zwar nicht die rechtsverbindliche Kraft wie die eines Vertrages, sondern es handelt sich lediglich um eine Erklärung. Trotzdem hat diese politisch wie auch moralisch große Wirksamkeit bzw. Gewicht. (vgl. Asher 2010b: 13; BMZ 2010b: o.S.; Mann, Gruskin, Gostin u. a. 1999: 9)

Die AEMR ist im Gegensatz zu den wie folgt skizzierten Sozial- und Zivilpakten holistischer verfasst, wenn es darum geht, die Menschenrechte zu beschreiben. Die Bewahrung von menschlicher Würde ist auf soziale und zivile Rechte gestützt bzw. abhängig, so Sinding Aasen. (vgl. Sinding Aasen 2009b: 55)

2.3.3.2 Rechtsverbindlichkeit der Menschenrechte

Um die in der AEMR formulierten Menschenrechte auch in rechtsverbindliche Normen zu transformieren, wurden 1966 zwei Menschenrechtspakte verabschiedet. Diese sind der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*) – kurz: „Sozialpakt“; sowie der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (*International Covenant on Civil and Political Rights*) - kurz: „Zivilpakt“.

(vgl. Asher 2010b: 13; BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010: 3f.; 2011: 2; BMZ 2009b: 4, 2010b: o.S.; ETC Graz o. J.: 153; Fridthjof Bernt 2009: vii; Hannibal und Lawrence 1999: 404; Mann, Gruskin, Gostin u. a. 1999: 9; Nohlen 2002: 556; OHCHR 2007: o.S.; United Nations 1966a: Zivilpakt Präambel; 1966b: Sozialpakt Präambel)

In Kraft getreten sind diese Pakte 1976. Gemeinsam mit der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte bilden diese Pakte die internationale Menschenrechtscharta (*International Bill of Rights*). (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 8; Asher 2010b: 13; BMZ 2010b:o.S.; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 23)

Bei der Ratifikation dieser Pakte verpflichtet sich der Staat unter anderem, die in der Menschenrechtserklärung formulierten Menschenrechte einzuhalten. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 6; BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 3f.; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 23; OHCHR 2007: o.S.)

Neben der Menschenrechtserklärung und dem Sozial- sowie Zivilpakt konnten nach 1948 auch weitere internationale Konventionen und Übereinkommen⁹ der VN ausgehandelt werden. Diese ergänzen die Allgemeine Menschenrechtserklärung bzw. stützen sich auf diese. (vgl. BMZ 2009b: 4; 2010b: o.S.; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 23; Nohlen 2002: 556)

Wenn ein Staat diese Konventionen und Übereinkommen ratifiziert, verpflichtet sich die Regierung dazu, das nationale Gesetz dahingehend zu adaptieren und folglich auch die in der AEMR formulierten Menschenrechte und die Menschenwürde zu gewährleisten. So konnten diese Bestimmungen der Dokumente (und somit auch die Menschenrechte) bis dato in mehreren nationalen Verfassungen adaptiert werden und sind teilweise sogar ein zwingendes Völkerrecht (*ius cogens*). (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 6; Asher 2010a: 6; 2010b: 14f; BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 3 f.; BMZ 2009b: 4; 2010b: o.S.; Fridthjof Bernt 2009: viii; United Nations 2011b: o.S.)

Auch Indien hat fundamentale Rechte in die Verfassung aufgenommen, darunter auch das Recht auf Gesundheit (sowie auch das Recht auf Gleichheit). (vgl. Government of India Ministry of Law and Justice 2007)

⁹ Weitere wichtige UN-Menschenrechtskonventionen sind zum Beispiel: das Übereinkommen zur Beseitigung von jeder Form von Rassendiskriminierung, das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, das Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, das Übereinkommen über die Rechte des Kindes, die Internationale Konvention zum Schutz der Rechte von WanderarbeiterInnen und ihren Familienangehörigen, das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die Konvention gegen das Verschwindenlassen – sie werden als *International Human Rights Treaties* verstanden. (vgl. Asher 2010b: 16; BMZ 2010b: o.S.; Deutsches Institut für Menschenrechte 2011: o.S.; Mann, Gruskin, Gostin u. a. 1999: 9; Nohlen 2002: 556; OHCHR 2011: o.S.) Diese Konventionen sind gemeinsam mit dem Zivilpakt und Sozialpakt die grundlegendsten Menschenrechtsverträge.

Des Weiteren gibt es auch noch zusätzliche Fakultativprotokolle zu manchen dieser Pakte oder auch ILO-Abkommen (International Labor Organisation) und UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation) Konventionen. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 12; BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 5; BMZ 2009b: 4; GIZ 2011: o.S.)

Staaten müssen den Vertragsorganen (*treaty bodies*) Bericht ¹⁰ über Umsetzung dieser fundamentalen Rechte erstatten; sie unterliegen dem *International Human Rights Law*. (vgl. Asher 2010b: 16; Benn 2002: 3; Fridthjof Bernt 2009: vii; GIZ¹¹ 2011: o.S.; Jones 2009a: 52; OHCHR 2011; United Nations 2011b: o.S.)

Das *International Human Rights Law* der VN ¹²legt Verpflichtungen fest, an welche Staaten gebunden sind. Falls die Umsetzung der Menschenrechte bzw. auch der Menschenwürde nicht gewährleistet sein sollte, kann auch international eingegriffen werden. (vgl. United Nations 2011b: o.S.) Trotzdem spricht Fridthjof Bernt davon, dass oft zu wenig dagegen eingegriffen werde, wenn ein Staat diese Bedingung nicht erfüllt. (vgl. Fridthjof Bernt 2009: vii f.)

Menschenrechte regeln also die Beziehung zwischen den BewohnerInnen eines Staates (RechtsinhaberInnen) und dem Staat (vertreten von seinen AmtsträgerInnen) als Pflichtenträger. Dies bedeutet, dass die PflichtenträgerInnen Bedingungen für die Erfüllung der Menschenrechte zu schaffen haben, sodass die BürgerInnen ihre Rechte beanspruchen können bzw. Zugang dazu haben. Die Menschenrechte definieren Mindeststandards und auch Verfahrensregeln. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 6; Asher 2010a: 4; 2010b: 12; BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 5f.)

2.3.3.3 Normativität der Menschenrechte

Diese skizzierten Menschenrechte sind – trotz aller staatlichen Verpflichtungen – nach wie vor sehr normativ. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 15, 19; Fridthjof Bernt 2009: v)

Die Wirklichkeit zeigt einen großen Widerspruch zwischen den Zielen, den rechtlichen Verpflichtungen und der Realität. In vielen Staaten der Welt werden Menschenrechte nach wie vor verletzt. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 15,19; International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999a: 24)

¹⁰ Berichterstattung muss nicht unbedingt ausschließlich von den Staaten selbst erfolgen, auch NGOs schreiben Berichte über die tatsächliche Situation über die Gewährleistung der Menschenrechte. Die Realität zeigt, dass Berichterstattung unterschiedlich – je nach Ersteller – ausfallen kann. (vgl. ETC Graz o. J.: 154; GIZ 2011: o.S.)

¹¹ GIZ (Abkürzung für Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit)

¹² Neben den Vereinten Nationen gibt es auch diverse regionale Vereinigungen zum Schutz der Menschenrechte (wie zum Beispiel: Europarat, Organisation Amerikanischer Staaten, Afrikanische Union, Arabische Liga, Vereinigung südostasiatischer Staaten). (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 13f.; Nohlen 2002: 556f.)

Ähnlich argumentiert Asher: „Even if they [the Human Rights] are not always honoured in fact (de facto), everyone is entitled by international law (de jure) to enjoy benefits of human rights.“ (Asher 2010b: 11)

Auch Petchesky argumentiert, dass Menschenrechte durch ihre potentielle Verletzung noch sehr normativ und noch weit entfernt von Universalität und Unabdingbarkeit seien. Weiters hält diese fest, dass Menschenrechte je nach Klasse, Gender, Kaste, Ethnizität, Geographie, Alter etc. unterschiedlich ausgeprägt seien. (vgl. Petchesky 2003c: 21)

Jones spricht weiters von einer „moral fiction“ der Menschenrechte. (vgl. Jones 2009a: 51)

Fridthjof Bernt sieht die Menschenrechte aber auch als Chance oder Instrumente eine demokratische Gesellschaft und soziale Stabilität zu schaffen oder zu bewahren. (vgl. Fridthjof Bernt 2009: v)

Die Notwendigkeit, weg von der Normativität, hin zu einer Umsetzung der Menschenrechte, verdeutlicht folgendes Zitat:

[T]he irreducible contamination of the subject of human rights indicates that we can no longer theorize the normativity of rights claims in terms of the rational universality of a pure, atemporal and context-independent human dignity that is ultimately separated from economics and politics... *Yet, [rights] are the only way for the disenfranchised to mobilize.* (Cheah 1997 zit. nach Petchesky 2003c: 22; Hervorhebungen im Original)

Zusammengefasst fokussieren sich Menschenrechte auf Würde und Unversehrtheit der Menschen und sollen Individuen und Menschen schützen. Sie sind für alle Menschen gültig und gleich bzw. ident, universal, interdependär, unteilbar verbindlich und können von allen Menschen in Anspruch genommen werden. Garantiert und geschützt soll die Einhaltung durch internationale Standards und durch legale Verpflichtungen des Staates werden. (vgl. Asher 2010b: 20)

Indien hat all diese von mir erwähnten Dokumente (Menschenrechtserklärung, Zivilpakt und Sozialpakt) sowie auch alle weiteren Konventionen (außer der *Konvention gegen das Verschwinden lassen* - nur unterschrieben - und der *Konvention gegen Folter* sowie der *Wanderarbeiterkonvention*) ratifiziert. (vgl. Bayefsky.com 2011: o.S.)

2.4 Nexus Gesundheit und Menschenrechte - Das Recht auf Gesundheit

„Es ist mein Bestreben, dass Gesundheit endlich nicht als Segen angesehen wird, den man sich wünscht, sondern als Recht, um das man kämpft.“ (Kofi Annan o. J. (Übersetzung) zit. nach ETC Graz o. J.: 153)

„Gesundheit“ ist ein Menschenrecht. Das *Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher Gesundheit* wird kurz als *Recht auf Gesundheit* zusammengefasst. (vgl. Barbosa da Silva 2009: 13; BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010: o.S.; BMZ 2009a: 5; Gostin und Mann 1999: 68; Grover und Citro 2011: 976; Hess 2008: o.S.; Jones 2009a: 48; 2009c: 2)

„Das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand ist ein zentrales Menschenrecht, das in verschiedenen Menschenrechtsverträgen verankert und international verankert und anerkannt ist. Jeder Staat, der die relevanten Pakte ratifiziert hat, muss das Recht auf Gesundheit achten, schützen und gewährleisten.“ (BMZ 2009b: 4)

Artikel 25 der Allgemeinen Menschenrechtserklärung lautet:

1. 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, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitmung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.
 2. Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche wie außereheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.
- (United Nations 1948: AEMR Artikel 25)

Auch im Sozialpakt (Artikel 12)¹³ wird das Recht auf Gesundheit explizit erwähnt. (vgl. United Nations 1966b: Sozialpakt Artikel 12)

Article 12

1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for:
 - (a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child;

¹³ Der Sozialpakt bzw. die Menschenrechtserklärung sind nicht die einzigen Dokumente, in denen das Recht auf Gesundheit erwähnt wird (so ist das Recht auf Gesundheit auch beispielsweise in den erwähnten Konventionen zu Rechten von Frauen und des Kindes sowie Menschen mit Behinderung verankert). (vgl. Benn 2002: 3; BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010; Fridthjof Bernt 2009: vii Jones 2009a: 48; 2009c: 2; Sandberg 2009: 71) In der vorliegenden Diplomarbeit werden jedoch nur die AEMR sowie der Sozialpakt skizziert, da diese Erläuterung in diesem Rahmen ausreichend ist.

- (b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene;
 - (c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;
 - (d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.
- (United Nations 1966b: Sozialpakt Artikel 12)

Die WHO argumentiert, dass Menschenrechte Rahmenbedingungen seien, um direkt auf soziale Determinanten von Gesundheit zu antworten, diese zu identifizieren und zu analysieren. Denn laut Menschenrechten sind alle Menschen – wie bereits diskutiert - gleich und frei von Diskriminierung, was folglich auch für den Bereich „Gesundheit“ gültig ist. Die WHO sieht Diskriminierung als Wurzel von Verletzungen des Rechts auf Gesundheit. (vgl. World Health Organisation 2001: 6)

2.4.1 Bedeutung des Rechts auf Gesundheit

Das Menschenrecht auf Gesundheit (Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit) „ist ein grundlegendes soziales Recht und wesentliches Element der Grundversorgung [...]. Das Menschenrecht kann kein durchsetzbares Recht, ‚gesund zu sein‘ gewährleisten, verlangt aber ganz zentral diskriminierungsfreien Zugang zu qualitätvollen Gesundheitsdiensten und weiteren Leistungen.“ (ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 36)

Ebenso schreibt Asher das Recht auf Gesundheit heiße nicht, das Recht gesund zu sein, sondern bedeute viel mehr das Recht auf Gesundheitsleistungen, auf *Public Health Care* und Grundvoraussetzungen gesund zu sein. (vgl. Asher 2010b: 27)

Laut Hess argumentiert Valentin Aichele (Institut für Menschenrechte Berlin) wie folgt:

[Beim Recht auf Gesundheit gehe es] um einen Anspruch an die Gesellschaft, als Rechtssubjekt akzeptiert zu werden [und einen] diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitswesen zu erhalten. [Dieser Zugang zum System müsse jedem nicht nur] de jure, sondern auch de facto [ermöglicht werden. Das sei ein] elementarer Gerechtigkeitsanspruch, der in den Menschenrechten wurzelte. (Hess 2008: o.S.)

Beim Recht auf Gesundheit spricht das BMZ von einer Schaffung einer integrierten Basisgrundgesundheitsversorgung, der Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Determinanten von Gesundheit bzw. auch Krankheit und nennt strukturelle Gründe, wieso ungleicher bzw. unterschiedlicher Zugang zu Gesundheit existieren. Gesundheitsangebote müssten an Bedürfnisse von Individuen bzw. von benachteiligten Gruppen angepasst werden. (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010: o.S.)

Auch Tharu argumentiert ähnlich und schreibt, das Recht auf Gesundheit „may be translated into timely and appropriate health care - the determining factors of which may be socio-economical, cultural and environmental”. (Tharu 2009: o.S.)

Des Weiteren rücken das BMZ und die Entwicklungspolitische Informationsarbeit soziale Sicherungssysteme für Basisgesundheitsversorgung speziell für als arm eingestufte Bevölkerungsgruppen in den Mittelpunkt und schätzen den Abbau gesellschaftlicher Stigmatisierung (HIV/AIDS¹⁴, Lepra) und die Berücksichtigung der Bedürfnisse dieser Menschen mit Krankheit, sowie sexuelle und reproduktive Rechte von Gesundheit als wichtig ein. (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010: o.S.)

Ähnlich argumentieren die ADA und das Ludwig Boltzmann Institut. Diese betonen einen nicht-diskriminierenden Zugang zu Gesundheitsleistungen, Leistbarkeit sowie gute Qualität von diesen, Standards bei Medikamenten, ein spezifisches Angebot für Frauen und Kinder, aber auch Prävention von Drogenmissbrauch sowie die Beseitigung von traditionellen, schädlichen Praktiken. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 36)

Das bereits diskutierte humanistische Konzept von Würde ist unter anderem Basis aller modernen Menschenrechte aber auch für *health care* von Relevanz, argumentiert Barbosa da Siva. (vgl. Barbosa da Siva 2009: 38) Dazu zählt für diesen neben den Elementen wie „Respekt der menschlichen Unversehrtheit“, „keine Bösartigkeit“ (*non-maleficence*), „Gutartigkeit“ (*beneficence*), „Gerechtigkeit“, „menschliche Verletzbarkeit“ auch das Prinzip von Autonomie (Vertraulichkeit, Privatsphäre, Freiheit, persönliche Identität, Bevormundung). Idealerweise sollten bei *health care* alle diese Elemente gegeben sein, um die menschliche Würde und somit die Menschenrechte zu gewährleisten. (vgl. Barbosa da Siva 2009: 30 f.) Auch für Sinding Aasen ist Würde in Gesundheitsangelegenheiten von großer Relevanz. (vgl. Sinding Aasen 2009b: 54)

Jones teilt das Recht auf Gesundheit in zwei Kategorien ein. Diese sind zunächst präventive und kurative *health care* (Gesundheitsversorgung sowie Zugang zu Medikamenten), aber

¹⁴ HIV/AIDS: Abkürzungen für: Human Immunodeficiency Virus (Humanes Immunschwäche Virus) bzw. Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwächesyndrom)

auch das Vorhandensein von Voraussetzungen, die nötig sind um gesund zu sein (Trinkwasser, Nahrung, Information, Umwelt, sanitäre Anlagen etc.). (vgl. Jones 2009a: 48)

2.4.1.1 Interdependenz des Rechts auf Gesundheit mit anderen Rechten oder Faktoren

Menschenrechte stehen miteinander in Verbindung bzw. in Wechselwirkung, Menschenrechte sind folglich interdependär. So ist das Recht auf Gesundheit zwar so nur in Artikel 25 (Recht angemessene Gesundheit, auf Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und Recht auf Sicherheit bei Krankheit, Alter) der AEMR explizit formuliert, wird aber auch indirekt durch in Artikel 3 (Recht auf Freiheit, Sicherheit und Recht auf Leben), in Artikel 22 (Recht auf soziale Sicherheit) formulierten Rechte beeinflusst. (vgl. Asher 2010b: 30; Benn 2002: 1; Shah, Fischer, und van Velthuisen 2006: 231, 241; United Nations 1948: AEMR Artikel 3, 22, 25) Das ETC Graz betont weitere Menschenrechte wie Recht auf Freiheit von Gewalt, Folter, Sklaverei oder Diskriminierung sowie das Recht auf Wasser etc. in diesem Nexus. (vgl. ETC Graz o. J.: 153)

So beschreiben Gostin und Mann sowie das ETC Graz abschließend das Recht auf Gesundheit als verknüpft, interdependär, von Überschneidungen geprägt und von anderen Menschenrechten abhängig. (vgl. ETC Graz o. J.: 153; Gostin und Mann 1999: 68)

2.4.2 Recht auf Gesundheit und Aufgaben sowie Verpflichtungen des Staates

Mit der Ratifizierung der von mir in Abschnitt 2.3.3.2 erwähnten Dokumente (besonders Sozialpakt) verpflichtet sich der Staat also das Recht auf Gesundheit zu gewährleisten, zu respektieren, zu achten oder auch zu schätzen. (vgl. BMZ 2009b: 4)

Auch Indien hat diese Menschenrechtsdokumente sowie die Konstitution der WHO ratifiziert und unterschrieben. Indien bzw. der Staat ist also legal verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu gewährleisten. (vgl. Bayefsky.com 2011; World Health Organisation 2005: 1)

Asher argumentiert wie folgt:

The right to health is a universal entitlement, based on dignity and integrity of all individuals. [...] [This means that] individuals and groups have well-defined non-negotiable health-related entitlements and that the governments are legally responsible for ensuring that those entitlements can be enjoyed effectively. (Asher 2010b: 39)

Laut Hess argumentiert Valentin Aichele, „[d]er Staat habe die Verpflichtung, jeden Bürger [sic!] darin zu unterstützen, das Recht auf Gesundheit zur Geltung zu bringen.“ (Hess 2008: o.S.)

Weiters heißt das Recht auf Gesundheit auch, dass der Staat nicht die Gesundheit für jeden einzelnen/jede einzelne BürgerIn sichern muss, sondern der Staat muss Bedingungen garantieren, sodass sich die Gesundheit seiner BürgerInnen voll entfalten kann (Nahrung, Trinkwasser, Schutz der Umwelt und natürlichen Lebensgrundlagen, Arbeit, Gleichheit). Dazu zählt natürlich auch, dass der Staat allen BürgerInnen (frei von Diskriminierung oder unterschiedlichen Bedingungen) eine angemessene, qualitativ gute und essentielle Gesundheitsvorsorge zur Verfügung stellen muss, so Benn und das BMZ. (vgl. Benn 2002: 3; BMZ 2009a: 5, 7)

Auch Deogaonkar argumentiert, dass es Aufgabe des Staates sei, Gesundheit zu gewährleisten. Dazu zähle aber nicht nur Zugang zu Gesundheitsleistungen, sondern dieser spricht hierbei von *settings* (Grundvoraussetzungen), die der Staat zu schaffen hat. (vgl. Deogaonkar 2004: 1)

Gesundheitsversorgung muss nicht automatisch kostenlos sein, sondern viel eher müssen Gesundheitsleistungen für BewohnerInnen möglich sein – das heißt besonders auch für arme und benachteiligte Bevölkerungsteile. Gesundheitspolitik muss also der gesamten Bevölkerung Zugang zu Gesundheitsservices ermöglichen, so das BMZ und die Entwicklungspolitische Informationsarbeit. (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010; BMZ 2009a: 5)

So schreibt auch Gilson, dass in jedem Gesundheitssystem auch marginalisierte oder arme Personen geachtet werden müssen, um Gleichheit und Gerechtigkeit zu garantieren. (vgl. Gilson 2006: 364ff.) Auch für Sinding Aasen ist von besonderer Relevanz, wenn Gesundheit als Menschenrecht diskutiert wird, dass Leistungen und Zugang zu Gesundheitsdienste wie bereits erwähnt auf Diskriminierungsfreiheit und auf Gleichheit der EmpfängerInnen basieren. (vgl. Sinding Aasen 2009a: 108)

Laut BMZ bedeutet dies, dass Gesundheitssysteme oder Gesundheitspolitiken in Bezug auf Menschenrechte und im Rahmen eines Menschenrechtsansatzes¹⁵ so entwickelt werden müssen, sodass sozio-ökonomische und kulturelle Unterschiede mitberücksichtigt werden und alle Teile der Bevölkerung damit erreicht werden; in Folge der Zugang zu Leistungen allen gewährt wird. (vgl. BMZ 2009a: 11)

¹⁵ Das Konzept eines Menschenrechtsansatzes wird in Abschnitt 3.1 (*Human Rights Based Approach*) diskutiert

Ebenso betonen Claeson u.a. dass es Aufgabe des Staates sei, die Politik so auszurichten, dass sie gesundheitsfördernd sei. Staaten hätten gesundheitsgefährdende Auslöser zu verhindern bzw. zu mindern und könnten durch die richtige Politik oder Strategie (*policy*) die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. (vgl. Claeson u. a. 2001: 3ff.)

Der Terminus *policy* umfasst mehr oder weniger offizielle, also amtliche oder behördliche (*official*) Richtlinien. Diese dienen einer Institution als Anordnung bzw. Anleitung zum Handeln. Bei *health policies* handelt es sich um kodifizierte Richtlinien bezüglich Gesundheit (bzw. auch anderer *policies* welche einen direkten Einfluss auf Gesundheit haben) oder um gesundheitsbezogene Programme. (vgl. Singer und Castro 2004: xi)

So sei seit dem 19. Jahrhundert eine der wichtigsten Funktionen des „modernen Staates“ so genannte *policies* oder *policy-guided programs* zu entwickeln, um Gesundheit zu fördern, zu begünstigen (*promote*) und zu schützen. *Health policies* können aber auch bei internationalen Organisationen, Entwicklungsorganisationen und Anbietern von *health care* formuliert sein, so Singer und Castro. (vgl. Singer und Castro 2004: xi)

Die WHO spricht weiters von *health promotion* als Aufgabe des Staates, Gesundheit zu fördern. *Health promotion* definiert die WHO wie folgt: „Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.“ (WHO Ottawa Charter for Health Promotion 1986 zit. nach World Health Organisation 1998: 1) So ist *health promotion* ein umfassender bzw. flächendeckender (*comprehensive*) sozialer und politischer Prozess, welcher Handlungen und Fähigkeiten von Individuen stärken, aber auch soziale, umweltbedingte und ökonomische Bedingungen verändern sollte, sodass öffentliche und individuelle Gesundheit erleichtert wird. Auch Partizipation ist essentiell für *health promotion* Handlungen. (vgl. World Health Organisation 1998: 1f.)

So fasst Asher diese Verpflichtungen des Staates als *core-obligations* (Grundpflichten) zusammen. Dazu zählen das Erreichen eines Minimum-Standards an Basisgrundversorgung, das Erbringen von *Public Health Care* Leistungen und von *Primary Health Care* Leistungen, Gesundheits-(Aus)Bildung, und das Erreichen eines gewissen Grades an Entwicklungszielen¹⁶. (vgl. Asher 2010b: 30; 2010c: 81f.)

Asher unterscheidet zusätzlich zwischen positiven und negativen Verpflichtungen des Staates um das Recht auf Gesundheit zu sichern. Zu den positiven zählen, was der Staat zu tun hat,

¹⁶ Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals* - MDGs) werden in Abschnitt 3.4.3 diskutiert.

also Staatsverpflichtungen und das Recht auf Gesundheit zu respektieren. Zu den negativen zählen, was der Staat bzw. die Regierung nicht tun darf bzw. verhindern muss. (vgl. Asher 2010c: 55)

Wie bereits in Abschnitten 2.3.2 und 2.4.1 erwähnt, spielt Würde eine bedeutende Rolle im Zusammenhang mit Menschenrechten. Auch der Staat hat bei seinen Aufgaben beim öffentlichen Gesundheitsangebot - öffentliche Einrichtungen, Gesundheitspersonal und AnbieterInnen von sozialen Services - die Würde¹⁷ von GesundheitsempfängerInnen zu beachten. (vgl. Sinding Aasen 2009b: 54)

Weiters nennt das BMZ folgende konkrete Pflichten des Staates, um das Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten:

- Achtungspflicht (darunter fällt das Zugangsrecht aller Personen(gruppen) zu Gesundheitsleistungen und -einrichtungen);
- Schutzpflicht (der Privatsektor muss reguliert werden – auch private Leistungsbringer müssen sich an das Recht auf Gesundheit halten);
- Schutz vor schädlichen Tätigkeiten (Genitalverstümmelung, geschlechtsspezifische Gewalt);
- Gewährleistungspflicht (Umsetzung und Planung einer angemessenen Gesundheitspolitik bzw. Basisgesundheitsversorgung);
- Aufbau von sozialen Sicherungssystemen (welche auch als arm eingestufte BürgerInnen involvieren);
- Zugang zu Verhütungsmitteln darf nicht beschränkt werden. (vgl. BMZ 2009a: 8)

¹⁷ Zum Thema Würde betont Sinding Aasen, wenn Gesundheit als Menschenrecht diskutiert wird, müsse in der Regel der *informed consent* eingehalten werden. *Informed consent* bedeutet, dass ein gesundheitlicher Eingriff oder ein Handeln nur dann durchgeführt werden darf, wenn der/die PatientIn vollständig über das Vorgehen informiert und damit auch einverstanden ist. Der/die PatientIn muss folglich vor Eingriff über diesen, über Vorgehen, Ursache, Grund und auch Konsequenzen und Risiken informiert werden. (vgl. Sinding Aasen 2009a: 105; 2009b: 65f.) Das Recht auf *informed consent* ist für Sinding Aasen ein essentielles PatientInnen-Recht und wurzelt im Prinzip der Autonomie und Selbst-Bestimmtheit. (vgl. Sinding Aasen 2009a: 105)

Ausnahmen sind Notfälle bzw. jene Fälle in denen PatientInnen nicht die nötige Fähigkeit haben, die richtige Entscheidung zu treffen. Darüberhinaus stellen auch Kinder eine Ausnahme dar, bei denen in der Regel die Eltern die Entscheidung treffen. (vgl. Sinding Aasen 2009a: 105; 2009b: 65f.) Auch Barbosa da Silva betont die Bedeutung des Konzepts der Würde, und sieht diese in engem Zusammenhang mit Autonomie und Unversehrtheit. Wobei dieser betont, dass diese beiden Aspekte bei den Menschenrechten zentral und folglich im Nexus von Gesundheit ebenfalls von Bedeutung seien. Dieser betont diese Konzepte, wenn es um die normative Ethik aller ArbeitnehmerInnen im Bereich Gesundheit geht. So ist diese Ethik zentral, wenn es darum geht, Leben zu retten, Krankheit vorzubeugen, Leiden zu vermeiden, Gesundheit zu gewährleisten und PatientInnen-Komfort sicher zu stellen. (vgl. Barbosa da Silva 2009: 13)

2.4.2.1 AAA-Q Formel

Für das BMZ sowie die ADA und das Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte sind vier Elemente besonders relevant, wenn es um die staatliche Umsetzung des Menschenrechts Gesundheit geht. Die ADA und das Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, fassen diese Elemente als *AAAQ-Formel* zusammen:

- **Availability** (Verfügbarkeit): Gesundheitsangebote, medizinisches Personal bzw. Ausstattungen und Medikamente müssen verfügbar sein;
- **Accessibility** (Zugänglichkeit): Gesundheitsangebote müssen de jure und de facto zugänglich sein – und zwar für alle BürgerInnen, darunter auch arme, Menschen mit Behinderung und Menschen hohem Alters;
- **Acceptability** (Akzeptanz, Relevanz, Annehmbarkeit): Die Gesundheitsangebote und -leistungen müssen auch von der Bevölkerung angenommen werden können und gegen medizinische Ethik, kulturelle Werte und gegen Menschenrechte darf dabei nicht verstoßen werden;
- **Quality** (Qualität) beim staatlichen Angebot von Gesundheitsleistungen: Gesundheitsleistungen müssen auch von guter Qualität sein und angemessenen medizinischen Standards entsprechen.

(vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 36; BMZ 2009b: 7f.)

Dieselben Elemente werden ebenfalls von Jones, Asher und dem ETC Graz als essentielle und bei der Realisierung des Menschenrechts auf Gesundheit notwendige erwähnt. (vgl. Asher 2010c: 60–63; ETC Graz o. J.: 154; Jones 2009a: 48)

- **ad Zugang und Zugänglichkeit (Accessibility)**

Jones diskutiert den Terminus von Zugänglichkeit noch ausführlicher:

[T]o have access means that government must facilitate access or create an enabling environment for everyone to access a service. [It means to be] able to get, have or use something. (Jones 2009a: 55)

Weiters unterscheidet Jones zwischen „political accessibility“, „institutional accessibility“, „cultural accessibility“, verbindet damit aber auch „social acceptability“. (Jones 2009a: 56f.)

- **ad Qualität**

Badura definiert Qualität wie folgt:

Unter Qualität versteht man gemeinhin Merkmale oder Eigenschaften von Produkten oder Dienstleistungen, die vom Käufer [sic!] oder Adressaten [sic!] als nützlich oder

wünschenswert erachtet werden und deren Erstellung kunst- und regelgerecht erfolgt. Gesundheitsdienstleistungen haben [die Eigenschaft], dass ihre Ergebnisse schwer erfassbar, oft nicht sichtbar und auch nicht leicht zurechenbar sind. Ihre Erstellung erfolgt koproduktiv, d.h. die Adressaten [sic!] sind stets ein Stück weit auch Mitproduzenten [sic!]: Ihre Motivation und Qualifikation spielt für die erreichten Prozesse und Ergebnisqualität eine bedeutenden Rolle. (Badura 2002: 258)

Für Balarajan, Selvaraj und Subramanian sind Kriterien wie Sicherheit, Effektivität, *timeliness* (Pünktlichkeit) und PatientInnen-Fokus zentral. Sie unterscheiden zwischen Qualität von Services und der Klinik-Qualität. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 508) Weiters sei Qualität von Gesundheitsleistungen von diversen Faktoren wie technischen Komponenten, Zugänglichkeit von Services, Beziehungen innerhalb des Personals, Vorhandensein von Medikamenten, weitere Angebote bzw. Bestände, Personal und Zusatzleistungen der Einrichtung abhängig. (vgl. Baru u. a. 2010: 55f.)

Qualität will ich weiters unter dem Aspekt von „Vertrauen“ betrachten, so verküpft Gilson Vertrauen und Qualität indem sie unter anderem Formen von Qualität als Merkmale für Vertrauen beschreibt. Sie unterscheidet hierbei zwischen Qualität von *care* (durch Sicherung von Ausstattung und Verfügung von Medikamente), Qualität von Training, Effektivität und Verantwortlichkeit (*accountability*). (vgl. Gilson 2006: 367)

2.4.2.2 Vertrauen

Das Spektrum an Definitionen von „Vertrauen“ ist groß, bei vielen Begriffseingrenzungen liegt jedoch die Grundannahme, dass

„Trust is commonly understood as the optimistic acceptance of a vulnerable situation in which the trustor believes the trustee will care for the trustor's interests'.“ (Hall u. a. 2001: 615)

„Vertrauen“ ist also wichtig für Gesundheitssysteme, denn Vertrauen stärkt das gesamte System, welches für die Produktion von Gesundheit (*health production*) notwendig ist. (vgl. Gilson 2003: 1461) „Trust matters to health systems and trust-based health systems matter to society. People value health systems not only for the care they themselves receive [...] but also [for the] well-being of society.“ (Gilson 2003: 1463)

Die Wichtigkeit von Vertrauen wird auch von Hall u.a. betont: „The central role of trust in medical relationships has long been recognized [...]. It has received increasing attention in recent years.“ (Hall u. a. 2001: 613) In diesem betonen die AutorInnen auch, dass das Vertrauen (der PatientInnen) zu gewinnen eines der großen Ziele in der medizinischen Ethik

sei und des Weiteren auch ein wichtiges Element bei Behandlungen sowie auch im Diskurs der öffentlichen Gesundheitspolitik. (vgl. Hall u. a. 2001: 613)

- **Vertrauen und (soziale) Beziehungen**

Bei Vertrauen geht es nicht nur darum, einen Service (zum Beispiel eine medizinische Behandlung) zu erhalten, sondern es ist auch wichtig, der jeweiligen Person (Arzt/Ärztin) als Person (Charakter, Beziehung zu dieser etc.) zu vertrauen. (vgl. Hall u. a. 2001: 613) Hall u.a. sprechen jedoch nicht nur von einer *one-to-one* Beziehungen (wie beispielsweise zwischen PatientIn und Arzt/Ärztin), sondern ebenfalls von Vertrauen in ganze Institutionen oder Systeme als Ganze. (vgl. Hall u. a. 2001: 613ff.) Ähnlich schreibt auch Gilson, dass Vertrauen meist als *one-to-one* Beziehung diskutiert würde, aber auch komplexer diskutiert werden könne und zwar im Kontext von sozialen Systemen. (vgl. Gilson 2006: 361) Ein vertrauenswürdiges Gesundheitssystem sei mehr als ein kompetenter Service, es verlange auch *health workers*, die „attitudes and capacity of moral understanding and motivation“ mitbringen. (Gilson 2006: 367) Die Autorin betont die Rolle von Beziehung bei Vertrauen wie folgt: „Trust is a relational notion: it generally lies between people and organisations, people and events.“ (Gilson 2003: 1454)

Vertrauen kann auch von Beurteilung oder Erfahrungen anderer abhängen. Das bedeutet Vertrauen bzw. Misstrauen ist bei der Gesundheitsversorgung auch stark von der Erfahrung oder Beurteilung eines Patienten/einer Patientin abhängig (wie beispielsweise Erfahrung mit dem Verhalten des/der Providers/Providerin gegenüber dem/der Patienten/In, oder dessen/deren Kompetenzen). (vgl. Gilson 2006: 362ff.)

Soziale Beziehungen müssen jedoch nicht nur in einem System stattfinden. So betont Wilkinson, dass soziale Beziehungen (wie Freundschaften) ebenfalls einen großen Einfluss auf Gesundheit haben (vgl. Wilkinson 1999: 530) bzw. können sich soziale Beziehung auch durch sozialen Zusammenhalt (Sozialkapital) besonders bei schlechter gestellten Personengruppen positiv auf die Gesundheit auswirken. (vgl. Wilkinson 2001: xxii)

Das Gegenteil von Vertrauen kann als Misstrauen oder als kein oder nur sehr geringes Vertrauen verstanden werden. Das bedeutet also eine negative Sicht auf zu erwartende Ergebnisse. (vgl. Hall u. a. 2001: 618)

Abschließend will ich Vertrauen jedoch nicht nur in Verbindung mit Qualität skizzieren, sondern betonen, dass Vertrauen auch für das Element *acceptability* der AAAQ-Formel

relevant ist. So schreiben Hall u.a., dass Vertrauen auch dann eine zentrale Rolle spiele, wenn es darum gehe, dass der/die PatientIn bereit ist, eine Behandlung anzustreben bzw. zuzulassen und somit anzunehmen und zu akzeptieren. (vgl. Hall u. a. 2001: 614)

2.4.2.3 Versagen des Staates bei der Sicherung des Rechts auf Gesundheit

Toebe spricht von einer Menschenrechtsverletzung von staatlicher Seite, wenn dieser die notwendigen Strukturen bzw. Voraussetzungen nicht gewährleisten kann: „[A] state may violate the right to health if it structurally fails to offer adequate health care services to certain segments of the society.“ (Toebe 2001 zit. nach Sinding Aasen 2009a: 108)

Jones bezeichnet dieses Verfehlen oder nicht Erreichen der Menschenrechte und dem Recht auf Gesundheit als *human rights drift*. (vgl. Jones 2009c: 6) In diesem Zusammenhang spricht auch Craddock vom Versagen der öffentlichen Gesundheitsversorgung: „[I]t is not to say that public health policies throughout the years have not been responsible for much that is beneficial, but it is to say that there is a sustained failure within medicine and public health to recognize the effect institutional practise has upon those suffering real or ascribed burdens of disease.“ (Craddock 2000 zit. nach Jones 2009c: 8)

Asher betont die Notwendigkeit von der *legal responsibility* (rechtlichen Verantwortung oder Verpflichtung) des Rechts auf Gesundheit bzw. der Menschenrechte. (vgl. Asher 2010a: 4)

In diesem Zusammenhang spricht Berg von *Gesundheitsschutz*, welchen er wie folgt definiert: „legal or fiscal controls, other regulations and policies, aimed at the enhancement of health and the prevention of disease“. (Berg 1997: 62)

Mathauer erwähnt in diesem Kontext die Wichtigkeit von *good governance*¹⁸ im Gesundheitssektor (bzw. Sozialsektor). Die Autorin verbindet die Problematiken *good governance* und Gesundheit mit der Garantie, dass alle (auch benachteiligte oder als arm eingestufte Personengruppen) Zugang zu qualitativ guten bzw. gleichen Gesundheitsleistungen erhalten, und dass, um Services zu bekommen, keine Bestechungen

¹⁸ *Good governance* ist also für Menschenrechte und den Sektor Gesundheit essentiell. *Good governance* ist die Fähigkeit des Staates so zu handeln (unter anderem bei der Verwaltung öffentlicher Ressourcen), dass die Interessen der BürgerInnen verantwortungsvoll im Vordergrund stehen. Elemente sind hierbei: Demokratie, Transparenz, *rule of law*, Antikorruption, Menschenrechte, Partizipation von BürgerInnen und der Zivilbevölkerung, effiziente öffentliche Administration, kooperative politische und administrative Kultur, die Regulation im Falle eines *state failure*, Rechenschaftspflicht sowie Achtung des Prinzips eines Rechtsstaates. (vgl. ADA und BMEIA 2011: 4ff.; Mathauer 2009: 97) Das Ideal eines Rechtsstaates wird meistens so verstanden, dass unter anderem Werte wie Legalität, Gleichheit, fundamentale Menschenrechte, Gewaltentrennung, Recht auf ein unabhängiges Gerichtshaus von großer Bedeutung sind. (vgl. Hertough 2004: 467)

bzw. keine (kleinen) Bezahlungen gemacht werden dürfen. (vgl. Mathauer 2009: 90) So argumentieren auch die ADA und das BMEIA¹⁹, dass *good governance* für Menschenrechte sowie den Sektor Gesundheit essentiell sei. (vgl. ADA und BMEIA 2011: 4ff.)

2.5 Public Health²⁰ (Öffentliche Gesundheit)

Mann u.a. beschreiben Menschenrechte und *Public Health* als zwei komplementäre Ansätze um *human well being* anzustreben. (vgl. Mann, Gruskin, Grodin u. a. 1999: 2)

Zentral bei *Public Health* ist „Gesundheit“ zu fördern, zu sichern und zu gewährleisten (*promote*) und zu schützen. Die Bevölkerung als Gesamtes steht hierbei im Fokus. Der Menschenrechtsansatz hingegen fokussiert primär auf den Rechten und der Würde jedes einzelnen und versuchen diese zu gewährleisten. Beide Elemente tragen eine große Rolle bei sozialen Entwicklungen sowie der Realisierung der Menschenrechte und beeinflussen einander positiv. (vgl. International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999b: 46f.) So diskutieren auch Gostin und Mann, dass Promotion von Menschenrechten innerhalb von *Public Health* Programmen für den Gesundheitsschutz förderlich sei. (vgl. Gostin und Mann 1999: 68)

2.5.1 Bedeutung Public Health

Zunächst ist festzuhalten, dass *Public Health* als ein soziales Spektrum zu verstehen ist und im Rahmen von *Public Health* die Bevölkerung als Gesamtes²¹ betrachtet wird. Hingegen bezieht sich der Terminus *health* (Gesundheit) lediglich auf das einzelne Individuum. (vgl. Berg 1997: 71; Flick 2002a: 3; Freedman 1999: 228; International Federation of Red Cross,

¹⁹ BMEIA (Abkürzung für Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten)

²⁰ In dieser Diplomarbeit will ich mit dem englischen Begriff arbeiten und diesen nicht ins Deutsche (Öffentliche Gesundheit) übersetzen. Denn der Terminus *Public Health*, welcher im Englischen alternativ zur kurativen, auf den einzelnen Menschen bezogenen Medizin gebraucht wird, wurde auch im deutschen Sprachraum adaptiert bzw. wird gemeinsam mit dem Terminus Gesundheitswissenschaften verwendet. (vgl. Flick 2002a: 3) Weiters spricht Berg von der Schwierigkeit den (geläufigen und häufig verwendeten) Begriff *Public Health* ins Deutsche zu übersetzen. Eine Übersetzungsmöglichkeit sei *öffentliche Gesundheit*, jedoch gebe es hier die Verwechslungsgefahr mit dem *öffentlichen Gesundheitsdienst*. Weniger passend erscheint der Begriff *Gesundheitswesen* oder der Begriff *Volksgesundheit*. Weiters impliziert der Terminus *Public Health* auch sozialmedizinische Aspekte (also Zusammenhang zwischen Lebensfeld und Gesundheit). In Deutschland entwickelten sich aus dem Terminus *Public Health* auch Formulierungen (Bezeichnungen) wie *öffentliche Gesundheitspflege* bzw. *soziale Hygiene*, um den Aspekt des sozialen Umfelds auf ähnlicher Art und Weise miteinzubeziehen. (vgl. Berg 1997: 65) Nach 1945 bekamen Bezeichnungen wie *Volksgesundheit* und *öffentliche Gesundheitspflege* aufgrund der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, welche mit ihrer Rassenhygiene die öffentliche Gesundheitspflege vereinnahmte, jedoch eine negative Konnotation. (vgl. Berg 1997: 66: 71)

²¹ Flick fügt hinzu, dass zwar primär die Gesamtbevölkerung betrachtet wird, es sich aber auch unter Umständen um Teile der Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen handeln könne. (vgl. Flick 2002a: 3)

Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999c: 29; Mann 1999: 438f.; Mann, Gruskin, Gostin u. a. 1999: 8; Rao und Jain 2003: 95)

Zwar sind diese Termini „öffentliche Gesundheit“ und „Gesundheit“ (*Public Health und health*) komplementär, stehen aber auch in Wechselwirkung zu einander und beeinflussen sich gegenseitig. (vgl. Mann 1999: 438f.)

Public Health wird von Mann u.a. als „ensuring the condition in which people can be healthy“ (Mann, Gruskin, Grodin u. a. 1999: 2) definiert.

So halten auch die International Federation of Red Cross u.a. fest.

Public Health seeks to influence the societal condition in which people can be healthy. Far beyond ensuring access to medical care it includes efforts to ensure social opportunities such as educational care und healthful environment (housing, nutrition, workplaces) and prevention of threats to mental or social well being. (International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999c: 33f.)

Für Berg sind folgende drei Punkte bei *Public Health* von Relevanz:

- 1) Public [H]ealth ist auf Prävention ausgerichtet
 - 2) Public [H]ealth ist ein politisches, auf die Gesamtbevölkerung und nicht auf das Individuum bezogenes Konzept
 - 3) Der Schwerpunkt von [P]ublic [H]ealth liegt in der Sozialmedizin und ist vom biomedizinischen Ansatz zu trennen.
- (Berg 1997: 68)

Public Health beschäftigt sich also auf diversen Ebenen mit der Organisation von Gesundheitsförderung der Gesellschaft und der Vermeidung von Krankheit, weiters ist auch Krankheitsentstehung im Blickfeld. (vgl. Flick 2002a: 4; Schmidt 2002: 43) „So ist [*Public Health*] gleichermaßen bevölkerungs- und systembezogen sowie multidisziplinär.“ (Schwartz, Toschke und Walter 1999 zit. nach Flick 2002a: 3)

2.5.2 Public Health als Aufgabe des Staates (Öffentliche Gesundheitsservices)

Hoefert beschreibt *Public Health* unter anderem auch als politische Bemühung (vgl. Hoefert 2002: vii). Darunter versteht dieser, wie in der Praxis die Förderung von psychischen und physischen Wohl und der Lebenserwartung oder die Vermeidung von Krankheit interpretiert und umgesetzt werden. (vgl. Hoefert 2002: vii)

Im Kontext von *Public Health* und politischen Aufgaben interpretiert bzw. übersetzt²² Berg *Public Health* unter anderem als „Gesundheitswesen“. (vgl. Berg 1997: 63) Berg definiert Gesundheitswesen (hier: in der Bundesrepublik Deutschland) als „die Gesamtheit der Einrichtungen, Personen, Berufe, Sachmittel, normativen Regelungen und Maßnahmen [...], die in erster Linie das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern, herzustellen oder wiederherzustellen.“ (Berg 1997: 63)

Hoefert betrachtet *Public Health* weniger als „eine Utopie des Gesundheitswesens, sondern eher [als ein] Programm – ein Programm an dem die maßgeblichen Träger der Entwicklung (Gesundheitspolitik, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger u.a.) beteiligt sind.“ (Hoefert 2002: viii)

Weiters argumentiert Rosenbrock „Politisch sollen die aus Public Health gewonnen [Erkenntnisse,] Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in allen gesundheitsrelevanten Politik- und Handlungsfeldern Berücksichtigung finden.“ (Rosenbrock 2002: 21)

So betonen Flick und Claeson u.a., dass bei *Public Health* die Entwicklung und Steuerung eines gesamten Gesundheitssystems (*health system*) im Vordergrund stehen, sodass der gesamten Bevölkerung möglichst gute Gesundheitsdienste ermöglicht werden können. Ein Gesundheitssystem brauche Strukturen und Regulierungen. (vgl. Claeson u. a. 2001: 13; Flick 2002a: 9)

Flick spricht sogar davon, dass Gesundheit nicht mehr ein persönliches Gut, sondern viel mehr ein öffentliches Gut²³ sei, sowie dass in weiterer Folge öffentliche Instanzen eine tragende Rolle in der Gesundheitspolitik hätten. (vgl. Flick 2002a: 9)

Kunitz schätzt die Ermöglichung von Gesundheitsdiensten für EmpfängerInnen dieser Services bedeutend ein, weil „[t]he lesson is that health care and social services can make a difference and ought not to be dismissed [...]. The point is that such services can and do make a difference to the health of their beneficiaries.“ (Kunitz 1994: 182) Der Zugang zu *Public Health Care* und öffentlichen Gesundheitsdiensten wirkt sich also positiv auf die Gesundheit aus. (vgl. Kunitz 1994: 183)

²² Diese Übersetzung sei jedoch noch nicht die beste, sondern eine Möglichkeit. (vgl. Berg 1997: 64)

²³ Gesundheit wird auch vermehrt nicht nur als Menschenrecht sondern auch als öffentliches Gut (*public good*) oder auch als globales öffentliches Gut (*global public good*) diskutiert. Da ich mich in dieser Diplomarbeit auf die Theorie der Menschenrechte stütze, will ich diesen Diskussion nicht genauer erläutern. (vgl. BMZ 2009b: 10; Chen, Evans und Cash 1999: 284, 298)

Neben der Sicherung von Gesundheitsdiensten sind auch Lebensstile für *Public Health* relevant. In diesem Diskurs hat der Staat adäquate Lebenswelten und Lebensbedingungen²⁴ zu schaffen und zu gewährleisten. (vgl. Flick 2002a: 8; Schmidt 2002: 43) Diese Aufgabe des Staates wurde bereits in Abschnitt 2.4.2 angesprochen.

Public Health wird in dieser vorliegenden Arbeit im Bezug auf öffentliche Gesundheitsleistungen verstanden und so diskutiert.

2.5.3 Public Health als wissenschaftliche Disziplin

Die *Public-Health*-Forschung kann auch als eigene wissenschaftliche Disziplin diskutiert werden. (vgl. Flick 2002a: 15) So versteht Hoefert unter *Public Health* nicht nur politische, sondern auch wissenschaftliche Bemühungen, was Hoefert mit dem Begriff Gesundheitswissenschaften übersetzt. Somit hat *Public Health* auch akademische Aspekte. (vgl. Hoefert 2002: vii)

Laut Berg ist *Public Health* als Disziplin „die Wissenschaft und die Kunst, durch strukturierte gesellschaftliche Anstrengungen, Krankheiten zu verhüten, Leben zu verlängern und die Gesundheit zu fördern“ (Berg 1997: 67f.) sowie laut Wörterbuch Public Health „[d]ie Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch organisierte, gemeindebezogene Maßnahmen. [Public Health ist ein i]nterdisziplinäres Gebiet, das sich mit Gesundheit und ihren Determinanten befasst.“ (Wörterbuch Public Health: Haisch, Weitkunat und Wildner 1999 zit. nach Flick 2002a: 3)

Hoefert hält fest, dass *Public Health* eine heterogene und komplexe Forschungsdisziplin sei. (vgl. Hoefert 2002: vii) So behauptet auch Flick, dass die Perspektive von *Public Health* nur durch Recherche²⁵ unter Verknüpfung von diversen Disziplinen²⁶ realisiert werden könne

²⁴Das Einbeziehen der eben genannten Aspekte bezeichnet Flick als *New Public Health*. (vgl. Flick 2002a: 8)

²⁵ (Regierungsgeleitete) Recherche im Kontext von *Public Health* gab es bereits in der Zeit der Aufklärung. Diese Recherche ist auch unter dem Terminus *social medicine* (Sozialmedizin) bekannt. Schon damals nutzen Regierungen medizinischen Wissen, um die Gesundheit des Volkes bzw. der Bevölkerung zu verbessern, so Semba. (Semba 2001: 5)

²⁶ Unter dem Oberbegriff *Public Health* werden nach Benn besonders Fachdisziplinen verstanden, welche die Erhaltung und Förderung von Gesundheit garantieren sollen. (vgl. Benn 2002: 1,3) Beteiligte Disziplinen können sein: „Epidemiologie, Genetik, Sozial- und Politikwissenschaften, Versorgungsforschung, Pflegewissenschaften, Sozialpharmakologie, Sozialmedizin, klinische Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Managementwissenschaft, Qualitätsforschung, Methodenfächer wie Informatik, Statistik, qualitative und

(vgl. Flick 2002a: 4), da laut Hoefert bei der Betrachtung von Gesundheit oder Krankheit mehrere Faktoren und Dimensionen einzubeziehen seien. (vgl. Hoefert 2002: viii)

Auch in Indien wird in der *National Health Policy* die Wichtigkeit von Forschung zu Gesundheitsthemen anerkannt, da gute und gut geplante Recherchen auf dem Gebiet der Gesundheit wichtig sind, um Gesundheit zu verbessern bzw. für die Entwicklung eines Gesundheitssystems. (vgl. L. Dandona, Katoch und R. Dandona 2011: 1055f.)

quantitative Sozialforschung, Ökonomie, und Gesundheitsforschung. (vgl. Flick 2002a: 4) Freedman und Mann betonen weiters das Miteinbeziehen bzw. Untersuchungen von Faktoren, die die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen. Zu diesen zählen: Umgebung, soziale, physische, kulturelle, ökonomische, politische Faktoren. (vgl. Freedman 1999: 128; Mann 1999: 438f.) Konkrete Forschungsbereiche bei *Public Health* reichen von kommunaler Gesundheitsforschung, Alten- und Behindertenpflege, Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitssystemanalyse, Gesundheitsrisiken, Zahngesundheit, Gesundheit von Frauen und Kindern, Nutzen sowie Kosten von Gesundheitsleistungen und Entwicklung und Qualifizierung des öffentlichen Gesundheitswesens bis Gesundheitssystemforschung für chronisch Kranke. (vgl. Flick 2002a: 7)

3 Menschenrechte und das Recht auf Gesundheit in der Entwicklungspolitik

Paul Hunt ²⁷ spricht von einem alarmierenden Gesundheitsstandard in vielen Entwicklungsländern. Das Recht auf Gesundheit ist mittlerweile wichtiges Vorhaben und zu erreichendes Ziel im Entwicklungsprozess. Hunt und Asher sehen das Recht auf Gesundheit als einen Weg „Entwicklung“ zu fördern. Gleichzeitig kann das Recht auf Gesundheit auch andere essentielle und damit in Zusammenhang stehende und einander gegenseitig beeinflussenden Menschenrechte²⁸ fördern. (vgl. Hunt und Asher 2010: ix)

Weiters ist Gesundheit ein sensibler Indikator für „Entwicklung“, wozu unter anderem die Abwesenheit von krankheitsfördernden Faktoren zählt. (vgl. Nohlen 2002: 319f.)

