

zeitschrift für menschenrechte

JOURNAL FOR HUMAN RIGHTS

Menschenrechte und Gesundheit

Jahrgang 9
2015 Nr. 2

Thema

Michael Krennerich: Das Menschenrecht auf Gesundheit

Lisa Forman: Can Core Obligations under the Right to Health
Achieve their Ambitions?

Thomas Schramme: Setting limits to public health efforts and the
healthisation of society

Laura Clérico/Leticia Vita: Rechtsstreit um Gesundheit in Argentinien –
Gerechtigkeit für alle?

Thomas Lampert: Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und
Erkrankungsrisiken in Deutschland

Hintergrund

Forum

Tour d'Horizon

zfmr



WOCHEN
SCHAU
VERLAG

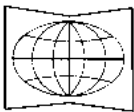
zeitschrift für
menschenrechte
journal for
human rights

Menschenrechte und Gesundheit

Mit Beiträgen von

Laura Clérico, Lisa Forman, Andreas Frewer,
Thomas Gebauer, Michael Krennerich, Thomas
Lampert, Elène Misbach, Maren Mylius, Dainius
Pūras, Thomas Schramme, Leticia Vita

zfmr herausgegeben von
Tessa Debus, Elisabeth Holzleithner,
Regina Kreide, Michael Krennerich,
Karsten Malowitz, Arnd Pollmann und
Susanne Zwingel



WOCHENSCHAU VERLAG

© Wochenschau Verlag Schwalbach/Ts.

IMPRESSUM

zeitschrift für menschenrechte journal for human rights

Herausgeber: Tessa Debus (*Wochenschau Verlag*), Elisabeth Holzleithner (*Universität Wien*), Regina Kreide (*Justus-Liebig-Universität Gießen*), Michael Krennerich (*Nürnberger Menschenrechtszentrum sowie Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*), Karsten Malowitz (*Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*), Arnd Pollmann (*Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*), Susanne Zwingel (*Florida International University, Miami, FL*)

Rubrik Buchbesprechungen: Anna Goppel (*Univ. Zürich*) und Henning Hahn (*Univ. Kassel*)

Wissenschaftlicher Beirat: Zehra Arat (*Univ. of Connecticut, Storrs, CT*); Seyla Benhabib (*Yale Univ.*); Samantha Besson (*Univ. de Fribourg*); Heiner Bielefeldt (*Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*); Marianne Braig (*Freie Univ. Berlin*); Rainer Forst (*Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/M.*); Karl-Peter Fritzsche (*Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*); Brigitte Hamm (*Inst. für Entwicklung und Frieden, Duisburg*); Rainer Huhle (*Nürnberger Menschenrechtszentrum*); Georg Lohmann (*Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*); Anja Mihr (*The Hague Inst. for Global Justice*); Rainer Schmalz-Bruns (*Leibniz Universität Hannover*); Beate Wagner (*Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen, Berlin*)

Redaktionsanschrift: Redaktion zeitschrift für menschenrechte, c/o Nürnberger Menschenrechtszentrum, Hans-Sachs-Platz 2, 90403 Nürnberg, zfmr@menschenrechte.org

Reviewverfahren: Die eingereichten Beiträge durchlaufen ein Reviewverfahren.

Bezugsbedingungen: Es erscheinen zwei Hefte pro Jahr. Preise: Einzelheft € 21,80; Jahresabopreis € 34,80; Sonderpreis für Referendare/Studierende (gegen Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung): Jahresabo: € 17,40; alle Preise zzgl. Versandkosten. Kündigung: Acht Wochen (bis 31.10.) vor Jahresschluss. Bankverbindung: Volksbank Weinheim, IBAN DE59 6709 2300 0001 2709 07, BIC GENODE61WNM. Zahlungsweise: Lieferung gegen Rechnung oder Lastschrift; gewünschte Zahlungsweise angeben.

Erscheint im Wochenschau Verlag, Dr. Kurt Debus GmbH, Verleger: Bernward Debus, Dr. Tessa Debus, Geschäftsführung: Bernward Debus, Dr. Tessa Debus, Silke Schneider

Die Ausgabe entstand in Kooperation und mit finanzieller Unterstützung des Emerging Fields Projekts „Human Rights in Health Care“ der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

© Wochenschau Verlag, Dr. Kurt Debus GmbH

Anzeigenleitung: Brigitte Bell, E-Mail: brigitte.bell@wochenschau-verlag.de, Tel. 06201/340279, Fax: 06201/182599

ISSN 1864-6492

www.zeitschriftfuermenschenrechte.de
The journal is available at EBSCO.



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

Wochenschau Verlag • Adolf-Damaschke-
Straße 10 • 65824 Schwalbach/Ts.
Tel: 06196/86065 • Fax: 06196/86060
info@wochenschau-verlag.de
www.wochenschau-verlag.de

INHALT

Editorial 5

Menschenrechte und Gesundheit

Michael Krennerich: Das Menschenrecht auf Gesundheit..... 8

Lisa Forman: Can Core Obligations under the Right to Health Achieve their Ambitions?..... 36

Thomas Schramme: Setting limits to public health efforts and the healthisation of society..... 50

Laura Clérico und Leticia Vita: Rechtsstreit um Gesundheit in Argentinien – Gerechtigkeit für alle? 70

Thomas Lampert: Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken in Deutschland 86

Hintergrund

Maren Mylius und Andreas Frewer: Zugang zu medizinischer Versorgung von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus 102

Elène Misbach: „Sich für Gesundheit starkmachen“ – Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte 122

Forum

Thomas Gebauer: Pochen auf öffentliche Verantwortung – Menschenrechtliches Empowerment in der Praxis 136

Promoting the right to health through dialogue.
Interview with Dainius Pūras, UN Special Rapporteur on the Right to Health..... 144

Tour d’Horizon

Gendersensible Sprache – Ansichten aus dem Herausgeberkreis 154

Buchbesprechungen

| | |
|--|-----|
| Jeffrey Flynn: Reframing the Intercultural Dialogue on Human Rights. A Philosophical Approach (von Dr. Mahmoud Bassiouni)..... | 168 |
| Sarhan Dhouib (Hrsg.): Demokratie, Pluralismus und Menschenrechte (von Dr. Franziska Dübgen) | 173 |
| Mahmoud Bassiouni: Menschenrechte zwischen Universalität und islamischer Legitimität (von Isabell Doll und Maria Sagmeister)..... | 178 |
| Philippe Brunozzi, Sarhan Dhouib, Walter Pfannkuche (Hrsg.): Transkulturalität der Menschenrechte. Arabische, chinesische und europäische Perspektiven (von Cheikh Mbacke Gueye)..... | 182 |
| Ulrike Lembke (Hrsg.): Menschenrechte und Geschlecht (von Elisabeth Holzleithner)..... | 186 |
| Andreas Zimmermann (Hrsg.): 60 Jahre Europäische Menschenrechtskonvention. Die Konvention als „living instrument“ (von Ingrid Piela)..... | 190 |
| Abstracts | 194 |
| Autorinnen und Autoren | 199 |

EDITORIAL

„To what extent, in your view, should United Nations Member States encourage individuals to participate in sport and adopt healthy lifestyles, to fulfil State obligations to respect, protect and fulfil the right to health? What is the minimum that must be done for this obligation to be met?“ So lautet die erste Frage einer Konsultation, die der UN-Sonderberichterstatter zum Recht auf Gesundheit derzeit durchführt.¹ Auf Anfrage des UN-Menschenrechtsrats² soll er bis 2016 einen Bericht vorlegen zum Thema „*Sport and healthy lifestyles as contributing factors to the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*“.

Das Anliegen zeigt, wie weit die staatlichen Pflichten, die sich aus dem Menschenrecht auf Gesundheit ergeben, inzwischen gefasst und diskutiert werden. Soll der Staat wirklich im Namen der Gesundheit *menschenrechtlich verpflichtet* sein, die Freizeit- und Lebensgewohnheiten der Menschen, sei es regulativ oder über Fördermaßnahmen, zu steuern? Und wenn ja, wie weit soll er dabei gehen? Oder geht es bei dem Menschenrecht auf Gesundheit nicht doch eher darum, dass der Staat nicht selbst die Gesundheit der Menschen beeinträchtigt und die Menschen vor gesundheitsschädlichen Eingriffen schützt? Oder bezieht sich das Menschenrecht auf Gesundheit vor allem auf eine angemessene medizinische Versorgung, die weltweit unzähligen Menschen verwehrt bleibt? Tatsächlich ist das Menschenrecht auf Gesundheit komplex und vielschichtig – und bedarf dringend der Konkretisierung.

Wie groß der Klärungs- und Diskussionsbedarf ist, zeigt die Vielfalt an akademischen und politikberatenden Publikationen zu diesem Menschenrecht. Die englischsprachige Literatur zum Thema ist inzwischen kaum mehr zu überblicken. Sogar eine Fachzeitschrift „*Health and Human Rights Journal*“ (<http://www.hhrjournal.org>) hat sich etabliert. Der interdisziplinäre Zugriff ist dabei mittlerweile Usus. Auch an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg werden im Rahmen des *Emerging Fields Projekts* „*Human Rights in Healthcare*“ gesellschaftlich zentrale Fragen an der Schnittstelle von Menschenrechten und Medizinethik interdisziplinär erforscht.³ Aus der Konferenz „Sich für Gesundheit stark machen! Menschenrechtliches Empowerment unter den Bedingungen von Armut“, die das EFI-Projekt gemeinsam mit dem Deut-

1 <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/HealthyLifestyles.aspx> (Stand: 10.09.2015).

2 Human Rights Council, Resolution 26/18, A/HRC/RES/26/18, 14. Juli 2014.

3 <http://www.efi.fau.de/projekte/human-rights-in-healthcare/> (Stand: 10.09.2015).

schen Institut für Menschenrechte am 26./27. März 2015 im Bundesministerium für Entwicklung und Zusammenarbeit durchführte, stammen einige Beiträge der vorliegenden Ausgabe der *Zeitschrift für Menschenrechte*.

Den Beginn macht ein Überblicksbeitrag von Michael Krennerich, der die völkerrechtlichen Grundlagen und die inhaltlichen Grundzüge des Menschenrechts auf Gesundheit darlegt und die daraus entstehenden staatlichen Pflichten, gespickt mit Beispielen, umreißt. Er verweist bereits auf die große Bedeutung menschenrechtlichen Empowerments. Die beiden folgenden Beiträge nähern sich der Thematik aus zwei entgegengesetzten Richtungen: Die Rechtsprofessorin Lisa Forman beschäftigt sich mit den konkretisierungs- und diskussionsbedürftigen „*core obligations*“ der Staaten bei der Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit, während der Philosophieprofessor Thomas Schramme einen „suffizienzorientierten Ansatz“ verfolgt und der Frage nachspürt, wie die – aus seiner Sicht – übermäßige „Vergesundheitlichung“ der Gesellschaft eingedämmt werden kann.

Die beiden argentinischen Rechtswissenschaftlerinnen Laura Clérico und Leticia Vita untersuchen anschließend die Rechtsprechung zum Menschenrecht auf Gesundheit am Beispiel der Provinz Buenos Aires und stoßen eine vertiefte empirische Diskussion um einen gerechteren, gerichtlichen Zugang auf das Recht auf Gesundheit an. Thomas Lampert legt empirische Befunde zu der sozial ungleichen Verteilung der Gesundheitschancen und von Erkrankungsrisiken in Deutschland dar und führt uns dabei auch zur eingangs genannten Frage zurück, inwieweit die – vom sozialen Status mit abhängige – Lebensführung hinsichtlich des Gesundheitszustands statistisch ins Gewicht fällt.

Es folgen zwei Beiträge zur medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Maren Mylius (Ärztin) und Andreas Frewer (Arzt und Professor für Ethik in der Medizin) untersuchen den Zugang zur medizinischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus – auf Grundlage empirischer Erhebungen in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Elène Misbach, seit Jahren engagiert im Berliner Medibüro-Netzwerk für das Recht auf Gesundheit von Migrant*innen, weist deutlich auf die strukturellen Mängel der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden hin. Sie bewertet die „reduzierte Minimalmedizin“ des Asylbewerberleistungsgesetzes als Verletzung des Rechts auf Gesundheit und fordert solidarische Unterstützung ein, verstanden als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte.

Der Forums-Beitrag von Thomas Seibert knüpft an dieses Plädoyer politisch nahtlos an. Der Geschäftsführer von *medico international* pocht auf öffentliche Verantwortung und skizziert – am Beispiel Südafrikas – die Bedeutung menschenrechtlichen

Empowerments und der solidarischen Begleitung der Betroffenen in der Praxis. Bei dem zweiten Forumsbeitrag handelt es sich um ein Interview mit dem UN-Sonderberichterstatter zum Menschenrecht auf Gesundheit, Dainius Pūras, das die Politikwissenschaftlerin Sabine Klotz für die *zfmr* durchführte.

Die abschließende Tour ist eher ungewöhnlicher Natur. Ausgehend von der Überarbeitung unserer Redaktionsrichtlinien beredeten wir im Herausgeberkreis die Frage der gendersensiblen Sprache. So kam die Idee auf, dass einige von uns kurze Gedanken zum Thema verschriftlichen. Unschwer ist zu erkennen, dass sich die jeweiligen Positionen unterscheiden.

Dank gilt abschließend den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Heftes sowie dem Verlag für die bewährte Kooperation. Gedankt sei weiterhin dem EFI-Projekt „*Human Rights in Health Care*“ der Universität Erlangen-Nürnberg, das den Druck dieser *zfmr*-Ausgabe finanziell unterstützte. Unseren Leserinnen und Lesern wünschen wir eine spannende Lektüre!

Ihr Herausgeber- und Redaktionsteam der zfmr

Michael Krennerich

Das Menschenrecht auf Gesundheit¹

Menschenrechte, so wie sie im Völkerrecht verankert sind, beziehen sich primär auf das Verhältnis zwischen den Menschen als Rechteinhabern und dem Staat als vorrangigem Pflichtenträger. Die Grundidee eines solchen Menschenrechts auf Gesundheit ist, dass der Staat die Gesundheit der Menschen nicht beeinträchtigt, diese vor Eingriffen schützt und Maßnahmen ergreift, damit die Menschen gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen vorfinden und sie vor allem Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung haben.

1. Völkerrechtliche Verankerung des Menschenrechts auf Gesundheit

Der Beitrag beginnt bei der Frage, wo das Recht auf Gesundheit im geltenden Völkerrecht verankert ist. Die Antwort lautet: an vielen Stellen und auf unterschiedliche Weise. Dies macht die Sache nicht leichter. Wohl oder übel müssen wir zunächst einen kleinen Pfad durch das Dickicht völkerrechtlicher Dokumente und Abkommen schlagen, in denen das Menschenrecht auf Gesundheit – hier weiter, dort enger gefasst – niedergelegt ist. Ausgangspunkt ist die zweite Hälfte der 1940er Jahre, als nach dem Zweiten Weltkrieg, anknüpfend an entsprechende historische Vorläufer und zeitgenössische Vorarbeiten, der moderne internationale Menschenrechtsschutz entstand und das Menschenrecht auf Gesundheit im Rahmen der Vereinten Nationen verankert wurde.

So legte die Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*, WHO) bereits in der Präambel ihrer Verfassung von 1946 fest, dass es ein grundlegendes Recht eines jeden Menschen auf „*enjoyment of the highest attainable standard of health*“ gebe. Dabei definierte die WHO Gesundheit in einem umfassenden und anspruchsvollen Sinn als „*state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity*“.² Die WHO löste sich damit von einem *rein* biomedizinischen Verständnis (und den allermeisten Alltagsvorstellungen) von Gesundheit als Freisein

1 Der Beitrag übernimmt an einigen Stellen Passagen aus: Krennerich 2013.

2 *Constitution of the World Health Organization*: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (letzter Zugriff: 01.07.2015).

von körperlichen und psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen (vgl. Franke 2006: 32) und entfachte eine rege Fachdiskussion, nicht nur unter Mediziner:innen. Zum einen wurde das Konzept von Gesundheit als vollkommenes Wohlbefinden³ häufig als utopisch kritisiert.⁴ Zum anderen blieb stark umstritten, worin ein solches *wellbeing* besteht.⁵

Obwohl die WHO-Präambel aufgrund ihres nichtbindenden Charakters keine Rechtsquelle im engeren Sinne fürs Recht auf Gesundheit darstellt⁶, wird die WHO-Definition im Menschenrechtsdiskurs immer wieder herangezogen.⁷ Interessante Aspekte für die Debatte ergeben sich nicht nur dadurch, dass der Ansatz die Verwobenheit körperlicher, geistig-seelischer und sozialer Aspekte von Gesundheit hervorhebt. Betont wird auch die – dem Wohlbefinden inhärente – subjektive Komponente von Gesundheit. Die Bestimmung von Gesundheit als *wellbeing* ist, so verstanden, nicht mehr nur eine Sache von Expert:innen und Experten. Andererseits: Nicht jeder Mensch, der sich wohlfühlt, ist – medizinisch betrachtet – gesund, und nicht jeder, der sich schlecht fühlt, gilt als krank. So besteht die Gefahr, dass das biomedizinische Profil von Gesundheit, das für das Gesundheitswesen im engen Sinne unabdingbar ist (und das die WHO nicht völlig aufgibt), an Trennschärfe verliert.

Auch die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* (AEMR) von 1948 war, da es sich „nur“ um eine Erklärung der UN-Vollversammlung handelt, ursprünglich nicht völkerrechtlich verbindlich. Jedoch hat die in über 300 Sprachen übersetzte AEMR im Laufe der Zeit eine große moralische, politische und zumindest mittelbar auch rechtliche Wirkkraft entwickelt. Ihre Rechtswirkung beruht darauf, dass sie allgemeine Rechtsprinzipien und völkergewohnheitsrechtlich anerkannte Garantien des Menschenrechtsschutzes enthält. Gut begründet ist auch die Auffassung, dass die AEMR das Ziel der – für die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen verbindlichen – UN-Charta konkretisiert, die Achtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen ohne Unterschied zu fördern und zu festigen.⁸

In der AEMR findet sich das Menschenrecht auf Gesundheit indes nicht, wie zu erwarten wäre und in der Menschenrechtskommission diskutiert wurde,⁹ als eigen-

3 Möglicherweise wäre es sinnvoller, „*complete wellbeing*“ eher im Sinne eines „umfassendem“ anstatt eines „vollständigen“ Wohlbefindens zu verstehen. Alternativ wird der Begriff des *wellbeing* mitunter auch mit „Wohl“ oder „Wohlergehen“ übersetzt.

4 Statt vieler: Venkatapuram 2011: 66.

5 Siehe etwa Dodge et al. 2012.

6 Vgl. Hestermeyer 2007: 113.

7 Vgl. etwa UNICEF 2002: 344, Freeman et al. 2012: 315.

8 Zur Rechtsnatur der AEMR siehe u. a. Nettelshim 2009.

9 Vgl. Morsink 1999: 192-199. Siehe auch die Dokumentensammlung von Schabas 2013.

ständiger Artikel. Vielmehr wurde es, auch um die AEMR knapp und bündig zu halten, als Teil des Rechts auf einen angemessenen Lebensstandard verankert, der jedem Menschen Gesundheit und Wohlbefinden (*health and wellbeing*) gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Unterkunft, ärztlicher Versorgung und notwendiger sozialer Leistungen (Art. 25 Abs. 1). Im Unterschied zur Präambel der WHO-Verfassung unterscheidet die AEMR dem Wortlaut nach zwar zwischen Gesundheit und Wohlbefinden, verdeutlicht aber gleichzeitig, dass beide eng zusammenhängen. Im Hinblick auf das Recht auf Gesundheit, das in der AEMR nicht klar von den anderen Komponenten des Rechts auf angemessenen Lebensstandard abgegrenzt wird, ist festzuhalten, dass die AEMR die medizinische Versorgung zwar als einen zentralen, aber nicht als einzigen Faktor dieses Rechts ausweist. Auch die soziale Sicherheit, gerade im Falle von Krankheit und Invalidität, sowie der Zugang zu gesunden Lebensbedingungen (Nahrung, Wohnen etc.) spielen eine wichtige Rolle.

Eigenständig und völker(vertrags)rechtlich verbindlich wurde das Recht auf Gesundheit später im *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte* (kurz: UN-Sozialpakt) von 1966 verankert, der 1976 in Kraft trat. Der UN-Sozialpakt ist das grundlegende UN-Menschenrechtsabkommen zu den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten (kurz: wsk-Rechte oder soziale Menschenrechte), einschließlich des Rechts auf Gesundheit. In dem Abkommen erkennen die mittlerweile 164 Vertragsstaaten des Paktes (Stand: 30.09.2015) das Recht eines jeden Menschen auf ein für ihn erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an (Art. 12 Abs. 1).

Hier sind zwei Aspekte hervorzuheben: Zum einen rückt der UN-Sozialpakt von dem Verständnis eines Rechtes, gesund zu *sein*, ab.¹⁰ Ein solches scheint in der Präambel der WHO-Verfassung, die von einem *Zustand* des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens spricht, noch angelegt zu sein. Damit wird (noch) stärker betont, dass der Staat allein die Gesundheit eines Menschen nicht garantieren kann. Zum anderen bezieht sich im UN-Sozialpakt das erreichbare Höchstmaß nur auf die körperliche und geistige Gesundheit, nicht aber etwa auf „*social wellbeing*“ (wie der ursprüngliche Kommissionsentwurf noch vorsah) oder gar auf „*moral wellbeing*“ (wie bei der Ausarbeitung des Abkommens seinerzeit die Delegationen aus Afghanistan und den Philippinen vorschlugen).¹¹ Die sozialen Verhältnisse

10 Darauf verweist ausdrücklich auch der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in seinem Kommentar zum Recht auf Gesundheit; siehe CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 4 und 8.

11 Vgl. Saul et al. 2014: 980. Siehe auch Tobin 2012: 125.

stellen demzufolge eher Bestimmungsgründe und Möglichkeitsräume für Gesundheit dar als deren definitorischen Bestandteil.

Auch die in der nicht abschließenden Liste des UN-Sozialpaktes angeführten Maßnahmen zur Umsetzung des Rechts rücken die körperliche (und geistige) Gesundheit in den Fokus, freilich unter Einbeziehung von Kontextbedingungen, welche die Gesundheit fördern oder beeinträchtigen. Die Maßnahmen zielen auf die Verminderung von Totgeburten und Kindersterblichkeit ab, auf die gesunde Entwicklung des Kindes, gesunde Umwelt- und Arbeitsbedingungen, auf die Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten sowie auf den Zugang der Menschen zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung (Art. 12 Abs. 2). Überschneidungen ergeben sich dabei mit dem Recht auf gerechte und faire Arbeitsbedingungen und dem Recht auf soziale Sicherheit, die beide in eigenständigen Artikeln verankert sind.

Weitere UN-Menschenrechtsabkommen umfassen ebenfalls das Recht auf Gesundheit oder einzelne Aspekte davon, und zwar bezüglich besonderer Problembereiche oder besonders benachteiligter oder bedürftiger Bevölkerungsgruppen. Die *UN-Antirassismuskonvention* von 1966 (seit 1969 in Kraft) verankert das diskriminierungsfrei zu gewährende Recht auf öffentliche Gesundheitsfürsorge, ärztliche Betreuung, soziale Sicherheit und soziale Dienstleistungen (Art. 5).

Die *UN-Konvention zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau* (CEDAW) von 1979 (seit 1981 in Kraft), die bis heute immerhin 189 Staaten ratifiziert haben, sieht – verstreut in dem Abkommen – zahlreiche Maßnahmen vor, um das diskriminierungsfreie Recht auf Gesundheit umzusetzen, und zwar nicht nur im Gesundheitswesen (Art. 12), sondern auch im Bereich der gesundheitsbezogenen Bildung, am Arbeitsplatz, bei der Familienplanung, in ländlichen Gebieten sowie während der Schwangerschaft, der Entbindung und der Stillzeit.¹² Etliche andere Rechte betreffen soziale Bestimmungsgründe der Gesundheit.¹³ Indem das Abkommen die Geschlechter- und Gender-Dimensionen von Gesundheit aufzeigt, ermöglicht es, Menschenrechtsverletzungen festzustellen, die sonst vielleicht verborgen geblieben wären, und menschenrechtspolitische Maßnahmen einzufordern, die sonst möglicherweise nicht (so umfassend) ergriffen würden. Dazu zählen etwa Maßnahmen in Bezug auf die reproduktive und sexuelle Gesundheit.¹⁴

12 CEDAW, Art. 10 (h), Art. 11 Abs. 1 (f) und Abs. 2 (d), Art. 14 Abs. 2 (b).

13 Vgl. CEDAW A/54/38/REV I., 2. Februar 1999; siehe auch WHO 2008.

14 Vgl. Freeman et al. 2012: 320 ff.

Die *UN-Kinderrechtskonvention* von 1989 (seit 1990 in Kraft), die inzwischen 195 Vertragsparteien aufweist und – mit Ausnahme der USA und Somalias – von allen Staaten weltweit ratifiziert wurde, erkennt das Recht des Kindes „auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ (Art. 24 Abs. 1). Das Abkommen benennt (nicht abschließend) vielfältige Maßnahmen, um die volle Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit sicherzustellen: u. a. die Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit, die Sicherstellung ärztlicher Hilfe und Gesundheitsfürsorge für Kinder, die Bekämpfung von Unter- und Fehlernährung, die Gesundheitsfürsorge für Mütter sowie verschiedene Aspekte der Aufklärung im Bereich der Gesundheit, der Hygiene, des Stillens, der Unfallverhütung und der Familienplanung (Art. 24). Zugleich sieht die UN-Kinderrechtskonvention Schutzmaßnahmen gegen gesundheitsschädliche wirtschaftliche Ausbeutung von Kindern und gegen den Gebrauch von Suchtstoffen durch Kinder vor (Art. 32 Abs. 1, Art. 33). Besondere Schutzpflichten ergeben sich auch aus der staatlichen Unterbringung körperlich oder geistig erkrankter Kinder (Art. 25). Weiterhin geht das Abkommen auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderungen ein, deren Zugang zu Gesundheitsdiensten sicherzustellen ist (Art. 23).

Die Rechte von Menschen mit Behinderungen, einschließlich des Rechts auf Gesundheit, wurden wiederum eigens in der *UN-Behindertenrechtskonvention* von 2006 (seit 2008 in Kraft) konkretisiert und ausdifferenziert. Mit dieser erkennen inzwischen 158 Vertragsparteien (Stand: 30.09.2015) das Recht behinderter Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an, und zwar ohne Diskriminierungen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen. Auch die UN-Behindertenrechtskonvention benennt, wiederum nicht abschließend, zahlreiche Maßnahmen zur vollen Umsetzung des Rechtes. Diese zielen darauf ab, Diskriminierungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und – was oft übersehen wird – zu Kranken- und Lebensversicherungen abzubauen, und bezwecken, den spezifischen Gesundheitsbedürfnissen von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen (Art. 25). Indem die Behindertenrechtskonvention von einem „*diversity*-Ansatz“ ausgeht, der körperliche und geistige Beeinträchtigung als Bestandteil menschlicher Normalität versteht, und indem sie auf eine „Enthinderung“ der Menschen abstellt, die mit vielfältigen gesellschaftlichen Barrieren konfrontiert sind, überwindet sie eindrucksvoll einen rein medizinischen „Defizit-Ansatz“ von Behinderung. Zugleich nimmt sie aber körperliche und geistige Beeinträchtigungen ernst genug, um besonderen Handlungsbedarf für eine assistierte Au-

tonomie¹⁵ im Gesundheits- und in anderen Lebensbereichen auszumachen. So stark wie kein anderes Abkommen ist die Behindertenrechtskonvention vom Verständnis der Gesundheit als „Befähigung“ geprägt.¹⁶

Die bislang genannten Abkommen machen dem Wortlaut nach keinen Unterschied zwischen Menschen unterschiedlicher Staatsangehörigkeit. In der Praxis der jeweiligen Staaten jedoch genießen Ausländerinnen und Ausländer mitunter nicht dieselben Ansprüche auf eine gesundheitliche Versorgung wie Inländerinnen und Inländer. Deutlich wird diese Problematik in der – gleichwohl nur von 48 meist afrikanischen und lateinamerikanischen Staaten ratifizierten (Stand 30.09.2015) – *UN-Wanderarbeiterkonvention* von 1990 (seit 2003 in Kraft), die sich der Rechte von Arbeitsmigrantinnen und -migranten annimmt und entsprechende Einschränkungen beinhaltet.

Die Gleichbehandlung mit den Staatsangehörigen des betreffenden Staates beschränkt sich dort auf die dringende ärztliche Versorgung: „Wanderarbeitnehmer und ihre Familienangehörigen haben das Recht, jede ärztliche Versorgung, die für die Erhaltung ihres Lebens oder die Vermeidung einer nicht wiedergutzumachenden Schädigung ihrer Gesundheit dringend erforderlich ist, auf der Grundlage der Gleichbehandlung mit den Staatsangehörigen des betreffenden Staates zu erhalten“ (Art. 28, Satz 1). Gemäß der Konvention darf Arbeitsmigranten auch dann nicht die dringliche Versorgung verweigert werden, wenn sie sich „irregulär“ in dem Land aufhalten oder „irregulär“ dort arbeiten (Art. 28, Satz 2). Einen gleichbehandelnden allgemeinen Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdiensten genießen Wanderarbeitnehmer und ihre Familien aber nur, „sofern die erforderlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme erfüllt sind“ (Art. 43 e). So ist die Wanderarbeiterkonvention ein ambivalentes Dokument: Einerseits betont sie den wichtigen Rechtsanspruch von Arbeitsmigrantinnen und -migranten auf eine medizinische Grundversorgung, andererseits bleibt sie einer Rechtspraxis verhaftet, die eine umfassende medizinische Behandlung vom Aufenthaltsstatus abhängig macht.

Bliebe zu erwähnen, dass auch verschiedene regionale Menschenrechtsabkommen das Recht auf Gesundheit beinhalten. Im Rahmen des Europarates ist hier gerade die Europäische Sozialcharta in ihrer ursprünglichen (1961/1965) und ihrer revidierten (1996/1998) Fassung zu nennen, die eine wirksame Ausübung des Rechtes auf Schutz der Gesundheit zu gewährleisten sucht (Art. 11). Das Zusatzprotokoll zur Amerika-

15 Siehe zum Konzept der „assistierten Freiheit“ die Studie von Graumann (2011).

16 Ein Befähigungsansatz (*capabilities approach*), wie ihn beispielsweise, anlehndend an Amartya Sen, Venkatapuram in Bezug auf Gesundheit vertritt, konzeptionalisiert Gesundheit als „*a meta-capability, the capability to achieve a cluster of basis capabilities to be and do things that reflect a life worthy of equal human dignity*“ (Venkatapuram 2011: 71).

nischen Menschenrechtskonvention (Protokoll von Salvador) von 1988, seit 1999 in Kraft, beinhaltet ebenfalls ein Recht auf Gesundheit, das dort im Sinne der WHO als ein Höchstmaß an körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden definiert wird (Art. 10 Abs. 1). Die Afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker (Banjul-Charta) von 1981, die 1986 in Kraft trat, garantiert wiederum ein erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (Art. 16), während beispielsweise die 1999 in Kraft getretene Afrikanische Kinderrechtscharta von 1990 das Recht auf „*best attainable state of physical, mental and spiritual health*“ vorsieht (Art. 14 Abs. 1).

2. Grundzüge des Menschenrechts auf Gesundheit

Angesichts der vielen Rechtsquellen ist eine allgemeine Auslegung des Menschenrechts auf Gesundheit kein leichtes Unterfangen. Ein geeigneter Ausgangspunkt, um die Grundzüge dieses Rechts zu erfassen, ist der UN-Sozialpakt, der das grundlegende UN-Menschenrechtsabkommen zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten darstellt und daher im Fokus des vorliegenden Beitrags steht. Hilfreich sind diesbezüglich die Interpretationsvorgaben durch den 1988 gegründeten UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte, der den UN-Sozialpakt überwacht. Der Ausschuss veröffentlichte im Jahr 2000 einen „Allgemeinen Kommentar“ zum Recht auf Gesundheit¹⁷ und nimmt im Rahmen des Staatenberichtsverfahrens regelmäßig Stellung zur Umsetzung der sozialen Menschenrechte durch die Vertragsstaaten des UN-Sozialpaktes. Zwar sind die Kommentare und Empfehlungen des Ausschusses nicht rechtsverbindlich, doch bieten sie eine weithin anerkannte Orientierungshilfe bei der zeitgemäßen Auslegung einzelner wsk-Rechte. Auch andere UN-Menschenrechtsvertragsorgane sowie UN-Sonderberichterstatterinnen und -berichterstatter nehmen darauf Bezug.¹⁸

Das Menschenrecht auf Gesundheit, so wie es im UN-Sozialpakt verankert ist, berechtigt jeden Menschen, ein für ihn erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu erreichen, um ein Leben in Würde zu führen. Dies wird, wie gesagt, nicht einfach als eine rechtliche Garantie verstanden, *gesund zu sein*. Eine solche Garantie könnte kein Staat abgeben, schon allein, weil die Gesundheit von Faktoren abhängt, die der Staat nicht zu kontrollieren vermag oder mit gutem, men-

17 CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000. Eine deutsche Übersetzung findet sich in: Deutsches Institut für Menschenrechte (2005), 285-313.

18 Die entsprechenden Dokumente sind allesamt auf dem Menschenrechtsportal des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte abrufbar: www.ohchr.org (letzter Zugriff: 01.08.2015).

schenrechtlichem Grund nicht zu kontrollieren hat. Man denke hier etwa an die genetische Veranlagung der Menschen. Obwohl bereits jetzt die technischen Möglichkeiten – die „Werkzeuge zur Menschenzüchtung“ (Bahnsen 2015: 1) – verfügbar sind, um krankheitsvermeidende Genkorrekturen vorzunehmen, stellt die (zumal staatliche) Manipulierung des Erbgutes bislang (noch) ein Tabu dar. Selbst eine gesunde Lebensweise, sofern darüber überhaupt Einvernehmen herrscht, lässt sich nicht aufoktrozieren, zumindest nicht auf eine Weise, die der Menschenwürde und damit der freiheitlichen Eigenverantwortung der Menschen Rechnung trägt. Gleichwohl gibt es Möglichkeiten des Staates, gerade die politischen, sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen von Gesundheit mitzugestalten. In diesem Sinne hebt das Menschenrecht auf Gesundheit zum einen darauf ab, dass die Menschen nicht in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden. Zum anderen müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass alle Menschen Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung haben und dass sie in eigenverantwortlicher Selbstbestimmung gesund leben und arbeiten können. Dazu zählen dann auch gesundheitsrelevante Informationen und Aufklärung.

Das Recht auf Gesundheit umfasst also zunächst die Freiheit, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper selbst zu bestimmen, sowie das Recht, frei von Eingriffen in die Gesundheit zu bleiben. Hier ergeben sich bereits offenkundige Überschneidungen u. a. mit den Rechten auf Leben, auf Privatleben, inklusive individuelle Selbstbestimmung und körperliche wie geistige Unversehrtheit,¹⁹ sowie mit dem Verbot der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Zugleich zeichnen sich an dieser Stelle bereits einige Problemfelder im Gesundheitswesen ab: Wie steht es beispielsweise um – aus medizinischer oder staatlicher Sicht – notwendige Zwangsbehandlungen gegen den Patientenwillen?²⁰ Oder: Wie kann die gegebenenfalls assistierte Selbstbestimmung von Menschen aussehen, die in ihrer Willensbildung und Willensäußerung stark eingeschränkt sind, etwa Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium?²¹ Der Autonomiebegriff steht hier im Zentrum der Diskussion.²²

19 Der Rechtsprechung des EGMR zufolge umfasst das Recht auf Privatleben (*right to privacy*) auch die physische und psychische Integrität sowie die individuelle Selbstbestimmung hinsichtlich des Verfügungsrechts über den eigenen Körper; vgl. Kälin/Künzli 2008: 437–439.

20 Neben der umfassenden Fachliteratur zu dem Thema verweist beispielsweise ein jüngerer FAZ-Artikel von Platthaus (2015) journalistisch auf die Problematik.

21 Vgl. etwa Schmidhuber 2013, 2014.

22 Vgl. auch Bielefeldt/Frewer 2016 (i.V.).

Das Recht auf Gesundheit fordert weiterhin, soziale Bedingungen zu schaffen oder zu erhalten, damit Menschen ein gesundes Leben führen können. Nach Ansicht des UN-Ausschusses für wsk-Rechte umfassen diese etwa den Zugang zu sauberem Trinkwasser und sanitärer Versorgung, unbedenkliche Nahrung und Unterkunft, gesunde Arbeits- und Umweltbedingungen, gesundheitsrelevante Aufklärung, auch über Sexualgesundheit und reproduktive Gesundheit, sowie die Beteiligung der Bevölkerung an gesundheitsbezogenen Entscheidungen.²³ Während sich diesbezüglich Überschneidungen u. a. mit den Rechten auf angemessene Nahrung, sauberes Trinkwasser und gerechte Arbeitsbedingungen ergeben, beinhaltet das Recht auf Gesundheit darüber hinaus eigens einen Anspruch auf eine präventive, kurative und palliative²⁴ Gesundheitsversorgung, die jedem Menschen gewährleisten soll, ein für ihn erreichbares Höchstmaß an Gesundheit zu erlangen. Im Hinblick auf die Gesundheitsfürsorge und die ärztliche Betreuung verwendet der UN-Ausschuss für wsk-Rechte – ähnlich wie bei anderen sozialen Menschenrechten – die Kategorien der Verfügbarkeit (*availability*), des offenen Zugangs (*accessibility*), der Annehmbarkeit (*acceptability*) sowie der Qualität (*quality*), um das Recht zu konkretisieren.²⁵

Im Sinne der *Verfügbarkeit* müssen funktionierende Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge sowie der medizinischen bzw. ärztlichen Behandlung und Betreuung vorhanden sein. Obwohl deren konkrete Beschaffenheit von vielen Faktoren – insbesondere vom Entwicklungsstand und den Ressourcen eines Landes – abhängen, sind bestimmte Mindestbedingungen vonnöten, so etwa sauberes Trinkwasser und Sanitäranlagen, Kliniken und andere Gesundheitseinrichtungen, geschultes und angemessen entlohntes Personal sowie eine Grundausrüstung an unentbehrlichen Arzneimitteln gemäß WHO-Standards.

Jedem Menschen muss zudem der *Zugang* zu medizinischen Einrichtungen und Behandlungen offen stehen – und zwar in mehrfacher Hinsicht: a) diskriminierungsfrei, auch und gerade im Falle besonders schutzbedürftiger und marginalisierter Gruppen der Bevölkerung; b) physisch, d. h. in sicherer Reichweite und zugänglich gerade auch für Frauen, Kinder, ältere Menschen sowie für Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen; c) wirtschaftlich – dergestalt, dass öffentliche oder private medizinische Einrichtungen und Behandlungen für alle, auch arme und sozial benachteiligte Menschen bezahlbar und erschwinglich sind; d) informiert – in dem

23 CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 11.

24 Der Begriff der palliativen Gesundheitsversorgung findet sich noch nicht im UN-Sozialpakt, ist aber als Bestandteil einer umfassenden, auch lindernden medizinischen Behandlung anzusehen.

25 CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 12.

Sinne, dass die Menschen das Recht haben, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu erhalten und weiterzugeben, sofern dabei nicht der persönliche Vertrauensschutz beeinträchtigt wird.

Im Sinne der *Annehmbarkeit* müssen die medizinischen Einrichtungen und die ärztliche Betreuung nach Grundsätzen medizinischer Ethik erfolgen, Vertraulichkeit gewähren und auf die Verbesserung des Gesundheitszustands der Betroffenen abzielen. Dabei sind die kulturellen Prägungen der einzelnen Menschen, aber auch von Minderheiten und Gemeinschaften, zu respektieren sowie geschlechts- und altersbedingte Besonderheiten gezielt zu berücksichtigen. Gefordert ist weiterhin, dass medizinische Einrichtungen und die ärztlichen Behandlungen unter wissenschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten geeignet und von angemessener *Qualität* sind. Die medizinische Versorgung hat durch geschultes Personal zu erfolgen und muss medizinischen Standards für Arzneimittel, Geräte, Ausstattungen und Hygiene genügen.

3. Die Staaten in der Pflicht

Die Hauptverantwortung für die Umsetzung der Menschenrechte tragen, völkerrechtlich gesehen, die Staaten. In Form internationaler Menschenrechtsabkommen verpflichten sich die Staaten gegenseitig dazu, die Menschenrechte der Einzelpersonen unter ihrer Hoheitsgewalt²⁶ zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Aus völkerrechtlicher Sicht²⁷ binden die Menschenrechte dabei alle staatlichen Gewalten, Organe und Institutionen, und zwar gleich, ob diese auf Bundes-, Landes- oder Kommunalebene angesiedelt sind oder ob es sich um über- oder untergeordnete Behörden handelt. Die staatliche Verpflichtung erstreckt sich auch auf solche privaten Akteure, denen die Erfüllung öffentlicher Aufgaben übertragen wird oder die im Auftrag, unter Anleitung oder unter Kontrolle des Staates agieren.²⁸ Jüngeren völkerrechtsdogmatischen Entwicklungen zufolge begründen die Menschenrechte dabei staatliche Achtings-, Schutz- und Gewährleistungspflichten.

3.1 STAATLICHE ACHTUNGSPFLICHTEN

Achtungspflichten (*obligations to respect*) bilden den Kern einer liberalen Menschenrechtstheorie, die den Schutz der Freiheitssphäre des einzelnen Menschen gegenüber

26 Auf extraterritoriale Pflichten gehe ich später kurz ein.

27 Über die Frage, wie die Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Kompetenzen im *nationalen* Recht verteilt sind, ist damit nichts gesagt.

28 Vgl. Kälin/Künzli 2008: 90 ff.

Eingriffen des Staates und damit den Abwehrcharakter der Menschenrechte in den Mittelpunkt stellt. Sie verpflichten die Staaten, den einzelnen Menschen nicht direkt oder indirekt an der Ausübung seiner Menschenrechte zu hindern – und dort, wo sie es tun, entsprechende Eingriffe zu beheben. Es handelt sich also vor allem um Unterlassungspflichten, ggf. verbunden mit restitutorischen Beseitigungspflichten.

Im Hinblick auf unser Thema fordern die Achtungspflichten von den Staaten, das Recht auf Gesundheit der Menschen nicht selbst zu verletzen. Die Staaten dürfen also keine Handlungen vornehmen, die dem Recht auf Gesundheit zuwiderlaufen und „die zu körperlichen Schäden, unnötigen Erkrankungen und vermeidbarer Sterblichkeit führen können“.²⁹ Worin könnten solche Handlungen bestehen? In Bezug auf das Gesundheitswesen fallen darunter prinzipiell alle staatlichen Handlungen, welche die Verfügbarkeit, die Zugänglichkeit oder die Angemessenheit und Qualität der Gesundheitsversorgung derart beeinträchtigen, dass die Gesundheit der Menschen gefährdet oder geschädigt wird.

Der UN-Ausschuss führt in seinem allgemeinen Kommentar als zentrales Beispiel die Verweigerung der medizinischen Versorgung an und stellt damit auf einen diskriminierungsfreien, offenen Zugang zur Gesundheitsversorgung ab. Hier ist zu prüfen, ob Gesetze, Verordnungen oder auch nur die Praxis in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bestimmten Bevölkerungsgruppen oder Personen einen offenen Zugang erschweren oder verwehren. Das können, je nach Kontext, beispielsweise ethnische Gruppen oder nationale Minderheiten, Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke oder Frauen sein, oder auch etwa ausländische Staatsbürger, Flüchtlinge, „irreguläre“ Migranten oder Gefängnisinsassen. Problematisch gestaltet sich mitunter auch die Gesundheitsversorgung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans* und Inter* (kurz: LGBTI-Personen), zumal wenn diese, wie es in etlichen Ländern der Fall ist, eine strafrechtliche Verfolgung befürchten müssen.

Aber auch die Art und Weise, wie Menschen in staatlichen Gesundheitseinrichtungen behandelt werden, ist mit Blick auf die Achtungspflichten relevant. Nicht nur verwehrte, sondern auch unzureichende, fehlerhafte oder missbräuchliche Behandlungen können Eingriffe in das Recht auf Gesundheit darstellen. Hier geht es also um die Angemessenheit und Qualität der Gesundheitsversorgung. Zu prüfen ist etwa, ob die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und medizinische Standards eingehalten werden. Dies ist beileibe nicht immer der Fall.³⁰ Zugleich gibt es zur

29 CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 50.

30 Vgl. etwa die Diskussion um Fehler und Ethik in der Medizin, z. B. in: Frewer/Schmidt/Bergemann 2013.

Genüge historische und aktuelle Beispiele für gezielte gesundheitsschädliche Handlungen in staatlichen Gesundheitseinrichtungen: Sie reichen von medizinischen Versuchen mit Patienten ohne deren Einwilligung³¹ über die Misshandlungen physisch kranker Menschen in staatlichen „Verwahranstalten“³² (oder auch, wie etwa in China, des Missbrauchs der Psychiatrie als Verwahrsort für uneinsichtige politische Dissidenten) bis zur Zwangssterilisation von Menschen mit Behinderungen³³ oder von Frauen. In Peru wurden beispielsweise während der Amtszeit Alberto Fujimoris (1990-2000) im Rahmen der Geburtenkontrolle rund 300 000 Frauen und etwa 22 000 Männer, vor allem Indigene und arme Bäuerinnen und Bauern, ohne vorherige Aufklärung und Einwilligung zwangssterilisiert.³⁴ Eine strafrechtliche Verfolgung, die von den Betroffenen gefordert wird, steht bis heute weitestgehend aus.³⁵

Im Einzelnen werfen die staatlichen Achtungspflichten im Gesundheitswesen viele Fragen auf. Als nur ein Beispiel sei die bereits angesprochene Diskriminierungsproblematik genannt. Abgesehen davon, dass die medizinische Behandlung individuell auf die jeweiligen Patienten zugeschnitten werden muss, stellt sich die Frage, auf welche Gesundheitsleistungen sich der menschenrechtliche Anspruch auf diskriminierungsfreie Gleichbehandlung bezieht. Sicherlich nicht nur auf eine Minimalversorgung! Wie sieht es aber etwa mit unserem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) aus? Solange Flüchtlinge, Asylsuchende und Geduldete Gesundheitsleistungen auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes erhalten,³⁶ sind die entsprechenden Leistungsansprüche auf die Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzen, auf die ärztliche und pflegerische Betreuung von Müttern und Wöchnerinnen sowie auf amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen beschränkt (AsylbLG § 4). Ausgeschlossen ist damit – zumindest im Grundsatz – die Behandlung chronischer Erkrankungen, soweit sie nicht mit Schmerzzuständen verbunden sind (vgl. Kaltenborn 2015), oft mit schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen. Ebenso ist die zahnärztliche Versorgung völlig ungenügend (vgl.

31 Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang auch die grenzüberschreitenden Versuche westlicher Pharmafirmen in der DDR, vgl. Erices et al. 2015.

32 Vgl. etwa den Bericht des damaligen Sonderberichterstatters zum Recht auf Gesundheit mit dem Schwerpunkt „*mental disability*“, Paul Hunt: E/CN.4/2005/41, 11. Februar 2005, Ziff. 9.

33 Vgl. etwa: www.enil.eu/news/sterilization-of-women-and-girls-with-disabilities-a-briefing-paper-november-2011/ (letzter Zugriff: 01.06.2015).

34 Siehe hierzu Jaichand/O'Donnell 2010. Eine entsprechende Dokumentation „Zwangssterilisation in Peru“ strahlte ARTE am 4. Juni 2010 aus.

35 Vgl. etwa die Presseberichte von Anliker 2014 und Cordier 2015.

36 Bis zu der am 1. März 2015 in Kraft getretenen Gesetzesreform galt dies für einen Zeitraum von 48 Monaten nach Einreise. Mit der Gesetzesreform wurde der Zeitraum auf 15 Monate Aufenthalt im Bundesgebiet (ohne wesentliche Unterbrechungen) verkürzt.

Lindner 2015: 81). Auch gestaltete sich – schon vor dem massiven Anstieg der Flüchtlingszahlen im Jahr 2015 – die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen als problematisch (vgl. BAfF 2015).

Selbst angesichts legitimer ordnungspolitischer Interessen des Staates ist die legale und faktische Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen von Menschen, abhängig von Staatsangehörigkeit oder Aufenthaltsstatus, aus menschenrechtlicher Sicht kritisch zu bewerten, zumal, wenn die Gesundheitsversorgung offenkundig unzureichend ist und selbst eine Notversorgung durch bürokratische Hindernisse mitunter behindert wird.³⁷ Dies gilt auch in Bezug auf Migrantinnen und Migranten, die sich „irregulär“ im Land aufhalten. Diese haben zwar grundsätzlich das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung, in Deutschland etwa auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes. Trotz aller nationalen Besonderheiten und vereinzelter Positivbeispiele ist jedoch mit Heinz-Jochen Zenker festzustellen: „Überall stehen Menschen ohne Papiere am unteren Ende des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Medizin, was Menschenrechtskonventionen und der Europäischen Sozialcharta widerspricht“ (Zenker 2011: 96). Hinzu kommt, dass die jeweiligen Aufspür-, Melde- und Festnahmepraktiken viele Menschen „ohne Papiere“ de facto oft davon abhalten, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.³⁸

Die Gesundheit gefährdende und schädliche staatliche Handlungen können zudem jene Parameter betreffen, welche außerhalb des Gesundheitswesens die Gesundheit der Menschen beeinflussen. Wie bereits dargelegt wurde, nennt hier der UN-Ausschuss für wsk-Rechte ausdrücklich den Zugang zu sauberem und gesundem Trinkwasser, eine angemessene Sanitärversorgung, unbedenkliche Nahrung und Unterkunft, gesunde Arbeits- und Umweltbedingungen sowie gesundheitsbezogene Informationen. Vor diesem Hintergrund ist – etwa in Gestalt menschenrechtlicher Folgenabschätzungen – zu prüfen, inwieweit von staatlichen Maßnahmen in den verschiedenen Politikbereichen (Wirtschafts-, Energie-, Verteidigungspolitik etc.) Gesundheitsgefahren und -schäden ausgehen. Auch können staatliche Betriebe oder öffentliche Infrastrukturmaßnahmen das Recht auf Gesundheit verletzen, wenn der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz vernachlässigt oder wenn die Umwelt kontaminiert wird. Eine Mitverantwortung ergibt sich ggf. auch durch die Kooperation mit privaten Unternehmen. Eine *landmark decision* traf diesbezüglich die Afrikanische Menschenrechtskommis-

37 Vgl. Lindner 2015 sowie den Beitrag von Elène Misbach in diesem Heft. Die Bundesregierung sieht hingegen die Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten als angemessen an; vgl. Bundestagsdrucksache 18/4758, 27. April 2015. Aufschlussreich ist auch die Plenardebatte im Bundestag, 115. Sitzung, 2. Juli 2015, 11078-11093.

38 Vgl. etwa Fundamental Rights Agency 2012 sowie den Beitrag von Mylius/Frewer in diesem Heft.

sion gegen die damalige Militärregierung Nigerias. Im Rahmen der nationalen Ölförderung hatte diese gemeinsam mit einem großen Ölkonzern erhebliche Umwelt- und Gesundheitsschäden im Niger-Delta verursacht. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die in der Banjul-Charta garantierten Rechte auf Gesundheit und auf eine angemessene – hier: gesunde – Umwelt verletzt wurden.³⁹

Auch die Zurückhaltung oder Falschdarstellung gesundheitsrelevanter Informationen kann eine Verletzung staatlicher Achtungspflichten darstellen. So darf der Staat (lebens)wichtige Gesundheitsinformationen etwa im Hinblick auf Ansteckungsschutz, Seuchenprävention oder auch Umweltkatastrophen weder zurückhalten noch verfälschen. Aus der Perspektive des Rechts auf Gesundheit wurde beispielsweise kritisiert, dass die Regierung Zimbabwes den Ausbruch einer Cholera-Epidemie im Jahre 2008 lange Zeit verschwieg und diese zu früh für beendet erklärte.⁴⁰ Auf berechnete menschenrechtliche Kritik stieß auch der Umstand, dass die südafrikanische Regierung unter Staatspräsident Thabo Mbeki (1999-2008) die Ansteckungsgefahr mit HIV bagatellierte und sogar den Zusammenhang zwischen HIV und AIDS zeitweise negierte.⁴¹ Umgekehrt können Maßnahmen zur Eindämmung von Epidemien, wie etwa Zwangsquarantänen im Falle von Ebola-Patienten in Sierra Leone, Guinea und Liberia im Jahre 2014, zu Eingriffen in die Freiheits- und Beteiligungsrechte der Betroffenen führen. Inwieweit solche Eingriffe gerechtfertigt sind, lässt sich beispielsweise anhand der „*Siracusa Principles*“ diskutieren, welche Einschränkungen (*limitations*) oder die Aussetzung (*derogation*) bürgerlich-politischer Rechte im Falle entsprechender *public emergencies* behandeln.⁴²

3.2 STAATLICHE SCHUTZPFLICHTEN

Schutzpflichten (*obligations to protect*) bestehen in der staatlichen Verpflichtung, den einzelnen Menschen gegen tatsächliche oder drohende Eingriffe in seine Menschenrechte durch Dritte, für gewöhnlich private Akteure, zu schützen. Bei Schutzpflichten handelt es sich nicht um Handlungsverbote, sondern um Handlungsgebote für den Staat. Welche Schutzmaßnahmen der Staat ergreift, liegt, soweit diese zielführend und menschenrechtskonform ausgestaltet sind, grundsätzlich im Ermessen der staatlichen

39 Communication Nr. 155/2001, *SERAC and CESR v Nigeria* (2001), 15th Annual Activity Report of ACHPR: 2000-2002. Der Fall ist auch in der Sekundärliteratur gut dokumentiert, siehe etwa Keetharuth 2009, Nolan 2009.

40 Vgl. Zimbabwe Human Rights NGO Forum 2009.

41 Siehe in diesem Zusammenhang die Maßnahmen der „Treatment Action Campaign“; vgl. Heywood 2009.

42 UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

Entscheidungsträger, die diesbezüglich über einen weiten Ermessens- und Gestaltungsspielraum verfügen. Daher ist es nicht immer leicht, etwaige Verletzungen staatlicher Schutzpflichten festzustellen. Sie können sich beispielsweise durch staatliches Unterlassen ergeben, wenn a) öffentliche Stellen Kenntnis von einer aktuellen oder drohenden Gefährdung haben oder bei erforderlicher Sorgfalt haben können, b) sie trotz entsprechender Kenntnis nicht im Rahmen ihrer verfügbaren Mittel geeignete Schutzmaßnahmen ergreifen und c) doch zugleich menschenrechtskonforme Gegenmaßnahmen möglich wären.⁴³

Im Gesundheitswesen können solche Verletzungen beispielsweise dann auftreten, wenn der Staat es zulässt, dass private Gesundheitseinrichtungen gegen medizinische Standards verstoßen, oder wenn er nichts dagegen unternimmt, dass schädliche oder unwirksame Medikamente im Umlauf sind (wie dies in nicht wenigen Ländern der Fall ist). Im Sinne der Schutzpflichten muss der Staat private Gesundheitseinrichtungen, -leistungen und -produkte hinreichend regulieren und kontrollieren, um sicherzustellen, dass die Menschen tatsächlich medizinische Hilfe erfahren und nicht in ihrer Gesundheit geschädigt werden. Dabei kann es prinzipiell zu denselben Missständen kommen wie in staatlichen Gesundheitseinrichtungen (siehe oben), nur, dass hier die Schädigungen von privaten Akteuren ausgehen. Besonders augenfällig wird die staatliche Schutzpflicht, wenn es beispielsweise in privaten Gesundheitseinrichtungen zu vermeidbaren Todesfällen kommt und zugleich der Staat seiner Regulierungs- und Kontrollpflicht nicht nachgekommen ist. Diesbezüglich gibt es eine Reihe einschlägiger Entscheidungen, beispielsweise des Interamerikanischen Gerichtshofs für Menschenrechte⁴⁴ oder auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zu CEDAW⁴⁵.

Menschenrechtlich von großer Relevanz ist auch die Frage, wie offen der Zugang zu privaten Gesundheitsleistungen sein muss. Zwar ist es wenig umstritten, dass auch private Gesundheitseinrichtungen keinem Menschen eine Notversorgung verwehren dürfen. Doch der Zugang zu darüber hinausgehenden privaten Leistungen ist gemeinhin nicht für jedermann möglich oder erschwinglich. Dies ist insbesondere dann ein Problem, wenn gleichzeitig der öffentliche Gesundheitssektor nicht flächendeckend verfügbar oder von schlechter Qualität ist. In diesem Fall muss der Staat dafür Sorge tragen, dass eine qualitativ angemessene Gesundheitsversorgung allen Menschen offen steht – sei es durch eine entsprechende Regulierung privater Anbieter oder sei es durch

⁴³ Vgl. Kälin/Künzli 2008: 126.

⁴⁴ *Ximenes-Lopes v. Brasil*, Series C 149, 2006; siehe auch Nolan 2009.

⁴⁵ *Alyne Silva Pimentel v. Brasil*, CEDAW, Mitteilung Nr. 17/2008, Urteil vom 25. Juli 2011.

den Ausbau des öffentlichen Gesundheitssektors, was bereits auf die (später behandelten) Gewährleistungspflichten verweist.

Ebenso wie die Achtungspflichten erstrecken sich die Schutzpflichten nicht nur auf die Gesundheitsversorgung im engeren Sinne, sondern umfassen auch die Arbeits- und Lebensbedingungen, welche die Gesundheit der Menschen mitbestimmen. Hierbei beziehen sich die Schutzpflichten zum einen auf eine angemessene Regulierung und Kontrolle des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit, zum anderen betreffen sie den – für die Gesundheit der Menschen unentbehrlichen – Schutz einer intakten und gesunden Umwelt vor privat(wirtschaftlich)en Eingriffen. Weltweit sind jedoch gesundheits-schädigende Arbeitsbedingungen und Umweltverschmutzungen durch private Unternehmen dokumentiert – sei es beim Abbau natürlicher Ressourcen, in der Landwirtschaft oder in der verarbeitenden Industrie. Man denke hier nur an gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen in der Textilbranche in Südasien, die mit den Bränden und Fabrikeinstürzen in Pakistan und Bangladesch auch hierzulande öffentliche Aufmerksamkeit erregten.⁴⁶ Gerade in Entwicklungs- und Schwellenländern ist die Problematik offensichtlich. Erschwerend kommt hinzu, dass dort in großem Stil informelle Arbeitsverhältnisse vorherrschen.

Staatliche Schutzpflichten zur Vermeidung von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Umweltverschmutzungen ergeben sich nicht nur aus Art. 12 Abs. 2 (b) des UN-Sozialpakts, sondern auch aus Konventionen der *International Labour Organization* (ILO). Im Rahmen des Europarates kann ggf. auch eine Verletzung der Europäischen Sozialcharta geltend gemacht werden. Bei Kollektivbeschwerden gegen Griechenland sah beispielsweise der Europäische Sozialausschuss das Recht auf Gesundheit verletzt, da die nationalen Autoritäten – bei allen zugestandenen Ermessens- und Handlungsspielräumen – zu wenig unternommen hätten, um die Gesundheit von Anwohnern vor Wasser- und Luftverschmutzungen durch private Unternehmen zu schützen.⁴⁷ Eine eigene Problematik stellt die oft privatisierte Müllentsorgung dar.⁴⁸

Bedeutsam ist weiterhin der Gesundheitsschutz von Verbrauchern. So muss der Staat verhindern, dass hochgradig belastete und gesundheitsschädliche Verbrauchsgüter, allen

⁴⁶ Hintergrundinformationen zu den Arbeitsbedingungen in der Textilindustrie finden sich auf den Homepages u. a. von Clean Clothes Campaign (www.cleanclothes.org), Christliche Initiative Romero (www.ci-romero.de), ECCHR (www.ecchr.eu), medico international (www.medico.de) sowie der Fair Wear Foundation (www.fairwear.org); siehe auch Burckhardt 2014.

⁴⁷ Siehe die Urteile zu den Beschwerden Nr. 30/2005 und Nr. 72/2011.

⁴⁸ In den süditalienischen Provinzen Neapel und Caserta führte beispielsweise die kriminelle, illegale Entsorgung von Sonder- und Giftmüll nachweislich zu gesundheitlichen Schäden der Bevölkerung. Vgl. Camera dei deputati: D.L. 136/2013: Emergenze ambientali e industriali, 6. Februar 2014; Emergenze rifiuti, 21.11.2014; abrufbar unter: www.camera.it. (letzte Zugriff: 01.06.2015).

voran Lebensmittel, vertrieben werden. Zugleich wurden in den vergangenen Jahren auch Rauchverbote und Forderungen nach Maßnahmen gegen den Alkohol- und Drogenkonsum mit dem Recht auf Gesundheit begründet. Noch weiter gehen Forderungen nach Schutz vor Übergewicht⁴⁹ oder nach einer „*Global Convention to Protect and Promote Healthy Diets*“. Die letztgenannte Forderung wurde vom damaligen UN-Sonderberichterstatter zum Recht auf Nahrung, Olivier de Schutter, erhoben und damit begründet, dass ungesunde Ernährung eine größere Gefahr für die Gesundheit darstelle als Tabak.⁵⁰ Bisher werden aber in puncto Essgewohnheiten und gesunder Ernährung noch kaum staatliche Pflichten aus dem Recht auf Gesundheit abgeleitet. Hier bedürfte es sicherlich einer eingehenden Diskussion darüber, ob und inwieweit über Informations- und Aufklärungspflichten hinaus in die Freiräume und den Verantwortungsbereich der einzelnen Menschen eingegriffen werden kann und soll.

Anders stellt sich dies bei physischen Gewalttaten dar. Hier nimmt der UN-Ausschuss für wsk-Rechte – und zwar auf Grundlage des Rechts auf Gesundheit – die Staaten in die Pflicht, private Gewalt, gerade auch die häusliche, zu bekämpfen und die Straftäter zu verfolgen.⁵¹ So betont er immer wieder die Verpflichtung, Frauen und Mädchen vor sexueller oder anderer Gewalt zu schützen, und zwar in ganz unterschiedlichen Gefährdungslagen und auch bei der Nutzung anderer Menschenrechte: auf dem Schulweg, auf dem Weg zur Arbeit oder am Arbeitsplatz, beim Aufsuchen von Wasserstellen oder sanitären Anlagen oder auch in Notlagern und Flüchtlingscamps. Auch sei der Staat verpflichtet, gesundheitsschädliche kulturelle Praktiken zu unterbinden, allen voran die Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung (*Female Genital Mutilation*, kurz: FGM). Sowohl der UN-Ausschuss für wsk-Rechte als auch der CEDAW-Ausschuss haben weibliche Genitalverstümmelung immer wieder als Menschenrechtsverletzung ausgewiesen, wenngleich nicht immer auf Grundlage des Rechts auf Gesundheit.⁵²

3.3 STAATLICHE GEWÄHRLEISTUNGSPFLICHTEN

Gewährleistungspflichten (*obligations to fulfill*) stellen „Leistungsrechte“ im engeren Sinne dar. Sie verpflichten die Staaten, die möglichst umfassende Ausübung der Menschenrechte durch aktives staatliches Handeln zu ermöglichen. Hier geht es also dar-

49 So etwa die Forderung des UN-Ausschusses für wsk-Rechte gegenüber Schweden: E/C.12/SWE/CO/5, 18. November 2008, Ziff. 23.

50 So am 19. Mai 2014 in Genf; vgl. auch seinen Bericht zu diesem Thema: A/HRC/19/59, 26.12.2011.

51 Vgl. CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 51.

52 Vgl. hier etwa die Abschließenden Bemerkungen zum Tschad: E/C.12/TCD/CO/3, 16. Dezember 2009, Ziff. 19; CEDAW/C/TCD/CO/1-4, 21. Oktober 2011, Ziff. 22-23.

um, über entsprechende Gesetze, Einrichtungen und Verfahren sowie über staatliche Leistungen in Form von Geld, Gütern oder Dienstleistungen die Voraussetzungen für die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit zu schaffen.

Wie eingangs des Beitrags aufgezeigt wurde, sehen bereits die jeweiligen Menschenrechtsabkommen vielfältige Schritte zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit vor.⁵³ Dementsprechend weit sind die Gewährleistungspflichten im Bereich der Gesundheit gefächert. Sie umfassen zunächst den Aufbau und Unterhalt medizinischer und gesundheitsrelevanter Infrastrukturen. So müssen die Staaten dafür Sorge tragen, dass notwendige medizinische Einrichtungen, Leistungen und Programme mit geschultem Personal zur Verfügung stehen und für jedermann zugänglich sind, und die Menschen zugleich Zugang zu angemessener Nahrung, Unterkunft, Sanitäranlagen, Trinkwasser sowie zu unentbehrlichen Arzneimitteln haben. Weiterhin sehen die Menschenrechtsabkommen konkrete Schritte der Staaten vor, um die Gesundheitslage der Bevölkerung im Allgemeinen sowie einzelner, besonders bedürftiger und vulnerabler Gruppen zu verbessern, etwa von Kindern, Müttern, alten Menschen oder Menschen mit Behinderungen. Hierbei reicht es für gewöhnlich nicht nur, den Zugang zur medizinischen Versorgung sicherzustellen. Oft sind auch die sozioökonomischen und soziokulturellen Bedingungen zu verändern, welche die Gesundheitslage mitbestimmen, etwa Armut oder gesellschaftliche Marginalisierung und Ausgrenzung.