3.1 Human Rights Based Approach (HRBA)

Auf Basis der Menschenrechte entwickelten sich seit den 1980er die so genannten Menschenrechtsansätze - *Human Rights Based Approaches*. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 9)

Ein Menschenrechtsansatz besteht in der expliziten Orientierung der Entwicklungspolitik an menschenrechtlichen Verpflichtungen aus den internationalen und regionalen Menschenrechtsabkommen und den Menschenrechtsprinzipien „Nicht-Diskriminierung/Chancengleichheit“, „Rechenschaftspflicht/Transparenz“ und „Partizipation/Empowerment“. Er untermauert ein emanzipatorisches Verständnis von Entwicklungszusammenarbeit, das alle Menschen als Subjekte und Akteure ihrer eigenen Entwicklung sieht und fördert. (BMZ 2009a: 5)

So argumentiert auch Asher:

A rights based approach uses international human rights treaties and norms to hold governments accountable for their obligations under the treaties. A rights approach can be integrated into any number of advocacy strategies and tools, including monitoring; community education and mobilization; litigation; and policy formulation. (Asher 2010b: 35)

Ein HRBA im Gesundheitssektor verlangt „die Ausrichtung von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen auf das Ziel, den Zugang der gesamten Bevölkerung, das heißt insbesondere extrem armer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen, zu

²⁷ Paul Hunt war UN Special Rapporteur für das Recht auf Gesundheit (vgl. Ricciardelli 2010: o.S.; United Nations 2010: o.S.)

²⁸ Siehe Abschnitt 2.4, besonders 2.4.1.1 „Interdependenz der Menschenrechte“

Gesundheitsdiensten und Gesundheitsinformationen zu verbessern und gesunde Lebensbedingungen zu ermöglichen.“ (BMZ 2009a: 11) Auch Asher betont beim HRBA den gleichen und diskriminierungsfreien Zugang und die Gegebenheiten von Gesundheitsstandards und Leistungen für BewohnerInnen eines Staates, also auch für Minderheiten. (vgl. Asher 2010b: 36)

Ein HRBA fokussiert folglich auf die Umsetzung der Pflichten des Staates, sodass die Rechte der BürgerInnen garantiert werden können. Dabei ist es unter anderem wichtig, dass auch armen oder benachteiligten Bevölkerungsteilen der Zugang zu Gesundheitsleistungen garantiert wird, wozu auch die Behebung von strukturellen Ursachen oder Defiziten bei der Gesundheitsversorgung zählt. (vgl. BMZ 2009b: 4) Das heißt also, um das Recht auf Gesundheit zu garantieren, muss der Staat als Pflichtträger alles versuchen, um auch benachteiligte (verletzliche) Gruppen zu erreichen und miteinzubeziehen. (vgl. Hess 2008: o.S.) Auch Asher betont die staatlichen Verpflichtungen sowie soziale Gerechtigkeit beim HRBA:

„The main effect of a human rights approach to health is that it re-frames basic health needs as health rights. In other words, becoming healthy and remaining so is regarded not merely as a medical, technical or economic problem, but also as a question of social justice and of concrete government obligations. Furthermore, a human rights approach recognises that every human being is endowed with human rights.“ (Asher 2010b: 35)

Dies bedeutet für Asher weiters, dass ein HRBA staatliche Politiken so beeinflussen bzw. formen könne, umfassendere, effektivere und passendere Antworten auf Probleme im öffentlichen Gesundheitssektor zu erzielen. (vgl. Asher 2010a: 4) Ein Menschenrechtsansatz kann also helfen, Verpflichtungen der Regierung bzw. des Staates einzufordern. (vgl. Asher 2010a: 5)

Jones sieht den HRBA im Nexus Recht auf Gesundheit zwar als einen starken Mechanismus an, stellt aber auch fest, dass ein Recht alleine nichts bewirke.

[A] right to health is a powerful mechanism to lay a claim to access something, access in a composite of a variety of social, cultural, and political dynamics. It therefore becomes self-evident that human rights and development require greater dialogue and embrace. [...] It is an inescapable truth, however, that animating these (often complex) rights based principles requires particular kinds of social actors. Rights after all, will not do anything by themselves. (Jones 2009b: 164f.)

Ähnlich bezeichnen Asher, Freedman und Mann u.a. Menschenrechte bzw. das Recht auf Gesundheit als einen mächtigen sowie wirkungsvollen Ansatz bzw. Dialog, um *human well*

being zu erreichen. (vgl. Asher 2010a: 3; Freedman 1999: 227; Mann, Gruskin, Gostin u. a. 1999: 7)

Asher betont des Weiteren, dass ein HRBA (besonders Elemente wie Empowerment und Partizipation) zentral für Arbeit von NGOs (Non-Governmental Organisations) sei. (vgl. Asher 2010a: 3)

Das bedeutet, auch NGOs können durch einen Menschenrechtsansatz gestärkt werden. Zum Beispiel in folgenden Bereichen:

- Strategien, Handlungen und Aufgaben im weiten Rahmen auf lokalem, nationalem und internationalem Level (wie Monitoring und Co-operation von Regierungsverpflichtungen oder Vorhaben in diesem Bereich);
- Schaffung von Bildung und Bewusstsein der Bevölkerung über ihr Recht sowie auch Meinungsstärkung;
- Funktion von NGOs als *watchdog*;
- Ausnützung bereits existierender Gesetze und Hinweisgebung auf Verstöße;
- Teilnahme an nationalen, internationalen, regionalen Menschenrechtsprozessen. (vgl. Asher 2010a: 5)

Jones betont, dass in der Entwicklungspolitik internationale Menschenrechte sowie Normen, Standards, Vorhaben und Programme von Staaten und NGOs angewendet und realisiert würden. Jones argumentiert, dass wenn Menschenrechte in Entwicklungsvorhaben übergreifend operieren, diese sehr wirkungsvoll sein könnten. Weiters könnten Menschenrechte im Entwicklungskontext als Ziel sowie als Prozesse eingesetzt werden. So können Menschenrechte Benchmarks für wünschenswerte Ergebnisse, sowie Bedingungen für die dafür notwendigen Prozesse sein. (vgl. Jones 2009a: 49)

Weiters kann ein Menschenrechtsansatz helfen, Verpflichtungen von Regierungen einzufordern. (vgl. Asher 2010a: 5)

In diesem Zusammenhang betonen Hunt und Asher die Notwendigkeit, ein Bewusstsein²⁹ für Menschenrechte und für das Recht auf Gesundheit bei der Bevölkerung zu wecken. Dieses Bewusstsein ist deshalb relevant, damit die Bevölkerung die ihr zustehenden *benefits* (wie öffentliche Gesundheitsdienste und –leistungen) vom Staat und von der Regierung einfordern

²⁹ Rolle von Rechtsbewusstsein (*legal consciousness*) wird in Kapitel 5 im Rahmen einer empirischen Untersuchung in Bengaluru, Indien untersucht.

und dafür verantwortlich machen kann (vgl. Hunt und Asher 2010, xii) und wird im folgenden Abschnitt 3.2 diskutiert.

Auch Block-Schlesier spricht von einer mangelhaften Kenntnis über Konventionen (hier: in Deutschland). Dieser ist der Ansicht, dass es wichtig sei, Rechtsbewusstsein (Kenntnisse von Rechten) bereits in das Erziehungssystem einzubauen. (vgl. Block-Schlesier 2005: 134, 136)

3.2 Die Rolle von legal consciousness beim „Menschenrecht Gesundheit“

Munger bezeichnet Sally Engle Merry als eine der ersten WissenschaftlerInnen, die sich mit dem Konzept von *legal consciousness*³⁰ beschäftigte. Das Konzept von *legal consciousness* ist besonders wichtig, um die Lücke zwischen *law-in-action* (also Recht/Gesetz in der Realität) und *law-on-the-books*³¹ (also theoretisches Recht bzw. Gesetz, wie es sein sollte, aber es in der Praxis und Realität nicht ist) zu überbrücken. (vgl. Munger 2006: 825)

Für die empirische Forschung in Kapitel 5 ist zentral, wie sehr sich Menschen ihrer Rechte tatsächlich bewusst sind und diese auch in Anspruch nehmen wollen bzw. akzeptieren. In der für diese Diplomarbeit ausgewählten Literatur wird *legal consciousness* oft in Zusammenhang mit *law* diskutiert. *Law* will ich in dieser Arbeit primär mit Recht (Recht auf Gesundheit) interpretieren bzw. übersetzen.

Laut Merry ist *law* (Gesetz/Recht) nicht nur ein unabhängiger, externer Faktor, der die Gesellschaft formt, sondern

[...] law and society are mutually defining and inseparable. One fundamental point is that law is intimately involved in the constitution of social relation and the law itself is constituted through social relations. Daily talk about the law by ordinary people contributes to define what law is and what it is not. Ordinary people share understanding of law and the way it affects their lives and defines their relationships. These understandings, which can be called legal consciousness, include people's expectations of the law, their sense of legal entitlement, and their sense of rights. (Merry 1992 zit. nach Munger 2006: 825)

Laut Munger ist Merrys Arbeit und Studie wichtig. Merry öffnete eine neue Sichtweise; und zwar um unser Verständnis von Rechten und dem dynamischen Prozess, bei welchem das Bewusstsein von Rechten Gestalt annimmt, zu beleuchten. Diese Sichtweise hilft,

³⁰ Auf Deutsch wird dieser Fachausdruck von mir mit „Rechtsbewusstsein“ übersetzt.

³¹ *Law-on-the-books* erfasst nicht die tatsächliche Realität von Gesetz oder Recht; sondern beschreibt vielmehr, wie Gesetz (bzw. Recht) nur in Form von Texten existiert – diese sind zwar verständlich und fassbar, sind aber in der Realität „tot“, also nicht existent. (vgl. Raiser 2007: o.S.)

Vorstellungen von Recht zu erklären, sowie zu verstehen, wie und warum Gesetz bzw. Recht funktioniert oder nicht und einen aktiven Teil unseres Lebens gestaltet. (vgl. Munger 2006: 825) Merry beschäftigte sich mit „ideas about what law is and what it can and cannot do“. (Merry 1992 zit. nach Munger 2006: 825)

3.2.1 Definition – legal consciousness (Rechtsbewusstsein)

Studien von *legal consciousness* untersuchen die individuellen Erfahrungen mit Gesetz und Rechten, bzw. wie sich Gesetze auf das Alltagsleben von Individuen auswirken. (vgl. Hertough 2004: 457f., 461; Kennedy 2006: 33). *Legal consciousness* kann als „all the ideas about the nature, function and operation of law held by anyone in society at a given time“ (Hertough 2004: 460) bzw. als „the ways law is experienced and understood by ordinary citizens“ (Silbey 2005: 326) interpretiert werden.

Legal consciousness ist folglich Verständnis, Interpretation und Meinung über Gesetz(e) und Rechte innerhalb der Bevölkerung - das was Menschen über Recht sagen und wie sie sich verhalten bzw. ihre Rechte anwenden und was die Gesellschaft denkt, was Gesetz bzw. Recht ist bzw. sein sollte. (vgl. Merry 1992: 361; Munger 2007: 465ff.; Silbey 2008: o.S.) In Anlehnung an Geiger führt Hertough diese breite Definition von *legal consciousness* als Synonym für „Rechtsgefühl“ (*people's sense of law and right*) zusammenfassend an. (vgl. Hertough 2004: 475)

Silbey definiert *legal consciousness* wie folgt:

The concept legal consciousness is used to name analytically the understanding and meanings of law circulating in social relations. Legal consciousness refers to what people do as well as say about law. It is understood to be part of a reciprocal process in which the meanings given by individuals to their world become patterned, stabilized and objectified. [...] Consciousness is not an individual trait nor solely ideational; legal consciousness is a type of social practice reflecting and forming social structures. (Silbey 2008: o.S.) [Legal consciousness] usually refers to micro level social action, specifically the ways in which individuals interpret and mobilize legal meanings and signs [...] [Legal consciousness is] used to emphasize analytically ways in which formal legal institutions and everyday social relations intersect and share cognitive resources. (Silbey 2001: 8624)

Mit dieser Definition von Silbey ist also gemeint, dass sich *legal consciousness* auf die Mikroebene einer Gesellschaft beziehe. Es würde dafür verwendet, um analytisch darzustellen, wie Individuen ihre Rechte bzw. die Rechtslage interpretieren, was sie darüber sagen und wie sie diese verstehen bzw. wie sie bezüglich derer agieren. Das Prinzip von *legal consciousness* beschreibt, wie sich formale (legale) Institutionen und tägliche soziale Beziehungen miteinander kreuzen. (vgl. Silbey 2001: 8624; 2008: o.S.)

Weiters zeigen Studien zu *legal consciousness*, wie Gesetz (oder Rechte) von Individuen erfahren und interpretiert werden – wie Individuen sich mit Gesetz (oder Rechten) auseinandersetzen (*engage*), diese vermeiden (*avoid*) oder sich diesen widersetzen (*resist*). (vgl. Silbey 2008: o.S.)

Auch für Cowan ist das Hauptanliegen von *legal consciousness* viel mehr eine Studie der Gesellschaft und weniger eine Gesetzesstudie. Cowan argumentiert, dass auf Basis des Konzepts von *legal consciousness* viel mehr die Routine, Vorstellungen oder Erfahrungen von Gesetz im Alltagsleben untersucht werden können. *Legal consciousness*-Studien dezentralisieren also das Gesetz und fokussieren auf ein soziales Phänomen. (vgl. Cowan 2004: 929) So argumentiert Block-Schlesier, dass Rechtsbewusstsein ein sich mit der Gesellschaft befassendes Konzept und weniger ein juristisches Problem sei. (vgl. Block-Schlesier 2005: 136)

Hertough teilt Gesellschaftsstudien zu *legal consciousness* in zwei Kategorien ein: Studien der ersten Kategorie befassen sich unter anderem mit dem Grad an öffentlichem Wissen und öffentlicher Meinung über Gesetze und Rechte. (KOL Studies – *knowledge and opinion about law*, Entstehung in den 1970er Jahre). KOL Studies haben oft *acceptance*, *impact* oder *effectiveness of law* als zentrale Elemente. (vgl. Hertough 2004: 461)

Spätere Studien (zweite Kategorie) legen ihren Fokus viel eher auf „images of laws and legal institutions that people carry around in their head and occasionally act upon.“ (Hertough 2004: 461)

Die anschließende Studie in Kapitel 5 ist in erster Linie der ersten Kategorie *KOL Studies* zuzuordnen, da der Fokus in dieser Studie ebenfalls auf dem Wissen über das Recht auf Gesundheit und auf der Effektivität dieses Rechts sowie auf der Akzeptanz von Gesundheitsleistungen liegt. In der Studie werden aber auch Aspekte der zweiten Kategorie (wie Vorstellungen über das Recht und des öffentlichen Gesundheitssystems) angesprochen.

Weiters wird *legal consciousness* laut Hertough und Silbey oft auch gemeinsam mit *legal culture* diskutiert. (vgl. Hertough 2004: 460; Silbey 2001: 8623ff.)

Silbey behauptet, dass die Begriffe *legal culture* und *legal consciousness* analytisch verwendet würden, um Meinung in der Bevölkerung über Gesetz und Rechte zu beschreiben und zu identifizieren.

The phrases ‚legal culture‘ and ‚legal consciousness‘ are used analytically to identify the understandings and meanings of law that circulate in social relations. The prefix

legal characterizes an aspect of the general culture that is associated with law, legal institutions, legal actors and behaviours. (Silbey 2001: 8623f.)

3.2.2 Legal consciousness als Verständnis und Wissen über die eigenen Rechte

Wie wichtig es ist, dass Individuen bzw. BürgerInnen eines Staates über ihre Rechte Bescheid wissen, wird von Merry betont. So argumentiert Merry, „in order for human rights and ideas to be effective [...] they need to be translated into local terms and situated within local contexts of power and meaning. They need, in other words, to be remade in the vernacular. [Furthermore,] human rights ideas are embedded in cultural assumptions about the nature of the person, the community, and the state and do not translate easily from one setting to another.“ (Merry 1992 zit. nach Munger 2006: 828) Das heißt also, damit Menschenrechte greifen können, müssen diese in Lokalsprachen, Dialekte oder auch Mechanismen übersetzt werden.

Weiters ist die Übersetzung von Rechten in lokale Kontexte auch deshalb wichtig, da das Recht auch Sinn für den/die InhaberIn eines Rechts machen muss, sodass InhaberInnen davon profitieren und auch das Recht in Anspruch nehmen können. (vgl. Munger 2006: 833)

Abschließend argumentiert Munger, dass *law*, so wie es in der Konstitution geschrieben steht, nicht immer unbedingt auf die selbe Weise von allen BürgerInnen „verstanden“ würde und dass wir (unbewusst) *law* eine Bedeutung geben – durch unbewusstes, automatisches Handeln (dadurch auch, dass wir manche Dinge automatisch tun - wie das Recht der anderen respektieren, frei sprechen) ohne eigentlich bewusst über *law* oder Rechte nachzudenken, sondern dies auch bereits ganz unbewusst tun, ohne eigentlich zuvor darüber nachgedacht zu haben. Dies ist für Munger „the power of legal consciousness“. (vgl. Munger 2006: 824f.)

3.2.3 Legal consciousness und die Einforderung von Rechten (bei der Regierung)

Es muss anerkannt werden, dass es wichtig ist, ein Bewusstsein über Rechte oder Menschenrechte zu haben. Denn wenn in der Bevölkerung nur geringes Bewusstsein über Rechte herrscht, dann haben Regierungen weniger Druck, diese Rechte auch tatsächlich ernst zu nehmen, wenn diese nicht stärker eingefordert werden. (vgl. Munger 2006: 829) Das Bewusstsein über Rechte ist also fundamental, um diese auch in Anspruch nehmen zu können.

Im Nexus Rechtsbewusstsein und Recht auf Gesundheit ist folgendes anzumerken. So behauptet Asher, dass trotzdem in vielen Ländern zu wenig Bewusstsein über das Recht auf Gesundheit innerhalb der Bevölkerung herrsche. (vgl. Asher 2010d: 197)

Es ist also wichtig, *awareness* (Bewusstsein) innerhalb der Bevölkerung auf ihr Recht auf Gesundheit zu schaffen. Dafür ist es notwendig, dass der politische Wille Gesundheitsleistungen zu gewährleisten auf soziale Bedingungen bzw. Gegebenheiten (wie soziale Ungleichheiten, Bildung, Gender Ungleichheiten im Kontext Zugang auf Gesundheit) sensibilisiert sein muss, sodass das Vorhaben auch funktionieren kann. (vgl. Das Gupta und Chen 1996: 7f.)

Auch Balarajan, Selvaraj und Subramanian merken bezüglich Indien an, dass es wichtig sei, Bewusstsein in der Gesellschaft über das Recht auf Gesundheit und auf Gesundheitsversorgung zu schaffen. So sei es wichtig auf Seiten der EmpfängerInnen das einfordernde Verhalten von Gesundheitsangeboten zu stärken. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 512)

Ähnlich argumentiert auch Jones. Dieser berichtet von dem Problem, dass Menschen³² sich ihres Rechts auf Gesundheit und Behandlung nicht bewusst seien und dieses Recht somit nicht in Anspruch nehmen würden. (vgl. Jones 2009b: 161)

Folgende Textstelle verdeutlicht, wie wichtig es ist sich des Rechts auf Gesundheit bewusst zu sein; dieses Bewusstsein sei jedoch nach wie vor mangelhaft verankert.

Lack of consciousness of health as a right remains a fundamental challenge – if not the challenge – for human rights NGOs engaged in promoting the right to health ... [I]n order for the right to health to be meaningful, it must become part of the understanding that people [...] have of themselves, their well-being, and their relationship to the state. [Otherwise] violations of the right to health whether caused by poverty-related conditions or by lack of access to health care – continue to be invisible, [and] accepted as part of the natural order of things. (Yamin o.J. zit. nach Asher 2010d: 197; Ergänzungen/Änderungen im Original)

So sei es aus Menschenrechtsperspektive zunächst besonders wichtig, PatientInnen hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer Rechte zu bestärken, betont das BMZ. Folglich sollen NutzerInnen zunächst auch Information über ihre Rechte erhalten. (BMZ 2009a: 14)

Auch Cowan hält fest, dass *welfare* generell nur jenen gegeben werde, die auch darüber (ihre Rechte) Bescheid wissen. (vgl. Cowan 2004: 939) Das bedeutet also, Unwissen über Rechte kann auch zur Exklusion von Rechten (hier Gesundheitsleistungen) führen.

Denn *legal consciousness* kann Individuen hinsichtlich des *taking on rights* beeinflussen. Das heißt, wie sehr diese ihre Rechte auch tatsächlich in Anspruch nehmen. (vgl. Munger 2007: 466)

³² Diese Studie Jones' wurde in Südafrika mit dem Recht auf Behandlung von HIV/AIDS als Fokus durchgeführt.

So argumentiert Cowan, dass der Mangel am Einklagen und Einfordern (*use of rights*) angefechtet werden müsse und zwar wie folgt: „Top down concerns about the lack of use of rights need to be mediated against the broader ways in which rights are used, explicitly or implicitly, in shape of individual tactics and strategies.“ (Cowan 2004: 958)

Interessant ist auch die von Munger angeführte Argumentation Merry. Merry spricht von der Möglichkeit, trotz Bescheid-Wissen über eigene Rechte lernen zu können ohne diese Rechte zu leben³³. (vgl. Munger 2006: 831f.)

Abschließend beschreibt Munger, dass in Entwicklungsgesellschaften Bewusstsein für Rechte jedoch als beides – als Konfliktgebiet und auch Schnittstelle - zwischen globalem und lokalem Informationsfluss über Rechte betrachtet werden könne. Munger konnte anhand von Studien feststellen, dass es auch wichtig ist, globale Rechte in lokale Kontexte zu übersetzen. (vgl. Munger 2006: 827ff.) So behauptet Munger, dass das was in westlichen Kulturen als *governance* und Regulierung verstanden wird, in anderen Gesellschaften andere Bedeutungen haben könnte. So hätten in anderen Kulturen Rechte (bzw. deren Effekt – *impact of rights*) oft andere Bedeutungen. Diese Bedeutungen seien eng mit Variationen von Kultur und Kontext verknüpft. Diese Bedeutungsänderung könne auch in Gesellschaften vorkommen, in denen Recht und Rechtsstaatlichkeit (*rule of law*) eigentlich etabliert seien. (vgl. Munger 2006: 823)

3.3 Gesundheit im Nexus anderer daran gekoppelter Elemente

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist Gesundheit ein Aspekt, der nicht isoliert diskutiert werden kann. So steht Gesundheit auch in Wechselwirkung mit anderen Elementen bzw. sozio-ökonomischen (Einfluss)Faktoren und auch teilweise zivilen und politischen Rechten. Folgende Beispiele³⁴ sind integrale Bestandteile von Gesundheit:

Dazu zählen die positiv besetzten Faktoren wie Wasser (wie Zugang zu Trinkwasser bzw. Wasserversorgung oder hygienische sanitären Anlagen), ausreichende Versorgung mit Nahrung, soziale Sicherheit, Bildung und Zugang zu Informationen, Arbeit, Würde, Gleichberechtigung, Gleichheit und Diskriminierungsfreiheit, Wohnen und Privatsphäre, angemessene Umwelt und Natur. Gesundheit wird weiters durch Faktoren wie Armut und

³³ Merry führte hierbei Studien an Frauen zum Thema Gewalt und Unterdrückung sowie zu Frauenrechte in verschiedenen Ländern bzw. Kulturen durch.

³⁴ Diese als Beispiel aufgezählten Elemente sind zum Teil auch weitere Menschenrechte, die mit dem Menschenrecht Gesundheit interdependär sind. (siehe Abschnitt 2.4, insbesondere 2.4.1.1)

hohes Bevölkerungswachstum beeinflusst (vgl. BMZ 2009b: 4,10; Nohlen 2002: 320; Petchesky 2003a: 118f.; Rosenbrock 2002: 22); darüberhinaus ist auch die Problematik von HIV/AIDS (vgl. BMZ 2009b: 4, 10; Jones 2009c: 2; 2009d: 123ff.) essentiell, wenn es darum geht das Recht auf Gesundheit zu realisieren.

Gesundheit ist also nicht exklusiv ein Bereich der Medizin oder der medizinischen Wissenschaft und Forschung (vgl. Abschnitt 2.5), sondern auch abhängig von menschlichem Verhalten oder anderen Gegebenheiten. (vgl. B. Chaudhuri und S. Chaudhuri 2007: 28f.) Für Lutz ist besonders der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit bedeutend. (vgl. Lutz 2006: 265 ff.)

Auch das BMZ betont, die Verknüpfung von Gesundheitspolitik mit anderen Politikbereichen immer wichtiger werde (vgl. BMZ 2009b: 15, 17) – ganz „im Sinne von ‚Gesundheit als Ergebnis aller politischen Maßnahmen‘“. (BMZ 2009b: 15) Die WHO spricht von einer Herausforderung Gesundheitssysteme zu stärken und von der Notwendigkeit über diese Systeme hinaus zu blicken und diese mit anderen Elementen zu verknüpfen. (vgl. World Health Organization 2005: 8)

Probleme bei gesundheitsrelevanten Faktoren seien laut Semba in den meisten industrialisierten Gesellschaften³⁵ bereits eliminiert, aber in vielen Entwicklungsländern nach wie vor problematisch. (vgl. Semba 2001: 1)

Scrimshaw sieht es als Herausforderung und Aufgabe des 21. Jahrhunderts Verbesserungen im Bereich Gesundheit zu erzielen. (vgl. Scrimshaw 2001: ix)

3.3.1 Gesundheitsindikatoren

Indikatoren für Gesundheit sind laut Nohlen medizinische, biologische oder sozialwissenschaftliche Messgrößen, welche den Zustand der Gesundheit von Individuen bzw. Bevölkerungsgruppen zu messen versuchen. Dazu zählen Kennzahlen wie Säuglings-, Kindersterblichkeits- und Müttersterblichkeitsraten, alters- und geschlechtsspezifische Sterblichkeitsraten oder Krankheits- bzw. Sterblichkeitsziffern (Morbidität und Mortalität), sowie die Fruchtbarkeitsrate und Angaben zur ländlichen Entwicklung.

Weitere indirekte Indikatoren sind Angaben zu Gesundheitsdiensten, wie Arztdichte, Krankenhausdichte, Pflegekraftdichte oder Impfabdeckung. Bei der Interpretation dieser Angaben ist es wichtig zu beachten, dass Indikatoren nie eine Gesamtbevölkerung

³⁵ Verbesserung in Industrie-Regionen sieht Semba besonders dank Verbesserung im Bereich *Public Health*, Hygiene und Ernährung. (vgl. Semba 2001: 1)

beschreiben können. Folglich ist es von Bedeutung, auf Unterschiede auf Grund von Region, Schicht oder Geschlecht zu achten. (vgl. Nohlen 2002: 322f.)

3.3.2 Gesundheit sowie daran gekoppelte Elemente und Problematiken speziell in Entwicklungsländern³⁶

Hunt und Asher sprechen von einer mangelhaften Gesundheitsversorgung speziell in Entwicklungsländern. (vgl. Hunt und Asher 2010: x)

So auch Deogaonkar und Gosh, Gabbay und Roy. Diese argumentieren, dass universeller Zugang zu Gesundheitsleistungen zwar in den meisten entwickelten Ländern gegeben und auch die Norm sei, aber in den meisten Entwicklungsländern, wie auch in Indien, noch nicht. (vgl. Deogaonkar 2004: 4; Ghosh, Gabbay und Roy 1999: 1f., 4)

In Entwicklungsländern wirken sich zunächst strukturelle Herausforderungen negativ auf das öffentliche Gesundheitssystem aus. Es kommt zu Defiziten. Defizite (besonders in ländlichen Gebieten) können sich beispielsweise bei fehlender Infrastruktur oder Ressourcenausstattung manifestieren oder verdeutlichen sich auch am Mangel an ausgebildeten Fachkräften und ÄrztInnen, am schlechtem Management, an fehlender Transparenz, an mangelhafter Regulierung und Überwachung und an nicht angepassten politischen Systemen. Diese Defizite können sich in weiterer Folge auch negativ auf Zugang oder Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen auswirken, so das BMZ. (vgl. BMZ 2009b: 9f.)

Weitere Probleme, die in vielen Entwicklungsländern gehäuft auftreten, sind das Fehlen von Sicherheitssystemen, wenn es zu einem Krankheitsfall kommt. In weiterer Folge sind die Kosten durch Direktzahlungen (*out-of-pocket-payments*) für medizinische Leistungen zu begleichen, PatientInnen müssen also ein Honorar zahlen. Da besonders auch in diesen Ländern Armut ein großes Problem darstellt, kann sich die Bevölkerung eine medizinische Versorgung oftmals nicht leisten. Es kann zu Verschuldung des/der PatientIn (oder der Angehörigen) kommen bzw. kann eine medizinische Dienstleistung dann oft erst gar nicht in Anspruch genommen werden. (vgl. BMZ 2009b: 9f.)

Das BMZ und Shah, Fisher und van Velthuizen sehen in Entwicklungsländern Hauptgesundheitsprobleme auf Grund von unzureichender Versorgung von Nahrung

³⁶ Indien gilt ebenfalls als Entwicklungsland. Eckdaten zu Indien werden in Abschnitt 4.1 dargestellt.

(*Malnutrition*)³⁷ oder von ungenügendem Zugang zu Trinkwasser. (vgl. BMZ 2009b: 11f.; Shah, Fischer und van Velthuisen 2006: 230) Semba und Bloem weisen speziell in Entwicklungsländern auf Aspekte wie hohe Muttersterblichkeitsraten, Untergewicht bei Geburten, hohe Kindersterblichkeitsraten, Diarrhöe-Erkrankungen, Malaria, Tuberkulose HIV/AIDS sowie eine geringe Lebenserwartung hin und sehen einen direkten Zusammenhang zwischen Ernährung und diesen Indikatoren bzw. Krankheiten. (vgl. Semba und Bloem 2001: xi)

3.3.3 Ungleichheiten auf Grund von Unterschieden innerhalb der Bevölkerung als Einflussfaktor auf Gesundheit

„Inequality itself constitutes our modern plague.“ (Paul Farmer 1999 zit. nach Singer und Castro 2004: xviii)

Ungleichheiten bringen zunächst automatisch Diskriminierung mit sich. Diskriminierung ist in Anbetracht eines HRBA eine Grundverletzung der Menschenrechte (vgl. Asher 2010c: 85–93). (siehe hierzu auch Abschnitte 2.4 und 3.1) Auch das Auftreten von Ungleichheiten ist folglich ein Element, welches die Gesundheit bzw. das Recht auf Gesundheit beeinflusst.

Das BMZ betont, dass sozio-ökonomische und sozio-soziale Determinanten bzw. Unterschiede bei der Diskussion von Gesundheit und Krankheit, Gesundheitseinrichtungen und Zugang dazu bzw. Ausschluss davon miteinbezogen werden müssen (vgl. BMZ 2009a: 11), da Ungleichheiten und soziale Determinanten besonders an der Gesundheit von Risikogruppen nagen, so Reddy u.a.. (vgl. Reddy u. a. 2011: 760f.)

Auch Werner ist der Ansicht, dass der Grad der Gesundheit einer Bevölkerung stärker vom Grad an relativer Gleichheit (Ungleichheit) als vom Wohlstand beeinflusst würde. (vgl. Werner 2001: o.S.) Gesundheit und Krankheit hängen folglich mehr mit einer gleichen

³⁷ Malnutrition ist in diesem Zusammenhang mit Entwicklungsländern primär als Unterernährung zu verstehen. (vgl. Schroeder 2001: 394) Der Terminus bedeutet aber nicht nur Unterernährung, sondern auch Fehl- und Mangelerkrankung. Malnutrition ist in benachteiligten bzw. sozio-ökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungen bzw. in Entwicklungsländern weit verbreitet. Malnutrition hängt direkt mit Gesundheit zusammen. (vgl. Schroeder 2001: 393) Die Konsequenzen von Malnutrition sind groß bzw. ernst und langandauernd. So sind unterernährte Kinder beispielsweise krankheitsanfälliger und haben auch eine verzögerte oder schlechtere motorische Entwicklung bzw. schlechtere schulische Leistungen. Erwachsene leisten schlechtere Arbeit am Arbeitsplatz, weiters wirkt sich Malnutrition auf die Produktivität und somit auch auf Nachkommen aus. (vgl. Schroeder 2001: 393) Gesundheitliche Folgen speziell von Unterernährung sind: Tod (die Hauptursache bei Tod von Kindern ist Unterernährung gekoppelt mit Infektionskrankheiten); Infektionskrankheiten (unterernährte Kinder leiden schneller/häufiger an Infektionskrankheiten); aber auch negative Auswirkungen auf Funktionen (physische Aktivität) und auf soziale Interaktionen (auf Grund von kognitiven und Verhaltens-Entwicklungen). (vgl. Schroeder 2001: 402–407)

Einkommens-Verteilung zusammen als mit dem Nationaleinkommen eines Staates, so dieser. (vgl. Werner 2000: o.S.)

Ungleichheiten im Bezug auf das Recht auf Gesundheit zeigen sich anhand von ungleichem Zugang zu Gesundheitsleistungen bzw. *public services* (weitere öffentliche Dienste), was sich durch mindere Qualität, geringere Effizienz, weniger kompetentes Personal und schlechtere bzw. inadäquate Ausstattung zeigt. Diese Ungleichheiten führen dazu, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen vermehrt mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben, so die WHO. (vgl. World Health Organisation 2001: 6, 8)

Ungleichheiten im Bereich Gesundheit spiegeln sich laut WHO besonders in Form von Unterschieden auf den Ebenen³⁸ Gender, rurale Lebensweise, Herkunft, Abstammung und Ethnizität, sozio-ökonomischer Status, Behinderung, sexuelle Orientierung wider. (vgl. World Health Organisation 2001: 7) Jones argumentiert ähnlich und beschreibt Ungleichheiten als Produkt von Armut und Unterschieden bei Rasse, Gender und Klassen. (vgl. Jones 2009a: 49) Flick und Abel u.a. bezeichnen diese Ungleichheiten als Form von Lebensstilen³⁹. (vgl. Abel u. a. 2002: 114; Flick 2002a: 10) Die „Überlegungen zum Verständnis gesundheitsrelevanter Lebensstile basieren auf der Annahme, dass Lebensstile primär durch soziale Lebensbedingungen begrenzt und durch grundlegende soziale Einflussfaktoren strukturiert werden.“ (Abel u. a. 2002: 114)

Jones fasst diese Ungleichheiten im gesamten Bereich Gesundheit als *structural violence* zusammen (vgl. Jones 2009a: 49) und Rosenbrock spricht vom „soziale[n] Dilemma der Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock 2002: 27).

Singer und Castro ziehen daraus folgende Schlussfolgerung, dass *health policies* so gesteuert sein müssen, um eine Verminderung oder Beseitigung von Ungleichheiten von *Public Health* anzustreben. (vgl. Singer und Castro 2004: xviii) Zugang zu Gesundheitsdiensten sollten also

³⁸ Merkmale wie Alter, Zugehörigkeit zu einer Schicht und Geschlecht, sind Eigenschaften, in die ein Individuum hineingeboren wird, bzw. die von Anfang an gegeben sind. (vgl. Abel u. a. 2002: 115)

³⁹ Lebensstile sind abhängig vom und orientiert am sozialen, kulturellen und ökonomischen Umfeld. Das bedeutet, „dass gesundheitsrelevante Lebensstile als vom jeweiligen soziokulturellen Kontext der Akteure abhängig gesehen werden müssen. Gleichzeitig stellen solche Lebensstile immer auch individuelle zusammengesetzte Strategien der Alltagsbewältigung und des Umgangs mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen dar. Mit dieser Argumentation schließt das hier vertretene Konzept der gesundheitsrelevanten Lebensstile an einem spezifischen Teil des neueren soziologischen Diskurs zur sozialen Ungleichheit an“. (Abel u. a. 2002: 113f.)

weder teilbar (*divisible*) sein noch jemanden ausschließen (*exclude*) (vgl. Chen, Evans und Cash 1999: 292), wie bereits in Abschnitt 2.4 erläutert.

3.3.3.1 Armut als ein Beispiel für sozio-ökonomische Ungleichheit

„Poverty [is] the underlying cause[...] of poor health and early death.“ (Werner 2001: o.S.)

Deogaonkar hält fest, dass Armut ein Ergebnis von ökonomischer und sozialer Ungleichheit sei. (vgl. Deogaonkar 2004: 1) Armut führt laut Hess zu einer gesundheitlichen Ungleichheit.⁴⁰ (vgl. Hess 2008: o.S.)

Armut wirkt sich also negativ auf Gesundheit von Personen aus. Dass Armut und Gesundheit in Zusammenhang⁴¹ stehen, darüber sind sich diverse AutorInnen einig (vgl. Das Gupta und Chen 1996: 8-10; Deogaonkar 2004: 1; Visaria und Gumber 1996: 50; Werner 2000: o.S.) bzw. auch dass Wohlstand und Gesundheit in Verbindung miteinander stehen. „The association between health and wealth is well established.“ (Bloom und Canning 2006: 304) Bereits Louis René Villermé (1782-1863) – so Freedman und Semba – konnte Anfang des 19. Jahrhunderts durch Zahlen einen direkten Zusammenhang zwischen den Parametern „arm-reich“ und „Gesundheit“ aufzeigen. (vgl. Freedman 1999: 128f.; Semba 2001: 5)

Armut ist sowohl Ursache als auch Konsequenz von Krankheit (*ill-health*). „Poverty is both a consequence and a cause of ill health“ (Claeson u. a. 2001: 1), denn „Krankheit führt zu Armut, Armut führt zu Krankheit“ (Hess 2008: o.S.).

Hunt beschreibt den wechselseitigen Zusammenhang von Armut und Gesundheit wie folgt:

Ill health is both a cause and a consequence of poverty: sick people are more likely to become poor and the poor are more vulnerable to disease and disability. Good health is central to creating and sustaining the capabilities that poor people need to escape poverty. A key asset of the poor, good health contributes to their greater economic security. Good health is not just an outcome of development: it is a way of achieving development. (Hunt o.J. zit. nach Asher 2010c: 91)

So argumentiert auch die WHO, dass als arm eingestufte Personen einem größerem Erkrankungsrisiko ausgesetzt seien und dass sich Armut negativ auf den Zugang zu

⁴⁰ Bloom und Canning halten zudem fest, dass durch höhere Einkommen für bestimmten Personengruppen bzw. die Bevölkerung in bestimmten Ländern auch bessere bzw. mehr Produkte leistbar seien, so auch Produkte, die für Gesundheit wichtig sind – wie Nahrung, Wohnen, sauberes Wasser und Gesundheitsversorgung. Weiters hätten diese Gesellschaften meist auch eine besserer bzw. höhere Bildung sowie einen besseren Zugang zu Medikamenten, Gesundheitseinrichtungen und Leistungen. (vgl. Bloom und Canning 2006: 306) In weiterer Folge wirkt sich Gesundheit wiederum wechselseitig auf Wohlstand aus – so können gesunde Menschen besser arbeiten, gesunde Kinder besser lernen etc.. (vgl. Bloom und Canning 2006: 307)

⁴¹ Für Deogaonkar ist der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit anhand von Gesundheitsindikatoren wie der Sterblichkeitsrate, der Morbiditätsrate und der Lebenserwartungsrate ersichtlich. Je ärmer die Personengruppen, desto schlechter die Ergebnisse dieser Indikatoren. (Deogaonkar 2004: 1)

Gesundheitsdiensten auswirke. Krankheit oder mangelhafte Gesundheit wirke sich aber auch negativ auf die Produktivität aus, was wiederum zu Armut führt. (vgl. World Health Organisation 2004: 5) Ähnlich halten die ADA und Claeson fest, dass Personen auf Grund von Krankheit (und wegen der hohen selbst zu tragenden Kosten für Gesundheitsausgaben) in Armut fallen oder leben. (vgl. ADA 2009: 1; Claeson u.a. 2001: 1)

Gesundheit ist essentiell für den Kampf gegen Armut und umgekehrt, so Hunt und Asher als auch Nohlen. (vgl. Hunt und Asher 2010: ix; Nohlen 2002: 319f.)

Claeson et u.a. fassen das Wechselspiel zwischen Armut und Gesundheit wie folgt zusammen: Armut im Zusammenhang mit Gesundheit kann auch bedeuten, in einem Teufelskreis gefangen zu sein. (vgl. Claeson u. a. 2001: 1) „In short, poor people are caught in a vicious circle - their poverty breeds ill health; and this, in turn, conspires to keep them poor.“ (Claeson u. a. 2001: 1)

Bloom und Canning drehen diese Diskussion um und beschreiben Gesundheit in Anlehnung an Emerson als Voraussetzung für Wohlstand: „Health is the first wealth.“ (Ralph Waldo Emerson 1860 zit. nach Bloom und Canning 2006: 306)

3.4 Entwicklungspolitik - Internationale Ziele und Verträge⁴² im Nexus Gesundheit

3.4.1 **Alma Ata Deklaration (1978)**

Die Alma Ata Deklaration galt zunächst als Meilenstein, um das Recht auf Gesundheit zu sichern. Ziel von Alma Ata war es „Health for all by the Year 2000“ zu sichern. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die Idee von *Primary Health Care* – (Basisgesundheitsversorgung) entwickelt. *Primary Health Care* sollte bis zum festgelegten Ziel-Jahr allen Menschen gesichert und zugänglich sein. (vgl. International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies, und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999c: 33f.; Narayan und Unnikrishnan 2003: 11; Nohlen 2002: 681f.; Petchesky 2003a: 118; Visaria und Gumber 1996: 50; Werner 1995: o.S.; 2001: o.S.)

⁴²Neben den in diesem Abschnitt erwähnten Dokumenten gibt es auch noch weitere, die (das Recht auf) Gesundheit thematisieren. Für die vorliegende Arbeit wurden drei der wesentlichsten internationalen Dokumente ausgewählt (*Alma Ata declaration*, *Programme for Action* der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo, *Millennium Development Goals*).

Im Unterschied zu den diversen rechtsverbindlichen bereits diskutierten Menschenrechtskonventionen sind diese Erklärungen primär lediglich eine politische Agenda und nur moralisch, aber nicht rechtlich bindend. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 54)

Dieses Konzept von *Primary Health Care* (PHC) ist bei der *Alma Ata Declaration* zentral und wird auf den folgenden Seiten kurz skizziert.

Weiters wird in der Deklaration von Alma Ata *health* erneut als fundamentales Recht betont. (vgl. Narayan und Unnikrishnan 2003: 11)

Folgende acht Elemente von PHC wurden in der Deklaration von Alma Ata festgelegt:

- Bildung (mit Fokus auf Gesundheitsprobleme und Prävention von Krankheit)
- Nahrung und Ernährung
- Wasser und sanitäre Anlagen
- Fürsorge für Mütter und Kinder (inklusive Familienplanung)
- Immunisierung ansteckender, infektiöser Krankheiten
- Prävention und Kontrolle von epidemischen Krankheiten
- Geeignete Behandlung von gewöhnlichen (*common*) Krankheiten, Verletzungen
- Versorgung mit Medikamenten
- Nach 1987 wurden die Elemente mentale und Zahngesundheit sowie Unfallsvermeidung hinzugefügt.

(vgl. International Federation of Red Cross, Red Crescent Societies, und François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights 1999c: 33f.; Nohlen 2002: 681f.; Petchesky 2003a: 118; World Health Organisation 1998: 3)

Weiters wurde mit der Idee von *Primary Health Care* anerkannt, dass es - um die globale Gesundheit zu verbessern - nicht ausreicht, alleinig medizinische Maßnahmen bzw. Angebote zu verbessern. Stattdessen sei ein intersektoraler, partizipativer und präventiver Ansatz nötig (siehe auch Abschnitt 2.4). (vgl. ADA 2009: 2; BMZ 2009b: 13; Narayan und Unnikrishnan 2003: 1; Nohlen 2002: 681f.) So wurden im Konzept von PHC auch soziale⁴³, ökonomische und politische Probleme von Krankheit oder mangelhafter Gesundheit aufgegriffen. (vgl. Narayan und Unnikrishnan 2003: 1) Daraus sollte eine Strategie entwickelt werden, welche versucht, Gesundheitsangebote gerechter, gleicher, passender und effektiver zu gestalten und an Bedürfnisse anzupassen. (vgl. Narayan und Unnikrishnan 2003: 1) (siehe auch Abschnitt 2.4).

Auch Indien hat die Alma Ata Deklaration unterzeichnet. (vgl. Betz 2003: 292)

⁴³ Die multiple Dimension des PHC-Konzepts der Alma Ata Deklaration belegen folgende Textstellen: Gesundheit wird als „social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector“ beschrieben (UN Alma Ata Declaration 1978 zit. nach Mann, Gruskin, Gostin u.a. 1999: 8) und PHC sei „essential health care made accessible at a cost a country and community can afford, with methods that are practical, scientifically sound and socially acceptable“. (UN Alma Ata declaration 1978 zit. nach World Health Organisation 1998: 3)

3.4.2 Kairo - International Conference on Population and Development (1994)

Das Recht auf Gesundheit wurde, neben anderen Vereinbarungen, auch bei der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo betont. (vgl. BMZ 2009a: 5)

1994 wurde in der dritten *International Conference on Population and Development* der VN in Kairo das *programme for action* verfasst. Petchesky zu Folge ist dieses das erste Dokument, welches den Fokus auf reproduktive Gesundheit sowie reproduktive Rechte und nicht nur auf Gesundheit allgemein setzt⁴⁴. (vgl. Petchesky 2003c: 2) So schreiben auch Mukhopadhyay, Ray und Bhatia, dass in der Konferenz in Kairo reproduktive Gesundheit (besonders von Frauen) beachtliche Achtung und Wichtigkeit gewann. (vgl. Mukhopadhyay, Ray und Bhatia 2004: 370)

Bei dieser Weltbevölkerungskonferenz wurde das Konzept der „Reproduktiven Gesundheit“ verfasst. Dieses Konzept richtet sich (um die WHO-Definition von Gesundheit zu erweitern) auf die reproduktive Gesundheit – also Fortpflanzungsorgane, ihre Prozesse und Funktionen. (vgl. Maschewsky-Schneider u. a. 2002: 156)

Petchesky betont, dass reproduktive Gesundheit und sexuelle Rechte ebenso Menschenrechte seien. (vgl. Petchesky 2003c: 15) So wird die Definition dieses reproduktiven Rechts im Aktionsplan von Kairo wie folgt definiert: „[it is] part of ‚already recognized international human rights‘; [this reproductive right] includes ‚the right to attain the highest standard of reproductive and sexual health‘, ‚the means to do so‘, ‚informed choice‘ and freedom from ‚discrimination, coercion and violence‘.“ (Petchesky 2003b: 44) Weiters heißt dieses Recht, „the right of women, to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so“. (Petchesky 2003c: 18)

Dieses Konzept umfasst also nicht nur Abwesenheit von Krankheiten (wie sexuell übertragbare Krankheiten, Schutz vor HIV/AIDS), sondern orientiert sich primär an der Fähigkeit zur Fortpflanzung und freien Entscheidung darüber. Dazu gehört Zugang zu und Information über Verhütungsmittel und Sexual-Bildung. Des Weiteren sind Familienplanungs-Elemente wie die Entscheidung über Schwangerschaft, Schutz vor ungewollter Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Anzahl der Kinder sowie Schwangerschaft und Geburt im Konzept verankert, sowie, dass Faktoren wie Frauen-

⁴⁴ Petchesky betont, dass Gesundheit (allgemein) bereits länger als Menschenrecht anerkannt und auch in der WHO-Konstitution als fundamentales Recht verankert ist. Erst aber mit Beginn der 1990er und auch der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo wurden unter dem Recht auf Gesundheit auch reproduktive Rechte miteinbezogen und fokussiert. (vgl. Petchesky 2003c: 17) In der Konferenz von Kairo wurde auf diverse Menschenrechtsinstrumente oder Dokumente (Zivilpakt, Sozialpakt, Menschenrechtsdeklaration) Bezug genommen (vgl. Petchesky 2003c: 9) sowie auch Menschenrechte (wie Bildung, sanitäre Anlagen, Freiheit, das Recht zu leben, Sicherheit, Wasser, Ernährung etc.) miteinbezogen (vgl. Petchesky 2003c: 9).

Empowerment, Gleichheit aller Frauen sowie Gender Equality erreicht oder Gewalt gegen Frauen (wie Genitalverstümmelung) vermieden werden. (vgl. Maschewsky-Schneider u. a. 2002: 156–160; Petchesky 2003b: 44–48)

In der Konferenz von Kairo wurde erkannt, dass reproduktive und sexuelle Rechte ebenfalls in das Konzept von PHC aufgenommen werden müssen und diese für alle (auch unabhängig von Alter) zugänglich sein müssen. (vgl. Petchesky 2003b: 41) Bei dieser Konferenz wurde auch deutlich, dass Menschenrechte nicht statisch, sondern wandelbar sind. (vgl. Petchesky 2003b: 42)

Dieser Aktionsplan von Kairo wird von Petchesky unter zwei Aspekten - *achievements* aber auch als *limitations* diskutiert: Als positiv sieht Petchesky, dass der Aktionsplan eine Abkehr von einer reinen Familienplanung und demographischen Planung darstellt und ein umfassendes Verständnis von reproduktiver Gesundheit zum Inhalt hat. Des Weiteren werden darin auch die soeben diskutierten Prinzipien in Bevölkerungs- und Entwicklungsstrategien aufgegriffen. Negativ sieht die Autorin jedoch die Tatsache, dass es sich bei der Diskussion um reproduktive und sexuelle Gesundheit viel mehr um eine „nette“ Rhetorik handle, die noch weit davon entfernt sei in tatsächliche *policies* und Services umgesetzt zu werden. (vgl. Petchesky 2003b: 35f., 44ff.)

Nach wie vor stünde Familienplanung mehr im Fokus als die Komponenten der soeben diskutierten sexuellen und reproduktiven Rechte. Weiters würden andere Kriterien - wie Infrastruktur und Armut etc. – Elemente, die direkt mit dieser Problematik in Verbindung stehen - ausgeblendet bzw. weder angesprochen noch in die Lösungsfindung eingeschlossen. (vgl. Petchesky 2003b: 44) Petchesky spricht sogar davon, dass der Aspekt der Rechte als Alibi für eine *old-school*-Familienplanung diskutiert werden könne. (vgl. Petchesky 2003c: 2) Viel mehr sollten diese Rechte die eigentlichen Ziele sein und weniger das Mittel für andere Ziele, wie ein geringeres Bevölkerungswachstum bzw. dessen Planung. (vgl. Petchesky 2003c: 9)

3.4.3 Millennium Development Goals (2000)

Die WHO spricht von einem *historic commitment* bei der Verabschiedung der MDGs. (vgl. World Health Organization 2005: 7).

In den *Millennium Development Goals* (MDGs), auch bekannt als Millenniumserklärung, sind die Menschenrechte auf mehreren Ebenen verankert. Sie greifen zentrale Aspekte

wirtschaftlicher und sozialer Menschenrechte auf (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 9; United Nations 2000). Die ADA und das Ludwig Boltzmann Institut schreiben sogar von großen Übereinstimmungen sowie Synergien zwischen Menschenrechten und den MDGs, da durch die Umsetzung der Ziele wesentliche Menschenrechte optimiert und gefördert würden, aber auch Ziele schneller erreicht würden, wenn sich Staaten an bereits existierende Menschenrechtsverpflichtungen hielten; zusätzlich steht auch bei den MDGs Würde im Fokus. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 54 f.; United Nations 2000) Laut BMZ und Entwicklungspolitischer Informationsarbeit könnten die MDGs sogar als (mögliche) Verwirklichung der Menschenrechte durch internationale Zusammenarbeit interpretiert werden. (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 9f.)

Die MDGs wurden 2000 beim Millenniumsgipfel der VN verabschiedet. Es wurden acht Ziele festgelegt, die bis 2015 erreicht werden sollten - 189 Staaten gaben das Versprechen ab, diese Ziele zu erreichen. Primär haben die MDGs das Ziel, extreme Armut zu eliminieren sowie Gesundheit und Wohlstand bei den armen Bevölkerungsschichten (in 15 Jahren 2000-2015) zu erreichen. Gesundheit ist also ein zentraler Aspekt und explizit in drei dieser festgelegten Ziele verankert. (vgl. ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 54 f.; United Nations 2000; 2012b: o.S.; World Health Organization 2005: 7) Die WHO beschreibt dies, dass damit Gesundheit „at the heart“ der MDGs sei. (vgl. World Health Organization 2005: 7).

3.4.3.1 MDGs im Überblick (sowie Menschenrechte, die direkt in den MDGs verankert sind)

MDG 1: eradicate extreme poverty and hunger
MDG 2: achieve universal primary education
MDG 3: promote gender equality and empower women
MDG 4: reduce Child Mortality
MDG 5: improve Maternal Health
MDG 6: combat HIV/AIDS, malaria and other diseases
MDG 7: ensure environmental sustainability
MDG 8: create a global partnership for development
(United Nations 2012b: o.S.)

Diverse Menschenrechte sind auch direkt in den jeweiligen MDGs verankert. So spiegeln sich im MDG1 das Recht auf angemessenen Lebensstandard aber auch das Recht auf Nahrung wider; im MDG2 das Recht auf Bildung, in den MDGs 3, 4 und 5 das Element der

Diskriminierungsfreiheit, in den MDGs 4, 5 und 6 ist das Recht auf Gesundheit verankert, abschließend ist das Recht auf Wasser bzw. angemessene Unterbringen in MDG7 beschrieben. (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2011: 9f.)

3.4.3.2 MDGs und Gesundheit und Interdependenz mit den anderen Zielen

Das Recht auf Gesundheit (im Hinblick auf Armut und Diskriminierungsfreiheit) in den MDGs umfasst die Bekämpfung von AIDS und anderen Krankheiten und die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern. (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010: o.S.)

Laut BMZ hätten immerhin seit Verabschiedung der MDG (2000) global die Ausgaben für Gesundheit stark zugenommen – dies veranschaulichen beispielsweise Indikatoren wie die Kindersterblichkeitsrate⁴⁵, welche weltweit gesunkenen sei. Trotzdem ist die globale Gesundheitssituation besonders in Entwicklungsländern nach wie vor prekär. (vgl. BMZ 2009b: 4)

In Abschnitt 3.3 wurde bereits diskutiert, wie Gesundheit mit anderen Faktoren und Elementen in Wechselwirkung steht. So werden die auf Gesundheit fokussierten MDGs natürlich auch von anderen MDGs beeinflusst – so zum Beispiel Bildung, Umwelt, Gleichheit oder Armut. (vgl. BMZ 2009b: 7; Ronsmans 2001: 38; World Health Organization. 2005: 7f.) Diese acht MDGs beeinflussen sich also gegenseitig. (vgl. World Health Organization 2005: 7)

3.4.4 People's Health Assembly

Nach den soeben diskutierten Dokumenten der VN möchte ich abschließend ein Treffen sowie Dokument der Zivilbevölkerung vorstellen – Ergebnisse der ersten *People's Health Assembly* (PHA).

Die PHA fand als Reaktion auf die Alma Ata Deklaration mit dem Ziel *Health for all by 2000* (zumindest mit einer PHC-Versorgung) statt. Das 1978 festgelegte Ziel konnte nicht erreicht werden, und wird von Narayan und Schuftan viel mehr als Rhetorik der Politik bezeichnet.

⁴⁵ Die weltweite Kindersterblichkeitsrate ist von 1990-2007 um 27% gesunken – 1990 starben 13 Millionen Kinder unter fünf Jahren weltweit, 2007 starben 9,2 Millionen. Diese Zahlen sind von enormen regionalen Unterschieden geprägt, die Situation in vielen Regionen der Erde ist nach wie vor prekär. So lag in den als ärmste Länder der Welt eingestuften Staaten die Kindersterblichkeit unter fünf Jahren im Jahr 2007 bei 130 Todesfällen pro 1000 Kinder, in den Ländern mit dem höchsten Einkommen bei lediglich 6 pro 1000 Kinder. Unterschiede sind auch bei Faktoren wie Müttersterblichkeit bei der Geburt (2005: 450 bzw. 6 Sterbefälle pro 100 000 Geburten) und Lebenserwartung (2007: 55 bzw. 79 Jahre als durchschnittliches Lebenserwartungsalter) ersichtlich (vgl. BMZ 2009b: 9).

Um *health policy makers* herauszufordern fand 2000 eine Versammlung der Zivilbevölkerung statt. (vgl. Narayan und Schuftan 2008: o.S.)

Bei dieser ersten PHA 2000 in Bangladesch fünf Tage andauernden „Weltgesundheitsversammlung von unten“ betrug die Teilnahme knapp 1500 Menschen (darunter VertreterInnen diverser Gesundheitsorganisationen, Basisgruppen, Bewegung etc.; VertreterInnen von internationalen Organisationen wie zum Beispiel der UNICEF oder der WHO waren jedoch abwesend).

Diese PHA hatte eine gesündere, gleichere, gerechtere Welt zu schaffen und „*to give the voiceless a voice*“ als Ziel (Werner und Sanders 2001: 2). Freie Meinungsäußerung und Austausch diverser Ansichten und Erfahrungen sowie die Repräsentation marginalisierter Gruppen waren zentral bei der PHA. Ergebnis dieser PHA war die *People's Charta of Health* (Gesundheitscharta der Menschen). (vgl. BUKO Pharma-Kampagne und Ärzte ohne Grenzen 2001: 1; Narayan und Schuftan 2008: o.S.; Werner und Sanders 2001: 1f.)

3.4.4.1 *People's Charta of Health (2000)*

Diese Gesundheitscharta weist auf nach wie vor bestehende Probleme und Ursachen hin, wieso *Health for all* (noch immer) nicht gegeben ist. Grundsätze wie die Verwirklichung der Menschenrechte werden erneut betont. Gesundheit wird in diesem Dokument primär durch politische, ökonomische und soziale Faktoren und die Lebensumwelt bestimmt, als durch medizinische Services und Gesundheits-Indikatoren und Messwerte.

(vgl. BUKO Pharma-Kampagne und Ärzte ohne Grenzen 2001: 3f.; People's Health Movement 2000: 4f.; Werner und Sanders 2001: 4)

So heißt es in der Präambel:

Gesundheit ist eine soziale, ökonomische und politische Aufgabe und ist vor allem Menschenrecht. Ungleichheit, Armut, Ausbeutung, Gewalt und Ungerechtigkeit sind Ursache von Krankheit und Tod bei all denen, die in Armut oder am Rande der Gesellschaft leben. Gesundheit für Alle bedeutet, mächtige Interessen herauszufordern, der Globalisierung entgegenzuwirken und politische wie ökonomische Prioritäten drastisch zu verabschieden.

(BUKO Pharma-Kampagne und Ärzte ohne Grenzen 2001: 1)

Weiters wird in dieser Charta die Notwendigkeit einer universellen PHC (Basisgesundheitsversorgung) betont und auf die Pflichten der Regierung hingewiesen. Sie legt auf eine Beteiligung und Partizipation der Zivilbevölkerung in der Gesundheitspolitik wert und spricht einen Aufruf zum Handeln aus, sodass die „globale Gesundheitskrise“

angefechtet werden könne. (vgl. BUKO Pharma-Kampagne und Ärzte ohne Grenzen 2001: 3f.; People's Health Movement 2000: 4f.)

Das BMZ schenkt PatientInnenrechtschartas, wie diese es ist, Bedeutung. So können laut BMZ derartige Chartas ein nützliches Werkzeug sein, um Rechtsanspruch von PatientInnen zu verwirklichen und um eine informierte Entscheidung aber auch eine respektvolle Behandlung zu bekommen. Das BMZ stuft auch diverse NGOs (im Bereich Menschenrechte und Gesundheit) oder Berufsgruppen aus dem Feld Gesundheit oder Gewerkschaften unter Gesundheitschartas ein. Weiters reicht es für das BMZ nicht nur aus, dass ein Bewusstsein über Rechte und Pflichten bei NutzerInnen besteht, sondern auch bei TrägerInnen soll Bewusstsein dafür geschaffen werden. (BMZ 2009a: 14) Chatterjee hält fest, dass auch Arzt und Menschenrechtsaktivist Binajya Sen der Ansicht sei, dass sogar viele ÄrztInnen Gesundheitsversorgung (*health care*) in Indien nicht als Recht ansehen würden. (vgl. Chatterjee 2011: 195)

Sowohl Narayan und Schuftan als auch Werner und Sanders betonen die Wichtigkeit der Mobilisierung innerhalb der Zivilbevölkerung, sodass es zu dieser PHA kommen konnte. Weltweit fanden *pre-assemblies* statt. Laut Narayan und Schuftan sowie Werner und Sanders waren diese *pre-assemblies* in Indien, wo es über neun Monate lang regionale und nationale Mobilisierung und Initiativen auf mehreren Ebenen gab, signifikant. So erwähnen diese unter anderem „*health trains*“ welche organisiert werden mussten, sodass tausende TeilnehmerInnen aus ganz Indien an einer *pre-assembly* in Kalkutta teilnehmen konnten. Die Autoren sprechen bei diesen Mobilisierungen innerhalb der Zivilbevölkerung von *Gesundheitsbewegungen* (zu internationalen Gesundheitsorganisationen ergänzend) mit dem Ziel Gesundheit für alle zu sichern. (vgl. Narayan und Schuftan 2008: o.S.; Werner und Sanders 2001: 3)

3.4.4.2 Gesundheitsbewegungen (*health movements*)

Bewegungen aus der Zivilbevölkerung sind „informal networks based on shared beliefs and solidarity which mobilize around conflictual issues and deploy frequent and varying forms of protest“ (Della Prota und Diani (1999) zit. nach Brown u. a. 2004: 52); und Gesundheitsbewegungen (*Health Social Movements –HSM*) sind wie folgt zu verstehen:

[Health Social Movements are to be understood as] an array of formal and informal organisations, supporters, networks of co-operation, and media. HSMs' challenges are to [address] political power, professional authority and personal and collective identity. HSMs, as a class of social movements, are centrally organised around health, and address

issues including the following general categories a) access to, or provision of health care services; b) health inequality and inequity based on race, ethnicity, gender, class and/or sexuality; and/or c) disease, illness experience disability and contested illness. (Brown u. a. 2004: 52)

Gesundheitsbewegungen thematisieren also den Zugang zu oder die Bereitstellung von *health care Services*, Ungleichheiten im Nexus Gesundheit auf Grund von Rasse, Ethnizität, Gender, Klasse und setzen sich für einen gleichen Zugang sowie bessere Gesundheitsdienstleistungen ein. (vgl. Brown u. a. 2004: 50) Diese sozialen Bewegungen, welche sich mit Gesundheit beschäftigen, sind also relevant, da sie einen wichtigen Einfluss auf Gesundheitssysteme haben und dazu beitragen, Veränderungen in einer Gesellschaft zu bewirken. „Recht“ steht laut Brown u.a. bei diversen solcher Bewegungen im Vordergrund. (vgl. Brown u. a. 2004: 51) Neben „Recht“ fördern Gesundheitsbewegungen aber nicht nur das Bewusstsein für das „Recht“ sondern auch *public awareness* hinsichtlich Gesundheitsproblemen (also nicht nur Problemen im System), was unter anderem förderlich für das Bewusstsein der eigenen Gesundheit sein kann. (vgl. Brown u. a. 2004: 72f.) Ähnlich betont Silbey die Notwendigkeit von sozialen Bewegungen. Sie spricht, etwas breiter gefasst von Bürgerrechtsbewegungen (*civil rights movements*) um Rechte einzufordern. (vgl. Silbey 2005: 335f.)

Asher und Munger betonen neben AktivistInnen der Zivilbevölkerung die Rolle von NGOs, um das Bewusstsein in der Gesellschaft auf das ihr zustehende Recht auf Gesundheit zu fördern und um Information über Gesetze und (Menschen)Rechte zu verbessern. Durch die Verbreitung dieses Wissens sollen Regierungen mehr zur Verantwortung für ihre Pflichten gezogen werden. (vgl. Asher 2010d: 197; Munger 2007: 459)

In Indien sind Bewegungen aus der Zivilbevölkerung im Bereich Gesundheit existent. Die Hauptrichtung dieser *health movements* in Indien liegt dabei, Bewusstsein in der Bevölkerung zu schaffen und dadurch Druck bei der Regierung hervorzurufen, um existierende *health policies* zu ändern. (vgl. Shukla und Phadke 1999: 6f.) Rao spricht von einem starken Bewusstsein innerhalb der Zivilbevölkerung auf dieses Recht auf Gesundheit in Indien. (vgl. Rao 2006: o.S.)

In Indien konnten Organisationen, die sich für das Recht auf Gesundheit einsetzen - wie *People's Health Movement* unter dem Banner von *Jan Swasthaya Abhiyan* – bereits GesundheitsaktivistInnen, NGOs, und AkademikerInnen mobilisieren, um Probleme wie Gleichheit, Qualität, Verantwortung der Regierung und Regulation anzufechten oder auch um das Recht auf Gesundheitsversorgung zu fordern.

So konnten in Indien bereits mehrere Anhörungen durch die nationale indische Menschenrechtskommission *Jan Sunwais* in Zusammenarbeit mit *Jan Swasthaya Abhiyan* erzielt werden. Diese Initiativen übten Druck auf Regierung aus, um neben der Thematik Recht auf Gesundheit auch multiple Axen von Ungleichheiten wie Kaste, Klasse, Gender und Region zu thematisieren. (vgl. Baru u. a. 2010: 56)

Auch das BMZ betont, dass es in Indien bereits mehrere dieser Bewegungen gegeben hätte und spricht von *People's Health Movement India* 2004. Auch hier habe es Kampagnen in lokalen und regionalen Treffen gegeben und es wurde eine nationale Konferenz zu Menschenrechtsdefiziten oder Potentialen öffentlich in der indischen Gesundheitspolitik diskutiert. Ergebnis dieser Kampagnen war unter anderem die Verabschiedung der *National Rural Health Mission*⁴⁶ der indischen Regierung. (vgl. BMZ 2009a: 15) Weiters argumentiert Narayan, dass Indien bereits mehrere *calls for action* durch Gemeinschafts-Mobilisierung erreichen konnte. So sei in Indien die Rolle der Zivilbevölkerung wie das Netzwerk *People's Health Movement* als wichtige Akteur anerkannt, um zu erreichen, dass Gesundheitsversorgung in der politischen Agenda mehr Wichtigkeit genießt. (vgl. Narayan 2011: 884)

⁴⁶ Die *National Rural Health Mission* wird im vorliegenden Kapitel 4 in Abschnitt 4.4.1 diskutiert.

4 Fallbeispiel Indien

4.1 Indien – Eckdaten und Überblick⁴⁷

„Indien [-] Die barfußige Großmacht“ (Hansen 2010: Titelblatt)

Die Republik Indien⁴⁸ zählt derzeit rund 1,17 Milliarden EinwohnerInnen (wobei das Bevölkerungswachstum weiterhin steigend ist) (vgl. The World Bank 2011a: o.S.) und hat eine Staatsfläche von rund 3 287 000 km² (vgl. Auswärtiges Amt 2011a: o.S.). Nach China ist Indien derzeit der weltweit bevölkerungsreichste Staat. (vgl. Nohlen 2002: 383; US Department of State 2010: o.S.)

Seit 1947 ist Indien ein unabhängiger Staat⁴⁹, 1950 trat die erste Verfassung Indiens in Kraft. (vgl. Auswärtiges Amt 2011a: o.S.; US Department of State 2010: o.S.)

Indien ist in mehreren Hinsichten divers und heterogen. So ist Indien von extremen topografischen und klimatischen Unterschieden geprägt, aber auch Indiens Bevölkerung ist ethnisch, religiös sowie auch sprachlich heterogen bzw. vielfältig. Beispielsweise werden neben den 23 offiziellen Sprachen rund 1600 weitere Sprachen sowie Dialekte gesprochen (vgl. Nohlen 2002: 383f.). Darüberhinaus ist Indien aber auch sozio-ökonomisch polarisiert. (vgl. kommende Absätze)

Indien zählt heute mit einem Wirtschaftswachstumspfad von rund 8,5% zu den weltweit am stärksten expandierenden Volkswirtschaften. Das Auswärtige Amt prognostiziert, dass Indien bis Mitte dieses Jahrhunderts nach China und den USA (*United States of America*) das weltweit dritthöchste Bruttoinlandsprodukt (BIP) haben wird. (vgl. Auswärtiges Amt 2011b: o.S.) Ausschlaggebend und Voraussetzung für dieses enorme Wirtschaftswachstum und den wirtschaftlichen Aufstieg Indiens (nach Jahrzehnten eines schwachen wirtschaftlichen Wachstums) ist die Marktöffnung Indiens und damit der Anschluss an die Weltwirtschaft 1991. (vgl. Auswärtiges Amt 2011b: o.S.; US Department of State 2010: o.S.) Von diesem Wirtschaftswachstum kann in Indien jedoch nur ein Bruchteil der Gesamtbevölkerung profitieren.

⁴⁷ Dieses Kapitel umfasst nur einen knappen Überblick zu aktuellen Fakten, die Geschichte Indiens wird hierbei nicht diskutiert.

⁴⁸ Republik Indien: *Republic of India* oder *Bharatiya Ganarajya* (Hindi) als offizieller Name in Hindi und Englisch, zwei der insgesamt 23 offiziellen Sprachen Indiens. (vgl. Auswärtiges Amt 2011a: o.S.)

⁴⁹ Im Zuge der Kolonialisierung unterlag Indien britischer Kontrolle. (Begonnen mit dem ersten britischen Posten der British East Indian Company 1619 bis ins 19. Jahrhundert (rund 1850) wurde das heutige Indien Großteils von Großbritannien kontrolliert) (vgl. US Department of State 2010: o.S.) Die Britische Eroberung war von 1756 bis 1858, darauf folgte die britische Herrschaft von 1858-1919. 1919 begann der Kampf um die Unabhängigkeit, welchen Indien 1947 gewann. So ist Indien seit 1947 unabhängig. (vgl. Hansen 2010: 3)

So ist Indien neben der im obigen Absatz beschriebenen Diversität und Heterogenität auch von extremen (sozio-)ökonomischen Gegensätzen innerhalb der Bevölkerung geprägt. Das Auswärtige Amt behauptet in diesem Zusammenhang, dass für Indien ein widersprüchliches Nebeneinander von extremer Armut und extremem Reichtum charakteristisch ist. Es leben in Indien die weltweit meisten MillionärInnen und MilliardärInnen, gleichzeitig sind die Ergebnisse mancher Sozialindikatoren Indiens unterhalb der durchschnittlichen Werte Subsahara-Afrikas. Auch sind in Indien große regionale Entwicklungsunterschiede messbar, verdeutlicht durch ein Einkommensgefälle vorwiegend zwischen der als arm eingestuften Bevölkerung, die primär am Land lebt und der urbanen Mittelschicht. Derzeit leben rund 70% der InderInnen in ruralen Gebieten, wo die Einkommen jedoch stagnieren. (vgl. Auswärtiges Amt 2011b: o.S.) Die Zeitschrift *Le Monde diplomatique* bezeichnet in einer Ausgabe von 2010 somit Indien nicht zu unrecht als „barfüßige Großmacht“ (Hansen 2010: Titelblatt). Hansen begründet diese Aussage mit der von Ambivalenz geprägten Entwicklungen in Indien – einerseits profitieren manche Bevölkerungsschichten durch die Globalisierung und Industrialisierung an Wohlstand, andererseits sind die verarmte Landbevölkerungen ein Indikator für die Grenzen dieses ökonomischen Wachstums. Hansen spricht von einem Ungleichgewicht des ökonomischen Wachstums sowie von einer sozialen Benachteiligung Indiens. (vgl. Hansen 2010: keine Seitenangabe auf dieser Seite)

Indien wird nach wie vor als Entwicklungsland eingestuft (vgl. Auswärtiges Amt 2011b: o.S.; Nohlen 2002: 383; The World Bank 2011b: o.S.). Denn, obwohl Indien seit seiner Unabhängigkeit im Jahre 1947 einige Faktoren bzw. Indikatoren (wie Verdoppelung der Lebenserwartung) verbessern konnte, seien andere Faktoren nach wie vor katastrophal (Kindersterblichkeit, Armut und Ungleichheiten). (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 291; Bidwai 2010: 6; Gupta, Kumra und Maitra 2005: 6; The World Bank 2011d: 1)

Baru u.a. argumentieren ähnlich, wenn sie festhalten, dass Indien seit über zwei Jahrzehnten ökonomisches Wachstum genieße, aber trotzdem im Bereich „Entwicklung“ kaum Fortschritte gemacht habe. Die AutorInnen betonen, dass manche Indikatoren für Gesundheit und Entwicklung immer noch inakzeptabel seien und sich auf einem ähnlichen Niveau wie in Subsahara-Afrika befänden. (vgl. Baru u. a. 2010: 49) So schreibt auch Deogaonkar von noch nicht adäquaten Ressourcen (Anzahl von Spitälern, ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen) im Gesundheitssektor Indiens, betont aber immerhin Verbesserungen innerhalb der letzten zwei Dekaden. (vgl. Deogaonkar 2004: 2) Dieser Ansicht sind auch Patel u.a., die betonen, dass sich die Zahlen seit Indiens Unabhängigkeit zwar enorm verbessert hätten, dass sich soziale Möglichkeiten aber ungleich entwickelt hätten, so auch im Bereich Gesundheit. Indien sei

weltweit immer noch schlecht gerankt, wenn es um eine *over-all-performance*⁵⁰ im Sektor Gesundheit ginge. (vgl. Patel, Kumar u. a. 2011: 448)

Relevante Indikatoren im Überblick⁵¹

- 27,5% der Bevölkerung lebt unter der Armutsgrenze (die Armutsrate⁵² ist seit 1978 konstant gefallen - 1978 betrug die selbe Rate noch 51,3% und hat sich somit fast halbiert) (The World Bank 2011a: o.S.). Davon lebt der Hauptteil in ruralen Gebieten. (vgl. The World Bank 2011b: o.S.) Mehr als 50% der BürgerInnen leben von weniger als 2USD/Tag (vgl. Auswärtiges Amt 2011b: o.S.).
- Die Lebenserwartungsrate liegt bei derzeit (2009) 65 Jahren (vgl. The World Bank 2011a: o.S.); bei Frauen liegt diese bei 66 Jahren, bei Männern bei 63 Jahren (vgl. WHO - World Health Organisation 2011b: o.S.), sie ist konstant steigend (vgl. The World Bank 2011a: o.S.).
- Die Sterblichkeitsrate für Kinder unter fünf Jahren beträgt derzeit (2010) 62,7 pro 1000 Kinder und ist konstant und deutlich fallend (vgl. The World Bank 2011a: o.S.); die Müttersterblichkeitsrate liegt derzeit (0.J.) bei 450 von 100 000 Geburten (vgl. The World Bank 2011b: o.S.).
- Die AlphabetInnenrate (Erwachsene über einem Alter von 15 Jahren) liegt bei 63% (Zahlen von 2006) und ist seit den letzten Jahren konstant steigend (vgl. The World Bank 2011a: o.S.) - Frauen: 48% und Männer: 73% (vgl. The World Bank 2011b: o.S.).
- Human Development Index (HDI): Rang 119 (2010) (vgl. UNDP⁵³ 2010: 143–147; 2011a: o.S.) von 169 berechneten Ländern (1 ist der beste Platz, 169 der schlechteste) (vgl. UNDP 2010: 143–147). HDI: Der HDI ist ein Indikator für „Entwicklung“ und wird aus mehreren Indikatoren auf drei Dimensionen (Gesundheit, Bildung und Lebensstandard) berechnet. (vgl. UNDP 2011b: o.S.)
- Zugang zu *improved water resources*: 89% der Bevölkerung haben Zugang zu Trinkwasser; 33% der Bevölkerung haben Zugang zu verbesserten sanitären Anlagen (o.J.) (vgl. The World Bank 2011b: o.S.). Hierbei bestehen jedoch starke Unterschiede zwischen urbanen und ruralen Gebieten. (vgl. WHO - World Health Organisation 2011a: o.S.)

⁵⁰ Indien: Gesundheitsergebnisse in Zahlen (traditionelle Gesundheitsangebote wie *Indigenous System of Medicine* oder Alternativen wie Ayurveda sind in diesen Berechnungen nicht mit eingeschlossen): Pro 10 000 Menschen haben 6 Menschen Zugang zu ÄrztInnen und 13 zu Hebammen/GeburtenhelferInnen. (vgl. WHO - World Health Organisation 2011a: o.S.) Weiters hat Indien derzeit (2008) 1,5 Spitals-Betten und 0,6 ÄrztInnen und 0,8 KrankenpflegerInnen pro tausend Menschen. (vgl. Gupta 2008: 2; Rao 2006: o.S.; WHO/SEARO 2007: 9) Diese Zahlen haben sich zwar in den letzten Dekaden etwas verbessert, aber trotzdem liegt Indien hier unterhalb des Weltdurchschnitts von 1,2 ÄrztInnen pro 1 000 Menschen und 2,6 KrankenpflegerInnen. Auch die Ausgaben für öffentliche Gesundheit betragen lediglich rund 1% des Bruttoinlandsprodukts und liegen somit unterhalb des Weltdurchschnitts. (vgl. Gupta 2008: 2; Rao 2006: o.S.) Die WHO schreibt jedoch von einem anderen Weltdurchschnitt von 33 Krankenschwestern pro 10 000 Menschen und 16 in den *low income countries*. Das heißt laut dieser Berechnung schneidet Indien sogar noch schlechter ab. (vgl. WHO/SEARO 2007: 9)

⁵¹ Die gewählten Indikatoren wurden von mir bestimmt, da diese für diese Arbeit von Relevanz sind. Sie sollen die Problematik der ausgeprägten Armut in Indien veranschaulichen bzw. handelt es sich um Indikatoren für Entwicklung, welche sich direkt auf das Thema Gesundheit beziehen. Diese Indikatoren veranschaulichen also, dass tatsächlich nicht alle InderInnen von diesem Wirtschaftswachstum profitieren konnten.

⁵² Armutsgrenze: unter 1USD/Tag lebend (vgl. Auswärtiges Amt 2011b: o.S.)

⁵³ UNDP (Abkürzung für United Nations Development Programme)

Weiters ist für Indien die Sozialordnung (Kastensystem⁵⁴: Abgrenzung gegenüber einer anderen Gruppe/Kaste und Solidarität gegenüber der eigenen durch erblichen Beruf) charakteristisch. Für Nohlen ist das Kastensystem unter anderem auch mit Grund dafür, dass „soziale Entwicklung“ (im Gegensatz zur wirtschaftlichen) nicht greifen kann, da Versuche, eine tragfähige soziale und auch wirtschaftliche Ordnung bzw. Organisation zu gründen, auf Widerstände mit dem Kastensystem stoßen würden. (vgl. Nohlen 2002: 388) Auch die Weltbank argumentiert ähnlich und hält fest, dass die in Indien ausgeprägten Ungleichheiten vor allem an historische und kulturelle Faktoren (Kaste, *tribes*, Geschlecht) gekoppelt und folglich struktureller Natur sind. (vgl. The World Bank 2011d: 2) Auf das Kastensystem möchte ich jedoch nicht genauer eingehen, da es für diese vorliegende Arbeit nicht von Relevanz ist.

Bidwai beschreibt Indien zusammenfassend als eine gespaltene, ungleiche und instabile Gesellschaft, mit Armut und Kastendenken. (vgl. Bidwai 2010: 6)

Das Ziel von „Gleichheit“ konnte in Indien also (noch) nicht erreicht werden, obwohl es Nehru⁵⁵ 1946 beispielsweise bereits ansprach und anstrebte:

In India ... we must aim at equality. That does not mean and cannot mean that everybody is physically or intellectually or spiritually equal or can be made so. But it does mean equal opportunities for all, and no political, economic or social barrier... It means a faith in humanity and a belief that there is no race or group that cannot advance and make goods in its own way, given the chance to do so. It means a realization of the fact that the backwardness or degradation of any group is not due to inherent failings in it, but principally to lack of opportunities and long suppression by other groups. (Jawaharlal Nehru, The Discovery of India 1946 zit. nach The World Bank 2011d: 1)

Auch in der Präambel der ersten indischen Verfassung, welche 1950 in Kraft trat, ist dieser Grundsatz verankert, wenn dort von „sozialer, wirtschaftlicher und politischer Gerechtigkeit,

⁵⁴ Der Terminus „Kaste“ hat seinen Ursprung im portugiesischen *casta* (was wiederum im lateinischen Wort *castus* wurzelt, welches soviel wie „rein“ bedeutet). Das Kastensystem ist eine in Südasien vorkommende gesellschaftliche Organisationsform, welche die einzelnen Personengruppen von einander sozial hierarchisch trennt und primär an Abstammung (von Geburt erworben) oder auch Berufsgruppen orientiert ist. Somit hat jedes Individuum der Gesellschaft einen festen Platz in dieser. Es gibt vier Hauptkaste (*varna*), die in jeweils in hunderte von Unterkaste (*jati*) unterteilt werden. Die Hauptkaste sind (hierarchisch von oben beginnend): Brahmanen (Priester), *Kshatriyas* (Krieger), *Vaishyas* (Kaufleute, Handwerker, Bauern) und *Shudras* (Landarbeiter, Diensthofen); außerhalb dieser Hierarchie und sozial weiter unten sind die Unberührbaren oder Kastenlosen die *Dalits* (von Kasten-Hindus werden diese als unrein bezeichnet). Unter anderem gewann das Kastensystem unter der britische Herrschaft eine besondere Bedeutung – als Mittel für ein Strukturierungssystem. (vgl. Hansen 2010: 13; Nohlen 2002: 388)

⁵⁵ Jawaharlal Nehru war erster Premierminister Indiens (1947-1964). (vgl. Kessler 2007: o.S.)

Meinungs- und Glaubensfreiheit, Ebenbürtigkeit und Chancengleichheit⁵⁶ aller BürgerInnen Indiens die Rede ist. (vgl. Bidwai 2010: 6)

4.2 Indien – Ungleichheiten im Sektor Gesundheit

„ Social and economic inequality is detrimental to health of any society. Especially when the society is diverse, multicultural, overpopulated and undergoing rapid but unequal economic growth - [as it is the case in India].“ (Deogaonkar 2004: 1)

Trotz Indiens ökonomischer Performance⁵⁷ seit den 1990er Jahren kann jedoch im Bereich Gesundheit kein beeindruckender Fortschritt festgestellt werden. Weiters entwickelt sich der Gesundheitszustand bzw. die Gesundheitssituation der indischen Bevölkerung nur langsam und uneben. (vgl. Baru u. a. 2010: 49 f.) Auch Betz spricht von uneinheitlichen Veränderungen im Gesundheitsbereich (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 291) und so halten auch Reddy u.a. fest, dass Indien zwar manche Gesundheitsergebnisse (*health outcomes*) etwas verbessern konnte, manche Zahlen aber immer noch problematisch, inakzeptabel und inadäquat seien. (vgl. Reddy u. a. 2011: 760)

Deogaonkar sieht für Indien den Hauptgrund, dass eine universelle Gesundheitsversorgung auf Grund von Ungleichheiten im Zugang dazu nicht gegeben ist (vgl. Deogaonkar 2004: 4), was ein Problem darstelle (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505) und sei nach wie vor eine Herausforderung für Indien. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 506)

Unterschiede im Sektor Gesundheit sind primär auf Grund von geographischen Ungleichheiten (rurale und urbane Gebiete bzw. zwischen Unionsstaaten), sozio-ökonomischen Ungleichheiten (Wohlstand, Kaste, Bildung etc.) und Gender Ungleichheiten erkennbar. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505; Baru u. a. 2010: 49, 56; Betz 2002: 462; 2003: 291; Deogaonkar 2004: 4, 8; Patel, Chatterji u. a. 2011: 423; Reddy u. a. 2011: 761) Wie sich diese in Indien verdeutlichen, wird in den folgende Abschnitten ausführlich skizziert.

⁵⁶ „Gleichheit“ ist ein wichtiges Element der Menschenrechte, was bereits in Abschnitt 2.3 diskutiert wurde. Gleichheit konnte in Indien also noch nicht erreicht werden. Die in Indien ausgeprägten Gegensätze und Ungleichheiten spiegeln sich auch im Sektor Gesundheit wieder. Auch in Indien stehen „ungleiche“ Gesundheitsergebnisse in Relation zu Armut oder anderen Faktoren, was in Abschnitt 3.3 ebenfalls erläutert wurde. Den Aspekt von Ungleichheiten und Gesundheit möchte ich im folgenden Abschnitt 4.2 noch ausführlich am Beispiel Indien diskutieren, Ungleichheiten sind jedoch nicht die einzige Defizite im Bereich Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung, worauf ich noch auch noch Bezug nehmen werde. (Die Problematik von Ungleichheiten wurde unter anderem auch in Abschnitt 3.3.3. erläutert)

⁵⁷ Die WHO stellt in ihrem *Poverty Reduction Strategy Paper* 2004 einen Zusammenhang zwischen wirtschaftlichem Wachstum und Verbesserung von Gesundheitsergebnissen her. (vgl. World Health Organisation 2004: 5)

Das Phänomen von Ungleichheiten bezeichnet Betz als „epidemiologische Polarisierung“ (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 291) und auch Das Gupta und Chen sprechen von einer Polarisierung innerhalb der Bevölkerung und zwischen Bevölkerungsgruppen. (vgl. Das Gupta und Chen 1996: 4) So schreiben Das Gupta und Chen „disparities in health [...] lead [...] to a situation in which people in the same country live in entirely different worlds in terms of health“ (Das Gupta und Chen 1996: 2).

Folgende Abbildungen verdeutlichen diese Aussagen.

Abbildung 1: In Anlehnung an eine Studie des *National Family Health Surveys* stellen Baru u.a. Unterschiede bzw. Ungleichheiten auf Grund der ökonomischen Situation, dem geographischem Hintergrund, am Grad der Bildung, Kaste und Geschlecht anhand Ergebnissen der Sterblichkeitsrate⁵⁸ von Kindern unter fünf Jahren in Indien von 2006 dar. (vgl. Baru u. a. 2010: 49)

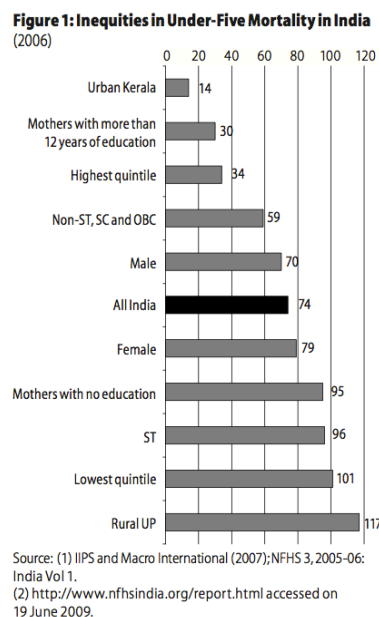


Abbildung 1: Inequities in Under-Five Mortality in India (Quelle:Baru u.a. 2010:50)

Bei in urbanen Gebieten „besser gestellter“ Unionsstaaten (vgl. Abschnitt 4.2.2) lebenden, besser gebildeten Personen, sowie jenen in einer besseren monetären Lage und die zu hierarchisch „besser gestellten“ Kasten (vgl. Abschnitt 4.2.1) gehören, als auch bei männlichen Kindern ist die Kindersterblichkeit geringer als bei weiblichen Kindern bzw. Personen mit schlechter Bildung, sowie Personen, die einer niedrig gestellten Kasten angehören oder arm sind bzw. in ruralen Gebieten „schlechter gestellter“ Unionsstaaten leben. (vgl. Abbildung 1)

⁵⁸ Die Sterblichkeitsrate soll hierbei als Gesundheitsindikator verstanden werden

Auch diese nachfolgende Abbildung 2 der WHO (2011) zur Nutzung von Gesundheitsleistungen (Inanspruchnahme von qualifiziertem Gesundheitspersonal sowie Masern-Immunisierung) bestätigt diese Diskussion zu Unterschieden im Zugang zu Gesundheitsleistungen auf geografischer und sozio-ökonomischer Ebene in Indien:

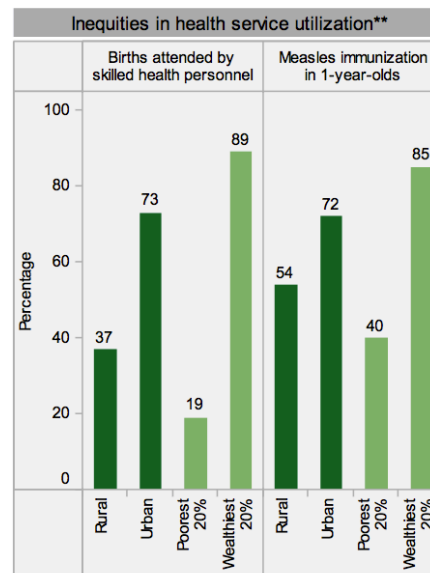


Abbildung 2: Ungleichheiten im Bereich "Gesundheit" Indien: Daten zu Ungleichheiten bei Serviceleistungen
(Quelle: WHO-World Health Organisation 2011a: o.S.)

So stehen den reichsten 20 Prozent der indischen Bevölkerung zu 89 Prozent und den in Städten lebenden InderInnen zu 73 Prozent geschultes Personal im Falle einer Geburt zur Verfügung. Im Gegensatz dazu verfügen die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung nur zu 19 Prozent und in ruralen Gebieten nur zu 37 Prozent über diesen Service. Auch die Immunisierung gegen Masern ist bei den reichsten 20 Prozent und in urbanen Gebieten lebenden InderInnen deutlich höher als bei den ärmsten 20 Prozent bzw. in ruralen Gebieten lebenden.

Das bedeutet also, dass in Indien unterprivilegierten und marginalisierten Personen der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und somit auch das Menschenrecht auf Gesundheit erschwert wird oder erst gar nicht möglich ist. (vgl. Baru u. a. 2010: 56; Deogaonkar 2004: 8) Oft sind dies genau jene Personen, welche den Zugang zu diesen Gesundheitsleistungen am nötigsten bräuchten um ihre *health needs* zu befriedigen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 506) Neben Ungleichheiten beim Zugang zeigen sich Unterschiede aber auch in der Qualität der Services. (vgl. Visaria und Gumber 1996: 82)

4.2.1 Indien - Sozio-ökonomische Unterschiede und Ungleichheiten im Nexus Gesundheitsleistungen

Zu sozio-ökonomischen Unterschieden zählen neben der finanziellen Situation auch Unterschiede auf Grund von Kaste, Klasse⁵⁹ und Gender (Gender wird gesondert diskutiert). (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505; Baru u. a. 2010: 49; Qadeer und Visvanathan 2004: 149) Unterschiede zeigen sich ebenso bei Variablen wie Bildung, Alphabetismus, ökonomischer Unabhängigkeit oder selbstständiger Entscheidungstreffung, so Kundu. (vgl. Kundu 2010: 106) Pearce und Smith fassen sozio-ökonomische Unterschiede mit den Elementen soziale Klasse, Status oder Hierarchie, Einkommen, Bildung oder Beruf als die für den sozialen Status bestimmenden zusammen. (vgl. Pearce und Smith 2003: 122)

Ähnlich definieren Adler u.a. sozio-ökonomischen Status: Als einen Messwert, der sich aus ökonomischem Stand (gemessen am Einkommen), sozialem Status (gemessen an der Bildung) und Arbeitsstatus (gemessen am Beruf) zusammensetzt. (vgl. Adler u. a. 1999: 181)

Sozio-ökonomische Ungleichheiten verdeutlichen sich in Indien folgendermaßen:

In Indien ist für die als arm eingestuften Personen (neben der durch Armut bedingten bereits negative Ausgangsbasis auf Gesundheit) der Zugang zu Spitälern bzw. zur Gesundheitsversorgung deutlich geringer bzw. unwahrscheinlicher im Vergleich zur reicheren Gesellschaftsschicht. Ein Grund dafür sind die hohen Kosten dieser Services. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 509; Deogaonkar 2004: 4; Quadeer und Visvanathan 2004: 149)

Weiters seien auch in Indien diese Personengruppen verletzlicher für *out-of-pocket-payments*⁶⁰ (für Gesundheitsausgaben) (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 509), das heißt Ausgaben für Gesundheit stellen für diese Gruppen die höchste Belastung dar. (vgl. Baru u. a. 2010: 52f.)

Balarajan, Selvaraj und Subramanian und Deokaonkar betonen, dass auch in Indien Krankheit und Ausgaben dafür Menschen in Armut bzw. unter die Armutsgrenze stürzen können und an

⁵⁹ Klasse verstehe ich hierbei als Kategorie für „reich“ und „arm“ bzw. Status (Beruf, Bildung, Wohnen etc.).

⁶⁰ Zu den *out-of-pocket-payments* zählen (Konsultation, Diagnose, Tests, Medikamente und Transport), indirekte Kosten (Verluste von Einkommen auf Grund von Krankheit) sind hier noch nicht miteinberechnet. Zahlungen aus eigener Tasche machen rund 80% der Gesamtausgaben für Gesundheit und 97% der privaten Ausgaben für Gesundheit aus. (vgl. Baru u. a. 2010: 52) Auf *out-of-pocket-payments* wird im Abschnitt 4.3.1 Bezug genommen. Indien zählt weltweit zu den Ländern mit den meisten *out-of-pocket-payments*, welche auf Grund der staatlichen Unterfinanzierung des öffentlichen Gesundheitsangebots so hoch sind, so Balarajan, Selvaraj und Subramanian. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505, 508)

der Existenzgrundlage nagen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505; Deogaonkar 2004: 7)

So fielen in der Periode 2005-2006 rund 3,5% der indischen Bevölkerung (35 Millionen Menschen) wegen Gesundheitsausgaben unter die Armutsgrenze. (vgl. Baru u. a. 2010: 52f.) Etwas abweichend von diesem Ergebnis berichten Balarajan, Selvaraj und Subramanian von 39 Millionen Menschen die jährlich in Indien auf Grund der hohen Kosten für Gesundheit in Armut stürzen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505)

Deogaonkar betont, dass es auch in Städten⁶¹ Indiens - wie in urbanen Slums - auf Grund von Armut zu Defiziten an die Gesundheit beeinflussenden Faktoren komme. Dies kann dazu führen, dass auch dort auf Grund von sozio-ökonomischen Unterschieden Barrieren im Bereich Gesundheit gegeben sind, obwohl die meisten Gesundheitseinrichtungen zwar in urbanen Gebieten situiert sind. (vgl. Deogaonkar 2004: 5) So betonen auch Confalonieri, Wilson und Najar die Problematik von Megacities in Entwicklungsländern. (vgl. Confalonieri, Wilson und Najar 2006: 207f.)

Abschließend sind im Rahmen sozio-ökonomischer Ungleichheiten Unterschiede bei Gesundheitsleistungen (sowie auch fast alle Formen von *well being*) auf Grund der Kaste⁶², der eine Person angehört, zu nennen. (vgl. Baru u. a. 2010: 49) In diesem Zusammenhang haben Bidwai und Borooah zufolge *Adivasis* und *Dalits* die schlechtesten *health outcomes*. So verdeutlichen Zahlen von 2007, dass 28,9% der *Adivasis* und 15,6 % der *Dalits* keinen Zugang zu ÄrztInnen oder Kliniken hatten und lediglich 42,2 % der *Adivasis*-Kinder und 57,6 der *Dalits*-Kinder immunisiert waren. (vgl. Bidwai 2010: 6; Borooah 2010: 2f.) Darüberhinaus haben laut Weltbank diese Teile der Bevölkerung auch die schlechtesten Ergebnisse, was Kindersterblichkeit betrifft. (vgl. The World Bank 2011d: 15) Bidwai spricht hierbei von einer Kastendiskriminierung im Bereich Gesundheit. (vgl. Bidwai 2010: 6)

⁶¹ Im Folge-Abschnitt wird auf die geografischen Unterschiede Indiens beim Zugang zu struktureller Gesundheit eingegangen, und die Vernachlässigung der in ruralen Gebieten lebenden Menschen Indiens beim Zugang zu Gesundheitsleistungen Bezug genommen.

⁶² Die offizielle Klassifikation von Kaste für demographische Darstellungen wird in Indien in vier Kategorien unterteilt: Scheduled castes (SCS); Scheduled tribes (STS); Other Backward Classes (OBCS); Others. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505; Baru u. a. 2010: 49) Das „niedrigste“ Level in dieser Hierarchie wird durch die SCS (auch als *Dalits* oder *untouchables* bezeichnet; physischer Kontakt mit diesen - beispielsweise durch Konsumierung vom selben Wasser oder Nahrung - gilt für Hindus der oberen Kasten, *upper-castes*, als *ritually polluting* oder unrein) repräsentiert; *Dalits* machen rund 16% der indischen Bevölkerung aus und leben meist als Landlose in ruralen Gebieten.

Hierarchisch gefolgt sind die SCS von den STS (auch als *Adivasis* bezeichnet, was *original habitants* bedeutet; sie leben im Herzen Indiens in hügeligen Regionen und Waldgürtel), welche rund 8% der indischen Bevölkerung ausmachen. SCS und STS leiden an sozialer und ökonomischer Deprivation, soziale Exklusion geht damit auf Grund des Kasten System einher. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505; Baru u. a. 2010: 49; Bidwai 2010: 6; Borooah 2010: 2f.; The World Bank 2011d, 9: 15)

4.2.2 Indien - Geografische Unterschiede und Ungleichheiten im Nexus Gesundheitsleistungen

Wie in Abschnitt 4.1 dargelegt leben 70 Prozent der indischen Bevölkerung in ruralen Gebieten. Im Folgenden soll anhand einiger Parameter dargestellt werden, dass gewisse Unterschiede bei der Gesundheitsversorgung auf Grund des Stadt-Land Gefälles zu Nachteilen für die rurale Bevölkerung führen. Diese Unterschiede halten einmal mehr vor dem Hintergrund der Tatsachen präsent, dass die Mehrheit der Bevölkerung am Land lebt.

Geografische und sozio-ökonomische Unterschiede oder Ungleichheiten sind weiters auch nicht getrennt von einander zu betrachten. So ist Armut oder die Anzahl an Personen, die nahe an der Armutsgrenze leben, weitaus deutlicher in ländlichen Gebieten sowie Unionsstaaten mit schlechteren Gesamtergebnissen diverser Ebenen verbreitet, so Balarajan, Selvaraj und Subramanian. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 510)

Defizite im ländlichen Bereich Indiens verdeutlichen sich durch die geringere Verbreitung und Verfügung von Gesundheitsleistungen, welche die Hauptbarriere für präventive aber auch kurative Leistungen darstellt. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 508) Hunt und Asher sprechen von einem mangelhaften Gesundheitsangebot speziell in ländlichen Regionen in Entwicklungsländern und halten fest, dass dort auch MitarbeiterInnen oft überfordert (Arbeitszeiten, Mangel an qualifiziertem Personal und zu wenig Medikamente) seien. (vgl. Hunt und Asher 2010: x)

In urbanen Gebieten gäbe es besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen, so Balarajan, Selvaraj und Subramanian. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 510) Auch Betz argumentiert, dass sich die Mittel staatlicher Gesundheitsangebote auf Städte konzentrieren und nicht auf rurale Gebiete, in denen der Hauptteil der Bevölkerung lebt. (vgl. Betz 2002: 464; 2003: 297)

Folglich lassen sich auch Unterschiede im Bereich private Ausgaben⁶³ für Gesundheit feststellen. Die Ausgaben für Gesundheit sind in ländlichen Gebieten meist höher als in urbanen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 510; Baru u. a. 2010: 52f.) Oft sind diese Zahlungen auf Grund von Armut nicht leistbar, was Personen dazu zwingt, Geld auszuleihen (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 510) und sich somit zu verschulden. (vgl. Rao und Jain 2003: 94)

⁶³ *Out-of-pocket-payments* (vgl. Abschnitt 4.3.1)

In Zahlen bedeutet das, dass in ruralen Gebieten mindestens um die Hälfte weniger öffentliche Krankenhausbetten zur Verfügung stehen als in urbanen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 508) Deogaonkar (im Jahr 2004) spricht sogar von deutlich höheren Unterschieden. So sei die Anzahl der Betten in ruralen Gebieten um das Fünfeinfache geringer als in urbanen, und die Anzahl von ÄrztInnen in ruralen Gebieten um das Sechsfache geringer als in urbanen. Auch die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit sind am Land um das Siebenfache geringer als in städtischen Gebieten. (vgl. Deogaonkar 2004: 3) Baru u.a. sprechen jedoch von geringeren Unterschieden. Sie behaupten, dass private Ausgaben für ambulante Behandlungen in ländlichen Gebieten Indiens 20 Prozent des Gesamthaushaltseinkommen betragen und somit deutlich höher als in städtischen Gebiete mit nur 13 Prozent seien. (vgl. Baru u. a. 2010: 52f.)

Neben den Unterschieden bezüglich Stadt-Land betonen Baru u.a. die Problematik von Ungleichheiten bezüglich Verfügbarkeit und Zugang nicht nur hinsichtlich des Unterschiedes Stadt-Land sondern auch innerhalb einzelner Unionsstaaten. Gründe für diese Unterschiede sind Infrastruktur, Humanressourcen, Angebot und regionale Verteilung. (vgl. Baru u. a. 2010: 51) So schreiben auch Kumar u.a. von großen Unterschieden der *health outcomes* einzelner Staaten. Generell würden südliche Unionsstaaten^{64 65} Indiens bessere Ergebnisse erzielen. (vgl. Kumar u. a. 2011: 672) Dies wird untermauert von Chatterjee, welcher argumentiert, dass in den südlichen Unionsstaaten soziale Rechte (wie das Recht auf Gesundheit) besser als in den nördlichen fundiert seien. (vgl. Chatterjee 2011: 195)

⁶⁴ Südliche Staaten haben meist bessere Gesamtergebnisse (beispielsweise im Bereich Gesundheit, Bildung, Infrastruktur etc.). Kerala gilt meist als „Vorzeigestaat“ Indiens. So ist Kerala der Staat mit den besten Gesundheitsergebnissen (Frauen- und Kindersterblichkeitsrate, Lebenserwartung). Dies steht in Zusammenhang mit guten Ergebnissen im Bereich Bildung. Darüberhinaus wurden in Kerala auch Frauen in das Gesundheitsprogramm integriert und die BewohnerInnen dieses Unionsstaates weisen weiters einen hohen Grad an Immunisierung auf. (vgl. Kabir und Krishnan 1996: 239–248)

⁶⁵ Die in Kapitel 5 skizzierte Forschung fand in Bengaluru, Karnataka (ebenfalls ein südlicher Staat) statt. Bis 2006 war der offizielle Name dieser Stadt *Bangalore* und wurde 2006 aber auf „*Bengaluru*“ geändert. Diese neue offizielle Bezeichnung (*Bengaluru*) konnte sich jedoch nicht einbürgern, daher wird nach wie vor der ursprüngliche Name *Bangalore* von der Mehrheit der Bevölkerung gebraucht. So wurde auch von den InterviewpartnerInnen in der empirischen Forschung die Bezeichnung *Bangalore* verwendet. Deshalb wird bei der Auswertung und Interpretation der Daten von *Bangalore* gesprochen.

Bengaluru ist mit rund acht Millionen EinwohnerInnen seit der Unabhängigkeit Indiens 1947 die Hauptstadt Karnatakas, Indien. Seit der Unabhängigkeit Indiens hat sich Bengaluru stark entwickelt und ist rasch als Stadt gewachsen. Die AlphabetInnenrate liegt knapp über 85%. Seit 2000 entwickelte sich die Stadt zur *IT-Capital* Indiens durch die Einführung des Information Technology Sektors in Bengaluru und beheimatet viele IT-Spezialisten, eine andere Bezeichnung für Bengaluru ist *Silicon Valley of India*. (vgl. BangaloreIndie.org.uk 2012a: o.S.; 2012b: o.S.; Karnataka.com 2012: o.S.) Mit diesem Hintergrund ist Bengaluru folglich als zu den „besseren“ Städten Indiens zählend einzustufen.