Die Ausgestaltung der Gesundheitssysteme – ob öffentlich und/oder privat – sowie konkreter gesundheitspolitischer Maßnahmen liegt grundsätzlich im Ermessen der jeweiligen Staaten, zumindest, solange diese menschenrechtliche Prinzipien (wie Transparenz, Partizipation, Nicht-Diskriminierung) beachten und die allgemeine Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleisten.⁵⁴ Privatisierte oder vertraglich ausgelagerte Gesundheitsleistungen entheben die Staaten allerdings nicht ihrer Pflicht, dies sicherzustellen. So müssen die Regierungen beispielsweise verhindern, dass eine qualitativ angemessene Gesundheitsversorgung nur zahlungskräftigen Patienten vorbehalten bleibt. Allein 100 Millionen Menschen werden der WHO zufolge jedoch jährlich in die Armut getrieben, weil sie für Gesundheitsleistungen selbst zahlen müssen (*out-of-pocket payments*).⁵⁵ Dies verweist

⁵³ Es sei an dieser Stelle darauf verzichtet, die vielfältigen menschenrechtsbezogenen Maßnahmen im Gesundheitsbereich einzeln darzulegen. Siehe hierzu die Berichte und Empfehlungen der charta- und vertragsgestützten UN-Menschenrechtsorgane, die sich auf der Homepage: www.ohchr.org befinden. Ebenso lohnend ist die Lektüre der WHO-Dokumente, die sich auf das Menschenrecht auf Gesundheit beziehen: www.who.int/topics/human_rights/en/ (letzter Zugriff: 01.07.2015).

⁵⁴ Vgl. etwa Hunt/Backman 2013.

⁵⁵ Vgl. www.who.int/factfiles/universal_health_coverage/en/index.html (letzter Zugriff: 01.06.2015).

nicht nur auf den engen Zusammenhang zwischen dem Recht auf Gesundheit und dem Recht auf soziale Sicherheit⁵⁶, sondern häufig auch auf das Problem einer miserablen öffentlichen Gesundheitsversorgung. Aus diesem Grund, so wird etwa aus Indien berichtet, ziehen mitunter selbst arme Menschen kostenpflichtige private Gesundheitsleistungen der unentgeltlichen Behandlung in staatlichen Krankenhäusern vor – und verschulden sich dabei oft haushoch.⁵⁷

Da die Umsetzung der Gewährleistungspflichten im Falle des Rechts auf Gesundheit mit hohen Kosten verbunden ist, stoßen viele Länder bei der Umsetzung dieses Rechts an ihre Grenzen. Gerade viele Entwicklungsländer haben immense Schwierigkeiten, eine flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen und die teils gravierenden Mängel im Gesundheitswesen zu überwinden. Geschweige denn können sie sich eine so umfassende und teure Gesundheitsversorgung leisten wie die reichen Wohlstandsgesellschaften. Das nimmt aber Entwicklungsländer nicht aus der Pflicht, auf Grundlage ihrer *verfügbaren Ressourcen*⁵⁸ Maßnahmen zu ergreifen, um das Recht auf Gesundheit *schrittweise* umzusetzen.

Die Verpflichtung einer nur schrittweisen, progressiven Rechtsumsetzung, wie sie der UN-Sozialpakt vorsieht (Art. 2 Abs. 1), trägt der Tatsache Rechnung, dass sich – angesichts schwer überwindbarer sozialer Missstände und knapper Ressourcen – die sozialen Menschenrechte nicht von heute auf morgen umsetzen lassen, insbesondere nicht jene Rechtskomponenten, deren Umsetzung umfangreiche staatliche Leistungen und langfristiges Handeln erfordern. Im Hinblick auf das Recht auf Gesundheit (und anderer wsk-Rechte) trifft dies gerade auf die Gewährleistungspflichten zu. Jedoch kann die Verpflichtung zu einer progressiven Umsetzung nicht als Entschuldigung dienen, untätig zu bleiben. Vielmehr hat der Staat die *prozedurale* Verpflichtung, konkrete und zielführende Politiken zu entwerfen und Maßnahmen durchzuführen, die *im Ergebnis* auf die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit abzielen. So sind die Staaten verpflichtet, in einem partizipatorischen und transparenten Prozess umgehend eine umfassende nationale Gesundheitsstrategie auszuarbeiten, um die bestehenden (und zu identifizierenden) Gesundheitsprobleme in dem jeweiligen Land anzugehen.

Zudem müssen einige Kernverpflichtungen, soweit möglich, *unmittelbar* umgesetzt werden. Dazu zählt der UN-Ausschuss für wsk-Rechte immerhin den diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sowie

56 Vgl. Krennerich 2014.

57 Vgl. Shankar/Mehta 2008: 155.

58 Die deutsche Übersetzung von „Ressourcen“ legt sinnvollerweise einen umfassenden Ressourcenbegriff zugrunde, der sich nicht nur auf finanzielle Ressourcen beschränkt, sondern alle Arten von Ressourcen umfasst; vgl. auch Klee 2000: 122-129, Engbruch 2008: 108.

den Zugang zu einem Mindestmaß an grundlegenden Nahrungsmitteln, zu Unterkunft, Sanitäranlagen und sicherem Trinkwasser sowie die Versorgung mit elementaren Arzneimitteln. Hinzu kommt eine gerechte Verteilung von medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung, wobei hier insbesondere das Problem der Unterversorgung ländlicher Gebiete im Blickpunkt steht.⁵⁹ Von vergleichbarer Priorität sieht der Ausschuss folgende Aspekte an: die Gesundheitsfürsorge im Hinblick auf die reproduktive Gesundheit, Mutterschaft und von Kindern; Impfungen gegen verbreitete Infektionskrankheiten; Maßnahmen zur Verhinderung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer und endemischer Krankheiten; Aufklärung und Informationen über die wesentlichen Gesundheitsprogramme der Gemeinschaft; eine angemessene Ausbildung des Personals im Gesundheitswesen.⁶⁰

Darauf aufbauend sind Maßnahmen zu ergreifen, die das Recht auf Gesundheit fortschreitend und umfänglich verwirklichen. Die – mit gehörigem Fortschrittsoptimismus seinerzeit verankerte – Verpflichtung einer progressiven Umsetzung geht zwar nicht mit einem absoluten Regressionsverbot einher. Unvermeidbare Rückschritte sind jedoch erklärungsbedürftig. Von entscheidender Bedeutung ist dabei letztlich, dass der Staat seine verfügbaren Ressourcen – und damit auch einen angemessenen Anteil des Staatsanteils und etwaiger internationaler Hilfen – auch wirklich für die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit einsetzt. Ein Staat, der hierzu nicht willens ist, verletzt aus Sicht des UN-Ausschusses für wsk-Rechte seine Verpflichtungen gemäß Art. 12 des UN-Sozialpaktes.⁶¹

Dabei ist freilich immer zu klären, wie viel Ressourcen angemessen sind. Der Wortlaut des UN-Sozialpaktes, der den jeweiligen Staat verpflichtet, das „*maximum of its available resources*“ auszuschöpfen, ist wenig hilfreich. Es liegt auf der Hand, dass ein Staat nicht all seine Ressourcen für die Umsetzung einzelner Menschenrechte ausgeben kann, so wichtig diese auch sein mögen. Die Verpflichtung, alle Ressourcen auszuschöpfen, erfolgt also immer unter der Prämisse, dass dem Staat für die Erfüllung der verschiedenen Staatsaufgaben (und auch für die Umsetzung anderer Menschenrechte) hinreichend Mittel verbleiben. Dementsprechend geht es vor allem um die Gewichtung der Ziele wie auch um die Verteilung und Nutzung der verfügbaren Ressourcen.⁶²

59 CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 43.

60 CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 44.

61 Ebd., Ziff. 47.

62 Dem Problem der „*Prioritization of health interventions and respect of human rights*“ widmete sich u. a. der UN-Sonderberichterstatter zum Recht auf Nahrung in seinem Bericht an die UN-Generalversammlung vom 8. August 2007. UN Doc. A/62/214, Ziff. 11-32.

Nun stellt man in der Praxis rasch fest, dass die politische Prioritätensetzung und die Ausgabenpolitik vieler Staaten dringend menschenrechtlicher Korrekturen bedürfen. Salopp ausgedrückt: Wenn man sieht, wofür die Staaten Geld ausgeben, während gleichzeitig Abermillionen Menschen an vermeidbaren und heilbaren Krankheiten sterben, wird man unschwer feststellen, dass viele Ressourcen aus menschenrechtlicher Sicht falsch verteilt, nicht genutzt oder geschweige denn ausgeschöpft werden. In der Forderung, ein Höchstmaß an Ressourcen einzusetzen, liegt also viel kritisches Potenzial begründet, denn es nimmt die Staaten in die Pflicht, angesichts anhaltender sozialer Notlagen mehr Ressourcen für die Umsetzung sozialer Menschenrechte zu mobilisieren. Bezeichnenderweise fordert der UN-Ausschuss für wsk-Rechte im Rahmen des Berichtsverfahrens zum UN-Sozialpakt die Staaten immer wieder auf, mehr Ressourcen für die Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Über ein nationales *human rights budgeting* und über systematische Ländervergleiche lassen sich die diesbezüglichen Diskussionen verschlichten, auch wenn hoher Mitteleinsatz allein noch keine angemessene Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit garantiert.

Auch auf die Frage, ab wann das Menschenrecht auf Gesundheit vollumfänglich umgesetzt ist, gibt der UN-Ausschuss für wsk-Rechte keine abschließende Antwort. Die Forderung nach dem „erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit“ lässt viele Fragen offen. Da die Gesundheit der jeweiligen Menschen von vielfältigen kontingenten und damit beeinflussbaren Faktoren abhängt, lassen sich die Bedingungen für ein gesundes Leben prinzipiell immer weiter verbessern. Pragmatisch wird man daher die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit als einen fortwährenden Prozess betrachten müssen, der sich an den jeweiligen medizinischen und gesundheitlichen Standards orientiert, die auf nationaler bzw. internationaler Ebene festgelegt und weiterentwickelt werden. Offenkundig ist aber, dass sich das Menschenrecht auf Gesundheit nicht nur auf eine Grundversorgung beschränkt. Der Anspruch eines jeden Menschen auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an Gesundheit dient daher als kritisches Korrektiv, damit eine umfassende medizinische Versorgung sowie gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen nicht bestimmten Gruppen in der Gesellschaft vorenthalten bleiben.

3.4 DIE INTERNATIONALEN DIMENSIONEN DES RECHTS AUF GESUNDHEIT

Die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit innerhalb der jeweiligen Staaten wird – im Positiven wie im Negativen – stark international beeinflusst. Einerseits gibt es vielfältige Bemühungen in der internationalen Gesundheitspolitik, der Entwicklungszusammenarbeit sowie im Rahmen der humanitären Hilfe, die Gesundheitsversorgung der

Menschen gerade in Entwicklungsländern und in Krisenregionen zu verbessern. Der UN-Sozialpakt verpflichtet die Staaten sogar zu einer solchen Kooperation. Andererseits können internationale Politiken und Rechtsvorschriften, etwa in Gestalt von Kreditauflagen oder Handels- und Patentregeln, auch die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit beeinträchtigen. So weist der UN-Ausschuss für wsk-Rechte ausdrücklich auf die internationale Verpflichtung der Staaten hin, in ihrem bilateralen und multilateralen Handeln nicht das Recht auf Gesundheit in anderen Ländern zu beeinträchtigen. Auch beim Abschluss internationaler Abkommen und als Mitglieder internationaler Organisationen sind die Staaten daher verpflichtet, das Recht auf Gesundheit gebührend zu berücksichtigen.

Vielfach kritisiert wurden in der Vergangenheit beispielsweise patentrechtliche Vorgaben im Rahmen des sog. TRIPS-Abkommens der Welthandelsorganisation (*World Trade Organisation*, WTO). Holger Hestermeyer legte etwa dar, dass der Rechtsanspruch auf „*access to medicine*“ Bestandteil der Menschenrechte auf Gesundheit und Leben ist; dass Patentrechtsregelungen, zu denen die WTO-Mitglieder verpflichtet sind, zu höheren Preisen für neue Medikamente führten; dass höhere Preise den Zugang zu Medikamenten für ärmere Bevölkerungsgruppen gerade in Entwicklungsländern erschwerten, mithin also einen Eingriff in das Menschenrecht darstellten; dass ein solcher Eingriff nicht hinreichend gerechtfertigt werden könne, auch nicht durch das Recht auf den Schutz der geistigen und materiellen Interessen von Urhebern wissenschaftlicher Werke (im Sinne des Art. 15 Abs. 1 des UN-Sozialpaktes), da dieses nicht die Patentrechte von Pharmaunternehmen schütze.⁶³ Entsprechende flexible TRIPS-Regelungen in Form von Zwangslizenzen und Parallelimporten, um solche Konflikte zu lösen („*health safeguards*“), werden *de facto* unterlaufen.⁶⁴

Kritisch hinterfragen lassen sich aber auch manche Sparauflagen internationaler Kreditgeber. Denn Kürzungen im Sozial- und Gesundheitsbereich, wie sie die international erwirkten Austeritätsprogramme in den 1980er und 1990er Jahren in Lateinamerika und anderen Weltregionen sowie in den vergangenen Jahren in Griechenland vorsahen, können hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit das „*Do not harm-Prinzip*“ und damit extraterritoriale Achtungspflichten der Kreditgeber empfindlich verletzen. Für die Misere der Staatsfinanzen tragen zwar vielfach die nationalen Regierungen die

63 Vgl. Hestermeyer 2007. Bereits der UN-Ausschuss für wsk-Rechte hat in seinem Allgemeinen Kommentar Nr. 17 zum Art. 15 (1) c) des Sozialpaktes klargestellt, dass solche Patentrechte keine Menschenrechte sind und der Staat die Pflicht habe, die Menschen vor überhöhten Preisen für unentbehrliche Medikamente zu schützen; vgl. CESCR E/C.12/GC/17, 12. Januar 2006. Siehe auch Schneider 2006: 162 ff.

64 Siehe etwa: People's Health Movement et al. 2014: 288-299.

Hauptverantwortung. Auch entscheiden diese letztlich darüber, in welchen Bereichen wie viel gespart wird. Vielerorts verschärfte jedoch der Druck internationaler Kreditgeber erheblich die Misere im Gesundheitswesen. Wenn die öffentliche Gesundheitsversorgung gar kollabiert, muss dringend gegengesteuert werden.

Während bereits die extraterritorialen Achtungspflichten viele Fragen aufwerfen, ist umstritten, inwiefern die Staaten darüber hinaus verpflichtet sind, andere Staaten bei der Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit (und anderer sozialer Menschenrechte) zu unterstützen. Selbst Regierungen, die sich stark in der Entwicklungszusammenarbeit engagieren, möchten sich hierzu nicht völkerrechtlich verpflichten lassen. Gespannt darf man daher sein, welche Bedeutung die „Maastrichter Grundsätze zu extraterritorialen Staatenpflichten im Bereich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechte“ entwickeln werden, die rund 40 Völkerrechtlerinnen und Menschenrechtsexperten aus aller Welt am 28. September 2011 an der Universität Maastricht verabschiedet haben.⁶⁵ Die Prinzipien greifen Grundsätze auf, die UN-Ausschüsse und UN-Sonderberichterstatter mitunter bereits unverbindlich formuliert haben, und erkennen umfassende extraterritoriale Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten der Staaten an.⁶⁶ Weiterreichend sind Forderungen nach „globalen sozialen Rechten“, welche die internationalen und transnationalen Beziehungen regulieren sollen.⁶⁷

4. Ausblick

Sollen Menschenrechte Wirkung entfalten, müssen sie aktiv eingefordert werden. Aus diesem Grund ist menschenrechtliches Empowerment nötig. Dieses bezeichnet einen Prozess, in dessen Verlauf die Träger der Menschenrechte das Vermögen erlangen, die eigenen Menschenrechte und die Menschenrechte anderer effektiv einzufordern wie auch durchzusetzen. Hauptadressat menschenrechtlicher Ansprüche sind dabei die jeweiligen Staaten, welche die vornehmlichen Pflichtenträger sind. Deren Bereitschaft und Fähigkeit, die Menschenrechte umzusetzen, gilt es einzufordern und zu stärken. Aber auch nichtstaatliche Akteure wie Wirtschaftsunternehmen werden zusehends in die menschenrechtliche Verantwortung genommen. Den Betroffenen und ihren Unterstützerguppen steht dabei grundsätzlich ein breites Handlungsspektrum zur

65 In deutscher Übersetzung abgedruckt sind diese in: *Zeitschrift für Menschenrechte*, Vol. 6, 2009, Nr. 2, 184-195.

66 Vgl. auch Coomans/Künemann 2012, de Schutter et al. 2012, Krennerich 2013: 124-128.

67 Vgl. etwa Fischer-Lescano/Möller 2012.

Verfügung, um ihre menschenrechtlichen Ansprüche gegen Widerstände zur Geltung zu bringen.

Aus juristischer Sicht zeichnet sich das Recht gerade dadurch aus, dass es sich auf dem Gerichtsweg durchsetzen lässt. Mit wachsender Anerkennung der – lange Zeit bestrittenen – Justiziabilität sozialer Menschenrechte⁶⁸ öffneten sich in den vergangenen Jahren vermehrt gerichtliche Klagemöglichkeiten. So ist das *case law* zu den sozialen Menschenrechten im Allgemeinen und zum Recht auf Gesundheit im Besonderen erheblich angewachsen. Inzwischen liegen zahlreiche Urteile und Entscheidungen vor, die das Recht auf Gesundheit direkt oder mittelbar betreffen.⁶⁹ Interessanterweise beziehen sich diese nicht nur auf offenkundige Diskriminierungstatbestände und auf die Verletzungen der Achtungs- und Schutzpflichten, sondern mitunter auch auf Leistungsansprüche der Betroffenen.⁷⁰ Empirisch ist allerdings stets zu prüfen, wer tatsächlich den Gerichtsweg nutzt, wie die Gerichte entscheiden und ob entsprechende Urteile angemessen umgesetzt werden und nachhaltige Wirkungen zeitigen.

Mindestens ebenso wichtig ist, dass das Menschenrecht auf Gesundheit auf politischem Wege eingefordert und durchgesetzt wird, etwa über Proteste und Kampagnen oder über Lobby- und Advocacy-Arbeit. Bei aller Bedeutung einflussreicher gerichtlicher Leiturteile werden grundlegende, strukturelle Reformen, die darauf abzielen, die sozialen Menschenrechte wie das Recht auf Gesundheit besser und umfassender zu achten, zu schützen und zu gewährleisten, vor allem gesellschaftspolitisch erstritten, geht es hier doch vor allem um Macht- und Verteilungskonflikte. Im Idealfall ergänzen sich dabei die (quasi-)gerichtliche Einklagbarkeit und die politische Einforderbarkeit des Rechts auf Gesundheit. Einerseits gewinnen politische Forderungen, Menschenrechte umzusetzen, dadurch an Legitimität und Schubkraft, dass die Rechtsansprüche positiv-rechtlich verankert sind und sich ggf. einklagen lassen.⁷¹ Andererseits werden die positiv-rechtliche Verankerung, Auslegung und Durchsetzung von Menschenrechtsnormen immer auch gesellschaftspolitisch er-

68 Vgl. Krennerich 2013: 116-123.

69 Vgl. die Datenbanken unter: www.globalhealthrights.org und www.escr-net.org (letzter Zugriff: 01.06.2015). Siehe auch: Gauri/Brinks 2008, Langford 2009, Yamin/Gloppen 2011, Hogerzeil 2013 sowie das dreibändige Werk von Clérico et al. 2013.

70 Die deutsche Bundesregierung hält hingegen an der Rechtsauffassung fest, dass sich aus dem UN-Sozialpakt keine auf bestimmte Leistungen gerichteten Gewährleistungsansprüche ableiten lassen; vgl. Bundestagsdrucksache 18/4758, 27. April 2015.

71 Die bereits genannte *Treatment Action Campaign* (TAC) in der Republik Südafrika zeigte eindrucksvoll, wie sich politische und rechtliche Maßnahmen ergänzen können, um das Recht auf eine medizinische und medikamentöse Versorgung von HIV/AIDS-Patienten gegen massive Widerstände durchzusetzen; vgl. Heywood 2009.

stritten und erwirkt. Hierfür ist in der Regel eine aktive Zivilgesellschaft von großer Bedeutung.

Inwieweit die Möglichkeiten, das Recht auf Gesundheit einzuklagen und einzufordern, genutzt werden, hängt zum einen von der Organisationskraft und der Handlungsfähigkeit zivilgesellschaftlicher Gruppen und sozialer Bewegungen ab. Zum anderen sind hierfür aber auch rechtsstaatliche Strukturen und zivilgesellschaftliche Freiräume vonnöten. Nicht wenige Regierungen beschneiden jedoch den Handlungsradius der Zivilgesellschaft und versuchen, menschenrechtliche Ansprüche zu unterbinden. Das Spektrum reicht hierbei von blanker Repression bis zur Kooptation. Dazwischen liegen offene und subtile Formen der Behinderung, etwa über rechtliche und administrative Einschränkungen der Versammlungs-, Vereinigungs- und Meinungsfreiheit, oder auch die gezielte Diskreditierung, Stigmatisierung oder Kriminalisierung von Personen und Gruppen, die sich für die Menschenrechte einsetzen (im UN-Jargon: *human rights defenders*).⁷²

Umso wichtiger ist es, zivilgesellschaftliches Engagement und menschenrechtliches Empowerment solidarisch zu organisieren und zu unterstützen. Hier liegt die große Bedeutung tatkräftiger transnationaler Menschenrechtsnetzwerke, welche die lokale und globale Ebene miteinander verbinden. Hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit stellt beispielsweise der *People's Health Movement* ein solch globales Netzwerk dar.⁷³ Dabei geht es wohlgerne nicht darum, vermeintlich westliche Menschenrechte in „fremde Länder“ zu „exportieren“. Ausgangs- und Anknüpfungspunkte für eine solidarische Unterstützung sind immer die Kämpfe der Menschen vor Ort, die gegen erlittenes Unrecht, Unterdrückung, Ausbeutung und Not aufbegehren und sich – sei es implizit oder ausdrücklich – auf ihr Recht berufen, ein menschenwürdiges, freies und selbstbestimmtes Leben in Gemeinschaft mit anderen führen zu können. Das Menschenrecht auf Gesundheit gehört unbedingt dazu.

Literatur

- Ach, Johann S. (Hrsg.) 2013: *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*, Münster: mentis.
- Anliker, Nicole 2014: Nie mehr Mutter sein. Zwangssterilisierungen in Peru, in: *Neue Zürcher Zeitung*, 26. Dezember 2014.
- BAfF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) 2015: *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*, Berlin: BAfF.

72 Vgl. Forum Menschenrechte 2012 sowie die Berichte der bisherigen Sonderberichterstatterinnen zu *human rights defenders*, abrufbar auf dem Menschenrechtsportal: www.ohchr.org [01.07.2015].

73 Vgl. etwa Turiano/Smith 2008 sowie: www.phmovement.org (letzter Zugriff: 01.07.2015).

- Bahnsen, Ulrich 2015: Unheimliche Enkel. Wenn Gentechniker vor Gentechnik warnen, sollten wir auf sie hören. Sonst könnte es zu spät sein, in: *Die Zeit*, 19. März 2015, 1.
- Bielefeldt, Heiner/Frewer, Andreas (Hrsg.) 2016 (i.V.): *Menschenrechte im Gesundheitswesen*, Bielefeld: transcript (i.E.).
- Bösl, Anton/Disecho, Joseph (eds.) 2009: *Human Rights in Africa*, Windhoek: Konrad Adenauer Foundation.
- Brot für die Welt/Misereor/ECCHR 2011: *Transnationale Unternehmen in Lateinamerika: Gefahr für die Menschenrechte?*, Stuttgart u. a.: BfdW u. a.
- Burckhardt, Gisela 2014: *Todschick. Edle Labels, billige Moden – unmenschlich produziert*, München: Heyne.
- Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (cord.) 2013: *Tratado de Derecho a la Salud*, Tres tomos, Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Coomans, Fons/Künemann, Rolf (eds.) 2012: *Cases and Concepts on Extraterritorial Obligations in the Area of Economic, Social and Cultural Rights*, Cambridge u. a.: Intersentia.
- Cordier, Valeska 2015: Zwangssterilisationen in Peru sollen strafrechtlich verfolgt werden, in: *Amerika 21. Nachrichten und Analysen aus Lateinamerika*, 19. Februar 2015. <https://amerika21.de/2015/02/112618/zwangssterilisationen-fujimori> (Stand: 26.06.2015).
- De Schutter, Oliver et al. 2012: Commentary to the Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the Area of Economic, Social and Cultural Rights, in: *Human Rights Quarterly*, Vol. 34, No. 4, 1084-1169.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) 2005: *Die „General Comments“ zu den VN-Menschenrechtsverträgen*, Baden-Baden: Nomos.
- Dodge, Rachel/Daly, Annette P./Huyton, Jan/Sanders, Lalage D. 2012: The challenge of defining wellbeing, in: *International Journal of Wellbeing*, Vol. 2, No. 3, 222-235.
- Engbruch, Katharina 2008: *Das Menschenrecht auf einen angemessenen Lebensstandard*, Frankfurt/M: Lang.
- Erices, Rainer/ Frewer, Andreas /Gumz, A. 2015: Versuchsfeld DDR. Klinische Prüfungen westlicher Pharmafirmen hinter dem Eisernen Vorhang, in: Frewer, Andreas/ Erices, Rainer (Hrsg.): *Medizin und Ethik in der DDR*, Stuttgart (i. E.).
- Fischer-Lescano, Andreas/Möller, Kolja 2012: *Der Kampf um globale soziale Rechte*, Berlin: Wagenbach.
- Forum Menschenrechte (Hrsg.) 2012: *Schützen statt verfolgen! Die schwierige Lage von VerteidigerInnen wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Menschenrechte*, Berlin: Forum Menschenrechte.
- Franke, Alexa 2006: *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, Bern: Huber.
- Freeman, Marsha A./Chinkin, Christine/Rudolf, Beate (eds.) 2012: *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. A Commentary*, Oxford: Oxford University Press.
- Frewer, Andreas/ Schmidt, Kurt W./ Bergemann, Lutz (Hrsg.) 2013: *Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte*, Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Fundamental Rights Agency 2012: *Ungleichbehandlung und Mehrfachdiskriminierung im Gesundheitsbereich*, Wien: FRA.
- Gauri, Varun/Brinks, Daniel M. (eds.) 2008: *Courting Social Justice. Judicial Enforcement of Social and Economic Rights in the Developing World*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Graumann, Sigrid 2011: *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*, Frankfurt/New York: Campus.

- Grodin, Michael A./Tarantola, Daniel/Annas, George J./Gruskin, Sofia (eds.) 2013: *Health and Human Rights in a Changing World*, New York/London: Routledge.
- Hestermeyer, Holger 2007: *Human Rights and the WTO. The Case of Patents and Access to Medicines*, Oxford: Oxford University Press.
- Heywood, Mark 2009: South Africa's Treatment Action Campaign. Combining Law and Social Mobilization to Realize the Right to Health. In: *Journal of Human Rights Practice*, Vol. 1, Issue 1, 14-31.
- Hogerzeil, Hans V. et al. 2013: Is Access to Essential Medicines as Part of the Fulfillment of the Right to Health Enforceable through the Courts, in: Grodin, Michael A./Tarantola, Daniel/Annas, George J./Gruskin, Sofia (eds.): *Health and Human Rights in a Changing World*, New York/London: Routledge, 139-150.
- Hunt, Paul/Backman, Gunilla 2013: Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health, in: Grodin, Michael A./Tarantola, Daniel/Annas, George J./Gruskin, Sofia (eds.): *Health and Human Rights in a Changing World*, New York/London: Routledge, 62-76.
- Jaichand, Vinodh/O'Connell, Ciara 2010: Bringing it home: The Inter-American System and State Obligations Using a Gender Approach Regionally to Address Women's Rights, in: *Inter-American and European Human Rights Journal*, Vol. 3, Issues 1-2, 49-69.
- Kälin, Walter/Künzli, Jörg 2008: *Universeller Menschenrechtsschutz*, 2. Aufl., Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Kaltenborn, Markus 2015: Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit, in: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, Jg. 24, H. 5, 161-166.
- Keetharuth, Sheila B. 2009: Major African Legal Instruments. Bösl, Anton/Disecho, Joseph (eds.): *Human Rights in Africa*, Windhoek: Konrad Adenauer Foundation, 163-231.
- Klee, Kristina 2000: *Die progressive Verwirklichung wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Menschenrechte*, Stuttgart u. a.: Boorberg.
- Krennerich, Michael 2013: *Soziale Menschenrechte – zwischen Recht und Politik*, Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.
- Krennerich, Michael 2014: Social Security – Just as much as a Human Right in Developing Countries and Emerging Markets. In: *Verfassung und Recht in Übersee*, Jg. 47, Nr. 1, 105-123.
- Langford, Malcolm (ed.) 2009: *Social Rights Jurisprudence: Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lindner, Katja 2015: Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Aktuelle politische Entwicklungen, in: *Migration und Soziale Arbeit*, 1/2015, 1-8.
- Morsink, Johannes 1999: *The Universal Declaration of Human Rights. Origins, Drafting and Intent*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Mylus, Maren/Bornschlegel, Wiebke/Frewer, Andreas (Hrsg.) 2011: *Medizin für „Menschen ohne Papiere“*, Göttingen: V&R unipress.
- Nettelshim, Martin 2009: Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und ihre Rechtsnatur, in: Merten, Detlef/Papier, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Handbuch der Grundrechte in Deutschland und Europa, Band VII/2: Europäische Grundrechte II, Universelle Menschenrechte*, Heidelberg: C.F. Müller, 191-236.
- Nolan, Aife 2009: Addressing Economic and Social Rights Violations by Non-State-Actors through the State: A Comparison of Regional Approaches to the „Obligation to Protect“, in: *Human Rights Law Review*, Vol. 9, No. 2, 225-255.

- People's Health Movement et al. 2014: *Global Health Watch 4. An Alternative World Health Report*, London: Zed Books.
- Platthaus, Andreas 2015: Wer hilft mir in meinem Wahn? Der freie Patientenwille ist nicht alles. Manchmal hilft nur eine Zwangsbehandlung, etwa bei Schizophrenie. Odyssee eines Geisteskranken. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 10. Februar 2015, 9.
- Saul, Ben/Kinley, David/Mowbray, Jacqueline 2014: *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Commentary, Cases and Materials*, Oxford: Oxford University Press.
- Schabas, William A. (ed.) 2013: *The Universal Declaration of Human Rights. The travaux préparatoires*, 3 volumes, Cambridge: Cambridge University Press.
- Schmidhuber, Martina 2013: Überlegungen zu den Grenzen der Patientenverfügung für die Selbstbestimmung von Demenzbetroffenen im Anschluss an die Dworkin-Dresser-Debatte, in: Ach, Johann S. (Hrsg.): *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*, Münster: mentis, 317-334.
- Schmidhuber, Martina 2014: Zum Personenstatus von Menschen mit Demenz, in: *Salzburger Jahrbuch für Philosophie* LIV, 171-180.
- Schneider, Jakob 2006: *Menschenrechtlicher Schutz geistigen Eigentums*, Stuttgart u. a.: Boorberg.
- Shankar, Shyashi/Mehta, Pratap Bhanu 2008: Courts and Socioeconomic Rights in India, in: Gauri, Varun/Brinks, Daniel M. (eds.): *Courting Social Justice. Judicial Enforcement of Social and Economic Rights in the Developing World*, Cambridge: Cambridge University Press, 146-182.
- Tobin, John 2012: *The Right to Health in International Law*, Oxford: Oxford University Press.
- Turiano, Laura/Smith, Lanny 2008: The catalytic synergy of health and human rights: The People's Health Movement and the Right to Health and Health Care Campaign, in: *Health and Human Rights*, Vol. 10, No. 1, 137-147.
- UNICEF 2002: *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child*, Fully Revised Edition, Geneva: United Nations Publications.
- Venkatapuram, Sridhar 2011: *Health Justice. An Argument from the Capabilities Approach*, Cambridge/Malden, MA: Polity Press.
- WHO 2008: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf [01.06.2015].
- Yamin, Alicia Ely/Gloppen, S. (eds.) 2011: *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?* Cambridge, MA: Chr. Michelsen Institute/Human Rights Program at Harvard Law School.
- Zenker, Heinz-Jochen 2011: Europäische Strukturen der Gesundheitsversorgung von irregulären Migrantinnen und Migranten, in: Mylius, Maren/Bornschlegel, Wiebke/Frewer, Andreas (Hrsg.): *Medizin für „Menschen ohne Papiere“*, Göttingen: V&R unipress, 83-99.
- Zimbabwe Human Rights NGO Forum 2009: *The right to health in Zimbabwe*. Human Rights Bulletin Nr. 41, Harare.

Lisa Forman

Can Core Obligations under the Right to Health Achieve their Ambitions?¹

1. Introduction

The last two decades has seen unprecedented advances in the interpretation and enforcement of the international human right to the highest attainable standard of physical and mental health ('the right to health'). This right is increasingly seen as capable of advancing equity in a variety of health domains, including medicines access, the social determinants of health and non-communicable disease (Forman 2008, United Nations 2011a, 2011b). Yet the legal formulation of this right remains troubled by its textual formulation in the *International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights* (ICESCR), which limits state duties to progressively realize the highest attainable standard of health to the maximum of available resources (United Nations 1976, Art. 12 and Art 2.1). This limitation makes the provision of even essential health needs dependent on the availability of adequate resources, enabling governments to justify almost any extent of inaction (Chapman and Russell 2002: 5). To guard against this outcome, the Committee on Economic, Social and Cultural rights ('CESCR') has advanced the idea that states hold non-derogable „core obligations“ to provide essential health services that are not subject to progressive realization within resources. Core obligations are intended to provide much needed scope and weight to essential right to health claims, by creating a baseline of legal protection for basic health services against governmental claims of scarcity, inadequate international assistance and competing private interests.. Yet, despite fairly broad uptake of core obligations in human rights practice and scholarship, the concept continues to be critiqued for conceptual vagueness and pragmatic unenforceability. A significant chasm persists between the ambition of the core concept and its formulation and application. Accordingly, in this paper I interrogate the utility of this concept in the following ways.

1 Acknowledgements: This research is funded by the Canadian Institutes of Health Operating Grant – Priority Announcement: Ethics (grant EOG 131587); the European Union's Seventh Framework Programme (grant health-F1-2012-305240), and the Canada Research Chair Tier Two Program (grant 950-230556).

First, by outlining the development and application of core obligations; second, exploring its key strengths and weaknesses; and finally, considering future pathways for the development and application of this concept.

2. The evolution of core obligations under the right to health

The aetiology of core obligations is rooted in the legal and historical development of the right to health in international law, and the twin challenges posed by vague treaty formulations and Cold War geopolitics that saw economic, social and cultural rights de-prioritized and underdeveloped in Western liberal democracies. The first international iteration of this right appears in the 1946 *Constitution of the World Health Organization*, which establishes that organization as a specialized agency of the newly established United Nations. The WHO Constitution recognizes that „the enjoyment of the highest attainable standard of health is a fundamental right of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition”, and defines health expansively as „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (United Nations 1946, preamble). This expansive definition of health was not used in the 1948 *Universal Declaration on Human Rights* which rather than incorporating a free-standing right to health, recognizes every person’s right to a standard of living adequate for their health and well-being which includes medical care (United Nations 1948, Art. 25). The most authoritative formulation of this right appears in the 1976 *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, where states recognized everyone’s right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, and agree to take steps to achieve this, including reducing infant mortality, addressing infectious disease and assuring medical service to all in sickness (United Nations 1976, Art. 12). The ICESCR articulation of the right as being to the highest attainable standard of health picks up on the WHO Constitution’s expansive definition of health (albeit without defining health as the latter instrument does). Yet this ambitious formulation is significantly undercut by article 2 of the ICESCR where states agree „to take steps, individually and through international assistance and cooperation, especially economic and technical, to the maximum of [their] available resources, to achieve progressively the full realization of Covenant rights by all appropriate means, including particularly legislation“ (United Nations 1976, Article 2.1).

Certainly for states ratifying this treaty, there was little clarity on the scope and content of this circumscribed duty towards health, a task that required interpretation in subsequent human rights treaties and instruments (Forman 2013).

Since the ICESCR, the right to health has been explicitly extended to specific populations, including racial minorities, women, children, migrant workers, and people with disabilities (United Nations 1965, 1979, 1990, 2008). Moreover, rights to health are protected in each regional human rights system (Council of Europe 1961, Organization of African Unity 1986, Organization of American States, 1988), and in at least 115 domestic constitutions globally (Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization 2008: 10). Many of these treaties now hold almost universal ratification: For example, 195 states, an effective universality, are party to the Children's Rights Convention (CRC); 189 states have ratified the Convention on the Elimination of Discrimination Against Women (CEDAW); 177 have ratified the Convention on the Elimination of Racial Discrimination (CERD); and 164 have ratified the Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) (United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights 2015).

While these treaties have significantly expanded the legal force of the right to health, they have done little to resolve the dual dilemma created by limiting the expansive promise of a right to the highest attainable standard of health to progressive realization within resources. On the one hand, the highest attainable standard of health is a variable standard that shifts from country to country according to resource availability and health needs, leaving the right to health subject to critique as an aspirational rather than enforceable right (Goodman, 2005). On the other hand, progressive realization within resources could justify inaction on even the most basic of health needs, turning the right to health into the emptiest of promises.

In an effort to respond to precisely these kinds of dilemmas, the CESCR in 2000 issued a general comment on the right to health which extensively interprets the scope, content and duties arising from this right. Significantly, the CESCR emphasizes that rather than a right to be healthy, the right is an inclusive right to health care and the underlying determinants of health (such as food, housing, access to water and adequate sanitation, safe working conditions and a healthy environment) (United Nations 2000, para. 4). The Committee interprets progressive realization as requiring states to take immediate action and effective movement towards realizing this right, including by guaranteeing the non-discriminatory exercise of rights, and taking steps towards full realization, which are deliberate, concrete and targeted as clearly as possible towards meeting treaty obligations (United Nations 2000, para. 31). Further guidance on state

obligations is provided by the tripartite framework of duties to respect, protect and fulfil rights (United Nations 2000, para. 33), which impose a range of duties on states to realize rights in various contexts.

The CESCR presents as a central part of this interpretive framework the notion that the right to health, like other social rights, contains minimum essential levels not subject to progressive realization within resources. This concept draws textual support from the ICESCR itself, which indicates that its rights can only be limited insofar as is compatible with their nature, and that acts aimed at destroying these rights are not permitted (United Nations 1976, articles 4 and 5.1). The implication is that acts (or omissions) that effectively destroy realization of the right to health are impermissible. The CESCR's interpretation of core obligations into the right to health draws on earlier human rights scholarship and practice (Shue 1996, Örüci 1986, Andreassen 1987-1988), which was incorporated into successive international interpretations of economic, social and cultural rights. The non-binding 1986 *Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* proposed that state parties are obligated to respect minimum subsistence rights for all regardless of their level of economic development (Limburg 1986, paras. 25 and 28). The 1997 *Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights* further developed this idea, suggesting that failures to satisfy minimum core obligations violated the ICESCR and that states had minimum core obligations irrespective of the national availability of resources or other factors or difficulties (Maastricht 1997, para. 9).

The CESCR incorporated the idea of the core into its interpretation of state obligations under article 2.1 in the 1991 General Comment 3, stating that

a minimum core obligation to ensure the satisfaction of, at the very least, minimum essential levels of each of the rights is incumbent upon every State party. Thus, for example, a State party in which any significant number of individuals is deprived of essential foodstuffs, of essential primary health care, of basic shelter and housing, or of the most basic forms of education is, prima facie, failing to discharge its obligations under the Covenant. If the Covenant were to be read in such a way as not to establish such a minimum core obligation, it would be largely deprived of its raison d'être (United Nations, 1991, para. 10).

On the question of how this duty aligned with resource constraints, the Committee indicates that to be able to attribute a failure to meet minimum core obligations to a lack of available resources, a state „must demonstrate that every effort has been made to use all resources that are at its disposition in an effort to satisfy, as a matter of priority, those minimum obligations“ (United Nations 1991, para. 10).

In General Comment 14, the CESCR explicitly defined core obligations under the right to health, at the same time as introducing the related idea of essential elements to the right to health that states hold irrespective of development levels. These essential elements (colloquially known as the AAAQ framework to reflect the first letter of each element) include public health and health care facilities goods and services (including hospitals, clinics, personnel and essential drugs) which are: Available in sufficient quantity and standards, Accessible to all physically, economically and without distinction, culturally and ethically Acceptable, and of good Quality (United Nations 2000, para. 12). The CESCR indicates that allied to these essential elements, states have core obligations that include at least: ensuring non-discriminatory access to health facilities, goods and services, especially for vulnerable or marginalized people; access to food, basic shelter, housing, sanitation and water; providing essential drugs as defined by WHO; ensuring equitable distribution of all health facilities, goods and services and adopting a national public health strategy and plan of action addressing the concerns of all (United Nations 2000, para. 43). In addition, states hold „obligations of comparable priority“ to ensure reproductive, maternal and child health care, provide immunization against major infectious diseases, take measures to prevent, treat and control epidemic and endemic diseases, provide education and access to information on the main health problems in the community, and provide appropriate training for health personnel (United Nations 2000, para. 44). In General Comment 14, the CESCR posits a very high standard of compliance with core obligations, indicating that „a State party cannot, under any circumstances whatsoever, justify its non-compliance with the core obligations ... which are non-derogable“ (United Nations 2000, para. 47). This position is in stark contrast to the CESCR’s interpretation in General Comment 3 that a state could justify non-compliance with minimum core obligations by demonstrating every effort to use all resources available to satisfy these obligations as a matter of priority.

The CESCR has defined core obligations under multiple other Covenant rights, including rights to education, water, work, and social security (United Nations 1999, 2002, 2005, 2007). Other UN treaty bodies have adopted the concept: The Children’s Rights Committee (“CRC”) has defined core obligations under children’s right to health in its 2013 General Comment 15 on the Rights of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (UN CRC, 2013). The CRC defines core obligations under children’s right to health to include:

(a) reviewing national and subnational legal and policy environment and, where necessary, amending laws and policies; (b) ensuring universal coverage of quality primary health services, including prevention, health promotion, care and treatment services, and essential drugs;

(c) providing an adequate response to the underlying determinants of children's health; and
 (d) developing, implementing, monitoring and evaluating policies and budgeted plans of actions that constitute a human rights-based approach to fulfilling children's right to health
 (UN CRC 2013, para.73).

While this definition closely follows that posited in general comment 14, the explicit identification of universal coverage of primary health care services goes beyond General Comment 14's terser definition which only identifies essential drugs. The United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women ('CEDAW') has similarly adopted the concept, identifying non-discrimination as a core obligation under the *International Covenant on the Elimination of Discrimination against Women*, which states hold an „immediate and continuous obligation to condemn“ (CEDAW 2010, para. 15). In a 2011 decision on an individual complaint, CEDAW found Brazil in violation of this duty for failing to assure appropriate maternal health services (CEDAW 2011, para. 7.6).

The concept has similarly been incorporated into domestic enforcement of rights in several Latin American countries. The Colombian Constitutional Court has concluded that health care is a basic right with a minimum core that can be independently enforced without having to rely on concurrent right to life claims (Lamprea 2013). Core obligations under the right to health have also motivated policy reform of the public health care system (Lamprea et al., forthcoming). The Costa Rican Supreme Court has in successive decisions utilized the minimum core of the right to health to define core state obligations, which it has interpreted to include life-saving treatment for people with HIV/AIDS (Costa Rican Supreme Court 1997, 2007, 2009). The Indian Supreme Court has not directly cited the minimum core concept, however considerations of „the essential minimum“ and „what is minimally required“ have been primary in claims for emergency medical care and minimum levels of food (Indian Supreme Court 1996, 2001). In contrast and as discussed in greater detail below, the South African Constitutional Court has rejected the domestic application of core obligations despite an enforceable constitutional right to access health care services (*Constitution* 1996, section 27).

3. The Strengths and Weaknesses of the Core Concept

The normative priority of essential health needs advanced by core obligations could influence the weight accorded to such claims when courts are called upon to adjudicate denials of basic health needs against governmental claims of scarcity or competing private

interests. In addition, the core obligations concept locates domestic and collective action to realize essential health services within a legally binding framework with some enforceability and sometimes considerable normative and political influence (Forman et al. 2013). Thus the core could alter the judicial burden of proof required to establish resource constraints as justifiable reasons to withhold basic health needs, requiring at a minimum that such deprivations be held to very strict scrutiny. If core obligations were viewed in this way, judges might be less willing to accept state allegations of resource constraints without rigorous evidential support (Forman 2009). In addition, core obligations could guide policy-makers in creating and implementing more equitable health policy and empower civil society to claim their essential health needs from both domestic and global policy makers and courts (Forman et al. 2013). Moreover, they might influence policies outside of health that cause deprivation: For example, viewing essential medicines as a minimum core obligation could influence how intellectual property rights under the World Trade Organization's Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) are formulated, implemented and interpreted, given how extensively TRIPS may limit medicines access for the poor (Forman 2009).

Despite this normative potential and fairly broad uptake, the concept is subject to heavy scholarly and judicial critique. Of particular concern is its rejection by the South African Constitutional Court, one of the only common law courts globally to enforce social and economic rights like health. In *Government of the Republic of South Africa & Others v. Irene Grootboom & Others* (2000), the Court rejected amicus curiae's submissions that it should recognize a minimum core, arguing that it lacked the competence or information necessary to do so (Grootboom 2000, paras. 27-33). In its place, the Court posited a constitutional standard of reasonableness for adjudicating the Constitution's social and economic rights, summed up as a duty to act reasonably to provide the basic necessities of life to those who lacked them (Grootboom 2000, para. 24). In contrast to the specified components of the minimum core approach, a reasonableness approach is more procedurally focused on comprehensive programs aimed at meeting short, medium and long term needs, albeit that these must be explicitly focused on meeting the needs of the poor and on meeting urgent needs (Grootboom 2000 paras. 35-44). In addition, rather than following the CESCR's designation of core obligations as nonderogable, the reasonableness approach does not require a state to do more than available resources permit, so that resources would determine the content and pace of realization, albeit that government should nonetheless give adequate budgetary support to social rights and plan and monitor efforts to meet all needs (Grootboom 2000, para. 32, 68).

The South African Constitutional Court confirmed this approach in its 2002 decision of *Minister of Health & Another v. Treatment Action Campaign & Others*, arguing that it was ‘impossible to give everyone access even to a „core“ service immediately’ and that ‘[a]ll that is possible, and all that can be expected of the state, is that it act reasonably to provide access to the [Constitution’s socio-economic rights] on a progressive basis’ (Minister of Health 2002, para. 35). The Court argued that doing more than this would breach the appropriate separation of powers and extend beyond the „restrained and focused“ judicial role contemplated by the Constitution (Minister of Health 2002, para. 38). The South African Court’s rejection of this concept is a heavy blow given the court’s global stature in the interpretation and enforcement of human rights, and especially social and economic rights.

The core concept has also been extensively critiqued in human rights scholarship. Katherine Young argues that given limited judicial and CESCR competence to define and enforce the core, human rights law should move away from defining minimum bundles of commodities or entitlements towards one that instead „establishes processes of value-based, deliberative problem-solving“ (Young 2012: 6). Young argues that the normative ambitions of the core should instead be transferred to other areas of rights like benchmarks and indicators and assessments of causality and responsibility (Young 2008: 117-118). John Tobin argues that the Committee’s definition of the core is unjustified and impractical, and argues for a „modest and practical“ vision of the core of the right to health given resource constraints and the need for nationally variable lists of core obligations (Tobin 2012: 243-247). Danie Brand sees the core as suitable only for the international enforcement of social and economic rights, whereas the domestic enforcement of such rights requires „far more specific, particular, concrete, context-sensitive and flexible ... thinking about basic standards, core entitlements and minimum obligations“ (Brand 2002: 99-110). While in general support of the concept, Audrey Chapman and Sage Russell caution against the risk that the core concept could erode the scope of the right to health, becoming a ceiling rather than a floor for health action (Chapman and Russell 2002).

Even supporters of the concept like myself, acknowledge its conceptual limitations. Previous scholarship identified several key deficiencies in the Committee’s interpretation of core obligations under the right to health (Forman et al. 2013). First, the Committee’s interpretation provides little clarity on which health services, facilities and services fall within the minimum core beyond essential medicines and underlying determinants such as food, basic shelter, housing, sanitation and water. Second, the relationship between „obligations of comparable priority“ and core obligations is

unclear, raising questions about how courts and policy-makers should approach these sets of duties. Third, there is no explicit identification of international core obligations, with potentially corrosive impacts on the realization of minimum core obligations in low and middle-income countries. Fourth, the Committee fails to address the key question of the resources necessary to meet minimum core obligations beyond emphasizing that core obligations are non-derogable and that states cannot justify non-compliance with these obligations under any circumstances, including by implication, due to resource constraints. The strong articulation of core obligations as non-derogable appears to place financially unrealistic obligations on poorer countries to meet core obligations (Forman et al. 2013). Fifth, it is unclear if core obligations are intended to provide a universal standard or whether they should be defined for each national setting. This dilemma raises questions of whether core obligations should be set at a high aspirational level with the tacit acknowledgement that most countries will lack the ability to immediately realize them or at a more modest level that provides a more realistic set of immediate obligations (Forman et al. 2013).

4. What pathways forward for the core?

If the core is to achieve its normative ambitions, we argued that these weaknesses should be remedied through the legal, political and social development of core obligations under the right to health. We argued that first, such developments could incorporate exploration of how this concept is being judicially interpreted and applied around the world in order to clarify if a judicial consensus regarding this concept exists (Forman et al. 2013). Such a consensus would provide authoritative support for the legitimacy and development of this right in accordance with established rules of international law. Second, exploring the use of analogous concepts by governments in defining essential health benefits packages in the public sector could provide an indication of what low and middle income countries states consider practically feasible and necessary in relation to local context. Third, there would be significant value in assessing how this concept accords with community expectations and lived experience around essential health needs (Forman et al. 2013). Fourth, international global health policy could indicate an international consensus of sorts regarding essential health needs and priorities. These sources provide one avenue for further developing core obligations under the right to health, by combining extant consensus on state duties towards essential health needs with aspirational domestic and global health goals that seek to advance health equity.

Certainly a key test of the concept will arise in the CESCR's own interpretations as it begins to adjudicate individual complaints under the newly operational *Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (United Nations, 2008b). The Optional Protocol provides a watershed moment for the international enforcement of economic, social and cultural rights by enabling individuals in ratifying countries to seek redress from the CESCR. It is therefore of great significance that the CESCR has indicated that in its examination of communications, it

shall consider the reasonableness of the steps taken by the State Party in accordance with part II of the Covenant. In doing so, the Committee shall bear in mind that the State Party may adopt a range of possible policy measures for the implementation of the rights set forth in the Covenant (United Nations 2008b, article 8.4).

A drafter of the Optional Protocol has confirmed that the language of 'reasonableness' is deliberately taken from the South African Constitutional Court's decision in *Grootboom* (de Albuquerque 2010: 175). This incorporation raises cogent questions about how the Committee will square the South African Constitutional Court's rejection of core obligations with a reasonableness-based assessment of state compliance with Covenant duties. Certainly it seems unlikely that the Committee will reject a concept it has developed and incorporated so extensively into its own interpretative jurisprudence. Yet the apparent disjuncture between the core obligations approach and the reasonableness standard poses challenges for the Committee as it embarks on the direct enforcement of Covenant rights. Will it replace the non-derogable nature of core obligations with a more process-oriented focus on reasonable measures that takes account of resource constraints? Or will it incorporate substantive core obligations under the right to health into its assessment of state compliance with Covenant duties? The Committee's willingness to enforce core obligations under the right to health will assuredly put this concept to the test.

5. Conclusion

The core concept holds the potential to advance the priority of essential health needs in domestic and international health policy, programming and adjudication. Yet to reach this potential, the current formulation of the core needs to respond to some of its key weaknesses identified in this paper. If these conceptual deficits can be resolved, core obligations could solidify and expand the significant gains made in the interpretation and enforcement of the right to health over the last decades. There could be no

greater indicator of the future of core obligations than in the Committee's adjudication of Optional Protocol communications. How the Committee proceeds in this regard will illustrate whether the core concept has reached the limits of its normative utility or whether it can in fact enable the aspirational promise of health justice and equity at the heart of the right to health.

Bibliography

- Andreassen, Bård-Anders/Skålnes, Tor/Smith, Alan G./Stokke, Hugo 1987-1988. „Assessing Human Rights Performance in Developing Countries: The Case for a Minimal Threshold Approach to the Economic and Social Rights,” *Human Rights in Developing Countries*, 333-355.
- Brand, Danie 2002: The minimum core content of the right to food in context: A response to Rolf Kunnemann, in: Brand, Danie/Russell, Sage (eds.): *Exploring the core content of socio-economic rights: South African and International Perspectives*, Pretoria: Protea Book House, 99-110.
- Chapman, Audrey R./Russell, Sage (eds.) 2002: *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Antwerp: Intersentia.
- Constitution of the Republic of South Africa Act 200 of 1993*, assented to 25 January 1994, date of commencement, 27 April 1994.
- Constitutional Court of Colombia 2008: Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760. July 31, 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda.
- Costa Rican Supreme Court 1997: Resolution 5934-97.
- Costa Rican Supreme Court 2007: Resolution 00043-07.
- Costa Rican Supreme Court 2009: Resolution 8339-2009.
- Council of Europe 1961: The European Social Charter, 18 October 1961, 529 U.N.T.S. 89.
- de Albuquerque, Catarina 2010. Chronicle of an Announced Birth: The Coming into Life of the Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – The Missing Piece of the International Bill of Human Rights, in: *Human Rights Quarterly*, Vol. 32, No. 1, 144.
- Forman, Lisa 2008: Rights' and Wrongs: What Utility for the Right to Health in Reforming Trade Rules on Medicines?, in: *Health and Human Rights: An International Journal*, Vol. 10, Issue 2, 37-52.
- Forman, Lisa 2009: What Future for the Minimum Core? Contextualizing the Implications of South African Socioeconomic Rights Jurisprudence for the International Human Right to Health, in: Harrington, John/Stuttaford, Maria (eds.): *Global Health and Human Rights: Legal and Philosophical Perspectives*, New York: Routledge, 62-80.
- Forman, Lisa 2013 A Rights-Based Approach to Global Health Policy, in: Brown, Garret/Yamey, Gavin/Wamala, Sarah (eds.): *The Handbook of Global Health Policy*, West Sussex: Wiley-Blackwell, 459-482.
- Forman, Lisa/Ooms, G./Waris, A./Mulumba, M./Lamprea, E./Chapman, C. 2013. What could a strengthened right to health bring to global health policy? Interrogating the role of the minimum core concept with regard to the post-2015 health development agenda, *BMC International Health and Human Rights*, Vol. 13, Issue 48, 1-11.

- Goodman, T. 2005: Is there a Right to Health? in: *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 30, No. 6, 643-662.
- Government of the Republic of South Africa & Others v. Irene Grootboom & Others* (2000) 11 B.Const. L.R. 1169 (S. Afr. Const. Ct.).
- Indian Supreme Court 1996: *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity & Ors. v. State of West Bengal & Anr*, A.I.R. 2426 (4) SCC 37 (India).
- Indian Supreme Court 2001: *People's Union for Civil Liberties v. Union of India & Ors.*, Writ Petition (C) No. 196 of 2001 (2003) (India).
- Lamprea, Everaldo 2013: Colombia's right to health litigation in the context of health care reform, in: Flood, Colleen M./Gross, Aeyal (eds.): *The Right to Health in a Globalized World*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lamprea, Everaldo/Forman, Lisa/Chapman, A.R. (forthcoming): Challenges facing Colombia in implementing a new health benefit plan.
- Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (1986). Maastricht, 2-6 June 1986.
- Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights*, 22-26 January 1997, reprinted in International Commission of Jurists, Economic, Social and Cultural Rights: A Compilation of Essential Documents (Geneva: ICJ, 1997).
- Minister of Health and another v. Treatment Action Campaign and others* (2002) 5 S.Afr.L.R. 721 (S.Afr. Const.Ct) (*TAC decision*).
- Office of the High Commissioner for Human Rights and World Health Organization 2008: *The Right to Health*, Fact Sheet No. 31, Geneva: OHCHR.
- Organization of African Unity 1981: African Charter on Human and People's Rights, 27 June 1981, O.A.U. Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982).
- Organization of American States 1988: Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social, and Cultural Rights (Protocol of San Salvador).
- Örücü, E. 1986: The Core of Rights and Freedoms: the Limits of Limits, in: Campbell, Tom et al. (eds.): *Human Rights: From Rhetoric to Reality*, New York: Blackwell.
- Shue, H. 1996: *Basic rights: Subsistence, affluence and US foreign policy* 2nd edition, Princeton New Jersey: Princeton University Press.
- Tobin, John 2012: *The right to health in international law*, Oxford: Oxford University Press.
- United Nations 1946: *Constitution of the World Health Organization*, signed 22 June.
- United Nations 1948: *Universal Declaration of Human Rights*, G.A. Res. 217A (III), U.N. Doc A/810 at 71 (1948).
- United Nations 1965: *International Convention on the Elimination of Racial Discrimination*, 21 December 1965, 660 U.N.T.S. 195, 5 I.L.M. 352 1966.
- United Nations 1976: *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, G.A. Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, entered into force 3 January 1976.
- United Nations 1979: *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, G.A. Res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) at 193, U.N. Doc. A/34/46 (1979), entered into force 3 September 1981.
- United Nations 1990: *Convention on the Rights of the Child*, G.A. Res. 44/25, Annex, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) at 167, U.N. Doc. A/44/49 (1989), entered into force 2 September 1990.

- United Nations 2008a: *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, G.A. Res. 61/106, Annex I, U.N. GAOR, 61st Sess., Supp. No. 49, at 65, U.N. Doc. A/61/49 (2006), entered into force 3 May 2008.
- United Nations 2008b: *Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, U.N. Doc. A/RES/63/117, 19 December 2008.
- United Nations 2011a: *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*, World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011.
- United Nations 2011b: *Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*, Resolution 66/2, annex.
- United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights 1991: *General Comment 3: The Nature of States Parties' Obligations*, UN Doc. E/1991/23.
- United Nations Committee on Economic, Social, and Cultural Rights 1999: *CESCR General Comment No. 13: The Right to Education (Art. 13)*, UN Doc. E/C.12/1999/10, 8 December 1999.
- United Nations Committee on Economic, Social, and Cultural Rights 2000: *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, UN Doc E/C.12/2000/4, (11 August 2000).
- United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2002: *General Comment No. 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12)*, ESCOR, 29th Sess, Supp No 2, UN Doc E/C.12/2002/11.
- United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2005: *General Comment No. 18: The Right to Work*, ESCOR, 35th Sess, Supp No 2, UN Doc E/C.12/GC/18.
- United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2007: *General Comment No. 19: The Right to Social Security (Art. 9)*, ESCOR, 39th Sess, Supp No 2, UN Doc E/C.12/GC/19.
- United Nations Committee on the Rights of the Child 2013: *General Comment No. 15: On the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (art. 24)*, CRC, 62th Sess., UN Doc. CRC/C/GC/15, 2013.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women 2010: *General Recommendation No. 28: On the Core Obligations of States Parties under Article 2 of the Convention*, CEDAW 47th Sess., UN Doc CEDAW/C/GC/28 (2010).
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women 2011: *Alyne Da Silva Pimentel v. Brazil*.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights 2015: *Ratifications and Reservations*, Available at <http://indicators.ohchr.org/> (accessed on 10 June 2015).
- Young, Katherine 2008: *The Minimum Core of Economic and Social Rights: A Concept in Search of Content*, in: *The Yale Journal of International Law* 33, 113-175.
- Young, Katherine 2012: *Constituting Economic and Social Rights*, Oxford: Oxford University Press.



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

... ein Begriff für politische Bildung

Neuerscheinung

Thorsten Gromes, Bernhard
Moltmann, Bruno Schoch

Die Überwindung der Gewalt Demokratisierung von außen in Nachbürgerkriegsgesellschaften

Seit dem Zweiten Weltkrieg dominieren Bürgerkriege das weltweite Kriegsgeschehen. Nach 1989 versuchte man vielerorts, innerstaatliche Gewaltkonflikte durch Demokratisierung zu befruchten. Doch das Scheitern in Afghanistan und im Irak stärkte Vorbehalte gegen Interventionen und von außen initiierte Demokratisierung. Beides gilt vielen als *mission impossible* und Selbsttäuschung des Westens.

Die Autoren dieses Bandes zeigen: So allgemein ist dieses Verdikt falsch. Unter bestimmten Umständen ist Demokratisierung von außen durchaus imstande, einen Rückfall in den Bürgerkrieg zu verhindern. Sie analysieren deshalb an den Beispielen Bosnien und Herzegowina, Kosovo und Nordirland die spezifischen Bedingungen, unter denen das Vorhaben gelingen kann.

Demokratisierungspolitik wird mangels besserer Optionen auf der Tagesordnung der internationalen Politik bleiben. Verschaffen Sie sich hier einen Überblick.



ISBN 978-3-7344-0200-5,
192 S., € 14,80 (Buch)

ISBN 978-3-7344-0201-2,
€ 11,99 (E-Book)

Die Autoren

sind Mitarbeiter des Leibniz-
Instituts Hessische Stiftung
Friedens- und Konfliktforschung.

INFOSERVICE: Neuheiten für Ihr Fachgebiet unter www.wochenschau-verlag.de | Jetzt anmelden!

© Wochenschau Verlag Schwalbach/J. Adolf-Damaschke-Str. 10, 65824 Schwalbach/Ts., Tel.: 06 19 6 56 6063, Fax: 06 19 6 56 6060, info@wochenschau-verlag.de

Thomas Schramme

Setting limits to public health efforts and the healthisation of society

Public health sets out to promote or improve the health of the population. Where should it stop in such quest? This is the question I would like to explore in this essay. I submit that if there is no threshold set to public health efforts there will likely be ever more „healthisation“ of our lives, as there is no internal stoppage when pursuing public health. It is important to challenge healthisation, because it has negative impact on people’s lives and potentially the economy as well, as it undermines individual liberty and goes along with opportunity costs; hence the need for a threshold of „enough“ population health. One reason why there is no such internal limit in public health efforts is due to the value of health. Since health is deemed to be an intrinsic and an instrumental value it seems that to improve health is always a worthy pursuit. Another reason for expansion of state activity is that public health aims not just at an improvement of the individual absolute level of health of citizens but also at a comparative level of health that is as equal as possible between populations. Since there will always be some amount of health inequalities there will also always be reasons to improve the health at least of some citizens – hence the internally unstoppable effort to health improvement.

A promising theoretical account in setting a threshold to public health efforts is sufficientarianism. It determines a level of what is enough provision for people so that they have sufficiently good conditions to live a decent live. Sufficientarianism is a theory of social justice; it claims that the sufficient level of provision is what we owe to each other, hence what citizens can demand as a matter of basic rights. Since public health is a political task, its remit should be based on the proper boundaries of a state’s responsibilities. I contend that sufficientarianism is in line with a liberal approach, although it is, in a sense, a minimal theory of justice. In virtue of focusing on absolute levels that each citizen should be able to reach, it is not aimed at equalizing the relative position of citizens and it limits the value of health in the political arena. So sufficientarianism is not affected by the two reasons for health improvement mentioned earlier and can set limits to healthisation.

The paper proceeds as follows. First, I will introduce my understanding of sufficientarianism. This is important, as there are several different versions of such a con-

ception of justice. I will then focus on matters of health. In order to assess different health policies it is vital for public health institutions to be able to say in what sense one policy leads to more health in the population. This requires a gradable measure of health, a measure that differs from the traditional point of view in medicine, where health is simply the absence of disease. In the second section I explain the concept of health in public health and discuss some of the challenges it contains, most notably in making sense of health as a single measure. I argue that because we cannot measure health directly we need proxies, and that these alternative scales point at a need for a „currency“, especially when thinking about justice. In the third section I put the debate on justice regarding population health in the context of justice in welfare states. This way of contextualising also points at the wider focus of justified state action. I argue for a sufficientarian notion of the purpose of the welfare state, which is given by the idea of inclusion of all citizens into society. Public health in this respect aims at steering the social determinants of health so that everyone can be able to feel as a member of a society. In the final, fourth, section I elaborate on the currency of public health justice. I develop the outlines of a framework of health-related basic needs. It is important to always see these health-related needs in relation to other basic needs of human beings as well, such as individual liberty and sociality, especially when considering public health policies.