Kumar u.a. sowie Baru u.a. sehen als Grund dafür, dass in der indischen Verfassung⁶⁶ festgehalten sei, Gesundheit sei Angelegenheit einzelner *states* (Unionsstaaten). Die Regierung gibt nur Richtlinien vor und finanziert die *National Health Policy*. Darüberhinaus sei festgehalten, dass manche Unionsstaaten selbst arm sind und folglich weniger Mittel zur Verfügung haben. Weiters schenken manche Staaten Gesundheitsangelegenheiten auch geringere Priorität. (vgl. Baru u. a. 2010: 50; Kumar u. a. 2011: 673)

4.2.3 Indien - Gender-Unterschiede und Ungleichheiten im Nexus Gesundheitsleistungen

Indien zählt nach wie vor zu den Ländern mit absolut schlechten Rankings⁶⁷ bei Gender-Gleichheit. Auch im Punkt Gesundheit sind große Gender-Unterschiede feststellbar (vgl. Raj 2011: 618; The World Bank 2011d: 23) bzw. werden laut Kundu trotz des aktuellen *five-year-plans* Frauen noch immer in der Gesundheitspolitik vernachlässigt. (vgl. Kundu 2010: 106) Kundu spricht von Genderdiskriminierung im Gesundheitssektor. (vgl. Kundu 2010: 107f., 129)

Deogaonkar und Raj sprechen von einer größeren Verletzlichkeit für diverse Krankheiten sowie von höheren Morbidität- als auch Mortalitätsraten bei Frauen im Vergleich zu Männern in Indien (vgl. Deogaonkar 2004: 5f.; Raj 2011: 619) bzw. sind Indien und Nepal eine der wenigen Länder, in denen die Überlebenschancen für Mädchen geringer als für Buben sind. (vgl. The World Bank 2011d: 24)

Weiters hätten Frauen in Indien schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen⁶⁸ als Männer. (vgl. Bagga 2009: 7; Deogaonkar 2004: 5f.; Kundu 2010: 110; Raj 2011: 619) Diese Tatsache wird verstärkt, wenn zusätzliche Faktoren wie Analphabetismus, Arbeitslosigkeit, Witwentum (vgl. Deogaonkar 2004: 5f.) oder eine Abhängigkeit von Dritten vorherrschen (vgl.

⁶⁶ Laut Verfassung sind in Indien Bund, Unionsstaaten und Kommunen für das öffentliche Gesundheitswesen geteilt verantwortlich. Kompetenz und Leistung liegt primär bei einzelnen Unionsstaaten, aber auch finanziell tragen diese den Großteil mit $\frac{3}{4}$ der Ausgaben der Last. Nur $\frac{1}{4}$ der Kosten werden vom Staat getragen. (vgl. Betz 2002: 463; 2003: 293)

⁶⁷ Rankings setzen sich zusammen aus Indikatoren über: Analphabetismus, Bildung, Gehaltsunterschiede bei gleicher Arbeit, politische Meinung etc.. (vgl. Raj 2011: 618; The World Bank 2011d: 23)

⁶⁸ Dazu zählen: Die schlechtere Qualität von Gesundheitsservices für Frauen als für Männer (beispielsweise werden bei Krankheit von Frauen und Mädchen „qualitativ schlechtere“ Gesundheitsinstitutionen aufgesucht), die höheren Ausgaben für Gesundheitsversorgung bei Männern und Jungen (beispielsweise werden Jungen im Vergleich zu Mädchen bevorzugt und häufiger zum Arzt/ zur Ärztin gebracht), und die niedrigeren Behandlungsraten in Spitälern von Frauen im Vergleich von Männern. (vgl. Kundu 2010: 107f., 129)

Deogaonkar 2004: 5f.; Kundu 2010: 107f.) und wird durch patriarchale Strukturen bzw. Hierarchien noch zusätzlich verschärft. (vgl. Qadeer und Visvanathan 2004: 149f.)

Auch reproduktive Gesundheit in Indien sowie die Problematik, die damit einher geht, soll in diesem Kontext kurz angesprochen werden, denn in Indien stellen Schwangerschaften, Mutterschaften und Geburten ein hohes Risiko für die Gesundheit von Frauen dar (vgl. Qadeer und Visvanathan 2004: 153f.; The World Bank 2011d: 27) und dadurch sind die Morbiditäts- und Mortalitätsraten nach wie vor hoch. (vgl. Mukhopadhyay, Ray und Bhatia 2004: 370f.; Quadeer und Visvanathan 2004: 153f.)

Diese resultieren oft aus Komplikationen bei Eingriffen oder Behandlungen bzw. sind auf mangelhafte Ausstattung für reproduktive Gesundheit zurückzuführen. (vgl. Bang, Khorgade und Chinai 2010: 258–264; Mukhopadhyay, Ray und Bhatia 2004: 379)

Als weitere problematische Aspekte im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit in Indien werden in der Literatur veraltete Verhütungsmittel und Komplikationen bei schlecht durchgeführten (meiste illegalen) Abtreibungen genannt. (vgl. Bang, Khorgade und Chinai 2010: 258–264; Paul u.a. 2011: 340; Raj 2011: 618) Weiters zu erwähnen sind gynäkologische Infektionen, die Fixierung⁶⁹ auf Sterilisation, der Wunsch nach Bestimmung des Geschlechts des Babys während der Schwangerschaft (da häufig der Wunsch besteht, ein Mädchen abzutreiben). (vgl. Bang, Khorgade und Chinai 2010: 258–264) Schließlich ist ein Grund für die hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt jener, dass Mädchen nach wie vor jung verheiratet werden und Frauen oft keinerlei Kontrolle über Familienplanung haben. (vgl. Raj 2011: 618)

Gleichheit im Nexus Gesundheit und Gesundheitsdienste ist in Indien also noch nicht gegeben und ist (besonders aus menschenrechtlicher Perspektive) problematisch. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505))

Balarajan, Selvaraj und Subramanian zu Folge sollte Gleichheit in *health care* und Gesundheit das oberste Ziel von öffentlichen Gesundheitspolitiken sein. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 506)

⁶⁹ Gemeint ist von Bang, Khorgade und Chinai hierbei, dass nach wie vor Sterilisation häufig als Verhütungsmittel verwendet wird.

4.3 Weitere Defizite im indischen Gesundheitssektor

Neben der Problematik von Ungleichheiten sind für Indien konkrete Probleme (ähnlich wie in Entwicklungsländern, wie in Abschnitt 3.3.2 skizziert) die weit verbreitete Mangel- sowie Unterernährung (vor allem bei Kindern oder Frauen), die Verbreitung von infektiösen bzw. übertragbaren Krankheiten wie Tuberkulose, Malaria, HIV/AIDS, (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 291; Ministry of Health and Family Welfare 2002: 3f.; Paul u.a. 2011: 332ff.) aber auch Cholera und Hepatitis (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2002: 3f.) oder auch Lepra. (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 291)

Jedoch hat Indien auch mit neuen Herausforderungen wie mit chronischen Krankheiten (unter anderem kardiovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, mentale Krankheiten, Diabetes und Krebs), welche in den nächsten 25 Jahren stark zunehmen würden, zu kämpfen. Grund dafür sind die Auswirkungen von Umwelteinflüssen bzw. ein so genanntes „gesundheitliches Fehlverhalten“ und schließlich auch die Folgen von demographischen Veränderungen. (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 291; Patel, Chatterji u. a. 2011: 413f.) Diese Krankheiten würden aber nicht nur in Indien, sondern auch in anderen „*developed societies*“ zunehmen. (vgl. Patel, Chatterji u. a. 2011: 421)

Das Ministerium für Familie und Gemeinwohl fasst diese als „neue Lebensstil-Krankheiten“ (*new life style diseases*) zusammen. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2002: 3f.)

4.3.1 Unterfinanzierung des öffentlichen Gesundheitssektors versus dominantem Anteil des Privatsektors in Indien

In Abschnitt 2.3.3.2 wurde ausführlich skizziert, dass Menschenrechte durch den Sozialpakt und Zivilpakt (welche 1966 veröffentlicht wurden und 1976 in Kraft traten) und somit auch das Recht auf Gesundheitsversorgung sowie Voraussetzungen dafür rechtlich verpflichtend wurden.

Staaten (darunter auch Indien) sind also rechtlich verpflichtet, Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Für Indien ist jedoch die Unterfinanzierung der staatlichen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu einem sehr hohen Anteil an privater Gesundheitsversorgung charakteristisch.

Zwar heißt es laut WHO, dass die Ausgaben Indiens derzeit (2009) für den Bereich Gesundheit bei 4,2% des BIP liegen (vgl. Kumar u. a. 2011: 668; WHO - World Health Organisation 2011b: o.S.) und konstant und auffallend steigend seien.

Deogaonkar kritisiert bei dieser Berechnung jedoch, dass nicht erwähnt wird, dass die staatlichen Ausgaben im Jahr 2003 nur bei knapp 0,9% des BIP lagen (vgl. Deogaonkar 2004: 3; Kumar u. a. 2011: 668) bzw. bei 1,1% knapp fünf Jahre später (2008-2009). (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 505, 508)

Mit staatlichen Ausgaben von rund 1% des BIP liegt Indien bei der Finanzierung öffentlicher Gesundheit deutlich unterhalb des Weltdurchschnitts (vgl. Betz 2002: 463; Gupta 2008: 2; Rao 2006: o.S.). Obwohl Gesundheit eigentlich ein Menschenrecht wäre, zählt Indien zu den Ländern mit den geringsten Regierungsinvestitionen in den Gesundheitssektor. (vgl. Baru u. a. 2010: 54) Folglich zählt Indien zu den Ländern mit den höchsten *out-of-pocket-payments*. (vgl. Kumar u. a. 2011: 668)

Das Ministerium für Familie und Allgemeinwohl betont, dass der öffentliche Gesundheitssektor schon seit Jahren sehr niedrig und unterfinanziert sei und somit *out-of-pocket-payments* sehr hoch seien - das obwohl es in der Verfassung festgehalten sei, dass die Finanzierung von *Public Health* durch staatliche Ressourcen vorgesehen ist. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2002: 5) Lediglich rund 20% der indischen Gesundheitsversorgung sind staatlicher Natur und rund 80% sind *out-of-pocket-payments*, also Privatausgaben für Gesundheitsdienstleistungen. (vgl. Baru u. a. 2010: 52, 54; Betz 2002: 463; Kumar u. a. 2011: 670)

Der private, im Vergleich zum öffentlichen, Gesundheitssektor⁷⁰ ist folglich mit Abstand der dominante, einflussreichere und größere Sektor in Indien im Bereich Finanzierung, Verfügungsstellung und auch Nutzung von Gesundheitsleistungen und boomt auch weiterhin. (vgl. Baru u. a. 2010: 51; Deogaonkar 2004: 7; Nandraj 1997: 3; Sengupta und Prasad 2011: 703) Mukhopadhyay, Ray und Bhatia wollen in diesem Zusammenhang von einer *underusage* des öffentlichen Angebots in Indien sprechen. (vgl. Mukhopadhyay, Ray und Bhatia 2004: 385)

Baru u.a. sprechen sogar von einer Abhängigkeit des Gesundheitssystems von diesem großen Privatsektoranteil. Sie bezeichnen den großen Privatanteil und diese Abhängigkeit als Schwäche des öffentlichen Gesundheitssystems. (vgl. Baru u. a. 2010: 52) Daniels u.a. gehen sogar so weit zu behaupten, dass dieser dominierende Privatsektor den öffentlichen schwächen könne. (vgl. Daniels u. a. 2000: 741)

⁷⁰ Der private Gesundheitssektor setzt sich aus profitorientierten aber auch aus Non-Profit Organisationen zusammen, wobei der erstere deutlich größer ist. (vgl. Baru u. a. 2010: 51)

4.3.1.1 Gründe aus gesellschaftlicher Perspektive für die bevorzugte Inanspruchnahme des privaten Gesundheitssektors bzw. von privaten Angeboten

Palmer u.a. halten fest, dass besonders in Ländern, welche *als low oder middle income country* eingestuft sind (auch Indien fällt in diese Kategorie), die generelle Annahme in der Bevölkerung bestehe, private Anbieter im Bereich Gesundheit seien effizienter. (vgl. Palmer u. a. 2003: 292) Diese Effizienz spiegle sich in dem oft schlechteren Zugang zu öffentlichen Gesundheitsangeboten aber auch in der oft besseren Qualität des Privatsektors wider, was dazu führe, dass private Leistungen bevorzugt angenommen würden. (vgl. Palmer u. a. 2003: 293) Qualität im öffentlichen Sektor sei in Indien oft durch das Fehlen von Gesundheitspersonal⁷¹, durch eingeschränkte Öffnungszeiten (zu kurze Öffnungszeiten bzw. nur während der eigenen Arbeitszeit), durch zu wenig Verfügbarkeit von Medikamenten und anderen Angeboten und durch zu wenig Training sowie mangelhaftes Wissen der GesundheitsanbieterInnen negativ konnotiert. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 508)

Weitere Gründe für die Unzufriedenheit der indischen Bevölkerung mit dem öffentlichen Gesundheitsangebot sieht Kundu in langen Wartezeiten, langen Anreisewegen (besonders in ländlichen Gebieten) zu den öffentlichen Institution oder Gesundheitsanbietern, Unzufriedenheit mit der Behandlung, dem/der Arzt/Ärztin oder dem Personal sowie mangelhaften Einrichtungen. (vgl. Kundu 2010: 121)

Auch Kumar u.a. sprechen von einer auf den selben Gründen basierenden Unzufriedenheit innerhalb der Bevölkerung mit dem öffentlichen Angebot an Gesundheitsleistungen und dass PatientInnen besonders bei ambulanten Behandlungen dadurch lieber auf private Anbieter ausweichen würden. (vgl. Kumar u. a. 2011: 671) Gilson hält fest, dass sich PatientInnenunzufriedenheit mit den öffentlichen Gesundheitssystemen schädlich auf das Vertrauen in öffentliche Angebote auswirken könne. (vgl. Gilson 2003: 1453)

⁷¹ Personalmangel (im öffentlichen Sektor) ist unter anderem Grund für den schlechten Zustand des indischen Gesundheitssystems (besonders ländliche Gebiete weisen Mängel auf). (vgl. Bagga 2009: 2; Gupta, Kumra und Maitra 2005: 7f.; Hongoro und McPake 2004: 1452f.) Gupta, Kumra und Maitra begründen den Personalmangel mit niedrigem Lohn, schlechten Arbeitsbedingungen und Mangel an Prestige im öffentlichen Gesundheitssektor Indiens. (vgl. Gupta, Kumra und Maitra 2005: 7f.) Hongoro und McPake behaupten, dass in vielen Entwicklungsländern das selbe Problem vorherrsche und dass diese schlechten Bedingungen dazu führen, dass ÄrztInnen bzw. Gesundheitspersonal sich aus dem öffentlichen Sektor bzw. aus dem Land zurückziehen. (vgl. Hongoro und McPake 2004: 1452f.) So meint auch Nandraj, dass fertig ausgebildete ÄrztInnen in Indien bevorzugt im privaten und nicht im öffentlichen Bereich arbeiten würden bzw. sogar emigrieren würden. (vgl. Nandraj 1997: 3) Jedoch seien menschliche Ressourcen wichtig und unentbehrlich für Gesundheitssysteme, da diese „the heart of health systems in any country“ seien. (Global Health Trust 2003 zit nach. Hongoro und McPake 2004: 1451)

Für Gilson stellen die Kosten von Gesundheitsservices einen weiteren wichtigen Faktor dar. So würden besonders bei PatientInnen ärmerer Bevölkerungsschichten Bezahlungen oder Systeme mit einem Selbstbehalt als nicht vertrauenswürdig eingestuft. Sie werden als „gegen das Interesse des Patienten“ verstanden und als unnötig gesehen. (vgl. Gilson 2006: 367) Weiters argumentiert die Autorin, dass in einer Bevölkerung meist die Annahme besteht, je mehr für Gesundheitsleistungen bezahlt wird, umso besser der Service sei (vgl. Gilson 2006: 367), somit werden also private Angebote bevorzugt.

Baru u.a. argumentieren jedoch, dass die generelle Annahme in der Bevölkerung, private Leistungen seien „besser“ nicht anhand von *hardfacts* bewiesen bzw. verallgemeinert werden könne, da auch private Dienste unterschiedliche Qualität aufweisen würden. (vgl. Baru u. a. 2010: 55f.) So würden auch Mikrostudien zeigen, dass private Dienste nicht immer gut sein müssen und auch mangelhaft sein können bzw. je nach monetärer Situation auch zu viel Leistungen und Medikamente an den/die PatientIn verschreiben würden. (vgl. Baru u. a. 2010: 55f.) Darüberhinaus besteht oft in ländlichen Gebieten Indiens der Privatsektor aus unqualifizierten ÄrztInnen oder kleinen Praxen, die sich kaum über Wasser halten können. (vgl. Sengupta und Prasad 2011: 703)

4.3.1.2 Die hohen out-of-pocket-payments im Nexus Ungleichheiten

Die hohen Privatkosten für Gesundheitsleistungen bzw. die Unterfinanzierung des öffentlichen Gesundheitssektors in Indien sind ebenfalls ein Grund für die bereits in Abschnitt 4.2 skizzierten Ungleichheiten im Bereich Gesundheit in Indien. (vgl. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 509; Kumar u. a. 2011: 668f.)

Auch Deogaonkar hält fest, dass der Boom und die Dominanz des privaten Gesundheitssektors die soziale Dichotomie in Indien verstärke. So können sich als arm eingestufte Menschen private Gesundheitsleistungen erst gar nicht leisten bzw. (vgl. Deogaonkar 2004: 7) würden *out-of-pocket-payments* manche Menschen in Armut stürzen. (vgl. Balarajan, Selvaraj, und Subramanian 2011: 505,508) (vgl. Abschnitte 4.2 und 3.3.3)

Weiters muss auch darauf hingewiesen werden, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens und dem Ausweichen auf private Gesundheitseinrichtungen besteht: Je höher das Einkommen (und je leistbarer *out-of-pocket-payments*), umso eher weichen PatientInnen auf private Gesundheitsleistungen aus. (vgl. Baru u. a. 2010: 52)

Diese Dichotomie spiegelt sich auch auf geografischer Ebene wider. Baru u.a. halten fest, dass sich öffentliche Gesundheitsangebote in den „besser gestellten“ Unionsstaaten (*better of states*) besser entwickelt und konzentriert seien. (vgl. Baru u. a. 2010: 51)

So wird in Unionsstaaten wie Kerala⁷² und Tamil Nadu, der öffentliche Sektor im Bereich ambulante Leistungen mehr in Anspruch genommen (im Vergleich zum Indien-weiten Durchschnitt); „ärmere“ Staaten hingegen wie Bihar und Madhya Pradesh zeigen ein geringeres Niveau der Inanspruchnahme staatlicher Gesundheitsleistungen (im Vergleich zum Indien-weiten Durchschnitt). (vgl. Baru u. a. 2010: 52)

Eine Tatsache, die dazu führt, dass Gesundheitsleistungen oft aus eigener Tasche bezahlt werden müssen, ist der Mangel an Gesundheitsversicherungen. So sind nur knapp 11% der indischen Bevölkerung (staatlich oder privat) versichert. (vgl. Baru u. a. 2010: 51; Betz 2002: 464; 2003: 295; Kumar u. a. 2011: 668ff.) Kumar u.a. sehen im Mangel an Versicherung auch einen Zusammenhang zum hohen Anteil des unorganisierten Arbeitssektors in Indien (nur knapp 7% der InderInnen arbeiten im organisierten Bereich und 93% im unorganisierten Sektor mit unregelmäßigem Einkommen und unwahrscheinlicherem Abschluss einer Versicherung). (vgl. Kumar u. a. 2011: 671)

4.3.2 Korruption

Ein weiteres Problem am indischen Gesundheitssektor stellt Korruption dar. (vgl. Kumar u. a. 2011: 671; Rao 2006: o.S.) So betonen Bang, Khorgade und Chinai zum Beispiel die Existenz von Korruption im öffentlichen Gesundheitssektor sowie öffentlichen Spitälern in Indien und wiesen darauf hin, dass ÄrztInnen bzw. Personal oft unerlaubt Geld für ihre Leistungen annehmen. (vgl. Bang, Khorgade, und Chinai 2010: 254)

Eine Studie zu Korruption von *Transparency International* ergab, dass in Indien der Gesundheitssektor der Sektor mit der zweit höchsten Rate an Korruption sei (mit *high public interaction*), und dass Indien-weit (am höchsten in Karnataka) oft Bestechungsgelder bezahlt werden müssten, um Gesundheitsservices zu erhalten, was auch für die unter der Armutsgrenze lebenden bzw. als arm eingestufte Menschen gilt. Im Staat Karnataka hatte dies zur Folge, dass Korruption im Gesundheitssektor unter die Top 12 Probleme gezählt wurde. (vgl. Sudarshan und Prashanth 2011: 790)

⁷² Kerala und Tamil Nadu sind beides südliche Staaten, südliche Staaten wurden bereits als Staaten mit besseren (*health*) *outcomes* skizziert.

Folgende Aussage einer betroffenen Person in Indien über Erfahrung mit einem Krankenhaus soll das Problem von Korruption verdeutlichen:

"If you don't know anyone, you will be thrown to the corner of a hospital!" (The World Bank 2011c: o.S.)

Sudarshan und Prashanth betonen weiters, dass die Problematik von Korruption oft aufgrund von (schlechter) *governance* entstehe und Korruption sei in vielen Entwicklungsländern, wie auch in Indien, mit schlechten *health outcomes* verknüpft. Die Problematik von Korruption ist also ernst zu nehmen, um bessere *health outcomes* zu erzielen. (vgl. Sudarshan und Prashanth 2011: 790)

Auf Grund dieser Defizite und Ungleichheiten ist zu schließen, dass das Menschenrecht auf Gesundheit in Indien nur auf dem Papier, jedoch nicht in der Realität implementiert und das Ziel einer universellen Gesundheitsversorgung (*health for all*) noch nicht erreicht ist.

4.4 Die indische Gesundheitspolitik und das indische Gesundheitssystem

Viele Länder - darunter auch Indien – entschieden sich durch die Unterzeichnung diverser Dokumente (beispielsweise des Sozial- und Zivilpakts) für die Implementierung der von den Vereinten Nationen festgelegten Menschenrechte. In den Abschnitten 2.3 und 2.4 wurde diskutiert, dass durch das Recht auf Gesundheit, die Regierung (obligatorisch) verpflichtet ist, das Recht auf Gesundheit ohne Diskriminierung zu verwirklichen. Auch das Recht auf Gesundheit sollte in die Verfassung aufgenommen werden, die nationale Gesetzgebung kann von Land zu Land jedoch variieren, berichtet Asher. (vgl. Asher 2010d: 197 sowie vgl. Abschnitte 2.3 und 2.4)

Das Recht auf Gesundheit wurde von Indien in den Artikeln 14, 15 und 21 (Recht zu Leben und Gleichheit und Diskriminierungsfreiheit) in der Verfassung festgehalten, so Grover und Citro sowie Tharu. (vgl. Grover und Citro 2011: 976; Tharu 2009: o.S.)

Auch Indiens Premier Minister Manmohan Singh hielt bei einer Rede im *All-India Institute of Medical Sciences* in New Delhi fest:

We recognise health as an inalienable human right that every individual can justly claim. So long as wide health inequalities exist in our country and access to essential health care

is not universally assured, we would fall short in both economic planning and in our moral obligation to all citizens. (Sharma 2005: o.S.)

Dass diesen Verpflichtungen bisher noch nicht nachgekommen wurde, wurde bereits mehrfach erläutert.

In diesem Sinne schreibt auch Soumitra, dass in Indien (*Public*) *Health Care* zwar auf dem Papier⁷³ existiere, die Realität aber anders aussähe. (vgl. Soumitra 2007: 205)

Betz beschreibt diese vielen Mängel und Ungleichheiten als „*unfinished agenda*“ der indischen Gesundheitspolitik und spricht von einem Spannungsverhältnis zwischen politischer Rhetorik und tatsächlichen finanziellen schlechten Ressourcen. (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 291f.)

Baru u.a. betonen, dass Gesundheitssicherung nationale und politische Priorität in Indien werden müsse. Dieser Fokus auf den Gesundheitssektor sei deshalb notwendig, um den Fortschritt in der indischen Gesellschaft voranzutreiben. Weiters würden Verbesserungen im Sektor Gesundheit auch wichtig sein, sodass Indien als *middle-income-country* gerankt bzw. anerkannt würde (vgl. Baru u. a. 2010: 57), die ökonomische Performance alleine reiche dazu nicht aus. So wurde in Abschnitt 4.1 Indien als Entwicklungsland skizziert.

4.4.1 Indische Gesundheitspolitik – Schlüsseldokumente

Indiens Gesundheitssystem bzw. Gesundheitspolitik haben ihre Wurzeln in der britischen Kolonialzeit. So wurde britische Gesundheitspolitik auch nach der Unabhängigkeit weiterhin angewendet, Gesundheitsservices waren auch damals schon von Ungleichheiten im Bereich Verfügbarkeit und Zugang geprägt. Gesundheitssysteme waren auch nach der Unabhängigkeit unterfinanziert und tendierten in Richtung allopathische Medizin sowie kurative Medizin und waren auf urbane Gebiete konzentriert. (vgl. Baru u. a. 2010: 50)

Für ein Land wie Indien sei es jedoch nicht passend gewesen, diesem Modell zu folgen. (vgl. Das Gupta und Chen 1996: 5f.)

⁷³ Indien unterstütze die Idee der „Health for all“ seit der Unabhängigkeit vor über 60 Jahren, erstmals im *Bhore Committee Report*. Erwähnt wurde diese Idee der universellen Versorgung später in der ersten National Health Policy 1983, inspiriert durch Indiens Unterzeichnung der Alma Ata Deklaration, erneut aufgegriffen. In der zweiten National Health Policy 2002 wird nach wie vor das selbe Ziel angestrebt, universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 506; Betz 2002: 462; 2003: 292; Patel, Kumar u. a. 2011: 448; WHO/SEARO 2007: 1f.) Diese Dokumente werden in den folgenden Abschnitten skizziert.

4.4.1.1 Bhore Committee Report (1946)

So wurden Grundlagen der heutigen Gesundheitspolitik Indiens kurz vor der Unabhängigkeit zunächst im Bhore Bericht von 1946 festgelegt. In diesem Dokument wird Gesundheitsversorgung (*Primary Health Care*) bereits als Grundrecht definiert. Es wurde ein Plan für öffentliche (regierungsgesteuerte) Gesundheitsservices entwickelt. Folglich wurde eine universelle und landesweite Gesundheitsversorgung mit landesweiten Einrichtungen, angestrebt sodass alle BürgerInnen Indiens Gesundheitsleistungen erhalten können, angepasst darauf, was leistbar ist (bereits damals wurde realisiert, dass sich manche Bevölkerungsteile Gesundheitsdienstleistungen nicht leisten können – diesen sollte Gesundheitsversorgung jedoch nicht verwehrt werden). Die Finanzierung sollte von der Regierung garantiert werden. Die Empfehlung des Bhore Berichts war es, ein nationales Gesundheitssystem zu entwickeln, um umfangreiche präventive und kurative allopathische Services zu garantieren. Dieses öffentliche Gesundheitssystem sollte sich auf ländliche Gebiete konzentrieren sowie aus mehreren Ebenen bestehen (*multi level public system*). Seit damals werden Gesundheitspolitiken und Prioritäten in den so genannten *five-year-plans* (Fünfjahresplänen) entwickelt. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 506; Betz 2002: 462; 2003: 292; Patel, Kumar u. a. 2011: 448; Rao 2006: o.S.; WHO/SEARO 2007: 1f.)

Trotzdem - über sechs Dekaden nach diesem Report - ist die nationale Gesundheitssituation katastrophal und zählt zu den weltweit schlechtesten. (vgl. Rao 2006: o.S.)

4.4.1.2 Erste National Health Policy (1983)

1983 wurde die erste National Health Policy (NHP) formuliert, wo erneut das Grundrecht öffentlicher Gesundheitsfürsorge festgelegt und erneut eine umfassende Grundversorgung (*comprehensive Primary Health Care*) angestrebt wurde. Dies erforderte eine Verbesserung der Infrastruktur sowie die Verknüpfung von Gesundheitspolitik mit gesundheitsrelevanten Elementen⁷⁴. Weiters stand Familienplanung in dieser NHP von 1983 im Fokus und es wurde die Reduktion von Mütter- und Kindersterblichkeit, sowie der Kampf gegen übertragbare Krankheiten angestrebt. (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 292; Ministry of Health and Family Welfare 2002: 1f.; WHO/SEARO 2007: 1f.) Zentral wurden in dieser ersten NHP weitere Elemente, wie die aktive Partizipation der Zivilbevölkerung und das Einführen von Freiwilligen (*health volunteers*), die Versorgung mit Medikamenten, Impfungen, bessere Trainings für Personal im Gesundheitsbereich sowie bessere Recherche zum Thema *Public*

⁷⁴ Dazu zählen bereits erwähnte Faktoren wie Nahrung, Trinkwasserversorgung, sanitäre Anlagen oder Bildung.

Health, aber auch Dezentralisierung und Ausbau des Privatsektors als Entlastung für den *Public Health Care* Sektor, aufgelistet. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2002: 1f.; WHO/SEARO 2007: 1f.) Zusammenfassend war das Ziel „*Health for all by 2000*“ (Alma Ata Deklaration) zentral. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2002: 4)

Das Element der Familienplanung wird von diversen AutorInnen kritisiert.

So sei Bevölkerungswachstumskontrolle unter dem Motto Familienplanung langjährig (seit dem ersten Fünfjahresplan) auf der gesundheitspolitischen Agenda gestanden und dieser Trend hätte sich besonders in den 1980er und 1990er Jahren verstärkt. (vgl. Petchesky 2003: 195; Qadeer und Visvanathan 2004: 146; Rao und Jain 2003: 94) Auch Nandraj schreibt, dass Bevölkerungswachstumskontrolle (Überbevölkerung wird als Hauptgrund für Armut und Unterentwicklung vermutet) unter dem Namen Familienplanung (bereits seit den 1950er Jahren) höchste Priorität der indischen Gesundheitspolitik habe. Nandraj bezeichnet diese Priorität allerdings als missplatziert. Das *Family Planning and Welfare Program* als größtes Programm kassiere die meisten Ressourcen der Regierung. (vgl. Nandraj 1997: 2)

Auch Petchesky spricht von einem Missbrauch der Regierung unter dem Terminus Familienplanung bzw. Bevölkerungswachstumskontrolle. So seien durch Kontrolle und Reduzierung von Fruchtbarkeit (Sterilisation) Frauenrechte verletzt worden (vgl. Petchesky 2003: 195) und kaum auf gynäkologische Gesundheit noch auf die generelle Gesundheit von Frauen geachtet worden. (vgl. Qadeer und Visvanathan 2004: 146) Familienplanung sei zielgerichtet gewesen und von „oben“ kontrolliert. (vgl. Petchesky 2003: 195)

Qadeer und Visvanathan bezeichnen diese Politik der Bevölkerungskontrolle als *unhealthy* (vgl. Qadeer und Visvanathan 2004: 146) und auch Rao und Jain argumentieren, dass sich diese Politik schlecht auf den öffentlichen Gesundheitssektor ausgewirkt und diesen geschwächt hätte. (vgl. Rao und Jain 2003: 94) Weiters soll laut Nandraj dieser Fokus auf Familienplanung Mitgrund dafür sein, dass das Vertrauen in das öffentliche Gesundheitssystem verloren gegangen sei. (vgl. Nandraj 1997: 2)

Weiters brächte diese politische Haltung der NHP 1983 nur für einen kleinen Bevölkerungsteil Vorteile bzw. würden Ausgaben für *welfare* gekürzt, Gebühren (*userfees*) eingeführt und die Privatisierung verstärkt. (vgl. Qadeer und Visvanathan 2004: 146)

Auch Rao und Jain argumentieren, dass in dieser Periode der Privatsektor verstärkt worden sei und sogar als arm eingestufte Personen auf den Privatsektor ausweichen mussten (obwohl diese öffentliche Gesundheitsangebote am ehesten benötigten); diese Politikführung

verstärkte die Dichotomie zwischen *Public Health* und *Private Health* Sektor. (vgl. Rao und Jain 2003: 94)

Ähnlich beschreibt Nandraj die Verstärkung von Privatisierung und Liberalisierung besonders in den 1990er Jahren (ausgelöst durch Strukturanpassungsprogramme - *structural adjustment programs* - der Welt Bank). Die historische Unterfinanzierung von öffentlichen Gesundheitsleistungen sei durch diese nochmals verstärkt worden. (vgl. Nandraj 1997: 1) Baru u.a. sprechen hierbei von der Kommerzialisierung von Gesundheit durch *Health Sector Reforms* (als Teil der Strukturanpassungsprogrammen). So hätten diese durch beispielsweise der Einführung von *user fees* zu mehr Effizienz und besserer Qualität von *health care* führen sollen. Derartige Eingriffe hatten jedoch einen Ausschluss der ökonomisch schlechter gestellten bzw. der als arm eingestuften Bevölkerungsschicht zu Folge. (vgl. Baru u. a. 2010: 54 f.)

4.4.1.3 Zweite National Health Policy (2002)

In der zweiten *National Health Policy* (2002) wird festgehalten, dass das Ziel „*Health for all by 2000*“ (vgl. Alma Ata Deklaration Abschnitt 3.4.1, sowie NHP 1983 und Bhore Committee Report) und vor allem Bedürfnisse im Bereich Gesundheit für benachteiligte Menschen noch nicht erreicht werden konnten, dass dies aber nun versucht würde. (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 292; Ministry of Health and Family Welfare 2002: 4f.) „NHP – 2002 will attempt to set out a new policy framework for the accelerated achievement of Public Health goals in the socio-economic circumstances currently prevailing in the country.“ (Ministry of Health and Family Welfare 2002: 5)

In der NHP von 2002 wurden die Ziele von 1983 nochmals überarbeitet. Es werden nun gerechter Zugang und Ausbau der staatlichen Infrastruktur aber auch bessere Qualität der staatlichen Infrastruktur sowie ein „akzeptabler Gesundheitszustand“ der breiten Masse bzw. der Gesamtbevölkerung sowie die Beseitigung von Ungleichheiten im Nexus Gesundheit (bis 2015) angestrebt. Das heißt ein gleicher Zugang zu Gesundheitsservices sollte geschaffen werden. (vgl. Betz 2002: 462; 2003: 292; WHO/SEARO 2007: 1f., 14)

So wird auch der Mangel an Mitteln angesprochen, die staatlichen Ausgaben für Gesundheit sollten von 0,9% auf 2% erhöht werden. (vgl. Betz 2002: 463; 2003: 292; WHO/SEARO 2007: 1f.) Es wurde eine Budgetzuordnung im Bereich öffentliche Gesundheit festgelegt. 55 Prozent der Mittel wurden dem Bereich *Primary Health Care* zugeteilt und 35 Prozent bzw. 10 Prozent sollten für sekundäre und tertiäre Sektoren zur Verfügung stehen. (vgl. WHO/SEARO 2007: 1f.)

In der NHP 2002 wird auch festgehalten, dass Nutzung von öffentlichen Gesundheitsservices (somit auch die Annahme und die Akzeptanz dieser Angebote) bis 2010 von 20 Prozent auf 75 Prozent steigen sollte. (vgl. WHO/SEARO 2007: 14)

Die NHP 2002 erwähnt ebenfalls die Problematik der Ungleichheiten beim Zugang von *Public Health Care* sowie ungleiche *health outcomes*.⁷⁵ Die NHP 2002 betont dieses Problem und will dieses anfechten. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2002: 5ff.)

Betz schätzt diese Gesundheitspolitik von 2002 erstmals als positiv bzw. als realistisch ein und er argumentiert wie folgt: „[P]olitische Rhetorik dieser Programme [vor 2002] stand stets in einem gewissen Spannungsverhältnis mit den vielen zu geringen Mitteln, die dafür freigemacht wurden. Die neuen gesundheitspolitischen Leitlinien von 2002 unterlassen erstmals allzu idealistische Zielsetzungen und stellen diese auf die Basis von realistischen Kapazitätsschätzungen.“ (Betz 2002: 462)

Weitere Fokuspunkte sind die Zusammenführung (*convergence*) aller Gesundheitsprogramme ausgenommen Tuberkulose-, Malaria-, HIV/AIDS- und RCH-Programme, welche noch auf Grund der Aktualität dieser Aspekte verstärkt fortgesetzt werden müssten. Weiters strebt die NHP 2002 eine Dezentralisierung der Gesundheitspolitik an, lokale Verwaltung soll verstärkt und aufgewertet werden. Darüberhinaus wird eine stärkere Regulation des Privatsektors angestrebt. (vgl. WHO/SEARO 2007: 1f.)

4.4.1.4 politische Maßnahmen nach der National Health Policy 2002

Während des zehnten Fünfjahresplans kam es 2005 zur Gründung der *National Rural Health Mission (NRHM)*. Die NRHM ist ein großes von der Regierung zentral gesteuertes Programm, welches Schlüsselfaktoren für Ungleichheiten thematisiert. Dazu zählen Unterfinanzierung, zu wenig öffentliche Investitionen und der Mangel an Personal (*human resources*), Infrastruktur und Qualität im Bereich öffentlicher Gesundheitsleistungen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 511; Baru u. a. 2010: 56f.) Diese öffentlichen Gesundheitsdienste sollen Qualitätsverbesserung erzielen sowie zugänglich, leistbar, effektiv und verlässlich werden und besonders ärmere und gefährdete Bevölkerungsteile erreichen. Der Fokus liegt bei der *National Rural Health Mission* bei 18 Staaten, besonders auch im Bereich PHC (*sub-centres*, *primary health centres* und *community health centres*). Es solle intersektorell, anhand von *community ownership* und dezentralisiert gearbeitet werden. Die

⁷⁵ So seien *health outcomes* besonders variabel bei unterschiedlichen Gesellschaftsschichten, sozio-ökonomischen Faktoren wie Kaste, Klasse und Gender sowie auch in unterschiedlichen Unionsstaaten verschieden.

National Rural Health Mission ist zunächst über einen Zeitraum von sieben Jahren (2005-2012) teilweise für den zehnten und vollständig für den elften Fünfjahresplan vorgesehen. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2008: 5–8)

Der elfte *five-year-plan* (2007-2012) baut auf die NHP 2002 auf. In diesem werden die Problematik von Ungleichheiten, der Zusammenhang von Armut und Krankheit (*ill-health*), die systematische Schwäche der öffentlichen Gesundheitsversorgung (und die Notwendigkeit diese zu stärken, um leistbaren Zugang zu diesen Leistungen zu garantieren), die Regulierung des Privatsektors, die Besorgnis bezüglich der steigenden Kosten sowie die größere Aufmerksamkeit für marginalisierte Personengruppen zum Ausdruck gebracht. (vgl. Baru u. a. 2010: 56)

2008/2009 verfasste die indische Regierung den Entwurf des *Indian National Health Bill* für das Rechtssystem um das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung anzuerkennen und sich um soziale Determinanten von Gesundheit zu widmen. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 506; Tharu 2009: o.S.) Auch dieser Gesetzesentwurf strebt Gesundheit im Nexus Gleichheit sowie Gerechtigkeit für alle InderInnen an. Das Recht auf Gesundheit wird erneut als verpflichtendes Recht (Gesetzeskraft) in der indischen Verfassung betont und als fundamentales Recht zu leben anerkannt. (vgl. Tharu 2009: o.S.)

Auch 2011 wird ein neuer Versuch gestartet, um das Menschenrecht Gesundheit in Indien anzustreben. So erkennt die Planning Commission in Indien die Wichtigkeit einer umfassenden universellen Gesundheitsversorgung (*comprehensive universal health care*) an, und hat ein ExpertInnen-Team beauftragt, um einen Plan für *universal health care by 2020* zu entwickeln. Qualität, universeller Zugang zu Gesundheitsservices speziell für unterprivilegierte Personen und Gebiete, aber auch die Rolle von öffentlichen und privaten Gesundheitsleistungen stehen im Fokus. (vgl. The Hindu 2010: o.S.) Es sollen „principles of equity, affordability, effectiveness, accountability“ (Patel, Kumar u. a. 2011: 449) erreicht werden.

Abschließend ist es auch relevant, sich folgender Tatsache bewusst zu sein: „[T]he health system needs to be placed within the broader and bigger context of the social determinants of health, and tackling the root causes of social disadvantages [to] ensure a better greater equity in health for more than 1 billion people.“ (Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 413)

4.4.2 Indisches Gesundheitssystem - Struktur

Auf nationaler Ebene ist Indien durch das *Union Ministry of Health and Family Welfare* vertreten, welches in drei Departments gegliedert ist:

- *Health*; • *Family and Welfare* and; • *Indian System of Medicine and Homeopathy*.

Geführt werden diese von zwei Sekretären (*secretaries*), von denen einer für das Department *Health* und *Family Welfare* zuständig ist, der andere für das Department *Indian System of Medicine and Homeopathy*. Das *Department of Health* wird weiters von technischer Seite durch das *General Directorate of Health Services* (mit einem Direktor an der Spitze) unterstützt. (vgl. WHO/SEARO 2007: 15)

Auf unionstaatlicher Ebene untersteht die Organisation dem *State Department of Health and Family Welfare*, jeder Unionsstaat Indiens hat einen Minister (*minister*) sowie ein Sekretariat (*secretariat*). Die unionsstaatlich organisierte Struktur ist an die Zentralregierung (*Central Government*) angepasst.

Das *State Directorate of Health Services* ist jedoch nicht einheitlich organisiert (in den jeweils unterschiedlichen Unionsstaaten existieren unterschiedliche Titel bzw. Bezeichnungen). Sie unterliegen jedoch alle dem *General Directorate of Health Services*. (vgl. WHO/SEARO 2007: 15)

In Unionsstaaten gibt es ein *regional level*, andere Staaten haben zusätzlich noch ein lokales *district level* etabliert, welches als mittleres Level für Management und Organisation fundiert und den Link zwischen Staat und regionalen oder peripheren Strukturen (wie *primary health care centres*, *sub-centres* etc.) darstellt. Diese Ebene hat einen *district officer* an der Spitze. (vgl. WHO/SEARO 2007: 16)

Auf unterster Ebene befindet sich das *community level*, welches in *community health centres*, *primary health care centres* und *sub-centres* gegliedert ist. (vgl. WHO/SEARO 2007: 16f.)

4.4.2.1 Institutionen des öffentlichen Gesundheitssystems Indiens auf Community Level (*Rural Health Infrastructure – Primary Health Care System*)

Die Institutionen auf *community level* des öffentlichen Gesundheitssystems in Indien, die so genannten *sub-centres* und *primary health centres* (PHCs) sind hier die elementärsten bzw. einfachsten (*most basic*) Zentren und bilden das erste Level, gefolgt von der zweiten Stufe –

den *community health centres* und Spitälern (und zuletzt, auf dritter Stufe, würden *teaching hospitals* folgen). (vgl. Baru u. a. 2010: 50)

Das Ministerium für Familie und Allgemeinwohl fasst *sub-centres*, *primary health centres* und *communitiy health centres* als das *primary health care system* Indiens zusammen, welches sich auf ruraler Ebene befindet, zusammen. (vgl. Ministry of Health and Family Wellfare 2008: 1,9)

Auch diese sind laut Deogaonkar deutlich unterfinanziert bzw. nicht ausreichend ausgestattet. In seinem Artikel von 2004 berichtet der Autor, dass nur 3% aller PHCs über 80% der kritischen Voraussetzungen verfügen. (vgl. Deogaonkar 2004: 3)

Diese drei Levels bzw. Stufen basieren auf Populations-Normen. (vgl. WHO/SEARO 2007: 10)

- **Sub-Centres**

In „normalen“ Gebieten sind diese *sub-centres* für die Versorgung von 5000 Personen und in hügeligen, schwierigen oder „tribal“ Gebieten von 3000 Personen vorgesehen. (vgl. Ministry of Health and Family Wellfare 2008: 1; WHO/SEARO 2007: 10)

Sie sind der peripherste und erste Kontakt zwischen dem *primary health care system* (Basisgesundheitsversorgung) und der Gesellschaft. *Sub-centres* bestehen aus einer Hilfs-Krankenschwester, einer Hebamme und einem männlichen Gesundheitsarbeiter (*health worker*) sowie einer weiblichen Gesundheitsarbeiterin (*lady health worker*), welche für sechs solcher Zentren verantwortlich sind. Aufgaben dieser *sub-centres* sind: Service zu Gesundheit von Müttern und Kindern, Familien-Wohl, Ernährung, Immunisierung, Diarrhöe-Kontrolle sowie Kontrolle übertragbarer Krankheiten. 2007 gab es 145 272 solcher *sub-centres* in Indien. (vgl. Ministry of Health and Family Wellfare 2008: 1)

- **Primary Health Centres (PHCs)**

In normalen Gebieten sind diese PHCs für die Versorgung von 30 000 Personen und in hügeligen, schwierigen oder „tribal“ Gebieten von 20 000 Personen vorgesehen. (vgl. Ministry of Health and Family Wellfare 2008: 1ff.; WHO/SEARO 2007: 10)

Sie stellen die zweite Stufe dar und bilden den ersten Kontakt zwischen Gesellschaft und einem *medical officer*. PHCs haben kurative und präventive Gesundheitsversorgung zur Aufgabe und sind so ausgerichtet, dass sie so genannte *minimum needs programmes* und *basic minimum services programmes* erfüllen. Sie werden von der Regierung der einzelnen Unionsstaaten erhalten. Sie sind eine Einheit für sechs *sub-centres* (sechs *sub-centres*

unterstehen einem *primary health care centre*), haben 4-6 Betten und 14 Personen als HeilhelferInnen (*paramedical staff*). 2007 gab es in Indien 22 370 solcher PHCs. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2008: 1ff.)

- **Community Health Centres**

In normalen Gebieten sind diese *community health centres* (bzw. Krankenhäuser) für die Versorgung von 120 000 Personen und in hügeligen, schwierigen oder „*tribal*“ Gebieten von 80 000 Personen vorgesehen. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2008: 1ff.; WHO/SEARO 2007: 10) Diese *community health centres* sind vier PHCs Einheiten übergeordnet und bieten spezielle Services an, haben einen *medical officer* und 24 weitere Angestellte (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2008: 1ff.) - darunter 4 medizinische SpezialistInnen (ChirurgIn, Arzt/Ärztin, GynäkologIn, Kinderarzt/ärztin) und 21 weitere Angestellte wie beispielsweise SanitäterInnen. Ein *community health centre* umfasst 30 Betten und hat einen Labor Raum. 2007 gab es 4 045 solcher *communitiy health centres* in Indien. (vgl. Ministry of Health and Family Welfare 2008: 5)

5 Empirische Forschung in Bengaluru, Indien

5.1 Forschungsinteresse und Forschungsziel

Ziel dieser empirischen Studie ist, Rolle sowie Ausprägung und Verankerung von Rechtsbewusstsein (bezüglich des Menschenrechts Gesundheit) in Indien, als auch die Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitssystems von der Bevölkerung zu analysieren. In weiterer Folge wird untersucht, wie bedeutend dieses Rechtsbewusstsein für die Beanspruchung des Rechts auf Gesundheit - im Sinne von Aufsuchen und Akzeptieren des öffentlichen Gesundheitssystems - ist. Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots von der Bevölkerung wurde in Abschnitt 2.4.2.1 als essentieller Bestandteil, bei der Sicherung des Menschenrechts auf Gesundheit seitens des Staats als Pflichtenträger, diskutiert. In Abschnitten 2.4.2, 2.4.1 und 3.1 wurden auch weitere Regierungspflichten (neben der Bereitstellung eines qualitativ guten und annehmbaren öffentlichen Gesundheitssystems) wie die Sicherung von Grundvoraussetzungen, die nötig sind um gesund zu bleiben, diskutiert. Diese Studie bezieht sich jedoch ausschließlich auf die Versorgung durch öffentliche Gesundheitsangebote.

Für die vorliegende Studie wurden acht Privatpersonen und eine Expertin in Bengaluru, Indien interviewt.

Diese empirische Forschung ist fünf Themenbereichen gewidmet:

1. Gesundheit
2. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
3. Aktuell angestrebte Form von Gesundheitsleistung (öffentlich oder privat)
4. Rechtsbewusstsein – Grad an Wissen über das Recht auf Gesundheit sowie dessen Bedeutung im Nexus öffentlicher Gesundheitservices
5. Das Recht auf Gesundheit in der Zukunft – Rolle und Bedeutung des Rechts sowie Ausblick, Erwartungen und Voraussetzungen des öffentlichen Gesundheitssystems

Die ersten zwei Themenbereiche beschäftigen sich zunächst allgemein mit persönlichen Gesundheitsvorstellungen, der Wichtigkeit sowie der Kenntnis über gesundheitsbeeinflussende Faktoren. Weiters wird untersucht, ob Gesundheitsleistungen überhaupt angestrebt werden und welche zentrale Elemente (Quelle der Information über Gesundheitsanbieter, gewünschte Eigenschaften dieser und Dauer von Beschwerdeeintritt bis zum Aufsuchen von Leistungen) vor Aufsuchen dieser Services vorausgesetzt sind.

Im dritten Themenbereich wird die Wahl der Form von Gesundheitsleistungen analysiert, es gilt zu erheben, ob das staatliche, öffentliche Gesundheitsangebot beansprucht und akzeptiert und somit das Recht auf Gesundheit beansprucht wird. Vom Menschenrechtsansatz aus wäre der Staat ja verpflichtet, das Gesundheitsangebot akzeptabel zu gestalten (vgl. Abschnitt 2.4.2). Des Weiteren ist zentral, aus welchen Gründen die jeweiligen Personen sich für ein bestimmtes Angebot entscheiden, ob es jemals zu Veränderungen am Verhalten gekommen ist und welche Vorstellungen über das öffentliche Angebot existieren.

Im vierten Bereich wird das Recht auf Gesundheit direkt untersucht. Interessant ist hierbei zunächst, ob die interviewten Personen über die Existenz des Rechts auf Gesundheit informiert sind. Das heißt also die Ausprägung des persönlichen Rechtsbewusstseins (*legal consciousness*) über das Recht auf Gesundheit steht im Fokus. Weiters ist zentral, wie dieses Recht jeweils interpretiert wird und woher das Wissen darüber stammt. Ebenfalls wird erhoben, wie sehr die InterviewpartnerInnen das Recht auf Gesundheit in Indien implementiert sehen und ob oder inwiefern sich die Perspektive, Gesundheit als Recht zu verstehen, auf die Wahl des Gesundheitsanbieters bzw. die Bereitschaft, das Recht im Sinne von Akzeptanz der staatlichen Gesundheitsdienste derzeit tatsächlich zu beanspruchen, auswirkt.

Abschließend wird im fünften Themenbereich untersucht, ob in Zukunft der Wille, das Recht auf Gesundheit durch die Inanspruchnahme staatlicher Gesundheitsleistungen zu akzeptieren und somit anzustreben, besteht und welche Voraussetzungen dafür notwendig sind. Wesentlich ist dafür, wie bedeutend die Idee Gesundheit als Recht zu akzeptieren im Gegensatz zu (möglichen) anderen Faktoren ist. Abschließend werden persönliche Vorstellungen über die Entwicklung des indischen Gesundheitssystem untersucht. Es wird erhoben, inwiefern die InterviewpartnerInnen glauben, dass das Recht auf Gesundheit in Zukunft erfüllt und wie wichtig Rechtsbewusstsein für die Einforderung des Rechts in der Zukunft sein wird.

In Abschnitt 4.2 wurde erläutert, dass Indien unter anderem auf Grund von sozio-ökonomischen Gesellschaftsunterschieden von Ungleichheiten geprägt ist.

Sozio-ökonomische Unterschiede sind auch bei dieser Untersuchung von Relevanz. Die befragten Personen wurden somit je nach sozio-ökonomischem Hintergrund in drei verschiedene Kategorien unterteilt. Es wird erhoben, ob Unterschiede je nach Gesellschaftshintergrund in den jeweiligen Themenbereichen feststellbar sind.

Anhand dieser Analyse soll auch die Forschungsfrage beantwortet werden, welche in der Einleitung definiert wurde.

Forschungsfrage: Inwiefern ist ein Rechtsbewusstsein auf das Recht auf Gesundheit in der indischen Bevölkerung verankert und welche Rolle spielt Rechtsbewusstsein hinsichtlich der Tatsache das öffentliche Gesundheitsangebot Indiens zu akzeptieren und um somit das Recht auf Gesundheit in Anspruch zu nehmen? Inwiefern sind sozio-ökonomische Unterschiede innerhalb einer Gesellschaft bei diesem Verhalten feststellbar?

5.2 Methodologischer Zugang

5.2.1 Erhebungsmethode - Interviews

Ein Interview ist eine besondere Form des Gesprächs, das von der Forscherin [sic!] mit einer zu befragenden Person durchgeführt wird. Im Gegensatz [...] zu einem Alltagsgespräch sind Interviews systematischer und kreisen stärker um ein bestimmtes, von der Forschungsfrage definiertes Thema. (Hug und Poscheschnik 2010: 100)

5.2.1.1 Problemzentrierte Interviews

Problemzentrierte Interviews befassen sich mit biographischen Fragen zu einer relevanten gesellschaftlichen und problemzentrierten Fragestellung. (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 100f.; Mayring 2002: 67) Es kommt also zur Erhebung von biographischen Erzählungen und von Regelwissen. (vgl. Mayring 2002: 68f.)

Voraussetzung ist, dass der/die InterviewerIn sich bereits zuvor mit dieser bestimmten Problemstellung auseinandergesetzt und diese bereits zuvor analysiert hat, somit bestimmte Aspekte in einem Interviewleitfaden zusammengefasst wurden und im Laufe des Interviews dann angesprochen werden. (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 100f.; Mayring 2002: 67) Das bedeutet also, dass das problemzentrierte Interview bei einer theoriegeleiteten Forschung mit spezifischer Fragestellung angewendet wird. (vgl. Mayring 2002: 70) Kernideen bzw. drei Grundprinzipien des problemzentrierten Interviews sind:

- Problemzentrierung (Ansetzen an einer gesellschaftlicher Problemstellung, deren wesentlichen objektive Aspekte von der/dem ForscherIn in Folge erarbeitet werden);
- Gegenstandsorientierung (konkrete Gestaltung auf einen bestimmten Gegenstand bezogen);

- Prozessorientierung (flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, und schrittweise Gewinnung von Daten sowie ständiger reflexiver Bezug auf verwandte Methoden). (vgl. Mayring 2002: 68)

Die Befragung bei dieser Interviewform erfolgt in offener, halbstrukturierter Form und anhand eines Leitfadens (Standardisierung) ⁷⁶. (vgl. Mayring 2002: 67, 70) Die Antwortmöglichkeiten sind für die befragte Person also offen und die Person kann ungehindert zu Wort kommen. (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 100f.; Mayring 2002: 67) Diese Form der Interviewführung ist charakteristisch für diese Offenheit, was auch eine Vertrauensbeziehung zwischen InterviewerIn und der interviewten Person schaffen kann. (vgl. Mayring 2002: 68f.)

5.2.1.2 ExpertInnen Interview

„ ‚Experte‘ [sic!] beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners [sic!] als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalten. Experteninterviews [sic!] sind eine Methode dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser und Laudel 2009: 12)

Ein ExpertInnen Interview wird primär durch den Status der interviewten Person definiert. Diese wird als ExpertIn eingeschätzt. Es wird also eine Person/ExpertIn befragt, welche auf einem bestimmten Terrain eine Expertise nachweist, die für die Forschung relevant ist (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 104), bzw. sind ExpertInnen Personen, welche über ein „spezifisches Rollenwissen“ oder Sonderwissen verfügen und folglich darauf basierend eine Kompetenz aufweisen. ExpertIn ist also jemand im Hinblick auf ein bestimmtes Wissensgebiet. Dieses ExpertInnen-Wissen wird meist mit Berufsrollen oder spezialisiertem Engagement verbunden. (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010: 131ff.)

Das Interesse des/der Forschers/Forscherin liegt also nicht an der Person selbst, sondern an der Expertise der befragten Person. (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 104)

ExpertInnen Interviews werden meist als Leitfaden konzipiert. (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010: 134)

⁷⁶ Der Leitfaden (Standardisierung) ermöglicht einen Vergleich mehrerer Interviews und besteht meist aus einer Sondierungsfrage (offene Einstiegsfragen in das Thema), Leitfadenfragen (Themenaspekte bzw. wesentliche im Interviewleitfaden festgehaltene Fragestellungen) und Ad-Hoc-Fragen (spontane Fragen, die sich während der Befragung ergeben). (vgl. Mayring 2002: 70) Gläser und Laudel beschreiben einen Leitfaden ganz einfach als eine Liste offener Fragen (Leitfaden) zur Grundlage des Gesprächs. (vgl. Gläser und Laudel 2009: 111)

5.2.2 Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Anhand der qualitativen Inhaltsanalyse wird die Analyse eines Textes zunächst durch Reduktion von Datenmengen (Quintessenz von Textmaterial) anhand eines Systems mit abstrakten Kategorien und Subkategorien möglich. Das Verfahren ist stark gegliedert und hat einen hohen Grad an Strukturiertheit. Die Kategorien-Bildung erfolgt entweder induktiv oder deduktiv. (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 150f.) Das Categoriesystem kann in Zusammenhang mit der Fragestellung oder auch der damit verknüpfenden Theorie gebildet werden. (vgl. Mayring 2002: 117) Nach dieser Kategorien-Bildung kommt es zur Zuordnung (von Textteilen und Einheiten) zu diesen und zur Kodierung⁷⁷. Erst danach erfolgt die eigentliche Analyse bzw. abschließend die Interpretation der Ergebnisse. (vgl. Flick 2009: 150)

Mayring nennt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse folgende drei zentrale Komponenten des Interpretierens: Zusammenfassung (Reduktion des Textmaterials, sodass wesentliche Inhalte erhalten bleiben und Abstraktion); Explikation (Verständnis erweitern und erläutern), Strukturierung (Ordnungsstrukturierung des Materials anhand bestimmter Kriterien und Analyseformen einschätzen). (vgl. Mayring 2010: 65)

Etwas simplifiziert dargestellt:

Zusammenfassung	Zusammenfassung und induktive Kategoriebildung
Explikation	enge Kontextanalyse weite Kontextanalyse
Strukturierung	formale Strukturierung oder/und inhaltliche Strukturierung typisierende Strukturierung skalierende Strukturierung

(Mayring 2010: 66)

Das heißt, es wird zwischen der „Zusammenfassenden Inhaltsanalyse“, „Strukturierenden Inhaltsanalyse“ und der „Explizierenden Inhaltsanalyse“ (vgl. Flick 2009: 149ff.; Hug und Poscheschnik 2010: 150, 152) als Vorgehensweise unterschieden. Für eine dieser Komponente muss sich für das Interpretieren abhängig vom Material entschieden werden. (Pädagogische Hochschule Freiburg 2008: o.S.)

⁷⁷ Mayring unterscheidet hierbei zwischen: Kodiereinheit (kleinste Materialbestandteil der in eine Kategorie fallen darf), Kontexteinheit (größter Bestandteil, der in eine Kategorie fallen darf) und Auswertungseinheit (legt fest, welche Textteile nach einander ausgewertet werden). (vgl. Mayring 2010: 59)

Zusammengefasst bedeutet das folgendes: Die qualitative Inhaltsanalyse entnimmt einem Text Daten, Rohdaten werden extrahiert und danach aufbereitet und abschließend ausgewertet. (vgl. Gläser und Laudel 2009: 199)

In dieser Forschung erfolgte die Auswertung und Interpretation der Daten anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse.

5.2.2.1 Strukturierende Inhaltsanalyse

*„Die strukturierende Inhaltsanalyse dient der Identifikation von Typen oder formalen, inhaltlichen, typisierenden oder skalierenden Strukturen des Materials.“
(Mayring 1983 zit. nach Flick 2009: 152)*

Zentral bei dieser Form der qualitativen Inhaltsanalyse ist, dass aus dem Textmaterial zunächst eine bestimmte Struktur herausgearbeitet wird. Als Struktur sind inhaltliche Aspekte, Typen oder auch Skalierungen zu verstehen. Dafür wird ein Kodierleitfaden entwickelt – Kategorien werden exakt definiert und in weiterer Folge werden Regeln festgelegt, um Textstellen Kategorien zuzuordnen. (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 152; Mayring 2002: 118)

Folglich steht daher bei der strukturierenden Inhaltsanalyse die Herausfilterung bestimmter Aspekte aus dem Material im Vordergrund. Zuvor wurden dafür also wie beschrieben Ordnungskriterien festgelegt, um somit das Material nach bestimmten Kriterien bzw. Kategorien einzuschätzen bzw. um einen Querschnitt zu ziehen. (vgl. Mayring 2007: 473) Diese Zuordnung kann anhand der von Mayring vier verschiedenen Formen der Strukturierung (siehe vorherige Seite; Mayring 2010: 66) stattfinden. (vgl. Flick 2009: 152; Mayring 2010: 67) Erst danach kommt es zum Materialdurchlauf anhand dieser Kategorien und zur Ergebnisaufarbeitung. (vgl. Mayring 2010: 93)

Ablaufmodell einer strukturierenden Inhaltsanalyse:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) Bestimmung der Strukturierungsdimension und Ausprägungen (theoriegeleitet), Zusammenstellung des Categoriesystems2) Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien3) Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung4) Materialdurchlauf: Bearbeitung der Extraktion der Fundstellen5) Ergebnisaufbereitung6) Überarbeitung (gegebenfalls Revision von Categoriesystem und Categoriesdefinition) |
|---|

(Mayring 2002: 120) und (vgl. Mayring 2010: 93)

Das heißt nach den Schritten 1-2 und der Bildung von Kategorien, kommt es folglich zum Materialdurchlauf, welcher anhand von Schritten funktioniert: Zunächst werden Textstellen im Material gesucht, einer Kategorie zugeordnet und bezeichnet oder markiert (kann anhand von verschiedenen Farben oder Unterstreichungen erfolgen). Im zweiten Schritt werden diese markierten Stellen nach Art der Strukturierung gefiltert, zusammengefasst und ausgearbeitet (vgl. Mayring 2002: 120) und abschließend interpretiert.

Die Qualitative Inhaltsanalyse eignet sich also für große Textmengen und für offene Fragestellung und ist die für systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial geeignet. Weniger geeignet ist diese Form der Analyse für eine Studie mit explorativem Charakter, da diese sonst einschränkend wäre. (vgl. Mayring 2002: 121; 2007: 474)

Alle eingesetzten Methoden (Erhebungs- und Auswertungsmethoden) stellten sich für die Bearbeitung des im Zuge der vorliegenden Studie erhobenen Datenmaterials als geeignet heraus. Bei der Interviewführung konnte eine vertraute Atmosphäre geschaffen werden. Durch den nur teilstrukturierten Interviewleitfaden konnten die befragten Personen zu Wort kommen und dadurch große Menge an Material gesammelt werden. Für die Auswertung und Interpretation erwies sich die gewählte qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ebenfalls als adäquat.

5.3 Rahmenbedingungen der Forschung

5.3.1 Forschungsgebiet, Forschungsprozess und Qualitätssicherung

Diese vorliegende Studie zur Rolle von Rechtsbewusstsein im Nexus der Annehmbarkeit öffentlicher Gesundheitsdienstleistungen wurde in Indien, Bengaluru durchgeführt.

Die Hauptforschungsphase (vgl. Froschauer und Lueger 2003: 28–32) dieser empirischen Untersuchung erstreckte sich von Mitte November 2011 bis Mitte Januar 2012 (also über den Zeitraum von zwei Monaten) vor Ort in Bengaluru, Indien. Es konnten sieben problemzentrierte Interviews mit acht Personen sowie ein ExpertInnen Interview durchgeführt werden. Diese Forschungsphase erfolgte anhand eines zyklischen Forschungsprozesses, was bedeutet, dass es zu einer permanenten Reflexion der Forschungsstandes auf inhaltlicher und methodologischer Komponente, permanenter und genauer Überprüfung oder Modifikation der

vorläufigen Ergebnisse und vorläufige Teilanalyse kam. (vgl. Froschauer und Lueger 2003: 28)

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass die Interviews genau anhand von TiQ (Talk in Qualitative Social Research) transkribiert wurden. (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010: 164–167) und dass es nach jedem Interview zu einer Reflexion⁷⁸ kam sowie dass auch Feldnotizen nach den Interviews notiert wurden. (vgl. Hug und Poscheschnik 2010: 138) Die Leitfäden zu diesen in Bengaluru durchgeführten Interviews wurde von mir bereits während der Planungs- und Orientierungsphase (vgl. Froschauer und Lueger 2003: 22–27,32) von Juni bis November 2011 in Wien zusammengestellt. Ebenfalls wurden in dieser Forschungsphase bereits erste InterviewpartnerInnen gefunden sowie eine Übersetzerin (für Interviews in indischen Lokalsprachen) fixiert bzw. der Forschungsaufenthalt in Bengaluru, Indien geplant. Die Kontaktaufnahme mit der Übersetzerin und den ersten InterviewpartnerInnen fand zunächst persönlich während eines zweiwöchigen Kurzaufenthalts im Juni 2011 in Bengaluru, Indien statt. Darüberhinaus wurde nach diesem Aufenthalt von Wien aus mit Hilfe der Übersetzerin per email mit weiteren InterviewpartnerInnen Kontakt aufgenommen.

Die Phase der Forschungsdarstellung (vgl. Froschauer und Lueger 2003: 31f.) und somit die letzte Phase dieser Forschung fand von Januar bis April 2012 statt. In dieser Phase wurden die durchgeführten Interviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse anhand von Kategorien ausgewertet sowie interpretiert und mit der Theorie verknüpft.

5.3.2 Interviewsituation

5.3.2.1 InterviewerInnen

Alle Interviews wurden von mir als Forscherin selbst durchgeführt, wobei bei allen Interviews noch ein zweiter Interviewer (Co-Interviewer) als Assistent anwesend war. Drei der problemzentrierten Interviews mussten mit Hilfe von Übersetzung durchgeführt werden, da ich als Forscherin nicht über die erforderlichen Lokalsprachen verfügte und da die zu interviewenden Person kein Englisch beherrschten. Ein Interview (B3) fand auf Hindi statt und zwei Interviews (B6 und B8) auf Tamil. Sowohl meine Übersetzerin als auch mein Assistent beherrschen alle drei Sprachen – Tamil, Hindi und English - fließend. Die Interviews mit Übersetzung liefen wie folgt ab. Ich stellte eine Frage auf Englisch, diese wurde auf Hindi bzw. Tamil übersetzt, dann wurde auf der jeweils indischen Lokalsprache

⁷⁸ Es wurde primär reflektiert, wie Erkenntnisse aus Interviews in Relation zur Theorie gebracht werden können, ob die Fragen im Interviewleitfaden geeignet sind und wie verschiedene Interviews miteinander in Relation stehen (bestätigen oder widersprechen sich Aussagen in den Interviews).

geantwortet und die Antwort wiederum für mich auf Englisch übersetzt. Während dieser Interviews stellte sich heraus, dass die Übersetzerin teilweise Probleme mit der ad hoc Übersetzung hatte, mein Assistent übernahm somit eine führende und neutrale Rolle als Übersetzer. Die Übersetzerin erwies sich jedoch trotzdem als nützlich, weil sie eine „vertraute Atmosphäre“ schaffte (so war die Übersetzerin bei der Kontaktaufnahme hilfreich gewesen). Der Interviewleitfaden wurde vor den Interviews mit der Übersetzerin und dem Assistenten besprochen. Bei der Transkription der Interviews in indischen Lokalsprachen wurden die auf Hindi oder Tamil gesprochenen Interviewstellen zusätzlich auf Englisch übersetzt.

Alle restlichen vier problemzentrierte Interviews sowie das ExpertInnen Interview wurden in englischer Sprache durchgeführt.

5.3.2.2 InterviewpartnerInnen⁷⁹

Um meine Forschungsfrage beantworten zu können, wurden von mir acht Privatpersonen anhand von sieben problemzentrierten Interviews interviewt und eine Expertin anhand eines ExpertInnen Interviews befragt. Zentral waren die Expertise der Expertin sowie die persönlichen Meinungen und Erfahrungen der interviewten Privatpersonen zu den bereits in Abschnitt 5.1 erwähnten Aspekten bzw. Forschungsinteressen.

- **Problemzentrierte Interviews mit Privatpersonen**

Ziel der Erhebung war, ob es mögliche Unterschiede in Erfahrungen oder Meinungen je nach sozio-ökonomischem Status gibt. In Abschnitt 3.3.3 wurde bereits auf die Relevanz von Ungleichheiten hingewiesen und es hat sich gezeigt, dass Indien in hohem Maß von (sozio-ökonomischen) Ungleichheiten geprägt ist (vgl. Abschnitt 4.1 und 4.2).

Dafür wurden die befragten Personen von mir in drei Kategorie unterteilt:

Kategorie A: Personen mit einem besseren sozio-ökonomischem Status im Vergleich zu Kategorie B

Kategorie B: Personen mit einem niedrigerem sozio-ökonomischen Status im Vergleich zu Kategorie A

Kategorie C: Personen, die beide Eigenschaften in sich vereinten und konkret weder der einen noch der anderen Kategorie zuzuordnen waren

In Abschnitt 4.2.1 wurden bereits Eigenschaften für die Bezeichnung „sozio-ökonomisch“ als Messwert skizziert.

⁷⁹ InterviewpartnerInnen werden als B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9 bezeichnet. B steht für „befragte Person“, die Nummernverteilung erfolgte gemäß der chronologischen Reihenfolge der Interviewführung.

Für die Kategorisierung in dieser Forschung wurden Determinanten der finanziellen Situation und damit zusammenhängend die Wohnsituation sowie auch der Grad an Bildung als Charakteristika festgelegt und ausgewählt.

So verdienten Personen aus Kategorie A alle mindestens US\$ 1 500 (umgerechnet sind das € 1 143, Stand: 12.03.2012) monatlich (außer einer Hausfrau, welche kein Einkommen hatte, ihr Mann aber über das Doppelte dieses Grenzwertes verdiente – somit zählte hierbei lediglich das Haushaltseinkommen). Das monatliche Gesamthaushaltseinkommen betrug bei diesen Personen US\$ 3 000 (€ 2 286,30, Stand: 15.03.2012) oder mehr. Alle Personen dieser Kategorie wohnten in modernen, großen und „gut ausgestatteten“ Häusern mit Angestellten (Chauffeur, Dienstmädchen, Köchin, Gärtner) in „guten“ Wohngegenden. Alle hatten einen universitären Abschluss. Die Personen der Kategorie A übten einen „angesehenen“ Beruf (ausgenommen der Hausfrau) im IT-Bereich (Management etc.) aus und eine Person war als Ökonomin tätig. Alle Personen dieser Kategorie bezeichnen sich selbst als *upper middle class*.

Da versucht wurde, eine Zielgruppe mit Erwachsenen beider Geschlechter und möglichst altersheterogen zu erreichen, waren die befragten Personen sowohl männlich als auch weiblich und zwischen 25 und 59 Jahren alt.

Zu Kategorie A wurden folgende InterviewpartnerInnen zugeordnet:

B1 (52 Jahre alte Hausfrau), B2 (59 Jahre alter Senior Manager bei IBM, ehemaliger Sales Manager für den ganzen asiatischen Raum für Hewlett Packard), B4 (29 jähriger Software Ingenieur) und B5 (25 jährige Ökonomin). Alle befragten Personen der Kategorie A haben ihr ganzes Leben hindurch in Städten gelebt. Anzumerken ist, dass B4 und B5 gemeinsam interviewt wurden, weil es sich um ein Ehepaar handelte, welches nur gemeinsam Zeit hatte.

Personen aus Kategorie B verdienten lediglich zwischen 2 500 Indischen Rupien (€ 37,86 - Stand 06.03.2012) und 10 000 Indischen Rupien (€ 151,45 - Stand 06.03.2012) monatlich mit einem Gesamthaushaltseinkommen, das den Betrag von 20 000 Indischen Rupien (303,83 €, Stand 15.03.2012) nicht überschritt. Sie hatten lediglich eine Grundschulausbildung (bzw. eine Person hatte noch eine zusätzliche Ausbildung als „*health inspector*“ und somit mehr als nur Grundschulausbildung) und sprachen kein Englisch. Personen der Kategorie B arbeiteten als Dienstmädchen bzw. als „*dhobi*“⁸⁰. Die Wohnverhältnisse dieser Personen waren deutlich

⁸⁰ *Dhobi* ist Hindi und bezeichnet eine Person, die gegen Bezahlung Wäsche bügelt oder wäscht. In diesem Fall hatte der *dhobi* einen „Holzwagen“ in einer Straße in einer „guten“ Wohngegend geparkt, um Kleidung der BewohnerInnen mit einem Kohlebügeleisen zu bügeln.

„bescheidener“ und naturgemäß ohne Personal, wie in Kategorie A beschrieben. Auch hier wurde versucht eine Zielgruppe mit erwachsenen Personen beiden Geschlechts und möglichst verschiedenen Alters zu erreichen. Daher waren die befragten Personen sowohl männlich als auch weiblich und zwischen 23 und 53 Jahre alt (wobei eine Person ihr genaues Alter nicht wusste).

Zu Kategorie B wurden folgende InterviewpartnerInnen zugeordnet: B3 (26-30 Jahre altes Dienstmädchen, ursprünglich aus einem ruralen Gebiet stammend), B6 (53 Jahre altes Dienstmädchen), B8 (23 Jahre alter *dhobi*, arbeitet in Bengaluru, wohnt jedoch in einem kleinen Dorf vor Bengaluru, hat eine Ausbildung zum *health inspector* gemacht). Die Interviews mit Personen der Kategorie B wurden mit Übersetzung durchgeführt.

Eine Person (B7, 21 Jahre alt, ursprünglich aus einem ruralen Gebiet stammend, derzeit Schneider, in Ausbildung auf einen *Bachelor in Commerce*) wurde zunächst in der Annahme zu Kategorie B zugeordnet zu werden, interviewt. Im Laufe des Interviews stellte sich dann heraus, dass sein Einkommen zwar gering und sein Wohnverhältnis „bescheiden“ waren, dass diese Person aber derzeit trotz geringer Mittel eine Bachelor Ausbildung macht und über einen höheren Grad an Bildung verfügt; weiters sprach diese Person Englisch. Somit entschloss ich mich, diese Person weder Kategorie A noch B zuzuordnen und statt dessen eine neue Kategorie C (als Mischkategorie zwischen Kategorie A und B) zu bilden.

- **ExpertInnen Interview**

Als Expertin (B9) wurde von mir Dr. Arima Mishra⁸¹, welche derzeit beim *Institute of Public Health Bangalore*⁸² (IPH) tätig ist, interviewt. Das IPH ist ein *Public Health institute* in Bengaluru, welches sich mit dem Sektor öffentliche Gesundheit beschäftigt und primär gesellschaftsorientiert ist. Das IPH forscht, bietet Trainings an, leistet technische Hilfestellungen, fungiert aber auch als Verfechter von Gesundheit. Das IPH gibt regelmäßig Publikationen zum Thema Gesundheit und öffentliche Gesundheit in Indien heraus und leitet diverse die öffentliche Gesundheit fördernde Programme in Indien. Mishra ist seit mehreren Jahren aktiv in der Forschung (unter anderem im Feld) tätig, leitet eigene Projekte und setzt sich für gleichen Zugang auf dem Gebiet öffentliche Gesundheit ein. (vgl. Institute of Public Health Bangalore 2012: o.S. und B9)

⁸¹ Dr. Arima Mishra gab ihr Einverständnis namentlich erwähnt zu werden.

⁸² Das IPH verwendet nach wie vor den ursprünglichen Namen Bangalore und nicht den seit 2006 offiziellen Bengaluru.

Sechs der sieben problemzentrierten Interviews fanden bei der Übersetzerin zu Hause statt, eines in einem öffentlichen Park - *Cubbon Park* - in Bengaluru. Das ExpertInnen Interview wurde im Büro der Expertin Dr. Arima Mishra im IPH Bangalore durchgeführt.

Die Interviews dauerten zwischen rund elf und sechzig Minuten und wurden alle mit Einverständnis der interviewten Personen anhand eines Diktiergeräts aufgenommen. Diese dürfen für die Forschung im Rahmen der hier vorliegenden Diplomarbeit verwendet werden. Die Interviews mit Übersetzung waren im Verhältnis kürzer als die auf Englisch durchgeführten.

5.3.3 Kritik der eigenen Forschung

Wie bereits angeführt (Abschnitt 4.1), ist Indien ein äußerst heterogenes Land mit einer Bevölkerung von über einer Milliarde Menschen. In dieser Studie wurden jedoch nur neun Personen, alle in Bengaluru und somit aus einem urbanen Gebiet in einem südlichen Unionsstaat Indiens (vgl. Abschnitt 4.2.2) lebend, interviewt. Es wurde zwar Personen mit unterschiedlichen sozio-ökonomischen Voraussetzungen befragt, jedoch Personen unterhalb der Armutsgrenze lebend nicht erreicht. In dieser Erhebung konnte folglich nur ein kleiner Teil dieser so heterogenen Bevölkerung erreicht bzw. repräsentiert werden.

In etwaigen weiteren Studien wäre es jedoch möglich, andere Teile der Bevölkerung (Personen unterhalb der Armutsgrenze, in anderen Unionsstaaten Indiens, in ruralen Gebieten lebend) zu befragen, um ein größeres Gesamtbild zu erhalten.

Ebenfalls muss bedacht werden, dass für drei Interviews Übersetzerinnen eingesetzt wurden, da ich als Forscherin nicht über die benötigten Sprachkenntnis der Lokalsprachen verfügte.

5.4 Auswertung der Daten⁸³

5.4.1 Gesundheit

5.4.1.1 *Persönliches Verständnis von Gesundheit*

Bei der Frage nach dem persönlichen Verständnis von Gesundheit sind unterschiedliche Vorstellungen je nach Kategorie feststellbar. So waren für die befragten Personen der Kategorie A vielmehr Faktoren wie Wohlbefinden oder Abwesenheit von Krankheit ausschlaggebend, für Kategorie B und C bedeutete Gesundheit hauptsächlich, in der Lage zu sein, Pflichten zu erfüllen.

Kategorie A

B1, die Hausfrau mit gut verdienendem Ehemann, verstand unter Gesundheit primär die Abwesenheit von Krankheit - „get rid of all the diseases“ (B1:25). Dies sei aber nur durch gesunden Lebensstil möglich (B1: 25-26). Aber auch nur durch Gesundheit (fit zu sein) sei es möglich, glücklich zu sein und schöne Dinge machen zu können - nur wer gesund sei, könne alles machen (B1: 32-35). Für den Manager (B2) bedeutete Gesundheit viel mehr: Dass es, wenn ein gewisses Alter erreicht würde (75 oder 80 Jahre), einem immer noch möglich sein sollte Dinge zu machen, zu essen oder ganz einfach fit zu sein (B2: 28-29). Auch B4 und B5 gaben ähnliche Antworten. So verstanden B4 und B5 unter Gesundheit primär Alter, lange Lebensdauer (B4: 15) und Wohlbefinden (B5: 16), wobei für B4 Wohlbefinden bedeutete, während des gesamten Lebens möglichst gesund und fit zu bleiben bzw. auch die Abwesenheit von gröberer Krankheiten (B4: 17,18).

Kategorie B

Für das erste Dienstmädchen (B3) bedeutete Gesundheit, sich um ihre Kinder sorgen zu können, diese zu erziehen und ihnen ein (gutes) Leben zu ermöglichen (B3: 50,53). Für das zweite Dienstmädchen (B6) hieß Gesundheit ihre Arbeit erfüllen zu können bzw. die Fähigkeit zu arbeiten, sich um alles zu Nötige zu kümmern; aber auch fit zu bleiben (B6: 37,39). Der *dhobi* (B8) hatte Schwierigkeiten zu definieren, was für ihn persönlich

⁸³ Die Expertin wurde nicht zu allen Parametern befragt, sondern nur zu jenen Aspekten, bei denen ihr ExpertInnen-Wissen Relevanz für die vorliegende Arbeit hat. So wurde die Expertin zum Beispiel nicht danach gefragt, welchen Arzt sie aufsucht, da sie hier als Expertin und nicht als Privatperson als Interviewpartnerin zur Verfügung stand.

Gesundheit bedeute. Er meinte jedoch, dass Gesundheit als „länger zu leben“ definiert werden könnte (B8: 57).

Kategorie C

B7, der Schneider in Zusatz-Ausbildung, verband mit Gesundheit eher die Voraussetzung dafür, in der Gesellschaft (*organisation*) zu leben, ohne Gesundheit sei für B7 das Leben in der Gesellschaft bzw. Organisation nicht möglich (B7: 23-24).

Mishra, Expertin vom IPH Bangalore, gab zu dieser Frage an, dass Indien ein so diverses Land sei und somit auch die Gesundheitsvorstellungen abhängig vom sozialen Hintergrund unterschiedlich seien. Dies hätte sie durch eigene Erfahrungen am Feld miterlebt (B9:171-173). Verständnis von Gesundheit oder Krankheit in ruralen Gebieten Indiens weiche beispielsweise von der WHO-Definition von Gesundheit ab. So würden in ruralen Gebieten lebende Personen zwar physisch absolut nicht „gesund sein“ oder sich nicht „wohl fühlen“, aber immer noch fähig sein, die täglich Arbeit zu erfüllen. Das hieße diese Personen würden sich als gesund einstufen, während sich andere Personen in diesem Zustand als krank bezeichnen würden (B9: 175-181).

5.4.1.2 Wichtigkeit und Bewusstsein der eigenen Gesundheit

Gesundheit scheint für alle interviewten Personen ein bedeutender Faktor zu sein, unabhängig von der jeweiligen Kategorie, wobei bei der Kategorie A ein deutlich höherer Enthusiasmus bzw. ein größeres Interesse über dieses Thema zu sprechen zu spüren war.

Kategorie A

Besonders B1 ist die eigene Gesundheit sehr wichtig, sowohl im tägliche Leben als auch auf lange Zeit hin (B1: 18). Gesundheit ist für die Hausfrau so wichtig, dass B1 jeden Tag und jede Minute an die eigene Gesundheit denke. B1 betonte, dass nur der/die, der/die sich über die eigene Gesundheit bewusst sei, schöne Dinge machen könne und gute Dinge sich dann von selbst ergeben würden (B1: 41-43, B1: 488-490). Sie nimmt Gesundheit sehr wichtig: „Health is the first. That’s what I am telling. I if your health is fine, you are fine [...]. You can do everything nicely. Everything will fall on the place [sic!].“ (B1: 503-502)

Auch B2 nimmt die eigene Gesundheit sehr wichtig und gab an, dass er jeden Tag an die eigene Gesundheit denke (B2: 46,61-62). B2 zitierte ein tamilisches Sprichwort, um deutlich zu machen, wie wichtig Gesundheit sei: „[W]ithout any disease [...] being healthy is [...] a

more valuable treasure and having a lot of wealth. [...] health is actually [...] more than the wealth.“ (B2: 40-42) B2 gab weiters an, dass das nicht immer so gewesen sei, der Gesundheit so viel Wert zu schenken. Auf dem Höhepunkt der eigenen Karriere hätte B2 viel geschäftlich zu reisen gehabt und hätte damals die eigene Gesundheit nicht bewusst wahr genommen. Erst als bei einem Gesundheitscheck festgestellt wurde, B2 sei nicht mehr zu hundert Prozent gesund, sondern an Diabetes erkrankt, begann B2 bewusst an seine Gesundheit zu denken und änderte seinen Lebensstil, um gesünder zu leben (B2: 46-55, 61-62), so B2. Weiters meinte B2, dass viele Leute die eigene Gesundheit anfangs (*gemeint sind die jungen Jahre des Lebens*) ignorieren würden, welches eigentlich die Zeit sein sollte, um in Bezug auf Gesundheit achtsam und bewusst zu sein (B2: 61-62). Auch B4 und B5 seien sich sehr über ihr Wohl und ihre Gesundheit bewusst und würden jeden Tag über die eigene Gesundheit nachdenken (B4: 32, 36), wobei nicht wie bei B1 und B2 die Wichtigkeit und die Häufigkeit der Gedanken an Gesundheit von selbst genannt wurden, sondern erst nach direktem Nachfragen.

Kategorie B und C

Auch für die beiden Dienstmädchen (B3 und B6) sei Gesundheit sehr wichtig und sie gaben an, sie würden das ganze Leben hindurch (B3) bzw. täglich (B6) an die eigene Gesundheit denken (B3: 67,69; B6: 49). Auch der *dhobi* (B8) und der Schneider (B7) schätzten ihre Gesundheit als wichtig ein. So sei Gesundheit sehr wichtig für den Körper (B7: 23-25, B8: 39). Anders als die meisten befragten Personen gab B8 jedoch an, nur an seine Gesundheit zu denken, wenn er krank sei und sonst nicht (B8: 86-87).

Expertin Dr. Arima Mishra (B9) war der Meinung, dass generell das Bewusstsein zu Gesundheit bzw. das Wichtig-Nehmen von Gesundheit in Indien zunehmen würde (B9:166-167). Aber auch hier, ähnlich wie bei der Auffassung von Gesundheit, sei dieses Bewusstsein von der sozialen Zugehörigkeit abhängig. Mishra sprach von einer Besessenheit im Bezug auf Gesundheit bei der *upper and middle class* Indiens. „[T]here is an obsession with [...] health.“ (B9:183) Als Grund dafür nannte Mishra, dass sich diese Gesellschaftsschicht dieses Engagement zum Thema Gesundheit auch leisten könne. So sei das Thema Gesundheit schon fast „in Mode“ und alles drehe sich um Gesundheit. Gesundheit sei in dieser Gesellschaftsschicht ein Statussymbol. Der Fokus läge hierbei besonders im Bereich gesunder Ernährung; auch fit und nicht übergewichtig zu sein sei wichtig (B9: 182-215).

5.4.1.3 Kenntnis von und Bewusstsein über gesundheitsbeeinflussende Faktoren

Personen der Kategorie A und C betonten während des Gesprächs Gesundheit beeinflussende Faktoren ohne explizit danach gefragt werden zu müssen.

So betonte die Hausfrau das Führen eines „disziplinierten Lebensstils“, wobei in diesem Zusammenhang B1 „das tägliche Spazieren-Gehen“ (*walking*) nannte. Das Spazieren-Gehen sei unumgänglich, um ein gesundes Leben zu führen (B1: 19-20, 490). Weiters betonte B1 gesunde Nahrung als wichtiger Bestandteil von Gesundheit. Für B1 zählen dazu Salat, Gemüse und zu Hause selbst zubereitete Speisen (B1: 26-28). Für den Manager war zentral, aktiv zu sein. Zu den Aktivitäten zählt B2 jeden Tag spazieren zu gehen (B2: 25-26) oder welche auszuüben (B2: 63). Aber auch Ernährung ist für B2 eine wichtige Determinante von Gesundheit. Nur gesunde, nährstoffreiche (*nutritious*) Ernährung würde den Menschen gesund halten - besonders bei Diabetes (B2: 30-34, 56, 63-63). So sagte B2 „[E]ating is everything. What you eat is what you are.“ (B2: 31) Aber auch andere Aspekte sind für B2 an Gesundheit gekoppelt, wie etwa saubere Umwelt, sauberes Wasser oder sanitäre Anlagen (B2: 35). Auch das Alter spielt für B2 eine ausschlaggebende Rolle. So meinte er, dass besonders ab einem Alter von 45 Jahren auf die von ihm aufgezählten Faktoren stärker geachtet werden müsste (B2: 64).

Auch der Software Ingenieur (B4) und die Ökonomin (B5) sind sich bewusst, dass andere Faktoren die Gesundheit beeinflussen. So nannten diese zunächst ganz einfach einen gesunden Lebensstil, gesunde Ernährung (B4: 18-19) sowie auch Faktoren wie Stress oder die Qualität von Wasser und Nahrung (B4: 27-28). Die Befragten betonten aber auch dass es darauf ankomme, wie und wo ein Person wohne und lebe (B5: 29).

Der Schneider (B7) nannte den Faktor Nahrung (B7: 25).

Bei den InterviewpartnerInnen der Kategorie B musste im Gegensatz zu A und C explizit nach die Gesundheit beeinflussenden Faktoren nachgefragt werden; diese hätten sonst keine dieser Faktoren angeben.

B3, das jüngere Dienstmädchen gab, nachdem Beispiele (Nahrung, Bewegung, Hygiene) genannt wurden an, daran zu denken (B3:79,80). B6 verknüpfte keine anderen Faktoren, außer sich fit zu halten, mit Gesundheit. Viel mehr ist für B6 ausschlaggebend, Medikamente einzunehmen oder zum Arzt zu gehen, um sich gesund zu halten (B6: 65-66). B8 verknüpfte primär Faktoren wie Bakterien mit Gesundheit und dass diese vermieden werden sollten, um gesund zu bleiben (B8: 67-68).

Mishra betonte hierbei erneut, dass Indien als Land unterschiedlich sei und dass es hierbei auch große Unterschiede gäbe. Die von ihr als „gesundheitsbesessen“ bezeichnete Ober- oder Mittelschicht verknüpfe primär Faktoren wie Ernährung und Übungen mit Gesundheit (B9:186-188, 191-193), in ärmeren und ruralen Gebieten würden Menschen jedoch weniger an Prävention von Krankheit denken (B9:181).

5.4.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten⁸⁴

5.4.2.1 Aufsuchen von Gesundheitsanbietern

Alle InterviewpartnerInnen gaben an, Gesundheitsdienste (Arzt/Ärztin oder Spital aufzusuchen) in Anspruch zu nehmen, wenn diese es für nötig hielten.

B1, B2, B4+B5, B6, B8 würden einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen (B1: 47; B2: 84; B4: 41; B6:77-78; B8: 98). Das jünger Dienstmädchen (B3) würde in ein Krankenhaus (B3:89) bzw. der Schneider (B7) in eine Klinik (B7:31-32) gehen.

5.4.2.2 Zeitraum zwischen Beschwerde-Eintritt bis zum Aufsuchen von Gesundheitsanbietern

Alle InterviewpartnerInnen unabhängig von der Kategorie gaben an, relativ rasch, sobald Beschwerden eintreffen, einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen (B1: 41-61, B2: 75-85; B3: 94-95; B4: 43-45 ; B6: 77-78; B7: 31-32, 37-39; B8: 98-100).

Abhängig vom Grad der Beschwerde, versuchen sechs befragte Personen B1, B2, B3, B4+B5, B7 zunächst kleinere Beschwerden, Symptome oder Schmerzen selbst in den Griff zu bekommen, oder versuchen sich zunächst selbst zu behandeln. Falls das nicht gelingen sollte, würde ein Arzt/eine Ärztin aufgesucht (B1: 41-61, B2: 75-85; B3: 94-95; B4: 43-45; B7:31-32;). B2, der Manager, gab zusätzlich an über Symptome oder Krankheitsbilder informiert zu sein bzw. dass er ein großes Gesundheitsbewusstsein hätte und darüber lesen würde, und deshalb bei Kleinigkeiten wisse, was zu unternehmen sei (B2:74-84).

Die Hausfrau und das jüngere Dienstmädchen warten am wenigsten lange bis zum Gang zum Arzt oder zur Ärztin. Die Hausfrau (B1) gab an, schon nach wenigen Stunden bzw. am selben Tag eine(n) Arzt oder Ärztin aufzusuchen. Sie würde keine Krankheit verstecken oder schüchtern sein, wenn es um eine mögliche Krankheit ginge und meinte, es sei besser zum/zur

⁸⁴ Im Rahmen der Interviews wurde häufig von ÄrztInnen oder Spitälern gesprochen. Diese Begriffe sollen den Gesamtbereich von Gesundheitsdienstleistungen repräsentieren.

Arzt/Ärztin zu gehen (B1:51-61). Ähnlich handelt B3. Sie würde sich zunächst auch selbst Medikamente geben, falls diese nicht wirken, aber erst nach einem Tag das Krankenhaus aufsuchen (B3: 94-105).

Auch vier weitere Personen (B2, B4 und B5, B7) gaben ebenfalls an, recht schnell einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen. Bei etwas Schlimmem gingen alle sofort zu einem/r GesundheitserviceanbieterIn. Bei Kleinigkeiten, die sich nach eigener Behandlung und Selbsteinnahme von Medikamenten nicht bessern sollten, würden drei (B2, B4+B5) dieser vier Personen jedoch erst nach ein oder zwei Tagen (B2: 85-90; B4:43-45) medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Die vierte Person (B7) handelt ähnlich, er würde aber erst nach ungefähr drei Tagen in eine Klinik oder zum Arzt/zur Ärztin gehen (B7: 37-38).

Leicht abweichend sind die Antworten des älteren Dienstmädchens (B6). Sie würde im Falle von kleinen Beschwerden einfach mit diesen leben und ihnen keine Beachtung schenken. Wenn B6 aber sehr krank sei, würde sie sofort zum Arzt / zur Ärztin zu gehen (B6: 77-78).

Im Gegensatz zu den sieben soeben skizzierten Personen, handelt eine Person (B8) nie selbst und würde, egal bei welcher Beschwerde, immer sofort einen Arzt bzw. Ärztin aufsuchen (B8: 98-100).

5.4.2.3 Entscheidungsrelevante Quelle bei der Auswahl von Gesundheitsanbietern

Hierbei sind alle Antworten ähnlich. Alle acht InterviewpartnerInnen gaben an, dass sie einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Ärztin zum ersten Mal aufgrund von Empfehlungen und somit Erfahrungen von Leuten, Freunden oder Bekannten, Eltern oder Nachbarn aufsuchen würden (B1: 155-157; B2: 147-148; B3 166-167; B4:72-74, B6: 273-275; B7: 84-86; B8: 160).

Der Software Ingenieur (B4) vertraut weiters auf Meinungen aus dem von Internet und von Medien bei einer ersten Arztwahl (B4: 72-74). Vier der interviewten Personen gaben zusätzlich an, ganz einfach zu einem Arzt/einer Ärztin hinzugehen und dann deren Qualität selbst zu beurteilen. Wenn sie zufrieden mit der Leistung wären, würden sie weiterhin zum selben Arzt/zur selben Ärztin zu gehen (B1: 161-162; B2: 148-149; B3: 166-167; B7: 84-87). Falls nicht, würden sie jemanden anders aufsuchen (B7: 84-87). Für eine Person, den *dhobi* (B8), ist es besonders wichtig, auch selbst herauszufinden, ob ein Arzt/eine Ärztin gut sei (B8:156).

Mishra beantwortete diese Frage aus Ergebnissen ihrer eigenen Forschung. So spiele bei der Arztwahl eine bedeutende Rolle, was andere Personen über einen/eine Arzt/ Ärztin erzählen, das heißt die Reputation eines Arztes oder einer Ärztin sei äußerst wichtig (B9:103-112).

5.4.2.4 *Gewünschte Eigenschaften und Qualitäten bei Gesundheits Providern*

Die Antworten in dieser Kategorie waren bei allen befragten Personen unterschiedlich, wiesen aber dennoch Gemeinsamkeiten auf. Auffällig hierbei ist jedoch, dass „menschliche“ Eigenschaften (Eigenschaften, die auch unter dem Aspekt bzw. in Zusammenhang mit „Vertrauen“ diskutiert werden können) häufiger genannt wurden als rein „praktische“.

So ist es für die erste befragte Person, die Hausfrau (B1), bedeutend, dass der Arzt oder die Ärztin bekannt und erfahren in der Berufstätigkeit sein sollte. Weiters sollte sich dieser/diese für den/die PatientIn Zeit nehmen und zuhören können und sollte weiters auch geduldig, höflich und nett sein (B1: 155-160, 164).

Für B2 sind besonders *sentimental values* bei einem Arzt wichtig. So berichtete dieser von einem jahrzehntelangen Familiendoktor, zu dem der Manager gegangen sei. Dieser Arzt würde ihn und seinen Körper, aber auch seinen Hintergrund kennen. Wenn er zu diesem Doktor ginge, fühle er sich mental und psychisch gut aufgehoben. Dieses Gefühl sei somit wichtig für B2 und würde sich auch auf schnelle Heilung positiv auswirken. Er bejahte die Frage, ob dieses Gefühl mit Vertrauen übersetzt werden könnte (B2: 126-142). Weiters sei für B2 eine ordentliche, saubere Ordination wichtig (B2: 154), der Kostenaufwand spiele eine weniger bedeutende Rolle (B2: 158).

Für das jüngere Dienstmädchen (B3) ist ausschlaggebend, von einem Arzt/einer Ärztin gut behandelt zu werden (*gemeint war hierbei die Qualität*) (B3: 185) bzw. schätze sie einen guten Umgang des Arztes mit den PatientInnen (*gemeint war hierbei der persönliche Umgang*) (B3:188). Für das aus einem ruralen Gebiet stammende Dienstmädchen ist es aber auch relevant, dass der Arzt/die Ärztin ihre Sprache (Lokalsprache: Marathi) spräche (B3:191, 194).

Auch für den Software Ingenieur und die Ökonomin sind zunächst Eigenschaften wie Vertrauenswürdigkeit bzw. die Persönlichkeit eines Arztes/einer Ärztin essentiell. So sollte dieser/diese nett sein. Aber auch eine effektive Behandlung und schnelle Heilung würden erwartet (B4: 78-81, B5: 84,127, B5: 317-318). Weiters sei es wichtig, dass Gesundheitsanbieter in der Nähe sein sollten und eine Fachausbildung, die benötigt würde, anbieten. Gesundheitsanbieter sollten weiters auch viele Fachrichtungen und verschiedene Services unter einem Dach vereinen (B4:63-69). Im Nachgespräch betonte B5 erneut die Wichtigkeit des Faktors Vertrauen zu Gesundheitsserviceanbieter: [E]verything boils down to trust. That's it. Nothing beyond that." (B5: 315) „[T]he only word that goes with health care is trust.“ (B5:322-323) Zu Vertrauen zählt für B5 aber auch zu einem Spital gehen zu

können, das sie bereits kenne (*sie meinte hierbei eine Indien-weite private Kette der Apollo Spitäler*). Dann fühle sich die Ökonomin auch sicher oder wohl (B5:329-338).

Für die sechste befragte Person, das ältere Dienstmädchen, sollte ein Arzt oder eine Ärztin ganz einfach ein/eine „good doctor“ sein, das bedeutet für B6 eine Heilung und eine gute sowie nette Behandlung (B6: 258-260).

Für den Schneider, B7, hat ein Arzt/eine Ärztin geduldig zu sein, aber auch das Verhalten sowie Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn ist ausschlaggebend (B7: 89,90). Auf die Frage nach Qualität meinte B7, dass er sich modernes Equipment erwarten würde (B7: 101-102).

Für den in Bengaluru arbeitenden *dhobi* ist bedeutend, dass ein Arzt/eine Ärztin freundlich spräche, auf den/die PatientIn eingehe und persönliches Interesse an diesem/dieser zeige (zum Beispiel danach frage, woher er/sie herkomme), zuhöre und auf die Beschwerden eingehe und dann eine gute, schnelle Behandlung anböte (B8: 139-140, 156).

Für die Expertin spielt besonders die Idee von Vertrauen eine bedeutende Rolle, wenn es zur Arztwahl kommt. Sie argumentierte, dass Vertrauen einen gewissen Grad an Qualität darstelle. Vertrauen sei ganz einfach auch als Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn zu verstehen. Ebenso sei es wichtig, jemanden zu kennen, wenn es darum ginge, Gesundheitsservices in Anspruch zu nehmen, was wiederum mit Vertrauen in Verbindung stehe (B9:87-95).

5.4.3 Aktuell angestrebte Form von Gesundheitsleistung (öffentlich oder privat)

5.4.3.1 Form des derzeit beanspruchten Gesundheitsservices

Sieben der acht befragten Personen (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7) nehmen ausschließlich private Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch (B1: 63,73-75; B2: 93, B3: 111; B4: 47; B6: 87; B7: 41). Nur der *dhobi* (B8) sucht öffentliche Anbieter auf (B8: 106).

5.4.3.2 Versicherung

Auffällig war, dass nur die Personen der Kategorie A (B1 - die Hausfrau, B2 - der Manager, B4 - der Software Ingenieur, B5 - die Ökonomin) versichert sind und das privat.

B2 erwähnte zwar, dass es in Indien ein Versicherungssystem gäbe (ESI – *Employees' State Insurance*), dieses sei jedoch primär für die untere Klasse („*lower class*“), da diese staatliche Versicherung jemandem nur bis zu einem bestimmten Einkommenslimit decke (B2: 95-101).

Alle drei Personen der Kategorie B (B3 – das jüngere Dienstmädchen, B6 - das ältere

Dienstmädchen und B8 - der *dhobi*) sowie der Schneider (B7) der Kategorie C verfügen über keine Versicherung.

5.4.3.3 Veränderung in der Vergangenheit bezüglich der Wahl von Gesundheits Providern

Alle Personen der Kategorie A waren schon immer in privater Behandlung (B1: 76-77, 82, 87, B2: 116-123, B4, B5) und somit hat sich auch nichts an der Wahl des Gesundheitsangebots verändert. Nur B4, der Software Ingenieur hätte persönliche Erfahrung mit einem öffentlichem Krankenhaus, er sei einmal nach einem kleinen Unfall dort behandelt worden, jedoch nur, da kein privater Arzt oder Ärztin auffindbar gewesen sei (B4: 53-55).

Hingegen zwei Personen der Kategorie B (B3 und B6) sowie die Person aus Kategorie C haben bereits Erfahrungen mit öffentlichen Gesundheitsleistungen. Sie haben jedoch ihr Verhalten an der Wahl des Anbieters geändert und suchen derzeit private Leistungen auf.

Nur bei einer Person (B8) der Kategorie B hat sich nichts am Verhalten geändert.

B3, das jüngere Dienstmädchen gab an, früher, (vor 10-20 Jahren), als sie noch klein war und sie noch in einem ruralen Gebiet Indiens lebte, staatliche Spitäler und öffentliche Gesundheitsangebote aufgesucht zu haben. Zunächst weil es damals dort kaum private Möglichkeiten gegeben hätte, aber auch weil die Behandlung in öffentlichen Spitälern besser gewesen sei als heute und sie damals dort gut behandelt worden wäre (B3: 235-249). Ähnlich fiel die Antwort des Schneiders (B7) aus, welcher behauptete früher (als er noch nicht in Bengaluru lebte) das öffentliche Gesundheitsangebot oft in Anspruch genommen zu haben und dafür von seinem Dorf zu einem Krankenhaus in Pune gereist zu sein (B68-77). Auch das ältere Dienstmädchen (B6) gab an früher öffentliche Gesundheitsangebote in Bangalore (Bengaluru) aufgesucht zu haben, aber dort nie Behandlung erhalten hätte und somit gezwungen gewesen wäre, zu einem Privatanbieter zu wechseln (B6: 92-94).

Darüberhinaus ist anzumerken, dass B1 mittlerweile sogar die Kinder ihres Dienstmädchens zu ihrem privaten Arzt mitnehme und für die Kosten aufkommen würde (B1: 435-437). So würden wie B1 auch B4 und B5 ihrem Dienstmädchen manchmal mit Medikamenten aushelfen, da sich diese private Versorgung nicht leisten könnte bzw. weiters diese Medikamente jedoch bräuchte (B5: 227-232).

Nur der *dhobi* (B8) gab an primär öffentliche Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen (zusätzlich aber auch manchmal private Leistungen) (B8: 106, 122).

5.4.3.4 Gründe für die Wahl der entweder öffentlichen oder privaten Gesundheitsleistungen

Zu diesem Punkt fielen die Antwortmöglichkeiten wiederum sehr individuell aus. Dennoch kann als gemeinsamer Nenner der Aussagen jener genannt werden, dass die Gründe für das Aufsuchen von privaten Gesundheitsleistungen darin liegen (außer bei dem *dhobi*), weil laut der Befragten Mängel im öffentlich Gesundheitsangebot herrschen. Im engen Sinne haben die Befragten wie folgt geantwortet:

Für die 53jährige Hausfrau ist ausschlaggebend, dass sie schon immer in privater Behandlung war, bisher zufrieden damit gewesen ist und daher auch weiterhin private Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen würde, obwohl das öffentliche Gesundheitsangebot nicht unterschätzt werden dürfe (B1:81-82, 87). Trotzdem würden Mängel (wie im nächsten Abschnitt 5.4.3.5 beschrieben) bei privaten Anbietern nicht passieren. Dies führt sie auf die bessere Bezahlung der privaten ÄrztInnen zurück (B1: 190-192). Ebenfalls gab B1 an, dass die Bereitschaft beispielsweise in Notfällen bei privaten ÄrztInnen besser sei und sie Privatbehandlungen ganz einfach bevorzuge, weil sie schneller an die Reihe komme und alles rascher verlief. (B1: 341-363, 371-375, 317-318, 278) „Why we are going to private means [sic!] that things work faster.“ (B1: 278) Zwar seien gute ÄrztInnen und Medikamente heute teuer in Indien, was der Gesundheit jedoch nicht im Weg stünde (B1: 438-439). Weiters hielt die Hausfrau fest, der Meinung zu sein, dass, je mehr bezahlt würde, desto besser die Behandlung des Arztes/der Ärztin sei (B1: 285-286).

Der 59jährige Manager (B2) gab an, dass ein Grund für die Wahl privater Gesundheitsversorgung jener sei, dass er es sich leisten könne. Viele Menschen in Indien hätten dieses Privileg jedoch nicht (B2: 162). Weiters gäbe es in Indien ausgezeichnete ÄrztInnen, qualifizierte MitarbeiterInnen und ausgezeichnetes Equipment. Diese seien aber alle im Privatsektor angesiedelt. Private Gesundheitsleistungen hätten also eine bessere Qualität (B2: 311-314).