1. Sufficientarianism

Several authors tend to assume that the „world of justice“ is altogether divided by three clusters of theories: egalitarianism, prioritarianism, and sufficientarianism (Parfit 1995). They then argue for, say, egalitarianism, by objecting to one of the other theories (Casal 2007). But it seems more adequate to first consider the context of justice that is being discussed. In the case under discussion in this paper, public health, the context is set by institutions of the welfare state, so our question is which theory of justice, if any, would be suitable as a theory of the just welfare state. We are dealing here with a real site of social justice, not with a purely theoretical world of justice.

It is also debatable whether authors who argue against one theory of justice thereby automatically support another one. This only works if there are just these alternatives and if they are in direct competition. But not all accounts of social justice follow the same logic; most notably for our purposes there is an important difference between comparative and noncomparative justice. I submit that sufficientarianism follows a different logic than egalitarianism, since it is an account of noncomparative justice, whereas egalitarianism is a theory of comparative justice. Sufficientarianism,

in virtue of focusing on what is enough, is concerned with determining what is due to people on the basis of a set standard, not on the basis of what other people have. In certain versions, it may even allow for egalitarian demands in addition to sufficientarian ones; at the very least sufficientarianism is not necessarily in direct competition with egalitarianism.

Joel Feinberg describes the difference between comparative and noncomparative justice thus: „In all cases, of course, justice consists in giving a person his due, but in some cases one’s due is determined independently of that of other people, while in other cases, a person’s due is determinable only by reference to his relations to other persons. I shall refer to contexts, criteria, and principles of the former kind as non-comparative, and those of the latter sort as comparative.“ (Feinberg 1974: 298)

We can describe a general idea of justice following Feinberg’s account: For all X that fulfill criterion Y, Z is due. This can be specified in various ways. For instance, a theory of health justice might claim that for all citizens with a family member who developed breast cancer should have access to free additional early detection programs. This would be a noncomparative principle of justice. Alternatively, we might hold that only 5% of the population with the highest risk of getting breast cancer should get such access. Whether one gets additional screening for free in this second scenario depends on the health risk status of other people. It is therefore a comparative principle of justice.

Sufficientarianism is concerned with the situation of each person, and it demands that everyone should be above a certain threshold. What is due to each person, in sufficientarianism, is determined by the standard set by the threshold of „enough“; hence what is due to people is not determined by the relations of any person to another person – save for complicated cases, which I ignore for the time being. These complications have to do with the fact that what is enough can be based on relational aspects insofar as the level of development within a society might influence the level of sufficiency. Hence what is due to people might be partially due to what others have. Yet this is a derivational or indirect aspect of social justice.

There might be additional concerns of justice where comparative principles are considered, especially in competitive scenarios. Levelling the playing field often involves comparative aspects, such as the level of skills of competitors or their relative advantage. Similarly, there might be concerns of comparative justice when considering the level of health of citizens. For instance, we might hold that it is unjust if rich people live longer than others because they have access to better living conditions and more advanced health care. So there might be egalitarian concerns in addition to sufficientar-

ian ones. This might especially be fitting because health seems to have competitive aspects, which are summarized in its instrumental value.

Although it is not my remit in this essay to discuss the merits of egalitarianism in health care or public health, I nevertheless would like to stress that some of the egalitarian concerns may be sufficiently described either by a sufficientarian perspective or dealt with by other means than reallocation of resources, welfare, or access to advantages. Sufficientarianism can opt for an equal distribution of goods, because it might happen that everyone is owed a certain good. Equal distribution, in these cases, is a consequence of a noncomparative principle. Also, some egalitarian concerns might be dealt with by putting up fences between different „spheres of justice“ (Walzer 1983). If access to health care or to healthy environments were not based on ability to pay, there would be fewer concerns about rich people tending to live longer or similar inequalities.

There are several objections to sufficientarianism, some of them are based on confusions, others are more important. For instance, some authors claim that the threshold of sufficiency, which is usually described as aimed at securing a decent life, implies that a life below such a standard is not worth living (Segall 2014: 2, Ram-Tiklin 2012: 343). This is wrong. Whether a life is worth living necessarily is based on subjective evaluation. Sufficientarianism, in contrast, determines external conditions for a decent life, hence is not based on subjective evaluation. Obviously, a life can be not worth living for a person way above the threshold, and all that sufficientarianism claims is that a life below the threshold is facing bad or indecent living conditions.

Another objection that many authors are concerned with is that the threshold set by sufficientarianism would need to be either ambiguous or arbitrary (e.g. Arneson 2000: 56, Casal 2007: 312 pp.). Arbitrariness is of course the very contradiction of justice. But surely there is an important difference between indeterminacy and arbitrariness, which is however occasionally confused (Segall 2014: 2). If the threshold should prove to be indeterminate or ambiguous, this is not undermining its rational status within a theory of justice. What is left indeterminate in a theory of justice can be determined by real decisions within society.

Again, some authors complain that sufficientarianism does not deal with unjust conditions above the threshold and implies dubious allocations below the threshold, because resources might be „wasted“ on the aim of bringing people up to the threshold. This objection is based on confusion, although it has to be said that some supporters of sufficientarianism are also guilty of it. It relies on an inadequate description of the very purpose of sufficientarianism, namely as allegedly making comparative evaluations

between different possible allocations of goods. Sufficientarianism allegedly assumes that it matters more that people have enough than other concerns, or that priority should be given to the badly off (Freiman 2012: 26, Segall 2014: 1, Huseby 2010: 180, Benbaji 2005, cf. Widerquist 2010). This is correct in a sense, but nevertheless inadequate. It is correct insofar sufficientarianism indeed claims that it is important that people have enough; but this does not imply that it matters *more* than other things or that indeed other concerns of justice do not matter at all. There can be a change in the sorts of reasons when we argue about matters of justice, and sufficientarianism is based on particular reasons (Shields 2012). They concern what is a just distribution of goods, not how it compares to other possible distributions. The latter requires reasons that go over and above the claims of sufficientarianism, for instance regarding the aggregation of different units of goods.

In addition, there is unfortunately a tendency in the philosophical literature to think in numbers (Parfit 1995, Crisp 2003). We then find politically and economically hampered debates on different allocations of fixed amounts of goods, which are supposed to be distributed according to different principles of justice. These different hypothetical scenarios of allocation – which are of course removed from the real world of a welfare state – are then compared and philosophers' intuitions about their justness are called upon. But this cannot be the way forward in thinking seriously about real issues of justice.

In sum, in this section I have defended a version of sufficientarianism, which is a noncomparative theory of justice. It does not rule out additional comparative facets of justice – it is simply not concerned with these as a matter of philosophical theory. Such a sufficiency approach aims at setting a threshold of social justice, of what is enough. Surely citizens might want to secure for everyone a level of provision that is above of what is enough on a noncomparative basis, for instance because they want to live in a very equal society. Sufficientarianism does not undermine such a desire, it simply states that this is not its concern, and it remains to be seen whether such an additional demand of distributional equality can be based on philosophical arguments, or whether it is more of a matter of political preference. Whether the account defended here is also substantially minimal depends on the level of provision set by the threshold. This will be discussed below. Since we are concerned with the context of health care and the social determinants of health, the first important issue that partially decides the level of sufficient provision is the notion of health.

2. The concept of health in public health

It is important to understand that the concept of health is understood in a special sense in public health. In medicine, health is commonly understood in a negative fashion, as the absence of disease, or as medical normality. This is a minimal and absolute concept of health. A person is either healthy or not, there are no grades of health. In order to be regarded as healthy, it is merely necessary not to be in any pathological condition. To be sure, there are attempts to conceptualise health in a positive way, for instance in the well-known formulation of the World Health Organisation: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Yet, this definition has had no impact on medical theory or practice and has actually been criticised for its lack of distinction between well-being or happiness and medical health (Callahan 1973).

The concept of health in public health differs from this medical viewpoint in several important respects. It is a relative or gradable notion, and it applies to groups or populations. A person (or group of persons), in this perspective, can be more or less healthy than another person (or group of persons). This might even be the case if there is no disease present; people can be less healthy than others in a public health perspective simply because they belong to a group that is statistically more likely to fall ill. Consequently, it can easily happen that from this point of view we see problematic conditions over and above the absence of disease. After all, some risks of disease are constantly present, and they can be targeted by state action. Because social determinants of health are seen in such close relation to medical conditions it is but a small step to a welfare notion of health (Venkatapuram 2011). This is an interpretation of the notion of health that includes conditions that are internal and external to the person under the umbrella of health, such as being able to experience nature or have occasions for recreation, which are not seen themselves as health conditions in medicine.

Usually, public health experts focus on particular socio-economic groups, for instance unemployed persons or single mothers. So when epidemiologists refer to population health they refer to a statistically aggregated sum of individual health traits or health statuses. The way these groups or populations are determined depends on the particular purpose of a study. Ultimately these considerations depend on hypotheses about social or socioeconomic determinants of health, or – to use another expression familiar to a public health perspective – the „causes of causes“ (of health status). Hence epidemiologists end up with findings about possible correlations between

particular circumstantial aspects of citizens and their health conditions. Findings may be sought regarding socio-economic aspects, such as income, educational background or gender, or behavioural aspects, such as lifestyle and diet. With these statistical correlations it is possible to make comparisons between populations regarding their health, even on an international level. Obviously it is also possible to compare different policies in tackling those possible inequalities. In more popular publications, public health scholars then use simple slogans, such as „inequality is bad for your health”, or „uneducated people die younger”, which only makes sense from a population perspective. Such a collective perspective, though, it needs to be stressed, tends to ignore aspects on the individual level, for instance individual responsibility for health status and also – more importantly for the worries that drive my endorsement of sufficientarianism – individual rights that might conflict with policies to improve the health status of some populations.

The comparative perspective of public health depends, up to a point, on the fact that people can have certain dispositions to fall ill. A smoker, for instance, is more likely than a non-smoker to suffer from any lung disease. A person who works out and is generally fitter than others is less likely to catch a cold than others. Epidemiological research also establishes correlations between external environments and health conditions. For instance, a dark and unpleasant home, or a very stressful work environment, can all enhance the chance to fall ill.

In order to distinguish grades of health the perspective of public health needs measures of comparison. In what respect can a person (or group) be healthier than another? What may be criteria for determining grades of health? These challenges regarding the measurement of levels of health are very difficult to surmount. This is because health is a complex aggregation of different aspects. We can only compare people in certain respects; we can never say whether they are more healthy than others *tout court* (Hausman 2012). Is someone with an irritable lung but a robust psyche less healthy than a marathon runner experiencing bullying at work? Such questions cannot be answered unless we focus on certain aspects of functioning. Public health usually works with only some particular health aspects, such as mental resilience or physical fitness. It also relies on proxies of these criteria, since they cannot easily be directly measured, hence public health for instance collects data about frequency of visits at a doctor or the number of days on sick leave. Finally, there is a problem of collecting data in epidemiology, which focuses on populations, not individual persons. Epidemiology requires certain abstractions for purposes of generating statistical data. A common statistical measure for comparing health of certain groups is life expectancy.

Obviously here it is not individual health that is measured and compared but a heavily modified proxy for health conditions.

I belabour this point about problems in measuring health because it is an issue that also affects any attempt to introduce thresholds of enough health. Hence it is a challenge for my sufficientarian point of view as well. Still, it is a surmountable problem after all, because public health does not directly promote individual health, which would be too difficult to measure. It rather aims at providing the necessary means in order to be able to live a healthy life. So „enough health“ will translate into something like „enough resources and capacities to live a minimally decent life in relation to health aspects“. The „currency“ (Cohen 1989) of cashing out the level of health that everyone should be able to reach as a matter of social justice within a sufficiency approach need not be different from any common public health perspective. One such possible currency would be for instance a capabilities approach (Venkatapuram 2011). The difference, though, to the idea of health promotion we find in public health is that sufficientarianism about public health sets a minimum threshold, which is usually not discussed within recent approaches of public health, at least in rich countries. Here, promotion of health usually allows for improvements over and above the prevention of indecent health-related living conditions, because health is understood as a condition that is more than just the absence of disease.

The fact that public health allows for grades of health therefore opens the possibility to discuss health promotion in a way that includes enhancing health over and above the absence of disease. This is exactly the area where the worries about „healthism“ begin. Health, understood in a positive sense, like in the definition of the WHO, does not have an internal normative stoppage or threshold of adequate health. More health is always better than less. For egalitarians, more health is also required for some groups as a matter of justice. What is more, the improvement of health is not merely, and maybe not even primarily, a matter of improving the internal resources of a person, such as stamina and nutrition, but also of the social determinants of health, such as quality of work environment, access to leisurely activities and so on. We can think of many ways to – if only indirectly – improve health dispositions of citizens by improving their environment as well as changing their lifestyles. So the possible scope for public health interventions is very wide indeed. If we now add the current value that is attached to health in many societies, we can see how this emphasis on health promotion opens the door for worries about paternalistic interventions, which are even more worrisome if interventions are due to state action, or legal measures. One way to avoid these problems would be to introduce a threshold of „enough“ health, hence a sufficient

grade of health that every citizen should be able to reach, without overreaching the target of adequate health promotion.

3. The aims of state action

Public health is a political task. It is part of the remit of every welfare state. In order to understand the proper role of public health it is therefore helpful to discuss it in the wider context of state action, particularly the purpose of a welfare state. More concretely, we might want to phrase the question: How much of a concern for the state is the health of the population? The answer to this particular question is related to the more general question regarding the aims of the welfare state, while this latter problem is again related to the even more abstract notion of social justice. We probably would not have any welfare state institutions, such as schools, unemployment benefits, or publicly funded health care, if we would not deem its provision a matter of social justice. So what level of welfare state provision do we owe to each other? I understand these questions not merely to pose problems of normative political theory alone, but I would like to discuss them in the context of the real worlds of welfare states. This commitment to a more realist political outlook admittedly requires more methodological considerations than I can deliver in this paper.¹

I believe it is important to keep the mentioned context of real welfare states in mind, especially when discussing public health, which targets not directly the health of individual citizens, but the social determinants of health. For the purposes of my argument I will assume that a minimalist understanding of the purpose of the welfare state is to demand the inclusion of every citizen into society. This is itself a highly abstract requirement. The basic idea is that every citizen should be included as a member of a society. It is focused on the absolute, or noncomparative, social status of citizens: being a member of society. Such an abstract description allows for various concrete provisions and different emphases on values that underlie the idea of inclusion. Hence there can be variants of welfare states (Esping-Andersen 1990, Kaufmann 2013). Also, whether people are able to deem themselves to be members of a particular society can require different provisions relative to the level of development. For instance, if the majority of people within a society have access to computers and modern media, it might be possible that some citizens, who cannot provide for access to these media by themselves, are excluded from society in this respect. More pertinent to our discussion, in a society that lives for an average of 80 years, it might be a sign of possible exclusion if some

¹ But see Waldron 2012, for some interesting discussion; cf. Schramme 2008.

people die in their fifties due to their living conditions. So although there is an absolute threshold set by the idea of inclusion, the exact location of such a threshold can be relative to the societal and historical context.

To focus on the idea of social inclusion in relation to the aims of the welfare state is not an unusual idea. In fact, it can be found in one of the most advanced and renowned theories of the origins of the welfare state: Thomas H. Marshall's *Citizenship and Social Class*. Marshall distinguishes between social rights according to their (idealized) historical development. First, civil or liberty rights, which are often called negative rights, because they restrict the justified use of state and societal power; second, political rights, such as the right to vote and gain political power; third, social rights, which entitle citizens to gaining access to social goods. Together, the expansion of rights can be interpreted as an increasing inclusion of citizens under the notion of citizenship. So citizens become full members of society (Marshall 1950: 6; cf. Waldron 1993, White 2003: 6). The aim of welfare state institutions is to safeguard citizens' rights by preventing exclusion. The level of such provision is constantly to be debated within society and cannot be set by a philosophical theory of justice. Welfare states are therefore sites of struggles between different conceptions of justice, where there is no one correct theory of justice (cf. Titmuss 1965: 124). Still, theoretical considerations regarding a minimal threshold might be possible.

What might the abstract purpose of inclusion mean for public health? The answer to this question depends on the actual requirements of living a minimally healthy life, hence at least partly on empirical findings. For instance, to provide such necessary means will have educational aspects, such as informing citizens about threats to health and how they can improve health dispositions. More specifically, health education will involve information about nutrition, stress and unhealthy lifestyles – in general such education will aim at „health literacy“ (Kickbusch 2001). Providing the means for inclusion will also have circumstantial aspects, such as providing access to recreational activity, for instance by building parks, or protection from hazardous substances and epidemics by way of health and safety regulations and legislation. All of these measures aim at a minimum level of enablement of a minimally healthy life, which allows citizens to feel as members of society, in contrast to improving population health over and above such a threshold.

Note that this sufficientarian perspective on public health is different from the influential account by Ruth Faden and Madison Powers (2006). They see the point of justice in relation to public health as to require „ensuring for everyone a sufficient amount of each of the essential dimensions of well-being, of which health is one“

(ibid: 9). Whereas I agree that it is important, when considering matters of public health, to focus on more than just intrinsic health, namely also the social determinants of health, I disagree with their focus on well-being. The state – via its public health institutions – does not have the task to „improve human well-being by improving health and related dimensions of well-being“ (ibid: 10). According to my view, public health measures aim at providing the necessary means to enable people to live a minimally decent life, which is abstractly understood as a matter of inclusion in society, not as a matter of well-being. Certainly there are aspects of human well-being that we need to take into account when thinking about health and social inclusion, for instance basic human needs. But well-being – never mind the constant improvement of well-being – is not the target of state action or the focus of a convincing theory of justice.

A fitting example of a sufficientarian public health measure that stays within the limits of enough health is the public funding of school meals. A certain amount of food per day is a necessary requirement for human beings to live a healthy life. Another aspect of having school meals is the collective experience of pupils. To be excluded from school dinners for economic reasons not only means very likely to be less adequately nourished for the affected kids, but also implies not to be part of a group making a valuable experience, maybe with further effects such as being stigmatised, which might have long-term consequences regarding psychological health as well. Now obviously these meals could be provided in different ways. They could leave a choice to students, so that they can pick from several options, or they might leave no choice, for instance because of a worry that some kids – possibly suffering from „health illiteracy“ – might always choose the less healthy option. This might lead to other considerations: Maybe several options could be allowed but these might not be targeted at kids' preferences but at the nutritional value of the choices. So there is scope for more than sufficientarian choices by attempting to enhance health as much as possible. Sufficientarianism, in contrast, would aim at making school meals a pleasant experience for all children, not a matter of the best possible nutritional outcome.

Screening programs, which are often used as public health measures, are more complex cases. Strategies to encourage citizens, especially high-risk groups, to enrol in these programs, can differ enormously in their intensity. If worried citizens would not be able to participate at all in these precautionary measures for financial reasons, despite the potential severity of a detectable disease, this would be reason to argue that they cannot feel as part of a society. After all, not being able to tackle such health related worries implies that society apparently sees poor people's health and fears as of minor

importance. So access to such screening programs for each citizen seems to be demanded by a sufficientarian account of public health, though not any level of such provision, for instance the level of medical surveillance a rich and worried person might choose. Also, attempts to compulsively guarantee full and incessant health related information to all citizens, or to manipulate less worried – some would say: careless – citizens into enrolling on such programs is a different matter, and it is not justified on a sufficientarian basis.

4. Sufficientarianism about (population) health

So far, I have offered a brief explanation of the general aim of sufficientarianism, which is, to my mind, the inclusion of all in society. Everybody should be a member of society and no citizen should need to feel excluded. I have also hinted at the requirement for a „currency“ of sufficientarianism about health: We have to determine in what way we should assess the level of enough health for all. In this final section, I would like to explore in more detail what the criteria could be for cashing out sufficientarianism about population health. This can further help in restricting the proper scope of public health interventions.

As I have explained in an earlier section, we cannot directly target the health of people by public health measures. Rather, these instruments aim at the causes of the causes of disease, hence at dispositional aspects of the health status of people. Public health is mainly concerned with the circumstances of choices that might have an impact on health. I have said earlier that one such circumstance is having information about the possible consequences of certain lifestyles, about health dangers due to habits such as smoking, or inadequate diet, and so on. Another circumstance is being able to access recreational activities, to avoid permanent stress, noise, darkness, dampness, pollution, etc. A general description of the goal of public health might therefore be that it aims at providing the necessary means for everyone to be able to make healthy choices, not to actually make people healthy. The level of individual health that citizens pursue, how fit for instance they want to be, is up to them.

The threshold we would probably consider first when thinking about a restriction of public health measures is the traditional medical notion of health as absence of disease. After all, this is a minimal notion of health, as I have explained above. Yet, since public health aims at health dispositions, not at health directly, almost every change in the circumstances of choice might decrease the risk of disease. So even if „merely“ the avoidance of disease is our aim – which looks like a minimalist goal – we

have not, in virtue of targeting the circumstances of *risks* for diseases, restricted the scope of intervention, after all.

One way forward for sufficientarianism about public health will be to acknowledge the value of health as an element – but only one element – of a decent life. There are low levels of health that are perfectly in congruence with living a decent life, and there are risks of disease that are worth taking because of other aspects of living a good life. Health is not usually our only or even our major concern when contemplating how to live.

So we are thrown back to the more general notion of the conditions of a decent life. Sufficientarianism ought to cash out this idea in a minimalist sense. I have most of the time used „decent life”, instead of „good life”, to allude to the minimalist agenda. Now, a decent life seems at least to require the ability to fulfil basic needs. So this might be the starting point for introducing a currency of sufficientarianism. Indeed, I believe that the most promising way forward for sufficientarianism is by considering the concept of need. Admittedly, the concept of need is not very popular in ethics and political philosophy. Many deem it too flexible to tell us something of significance about the decent life. It seems that every fancy wish seems to be a suitable candidate for becoming a need. I believe this worry to be wrong, and will therefore briefly discuss the significant difference between desires and needs. In addition, needs seem to be the proper candidate for our concern here, because they usually come along with a powerful claim. After all, we are concerned here with issues of social justice, or what we owe to each other. If we say that we need something we express that its provision is urgent, that we cannot do without it. We therefore refer to a potentially or already harmful situation.

Basic needs are absolute in that their determination does not require interpersonal comparison. Human beings have basic needs in virtue of being persons. If these needs cannot be fulfilled, then persons suffer serious harm (Thomson 1987, Wiggins 1985). It is implied that not every disease is posing a threat to *basic* health, hence to basic health-related needs. This idea stands in contrast to popular theories, such as Norman Daniels's (1985: 32), which see requirements to the maintenance and restoration of (negative) health, i.e. the absence of all disease, as an instance of health-care needs.

I submit that public health should aim at providing the necessary means for being able to fulfil basic health-related needs. In order to discuss such absolute, basic needs of people, we should be clearer about the distinction between instrumental and basic, or fundamental, needs. First, here is a general analysis of the concept of need: A needs X in order to ϕ . Note that there can be non-normative usages of „need”, for example:

„In order to conduct electricity an element needs a free electron“ (Thomson 1987: 3). I am interested in the normative use only, since I want to highlight the connection of need and living a decent life. The non-normative use lacks the practical necessity I am interested in, which is the urgency of the claim. In contrast, people want to express that there is something harmful happening to them when they are seriously ill. Hence we use the term „need“ normatively when we say: „I need to be minimally healthy.“

With the help of the general definition of claims of need we can now distinguish instrumental from fundamental needs. An instrumental need depends on the specific, possibly idiosyncratic, goals and aims of the person in question while a fundamental need is not derived from such specific aspects. For instance, a person might say: „I need £100 to buy that coat“, but it is a need that depends on her having the aim to use the coat for a particular purpose. It is possible to challenge the actual need for that coat. The money is just necessary for the goal – to get the coat – but the achievement of the goal itself is not necessarily something needed. The person in the example would have to explain why she needs the coat. To answer the question why a person needs X is to say something about the normative significance of the goal ϕ , where X is a necessary condition of its achievement. The goal could be seen as always referring to an aspect of well-being (cf. Gustavsson 2014: 30), but where needs gain urgency, I submit, is where something is needed to prevent harm; it is therefore a negative perspective, focusing on the avoidance and elimination of harm. This justification of needs can go on until it reaches a point where one cannot give any further reference to a more basic goal, such as protection from cold, but only assert that one just cannot do without it, i.e. that one will be seriously harmed without X. Therefore these needs are fundamental or basic needs.

Basic needs are special because their fulfilment is necessary for the avoidance of serious harm. But now the question is of course what constitutes serious harm. David Wiggins suggests that it is relative to cultural beliefs concerning harm. An example, partly drawn from his important work, is that of lacking clothes, which would be a serious harm in most, arguably all, societies. Garrett Thomson discusses the concept of harm at length, but I hope we can do without his analysis, since I do not, for the purposes of this paper, want to thoroughly clarify the concept of need in general, but only as far as it concerns health. Instances of health-related serious harms are severe illnesses. I have already said that not every disease equals an impairment of the ability to live a decent life. But otherwise what kinds of diseases constitute serious harms might differ between persons: A farmer, for instance, might deem hay fever to be a serious impairment, since his ability to work in his business is impaired by this condi-

tion, whereas others might not be much affected in their ability to live a decent life. In contrast to this variability of normative assessment, if someone has an illness that involves a fundamental threat to survival, an impairment of basic abilities, or severe pain and agony, people will immediately understand her claim of need (and they usually believe it to require an explanation when someone in this situation does not claim to be in need). So there seems to be a difference between cases like the farmer with hay fever and indisputable cases of basic health-related need. While in the latter case everyone would agree that there is a need for restoration of health, or at least for the best possible compensation of the impairment, this does not hold for the former case.

This analysis shows that needs are not due to desires, not even to very strong desires. A desire is intentional; a need is not intentional. That is to say that the content of a desire depends on a mental act directed on an object, while a need depends on a state of the world. If a person, for instance, needs something in order to get rid of a terrible headache, then both Aspirin and Ibuprofen will work as means to fulfil the need, even if the person does not even know that both substances are painkillers or desperately wants to take Aspirin but not Ibuprofen. So what satisfies a need is independent of mental attitudes, whereas what fulfils a desire is not.

Sufficientarianism about health-related needs would probably best start with serious diseases that affect everyone. But it should not restrict its scope in a way that excludes the possible justification of individual basic health-related needs. For the purposes of general health care it is therefore plausible to aim at providing for the treatment of almost all possible diseases. Yet when it comes to public health measures, which are the focus of this essay, there need to be further concerns: First, since public health does not deal directly with the treatment of disease but with risks to be affected by disease, and since it operates on a population level, sufficientarianism about public health would further need an assessment of the severity of risks to citizens generally. It would probably come up with a list of „big killers”, such as heart and lung disease and cancer, and the most frequent severely disabling conditions, such as strokes and head injuries. In fact, these are of course already some of the main targets of public health interventions. Second, especially because public health aims at causes of causes, it requires an assessment of the benefits of lowering risks in relation to the possible harms that are not related to health, but to other basic needs of human beings, such as the need of people to be free to decide for themselves, or having access to pleasurable goods. Obviously, not every improvement of health dispositions is worth the effort. This is not only meant economically but also, more importantly, in terms of the costs for citizens' ability to live a decent life. As I have stressed before, health is not their only concern.

It is often said that public health interventions can avoid intruding into people's lives by aiming at enabling conditions instead of interfering with their choices (Wilson 2011). Up to a point I would agree with this assessment. Indeed, for instance the capacity to make informed choices about health-related behaviour is important to enable people to live according to their own conception of the good life. In addition, certain means are necessary to live a decent life, and society should be held responsible for its provision. Yet, particular conditions obviously steer choices, if only by restricting their scope to choices that are enabled by these very conditions. For instance, if a playground is built on a deserted field in a neighbourhood, it might be possible that some older children now cannot play football anymore and might lose an aspect of their social life. In some sense the potential for healthy choices has been improved, but in other respects choices and the conditions of a good life have been restricted. Enabling people in one respect might go along with hindering them in other respects. Hence I believe public interventions always have to be discussed in a broader context, not simply as a matter of enablement in a certain respect such as health.

Sufficientarianism in public health should therefore be modest in its aims, and only promote the provision of necessary means for general health-related basic needs. Obviously there is a lot of scope for disagreement about what this minimum requires in terms of actual public provisions. Such disagreement is mostly a political issue that cannot be decided by philosophical analysis. Sufficientarianism in public health should also always consider other basic needs of people and how they might be affected by public health policies. This again requires balancing of different possible policies and a public debate about the relative importance of values such as health, security, and individual liberty. Again, there is little philosophy, or a theory of justice, alone can contribute to such a question. My goal in this paper has therefore been to show the normative benefits of sufficientarianism in public health, especially in restricting state action to the provision of enabling conditions so that citizens can avoid severe risks concerning basic health-related needs, and also to analyse the currency in which such a sufficientarian theory can be fleshed out. In respect to the latter task I have merely been able to offer initial thoughts regarding the concept of health-related basic needs. A more thorough analysis would require much more detail, and also a comparison to recently popular theories, such as the capabilities approach (Venkatapuram 2011, Ram-Tiktin 2012) or the perspective of „habilitation“ (Becker 2012).

It should be emphasised again that sufficientarianism is a version of a theory of justice; it is concerned with what we owe to each other. Citizens might decide, in

political processes, that they would like to grant each other more than just the minimal requirements of justice. This would be a political decision made by a political sovereign. My argument was only to claim that societies that do not fulfil the minimum requirement of providing the necessary means for inclusion of all citizens fail on normative grounds. My reasoning does not exclude provisions that, for instance, aim at greater health equality or an improvement of the health of the citizenry over and above the avoidance of significant disease. Yet, such further provisions are not imperative on grounds of normative theory.

5. Conclusion

I have argued in favour of sufficientarianism in public health. Sufficientarianism provides an important benefit in restricting the aims of state action, as it endorses a minimal conception of justice. In virtue of setting such limits to state action it is a minimalist theory of civil and human rights. An expansion of such rights might be achieved in real political processes, but I do not believe that an expansive scope of individual rights, for instance to the best possible health-promoting living conditions, can be justified by normative theory.

Sufficientarianism is especially helpful in respect to public measures aimed at health promotion. Public health policies are difficult to assess in terms of their outcomes and success. They are also notoriously contested in many societies in terms of their impact on people's lives and choices, even where these are allegedly enabling citizens to live a decent life. Public health interventions should not only be restricted in scope and intensity for reasons of sufficiency per se, but also because health ought to be seen as part of a wider context of welfare provision in liberal societies. Other aspects of welfare provision might compromise the legitimacy of health policies.

As a final caveat, it should be admitted that I have almost exclusively developed my argument against the backdrop of seeing health as of intrinsic value, i.e. as avoiding harm. At the same time, I have said that health can also be seen from an instrumental perspective as a means to pursue other good things in life. If we see society as a site of competition, which in many countries, up to a point, is a fitting description, we might need to consider aspects of comparative justice, both in relation to traditional health care and public health. Here, the plausibility of sufficientarianism might come to an end.

References

- Arneson, Richard J. 2000: Perfectionism and Politics, in: *Ethics* 111 (1), 37-63.
- Becker, Lawrence C. 2012: *Habilitation, Health, and Agency: A Framework for Basic Justice*, New York: Oxford University Press.
- Benbaji, Yitzhak 2005: The Doctrine of Sufficiency: A Defence, in: *Utilitas* 17 (3), 310-332.
- Callahan, Daniel 1973: The WHO Definition of 'Health', in: *The Hastings Center Studies* 1 (3), 77-87.
- Casal, Paula 2007: Why Sufficiency Is Not Enough, in: *Ethics* 117 (2), 296-326.
- Cohen, Gerald A. 1989: On the Currency of Egalitarian Justice, in: *Ethics*, 99 (4), 906-944.
- Daniels, Norman 1985: *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Esping-Andersen, Gøsta 1990: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton: Princeton University Press.
- Freiman, Christopher 2012: Why Poverty Matters Most: Towards a Humanitarian Theory of Social Justice, in: *Utilitas* 24 (1), 26-40.
- Gustavsson, Erik 2014: From Needs to Health Care Needs, in: *Health Care Analysis* 22, 22-35.
- Hausman, Daniel M. 2012: Measuring or Valuing Population Health: Some Conceptual Problems, in: *Public Health Ethics* 5 (3), 229-239.
- Huseby, Robert 2010: Sufficiency: Restated and Defended, in: *The Journal of Political Philosophy* 18 (2), 178-197.
- Kaufmann, Franz-Xaver 2013: *Variations of the Welfare State: Great Britain, Sweden, France and Germany Between Capitalism and Socialism*, Heidelberg: Springer.
- Kickbusch, Ilona S. 2001: Health Literacy: Addressing the health and education divide, in: *Health Promotion International* 16 (3), 289-297.
- Marshall, Thomas Humphrey 1950: Citizenship and Social Class. Reprinted in: Marshall, Thomas H./Bottomore, Tom: *Citizenship and Social Class*, London: Pluto Press 1992, 1-51.
- Parfit, Derek 1995: *Equality or Priority. The Lindley Lecture* (delivered 1991). University of Kansas, 1-42.
- Power, Madison/Faden, Ruth 2006: *Social Justice: The Moral Foundations of public health and Health Policy*, Oxford: Oxford University Press.
- Ram-Tiktin, Efrat 2012: The Right to Health Care as a Right to Basic Human Functional Capabilities, in: *Ethical Theory and Moral Practice* 15, 337-351.
- Schramme Thomas 2008: On the Relationship between Political Philosophy and Empirical Sciences, in: *Analyse & Kritik* 30, 613-626.
- Segall, Shlomi 2014: What is the Point of Sufficiency?, in: *Journal of Applied Philosophy* (Early View DOI: 10.1111/japp.12062).
- Shields, Liam 2012: The Prospects for Sufficiency, in: *Utilitas* 24 (1), 101-117.
- Thomson, Garrett 1987: *Needs*, London: Routledge.
- Titmuss, Richard M. 1965. Social Welfare and the Art of Giving. Reprinted in: *The Philosophy of Welfare: Selected Writings of Richard M Titmuss*, London/Sydney: Allen & Unwin 1987, 113-127.
- Venkatapuram, Sridhar 2011: *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*, Cambridge: Polity Press.
- Waldron, Jeremy 1993: Social citizenship and the defense of welfare provision, in: *Liberal Rights: Collected Papers 1981-1991*, Cambridge: Cambridge University Press, 271-308.

- Walzer, Michael 1983: *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*, New York: Basic Books.
- White, Stuart 2003: *The Civic Minimum. On the Rights and Obligations of Economic Citizenship*, Oxford: Oxford University Press.
- Widerquist, Karl 2010: How the Sufficiency Minimum Becomes a Social Maximum, in: *Utilitas* 22 (4), 474-480.
- Wiggins, David 1985: Claims of Need, in: Honderich, Ted (ed.): *Morality and Objectivity. A Tribute to John L. Mackie*, London: Routledge; revised version reprinted in: Wiggins, David: *Needs, Values, Truth*. Third Edition, Oxford: Clarendon Press 1998, 1-57.
- Wilson, James 2011: Why It's Time to Stop Worrying About Paternalism in Health Policy, in: *Public Health Ethics* 4 (3), 269-279.



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

... ein Begriff für politische Bildung

Einführung

Georg Auernheimer

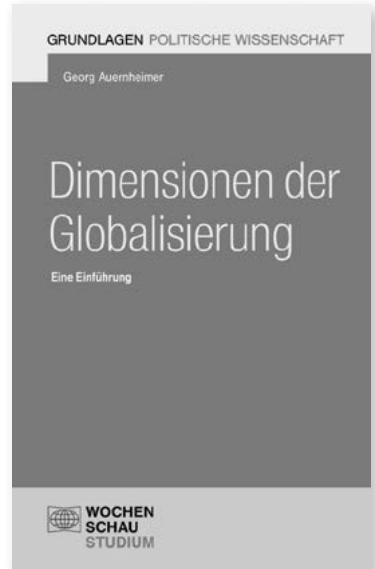
Dimensionen der Globalisierung

Eine Einführung

Wo steht die Globalisierung heute? Ausgehend von dieser Frage beleuchtet der Autor die Dynamik der internationalen Finanzmärkte, die transnationale Wertschöpfung im Produktionssektor, die sozialen Folgen des Standortwettbewerbs sowie die aus der Globalisierung folgenden ökologischen Probleme.

Auernheimer erörtert die politischen Steuerungsmöglichkeiten auf supranationaler Ebene, im Besonderen die UNO, genauso wie die Frage nach demokratischer Legitimation in einer globalisierten Welt. Die Einführung in das Thema komplettiert der Autor durch eine Betrachtung der Kritik an der Globalisierung und der Kontroversen um die kulturelle Globalisierung.

Das Buch ist aus einer Einführungsvorlesung des Studiengangs „Global Studies“ hervorgegangen. Leserinnen und Leser erhalten somit einen umfassenden Überblick über die fachlichen, insbesondere die sozialwissenschaftlichen Perspektiven der Globalisierung.



ISBN 978-3-7344-0082-7, 320 S., € 12,80

Georg Auernheimer war bis 2005 Professor für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Interkulturelle Pädagogik an der Universität Köln. Im Ruhestand wurde er als Lehrbeauftragter der Universität Salzburg zu einem Experten für das Fachgebiet „Global Studies“.

www.wochenschau-verlag.de



[www.facebook.com/
wochenschau.verlag](https://www.facebook.com/wochenschau.verlag)



[@wochenschau-ver](https://twitter.com/wochenschau-ver)

Laura Clérico und Leticia Vita¹

Rechtsstreit um Gesundheit in Argentinien – Gerechtigkeit für alle?

1. Einführung

Eine der wiederkehrenden Thesen, mit welcher sich die Fachliteratur zu Rechtsstreitigkeiten im Gesundheitsbereich in Lateinamerika beschäftigt, ist die ihrer verzerrenden und ungerechten Effekte. Kritisiert wurde, dass Rechtsstreitigkeiten im Gesundheitsbereich in Wirklichkeit zu größerer Ungleichheit führen, und zwar deshalb, weil der Rechtsweg üblicherweise von krankenversicherten Angehörigen der Mittel- oder Oberschicht beschritten wird. Weiterhin steht die Behauptung im Raum, dass die Richter dabei vielfach auch Ansprüche gewähren, die nicht durch staatliche Programme gedeckt sind². Demgemäß ist ein heftiger Diskurs darüber entbrannt, ob sich die entsprechenden Klagen negativ auf die Gerechtigkeit im Gesundheitssystem auswirken.³ Andererseits gibt es auch Stimmen, die dem gerichtlichen Schutz umverteilendes und demokratisches Potenzial einräumen (vgl. Uprimny/Durán 2014, Krennerich 2013).

Der vorliegende Beitrag untersucht den Rechtsstreit um Gesundheit in Argentinien, und zwar ausgehend von einer Fallstudie am Beispiel der argentinischen Provinz Buenos Aires. Diese Region wird zum einen deswegen herangezogen, weil sie die bevölkerungsreichste des Landes ist. Ein großer Prozentsatz der Menschen stammt aus bescheidenen Verhältnissen (speziell in der Vorstadt); zugleich leben aber dort auch Personen der Mittel- und Oberschicht. Diese soziale Vielfalt erlaubt es uns, ein reprä-

1 Unser Dank gilt Michael Krennerich, Jan Sieckmann, Federico De Fazio für die Lektüre des Textes und Kommentare sowie Gonzalo Mendizábal für seine Kooperation bei der Umfrage zur Jurisprudenz in der Provinz von Buenos Aires. Die Arbeit wurde von Richard Endörfer übersetzt, von Sabine Somek und der zfmr-Redaktion bearbeitet und von den Autorinnen abschließend überprüft.

2 Vgl. Ferraz 2011, Da Silva/Terrazas Vargas 2011, Yamin/Parra/Gianella 2011. Zu einer Systematisierung des Themas siehe Reveiz 2013.

3 In Bezug auf Argentinien lesen Sie das Interview mit Antonio La Scaleia, Präsident des Sozial-Hilfswerks der Provinz von Buenos Aires (I.O.M.A.), demzufolge die Judizialisierung des Gesundheitsschutzes „eine neue Krankheit des Gesundheitssystems“ sei, in: http://www.clarin.com/opinion/judicializacion-salud-nueva-enfermedad_0_779922026.html, Stand: 2.7.2015.

sentatives Ergebnis zu erhalten.⁴ Zum anderen möchten wir zur Diskussion zum Recht auf Gesundheit beitragen, besonders mit Studien zu *lokalen* Rechtsstreitigkeiten. Dies sind Fälle, mit denen sich die neuere Literatur noch nicht speziell befasst hat (z. B. Abramovich/Pautassi 2008, Bergallo 2005, Cano 2005).

Für unsere Untersuchung werden wir uns also auf die qualitative und quantitative Analyse der Rechtsstreitigkeiten im Gesundheitsbereich in der Provinz Buenos Aires konzentrieren. Zwar existieren keine offiziellen Angaben bezüglich der Gesamtzahl an gesundheitsbezogenen Klagen⁵ (im Normalfall Beschwerden, *Amparo*)⁶ in der Provinz Buenos Aires. Doch beziehen wir uns auf durch Gerichte veröffentlichte Daten (insbesondere des Obersten Gerichtshofs der Provinz), auf das Argentinische System für juristische Informationen (INFOJUS, www.infojus.gov.ar) sowie auf juristische Fachzeitschriften. Berücksichtigt wurden 172 Fälle, die zwischen 1995 und 2014 entschieden wurden. Diese wurden bei der Recherche der Datenbanken folgender Institutionen gefunden: Oberster Gerichtshof der Provinz von Buenos Aires (www.scba.gov.ar), INFOJUS (www.infojus.gov.ar) und „La Ley“ (www.laley-online.com.ar).⁷ Unsere Analyse konzentriert sich auf Klagen und Entscheidungen in Rechtssachen, die ihren Ausgang in der Provinz genommen haben, und zwar durch erstinstanzliche Gerichte, Berufungskammern und den Obersten Gerichtshof der Provinz (mit gelegentlicher Berücksichtigung der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofs Argentiniens – der Corte Suprema de la Nación Argentina, im Folgenden „CSJN“)⁸.

Die Ergebnisse werden zeigen, dass sich im Falle der Provinz Buenos Aires eine Tendenz zu verzerrenden Auswirkungen von Rechtsstreitigkeiten im Bereich der Gesundheit *nur teilweise* bestätigen lässt. Zum einen ist es möglich, „*leading cases*“ mit Akteuren zu finden, die sich in vulnerablen Situationen befinden (u. a. Frauen, Kinder,

4 Gemäß Daten (Encuesta Permanente de Hogares) des INDEC (*National Institute of Statistics and Censuses*), in: <http://www.indec.gov.ar/>. Stand: 2.7.2015.

5 Die Rechtsprechung über das Menschenrecht auf Gesundheit kann als Teil eines Indikators dienen, um zu bestimmen, welche faktischen und rechtlichen Probleme die Menschenrechtsträger bei der Ausübung ihres Menschenrechts haben. Diesbezüglich zeigte sich der UN-Ausschuss für wsk-Rechte in den Abschließenden Bemerkungen zum dritten argentinischen Staatenbericht besorgt darüber, dass der Bericht keine Information über Rechtsprechung zu sozialen Rechten einbezogen hat; vgl. E/C.12/ARG/CO/3, 14.12.2011, Abs. 6, 7.

6 Vgl. Brewer-Carías 2009.

7 Überall wurde der Suchbegriff „*derecho a la salud*“ (Recht auf Gesundheit) verwendet. Unter den Ergebnissen befanden sich ca. 200 Zusammenfassungen, viele davon beziehen sich auf dieselben Fälle.

8 Die herrschende Literatur in Argentinien nutzt die Rechtsprechung des CSJN, auch, weil diese einfach zugänglich ist; vgl. <http://www.csjn.gov.ar/boletines.html>.

Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen).⁹ Trotz ihres individuellen Charakters haben diese Beschwerden in manchen Fällen eine gesamtgesellschaftliche Auswirkung. Sie binden betroffene Gruppen ein oder versuchen, ein Gesundheitsprogramm für eine Bevölkerungsgruppe zu etablieren. Zum anderen gibt es Urteile, die das Recht auf Gesundheit umfassend verstehen und die „sozialen Bedingungen“ mit einschließen. Das heißt, sie gehen davon aus, dass das Recht auf Gesundheit ein breites Spektrum an gesundheitsfördernden sozioökonomischen Faktoren enthält. Zu diesen Bedingungen zählen die Lebensmittelversorgung und die Ernährung, die Wohnung, der Zugang zu sauberem Trinkwasser und sanitären Einrichtungen, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen und eine gesunde Umwelt.¹⁰

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass der Inhalt des Rechts auf Gesundheit eine individuelle und eine strukturelle Dimension aufweist. Beide Dimensionen sind gleichwohl eng miteinander verbunden. Die individuelle Dimension betrifft die Autonomie, d. h. die Freiheit, über den eigenen Körper selbst zu bestimmen, sowie das Recht, frei von Eingriffen in die Gesundheit zu bleiben. Die strukturelle Dimension betrifft den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung, auch zu den zugrundeliegenden sozioökonomischen Gesundheitsfaktoren, die den Menschen gleiche Chancen einräumen, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu genießen (vgl. Krennerich 2013: 203 ff.).

Im Folgenden präsentieren wir eine kurze Übersicht über die Funktionsweise des Gesundheitssystems in der Provinz Buenos Aires und die Variablen, die berücksichtigt werden müssen, um dessen Dynamik zu verstehen. *Unserer Arbeit liegt dabei die Annahme zugrunde, dass der Rechtsstreit um das Recht auf Gesundheit in Verbindung mit dem Modell des Gesundheitssystems analysiert werden soll.*¹¹ Anschließend werden wir die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung zur Rechtsprechung in der Provinz von

9 Art. 75 Abs. 23 der argentinischen Verfassung diagnostiziert, dass bestimmte Gruppen nicht die gleichen realen Chancen haben, ihre Rechte auszuüben. Das Parlament soll deswegen Gesetze zur Förderung positiver Maßnahmen zur Durchsetzung der Chancengleichheit und Gleichbehandlung erlassen, um den vollen Genuss der Rechte von Kindern, Frauen, älteren Menschen und Personen mit Behinderung zu gewährleisten.

10 So auch der UN-Ausschuss für wsk-Rechte in seinem allgemeinen Kommentar zum Recht auf Gesundheit.

11 So auch Flood/Gross 2014: 62: „(T)he right to health plays different roles in different types of health systems. . . ., in middle-income countries with big gaps between a poor public health system and a rich private one In some of these countries, constitutional rights were included as . . . an attempt to address huge inequities within society. Here the scale of health inequities suggests that courts need to be bolder in their interpretation of health care rights. We conclude that in adjudicating health rights, courts should scrutinize decision-making through the lens of health equity and equality to better achieve the inherent values of health human rights“.

Buenos Aires zusammenfassen, um diese schlussendlich mit Blick auf die aktuelle Debatte zum Rechtsstreit um Gesundheit zu diskutieren. Damit zusammenhängend sollen einige Hypothesen über den Rechtsstreit in der Provinz Buenos Aires *im Kontext* eines Bundesstaates aufgeworfen werden, in dem Dienstleistungen im *Gesundheitssystem* eine konkurrierende Zuständigkeit zwischen Provinz-Regierungen und der nationalen Regierung darstellen (vgl. Vita 2013, Arballo 2013).

2. Das Gesundheitssystem in der Provinz Buenos Aires

Gesundheit als Menschenrecht genießt in den argentinischen Provinzen einen starken Schutz sowohl auf der Verfassungsebene als auch auf der Gesetzgebungsebene.¹² Die Verfassung der Provinz Buenos Aires, die kurz nach der nationalen Verfassung im Jahre 1994 reformiert wurde, überragt in Bezug auf den Schutz der Gesundheit die Nationalverfassung sogar in vielen Aspekten, besonders im Artikel 36, wo Gesundheit als autonomes Recht garantiert wird. (In der argentinischen Verfassung ist das Menschenrecht auf Gesundheit nicht in einem spezifischen Artikel, sondern an unterschiedlichen Stellen anerkannt).¹³ Allerdings lassen sich auch auf Provinzebene viele Probleme und Gegensätze finden, die das Gesundheitssystem auf nationaler Ebene aufweist.

Das größte Problem ist aus menschenrechtlicher Sicht, wie gesagt, das Problem der Ungleichheit zu Lasten der Personen, die sich in vulnerablen Situationen befinden. Es gibt unterschiedliche Theorien, die versuchen, die Probleme im Bereich des Gesundheitssystems in Argentinien zu erklären. Uns scheinen diejenigen, die mit Ungleichheiten zu tun haben, am plausibelsten: „die Strukturen des Gesundheitsbereichs spiegeln gesellschaftliche Strukturen wider: die einflussreichen Gruppen besitzen „Privilegien“, die sie über Jahrzehnte hinweg verteidigt haben, während die ärmsten

12 Das Gesundheitsministerium von Buenos Aires bietet im Gegensatz zu vielen anderen einen Link im Internet an, unter dem man die aktuelle Gesetzgebung zum Thema abrufen kann (<http://www.ms.gba.gov.ar/legislacion-en-salud/>).

13 Siehe die Rechte auf würdige und gerechte Arbeitsbedingungen, auf soziale Sicherheit sowie auf Zugang zu angemessenem Wohnraum (alle Art. 14 bis), das Recht auf eine gesunde Umwelt (Art. 41) sowie das Recht der Verbraucher und Nutzer von Gütern und Dienstleistungen (42). Außerdem ist der Verfassungsrang internationaler Menschenrechtsverträge (Art. 75 Abs. 22) anerkannt, die u. a. explizit das Menschenrecht auf Gesundheit gewährleisten. Zum Vergleich von Verfassungen Lateinamerikas in Bezug auf die normative Anerkennung und Justiziabilität sozialer Rechte siehe Jung/Hirschl/Rosevear 2014. Demzufolge ist das Recht auf Gesundheit etwa in 70 % der Verfassungen in der Welt anerkannt und in 40 % justizierbar.

Gruppen, insbesondere die unorganisierten Teile der Gesellschaft, mit weit schlechterem Zugang und Versorgungsqualität vorlieb nehmen müssen“ (Tittor 2012: 49).

Institutionell gilt das argentinische Gesundheitssystem zudem als sehr fragmentiert.¹⁴ Vereinfacht betrachtet, beruht das Gesundheitssystem in Argentinien und in der Provinz Buenos Aires auf einem Drei-Säulen-System: a) dem öffentlichen Sektor; sowohl auf der nationalen Ebene als auch auf der Provinz-Ebene umfasst das öffentliche Gesundheitssystem Krankenhäuser und Gesundheitsstationen. Das System wird durch Steuern finanziert; b) dem privaten Sektor, bestehend aus beitragsabhängigen Privatversicherungen (wie etwa den *Empresas de Medicina Prepaga*); c) dem Sektor der sozialen Krankenkassen, die zumeist gewerkschaftlich verwaltet sind; daneben gibt es einige Kassen der Provinzen. Sie finanzieren sich durch ein Beitragsmodell, das von Mitgliedern und Arbeitgebern bestritten wird. Die Provinz von Buenos Aires hat rund 15,6 Mio. Einwohner. Laut den offiziellen Zahlen aus dem Jahr 2010¹⁵ ist knapp die Hälfte der Bevölkerung (47,7 %) in einer sozialen Krankenkasse. Knapp 15 % haben eine private Krankenversicherung. Daraus erschließt sich, dass der Rest, also etwa 37,3 % allein mit dem öffentlichen Subsystem (national und provinziell) auskommen muss.

Dem Subsystem der sozialen Krankenkassen (*obras sociales*) kommt damit große Bedeutung zu. Die größte unter den regionalen *obras sociales* bildet das I.O.M.A (*Instituto de Obra Médica Asistencial*).¹⁶ Ihre Leistungsempfänger teilen sich in Pflichtversicherte und Freiwillige auf. Zur ersten Gruppe zählen die Beamten des Provinzstaats und der öffentlichen Verwaltung, Lehrer von nicht offiziellen, im Gesetz 13 688 enthaltenen Erziehungsanstalten,¹⁷ RentnerInnen und Pensionierte des Instituts für soziale Fürsorge, genauso wie jeder anderen öffentlichen Einrichtung. Die Gruppe der Freiwilligen umfasst Einzelpersonen (mit Wohnsitz in der Provinz), öffentliche oder private Körperschaften, Familienangehörige von verstorbenen Mitgliedern, ZeitarbeiterInnen, Parteifunktionäre, RichterInnen und auch staatliche Beamte des öffentlichen Dienstes mit unbezahlttem Urlaub. Die ehemaligen Soldaten im Malvinas-Krieg mit Wohnsitz in der Provinz wurden im Nachhinein eingegliedert. Die aktuelle Zahl von Leistungsempfängern liegt bei zwei Millionen Menschen.¹⁸

14 „Argentina has one of the most fragmented health systems in Latin America, with more than 500 private health-care insurers, national social insurance organizations, and provincial health insurance organizations regulated by provinces, which are responsible for health service provision. Argentina has almost 16 000 health-care providers, including 3000 with inpatient facilities.“ (Atun 2014: 1230 f.).

15 Vgl. <http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos.asp>, Stand: 17.2.2015.

16 Vgl. <http://www.ioma.gba.gov.ar/>, Stand: 2.7.2015.

17 Siehe Gesetz Nr. 13.688: <http://www.ms.gba.gov.ar/legislacion-en-salud/>, Stand: 2.7.2015.

18 Vortrag gehalten vom Präsidenten des „Instituto de Obra Médico Asistencial“, Antonio La Scaleia, auf der Konferenz „Presente y futuro de las obras sociales provinciales“, „Asociación de Magistrados del

Das öffentliche Subsystem seinerseits umfasst das Netz der Provinz- und kommunalen Krankenhäuser und die Gesundheitsprogramme der Provinz.¹⁹ Außerdem besitzt die Provinz eine öffentliche Gesundheitsversicherung (SPS – Seguro Público de Salud), die im Jahr 2005 geschaffen wurde.²⁰ Diese Versicherung leistet Dienste im Gesundheitsbereich für bedürftige Menschen ohne andere Versicherung.²¹ In der Praxis hat sie die tatsächliche Absicherung im Subsystem erweitert (Yavich 2013).²² Dies alles beförderte einen Trend hin zu einem Gesundheitsmodell, das auf den grundlegenden Konzepten der primären Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention basiert (Maceira 2008, Maceira/Kremer 2008). Nichtsdestotrotz scheint die Option einer öffentlichen Versicherung das öffentliche System der Provinz nicht gestärkt zu haben. Wie die vom INDEC (*National Institute of Statistics and Censuses*)²³ gelieferten Daten belegen, haben mehr als 35 % der Bevölkerung einzig und allein Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem. Das Programm SPS hat zwar positive Effekte erzielt, dennoch begünstigt es verglichen mit Ressourcen, die für gratis Krankenversorgung in Spitälern und regionalen Versorgungszentren zur Verfügung gestellt werden, weiterhin nur einen kleinen Prozentsatz der Bevölkerung.

Abschließend muss noch eine letzte Variable berücksichtigt werden, um die Dynamik des Gesundheitssystems der Provinz verstehen zu können: der Prozess der Dezentralisierung, der Gesundheitsdienstleistungen auf der ersten Ebene der Provinz betraf (primäre Gesundheitsversorgungszentren, CAPS) und positive Auswirkungen auf die landesweite Grundversorgung zeitigte. Dennoch belegen verschiedene Studien, dass sich diese Reform auch negativ auf die Gleichheit in der Region ausgewirkt hat. Die Ungleichheit zeigt sich in den Kommunen der Provinz, und zwar in Unterschieden in

Departamento Judicial de La Matanza“, in: http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/futuro_obras_sociales.html, Stand: 17.2.2015.

19 In der Provinz werden die nationalen und provinziellen Gesundheitsprogramme ausgeführt. Zu einer Auflistung siehe: <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/>, Stand: 17.2.2015. Zur Situation öffentlicher Krankenhäuser in der Provinz siehe: Crojethovich 2013a, 2013b.

20 Zu Debatten über die Reform vgl. Báscolo 2004, Sánchez de León/Báscolo 2002.

21 Artikel 2, Gesetz 13.413: <http://www.ms.gba.gov.ar/legislacion-en-salud/>, Stand 17.2.2015.

22 Yavich wollte herauszufinden, ob die gesetzliche Krankenversicherung auf Provinzebene die Grundversorgung gestärkt sowie den Zugang und die umfassende Betreuung verbessert hat. Hierfür wurden häusliche Umfragen in acht Gemeinden gemacht (insgesamt wurden 2413 Personen befragt). Mehr als 95 % der Begünstigten haben Leistungen empfangen, indem sie die Versicherung oder Dienstleistungen in Anspruch nahmen. Allerdings variiert die Verwendung der Versicherung deutlich zwischen Gemeinden und Kommunen, vgl. Moscoso 2010.

23 Instituto Nacional de Estadística y Censos (statistisches Bundesinstitut in Argentinien): <http://www.indec.gov.ar/>.

der Höhe der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit pro Einwohner ohne Versicherung. Besonders benachteiligt sind Einwohner der Kommunen im Großraum Buenos Aires (*conurbano bonaerense*)²⁴ (Lago 2012, 2013, Chiara 2009).

3. Der Rechtsstreit um Gesundheit vor den Gerichten der Provinz und vor der CSJN

Die Ergebnisse der Studie der Rechtsprechung der erstinstanzlichen Gerichte (Berufungsgerichte, Oberster Gerichtshof der Provinz Buenos Aires und einige Fälle der CSJN) können aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Vom Blickwinkel des *Beschwerdegegenstands* aus gesehen bilden *Behandlungen* wie die *Arzneimitelvergabe* die häufigsten Beschwerdegegenstände von Klagen.²⁵ Medikamente werden für die Behandlung bestimmter Arten von Krebs und HIV beantragt. In nur einem Fall fanden wir die Beantragung eines in der Preisklasse höher angesiedelten Medikaments für eine Krankheit mit geringer Inzidenz. Abgesehen von spezifischen Behandlungen und Medikamenten fanden wir Klagen, die beispielsweise Hörgeräte, Rollstühle und verschiedene Arten von Prothesen beantragten.

An zweiter Stelle fanden wir eine beträchtliche Anzahl von Klagen, die „soziale Bedingungen der Gesundheit“ betrafen. Hierbei geht es um Urteile, die *Defizite in sozio-ökonomischen Faktoren* aufzeigen (materielle Bedingungen), die eine wirksame Rechtsausübung ermöglichen. So wird in einigen Fällen der Staat dazu gezwungen, nicht nur die Krankenversicherung zu garantieren, sondern sich auch um familiäre Notunterkün-

24 Gran Buenos Aires (GBA) ist der Name des Ballungsraumes von Stadt Buenos Aires (Hauptstadt Argentiniens). Das Gebiet hat – laut der Volkszählung 2010 – rund 9,9 Mio. Einwohner, vgl. http://www.censo2010.indec.gov.ar/CuadrosDefinitivos/P1-P_Buenos_Aires_24.pdf, Stand: 17.2.2015.

25 Als paradigmatischer Fall zur Gewährleistung notwendiger Impfstoffe gilt immer noch: „CELS; Viceconte g. Gesundheitsministerium, 1998“. Rund 3,5 Millionen Einwohner der Pampa in Argentinien waren seinerzeit durch eine schwere, aber durch Impfung vorbeugbare Viruserkrankung („argentinisches Fieber“ oder „Mal de los Rastros“) bedroht. 1991 bis 1995 kaufte der Staat von einem nordamerikanischen Institut Impfungen für ein Präventionsprogramm gegen diese Seuche. Das Programm wurde unterbrochen (mangelnde Gewinnaussichten, da diese Viruserkrankung nur in der argentinischen Pampa bestehe). Der argentinische Staat entschloss sich, den Impfstoff in einem staatlichen Labor selbst zu produzieren. Für eine solche Produktion waren nach Angaben des Staates einige bauliche Modifizierungen des Labors notwendig. Diese Modifizierungen waren bis zum Jahr 1999 wegen Nachlässigkeit des Staates und Haushaltsproblemen verzögert. 1996 starben Einwohner der Pampa wegen dieser Viruserkrankung. 1999 erhob eine Nichtregierungsorganisation (CELS) eine kollektive Beschwerde (Amparo) wegen Verletzung des Menschenrechts auf Gesundheit. Das Gericht entschied, dass der Bundesstaat den benötigten Impfstoff innerhalb einer gesetzten Frist herstellen soll. Zur Rezeption der Entscheidung in der internationalen Literatur über soziale Menschenrechte siehe u. a. Krennerich 2013: 205 f., Suárez Franco 2009 sowie OHCHR 2008: 32.

te und fehlende monatliche Einkommen zu kümmern. Des Weiteren soll der Zugang zu Wohnraum gesichert,²⁶ die physische Zugänglichkeit zu allen relevanten Gesundheitseinrichtungen ermöglicht und Familien vor einem Umfeld der hohen Anfälligkeit und Exposition gegen Epidemien, wie der des Hantavirus, geschützt werden. In diesen Fällen zeigen sich die Verletzlichkeit von Einzelpersonen oder Familien und deren Zusammenhang mit dem Zugang zum Gesundheitssystem.²⁷ In diesem Kontext müssen einige Fälle der CSJN erwähnt werden, besonders im Umfeld der Krise im Dezember 2001,²⁸ als das Recht auf Nahrung mit dem Recht auf Gesundheit verknüpft wurde. Hierbei geht es um Urteile in den Fällen „Ramos“²⁹, „Rodríguez“³⁰, „Quiñone“³¹ und „Esquivel“³², allesamt Familien (zumeist geht es um Beschwerdeführerinnen mit kleinen Kindern, die Haushaltsvorstände sind, die in der Provinz von Buenos Aires wohnten).

In Bezug auf die *sozialen Bedingungen* haben wir eine Reihe von Fällen gefunden, die mit der Verschmutzung der Umwelt durch Bauarbeiten oder Industrie in Verbindung gebracht werden können. Es finden sich auch mehrere Fälle, die den Zugang zu sauberem Trinkwasser (vgl. Winkler 2008, WaterLex, Wash United 2014) als soziale Bedingung für Gesundheit thematisieren. In manchen von ihnen hat das Landgericht der Provinz von Buenos Aires Gemeinden dazu verurteilt, die Bereitstellung von Wasser (zu rechtlich festgelegten Qualitätsstandards) zu gewährleisten. In anderen Fällen wurde den Unternehmen, die diese Leistungen erbringen, die Anpassung an die Qualität und Trinkbarkeit des Wassers für den Hausgebrauch verordnet (Fairstein/Levenzon 2013).

In Bezug auf die *Prävention* fanden wir nur zwei Fälle erstinstanzlicher Gerichte, in denen die Reparatur einer Straße angeordnet wurde, mit dem Ziel, Unfälle zu verhindern. Des Weiteren wurde eine Maßnahme angeordnet, die eine Beschränkung der Förderung von Wetten und Glücksspielen durch die Landesregierung vorsieht.

26 Zur Rechtsprechung des Rechts auf Wohnung in Argentinien, siehe u. a. Cardinaux 2013.

27 Zum Gebrauch des Arguments der Situationen von Vulnerabilität für die gerichtliche Durchsetzung sozialer Rechte siehe Krennerich 2013 und zur interamerikanischen Rechtsprechung Belloff/Clérico 2014.

28 Die Ungleichheiten im Gesundheitssystem sind wegen der ökonomischen Krisen 1989/1990 und 2001/2002 tiefer und dramatischer für Einwohner in vulnerablen Situationen. Argentinien hat unterschiedliche Antworten auf die Krisen im Gesundheitssystem gegeben, s. dazu Tittor 2012: 118-130, 144-162, 196-211, Maurino/Nino 2014.

29 „Ramos, Marta R. y otros c/Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente y otros“, CSJN, 12.3.2002.

30 „Rodríguez, Karina Verónica c/Estado Nacional y otros s/acción de amparo“, CJSN, 7.3.2006.

31 „Quiñone, Alberto Juan c/Buenos Aires, Provincia de s/amparo“, CSJN, 11.7.06.

32 „Esquivel, Roberto y otro c/Buenos Aires, Provincia de y otros s/amparo“, CSJN, 7.3.2006.

Zum Thema der *sozialen Bedingungen* fanden wir Fälle, in denen die *Zustände öffentlicher Krankenhäuser* diskutiert wurden, sei es, weil eine Verbesserung von baulichen Bedingungen öffentlicher Krankenhäuser oder die Einstellung von mehr Ärzten und Krankenschwestern in Kinderkrankenhäusern der Provinz gefordert wurde, sei es, weil die Aussetzung von Strahlentherapien (bis zur Erfüllung von Sicherheitsmaßnahmen für Personal und Patienten) oder Entschädigungen für das Leiden eines Neugeborenen (fehlende Ausstattung führte zu einem unüberwachten Verfahren der Sauerstofftherapie) gefordert wurde.

Gemessen an der *Menge* der Klagen erscheinen auf dem dritten Platz die Fälle, bei denen es im Kernbereich um die Zugehörigkeit zu einer sozialen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung geht. In den meisten dieser Fälle geht es um Diskussionen zu Wartezeiten vor der Beantragung einer Leistung oder um Anträge auf Einbeziehung eines Ehegatten oder Lebenspartners in Gleichsetzung mit den Hauptversicherten.

An vierter Stelle stehen die Urteile, die die *mangelnde Durchsetzung von bestimmten staatlichen und provinziellen Gesundheitsprogrammen* betreffen. Ein Beispiel hierfür bildet das System für Häm(az)otherapie (Bluttherapie) der Provinz, das nach mehr als acht Jahren von der Provinz noch immer nicht umgesetzt worden ist. Das Programm der Provinz gegen Wachstumshormonmangel hat bei seiner Umsetzung die Lieferung von entsprechenden Medikamenten im Jahr 2007 abgebrochen. Des Weiteren wurde das Programm „PROFE“, das unter anderem das Ziel hat, Menschen mit Behinderung den Zugang zum Recht auf Gesundheit zu garantieren, ebenfalls abgebrochen.

Abschließend fanden wir auf dem fünften Platz die Fälle, in denen die Bereitstellung einer Behandlung für *künstliche Befruchtung* beantragt wurde. Die Gerichtsverfahren wurden vor dem Erlass des Gesetzes Nr. 26.862: „Umfassender Zugang zu ärztlichen Dienstleistungen, in Form von Verfahrenstechniken der medizinisch assistierten Reproduktion“, und dem Erlass der zugehörigen Ausführungsbestimmungen begonnen (vgl. Ronconi 2010).

In einem anderen Fall fanden wir die Anforderung einer Genehmigung, um einen an der Fehlbildung „Anenzephalie“ leidenden Fötus abtreiben zu können. In zwei weiteren Fällen, die zeitlich noch vor Inkrafttreten des Gesetzes Nr. 26.130 zur chirurgischen Empfängnisverhütung bearbeitet wurden, beantragten zwei aus ärmlichen Verhältnissen stammende Frauen ihre Sterilisation. In einem der analysierten Fälle wird ohne Problematisierung die Tatsache erwähnt, dass eine andere Frau durch die Durchführung einer illegalen Abtreibung schwere gesundheitliche Folgen erlitt.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Fälle zum Recht auf Gesundheit, in denen der Beschwerdegegenstand das Nichteingreifen (*Achtungspflicht*) des Staates ist (vgl.

Krennerich 2013: 103 ff., 206 ff.), die Minderheit bilden. In einem Fall geht es beispielsweise um Kinder, die auf eine Bluttransfusion angewiesen sind, deren Konfession aber deren Anwendung verbietet. In einem anderen geht es um Eltern, die sich weigern, ihr Kind in früher Kindheit impfen zu lassen. Wiederum in einem anderen Fall geht es um eine 84 Jahre alte Frau, die um ihr Recht ersucht, dass ihr Wunsch eines würdevollen Todes respektiert wird.³³ Wir fanden keine Fälle auf der lokalen Ebene, in denen das Recht auf Gesundheit aus der Genderperspektive diskutiert wurde.

In den meisten Fällen stellte sich heraus, dass die I.O.M.A. *Hauptbeklagter* ist. In weit geringerer Anzahl treten andere Sozialversicherungen und private Krankenversicherungen auf. Auf dem zweiten Platz hinter der I.O.M.A. rangieren meistens die *Provinz* oder die *Kommunen*, die in den meisten Fällen sogar gleichzeitig verklagt werden. Es lässt sich also folgende Regel ableiten: Gegenüber der Schwere der Diagnose der Krankheit oder des Zustands der Bedürftigkeit einer Person und der Dringlichkeit, mit der die Leistung benötigt wird, fällt die Heterogenität der an den Staat gebundenen Subjekte nicht ins Gewicht. Die Rechtsprechung besagt, dass derjenige Dienstleister zur Leistung verpflichtet ist, der die Leistung in dem konkreten Fall am effektivsten erbringen kann. Dies ist grundsätzlich derjenige, der die Leistung vornimmt und damit droht, diese zu unterbrechen.³⁴ Das heißt, die Komplexität des Themas (z. B. Föderalismus) kann nicht als Ausrede dafür dienen, dass die Leistung (unabhängig welche Art der Leistung) im konkreten Fall versagt bleibt. Bei der Lektüre dieser Rechtsprechung fällt auf, dass davor gewarnt wird, dass nicht die betroffene Person durch die mangelnde effektive Koordinierung der Teilsysteme belastet werden darf.

Die vorherrschende Art von *Klägern* sind nicht die Personen mit hohem Einkommen. Wir haben viele Fälle gefunden, in denen die Urteile besonders auf die Situation der wirtschaftlichen Anfälligkeit der Betroffenen hinweisen. In manchen anderen Fällen haben die Auswirkungen kollektive und keine individuellen Folgen. Wie zu Anfang erwähnt, ist ein Großteil der Angestellten der Provinz der I.O.M.A. zugeordnet, was zu einer großen *Vielfalt an Mitgliedern* führt. Dies spiegelt sich in den Klagen wider. Ein Großteil der Kläger lässt sich anfälligen Bevölkerungsschichten zuordnen: Senioren, Kinder, Menschen mit Behinderung, Frauen oder Personen aus ärmlichen Verhältnissen. *Der Durchschnittskläger gegen die I.O.M.A. ist weder eine Person aus*

33 Vgl. auf der Bundesebene: „D., M. A. s/declaración de incapacidad”, CSJN, 7.07.2015: <http://www.infojus.gob.ar/muerte-digna-corte-ordena-abstenerse-continuar-tratamiento-paciente-estado-vegetativo-nv11932-2015-07-07/123456789-0abc-239-11ti-lpsedadaveon>

34 „L., C. F. c/provincia de Buenos Aires s/amparo”, CSJN, 30.11.2008; vgl. Clérico 2010.

höheren Bevölkerungsschichten noch verlangt er teure oder hochtechnische Behandlungen. Wie bereits erwähnt, ist der Großteil der erfragten Leistungen relativ einfach und meistens durch aktuelle Gesetzgebung garantiert. Ferner lässt sich sagen, dass die Gesundheitseinrichtungen (die sozialen Krankenkassen – mit der I.O.M.A. an der Spitze –, der Staat und private Krankenversicherungen) in ähnlichem Verhältnis Beteiligte sind, wie es ihrem Anteil an Versicherten oder Nutzern in der Bevölkerung der Provinz entspricht.

4. Abschließende Betrachtungen

Aufgrund der Analyse der bearbeiteten Fälle lassen sich bestimmte Schlussfolgerungen ziehen. An erster Stelle sei die Wichtigkeit von Urteilen auf Provinz-Ebene hervorgehoben, die den Entscheidungen des Obersten Gerichtshofs folgen. Hier handelt es sich insbesondere um die „*einfachen*“ Fälle (Clérico/Aldao 2013), die gleichzeitig eine „*dringende*“ Leistung erfragen. Es geht hier also nicht um Fälle, in denen komplexe juristische Angelegenheiten diskutiert werden oder außergewöhnliche Behandlungen notwendig sind. Vielfach ist unverzügliches Handeln notwendig und die Erfüllung staatlicher Pflichten unaufschiebbar, ansonsten ist nicht nur das Recht auf Gesundheit, sondern auch das Existenzrecht der betroffenen Person beeinträchtigt.

Verletzungen des Rechts auf Gesundheit treten auf, wenn eine durch ungenügendes staatliches Handeln oder staatliche Unterlassung bewirkte Beeinträchtigung des Rechts auf Gesundheit nicht begründet werden kann. Nicht begründbar ist die unzureichende medizinische Versorgung in dringenden Fällen, etwa wenn – wie unten ausgeführt wird – das Leben eines schwerbehinderten Kindes aufgrund fehlender Behandlung oder Medikamente in Gefahr ist. Um die Dringlichkeit festzustellen, so Arango (2005), braucht man sich nur vorzustellen, was den Einzelnen passieren würde, wenn in einer dringlichen Situation nichts unternommen wird. Wenn in Bezug auf die besonderen Umstände eines Falles eine unterlassene oder ungenügende Handlung des Staates die Existenz einer Person beeinträchtigt, handelt es sich um eine Verletzung des Rechts auf Gesundheit.³⁵ Diese Betrachtungen stimmen mit einer Kette von Entscheidungen des

³⁵ In anderen Arbeiten haben wir versucht, eine argumentative Toolbox zur Anwendung der sozialen Menschenrechte zu entwickeln, dies umfasst: die Subsumtion (wenn die sozialen Rechte die Struktur von Regeln haben), die Analogie (die Lösung von Fällen durch die Anwendung von Präjudizen), die Proportionalität als Übermaßverbot, als Untermaßverbot, als Rückschrittverbot (wenn die sozialen Rechte die Struktur von Prinzipien haben) sowie als multidimensionale Gleichheitsprüfung (als Probleme der willkürlichen Verteilung, mangelnden Anerkennung und/oder mangelnden politischen Partizipationschancen).

obersten Gerichtshofs (CSJN) überein, die mit dem Fall „Campodónico“³⁶ neue Wege öffnet.

In dem Fall ging es um ein Kind, das schwerbehindert ist und unter einer Immunsystemkrankheit (Kostmann-Syndrom) leidet. Das Kind verfügte zwar über eine soziale Krankenversicherung (formelle Zugänglichkeit), aber diese bezahlte (wegen Insolvenz) nicht die Medikamente zur Behandlung des Kindes (mangelnde Verfügbarkeit). Der Bundesstaat hat von der Geburt des Kindes (1996) bis 1998 die Krebsmedikamente für die Behandlung (staatliches Programm, Gewährleistungspflicht) verabreicht, unterbrach dann aber die Abgabe der Medikamente. Dagegen erhob die Mutter (in Vertretung) des Kindes Beschwerde (Justiziabilität). Der Oberste Gerichtshof entschied als letzte Instanz, dass die Unterbrechung der Medikamentenabgabe verfassungswidrig sei, da die Verweigerung das Grundrecht auf Leben und Gesundheit des Kindes verletze. Die Leistung sei dringend und notwendig. Kein anderes Mittel war in dem Fall geeignet, das Recht auf Gesundheit zu gewährleisten. Die Medikamentenabgabe war daher verfassungsrechtlich geboten (vgl. Clérico 2007, 2009). Dieser Fall wird weitgehend in der internationalen Literatur zu sozialen Rechten rezipiert.³⁷ Außerdem festigte sich diese Rechtsprechung mit den Fällen „Orlando“,³⁸ „Sánchez“,³⁹ „Passero“,⁴⁰ „Floreancing“,⁴¹ „Reyes Aguilera“⁴² und spiegelt sich in der Rechtsprechung von Gerichten auf Provinz-Ebene wider.

Eine zweite Schlussfolgerung der Ergebnisse betrifft die *Profile der Streitparteien*. Wie bereits erwähnt, sind an den meisten Fällen die I.O.M.A. und Beschwerdeführer aus weniger wohlhabenden Gesellschaftsschichten beteiligt. In vielen dieser Fälle erscheinen aber auch gesellschaftlich außenstehende Personen, die nicht nur einen Zugang auf medizinischer Ebene einfordern, sondern auch die Wichtigkeit des sozialen Umfelds hervorheben. Denn dieses soziale Umfeld macht die Umsetzung dieses Rechts erst möglich, indem es verschiedene existentielle Voraussetzungen in den Vordergrund stellt, wie z. B. eine angemessene Wohnung, Nahrung und Bildung. Die Fälle, in denen es um Trinkwasser, Sanitärversorgung oder Umweltverschmutzung geht, betreffen Beschwerden mit einer starken sozialen Komponente und einer weniger starken individuellen gesundheitlichen Komponente.

36 „Campodónico de Beviacqua, Ana Carina“, CSJN, 24.10.00.

37 Siehe u. a.: Langford 2011, Suárez Franco 2009 sowie OHCHR 2008: 32.

38 „Orlando, Susana Beatriz c. Provincia de Buenos Aires y otros s/amparo“, CSJN, 24.5.2005.

39 „Sánchez, Norma Rosa c/Estado Nacional y otros/amparo“, CSJN, 20.12.2005.

40 „Passero de Barrera, Graciela Noemí c/Estado Nacional s/amparo“, CSJN, 18.9.2007.

41 „Floreancing, Andrea C. c. Estado Nacional“, CSJN, 11.7.2006.

42 „Reyes Aguilera, Daniela c/Estado Nacional“, CSJN, 4.9.2007.

Diese beiden Schlussfolgerungen decken sich nicht mit den Fällen, in denen Personen der gesellschaftlichen Mittelschicht und oberen Mittelschicht gegen eine private Krankenversicherung klagen, weil sie sich Zugang zu einer komplizierten Behandlung wünschen, die von ihren Versicherungen nicht gedeckt wird. Diese Fälle existieren, bilden aber weder die Regel noch die Mehrheit der bearbeiteten Fälle, die einen Bezug auf das Recht auf Gesundheit haben. Dies ist der Grund, warum wir die These modifiziert haben, die beispielsweise für Kolumbien oder Brasilien vertreten wurde. Wir meinen, dass a) das Profil des I.O.M.A.-Mitglieds, und b) die Rolle der Staatsanwaltschaft⁴³ und NGOs⁴⁴ die Faktoren darstellen, die dafür verantwortlich sind, dass der Rechtsstreit um Gesundheit (in der lokalen Rechtsprechung) den Beschwerden aus Bevölkerungsgruppen in vulnerablen Situationen gerecht wird. Wenn sich der Zugang zum Justizsystem durch eine kostenlose Leistung durch öffentliche Verteidiger (Defensores Públicos) und vormundschaftliche Beratungen (Asesores Tutelares) vereinfacht (durch genügend Verteidiger und Anwälte, die sich der Durchsetzung der verfassungsrechtlich anerkannten sozialen Rechte verpflichtet fühlen), dann zeigt sich, dass zu den Beschwerdeführern auch Angehörige einer sozial benachteiligten gesellschaftlichen Schicht gehören. Dies deutet sich in Fällen an, in denen das Recht auf Gesundheit eingefordert wird und lokale Gerichte der autonomen Stadt von Buenos Aires tätig werden (vgl. Aisenstein 2013, Pucciarello 2013).

Für die Analyse des Rechtsstreits um Gesundheit in der Provinz von Buenos Aires (ein repräsentatives Beispiel dessen, was auf nationaler Ebene geschieht, wo starke strukturelle Ungleichheit herrscht), lässt sich also abschließend sagen, dass sich die Theorie des ungleichen Effekts (der Justiziabilität) nur teilweise bestätigen lässt. In vielen Fällen ist der Rechtsstreit die einzige Möglichkeit auf (individuellen und kollektiven) Rechtsschutz des Menschenrechts auf Gesundheit für Personen, die sich in vulnerablen Situationen befinden.

43 In Argentinien haben auf der lokalen Ebene z. B. die öffentlichen Verteidiger (Defensores Públicos) in der Stadt Buenos Aires die Kompetenz, die Durchsetzung sozialer Rechte einzuklagen, insbesondere für Personen in Situationen von Vulnerabilität.

44 Zur Rolle der NGOs bei der Einklagbarkeit von Menschenrechten vgl. u. a. Krennerich 2013: 357 ff., Cardoso 2012.

Literatur

- Abramovich, Víctor/Pautassi, Laura 2008: El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina, *Salud Colectiva*, 4, 3, 261-282.
- Aisenstein, Mariela 2013: El papel de los Asesores Tutelares en la exigibilidad del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito local, in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1845-1869.
- Arango, Rodolfo 2005: *El concepto de los derechos sociales fundamentales*, Bogotá: Ed. Legis [Arango, R., 2001: *Der Begriff der sozialen Grundrechte*, Baden-Baden: Nomos.
- Arballo, Gustavo 2013: Localizando el Derecho a la Salud, in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1621-1650.
- Atun, Rifat 2014: Health-system reform and universal health coverage in Latin America, in: *The Lancet*, Vol. 385, Issue 9974, 1230-1247.
- Báscolo, Ernesto 2004: *Los seguros públicos de salud como estrategia de reforma del sector público en la Argentina. Seguro Público de Salud. Aportes para un Debate Abierto*, Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte, 79-100.
- Beloff, Mary/Clérico, Laura 2014: Derecho a condiciones de existencia digna y situación de vulnerabilidad en la jurisprudencia de la Corte Interamericana, in: *SELA – Seminario de Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política*, Yale Law School, Lima (Peru), 21.06.2014, http://www.law.yale.edu/documents/pdf/SELA14_BeloffClerico_CV_Sp.pdf, Stand: 7. Juli 2015.
- Bergallo, Paola 2005: Justicia y experimentalismo: la función remedial del poder judicial en el litigio de derecho público en Argentina, in: *SELA Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política*, paper 45.
- Bergallo, Paola 2010: Courts and Social Change: Lessons from the Struggle to Universalize Access to HIV/AIDS Treatment in Argentina, in: *Texas Law Review*, 89, 1611–1641.
- Bergallo, Paola 2014: The Struggle Against Informal Rules on Abortion in Argentina, in: Cook, Rebecca J./Erdman, Joanna N./Dickens, Bernard M. (eds.): *Abortion Law in Transnational Perspective Cases and Controversies*, Pennsylvania, 143-165.
- Brewer-Carías, Allan 2009: *Constitutional Protection of Human Rights in Latin America: A Comparative Study of Amparo Proceedings*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Cano, Luisa Fernanda 2005: El litigio estructural en salud: un estudio comparado con base en casos de Sudáfrica, Argentina, India y Colombia, in: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Januar-April, 111-120.
- Cardinaux, Nancy/Vita, Leticia/Aldao, Martín/Clérico, Laura 2013: Condiciones de posibilidad para la exigibilidad judicial del derecho a la vivienda en el ámbito local⁶⁶, in: *Revista Argentina de Derecho Administrativo*, Buenos Aires: Asociación de Derecho Administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, No. 5, 33-74.
- Cardoso, Evorah 2012: *Cortes supremas e sociedade civil na América Latina: estudo comparado Brasil, Argentina e Colômbia*, Sao Paulo.
- Chiara, Magdalena 2009: Inequidad(es) en la atención de la salud en el gran Buenos Aires: Una mirada desde la gestión local, in: *Postdata*, 14, 1, 97-128.
- Clérico, Laura 2007: Verhältnismäßigkeitsgebot und Untermaßverbot, in: Sieckmann, Jan (ed.): *Die Prinzipientheorie der Grundrechte*, Baden-Baden: Nomos, 151-178.

- Clérico, Laura 2009: Das Untermaßverbot und die Alternativitätsthese: einige Überlegungen aus der Perspektive des Gesundheitsrechts; in: Clérico, Laura/Sieckmann, Jan (eds.): *Grundrechte, Prinzipien und Argumentation*, Baden-Baden: Nomos, 151-164.
- Clérico, Laura 2010: ¿El argumento del federalismo vs. el argumento de igualdad? El derecho a la salud de las personas con discapacidad“, in: *Revista Jurídica de Palermo*, 11, 93-118.
- Clérico, Laura/Aldao, Martín 2013: El derecho a la salud y las estrategias argumentativas: el encastre (subsunción) y las similitudes y diferencias (comparación de casos), in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1003-1018.
- Crojethovich, María 2013a: Claves para pensar la Dinámica del Hospital Público, in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1339-1357.
- Crojethovich, María 2013b: Microcosmos hospitalario. Redefiniendo las reglas en los hospitales del Gran Buenos Aires, in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2411-2433.
- Da Silva, Virgilio Afonso/Terrazas Vargas, Fernanda 2011: Claiming the Right to Health in Brazilian Courts: The Exclusion of the Already Excluded?, in: *Law & Social Inquiry*, No. 36.
- Faierstein, Carolina/Levenzon, Fernand 2013: Apuntes sobre el reconocimiento e implementación del derecho humano al agua y al saneamiento. Una contribución valiosa para la protección del derecho a la salud, in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1233-1275.
- Ferraz, Octavio 2011: Harming the Poor through Social Rights Litigation: Lessons from Brazil, in: *Texas Law Review*, Vol. 89, No.7, 1643-1668.
- Fidalgo, Maitena 2008: *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*, Buenos Aires: Espacio.
- Flood, Colleen/Aeyal, Gross 2014: Litigating the Right to Health: What Can We Learn from a Comparative Law and Health Care Systems Approach?, in: *Health and Human Rights*, 16, 2, 62-72.
- Jung, Courtney/Hirschl, Ran/Rosevear, Evan 2014: Economic and Social Rights in National Constitutions, in: *American Journal of Comparative Law*, 62, 4, 1043-1098.
- Krennerich, Michael 2013: *Soziale Menschenrechte. Zwischen Recht und Politik*, Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.
- Lago, Fernando Pablo 2012: Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires, in: *Salud colectiva*, 8, 3, 263-274.
- Lago, Fernando Pablo 2013: Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina, in: *Rev. Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12, 25, 40-54.
- Langford, Malcolm 2011: *Social Rights Jurisprudence, Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Maceira, Daniel 2008: Evaluación del Programa de Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires, CIPPEC, <http://www.danielmaceira.com.ar>, Stand: 17. Februar 2015.
- Maceira, Daniel/Kremer, Pedro 2008: Evaluación de una experiencia de aseguramiento social en la Provincia de Buenos Aires: Impacto sobre el modelo de atención. Asociación Argentina de Economía Política, <http://www.cedes.org.ar/cgi-bin/wxis.exe/iah>, Stand: 17. Februar 2015.

- Mahler, Claudia 2013: Wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte sind einklagbar! in: *Anwaltsblatt* Nr. 4, 245-248.
- Maurino, Gustavo/Nino, Ezequiel 2014: Economic and social rights and the Supreme Court of Argentina in the decade following the 2001–2003 crisis, in: Nolan, Aoife, *Economic and Social Rights After the Global Financial Crisis*, Cambridge: Cambridge University Press, 299-333.
- Moscoso, Nebel Silvana 2010: Implementación del seguro provincial de salud en la ciudad de Bahía Blanca: Condiciones de acceso en el período 2004-2009, präsentiert auf der „XLV Reunión Anual de la Asociación Argentina de Economía Política“, Buenos Aires, <http://www.aep.org.ar/anales/works/works2010/moscoso.pdf>, Stand: 17. Februar 2015.
- OHCHR 2008: *The Right to Health*, Fact Sheet No. 35, Geneva.
- Pucciarello, Mariana 2013: El derecho a la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 2455-2475.
- Revez, Ludovic 2013: Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura, in: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 3, 213-222.
- Ronconi, Liliana 2010: ¿Debe el Estado satisfacer los tratamientos de reproducción asistida? Un análisis a la luz del principio de proporcionalidad, *La Ley – Suplemento de Derecho Constitucional*, 17-28.
- Sánchez de León, Adolfo/Báscolo, Ernesto 2002: El Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires, in: *Revista Gestión en Salud*, 1, 3, 86-97.
- Suárez Franco, Ana María 2009: *Die Justiziabilität wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte*, Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Titor, Anne 2012: *Gesundheitspolitik in Lateinamerika. Konflikte um Privatisierung in Argentinien und El Salvador*, Kassel: Nomos.
- Uprimny, Rodrigo /Durán, Juanita 2014: *Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Vita, Leticia 2013: Modelos de Estado y Derecho a la Salud en Argentina, in: Clérico, Laura/Ronconi, Liliana/Aldao, Martín (eds.): *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires: Abeledo Perrot, 17-63.
- WaterLex/Wash United 2014: The Human Rights to Water and Sanitation in Courts Worldwide a Selection of National, in: *Regional and International Case Law*, Schweiz, www.waterlex.org, Stand: 7. Juli 2015.
- Winkler, Inga 2008: Judicial Enforcement of the Human Right to Water: Case Law from South Africa, Argentina and India, in: *Law, Social Justice and Global Development Journal*, 11, www2.warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/lgd/2008_1/winkler, Stand: 7. Juli 2015.
- Yamin, Alicia Ely/Parra, Oscar/Gianella, Camilla 2011: Colombia. Judicial Protection of the Right to Health: An elusive promise?, in: Yamin, Alicia/Gloppen, Siri (eds.): *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?*, Cambridge: Harvard University Press.
- Yavich, Natalia 2013: Evaluación del componente infantil del Seguro Público de salud de la Provincia de Buenos Aires, in: *Salud Pública de México*, 55, 1, 26-34.

Thomas Lampert

Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken in Deutschland

1. Einleitung

Armut und soziale Ungleichheit stellen auch für einen Wohlfahrtsstaat wie die Bundesrepublik Deutschland eine große Herausforderung dar. Die allgemeinen Wohlstandszuwächse und der Ausbau der sozialstaatlichen Sicherungssysteme haben entgegen früheren Erwartungen nicht zu einer Angleichung der Lebensverhältnisse geführt. Vielmehr haben sich gesellschaftliche Problemlagen und Verteilungsungleichheiten verfestigt und zum Teil noch verstärkt (Baethge et al. 2004, Groh-Samberg 2009). Armut bedroht zunehmend häufiger auch die ehemals gut gesicherten gesellschaftlichen Mittellagen, weshalb bisweilen von einer „sozialen Entgrenzung der Armutsbetroffenheit“ (Leisering 1995) und einer dadurch bedingten „Schrumpfung der Mittelschicht“ (Grabka/Frick 2008) gesprochen wird.

Wenn in Deutschland und den übrigen Wohlfahrtsstaaten von Armut und sozialer Ungleichheit die Rede ist, sind anders als in den meisten Entwicklungs- und einzelnen Schwellenländern keine existenzbedrohenden Notlagen gemeint. Stattdessen geht es um eine relative soziale Benachteiligung in Bezug auf die Lebensbedingungen, die soziale Integration und die Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Klocke 2000, Sell 2002). Dieser relative Armuts- und Ungleichheitsbegriff liegt auch der Armutsdefinition der Europäischen Union zugrunde, die bereits Mitte der 1980er Jahre formuliert wurde. Nach dieser Definition gelten diejenigen Personen, Familien und Gruppen als arm, „die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist“ (Rat der Europäischen Gemeinschaften 1985: 24).

Aus Sicht von Public Health und Gesundheitspolitik ist die zunehmende Auseinanderentwicklung der Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen von Bedeutung, weil sie sich auch in der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung widerspiegelt. Menschen mit niedrigem Einkommen, Bildungsniveau und Berufsstatus sind gerade von schwerwiegenden, potenziell tödlich verlaufenden oder die Le-

bensqualität stark einschränkenden Krankheiten vermehrt betroffen (Mielck 2000, Lampert et al. 2005, Richter/Hurrelmann 2009). Zudem verfügen sie offenbar über geringere Kompetenzen und Ressourcen, um aufgetretene Krankheiten und daraus resultierende psychosoziale Belastungen zu bewältigen (Geyer 2001, Janßen 2001).

Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung, die auch auf den Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit gebracht werden, können als eine extreme Ausprägungsform sozialer Ungleichheit angesehen werden (Huster 2011). Dass allgemein hoch bewertete Güter und Ressourcen wie Einkommen, Bildungsabschlüsse oder Sozialprestige in einer Leistungsgesellschaft ungleich verteilt sind, wird zumindest bis zu einem gewissen Grad akzeptiert. Wenn sich die soziale Ungleichheit aber darin ausdrückt, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen gesünder sind und länger leben als andere, dann steht dies im Widerspruch zum sozialstaatlichen Selbstverständnis und dem Gerechtigkeitsempfinden vieler Menschen (Richter/Hurrelmann 2007, Lampert/Mielck 2008).

Die sozial ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken ist auch menschenrechtlich von Bedeutung. Bezugspunkte finden sich sowohl in den internationalen Vereinbarungen zum Schutz der Menschenrechte als auch im Grundgesetz. Nach der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ der Vereinten Nationen (UN) von 1948 und dem UN-Sozialpakt von 1966 hat jeder Mensch das Recht auf einen Lebensstandard, der „Gesundheit und Wohl gewährleistet“, sowie auf medizinische Versorgung. Mit der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 (Artikel 24) und der Konvention über die Rechte von Behinderten von 2008 (Artikel 25) wurden diese Menschenrechte noch einmal dezidiert mit Blick auf Kinder und Menschen mit Behinderungen gestärkt. Im Grundgesetz werden mit dem Artikel 2 (2) das Recht auf körperliche Unversehrtheit und der Schutz vor Eingriffen, welche die Gesundheit beeinträchtigen, garantiert.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden zunächst das Ausmaß und die Entwicklung der Armut und sozialen Ungleichheit in Deutschland beschrieben, um anschließend anhand ausgewählter Forschungsergebnisse zu verdeutlichen, inwieweit sich dies im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung der Bevölkerung widerspiegelt. Von dieser Bestandsaufnahme ausgehend wird dann im abschließenden Abschnitt diskutiert, welche Anstrengungen seitens der Politik und anderer gesellschaftlicher Akteure unternommen werden, um den beobachteten gesundheitlichen Ungleichheiten zu begegnen.

2. Ausmaß und Entwicklung von Armut und sozialer Ungleichheit in Deutschland

Dass sich die Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen in Deutschland zunehmend auseinanderentwickeln, lässt sich unter anderem an der Entwicklung der Armutsrisikoquote verdeutlichen. Die Armutsrisikoquote stellt die zentrale Kenngröße zur Beschreibung von Armut und sozialer Ungleichheit dar und gibt den Anteil der Personen wieder, deren Netto-Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung beträgt (Statistisches Bundesamt 2006, BMAS 2008). Das Netto-Äquivalenzeinkommen wird ausgehend vom Haushaltsnettoeinkommen (Summe der Erwerbs-, Kapital-, Transfer- und sonstiger Einkommen der Haushaltsmitglieder) berechnet und dabei eine Bedarfsgewichtung vorgenommen, um Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt und die altersspezifisch variierenden Einkommensbedarfe berücksichtigt. Für die Bedarfsgewichtung wird zumeist auf die neue OECD-Äquivalenzskala zurückgegriffen, die dem Haushaltsvorstand ein Gewicht von 1, jeder weiteren Person im Alter von mindestens 14 Jahren ein Gewicht von 0,5 und jeder weiteren Person, die jünger als 14 Jahre ist, ein Gewicht von 0,3 zuweist (BMAS 2008).

Nach den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP), einer jährlichen Haushaltsbefragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, ist in den letzten

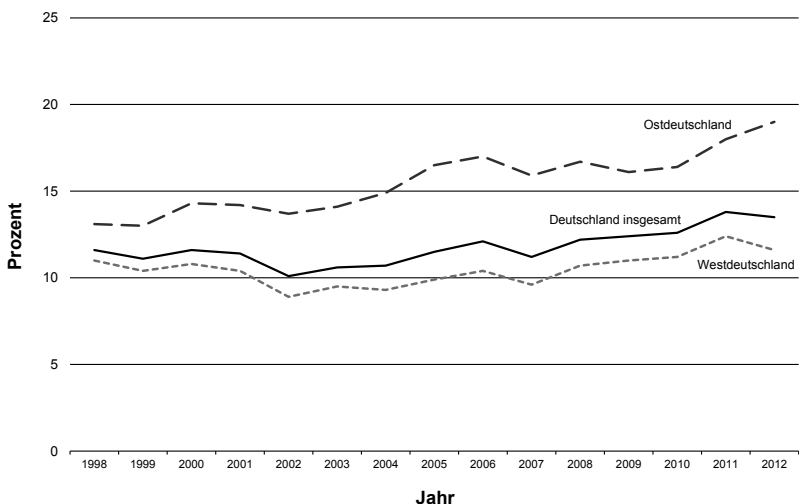


Abb. 1: Entwicklung der Armutsrisikoquote in Deutschland (Datenbasis: Sozioökonomisches Panel 1998-2012)

20 Jahren ein sukzessiver Anstieg der Armutsrisikoquote bis auf 14 % im Jahr 2012 zu beobachten, wobei die Armutsbetroffenheit in Ostdeutschland nach wie vor deutlich höher ist als in Westdeutschland (Abb. 1). Eine altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene überproportional stark von Armut bedroht sind. Die niedrigsten Armutsrisikoquoten finden sich bei Personen im mittleren Lebensalter. Bezogen auf die Haushaltsform sind kinderreiche Familien und Alleinerziehende einem besonders hohen Armutsrisiko ausgesetzt. Von den Familienhaushalten mit drei Kindern sind mehr als ein Fünftel von Armut bedroht. In der Gruppe der Alleinerziehenden, bei denen es sich überwiegend um Frauen handelt, sind sogar mehr als ein Drittel einem Armutsrisiko ausgesetzt (Abb. 2). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Zunahme der Armutsbetroffenheit in den letzten 10-15 Jahren bei Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen, kinderreichen Familien und Alleinerziehenden überproportional ausfiel (Grabka/Frick 2010). Spätestens seit der Jahrtausendwende kann zudem von einer Polarisierung der Einkommensverteilung gesprochen werden, da nicht nur der Anteil der Personen bzw. Haushalte mit niedrigen Einkommen, sondern auch der Anteil der Personen bzw. Haushalte mit hohem Einkommen zunimmt (Grabka/Frick 2008, Goebel et al. 2010).

Ähnliche Entwicklungstendenzen sind in Bezug auf die Vermögensverteilung zu beobachten (Frick/Grabka 2009). Zum Vermögen privater Haushalte, das einen wichtigen Beitrag zur individuellen ökonomischen Wohlfahrt leistet, z. B. durch die Erwirtschaftung von Zinserträgen, den Ausgleich von Einkommensausfällen und die Stabilisierung der Alterssicherung, zählen der Besitz von Immobilien, Geldvermögen, Vermögen aus privaten Versicherungen sowie Betriebs- und Sachvermögen. Werden die Personen nach der Höhe ihres Nettovermögens in zehn gleich große Gruppen eingeteilt, zeigt sich, dass das oberste Zehntel im Jahr 2007 über mehr als 60 % des gesamten Vermögens verfügte. Die unteren sieben Zehntel der Bevölkerung besaßen dagegen weniger als 9 % des gesamten Vermögens. Betrachtet man nur die unteren fünf Zehntel der Bevölkerung, tendiert das Vermögen gegen Null. Der Vergleich dieser Werte mit denen für das Jahr 2002 macht deutlich, dass eine zunehmende Konzentration des individuellen Nettovermögens zu beobachten ist. So lässt sich für das oberste Zehntel in diesem relativ kurzen Beobachtungszeitraum ein Vermögenszuwachs um drei Prozentpunkte feststellen (Frick/Grabka 2009).

Arbeitslosigkeit wird als wichtigste Ursache für Einkommens- und auch für Vermögensarmut angesehen. Seit den 1970er Jahren ist die Arbeitslosigkeit mehrfach sprunghaft angestiegen, unter anderem aufgrund der Ölpreiskrisen 1973 und 1981, die Anfang der 1990er Jahre einsetzende Rezession und die wirtschaftlichen Probleme

im Zuge der Wiedervereinigung. Mit dem SGB II wurden Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfe zum Arbeitslosengeld II („Hartz IV“) zusammengelegt, wodurch die Zahl der arbeitslos gemeldeten Personen deutlich anstieg. Im Februar 2005 lag sie bei 5,2 Millionen, was einer Arbeitslosenquote von über 12 % entsprach. Seitdem ist die Arbeitslosenquote deutlich zurückgegangen, bis auf knapp unter 7 % im Jahresdurchschnitt 2014 (BA 2015). Gleichzeitig hat allerdings der Anteil der Arbeitslosen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, zugenommen. Nach den Daten des SOEP lag dieser Anteil im Jahr 1998 bei 30 %, während er inzwischen deutlich über 50 % beträgt. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass infolge der Zunahme geringfügiger Beschäftigungen und unsicherer Arbeitsverhältnisse der Anteil der Erwerbstätigen mit einem Armutsrisiko („*working poor*“) im Zeitraum von 1998 bis 2012 von 6 % auf 8 % zugenommen hat.

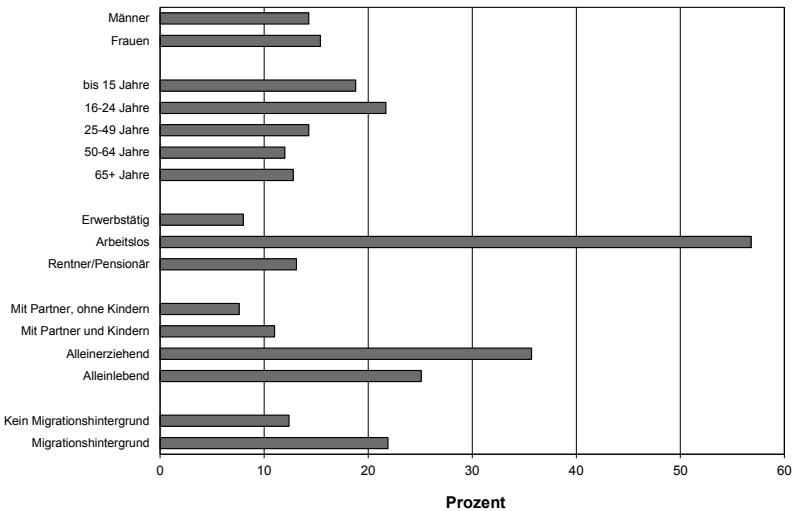


Abb. 2: Bevölkerungsspezifische Armutsrisikoquoten (Datenbasis: Sozioökonomisches Panel 2012)

Bei der Bekämpfung von Armut und sozialer Ungleichheit kommt der Bildungsbeteiligung eine Schlüsselrolle zu. Eine gute schulische und berufliche Ausbildung ist eine wesentliche Voraussetzung für den Zugang zum Arbeitsmarkt und die mit der beruflichen Stellung verbundenen Einkommenschancen. Seit den 1970er Jahren hat die Bildungsbeteiligung deutlich zugenommen, was sich z. B. an einem sukzessiven Anstieg des Anteils der Abiturienten und Studienanfänger festmachen lässt. Auf der anderen

Seite ist nach wie vor ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und den Bildungschancen der Heranwachsenden zu beobachten, was durch die Ergebnisse der PISA-Studie und anderer Bildungsstudien regelmäßig belegt wird (Geißler 2006, OECD 2011). Die unterschiedlichen Bildungswege münden letztlich in sozial differenziellen Zugängen zur Hochschulausbildung. Nach der Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes besuchen von 100 Kindern, deren Vater einen Hochschulabschluss besitzt, 79 die gymnasiale Oberstufe und 77 nehmen ein Studium an einer Hochschule auf. Von 100 Kindern aus Nicht-Akademikerfamilien trifft dies lediglich auf 43 in Bezug auf die gymnasiale Oberstufe und 23 im Hinblick auf den Hochschulzugang zu (BMBF 2012).

3. Empirische Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit

Die vorliegenden Forschungsergebnisse deuten in großer Übereinstimmung darauf hin, dass Personen mit niedrigem sozialen Status häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind als Personen mit höherem sozialen Status (Mielck 2000, 2005, Lampert et al. 2005, Richter/Hurrelmann 2009). Die Unterschiede zwischen den Statusgruppen fallen gerade in Bezug auf schwerwiegende chronische Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus oder chronisch-obstruktive Lungenerkrankung deutlich aus. Auch viele psychische Erkrankungen und Störungen treten in den niedrigen Statusgruppen vermehrt auf. Dies gilt beispielsweise für affektive Störungen wie Depressionen, Angststörungen sowie Alkoholabhängigkeit und andere Substanzstörungen. Mit Blick auf die im Krankheitsspektrum vorherrschenden Erkrankungen sind nur wenige Ausnahmen auszumachen. Dazu zählen allergische Erkrankungen, die häufiger in den höheren Statusgruppen vorkommen (Knopf et al. 1999, Elvers 2005). Bei Unfallverletzungen, Behinderungen und funktionellen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung zeichnen sich ebenfalls deutliche statusspezifische Unterschiede ab, und zwar zuungunsten von Personen mit niedrigem Sozialstatus (Dragano et al. 2010). Entsprechend unterschiedlich fällt die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (Abb. 3) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus. Zum Teil kommen die Statusunterschiede in der subjektiven Gesundheit sogar noch stärker zum Ausdruck, was als Hinweis auf Unterschiede in Bezug auf gesundheitsbezogene Einstellungen, Wahrnehmungen und Überzeugungen sowie personale und soziale Bewältigungsressourcen verstanden wird (Müters et al. 2005, Babitsch et al. 2009).

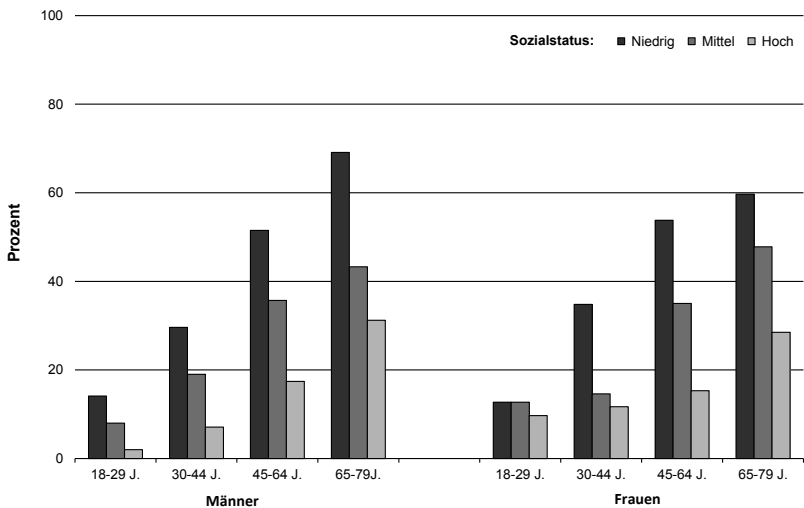


Abb. 3: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes („mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“) (Datenbasis: Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2012)

Viele Erkrankungen und Beschwerden, in deren Verbreitung sich soziale Unterschiede abzeichnen, können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten zu sehen sind. Große Bedeutung kommt dabei dem Rauchen zu, das in den niedrigen Statusgruppen stärker verbreitet ist. Zwar lässt sich in den letzten Jahren in allen Statusgruppen ein Rückgang des Rauchens beobachten, die sozialen Unterschiede sind aber weitgehend erhalten geblieben, vor allem bei Männern (Abb. 4). Auch mit Blick auf das Bewegungsverhalten sind Unterschiede zu beobachten, die insbesondere darin zum Ausdruck kommen, dass die sozial bessergestellten Bevölkerungsgruppen häufiger Sport treiben. Deutliche soziale Unterschiede zeigen sich zudem im Auftreten von Adipositas, wobei diese Unterschiede bei Frauen noch stärker hervortreten als bei Männern. Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass sich die Angehörigen der niedrigen Statusgruppen ungesünder ernähren. Festmachen lässt sich dies unter anderem an einer insgesamt höheren Kalorienzufuhr, einer oftmals nicht ausgewogenen Ernährungsweise und einem häufigeren Verzehr von fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln (MRI 2008). Auch in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens treten deutliche soziale Unterschiede zutage. Dies gilt insbesondere für präventive und gesundheitsfördernde Angebote wie die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, den Gesundheits-Check-up und die Teilnahme an kassenfinanzierten Angeboten zur Gesundheitsförderung (Jordan et al. 2013, Hoebel et al. 2014).

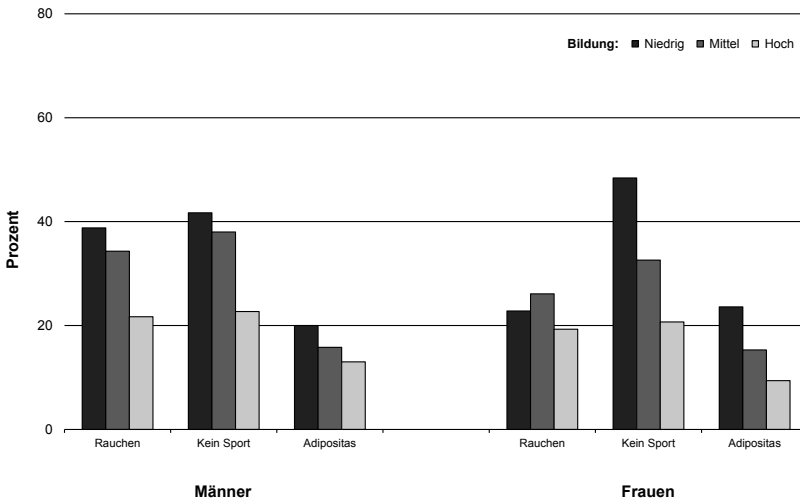


Abb. 4: Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas nach Bildung bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen (Datenbasis: Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2012)

Die sozialen Unterschiede in Bezug auf chronische Erkrankungen und assoziierte Risikofaktoren kumulieren letztlich in einem erhöhten vorzeitigen Sterberisiko in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Mit Blick auf das Einkommen sprechen die vorliegenden Studien für eine um etwa zehn Jahre verringerte mittlere Lebenserwartung bei Personen, die einem Armutsrisiko unterliegen, im Vergleich zu Personen, die als relativ wohlhabend bezeichnet werden können (Lampert et al. 2007). Werden nur die Lebensjahre betrachtet, die bei guter Gesundheit verbracht werden können, fallen die Unterschiede sogar noch größer aus (Tab. 1, S. 94).

Darüber hinaus machen die vorliegenden Forschungsergebnisse deutlich, dass die sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung nicht nur beim Vergleich der am schlechtesten mit den am besten gestellten Statusgruppen festzustellen sind. Vielmehr sind auch Unterschiede zwischen den niedrigen und mittleren Statusgruppen sowie zwischen den mittleren und höheren Statusgruppen zu beobachten. Zumindest in Bezug auf bestimmte Bereiche der Gesundheit kann davon gesprochen werden, dass die Erkrankungsrisiken umso geringer bzw. die Gesundheitschancen umso besser sind, je höher der soziale Status ist. Dieses Verteilungsmuster wird als sozialer Gradient oder Statussyndrom bezeichnet und damit auch in Bezug auf die Verteilung der Erkrankungsrisiken bzw. Gesundheitschancen die Bedeutung von relativen Ungleichheiten, die sich über das gesamte Spektrum der Statuslagen abzeichnen, betont (WHO 2003, Marmot 2004).

Tab.1: Lebenserwartung bei Geburt und gesunde Lebenserwartung bei Geburt nach Einkommen (in Jahren)
(Datenbasis: Sozioökonomisches Panel und Periodensterbetafeln 1995-2005, Lampert et al. 2007)

| | Lebenserwartung bei Geburt | | Gesunde Lebenserwartung* bei Geburt | |
|-----------------------------|----------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| | Männer | Frauen | Männer | Frauen |
| Netto-Äquivalenzeinkommen** | | | | |
| <60 % | 70,1 | 76,9 | 56,8 | 60,8 |
| 60-<80 % | 73,4 | 81,9 | 61,2 | 66,2 |
| 80-<100 % | 75,2 | 82,0 | 64,5 | 67,1 |
| 100-<150 % | 77,2 | 84,4 | 66,8 | 69,1 |
| >=150 % | 80,9 | 85,3 | 71,1 | 71,0 |

* Anzahl der Lebensjahre, die bei guter oder sehr guter Gesundheit verbracht werden.

** Anteil vom mittleren Netto-Äquivalenzeinkommen.

Die soziale Ungleichheit der Erkrankungsrisiken und Gesundheitschancen ist kein spezifisch deutsches Phänomen. Für die meisten Wohlfahrtsstaaten, für die aussagekräftige Daten vorliegen, werden ähnliche oder sogar noch stärkere Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage berichtet (Dalstra et al. 2005, Mackenbach et al. 2008). Zum Teil finden sich auch Hinweise auf eine Ausweitung der gesundheitlichen Ungleichheit, so z. B. in Großbritannien, Spanien und Italien. Mit Blick auf die meisten anderen Länder kann von über die Zeit weitgehend stabilen gesundheitlichen Ungleichheiten gesprochen werden. Das gilt auch für die skandinavischen Wohlfahrtsstaaten, die über vergleichsweise gut ausgebaute soziale Sicherungssysteme verfügen (Kunst et al. 2005, Giskes et al. 2005). Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends in Deutschland werden bislang durch eine eingeschränkte Datenlage erschwert. Die wenigen vorliegenden Befunde sprechen dafür, dass sich das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit im Zeitverlauf nicht wesentlich verändert hat (Kroll 2010, Lampert/Kroll 2010).

4. Politische Bemühungen um eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit wird mittlerweile sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene als ein prioritäres politisches Handlungsziel angesehen. Einen Ausdruck erfährt dies im „Health for all“-Programm der WHO, in

dem der Ausgleich der Lebensbedingungen und Gesundheitschancen innerhalb der Länder und auch zwischen den Ländern als wesentliche Voraussetzung erachtet wird, um allen Menschen ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu ermöglichen (WHO 2013). Auf theoretischer Ebene kann nach Graham und Kelly (2004) in Bezug auf die Interventionsmöglichkeiten und Handlungsoptionen zwischen drei strategischen Ausrichtungen unterschieden werden: „*Improving poor health of poor people*“, „*Closing health gaps*“ und „*Reducing health gradients*“ (vgl. SVR 2008, Richter/Hurrelmann 2009).

Gemäß der Strategie „*Improving health of poor people*“ ist eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit dadurch anzustreben, dass die Gesundheitschancen der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen verbessert werden. Dies setzt eine genaue Kenntnis der Problemlagen und Förderbedarfe in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen voraus sowie einen gezielten und konzentrierten Einsatz der vorhandenen Ressourcen für Maßnahmen und Programme, die diesen Bevölkerungsgruppen zugutekommen.

Bei der Strategie „*Closing health gaps*“ steht die Differenz zwischen den sozial am schlechtesten und den sozial am besten gestellten Bevölkerungsgruppen im Mittelpunkt. Die Maßnahmen und Programme sind folglich auf die Bereiche auszurichten, in denen die Unterschiede zwischen den Gruppen am unteren und am oberen Ende der sozialen Stufenleiter am größten sind. Um eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu erreichen, müssen die Maßnahmen wie bei der Strategie „*Improving poor health of poor people*“ zuvorderst auf die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zielen. Zu einer Annäherung zwischen den Gruppen kommt es allerdings nur, wenn durch die umgesetzten Maßnahmen und Programme in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ein größerer Zugewinn an Gesundheitschancen erreicht wird als in den sozial besser gestellten Gruppen.

Die Strategie „*Reducing health gradients*“ berücksichtigt, dass auch zwischen den niedrigen und mittleren sowie zwischen den mittleren und hohen Statusgruppen Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten bestehen. Um den sozialen Gradienten der Gesundheitschancen zu verringern, reichen eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und eine Verringerung des Abstandes zu den bessergestellten Bevölkerungsgruppen nicht aus. Zusätzlich muss sichergestellt werden, dass die Erfolge der umgesetzten Maßnahmen umso größer ausfallen, je niedriger die adressierten Zielgruppen auf der sozialen Stufenleiter zu verorten sind. Dies macht eine sehr differenzierte zielgruppenspezifische Ausgestaltung der Interventionen und letztlich einen darauf abgestimmten Einsatz der vorhandenen Ressourcen erforderlich.

Bezüglich der inhaltlichen Ausrichtung der Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit kann zwischen Maßnahmen unterschieden werden, die auf eine Verbesserung und einen sozialen Ausgleich der Lebensbedingungen und Teilhabechancen zielen, also an den eigentlichen Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit ansetzen, und Maßnahmen, die sich unmittelbar auf eine Verbesserung und einen sozialen Ausgleich der Gesundheitschancen beziehen. Damit rücken zum einen Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ungleichheit sowie zur Stärkung der sozialen Integration in den Mittelpunkt, die in verschiedenen Politikbereichen zu verorten sind. Diese Maßnahmen beinhalten weitaus mehr als staatliche Transferleistungen, die häufig nicht genügen, um eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sicherzustellen. Daneben geht es z. B. auch um eine weitere Erhöhung der Bildungsbeteiligung und Verringerung der ungleichen Bildungschancen, eine Verbesserung der Arbeitsmarktchancen von geringqualifizierten Beschäftigten, die Unterstützung und Stärkung von sozial benachteiligten Familien sowie die Reduzierung von Umweltbelastungen und -risiken, von denen die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen verstärkt betroffen sind (Mielck 2005, Lampert/Mielck 2008).

Zum anderen ist die Gesundheitspolitik gefragt, und zwar sowohl in Bezug auf die medizinische und pflegerische Versorgung als auch die Prävention und Gesundheitsförderung. Im Zusammenhang mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist zu berücksichtigen, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen aufgrund des erhöhten Risikos für chronische Erkrankungen, Beschwerden und Funktionseinschränkungen einen größeren Versorgungsbedarf haben. Außerdem bestehen oftmals spezifische Versorgungsbedarfe, z. B. aufgrund von Multimorbidität, psychischer Komorbidität oder einer Suchtproblematik. Dazu kommen nicht gleichermaßen gegebene finanzielle Möglichkeiten, medizinische Leistungen und Güter, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt werden, in Anspruch zu nehmen (Gerlinger 2008).

Der Prävention und Gesundheitsförderung wird im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit eine besondere Bedeutung beigemessen (Altgeld 2009, Rosenbrock/Kümpers 2009). Eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit wird vor allem dann zu erreichen sein, wenn dem vorzeitigen Erkrankungs- und Sterberisiko in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen effektiv entgegengewirkt wird. Dazu bedarf es präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die auch und insbesondere die sozial Benachteiligten erreichen und so früh wie möglich ansetzen. Bewährt haben sich in dieser Hinsicht vor allem Interventionen, die auf eindeutig definierte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sind

(Zielgruppenorientierung), die Lebensbedingungen und Problemlagen der angesprochenen Gruppen berücksichtigen (Settingbezug) sowie die Zielgruppen und beteiligten Einrichtungen und Akteure in die Planung, Durchführung und auch Bewertung der Maßnahmen einbeziehen (Partizipation) (SVR 2008, BZgA 2010).

Ein wichtiger Meilenstein stellt in diesem Zusammenhang die Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) dar. Das Gesetz verankert die Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen und setzt dabei auf eine zielgerichtete Zusammenarbeit der relevanten Akteure. Mit Blick auf die Möglichkeiten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist von Bedeutung, dass Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen umgesetzt werden sollen, also z. B. in der KiTa, Schule und im Betrieb, was eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppen verspricht (BMG 2015).

Eine nachhaltige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit wird aber vermutlich nur durch eine politische Gesamtstrategie erreicht werden können. Neben der Gesundheitspolitik sind hier unter anderem die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik gefragt. Anhaltspunkte zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern auf, in denen bereits umfassende, politikbereichsübergreifende Aktionsprogramme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit umgesetzt wurden, so z. B. in Großbritannien, in Schweden und in den Niederlanden (Judge et al. 2006).

Literatur

- Altgeld, Thomas 2009: Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 405-421.
- BA – Bundesagentur für Arbeit 2015: *BA Statistik*, <http://statistik.arbeitsagentur.de/> (letzter Zugriff: 01.09.2015).
- Babitsch, Birgit/Lampert, Thomas/Müters, Stephan/Morfeld, Matthias 2009: Ungleiche Gesundheitschancen bei Erwachsenen: Zusammenhänge und mögliche Erklärungsansätze, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 231-252.
- Baethge, Martin/Bartelheimer, Peter/Fuchs, Tatjana/Kratzer, Nick/Wilkens, Ingrid 2004: *Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland – Arbeit und Lebensweisen*. Erster Bericht, Göttingen: Soziologisches Forschungsinstitut.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008: *Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, Berlin: BMAS.

- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012: *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012*. 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch das HIS-Institut für Hochschulforschung, http://www.studentenwerke.de/sites/default/files/01_20-SE-Hauptbericht.pdf (letzter Zugriff: 01.09.2015).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit 2015: *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Päventionsgesetz – PräVG)*. BT-Drs. 18/4282, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf (letzter Zugriff: 01.09.2015).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010: *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen*, Köln: BZgA, 4. Auflage.
- Dalstra, Jetty et al. 2005: Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: An overview of eight European countries, in: *International Journal of Epidemiology*, Vol. 34, No. 2, 316-326.
- Dragano, Nico/Lampert, Thomas/Siegrist, Johannes 2010: Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?, in: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): *Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht*, München: Verlag Deutsches Jugendinstitut, 13-50.
- Elvers, Horst-Dietrich 2005: *Lebenslage, Umwelt und Gesundheit: Der Einfluss sozialer Faktoren auf die Entstehung von Allergien*, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Frick, Joachim/Grabka, Markus 2009: Gestiegene Vermögensungleichheit in Deutschland, in: *DIW Wochenbericht*, Jg. 76, Heft 4, 54-67.
- Geißler, Rainer 2006: *Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 4. Auflage.
- Gerlinger, Thomas 2008: Gesundheitspolitik und gesundheitliche Ungleichheit. Anmerkungen über Unterlassungen und Fehlentwicklungen gesundheitspolitischen Handelns, in: Bauer, Ullrich/Bittlngmayer, Uwe/Richter, Matthias (Hrsg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 530-546.
- Geyer, Siegfried 2001: Sense of Coherence, in: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim (Hrsg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Weinheim/München: Juventa, 196-206.
- Giskes, Katrina et al. 2005: Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 59, No. 5, 395-401.
- Goebel, Jan/Gornig, Martin/Häußermann, Hartmut 2010: Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert, in: *DIW-Wochenbericht*, Jg. 77, Heft 24, 2-8.
- Grabka, Markus/Frick, Joachim 2008: Schrumpfende Mittelschicht – Anzeichen einer dauerhaften Polarisierung der verfügbaren Einkommen?, in: *DIW-Wochenbericht*, Jg. 75, Heft 10, 101-108.
- Grabka Markus/Frick, Joachim 2010: Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen, in: *DIW-Wochenbericht*, Jg. 77, Heft 7, 2-11.
- Graham, Hilary/Kelly, Michael 2004: *Health inequalities: Concepts, frameworks and policy*, London: Health Development Agency.
- Groh-Samberg, Olaf 2009: *Armut, soziale Ausgrenzung und Klassenstrukturen. Zur Integration multidimensionaler und längsschnittlicher Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Hoebel, Jens/Starker, Anne/Jordan, Susanne/Richter, Matthias/Lampert, Thomas 2014: Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health* 14:913.
- Huster, Stefan 2011: Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, versorgen?, in: Richter, Gerd (Hrsg.): *Ethik in der Medizin*, Jg. 25, Heft 2, Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.
- Janßen, Christian 2001: Soziale Schicht und „Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“ (Health Locus of Control), in: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim (Hrsg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Weinheim, München: Juventa, 184-195.
- Jordan, Susanne/Starker, Anne 2011: Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert Koch-Institut, 23-33.
- Judge, Ken/Platt, Stephen/Costongs, Caroline/Jurczak, Kasia 2006: *Health inequalities: a challenge for Europe. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*, London: Department of Health.
- Klocke, Andreas 2000: Methoden der Armutsmessung. Einkommens-, Unterversorgungs-, Deprivations- und Sozialhilfekonzentration im Vergleich, in: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 29, Heft 4, 313-329.
- Knopf, Hiltraud/Ellert, Ute/Melchert, H.-U. 1999: Sozialschicht und Gesundheit, in: *Gesundheitswesen*, Jg. 61, Sonderheft 2, 169-177.
- Kroll, Lars Eric 2010: *Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kunst, Anton Eduard et al. 2005: Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries, in: *International Journal of Epidemiology*, Vol. 34, No. 2, 295-305.
- Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric 2010: Armut und Gesundheit, in: *GBE kompakt*, Jg. 1, Heft 5, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/Dunkelberg, Annalena 2007: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Heft 42, 11-18.
- Lampert, Thomas/Mielck, Andreas 2008: Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik, in: *G+G Wissenschaft*, Jg. 8, Heft 2, 7-16.
- Lampert, Thomas/Saß, Anke-Christine/Häfelinger, Michael/Ziese, Thomas 2005: *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Leisering, Lutz 1995: Zweidrittelgesellschaft oder Risikogesellschaft? Zur gesellschaftlichen Verortung der „neuen Armut“ in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bieback, Karl-Jürgen/Milz, Helga (Hrsg.): *Neue Armut*, Frankfurt/M./New York: Campus, 58-92.
- Mackenbach, Johan Pieter 2006: *Health inequalities: Europe in Profile. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*, London: Department of Health.
- Mackenbach, Johan Pieter/Stirbu, Irina/Roskam, Albert-Jan/Schaap, Maartje M./Menvielle, Gwenn 2008: Socioeconomic inequalities in health in 22 European Countries, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 358, No. 23, 2468-2481.
- Marmot, Michael 2004: *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*, New York: Times Books.

- Mielck, Andreas 2000: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, Andreas 2005: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, Andreas/Altgeld, Thomas/Reisig, Veronika/Kümpers, Susanne 2009: Quantitative Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Lernen von England und anderen westeuropäischen Staaten, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 459-477.
- MRI – Max Rubner-Institut 2008: *Nationale Verzehrsstudie II. Ergänzungsband zum Ergebnisbericht, Teil 1. Ausgewählte Ergebnisse nach Schichtindex*, Karlsruhe: MRI.
- Mütters, Stephan/Lampert, Thomas/Maschewsky-Schneider, Ulrike 2005: Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität, in: *Gesundheitswesen*, Jg. 67, Heft 3, 129-136.
- OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development 2011: *Bildung auf einen Blick 2011: OECD-Indikatoren*, Gütersloh: W. Bertelsmann Verlag.
- Rat der Europäischen Gemeinschaft 1985: *Beschluss des Rates vom 19. Dezember 1984 über gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut auf Gemeinschaftsebene*, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft L2, 24-25.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus 2007: Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Heft 42, 3-10.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus 2009: Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: Richter, M/Hurrelmann, K (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 13-33.
- Rosenbrock, Rolf/Kümpers, Susanne 2009: Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage, 385-403.
- Sell, Stefan 2002: Armutsforschung und Armutsberichterstattung aus Sicht einer lebenslagenorientierten Sozialpolitik, in: Sell, Stefan (Hrsg.): *Armut als Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutsforschung und Armutsberichterstattung*, Berlin: Duncker & Humblot, 11-42.
- Statistisches Bundesamt 2006: *Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus Leben in Europa*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2008: *Sondergutachten 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*, Baden-Baden: Nomos Verlag.
- WHO – World Health Organization 2003: *Social determinants of health. The solid facts* (2nd edition), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization 2008: *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization 2013: *Implementing a health 2020 vision: Governance for health in the 21st century*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

... ein Begriff für politische Bildung

Rechts- extremismus

Bente Gießelmann, Robin Heun,
Benjamin Kerst, Lenard Suermann,
Fabian Virchow (Hrsg.)

Handwörterbuch rechtsextremer Kampfbegriffe

Was meinen Rechtsextreme, wenn sie von Islamisierung, Geschlechtergleichschaltung oder Schuld kult sprechen? Dieses Handwörterbuch zeigt, wie die extreme Rechte mit Begriffs(um)deutungen und Wortneuschöpfungen Bausteine ihrer Weltanschauung über die Sprache zu vermitteln und zu verankern versucht.

Das Buch wendet sich insbesondere an Multiplikator*innen aus Schule, Medien, Sozialarbeit und Gewerkschaft und ist ein Beitrag zur gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit extrem rechten Deutungskämpfen. Das Handwörterbuch erschließt das begriffliche Kontinuum der extremen Rechten und bietet eine Grundlage für die fundierte Auseinandersetzung damit.



ISBN 978-3-7344-0155-8
368 S., € 24,80

Autorinnen und Autoren

Tim Ackermann, Leroy Böthel, David Freydank, Sebastian Friedrich, Bente Gießelmann, Alexandra Graevskaia, Mark Haarfeldt, Alexander Häusler, Robin Heun, Helmut Kellershohn, Benjamin Kerst, Susanne Kleinfeld, Felix Kronau, Frank Lattrich, Michael Lausberg, Christoph Schulze, Bernhard Steinke, Lenard Suermann, Stefan Vennmann, Fabian Virchow, Regina Wamper

www.wochenschau-verlag.de



[www.facebook.com/
wochenschau.verlag](https://www.facebook.com/wochenschau.verlag)



[@wochenschau-ver](https://twitter.com/wochenschau-ver)

HINTERGRUND

Maren Mylius und Andreas Frewer

Zugang zu medizinischer Versorgung von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus¹

ZWISCHEN NOTFALLVERSORGUNG, INFektionSSCHUTZ UND HUMANITÄRER HILFE

1. Einleitung

Prinzipiell haben alle Menschen, die in Deutschland leben, einen Anspruch auf medizinische Versorgung. Deutschland hat internationale Abkommen ratifiziert, die festlegen, dass jedem Menschen unabhängig von „Geschlecht“, der „sozialen Herkunft“ oder des „sonstigen Status“ das Menschenrecht auf Gesundheit zusteht.² Das Recht auf Gesundheit wird verstanden als das Recht auf einen tatsächlichen Zugang zur medizinischen Versorgung sowie die Beachtung der „*underlying determinants*“ wie zum Beispiel des Zugangs zu sanitären Einrichtungen.³ Menschenrechte unterscheiden sich von Staatsbürgerrechten unter anderem dadurch, dass sie jedem sich im Land Aufhaltenden allein aufgrund seines „Menschseins“ zukommen.⁴ Nichtsdestotrotz gibt es für MigrantInnen aus unterschiedlichen Gründen hohe Hürden für einen Zugang zur

1 Mit „MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus“ werden Menschen bezeichnet, die sich nicht rechtmäßig in einem Landesgebiet aufhalten und demnach keine gültige Aufenthaltserlaubnis besitzen. Synonym werden in der Literatur für diese Personengruppe auch u. a. die Begriffe „Menschen ohne Papiere“, „Papierlose“, „*Sans Papiers*“ sowie „undokumentierte MigrantInnen“ verwendet. Allerdings müssen in Deutschland von dieser Personengruppe Menschen abgegrenzt werden, die über eine „Duldung“ verfügen und damit faktisch keinen Aufenthaltstitel besitzen, aber sich straffrei im Bundesgebiet aufhalten und registriert sind.