B3, das Dienstmädchen, begründete ihre Wahl von privaten Anbietern im Sektor Gesundheit damit, dass das Personal in staatlichen Spitälern sie schlecht behandeln würde bzw. sie immer auffordern würde, zu einem späteren Zeitpunkt zu kommen (B3: 115-116). Darüberhinaus hätte Qualität im öffentlichen Sektor abgenommen (B3: 236).

Der Software Ingenieur (B4) und die Ökonomin (B5) suchten ebenfalls private Anbieter auf. B4 gab an, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung in Indien nicht existent sei, private ÄrztInnen ganz einfach verlässlicher seien und das der Grund sei, auf private Anbieter

auszuweichen. Somit würde er ganz einfach „end up in private“ (B4: 49-50). B5 fügte dem hinzu, dass gewisse Vorstellungen ganz einfach in den Köpfen verankert seien. So zum Beispiel, dass dem/der privaten Arzt/Ärztin automatisch vertraut werden könne und nur diese/r einen heilen könne, ein öffentlicher Anbieter jedoch nicht. Darüberhinaus fühle sie sich bei öffentlichen Anbietern nicht willkommen (B5: 126-131).

Die Ökonomin meinte weiters, dass viele Personen (*B5 meinte hierbei die „middle“ oder die „upper middle class“*) ganz einfach aus Apathie (*gemeint ist die Teilnahmslosigkeit bzw. Bequemlichkeit*) auf das private Gesundheitssystem auswichen. Diesen sei das öffentliche Gesundheitsangebot bzw. die Problematik der indischen Gesundheitspolitik egal, da für diese Personen private Gesundheitsversorgung leistbar sei (B5: 208-211).

Der Grund, warum sich das ältere Dienstmädchen (B6) für Privatanbieter entscheidet, ist jener dass sie in öffentlichen Spitälern kaum Behandlung erhalten hätte, dort keine ÄrztInnen anwesend seien und es immer hieß, der/die Arzt/Ärztin komme am nächsten Tag (B6: 92-94, 123-124). Weiters meinte B6, sie würde nur bei privater Behandlung gesunden (B6:105).

Für den Schneider (B7) spiele laut Angabe einerseits Korruption die Hauptrolle nun private Leistungen in Anspruch zu nehmen, andererseits auch die bessere Versorgung in privaten Krankenhäusern eine Rolle (B7 41-47).

Der *dhobi* (B8), welcher als einziger öffentliche Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt und akzeptiert, nannte als Grund dafür, dass er in öffentlichen Spitälern eine gute Behandlung erhalte (B8: 115), weniger Kostenaufwand hätte (B8: 130-131), aber auch weil er in öffentlichen Krankenhäusern ausgebildet worden sei und folglich dort die MitarbeiterInnen kenne (B8: 186-188).

Die Expertin vom IPH Bangalore betonte zunächst, dass Personen nicht ganz einfach zu privaten Anbietern gingen, sondern quasi zu Privatanbietern gestoßen würden: „[G]oing to private is not I would not say going to private [sic!] they land up in private, [...] it's like they are you are being pushed [sic!].“ (B9: 3-4) Oft sei das Aufsuchen von privaten Anbietern anfangs ungewollt. Dieses „gezwungen Werden“, auf private Anbieter auszuweichen, begründete sie damit, dass öffentliche Krankenhäuser zum Beispiel bei Geburten nur dann behandeln würden, wenn alles normal aussähe. Sobald es Komplikationen gäbe, wären werdende Mütter gezwungen, in ein anderes Krankenhaus zu gehen. Aber auch bei Notfällen würden die meisten PatientInnen - gewollt oder ungewollt- in privater Behandlung landen. Staatliche Krankenhäuser würden zwar Routine-Untersuchungen durchführen, aber sobald es

zu Unsicherheiten käme, PatientInnen ablehnen, bzw. würden ÄrztInnen besonders in solchen Situationen abwesend sein (B9: 3-22, 29-33).

Weiters gab Mishra an, dass PatientInnen ganz einfach aus vorherigen, negativen Erfahrungen mit öffentlichen Anbietern weiterhin private Gesundheitsdienste aufsuchten. „[S]imply previous experiences dictates [sic!] where you want to go.“ (B9:23, 23-25) Auch die Komponente von mangelndem Zugang zu öffentlichen Gesundheitsservices begründe laut Mishra die Provider-Wahl. „Access. Access [matters]. Absolutely.“ (B9:36)

5.4.3.5 Öffentliche Gesundheitsleistungen: Erfahrungen und Vorstellungen

Erneut fielen in diesem Abschnitt die Antworten individuell aus und standen in Zusammenhang mit den im vorigen Abschnitt 5.4.3.4 genannten Gründen. Alle Personen außer dem *dhobi*, welcher als einziger öffentliche Leistungen in Anspruch nimmt, berichteten von diversen Mängeln des öffentlichen Gesundheitsangebots.

So gab die Hausfrau (B1) an, dass öffentliche Spitäler nicht automatisch schlecht seien. Aber in öffentlichen indischen Spitälern sei alles verspätet, es käme zu langen Wartezeiten, PatientInnen würden ignoriert, es gäbe nicht ausreichend ÄrztInnen bzw. sei die Ausstattung nicht auf dem modernsten Stand. Weiters würden ÄrztInnen bei öffentlichen Spitälern nicht auf Fragen antworten. Oft seien dort ÄrztInnen auch verantwortungslos (B1: 91-97, 103-106, 189-192, 320-325). Besonders bei Notfällen sei das fatal. B1 berichtete dann von einem Notfallpatienten mit offener Wunde, der über ein Monat lang nicht operiert worden sein solle und große Schmerzen gehabt haben solle (B1: 386-422). Weiters seien öffentliche Spitäler nicht hygienisch (B1: 453-460). Ihr Wissen über öffentliche Spitäler hätte sie aus Medien oder von Freunden (B1: 101-102) bzw. aus der Zeitung (B1: 380-381).

B2 berichtete von einer eigenen Erfahrung mit einem öffentlichen Spital. Sein Bruder sei auf Grund eines Unfalls eingeliefert worden (Privatanbieter würden meist keine Unfallopfer behandeln, aus Angst in Konflikt mit der Polizei zu geraten). Die Bedingungen dort seien sehr schlecht gewesen – das Spital sei überfüllt gewesen, es hätten sich lange Warteschlangen gebildet und schlechte hygienische Zustände geherrscht (B2: 104-113). Als Grund für diese Mängel gab der Manager an, dass das öffentliche Gesundheitssystem primär von der Regierung geleitet würde und nicht effizient sei (B2: 267-269). Des Weiteren führte er die Unterbezahlung der ÄrztInnen an, was dazu führe, dass die besten und qualifiziertesten ÄrztInnen auf private Spitäler auswichen (B2: 312-314).

B3 berichtete generell von der schlechten Qualität und von schlechter Behandlung

öffentlicher Gesundheitsleistungen und dass die Qualität in den letzten Jahren abgenommen hätte (B3: 15,141, 236).

Auch B4 und B5 wiesen auf Qualitätsmängel hin und nannten ähnliche Faktoren. Der Software Ingenieur (B4) bezeichnete die öffentliche Gesundheitsversorgung ganz einfach als rudimentär, es gäbe zwar eine gewisse Basisversorgung und Erste Hilfe, es sei aber auch risikoreich dorthin zu gehen (B4: 58-59). Die Ökonomin (B5) fasste das öffentliche Gesundheitsangebot als „schrecklich“ (*terrible*) zusammen (B5: 210) und betonte die langen Schlangen und Wartezeiten, Mängel bzw. Unterbesetzung an ÄrztInnen bei gleichzeitig zu vielen PatientInnen sowie Korruption in Verbindung für eine schnellere oder bessere Behandlung (B5: 277-295). „Money speaks. Bribe.“ (B5: 293) Weiters würden Personen im öffentlichen Sektor nicht geheilt werden, niemand würde sich um einen kümmern und dann müssten diese erst recht wieder auf den Privatsektor ausweichen (B5: 119-121).

Auf Grund von persönlichen Erfahrungen berichtete B6, das ältere Dienstmädchen, ebenfalls von langen Wartezeiten und einem Mangel an ÄrztInnen (B6 118-124). Darüberhinaus berichtete sie auch von mangelhafter Ausstattung und erwähnte, dass beispielsweise bei Impfungen die Spritzen selbst mitgenommen werden müssten. Des Weiteren erzählte sie, manchmal willkürliche Tabletten verabreicht bekommen zu haben, deren Sinnhaftigkeit sie anzweifelte (B6: 206-218).

Anders als die ersten sechs Personen hat der Schneider (B7) nur in Bangalore (Bengaluru) schlechte Erfahrungen mit dem öffentlichen Gesundheitsangebot. In Pune (wo er früher Angebote aufsuchte) beschrieb er das öffentliche Gesundheitsangebot als so gut wie das private, es gäbe gute Behandlungen, genügend Einrichtungen und eine ausreichende Ausstattung für PatientInnen (B7: 41-47, 68-77).

Ausschließlich der *dhobi* (B8), welcher auch das öffentliche Gesundheitsangebot beansprucht, beschrieb dessen Leistungen als gut (er würde dort gut behandelt). Ein wichtiger Faktor seien aber auch die deutlich geringeren Kosten im Vergleich zu privaten Anbietern (B8: 115-116; 129-130). B8 ging jedoch auf die Problematik von Korruption und Wartezeiten nicht ein (Tatsachen, die von den restlichen Interviewpartnern stark kritisiert wurden), auch nicht, als er während des Interviews darauf angesprochen wurde (B 185-186). Darüberhinaus erwähnte er als einziger die Existenz von *primary health care centers* (B8: 40,257) und berichtete von den schlechte Bedingungen in ruralen Gebieten (sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor). Es sei dort nur bedingt möglich, Gesundheitsservices zu erhalten, es sei dort „*rough*“ (293-296).

5.4.3.6 Informiertheit über öffentliche Gesundheitsangebote in Bengaluru

Nur zwei der interviewten Personen (B2 und B3) gaben an, nicht über das öffentliche Gesundheitsangebot in Bangalore (Bengaluru) informiert zu sein (B2: 243-248; B3: 302). Der Manager begründete dies damit, dass er sich auch nie bemüht hätte, sich zu erkundigen, da er dieses Angebot nicht beanspruche und dieses Wissen daher nicht nötig sei (B2: 243-248). Auch B5 schien nicht über das Angebot in Bangalore (Bengaluru) informiert zu sein, aber da die Ökonomin ursprünglich aus Delhi stammt (und erst kürzlich nach Bengaluru zog), erwähnte sie ein öffentliches und angeblich ausgezeichnetes öffentliches Krankenhaus in Delhi, aber auch dieses sei ständig überfüllt (B5: 279).

Nur eine der interviewten Personen, die Hausfrau (B1) nannte zwei Beispiele öffentlicher Spitäler in Bangalore (Bengaluru). Zunächst erwähnte sie das *Sri Satya Sai Baba Hospital*, welches B1 als sehr gut im Bereich Behandlungen beschrieb. Dort würden jedoch ebenfalls lange Wartezeiten vorherrschen (B1: 240-242, 310-314). Weiters nannte B1 das *Bowring Hospital*, das nicht so gut sei und ebenfalls lange Wartezeiten hätte (B1: 392-396). Des Weiteren berichtete B1, es gäbe zwar diverse Kliniken in Bangalore (Bengaluru) mit dem Angebot einer gratis Behandlung, jedoch nur vereinzelt in wenigen Teilen der Stadt (B1: 140-141).

Die restlichen InterviewpartnerInnen (B4, B6, B7), abgesehen von B8, nannten zwar keine direkten Beispiele. Es ist allerdings davon auszugehen, dass alle über gewisse Grundinformationen hinsichtlich des öffentlichen Gesundheitssektors in Bangalore (Bengaluru) verfügen, da diese, wie bereits berichtet, Erfahrungen mit öffentlichen Gesundheitsanbietern in Bangalore (Bengaluru) haben.

Der *dhobi* (B8) wusste über das Angebot in Bangalore (Bengaluru), auch auf Grund seiner Ausbildung zum *health inspector*, Bescheid. Er kenne Leute und suche meistens *Dr. Sanjana* auf (B8: 173, 186-188).

5.4.4 Rechtsbewusstsein – Grad an Wissen über das Recht auf Gesundheit sowie dessen Bedeutung im Nexus öffentlicher Gesundheitsservices

5.4.4.1 Bekanntheitsgrad des Rechts auf Gesundheit

Es stellte sich heraus, dass fast keine der interviewten Personen vom Menschenrecht auf Gesundheit jemals gehört hatten. Nur B2 (Manager) und B6 (älteres Dienstmädchen) gaben an, dass ihnen das Recht auf Gesundheit ein Begriff sei und sie sich über dieses Recht

bewusst seien. B4 (dem Software Ingenieur) und B7 (dem Schneider) war immerhin der Terminus „Menschenrechte“ sowie B7 das Recht auf Bildung bekannt, das Menschenrecht auf Gesundheit jedoch nicht (B2: 168, 173; B4: 90-100, B6: 142-147, B7: 105-113).

Auch für die restlichen vier interviewten Personen war das Recht auf Gesundheit ein neues, unbekanntes Konzept (B1: 115; B3: 212; B4: 90-100; B8: 202).

5.4.4.2 Quelle des möglichen Wissens über das Recht auf Gesundheit

Da bei B1, B3, B4+B5, B7, B8 kein Wissen über dieses Recht auf Gesundheit vorhanden war, kann auch keine Wissens-Quelle festgestellt werden.

Der Manager (B2) meinte, er hätte seine Informationen über das Recht auf Gesundheit zunächst durch das Lesen von Zeitschriften und Zeitungen aber auch von Aussagen bekannter Personen bzw. Persönlichkeiten wie Narayanan Murthy. (B2: 168, 173-177). Von *health movements* habe er allerdings noch nie gehört (B2: 326).

Das Dienstmädchen meinte, es müsse ihr wohl jemand darüber berichtet haben (B6: 285).

5.4.4.3 Grad an Informiertheit über das Recht auf Gesundheit bei Bekannten oder Familie

Sechs der acht Personen (B1, B2, B4+B5, B7, B8) gaben an, dass auch ihre Freunde, Bekannte oder Familie (ebenfalls) nicht über ihr Recht auf Gesundheit Bescheid wüssten (B1: 202-206, B2: 258-260, B4: 146-148, B7: 156-157, B8: 229). B7 fügte hinzu, viele Leute auf Grund eines Mangels an Bildung nicht ausreichend informiert seien (B7: 156-157). B8 hätte immerhin vor, diese nun darüber zu informieren (B8:229).

Das junge Dienstmädchen meinte, dass ihre Familie und Bekannte in ihrem Ursprungsort über das Recht auf Gesundheit informiert seien (B3: 288) und das ältere Dienstmädchen (B6) meinte, dass ihre Freunde über das Recht auf Gesundheit Bescheid wüssten und auch darüber sprechen würden (B6: 134).

5.4.4.4 Vorstellungen bezüglich bzw. Interpretation des Rechts auf Gesundheit

Es war nötig, allen InterviewpartnerInnen die Idee des Rechts auf Gesundheit vereinfacht und grob zu beschreiben.

Drei InterviewpartnerInnen – das junge Dienstmädchen (B3), der Software Ingenieur (B4) und die Ökonomin (B5) konnten sich unter dem Recht auf Gesundheit trotzdem nicht wirklich etwas vorstellen (B3: 206-211; B4: 95-107).

Fünf InterviewpartnerInnen (B1, B2, B7, B5, B8) meinten, dass das Recht auf Gesundheit wichtig sei (B1: 107-127; B5: 134, 118; B7: 124; B8: 221). B1 verknüpfte damit zunächst die Wichtigkeit von Gesundheit (B1: 107-127, 145-154) und die Tatsache sich der Gesundheit bewusst zu sein. Unter dem Recht auf Gesundheit stellt sich B1 öffentliche Krankenhäuser vor, welche gratis behandeln und gratis Medikamente anbieten würden (B1: 125, 138-139).

Für den Schneider (B7) bedeutet das Recht auf Gesundheit, dass alle BürgerInnen in Indien medizinisch versorgt werden könnten und diesen geholfen würde. Darüberhinaus war er der Ansicht, dass damit die Tatsache einher ginge, dass es notwendig sei, allen Menschen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Schließlich stellte B7 die Tätigkeit der Regierung in Frage, da diese andere Leute im Land willkommen heiße (*damit meinte er, dass andere Personen aus dem Ausland für eine medizinische Behandlung nach Indien kommen würden, obwohl es Teilen der indischen Bevölkerung schlecht ginge und diese keine Leistungen erhielten – „Medizintourismus“*) (B7:124, 126-128).

Für das ältere Dienstmädchen (B6), welches wie der Manager über dieses Recht Bescheid wusste, bedeutet laut Angabe das Recht auf Gesundheit ganz einfach Gesundheitsdienste vom Staat einzufordern: „[W]e can demand these things.“ (B6:142)

Auch der Manager (B2) gab an, das Recht auf Gesundheit sei sehr wichtig. Er verstehe darunter, allen BewohnerInnen Indiens besonders auch in Dörfern und ruralen Gebieten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Hierbei betonte B2 die Notwendigkeit weiterer Elemente wie adäquate Infrastruktur, Bildung, aber auch Hygiene und sauberes Wasser (B2: 178-182, 184-185).

Mishra, Mitarbeiterin des IPH Bangalore, äußerte sich zu diesem Punkt im Sinne einer strikten Rechtsperspektive: Das Menschenrecht auf Gesundheit sei primär Aufgabe des Staates, welcher die Aufgabe hätte, Gesundheitsservices zu verteilen und zur Verfügung zu stellen. Begonnen hätte dies mit der Alma Ata Deklaration. In Indien würden diese Denkweisen erst langsam greifen und erst langsam in die politische Praxis aufgenommen; lange Zeit sei Indien primär von der Idee der Bevölkerungswachstumskontrolle geprägt gewesen. Erst seit der zweiten NHP hätte eine Veränderung stattgefunden und diese Rechtsperspektive sei in die Gesundheitspolitik bzw. -strategien aufgenommen worden. Dieser Blickwinkel erlaube, dass die Gesellschaft ihre Rechte und Ansprüche einfordern könnte, diese Ansicht würde nun auch in der Politik Platz finden und greifen (B9: 53-66).

Weiters bedeutet für Mishra das Recht auf Gesundheit einerseits als Person nicht vom Staat abhängig zu sein und andererseits die Möglichkeit des Zugangs zu Gesundheitsleistungen. Dies solle unabhängig von Kaste, Klasse und Wohnort sein. Neben einem gesicherten Zugang

sollte es aber auch die Möglichkeit geben, sich über Gesundheitsleistungen beschweren (*grievances*) zu können (B9:224-234).

5.4.4.5 Implementierung des Rechts auf Gesundheit in Indien

Auch bei diesem Punkt waren die Ansichten recht unterschiedlich. Zwei Personen (B1, B5) sprachen von keiner Implementierung, zwei Personen (B2, B4) zumindest von einer fragmentierten Implementierung sowie Fortschritten, die restlichen (B3, B6, B7, B8) konnten sich kaum eine Meinung bilden.

Im Konkreten ist B1 der Meinung, dass Indien dieses Recht nicht hätte (B1: 126-129). „No, India doesn't have this.“ (B1: 127)

B5, die Ökonomin, kritisierte die Regierung und meinte das Recht in der derzeitigen Form würde keinen Sinn machen (B5: 134, 118). Das derzeitige System würde es unmöglich machen, dieses Recht zu verwirklichen bzw. zu implementieren (B5: 134-135).

Der Manager (B2), welcher über dieses Recht informiert gewesen ist, gab an, dass das Recht auf Gesundheit eine Frage der Implementierung sei, das aber in Indien nicht der Fall sei. Das Recht, dieses Recht auf Gesundheit, erreiche nicht alle Menschen (B2: 173, 205-206). „I mean this right to health I have heard about it but I am still not sure if it has [...] really [...] impacted us.“ (B2: 371-372) Auch B2 wies auf geographische Unterschiede (Stadt-Land) hin. So seien immerhin die von ihm in Abschnitt 2.4 erwähnten Elemente in Städten besser implementiert, aber besonders in ruralen Gebieten und Dörfern sei kein Zugang zu Gesundheitsleistungen gegeben. Dies begründete er mit einem Mangel an Spitälern und ausgebildeten ÄrztInnen, sowie fehlender Hygiene und Wasser. Und das, obwohl dort der Großteil der indischen Bevölkerung lebe (B2: 180-186). Weiters meinte B2, dass es in Indien zwar generell ein ausgezeichnetes Gesundheitsangebot gäbe, jedoch nicht im öffentlichen Bereich (B2:301-307). B2 konnte jedoch bereits Veränderungen und Fortschritte im Bereich des öffentlichen Gesundheitssektors in den letzten zehn Jahren erkennen. So würden ÄrztInnen ermutigt in rurale Gebiete zu gehen um dort zu arbeiten. Weiters gäbe es einige gute Spitäler und Menschen hätten heute definitiv besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen (B2: 377-384). So konnte B2 von der Existenz weniger öffentlichen Institutionen berichten, wie dem *ESI Hospital*. Diese würde nur wenig oder gar nichts für eine Behandlung verlangen, wenn man sich private Versorgung nicht leisten könne (B2: 208, 210-214). B2 war sich jedoch nicht sicher, ob jemand im Notfall ohne Ausweis auch tatsächlich im ESI behandelt würde, wenn, dann nicht wegen des Rechts auf diese Leistung, sondern aus Mitleid mit der verletzten Person (B2: 364-368). In privaten Spitälern würde ohne Ausnahme niemand ohne

Ausweis behandelt (B2: 362). Als weiteres Beispiel gab B2 das *Narayana Hrudayalaya* Spital an (B2:301-307).

Da laut B2 das Recht auf Gesundheit in Indien noch nicht (bzw. nur fragmentiert oder teilweise) implementiert sei, erkundigte er sich während des Gesprächs, wie es denn in anderen Ländern funktioniere, wo dieses Recht gegeben sei (B2: 332-333, 341).

Der Software Ingenieur (B4) meinte, dass derzeit das Recht auf Gesundheit immerhin teilweise implementiert sei bzw. bereits in Anspruch genommen würde und Gesundheitsangebote akzeptiert seien. Nicht die Gesamtbevölkerung akzeptiere diese Angebote. Inanspruchnahme und Akzeptanz hänge aber von der demographischen Zugehörigkeit einer Person ab. Dazu zähle primär die ärmere Bevölkerung, welche sich Zugang zu privater Versorgung nicht leisten könne und somit gezwungen sei, auf öffentliche Anbieter auszuweichen (B4: 155-161).

B3, B6 und B7 hatten nicht wirklich eine Meinung. Im Gespräch waren von diesen jedoch bereits Mängel bei öffentlichen Gesundheitsanbietern genannt worden, wodurch hier davon ausgegangen werden kann, dass dies auch auf den im diesen Abschnitt diskutierten Punkt zutrifft. B6 betonte erneut die Abwesenheit von ÄrztInnen in öffentlichen Spitälern (B6: 167-168, 194).

B8 kritisierte besonders die Regierung in Hinblick auf die Implementierung des Rechts auf Gesundheit (B8: 240).

Für Mishra zählte für die Implementierung des Rechts auf Gesundheit zunächst (neben offensichtlichen Mängeln) die Beziehung zwischen Staat und Personen bzw. BürgerInnen. So behauptete sie, dass Menschen das Gefühl hätten, als Einzelperson nicht „gehört zu werden, keine Stimme zu haben“. Die Stimme eines Individuums würde ganz einfach nicht existieren. Als Individuum sei es also derzeit unmöglich, das Recht tatsächlich zu praktizieren. Es fehle zusätzlich an Vertrauen zum Staat. Gesundheit könne nicht ohne die Perspektive von Beziehungen diskutiert werden. Die Realität weiche also vom Papier ab und das Recht auf Gesundheit existiere so noch nicht in Indien (B9: 70-86, 113, 123-126, 130-137). Und solange das Recht auf Gesundheit von staatlicher Seite nicht gegeben sei, könne man dieses auch nicht in Anspruch nehmen: „[T]o be able to exercise this right saying [sic!] that you must give me treatment whatever becomes [...] misnomer I mean then you can't exercise right.“ (B9: 267-268) Diese Mechanismen stünden dem Prinzip des Menschenrechts auf Gesundheit, das heißt Gesundheit als Recht zu diskutieren, noch im Weg: „[T]hose are the mechanisms what happen [sic!] that negate your principle of human rights. Principle of right to health.“ (B9: 95-96)

5.4.4.6 Bedeutung des Rechts auf Gesundheit für die aktuelle Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots

Bei den Personen der Kategorie A änderte das Bewusstsein über das Recht auf Gesundheit wenig an der Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots.

So sah der Manager (B2) nicht ein, warum er öffentliche Gesundheitsangebote anstreben solle, nur weil es sein Recht sei, diese in Anspruch zu nehmen und um Leistungen zu bitten. Noch dazu, wenn diese nicht (ausreichend) implementiert seien (B2: 189-190, 203). Er ist der Meinung, dass dies eher eine Möglichkeit für niedrig gestellte Personen sei, wenn diese *basic help* bräuchten (B2: 207-208). Somit sei das öffentliche Gesundheitsangebot im Nexus Recht etwas für ärmere Leute aber nicht für die *middle* oder *upper income class* (B2:215-218).

Ähnlich sind die Meinungen des Software Ingenieurs und der Ökonomin. Auch B4 und B5 gaben an, dass es nichts an ihrem Verhalten ändere, welche Anbieter sie aufsuchten nur weil sie das Recht hätten und nun darüber Bescheid wüssten (B5: 112). Das Recht auf Gesundheit würde derzeit keinen Sinn machen (B5:118). So wie das System derzeit funktioniere, sei es einfach unmöglich, dieses Recht, und somit öffentliche Leistungen, in Anspruch zu nehmen (B5: 134-135).

B1 behauptete, dass viel mehr öffentliche bzw. staatliche Krankenhäuser über dieses Recht Bescheid wissen sollten und dieses zu realisieren hätten. Das Recht müsste zunächst erfüllt werden und erst dann könnte sie es auch annehmen (B1: 211-215, 254-256).

Bei Kategorie B und C war eine größere Bereitschaft, öffentliche Gesundheitsservices anzunehmen, erkennbar.

B3, das junge Dienstmädchen gab als einzige an, nun über das Recht auf Gesundheit Bescheid zu wissen und auch tatsächlich das öffentliche Gesundheitsangebot in Indien zu beanspruchen (B3: 271), zumindest dann, wenn sie gut behandelt würde (B3: 275). B3 bedankte sich sogar nach dem Gespräch über die Information, die sie im Interview über das Recht auf Gesundheit erhalten hatte und sagte, dass diese neue Information sehr wichtig für sie sei.

B6 (das ältere Dienstmädchen) und B7 (der Schneider) wären bereit, öffentliche Gesundheitsdienste zu beanspruchen. Beide betonen jedoch, dass es nicht so einfach sei, dies einzufordern. Es sei wichtig als Gruppe zu Institutionen zu gehen und um ihr Recht als Gruppe zu kämpfen. Alleine sei dies nicht möglich. B6 sei dies schon einmal gelungen und B7 ergänzte, dass seine Heilung im Vordergrund stünde, der Rechtsanspruch an zweiter Stelle (B6: 167-168, 204, 206; B7 134-137).

B8 nimmt dieses Recht bereits in Anspruch, er ergänzte, dass es für ihn auch wichtig sei, dass die Leistung gratis wäre (B8: 218).

Wie in Abschnitten 5.4.4.4 und 5.4.4.5 beschrieben, fanden laut Expertin Veränderungen auf dem Papier und in der Politik zumindest theoretisch statt.

Die Expertin Dr. Arima Mishra war jedoch der Ansicht, dass das Rechtsbewusstsein in der Bevölkerung noch nicht vorhanden sei; dass dieser Rechtsmechanismus bzw. die Idee vom Recht auf Gesundheit bis dato noch nicht wirklich in der Gesellschaft greifen würden (B9:75-76). Zunächst sieht sie einen Grund dafür in der Tatsache, dass Krankheit in der Regel eine vorübergehende Angelegenheit sei und der Rechtsanspruch nicht mehr von Bedeutung wäre sobald die Krankheit beendet sei. Auch Mishra gab an, dass andere Faktoren – besonders der Faktor Vertrauen oder zwischenmenschliche Beziehung (Arzt/Ärztin und PatientIn) bzw. Qualität - bedeutender seien, als lediglich das Recht auf Gesundheit zu haben (B9: 240-249). Das richtige Denken sei bereits in den NHP und in der Gesundheitspolitik verankert, es bräuchte aber noch etwas Zeit, damit dieses Umdenken auch in der Bevölkerung wurzeln könne und die Bevölkerung Gesundheit auch als Recht interpretieren würde (B9: 331-334). Somit seien viele Faktoren ausschlaggebend, sie sei der Ansicht, dass die Akzeptanz von öffentlichen Gesundheitsleistungen im Sinne eines „Netzwerks“ verstanden werden müsse (B9: 395-396).

5.4.5 Das Recht auf Gesundheit in der Zukunft – Rolle und Bedeutung des Rechts sowie Ausblick, Erwartungen und Voraussetzungen des öffentlichen Gesundheitssystems

5.4.5.1 Ausübung des Rechts - Bereitschaft bezüglich zukünftiger Inanspruchnahme und Annahme von öffentlichen Gesundheitsleistungen

Alle InterviewpartnerInnen gaben an in Zukunft bereit zu sein, das öffentliche Gesundheitssystem und somit auch ihr Recht auf Gesundheit(sversorgung) in Anspruch zu nehmen, jedoch alle unter der Voraussetzung, dass gewisse Änderungen und Verbesserungen im System stattfinden müssten (B1: 276-277, 238-284; B2: 232-233; B3: 278; B4: 139) B6: 320; B7: 152-153, 134). B8 beansprucht das öffentliche Gesundheitsangebot ohnehin bereits.

5.4.5.2 Voraussetzungen für die Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots und Erwartungen

Hierbei fielen die Antworten recht unterschiedlich und unabhängig von der Kategorie aus.

So sprachen B1, B3, B4 und B6 hauptsächlich Qualitätsfaktoren an, die sich verbessern müssten, um in Zukunft öffentliche Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Für B6, das ältere Dienstmädchen, sei es einfach wichtig, dass ÄrztInnen anwesend sein sollten, damit eine Behandlung garantiert werden könne. Sie könne sich generell Verbesserungen in der Zukunft vorstellen (B6: 296, 311). Auch B3, das jüngere Dienstmädchen, gab an, dass sie bei guter Behandlung auf öffentliche Anbieter zurückzugreifen würde (B3: 327). In diesem Zusammenhang hielt sie allerdings fest, dass sie nicht wirklich annehme, dass Verbesserungen in naher Zukunft stattfinden würden (B3: 229). Auch der Software Ingenieur (B4) erwartet sich bessere Einrichtungen, qualifizierte ÄrztInnen, eine bessere Infrastruktur, mehr Räumlichkeiten und mehr Ambulanzen. Dafür sei eine Veränderung des Systems notwendig (B4: 139-143). Ähnlich war die Ansicht der Hausfrau. B1 betonte, dass zunächst die Regierung Verantwortung (eventuell sogar mit Hilfe von NGOs) übernehmen müsse, Spitäler verbessern werden sollten, mehr Personal sowie mehr und freundlichere ÄrztInnen benötigt würden, saubere und kostenlose Spritzen zur Verfügung zu stehen hätten und Leistungen unter einem Dach angeboten werden sollten (B1: 211-215, 219-222, 254-262). B1 blickt positiv in die Zukunft und meinte, Gesundheitsdienstleistungen würden sich sowohl auf privater als auch auf öffentlicher Ebene in Indien schnell verbessern (B1: 245-247, 268-270).

B2, der Manger, hält eine gesamte Umstrukturierung des Systems für notwendig, um das öffentliche Gesundheitsangebot attraktiver zu gestalten und somit tatsächlich allen BürgerInnen das Recht auf Gesundheit gewähren zu können. Für B2 könne das Ziel erreicht werden, indem die gesamte Verwaltung oder Leitung verändert würde. Dies würde bedeuten, dass das derzeit über die Regierung geregelte öffentliche Gesundheitssystem über private Institutionen geleitet werden sollte. Somit sei Privatisierung die Antwort, denn so würden auch mehr Leute eigentlich versuchen es anzunehmen. Die Finanzierung sollte jedoch die Regierung zur Verfügung stellen (B2: 266-281). Darüberhinaus sprach B2 die geographische Komponente an. Da sich derzeit das Gesundheitsangebot auf die Städte beschränke, müssten besonders in ruralen Gebieten Vorkehrungen getroffen werden: „[T]here is a lot of work to be done to take it [the right to health] to the villages.“ (B2: 316-317) Hinsichtlich der ruralen Bevölkerung ist B2 außerdem skeptisch, ob oder wie sehr das Recht auf Gesundheit in ruralen

Gebieten bzw. Dörfern implementiert werden solle. Laut B2 würden diese Menschen ÄrztInnen oft nicht vertrauen und hätten bereits über Generationen ihre eigenen Heilmethoden. Eine Implementierung des Rechts auf Gesundheit müsse folglich auf „the villager’s mind“ sensibilisiert sein (B2: 452-457).

Weniger positiv blicken B5, B7 und B8 in die Zukunft (auch wenn Bereitschaft bei tatsächlicher Verbesserung bestünde, öffentliche Gesundheitsangebot anzunehmen und somit das Recht auf Gesundheit einzufordern):

B5 glaubt weniger, dass sich in der Realität tatsächlich etwas ändern würde. Die Ökonomin ist der Ansicht, dass in der Realität auch in der Zukunft Personen nach wie vor das private und nicht das öffentliche Angebot aufsuchen würden, sobald sie es sich leisten könnten (B5: 175-177). Als Grund dafür sieht sie gesellschaftliche Gegebenheiten. So sei die Gesundheitssituation anderer den meisten Menschen (*damit meinte sie jene, die sich private Versorgung leisten können*) ganz einfach egal. Die Gesundheitssituation schlechter gestellter Personen sowie das Gesundheitssystem würde niemanden kümmern (B5: 185-192, 175-177).

B7, der Schneider, wäre ebenfalls bereit in Zukunft öffentliche Gesundheitsleistungen anzunehmen, wobei Heilung Vorrang hätte und der Rechtsanspruch nur an zweiter Stelle stünde. Weiters sollte das Angebot gratis sein. Ähnlich wie B5 meinte dieser jedoch weniger, dass sich in der Realität das Gesundheitsangebot verbessern (B7: 134, 143-144, 147-148) würde.

Der *dhobi*, B8, nimmt ja bereits das öffentliche Angebot in Anspruch und akzeptiert dieses bereits. Er glaubte jedoch weniger, dass sich das System in der Zukunft verbessern würde (B8: 240, 245).

Mishra war der Ansicht, dass bevor Menschen ihr Recht beanspruchen können, auch simultan die Strukturen, Möglichkeiten und Einrichtungen gewährleistet sein müssen. Darüberhinaus müsse dem System vertraut werden können (B9: 260-269, 337-338).

Mishra blickt hierbei optimistisch in die Zukunft. Die Idee „das Recht auf Gesundheit zu praktizieren“ sei zwar noch ein (vermutlich langandauernder) Prozess wie auch eine neue Art des Denkens, aber der Prozess sei im Gange. Immerhin sei die „richtige“ und dafür notwendige Art und Weise bereits ins Rollen gekommen, die Idee von Recht sei bereits in die Gesundheitspolitik aufgenommen. Ein Umdenken hätte also statt gefunden und Indien sei dabei, die Ressourcen für *Public Health Care* zu stärken (B9: 281-285, 301-318). Mishra könne in der Zukunft durch eben diese neue Politik absolut Verbesserungen sehen (B9: 325-326).

Die Expertin betonte auch hier erneut, dass Indien ein so diverses Land sei und große

Unterschiede beispielsweise von Unionsstaat zu Unionsstaat existierten. So würde in Karnataka der Prozess schneller voran gehen, andere Staaten wie Orissa jedoch länger brauchen (B9:354-352).

Weiters könne Mishra bereits Fortschritte erkennen, wenn es darum gehe, die Stimme der „kleinen“ Individuen zu hören. So erwähnte Mishra so genannte Foren, wo sich *user* mit *policy makers* über die Bedürfnisse der *health care recipients* (EmpfängerInnen von Gesundheitsleistungen) austauschen könnten, um Antworten auf deren Bedürfnisse zu finden. Die Meinung dieser würde ernst genommen. Es ginge sogar so weit, dass das Personal bzw. MitarbeiterInnen öffentlicher Gesundheitsservices ständig unter Druck stünden, kritisiert zu werden (B9: 289-300).

5.4.5.3 Verbreitetes Wissen über das Recht auf Gesundheit – Auswirkung auf die Einforderung des Rechts und das öffentliche Gesundheitsangebot

Fünf der acht interviewten Personen (B1, B2, B3, B6, B7) waren der Ansicht, dass je größer das Bewusstsein und je mehr Personen über das Recht auf Gesundheit Bescheid wüssten, desto eher sich diese Faktoren positiv auf die Einforderung und in weiterer Folge auf das öffentliche Gesundheitssystem in Indien auswirken könnten. (B1: 270-271; B3: 336, B6: 196-198, B7: 152-153)

B1 meinte, dass sich das Bewusstsein über Rechte sogar bereits verbessert hätte und Menschen bereits eher wüssten, wohin sie zu gehen hätten. Das heißt, die Menschen wüssten, wo es gute und günstige öffentliche Angebote gäbe (B1: 270-273). Auch B2 meinte, dass die Verbesserung des Bewusstseins hilfreich sei um Rechte einzufordern, was ein Aufwachen bewirken könnte und das System somit zu ändern (B2: 409-415) .

Anders jedoch waren die Ansichten von B4, B5 und B8.

So glaubte der Software Ingenieur (B4) nicht, dass das größere Bewusstsein in der Gesellschaft über dieses Rechte und die stärkere Einforderung etwas an der Situation ändern würde (B4: 170). Auch B8, der *dhobi*, ist ähnlicher Ansicht, da er nicht glaube, die Situation würde sich verbessern (B8:250).

B5, die Ökonomin, sieht den Hauptgrund für die derzeit schlechte Situation am Gesundheitssektor in Indien vor allem darin, dass einfach niemand (*gemeint waren hierbei die Regierung bzw. für den Gesundheitssektor verantwortliche Personen*) zuhören würden und die Menschen mit ihren Sorgen nicht ernst genommen werden würden, was besonders auf ärmere Personen zutreffe. „[N]o one would worry. Not listening [sic!] to the voice of

someone who is poor.” (B5: 171-172) Auch wenn jemand die Stimme heben würde und somit Aufmerksamkeit auf das Recht brächten, würde dies kaum Nachhaltigkeit haben, denn einige Tage später wären diese Stimmen schon wieder vergessen. Es höre aber nicht nur niemand zu, sondern niemand würde kämpfen. Sie sprach von einer Apathie in der Gesellschaft, besonders der besser gestellten. Sie meinte, der Mittelklasse ginge es gut; diese könne sich private Gesundheitsversorgung leisten, somit müsse sie sich nicht um das Recht kümmern oder sei die Gesellschaft ganz einfach zu feig, um sich für das Recht einzusetzen (B5: 171-172, 175, 218-221, 201-204, 213-216).

Mishra war absolut der Ansicht, dass die Menschen ihr Recht auf Gesundheit bewusst einfordern würden, wenn mehr über dieses Recht Bescheid wüssten (B9: 277-279).

5.5 Interpretation der Daten

5.5.1 **Gesundheit**

5.5.1.1 *Persönliches Verständnis von Gesundheit*

In dieser Untersuchung sind beim Verständnis von Gesundheit je nach sozio-ökonomischen Status Unterschiede feststellbar. Für Personen mit einem besser gestelltem sozio-ökonomischen Status wird Gesundheit primär als ins Alter andauerndes Wohlbefinden oder Abwesenheit von Krankheit gesehen und fit zu sein.

Hingegen bedeutet Gesundheit für Personen, welche im Vergleich sozio-ökonomisch weniger gut gestellt sind, primär in der Lage zu sein zu arbeiten und Pflichten erfüllen zu können. Die Vorstellung in sozio-ökonomischen benachteiligten Gruppen kann leicht von der WHO-Definition (vgl. World Health Organisation 1946: Präambel), wie in Abschnitt 2.1.1 skizziert, von Gesundheit abweichen, vor allem dann, wenn sich diese Personen, auch ohne vollständiges Wohlbefinden, als gesund bezeichnen, solange sie fähig sind, ihrer Arbeit nach zu gehen.

Das Ergebnis unterschiedlicher Auffassungen je nach Gesellschaftsschicht stimmt somit mit der Argumentation Flicks im Abschnitt 2.1.2 überein, welcher argumentiert, dass Gesundheitsvorstellungen innerhalb einer Bevölkerung variieren können (vgl. Flick 2002b: 297). Weiters argumentieren Gwatkin, Wagstaff und Yazbeck (2005: 304-310) ähnlich, dass Vorstellungen von Gesundheit variabel je nach Bildungsgrad, Alter, Geschlecht und Kultur

seien. Darüberhinaus beschreibt Flick, wie in diesem Abschnitt dargelegt, gesellschaftliche Vorstellungen von Gesundheit ähnlich nicht nur mit der Abwesenheit von Krankheit, sondern zählt dazu weitere Elemente wie Wohlbefinden, seelisches Gleichgewicht und körperliche Funktionstüchtigkeit. (vgl. Flick 2002b: 203)

5.5.1.2 Wichtigkeit und Bewusstsein der eigenen Gesundheit

Das Bewusstsein über Gesundheit nimmt in Indien allgemein zu. Für alle Personen, unabhängig der sozio-ökonomischen Zugehörigkeit ist die eigene Gesundheit sehr wichtig. Die sozio-ökonomisch besser gestellten Personen zeigen ein leicht größeres Bewusstsein hinsichtlich Gesundheit, bzw. sind fast schon von Gesundheit besessen, was darauf zurückzuführen ist, dass für diesen Bevölkerungsteil dieses Engagement auch leistbar ist.

Nur eine Person (B8) hatte angegeben, lediglich bei Eintritt von Krankheit an die eigene Gesundheit zu denken. Dies würde mit den Ausführungen von Flick in Abschnitt 2.1.2, welcher darlegt, dass Gesundheit primär sekundär oder im Falle von Einschränkung wahr genommen werde würde, übereinstimmen. (vgl. Flick 2002b: 296) Jedoch hatten alle weiteren Befragten zu Protokoll gegeben, jeden Tag an die eigene Gesundheit zu denken. Flicks Argumentation weicht somit etwas von diesem Ergebnis ab.

5.5.1.3 Kenntnis von und Bewusstsein über gesundheitsbeeinflussende Faktoren

In diesem Punkt wurden primär von Personen der Kategorie A und C Faktoren genannt, die an Gesundheit gekoppelt sind bzw. sich auf Gesundheit auswirken. Es wurden hierbei die Faktoren Ernährung, Bewegung und Aktivität, saubere Umwelt, Wasser, sanitäre Anlagen und Stress genannt. Der Aspekt einer „gesunden, ausgewogenen“ Ernährung zeigte sich hier am deutlichsten. Nur eine interviewte Person (B8) der Kategorie B nannte Hygiene als Voraussetzung für Gesundheit. Das deutlich größere Bewusstsein hinsichtlich der an Gesundheit gekoppelten Faktoren der Befragten aus Kategorien A und C lässt sich vermutlich auf den höheren Grad an Bildung diese Befragten zurückführen. Alle genannten Elemente wurden bereits in Abschnitt 3.3 ausführlich als für Gesundheit relevant diskutiert und auch die Wichtigkeit von Bildung in Zusammenhang mit Gesundheit wurde bereits im selben Abschnitt 3.3 erwähnt, sowie von Lutz betont (vgl. Lutz 2006: 265ff.).

Auch die indische Gesundheitspolitik schenkt diesen Elementen sowie dem Aspekt der Bildung große Bedeutung, was in Abschnitt 4.4.1 skizziert wurde, wo diese als Ziele der indischen Gesundheitspolitik genannt wurden.

Diese Faktoren sind folglich im Nexus Gesundheit nicht nur politische Ziele, sondern auch teilweise im Bewusstsein der Bevölkerung verankert.

5.5.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen⁸⁵

5.5.2.1 *Aufsuchen von Gesundheitsanbietern*

Alle befragten Personen im Rahmen dieser Studie nehmen Gesundheitsleistungen in Anspruch, indem sie ÄrztInnen, Spitäler oder Kliniken aufsuchen.

5.5.2.2 *Zeitraum zwischen Beschwerde-Eintritt bis zum Aufsuchen von Gesundheitsanbietern*

Die Dauer zwischen dem Eintritt einer Beschwerde bis zum Aufsuchen eines Arztes/einer Ärztin oder Gang in ein Krankenhaus bzw. Klinik beträgt bei allen befragten Personen wenige Tage. Es lassen sich hierbei keine Unterschiede abhängig von Kategorie, also sozio-ökonomischer Zugehörigkeit, feststellen.

Der Großteil der Personen (abgesehen von B6 und B8) hatte angegeben, bei einer leichten Beschwerde diese zunächst selbst zu behandeln zu versuchen, das heißt sich gegebenenfalls selbst medikamentös zu behandeln. Falls keine Besserung eintritt, vergeht bis zu drei Tagen, bis Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden. Im Gegensatz dazu stellte sich heraus, dass B6 leichte Beschwerden toleriert; B6 und B8 würden sonst jedoch, wenn nötig, auch sofort einen Arzt aufsuchen.

Beim Auftreten von Beschwerden, welche als gravierender eingestuft werden, hat die Befragung gezeigt, dass alle interviewten Personen unverzüglich einen/eine Arzt/Ärztin oder ein Krankenhaus aufsuchen.

5.5.2.3 *Entscheidungsrelevante Quelle bei Auswahl von Gesundheitsanbieter*

Auch zur Frage, welche Parameter entscheidend seien, um eine Wahl dahingehend zu treffen, zu welchem Arzt/welcher Ärztin oder in welches Krankenhaus gegangen wird, ergaben sich kaum Unterschiede bezüglich sozio-ökonomischer Zugehörigkeit.

Information über Gesundheitsprovider stammt bei allen Personen aus dem Austausch mit FreundInnen, Bekannten, Familie oder NachbarInnen und deren Erfahrungen oder Empfehlungen.

⁸⁵ Im Rahmen der Interviews wurde lediglich von ÄrztInnen oder Spitälern gesprochen. Diese Begriffe sollen Gesundheitsleistungen generell repräsentieren.

Das bedeutet also, dass soziale Beziehungen oder die Meinungen von Personen, welchen vertraut wird, bei der Entscheidung über Gesundheitsanbieter wichtig sind. Dies wurde ähnlich von Gilson und Wilkinson (vgl. Gilson 2006; Wilkinson 1999: 530) in Abschnitt 2.4.2.2 im Nexus Vertrauen diskutiert.

Es stellte sich darüberhinaus aber auch heraus, dass neben diesen sozialen Beziehungen ein Interviewpartner (B4) bei der Wahl eines Gesundheitsanbieters auf Internet oder Medien zurückgreift. Diese Entscheidung könnte auf zwei Komponenten zurückzuführen sein: Zum einen auf den Fakt sozio-ökonomisch „besser gestellt“ zu sein und an Bildung zu genießen. Nur dadurch ist ein Zugriff auf Computer bzw. Internet möglich und es werden die dafür entsprechenden technischen Fähigkeiten auch beherrscht. Zum Zweiten könnte auch der Aspekt des Alters ausschlaggebend sein. Es ist anzunehmen, dass die deutlich älteren Befragten B1 und B2, die zwar auch aus der besser gestellten sozio-ökonomischen Schicht stammen, auf Grund ihres eher fortgeschrittenen Alters weniger auf diese modernen Mittel zurückgreifen.

5.5.2.4 Gewünschte Eigenschaften und Qualitäten bei Gesundheits Providern

Bei den gewünschten Eigenschaften oder Qualitäten von und Erwartungen an Anbietern bei Gesundheitsleistungen stehen unabhängig von sozialer Zugehörigkeit erneut soziale bzw. zwischenmenschliche Beziehungen sowie Vertrauen im Fokus.

Es stellt sich heraus, dass „menschliche“ (bzw. mit „Vertrauen in Verbindung stehende“) Eigenschaften oder die Persönlichkeit des Arztes/der Ärztin bedeutender sind als „rein praktische“ Qualitätsmerkmale.

Von einem Arzt/einer Ärztin werden Höflichkeit, guter bzw. angenehmer menschlicher Umgang bzw. eine angenehme Persönlichkeit und Geduld erwartet. Ebenfalls ist die Art und Weise der Kommunikation zentral, das heißt, dass sich dieser/diese für PatientInnen Zeit nimmt, auf diese eingeht, zuhört, und sich für diese auch außerhalb der Krankengeschichte interessiert. Weiters ist wichtig, sich bei einem Arzt/einer Ärztin auch geborgen zu fühlen. Darüberhinaus wurde Vertrauen betont (wobei auch diese aufgezählten Eigenschaften bereits eine Komponente von Vertrauen sind).

In Abschnitt 2.4.2.2 wurde von Hall u.a. (2001), Gilson (2003, 2006) und Wilkinson (1999) die Wichtigkeit von Vertrauen ebenfalls als Qualitätsmerkmal von Gesundheit diskutiert und dem Faktor Vertrauen große Bedeutung zu geschrieben. In diesem Zusammenhang wurde

aber auch die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin mit PatientIn sowie das Verhalten eines Anbieters/einer Anbieterin von den AutorInnen betont.

Dieser gute menschliche Umgang eines „good doctor“ (B6) spiegelt weiters ein zentrales Element von Menschenrechten, nämlich das Element der „Würde“ (in Abschnitt 2.3.2 beschrieben und in Abschnitt 2.4.1 als obligates Basis-Element bei der Gesundheitsversorgung skizziert) wider. (vgl. Barbosa da Silva 2009: 30f., 38; Sinding-Aasen 2009b: 54)

Zu den „praktischen“ Eigenschaften für die Befragten zählen Berufserfahrung, gute Qualität der Behandlung, Zugang (in der Nähe liegend), Fachausbildung sowie Ausstattung. Diese Kriterien weisen Parallelen zu den in Abschnitt 2.4.2.1 in der AAAQ-Formel beschriebenen Elementen (Akzeptanz, Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Qualität) auf.

5.5.3 Aktuell angestrebte Form von Gesundheitsleistung (öffentlich oder privat)

5.5.3.1 Form des derzeit beanspruchten Gesundheitsservices

Wie ausführlich in Abschnitt 4.3.1 skizziert, dominiert der Privatsektoranteil an Gesundheitsleistungen in Indien. Somit ist das Ergebnis dieser Studie wenig überraschend. Von 8 befragten Privatpersonen akzeptiert nur eine Person (B8) das öffentliche Gesundheitsangebot, die restlichen 7 Personen weichen auf private Anbieter und Leistungen aus.

5.5.3.2 Versicherung

Es sind nur die vier interviewten Personen der Kategorie A (privat) versichert, die restlichen drei Personen aus Kategorie B sowie die interviewte Person der Kategorie C sind nicht versichert. Dieses Ergebnis verdeutlicht somit eindeutig sozio-ökonomische Unterschiede. Der Mangel an Versicherungsschutz wurde ebenfalls in Abschnitt 4.3.1 diskutiert, besonders im unorganisierten Arbeitssektor (vgl. Baru 2010: 51f.; Betz 2002: 464; 2003: 295; Kumar u.a. 2011: 668ff.), in den InterviewpartnerInnen der Kategorie B und C fallen. Somit ist auch dieses Ergebnis nicht überraschend.

5.5.3.3 Veränderung in der Vergangenheit bezüglich Wahl von Gesundheitsprovidern

Es stellte sich heraus, dass die sozio-ökonomisch besser gestellten befragten Personen schon immer in privater Behandlung gewesen sind und somit keine Veränderung am Verhalten der ÄrztInnenwahl erkennbar ist. Alle Personen der Kategorie B und C, welche derzeit private Gesundheitsleistungen nutzen, haben Erfahrungen mit dem öffentlichen Gesundheitsangebot Indiens und beanspruchten dieses auch in der Vergangenheit. Bei diesen ist somit eine Veränderung am Verhalten erkennbar. Überraschend ist, dass dieser Wechsel von öffentlichen zu privaten Anbietern mit einem Wohnortwechsel von zwei InterviewpartnerInnen (B3 und B7) begründet wird, durch einen Umzug von einem ruralen Gebiet in die Stadt sowie mit der Abnahme der Qualität des öffentlichen Gesundheitsangebotes. Überraschend ist dies deshalb, da in Abschnitt 4.2.2 skizziert wurde, dass öffentliche Gesundheitsangebote in ländlichen Gebieten mehr Mängel aufwiesen als in urbanen Regionen bzw. dass, wie in Abschnitt 4.4.1 beschrieben, die indische Gesundheitspolitik besonders seit der NHP 2002 bemüht sei, das öffentliche Gesundheitsangebot zu verbessern.