2 Art. 2 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR).

3 Siehe Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).

4 Aichele 2009: 207 sowie u. a. Fisch 2007, Frewer et al. 2009.

gesundheitlichen Versorgung. AsylbewerberInnen kann ein Krankenschein verwehrt bleiben, Flüchtlinge müssen Krankheitskosten von ihren Verwandten bezahlen lassen, die nicht mehr über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, und BürgerInnen aus anderen EU-Ländern müssen hohe bürokratische Hürden überwinden, um in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen zu werden.

Besonders schwierig stellt sich allerdings die Lage für Migrierte dar, die ohne gültige Erlaubnis eingereist sind, nach Ablauf einer Aufenthaltserlaubnis im Land bleiben, deren Antrag auf Asyl abgelehnt wird oder die in Deutschland geboren werden, ohne dass ihre Eltern über eine Aufenthaltserlaubnis verfügen. Die Rechtslage im Bereich der Gesundheitsversorgung für eben jene MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus, die bei den Behörden nicht (mehr) gemeldet sind, ist widersprüchlich und komplex. Faktisch sind sie von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen, da ihnen sonst unmittelbar die Abschiebung droht, was für die Betroffenen offensichtlich zu schwer wiegt, als dass sie dazu bereit wären. Bei einem Notfall allerdings soll die medizinische Versorgung auch *tatsächlich* gewährleistet sein, sodass die ärztliche Schweigepflicht in diesen Fällen vom Gesetzgeber ganz besonderes Gewicht erhält, damit auch eine Kostenerstattung der Krankenhausbehandlung durch das Sozialamt ohne Statusaufdeckung möglich sein kann. Ein niederschwelliger Zugang soll zudem aus infektions-epidemiologischen Gründen im Fall von sexuell übertragbaren Erkrankungen, Tuberkulose und Schutzimpfungen durch die Gesundheitsämter geschaffen werden.

Gleichzeitig bleibt der unerlaubte Aufenthalt in Deutschland strafbar, und der Gesetzgeber hat erst 2009 klargestellt, dass die ärztliche Versorgung im Gegensatz zu anderen Unterstützungen für Menschen ohne Papiere nicht strafbar ist. Parallel dazu haben in den letzten Jahren kommunale Förderungen und Auszeichnungen von Hilfsorganisationen zugenommen, die eine medizinische Versorgung gerade für MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus anbieten. In dieser komplexen Gemengelage stellen sich die beiden folgenden Fragen: Ist mit den Regelungen zur Notfallversorgung bzw. zum Infektionsschutz tatsächlich eine niederschwellige Inanspruchnahme möglich und welche Situation schafft die Versorgung durch Hilfsorganisationen in einzelnen Städten? Diesen Fragen wollen wir uns im Folgenden annähern.

2. Die Ausgangslage: medizinische Versorgung zwischen Menschenrecht, Rechtsanspruch und humanitärer Hilfe

Prinzipiell gilt das „Recht auf Gesundheit“ als ein Recht, das sich „aus der dem Menschen innewohnenden Würde“ (CESCR, Präambel) herleitet und ihm daher weder zugesprochen noch aberkannt werden kann: „Menschenrechte sind fundamentale Rechte, die Menschen allein aufgrund ihres Menschseins haben. Diese Rechte haben sie unabhängig von Vorbedingungen, Verhalten oder Vorleistungen. Anders als die staatsbürgerlichen Rechte kommt es auch nicht auf die Staatsangehörigkeit an.“⁵ Deutschland hat sich 1973 durch die Ratifizierung des UN-Sozialpaktes (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights von 1966, in Kraft getreten 1976) dazu verpflichtet, durch die Ausschöpfung vor allem gesetzgeberischer Maßnahmen, die Verwirklichung der in diesem Pakt genannten Rechte zu erreichen. In Artikel 12 des UN-Sozialpaktes ist das „Recht auf Gesundheit“ festgelegt als das „Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“. Zu den „erforderlichen Maßnahmen der Vertragsstaaten“ gehören u. a. die „Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung“ sicherstellt. Ebenfalls findet sich dieses Recht in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union und einem seiner Vorbilder, der Europäischen Sozialcharta wieder. Auch wenn es sich bei den sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Rechten, die beispielsweise im UN-Sozialpakt aufgeführt werden, in den meisten Ländern nicht um unmittelbar einklagbare Rechte handelt, so ergeben sich für die den Vertrag ratifizierenden Staaten völkerrechtliche Verpflichtungen. Zu diesen Rechten gehört, dass jedem Menschen unabhängig von seinem Status der Zugang zur ärztlichen Betreuung gewährleistet wird. Der deutsche Gesetzgeber hat die „Pflichtentrias“, die Menschenrechte zu achten, zu schützen und zu gewährleisten, bisher jedoch nicht uneingeschränkt in der nationalen Gesetzgebung umgesetzt (Bielefeldt 2011: 23).

Der Anspruch auf Gesundheitsleistungen für Menschen ohne Papiere ergibt sich aus dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG). In Deutschland sind die Sozialämter die Ansprechpartner für diese Leistungen, die als öffentliche Stelle einer „Datenübermittlungspflicht“ an die Polizei und an die Ausländerbehörde (§ 87 Aufenthaltsgesetz, AufenthG) unterliegen. Zudem gibt es eine Ausweispflicht, der „illegale Aufenthalt“ ist strafbar (§ 95 AufenthG), sodass die Betroffenen Ämter und andere öffentliche Institutionen meiden.

⁵ Aichele 2009: 207. Zum Universalismus der Menschenrechte siehe auch Bielefeldt 2011: 22.

Wird eine Person ohne Papiere krank und verfügt der Betroffene über keine ausreichenden eigenen finanziellen Mittel, müsste für die Inanspruchnahme einer ambulanten oder stationären Behandlung ein Krankenschein im zuständigen Sozialamt beantragt werden. Die Person ohne Aufenthaltserlaubnis muss allerdings in der Folge mit erheblichen Konsequenzen rechnen, aufgrund der (Daten-)Übermittlungspflicht des Sozialamts. Der unerlaubte Aufenthalt, der in diesem Fall offensichtlich wird, wird unmittelbar an die Ausländerbehörde und ggf. an die örtliche Polizei weitergemeldet, die dann die Ausreisepflicht umsetzen, also die Abschiebung durchführten. Faktisch wird diese Option daher von Menschen ohne Papiere nicht wahrgenommen.

In der medizinischen Praxis muss laut Gesetzgeber im „Notfall“ aber eine Behandlung erfolgen, sonst drohen strafrechtliche Konsequenzen wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c Strafgesetzbuch, StGB). Allerdings findet sich keine einheitliche bzw. eindeutige Rechtsdefinition des Begriffs „medizinischer Notfall“. In Hinblick auf die strafrechtliche Dimension der unterlassenen Hilfeleistung handelt jemand „schuldhaft“, wenn die „erforderliche und ihm zumutbare Hilfeleistung“ bei „Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not“ unterlassen worden ist (§ 323c StGB).

Der medizinische Notfall, der unmittelbare ärztliche Behandlung benötigt, gehört in den Aufgabenbereich der Krankenhäuser. Inwiefern Krankenhäusern die Notwendigkeit besonderer Sensibilität im Umgang mit Daten von Menschen ohne Papiere bekannt ist und ob Hürden im Zugang zur Versorgung auch im medizinischen Notfall bestehen, ist bisher unbekannt.

Für die Situation in der Notaufnahme eines Akutkrankenhauses sind für die Durchführung einer medizinischen Behandlung zwei Elemente entscheidend: 1. Die Notwendigkeit einer *unverzöglichen* Behandlung ist ausschlaggebend dafür, ob behandelt werden muss. 2. Die Voraussetzung ist dabei notwendigerweise die Einschätzung durch einen Arzt bzw. eine Ärztin vor Ort *nach Untersuchung* des Patienten bzw. der Patientin: „eine Abweisung ohne vorherige Erstuntersuchung des Notfallpatienten [ist] schon aus diesem Grund behandlungsfehlerhaft, weil der Aufnahmearzt erst nach einer orientierenden Erstuntersuchung des Patienten dessen Leiden erkennen [kann]“ (Killingner 2009: 209).

Die ärztliche Schweigepflicht hat im Notfall eine zusätzliche Bedeutung erfahren: Wenn Personen ohne Papiere also nicht mehr in der Lage sind, zuvor einen Krankenschein beim Sozialamt zu beantragen (z. B. im Falle eines Schlaganfalls, Herzinfarkts, Unfalls, akut einsetzender Schmerzen am Wochenende etc.), kann ein solcher Antrag auf Kostenübernahme erst nachgeholt werden, nachdem die medizinische Versorgung bereits begonnen wurde (Nothelferantrag nach § 25 SGB XII). Für diesen Eilfall

hatte der Gesetzgeber 2009 zum Umgang mit Daten im Krankenhaus mit einer Verwaltungsvorschrift⁶ die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht herausgestellt. Demnach könnte eine Person ohne legalen Aufenthaltsstatus im Eilfall bereits stationär versorgt werden und sich das Krankenhausverwaltungspersonal mit den Daten der betroffenen Person an das Sozialamt wenden, um die Kosten für die stationäre Behandlung erstattet zu bekommen. In diesen Fällen erstreckt sich die ärztliche Schweigepflicht bis zum Krankenhausverwaltungspersonal und verlängert sich von dort aus bis in das Sozialamt.

Die ärztliche Schweigepflicht der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes gilt also ebenfalls für das Krankenhausverwaltungspersonal, das sich um eine Kostenerstattung beim Sozialamt bemüht. Das Amt darf dann aufgrund der „Verlängerung“ der ärztlichen Schweigepflicht die Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergeben, sodass zumindest in diesen Fällen die Personen nicht eine Abschiebung aus dem Krankenhaus heraus befürchten sollten (Nr. 88.2.3 AVV zum AufenthG). Damit soll ermöglicht werden, dass nun MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus gefahrlos eine stationäre Notfallversorgung in Anspruch nehmen und gleichzeitig die Krankenhäuser die Kosten der Notfallversorgung durch das Sozialamt erstattet bekommen, ohne dass eine Meldung an die Ausländerbehörde erfolgt. Zuvor war unklar gewesen, wie in Notfällen mit der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Ausländerbehörden und anderen Institutionen umzugehen ist.⁷

Bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose müssen die Gesundheitsämter eine anonyme und kostenlose Beratung sowie Testung anbieten und im Einzelfall eine ambulante Behandlung ermöglichen (§ 19 Infektionsschutzgesetz/ IfSG). Für besonders gefährdete Personen soll dies auch aufsuchend angeboten werden. Hier gilt ebenfalls die ärztliche Schweigepflicht, und die Kostenträgerschaft bei offensichtlicher „Bedürftigkeit“ der Betroffenen muss auf Länderebene geregelt werden (§ 69 IfSG). Im Gegensatz zur Entscheidung einer Kostenübernahme durch das Sozialamt bei einem Antrag eines „Nothelfers“ muss die Bedürftigkeit nicht durch umfangreiche Nachweise belegt werden, sondern es reicht aus, wenn sie „offensichtlich“ ist. Damit soll Menschen eine Behandlungsoption ermöglicht werden, die „das bestehende ärztliche Versorgungsangebot nicht wahrnehmen“ (§ 19 IfSG). Zudem können die oberen Landesgesundheitsbehörden die Gesundheitsämter anweisen, die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen unentgeltlich durchzuführen (§ 20 Abs. 5 IfSG), was insbesondere für Kinder ohne Kranken-

6 Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVV) zum Aufenthaltsgesetz (AufenthG), vom 26. Oktober 2009.

7 Ausführlicher dazu siehe z. B. Mylius 2015.

versicherungsschutz und ohne Aufenthaltserlaubnis eine große Bedeutung haben kann.

Bei Schmerzen und akuten Erkrankungen gibt es für MigrantInnen ohne Papiere außerdem außerhalb des regulären Systems verschiedene Möglichkeiten, eine medizinische Versorgung zu erhalten. Im Bereich der organisierten humanitären Hilfe ist in den vergangenen 15 Jahren⁸ eine wachsende Anzahl an Organisationen zu verzeichnen, die sich gegründet haben, um eine medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung zu ermöglichen. Neben den politisch arbeitenden Gruppen der Medizinischen Flüchtlingshilfen haben sich die auf die karitative Hilfe beschränkenden Organisationen der christlichen Konfessionen wie insbesondere die Malteser Migranten Medizin (MMM) des katholischen Malteser Hilfsdienstes gegründet.

Die Medizinischen Flüchtlingshilfen in derzeit 32 Städten (Stand: April 2015) vermitteln an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, die sich zu einer Zusammenarbeit bereiterklärt haben, und ggf. an Krankenhäuser für eine stationäre Behandlung. Die MMM, eingerichtet in inzwischen 14 Städten, behandeln hingegen direkt am Standort in einer wöchentlichen Sprechstunde ähnlich einer ärztlichen Praxis. Umfang der ärztlichen Diagnostik und Behandlung variieren von Ort zu Ort, ebenfalls die Anzahl und der Zeitumfang der wöchentlichen Sprechstunden. In manchen Städten, wie z. B. in Bremen, Frankfurt am Main und Wiesbaden, bietet auch das örtliche Gesundheitsamt eine allgemeine ärztliche Sprechstunde für Menschen ohne Krankenversicherung an.⁹

Zudem gibt es in einigen Städten zusätzliche Unterstützungsangebote durch die Diakonie, Caritas und Einzelpersonen, die humanitäre Hilfe im Allgemeinen für Menschen anbieten, die aus unterschiedlichen Gründen das reguläre Gesundheitssystem nicht in Anspruch nehmen (können). Dazu gehören auch deutsche Staatsangehörige, die die Beiträge zu ihrer Krankenversicherung nicht mehr zahlen konnten und deswegen ihren Versicherungsschutz verloren haben.¹⁰ Welche realen Zugänge bestehen, ist

8 Es gibt bereits mindestens seit den 1990er Jahren Nichtregierungsorganisationen, die humanitäre Hilfe bei der medizinischen Versorgung anbieten. Allerdings fällt eine deutliche Zunahme an Neugründungen seit den 2000er Jahren auf. Vgl. u. a. die Beiträge in Mylius et al. 2011.

9 Vgl. Lotze 2009, Mylius/Frewer 2014 und Mylius 2014.

10 Die Anzahl nicht krankenversicherter Deutscher ist vermutlich durch die Änderungen in den Rückzahlbedingungen 2013 in ihrem Umfang seither rückläufig. Wie z. B. die Verbraucherzentrale BW ausführt, hat „die Versicherungspflicht und auch der Grundgedanke, dass es keine Menschen mehr ohne Versicherungsschutz geben soll“, dazu geführt, „dass Versicherte ihren Versicherungsschutz nicht mehr verlieren können, wenn sie ihre Beiträge nicht bezahlen. Eine Kündigung einer so genannten Pflichtversicherung ist nunmehr selbst bei der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. [...] Werden die Beiträge nicht mehr bezahlt, ruhen die Leistungen. Der Versicherte erhält – egal ob gesetzlich oder privat versichert – nur noch unaufschiebbare Leistungen, beispielsweise bei akuten Erkran-

abhängig vom regionalen Angebot und natürlich auch vom Informationsstand der Betroffenen. Die Kenntnisse um Versorgungsstrukturen sind sicherlich schwieriger zu erlangen, wenn die Gesundheitsversorgung nicht im regulären ambulanten Sektor, in Notaufnahmen der Krankenhäuser oder den Gesundheitsämtern stattfinden kann.

3. Studien zur Versorgung an den Gesundheitsämtern und im medizinischen Notfall

Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland gibt es inzwischen einige wissenschaftliche Veröffentlichungen. Bei den meisten Arbeiten handelt es sich um qualitative Untersuchungen zur praktischen Lebenssituation von Menschen ohne Papiere,¹¹ außerdem um Darstellungen der Gesetzeslage¹² sowie zu Implikationen des Völkerrechts.¹³ Zudem beschreiben weitere Publikationen die Versorgungssituation in verschiedenen Großstädten wie Berlin, Köln, Frankfurt am Main, Hamburg und München.¹⁴ 2015 erschien eine quantitative Studie zu den Daten der PatientInnen einer Hilfsorganisation in München, die Auskunft über Krankheitsdiagnosen, Herkunftsländer, Alter, Geschlecht und Aufenthaltsstatus gibt.¹⁵ Zur Situation an den Gesundheitsämtern finden sich lediglich vereinzelte Untersuchungen und Berichte über spezifische Situationen vor Ort.¹⁶ Über die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist insgesamt wenig bekannt. Zur stationären Versorgung nicht krankenversicherter MigrantInnen sind lediglich Fallberichte verfügbar.¹⁷

Eine quantitative Untersuchung lag bisher weder für einzelne Bundesländer noch deutschlandweit vor. Daher wurden hinsichtlich der Fragestellung zwei quantitative Untersuchungen durchgeführt, deren Ergebnisse im vorliegenden Beitrag vorgestellt

kungen oder Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft.“ Siehe Verbraucherzentrale Baden-Württemberg: <http://www.vz-bawue.de/Rueckkehr-in-die-Krankenversicherung-1> (Stand: 14.05.2015).

11 Vgl. Huschke 2013, Klug 2014 und Frisch 2015.

12 Siehe z. B. Borchers 2013 und Gerdsmeyer 2011.

13 Vgl. Aichele 2009 und Bielefeldt 2011.

14 Beispielsweise Alscher et al. 2001 und Frisch 2015 zu Berlin, Alt 2003 und Sozialreferat der Landeshauptstadt München 2010 zu München, Krieger et al. 2006 zu Frankfurt a. M., Bommes/Wilmes 2007 zu Köln sowie Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e. V. 2009 zu Hamburg.

15 Vgl. Lotty et al. 2015.

16 Vgl. Lotze 2009 und Nitschke et al. 2011.

17 Siehe Groß/Bieniok 2011, Huschke 2013, Klug 2014, Simo/Kentenich 2011 und Sozialreferat der Landeshauptstadt München 2010.

und zusammengeführt werden.¹⁸ 2011 erfolgte eine erstmalige Vollerhebung an allen Gesundheitsämtern in Deutschland (n = 384) zu Kontakten zu MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus und nach dem Infektionsschutzgesetz durchgeführten Behandlungen. 2015 wurde eine Erhebung an den Krankenhäusern in drei Bundesländern (n = 199) – Niedersachsen, Berlin und Hamburg – durchgeführt, in der zum Umfang von Krankenhausbehandlungen von Menschen ohne Papiere sowie dem Ablauf in der notärztlichen Aufnahme und finanziellen Ausfällen der Krankenhäuser gefragt wurde.

3.1 DIE SITUATION AN DEN GESUNDHEITSÄMTERN

139 Gesundheitsämter beantworteten im Rahmen einer umfangreichen Forschungsstudie den Fragebogen (36,2%). Fragebögen aus Städten mit $\geq 500\,000$ Einwohnern (EW) waren im Rücklauf relativ überrepräsentiert ($p < 0,05$). Insbesondere Gesundheitsämter aus Städten zwischen 50 000 und unter 100 000 EW beteiligten sich verhältnismäßig seltener an der Befragung ($p < 0,05$). Ein relevanter Unterschied in der Teilnahme zwischen den alten und neuen Bundesländern zeigte sich nicht. Allerdings beteiligten sich im Verhältnis zu ihrer Gesamtzahl deutlich mehr Gesundheitsämter in den Stadtstaaten, in Thüringen und in Bayern als in den übrigen Bundesländern.

Rund ein Viertel (24,6%) der Gesundheitsämter geben an, Kontakt zu Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus zu haben, wobei dies allerdings überwiegend (81%) auf einer Einschätzung und nicht auf einer Dokumentation des Status beruht. Es sind vor allem die Ämter in den Großstädten, die verhältnismäßig häufig Kontakte haben: 80% der Ämter in Städten ab 500 000 Einwohner (EW) bejahen die Frage. Von den insgesamt 75 zuständigen Ämtern in den Kleinstädten machen diese mit 9% aber einen nur geringen Anteil innerhalb der Stadtkategorie „Kleinstadt“ aus. Es zeigt sich deutlich, dass Ämter in Städten mit unter 100 000 EW signifikant seltener Kontakte als der Durchschnitt haben ($p < 0,05$). Der „Behandlungsparagraph“ im Infektionsschutzgesetz richtet sich zunächst an alle Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen von der regulären Gesundheitsversorgung nicht erfasst werden. Grundsätzlich Behandlungen nach § 19 IfSG bejaht hatten 25 Gesundheitsämter (18,4%). Von den 25 gaben 14 Ämter an, dass im Jahr 2009 darunter undokumentierte Migrantinnen und Migranten waren. Werden nun alle Gesundheitsämter betrachtet, die Kontakte angegeben hatten (n = 34), zeigt sich, dass diese auch zu fast 53% Behandlungen nach § 19 IfSG durchführen.

18 Ausführlich dazu sowie die Darstellung der Methodik siehe zu den Gesundheitsämtern z. B. Mylius/Frewer 2014 sowie die noch unveröffentlichte Dissertation von Mylius 2015. Eine ausführliche Beschreibung zur Erhebung an den Krankenhäusern siehe die Magisterarbeit von Mylius 2015.

Die Anzahl an Behandlungen für das Jahr 2009 reichen von einer bis zu über 1 500 Behandlungen. Dabei sind es insbesondere die Gesundheitsämter in den Metropolen, die über 100 Behandlungen für 2009 angeben. Die Mehrheit der Ämter nannte Tuberkulose oder sexuell übertragbare Erkrankungen (STI) explizit als Behandlungsgrund (n = 14) bzw. acht verwiesen darauf, dass bei HIV keine Behandlung möglich sei. 16 von 120 Gesundheitsämtern (13,3 %) gaben an, auch eine Therapie bei nicht im IfSG aufgeführten Krankheiten durchzuführen. Die 56 Ämter, die primär an eine andere Stelle zur Behandlung verweisen, tun dies zur Hälfte jeweils an Hilfsorganisationen und an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Von 137 Gesundheitsämtern, die die Frage nach ihren Bemühungen beantworteten, waren nach eigenen Angaben weniger als ein Viertel (22,6 %) bestrebt, „illegale Migranten“¹⁹ auf das Angebot von Beratung und Diagnostik im Gesundheitsamt aufmerksam zu machen. Über zwei Drittel (71 %) der 31 Ämter, die sich nach eigenen Angaben um diese vulnerable Gruppe bemühte, gab auch Kontakte zu undokumentierten Migrantinnen und Migranten an. Die überwältigende Mehrheit von 91 % aller Ämter, die keine Kontakte angab, bemühte sich auch nicht, diese Gruppe zu erreichen.

Im Zusammenhang mit dem flächendeckenden Angebot des HIV-Antikörpertests und einer Beratung in den Gesundheitsämtern könnte bei einer notwendigen Behandlung der verhinderte Zugang zur medizinischen Regelversorgung auf die fehlende Aufenthaltserlaubnis hinweisen. Für manche „Menschen ohne Papiere“ bestehen rechtliche Möglichkeiten, einen legalen Aufenthaltstatus zu erlangen. Hierfür sind sehr gute Kenntnisse der einschlägigen Gesetze notwendig. Eine soziale und rechtliche Beratung wird in vielen Städten von unterschiedlichen Vereinen und Organisationen angeboten. Um die richtige Anlaufstelle zu finden, können die entsprechenden Hinweise hilfreich sein. Zusätzlich bestehende Krankheiten und Lebensumstände müssen in Beratung und Behandlung mit einbezogen werden. Die Gesundheitsämter sollten im Fragebogen daher beantworten, was sie Menschen ohne Papiere raten, die zur Beratung und Untersuchung zu STI bzw. HIV/AIDS oder Tuberkulose die Stelle aufsuchen. Die Mehrheit der befragten Gesundheitsämter (57 %) verweist an eine Hilfsorganisation bzw. an eine andere Stelle zur rechtlichen Beratung (39,7 %). Immerhin ein Drittel gibt an, dass sie eine Behandlung im Amt anbietet (34,7 %). Dabei zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gesundheitsämtern mit und

19 Der Terminus „illegaler Migrant“ findet hier keine Verwendung, da es den Menschen auf die gegenwärtigen aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen reduziert und stigmatisiert, während das „Menschsein“ und seine Rechte aus dem Blick geraten.

ohne Kontakt zu MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Jene mit Kontakten bieten auch häufiger Behandlungen nach § 19 IfSG an ($p < 0,05$). Betrachtet man die freien Einträge unter „Sonstiges“ ($n = 79$), fallen einige wiederkehrende Antworttypen auf. So heißt es gehäuft „Vermittlung zu spezialisierten niedergelassenen Ärzten bzw. Kliniken“ und „Vorgehen im Einzelfall“. Das Beratungsverfahren zwischen Patientinnen und Patienten mit STI bzw. HIV/AIDS und Tuberkulose unterscheidet sich signifikant in Hinblick auf Behandlungen im eigenen Amt ($p < 0,05$). Patientinnen und Patienten mit Tuberkulose wird eine ambulante Therapie vor Ort häufiger angeboten (korrigierte stand. Residuen: $-2,8$; $p < 0,05$). Aus 24 Gesundheitsämtern wurden zudem Fallbeispiele geschildert, in denen Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung untersucht worden waren.

3.2 KRANKENVERSORGUNG IM MEDIZINISCHEN NOTFALL

Von 199 befragten Krankenhäusern sendeten 62 (31,2 %) den Fragebogen zurück. Aus weiteren elf Krankenhäusern kam die Rückmeldung, dass sie nicht an der Befragung teilnehmen, da sie dazu „aufgrund der derzeitigen Personalsituation nicht in der Lage“ seien. In Niedersachsen antworteten vor allem die privaten Krankenhausträger wie HELIOS und AMEOS nicht auf die Anfrage, zudem kamen unterdurchschnittlich wenige Fragebögen aus Krankenhäusern zurück, die über weniger als 150 Betten verfügen.

PatientInnen, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, müssen ärztlich untersucht und nach ärztlicher Entscheidung stationär aufgenommen oder aus dem ambulanten Kontakt entlassen werden. In der Befragung geben 51 (82,3 %) Krankenhäuser an, dass im erfragten Zeitraum 2011 bis 2014 schon einmal MigrantInnen ohne Krankenversicherung in der Notaufnahme vorstellig geworden sind. Von den übrigen elf Häusern aus dem Rücklauf können es drei lediglich vermuten, zwei wissen es nicht und sechs (9,7 %) verneinen Kontakte zu MigrantInnen ohne Krankenversicherung. Zur stationären Behandlung können ebenfalls 51 Krankenhäuser die Frage grundsätzlich bejahen. 37 dieser 51 Kliniken (72,5 %) geben an, dass sich darunter Menschen ohne Aufenthaltsstatus befunden haben. Acht verneinen es und die übrigen wissen es nicht. Die Krankenhäuser, die angeben bisher keine Menschen ohne Papiere stationär behandelt zu haben, befinden sich in kleineren Städten vor allem mit unter 100 000 Einwohnern und in den Krankenhäusern mit weniger als 200 Betten.

Im Fragebogen wurde auch nach der Anzahl der MigrantInnen ohne Papiere gefragt, die in den Jahren 2011 bis 2014 stationär behandelt worden sind. Dazu machten 32

Krankenhäuser eine Angabe, allerdings ist für die Jahre vor 2014 die Anzahl der Häuser abnehmend, die die PatientInnenzahl beziffern. Die Spannweiten der Personenanzahl reicht von 1 bis 75, wobei die meisten Häuser Zahlen zwischen 1-5 oder 11-20 PatientInnen pro Jahr angeben. Zudem haben 36 Krankenhäuser noch andere Personen ohne Krankenversicherung stationär behandelt wie z. B. ehemals privat Krankenversicherte, die aufgrund nicht mehr gezahlter Beiträge aus dem Krankenversicherungsschutz herausfielen.

Die große Mehrheit der Krankenhäuser (76,7 %, n = 46) hat bereits einen Antrag gemäß § 25 SGB XII („Nothelferantrag“) gestellt, um die Kosten für die Behandlung eines „bedürftigen“ Patienten bzw. einer Patientin durch das Sozialamt im Nachhinein erstattet zu bekommen. Mit einer Ausnahme haben alle Häuser, die Menschen ohne Papiere versorgt haben, einen Nothelferantrag gestellt. Unter den Kliniken, die bisher keinen Nothelferantrag gestellt haben – zumindest nicht in den Jahren 2011 bis 2014 –, behandelten vier von 14 Häusern schon MigrantInnen ohne Versicherung stationär, ein Haus vermutet es und eines weiß es nicht. Die Hälfte von ihnen hatte aber bereits ambulant eine Behandlung durchgeführt. Die Krankenhäuser in den Stadtstaaten gaben im Rücklauf fast alle an, Anträge an das Sozialamt gestellt zu haben; im Flächenland Niedersachsen waren es etwas mehr als zwei Drittel. 35 der 46 antragsstellenden Krankenhäuser geben an, ob nach Antragsstellung eine Kostenerstattung auf Grundlage des § 25 SGB XII erfolgte. Sechs Kliniken haben „meistens“ eine Kostentübernahme durch das Sozialamt erreicht (17,1 %). Diese Häuser befinden sich alle in Niedersachsen. Eine Klinik, die die Frage mit „meistens“ beantwortete, bemerkte: „Wenn Antragsstellung durch Patient erfolgte oder Glaubwürdigkeit der Bedürftigkeit nachvollziehbar.“ Bei 22 Krankenhäusern (62,9 %) erfolgte „selten“ eine Kostenerstattung und bei weiteren sieben „nie“. Eines dieser Krankenhäuser kommentierte die Antwort wie folgt: „Die Daten, die das Sozialamt benötigt, sind zu umfangreich, oft haben die Patienten keinen Pass, ohne Pass keine [Kosten-] Übernahme.“

Ob die Kostenerstattung durch die Sozialämter auch für Menschen ohne Papiere erfolgte, ergibt sich aus der Befragung nicht. Von 62 Krankenhäusern geben 40 „Erlösausfälle“ für die stationäre Versorgung von MigrantInnen ohne Krankenversicherung an. Die Kostenspanne reicht von 15 000 bis 1,01 Mio. Euro für den gesamten Zeitraum. Diese Krankenhäuser haben dementsprechend alle sowohl Kontakte zu MigrantInnen ohne Krankenversicherung in der Notaufnahme als auch stationär angegeben. Bis auf sieben Häuser, die es verneinten, waren darunter Menschen ohne Papiere, die auch stationär behandelt worden sind. 92,3 % (n = 36) haben bereits einen Nothelferantrag

gestellt, die Mehrheit von 86,7% dieser Kliniken hat die Kosten selten oder nie erstattet bekommen.

Aus Einzelfallberichten gab es bereits die Vermutung, dass von Krankenhausverwaltungspersonal die Polizei informiert wird, um die Identität von Personen feststellen zu lassen, die sich in der Notaufnahme nicht ausweisen. Da dieses Vorgehen eine ganz beträchtliche Konsequenz für MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus hat und damit eine potenziell hohe Hürde im Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellen kann, wurde in dem Kurzfragebogen explizit danach gefragt, ob die Polizei in diesen Fällen kontaktiert wurde. 55 Krankenhäuser beantworteten die Frage in der vorgegebenen Form. Unter den 55 Antworten zeigt sich, dass 47,3% meinen, dass in ihrem Krankenhaus nie die Polizei hinzugezogen wird. Fast ebenso viele (43,6%) ziehen die Polizei selten hinzu, wobei mehrfach dazu angemerkt wurde, dass dies nur „sehr selten“ geschehe (9-mal), es in der Vergangenheit dazu gekommen war, nun aber nicht mehr gemacht wird (2-mal) oder „sofern [eine] Straftat vermutet oder vorlag“ (2-mal). Lediglich fünf der Häuser (8,5%) kontaktieren die Polizei immer oder meistens.

Im Fragebogen wurde das Krankenhauspersonal gefragt, wie sie damit umgehen, wenn sich MigrantInnen in der Notaufnahme nicht ausweisen und keine Krankenversicherungskarte vorzeigen. In 57 der 62 (91,9%) ausgefüllten Fragebögen wurde diese Frage beantwortet. Die Frage ist offen formuliert, trotzdem zeigen sich Häufungen. Exemplarisch ist folgende Angabe einer internen Verfahrensanweisung bei „ausländischen Selbstzahler-Patienten“: PatientInnen aus dem EU-Ausland, die nicht über eine Europäische Krankenversichertenkarte oder über „eine Reiseversicherung“ verfügen, „müssen sofort vor der ambulanten Behandlung einen Pauschalbetrag in Höhe von 150,00 Euro für die Erstbehandlung entrichten. Kommt ein Patient mit derselben Diagnose innerhalb von zwei Tagen erneut als ambulanter Notfall, ist jeweils eine Pauschale von 50,00 Euro zu bezahlen. Vor einer stationären Behandlung [ist] sofort (spätestens einen Tag nach der Aufnahme) ein Kostensicherungsbeitrag als Vorschuss in Höhe von 1.000,00 Euro [zu] entrichten“. Weiter wird ausgeführt: „kann ein entsprechender Betrag seitens des Patienten nicht hinterlegt werden“, sollen „verfügbare Teilbeträge“ kassiert werden und „Begleitpersonen sind auf Geldautomaten hinzuweisen“. „Nicht ansprechbare Patienten“, die „aus medizinischer Indikation stationär aufgenommen werden müssen und von denen keine Beiträge einbehalten werden können, sind [...] nachzuarbeiten.“ Zu „Patienten ohne Geld und persönliche Papiere“ wird Folgendes vermerkt: „Leistungen [werden] dem Patienten nach der GOÄ [Gebührenordnung für Ärzte, Anm. d. Autoren] zum Standardtarif in Rechnung gestellt. Es erfolgt keine Pauschalabrechnung von 150,00 Euro“.

4. Krankenversorgung im Bereich der humanitären Hilfe

In qualitativen Interviews haben Betroffene von verschiedenen Wegen berichtet, ärztlich behandelt zu werden. Der Zugang hängt von eigenen Geldmitteln ab, dem Informationsstand, der Dringlichkeit der Symptome, der Unterstützung aus dem Umfeld oder von Ängsten z. B. vor einer Abschiebung. Bei großer Dringlichkeit, beispielsweise bei starken Beschwerden, wird direkt die Notaufnahme von Krankenhäusern aufgesucht. Sind bereits Bekannte, Freunde oder Verwandte legal hier, wird z. B. auf deren Versicherungskarte zurückgegriffen. Die Einführung der neuen Gesundheitskarte, die ab dem 1. Januar 2015 verpflichtend verwendet werden muss und auf der sich ein Foto des Versicherten/der Versicherten befindet, muss nicht unbedingt zu einem Ende dieser Praxis führen, da Betroffene in Interviews wiederholt geschildert haben, dass sie von Deutschen nach ihrem Erscheinungsbild kaum unterschieden werden könnten. MigrantInnen ohne Krankenversicherung gehen auch in Begleitung ihrer krankenversicherten Bekannten zu einer ärztlichen Praxis und bitten um eine Untersuchung. Manchmal werden Zahlungen geleistet, in Rechnung gestellt, reduzierte Sätze berechnet, die in Raten beglichen werden können, oder Ärztinnen und Ärzte untersuchen und behandeln kostenlos.

Des Weiteren haben sich in inzwischen 32 Städten die o. g. Hilfsorganisationen gegründet, die eine medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung direkt anbieten oder vermitteln. In Hannover – als Beispiel einer Großstadt – gibt es u. a. die Ökumenische Bahnhofsmision, den Fachbereich Jugend der Region Hannover, der eine kostenlose Impfsprechstunde anbietet, sowie das 2012 von Privatpersonen ins Leben gerufene „Zahnmobil“, die neben der dortigen Medizinischen Flüchtlingshilfe und der MMM-Hannover ein Angebot im Bereich der Gesundheitsversorgung in einem definierten Umfang anbieten. Bei den Kostenübernahmen für Behandlungen kommt es auch zu Überschneidungen, z. B. wenn eine Anzahlung für eine Behandlung geleistet werden kann, der Restbetrag aber durch Hilfsorganisationen oder den Dienstleister wie z. B. das Krankenhaus übernommen wird. Ein Beispiel dafür sind die Fallpauschalen, die in manchen Städten zwischen Hilfsorganisationen und Krankenhäusern vereinbart worden sind, die unabhängig von den tatsächlich entstehenden Kosten für Geburten gezahlt werden. Diese Pauschalen werden sowohl von humanitären Organisationen als auch – wenn möglich – von den Betroffenen getragen, die übrigen Kosten bzw. in Rechnung gestellten Leistungen verbleiben unbeglichen beim Krankenhaus (vgl. Groß/Bieniok 2011, Malteser Hilfsdienst 2015). In manchen

Regionen gibt es jährliche Zuschüsse an Hilfsorganisationen durch die Kommune oder den Kreis. In ärztlichen Praxen kann die Untersuchung z. B. kostenlos erfolgen, die Kosten für Laboruntersuchungen, Bildgebung und Medikamente müssen aber beispielsweise durch die Betroffenen selber oder durch Spendengelder getragen werden. Die Information über Unterstützungsmöglichkeiten muss dafür bei den Menschen ohne Papiere bekannt sein, mitunter sind die verschiedenen Hilfsangebote den einzelnen Trägern auch untereinander nicht bekannt.

5. Niederschwelliger Zugang im Gesundheitsamt, im Krankenhaus und bei Hilfsorganisationen?

Der vorliegende Beitrag setzt sich mit der Versorgungssituation von MigrantInnen ohne Papiere unter bestimmten Bedingungen auseinander, für die der Gesetzgeber explizit einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung festgeschrieben hat. Das betrifft die Krankenhausbehandlung im medizinischen Notfall, Schutzimpfungen insbesondere für Kinder und die Behandlung bei bestimmten Infektionskrankheiten. Im Bereich der humanitären Hilfe gibt es zudem ein in den letzten Jahren wachsendes Angebot bundesweit, sodass sich die Frage stellt, ob damit die medizinische Versorgung in wichtigen Bereichen für die Betroffenen sichergestellt sein kann. Die Ergebnisse der quantitativen Studien zu den beiden spezifischen rechtlichen Konstellationen im Bereich des medizinischen Notfalls und des Infektionsschutzes zeigen in Deutschland allerdings eine defizitäre medizinische Versorgungssituation von Menschen ohne Papiere durch die Gesundheitsämter sowie durch die Krankenhäuser.

Unzureichende Strukturen bei der medizinischen Versorgung durch die Gesundheitsämter werden u. a. bei sexuell übertragbaren Erkrankungen und Tuberkulose sichtbar. Die Gesundheitsämter haben, sicher zumindest bis zum Jahr 2011, sehr wahrscheinlich bis in die Gegenwart, nur eingeschränkt Kontakt zu MigrantInnen ohne Krankenversicherung. Einzelne qualitative Studien zur Versorgungssituation in ausgewählten Großstädten wie Köln, Frankfurt und Berlin weisen auf die wichtige Rolle von Gesundheitsämtern hin, allerdings wird deren punktueller Charakter in der bundesweiten Betrachtung deutlich. Auch die Behandlungsoption (§ 19 IfSG) wird in nur wenigen Gesundheitsämtern angewandt.

Werden Menschen ohne Krankenversicherung vor Ort behandelt, stellen Menschen ohne Papiere meist nur eine kleine Gruppe dar. In Gesundheitsämtern mit Sitz in Städten mit mindestens 500 000 Einwohnern liegen die Fallzahlen im Jahr zumeist deutlich über 100 Personen. Dieser Umstand zeigt, dass nicht unerheblicher Bedarf

besteht. Allerdings gibt es deutliche Hinweise, dass sich Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht nur in Großstädten und Metropolen befinden. Hilfsorganisationen wie die Malteser Migranten Medizin, Medizinische Flüchtlingshilfen, Ärzte der Welt u. a., die in vielen Städten beraten, vermitteln oder/und behandeln, zeigen den Bedarf in kleinen wie großen Städten. Etwa ein Fünftel der Gesundheitsämter unternimmt Bemühungen, das Angebot zur Beratung und Diagnostik auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus bekannt zu machen. Häufig haben die Betroffenen keine Kenntnisse über eine anonyme und kostenlose Nutzung verschiedener Angebote. Schwierig wird es insbesondere bei Krankheiten, die eine geplante stationäre Aufnahme erforderlich machen, und bei chronischen Erkrankungen wie HIV/AIDS, bei denen sich die Frage der Kostenübernahme stellt. Medizinische Versorgung berührt zudem viele andere Bereiche von Gesundheit und Lebensführung, sodass die Auswirkungen schwieriger Lebensverhältnisse völlig offen bleiben.

Begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen engen viele MitarbeiterInnen in ihren Handlungsoptionen ein. Es verwundert nicht, dass gerade die Gesundheitsämter, die bereits Kontakte zu Menschen ohne Papiere angeben, die Versorgungslage im eigenen Amt negativ beurteilen. Die Konfrontation mit den Schwierigkeiten medizinischer Versorgung für undokumentierte Personen macht die vielen Problemlagen evident. Parallel nehmen viele MitarbeiterInnen eine Zunahme der zu versorgenden Menschen wahr. Die Landesgesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst fallen entsprechend der föderalen Struktur vielgestaltig aus. In manchen Bundesländern ist eine Fürsorgepflicht der kommunalen Gesundheitsdienste festgeschrieben. In vielen Bundesländern sind die Landesgesetze zum ÖGD allerdings sehr unscharf formuliert und lassen den Kommunen großen Spielraum. Für eine ausreichende Handlungsfähigkeit sind aber neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichende Ressourcen Voraussetzung. Auch in der Krankenhausversorgung – ambulant in der Notaufnahme und stationär – zeigt sich im Umgang mit den betroffenen PatientInnen ein heterogenes Bild. Verallgemeinernde Aussagen zum Vorgehen des Krankenhauspersonals im Umgang mit Menschen ohne Papiere in der Notaufnahme sowie zum Umfang stationärer Versorgung der Betroffenen lassen sich kaum treffen. Das impliziert allerdings auch mehrere Problemlagen.

Für Menschen ohne Papiere besteht trotz ärztlicher Schweigepflicht die Unsicherheit fort, der Polizei gemeldet zu werden, wenn sie sich nicht ausweisen und in der Folge mit ihrer Abschiebung rechnen zu müssen. Dass ein Abschiebungshindernis geltend gemacht werden kann, setzt zumeist einen schweren Erkrankungszustand voraus bzw. wird durch diesen zumindest erleichtert. In der Konsequenz ist der Zugang

zur stationären Versorgung mit einem schweren, akuten Krankheitszustand hürdenfreier, da sowohl ein direkter ärztlicher Kontakt offensichtlicher notwendig ist, versicherungsrechtliche Fragen zweitrangig behandelt werden müssen als auch aus PatientInnen-sicht die unmittelbare Gefahr der Abschiebung minimiert und aus Krankenhaussicht eine Kostenübernahme durch das Sozialamt wahrscheinlicher wird.

Aus ordnungsrechtlicher Argumentation ist dieses Vorgehen adäquat, da im Sinne einer einheitlichen Rechtsordnung die Straftat des irregulären Aufenthalts nicht durch einen Zugang zur Gesundheitsversorgung belohnt wird und eine Besserstellung gegenüber regulären MigrantInnen nach dieser Auffassung widersprüchlich wäre. Diese Widersprüchlichkeit wird allerdings an anderer Stelle ausgehalten, denn nach gegenwärtiger Gesetzeslage tragen die Krankenhäuser die finanzielle Ausfallspflicht als Nothelfer bei gleichzeitig bestehender Behandlungspflicht im medizinischen Notfall. In der Hierarchie der Rechte zeichnen sich zudem die Menschenrechte durch ihre Voraussetzungslosigkeit und Unveräußerlichkeit aus. Das Menschenrecht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung steht jedem Menschen allein aufgrund seines Menschseins ohne Handel gegen Preisgabe anderer Rechtsgüter zu. Für das Ziel der Verbesserung der Gesundheit von (Sub-)Populationen liegen die notwendigen Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Abbau struktureller Hindernisse für eine Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen.

Auch die Versorgungsoptionen der Hilfsorganisationen – außerhalb des regulären Gesundheitssystems – weisen für gewöhnlich viele Limitationen auf:²⁰ enge Begrenzung des Umfangs medizinischer Diagnostik, Beratung und Behandlung (insbesondere bei chronischen Erkrankungen, der stationären Versorgung, teuren Behandlungen und Medikamenten wie z. B. im Bereich rheumatologischer Erkrankungen, Chemotherapie, Strahlentherapie, HIV-Dauermedikation, psychotherapeutische Behandlung), die Ausklammerung schwieriger Lebensbedingungen, die die Gesundheit beeinträchtigen, aber nicht unmittelbar zur medizinischen Behandlung gehören (Unterkunft, Kleidung, Arbeitsbedingungen) sowie die primäre Ressourcenorientierung der medizinischen Versorgung und nicht entsprechend der medizinischen Indikation. Zudem besteht kein Rechtsanspruch auf die Gesundheitsversorgung im Rahmen der humanitären Hilfe (die Unterstützung kann jederzeit verweigert werden), die Hilfe ist häufig ehrenamtlich organisiert (keine Ansprechpartner außerhalb der Öffnungszeiten), basiert auf Spenden (Fluktuation) und bei Differenzen zwischen PatientIn, Arzt/Ärztin oder ehrenamtlich Tätigen bestehen mitunter keine Behandlungsalternativen.

20 Vgl. z. B. Castañeda 2009, Huschke 2013 und Mylius 2014.

Die exklusiven Regelungen für spezifische Erkrankungs- und Vorsorgefälle im komplexen Geflecht der relevanten Gesetze ermöglicht auch in diesen Bereichen keinen sicheren niederschweligen Zugang zur medizinischen Versorgung. Sowohl die Dienstleister als auch die Betroffenen verfügen dabei vermutlich nicht über ausreichende Kenntnisse der rechtlichen Situation. Die defizitäre finanzielle und personelle Ausstattung der Gesundheitsämter lässt zudem die Vermutung aufkommen, dass auch bei diesen Erkrankungen sowie für die besonders vulnerablen Personen die sozialkompensatorische Funktion der Gesundheitsämter nicht erfüllt werden soll. Auf der anderen Seite zeigt die Tätigkeit mancher Ämter, dass trotz defizitärer Strukturen Handlungsspielräume bestehen und genutzt werden können. Bei der Situation der Krankenhäuser wird deutlich, dass die gegenwärtige Gesetzeslage die Krankenhäuser tatsächlich zum regelmäßigen finanziellen Ausfallsbürgen macht, was durchaus einen Effekt auf den Umgang mit MigrantInnen haben kann, für die erfahrungsgemäß keine Kosten übernommen werden. Das uneinheitliche Vorgehen der Krankenhäuser führt außerdem zu Unsicherheiten für die Betroffenen. Hinzu kommt die Unschärfe des „medizinischen Notfalls“, sowohl für das ärztliche Personal als auch für den medizinischen Laien. Die größte Versorgungssicherheit scheint für so schwer Erkrankte zu bestehen, die liegend und nicht ansprechbar in die stationäre Versorgung gelangen. Die gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen leisten somit einer Eskalation von Erkrankungen Vorschub und erweisen sich daher auch für den Notfall als nicht hinreichend. Die Hilfsorganisationen können zumeist nur eine sehr eingeschränkte medizinische Versorgung in einigen Städten anbieten. So stellt das Ordnungsrecht über seine lebenselementaren Auswirkungen auf die Betroffenen eine faktisch häufig unüberbrückbare Barriere in der Wahrnehmung des Menschenrechts auf Gesundheit durch „Menschen ohne Papiere“ in Deutschland dar.

Literatur

- Aichele, Valentin 2009: Anspruch auf Zugang zu medizinischer Versorgung: Das Recht auf Gesundheit nach dem UN-Sozialpakt, in: Falge, Christiane/Fischer-Lescano, Andreas/Sievekling, Klaus (Hrsg.): *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*, Baden-Baden, 205-222.
- Alscher, Stefan/Münz, Rainer/Özcan, Veysel 2001: *Illegal anwesende und illegal beschäftigte Ausländerinnen und Ausländer in Berlin. Lebensverhältnisse, Problemlagen, Empfehlungen*, Berlin.
- Alt, Jörg 2003: *Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex „illegale“ Migration. Neue Erkenntnisse zur Lebenssituation „illegaler“ Migranten aus München und anderen Orten Deutschlands*, Karlsruhe.
- Barwig, Klaus/Beichel-Benedetti, Stephan/Brinkmann, Gisbert (Hrsg.) 2011: *Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2010*, Baden-Baden.

- Bielefeldt, Heiner 2011: Menschenrechte „irregulärer“ Migrantinnen und Migranten, in: Mylius, Maren et al. (Hrsg.): *Medizin für „Menschen ohne Papiere“*. *Menschenrechte und Ethik in der Praxis des deutschen Gesundheitssystems*, Göttingen, 19-32.
- Bommers, Michael/Wilmes, Maren 2007: *Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten*, Osnabrück, <http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf5620/2.pdf> (Stand: 14.05.2015).
- Börchers, Katrin 2013: Unklare Patientenidentität und ärztliche Schweigepflicht. Rechtliche Grundlagen in einer Konfliktsituation, in: *Berliner Ärzte – die Zeitschrift der Ärztekammer Berlin*, Jg. 50, Nr. 1, 35-36.
- Castañeda, Heide 2009: Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic, in: *Social Science & Medicine*, Vol. 68, Issue 8, 1552-1560.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2000: *General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health* (Twenty-second session, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003), Geneva.
- Diakonie Hamburg/Landesverband der Inneren Mission e. V. (Hrsg.) 2009: *Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg*, <http://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/Fachbereiche/ME/Leben-ohne-Papiere.pdf> (Stand: 14.05.2015).
- Falge, Christiane/Fischer-Lescano, Andreas/Sieveking, Klaus (Hrsg.) 2009: *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*, Baden-Baden.
- Fisch, Andreas 2007: *Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität. Reformvorschläge und Folgenabwägungen aus sozialer Perspektive*, Berlin.
- Frewer, Andreas/Kolb, Stephan/Krásá, Kerstin (Hrsg.) 2009: *Medizin, Ethik und Menschenrechte. Geschichte – Grundlagen – Praxis*. *Medizin und Menschenrechte*, Band 1, Göttingen.
- Frisch, Julia 2015: Zwischen Humanität und Bürokratie. Die schwierige medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Migranten ohne Krankenversicherung, in: *Berliner Ärzte – die Zeitschrift der Ärztekammer Berlin*, Jg. 52, Nr. 6, 14-20.
- Gerdsmeyer, Katrin 2011: Gesundheitsversorgung statusloser Ausländer, in: Barwig, Klaus et al. (Hrsg.): *Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2010*, Baden-Baden, 163-186.
- Groß, Jessica/Bieniok, Majken (2011): Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin. Praktische Erfahrungen und politische Lösungsansätze, in: Mylius, Maren et al. (Hrsg.): *Medizin für „Menschen ohne Papiere“*. *Menschenrechte und Ethik in der Praxis des deutschen Gesundheitssystems*, Göttingen, 225-237.
- Huschke, Susann 2013: *Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie*, Bielefeld.
- Killinger, Elmar 2009: *Die Besonderheiten der Arzthaftung im medizinischen Notfall*, Berlin/Heidelberg.
- Klug, Dominik Michael 2014: *Krankheitsserfahrungen von nicht-dokumentierten Migranten. Eine qualitative Studie*, Dissertation, Hamburg, <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2014/7038/pdf/Dissertation.pdf> (Stand: 14.05.2015).
- Krieger, Wolfgang et al. 2006: *Lebenslage „illegal“: Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt a.M. Notlagen und Lebensbewältigung – Wege der Unterstützung. Eine empirische Studie*, Karlsruhe.
- Lotty, Enyonam Yawa/Hämmerling, Claudia/Mielck, Andreas 2015: Gesundheitszustand von Men-

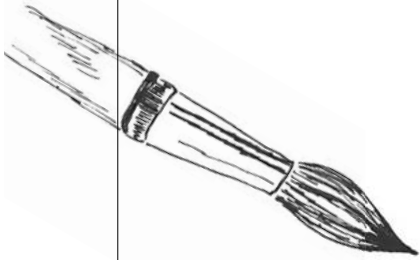
- schen ohne Krankenversicherung und von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: Analyse von Daten der Malteser Migranten Medizin (MMM) in München, in: *Das Gesundheitswesen*, Thieme Verlag: DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1395646>, online-publiziert 2015.
- Lotze, Eckhard 2009: Die Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamts Bremen – Kommunale Verantwortung für die Gesundheit aller Menschen, in: Falge, Christiane et al. (Hrsg.): *Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus*, Baden-Baden, 89-95.
- Malteser Hilfsdienst e. V. (Hrsg.) 2015: *Malteser Migranten Medizin Jahresberichte. Jahresbericht Hannover*, <http://www.malteser-migranten-medizin.de/downloads/ljahresberichte.html> (Stand: 14.05.2015).
- Mylius, Maren 2014: *Gesundheit und Krankheit undokumentierter MigrantInnen. Medizinische Versorgung und die spezifische Rolle der Gesundheitsämter*, Dissertation, abgegeben am 05.03.2014 an der Medizinischen Hochschule Hannover. Hannover.
- Mylius, Maren 2015: *Krankenhausaufenthalte von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung – Eine explorative Studie zur stationären Versorgung in Niedersachsen, Berlin und Hamburg*. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health) an der Medizinischen Hochschule Hannover (eingereicht an der Medizinischen Hochschule Hannover).
- Mylius, Maren/Bornschlegl, Wiebke/Frewer, Andreas (Hrsg.) 2011: *Medizin für „Menschen ohne Papiere“*. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des deutschen Gesundheitssystems. Medizin und Menschenrechte, Band 5, Göttingen.
- Mylius, Maren/Frewer, Andreas 2014: Medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus – Eine Forschungsstudie zur Rolle der Gesundheitsämter in Deutschland, in: *Das Gesundheitswesen*, DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1364014>.
- Mylius, Maren/Frewer, Andreas 2015: Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany. A quantitative study, in: *European Journal of Public Health*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv023> (online first erschienen).
- Nitschke, Heidrun/Oliveira, Fabiola Araujo Sales de/Knappik, Anna/Bunte, Anne 2011: Seismograf für Migration und Versorgungsdefizite – STD-Sprechstunde im Gesundheitsamt Köln, in: *Das Gesundheitswesen* 73, 748-755.
- Simo, Shirin/Kentenich, Heribert 2011: Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere – Praktische Konsequenzen im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie, in: Mylius, Maren et al. (Hrsg.): *Medizin für „Menschen ohne Papiere“*. Menschenrechte und Ethik in der Praxis des deutschen Gesundheitssystems, Göttingen, 239-246.
- Sozialreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) 2010: *„Wir haben sie nicht vergessen ...“*. 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. *Das Münchner Modell*, http://www.forum-illegalitaet.de/mediapool/99/993476/data/Muenchen_Ergebnisse_2010.pdf (Stand: 14.05.2015).
- Steffan, Elfriede/Rademacher, Marianne/Kraus, Michael 2003: *Gesundheitsämter im Wandel. Die Arbeit der Beratungsstellen für STDs und AIDS vor dem Hintergrund des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Eine Gesamtbefragung der Gesundheitsämter in Deutschland, Abschlussbericht*. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

... ein Begriff für politische Bildung

Neuerscheinung



Dr. Ulrich Schnakenberg ist einer der führenden deutschen Experten für die politische Karikatur des 20. Jahrhunderts. Er hält regelmäßig Lehrveranstaltungen an den Universitäten Kassel und Duisburg-Essen.

Fritz Behrendt († 2008) arbeitete als politischer Zeichner über 50 Jahre lang für die renommiertesten Zeitungen Europas. In Deutschland sind seine Karikaturen vor allem in der FAZ abgedruckt worden.

Dr. **Manfred Görtemaker** ist seit 1992 Professor für Neuere Geschichte an der Universität Potsdam.

Helmut Schmidt in Karikaturen

Eine visuelle Geschichte seiner Kanzlerschaft

2015 ist Helmut Schmidt im Alter von 96 Jahren gestorben. Seit 1982 war er nicht mehr Kanzler, aber sein Ansehen in der deutschen Öffentlichkeit stieg nach seinem Rückzug aus der aktiven Politik eher noch weiter. Millionen hörten zu, wenn Schmidt in wichtigen innen- oder außenpolitischen Debatten seine Stimme erhob.

Dem politisch interessierten Leser bietet dieses Buch einen Blick auf die wichtigsten Ereignisse und Entwicklungen der acht Jahre seiner Kanzlerschaft. Es erinnert an die Zeit, in der Helmut Schmidt selbst Regierungsverantwortung trug – so kurzweilig wie prägnant anhand von zeitgenössischen Karikaturen des deutsch-niederländischen Zeichners Fritz Behrendt, dem wohl bedeutendsten europäischen Karikaturisten der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

ISBN 978-3-7344-0221-0, 216 S., € 16,80

www.wochenschau-verlag.de



[www.facebook.com/
wochenschau.verlag](https://www.facebook.com/wochenschau.verlag)



[@wochenschau-ver](https://twitter.com/wochenschau-ver)

Elène Misbach

„Sich für Gesundheit starkmachen“¹ – Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte

Mit dem Anstieg der weltweiten Flüchtlingsbewegungen in einer Größenordnung wie seit Jahrzehnten nicht mehr ist die deutsche ebenso wie die europäische Flüchtlingspolitik vor neue Herausforderungen gestellt. Bundesregierung sowie Landesregierungen haben jedoch viel zu spät und vor allem improvisierend darauf reagiert. So wurden beispielsweise aufgrund der bis zum Jahr 2007 sinkenden Zahlen der Anträge auf Asyl Unterkünfte für Asylsuchende abgebaut, die nun dringend benötigt werden. Insgesamt ist ein Mangel an grundsätzlichen Strukturen des Asylsystems zu konstatieren und spätestens seit 2013 zunehmend zu einem öffentlichen Thema geworden. Staatliche Strukturen sind überlastet, und nicht selten springen ehrenamtlich Engagierte und solidarische UnterstützerInnen ein, um die Versorgungslücken zu stopfen sowie Geflüchteten das Ankommen und Einleben zu erleichtern (vgl. Karakayali/Kleist 2015: 9.) Das gilt für Fragen der Unterbringung ebenso wie für den Zugang zu Bildung, Arbeit und Gesundheit.

Grundsätzlich basieren viele der Versorgungslücken zum einen auf einer zunehmenden Unterfinanzierung öffentlicher Infrastrukturen als Folge des Paradigmenwechsels vom keynesianischen Wohlfahrtsstaates hin zum „aktivierenden Sozialstaat“ mit umfassenden Einschnitten in die sozialen Sicherungssysteme seit Ende der 1990er Jahre (vgl. van Dyk 2014: 2). Zum anderen gehen sie – bezogen auf den hier interessierenden Bereich der Gesundheitsversorgung – einher mit dem Vorrang restriktiver migrationspolitischer Erwägungen gegenüber gesundheitspolitischen Fragen. Und dies nicht erst seit den aktuellen Migrations- und Flüchtlingsbewegungen. Neu ist, dass durch die derzeitigen Verschärfungen das Thema Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und Geflüchtete prominenter als bisher auf der medialen und politischen Tagesordnung steht. Somit wird sichtbar, was seit vielen Jahren nur in (engagierten)

1 „Sich für die Gesundheit stark machen. Menschenrechtliches Empowerment unter den Bedingungen von Armut“, lautete der Titel einer Konferenz vom 26. bis 27. März 2015, veranstaltet vom EFI-Projekt „Human Rights in Health Care“ der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Menschenrechte. Der vorliegende Beitrag basiert auf einem Vortrag im Rahmen der Konferenz.

Fachkreisen für Empörung sorgte und immer wieder kritisiert wurde, verbunden mit Forderungen nach gesetzlichen Änderungen. Inzwischen werden immer häufiger Vorwürfe laut, „dass die Ämter oft nur eine gesetzlich vorgegebene Minimalmedizin ermöglichen, was dazu führe, dass Arztpraxen Abrechnungskosten hinterherrennen müssen, Kliniken auf Kosten sitzen bleiben, Behandlungen nicht genehmigt würden und ohne ehrenamtliches Engagement viele Migranten gar keine medizinische Versorgung bekämen“ (Frisch 2015: 14).

Der vorliegende Beitrag legt den Fokus auf strukturelle Mängel der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, Geflüchteten und MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus.² Dabei werden Widersprüche, in denen sich insbesondere ehrenamtliches und solidarisch unterstützendes Engagement bewegt, diskutiert.

Zunächst wird aufgezeigt, dass es sich bei den Gesundheitsleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) um eine reduzierte Minimalmedizin handelt, die nicht menschenrechtskonform ist und lebensbedrohliche bis tödliche Folgen hat. Auch nach der Novellierung des AsylbLG vom November 2014 haben die Betroffenen keinen ausreichenden Zugang zu regulärer und umfassender Gesundheitsversorgung. Die staatlichen Achtungs- und Gewährleistungspflichten hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit werden verletzt.

Daran anschließend wird der Frage nachgegangen, wie vor diesem Hintergrund solidarische Unterstützungsprozesse (auch) im Sinne eines „mensenrechtlichen Empowerments“³ gestaltet werden können, in denen die Menschen nicht paternalistisch bevormundet, sondern als aktiv handelnde (Rechts-)Subjekte wahrgenommen und unterstützt werden. Hinsichtlich des aktuellen Booms ehrenamtlichen Engagements in der Flüchtlingsarbeit geht es darum, wie es gelingen kann, (sozial)staatliche Aufgaben nicht blind durch „ehrenamtliches“ oder „wohltätiges“ Engagement zu ersetzen.⁴

Ausgehend von der These, dass solidarische Unterstützungsarbeit der gemeinsame soziale Kampf um Rechte ist – und keine Wohltätigkeitsveranstaltung (vgl. Schuh/Misbach 2015), wird schließlich dargelegt, wie der gesellschaftlich dominante Diskurs um ehrenamtliches Engagement oftmals einem paternalistisch geprägten Hilfe- und

2 Auf die spezifischen Problemlagen von Illegalisierten und den „neuen“ EU-BürgerInnen insbesondere nach der letzten EU-Osterweiterung von 2007 (Rumänien und Bulgarien) kann der vorliegende Beitrag nicht ausführlich eingehen.

3 Menschenrechtliches Empowerment als (unterstützender) Prozess der „Selbstermächtigung“ bezieht sich hier vor allem auf den Aspekt, „die eigenen Menschenrechte und die Menschenrechte anderer effektiv einzufordern und durchzusetzen“ (Krennerich 2015: 22).

4 Vgl. kritisch zur Funktion zivilgesellschaftlichen und bürgerschaftlichen Ehrenamts im aktivierenden Sozialstaat van Dyk 2014 sowie Pinl 2015.

Wohltätigkeitsdiskurs verschrieben bleibt und mit kolonial geprägten Bildern und Denkfiguren verschränkt ist.

1. Umfassende medizinische Versorgung?

„Asylbewerber sind ordentlich medizinisch versorgt“⁵, so der CDU-Vizechef Thomas Strobl im März diesen Jahres anlässlich der Beratungen von Bund und Ländern über ein Gesamtkonzept zur Reform der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, das auch die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte nach Bremer Modell⁶ in Erwägung zieht. „Es kommt für uns nicht infrage, die Erbringung von Gesundheitsleistungen für Asylbewerber durch Gesetz zu erleichtern oder sogar zu verbessern. Es gibt in der Unionsfraktion keine Bereitschaft, entsprechende Gesetze zu verabschieden“⁷, so Strobl weiter. Diese Aussagen werden anlässlich der Debatte im Deutschen Bundestag am 2. Juli 2015⁸ über den Antrag „Medizinische Versorgung für Asylsuchende und Geduldete diskriminierungsfrei sichern“⁹ von Andrea Lindholz, CDU/CSU-Fraktion, bekräftigt: „Wenn man Ihrem Antrag folgen würde und bundesweit eine Gesundheitskarte einführen und jedem Asylbewerber den vollen Zugang zum deutschen Gesundheitssystem schon nach drei Monaten ermöglichen würde, dann würden die sowieso schon extrem hohen Asylzahlen weiter ansteigen, und zwar in erheblichem Umfang. Die flächendeckende Einführung einer Gesundheitskarte wäre eine Einladung für jeden, sich in Deutschland umsonst behandeln zu lassen. (...) Asylbewerber werden heute schon umfassend medizinisch versorgt.“¹⁰ Lindholz argumentiert vorrangig vor dem Hintergrund einer restriktiven Flüchtlingspolitik und stellt somit erneut klar, dass es ihrer Fraktion offenbar nicht um eine sachliche Auseinandersetzung in Bezug auf eine angemessene Gesundheitsversorgung geht. Dabei ist die hier vorgebrachte Annahme, durch eine menschenrechtskonforme Gesundheitsversorgung würden MigrantInnen einreisen, um Gesundheitsleistungen zu beziehen, wissenschaftlich nicht haltbar.¹¹

5 Die Welt, 19. März 2015, www.welt.de/politik/deutschland/article138579146/Asylbewerber-sind-ordentlich-medizinisch-versorgt.html

6 Zum Bremer Modell siehe Frisch 2015: 17 sowie Flüchtlingsrat Berlin, http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsyblG.pdf

7 Die Welt, 19. März 2015.

8 Plenarprotokoll 18/115, Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode – 115. Sitzung, 2. Juli 2015, Tagesordnungspunkt 12, 11078-11083. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btp/18/18115.pdf>

9 Deutscher Bundestag, Antrag der Fraktion die LINKE, Drucksache 18/5370, 30. Juni 2015.

10 Andrea Lindholz (CDU/CSU): Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 18/115, 2. Juli 2015, 11079 D. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/18/18115.pdf>

11 Betrachtet man die Zahlen der Asylanträge pro Einwohner innerhalb der Länder der EU, so lässt sich kein Zusammenhang zwischen „kostenloser“ medizinischer Versorgung für Asylsuchende und der Zahl

„Viele Menschen sind lebensbedrohlich unterversorgt“¹², lautet die entgegengesetzte Einschätzung aus der Praxis. Illegalisierte Menschen meiden oftmals den Arztbesuch aus Furcht vor Aufdeckung und Abschiebung. Theoretisch haben sie Anspruch auf medizinische Versorgung nach AsylbLG. Praktisch können sie diesen Anspruch jedoch nur um den Preis der Inhaftnahme und einer wahrscheinlichen Abschiebung geltend machen. Rechtlicher Hintergrund sind die behördlichen Übermittlungspflichten von Daten an die Ausländerbehörde, geregelt in § 87 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz. Lassen sich die Menschen aus den genannten Gründen nicht rechtzeitig medizinisch untersuchen und behandeln, kann das schwerwiegende Folgen haben: Ein nicht behandeltes Magengeschwür kann zu Blutungen im Magen-Darm-Trakt, ein nicht behandelter Bluthochdruck zu einem Schlaganfall, eine nicht behandelte Bronchitis zu einer Lungenentzündung führen. Für Menschen im Asylverfahren besteht zwar keine unmittelbare Abschiebeandrohung, jedoch ist auch ihnen der diskriminierungsfreie offene Zugang zur Versorgung oft bürokratisch versperrt.

Nach AsylbLG ist lediglich eine reduzierte Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett hinsichtlich amtlich empfohlener Schutzimpfungen und medizinisch gebotener Vorsorgeuntersuchungen (§ 4) vorgesehen. Darüber hinaus werden Leistungen gewährt, die zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6). Die Bundesregierung ist der Auffassung, das bestehende AsylbLG sei geeignet, die Versorgung der Leistungsberechtigten mit existenznotwendigen Gesundheitsleistungen sicherzustellen.¹³

Dem steht gegenüber, was u. a. die ÄrztInnenschaft bereits seit Inkrafttreten des AsylbLG im Jahre 1993 regelmäßig feststellt: Die medizinische Versorgung nach dem AsylbLG funktioniert in der Praxis nicht. Auf Bundesärztetagen wird daher immer wieder die Gleichstellung AsylbLG-Berechtigter mit regulär Krankenversicherten gefordert.¹⁴

der Antragsteller erkennen; vgl. UNHCR 2015: 20. So hat z. B. Frankreich die Eingliederung in die allgemeine Krankenversicherung schon vor Jahren erfolgreich eingeführt. Differenzierungen im Bereich der medizinischen Versorgung wirken nicht steuernd auf Migrationsprozesse.

12 Neues Deutschland, 7. April 2014, www.neues-deutschland.de/artikel/929325.viele-menschen-sind-lebensbedrohlich-unterversorgt.html

13 Vgl. die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“, Drucksache 18/2184, 22. Juli 2014, sowie Drucksache 18/1934, 25. Juni 2014, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/021/1802184.pdf> und <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/019/1801934.pdf>

14 Zuletzt auf dem 117. Deutschen Ärztetag im Mai 2014 in Düsseldorf. Siehe: Beschlussprotokoll 117. Deutsche Ärztekammer, 278, VII – 66, <http://www.bundesaeztekammer.de/arzt2014/media/pdf/Beschlussprotokoll.pdf>

1.1 ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ VERSTÖSST GEGEN DAS RECHT AUF GESUNDHEIT

Zahlreiche KritikerInnen weisen zudem darauf hin, dass die im AsylbLG formulierten weitreichenden Beschränkungen der Gesundheitsversorgung das Menschenrecht auf Gesundheit verletzen. Sie sind weder mit dem Grundgesetz (Art. 2 Abs. 2 GG: Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) noch mit der Europäischen Sozialcharta (Art. 11) vereinbar (vgl. Eichenhofer 2013) und verstoßen gegen den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, kulturelle und soziale Rechte. Im UN-Sozialpakt erkennen die Vertragsstaaten „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ an. Dies umfasst „die erforderlichen Maßnahmen zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“¹⁵

Mit anderen Worten: Die staatlichen Achtungs- und Gewährleistungspflichten werden verletzt. Weder die rechtlichen noch die praktischen Voraussetzungen für einen diskriminierungsfreien und barrierearmen Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung werden geschaffen.¹⁶ Im Gegenteil: durch die Restriktionen im AsylbLG wird der Zugang verhindert.¹⁷

Dies gilt auch für medizinische Notfälle. Denn auch hier garantiert das AsylbLG keine ausreichende medizinische Versorgung. Willkürliche Auslegungen und Umsetzungen mit gravierenden gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen sind die Praxis. Dabei wird die Ausstellung eines Krankenscheins, einer Facharzt- oder Krankenhausüberweisung und somit die Entscheidung für oder gegen eine medizinische Behandlung von VerwaltungsmitarbeiterInnen der Sozialämter ohne medizinische Fachkenntnisse getroffen.¹⁸ Krankheitsverläufe verschlimmern sich gravierend, es kommt zu Chroni-

15 ICESCR – International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, kurz UN-Sozialpakt, Art. 12, Abs. 1 und 2d.

16 Vgl. ausführlich zur völkerrechtlichen Verankerung des Menschenrechts auf Gesundheit sowie zu den staatlichen Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten den Beitrag von Michael Krennerich in diesem Heft.

17 Bereits 2013 hat die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass es hinsichtlich nicht regulär versicherter MigrantInnen staatliche Aufgabe sei, Regelungen zu schaffen: Grundlage des ärztlichen Ethos sei der Dienst am notleidenden Menschen, unabhängig von dessen sozialem Status, seiner ethnischen Zugehörigkeit oder Nationalität. „Ärzte sollten an der Erfüllung dieser moralischen Pflicht nicht systematisch gehindert werden.“ (http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stellungnahme.pdf). Konkret bedeute dies, dass bürokratische Hürden, die diese Pflichterfüllung von Ärzten behindern, durch den Staat beseitigt werden müssen. Dazu fordern insbesondere die staatlichen Gewährleistungspflichten auf.

18 Dies ist auch unter medizinethischen Aspekten höchst problematisch.

fizierungen und Todesfällen aufgrund willkürlicher und zeitlich verzögerter Entscheidungen der Behörden oder des Personals von Asylunterkünften.

Reduzierte Minimalmedizin mit tödlichen Folgen

Es kann also nicht davon die Rede sein, dass hier durch aktives staatliches Handeln die möglichst umfassende Ausübung des Menschenrechts auf Gesundheit ermöglicht wird (vgl. Krennerich 2015: 16). Dies belegen zahlreiche alarmierende Beispiele, von denen einige ausgewählte im Folgenden beschrieben werden.¹⁹

In Hannover (Niedersachsen) wurde 2014 eine Asylsuchende mit ihrem vier Wochen alten Frühchen an der Pforte eines Kinderkrankenhauses abgewiesen. Die Behandlung für den unter akuter Atemnot leidenden Säugling wurde verweigert, da sie für das Kind keinen Krankenschein vorweisen konnte. Eine Stunde später war der Säugling bereits tot. Mit Versichertenkarte wäre das Kind regulär aufgenommen worden.²⁰

In Plauen (Sachsen) verstarb im Februar 2014 ein Asylsuchender an einer Lungenembolie. Aufgrund seiner starken Schmerzen hatten Mitbewohner den Wachschatz der Unterkunft mehrfach gebeten, einen Notarzt zu rufen. Dies verweigerte der Wachmann über mehrere Stunden hinweg.²¹

In Zirndorf (Bayern) weigerten sich im Dezember 2011 zunächst die Pförtner und später die Verwaltung der Asylaufnahmestelle über mehrere Stunden hinweg, einen Notarzt für ein 15 Monate altes Kind zu rufen. Das Kind hatte hohes Fieber, auf der Haut bildeten sich schwarze Flecken. Die Familie wird zu Fuß zum Kinderarzt geschickt, Passanten brachten sie ins Krankenhaus. Aufgrund einer lebensbedrohlichen bakteriellen Hirnhautentzündung lag das Kind monatelang im Koma, zwei Mal pro Woche transplantierten Ärzte ihm Haut. Das Kind überlebt mit schwerster Behinderung.²²

Ein 30-jähriger Asylsuchender verstarb 1997 im Mainz-Taunus Kreis, nachdem ein Frankfurter Gericht die Kostenübernahme für eine lebensnotwendige Lebertrans-

19 Die Beispiele sind größtenteils der umfassenden Fallsammlung entnommen, die der Flüchtlingsrat Berlin im Rahmen seiner Stellungnahme zur Novellierung des AsylbLG 2014 dokumentiert hat: Flüchtlingsrat Berlin 2014: 42 ff.

20 Vgl. Flüchtlingsrat Berlin 2014: 42. Der Fall wurde intensiv medial begleitet. Siehe u. a.: die tageszeitung, 16. April 2014, <http://www.taz.de/!5044136/>

21 Vgl. Flüchtlingsrat Berlin 2014: 42. Siehe auch die Welt, 19. Februar 2014, <http://www.welt.de/politik/deutschland/article124990981/Warum-musste-der-Asylbewerber-Ahmed-J-sterben.html>

22 Vgl. Flüchtlingsrat Berlin 2014: 42. Siehe auch Süddeutsche Zeitung, 24. Oktober 2013: <http://www.sueddeutsche.de/politik/leben-im-fluechtlingsheim-der-tag-als-keiner-half-1.1802194> sowie Süddeutsche Zeitung, 11. Juni 2015: <http://www.sueddeutsche.de/bayern/nuernberg-revision-im-prozess-um-krankes-fluechtlingskind-1.2516886>

plantation im Rahmen der Behandlung eines chronischen Leberversagens verweigerte. Begründung: Es handele sich hierbei weder um eine schmerzhafte noch um eine akute Erkrankung und somit bestünde nach AsylbLG auf Seite des Patienten kein Anspruch auf Behandlung (vgl. Flüchtlingsrat Berlin 2014: 42).

Erkrankungen bleiben unerkannt und werden chronisch

Wie chronische Erkrankungen – insbesondere für Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus – zum Notfall werden können, zeigt der folgende Fall aus Niedersachsen: Eine unter Bluthochdruck leidende Frau erlitt 2014 in Göttingen eine schwere Hirnblutung. Die Frau wird nach Einlieferung in die Uniklinik Göttingen und einer umfangreichen intensivmedizinischen Betreuung von drei Wochen schließlich in ein Pflegeheim verlegt. Die Kosten der Behandlung können nur geschätzt werden und dürften zwischen 20.000 bis 30.000 Euro liegen. Aufgrund ihres Aufenthaltsstatus hatte die Frau keine Behandlung ihrer chronischen Erkrankung erhalten. Eine entsprechende Therapie des dem Schlaganfall zugrunde liegenden Blutdruckes liegt in einem Bereich von etwa 20 Euro im Monat.²³

Durchsetzung von Rechtsansprüchen mit medialer Unterstützung

Selten können Rechtsansprüche und der Zugang zu medizinisch notwendigen Behandlungen und Hilfsmitteln auf juristischen Wegen erstritten werden, da diese den Betroffenen oftmals versperrt und in der Regel zu langwierig sind. Menschenrechtliches Empowerment bedeutet daher auch, über öffentlichen Druck die Menschen darin zu unterstützen, zu ihrem Recht zu kommen – wie der folgende Fall zeigt:

Das Sozialamt Berlin-Charlottenburg verweigerte schwerst spastisch gelähmten, geduldeten bosnischen Zwillingen Rollstühle, obwohl die 13-jährigen Jungen keinen Schritt selbständig gehen konnten und auf die Toilette getragen werden mussten. Die Ablehnung erfolgte mit der Begründung, die Rollstühle seien nicht lebensnotwendig. Im Ablehnungsbescheid steht, dass „bei Nichtgewährung dieser Leistungen Gefahr für Leib und Leben nicht besteht.“ Die Betroffenen legten Widerspruch ein, woraufhin ein Amtsarzt ein ablehnendes „landesärztliches Gutachten“ erstellt – ohne die Kinder je untersucht zu haben. Hätte der Arzt die Kinder untersucht, wäre ihm aufgefallen, dass es sich um zwei Kinder handelt. Denn auch das übersieht sein Gutachten. Der Sozialstadtrat unterstellte, die Rollstühle seien „aus Bequemlichkeit“ beantragt worden.

²³ Der Fall wurde im Rahmen der Kampagne „Gesundheit für alle. Asylbewerberleistungsgesetz abschaffen“ dokumentiert: <http://stopasylblg.de/faelle-berichte/>

Nachdem das ARD-Magazin Monitor über den Fall berichtet, werden die Rollstühle sofort bewilligt.²⁴

1.2 ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE UND ZUGANG ZU REGULÄREN SICHERUNGSSYSTEMEN

Zunehmend werden Forderungen nach Abschaffung des AsylbLG laut, alternativ nach Streichung der §§ 4 und 6 bei gleichzeitiger Eingliederung der Anspruchsberechtigten in die gesetzliche Krankenversicherung und in die regulären sozialen Sicherungssysteme.²⁵ Neben anderen AkteurInnen²⁶ fordert auch der Deutsche Ärztetag im Mai dieses Jahres „die Länder und den Bund auf, die Einführung einer Versichertenkarte für Flüchtlinge auch in den Flächenländern zu veranlassen.“²⁷

Die Argumente liegen auf der Hand: Die bisherige Praxis nach § 4 AsylbLG behindert eine patientengerechte Versorgung. Es muss stets eine zeitaufwendige Einzelbeantragung eines Behandlungsscheins erfolgen, was zu unnötigen zeitlichen Verzögerungen sowie zu unnötigen Kosten durch den erhöhten Verwaltungsaufwand führt. Für die Leistungsberechtigten bedeutet eine solche Karte den unkomplizierten sowie stigmatisierungs- und diskriminierungsfreien Zugang zu Leistungen nach AsylbLG. Im Hinblick auf die Kostenfrage zeigen die Erfahrungen aus Bremen und Hamburg, dass es hier aufgrund des verringerten Verwaltungsaufwandes sogar zu Kostensenkungen kommt.²⁸

24 Vgl. Flüchtlingsrat Berlin 2014: 48 sowie http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/ft/pdf/Bosnische_Zwillinge.pdf

25 Vgl. konkrete Forderungen exemplarisch: Classen /Flüchtlingsrat Berlin 2014: 6.

26 Besonders anschlussfähig ist die Forderung nach einer Gesundheitskarte auch bei denjenigen, die der Aufhebung des AsylbLG ablehnend gegenüberstehen. Solange für eine Abschaffung die politischen Mehrheiten nicht gegeben sind, stellt die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte nach Bremer Modell eine konkrete Verbesserung für die Betroffenen im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung dar.

27 Vgl. Deutscher Ärztetag 18. Mai 2015, Beschlussprotokoll Seite 273, VI – 119: http://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118_DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf

28 Vgl. Burmester 2015, Borzorgmehr/Razum 2015 sowie Deutsches Ärzteblatt, 23. Juli 2015: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63582/Eingeschraenkte-Gesundheitsversorgung-von-Asylsuchenden-ist-oekonomisch-unsinnig>

2. Paternalistische Bevormundung – bei gleichzeitigem Abwälzen staatlicher Aufgaben auf ehrenamtliches Engagement

Was bedeutet das alles nun für die Fragen, „wie Prozesse (...) des Empowerments, der Partizipation und der faktischen Aneignung des Rechts auf Gesundheit von Menschen unter Armutsbedingungen aussehen können?“²⁹ Wie kann es dabei gelingen, die Menschen jenseits einer paternalistischen Bevormundung als aktiv handelnde Subjekte wahrzunehmen? Wie ist der Spagat leistbar, (sozial)staatliche Aufgaben nicht blind durch „ehrenamtliches“ und „wohltätiges“ Engagement zu ersetzen? Fragen, die nicht zuletzt durch den aktuellen Boom ehrenamtlicher Arbeit im Flüchtlingsbereich aktueller sind denn je.

Hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität besteht schon seit Mitte der 1990er Jahre das Problem, dass in einem nicht unerheblichen Umfang unentgeltlich tätige Unterstützungsnetzwerke die vom Gesetzgeber verursachten Lücken füllen. So vermitteln bereits seit 20 Jahren in vielen Städten die Medinetze/Medibüros eine anonyme und kostenlose Gesundheitsversorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus durch medizinisches Fachpersonal. Auch die Arbeit der in diesen Netzwerken beteiligten Ärztinnen und Ärzte, PsychotherapeutInnen, Hebammen und anderen erfolgt dabei unentgeltlich.³⁰

Dabei leisten solche Initiativen einen ständigen Spagat zwischen praktischer Unterstützungsarbeit und gleichzeitigem Ausüben von politischem Druck³¹: Missstände werden öffentlich gemacht und die Ursachen benannt. Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung besteht das Spannungsverhältnis einerseits darin, den Staat aufzufordern, seinen Achtungs- und Gewährleistungspflichten nachzukommen und den diskriminierungsfreien sowie barrierearmen Zugang zu einer ausreichenden und fachlich qualifizierten Gesundheitsversorgung zu schaffen. Andererseits wird gleichzeitig eine reale Nischenpolitik betrieben, die versucht, die strukturellen Probleme so gut wie möglich autonom zu lösen, indem pragmatisch eine auf Umwegen organisierte medizinische Versorgung für MigrantInnen ohne Krankenversicherung organisiert wird.

29 Siehe Tagungsankündigung und Programm der Tagung vom 26. bis 27. März 2015, http://www.gesch.med.uni-erlangen.de/_daten/PDF/healthcare_konferenz_berlin.pdf

30 Siehe ausführlicher über die Arbeit des Medibüro Berlin www.medibuero.de sowie bundesweit www.medibueros.org.

31 Im Selbstverständnis des Medibüros Berlin wurde die eigene Praxis bisher nicht als menschenrechtliches Empowerment gefasst, sondern als Teil antirassistischer Bewegungen und Praxis als Ansatz, sich praktisch-solidarisch für gleiche soziale und politische Rechte für alle Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus einzusetzen.

Damit wird jedoch eine Parallelstruktur etabliert, die explizit nicht gewollt ist.³² So wollen die Medibüros dezidiert nicht als „Lückenfüller“ im deutschen Sozialsystem fungieren und den Anschein erwecken, politische Lösungen seien nicht mehr vonnöten. Dafür steht das Ziel, sich selbst überflüssig zu machen. Gleichzeitig werden jedoch auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis Aufgaben übernommen, die in staatlicher Verantwortung liegen. Paradoxerweise wird somit der politische Handlungsdruck geschwächt. Dabei zeigt die Praxis eklatant: Eine ausreichende gesundheitliche Versorgung von Teilen der Bevölkerung ist durch freiwillige, aus Spendengeldern finanzierte Projekte strukturell nicht möglich. Ein politischer Skandal, der auf dem Rücken der Betroffenen sowie der Unterstützungssysteme im Gesundheitswesen ausgetragen wird.

Staatliche Pflichtaufgaben werden so auf das „ehrenamtliche Engagement“ abgewälzt. Gleichzeitig tauchen bei so manch offizieller Würdigung von ehrenamtlichem Engagement die Asylsuchenden und Geflüchteten in keiner Weise als aktive (Rechts-) Subjekte auf, die sich selbstorganisiert, öffentlich und lautstark für ihre Rechte und ihre Interessen nach einem selbstbestimmten, freien und menschenwürdigem Leben einsetzen.

An dem prominent besetzten „Empfang zur Würdigung ehrenamtlicher Initiativen bei der Unterstützung von Flüchtlingen“ im Dezember 2014 wird im Folgenden exemplarisch diskutiert, wie im dominanten Diskurs um ehrenamtliches Engagement dieses widersprüchliche Spannungsfeld einseitig verkürzt gefeiert wird als Hommage an die Hilfsbereitschaft und Wohltätigkeit der UnterstützerInnen. Asylsuchenden und Geflüchteten bleibt innerhalb dieses Diskurses nur noch die Position der dankbaren Bittsteller – abhängig vom „Goodwill“ der Helfenden.

3. Solidarische Unterstützungsarbeit ist keine Wohltätigkeitsveranstaltung

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Aydan Özoğuz, hat am 18. Dezember 2014, dem Internationalen Tag der MigrantInnen, zu einem Empfang ins Auswärtige Amt nach Berlin eingeladen. Sie dankte den rund 600 ausgewählten BürgerInnen für ihr Engagement und sprach ihnen „große Anerkennung“ für ihren Einsatz „für die soziale Integration von Flüchtlingen“ aus.³³

32 Auf die Widersprüche dieser selbst hergestellten Parallelstrukturen wird stets hingewiesen; vgl. Misbach/Bartholome/Groß 2009: 81-87. Mit den aktuell weiter steigenden Flüchtlingszahlen muss diese Debatte zunehmend auch auf den gesamten Bereich der Versorgung von Geflüchteten bezogen werden.

33 Siehe <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/1B/Artikel/wuerdigung-fluechtlingsinitiativen-2014/2014-12-18-wuerdigung-ehrenamtlich-engagierter-fluechtlinge.html>

Während der gesamten Veranstaltung ist jedoch in keiner einzigen Rede³⁴ auch nur ein Wort der Würdigung gefallen hinsichtlich der monate- und jahrelangen Proteste der Flüchtlinge. Bundes- und berlinweit machen sie unter widrigsten Umständen und Witterungen auf die restriktiven und unwürdigen Lebensbedingungen als Flüchtlinge und Asylsuchende aufmerksam und treten für ihre Rechte ein. Ohne diese Proteste wäre die öffentliche Debatte über Fluchtgründe, Residenzpflicht und Abschiebealltag bei weitem nicht auf dem jetzigen Stand. Viel weniger wäre bekannt über die vollkommen unzureichende medizinische Versorgung und die menschenunwürdige Unterbringung in größtenteils maroden Sammellagern, die oftmals Gefängnissen gleichen und in abgelegenen Gegenden und Randbezirken ohne Zugang zu alltäglicher Infrastruktur gelegen sind.

Während das zivilgesellschaftliche Engagement für Geflüchtete und MigrantInnen im Auswärtigen Amt gefeiert wird, werden Gesetzgebungen für MigrantInnen und Asylsuchende verschärft: So wurden im November 2014 gegen öffentlichen Protest die drei Westbalkanstaaten Serbien, Bosnien-Herzegowina und Mazedonien als „sichere Herkunftsstaaten“ eingestuft. Eine Ausweitung auf weitere Balkanstaaten ist aktuell in der politischen Diskussion.³⁵ Asylanträge aus „sicheren Herkunftsstaaten“ werden pauschal als offensichtlich unbegründet abgelehnt. Die Asylsuchenden werden in Sammelabschiebungen in ihre Herkunftsländer „zurückgeführt“ – wie es in der Behördensprache euphemistisch heißt. Das inzwischen verabschiedete Gesetz zum Bleiberecht enthält eine Ausweitung der Abschiebehaft und eine Erleichterung der Erlassung von Wiedereinreisesperren sowie eine Verschärfung des Ausweisungsrechts. Das im November 2014 novellierte und seit März 2015 gültige Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bleibt ein diskriminierendes Sondergesetz.

Am Beispiel der Gesundheitsversorgung lässt sich mit Verweis auf die oben dargestellten Vorteile einer elektronischen Gesundheitskarte zeigen, dass es selbst im Rahmen der bestehenden Gesetze durchaus kommunale, länder- sowie bundesweite Handlungsspielräume gibt. Die Gesundheitskarte nach Bremer Modell kann als konkrete Maßnahme gesehen werden, die so manches „ehrenamtliche“ Engagement erleichtern, entlasten oder in Teilbereichen sogar überflüssig machen – und den Menschen zu ihrem Recht verhelfen würde.

34 Es sprachen die Staatssekretärin Aydan Özoğuz, der Außenminister Frank-Walter Steinmeier sowie der SPD-Vorsitzende und Vizekanzler Sigmar Gabriel.

35 Der Bundesrat hat inzwischen mit Beschluss vom 16. Oktober 2015 auch die Westbalkanstaaten Albanien, Montenegro und Kosovo zu „sicheren“ Herkunftsstaaten erklärt.

All dies blieb bei den Feierlichkeiten im Auswärtigen Amt unerwähnt. Dabei bringen genau diese Gesetze, Gesetzesverschärfungen und Nichtwahrnehmung von bestehenden Handlungsspielräumen weiteren Bedarf und die Notwendigkeiten nach „ehrenamtlicher Hilfe und Unterstützung“ hervor. Statt für eine optimierte Vernetzung der für den Staat kostenlosen Service- und Dienstleistungen der „Ehrenamtlichen“ zu werben, könnten sich die Staatssekretärin, die gesamte Bundesregierung sowie die Oppositionsparteien als gesetzgebende Instanzen für die Abschaffung diskriminierender Sondergesetze einsetzen. Mit den Worten des GRÜNEN-Bundestagsabgeordneten Volker Beck gesprochen: „Wir sind keine Werbeagentur, sondern der Gesetzgeber!“³⁶

Sich für entsprechende gesetzliche Änderungen einzusetzen, wäre durchaus im Sinne menschenrechtlichen Empowerments – und im Einklang mit den staatlichen Achtungs- und Gewährleistungspflichten.

Solidarische Unterstützungsarbeit ist der gemeinsame soziale Kampf um Rechte – und eben keine Wohltätigkeitsveranstaltung. Eine solidarisch verstandene und an den Rechtsansprüchen der Menschen orientierte Unterstützung bedeutet immer auch, auf dem politischen Weg die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit einzufordern und zu befördern: Durch Bewusstseinsbildung, Protest, Lobbyarbeit und Kampagnen. Dazu gehört stets, das „eigene Engagement dabei zur Skandalisierung der gesellschaftlichen Zustände zu nutzen, die es notwendig werden lassen. Substitutionskraft und Gegenmacht müssen sich nicht ausschließen“ (van Dyk 2015: 8). Bleibt diese Ebene diskursiv und praktisch ausgespart, nimmt sich ehrenamtliches Engagement sein kritisches Potenzial und beschränkt sich auf geschmeidige Wohltätigkeit.

4. Paternalistischer Hilfediskurs und koloniale Denkfiguren

Das zitierte Beispiel zeigt auch, wie die öffentliche und politische Aufmerksamkeit häufig reduziert ist auf das humanitäre Engagement von „ehrenamtlichen“ Initiativen oder den etablierten großen (spendenbasierten) Hilfsorganisationen.

Gesamtgesellschaftliche Bedingungen und die notwendigen gemeinsamen, solidarischen sozialen Kämpfe um gleiche Rechte für alle geraten dabei aus dem Blick oder sollen gar nicht erst sichtbar (gemacht) werden. Dies entlässt nicht nur die Politik aus

³⁶ Zwischenruf von Volker Beck (DIE GRÜNEN) auf die Ausführungen von Hilde Mattheis (SPD) „Dafür (für die Gesundheitskarte nach Bremer Modell auch in den Flächenländern; Anm. EM) zu werben, ist unser Anliegen; dafür treten wir ein.“ Plenarprotokoll 18/115, Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode – 115. Sitzung, Berlin, 2. Juli 2015, Tagesordnungspunkt 12, 11084.

der Verantwortung, sondern verlagert auch politische Themen in einen vermeintlich unpolitischen zivilgesellschaftlichen Raum. Humanitäres, „ehrenamtliches“ Engagement ist dabei nicht selten einem paternalistischen Hilfediskurs verschrieben, der zum einen über die Dichotomisierung der Helfenden und der Bedürftigen funktioniert und zum anderen oftmals koloniale Bilder und Denkfiguren reproduziert.³⁷ Ein Verständnis von Unterstützung als wohlthätige Hilfe verlangt, dass die Bedürftigkeit zumindest diskursiv immer wieder bewiesen werden muss, und versetzt die (eigentlich) Anspruchsberechtigten in eine Position als BittstellerInnen, die ihnen unter Umständen auch noch unterwürfige Dankbarkeit abverlangt. Die Macht der Helfenden wird dabei verschleiert. Die bewusste oder unbewusste Ignoranz gegenüber gesellschaftlich ausgrenzenden Bedingungen und die fehlende Analyse ihrer Ursachen erlaubt eine Erhöhung der Helfenden gegenüber den Hilfe-Bedürftigen. Dieser unkritische Ehrenamtsdiskurs ist gesellschaftlich dominant und weist Überschneidungen mit kolonial geprägten Traditionen auf: Die „ehrenamtlich“ („weißen“) Helfenden werden als aktiv handelnde Subjekte konstruiert und erfahren Anerkennung und „Ehre“, während ihre („schwarzen“) Gegenüber als defizitär, arm, minderwertig, hilfs- und entwicklungsbedürftig sowie passiv konstruiert werden. In der zugeschriebenen Position als Opfer, Objekte oder AdressatInnen von Hilfsangeboten erfahren sie Mitleid statt Anerkennung.

Eine auf diese Weise verkürzte „humanitäre“ Perspektive auf „Ehrenamt“ verharrt in einem ahistorischen und entpolitisierenden Blick und verschleiert so gesellschaftliche Herrschafts- und Ausbeutungsverhältnisse. In dieser Logik bleibt jedoch der Fokus „Recht auf Rechte“ ausgeklammert.

Literatur

- Borzorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver 2015: Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013, in: PLoS ONE 10 (7): e0131483. Doi: 10.1371/journal.pone.0131483.
- Burmester, Frank 2015: Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), Jg. 95, Nr. 3, 109-114.
- Classen, Georg/Flüchtlingsrat Berlin 2014: Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AsylbLG und des SGG, BT-Drs. 18/2592, Okt. 2014, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsyblLG_2014_AS-Ausschuss.pdf

³⁷ Vgl. Kiesel/Bendix 2010. Kiesel und Bendix analysieren aus postkolonialer und rassismuskritischer Perspektive die Plakatwerbung von deutschen entwicklungspolitischen NGOs.

- Dyk, Silke van 2014: „Selbst ist der Mensch?“ Zivilgesellschaftliches Engagement im aktivierenden Sozialstaat – eine Kritik, unveröffentlichter Vortrag anlässlich der Tagung „Zivilgesellschaftliches Engagement zwischen Inklusion und Exklusion“ am Institut für Soziologie der Universität Salzburg, 28. Mai 2014, Salzburg.
- Eichenhofer, Eberhard 2013: Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge, in: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik, Jg. 33, Nr. 5-6, 169-175.
- Falge, Christiane/Fischer-Lescano, Andreas/Siebeking, Klaus (Hrsg.) 2009: Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Baden-Baden: Nomos.
- Frisch, Julia 2015: Zwischen Humanität und Bürokratie. Die schwierige medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Migranten ohne Krankenversicherung, in: Berliner Ärzte, Jg. 52, Nr. 6, 14-20.
- Karakayali, Serhat/Kleist, Olaf 2015: EFA-Studie: Strukturen und Motive der ehrenamtlichen Flüchtlingsarbeit in Deutschland, Berlin: Berliner Institute für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM), Humboldt-Universität zu Berlin 2015, 9. Download unter: http://www.bim.hu-berlin.de/media/2015-05-16_EFA-Forschungsbericht_Endfassung.pdf
- Kiesel, Timo/Bendix, Daniel 2010: White Charity: Eine postkoloniale, rassismuskritische Analyse der entwicklungspolitischen Plakatwerbung in Deutschland, in: PERIPHERIE, Jg. 30, Nr. 120, 482-495.
- Krennerich, Michael 2015: Das Menschenrecht auf Gesundheit. Hintergrundpapier für die Konferenz „Sich für die Gesundheit stark machen. Menschenrechtliches Empowerment unter den Bedingungen von Armut“, Berlin 26./27. März 2015.
- Misbach, Elène/Bartholome, Burkhard/Groß, Jessica 2009: Integration in die Regelversorgung statt Entwicklung weiterer Parallelsysteme: Eine aktuelle Perspektive für Berlin?, in: Falge, Christiane et al. (Hrsg.) Gesundheit in der Illegalität. Rechte von Menschen ohne Aufenthaltsstatus, Baden-Baden: Nomos, 81-87.
- Schuh, Hanna/Misbach, Elène 2015: Es ist uns keine Ehre. Solidarische Unterstützungsarbeit ist der Kampf um gleiche soziale und politische Rechte für alle, in: apabiz & MBR (Hrsg.): Berliner Zustände 2014. Ein Schattenbericht über Rechtsextremismus, Rassismus und Antisemitismus im Jahr 2014, 11-15. <http://www.mbr-berlin.de/wp-content/uploads/2015/06/2014schattenbericht-web.pdf>
- Pinl, Claudia 2015: Ehrenamt statt Sozialstaat? Kritik der Engagementpolitik, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg. 65, Nr. 14-15, 49-54.
- United Nations High Commissioner for Refugees 2015: UNHCR Asylum Trends 2014 – Levels and trends in industrialized countries, www.unhcr.org/551128679.html

FORUM

Thomas Gebauer

Pochen auf öffentliche Verantwortung – Menschenrechtliches Empowerment in der Praxis

Bekanntlich werden die Menschenrechte nicht von einer wie auch immer gearteten höheren Instanz gewährt, sondern in gesellschaftlichen Auseinandersetzungen von unten durchgesetzt. Das Terrain der Menschenrechte bleibt deshalb immer umkämpft. Es sind machtvolle Partikularinteressen, die der Idee universeller Rechte und damit auch dem Recht auf Gesundheit im Wege stehen. Exemplarisch zeigt sich das in dem fast schon verzweifelten Kampf afrikanischer Kleinbauern gegen den Landraub durch internationale Agromultis. Ohne öffentlichen Druck, ohne Empowerment kein Menschenrecht.

Aber Vorsicht! – Befähigung, Ermächtigung, Stärkung, wie auch immer wir das englische Wort Empowerment übersetzen, sagt noch nichts darüber aus, wie gewonnene Stärke genutzt wird. Stärke kann auch einer falschen Sache dienen. Menschenrechtliches Empowerment erfordert deshalb zweierlei. Es zielt darauf, dass Menschen aus einer ohnmächtigen Position herausfinden und dass sie die gewonnene Power auch tatsächlich zur Schaffung von menschenrechtlich verfassten Gesellschaften einsetzen.

Letzteres ist bei nicht allen der sogenannten „Empowerment-Projekte“ der Fall. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass sie mitunter auch zur Stabilisierung jener Verhältnisse beitragen, die die Menschenrechte systematisch untergraben. Was mit menschenrechtlichem Empowerment gemeint ist, soll ein Beispiel aus Südafrika verdeutlichen.

1. STATT KOMPENSATION VON STAATSVERSAGEN BEHARREN AUF ÖFFENTLICHER VERANTWORTUNG

Zu den dramatischen Zuständen, die im heutigen südafrikanischen Gesundheitswesen herrschen, zählt auch der erbärmliche Zustand von Schultoiletten. Das mag nebensächlich erscheinen, ist aber von hoher Symbolkraft. Tatsächlich geschieht es immer

wieder, dass Kinder in Schultoiletten verunglücken oder gar zu Tode kommen, wie zuletzt in einer Grundschule in der südafrikanischen Provinz Limpopo. Die überquellenden, maroden Toiletten stehen für ein Staatsversagen, das krasser nicht beschrieben werden könnte. Seit Jahren schon drängen Eltern und Lehrer auf Abhilfe.

Wie aber soll die zustande kommen? Im Prinzip hatten die Leute von Limpopo zwei Möglichkeiten; beide erfordern Empowerment.

Möglich wäre es gewesen, das tendenzielle Staatsversagen, besser: die Lücke zwischen dem Anspruch auf ein gutes Leben und einer Politik, die offenkundig andere Interessen verfolgt, zum Anlass zu nehmen, um in Eigeninitiative für hygienische Sanitäranlagen zu sorgen, genauso wie es viele Entwicklungsvorhaben propagieren und mitunter auch in deutschen Schulen von Eltern praktiziert wird. Hier ist es ja inzwischen auch schon üblich, dass Eltern Klassenzimmer renovieren und damit die Arbeit der Schulbehörden übernehmen. Pragmatische Selbsthilfe gewissermaßen; ein Engagement, das in Eigenverantwortung auf Lösungen drängt.

Die Leute in Limpopo haben einen anderen Weg eingeschlagen. Mit Unterstützung einer südafrikanischen NGO verlangten sie von den zuständigen Behörden, endlich ihrer Verpflichtung nachzukommen, für hygienische und sichere Toiletten zu sorgen. Hier wird menschenrechtliches Empowerment deutlich: Es liegt weniger in der Befähigung zur Selbsthilfe als im Pochen auf öffentliche Verantwortung.

Bei der südafrikanischen Nichtregierungsorganisation (NGO), die den Leuten von Limpopo beistand, handelte es sich um *Section 27*, ein Kollektiv von Anwälten, das aus dem *Aids Law Project* hervorgegangen ist, das zu den treibenden Kräften der südafrikanische AIDS-Bewegung zählte. Nicht zuletzt dem Protest der südafrikanischen AIDS-Aktivisten ist es zu verdanken, dass heute Millionen von HIV-Infizierten in aller Welt mit antiretroviralen Medikamenten versorgt werden. Zu den Schlüssen, die *Section 27* aus diesem Erfolg gezogen hat, gehörte, sich künftig über einzelne Krankheiten hinaus insgesamt für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit einzusetzen. Und so ist der Name *Section 27* durchaus Programm: *Section 27* ist jener Paragraf in der südafrikanischen Verfassung, in dem das Recht auf Gesundheit und damit der Anspruch der Menschen auf ein öffentlich getragenes Gesundheitswesen festgeschrieben ist.

Die Verfassung Südafrikas entstand nach dem Ende der Apartheid; in ihr spiegelt sich noch der Geist des demokratischen Ausbruchs, und von eben diesem Geist will *Section 27* nicht lassen. Die Unterstützung, die die Anwälte den Leuten in Limpopo zukommen ließen, versuchte erst gar nicht, das Scheitern der Behörden zu kompensieren, sondern zielte darauf, die Leute über ihre Verfassungsrechte zu informieren und

ihnen zu helfen, eben diese Rechte in der Öffentlichkeit und gegenüber den Behörden geltend zu machen. „*Health Literacy*“, nennt *Section 27* das und meint damit weniger die herkömmliche Förderung von Projekten, sondern die von Haltungen.

Als Teil von „*Human Rights Literacy*“ strebt „*Health Literacy*“ danach, dass Menschen aus ihrer Marginalisierung heraustreten und sich als Bürger, als Citoyen auf der politischen Bühne zu Wort melden können. So entstehen öffentliche Räume, die die Voraussetzung dafür bilden, dass sich Widerspruch artikulieren und zu einer politischen Kraft werden kann. Und darin liegt der Kern menschenrechtlichen Empowerments. In ihm geht es nicht um Lösungen, die in Eigenverantwortung geschaffen werden, nicht um Kompensation von Staatsversagen, sondern um das Drängen auf gesellschaftliche Verhältnisse, in denen die Verwirklichung der Menschenrechte zuallererst als eine öffentliche Aufgabe verstanden wird.

Mit dem Anprangern des Versagens von Provinzgouverneuren, regionalen Bildungs- und Gesundheitsministern und Behörden macht man sich bekanntlich nicht nur Freunde. Das war auch in Limpopo der Fall. Über Monate hinweg wurden die Schuldirektoren, die den Skandal publik gemacht hatten, samt ihren Familien systematisch eingeschüchert: sie sollten das Thema fallenlassen, und ohne die Unterstützung durch *Section 27* hätten sie dies vermutlich auch getan.

Professionell aufgezeigten Öffentlichkeitskampagnen, aber auch der guten Vernetzung von *Section 27* ist es zu verdanken, dass das Anliegen der Leute schließlich in den Medien Resonanz gefunden hat. Dank einer guten Verfassung, dank des Engagements politisch denkender Anwälte und dank des öffentlichen Drucks haben sich die Menschen in Limpopo schließlich durchsetzen können und werden nun in allen Schulen neue Toiletten gebaut, ohne dass ausländische Hilfswerke in die Bresche springen müssen.

2. Ein politischer Menschenrechtsbegriff

Der Idee von „*Human Rights Literacy*“ liegt ein politischer Menschenrechtsbegriff zugrunde, der Menschenrechte nicht als Attribute einer wie auch immer gearteten menschlichen Natur betrachtet, sondern als Qualitäten einer von Menschen errichteten Welt. Nur als Teil rechtlich verfasster Gemeinschaften sichern sich die Menschen ihre Rechte, so Hannah Arendt. Nur dort, wo ein öffentlich getragenes Gesundheitswesen existiert, kann das Recht auf Gesundheit auch geltend gemacht werden.

Das *Prinzip öffentlicher Verantwortung*, auf das die Leute von Limpopo gepocht haben, zählt zu den Grundsätzen, die sich durch alle Menschenrechte ziehen. Dass

dieses Prinzip – aller Menschenrechtsrhetorik zum Trotz – heute so bedroht ist, zählt zu den großen Irrtümern unserer Zeit. Verantwortlich dafür ist die voranschreitende Ersetzung jener in den Menschenrechtspakten verankerten staatlichen Schutz- und Gewährleistungspflichten durch eine neoliberal gewendete Idee von Eigenverantwortung, die mit dem Satz „Wenn jeder an sich denkt, ist auch an alle gedacht“ einem zynischen Begriff von Universalität das Wort redet. Bedauerlicherweise hat sich dieses neoliberale Paradigma tief ins Bewusstsein der Menschen eingegraben, selbst in das derjenigen, die am meisten unter der Aushöhlung von öffentlichen Institutionen zu leiden haben.

Nicht alle Menschen im Süden reagieren auf Missstände so, wie die Leute in Limpopo. Vielen bleibt auch gar nichts anderes übrig, als in Eigeninitiative nach Lösungen zu suchen. Denn wo sich staatliche Institutionen nicht mehr in der Rolle öffentlicher Dienstleister, sondern nur noch als Agenturen des Machterhalts sehen, haben es die Leute aufgegeben, sich an Behörden zu wenden. Hier kommen nicht selten Hilfsorganisationen ins Spiel, die ihrerseits die private Initiative propagieren: z. B. die Aufnahme eines Mikrokredits zur Finanzierung neuer Toiletten. Auch das galt viele Jahre als Empowerment, als „*financial literacy*“, wie es im entwicklungspolitischen Jargon heißt – und endete viel zu oft in der Verschuldung.

Human Rights Literacy muss sich folglich nicht nur mit korrupten Beamten und Profitinteressen auseinandersetzen, sondern auch mit jenen ideologischen Überzeugungen, denen sozialstaatliche Initiative ein Dorn im Auge ist. Im Kern von *Human Rights Literacy* geht es also um die Zurückdrängung von neoliberaler Hegemonie, die zwar in ihrem Diskurs gerne auf die Menschenrechte Bezug nimmt, zugleich aber alles tut, um deren Verwirklichung zu untergraben.

Das Pochen auf gesellschaftliche Verantwortung muss übrigens weder in einem autoritären Wohlfahrtsstaat enden, der sozialen Beistand an Kontrolle und Disziplinierung knüpft, noch überhaupt das Ende jeder persönlichen Freiheit bedeuten, wie es z. B. die US-amerikanische *Tea Party*-Bewegung behauptet. Zu den Voraussetzungen menschenrechtlich verfasster Gesellschaften zählt nicht die Einschränkung von Freiheit, sondern die Schaffung jener Voraussetzungen, auf denen sich Freiheit als universelles Recht entfalten kann. Dazu gehören essentielle Gemeingüter wie Bildung, Gesundheit etc., die zusammen eine soziale Infrastruktur bilden, die allen Menschen unabhängig von ihrer privaten Kaufkraft zur Verfügung steht.

Unter Gesundheitsaktivisten in aller Welt herrscht Einigkeit, dass sich solche Gemeingüter nur über eine progressive Besteuerung von Einkommen und Vermögen, also über Umverteilung, finanzieren lassen. Aber wie sich solidarisch finanzierte Ins-

stitutionen demokratisch steuern lassen, darüber gehen die Meinungen auseinander. Auch mehr als 25 Jahre nach dem Fall der Berliner Mauer ist es offenbar noch immer schwer, die beiden großen Menschenrechtspakete zusammen zu denken und eine sozialstaatliche Alternative zu entwickeln, die weder Versorgungsdiktatur meint noch nur den wehrhaften Schutz privater Besitztümer und Privilegien.

Wie wichtig aber die demokratische Verfasstheit von Versorgungseinrichtungen ist, wurde zuletzt noch einmal in der Ebola-Krise deutlich. Zu den Gründen dafür, dass sich die Epidemie so rasch ausbreiten konnte, zählte nicht zuletzt das mangelnde Vertrauen der Leute in die schlecht ausgestatteten und personell unterbesetzten staatlichen Versorgungseinrichtungen. Sie entpuppten sich vielerorts eher als Orte der Krisenbeschleunigung, denn der Krankheitsbekämpfung. Ohne das Engagement von Komitees, die sich auf kommunaler und regionaler Ebene gebildet hatten, um über die Zusammenhänge der Epidemie aufzuklären, wäre die Eindämmung der Epidemie nicht gelungen. Bei aller Dramatik hat der gemeinsame Kampf gegen Ebola auch das Selbstvertrauen der Leute gefördert; sie fühlen sich heute bestärkt, den Skandal der bis zur Unkenntlichkeit ausgehöhlten Gesundheitsdienste nicht länger hinzunehmen. Sie drängen von unten auf die Schaffung von gesellschaftlichen Institutionen, die sie künftig viel stärker als ihre eigenen betrachten werden. Auch in der internationalen Zusammenarbeit hat die Ebola-Krise ein Umdenken in Gang gesetzt. Deutlich wurde, wie wichtig der Ausbau horizontaler Gesundheitssysteme ist, statt – wie in den Jahren zuvor – mit vertikalen Programmen nur einzelne Krankheiten zu bekämpfen.

Diese Sicht teilen übrigens auch die Menschen an der gesellschaftlichen Basis. Empirische Studien, die das internationale Forschungsnetzwerk *Go4Health* (www.go4health.eu) in den letzten Jahren durchgeführt hat, legen das nahe. Systematisch wurden Bewohner ländlicher Gemeinden z. B. in Guatemala, Bangladesch oder Uganda zu ihren Ideen für gesundheitsbezogene Post-2015-Ziele befragt. Dabei wurde klar, dass sich die Befragten keineswegs als besondere Zielgruppen für vertikale Eingriffe verstehen, sondern sie einen umfassenden Gesundheitsschutz für alle verlangen. Vielleicht mehr noch als diejenigen, die gerne von Menschenrechten reden, wenn sie sich für besondere Zielgruppen engagieren oder nur „ihre Krankheit“ im Blick haben, plädieren die Leute an der Basis für Universalität.

Und auch darin spiegelt sich ein Grundsatz, der sich durch alle Menschenrechte zieht. Es ist das *Prinzip der Nicht-Diskriminierung*, das sich nur schlecht mit dem „*targeting*“ von vertikalen Programmen verträgt. In der Befürchtung, mit ein paar Überlebenshilfen abgespeist zu werden, liegt auch der Grund, warum viele Menschen im Süden auch den Ideen für eine soziale Grundsicherung, wie sie etwa die ILO mit

dem „*Social Protection Floor*“ vorantreibt, mit Skepsis betrachten. Sie befürchten, dass sich eine Grundsicherung durch „*Floors*“ rasch als „*Ceiling*“, als Deckelung nach oben, erweisen könnte. Damit würde ihr Recht auf Zugang zu einem bestmöglichen Maß an Gesundheit dauerhaft auf eine Armenfürsorge reduziert, und Anzeichen dafür, dass solche Doppelstandards keine Hirngespinnste sind, gibt es längst zur Genüge.

Man mag einwenden, dass – gemessen an den prekären Verhältnissen, die in der Welt herrschen – schon Minimalversorgungen durchaus begrüßenswerte Verbesserungen bringen würden. Tatsächlich wäre es ein Fortschritt, wenigstens Minimalstandards festzusetzen, die nicht unterschritten werden dürfen. Weil die Definition solcher Standards aber keine technische, sondern eine politische Angelegenheit ist, in die vielfältige Interessen einfließen, müssen solche Entscheidungen in demokratischen Prozessen stattfinden. Die Sorge der Betroffenen, dass es ein bürokratischer, am Ende womöglich noch bei der Weltbank angesiedelter Expertenstab sein könnte, der global festlegt, welche Leistungen Teil medizinischer Grundversorgung sind und welche nicht, ist nicht von der Hand zu weisen.

Den wohl radikalsten Gegenentwurf dazu haben indigene Gemeinschaften Lateinamerikas vorgelegt. Wenn sie von einem „*buen vivir*“ sprechen, meinen sie vor allem den Prozess, mit dem dezentrale Gemeinwesen klären, was sie für eine angemessene Daseinsvorsorge halten. Solche radikaldemokratischen Prozesse aber spielen in den wenigsten entwicklungspolitischen Überlegungen eine Rolle. Da den Partner vor Ort nicht wirklich Souveränität zugestanden wird, da viele Helfer das eigene, das westliche Entwicklungsmodell wie selbstverständlich für das beste aller Modelle halten, zeigen sich bei näherer Betrachtung auch viele der gut gedachten Empowerment-Ansätze als Anpassungsprojekte.

Statt den Leuten dabei zu helfen, sich als Bürgerinnen und Bürger mit alternativen Lebensentwürfen zu Wort zu melden, dreht sich ein Großteil des entwicklungspolitischen Engagements um die Bereitstellung von Techniken, Management-Knowhow oder Motivationshilfen, um mit den offenbar konstant gesetzten Widrigkeiten dieser Welt besser zurechtzukommen. Nicht die Praktiken der Nahrungsmittelmultis stehen im Fokus, sondern Trainingsprogramme, die auf das individuelle Essverhalten zielen. Nicht die Kritik am herrschenden Finanzkapitalismus, sondern die Verführung selbst noch der Ärmsten der Armen, mit der Aufnahme eines Mikrokredits auf unterster Ebene des Casinos mitzuspielen.

Und so erfordert menschenrechtliches Empowerment nicht zuletzt die Herausbildung einer unabhängigen transnationalen Öffentlichkeit, wie sie etwa im internationalen „*Peoples Health Movement*“, einem weltweiten Zusammenschluss von kritischen

Gesundheitsaktivisten und *grassroot*-Gruppen angelegt ist. Ohne Verständigung über gemeinsame Strategien, ohne triftige Analysen und gegenseitige Unterstützung bleibt das Drängen auf die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit nur Stückwerk. Empowerment erfordert eine Form von Zusammenarbeit, die mehr auf solidarische Begleitung von gesellschaftlichen Auseinandersetzungen setzt als auf Hilfe. Das Ziel ist die Schaffung von gesellschaftlichen Verhältnisse, die den Menschenrechten nicht länger im Wege stehen.



PHILIP CZECH

Fortpflanzungsfreiheit

XXI, 438 Seiten | 150 × 230 mm

€ 98,- | Broschiert

ISBN 978-3-7097-0080-8 | **ERSCHIENEN**

Die menschliche Fortpflanzung berührt gesellschaftlich und ethisch umstrittene Fragen. Regelungen der Reproduktionsmedizin, der Adoption und der Abtreibung stehen damit in einem Spannungsfeld zwischen der Wahrung öffentlicher Interessen und der Rücksicht auf moralische Überzeugungen einerseits und der Achtung der grundrechtlich geschützten Autonomie des Einzelnen andererseits.

Dieses Buch ergründet, welche Anforderungen die Europäische Menschenrechtskonvention an, die zu treffenden Kompromisse stellt und welche Lösungswege sie vorzeichnet.

Damit liegt erstmals eine umfassende Darstellung der grundrechtlichen Aspekte der menschlichen Reproduktion vor.



MARLENE STEININGER

Reproduktions- medizin und Abstammungsrecht

XXX, 456 Seiten | 150 × 230 mm

€ 98,- | Festeinband

ISBN 978-3-7097-0007-5 | **ERSCHIENEN**

Wer kann aus welchen Gründen dazu verpflichtet werden, die rechtliche Vaterschaft zu einem Kind – auch gegen seinen Willen – zu übernehmen oder beizubehalten? Ist eine gerichtliche Feststellung der Vaterschaft etwa bei einer Verhütungslüge gerechtfertigt, oder wenn der zu Untersuchungszwecken abgegebene Samen versehentlich für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet wird?

2013: Dr. Maria Schaumayer-Stiftung
Förderpreis

2014: Hauptpreis des Bank Austria
Preises zur Förderung innovativer
Forschungsprojekte, Leopold-
Kunschak-Wissenschaftspreis

Promoting the right to health through dialogue

Interview with Dainius Pūras, UN Special Rapporteur on the Right to Health

On 1st August 2014 professor Dainius Pūras from Lithuania took up his mandate as the new UN-Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (briefly: Special Rapporteur on the right to health). He is a child and adolescent psychiatrist and human rights activist, e.g. the founder of the non-governmental organization „Viltis“ representing families who have children with intellectual disabilities. Furthermore, Dainius Pūras served as a member of the UN Committee on the Rights of the Child between 2007 and 2011. The mandate of the Special Rapporteur on the right to health was established through the United Nations Commission on Human Rights in 2002. The previous Special Rapporteurs were: Paul Hunt (2002-2008) and Anand Grover (2008-2014). In April 2015 Sabine Klotz interviewed the Special Rapporteur Dainius Pūras for the *zeitschrift für menschenrechte (zfmr)* and talked about his mandat and involved challenges as well as his country mission to Malaysia.

zfmr: Mr. Pūras, congratulation to your appointment as new UN Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Firstly, could you please explain what the mandate of the UN-Special Rapporteur on the right to health exactly is? What are the main tasks and the role of your mandate, generally?

Pūras: The Special Rapporteur on the right to health is a part of UN Special procedures system, and more generally – part of the system, which, together with the Human Rights Council and the Office of the High Commissioner for Human Rights, is in charge of promoting and protecting human rights accross the world. After the right to health was recognized as an important human right by the UN, a mandate of a special independent expert on this right was established in 2002. I am the third Special Rapporteur on the right to health.

The Special Rapporteur implements the mandate through different means and activities. As assigned by the different UN resolutions related to the mandate, he/she presents annual reports to the Human Rights Council and to the General Assembly on the activities and studies undertaken in view of the implementation of the mandate; monitors the situation of the right to health throughout the world. He/she identifies general trends related to the right to health and undertakes country visits which provide

the Special Rapporteur with a firsthand account on the situation concerning the right to health in a specific country. He/she communicates with States and other concerned parties with regard to alleged cases of violations of the right to health and other issues related to his/her mandate. He/she promotes the full realization of the right to health through dialogue with relevant actors by participating in seminars, conferences, expert meetings.

zfmr: What was your motivation to apply for this mandate?

Pūras: I have been working for more than 30 years as a medical doctor, mainly with children who have developmental disabilities and serious emotional and behavioral disorders. I was also involved in all levels of health policy changes in Central and Eastern Europe, especially with regard to services for persons with psychosocial disabilities and other vulnerable groups. What I found out and what I was becoming increasingly concerned about was that doctors and policy makers tend to make decisions without consulting with service users and their family members, especially if those using services are either adults with mental health problems or children (with or without problems or disabilities). Many years ago, I arrived at the following understanding: medicine may go wrong if principles of participation are ignored as well as if principles of dignity and respect of service users are considered not as important as the desire of doctors to provide treatment. Thus, human rights are at the heart of everyday medical practice. Since then I realized, rather painfully, that it is not usual to promote human rights within healthcare systems and the medical profession. 20 years ago I was identified surrounding medical and related environment, that instead of being doctor, I am now a human rights activist, although I remained and still I am a medical doctor. So during the last 15 years I have been combining my medical expertise with my increasing knowledge in the area of human rights and health policy. I think that this kind of combination of my expertise and experience was the main source of my motivation. Also my very good experience of serving as a member of the UN Committee on the Rights of the Child in 2007-2011, resulted in decision that I could apply for this mandate and could serve as an UN independent expert. Finally, last but not least, my age (I am 57 now) does not prevent me from remaining a dreamer. I believe that the progress in the world relies on creative networking and developing a passionate sharing of ideas, and that committed groups of individuals may and must change the world for better, and that the UN-guided universal human rights principles are the compass which we need to have and should never lose.

zfmr: From your point of view: What does it mean that everyone has the right to health? Furthermore, what will be your future topics and key aspects during your mandate?

Pūras: The right to health does not mean a right to be healthy. There are many factors related to health and illnesses, which we are not able to control, and as we know, people tend to get ill and die. But if they get ill and die from preventable diseases and conditions, it means that their right to health has been violated and that something has gone wrong with the realization of the right to health and related rights. There are unacceptably many deaths from preventable causes in many regions and countries of the world. For example, 6 million children under 5 years of age are dying every year, and most of these deaths can be prevented. In Eastern Europe an epidemic of suicides has been going on for more than 20 years, with extremely high rates of suicides among young and middle-age men, and these deaths are also preventable. The right to health is about two main issues to be seriously addressed. The first and most important issue is what we call social and other determinants of health, such as access to safe and potable water and adequate sanitation, healthy occupational and environmental conditions, and access to health-related education and information. They determine to large extent better or worse status of health of population and individuals. The second issue focuses on healthcare systems and services and contains the following elements (in accordance with the *General Comment to the ICESCR on The Right to the Highest attainable standard of Health, 2000*): accessibility, acceptability, availability and quality of healthcare services. As an independent expert, appointed by the UN Human Rights Council, my mandate is to analyze how the right to health is realized and inform about best practices, opportunities, challenges and obstacles, with special focus on addressing violations of this right and related human rights.

zfmr: What are challenges and even structural obstacles regarding the right to health?

Pūras: There are many challenges. Firstly, the right to health is one of the broadest mandates, therefore it is impossible to cover all important issues, as there are too many. So this is always a challenge or problem of prioritizing. Furthermore, health is seen often by policy-makers as a secondary issue, as an outcome of economic development or quality of healthcare systems. While in fact even more than outcome, good societal health is an obligatory precondition for effective sustainable development, including economic growth. The third challenge is that health as an economic social and cultural right is too often suffering from poverty and inequities, and that there is still an insufficient understanding among stakeholders, that investment in the right to health and holistic development in early childhood is a crucial prerequisite of success, nationally and globally. The fourth challenge is that health of individuals and societies is too often negatively affected by interpretations of cultural and religious norms. Paradoxically, these good intentions to raise moral issues too often end up with grave violations

of human rights, including the right to health. To conclude, implementation of human rights based health policy is a most challenging test to each government. Any departure from universal human rights principles, any kind of promoting and protecting one group of human rights in expense of other group of rights will end up in detrimental outcomes to the health of individuals and societal health in general. These are just some important challenges which I see as important and necessary to highlight and address.

zfmr: With the focus on vulnerable/marginalized groups or vulnerable situations (e.g. persons with disabilities, children or persons who are living in poverty) what kind of violations or lack of attention regarding the right to health exist and should be noted? Could you illustrate these questions with an example that clarifies why it hasn't received the needed attention so far?

Pūras: I have already commented on one part of a fundamental mistake which too often has been and remains repeated when designing and implementing healthcare services and when practicing medicine. Those who are served often are not seriously consulted or even informed. The mistake of such kind of „common sense“ is that people representing so-called vulnerable groups – users of mental health services, children and adolescents, people in other vulnerable situations, such as those living in extreme poverty – are seen as not competent enough to be equal partners in the process of decision making. Then a paternalistic approach comes in, and decisions are made on their behalf by doctors or important others. The history of medicine and psychiatry demonstrates that this tendency has resulted in grave violations of human rights, amounting to torture. Paradoxically and ironically, this unfortunate tendency remains reinforced by a simplistic biomedical model – which turns health care into a service for repairing of different part of the body and which, being not so much interested in human rights and in social determinants of health – is often dominating healthcare systems and services. For example, the excessively exploited biomedical model, even if with good intentions, has caused harmful consequences to many generations of children and adults with disabilities. Now we have the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which has opened a new era with regard to rights of persons with disabilities. In the context of this shift of paradigm – as obstacles for reaching full potential of children and adults with disabilities are now seen not in diagnosis of the individuals, but barriers which are in surrounding environment and thus need to be eliminated – the biomedical model now has to find its new place.

zfmr: In the context of this example, how do states fail in their obligations to respect, to protect and fulfil the right to health and health related rights?

Pūras: First of all, I would like to mention that the seven decades after end of the World War II and since the founding of the UN have been marked with remarkable achievements in both protecting and promoting human rights, and improving public health worldwide. The natural paradox and irony is that it is in human nature to take note more of what is negative rather than positive, and mass media is mainly focused on disasters and failures. Another paradox is that countries which have achieved highest standards in promoting human rights, are more open to discuss and reflect, in a self-critical manner, and with help of vibrant civil societies, what has been going wrong, so we get a picture as if these countries are failing with their obligations. Of course, UN independent experts as well as UN Treaty bodies (committees which monitor implementation of the UN Conventions) approach most developed and least developed countries differently and understand that their possibilities to advance are different. My general observation is that states, when they present reasons for not adequately respecting, protecting and fulfilling their obligations, too often present the argument of the lack of financial resources. My view is that many violations of human rights, including violations of the right to health, are based often on outdated attitudes and lack of transparency and accountability, and not only on lack of resources.

zfmr: From the perspective of vulnerable groups or people who are living in a vulnerable situation, how could they better participate or become self-empowered to realize their right to health and health-related rights?

Pūras: This is all about enabling environment which states and state institutions have to create. There is a well know principle of „self-fulfilling prophecy“. For me this means that we, who are responsible for realization of the right to health (policy makers, doctors and other professionals, carers of persons in vulnerable situations, etc.) have a choice. We can demonstrate our power and control over those who we see as weak and lacking competence and capabilities. For example, a mother may feed her child with a disability forever because she sees him as not able to do that independently. A doctor may keep prescribing high dosages of psychotropic medication to a person with diagnosis of mental illness, make decisions on his/her behalf, and recommend to the court that the patient is not anymore legally capable. A state may keep vulnerable groups of population in closed institutions or slums and feed them to protect their right to survival, but not their right to live in dignity. Such a government will be guided by principles of charity but not by universal principles of human rights. In all three cases I mentioned here, a mother, a doctor, and a state will, of course, and sadly, reach fulfillment of their prophecy. These are examples of vicious cycle of investing in hopelessness and helplessness.

All three cases can be turned the other way around. Mother, doctor and state may invest in autonomy and participation of these individuals, and they will be empowered and if we seriously address their rights in a holistic manner, their quality of life and their health status may improve dramatically. Also this will decrease the burden for community and society. So this will be a self-fulfilling prophecy which will bring a win-win outcome.

This idea is in the hear of a modern human rights based approach, as I understand it. In the words of Jonathan Mann „the human rights framework provides a more useful approach for analysing and responding to modern public health challenges than any framework thus far available with the biomedical tradition”.

I am confident in presenting and defending this position because I have a lot of experience in witnessing both scenarios. I was happy and proud when I contributed in the early 1990s (in Lithuania and neighbouring Eastern European countries) in liberating children with disabilities and their families from the first scenario of „self-fulfilling prophecy“ and facilitated their empowerment so that their quality of life and their human rights situation improved in a significant way. At the same time I am still witnessing a lot of systemic failures in the region which I know best (Central and Eastern Europe), but also globally, when, for example, after persons are diagnosed with schizophrenia, they suffer much more from outdated attitudes by society, authorities and professionals than from the natural course of their mental condition. I firmly believe that each person can be adequately supported to represent himself/herself, if we only stop to create obstacles for such self-representation and self-empowerment.

zfmr: Mr. Pūras you founded the non-governmental organization (NGO) „Viltis“ and you were i.a. Chair of the Board for the Human Rights Monitoring Institute. In your opinion, what role could, should or must civil society and NGOs play concerning the right to health?

Pūras: As you mentioned the NGO „Viltis“ which I have founded, I would like to tell one story which has strongly influenced my views and values. I was interested in human rights of children with intellectual and other disabilities since I was studying medicine, and when I graduated, as a young doctor and researcher I started to dream that one day, when the political situation would change, I would do everything I can that at least in my country these children can be liberated from cynical and humiliating system of that kind of „services“ which existed then in Soviet Union. Just as a reminder, soviet ideology was denying existence of any mental health problems as if they have been eradicated by that system, and thus hiding such problems and such people, so families had to choose – to abandon their children or to keep them locked at home.