Auch auf dieser Ebene werden erneut soziale Beziehungen (wie in Abschnitten 2.4.2.2 und 5.5.2.3 skizziert) in Form von sozialem Zusammenhalt deutlich. Sozialer Zusammenhalt zeigte sich in dieser Studie dadurch, dass B1 sowie B4 und B5 ihre Dienstmädchen finanziell beim Anstreben von privaten Leistungen unterstützen, sodass diese nicht auf öffentliche Leistungen angewiesen sind. Auch Wilkinson (vgl. Wilkinson 2001: xxii) hat den sozialen Zusammenhalt betont.

5.5.3.4 Gründe für die Wahl der entweder öffentlichen oder privaten Gesundheitsleistungen

Der Großteil der befragten Personen (mit Ausnahme von B8) nimmt private Gesundheitsleistungen in Anspruch. Die Gründe sind dafür divers sowie je nach sozio-ökonomischer Zugehörigkeit unterschiedlich.

Zunächst beruht diese Wahl ganz einfach auf Mängeln, Defiziten (lange Wartezeiten, Qualität, Abwesenheit von Personal) bzw. auf dem Fehlen von Angeboten am öffentlichen Sektor sowie auf fehlendem Zugang dazu. Mängel, Defizite sowie PatientInnen-Unzufriedenheit mit dem öffentlichen Sektor wurden in Abschnitt 4.3 ähnlich skizziert.

Des Weiteren begründeten Angehörige der Kategorie A ihre Wahl des Privatsektors für Gesundheitsdienstleistungen damit, dass sie immer schon private Dienstleistungen

beansprucht hätten. Darüberhinaus wurden die Leistbarkeit des privaten Angebots angeführt bzw. die Meinung geäußert, dass die Qualität der Behandlung mit dem steigenden monetären Einsatz dafür zunehme. Schließlich wurde auch angegeben, dass private Services generell besser seien und somit das Vertrauen in diese Leistungen größer sei.

Die Leistbarkeit, die die sozio-ökonomisch besser gestellten InterviewpartnerInnen anführen, kann wie ausführlich in den Abschnitten 3.3.3 und 4.2.1 skizziert als eine Form von Ungleichheit, beschrieben werden. (Sozio-ökonomische) Ungleichheiten (bzw. Unterschiede) wurden als Problematik im Bereich Gesundheit als Menschenrecht zu diskutieren beschrieben und sind besonders in Indien präsent.

Auch die Vorstellung, dass mit steigenden Kosten auch die Leistungsqualität steige (vgl. Gilson 2006: 367), die generelle Annahme, private Leistungen seien besser (vgl. Baru u. a. 2010: 55f.; Palmer u. a. 2003: 292) sowie der Mangel an Vertrauen in das öffentliche System (vgl. Gilson 2003: 1453) wurden in Abschnitt 4.3.1.1 ebenfalls erläutert.

Die Befragten der Kategorie B und C begründeten ihre Entscheidung primär mit schlechten Erfahrungen mit dem öffentlichen Sektor.

Dies bedeutet, dass die Entscheidung für das private Angebot nicht unbedingt auf gewollter oder freiwilliger Basis statt findet, sondern durch diese Vor-Bedingungen geprägt ist. Personen landen quasi häufig im Privatsektor, da die Option des öffentlichen Sektors nicht akzeptabel ist. Auch in Abschnitt 4.3.1 wurde skizziert, dass in Indien Personen oft gezwungen seien, auf den Privatsektor auszuweichen (vgl. Gupta und Chen 1996: 16). Des Weiteren wurde angegeben, dass ÄrztInnen auf Grund der schlechten Bezahlung im öffentlichen Sektor, zum Privatsektor wechseln würden. Somit seien die qualitativ guten ÄrztInnen aus diesem Grund im Privatsektor angesiedelt. In Abschnitt 4.3.1.1. wurde der Personalmangel bzw. Personal-Abwanderung im öffentlichen Sektor ähnlich begründet (vgl. Gupta, Kumra und Maitra 2005: 7f.; Hongoro und McPake 2004: 1452f.).

Eine Person (B8) hingegen, die als einzige das öffentliche Angebot beansprucht, tut dies zwar zum einen auch aus dem Grund auf einer dort erwarteten guten Behandlung, aber auch weil persönliche Kontakte mit dem Personal und ÄrztInnen bestehen. Auch der geringere Kostenaufwand wurde angeführt. Bekanntschaften sind folglich eine weitere Form von sozialen Beziehungen (Abschnitt 2.4.2.2), können aber auch als Korruption (der Aspekt von Korruption wurde als Problematik im indischen Gesundheitssektor in Abschnitt 4.3.2 skizziert) interpretiert werden, da B8 somit Warteschlangen umgehen kann und eine bessere Chance auf Behandlung hat.

5.5.3.5 Öffentliche Gesundheitsleistungen: Erfahrungen und Vorstellungen

Diese Erfahrung und Vorstellungen sind natürlich an den vorherigen Abschnitt (5.5.3.4) gekoppelt und beeinflussen die Wahl der Form von Gesundheitsleistungen.

Bis auf eine Person (B8) stellen sich aktuelle Erfahrung mit und Vorstellungen vom öffentlichen Gesundheitssektor als negativ dar. Sämtliche Erfahrungen sind unabhängig von der sozio-ökonomischen Zugehörigkeit.

In dieser Studie werden Faktoren wie mangelhafte und schlechte Qualität, unqualifizierte ÄrztInnen, Mangel an Personal und ÄrztInnen, lange Wartezeiten, schlechte und mangelhafte Ausstattung, unhygienische Zustände, Ineffizienz und Korruption mit dem öffentlichen Gesundheitssektor verknüpft. Dieses Ergebnis überrascht nicht, sondern stimmt mit den in Abschnitt 4.3 beschriebenen Defiziten des indischen öffentlichen Gesundheitssektors überein. Der einzige Vorteil des öffentlichen Sektors seien geringere Kosten, wobei auch die Perspektive von Korruption mitbedacht werden muss.

5.5.3.6 Informiertheit über öffentliche Gesundheitsangebote in Bengaluru

Unabhängig von der jeweiligen Kategorie sind die Personen knapp oder nicht über das Gesundheitsangebot in Bangalore (Bengaluru) informiert. Dieses Ergebnis lässt sich jedoch nicht unbedingt auf einen Mangel an Information bezüglich des Angebots (in Abschnitt 3.1 wurde die Wichtigkeit der Information über Gesundheitsservices erläutert), sondern viel mehr darauf zurückzuführen, dass durch die Unzufriedenheit mit dem öffentlichen Angebots kein Interesse besteht, dieses anzunehmen. Somit ist diese Information nicht von Relevanz.

Nur eine Person (B8) ist besser über diese Services in Bangalore (Bengaluru) informiert, was nicht überrascht, da diese Person als einzige öffentliche Angebote beansprucht und akzeptiert.

5.5.4 Rechtsbewusstsein – Grad an Wissen über das Recht auf Gesundheit sowie dessen Bedeutung im Nexus öffentlicher Gesundheitsservices

5.5.4.1 Bekanntheitsgrad des Rechts auf Gesundheit

Diese Studie kommt zum Ergebnis, dass kaum Wissen bzw. kaum ein Bewusstsein über das Recht auf Gesundheit besteht. So haben nur zwei (B2 und B6) der befragten Personen von diesem Recht gehört. Das Wissen scheint somit in sozio-ökonomisch besser gestellten sowie im sozio-ökonomisch schlechter gestellten Teil der Bevölkerung gleich verteilt zu sein. Dass

das Rechtsbewusstsein jedoch eine große Bedeutung hat, wurde in Abschnitt 3.2 deutlich skizziert (vgl. Block-Schlesier 2005; Hertough 2004; Kennedy 2006; Merry 1992; Munger 2006; Silbey 2001, 2005, 2008). Dieses Ergebnis eines kaum vorhandenen Rechtsbewusstseins stimmt daher weniger mit der Aussage Raos überein, welcher in Abschnitt 3.4.4.2 behauptet, dass das Bewusstsein innerhalb der Zivilbevölkerung auf das Recht auf Gesundheit stark sei. (vgl. Rao 2006: o.S.) Vielmehr wird hier die Aussage Ashers bestätigt, welche argumentiert, dass in vielen Gesellschaften das Bewusstsein über das Recht auf Gesundheit fehle. (vgl. Asher 2010d: 197, Abschnitt 3.2.3)

5.5.4.2 Quelle des möglichen Wissens über das Recht auf Gesundheit

In Abschnitt 3.4.4.2 wurde die Rolle von Gesundheitsbewegungen (*health movements*) in Indien diskutiert. Es wurde ausgesagt, dass solche Bewegungen wesentlich seien, um Wissen über das Recht auf Gesundheit zu verbreiten und dass derartige Bewegungen stark in Indien vertreten seien. Somit überrascht das Ergebnis des vorherigen Abschnitts 5.5.4.1, dass das Bewusstsein über das Recht auf Gesundheit bei den befragten Personen kaum vorhanden war. Die vorliegende Studie hat außerdem gezeigt, dass die Befragten das Wissen nicht über die soeben erwähnten *health movements* beziehen, sondern dass dieses Wissen vorwiegend aus Zeitschriften und Zeitungen stammt, bzw. von bekannten Persönlichkeiten (in den Medien) oder von Bekannten und Freunden herrührt. Es hat sich auch gezeigt, dass *health movements* bei den Befragten ein unbekannter Begriff ist.

5.5.4.3 Grad an Informiertheit über das Recht auf Gesundheit bei Bekannten oder Familie

Ähnlich wie in Abschnitt 5.5.4.1 hat die vorliegende Studie gezeigt, dass auch Bekannte, Freunde oder Familie nicht bzw. kaum über dieses Recht informiert sind. Die Studie hat in diesem Kontext gezeigt, dass das Wissen bei den Familien der sozio-ökonomisch schlechter gestellten Befragten hier besser ausgeprägt zu sein scheint als bei Angehörigen der Oberschicht. Dieses Ergebnis ist insofern überraschend, als die Oberschicht ein höheres Bildungsniveau aufweist. Eine mögliche Erklärung für diese Tatsache mag darin liegen, dass sozio-ökonomisch Benachteiligte dieses Recht höchstwahrscheinlich stärker einfordern müssen und (auf Grund ihrer monetär schlechteren Situation) eher auf öffentliche Gesundheitsleistungen angewiesen sind.

5.5.4.4 Vorstellungen bezüglich bzw. Interpretation des Rechts auf Gesundheit

Es konnte festgestellt werden, dass keine der interviewten Privatpersonen – inklusive jenen, denen dieses Recht bekannt ist - eine Vorstellung über die Bedeutung dieses Rechts besitzen. Folglich war zunächst eine kurze Erklärung seitens der Forscherin (wie dieses Recht auf Gesundheit in Abschnitten 2.4 und 2.5.2 skizziert wurde) nötig.

Dass das Recht auf Gesundheit nicht ganz klar war, ist kein überraschendes Ergebnis unter Berücksichtigung der Resultate der vorherigen Abschnitte (5.5.4.1 – 5.5.4.3). Dieses Ergebnis bekräftigt erneut, dass das Rechtsbewusstsein nur sehr gering ausgeprägt ist.

Trotzdem resultiert die Befragung, dass das Recht auf Gesundheit von allen Befragten als sehr wichtig eingeschätzt wird. Das Recht wurde unabhängig von der sozialen Zugehörigkeit der Befragten so interpretiert, dass mit diesem Recht Gesundheitsleistungen von der Regierung eingefordert werden können, weiters dass die Regierung sich verpflichtet, gratis Services anzubieten, dass Gesundheitsleistungen für alle Teile der Bevölkerung verfügbar und zugänglich sein müssen, insbesondere mit Rücksicht auf die rurale Bevölkerung. Von den monetäre schlechter gestellten Personen dieser Befragung wurde die Komponente der kostenlosen Services stärker betont. Unter dem Recht auf Gesundheit wurden somit die Pflichten seitens des Staates bzw. der Regierung betont.

Auch in den Abschnitten 2.4 und 2.5.2 wurde dieselben, aber auch weitere Elemente beschrieben und besonders die (positiven) Pflichten des Staates, wobei hierbei angeführt wurde, dass Gesundheitsleistungen nicht unbedingt gratis sein müssen, sondern leistbar. (vgl. BMZ und Entwicklungspolitische Informationsarbeit 2010; BMZ 2009a: 5)

Nur eine Person (B2), welcher über das Recht Bescheid wusste, verknüpfte mit dem Recht auf Gesundheit auch Voraussetzungen, die dafür geschaffen werden müssten – wie Infrastruktur, Wasser, Hygiene und sanitäre Anlagen. Auch diese Faktoren wurden in den Abschnitten 2.4 und 2.5.2 skizziert. Dass diese Person als einziger Befragter diese Verknüpfung herstellte, könnte auf das hohe Grad an Bildung zurückzuführen sein.

Von Seite der Expertin wurde betont, dass - wie in Abschnitt 2.4.2 besprochen - Recht auf Gesundheit primär Aufgabe des Staates sei und diese Rechtsperspektive (nach einem langjährigen Fokus auf die Bevölkerungswachstumskontrolle) erst langsam in der indischen Gesundheitspolitik greift. Für die Expertin bedeutet Recht auf Gesundheit primär gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle.

Die Aussage der Expertin stimmt mit den Erläuterungen in den Abschnitten 2.4 und 2.5.2 (Bedeutung des Rechts auf Gesundheit) überein und wurde auch ähnlich in der Darstellung in

Abschnitt 4.4.1 der Schlüsseldokumente der indischen Gesundheitspolitik erläutert. In dieser Skizzierung wurde ähnlich erwähnt, dass besonders seit der *National Health Policy 2002* und danach das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen nun (realistischen) Platz in der Politik fand, sowie ein Umdenken bzw. eine andere Fokus-Setzung stattgefunden hat und dem Schwerpunkt der Bevölkerungswachstumskontrolle weniger Akzent gesetzt wurde.

5.5.4.5 Implementierung des Rechts auf Gesundheit in Indien

Es kam hierbei zum Resultat, dass das Recht auf Gesundheit in Indien nicht oder zumindest kaum implementiert ist.

In Anbetracht der Tatsache, dass von einem kleinen Teil der Bevölkerung (rund 20 Prozent) und trotz der deutlichen Unterfinanzierung des öffentlichen Sektors und der vielen Mängeln, das indische öffentliche Gesundheitsangebot doch beansprucht wird und somit doch auch öffentliche Einrichtungen existieren, (vgl. unter anderem auch Abschnitt 4.3.1 und 4.4.1) wäre das Recht auf Gesundheit zumindest teilweise bzw. kaum oder mangelhaft implementiert.

Diese fehlende bzw. mangelhafte Implementierung des Rechts auf Gesundheit deutet auf Mängel des öffentlichen Gesundheitssystems Indiens hin (wie es bereits in den Abschnitten 4.2 und 4.3 skizziert wurde). Diese Mängel sind jedoch ein Hinweis, darauf, dass das Recht auf Gesundheit in Indien (*Health for all*) noch nicht gegeben ist. Wenn das Recht auf Gesundheit nicht gewährleistet wird, kann von einem Staatsversagen (Staat als Pflichtenträger) gesprochen werden. (vgl. Abschnitt 2.4.2.3).

Das Resultat einer nicht vorhanden (bzw. nur teilweisen) Implementierung zeigt sich auch darin, dass dieser Rechtsmechanismus, also die Idee Gesundheit als Recht zu verstehen, zunächst in der Bevölkerung greifen muss. So war die Idee des Rechts auf Gesundheit für den Großteil der befragten Personen ein neues, unverständliches bzw. unbekanntes Konzept (Abschnitt 5.5.4.1). Wie wichtig es ist, das Recht zu „verstehen“, sodass Rechtsprinzipien greifen können, wurde ähnlich in den Abschnitten 3.2.2. und besonders 3.2.3 erläutert.

Ein weiterer Grund ist, dass derzeit in Indien Individuen kaum die Chance haben, gehört zu werden und somit selbstständig dieses Recht einfordern können. Dies erfordert Vertrauen zum Staat sowie Beziehung zwischen Staat und Individuum (wie in Abschnitt 2.4.2.2 skizziert).

Diese Studie ergibt also, dass auf Grund diverser Mängel und der mangelhaften Implementierung es derzeit nicht möglich ist, das Recht auf Gesundheit tatsächlich zu beanspruchen und somit die Realität vom Papier abweicht.

5.5.4.6 Bedeutung des Rechts auf Gesundheit für die aktuelle Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots

Es hat sich gezeigt, dass bei Personen aus höheren sozio-ökonomischen Gesellschaftsschichten die Tatsache, dass das Recht öffentliche Gesundheitsleistungen zu benutzen besteht, nichts am Verhalten der selbigen geändert hat. Was soviel bedeutet, wie dass diese das bevorzugte private Angebot nach wie vor nutzen. Sie sind nicht bereit das derzeitige mangelhafte Gesundheitsangebot zu beanspruchen. Diese Personen haben somit gelernt, ohne ihren Rechtsanspruch des Rechts auf Gesundheit auszukommen. Dieses Verhalten ist folglich ähnlich dem in der von Munger (2006:831f.) in Abschnitt 3.2.3 skizzierten Studie Merrys, in welcher Menschen gelernt haben, ohne bestimmte Rechte zu leben, obwohl die Betroffenen informiert sind, dass diese ihnen eigentlich zustehen. Diese Ignoranz der Rechte wird durch die gute monetäre Situation ermöglicht bzw. erleichtert.

Anders weisen die Personen der Kategorie B und C eine deutliche größere Bereitschaft auf, ihr Recht auf Gesundheit in Anspruch zu nehmen (öffentliche Gesundheitsangebote aufzusuchen), jedoch auch nur dann, wenn sich das öffentliche Gesundheitsangebot verbessert. In Abschnitt 3.2.3 wurde diskutiert, dass Rechtsbewusstsein für die Beanspruchung von Rechten wichtig ist. Dieses Phänomen kann hier teilweise bestätigt werden. Es hat sich jedoch gezeigt, dass anderen Faktoren (Qualität, Vertrauen) wichtiger sind als das Recht selbst, um das öffentliche Gesundheitsangebot zu akzeptieren.

Auch hier wird deutlich, dass wie im vorherigen Abschnitt 5.5.4.4 dargelegt, Umdenken in der Regierung und in der Politik nicht ausreicht.

Um das Recht von Seiten der Bevölkerung einzufordern wird vorausgesetzt, dass dieses Bewusstsein über das Recht auf Gesundheit auch in der Gesellschaft greift, bzw. vorhanden ist. (In Abschnitt 3.2.2. wurde ähnlich diskutiert, dass Rechte verstanden werden müssen)

Wie wichtig dieses Bewusstsein ist, kann auch dadurch verdeutlicht werden, dass sich B3 für diese Information bedankte, da sich diese Information auf ihr Verhalten öffentliche Gesundheitsleistungen zu nutzen, auswirken würde.

Das bedeutet aber auch, dass nicht wie in Abschnitt 3.2.3 diskutiert, Individuen Rechte nicht in Anspruch nehmen, weil das Wissen darüber fehlt (vgl. Jones 2009b: 161), sondern weil die Voraussetzungen von Seiten der Regierung nicht gegeben sind.

5.5.5 Das Recht auf Gesundheit in der Zukunft – Rolle und Bedeutung des Rechts sowie Ausblick, Erwartungen und Voraussetzungen des öffentlichen Gesundheitssystems

5.5.5.1 Ausübung des Rechts - Bereitschaft bezüglich zukünftiger Inanspruchnahme und Annahme von öffentlichen Gesundheitsleistungen

Unabhängig der sozialen Schicht zeigen sich alle Privatpersonen bereit, zumindest in Zukunft bereit zu sein das öffentliche Gesundheitsangebot anzunehmen, aber auch hierbei nur unter der Voraussetzung, dass dieses sich verbessert. Wie in Abschnitt 5.5.4.6 ist somit die Idee des Rechts an andere Faktoren gekoppelt bzw. sind andere Faktoren Voraussetzung dafür.

5.5.5.2 Voraussetzungen für die Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots und Erwartungen

Es stellte sich heraus, dass primär Erwartungen an die Regierung gestellt werden, das öffentliche Gesundheitssystem zu verbessern und die bereits mehrfach in den Abschnitten 5.5.3.4 und 5.5.3.5 erwähnten Mängel zu verbessern. Diese Erwartungen sind unabhängig von der sozio-ökonomischen Zugehörigkeit. Sie beziehen sich auf: Anwesenheit und Verfügbarkeit von ÄrztInnen, hohe Qualität, gute Ausstattung, gute Infrastruktur, Verantwortung der Regierung, Effizienz, Zugang besonders in ländlichen Gebieten sowie die Stimme von Individuen zu hören. Diese Elemente wurden ähnlich in Abschnitt 2.4.2. diskutiert. Auch die AAAQ-Formel (Abschnitt 2.4.2.1.) bestätigt sich – das Recht auf Gesundheit und somit öffentliche Gesundheitsleistungen zu akzeptieren, heißt, dass diese verfügbar sein müssen (**a**available), zugänglich (**a**ccessible) und **q**ualitativ angemessen. (Abschnitt 2.4.2.1: ADA und Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte 2010: 36; BMZ 2009b: 7f.)

Nur B2 betonte die Notwendigkeit der Umstrukturierung des gesamten Systems besonders im Bereich der Verwaltung und Leitung.

Dies zeigt jedoch, dass auch die Personen die sozio-ökonomisch „besser gestellt“ sind (außer B5) sowie die Expertin, optimistisch in die Zukunft blicken und denken, dass diese Erwartungen tatsächlich Realität werden könnten. Weiters muss auch bedacht werden, dass diese Verbesserungen ein langjähriger Prozess sind und unterschiedliche Fortschritte abhängig von Region (Unionsstaat und rurales/urbanes Gebiet) sind.

Immerhin ist in den aktuellen Dokumenten der indischen Gesundheitspolitik der Wille der Regierung erkennbar, diese Punkte zu verbessern, wie es in Abschnitt 4.4 skizziert wurde.()

Nach wie vor ist es also so, dass die Behandlung der eigentlichen Krankheit und der Wunsch sowie die Garantie geheilt zu werden, wesentlich wichtiger zu sein scheinen als der Grundsatz des Rechts auf Gesundheit. Um dieses Recht jedoch zu gewährleisten, ist es von staatlicher Seite nötig, die entsprechenden Strukturen, Einrichtungen und Möglichkeiten bereit zu stellen. Kenntnis über das Recht bzw. die Grundsätze des Rechts auf Gesundheit selbst sind für die Befragten als zweitrangig erwiesen.

5.5.5.3 Verbreitetes Wissen über das Recht auf Gesundheit – Auswirkung auf die Einforderung des Rechts und das öffentliche Gesundheitsangebot

In Abschnitt 3.2 und besonders in Abschnitt 3.2.3 wird Rechtsbewusstsein als Druckmittel Rechte von der Regierung einzufordern diskutiert.

So wurde an dieser Stelle beispielsweise erläutert, dass es wesentlich ist, dass ein gewisses Rechtsbewusstsein (durch die Aufklärung über dieses Recht) in der Bevölkerung vorhanden ist, dass Gesundheitsangebote in letzter Konsequenz auch eingefordert werden können. (vgl. Balarajan, Selvaraj und Subramanian 2011: 512)

Es hat sich jedoch gezeigt, dass diese Ansicht nur knapp die Hälfte der interviewten Privatpersonen unabhängig von der Kategorie sowie die Expertin teilen.

So gab B5 zum Beispiel an, dass es nicht möglich sei, Recht einzufordern, da sie sich als Individuum von der Regierung nicht gehört fühlt. Weiters bezeichnet B5 die indische Gesellschaft als apathisch, welche (auch wenn ein Wissen über Rechte bestünde) nicht um ihre Rechte kämpfe.

Dennoch hat sich gezeigt, dass insgesamt fünf der acht Befragten und die Expertin der Ansicht waren, dass das Wissen und das Bewusstsein über das Recht auf Gesundheit sich positiv auf dessen Einforderung auswirke. Je mehr Individuen darüber Bescheid wüssten, desto besser sei es. Diese positive Konnotation betont und bestätigt somit die große Bedeutung des in Abschnitt 3.2. skizzierten Konzepts eines Rechtsbewusstseins (*legal consciousness*).

5.6 Resümee der Forschung und Beantwortung der Forschungsfrage

Die in der Einleitung (Kapitel 1) gestellte Forschungsfrage lautete wie folgt:

„Inwiefern ist ein Rechtsbewusstsein auf das Recht auf Gesundheit in der indischen Bevölkerung verankert und welche Rolle spielt Rechtsbewusstsein hinsichtlich der Tatsache das öffentliche Gesundheitsangebot Indiens zu akzeptieren und um somit das Recht auf Gesundheit in Anspruch zu nehmen? Inwiefern sind sozio-ökonomische Unterschiede innerhalb einer Gesellschaft bei diesem Verhalten feststellbar?“

Die für dies Forschung definierten Hypothesen lauteten wie folgt:

H1: Das Rechtsbewusstsein bezüglich des Rechts auf Gesundheit ist in Indien in der Gesellschaft kaum existent.

H2: In sozio-ökonomisch besser gestellten Bevölkerungsschichten ist ein vergleichsweise etwas größeres Bewusstsein hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit bemerkbar.

H3: Der Mangel an Rechtsbewusstsein führt dazu, dass das Recht auf Gesundheit nicht in Anspruch genommen wird, öffentliche Gesundheitsleistungen nicht akzeptiert werden und statt dessen auf private Anbieter ausgewichen wird.

Das Rechtsbewusstsein bezüglich des Rechts auf Gesundheit ist nur zu einem geringen Teil in der Bevölkerung vorhanden, wobei in dieser Studie kein Unterschied nach sozio-ökonomischer Zugehörigkeit erkennbar war. Unter dem Recht auf Gesundheit wird primär die Regierungspflicht, ein angemessenes Gesundheitsangebot zu garantieren, verstanden.

Hypothese 01 kann somit verifiziert werden, Hypothese 02 muss falsifiziert werden.

Dieses Ergebnis überrascht nicht, wenn berücksichtigt wird, dass die Idee, Gesundheit von einer Rechtsperspektive aus zu betrachten, in Indien ein neues Konzept ist, das erst seit der *National Health Policy 2002* als ein solches in die Gesundheitspolitik aufgenommen wurde. Zuvor dominierte eine von Bevölkerungswachstumskontrolle gesteuerte Gesundheitspolitik. Die Idee, Gesundheit auch als Recht zu sehen, muss in Indiens Politikführung also noch wurzeln und besonders von gesellschaftlicher Seite her noch greifen. Des Weiteren kann von politischer Seite auf Grund der Mängel im öffentlichen Gesundheitsangebot noch nicht von

einer Erfüllung bezüglich des Menschenrechts auf Gesundheit gesprochen werden. Die Idee von *health for all* ist in Indien somit noch nicht gegeben. Der Staat erfüllt seine Pflichten folglich noch nicht.

Das Fehlen dieses Rechts und die strukturellen Mängel sind der primäre Grund dafür, dass derzeit die Mehrheit der indischen Bevölkerung ihr Recht auf Gesundheit nicht beansprucht und gezwungen ist, auf private Anbieter auszuweichen. Dadurch, dass öffentliche Gesundheitsangebote nicht genutzt werden, ist das Wissen über öffentliche Gesundheitsangebote in Bengaluru geringfügig. Der sozio-ökonomisch schlechter gestellte Teil der Bevölkerung weist immerhin mehr Erfahrung in der Vergangenheit mit dem öffentlichen Gesundheitsangebot auf. Das private Angebot ist mit größerem Vertrauen und höherer Qualität konnotiert als das öffentliche.

Der Mangel an Rechtsbewusstsein ist somit nicht der ausschlaggebende Grund dafür, dass Menschen derzeit ihr Recht nicht praktizieren und somit das öffentliche Gesundheitsangebot nicht akzeptieren.

Hypothese 03 muss somit falsifiziert werden.

Es besteht zwar von Seite der *upper middle class* sowie von sozio-ökonomisch schlechter gestellten Teilen der Gesellschaft die Bereitschaft, das Recht auf Gesundheit (zumindest in Zukunft) zu beanspruchen, jedoch nur dann, wenn das Recht auf Gesundheit auch in der Realität und nicht nur auf dem Papier in Form von Ergreifung gesundheitspolitischer Maßnahmen gegeben ist. Auch muss das Vertrauen in die Regierung gestärkt werden, der/die einzelne muss das Gefühl haben, gehört und ernst genommen zu werden. Die Bereitschaft hierbei ist bei dem sozio-ökonomisch schlechter gestellten Teil der Bevölkerung größer. Der sozio-ökonomisch besser gestellte Gesellschaftsteil findet seinen Rechtsanspruch weniger bedeutend und gibt sich durchaus damit zufrieden, auf private Angebote auszuweichen.

Insgesamt reicht das Rechtsbewusstsein alleine also nicht aus, damit die Bevölkerung öffentliche Gesundheitsservices in Anspruch nimmt. Faktoren, die ebenfalls gegeben sein müssen sind die Garantie auf Heilung, Vertrauen in medizinische Leistungen, Verfügbarkeit und eine angemessene Qualität dieser Leistungen und Zugang zu adäquaten Gesundheitsanbietern sind somit ebenfalls von Relevanz.

All diese Bedingungen müssen gegeben sein, bevor Gesundheit von einer Rechtsperspektive aus diskutiert werden kann. Auch die Politik scheint sich dieser Tatsachen in der

Zwischenzeit bewusst zu sein. Inwieweit es hier zur Realisierung der genannten Faktoren kommt, kann derzeit noch nicht gesagt werden.

Das heißt vom heutigen Standpunkt aus, ist es noch etwas verfrüht, die Rolle des Rechtsbewusstseins in Indien zu diskutieren. Das Grundprinzip des Rechtsbewusstseins und das entsprechende Wissen hinsichtlich dieses Rechts sind jedoch wichtig, um das Recht auf Gesundheit einzufordern. Dies wird aber wiederum nur dann der Fall sein, wenn auch das entsprechende Vertrauen in die Regierung besteht und Individuen die persönliche Bereitschaft zeigen, sich für ihr Recht einzusetzen.

Neben dem Diskurs um Rechtsbewusstsein ergibt diese Studie, dass Gesundheit von Menschen als wichtig eingestuft wird und Vorstellungen von Gesundheit je nach sozio-ökonomischer Zugehörigkeit variieren. Der schlechter gestellte Bevölkerungsteil verbindet mit Gesundheit primär die Fähigkeit Pflichten erfüllen zu können, der besser gestellte versteht Gesundheit primär als allgemeines Wohlbefinden. Dieser Bevölkerungsteil verknüpft Gesundheit stärker mit daran gekoppelten Elementen.

6 Conclusio

1948 wurde von den Vereinten Nationen die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte verkündet, in Artikel 25 dieser Deklaration wird das Recht auf Gesundheit definiert. Zentral bei den Menschenrechten sind die Faktoren Würde und Gleichheit aller Menschen. Mit der Verkündung dieser Deklaration waren die Menschenrechte jedoch nicht rechtskräftig, die Rechtsverbindlichkeit erfolgte erst 1976 durch das Inkrafttreten des Sozial- und Zivilpaktes. Auch das Recht auf Gesundheit ist im Artikel 12 des Sozialpaktes festgehalten. Das Recht auf das Höchstmaß an körperliche und geistiger Gesundheit bedeutet nicht, das Recht „gesund zu sein“, sondern verlangt vom Staat als Pflichtenträger Gesundheitsleistungen und einen gleichen Zugang dazu zu garantieren, sowie Rahmenbedingungen, die notwendig und Voraussetzung für Gesundheit sind, zu schaffen. Auch Indien hat all diese Dokumente ratifiziert.

Wenn ein Staat diese notwendigen Strukturen oder Voraussetzungen nicht gewährleisten kann, ist von einem *human rights drift* die Rede. Der Staat als Pflichtenträger verletzt seine Pflicht, das Menschenrecht auf Gesundheit zu garantieren.

Das Recht auf Gesundheit ist auch in diversen anderen internationalen Deklarationen wie in der von Alma Ata (1978), mit dem Ziel *Health for All by 2000* zu erzielen, erwähnt. Das Ziel der Alma Ata Deklaration war es daher bis zum Jahr 2000 eine Basisgesundheitsversorgung zu schaffen. Auch in den *Millennium Development Goals* ist Gesundheit in drei der acht Millenniumsziele verankert. Auch diese hat Indien ratifiziert.

Diese Dokumente sind zwar nicht rechtsverbindlich, aber verdeutlichen, dass „Gesundheit“ entwicklungspolitische Priorität besitzt.

Die Ratifizierung dieser rechtsverbindlichen Pakte bedeutet jedoch, dass Indien zumindest rechtlich dazu verpflichtet ist, allen seinen BürgerInnen das Recht auf Gesundheit – neben weiteren Menschenrechten – zu garantieren. Der Staat Indien hat also seine Politik so auszurichten, dass diese gesundheitsfördernd ist und ist verpflichtet, öffentliche Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen. Zu den wesentlichen Faktoren, die zu einer Verwirklichung dieses Rechts führen, zählen die Verfügbarkeit, die Zugänglichkeit und die Qualität der öffentlichen Gesundheitsservices sowie die Akzeptanz der selben seitens der Bevölkerung.

Die Realität verdeutlicht jedoch, dass Indien – trotz des wirtschaftlichen Wachstums seit der 1990er Jahre – diese wesentlichen Faktoren nicht erfüllen kann und die aktuelle Lage Indiens im Bereich *health outcomes* problematisch ist.

Es wurde diskutiert, dass Indien als Land äußerst heterogen und divers bzw. von Widersprüchen und von Ungleichheiten geprägt ist. Sozio-ökonomische, geographische und Gender-Ungleichheiten sind hierbei die häufigsten. Diese spiegeln sich auch im Nexus Menschenrecht Gesundheit bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen wider. Von einem Menschenrechtsansatz aus wäre Gleichheit zentraler Faktor. Neben der Problematik von Ungleichheiten verletzt der Staat Indien das Menschenrecht Gesundheit aber auch im Rahmen seiner öffentlichen Gesundheitspolitik. Zunächst sind lediglich 20 Prozent der Gesundheitsleistungen öffentlicher Natur, die restlichen 80 Prozent sind privat. Dies bedeutet also, dass zu einem Großteil das öffentliche Gesundheitsangebot nicht akzeptiert wird bzw. werden kann. Weitere Faktoren, die Indiens öffentliches Gesundheitssystem charakterisieren, sind deutliche Unterfinanzierung, Mangel an Qualität, Mangel an Personal sowie Korruption.

Weiters hat sich Indiens Gesundheitspolitik Jahrzehnte lang auf die Bevölkerungswachstumskontrolle konzentriert. Erst mit der *National Health Policy 2002* ist zumindest auf dem Papier ein Umdenken in der Politik ersichtlich. Ziel ist es nun *Health for all* anzustreben und auf derzeitige Defizite zu reagieren und weniger Augenmerk auf Bevölkerungswachstumskontrolle zu legen.

Diese Charakteristika der indischen Gesundheitspolitik verdeutlichen also, dass das Recht auf Gesundheit in Indien noch nicht gegeben ist, dass dieses derzeit nur auf dem Papier und in Theorie existiert.

In der empirischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit wurde sodann die Rolle von Rechtsbewusstsein im Kontext des Rechts auf Gesundheit und öffentlicher Gesundheitsversorgung untersucht. Rechtsbewusstsein ist unter anderem ein nützliches Konzept, um bei der Regierung Rechte einzufordern. Ein Mangel an Bewusstsein hinsichtlich der eigenen Rechte kann aber dazu führen, dass Menschen ihre Rechte nicht beanspruchen. Diese Untersuchung ergab, dass ein Rechtsbewusstsein hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit nur zu einem geringen Teil in der Bevölkerung verankert ist und die Bedeutung des Rechts auf Gesundheit nur kaum bekannt ist.

Da nur 20 Prozent der Gesundheitsversorgung in Indien öffentlich ist, überrascht es kaum, dass ein Großteil der Bevölkerung private Gesundheitsservices in Anspruch nimmt und das öffentliche Gesundheitsangebot nicht akzeptiert, was bedeutet, dass das Recht auf Gesundheit nicht beansprucht wird. Es stellte sich heraus, dass das öffentliche Gesundheitsangebot nicht auf Grund eines Mangels an Bewusstsein hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit nicht angenommen wird, sondern primär wegen der soeben skizzierten Mängel sowie auf Grund der fehlenden Implementierung dieses Rechts und des mangelhaften Vertrauens in dieses System bzw. die Regierung. Es besteht zwar eine Bereitschaft von Seiten der Bevölkerung dieses Recht in Anspruch zu nehmen und zu akzeptieren, jedoch nur, wenn diese Mängel behoben werden und Qualität, Verfügbarkeit und Zugang zu Gesundheitsleistungen gegeben sind. Das bedeutet also, das Recht auf Gesundheit und diese Ansprüche zu haben sind ohne Bedeutung, solange die Voraussetzungen in der Realität bzw. Praxis für eine Realisierung dieser Rechte nicht vorhanden sind.

Es stellte sich weiters heraus, dass der Nexus Rechtsbewusstsein und Akzeptanz von öffentlichen Gesundheitsleistungen auch nur dann unter dieser Rechtsperspektive diskutiert werden kann, wenn das Recht auch tatsächlich gegeben ist, der Staat also seine Pflicht als Pflichtenträger erfüllt. Unter diesem Aspekt betrachtet ist es somit noch verfrüht, Indien unter dem Blickwinkel des Rechtsbewusstseins auf das Recht auf Gesundheit zu diskutieren.

7 Bibliografie

Abel, Thomas; Bucher, Sabine; Duetz, Margreet; Niemann, Steffen; Walter, Esther. 2002. „Gesundheitsrelevante Lebensstile und soziale Differenzierung: Zur Weiterentwicklung eines empirischen Konzepts in der Public Health Forschung“. In: *Innovation durch New Public Health*, Organisation und Medizin. Hrsg. Flick, Uwe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 113–136.

ADA, Austrian Development Agency. 2009. *Fokus: Gesundheit in der OEZA*. Wien.

ADA, Austrian Development Agency; BMEIA, Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten, Sektion VII – Österreichische Entwicklungszusammenarbeit. 2011. „Good Governance. Policy Document“. http://www.entwicklung.at/uploads/media/PD_Good_governance_July2011.pdf (Zugegriffen März 1, 2011).

ADA, Austrian Development Agency; Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte. 2010. *Handbuch Menschenrechte. Anleitung zur Umsetzung des Menschenrechtsansatzes in der OEZA*. Hrsg. Austrian Development Agency ADA. Wien.

Adler, Nancy; Boyce, Thomas; Chesney, Margaret; Cohen, Sheldon; Folkman, Susan; Kahn, Robert L.; Sym, Leonard. 1999. „Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient“. In: *Health and Human Rights: A Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 181–201.

Asher, Judith. 2010a. „Introduction: Understanding a Health and Human Rights Approach“. In: *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, The Raoul Wallenberg Institute Professional Guides to Human Rights. Hrsg. Asher, Judith. Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers, S. 1–9.

Asher, Judith. 2010b. „Part I: Gaining knowledge: Understanding the legal framework“. In: *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, The Raoul Wallenberg Institute Professional Guides to Human Rights. Hrsg. Asher, Judith. Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers, S. 11–49.

Asher, Judith. 2010c. „Part II: Moving towards Action: Focusing on Obligations Arising from the Right to Health“. In: *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, The Raoul Wallenberg Institute Professional Guides to Human Rights. Hrsg. Asher, Judith. Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers, S. 51–123.

Asher, Judith. 2010d. „Part III: Taking Action: Working with the Right to Health“. In: *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, The Raoul Wallenberg Institute Professional Guides to Human Rights. Hrsg. Asher, Judith. Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers, S. 124–271.

Auswärtiges Amt. 2011a. „Indien“. http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes_Uebersichtsseiten/Indien_node.html (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

Auswärtiges Amt. 2011b. „Indien - Wirtschaft“. http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/Indien/Wirtschaft_node.html (Zugegriffen Oktober 24, 2011).

Badura, Bernhard. 2002. „Qualitätsorientierte Ressourcenallokation: Eine Herausforderung für das Gesundheitswesen“. In: *Innovation durch New Public Health*, Organisation und Medizin. Hrsg. Flick, Uwe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 256–262.

Bagga, Shirin. 2009. „Healthcare in India Report Highlights“. Hrsg. Boston Analytics. http://www.bostonanalytics.com/india_watch/Healthcare%20in%20India%20Executive%20Summary.pdf (Zugegriffen Mai 6, 2011).

Balarajan, Y; Selvaraj, S; Subramanian.Sv. 2011. „Health care and equity in India“. *The Lancet* 377(9764): 505–515.

Bang, Rani; Khorgade, Sunada; Chinai, Rupa. 2010. „Policy Implications: Linkages that make a Difference“. In: *Putting Women First: Women & Health in a Rural Community*, Kolkata: Stree, S. 253–280.

BangaloreIndie.org.uk. 2012a. „Bangalore Facts - Bangalore Facts & Figures - Interesting Facts about Bangalore“. <http://www.bangaloreindia.org.uk/travel-tips/facts.html> (Zugegriffen März 6, 2012).

BangaloreIndie.org.uk. 2012b. „Bangalore History - History of Bangalore - History of Bangalore India“. <http://www.bangaloreindia.org.uk/culture/history.html> (Zugegriffen März 6, 2012).

Barbosa da Siva, António. 2009. „Autonomy, Dignity, and Integrity in Health Care Ethics - a Moral Philosophical Perspective“. In: *Human Rights, Dignity and Autonomy in Healthcare and Social Services: Nordic Perspectives*. Hrsg. Sinding Aasen, Henriette; Halvorsen, Rune; Barbosa da Silva, António. Antwerpen, Oxford, Portland: Intersentia, S. 13–52.

Baru, Rama; Acharya, Arna; Acharya, Sang; Kumar, Siva; Nagarjaj, K.. 2010. „Inequities in Access to Health Services in India: Caste, Class and Region“. *Economic & Political Weekly* 45(38): S. 49–57.

Bayefsky.com. 2011. „India - Ratification History“. http://www.bayefsky.com/pdf/india_t1_ratifications.pdf (Zugegriffen September 3, 2011).

Benn, Christoph. 2002. „Menschenrechte und Gesundheit“. In: *Geht hin und heilt*. Hrsg. Propach, Gerd. Marburg: Zeichen der Freundlichkeit Gottes Verlag Franck Buchhandlung, S. 155–165 (dieser link als pdf. Seite 1–6). <http://www.mmh-mms.com/downloads/bennmenschenrechte.pdf>. (Zugegriffen September 9, 2011)

Berg, Werner. 1997. *Gesundheitsschutz als Aufgabe der EU: Entwicklung, Kompetenzen, Perspektiven*. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

Betz, Joachim. 2003. „The Indian Health System: Structure, Deficits and the Role of External Actors“. In: *Globalisation, Global Health Governance and National Health Politics in Developing Countries: An Exploration into the Dynamics of Interfaces*. Hrsg. Hein, Wolfgang; Kohlmorgen, Lars. Hamburg [Germany]: Deutsches Übersee-Institut.

Betz, Joachim. 2002. „Das indische Gesundheitswesen: Struktur, Defizite und die Rolle externer Akteure“. *Nord-Süd aktuell* 16(3): S.462–468.

Bidwai, Praful. 2010. „Die Liebe zur Demokratie“. In: *Indien - Die barfußige Großmacht*, Le Monde diplomatique. Hrsg. Hansen, Sven. Berlin: TAZ, S. 6–9.

Block-Schlesier, Andreas. 2005. „Lernziel Rechtsbewusstsein. Ein Beitrag zur Frage der Vermittlung von Recht als Kulturelement in Schule und Gesellschaft unter besonderer Berücksichtigung des humanitären Völkerrechts“. *Humanitäres Völkerrecht – Informationsschriften / Journal of International Law of Peace and Armed Conflict* (02): S. 131–137.

Bloom, David E.; Canning, David. 2006. „Epidemics and Economics“. In: *Interactions between Global Change and Human Health*. Hrsg. Pontificia Academia Scientiarum. Vatican City: Pontifical Academy of Sciences, S. 304–331.

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. 2009a. „Gesundheit und Menschenrechte. BMZ Spezial 162“. <http://www.bmz.de/de/publikationen/themen/gesundheit/spezial162pdf.pdf> (Zugegriffen April 27, 2011).

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. 2009b. „Sektorkonzept ‚Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik‘ BMZ Konzepte 183“. <http://www.bmz.bund.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Konzepte183.pdf> (Zugegriffen April 27, 2011).

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. 2010a. „Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung - Dokumente und Links“. http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/gesundheit/menschenrecht_gesundheit/dokumente_und_links/index.html#t33 (Zugegriffen Februar 29, 2012).

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. 2010b. „Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung - Internationale Vereinbarungen“. http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/themen/menschenrechte/allgemeine_menschenrechte/internationale_vereinbarungen/index.html (Zugegriffen September 2, 2011).

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; Entwicklungspolitische Informationsarbeit. 2010. „Menschenrechte konkret“. http://www.bmz.de/de/publikationen/themen/menschenrechte/BMZ_Informationsbroschuere_07_2010.pdf (Zugegriffen September 3, 2011).

BMZ, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; Entwicklungspolitische Informationsarbeit. 2011. „Menschenrechte in der deutschen Entwicklungspolitik“. http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Strategiepapier303_04_2011.pdf (Zugegriffen September 3, 2011).

Bolton, G.C.. 2012. „Evatt, Herbert Vere (Bert) (1894–1965)“. In: *Australian Dictionary of Biography, National Centre of Biography*. Australian National University. <http://adb.anu.edu.au/biography/evatt-herbert-vere-bert-10131> (Zugegriffen April 13, 2012)

Borooah, Vani. 2010. „Inequalities in health outcomes in India: the role of caste and religion“. http://mpira.ub.uni-muenchen.de/19832/1/MPRA_paper_19832.pdf (Zugegriffen Oktober 31, 2011).

Brown, Phil; Zavestoski, Stephen; McCormick, Sabrina; Mayer, Brian; Morello-Frosch, Rachel; Altman Gasior, Rebecca. 2004. „Embodied health movements: new approaches to social movements in health“. *Sociology of Health & Illness* 26(1): S. 50–80.

BUKO Pharma-Kampagne; Ärzte ohne Grenzen. 2001. „Die Gesundheitscharta der Menschenrechte“. <http://www.medico.de/datei/die-gesundheitscharta-der-menschen.pdf> (Zugegriffen September 2, 2011).

Chatterjee, Patralekha. 2011. „Seeing health care as a human right in India“. *The Lancet* 377: S. 195–196.

Chaudhuri, Buddhadeb; Chaudhuri, Sumita. 2007. „Introduction“. In: *IUAES International Congress on Mega Urbanization, Multi-ethnic Society, Human Rights, and Development*. Hrsg. Chaudhuri, Buddhadeb; Chaudhuri, Sumita. New Delhi: Inter-India Publications, S. 27–32.

Chen, Lincoln C.; Evans, Tim, G.; Cash, Richard A.. 1999. „Health as a Global Public Good“. In: *Global Public Goods : International Cooperation in the 21st Century*. Hrsg. Kaul, Inge; Grunberg, Isabelle; Stern Marc A.. New York: Oxford University Press, S. 284–304.

Claeson, Mariam; Griffin, Charles C.; Johnston, Timothy A.; McLachlan, Mila; Soucat, Agnes L.B.; Wagstaff, Adam; Yazbeck, Abdo S.. 2001. *Poverty-Reduction and the Health Sector. The Health, Nutrition and Population Network's Chapter in the World Bank's Poverty Reduction Strategy Sourcebook*. Washington DC: The World Bank. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Claeson-PovertyReduction-whole.pdf> (Zugegriffen November 4, 2011).

Confalonieri, U.E.C.; Wilson, M.E.; Najar, A.L.. 2006. „Social and Environmental Vulnerability to Emerging Infectious Diseases“. In: *Interactions between Global Change and Human Health*. Hrsg. Pontificia Academia Scientiarum. Vatican City: Pontifical Academy of Sciences, S. 195–212.

Cowan, Dave. 2004. „Legal Consciousness: Some Observations“. *The Modern Law Review Limited*: S. 928–958.

Dandona, Lalit; Katoch, Vm; Dandona, Rakhi. 2011. „Research to achieve health care for all in India“. *The Lancet* 377: S. 1055–1057.

Daniels, Norman; Bryant, J.; Castano, R.A.; Dantes, O.G.; Khan, K.S.; Pannarunothai, S.. 2000. „Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries“. *Bulletin of the World Health Organisation* 78(6): S. 740–750.

Deogaonkar, Milid. 2004. „Socio-economic inequality and its effect on healthcare delivery in India: Inequality and healthcare“. *Electronic Journal of Sociology*. <http://www.sociology.org/content/vol8.1/deogaonkar.html> (Zugegriffen Mai 5, 2011).

Deutsches Institut für Menschenrechte. 2011. „Deutsches Institut für Menschenrechte - Frage 1: Sind Menschenrechte universell?“ <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/themen/entwicklungszusammenarbeit/oft-gestellte-fragen/frage-1-sind-menschenrechte-universell.html> (Zugegriffen September 3, 2011).

ETC Graz, European Training and Research Centre for Human Rights and Democracy. „Recht auf Gesundheit“. http://www.etc-graz.at/typo3/fileadmin/user_upload/ETC-Hauptseite/manual/versionen/deutsch-2.auflage/MRe_verstehen_Gesundheit.pdf (Zugegriffen September 2, 2011).

Flick, Uwe. 2002a. „Innovation durch New Public Health: Einleitung und Überblick“. In: *Innovation durch New Public Health*, Organisation und Medizin. Hrsg. Flick, Uwe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 3–19.

Flick, Uwe. 2002b. „Wandel von Gesundheitsvorstellungen im Kontext von New Public Health“. In: *Innovation durch New Public Health*, Organisation und Medizin. Hrsg. Flick, Uwe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 295–321.

Flick, Uwe. 2009. *Sozialforschung: Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Freedman, Lynn P. 1999. „Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights“. In: *Health and Human Rights: A Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 227–252.

Fridthjof Bernt, Jan. 2009. „The Welfare State and Protection of Individual Autonomy“. In: *Human Rights, Dignity and Autonomy in Healthcare and Social Services: Nordic Perspectives*. Hrsg. Sinding Aasen, Henriette; Halvorsen, Rune; Barbosa da Silva, António. Antwerpen, Oxford, Portland: Intersentia, S. v–viii.

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred. 2003. *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV Universitätsverlag.

Ghosh, R.N.; Gabbay, R.; Roy, K.C.. Hrsg. 1999. „Human Resources, Gender and Environment in Development“. In: *Sustaining Development: Human Resources, Gender and Environment*, New Delhi: Atlantic Publishers, S. 1–7.

Gilson, Lucy. 2003. „Trust and the development of health care as a social institution“. *Social Science & Medicine* (56): S. 1453–1468.

Gilson, Lucy. 2006. „Trust in health care: theoretical perspectives and research needs“. *Journal of Health Organisation and Management* 20(5): S. 359–375.

GIZ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. 2011. „Das ABC der Menschenrechte für die Entwicklungszusammenarbeit“. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/e-info-tool_das_abc_der_mr_in_der_ez.pdf (Zugegriffen September 3, 2011).

Gläser, Jochen; Laudel, Grit. 2009. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 3., überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Gostin, Lawrence; Mann, Jonathan. 1999. „Toward the Development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health Policies“. In: *Health and Human Rights: a Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 54–71.

Government of India Ministry of Law and Justice. 2007. „Constitution of India“. <http://lawmin.nic.in/coi/coiason29july08.pdf> (Zugegriffen Oktober 19, 2011).

Grover, Anand; Citro, Brian. 2011. „India: access to affordable drugs and the right to health“. *The Lancet* 377: S. 976–977.

Das Gupta, Monica; Chen, Lincoln. 1996. „Introduction“. In: *Health, Poverty and Development in India*. Hrsg. Das Gupta, Monica; Chen, Lincoln C.; Krishnan, T.N.. New Delhi: Oxford University Press, S. 1–22.

Gupta, Rajat. 2008. „A healthier future for India“. *The McKinsey Quarterly*. http://www.mckinseyquarterly.com/A_healthier_future_for_India_2096 (Zugegriffen Mai 6, 2011).

Gupta, Rajat K; Kumra, Gautam; Maitra, Barnik C.. 2005. „A foundation for public health in India“. *The McKinsey Quarterly* special edition: Fulfilling India's promise: S. 6–8.

Gwatkin, Davidson; Wagstaff, Adam; Yazbeck, Abdo S.. Hrsg. 2005. *Reaching the poor with Health, Nutrition, and Population Services. What Works, what Doesn't, and Why*. Washington DC: World Bank.