So, I had to wait until 1989, when Lithuania could enjoy democracy, and only then it was not illegal anymore to found the NGO – like „Viltis”. What happened then was that I was invited to visit Germany by Mr. Tom Mutters, the founder of a German analogue of Viltis – Lebenshilfe. He arranged a very meaningful 2 months study visit for me in 1990. I could see different places and services in Germany, not only for children and adults with intellectual disabilities, but also child and adult mental health services. As I was then just elected as a first president of a newly established Lithuanian Psychiatric Association I met during that study the President of German Psychiatric Association, Dr. Johannes Meyer-Lindenberg. We had a long talk at the Frankfurt airport, about the past, present and future of German, Lithuanian and world psychiatry. It was very sad to hear that Dr. Meyer-Lindenberg passed away several months after we met. One more person whom I met then and who impressed me with his passion and his famous school of child and adolescent psychiatry in Marburg, was Prof. Helmut Remschmidt. These three people – Johannes Meyer-Lindenberg, Tom Mutters and Helmut Remschmidt, as well as many other Germans I met then – and those two months in Germany (that was my first time to cross the iron curtain), loaded me for the rest of my life, mainly with a message that any model of care for persons in need must be based on dignity and respect, otherwise such care makes no sense and will even be harmful. I would like to use this opportunity, as I address a German audience, to express my sincere gratitude to German society, for this exceptionally progressive attitude to human rights which has characterized Germany during the last 70 years and makes this country a good example to the rest of the world.

Now back to your question on the role of civil society. I am convinced that creating and strengthening enabling environments for civil society is a crucial and cross-cutting issue, if sustainable development goals are supposed to be addressed seriously, and so progress in full realization of the right to health largely depends on quality of relations between government and civil society. With regard to the right to physical and mental health, focus on reaching universal health coverage is very important and needed. However, this goal is meaningful only if there is a trustful partnership between government and civil society. The reality of current global tendencies is that this „if“ needs to be strongly reminded to many. The right to health and other related (civil, cultural, economic, political, social) human rights can only be realized if the crucial element of meaningful participation is seriously addressed, and, again, for this to happen governments should be engaged in respectful partnerships with civil society. Also, accountability without which obligations to promote human rights are only empty promises, can be addressed seriously only if civil society is empowered and respected by government.

As I already mentioned, I spent the first 32 years of my life in a system that was trying to realize a right to health without investing in civil rights and civil society, and I know that in the longer run this is a impossible mission.

zfmr: In your biography on the OHCHR website it is mentioned that you work closely with different stakeholders to turn scientific evidence into effective policies and practices through the application of modern human rights and public health approaches. Are there any concrete measures or concepts which are especially worth mentioning?

Pūras: First of all, this is about synergies of using human rights based approach and modern public health approach. This is a very powerful synergy saving lives and improving quality of life. These concepts are often presented and highlighted when designing health-related policies and practices, and this are good news. However, at the level of implementation they often lose to competing approaches, including to excessive use of specialized medicine and the classical biomedical model based on diagnosing pathology and looking for weapons which could kill that pathology. One of the issues I would like to address seriously as a Special Rapporteur is a tendency to overuse the biomedical model in healthcare practices. This is pertinent to modern psychiatry, but also to medicine in general. I am delighted to observe growth of initiatives such as for example „Choosing wisely“ (<http://www.choosingwisely.org/>) which promote the idea of avoiding wasteful or unnecessary medical tests, treatments and procedures.

The paradox of modern medicine is that there are two coexisting extremes which need to be prevented. One is that millions of people do not have access to life saving medicines. Another is that millions of people are exposed to excessive medical diagnostic and therapeutic interventions, which is an effect of overmedicalization in modern medicine. To avoid both tendencies, accountability and transparency are crucial, and here, again, we arrive at the importance of a strong and vibrant civil society. There is a lot of power struggles in health policies, and therefore it is of utmost importance to share power between different stakeholders and to avoid monopoly in decision making. Preventive approach should be promoted as a very progressive trend in modern medicine, which is in transition from paternalistic medicine to practice of medicine as respectful partnership between medical workforce and users of healthcare services.

zfmr: In November 2014 you travelled to Malaysia for one of your first country missions. You summarized your observations and recommendations in a report for the UN Human Rights Council in June. What is your assessment regarding the realization of the right to health in Malaysia? Is there anything that could be especially highlighted?

Pūras: My report has been presented to the the 29th session of the UN Human Rights Council in June this year. This report included my first thematic report with

overview of the mandate and some elements of my vision of how I plan to discharge my mandate, and also visit to Malaysia report. Malaysia achieved impressive progress in providing healthcare services for its population. Some indicators, such as vaccination coverage, maternal and child mortality, life expectancy, improved dramatically. Achievements related to some of the essential underlying determinants, including improvements in access to water and sanitation, and the effective control of outbreaks of recent epidemics, are also commended. The Malaysian healthcare system, with good access to primary and specialized care, could be an example to many countries. However, the right to health is not only about this, and in my report I have raised existing challenges, especially with regard to what I call a selective approach to human rights, including the right to health. As Malaysia has ambitious goal to be a developed country, the government and other stakeholders need to consolidate an inclusive and sustainable model of development. This is recognized by the Malaysian government. What I was highlighting is that for inclusive society and good level of societal well-being, a holistic and not selective human rights approach is necessary. This is why the rights of all, without exception, people living in Malaysia need to be protected, and more efforts are needed in Malaysia to combat the discrimination of the more vulnerable groups to achieve their full inclusion in society.

zfmr: Lastly, could you tell me please: What kind of perspectives and challenges exist for the right to health in the future? What would or could be a set of recommendations on bridging existing gaps in the full realization of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health? Are there any positive developments?

Pūras: I am working on such kind of recommendations, and I hope to have them in my thematic reports. I think that we need to better prioritize in modern world, and to better identify imbalances which may be serious obstacles to achieve sustainable development goals. For example, a key lesson from the spread of violence and global insecurity could be serious investment in early childhood. As neuroscience has discovered, early childhood adversities may be responsible to large extent for high prevalence of non-communicable diseases in adulthood, not to speak about epidemic rates of violence. We need to address violence as a human rights and a public health problem and by means of modern social innovations to improve quality of human relations – this will be more effective interventions than investing in military technologies. We need to liberate hidden resources in individuals, families and communities, so that people are more resilient to risk factors and see that protective factors such as solidarity and tolerance serve as „vaccines“ against violence and socially determined ill-health. This is all already happening in many countries, and we should not forget that many

people around the world are enjoying effective outcomes of modern approaches, policies and practices. The warning part of modernity is that currently retrogressive tendencies have been observed in many regions, and it is my duty to inform policy makers about what we know from science and practice of public health – that, for example, if they tolerate or even promote, as it happens, so called „mild forms of violence“ they should not be surprised at proliferation of brutal violence and atrocities in many regions. These are all interrelated issues. So we should all again, as it was after World War II, apply in sustainable way the best known antidote against collective and other forms of violence – promote and protect, in a passionate, convincing and evidence based way, universal human rights principles.

TOUR D'HORIZON

Gendersensible Sprache – Ansichten aus dem Herausgeberkreis

Weniger ist manchmal mehr!

Keine Frage: Gendersensible Sprache hat ihren Sinn. Sprache prägt unser Denken und kann dazu beitragen, althergebrachte Denkmuster aufzubrechen. Und doch: Ich liebe die deutsche Sprache und mir ist jeglicher elitäre Zug zuwider, der mit dem Sprachgebrauch einhergehen kann. Beides verträgt sich nicht immer mit den sich rasch ändernden Vorgaben einer gender-sensiblen Schreibe.

Zunächst zum guten Schreibstil: Es liest sich recht holprig, wenn der Text nur so von Sonderzeichen wimmelt. Schräg- und Unterstriche, Großbuchstaben und Sternchen mitten im Wort oder an dessen Ende mögen wichtige, gesellschaftspolitische Denkpulse, gerade auch im Sinne der Menschenrechte, geben, ein Lesevergnügen sind sie aber nicht. Auch der zunehmende Gebrauch von Partizipien trägt nicht zur sprachlichen Eleganz bei. „Fahrradfahrer“ und „Fahrradfahrerin“ sind bereits keine schönen Wörter, aber „Fahrradfahrende“ sind eine Verschlimmbesserung. Bei Fußgängern und Fußgängerinnen wirkt das Partizip geradezu albern.

Nun muss nicht jeder Text ein Sprachgenuss sein. Oft geht es darum, Veränderungen anzustoßen oder auch nur ein klares politisches Zeichen zu setzen. Dennoch ist weniger manchmal mehr. Nicht unbedingt überall, sondern vor allem dort, wo Gender-Fragen gesellschaftspolitisch bedeutsam sind oder genderbezogene Diskriminierungen vorliegen, erscheint es mir wichtig, Gender-Aspekte auch sprachlich zur Geltung zu bringen. Im Straßenverkehr ist mir – zumindest heutzutage und hierzulande – der Gender-Aspekt herzlich egal, nicht aber, wenn ich etwas darüber aussagen möchte, dass beispielsweise Frauen in der Politik, Wirtschaft oder den Universitäten unterrepräsentiert und arg im Nachteil sind. Dann sollten diese Probleme allerdings auch deutlich benannt werden. Eine akzentuierte gendersensible Sprache und klare inhaltliche Aussagen entwickeln meines Erachtens mehr Wirkkraft als die sperrigen Versuche, jeglichen Sprachgebrauch mit Sonderzeichen und Hilfskonstruktionen zu vereinheitlichen. Die Vielfalt der Ausdruckformen hat auch ihre Stärken.

Geradezu problematisch wird es, wenn eine gendersensible Sprache sich allzu sehr vom alltäglichen, vertrauten Sprachgebrauch entfernt. Damit geht nicht nur die Gefahr einher, sich der Lächerlichkeit preiszugeben. Es besteht auch die Gefahr, dass sich ein akademisch-elitärer Sprachgebrauch herausbildet, der all jene ausgrenzt, die nicht in dem Gender-Diskurs bewandert und nicht mit dessen sprachlichen Feinheiten vertraut sind. Dies behindert Kommunikation und erschwert es zugleich zu erkennen, ob eine genderunsensible Sprache Ausdruck einer Einstellung oder nur eines unbedarften Sprachgebrauchs ist. So entlarvend Wort und Schrift auch sein können: Wer vorschnell von der Sprache auf die Einstellung schließt, kann Menschen unrecht tun.

Der vermeintlich kritische Diskurs kann also reichlich unkritisch daherkommen – zumal, wenn er nicht gleichzeitig kontextsensibel ist. Nicht nur das Sprachumfeld und die Sprachgewohnheiten der Menschen sind zu berücksichtigen. Über den Sprachakt hinaus sind auch andere Handlungen daraufhin zu prüfen, ob sie Aufschluss über die Einstellung der Menschen geben. Die Frage, ob jemand die jüngsten Vorgaben gendersensibler Sprache beherrscht, hat also nur bedingte Aussagekraft. Selbst bei „Eingeweihten“ liegen zwischen Gender-Rhetorik und gelebter Praxis oft Welten. Für intellektualistische Überheblichkeit gibt es daher keinen Anlass, wohl aber für einen offenen, fairen und verständnisorientierten Diskurs über Gender-Themen.

Michael Krennerich

Diverse Kontexte, unterschiedliche Geschwindigkeiten

Diskurse über genderechte Sprache verlaufen sehr unterschiedlich, je nach Kontext. Sie können moderat sein, wie jene Texte, die in dieser Tour abgedruckt sind, oder in Extreme verfallen. Extreme der Ablehnung finden sich typischerweise weniger im akademischen Kontext als in den Medien, nicht zuletzt in den Kommentarbereichen von Online-Zeitungen. Wer sich dort nur kurz umtut, muss den Eindruck bekommen, bei genderechter Sprache seien gefährliche Ideolog_innen am Werk, die der Welt mit engstirnigem Fanatismus ihren Stempel aufdrücken wollen. Genderecht verfasste Schulbücher wollen Kinder einer „Gehirnwäsche“ unterziehen, eine einschlägige feministische Politik, die dies befördert, nehme Bildung, Schule und mit ihnen die Kinder in „Geiselhaft“; so solle eine Ideologie durchgesetzt werden, und das habe es doch schon einmal gegeben, das könne man nicht wollen. Deshalb haben in Österreich Elternvertreter (hier ist das eben nicht neutrale generische Maskulinum bewusst gesetzt) die Initiative „GeGender“ gestartet. Was ironischerweise auf den ersten Blick so

aussieht und auch so klingt, als sollte eben „gegendert“ werden, ist hier anders gemeint: „GeGender“ steht für „gegen Gendern in den Schulbüchern“.

Auch in den Universitäten nimmt, so wird dies wahrgenommen, der Totalitarismus des „Genderns“ überhand; es gilt als hochgradig skandalös, wenn Universitäten oder Fachhochschulen fordern, Qualifizierungsarbeiten seien geschlechtergerecht zu formulieren. Das sei eine „Machtdemonstration gegen den Schwächeren, der sich nicht wehren kann“ (Werner Doralt). Sichtlich handelt es sich hier um den Coup einer Minderheit, sie zwingt der großen Mehrheit der Sprachunempfindlichen, denen es nur darum geht, effizient Sinn zu vermitteln (Jurist_innen lieben diese Selbstwahrnehmung), die sich sprachlich einfach so entfalten und sich darin nicht von der Last der Gendersensibilität behindern lassen wollen, ihren Wahn auf, ihre Art, Sprache zu „vergewaltigen“.

Moderatere verwenden die Vokabel der Vergewaltigung nicht, halten aber doch fest, dass gendergerecht verfasste Texte typischerweise unschön sind, dass sich sprachliche Sensibilität für Geschlechterpluralismus mit Sprachgenuss nicht verträgt. Nun ist Sprachgenuss bisweilen etwas durchaus Subjektives, und der meine ist gerade dann vergällt, wenn ein Text sich ohne jegliche Form der Sensibilität schlicht des generischen Maskulinums bedient. Es kommt gar nicht selten vor, dass solche Texte eingereicht werden, auch bei der *Zeitschrift für Menschenrechte*. Während hierorts Verfasser_innen gebeten werden, ihre Sprache inklusiver zu gestalten, ist dies in anderen Kontexten, und nicht nur im Juristischen, völlig unüblich. Und wer eine Tageszeitung oder ein Wochenmagazin aufschlägt, wird ohnehin nur ganz selten mit gendersensibler Sprache behelligt.

Anders ist das in bestimmten universitären und akademischen Kontexten (längst nicht in allen). Hier schreitet die Sprachkarawane hurtig voran, und es ist nicht einfach, Schritt zu halten. Was gestern das Nonplusultra war – wie das Binnen-I, das von etlichen Verwaltungen übernommen wurde –, ist längst schon wieder out, weggefegt vom Reiz des Neueren, Inklusiveren, noch Sperrigeren, das noch intensiver ins Unbewusste vordringen will, als Haken, als irritiertes Innehalten: Was ist hier los? Hier steht Frauen* – was soll dieser Stern? Ist der nicht, wie es in der Umgangssprache so schön heißt und mit Blick auf gendergerechte Sprache auch gern so vorgetragen wird, „unnötig wie ein Kropf“? Warum soll irgendjemand so etwas lesen müssen? Vielleicht sogar deshalb, weil es bisweilen schmerzt?

Zuzugeben ist, dass mit den immer neuen, immer schneller sich abwechselnden Varianten sprachlicher Genderirritation sich Avantgarden formieren, die das Feld vor sich hertreiben und bisweilen Verständnis für jene, die bei dieser Geschwindigkeit nicht mitkommen, vermissen lassen. Kaum hatte „man“ (darf das Wort noch verwen-

det werden? mit „mensch“ kann ich persönlich mich nicht anfreunden) sich an das Binnen-I gewöhnt, wurden Querstriche gesetzt, dann kam der Unterstrich, und dieser wurde mittlerweile von den Sternchen überholt bzw. liegen diese in etwa gleichauf. Sternchen werden gern bei allen Begriffen gesetzt, die irgendetwas mit Geschlecht zu tun haben, um die Uneindeutigkeit und soziale Konstruiertheit jeglicher geschlechtlichen Identität deutlich zu machen. Ich habe auch bereits die Kombination aus Unterstrich und Sternchen gesehen („Aktant_innen*“). Auch die Welt der Abkürzungen wird komplexer, was daran ersichtlich ist, wenn in einer Erklärung „ein_e Trans*Inter*GnC (Gender non Conforming) PoC oder Schwarze_r“ auftaucht oder in einer Ausschreibung „FLIT*-Personen“ gesucht werden. Solche Formulierungen können für nicht Eingeweihte entfremdend wirken. Aussicht auf allgemeine Verwendung haben sie wohl kaum, allerdings kann jenen, die sich solcher Sprachformen bedienen, Kreativität und guter Wille nicht abgesprochen werden, selbst wenn eine_r mit der eigenen Sprache hier nicht mitkann.

Ein Argument jener, die zur Sparsamkeit beim „Gendern“ aufrufen, möchte ich noch entkräften. Gendersensibilität in der Sprache wird prinzipiell bejaht, aber nur dort, wo sie hingehöre, nämlich dann, wenn dezidiert Genderthemen verhandelt werden. Das erinnert von der Struktur her an die alte, von Feminist_innen mit guten Gründen kritisierte Trennung von Öffentlichkeit und Privatheit. Als Beispiel wird der Straßenverkehr genannt; hier sei das Gendern fehl am Platze. Ich bin davon nicht überzeugt. Denn besteht nicht der Witz der ganz generell gepflogenen gendersensiblen Sprache darin, deutlich zu machen, dass es keine „genderfreien“ Räume gibt – wir haben doch alle ein (zugeschriebenes) Geschlecht – und dass scheinbare Genderfreiheit von Wahrnehmungsblindheit zeugt? Im Übrigen gibt es gerade im Straßenverkehr die Möglichkeit, gewitzt mit den Geschlechtern umzugehen, wenn etwa einige Fußgängerampeln in Wien neuerdings Ampelfiguren zeigen, die paarweise, Hand in Hand, „Stehen“ und „Gehen“ anzeigen, und zwar gegengeschlechtliche ebenso wie gleichgeschlechtliche Paare. Das mag auf den ersten Blick irritieren, manche erfreuen, andere ärgern, aber es öffnet jedenfalls die Wahrnehmung. Sprache schafft Welt, und damit gehen dann hoffentlich auch entsprechende inklusive, geschlechtergerechte Handlungen einher, die nicht nur für Geschlechterpluralität, sondern auch für andere hierarchisierte Differenzen sensibel sind.

Elisabeth Holzeithner

Zu viel des Guten?

Heute – der Tag, an dem diese Zeilen verfasst werden – ist der 3. September 2015. In den letzten Tagen ist das derzeit vor allem syrische Flüchtlingsdrama in Europa eskaliert; tausende Menschen sind am Budapester Bahnhof gestrandet, hunderte andere Betroffene hausen unter freiem Himmel in einem Auffanglager inmitten der deutschen Hauptstadt; ein ertrunkenes Flüchtlingskind wurde von der Flut an die türkische Küste gespült. Zugleich rottet sich seit geraumer Zeit im Internet, aber zunehmend auch in vielen deutschen Innenstädten ein rassistischer Mob zusammen, der dafür sorgt, dass die hier oft erst nach wochenlangem Leidensweg landenden Flüchtlinge als Erstes nicht etwa eine helfende Hand, sondern hassverzernte, hässliche Fratzen zu sehen bekommen. Die Politik versagt oder nimmt diesen Hass gar billigend in Kauf, um Deutschland als Einwanderungsland merklich unattraktiver zu machen. Bleibt es angesichts dieser überaus fremdenfeindlichen Stimmung nicht etwas „abstrakt“, einmal mehr, so wie hier in dieser Zeitschrift, über das Dauerthema sprachlicher Diskriminierung innerhalb des akademischen Milieus zu konferieren? Sind hier nicht die zentralen Argumente bereits seit den 1990er-Jahren ausgetauscht (auch wenn es außerhalb des besagten Milieus und mithin in der sogenannten Alltagswelt natürlich noch immer viele Holzköpfe gibt, die so tun, als könnte man dies ignorieren)?

Ja und nein, wie mir scheint, doch beginnen wir mit einer editorischen Vorbemerkung, die gegen Ende dieses Textes bereits vergessen sein könnte: Eine akademische Zeitschrift, die sich den Menschenrechten und damit dem wissenschaftlichen Kampf gegen politische Ungleichbehandlung verschrieben hat, wird selbstverständlich auch im Rahmen ihrer redaktionellen Textarbeit stets genau hinsehen müssen, ob sich in den von ihr zu publizierenden Texten nicht doch versteckte sprachliche Diskriminierungen aufspüren lassen. Unsere Autorinnen und Autoren machen es uns da freilich leicht, denn sie sind allesamt – eben auch sprachlich – bereits genügend sensibel für Diskriminierungen; sonst würden sie sich kaum für Fragen der Menschenrechte interessieren. Umgekehrt dürften diejenigen, die im Namen der „Traditionspflege“ völlig ungebrochen oder auch aus vermeintlich sprachästhetischen Gründen an der bloß tradierten Alltagssprache festhalten wollen, oft auch eigene Schwierigkeiten mit dem Kampf gegen Diskriminierung haben. Sicher, bisweilen wird unseren Autorinnen und Autoren, aber auch uns selbst in der Redaktion, die eine oder andere verfängliche Formulierung „durchrutschen“. Aber die wissenschaftliche und intellektuelle Community, die sich hier in dieser Zeitschrift versammelt, scheint – im Gegensatz zur besagten Alltagswelt – kaum weitere Anstöße zur sprachlichen Selbstverständigung zu benötigen.

Allerdings gibt es da einen durchaus beklemmenden und weitgehend verborgenen Zusammenhang zwischen dem Anliegen antidiskriminatorischer Sprachkritik einerseits und der zu Anfang erwähnten und im Zuge der Flüchtlingsproblematik weiter anwachsenden Fremdenfeindlichkeit andererseits, und die Aufdeckung dieses Zusammenhangs wird bei vielen Leserinnen und Lesern vermutlich einen gewissen Protest hervorrufen. Die neuerlich aufflammende Fremdenfeindlichkeit, so wird im Folgenden zu zeigen sein, bricht sich auch deshalb weitgehend ungehindert Bahn, weil die vermeintlich aufgeklärte Öffentlichkeit – zumindest dort, wo sie sich links oder liberal, akademisch und intellektuell versteht – so gut wie keine argumentative Gegenwehr zeigt (im Gegensatz etwa zu jenen vom Flüchtlingselend bewegten Privatbürgerinnen und -bürgern, die derzeit in München, Wien und anderswo tätige Nächstenliebe praktizieren und über die sich manche kritische Intellektuelle derzeit vollends zu Unrecht und auf abstoßend zynische Weise lustig machen, weil ihnen karitative Praxis offenbar viel „uncooler“ erscheint als theoretische Sprachkritik). Die These wird lauten: Diese fehlende Gegenwehr der kritischen Intelligenzija ist zumindest *auch* das Resultat einer inzwischen vielerorts vollends *übertriebenen Selbstkritik* jenes linken bzw. liberalen und sich vor allem mit sich selbst beschäftigenden Milieus, die sich nicht zuletzt auch aus dem Umstand ergibt, dass in Universitäten und akademischen Öffentlichkeiten immer häufiger die Sprachpolizei auf Streife geht und zumindest dort zu einer bisweilen völlig überzogenen Selbstgeißelung im rhetorischen Miteinander zwingt.

Das hier ins Auge gefasste akademische Milieu, dem ich mich durchaus auch selbst zuordnen würde, befindet sich intellektuell, wissenschaftlich und auch politisch in einer Lage, in der sich unter dem Deckmantel aufgeklärter Toleranz längst ein eher unaufgeklärter Relativismus breitgemacht hat. Dieser Relativismus wendet sich zuvorderst gegen vorschnelle „Universalisierungen“ und vermeintliche „Wahrheiten“ des weißen, europäischen, kapitalistischen, heterosexuellen, christlichen usw. Mannes, von dem ja tatsächlich vollends unstrittig ist, dass er für ungeheure Verbrechen verantwortlich ist. So historisch wichtig und notwendig aber die anhaltende Kritik an Rassismus, Eurozentrismus, Imperialismus, Sexismus, Homophobie usw. ist: Man kann diese Kritik eben auch übertreiben. Denn als ebenfalls fatal erweist sich der sehr häufig mit jener Kritik einhergehende Umkehr- bzw. Fehlschluss, dass sämtliche Meinungen und Überzeugungen, die von Menschen vorgebracht werden, die *nicht* weiß, europäisch, männlich, besitzend, heterosexuell, christlich usw. sind, von vornherein exakt denselben intellektuellen und auch politischen Respekt verdienen. Mit diesem Fehlschluss wird aus einer historisch notwendigen Aufklärungskritik an dis-

kriminierenden Herrschafts- und auch Sprachpraktiken eine letztlich völlig unkritische Absolution des ominösen „Anderen“. Oder anders gesagt: Wer von vornherein die prinzipielle Gleichwertigkeit aller nicht hegemonialen Meinungen setzt, beraubt sich der Möglichkeit einer Aufklärungskritik, die sich keineswegs bloß hegemonialen Kräften entgegenstemmen muss. Und wer tolerant bis aufgeschlossen gegenüber jeder noch so verwerflichen oder auch nur bescheuerten Meinung ist, verliert am Ende jedes kritische Differenzierungsvermögen.

Es ist nun genau dieser intellektuelle Relativismus gegenüber der Pluralität an Weltanschauungen, der eine unheilvolle Allianz mit sprachpolizeilichen Kräften eingeht, die geradezu unentwegt und überall verbale Diskriminierungen wittern. Diese Kräfte vereinen sich zu einem intellektuellen Ethos der übervorsichtigen Toleranz, das sich zwar hyperkritisch geriert, in Wirklichkeit aber – vor allem auch in eigener Sache – extrem unkritisch ist. Besonders enervierend in öffentlichen Debatten und immer häufiger auch im Internet ist das, was man „Ismus-Seismografie“ nennen kann: Wer sich zuerst von irgendeinem Rassismus, Sexismus, Eurozentrismus, Imperialismus oder auch Speziesismus erschüttert zeigt, darf als sensibelster Seismograf der eigenen Troll-Kohorte gelten. Eine tendenziell maßlose Sprachkritik aber wird zu einer Ideologiekritik, die sich selbst aller Ideologiekritik enthoben glaubt, und mutiert so zur denunziatorischen Geste. Aus moralischem Grollen wird Trollen. Die Grenzen zur Tea-Party, zu den Sittenwächtern in Teheran oder zur Scharia-Polizei in Wuppertal verschwimmen. Die Trolls der sprachlichen Hypermoral mögen zwar nicht deren inhaltliche Grundüberzeugungen teilen, wohl aber deren denunziatorischen Alarmismus. Manchmal gilt eben auch für die moralische Sprachkritik die berühmte Warnung Ciceros, dass „höchstes Recht höchstes Unrecht“ ist.

Viel wichtiger aber als der vielerorts zu vernehmende Hinweis, dass eine übertriebene sprachliche Tugendwächerei lästig und unsympathisch anmutet, ist das Folgende: Die besagte Ismus-Seismografie führt selbst bei weniger leicht zu erschütternden Diskurspartnerinnen und -partnern zu einer immer häufiger geradezu panischen Infragestellung sprachlicher, aber auch ethisch-moralischer Gewissheiten: Dürfen wir noch länger „man“ sagen? Dürfen wir von „schwarzer“ Hautfarbe sprechen? Kann man zugleich interkulturell aufgeschlossen, ja, tolerant sein und die Tradition der Klitorisbeschneidung verdammen? Diese bisweilen übertriebenen Verunsicherungen sind ja auch innerhalb der Menschenrechtsdebatte seit vielen Jahren ein Problem: Wie verträgt sich der menschenrechtliche Universalismus mit dem Plädoyer für Offenheit gegenüber nicht hegemonialen Kulturen? Lässt sich die – im Kern – berechtigte Vorsicht gegenüber eurozentristischen Verallgemeinerungen noch länger

mit der auf „westlichen“ Wert- und Rechtsvorstellungen basierenden, aber gleichwohl notwendigen Kritik an kulturbedingten Diskriminierungen oder gar Verbrechen vereinbaren?

Folglich wirkt es so, als ob sich im linksliberalen Milieu inzwischen eine gewisse Übervorsicht eingeschlichen hat, anderen im Diskurs „weh“ zu tun, die zu einer Art ethisch-moralischen Vermeidungshaltung führt: Immer seltener stemmen sich kritische Intellektuelle offensiv selbst offenkundigen Unmenschlichkeiten entgegen; man denke hier eben an den besagten Bürgerkrieg in Syrien, den Vormarsch des IS, die Art und Weise, wie Flüchtlinge auch hier in Deutschland behandelt werden. Der Relativismus der Gleichwertigkeit aller Überzeugungen provoziert eine phobische Rückzugsreaktion von Diskurspartnerinnen und -partnern, die es eigentlich besser wissen, aber nicht mehr anecken wollen. Und eben dieser Rückzug der kritischen Intellektuellen bedingt, wie ich abschließend andeuten will, am Ende eben auch das unheilvolle und überall in Europa zu beobachtende Erstarken der rassistischen Rechten.

Wenn sich kritische Intellektuelle nicht länger trauen, anzuecken und sich sprachlich oder auch interkulturell in die Nesseln zu setzen, dann werden mehr und mehr bloß noch diejenigen, die diese Bedenken nicht haben, als letzte Verteidiger „moderner“ europäischer Werte, wie etwa der Meinungsfreiheit, wahrgenommen. Und das sind nun mal oft auch Reaktionäre, Rechte und Rassisten; selbsternannte Retter und Ritter des Abendlandes und deren oft unverfrorener, aber eben doch auch in breiterer Öffentlichkeit verfangende Protest: „Das wird man doch noch sagen dürfen!“ (siehe hier nur die Fälle Sarrazin und neuerdings Orbán). Diese dumpfe und oft dämliche Selbstbehauptung wird offenbar von vielen Menschen als das letzte hörbare Pochen auf „unsere Werte“, z. B. eben auf Meinungsfreiheit oder demokratische Selbstbestimmung, wahrgenommen. Damit aber fallen die besagten Wertüberzeugungen, indem sie missbraucht werden von jenen, die in Wahrheit ja doch nur ihre jeweils eigene Meinung gelten lassen und letztlich Feinde der Demokratie sind, dem Verdikt eines toleranten Relativismus zum Opfer; einem Verdikt, das sich ausgerechnet jene auf die Fahnen schreiben, die sich eben zugleich auch als Verteidigerinnen und Verteidiger der Menschenrechte und der Demokratie sehen möchten. Auch ich bin selbstverständlich der Überzeugung: Alle dürfen alles sagen. Aber die zu vernehmenden Ansichten sind eben nicht alle gleichermaßen richtig oder auch nur tolerabel.

Damit liegt folgende mentalitätstheoretische Zeitdiagnose auf der Hand: Eine übertriebene, tendenziell maßlose Seismografie in Sachen Diskriminierung fügt sich ein in eine Tendenz zur intellektuellen und auch wissenschaftlichen Entschärfung öffentlicher Auseinandersetzungen, die überaus kontraproduktiv ist. Und auch eine

maßlos übertriebene Sprachkritik im linksliberalen Milieu hilft mit, einer rassistischen „Asylkritik“ auf der Rechten kampfflos das Feld zu überlassen. Diese Diagnose stimmt leider auch dann, wie mir scheint, wenn das redaktionelle Bekenntnis zu Beginn dieses Textes ebenfalls gilt: Das Plädoyer für sprachliche Sensibilität ist durchaus verträglich mit der Warnung, dass zugleich auch sprachliche Hypersensibilität zu vermeiden ist, damit theoretische Toleranz nicht in praktische Intoleranz umschlägt.

Arnd Pollmann

Einschluss durch Benennung – keine Lapalie!

In den frühen 1990er Jahren kam mir erstmals Luise Pusch's *Das Deutsche als Männersprache* (erschienen 1984 bei Suhrkamp) in die Hände. Ihre Entlarvungen der Männlichkeit der deutschen Sprache waren verblüffend (Die Einleitung beginnt mit dem Satz: „In meinem Pass steht: Der Inhaber dieses Passes ist Deutscher.“) und oft extrem erheiternd. In scharfsinniger Art und Weise zerpfückte sie das Argument, dass zwar männliche Formen verwendet werden, dass in diesen aber Frauen mitgemeint seien. Der wirkliche Mechanismus ist, dass Männer universelle Menschen sind, und in dieser universellen Kategorie können Frauen enthalten sein; ein umgekehrter, weiblicher Universalismus, in den Männer hineingedacht werden können, existiert nicht. Konkret, „Ärzte“ können sowohl *männliche* als auch *männliche und weibliche* Mediziner sein, was auf den Begriff „Ärztinnen“ aber nicht zutrifft, denn das Weibliche ist die Sonderform. Man könnte nun sagen, dass dies in der Natur der Sache liege, denn Ärzte waren ja lange ausschließlich männlich – die Entstehungsgeschichte des Berufes sei hier beiseitegelassen –, so wie auch Ingenieure, Minister u. v. m. Frauen sind also in diesen Feldern historisch (und nicht sprachlich) eine Sonderform. Allerdings wird im umgekehrten Fall – wenn also Männer in gesellschaftliche Frauendomänen eindringen – schnell deutlich, dass sich hier nicht derselbe Prozess vollzieht: „Hausfrau“ und „Krankenschwester“ müssen verändert werden, damit Männer in diesen Kategorien Platz finden (die entsprechenden Wortschöpfungen „Hausmann“ und „Krankenpfleger“ sind durchaus als Gewinn zu bezeichnen, da deskriptiv sinnvoll, aber doch mit einem gewissen freundlichen Stigma behaftet).

Der Punkt, der insgesamt deutlich wird, ist, dass Sprache Machtgefälle nicht nur beschreibt, sondern mitproduziert. Nicht umsonst kam feministische Sprachkritik als Teil der neuen Frauenbewegung auf. So anregend diese Kritik für feministisch Interessierte seitdem gewesen ist, die Reaktion der Allgemeinbevölkerung war (und ist) nicht von Begeisterung für nicht sexistische Sprachformen geprägt (diese Feststellung

stützt sich auf persönliche Gespräche und erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität). Menschen reagieren oft genervt oder angegriffen; andere stimmen der Kritik zu, sehen aber keinen Grund zur Veränderung (oder keine Möglichkeit – ohne die deutsche Sprache zu verunstalten), und viele sind der Ansicht, dass die Lösung nicht in der Veränderung der Sprache, sondern der Realität selbst liegen müsse. Resultat ist, dass diejenigen, die sich über eine angemessenere Sprache Gedanken machen, als Nervensägen abgestempelt werden. Befinden sich solche Menschen noch dazu in Machtpositionen, die eine Durchsetzung neuer Sprachformen in bestimmten Kontexten ermöglichen, dann können sie sich des Ärgers der „Allgemeinheit“ relativ sicher sein; oft müssen sie auch auf Faschismus- und Totalitarismusbeschuldigungen nicht lange warten.

Es mag sein, dass Menschen grundsätzlich zum ihnen vertrauten Status quo tendieren und sich daher mit sprachlichen Veränderungen schwertun. Nichtsdestotrotz schafft Sprache Realität – dies wird besonders im Vergleich mit anderen Sprachen deutlich, die andere Möglichkeiten bieten und auch andere Einschränkungen beinhalten. Es war mir beispielsweise ein sehr einprägsames Erlebnis auf meinen ersten Exkursionen in englischsprachige Länder, dass „professor“ tatsächlich *nicht* automatisch einen Mann bezeichnet, denn in Abwesenheit von männlichen und weiblichen Endungen ist die Kategorie prinzipiell offen. In meinem deutschen Bewusstseinsstrom tummelte sich aber der „Professor“ hartnäckig als Mann.

Inzwischen geht sprachliche Geschlechtersensibilität natürlich längst über die angemessene Bezeichnung von Männern und Frauen hinaus – Menschen, die in keine der beiden Kategorien passen, können nicht benannt werden und sind damit ihrer Existenz als Vollmenschen beraubt. Zeitversetzt zur Intervention von Luise Pusch entstehen heute Debatten im Kontext der LGBTQI-Bewegungen, die die Bipolarität unseres Geschlechterdenkens in Frage stellen. Im englischsprachigen Raum wird als Ergänzung zu „she“ und „he“ nun über weitere Pronomen nachgedacht, unter anderem „they“, „zie/hir“, und „xe“. Es ist keineswegs sicher, wohl sogar eher unwahrscheinlich, dass sich diese Bezeichnungen allgemein durchsetzen werden, aber wie zu Zeiten Puschs geht die Reflektion über Sprache Hand in Hand mit der Reflektion über die uns umgebende Hetero- und Cis-Normativität. Manche Institutionen lassen Worten Taten folgen, wie etwa die *University of Vermont*, die geschlechtsneutrale Sprache eingeführt hat, um transgender und genderqueer Studierende angemessen anzusprechen.¹ In Deutschland würde diese Initiative vermutlich intensiv beschimpft werden,

1 Quelle: http://www.nytimes.com/2015/02/08/education/edlife/a-university-recognizes-a-third-gender-neutral.html?_r=0.

wenn man sich den Fall von Professx Lann Hornscheidt ansieht – der grundsätzliche Vorschlag der Professx ist lediglich, Sprache zu reflektieren und sich als aktive Handlung bewusst zu machen, die jedeR selbst mitgestalten kann.²

Kurzum: Macht- und Statushierarchien stecken in Sprache. Als eine Zeitschrift, die sich den Menschenrechten widmet und Sensibilität hinsichtlich aller Hierarchieformen fördern will, ist es ein wichtiges Ziel der *zfmr*, dass die hier veröffentlichten Texte Geschlechterhierarchien in der Sprache reflektieren. Dies betrifft natürlich auch andere sprachliche Ausschlussformen, etwa rassistische, diese scheinen aber in der deutschen Sprache eher inhaltlich als strukturell in Erscheinung zu treten.

Susanne Zwingel

Sprache macht Politik möglich

„Sprache macht Demokratie möglich. Doch Sprache birgt gleichermaßen die Macht zu Integration wie zu Ausgrenzung in sich. Erst die Suche nach einer gemeinsamen Sprache macht Demokratie zu einem Ort gewaltfreier Auseinandersetzung.“ Deshalb kann ich den Argumenten der Herausgeber und Herausgeberinnen für eine geschlechtersensible Sprache nur beipflichten.

Gleich ist damit jedoch eines meiner verlegerischen Alltagsprobleme im Lektorat verbunden: Ob großes „I“ oder kleines „i“, ob Unterstrich oder nicht, darüber wird bei uns gut und gerne mit Recht gestritten. Wir im Verlag – dazu in einem Fachverlag für politische Bildung – haben inzwischen eine eher autorenbezogene liberale Sichtweise. Eine einheitliche Schreibweise unter anderem wegen der Lesbarkeit von Texten durchsetzen zu wollen, lässt sich kaum realisieren, wenn man ein Verlagsprogramm anstrebt, das eine breite Diskussionsplattform für einen gesellschaftlichen Diskurs anstrebt. Die Debatte ist hier zu zermürbend und geht mitunter so weit, dass Autorinnen und Autoren sogar schon mal den Rückzug ihres Beitrags androhen. Man mag diesen Diskurs eben nicht mehr führen und fragt sich das eine oder andere Mal: Gibt es denn nichts Wichtigeres?

Moment, so einfach ist es eben nicht! Denn unbestritten ist, dass eine geschlechtersensible Sprache den reflexiven Umgang mit Vorurteilen fördert, und das ist mir als Verlegerin ein wichtiges Anliegen. Deshalb nun zum nächsten Argument, das meine Mitherausgeberinnen und -herausgeber anführen: Sprache ist Handeln. Michael

² Siehe: http://feministisch-sprachhandeln.org/wp-content/uploads/2014/03/onlineversion_sprachleitfaden_hu-berlin_2014_ag-feministisch-sprachhandeln.pdf

Krennerich weist zu Recht darauf hin, dass ein solches Sprachverständnis zwar Hinweise auf die Einstellung Einzelner zulässt, aber nicht zu voreiligen Rückschlüssen führen darf. Sprache spiegelt aber auch eine gesellschaftliche Denkweise zu politisch streitbaren Themen wider. Es ist daher äußerst wichtig, sich über eine angemessene Sprache zu politischen Themen auszutauschen, denn der Austausch ist ja oft mit einem Diskurs über die politische Richtung verbunden, die in der Gesellschaft eingeschlagen werden soll. Dazu kommt: Erst wenn wir beispielsweise Missstände in Worte fassen, sie benennen und zur Sprache bringen, können wir uns ihrer annehmen und etwa Diskriminierung aufdecken. Missstände anzusprechen, fordert auch dazu heraus, die richtige Begrifflichkeit zu finden. Sprache ist somit eben auch politisch ausgerichtet. Jede politische Strömung findet ihre Worte für gesellschaftliche Probleme und Prozesse, sie kleidet ihre Worte in eine „Sprache“, die eine Denkrichtung zum Ausdruck bringt. Der Diskurs über Sprache ist gerade deshalb auch ein politischer Diskurs.

Bleibt zu fragen, ob der Diskurs über eine geschlechtersensible Sprache übertrieben wird. Nun, wenn diese Diskurse zu sehr ausgereizt werden und die politisch korrekten Formen über die zu vermittelnden Inhalte gestellt, also dogmatisch und fundamentalistisch werden, dann kann aus meiner Sicht die Nachhaltigkeit von Diskursen darunter leiden. Wichtig ist es, die Gründe für eine gendersensible Schreibweise transparent zu machen und der Leserschaft gut nachvollziehbar zu kommunizieren. Geschieht das nicht, kann es passieren, dass Sprachdiskurse nicht mehr ernst genommen werden. Bei einer Wissenschaft, die sich immer mehr verästelt und in Teilgebiete ausdifferenziert, darf die sprachliche Rückbindung nicht vergessen werden. Denn am wirksamsten ist es, wenn Diskurse über Sprachsensibilität zu Gender, Migranten, Rechtsextremismus usw. auch in der Gesellschaft – hier bei den Leser_innen – nachvollzogen werden.

Wie hat sich der gendersensible Sprachgebrauch im deutschsprachigen Raum ausgewirkt? Inzwischen ist ein Großteil des wichtigen und ehemals kämpferisch geführten Diskurses über Sprache und Geschlecht in der Gesellschaft angekommen. Bestimmte Begriffe und Schreibweisen haben sich in vielen Bereichen durchgesetzt, die Radikalität der Auseinandersetzung ist abgeflacht. Die Sensibilität für Sprache sollte allerdings bereits in der Schule gefördert werden. „Soziale Rollen“ ist der Begriff, der hierzu in den Lehrplänen verankert ist und mehr oder weniger im Gesellschaftsunterricht (Politikunterricht) der Klasse 8/9 durchgenommen wird. Gut ist das allemal.

Zuletzt eine Anekdote aus meinem Leben. Als meine Doktorurkunde ausgestellt wurde, wurde ich vom Prüfungsamt gefragt, ob ich Doktorin oder Doktor genannt werden wolle. Ich war absolut verdattert. Darüber hatte ich mir noch gar keine Ge-

danken gemacht. Mir fiel dies nun wieder ein und wenn ich ehrlich bin, musste ich nachsehen, für was ich mich entschieden hatte. Ich suchte deshalb meine Urkunde noch einmal heraus und war erstaunt über die Nachhaltigkeit, die die Sprachdiskurse über das „-in“ doch auch bei mir hinterlassen haben. Ich las in der Urkunde „Doktorin“.

Tessa Debus



Jens Becker (Hrsg.)

Einblicke in das kubanische Gesundheits- und Sozialsystem
(Schriftenreihe Hans-Böckler-Stiftung)

2015 - 276 Seiten - 29,90 €
ISBN: 978-3-89691-716-4

Kubanische ÄrztInnen und PflegerInnen sind über Lateinamerika hinaus weltweit gefragtes Fachpersonal. Insbesondere Ausbildung, Grundlagenforschung, Prävention und medizinische Versorgung gelten als vorbildlich. Bislang fehlte es jedoch an einem profunden Einblick in dieses durchaus umstrittene, staatlich gelenkte Gesundheitssystem, das sich vor dem Hintergrund knapper Ressourcen, niedriger Löhne und marktwirtschaftlicher Reformen im Umbruch befindet. Die Beiträge des Buches setzen sich kritisch mit dem kubanischen Gesundheits- und Sozialsystem auseinander.



Ellen Bareis, Thomas Wagner (Hrsg.)

Politik mit der Armut
Europäische Sozialpolitik und Wohlfahrtsproduktion „von unten“

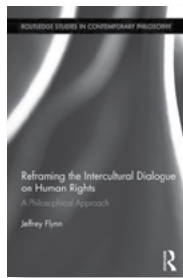
2015 - 344 Seiten - 36,90 €
ISBN: 978-3-89691-714-0

Die Widersprüche einer Armutspolitik „von oben“: Sowohl politische Prozesse der Produktion sozialer Ausschließung als auch die Anstrengungen von Menschen zur Aneignung gesellschaftlicher Ressourcen stehen im Mittelpunkt der Analyse, Fragen nach sozialen und politischen Alternativen werden gestellt.



BUCHBESPRECHUNGEN

Jeffrey Flynn (2013): Reframing the Intercultural Dialogue on Human Rights. A Philosophical Approach, New York, Routledge, 234 S., € 105,12



Das Bild, das einem in den Sinn kommt, wenn man an einen interkulturellen Dialog über Menschenrechte denkt, ist eines, in dem Vertreter verschiedener Kulturen oder Religionen zusammen an einem Tisch sitzen und darüber debattieren, welche Rechte dem Menschen aus welchen Gründen zukommen sollten. Dies geschieht meist mit dem Ziel, festzustellen, ob sich trotz des kulturellen und religiösen Pluralismus eine inhaltliche Schnittmenge identifizieren lässt, oder um zu fragen, wie man angesichts dieses Pluralismus mit den jeweiligen Differenzen umgehen sollte. In seinem Buch unternimmt Jeffrey Flynn den anspruchsvollen Versuch, einen philosophischen Beitrag zu diesem Dialog zu leisten. Hierzu möchte Flynn den anderen Dialogteilnehmern

jedoch nicht einfach sein philosophisches Verständnis der Menschenrechte präsentieren, an dem sie sich orientieren können. Vielmehr möchte er das Bild des interkulturellen Dialogs selbst aus einer anderen Perspektive betrachten und es für jene Aspekte öffnen, die bisher ausgeblendet wurden. Ziel ist dabei einerseits, einen kritischen Blick auf den Kontext, die Teilnehmer, die Funktion und den Inhalt des interkulturellen Dialogs zu werfen, und andererseits, einen diskurstheoretischen Vorschlag zu seiner konstruktiven Neugestaltung zu unterbreiten.

Flynn zufolge leide das obige Bild des interkulturellen Dialogs an einem allzu starken Fokus auf die Frage der kulturellen Vereinbarkeit. Das führe weniger zu einem offenen, breiteren Verständnis der Menschenrechte als vielmehr dazu, dass feste, bereits bestehende Menschenrechtsverständnisse gegenüber anderen verteidigt werden, sodass der Dialog an produktiver Substanz verliere und eher zu einem Forum der kulturellen Selbstbehauptung werde. Dies hänge unter anderem damit zusammen, dass der Dialog nicht in einem politischen Vakuum stattfinde, sondern

in einem Rahmen asymmetrischer Machtverhältnisse geführt werde, in dem nicht-westliche Vorstellungen mit einem ‚kolonialen Subtext‘ oft nur als Hindernisse auf dem Weg zur Akzeptanz der Menschenrechte porträtiert würden. Schwerwiegende menschenrechtliche Probleme, die eine Verpflichtung westlicher Staaten implizieren, wie etwa das der globalen Armut, gerieten, so Flynn, durch diese kulturelle Fixierung aus dem Blick des Dialoges, der dadurch leicht den Anschein einer monokulturellen Belehrung erhält und von Seiten nichtwestlicher Kulturen den Vorwurf hervorruft, lediglich ein Instrument zur Durchsetzung politischer Interessen zu sein. Dieser Vorwurf wird von jenen, die ihn vorbringen, jedoch oft selbst politisch instrumentalisiert, um die eigenen kulturellen oder politischen Praktiken vor externer Kritik zu schützen. Für Flynn ergibt sich daher die zentrale Frage, wie sich ein interkultureller Dialog gestalten lässt, der im Bewusstsein des kolonialen Subtexts dazu in der Lage ist, ein sowohl wechselseitiges als auch machtkritisches Verständnis der Menschenrechte hervorzubringen; ein Verständnis, das sich ernsthaft mit nichtwestlichen Perspektiven und Kritiken auseinandersetzt, ohne diese jedoch notwendigerweise ‚at face value‘ zu akzeptieren.

Hierzu geht Flynn zunächst auf zwei bestehende philosophische Vorschläge ein, die von John Rawls (Kapitel 2) und Charles Taylor (Kapitel 3) stammen. Die-

se Auswahl liegt nahe, da beide Autoren das explizite Ziel verfolgen, eine dezidiert nichtwestliche Konzeption der Menschenrechte zu entwerfen. In *Das Recht der Völker* (1999) versucht Rawls, die Menschenrechte von ihrem metaphysischen und philosophischen Ballast zu befreien, indem er ihre Rechtfertigung und Inhaltsbestimmung von bestimmten Ideen des Guten entbindet. Die Behauptung, der Mensch habe bestimmte Rechte, weil er ein göttliches, vernünftiges oder moralisches Wesen sei, setze nämlich stets ein partikulares Verständnis des Menschen voraus, das von anderen kulturellen Traditionen nicht unbedingt geteilt werden könne. Ferner dürfe man Menschenrechte nicht ohne Weiteres mit jenen Grundrechten gleichsetzen, die man üblicherweise in einer liberal-demokratischen Verfassung vorfinde, da dies die Gefahr berge, „dass Menschenrechte als etwas ausschließlich Liberales oder der westlichen Tradition Zugehöriges zurückgewiesen werden“ (RdV, S. 80).

Rawls zufolge sei es daher klüger, den Inhalt der Menschenrechte auf einen „harten Kern“ zu beschränken. Um diesen zu identifizieren, müssten sich liberale Völker fragen, welche Rechte „besonders dringlich“ seien, so dringlich, dass man im Falle ihrer Verletzung berechtigt wäre, zwangsmäßig in eine andere Gesellschaft zu intervenieren. Hierunter fielen Rawls zufolge das Recht auf das für die eigene Subsistenz und Sicherheit Nötige, auf

Freiheit von Sklaverei, Leibeigenschaft und Zwangsarbeit sowie auf ein hinreichendes Maß an Gewissensfreiheit, auf persönliches Eigentum und auf formale Gleichheit. Alle anderen Rechte, etwa das auf freie Meinungsäußerung, Versammlungsfreiheit oder politische Partizipationsrechte, sind Rawls zufolge keine „Menschenrechte im engeren Sinne“, sondern eher ein „Ausdruck liberaler Hoffnungen“ (RdV, S. 236), den man Gesellschaften, die zwar nicht liberal, aber dennoch achtbar und dementsprechend zu tolerieren seien, nicht einfach aufdrücken dürfe.

Flynn würdigt diese Bereitschaft, nichtwestliche Perspektiven und Kritiken bei der Konzipierung der Menschenrechte zu berücksichtigen, kritisiert jedoch die Tatsache, dass sie von Rawls mit einer geradezu erstaunlichen Selbstverständlichkeit akzeptiert werden. Indem Rawls mögliche Einwände gegenüber einem breiteren Verständnis der Menschenrechte ohne weiteres anerkennt, vermeide er eine kritische Auseinandersetzung mit jenen, die sie im Namen einer bestimmten Kultur vorbringen. Problematisch ist dies deswegen, weil dadurch solche Stimmen innerhalb *derselben* Kultur ausgeblendet werden, die im Namen der Menschenrechte gegen jene protestieren, die Rawls zu beschwichtigen sucht. Flynn hält es deswegen für notwendig, den Teilnehmerkreis des interkulturellen Dialogs um intrakulturelle Gegenstimmen zu erweitern und leitet einen ersten wich-

tigen Schritt zu seiner Neugestaltung ein, indem er jenen, die in gesellschaftlichen Kämpfen gegen herrschende Praktiken oder Institutionen protestieren, einen Platz am Dialogisch verschafft.

Im Einklang mit Taylor möchte Flynn daher einen stärker dialogischen Zugang zu den Menschenrechten eröffnen, der es ermöglichen soll, alle normativen Forderungen, Einwände und Gegeneinwände auf den Tisch zu bringen und zur Debatte zu stellen. Im Gegensatz zu Taylor geht es Flynn dabei jedoch nicht so sehr um die Herstellung eines überlappenden Konsenses, in dem sich alle Teilnehmer aus jeweils eigenen Gründen über einen Kanon von Normen einig werden können. Vielmehr geht es ihm darum, konkrete *Kämpfe um Menschenrechte* in den abstrakten *Dialog über Menschenrechte* mit einzubeziehen. Dadurch möchte Flynn die herrschaftskritische Funktion der Menschenrechte, die ihnen in sozialen und politischen Kämpfen zukommt, in den interkulturellen Dialog übertragen und die Menschenrechtstheorie mit der Menschenrechtspraxis verbinden. Letztere verdeutliche, dass sich Menschenrechte eben nicht primär aus der Suche nach einem Konsens ergeben, sondern oft erst aus dem Widerstand gegen den herrschenden Konsens, aus dem Protest der Schwachen, der Diskriminierten, der Verfolgten, der Gepeinigten, der Erniedrigten, der Ausgebeuteten, der Ausgeschlossenen, der Vernachlässigten.

Um genau diesen Stimmen Gehör zu verschaffen, bestehe die erste Aufgabe des Theoretikers darin, auf die prozeduralen Bedingungen zu reflektieren, die es sowohl auf intra- als auch auf interkultureller Ebene ermöglichen, einen Dialog auf Augenhöhe zu führen. Dies eröffne laut Flynn sodann die Möglichkeit, das Konzept und den Inhalt der Menschenrechte zu „dezentrieren“ und im Lichte anderer Perspektiven zu überdenken (124 ff.). Darin spiegelt sich die bescheidene Einsicht wider, dass wir unmöglich mit Sicherheit behaupten können, dass unser zeitgenössisches Verständnis der Menschenrechte das einzig richtige oder vollständige ist. Es könnte mit anderen Worten gut sein, dass es noch andere Ansprüche gibt, die bisher noch nicht oder nicht ausreichend im menschenrechtlichen Kanon berücksichtigt wurden, oder eben auch solche Ansprüche, deren Universalität sich bezweifeln ließe. Welche Ansprüche dem Menschen legitimerweise zukommen sollten oder nicht, müsse sich jedoch aus einem diskursiven Prozess ergeben, in dem alle Teilnehmer sowohl die Möglichkeit als auch die moralische Pflicht haben, die eigene Perspektive gegenüber anderen mit reziprok und allgemein nachvollziehbaren Gründen zu rechtfertigen oder angesichts besserer Gründe zu revidieren.

Flynn sieht sich hier allerdings mit der Befürchtung konfrontiert, dass dieser diskursive Rahmen vielleicht selbst schon

zu partikular und einschränkend sei, da er erstens keinen Raum für plurale Begründungen offen lasse und zweitens gewisse, vor allem religiöse Begründungsformen von vornherein ausschließe. Im Versuch, dem ersten Einwand zu begegnen, schlägt die Argumentationslinie von Flynn eine etwas überraschende Wendung ein. Ging es in den bisherigen Ausführungen nämlich darum, ein reziprokes und allgemeines Begründungsprimat im Anschluss an Habermas aufzustellen, unternimmt Flynn hier den Versuch, die Idee eines überlappenden Konsenses, in dem sich Teilnehmer nicht aus denselben, sondern aus jeweils partikularen Gründen über einen menschenrechtlichen Katalog einigen, in sein theoretisches Gerüst zu integrieren. Bis auf den Hinweis, dass es sich hierbei um eine leitende Idee des interkulturellen Dialogs handelt, den es in irgendeiner Form zu berücksichtigen gilt (136), gibt Flynn nicht weiter an, warum dieser Schritt erforderlich ist. Fraglich ist dieser Schritt insbesondere deswegen, weil sich Flynn damit seiner eigenen Kritik an Taylor aussetzt, wenn er dessen Ansatz vorwirft, zur konzeptionellen und inhaltlichen Unbestimmtheit der Menschenrechte beizutragen (73 ff.). Gefährlich scheint mir dieser Schritt zudem, weil er verkennt, dass partikulare Gründe nicht nur einen kulturinternen Bezug zu den Menschenrechten ermöglichen, sondern genauso gut erhalten können, um Menschenrechte kulturin-

tern in Frage zu stellen. Natürlich könnten Muslime bspw. das Recht auf demokratische Partizipation auf der Grundlage ihrer religiösen Überzeugung als verbindlich erachten, wenn man etwa auf das Konzept der Schūra verweist, das einen deliberativen Entscheidungsprozess gebietet und ein Grundprinzip islamischer Herrschaft darstellt. Genauso gut möglich wäre es aber auch, dass Muslime ein Recht auf demokratische Partizipation auf der Grundlage ihrer religiösen Überzeugung bestreiten, weil sie etwa der Überzeugung sind, dass nicht das Volk, sondern allein Gott einen Anspruch auf Souveränität erheben darf und somit auch als einzige und höchste Quelle legitimen Rechts zu betrachten ist. Die prinzipielle Bereitschaft, partikuläre Überzeugungen in den diskursiven Rechtfertigungsprozess zur Sicherung pluraler Anschlussmöglichkeiten mit einfließen zu lassen, stellt in diesem Sinne also keinen Garant für einen menschenrechtlichen Konsens dar, sondern ein Einfallstor zu seiner Anfechtung.

Überzeugender scheint daher die Argumentation zu sein, die Flynn im Hinblick auf den zweiten Vorwurf einer säkularistischen Befangenheit des diskurs-theoretischen Modells anführt (Kapitel 6). Diesen entkräftet Flynn durch einen Rekurs auf die Idee des postmetaphysischen Denkens, das sich einerseits agnostisch und lernbereit gegenüber religiösen Wahrheiten verhalte und sich andererseits gegen eine säkularistisch verhärtete und

szientistisch beschränkte Konzeption der Vernunft wende. Demnach stehe es religiösen Teilnehmern des interkulturellen Dialoges frei, ohne Selbstzensur auf religiöse Überlieferungen und Normen zurückzugreifen, wenn sie in der Lage sind, den normativen Gehalt auf eine Weise zu präsentieren, die auch für anders- oder nichtgläubige Teilnehmer zugänglich ist. Nichtreligiöse Teilnehmer wiederum müssten anerkennen, dass auch religiöse Beiträge einen normativen Wahrheitsgehalt aufweisen können, den es im Rahmen einer kooperativen Übersetzungsleistung aus seiner religiösen Verkapselung freizusetzen gilt.

Während sich Flynn in seinem Buch größtenteils darauf konzentriert, den interkulturellen Dialog philosophisch neu zu umrahmen, kommt ihm dabei der beachtenswerte Verdienst zu, den realen globalen Kontext in seiner sozialen, politischen und institutionellen Komplexität nicht aus den Augen verloren zu haben. Dies führt ihn an verschiedenen Stellen dazu, aus seiner beobachtenden Rolle in die eines Dialogteilnehmers zu schlüpfen, etwa dann, wenn er das Problem der globalen Armut auf den Tisch bringt (Kapitel 7), oder unausgesprochene globale Machtverhältnisse thematisiert und in den Vordergrund der Diskussion drängt. Einen substantiellen Beitrag zum Dialog leistet er auch, wenn er sich mit konkreten kulturrelativistischen Vorwürfen – etwa dem des menschenrechtlichen

Individualismus – auseinandersetzt und diese zu entkräften sucht (Kapitel 4). Den größten Beitrag leistet Flynn in meinen Augen jedoch mit der wiederholt betonten Notwendigkeit eines Perspektivenwechsels: der Aufforderung, bei der Beantwortung der Frage nach dem Inhalt und dem Grund der Menschenrechte die Perspektive jener ernst zu nehmen, die in konkreten gesellschaftlichen Konflikten für sie kämpfen. Diese Aufforderung ist wichtig und verdient Beachtung, da sie verdeutlicht, dass der ursprüngliche

Raum der Menschenrechte nicht der kulturelle, sondern der politische ist. Flynn bereichert diese Erkenntnis nicht zuletzt dadurch, dass er diverse Debatten der politischen Theorie rekonstruiert und auf den interkulturellen Dialog über Menschenrechte überträgt. Es bleibt daher zu hoffen, dass eine weitere Zirkulation des Buches nicht länger durch seinen hohen Verkaufspreis verhindert wird.

Dr. Mahmoud Bassiouni

mahmoud.bassiouni@normativeorders.net

Sarhan Dhouib (2014) (Hrsg.): Demokratie, Pluralismus und Menschenrechte, Weilerswist, Velbrück Wissenschaft, 280 S., € 29,95



Einen anregenden Austausch unterschiedlicher Perspektiven auf Fragen der Menschenrechte und der Demokratie bietet der Sammelband von Sarhan Dhouib zu Demokratie, Pluralismus und Menschenrechten. Er versammelt Beiträge von Autorinnen und Autoren aus Ägypten, Marokko, Tunesien und Deutschland, die kurz nach den Umbrüchen des „Arabischen Frühlings“ entstanden sind. Besonders gelungen ist das dialogische Wechsel-

spiel zwischen den Autoren: Auf jeden Beitrag folgt ein *regard croisé* durch einen Autor eines jeweils anderen kulturellen Kontextes. Diese Methode wechselseitiger Erwidern hat sich aus der Ethnologie heraus entwickelt, um den ethnozentrischen Blick auf den Anderen durch den reziproken Blick auch auf das Eigene zu ersetzen. Der Leser erlebt ein Spiel der sich kreuzenden Blickweisen, einen mehrstimmigen Polylog, der einen kommunikativen Prozess des Verstehens und zuweilen auch Nichtverstehens auf eindrückliche Weise dokumentiert.

Der Sammelband gliedert sich in drei aufeinander bezogene Blöcke, die sich mit der Demokratie, dem Rechtsstaat und den Menschenrechten befassen. Diese drei Themenfelder vereint eine „transkul-

turelle“ Herangehensweise, die darauf abzielt, unterschiedliche Traditionslinien philosophischen Denkens miteinander ins Gespräch zu führen. Von den äußerst instruktiven Einzelbeiträgen seien nur einige wenige skizziert, um die Brisanz dieser gelungenen Konfrontation von Sichtweisen zu verdeutlichen.

Der Beitrag von Georg Mohr fragt nach dem philosophischen Gehalt des Begriffs der Demokratie und dessen Bezug zu den Menschenrechten. Letztere bestimmt er als konstitutive Selbstverpflichtung eines demokratischen Gemeinwesens. In seinen demokratiethoretischen Überlegungen stützt sich Mohr auf die von Fathi Triki vorgelegte Konzeption der „aktiven Demokratie“. Die aktive Demokratie sei diejenige, die sich mit den sozialen und kommunikativen Voraussetzungen für demokratische Teilhabe befasst (18). Mohr geht nun der Frage nach, warum sich Menschen überhaupt den ihnen auferlegten Rechtsnormen einer Gemeinschaft beugen sollten. Der Zwang, sich Regeln wie den Menschenrechten zu unterwerfen, argumentiert er Immanuel Kant folgend, könne allein dadurch gerechtfertigt werden, dass eine unzulässige Behinderung der Freiheit des Einzelnen dadurch verhindert wird: „Nur Freiheit ermöglichender Zwang ist (legitimer) Rechtszwang“ (33), postuliert er. Der Mensch hat demnach ein Recht auf den Schutz seiner Freiheit – und dadurch auch die Pflicht, in reziproke

Rechtsverhältnisse mit anderen Menschen zu treten.

Mohsen Elkhouni hinterfragt in seiner Erwiderung auf Mohr die historischen und politischen Bedingungen von der Realisierung der Menschenrechte in Tunesien. Mohrs Thesen seien westeuropäisch situiert und blendeten die globalen Machtasymmetrien aus, die den Prozess der Selbstgesetzgebung einer Nation verzerren könnten. Ökonomische Abhängigkeit, hohe Arbeitslosigkeit, Armut und wirtschaftliche Ausbeutung durch die „Globalisierung des ‚freien Marktes‘“ (41) und die Intervention mächtigerer Länder in schwächere Staaten wie Tunesien behinderten den dafür konstitutiven Demokratisierungsprozess.

Aber nicht nur ökonomische Abhängigkeit ist den Autoren zufolge eine zentrale Herausforderung an das demokratische Gemeinwesen. In Tunesien stelle sich zudem die Frage, wie sich zwischen den Argumenten von „Modernisten“ und „Traditionalisten“ übersetzen ließe. Fethi Meskini fordert in seinem Beitrag: „Der Gläubige hat ein *Recht* darauf, von seinem Idiom her *verstanden zu werden*.“ (65) Das säkulare Idiom dürfe sich nicht auf die privilegierte Position zurückziehen, als universelle Sprache der Übersetzung fungieren zu wollen. Vielmehr müsse sich der Laizist mit der Sprache des Gläubigen ernsthaft auseinandersetzen.

Meskini veranschaulicht diesen Imperativ einer postsäkularen Übersetzung im

Hinblick auf die Frage der Bürgerschaft (*citoyenneté*): Nach dem Sturz des ehemaligen Präsidenten Zine el-Abidine Ben Ali habe sich Tunesien von einem „paternalistischen“ zu einem „fraternalistischen“ Staat unter formal Gleichen gewandelt. Die Muslim-Brüder seien bekanntermaßen jedoch vor allem Brüder der Zugehörigen zur Umma, der Gemeinschaft der Gläubigen. Wie könne nun zwischen dem religiösen (und auch christlich-abrahamitischen) Paradigma der „Brüder“ und dem säkularen Bild des „Bürgers“ vermittelt werden? Demokratie sei ihrem Gedanken nach, auch in der Tradition des Westens, „Verbrüderung“, lautet Meskinis Antwort. Auch die Menschenrechte forderten menschliche Interaktion im „Geiste der Brüderlichkeit“ (71). Jedoch mit folgender Einschränkung: Nähmen wir die Metapher der Verbrüderung ernst, so müsste sich der demokratische Bürger auch seiner Schwester gegenüber öffnen. Es sei also an der Zeit, das „islamische demokratische Versprechen“ zu feminisieren; von Paternalismus und überbordender Männlichkeit zu befreien, damit sich die Brüderlichkeit tatsächlich demokratisch und postsäkular radikalieren ließe.

Ganz in eine andere, religionskritische und liberale Stoßrichtung wendet sich der Essay von Mongi Serbaji. Sein argumentativer Gegner sind kulturalistisch fundierte Zurückweisungen der Menschenrechte aus der arabischen Welt. Es bedür-

fe tiefgreifender Veränderungen innerhalb der von Gewaltverhältnissen geprägten arabischen Lebenswelt, um einer „Kultur der Menschenrechte“ den Weg zu bereiten. Konservative Dogmatiker negierten den Pluralismus innerhalb der arabischen Kultur und sperrten sich somit gegen Wandel. „Kulturelle Armut“ (221) sei das Resultat, verstanden als mangelnde Reflexivität auf die eigene Kultur und die Fähigkeit zur kommunikativen Verständigung untereinander und mit Anderen.

Der den Band abschließende Beitrag von Salah Mosbah zur „Trans-Demokratie“ versucht, eine globalgesellschaftliche „realistische Utopie“ (265) als normativen Angelpunkt für aktuelle Transformationsprozesse zu entwerfen. Ausgangspunkt hierfür ist ein „postkolonialer Liberalismus“ (ebd.), welcher Demokratie von den Rändern zu denken bestrebt ist. Eine Demokratie der Beherrschten müsse langfristig die Demokratie der Mächtigen ersetzen. Innerhalb einer Trans-Demokratie würden unterworfenen oder exkludierten Subjekte nicht einfach inkludiert, sondern bemächtigen sich aktiv ihrer Teilhabe. Diese Vision erinnert an die am Anfang des Bandes eingeführte Konzeption der „aktiven Demokratie“.

Der Sammelband bietet eine durchgängig auf intellektuell beeindruckendem Niveau geführte Diskussion unterschiedlicher Perspektiven auf Demokratie und

Menschenrechte und präsentiert im deutschsprachigen Raum bisher nur randständig rezipierte Positionen. Die Zusammenstellung bietet selbst eine gelungene Form der Übersetzung zwischen unterschiedlichen politikwissenschaftlichen, rechtstheoretischen und philosophischen Diskussionslinien. Eindrücklich bleibt, dass die universalistisch ausgerichtete normative Theoriebildung stärker durch deutsche Autoren geprägt wird, während die Autorinnen und Autoren aus dem Maghreb ihre Ausführungen stärker kontextualisieren. Die jeweiligen *regards croisés* wenden sich zwar wechselseitig sowohl auf deutsche wie auch auf arabische Autoren, jedoch bleibt Deutschland als Ort der Demokratie und der Menschenrechte im Gegensatz zu den maghrebischen Staaten in der Analyse außen vor. Ein praktischer Grund hierfür mag sein, dass fast alle Texte im Rahmen einer in Tunis stattgefundenen Tagung kurz nach der tunesischen Revolution entstanden sind. Eine weitere Ursache mag in den unterschiedlichen Herangehensweisen akademischer Schulen zu finden sein: Im Gegensatz zum abstrakten, (scheinbar) unverorteten Blick aus Europa gewichten die durch das französische Bildungssystem postkolonial geprägten Autoren aus dem Maghreb die soziokulturelle Kodierung der Theorieproduktion schwerer. Inhaltlich messen einige von ihnen den materiellen Bedingungen für die Durchsetzung von

Demokratie und Menschenrechten größere Bedeutung zu und bilden dadurch einen interessanten Kontrapunkt zum prozeduralen Primat liberaler Ansätze, welche die europäische Theorielandschaft prägen. Auffallend ist auch, dass in mehreren Beiträgen, insbesondere der maghrebischen Autoren, immer wieder eine Sensibilität für Fragen der Geschlechtergerechtigkeit aufscheint. Dagegen ist die Dominanz männlicher Autorschaft auf beiden Seiten des Mittelmeers (20 Männer gegenüber vier Frauen, drei davon Tunesierinnen) frappierend. Insgesamt lässt sich hoffen, dass dieser äußerst gelungene Sammelband dazu beiträgt, dass die deutschsprachige Philosophie und Rechtstheorie ihren häufig kontextvergessenen Normativismus in Fragen der Demokratietheorie und der Menschenrechte auf der Basis transkultureller Interventionen neu zu vermessen vermag.

Dr. Franziska Dübgen
Duebgen@uni-kassel.de



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

... ein Begriff für politische Bildung

zeitschrift für menschenrechte

JOURNAL FOR HUMAN RIGHTS

Lieferbare Titel

Menschenrechte und Terrorismus

zfmr 1/2007, 160 Seiten, Best.-Nr. 4291

Menschenrechte und Staatlichkeit

zfmr 2/2007, 176 Seiten, Best.-Nr. 4393

Menschenrechte und Demokratie

zfmr 1/2008, 176 Seiten, Best.-Nr. 4440

Menschenrechte und Armut

zfmr 2/2008, 176 Seiten, Best.-Nr. 4488

FrauenMenschenrechte

zfmr 1/2009, 208 Seiten, Best.-Nr. 4536

Menschenrechte und Wirtschaft

zfmr 2/2009, 248 Seiten, Best.-Nr. 4537

Menschenwürde

zfmr 1/2010, 240 Seiten, Best.-Nr. 4626

Menschenrechte in der Klimakrise

zfmr 2/2010, 192 Seiten, Best.-Nr. 4650

Menschenrechte und Religion

zfmr 1/2011, 186 Seiten, Best.-Nr. 4741

Menschenrechte in Lateinamerika

zfmr 2/2011, 230 Seiten, Best.-Nr. 4742

Menschenrechte und Strafe

zfmr 1/2012, 168 Seiten, Best.-Nr. 4822

Menschenrechte als Maßstab internationaler Politik

zfmr 2/2012, 208 Seiten, Best.-Nr. 4823

Menschenrechte und Europa

zfmr 1/2013, 192 Seiten, Best.-Nr. 4901

Menschenrechte und Kritik

zfmr 2/2013, 192 Seiten, Best.-Nr. 4900

Menschenrechte und Gewalt

zfmr 1/2014, 224 Seiten, Best.-Nr. 40024

Menschenrechte und Migration

zfmr 2/2014, 192 Seiten, Best.-Nr. 40066

Menschenrechte und Revolution

zfmr 1/2015, 184 Seiten, Best.-Nr. zfmr1_15



www.wochenschau-verlag.de



[www.facebook.com/
wochenschau.verlag](https://www.facebook.com/wochenschau.verlag)



@wochenschau-ver

Mahmoud Bassiouni (2014): Menschenrechte zwischen Universalität und islamischer Legitimität, Berlin, Suhrkamp, 390 S., € 18,-.



Im aktuellen Menschenrechtsdiskurs wird häufig eine Opposition zwischen Menschenrechten und Islam hergestellt, durch die Letzterer in eine reaktive Rolle gedrängt wird und nur erschwert gleichberechtigt am Diskurs teilnehmen kann. Der an der Frankfurter Goethe-Universität lehrende Politikwissenschaftler Mahmoud Bassiouni expliziert diese Problematik und thematisiert in diesem Zusammenhang die Konstruktion des Islam als ‚das Andere‘ in Abgrenzung zum Westen. Diese schlage sich auch in der innermuslimischen Debatte über Menschenrechte nieder, welche dadurch stark von Rechtfertigungsnarrativen geprägt sei und herrschende Vorstellungen von Menschenrechten als westlich und mit der eigenen Identität unvereinbar ablehne. Bassiouni entwirft vor diesem Hintergrund eine Konzeption der Menschenrechte, die dem titelgebenden Spannungsverhältnis von Universalität und islamischer Legitimität standhalten soll.

Dieses Vorhaben birgt die Herausforderung, das scheinbare Dilemma zu überwinden, dass Menschenrechte einerseits islamisch legitimiert, auf der anderen Seite aber universal-konsensfähig und damit unabhängig vom Glauben begründbar sein müssen. Bassiouni entwickelt in Bezugnahme auf die islamische Rechtstheorie die These, dass ein Verständnis von Menschenrechten als Institutionen zum Schutz menschlicher Bedürfnisse diese Anforderung erfüllen und somit einen konstruktiven Beitrag zur Lösung dieses Problems leisten kann.

Um das vorherrschende Verständnis von Menschenrechten als genuin westliches Kulturgut aufzubrechen, müssen diese, so Bassiouni, auch aus der islamischen Tradition ableitbar und somit islamisch legitimiert werden. Er betont, dass eine solche Konzeption nicht *wesensmäßig* religiös sondern *auch* religiös sein soll; der Religion komme darin keine wertebegründende, sondern lediglich eine zusätzliche legitimierende Funktion zu (137, 228, 358).

Der Autor geht zunächst auf die zeitgenössischen, historischen und theologischen Menschenrechtskontexte im Islam ein und versucht so, der Möglichkeit einer islamischen Menschenrechtslegitimation näherzukommen. Dabei widmet er sich in einem ersten Schritt einer systematischen Darstellung der Scharia, um den

LeserInnen ein differenziertes Verständnis des islamischen Normensystems zu vermitteln. Im Hinblick auf die geschichtliche Entwicklung der islamischen Rechtswissenschaften und ihrer verschiedenen Rechtsschulen hält Bassiouni fest, dass das Verständnis des islamischen Rechts davon abhängt, ob dessen Quellen (Sunna, Scharia) statisch oder dynamisch interpretiert werden. Im zweiten Teil des Buchs diskutiert er verschiedene Positionen islamischer Denkschulen zum Verhältnis von Menschenrechten und Islam. Ablehnung, Unvereinbarkeit, Aneignung und Angleichung werden als vier prominente Argumentationsstränge näher besprochen, wobei Bassiouni zu dem Schluss kommt: Je dynamischer die Interpretation des islamischen Rechts, desto eher besteht die Möglichkeit einer Vereinbarkeit von Islam und Menschenrechten, da diese Interpretationsmethode es zulässt, Rechtsnormen von ihrer historischen Entstehungssituation gelöst auch auf zeitgenössische Kontexte anzuwenden (79). In diesen beiden ersten Kapiteln gelingt es Bassiouni auch in Fragen des islamischen Rechts unbewanderte LeserInnen gekonnt an das Thema heranzuführen.

Im nächsten Teil beschäftigt sich Bassiouni eingehend mit der Möglichkeit einer islamischen Grundlage für eine *universelle* Menschenrechtskonzeption, die er im Rechtskonzept der maqāṣid al-šarī'a findet. Dieses postuliert, dass jede Norm einem bestimmten Rechtszweck

dient, welcher auf den Schutz grundlegender menschlicher Bedürfnisse gerichtet ist. Seine Leistung besteht darin, die maqāṣid-Theorie ins Jetzt zu holen, sie aus ihrer eigenen Logik heraus zu erfassen und zu modifizieren. In der klassischen Konzeption des maqāṣid al-šarī'a wurden fünf Bedürfnisse als unabdingbar definiert, die den Kriterien der Notwendigkeit, Universalität und empirischen Beweisbarkeit entsprechen sollten. Bassiouni verwirft den klassischen Bedürfniskanon ebenso wie diverse Bedürfnisdefinitionen der modernen maqāṣid-Theorien, die er wegen ihrer fehlenden Berücksichtigung dieser Kriterien als willkürlich abtut. In Anwendung der drei klassischen Kriterien sieht er nun folgende Bedürfnisse als essentiell für die Existenz des Menschen an: physiologische Gesundheit, Sicherheit, Zugehörigkeit, Anerkennung und Sinngebung (294). Diese bilden auch den Schutzzweck derjenigen Normen, die Bassiouni zufolge dem Begriff der Menschenrechte gerecht werden. Daran anknüpfend überprüft er im letzten Kapitel des dritten Teils alternative Menschenrechtskonzeptionen auf ihre Plausibilität. Er führt zu diesem Zweck drei neue Kriterien ein, die ihm als ausschlaggebend erscheinen: Erstens muss ein Konzept von Menschenrechten deren moralische Relevanz deutlich machen, zweitens sollte es klarstellen, um welche Rechte es sich handelt, und schließlich, drittens, sollte es universal-konsensfähig

sein (233). Der Autor kommt zu dem überzeugenden Ergebnis, dass die fruchtbarste Konzeption von Menschenrechten dieselben als eine Institution zum Schutz grundlegender menschlicher Bedürfnisse begreifen muss.

In Anlehnung an die islamische Rechtsphilosophie nimmt Bassiouni im vierten und letzten Teil eine Hierarchisierung menschlicher Bedürfnisse und in Folge dessen auch von Menschenrechten vor und widerspricht damit der weitverbreiteten These der Gleichrangigkeit aller Menschenrechte. In Analogie zu den klassischen islamischen Juristen differenziert der Autor notwendige, erforderliche und verbessernde Menschenrechte. Unter die notwendigen Menschenrechte fallen laut Bassiouni jene, welche die menschliche Existenz sichern, die erforderlichen Menschenrechte garantieren ein menschenwürdiges Dasein und die verbessernden Menschenrechte ermöglichen darüber hinaus ein gutes Leben. Weiters ergänzt er, dass diese Kategorien in einem aufsteigenden Fundierungsverhältnis gesehen werden können und gleichzeitig auch ein gegenläufiges Flankierungsver-

hältnis besteht, insofern als in den Verletzungen höherstufiger Rechte stets die Gefährdung der basaleren impliziert ist.

Mahmoud Bassiouni gibt einen umfassenden Einblick in die Auseinandersetzung um ein wichtiges Thema, das uns noch lange beschäftigen wird. Durch die Breite des Überblicks an Menschenrechtskonzeptionen und maqāṣid-Auslegungen werden allerdings an manchen Stellen Positionen nur oberflächlich beschrieben. Eine kleinere Auswahl hätte eine noch tiefer greifende Beschäftigung zugelassen, ohne dass sein Anspruch, sich von bestehenden Überlegungen abzugrenzen und seine Theorie fundiert zu begründen, verloren gegangen wäre. Bassiouni gelingt jedenfalls mit dem Zusammendenken einer bedürfnisorientierten Konzeption der Menschenrechte mit der islamischen Idee des maqāṣid ein Brückenschlag, der sich als vielversprechender Ansatz erweist, an den anzuknüpfen es sich lohnt.

Isabell Doll, Univ. Wien

isabell.doll@univie.ac.at

Maria Sagmeister, Univ. Wien

maria.sagmeister@univie.ac.at

Blätter für deutsche und internationale Politik (Hg.)

MEHR GEHT NICHT!

Der Postwachstums-Reader



Die Prämie für jedes
neue »Blätter«-Abo!

editionBlätter

Alberto **Acosta** · Elmar **Altvater** · Maude **Barlow**

Ulrich **Brand** · Jayati **Ghosh** · David **Harvey**

Tim **Jackson** · Naomi **Klein** · Serge **Latouche**

Vandana **Shiva** · Harald **Welzer** · u.v.a.

Mehr auf www.blaetter.de

336 Seiten · 18 Euro · ISBN 978-3980492591

© Wochenschau Verlag Schwalbach/Ts.

Philippe Brunozi, Sarhan Dhouib, Walter Pfannkuche (2013)
(Hrsg.): Transkulturalität der Menschenrechte. Arabische,
chinesische und europäische Perspektiven,
 Freiburg/München, Verlag Karl Alber, 326 S., € 34,-



Sind Menschenrechte universell? Ist nicht jeder Versuch, die Universalität der Menschenrechte zu rechtfertigen aufgrund des empirischen Faktums der menschlichen Diversität zum Scheitern verurteilt? Können verschiedene Kulturen überhaupt vernünftig über Menschenrechte reden, ohne dass es zu einem kompromisslosen Machtspiel, zu Imperialismus oder zu einer unbegründeten Verschwörungstheorie kommt? Wie könnte diese Universalität der Menschenrechte begründet werden? Diese Fragen thematisiert das Buch *Transkulturalität der Menschenrechte. Arabische, chinesische und europäische Perspektiven* in einer Reihe philosophischer Untersuchungen über die Grundlagen der kulturübergreifenden normativen Autorität der Menschenrechte.

Das Buch verfolgt das Anliegen, den „Selbstverständigungsdiskurs innerhalb

der westlichen Menschenrechtsdebatten zu überschreiten und die Menschenrechtsdiskurse einzubeziehen, die sich in anderen Regionen der Welt herausgebildet haben“ (9). Dem liegt die Überzeugung zugrunde, dass die Komplexität der Menschenrechte verbunden mit ihrem universellen Geltungsanspruch nicht aus *nur* einer Tradition betrachtet werden kann, sondern einen wissenschaftlichen Ansatz benötigt, der die verschiedenen kulturspezifischen Behauptungen erforscht und idealerweise darüber hinausgeht.

Das Buch ist in drei Teile gegliedert. Der erste Teil widmet sich der westlichen Menschenrechtstradition und deren Diskurs, indem er sich in sieben Beiträgen auf die Fragen nach Begründung, Rechtfertigung und Kritik der Menschenrechte konzentriert. In drei Aufsätzen wird im zweiten Teil versucht, dem gegenwärtigen Menschenrechtsdiskurs in der arabisch-islamischen Tradition nachzugehen. Dieser verhandelt insbesondere die interkulturelle Vermittlung der Menschenrechte und ihre Kritik sowie die Möglichkeiten, eine gerechte Menschenrechtsordnung und eine neue Politik in dieser Tradition zu schaffen. Die vier Beiträge des dritten Teils widmen sich chinesischen Menschen-

rechtspositionen. Dabei wird versucht, einerseits die Vereinbarkeit der westlichen Menschenrechtskonzeption mit dem chinesischen Denken (Konfuzianismus) und andererseits die Spannung zwischen Rechten und Pflichten zu untersuchen.

Wer für den universellen Geltungsanspruch der Menschenrechte plädiert, braucht Begründungselemente, die die verschiedenen Meinungen und Auffassungen von anderen Kulturen ernsthaft in Betracht ziehen (9). Sonst kann man sich die schwierige Aufgabe der Begründung der Menschenrechte ersparen, wie Jacques Maritain, damals Vorsitzende des UNESCO-Komitees über „die theoretischen Grundlagen der Menschenrechte, ironisch anmerkte: „[W]ir einigen uns über die Rechte aber unter der Bedingung, dass keiner uns fragt warum.“

Dieser Sammelband bietet verschiedene Begründungsversuche der Menschenrechte, die die Kulturabhängigkeit der Menschenrechte dekonstruieren sollen. Neben dem Begründungsmodell von Walter Pfannkuche, das „nicht zu einer spezifischen Moral, sondern zum Einnehmen eines moralischen Standpunkts überhaupt gehört“ (21), versuchen andere Autoren wie Zhao Tingyang, das „Begründungsdefizit“ (256) der Menschenrechte durch die Umwandlung der Menschenrechte in ein universell gültiges theoretisches Konzept zu beheben. Aber es bleibt noch eine offene und schwierige Frage, die das Buch ebenfalls versucht zu

beantworten: Wie kann so eine Begründung die Grenzen des westlichen Denkens überschreiten und andere Traditionen einbeziehen? Das Rezept von Brunozzi, Dhoubib und Pfannkuche kann in einem Wort zusammengefasst werden: *Transkulturalität*. Dabei ist zu unterstreichen, dass die Autoren ‚Transkulturalität‘ nicht nur als eine Methode, sondern auch als eine Norm konzipiert haben.

Sarhan Dhoubib schlägt vor dem Hintergrund der gegenwärtigen arabisch-islamischen Philosophie und insbesondere aus der Perspektive der ‚Philosophie des Zusammenlebens‘ des tunesischen Philosophen Fathi Triki vor, die Transkulturalität der Menschenrechte neu zu begründen. Die Transkulturalität „bietet Individuen oder Gruppen die Möglichkeit, kritisch zu kommunizieren. Sie besteht aus einer horizontalen Bewegung, die dazu führen sollte, gemeinsame Werte und Normen zwischen den Kulturen zu suchen, und einer vertikalen Bewegung, die darauf zielt, Begriffe herauszubilden, die über die empirische Vielfalt der Kulturen hinausgehen.“ (193) Diese dynamische Bewegung, horizontal und vertikal, sollte dazu dienen, einen Dialog über die Menschenrechte einzuleiten, der Gemeinsamkeiten sucht und nicht nur alarmierende Differenzierungen ausgräbt. Durch Transkulturalität, die mit einer tabulosen Debatte und einer konzessionslosen Selbstkritik verbunden ist, könnten etliche Vorurteile überwunden werden, um zwischen den

Kulturen einen Dialog auf Augenhöhe durchzuführen. Dadurch könnte nicht nur der kontraproduktive Kulturimperialismus, sondern auch die ‚bequeme‘ und unkritische kulturrelativistische Haltung beseitigt werden. Chen Jau-hwa schreibt hingegen: „Wir sollten also weniger vor dem Relativismus Angst haben, als vielmehr vor dem Kulturimperialismus, der die staatlichen Unterdrückungen aus dem Blick verliert und sie letztlich als irrelevant erscheinen lässt.“ (319)

In der transkulturellen Thematisierung der Menschenrechte ist es wichtig, eine Basisnorm zu haben, die unberührt bleibt, um nicht in einen Rechtsrelativismus zu verfallen. Hans-Jörg Sandkühler, der für eine Durchsetzung der Menschenrechte durch Verrechtlichung plädiert, sieht die Menschenwürde und deren Unantastbarkeit als die Basisnorm der Menschenrechte. Dabei hat die Menschenwürde eine wichtige funktionale Bedeutung: „Das Würdeprinzip hat die Funktion, das Individuum vor jeglicher Verletzung dessen zu bewahren, was es *als* Individuum in Freiheit und Gleichheit konstituiert. Wer von Menschenwürde spricht, signalisiert, dass jeder Mensch als Subjekt und als Person anerkannt werden soll.“ (51) Was in der Theorie von Sandkühler transkulturell ist, ist die „anerkannte Norm der Unantastbarkeit, der Achtung und des Schutzes der Menschenwürde“. (57) Dabei ist noch zu betonen, dass diese transkulturell anerkannte

Norm der Menschenwürde „vom Streit über ethische, theologische etc. Begründungen in ihrem Kern unberührt bleiben muss“. (57)

Welche Instanz soll dann beauftragt werden, die Menschenwürde und die Menschenrechte zu schützen? Der Staat, lautet Sandkühlers Antwort. Aber wenn Menschenrechte und Menschenwürde durch den Staat und dessen Rechtssystem geschützt werden sollen, muss der Staat eine bestimmte Qualität haben: „Die Qualität des die Menschenwürde und die Menschenrechte achtenden und schützenden demokratischen Rechts- und Sozialstaates.“ (48) Solch eine „politische Konzeption der Menschenrechte“, so Regina Kreide, „stellt Ansprüche auf ein Regelsystem, das den Zugang zu den durch die Menschenrechte formulierten Freiheiten und Ressourcen erlaubt.“ (77) Die Tatsache der Unrechtserfahrungen bleibt ein „übergreifender“ Anreiz, Menschenrechte durch ein solides Rechtssystem zu schützen. Hier liegt das Paradoxon der Menschenrechte: Der Staat als Unrechts-täter muss gleichzeitig Unrechtserfahrungen verhindern. Leider wird die Überwindung dieses Paradoxons in diesem Sammelband nicht thematisiert.

Transkulturalität der Menschenrechte ist auch als eine Kritik des herkömmlichen Menschenrechtsbegriffs zu lesen: Dies zeigen Henning Hahns Kritik des Menschenrechtsminimalismus von John Rawls, der „nicht einfach aus seiner poli-

tischen Konzeption abzuleiten ist“ (94), Jean-Christophe Merles Kritik des westlichen Menschenrechtsbegründungsmodells, das sowohl in der Vertragstheorie als auch in der „staatlichen (sehr) erweiterten Tatherrschaft“ (115) zu finden ist, oder Regina Kreides Kritik der moralischen Konzeption der Menschenrechte, die, unter anderen, eine umstrittene Vorstellung der menschlichen Natur formuliert (68), „nicht hinreichend zwischen Werten und Rechten unterscheidet“ und letztlich eine „Menschenrechteverletzung“ (70) erkennt.

Der Band enthält eine weitere Kritik, die mit der ‚Individualisierung‘ der Menschenrechte zu tun hat: Gan Shaoping, der die Menschenrechte aus einer chinesischen Perspektive betrachtet, behauptet, dass Menschenrechte durch ihren starken Akzent auf die Rechte des Individuums die Pflichten gegenüber sich selbst und der Gesellschaft vernachlässigen. Während Georg Lohmann vertritt, dass ein Vorrang der Pflichten gegenüber der Gemeinschaft vor individuellen Menschenrechten nicht begründbar ist und dass Menschenrechte nur den Einzelnen und nicht Gemeinschaften schützen, sieht Zhao Tingyang eine große Gefahr, wenn Menschenrechte – wie in der naturrechtlichen Menschenrechtstheorie – zu ‚leicht‘ und bedingungslos verliehen werden. Tingyang sieht dabei nicht nur einen ontologischen, sondern auch einen epistemologischen Fehlschluss. Seine Theorie

der Menschenrechte als „Vorschussrechte“ einerseits stützt sich auf eine Konzeption von Rechten, die immer „einen Bezug zum ‚Handeln‘, nicht aber zum ‚Sein‘“ haben, und andererseits behauptet sie, dass die bloße Tatsache, ein Mensch zu sein, kein Grund für ein Werturteil sein kann. (264) Diese Theorie scheint mit dem grundlegenden Gerechtigkeitsprinzip *sum cuique* (Jedem das Seine) vereinbar zu sein. Solange diese Theorie jedoch die Gegenstände der Pflichten und ihre Begrenzung nicht ausführlich thematisiert, wird sie ausweichend bleiben.

Dieser Sammelband leistet einen wichtigen Beitrag zur Menschenrechtsdebatte. Erstens durch die Kritik einiger westlicher und arabisch-islamischer Menschenrechtskonzeptionen; zweitens durch die theoretische und zugleich anwendungsbezogene Ausarbeitung des Gedankens (oder der Fundamente) einer Transkulturalität der Menschenrechte und drittens durch die Wahrnehmung einer realen menschlichen Diversität, die aber, laut aller Autoren, nicht zu Kulturrelativismus oder Rechtsrelativismus führen darf. Der philosophisch-methodologische Ansatz der Transkulturalität bietet dabei nicht nur eine kritische begriffliche Auseinandersetzung, sondern stellt auch die Frage nach dem Anspruch der Menschenrechte auf ihre konkrete soziale und politische Institutionalisierung.

Dr. Cheikh Mbacke Gueye
cgueye@iap.li

Ulrike Lembke (2014) (Hrsg.): Menschenrechte und Geschlecht,
Baden-Baden, Nomos, 271 S., € 27,-



Wer den Titel des Sammelbandes *Menschenrechte und Geschlecht* liest und mit den einschlägigen Debatten nicht vertraut ist, könnte annehmen, es gehe primär um die Thematisierung von Frauenfragen im Menschenrechtsdiskurs. Selbstverständlich werden solche Fragen auch behandelt, aber das Werk macht von der ersten Seite an klar, dass eine derartige Reduktion unangemessen und unzulässig ist. Längst überschreiten avancierte Geschlechterdiskurse die Binarität von Mann und Frau, brechen mit heteronormativen Vorannahmen und bemühen sich um Sensibilität für die Auswirkungen von weiteren Achsen der Macht und Herrschaft auf Geschlechterkonstruktionen (wie ethnische Herkunft, rassistische Zuschreibungen, menschliche Fähigkeiten oder Religion und Weltanschauung). Entsprechend muss sich auch die Thematisierung der Kategorie Geschlecht im Menschenrechtsdiskurs solchen komplexen Voraussetzungen stellen. Das macht

bereits die instruktive Einleitung von Ulrike Lembke klar, und die folgenden Beiträge sind durchgängig von dem Anliegen getragen, dieses Versprechen einzulösen.

Den Auftakt macht Beate Rudolf mit einer ‚Diskursgeschichte‘ des Verhältnisses von Menschenrechten und Geschlecht, die zunächst von Ignoranz und der Vorstellung getragen war, Menschenrechte wären geschlechtsneutral. Damit ging ein mit Vergleichen zwischen Männern und Frauen arbeitendes Verständnis von Diskriminierung einher. Ein solches sei (immer noch) weit verbreitet, aber mit der Problematik behaftet, dass „Ausschlüsse von Frauen und Hierarchisierungen zwischen den Geschlechtern als Diskriminierung“ (33) nicht leicht zu erkennen sind. In weiteren Etappen der Entwicklung wurde versucht, dies zu überwinden, indem Frauenrechte als Menschenrechte anerkannt wurden – einerseits speziell als eigene Rechte in der UN-Frauenrechtskonvention, andererseits generell als Teil des Menschenrechtsdiskurses auf der Wiener Weltkonferenz über Menschenrechte 1993 und darüber hinaus. Und schließlich kommt es zu einer Erweiterung des Geschlechterbegriffs, weg von den dichotomen Kategorien von Mann und Frau, hin zu einem relationalen Zugang, der erreichen will,

dass Menschen nicht durch einschlägige Stereotypisierungen in ihren Lebensmöglichkeiten eingeschränkt werden. Dadurch werden nicht nur die Belange von LGBTI*-Personen erfasst – von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans- und Intergender –, sondern auch von heterosexuellen Männern, die ja mitnichten außerhalb von Geschlechterzwängen stehen (45).

Katja Rodi setzt fort mit einem Beitrag über die Bekämpfung von Geschlechterstereotypen durch die UN-Frauenrechtskonvention. Damit sollen nicht zuletzt Ursachen von Geschlechterdiskriminierung aus der Welt geschafft werden. Besonderes Augenmerk wird hier neben der völkerrechtlichen auch der deutschen, innerstaatlichen Rechtslage geschenkt. Der Text will aufweisen, inwiefern sich aus der Konvention konkrete Pflichten ergeben, und macht dies an Entscheidungen des CEDAW-Ausschusses in Individualbeschwerdeverfahren fest (CEDAW steht für „Convention on the Elimination of all forms of Discrimination against Woman“, dem wichtigsten völkerrechtlichen Menschenrechtsinstrument für Frauen).

Der mehrdimensionalen Diskriminierung und damit auch der Verortung von Geschlecht in der UN-Behindertenrechtskonvention nimmt sich im Folgenden Minou Banafsche an. Die komplexen Verflechtungen von „Funktionsstörungen und sozialen Geschlechtsrollenerwartungen“ (91) analysiert sie u. a. am Beispiel

des vollständigen Haarverlusts, der bei Frauen regelmäßig zur Gewährung einer Perücke führt, bei Männern aber nicht, weil „eine entstellende Wirkung aufgrund von Haarlosigkeit bei Männern grundsätzlich nicht angenommen“ werde (90). Dass Frauen, obwohl es dadurch zu einer Stabilisierung geschlechtsspezifischer Schönheitsnormen komme, eine Perücke zugesprochen wird, findet die Autorin richtig, weil der einzelnen Frau nicht die Bürde auferlegt werden könne, „gesellschaftliche Schönheitsnormen individuell zu durchbrechen“ (92) – ein klassischer Fall des Differenzdilemmas. Gleichzeitig aber sieht sie in der Nichtberücksichtigung von Männern eine Diskriminierung – eine Lösung, für die sie auf die deutsche Judikatur verweist, die sie aber selbst nicht durchargumentiert.

Tillmann Löhr und Friederike Wapler widmen sich dem Themenfeld Kindheit, Geschlecht und Menschenrechte. Ihr rechtlicher Fokus gilt der UN-Kinderrechtskonvention; vor deren Hintergrund werden einzelne Fragestellungen im Kontext des Schutzes von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Gesundheit untersucht, darunter „die Beschneidung oder Verstümmelung weiblicher Genitalien (Female Genital Mutilation, FGM)“ (108), sexuelle Ausbeutung oder Zwangsheirat als Menschenrechtsverletzung. Konsequenterweise im Sinne des weiten Geschlechterbegriffs beziehen sie Jungen ebenso ein wie Mädchen und spezifische

Fragen der körperlichen Unversehrtheit und geschlechtlichen Identität im Fall von Trans* und Inter*. Diesem Themenkomplex widmet sich neben anderen Bereichen auch der Beitrag von Lucy Chebout, die unter dem Titel „Queering International Law“ Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung als Dimensionen von Geschlecht exploriert. Ausgehend von den „Yogyakarta-Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität“ analysiert die Autorin in der Folge die Judikatur von EuGH und EGMR, wobei sie eine in der Tat bestehende Tendenz feststellt, „sexuelle Orientierung als eine Kategorie zu fassen, die eigenständig neben Geschlecht steht.“ Demgegenüber betont sie zu Recht „die untrennbare Verflechtung von Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung als Grundpfeiler von Geschlecht.“ (141) Vor diesem Hintergrund werden einzelne Menschenrechtsthemen wie Privatsphären- und Gleichheitsrechte, Meinungsfreiheit oder Schutz der körperlichen Unversehrtheit aufgefähert.

Geschlecht und Menschenrechte von Flüchtlingen behandelt Matthias Lehnert. Anknüpfungspunkt für den Schutz vor Verfolgung aufgrund der Geschlechtsangehörigkeit ist bekanntlich der Verfolgungsgrund der Zugehörigkeit zu einer ‚sozialen Gruppe‘; das kann neben dem Geschlecht auch die Geschlechtsidentität

oder sexuelle Orientierung betreffen. Thematisiert werden nicht nur einzelne Ausprägungen geschlechtsspezifischer Verfolgung, wie sexualisierte oder häusliche Gewalt, Verhaltensvorschriften und Betätigungsverbote, sondern auch besondere Hürden und Lebensbedingungen im Anerkennungsverfahren. Den Komplexitäten im Verhältnis von Religionsfreiheit und Gleichberechtigung der Geschlechter stellt sich Ulrike Lembke. Interventionen aus bestimmten feministischen Perspektiven muten bisweilen so an, als wollten sie religiösen, insbesondere muslimischen Frauen ‚Zwangsfreiheiten‘ auferlegen. Dem hält Lembke zu Recht entgegen, dass Menschenrechte „keine Individualpflichten“ (192) konstituieren – sie sollen vielmehr Möglichkeitsräume schaffen, in welchen einzelne Personen sich entfalten können, auch und gerade dadurch, dass sie strengen religiösen Geboten folgen. Insofern ist Lembkes Beitrag ein Plädoyer dafür, den um die Durchsetzung von Frauenrechten eröffneten, religiös konnotierten Kulturkampf aufzugeben und sich (post-)kolonialer Anmaßungen zu enthalten, wie sie etwa Verboten von Burka oder Niqab zugrundeliegen. Auch dieser Text bleibt nicht bei ‚Frauenfragen‘ stehen, sondern thematisiert die Situation von Jungen hinsichtlich religiös motivierter Beschneidung ebenso wie jene homosexueller Personen im Lichte religiöser Vorstellungen von Sexualität, Ehe und Familie. Lembke lehnt, im Ein-

klang mit Baer, ein Konzept der Religionsfreiheit als Gruppen-Menschenrecht ab und hält fest, dass, wer sich auf Religionsfreiheit beruft, „immer auch die eigene menschenrechtliche Gleichheit geltend“ macht und „die der Anderen an(kennt)“ (217).

Sarah Elsuni widmet sich der geschlechtsbezogenen Gewalt als Menschenrechtsverletzung. Einleitend betont sie zutreffend, dass sich solche Gewalt als „systematisches Muster in allen Gesellschaften, Kulturkreisen und sozialen Schichten“ (219) ausmachen lasse. Dieser Systemcharakter lässt es zu, von Einzelpersonen ausgeübte Akte geschlechtsbezogener Gewalt als „durch und durch öffentlich, politisch, systematisch und strukturell“ (219) anzusehen – und entsprechend als Menschenrechtsverletzung zu ahnden. Relevant ist dies insbesondere im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt, bei deren Ahndung staatliche Institutionen häufig immer noch viel zu zaghaft vorgehen. Die Geschichte der Verfolgung geschlechtsbezogener Gewalt skizziert Elsuni zu Recht als Erfolgsgeschichte, auch in der zwar zögerlichen, aber doch zunehmenden Wahrnehmung von LGBTIQ*-phober Gewalt im institutionellen Menschenrechtssystem.

Im letzten Beitrag befasst sich Anna von Gall mit sexualisierter Kriegsgewalt;

den speziellen Fokus legt sie auf einschlägige „strategische Menschenrechtsklagen“ (245). Der Text zeigt entlang von Beispielen die erheblichen Herausforderungen in der Rechtsanwendung, wenn etwa Geschlechterstereotypen und diskriminierende Frauenbilder die Beweisführung beeinträchtigen (266). Die abschließende Beobachtung der Autorin gilt wohl für alle Geschlechteraspekte im Menschenrechtsdiskurs gleichermaßen: Deren angemessene Wahrnehmung bedarf nicht nur entsprechender rechtlicher Regelwerke und wirksamer Verfahren der Anwendung, sondern auch einer alerten Zivilgesellschaft mit sozialen Bewegungen, die sich in diesen Belangen engagieren.

In diesem Sinne ist das Sammelwerk als eine bedeutsame Intervention anzusehen: Es schließt eine Lücke, zeigt gleichzeitig auf, wie viel an Forschung noch zu leisten ist, und es vermag, eine kritische Öffentlichkeit ebenso zu informieren wie zu sensibilisieren. Seine Lektüre sollte ein Anliegen aller sein, die sich ein umfassendes Bild von Menschenrechten machen wollen – und nicht zuletzt jener, die sich rechtswissenschaftlich, in der Politik und in Institutionen damit auseinanderzusetzen haben.

Univ. Prof. Dr. Elisabeth Holzleithner
elisabeth.holzleithner@univie.ac.at

Andreas Zimmermann (2014) (Hrsg.): 60 Jahre Europäische Menschenrechtskonvention. Die Konvention als „living instrument“,
 Berlin, Berliner Wissenschafts-Verlag, 134 S., € 32,-



Folter und Misshandlung, ungerechte Gerichtsverfahren und die Behinderung der freien Meinungsäußerung gehören nach wie vor zum Alltag – weltweit. Doch es gibt auch nicht zu übersehende Fortschritte bei der Beachtung der Menschenrechte. Zum 60-jährigen Jubiläum des Inkrafttretens der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) stellte das MenschenRechtsZentrum der Universität Potsdam im Oktober 2013 die Konvention als ‚living instrument‘ auf den Prüfstand eines Workshops.

Nun liegt ein Sammelband mit den Erträgen vor. Nach einer Einleitung von Andreas Zimmermann und Nina Schniederjahn folgen sechs Beiträge mit Thesen, Kommentaren und Fragen zur EMRK, bevor Renate Jaeger zum Abschluss den ‚Blick nach vorn‘ richtet.

Zimmermann und Schniederjahn führen mit einem kleinen geschichtlichen Abriss zur Entstehung der EMRK ins

Thema ein und erläutern, wie insbesondere der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) „wichtige völkerrechtliche Maßstäbe gesetzt und die innerstaatliche Rechtsentwicklung in den Konventionsstaaten stark beeinflusst“ (16) hat. Die Autoren fordern in ihrem ‚Versuch einer Bilanz‘ die stete Weiterentwicklung des europäischen Menschenrechtsschutzes, um den jeweils aktuellen Anforderungen gerecht zu werden (16).

In seinem Beitrag ‚Materielle Garantien der EMRK in der Rechtsprechung der Konventionsorgane 1953-2013 zwischen Normtext und unbegrenzter ‚dynamischer Auslegung‘“ widmet sich Christoph Grabenwarter dem Spannungsverhältnis zwischen Wortinterpretation auf der einen und Auslegung mit rechtsfortbildender Tendenz auf der anderen Seite (22). Einer Skizze der völkerrechtlichen Rahmenbedingungen folgen Beispiele der Wortlautinterpretation. So greift Grabenwarter u. a. aus dem Bereich des Art. 6 EMRK die Begriffe ‚civil rights‘ und ‚criminal charge‘ heraus und stellt deren Wortauslegung anhand einschlägiger Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vor (25). Sodann geht der Autor auf die Art und Weise, wie Rechtsfortbildung entsteht, sowie auf die Grenzen der

Rechtsfortbildung ein. Der Beitrag schließt mit rechtspraktischen und methodologischen Beobachtungen (39).

In seinem Beitrag „Materielle Garantien der EMRK in der Spruchpraxis der Konventionsorgane 1953-2013 zwischen Normtext und unbegrenzter ‚dynamischer Auslegung‘“ kommentiert Eckart Klein Grabenwarters Beitrag und stellt zehn Thesen zur Auslegung von Texten und zur Rechtsfortbildung auf (43). Dabei wendet er sich beispielsweise gegen eine „unbegrenzte Auslegung“ (44) und verweist auf die prinzipiell getrennten Verantwortlichkeiten zwischen Rechtsetzung und Rechtsauslegung. Probleme sieht er insbesondere da, wo Rechtsinstitutionen einen neuen Inhalt erhalten sollen, und Ausnahmen gestattet er dort, wo zwischen den Europarat-Staaten ein Konsens und damit „demokratische Legitimation zur Rechtsfortentwicklung“ gegeben ist (46).

Marten Breuer widmet sich den „Wirkungen von Urteilen des EGMR nach 60 Jahren: noch klassisches Völkerrecht oder schon Teil eines ‚ordre constitutionnel européen‘?“. Darin geht er das Thema aus zwei Richtungen an, der formal-institutionellen – hier geht es um die formalen Wirkungen der gerichtlichen Entscheidungen – und der materiell-inhaltlichen, wobei es insbesondere um die eventuelle Entstehung eines ‚ordre constitutionnel européen‘ geht (53). Der Verfasser versucht dabei anhand der Verfahrensarten, die er mit

denen des Bundesverfassungsgerichts abgleicht, die Qualität des EGMR im verfassungsmäßigen Kontext zu ermitteln, um danach zu prüfen, inwieweit die Urteilerwirkungen (noch) völkerrechtlich geprägt sind (68). Sein Fazit fällt gemischt aus. Neben Ansätzen einer zunehmend verfassungsgerichtlichen Wirkungsweise des EGMR ließen sich auch völkerrechtliche Elemente in seiner Rechtsprechung nachweisen. Es komme letztlich auf das Selbstverständnis des Gerichtshofs an. Breuer verweist auf vereinzelte Entscheidungen, in denen der EGMR seine „constitutional role“ betone, womit – sofern sich dieses Selbstverständnis allgemein durchsetze – der Schritt zu einem „europäischen Verfassungsgericht“ getan sei (74).

Ralf Alleweldt kommentiert Breuers Fragestellung. Dabei unterstützt er dessen Thesen wie auch die unterschiedliche Betrachtung von formeller und materieller Sichtweise (75). Allein in der Würdigung der Auslegungspraxis des EGMR nimmt Alleweldt eine andere Position ein, nicht weniger kritisch, jedoch mehr noch auf die Anforderungen der Konvention fokussiert (80).

Katharina Pabel erörtert in ihrem Beitrag „Ministerkomitee und EMRK: Fremdkörper oder (noch) essentieller Bestandteil?“ den rechtlichen Rahmen, in dem das politische Organ des Ministerkomitees die Urteile des EGMR umsetzt sowie die neueren Entwicklungen hierzu. Des Weiteren beleuchtet sie die

Effektivität des Handelns von Gerichtshof und Ministerkomitee im Hinblick auf die verschiedenen Zuständigkeiten und Funktionen, um sich sodann ganz der eingangs gestellten Frage zur Ausrichtung des Ministerkomitees im System des Menschenrechtsschutzes zu widmen (82). Dabei geht Pabel auch auf die beiden neuen Möglichkeiten im 14. Protokoll ein, die den Gerichtshof in das Überwachungsverfahren einbeziehen.

Almut Wittling-Vogel beschreibt in ihrem Beitrag „Ministerkomitee und EMRK: Fremdkörper oder essentieller Bestandteil?“ Probleme bei der Umsetzung entsprechender Urteile des EGMR aufgrund der steigenden Belastung auch des Ministerkomitees (104). Die schleppende Umsetzung der Urteile und die daraus entstehenden Nachteile für die Betroffenen zeigt sie mittels einzelner Fälle auf, um sodann mögliche Verbesserungen, beispielsweise durch die Reform der Überwachung, vorzuschlagen (113).

„Nach der Reform ist vor der Reform“ lautet der Schlussbeitrag von Renate Jaeger, in dem sie einerseits die bisherigen Reformen beleuchtet wie auch andererseits die Notwendigkeit, die Bedeutung des Gerichtshofs und damit einen einheitlichen Menschenrechtsstandard zu erhalten (125). Einen Konsens sieht Jaeger in der Auffassung, dass nicht ein Gericht allein Europas Grund- und Menschenrechtsschutz gewährleisten könne, wie auch darin, dass der Gerichtshof in Bezug

auf die Erledigungszahlen die Grenze seiner Kapazität erreicht habe. Sie folgert daraus, es müsse weniger Urteile geben, damit man sie noch zur Kenntnis nehmen könne. Andererseits müsse sich der Gerichtshof auf Grundsatzfragen beschränken, damit diese auf nationaler Ebene entsprechend eingepasst werden könnten (126). Eine Kultur der Zusammenarbeit müsse sich entwickeln, ein institutionalisierter Dialog der Richter, zu deren Amt essentiell Dialogfähigkeit und Kompromissbereitschaft gehörten (130).

Die Europäische Menschenrechtskonvention und ihre Organe haben sich im Laufe der vergangenen 60 Jahre beeindruckend entwickelt. Doch nicht zuletzt die Beschwerdeflut, mit der der EGMR und damit auch das Ministerkomitee des Europarats zu kämpfen haben, macht weitere Reformen unerlässlich. Die Zusatzprotokolle 15 und 16 warten aktuell noch auf ihre Ratifizierung, der Entwicklungsprozess ist in vollem Gange und ein Ende nicht abzusehen. Der vorliegende Sammelband bietet einen weitreichenden Problemaufriss und zeigt Lösungsansätze auf. So bietet er einen interessanten und informativen Zugang zum Thema und regt zur Beachtung und Beobachtung der künftigen Entwicklung des ‚living instrument‘ Europäische Menschenrechtskonvention sowie zum weiteren Diskurs an.

Dr. Ingrid Piela

Herdecke



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

... ein Begriff für politische Bildung

**Demokratie
mitgestalten**



Paul Ackermann
Ragnar Müller

BÜRGERHANDBUCH

Politisch aktiv werden
Öffentlichkeit herstellen
Rechte durchsetzen

Hardcover
ISBN 978-3-7344-0107-7
312 S., € 26,80



Wie kann man politisch aktiv werden ?

Vom Staatsbürger zum Weltbürger
Deutsche und europäische Demokratie
Sich Informationen beschaffen
Die Meinungsbildung beeinflussen
An die Öffentlichkeit gehen
Von lokalen Bürgerinitiativen zu globalen NGOs
Extremismus erkennen und bekämpfen

**Ein Muss für jede Schülerin, jeden Schüler,
jeden Staatsbürger und jede Staatsbürgerin**

www.wochenschau-verlag.de



[www.facebook.com/
wochenschau.verlag](https://www.facebook.com/wochenschau.verlag)



[@wochenschau-ver](https://twitter.com/wochenschau-ver)

ABSTRACTS

Michael Krennerich: Das Menschenrecht auf Gesundheit

Der Beitrag legt die völkerrechtlichen Grundlagen des Menschenrechts auf Gesundheit dar. Es beschreibt die inhaltlichen Grundzüge dieses Rechts auf und zeigt anhand konkreter Beispiele auf, welche Achtungs-, Schutz- und Gewährleistungspflichten sich daraus für die Staaten ergeben. Aus Sicht des Autors ist menschenrechtliches Empowerment unabdingbar, damit die Betroffenen ihre menschenrechtlichen Ansprüche gegen Widerstände auf juristischem und politischem Wege zur Geltung bringen – und das Menschenrecht auf Gesundheit Wirkung entfaltet.

The human right to health

The article lays out the international legal foundations in regard to the right to health. It presents the general idea of this right and explains based on concrete examples which state responsibilities it implies, in particular responsibilities to respect, protect and fulfil. The author claims that the realization of the human right to health requires that humans are empowered to claim the right even against strong resistance, in particular through legal and political means.

Lisa Forman: Can Core Obligations under the Right to Health Achieve their Ambitions?

Despite significant advances in the interpretation and enforcement of the right to health, the limitation of state duties under this right to progressive realization to the maximum of available resources enables governments to justify almost any extent of inaction on health. To guard against this outcome, the Committee on Economic, Social and Cultural Rights ('CESCR') has advanced the idea that states hold non-derogable „core obligations“ to provide essential health services that are not

subject to progressive realization within resources. Yet, despite fairly broad uptake of core obligations in human rights practice and scholarship, a significant chasm persists between the ambition of the core concept and its formulation and application. Accordingly, this paper interrogates the utility of this concept by outlining the development and application of core obligations, exploring its key strengths and weaknesses, and considering future pathways for the development and application of this concept.

Können Kernpflichten bezüglich des Rechts auf Gesundheit durchgesetzt werden?

Trotz bedeutender Fortschritte bezüglich der Interpretation und Umsetzung des Rechts auf Gesundheit ist die staatliche Pflicht nicht absolut, sondern konzipiert als eine Pflicht der progressiven Realisierung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dieses Konzept erlaubt es Regierungen, beinahe jedes Niveau von Untätigkeit zu rechtfertigen. Um dagegen vorzugehen, hat der UN-Ausschuss zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten (CESCR) die Idee entwickelt, dass Staaten Kernverpflichtungen in Bezug auf Gesundheit haben, insbesondere die Bereitstellung einer Grundversorgung, die nicht von zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig gemacht werden kann. Obwohl der Idee der „core obligations“ von AkademikerInnen und PraktikerInnen viel Aufmerksamkeit geschenkt wird, besteht eine Lücke zwischen dem Anspruch und der konkreten Ausformulierung. Dieser Artikel diskutiert den Nutzen des Konzeptes. Die Autorin erläutert die Genese der Idee der Kernverpflichtungen, weist auf zentrale Stärken und Schwächen hin und zeigt zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten und Anwendungsmöglichkeiten auf.

Thomas Schramme: Setting limits to public health efforts and the healthisation of society

Public health sets out to promote or improve the health of the population. Where should it stop in such quest? This is the question I would like to explore in this essay. A promising theoretical account in setting a threshold to public health efforts is sufficientarianism. It determines a level of what is enough provision for people so that they have sufficiently good conditions to live a decent life. In this paper I argue for a sufficientarian notion of the purpose of the welfare state, which is given by the idea of inclusion of all citizens into society, and include public health under this remit. Public health according to this account aims at steering the social determinants of health so that everyone can be able to feel as a member of a society. Finally, I develop the outlines of a framework of health-related basic needs.

Wie man Public-Health-Maßnahmen und die übermäßige Vergesundheitlichung der Gesellschaft eindämmen kann

Public Health (öffentliche Gesundheitsfürsorge) setzt sich zum Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu befördern. In diesem Beitrag möchte ich die Frage untersuchen, wie weit die entsprechenden Institutionen dabei gehen sollen. Eine vielversprechende Theorie, um den Public-Health-Maßnahmen Grenzen zu setzen, besteht im suffizienzorientierten Ansatz. Suffizienztheorien bestimmen ein Niveau der Wohlfahrtsfürsorge, bei dem Menschen in der Lage sind, ein würdiges Leben zu führen. In diesem Beitrag verteidige ich einen solchen suffizienzorientierten Ansatz, der sich die Inklusion eines jeden Bürgers in die Gesellschaft zum Ziel setzt. Dabei betrachte ich Public Health unter dieser Aufgabenstellung. Public-Health-Maßnahmen werden entsprechend als Interventionen gesehen, welche die sozialen Determinanten der Gesundheit so steuern, dass ein jeder sich als Mitglied der Gesellschaft fühlen kann. Abschließend entwickle ich einen Rahmen von gesundheitsorientierten, grundlegenden Bedürfnissen.

Laura Clérico und Leticia Vita: Rechtsstreit um Gesundheit in Argentinien. Gerechtigkeit für alle?

Verzerrte und ungleiche Effekte im Zusammenhang mit Rechtsstreitigkeiten um Gesundheit in Lateinamerika sind Gegenstand ständiger Diskussion. Ein großer Teil der Literatur vertritt einerseits die These, dass sowohl die Akteure als auch die angeforderten Leistungen repräsentativ für die mittlere und obere Schicht der Bevölkerung sind, während die anfällige untere Schicht aus der prozessführenden Gemeinschaft ausgeschlossen wird. Andererseits zeichnet sich ab, dass diese Effekte vom konkreten nationalen Kontext abhängig sind, in dem der Rechtsstreit stattfindet. Es zeigt sich auch die Wichtigkeit der Justiziabilität des Rechts auf Gesundheit für die Personen, die sich in einer Situation der Vulnerabilität befinden. Der Beitrag versucht, diese Problematik am Fallbeispiel Argentinien, aber auf lokaler Ebene zu analysieren. Diese beginnt mit der Studie zur Rechtsprechung der Provinz Buenos Aires zum Recht auf Gesundheit. Die Ergebnisse der Analyse bestätigen nur zum Teil die Effekte einer ungerechten Verzerrung durch die Judizialisierung des Rechts auf Gesundheit – und sollten eine vertiefte Diskussion um einen gerechteren Zugang auf das Recht auf Gesundheit anregen.

Right-to-health Litigation in Argentina. Justice for all?

The thesis about the pernicious consequences and unequal effects of the right-to-health litigation in Latin America is still a matter of discussion. A large proportion of the specialized literature argues that the litigants as well as the object of the claims belong to middle class or rich population of the society. The poor and vulnerable groups remain outside the privileged group of litigants. On the contrary others have argued recently that the effects of the right-to-health litigation depend on the concrete national context in which the cases are litigated. Also it makes clear that the right-to-health litigation is an important tool to guarantee the right to health of the most vulnerable population. To examine this position we

take the right-to-health litigation in Argentina as a case study. But instead of working with cases of the Supreme Court (like the main stream literature), we work with cases from the local jurisdiction, we focus on the right-to-health litigation in the Province of Buenos Aires. The results of this research confirm only partially the thesis of the unequal effects of the health care litigation. Having these results in mind should lead to a more robust discussion about more equal access to the right to health of the most vulnerable population.

Thomas Lampert: Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken in Deutschland

Auch in einem reichen Land wie Deutschland lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage der Bevölkerung feststellen. Personen mit geringerem Einkommen, niedriger Bildung und niedrigem Berufsstatus sind häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen und haben eine deutlich geringere Lebenserwartung als Personen in vergleichsweise begünstigten Lebenslagen. Für eine Gesellschaft, die auf dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit und des sozialen Ausgleichs aufbaut, stellt dies eine große Herausforderung dar. Die Verringerung der sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken kann dabei nicht alleinige Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, sondern betrifft auch andere Handlungsfelder, wie z. B. die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik.

Social inequality of health resources and health risks in Germany

Even in a wealthy country like Germany a strong relationship between social and health status can be stated. Individuals with low income, education and occupational status are prevalently affected by diseases and disorders and have a shorter life expectancy than others. A society built on the principles of social equity and compensation hereby faces a considerable challenge. The reduction of health inequalities are not only tasks for health politics but

refers also to the fields of politics for employment, education, families, and social affairs.

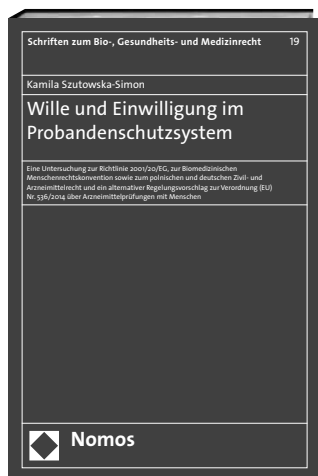
Maren Mylius und Andreas Frewer: Zugang zu medizinischer Versorgung von MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Zwischen Notfallversorgung, Infektionsschutz und humanitärer Hilfe

MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus sind in Deutschland faktisch vom Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. In Folge dessen haben sich in einigen Städten diverse Hilfsorganisationen gegründet, die eine medizinische Versorgung für die Betroffenen anbieten. Für den medizinischen Notfall sieht der Gesetzgeber jedoch eine Behandlungspflicht vor. Außerdem soll ein niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung aus infektionsepidemiologischen Gründen bei spezifischen Erkrankungen sowie Schutzimpfungen durch die Gesundheitsämter geschaffen werden. Der rechtliche Rahmen in Deutschland ist in diesem Bereich allerdings unübersichtlich und komplex. Der vorliegende Beitrag untersucht daher die tatsächliche Gesundheitsversorgung von MigrantInnen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus auf Grundlage der Ergebnisse quantitativer Erhebungen an den Gesundheitsämtern bundesweit und an Krankenhäusern in drei Bundesländern. Dabei soll die Frage geklärt werden, ob mit den bestehenden Rahmen und Möglichkeiten tatsächlich ein niederschwelliger Zugang zu einer medizinischen Versorgung für die Betroffenen geschaffen werden kann. Die unzureichende medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere ist zudem u. a. hinsichtlich des Menschenrechts auf Gesundheit zu diskutieren.

Access to healthcare for undocumented migrants. Between emergency care, infection prevention and humanitarian aid

Migrants without legal residence status de facto have no access to the regular healthcare system in Germany. For that reason, diverse aid organizations – which offer medical care – have been founded in a number of German cities. In accordance with the

Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht



Wille und Einwilligung im Probandenschutzsystem

Eine Untersuchung zur Richtlinie 2001/20/EG, zur Biomedizinischen Menschenrechtskonvention sowie zum polnischen und deutschen Zivil- und Arzneimittelrecht und ein alternativer Regelungsvorschlag zur Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über Arzneimittelprüfungen mit Menschen

Von Dr. Kamila Szutowaska-Simon

2015, Band 19, 658 S., brosch., 148,- €

ISBN 978-3-8487-2600-4

www.nomos-shop.de/25444

Die Einwilligung als Ausdruck der Selbstbestimmung bildet einen elementaren Schutz vor Fremdbestimmung und Instrumentalisierung. Sie ist deshalb in allen Probandenschutzsystemen zu einer zentralen Voraussetzung der Zulässigkeit medizinischer Forschung mit Menschen geworden. Werden aber solche Probandenschutzsysteme der Idee der Einwilligung gerecht, wenn es unerlässlich ist, mit Probanden zu forschen, die selber nicht entscheiden dürfen oder können? Wie ist dem Selbstbestimmungsrecht derartiger Probanden nachzukommen?

Auf diese Fragen sucht das Werk die Antwort insbesondere in der Analyse der Relation zwischen der rechtlich erforderlichen Einwilligung zur Teilnahme eines Probanden an einer Arzneimittelprüfung und seinem echten oder mutmaßlichen Willen. Untersucht wird das geltende internationale, europäische, deutsche und polnische Recht sowie die EU-Verordnung Nr. 536/2014, die das Arzneimittelprüfungsrecht der EU-Mitgliedstaaten demnächst vereinheitlichen wird.

Portofreie Buch-Bestellungen unter
www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

© Wochenschau Verlag Schwalbach/Ts.



Nomos

law, there's the obligation of the state to treat a person in case of an emergency. Furthermore, a low-threshold access to healthcare should generally be guaranteed by the health authorities (Gesundheitsämter) due to infectious disease epidemiology reasons with specific illnesses. Also vaccinations should be provided. The legal framework in Germany is quite confusing in this area. This paper, therefore, examines the real medical care for migrants without legal residence status based on results of quantitative surveys which include health authorities (Gesundheitsämter) in the whole country and hospitals in three federal states (Lower Saxony, Berlin and Hamburg). This study examines, if the existing legal framework and the existing opportunities for affected migrants are indeed able to offer a low-threshold access to the healthcare system. Additionally, the current kind of insufficient medical care is discussed regarding i.a. the human right to health.

Elène Misbach: „Sich für Gesundheit stark machen“ – Solidarische Flüchtlingsarbeit als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte

Der Beitrag befasst sich mit den strukturellen Mängeln der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und MigrantInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Leistungen nach AsylbLG stellen eine reduzierte Minimalmedizin dar, die nicht menschenrechtskonform ist und lebensbedrohliche bis tödliche Folgen hat. Wie können solidarische Unterstützungsprozesse gestaltet werden, in denen die Menschen nicht paternalistisch bevormundet, sondern als aktiv handelnde (Rechts-)Subjekte wahrgenommen werden? Wie kann es gelingen, sozialstaatliche Aufgaben nicht blind durch „ehrentamtliches“ und „wohltätiges“ Engagement zu ersetzen? Der gesellschaftlich dominante Diskurs um ehrenamtliches Engagement bleibt einem paternalistisch geprägtem Hilfediskurs verschrieben und weist Verschränkungen zu kolonial geprägten Bildern auf. Dem wird solidarische Unterstützung, verstanden als gemeinsamer sozialer Kampf um Rechte, entgegengesetzt.

Solidarity for refugees in their fight for the right to health

We are aiming to report about the structural deficit regarding health care provision for asylum seekers and undocumented migrants and possible reactions: According to German law, asylum seekers are entitled to minimal health care – a process that disrespects human rights and aggravates health problems. We wish to discuss, how solidary support can be framed in way that does not reproduce paternalistic models and colonial backgrounds but accepts and supports individuals as active and acting subjects. We further explore possibilities to overcome blind replacement of duties of the state by voluntary and charitable engagement with collective struggles for mutual social rights.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Laura Clérico ist Professorin für Verfassungsrecht und Menschenrechte an der Universität von Buenos Aires. Sie ist Mitherausgeberin eines dreibändigen Handbuchs „Tratado de Derecho a la Salud“ (2013).

Lisa Forman arbeitete in den 1990er Jahren als Menschenrechtsanwältin in der Republik Südafrika und forscht inzwischen als Professorin an der Dalla Lana School of Public Health in Toronto.

Andreas Frewer ist Arzt und Professor für Ethik in der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg sowie einer der beiden Leiter des interdisziplinären Projekts „Human Rights in Healthcare“ an der FAU.

Thomas Gebauer ist Psychologe und Geschäftsführer von „medico international“. Er ist Mitbegründer der „Internationalen Kampagne gegen Landminen“, die 1997 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet wurde.

Michael Krennerich ist Privatdozent am Lehrstuhl für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik und einer der Programmdirektoren des „Master Human Rights“ an der Universität Erlangen-Nürnberg; er ist Vorsitzender des Nürnberger Menschenrechtszentrums.

Thomas Lampert ist Privatdozent und Leiter des Fachgebiets Soziale Determinanten der Gesundheit am Robert Koch-Institut in Berlin.

Elène Misbach, Diplom-Psychologin, engagiert sich im Berliner Medibüro – Netzwerk für das Recht auf Gesundheit von Migrant*innen. Hauptberuflich ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin der Alice-Salomon-Hochschule Berlin sowie freie Mitarbeiterin der Amadeu Antonio Stiftung.

Maren Mylius, Dr. PH, ist wissenschaftliche Gastmitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, FAU-Erlangen-Nürnberg, und Assistenzärztin in der Psychiatrie. Zudem ist sie im Vorstand der Medizinischen Flüchtlingsberatung Hannover e. V.

Dainius Pūras, Psychiater und Menschenrechtsaktivist aus Litauen, bekleidet seit August 2014 das Amt des UN-Sonderberichterstatters für das Recht auf Gesundheit. Von 2006 bis 2011 war er Mitglied des UN-Kinderrechtsausschusses.

Thomas Schramme ist Professor für Praktische Philosophie an der Universität Hamburg. Mit Prof. Dr. Stefan Huster leitete er 2013/14 eine Forschergruppe am Zentrum für Interdisziplinäre Forschung in Bielefeld zum Thema „Normative Aspekte von Public Health“.

Leticia Vita studierte Jura und Politikwissenschaft und ist Professorin für Staatslehre an der Universität von Buenos Aires.