Hall, Mark A.; Dugan, Elizabeth; Beiyao, Zengh; Mishra, Aneil K.. 2001. „Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured and Does It Matter?“ *The Milbank Quarterly* 79(4): S. 613–639.

Hannibal, Kari; Lawrence, Robert. 1999. „The Health Professional as Human Rights Promoter: Ten Years of Physicians for Human Rights (USA)“. In: *Health and Human Rights: A Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 404–416.

Hansen, Sven. Hrsg. 2010. *Indien - Die barfußige Großmacht*. Berlin: TAZ.

Hertough, Marc. 2004. „A ‚European‘ Conception of Legal Consciousness: Rediscovering Eugen Ehrlich“. *Journal of Law and Society* 31(4): S. 457–481.

Hess, Asmus. 2008. „Bericht: ‚Armut und Menschenrechte - Das Recht auf Gesundheit‘“. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Dokumentationen/bericht_armut_und_menschenrechte_das_recht_auf_gesundheit_06_2008.pdf (Zugegriffen Mai 5, 2011).

Hoefert, Hans-Wolfgang. 2002. „Vorwort der Reihenherausgeber“. In: *Innovation durch New Public Health*, Organisation und Medizin. Hrsg. Uwe Flick. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. vii–viii.

Hongoro, Charles; McPake, Barbara. 2004. „How to bridge the gap in human resources for health“. *The Lancet* 364: S. 1451–1456.

Hug, Theo; Poscheschnik, Gerald. 2010. *Studieren, aber richtig - Empirisch Forschen : Über die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. 1. Aufl. Stuttgart: UTB.

Hunt, Paul; Asher, Judith. 2010. „Foreword“. In: *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, The Raoul Wallenberg Institute Professional Guides to Human Rights. Hrsg. Judith Asher. Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers, S. ix–xii.

Institute of Public Health Bangalore. 2012. „Institute of Public Health“. <http://www.iphindia.org/> (Zugegriffen März 6, 2012).

International Federation of Red Cross; Red Crescent Societies; François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. 1999a. „Human Rights: An Introduction“. In: *Health and Human Rights : a Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 21–28.

International Federation of Red Cross; Red Crescent Societies; François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. 1999b. „The Public Health - Human Rights Dialogue“. In: *Health and Human Rights : a Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 46–53.

International Federation of Red Cross; Red Crescent Societies; François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. 1999c. „Public Health: An Introduction“. In: *Health and Human Rights : a Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 29–34.

Jones, Peris. 2009a. „Conceptualizing Human Rights and ‚Access‘ to Medicine“. In: *AIDS Treatment and Human Rights in Context*. New York: Palgrave Macmillan, S. 47–72.

Jones, Peris. 2009b. „Conculsion. Toward Treatment, Rights and Accountability“. In: *AIDS Treatment and Human Rights in Context*. New York: Palgrave Macmillan, S. 159–167.

Jones, Peris. 2009c. „Introduction“. In: *AIDS Treatment and Human Rights in Context*. New York: Palgrave Macmillan, S. 1–24.

Jones, Peris. 2009d. „Social Acceptability: Stigma, Social Attitudes and the ARV Information Gap“. In: *AIDS Treatment and Human Rights in Context*. New York: Palgrave Macmillan, S. 115–127.

Kabir, M.; Krishnan, T.N.. 1996. „Social Intermediation and Health Changes: Lessons from Kerala“. In: *Health, Poverty and Development in India*. Hrsg. Das Gupta, Monica; Chen, Lincoln C.; Krishnan, T.N.. New Delhi: Oxford University Press, S. 239–261.

Karnataka.com. 2012. „Bangalore Facts | Temperature | Rainfall“. <http://www.karnataka.com/bangalore/facts/> (Zugegriffen März 6, 2012).

Kennedy, Duncan. 2006. „Legal Consciousness“. In *The Rise and Fall of Classical Legal Thought*, Washington DC: Beard Books, p. 7–36. http://duncankennedy.net/documents/r%26f_clt/Chapter%201.%20Legal%20Consciousness.pdf. (Zugegriffen: September 9, 2011)

Kessler, Manuela. 2007. „Indien - Größte Demokratie der Welt - Nehru-Gandhi-Clan“. http://www.bpb.de/themen/XHVKA0,0,Die_indischen_Kennedys.html (Zugegriffen Februar 24, 2012).

Kumar, AK Shiva; Chen, Lincoln C.; Choudhury, Mita; Ganju, Shiban; Mahajan, Vijay; Sinha, Amarjeet; Sen, Abhijit. 2011. „Financing health care for all: challenges and opportunities“. *The Lancet* 377(9766): S. 668–679.

Kundu, Soma. 2010. „Differentials in Health Care Access in India: The Case of MCH Services“. *Indian Journal of Gender Studies* 17(1): S. 105–133.

Kunitz, Stephen. 1994. „Conclusion“. In: *Disease and Social Diversity: The European Impact on the Health of Non-Europeans*, New York: Oxford University Press, S. 175–202.

Lutz, Wolfgang. 2006. „Global Demographic Trends, Education and Health“. In: *Interactions between Global Change and Human Health*. Hrsg. Pontificia Academia Scientiarum. Vatican City: Pontifical Academy of Sciences, S. 252–268.

Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Gostin, Lawrence; Brennan, Troyen; Lazzarini, Zita; Fineberg, Harvey. 1999. „Health and Human Rights“. In: *Health and Human Rights: a Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 7–20.

Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George. 1999. „Introduction“. In: *Health and Human Rights: a Reader*. Hrsg. J Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 1–3.

Mann, Jonathan M. 1999. „Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights“. In: *Health and Human Rights: A Reader*. Hrsg. Mann, Jonathan; Gruskin, Sofia; Grodin, Michael A.; Annas, George J.. New York, London: Routledge, S. 439–452.

Maschewsky-Schneider, Ulrike; Babitsch, Birgit; Fuchs, Judith; Hahn, Daphne. 2002. „Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung: Geschichte, Themen und Methoden“. In: *Innovation durch New Public Health*, Organisation und Medizin. Hrsg. Flick, Uwe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 154–171.

Mathauer, Inke. 2009. „Capacity Development in the Health Sector: Better Health through Healthy Governance“. In: *Capacity development for good governance*. Hrsg. Ernstorfer, Anita. Baden-Baden; Eschborn: Nomos; GTZ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, S. 90–123.

Mayring, Philipp. 2002. *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.

Mayring, Philipp. 2007. „Qualitative Inhaltsanalyse“. In: *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Hrsg. Flick, Uwe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl., S. 468–

Mayring, Philipp. 2010. *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 11., aktual., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Merry, Sally Engle. 1992. „Anthropology, Law, and Transnational Process“. *Annual Review of Anthropology* 21: S. 357–379.

Ministry of Health and Family Welfare. 2002. „National Health Policy 2002“. http://mohfw.nic.in/NRHM/Documents/National_Health_policy_2002.pdf (Zugegriffen November 2, 2011).

Ministry of Health and Family Welfare. 2008. „Rural Health Care System in India“. <http://mohfw.nic.in/Bulletin%20on%20RHS%20-%20March,%202008%20-%20PDF%20Version/Rural%20Health%20Care%20System%20in%20India.pdf> (Zugegriffen März 5, 2011).

Mukhopadhyay, Susmita; Ray, Subha; Bhatia, Jagdish. 2004. „Mother’s Perceptions and Attitudes towards Maternal Morbidity in Rural West Bengal: Findings from Focus Group Discussions“. *Indian Journal of Gender Studies* 11(3): S. 369–387.

Munger, Frank. 2006. „Culture, Power, and Law: Thinking About the Anthropology of Rights in Thailand in an Era of Globalization“. *New York Law School Review* 51: S. 817–838.

Munger, Frank. 2007. „Constitutional Reform, Legal Consciousness, and Citizen Partizipation in Thailand“. *Cornell Inerntatinal Law Journal* 40(2): S. 455–476.

Nandraj, Sunil. 1997. „Unhealthy prescriptions: The need for health sector reform in India“. <http://cehat.org/publications/pa24a63.html> (Zugegriffen Mai 6, 2011).

Narayan, Ravi. 2011. „Universal health care in India: missing core determinants“. *The Lancet* 377(9769): S. 883–885.

Narayan, R.; Schuftan, C.. 2008. „80. The People's Health Movement: A People’s Campaign for Health for All - Now!“ In: *International Encyclopedia of Public Health*. Hrsg. Heggenhougen, K.; Quah, S.. San Diego: Academic Press. <http://humaninfo.org/aviva/ch83.htm> (Zugegriffen November 3, 2011).

Narayan, Ravi; Unnikrishnan, PV. 2003. *Health for all now! Revive Alma Ata*. Bangalore: National Printing Press.

Noack, Horst R. 2001. „Zum Geleit: Sozialer Zusammenhalt“. In: *Kranke Gesellschaften: Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Hrsg. Wilkinson, Richard. Wien; New York: Springer.

Nohlen, Dieter. 2002. *Lexikon Dritte Welt: Länder, Organisationen, Theorien, Begriffe, Personen*. Vollst. überarb. Neuausg., 99. - 107. Tsd. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

OHCHR, Office of the High Commissioner for Human Rights. 2007. „Human Rights Treaty Bodies“. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/treaty/index.htm> (Zugegriffen September 3, 2011).

OHCHR, Office of the High Commissioner for Human Rights. 2011. „International Law“. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx> (Zugegriffen September 3, 2011).

Pädagogische Hochschule Freiburg. 2008. „Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring“. <https://www.ph-freiburg.de/projekte/quasus/einstiegstexte-in-methoden-der-qualitativen-sozial-unterrichts-und-schulforschung/datenauswertung/auswertungsmethoden/qual-inhaltsanalyse/qualitative-inhaltsanalyse-nach-mayring.html> (Zugegriffen April 12, 2012)

Palmer, Natasha; Mills, Anne; Wadee, Haroo; Gilson, Lucy; Schneider, Helen. 2003. „A new face for private providers in developing countries: what implications for public health?“ *Bulletin of the World Health Organisation* 81(4): S. 292–297.

Patel, Vikram; Chatterji, Somnath; Chisholm, Dan; Ebrahim, Shah; Gopalakrishna, Guruaj; Mathers, Colin; Mohan, Viswanathan; Prabhakaran, Dorairaj; Ravindran, Ravilla D.; Reddy, K Srinath. 2011. „Chronic diseases and injuries in India“. *The Lancet* 377: S. 413–428.

Patel, Vikram; Kumar, A K Shiva; Paul, Vinod K.; Rao, Krishna D.; Reddy, K. Srinath. 2011. „Universal health care in India: the time is right“. *The Lancet* 377(9764): S. 448–449.

Paul, Vinod Kumar; Sachdev, Harshpal Singh; Mavalankar, Dileep; Ramachandran, Prema; Sankar, Mari Jeeva; Bhandari, Nita; Sreenivas, Vishnubhatla; Sundararaman, Thiagarajan; Govil, Dipti; Osrin, David. 2011. „Reproductive health, and child health and nutrition in India: meeting the challenge“. *The Lancet* 377: S. 332–349.

Pearce, Neil; Smith, Davey. 2003. „Is Social Capital the Key to Inequalities in Health?“ *American Journal of Public Health* 93(1): S. 123–129.

People's Health Movement. 2000. „People's Charta for Health“. <http://www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf> (Zugegriffen November 3, 2011).

Petchesky, Rosalind. 2003. „Implementing International Norms at the National Level“. In: *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. London, New York: Zed Books; United Nations Research Institute for Social Development - Distributed in the USA by Palgrave, S. 188–246.

Petchesky, Rosalind. 2003a. „HIV/AIDS and the Human Right to Health: on a Collision Course with Global Capitalism“. In: *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. London, New York: Zed Books; United Nations Research Institute for Social Development - Distributed in the USA by Palgrave, S. 76–132.

Petchesky, Rosalind. 2003b. „The UN Conferences as Sites of Discursive Struggle: Gains and Fault Lines“. In: *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. London, New York: Zed Books; United Nations Research Institute for Social Development - Distributed in the USA by Palgrave, S. 31–75.

Petchesky, Rosalind. 2003c. „Transnationalizing Women’s Health Movements“. In: *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. London, New York: Zed Books; United Nations Research Institute for Social Development - Distributed in the USA by Palgrave, S. 1–30.

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika. 2010. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3., korrigierte Aufl. München: Oldenbourg.

Qadeer, Imrana; Visvanathan, Nalini. 2004. „How Healthy Are Health and Population Policies? The Indian Experience“. In: *Unhealthy Health Policy*. Hrsg. Castro, Arachu; Singer, Merrill. Walnut Creek Calif.: AltaMira Press, S. 145–160.

Raiser, Thomas. 2007. „Woher kommt unser Rechtsbewusstsein? | Doku & Debatte - Frankfurter Rundschau“. <http://www.fr-online.de/politik/doku---debatte/woher-kommt-unser-rechtsbewusstsein/-/1472608/2867790/-/index.html> (Zugegriffen August 19, 2011).

Raj, Anita. 2011. „Gender equity and universal health coverage in India“. *The Lancet* 377: S. 618–619.

Rao, Arati. 2006. „Universal care - still miles to go“. <http://www.indiatogether.org/2006/oct/hlt-nocare.htm> (Zugegriffen Mai 6, 2011).

Rao, Mohan; Jain, Devaki. 2003. „Sculping Population Policies: Some Issues“. *Indian Journal of Gender Studies* 10(1): S. 77–116.

Reddy, K Srinath; Patel, Vikram; Jha, Prabhat; Paul, Vinod K.; Kumar, A K Shiva; Dandona, Lalit. 2011. „Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action“. *The Lancet* 377(9767): S. 760–768.

Ricciardelli, Michael. 2010. „Former UN Special Rapporteur Paul Hunt on International Law & Health as a Human Right & the Human Rights Responsibilities of Pharmaceutical Companies : HEALTH REFORM WATCH“. <http://www.healthreformwatch.com/2010/04/19/former-un-special-rapporteur-paul-hunt-on-international-law-health-as-a-human-right-the-human-rights-responsibilities-of-pharmaceutical-companies/> (Zugegriffen Februar 13, 2012).

Ronsmans, Carine. 2001. „Maternal Mortality in Developing Countries“. In: *Nutrition and health in Developing countries*, Nutrition and Health. Hrsg. Semba, Richard D.; Bloem, Martin W.. Totowa, NJ: Humana Press, S. 31–57.

Rosenbrock, Rolf. 2002. „Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden - Gesundheit fördern“. In: *Innovation durch New Public Health*, Organisation und Medizin. Hrsg. Flick, Uwe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 20–39.

Sandberg, Kirsten. 2009. „Children’s Right to Participate in Health Care Decisions“. In: *Human Rights, Dignity and Autonomy in Healthcare and Social Services: Nordic Perspectives*. Hrsg. Sinding Aasen, Henriette; Halvorsen, Rune; Barbosa da Silva, António. Antwerpen, Oxford, Portland: Intersentia, S. 71–88.

Schmidt, Lothar R. 2002. „Forschungslinien in Gesundheitspsychologie und Public Health“. In: *Innovation durch New Public Health, Organisation und Medizin*. Hrsg. Flick, Uwe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S. 43–62.

Schroeder, Dirk G. 2001. „Malnutrition“. In: *Nutrition and health in Developing countries, Nutrition and Health*. Hrsg. Semba, Richard D.; Bloem, Martin W.. Totowa, NJ: Humana Press, S. 393–426.

Scrimshaw, Nevin. S. 2001. „Foreword“. In *Nutrition and health in Developing countries, Nutrition and Health*. Hrsg. Semba, Richard D.; Bloem, Martin W.. Totowa, NJ: Humana Press, p. ix–x.

Semba, Richard D. 2001. „Nutrition and Development“. In: *Nutrition and health in Developing countries, Nutrition and Health*. Hrsg. Semba, Richard D.; Bloem, Martin W.. Totowa, NJ: Humana Press, S. 1–30.

Semba, Richard D., und Martin W. Bloem. 2001. „Preface“. In: *Nutrition and health in Developing countries, Nutrition and Health*. Hrsg. Semba, Richard D.; Bloem, Martin W.. Totowa, NJ: Humana Press, S. xi–xiii.

Sengupta, Amit; Prasad, Vandana. 2011. „Towards a truly universal Indian health system“. *The Lancet* 377: S. 702–703.

Shah, Mahendra M.; Fischer, Guenther; Van Velthuisen, Harrij. 2006. „Food, Water, Health, and Infectious Diseases: Focus on Global Change“. In: *Interactions between Global Change and Human Health*. Hrsg. Pontificia Academia Scientiarum. Vatican City: Pontifical Academy of Sciences, S. 230–251.

Sharma, Kalpana. 2005. „Viewing health as an inalienable right“. <http://www.indiatogether.org/2005/oct/ksh-health.htm> (Zugegriffen November 1, 2011).

Shukla, Abhay; Phadke, Anant. 1999. „Health Movement in India“. *Health in Action* 12(12): 6–9.

Silbey, Susan. 2001. „Legal Culture and Legal Consciousness“. In: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Hrsg. Smelser, Neil. Amsterdam; New York: Elsevier, S. 8624–8629. http://web.mit.edu/anthropology/faculty_staff/silbey/pdf/14iebss.pdf. (Zugegriffen Juli 31, 2011)

Silbey, Susan. 2005. „After Legal Consciousness“. *Annual Review of Law and Social Science* (1): S. 323–368.

Silbey, Susan. 2008. „New Oxford Companion to Law - Legal Consciousness“. http://web.mit.edu/~ssilbey/www/pdf/Legal_consciousness.pdf. (Zugegriffen Juli 31, 2011)

Sinding Aasen, Henriette. 2009a. „Autonomy, Human Dignity and Treatment of Individuals with Cognitive Impairment“. In: *Human Rights, Dignity and Autonomy in Healthcare and Social Services: Nordic Perspectives*. Hrsg. Sinding Aasen, Henriette; Halvorsen, Rune; Barbosa da Silva, António. Antwerpen, Oxford, Portland: Intersentia, S. 105–127.

Sinding Aasen, Henriette. 2009b. „Dignity and Human Rights in the Modern Welfare State“. In: *Human Rights, Dignity and Autonomy in Healthcare and Social Services: Nordic Perspectives*. Hrsg. Sinding Aasen, Henriette ; Halvorsen, Rune; Barbosa da Silvia, António. Antwerpen, Oxford, Portland: Intersentia, S. 53–68.

Singer, Merrill; Castro, Arachu. 2004. „Introduction Anthropology and Health Policy: A Critical Perspective“. In: *Unhealthy Health Policy*. Hrsg. Castro, Arachu; Singer, Merrill. Walnut Creek, Calif.: AltaMira Press, S. xi–xx.

Soumitra, Basu. 2007. „Health Care and Family Support among the Elderly - An Insight from Kolkata“. In: *IUAES International Congress on Mega Urbanization, Multi-ethnic Society, Human Rights, and Development*. Hrsg. Chaudhuri, Buddhadeb; Chaudhuri, Sumita. New Delhi: Inter-India Publications, S. 203–218.

Sudarshan, Hanumappa; Prashanth Ns. 2011. „Good governance in health care: the Karnataka experience“. *The Lancet* 377: S. 790–792.

Tarafdar, Pinak. 2007. „Health Development: Displacement of Traditional Culture“. In: *IUAES International Congress on Mega Urbanization, Multi-ethnic Society, Human Rights, and Development*. Hrsg. Chaudhuri, Buddhadeb; Chaudhuri, Sumita. New Delhi: Inter-India Publications, S. 162–173.

Tharu, Reeja. 2009. „THE NATIONAL HEALTH BILL - 2009 | MedIndia“. <http://www.medindia.net/news/indiaspecial/THE-NATIONAL-HEALTH-BILL-2009-49956-1.htm> (Zugegriffen Februar 27, 2012).

The Hindu. 2010. „Expert group on universal health coverage set up“. *The Hindu*. <http://www.thehindu.com/health/policy-and-issues/article838394.ece> (Zugegriffen November 1, 2011).

The World Bank. 2011a. „India - Data“. <http://data.worldbank.org/country/india> (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

The World Bank. 2011b. „India - India Country Overview September 2011“. <http://www.worldbank.org.in/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/INDIAEXTN/0,,contentMDK:20195738~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:295584,00.html> (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

The World Bank. 2011c. „Poverty - Listen to the Voices“. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20612465~isCURL:Y~menuPK:336998~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html> (Zugegriffen November 4, 2011).

The World Bank. 2011d. *Poverty and Social Exclusion in India*. Washington, D.C. :: World Bank. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/04/25/000333037_20110425011808/Rendered/PDF/613140PUB0pove158344B09780821386903.pdf.

UNDP. 2010. *Human Development Report 2010. 20th Anniversary Edition. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*. New York: Palgrave Macmillan. <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/>.

UNDP. 2011a. „International Human Development Indicators - India“. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/IND.html> (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

UNDP. 2011b. „The Human Development Index (HDI)“. <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/> (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

United Nations. 1948. „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte - Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948“. <http://www.un.org/Depts/german/grunddok/ar217a3.html> (Zugegriffen April 25, 2011).

United Nations. 1950. *Yearbook of the United Nations 1948-1949*. Lakes Success, New York: United Nations Publications.

United Nations. 1966a. „International Covenant on Civil and Political Rights“. <http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm> (Zugegriffen September 5, 2011).

United Nations. 1966b. „International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights“. <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm> (Zugegriffen September 5, 2011).

United Nations. 1996. „Fact Sheet No.2 (Rev.1), The International Bill of Human Rights“. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet2Rev.1en.pdf> (Zugegriffen September 3, 2011).

United Nations. 1998. „Universal Declaration of Human Rights“. <http://www.un.org/rights/HRToday/declar.htm> (Zugegriffen September 2, 2011).

United Nations. 2000. „United Nations Millennium Declaration“. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf> (Zugegriffen Februar 18, 2012).

United Nations. 2010. „UN Chronicle - Paul Hunt“. <http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/home/articlesbyauthor/fj/paulhunt> (Zugegriffen Februar 13, 2012).

United Nations. 2011a. „The Universal Declaration of Human Rights - History of the Document“. <http://www.un.org/en/documents/udhr/history.shtml> (Zugegriffen September 2, 2011).

United Nations. 2011b. „The Universal Declaration of Human Rights - The Foundation of International Human Rights Law“. http://www.un.org/en/documents/udhr/hr_law.shtml (Zugegriffen September 2, 2011).

United Nations. 2012a. „United Nations | Member States“. <http://www.un.org/en/members/pomembership.shtml> (Zugegriffen April 12, 2012)

United Nations. 2012b. „Millennium Development Goals | UNDP“. <http://www.beta.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html> (Zugegriffen Februar 18, 2012).

United Nations. o.J. „Herbert Vere Evatt (Australia)“. <http://www.un.org/en/ga/president/bios/bio03.shtml> (Zugegriffen April 13, 2012)

United Nations Association in Canada. 1998. „The UDHR Background Information“. <http://www.unac.org/rights/actguide/udhr.html> (Zugegriffen September 2, 2011).

US Department of State. 2010. „Background Note: India“. <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3454.htm> (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

Visaria, Pravin; Gumber, Anil. 1996. „Socio-economic Differentials in Patterns of Health Care Access and Utilization“. In: *Health, Poverty and Development in India*. Hrsg. Das Gupta, Monica; Chen, Lincoln C.; Krishnan, T.N.. New Delhi: Oxford University Press, S. 50–84.

Werner, David. 1995. „Who killed primary healthcare?“ *The New Internationalist* (272). http://www.healthwrights.org/hw/content/articles/who_killed.htm (Zugegriffen September 9, 2011).

Werner, David. 2000. „Breaking the grip of globalization on poverty-related ill-health. A perspective from the North.“ <http://www.healthwrights.org/hw/articles> (Zugegriffen September 9, 2011).

Werner, David. 2001. „Insuring the necessary resources for the human right to health: national and international measures“. <http://www.healthwrights.org/hw/articles> (Zugegriffen September 9, 2011).

Werner, David; Sanders, David. 2001. „Liberation from What? A Critical Reflection on the People’s Health Assembly, 2000“. <http://www.healthwrights.org/hw/content/newsletters/HW-NL44.PDF> (Zugegriffen September 9, 2011).

Wilkinson, Richard G. 1999. „Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Munater and Lynch“. *International Journal of Health Services* 29(3): S. 523–543.

Wilkinson, Richard. 2001. *Kranke Gesellschaften: Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien, New York: Springer.

WHO - World Health Organisation. 2011a. „India: Health profile“. <http://www.who.int/gho/countries/ind.pdf> (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

WHO - World Health Organisation. 2011b. „WHO | India“. <http://www.who.int/countries/ind/en/> (Zugegriffen Oktober 25, 2011).

WHO/SEARO. 2007. „India - National Health System Profile“. <http://www.searo.who.int/en/Section313/Section1519.htm> (Zugegriffen November 2, 2011).

World Health Organisation. 1946. „WHO constitution 1946 Original“. http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (Zugegriffen Mai 1, 2011).

World Health Organisation. 1998. „Health Promotion Glossary“. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (Zugegriffen November 4, 2011).

World Health Organisation. 2001. „WHO’s Contribution to the World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance: Health and Freedom

from Discrimination“. http://www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699KB.pdf (Zugegriffen November 4, 2011).

World Health Organisation. 2004. „Poverty Reduction Strategy Papers: Their Significance for Health: second synthesis report“. <http://www.who.int/hdp/en/prsp.pdf> (Zugegriffen November 4, 2011).

World Health Organisation. 2005. „WHO constitution 2005 (adopted amendments from the 51st World Health Assembly are based on the first constitution from 1946)“. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Zugegriffen April 26, 2011).

World Health Organisation. 2011. „WHO | Countries“. <http://www.who.int/countries/en/> (Zugegriffen Mai 7, 2011).

World Health Organisation. 2012a. „WHO | Frequently asked questions“. <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> (Zugegriffen Februar 6, 2012).

World Health Organisation. 2012b. „WHO | About WHO“. <http://www.who.int/about/en/index.html> (Zugegriffen Februar 6, 2012).

World Health Organisation. 2012c. „WHO | Countries“. <http://www.who.int/countries/en/> (Zugegriffen April 12, 2012).

World Health Organization. 2005. *Health and the Millennium Development Goals*. Geneva Switzerland: World Health Organization. http://www.who.int/hdp/publications/mdg_en.pdf (Zugegriffen November 4, 2011).

8 Anhang

Kurzfassung:

Gestützt auf das in Artikel 25 der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* festgehaltene Recht auf Gesundheit fokussiert diese vorliegende Arbeit auf das dafür vorhandene Rechtsbewusstsein (*legal consciousness*) in Indien.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass lediglich 20 Prozent der indischen Gesundheitsleistungen öffentlicher Natur und folglich 80 Prozent privat sind, wird untersucht, welche Rolle in diesem Zusammenhang Rechtsbewusstsein über das Recht auf Gesundheit - was somit bedeutet, dass die Regierung legal verpflichtet ist, akzeptable und qualitativ gute Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen - bei der Akzeptanz und Inanspruchnahme öffentlicher Gesundheitsdienste in Indien spielt.

Anhand einer empirischen Erhebung in Bengaluru (Karnataka, Indien) wird einerseits analysiert, wie präsent zunächst das Wissen und die Vorstellung über das Recht auf Gesundheit (Rechtsbewusstsein) in der Bevölkerung ist und andererseits wie sehr dieses Wissen die Wahl des beanspruchten Gesundheitsanbieters beeinflusst oder ob andere Faktoren - wie beispielsweise Qualität oder Vertrauen in das System - möglicherweise relevanter sind.

Zentral für diese vorliegende Studie ist weiters, welche Erwartungen an das öffentliche indische Gesundheitssystem gestellt werden sowie welche Gründe zu einer Providerwahl führen. Besonderer Wert wird dabei darauf gelegt, ob je nach sozio-ökonomischer Zugehörigkeit Differenzen feststellbar sind.

Abstract:

Based on the Right to Health as defined in Article 25 of the *Universal Declaration of Human Rights*, this paper attempts to analyse the extent of legal consciousness of this right in India.

In consideration of the fact that only 20 per cent of the Indian health care services are public and therefore 80 per cent are private, this paper explores the relevance of the role of legal consciousness of the Right to Health in the acceptance of public health care services by the citizens of India. The recognition of the Right to Health means the Government of India is legally obliged to guarantee all its citizens accessible and quality health care services.

An empirical field survey was conducted in Bengaluru (Karnataka, India) in order to determine the current level of knowledge, ideas and awareness (legal consciousness) regarding the Right to Health among the Indian population and further also to analyse the extent to which this knowledge is used in choosing a health care provider or if other related factors - such as quality, confidence or trust - are possibly more essential in making such a decision.

This study also focuses on the population's expectations from the public health care system and the specific reasons for choice of (public or private) health care providers. Finally, the study also delves into the impact of socio-economic differences (where applicable) in knowledge about and interpretation of this Right to Health and in making such choices and how those outcomes are inter-related.

Lebenslauf von Lena Katharina Pichler

Angaben zur Person:

Name	Lena Katharina Pichler
Wohnort	Österreich
e-mail	lenkapichler@gmx.at
Staatsangehörigkeit	Österreich
Geburtsdatum	03.05.1987

Ausbildung:

Datum	Seit Oktober 2007 bis Juni 2012
Name der Bildungseinrichtung	Universität Wien
Hauptfach	Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung
Datum	1997 bis 2005
Name der Bildungseinrichtung	Bundesgymnasium Blumenstraße , Bregenz: Europaklasse
Hauptfächer	Englisch, Französisch, Spanisch, Deutsch, Mathematik
Erworbene Qualifikation	Abschluss mit österreichischem Reifeprüfungszeugnis (guter Erfolg) Fächer: Deutsch, Mathematik, Englisch, Französisch, Psychologie-Philosophie
Datum	1993-1997
Name der Bildungseinrichtung	Volksschule Hörbranz, Vorarlberg

Sonstiges und Weiterbildungen:

Eigenständige empirische Forschung zum Thema Menschenrechte und öffentliche Gesundheit in **Indien** (Bengaluru) im Rahmen der Diplomarbeit (November 2011 – Januar 2012)

Praktikum bei der Austrian Development Agency im Referat Qualitätssicherung und Wissensmanagement (Februar bis April 2011)

Co-Projektleitung/Co-Organisation/Co-Planung des Projekts Tsum Valley in Nepal Praxiserfahrung im Rahmen des Studiums *Internationale Entwicklung*: EZA im Bereich Bildung, Ökotourismus, Umwelt, Spendengelder-Sammlung (September-Oktober 2009)

Auslandsaufenthalt in Indien: bereits aus persönlichem Interesse in Hinblick auf Diplomarbeit erfolgte eine Auseinandersetzung mit Land/Kultur (November 2009 – Februar 2010)

Auslandsaufenthalt in Australien für 9 Monate (Dezember 2006 bis September 2007), u.a. 6 Monate Kinderbetreuung als „Au Pair“

Freiwilliges Soziales Jahr in **Bolivien** für 10 Monate (Juli 2005 bis Mai 2006)

Teilnahme am **MEP** (Model European Parliament) in **Österreich** (Januar 2004) und **Slowenien** (September 2004)

Auslandstrimester am Colegio Humboldt in **Mexico-Stadt** (Jänner bis Mai 2003)

1. Platz beim **SFA-Englisch-Redewettbewerb** im Land Vorarlberg der 8. Schulstufe

Sprachliche Kompetenzen:

Muttersprache	Deutsch		
Sonstige Sprachen:	Englisch C1	Französisch B2	Spanisch B1
Lesen	sehr gut	sehr gut	sehr gut
Sprechen	sehr gut	sehr gut	sehr gut
Schreiben	sehr gut	gut	gut

Sprachzertifikate:

IELTS (International English Language Testing System) Exam an der University of South Australia (30.05.2007)

DEL F (Diplôme d'études en langue française), letzter Teil der Prüfung 2005

Berufserfahrung:

Datum **Februar bis April 2011, 30h/Woche**
Arbeitsgeber **Austrian Development Agency (ADA)**, Zelinkagasse 2, 1010 Wien
Referat Qualitätssicherung und Wissensmanagement
Leitung: Dr. Margit Scherb
Branche und Tätigkeit: **OEZA** (Österreichische Entwicklungszusammenarbeit), Volontärin

Datum **September, Oktober 2009**
Arbeitsgeber Privat in Co-Operation mit der nepalesischen NGO *Yonsed*
Branche und Tätigkeit **EZA-Projekt Tsum Valley, Himalaya, Nepal**: Co-Projektleiterin und Co-Organisatorin

Datum **20.07.2005 – 05.05.2006**
Arbeitgeber Granja Hogar, San Ignacio de Velasco, Santa Cruz, Bolivien
Branche und Tätigkeit **Freiwilliges soziales Jahr** an einem Internat für Mädchen

Datum **seit 2007 (studiumsbegleitend)**
Gastronomie und Promotion Diverse Jobs im Bereich Gastronomie, Service und Promotion
(Restaurant Mövenpick Zürich Paradeplatz, Gabriel Catering, Eurojobs, Styria Media Multi Media AG, Pep Promotion)

Führerschein: B-Führerschein

Interviewleitfaden: Problemzentrierte Interviews: (English Version)

Vorstellung Pichler:

Ich stelle mich als erstes vor, bedanke mich, frage ob es OK ist, das Interview mit Diktiergerät aufzunehmen
Kurze Erklärung, worum es in meiner Forschung geht.

Anmerkung: Alle Fragen sind offene Einstiegsfragen, die mit „•“ gekennzeichneten Fragen und Notizen sind Stichworte für mich selbst und dienen lediglich als Hilfestellung. Auf diese Punkte würde ich gerne eingehen, bzw. noch weitere Informationen erhalten und dienen als Grundlage für mögliche ad hoc Fragen (falls diese oder ähnliche Themenbereiche nicht automatisch angesprochen werden). Natürlich werden nicht alle Fragen so wie sie da stehen auch tatsächlich gefragt werden, sie sollen nur für mich als Hilfe dienen, auch die Reihenfolge ist natürlich nicht festgelegt. Interview soll offen verlaufen.

Question 00: Introduction

00: Could you please briefly introduce yourself and tell me something about yourself?

- I want to find out about:
 - name, age
 - occupation (income)
 - origin
 - family

Question 01: Health

01.01: Since my thesis deals with the issue of health, I would first like to know what you understand by the term “health”? What does “health” mean for you personally?

- Possible answers:
 - without discomfort, disease-free
 - sufficient food, can fulfill my duties
 - happy, feel good in the body
 - other ideas than those mentioned?

01.02: How important is the concept of “health” for you? How often do you think about your health?

01.03: Other health related factors?

- What are your thoughts about other factors when you think of health (food, water, hygiene, etc.) Do you realise that these factors are related to health?

Question 02: Illness and seeking medical treatment (medical clinics and practitioners)

02.01 If you have any sort of medical condition (no matter how big or small), what do you do?

- Go to doctor/hospital?

02.02 How long do you wait until you go to a doctor? How serious must the condition be before you seek help?

02.03 Where do you get the information from which health care facility or provider to choose?

02.04 What factors are particularly important to you in choosing a (specific) doctor?

- Experience, advice from friends or family, quality of medical treatment and competence, trust, costs, dignified treatment, respect, equality
- What do you expect from a doctor?
- Quality, trust, dignity, respect → How do you interpret those terms?
- What qualities would you describe your physician is having? Are you satisfied with your doctor?
- How important are these criteria? And how important is the idea of the Right to Health in your choice of a doctor? (Are those criteria mentioned maybe more important than your right to health?)
- What is the importance of social capital and/or social relationships?

Question 03: Type of current health care provider being seeked: (public or private health care services)

03.01 What kind of doctor do you go to and why? (If the answer was that a doctor is sought in response to Q02.01)

- Public / Private?
- Why??

03.02 Do you have insurance?

- Yes/no, what kind of insurance?

03.03 What is your experience with the other option? Have you tried the other option? Have there been any changes in the past by the choice of provider?

- Will/Has anything change(d) in your choice of doctor? (Change of residence, social ascent / descent / depends on salary / monetary possibilities)

03.04 What is your experience with (or what perception of) public health services?

- Long lines, unfriendly doctor - irreverent, not dignified handling, etc.?

03.05. Knowledge about Public Health Care Services in Bangalore (Bengaluru)?

- How much (well) are you informed about public health institutions? What do you know about public health services in Bangalore?

Question 04: Legal consciousness and knowledge about the right to health

4.01 How much are you aware that you (theoretically) have the right to health and thus the legal entitlement to health services? Do you know about this right?

- Has person ever heard of it? Never heard of it / Have heard of it /it kind of rings a bell
- If interviewee has heard about it, from where or from who?
- What is the role of “health movements” (NGOs etc.), when it comes to being informed about the human right to health?
- *Perhaps it is necessary to explain to the interviewee the above terms on human rights, etc. and that the Republic of India has a responsibility to ensure health services to all its citizens*

4.02 How well informed are your friends or family about this right?

- How well do you think your friends / acquaintances / family are informed of that right? How much do they want to or claim it?

4.03 What do you understand by it? How do you interpret this right yourself?

- What is the interviewee’s understanding of the right to health (and maybe human rights? Alma Ata? Health reform)

4.04 Implementation of the Right to Health in India?

- Implementation of the right to health in India? (opinion about public health care services)
- What do the interviewees think of quality, acceptability, access to public health? What is their level of satisfaction?

- What role does the government play (information and guaranteeing this right to health)?

4.05 How important or relevant is the idea of having a legislated Right to Health?

- With is the knowledge that you have about the right to public health, does it (this knowledge) influence your choice of doctor as a result?
- How do you think the right to health (the awareness about that right) affects the choice of your doctor or provider (public/private)?
- How satisfied are you with the Indian health care in the public sector? (acceptability, quality, availability, affordability, accessibility)
- Do you deem it important to avail of this right to health?
- How well do you think your friends / acquaintances / family are informed of that right? How much do they want to or claim it?

Question 05: Final Questions and Right to Health in Future

5.01 Would you seek public health care services and exercise your right in future?

5.02 Under what conditions will you seek this right?

- What should be done to make the public health services more attractive?
- Or are other factors such as confidence and trust/access/acceptance more important to you than your actual right to it in accepting public health care?

5.03 If there were a greater awareness of the right to health, would there be (in your opinion) better public health services and thus greater use and acceptance of these services by people who currently seek private health care?

Interviewleitfaden: ExpertInnen Interview mit Arima Mishra vom IPH Bangalore: (English Version)

Vorstellung Pichler:

Ich stelle mich als erstes vor, bedanke mich, frage ob es OK ist, das Interview mit Diktiergerät aufzunehmen

Kurze Erklärung, worum es in meiner Forschung geht.

Anmerkung: Alle Fragen sind offene Einstiegsfragen, die mit „•“ gekennzeichneten Fragen und Notizen sind Stichworte für mich selbst und dienen lediglich als Hilfestellung. Auf diese Punkte würde ich gerne eingehen, bzw. noch weitere Informationen erhalten und dienen als Grundlage für mögliche ad hoc Fragen (falls diese oder ähnliche Themenbereiche nicht automatisch angesprochen werden). Natürlich werden nicht alle Fragen so wie sie da stehen auch tatsächlich gefragt werden, sie sollen nur für mich als Hilfe dienen, auch die Reihenfolge ist natürlich nicht festgelegt. Interview soll offen verlaufen.

Question 00: Introduction

00: Could you please introduce yourself and briefly explain your role, that of IPH and your area of expertise?

- Who are your/their clients? (Social class, caste, urban rural, poor/rich)
- Tasks of IPH?
- IPH also is working in the public health sector
- Involved in the Public Health debate?
- (No further definitions or explanation needed, I assume Arima Mishra is well informed about the theory “right to health” and various terms)

Question 01: Importance of Health

01.01 How would you describe your clients’ awareness of their health and its importance?

- Is there a general consensus or average state or does it vary from client to client (are there variations regarding class/caste/gender/region etc.)?
- How well informed are they on other factors that directly affect their health (food, hygiene, education etc.) and how seriously are these taken?
- When do they tend to think about their health most? During times of illness particularly or is it something they consciously think about during their everyday lives?
- *Note: most of my interview partners are quite aware of their health and also combined factors, but non of them are extreme poor and live in the city*

Question 02: India's Health Accessibility, Public Health Care and the Right to Health

02.01 Could you describe India's current situation of public health, please?

02.02 To what extent is the human right to health respected in India (from a government perspective, implementation etc.)?

- Does the state actively try and implement this right in any real or tangible sense? I'm aware that there exist many plans and policies that AIM to do this, but are you aware of any that actually work or will do so?
- What do you think are the biggest deficits? Which/What must be recognized as the first?
- What is your opinion about factors such as quality, acceptance, acceptance, availability, etc. and other health related factors such as food, education etc.

Question 03: Legal Consciousness and seeking public health care

03.01 What do you personally understand by the term *legal consciousness* and the Right to Health?

03.02 What are your experiences or the experiences of the IPH in relation to legal consciousness on health and in the nexus to public health?

- How well are the majority of Indians informed about this right?
- How much / how little? What role does the state play in the (un) awareness of this right?
- How much does knowing their rights, in your opinion, affect the use of health services?
- Which health services are preferred by your clients? Public or private? → Why? Why not?
- Would you agree that Health Movements are existent in India? Would you say that these groups campaigned for the right to health? Can they reach the masses? How effective are they?
- There is lot of literature about these Health Movements. Do you think they are successful in actually delivering their information and creating demand and awareness?
What is in your opinion the Importance of information about rights to health (including legal consciousness)?
- To which extent has the information provided by these movements helped "the poor" and disadvantaged in developing an awareness of their right to health and health related factors?
- Do you think that increased access to information and knowledge of this right will have a positive impact on its acceptance, access and quality of public health care? How can information / knowledge about law and legal awareness thus be enhanced (NGOs, campaigns etc.)
- *Note: I found out so far that most of my interview partners have never heard of this right and even after explanation they don't really understand it – have you had similar*

experiences?

None of them have heard of health movements.

**03.03 How do you feel about the role of trust into the public health system in India?
What role does it play and how important is it in relation to legal consciousness?**

- What are your experiences or the experiences of the IPH relating to trust in the public health system?
- What role does trust (compared to the rights awareness) play in actually using those public health services?
- What other factors play a role in choice of doctors or medical choice? (Friends, family, advice, experience, quality) How important are those factors in relation or compared legal consciousness/rights awareness and/or trust? What is more important in your opinion?

Question 04: Final Questions: Right to Health and Outlook
--

- Given India's current situation with its gaps and shortcomings, do you think universal health care can ever be achieved? If so, what needs to be done?
- In general, how important do you think is legal consciousness in the nexus of the right to health and public health care?
- What role will legal consciousness have in achieving this goal?

This interview with Arima Mishra, an expert, can also be used to ensure the quality (quality assurance) of my findings made in the previous interviews with the individual persons.

Kategorien für die Auswertung der Daten:

Kategorien	Subkategorien
1. Gesundheit	1.1 Persönliches Verständnis von Gesundheit 1.2 Wichtigkeit und Bewusstsein der eigenen Gesundheit 1.3 Kenntnis von und Bewusstsein über gesundheitsbeeinflussende Faktoren
2. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	2.1 Aufsuchen von Gesundheitsanbietern 2.2 Zeitraum von Beschwerde-Eintritt bis zum Aufsuchen von Gesundheitsanbietern 2.3 Entscheidungsrelevante Quelle bei Auswahl von Gesundheitsanbietern 2.4 Gewünschte Eigenschaften und Qualitäten bei Gesundheitsprovidern
3. Aktuell angestrebte Form von Gesundheitsleistung (öffentlich oder privat)	3.1 Form des derzeit beanspruchten Gesundheitsservices 3.2 Versicherung 3.3 Veränderung in der Vergangenheit bezüglich der Wahl von Gesundheitsprovidern 3.4 Gründe für die Wahl der entweder öffentlichen oder privaten Gesundheitsleistungen 3.5 Öffentliche Gesundheitsleistungen: Erfahrungen und Vorstellungen 3.6 Informiertheit über öffentliche Gesundheitsangebote in Bengaluru
4. Rechtsbewusstsein – Grad an Wissen über das Recht auf Gesundheit sowie dessen Bedeutung im Nexus öffentlicher Gesundheitsservices	4.1 Bekanntheitsgrad des Rechts auf Gesundheit 4.2. Quelle des möglichen Wissens über das Recht auf Gesundheit 4.3 Grad an Informiertheit über das Recht auf Gesundheit bei Bekannten oder Familie 4.4 Vorstellungen bezüglich bzw. Interpretation des Rechts auf Gesundheit 4.5 Implementierung des Rechts auf Gesundheit in Indien 4.6 Bedeutung des Rechts auf Gesundheit für die aktuelle Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots
5. Das Recht auf Gesundheit in der Zukunft – Rolle und Bedeutung des Rechts sowie Ausblick, Erwartungen und Voraussetzungen des öffentlichen Gesundheitssystems	5.1 Ausübung des Rechts - Bereitschaft bezüglich zukünftiger Inanspruchnahme und Annahme von öffentlichen Gesundheitsleistungen 5.2 Voraussetzungen für die Akzeptanz des öffentlichen Gesundheitsangebots und Erwartungen 5.3 Verbreiteteres Wissen über das Recht auf Gesundheit – Auswirkung auf die Einforderung des Rechts und das öffentliche Gesundheitsangebot

Universal Declaration of Human Rights:

Universal Declaration of Human Rights

Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948

On December 10, 1948 the General Assembly of the United Nations adopted and proclaimed the Universal Declaration of Human Rights the full text of which appears in the following pages. Following this historic act the Assembly called upon all Member countries to publicize the text of the Declaration and "to cause it to be disseminated, displayed, read and expounded principally in schools and other educational institutions, without distinction based on the political status of countries or territories."

PREAMBLE

Whereas recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world,

Whereas disregard and contempt for human rights have resulted in barbarous acts which have outraged the conscience of mankind, and the advent of a world in which human beings shall enjoy freedom of speech and belief and freedom from fear and want has been proclaimed as the highest aspiration of the common people,

Whereas it is essential, if man is not to be compelled to have recourse, as a last resort, to rebellion against tyranny and oppression, that human rights should be protected by the rule of law,

Whereas it is essential to promote the development of friendly relations between nations, Whereas the peoples of the United Nations have in the Charter reaffirmed their faith in fundamental human rights, in the dignity and worth of the human person and in the equal rights of men and women and have determined to promote social progress and better standards of life in larger freedom,

Whereas Member States have pledged themselves to achieve, in co-operation with the United Nations, the promotion of universal respect for and observance of human rights and fundamental freedoms,

Whereas a common understanding of these rights and freedoms is of the greatest importance for the full realization of this pledge,**Now, Therefore THE GENERAL ASSEMBLY proclaims THIS UNIVERSAL DECLARATION OF HUMAN RIGHTS** as a common standard of achievement for all peoples and all nations, to the end that every individual and every organ of society, keeping this Declaration constantly in mind, shall strive by teaching and education to promote respect for these rights and freedoms and by progressive measures, national and international, to secure their universal and effective recognition and observance, both among the peoples of Member States themselves and among the peoples of territories under their jurisdiction.

Article 1.

All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood.

Article 2.

Everyone is entitled to all the rights and freedoms set forth in this Declaration, without distinction of any kind, such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status. Furthermore, no

distinction shall be made on the basis of the political, jurisdictional or international status of the country or territory to which a person belongs, whether it be independent, trust, non-self-governing or under any other limitation of sovereignty.

Article 3.

Everyone has the right to life, liberty and security of person.

Article 4.

No one shall be held in slavery or servitude; slavery and the slave trade shall be prohibited in all their forms.

Article 5.

No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Article 6.

Everyone has the right to recognition everywhere as a person before the law.

Article 7.

All are equal before the law and are entitled without any discrimination to equal protection of the law. All are entitled to equal protection against any discrimination in violation of this Declaration and against any incitement to such discrimination.

Article 8.

Everyone has the right to an effective remedy by the competent national tribunals for acts violating the fundamental rights granted him by the constitution or by law.

Article 9.

No one shall be subjected to arbitrary arrest, detention or exile.

Article 10.

Everyone is entitled in full equality to a fair and public hearing by an independent and impartial tribunal, in the determination of his rights and obligations and of any criminal charge against him.

Article 11.

(1) Everyone charged with a penal offence has the right to be presumed innocent until proved guilty according to law in a public trial at which he has had all the guarantees necessary for his defence.

(2) No one shall be held guilty of any penal offence on account of any act or omission which did not constitute a penal offence, under national or international law, at the time when it was committed. Nor shall a heavier penalty be imposed than the one that was applicable at the time the penal offence was committed.

Article 12.

No one shall be subjected to arbitrary interference with his privacy, family, home or correspondence, nor to attacks upon his honour and reputation. Everyone has the right to the protection of the law against such interference or attacks.

Article 13.

(1) Everyone has the right to freedom of movement and residence within the borders of each state.

(2) Everyone has the right to leave any country, including his own, and to return to his country.

Article 14.

(1) Everyone has the right to seek and to enjoy in other countries asylum from persecution.

(2) This right may not be invoked in the case of prosecutions genuinely arising from non-political crimes or from acts contrary to the purposes and principles of the United Nations.

Article 15.

(1) Everyone has the right to a nationality. (2) No one shall be arbitrarily deprived of his nationality nor denied the right to change his nationality.

Article 16.

(1) Men and women of full age, without any limitation due to race, nationality or religion, have the right to marry and to found a family. They are entitled to equal rights as to marriage, during marriage and at its dissolution.

(2) Marriage shall be entered into only with the free and full consent of the intending spouses.

(3) The family is the natural and fundamental group unit of society and is entitled to protection by society and the State.

Article 17.

(1) Everyone has the right to own property alone as well as in association with others.

(2) No one shall be arbitrarily deprived of his property.

Article 18.

Everyone has the right to freedom of thought, conscience and religion; this right includes freedom to change his religion or belief, and freedom, either alone or in community with others and in public or private, to manifest his religion or belief in teaching, practice, worship and observance.

Article 19.

Everyone has the right to freedom of opinion and expression; this right includes freedom to hold opinions without interference and to seek, receive and impart information and ideas through any media and regardless of frontiers.

Article 20.

(1) Everyone has the right to freedom of peaceful assembly and association.

(2) No one may be compelled to belong to an association.

Article 21.

(1) Everyone has the right to take part in the government of his country, directly or through freely chosen representatives.

(2) Everyone has the right of equal access to public service in his country.

(3) The will of the people shall be the basis of the authority of government; this will shall be expressed in periodic and genuine elections which shall be by universal and equal suffrage and shall be held by secret vote or by equivalent free voting procedures.

Article 22.

Everyone, as a member of society, has the right to social security and is entitled to realization, through national effort and international co-operation and in accordance with the organization and resources of each State, of the economic, social and cultural rights indispensable for his dignity and the free development of his personality.

Article 23.

(1) Everyone has the right to work, to free choice of employment, to just and favourable conditions of work and to protection against unemployment.

(2) Everyone, without any discrimination, has the right to equal pay for equal work.

(3) Everyone who works has the right to just and favourable remuneration ensuring for himself and his family an existence worthy of human dignity, and supplemented, if necessary, by other means of social protection.

(4) Everyone has the right to form and to join trade unions for the protection of his interests.

Article 24.

Everyone has the right to rest and leisure, including reasonable limitation of working

hours and periodic holidays with pay.

Article 25.

(1) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

(2) Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.

Article 26.

(1) Everyone has the right to education. Education shall be free, at least in the elementary and fundamental stages. Elementary education shall be compulsory. Technical and professional education shall be made generally available and higher education shall be equally accessible to all on the basis of merit.

(2) Education shall be directed to the full development of the human personality and to the strengthening of respect for human rights and fundamental freedoms. It shall promote understanding, tolerance and friendship among all nations, racial or religious groups, and shall further the activities of the United Nations for the maintenance of peace.

(3) Parents have a prior right to choose the kind of education that shall be given to their children.

Article 27.

(1) Everyone has the right freely to participate in the cultural life of the community, to enjoy the arts and to share in scientific advancement and its benefits.

(2) Everyone has the right to the protection of the moral and material interests resulting from any scientific, literary or artistic production of which he is the author.

Article 28.

Everyone is entitled to a social and international order in which the rights and freedoms set forth in this Declaration can be fully realized.

Article 29.

(1) Everyone has duties to the community in which alone the free and full development of his personality is possible.

(2) In the exercise of his rights and freedoms, everyone shall be subject only to such limitations as are determined by law solely for the purpose of securing due recognition and respect for the rights and freedoms of others and of meeting the just requirements of morality, public order and the general welfare in a democratic society.

(3) These rights and freedoms may in no case be exercised contrary to the purposes and principles of the United Nations.

Article 30.

Nothing in this Declaration may be interpreted as implying for any State, group or person any right to engage in any activity or to perform any act aimed at the destruction of any of the rights and freedoms set forth herein.