

Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit und seine Umsetzung in Deutschland*

A. KATARINA WEILERT

Dr. iur. A. Katarina Weilert, LL.M. (London), ist wissenschaftliche Referentin an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V., Institut für interdisziplinäre Forschung, Heidelberg

Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit ist noch immer wenig bekannt, obwohl es angesichts der gegenwärtigen weltweiten Herausforderungen durch Epidemien, desaströse gesundheitliche Versorgungslagen in Krisengebieten und die hohen Flüchtlingszahlen großen Handlungsbedarf gibt. Der Artikel soll aufzeigen, wo dieses Menschenrecht im Völkerrecht verankert ist, und in welchem Umfang es Staaten dazu verpflichtet, Gesundheitsdienstleistungen vorzuhalten und weitere gesundheitsdienliche Maßnahmen zu ergreifen. Angesichts der hohen Flüchtlingsströme wird betont, dass eine Verpflichtung der Staatengemeinschaft besteht, die nicht nur auf den jeweiligen Ankunfts- bzw. Aufnahmestaat abgewälzt werden kann.

1. Einleitung

Das Menschenrecht auf Gesundheit ist in verschiedenen völkerrechtlichen Dokumenten ganz unterschiedlicher Rechtsnatur verbürgt und von allen Staaten in wenigstens einem Vertrag anerkannt.¹ Wenn im Völkerrecht von einem „right to health“ die Rede ist, dann handelt es sich um eine verkürzte Sprachform für jene Dienstleistungen, Maßnahmen und Einrichtungen, die einem Menschen helfen können, seine Gesundheit aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Gesundheit selbst kann nie geschuldet sein, weil sie von individuellen Gegebenheiten der Person abhängt.² Das Menschenrecht auf Gesundheit wird im Völkerrecht aber nicht nur auf die unmittelbare Gesundheitsversorgung bezogen, sondern als ein Bündel von sozioökonomischen Rechten

verstanden, die eine gesunde Lebensweise ermöglichen („inclusive right“).³

* Der Artikel ist in weiten Teilen deckungsgleich mit dem Beitrag der Autorin „Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit und seine Implikationen für das nationale Recht“, in: Weilert (Hrsg.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat – Interdisziplinäre Zugänge, Baden-Baden 2015, S. 65–76. Eingang gefunden haben auch Erkenntnisse aus ihrem Beitrag The Right to Health in International Law – Normative Foundations and Doctrinal Flaws, in: Vierck/Villarreal/Weilert (Hrsg.), The Governance of Disease Outbreaks. International Health Law: Lessons from the Ebola Crisis and Beyond, Baden-Baden 2017, S. 145 ff.

1 WHO, The Right to Health, Fact Sheet No. 31, Genf 2008, S. 1.

2 WHO, The Right to Health, s. oben Fn. 1, S. 5.

3 WHO, The Right to Health, s. oben Fn. 1, S. 3; vgl. auch A. E. Yamin, The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States, American Journal of Public Health 2005, S. 1156.

2. Verankerung eines Menschenrechts auf Gesundheit in völkerrechtlichen Dokumenten

Die Idee eines internationalen Menschenrechts auf Gesundheit, seine philosophische Untermauerung und sozialgeschichtliche Entwicklung kann an dieser Stelle nicht nachgezeichnet werden.⁴ Die konkrete Verfasstheit dieses völkerrechtlichen Menschenrechts ist im Folgenden aber anhand der völkerrechtlichen Dokumente und ihrer Auslegung und Gestaltung durch die völkerrechtlichen Akteure aufzuzeigen.⁵

2.1 Die WHO

Schon 1946 (in Kraft seit 1948) wurde der Gründungsvertrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit seiner bekannten weiten Definition von Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (in bewusster Abgrenzung zu einem negativen, auf die Abwesenheit von Krankheit begrenzten Krankheitsbegriff) formuliert und der „Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes“ als Menschenrecht postuliert.⁶ Vielfach und zu Recht wurde Kritik geübt an diesem Gesundheitsideal, das von keinem Staat garantiert werden kann, sondern eine Dimension aufweist, die sogar einem übergriffigen Staatshandeln („geistige Gesundheit“) Vorschub leisten könnte. Die Präambel der Verfassung der WHO erklärte den „Genuss des höchsten erreichbaren Gesundheitsstandards“ erstmals⁷ zum Menschenrecht.

Die WHO organisierte eine Reihe von Konferenzen, bei denen der Anspruch der weltweiten Gesundheitsförderung und die nähere Bestimmung der Gesundheit weiter konkretisiert wurden.

Besondere Bedeutung erlangte die Alma-Ata-Erklärung, die auf eine von der WHO im September 1978 organisierte Konferenz zurückging, an der Vertreter von 134 Staaten und 67 internationalen Organisationen teilnahmen. Die Erklärung, die die primäre Gesundheitsversorgung als Schlüsselinstrument für eine Gesundheit für alle sieht, bekräftigt, dass Gesundheit im Sinne eines „vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ ein „fundamentales Menschenrecht“ ist.

Bei der Ottawa Charter⁸, die 1986 verabschiedet wurde, lag der Fokus auf der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, der Schaffung unterstützender Umwelten für die Gesundheit, der

Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, der Entwicklung persönlicher Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit sowie der Neuorientierung der Gesundheitsdienste.⁹ Damit wurde besonderes Augenmerk auf die „objektiven und subjektiven Möglichkeiten der Selbststeuerung“¹⁰ geworfen. Die Ottawa-Charta wurde später als „Leitfaden und Inspirationsquelle der Gesundheitsförderung“ (so in der Präambel der Jakarta-Deklaration) bezeichnet. Auch in der Jakarta-Deklaration (1997)¹¹ wurden die Determinanten für die Gesundheit bestimmt, darunter Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, Nahrung, Handlungskompetenzen sowie ein stabiles Ökosystem. Armut wird dabei als die größte Bedrohung für die Gesundheit eingestuft. Die letzte globale Konferenz zur Gesundheitsförderung fand im November 2016 in Shanghai (China) statt.

2.2 Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und der VN-Sozialpakt

Neben der WHO, die auf der Ebene der Vereinten Nationen (VN) angesiedelt, aber durch ihre komplexe Verfasstheit recht eigenständig organisiert ist, haben sich die Staaten auch unmittelbar zur Gesundheit als Menschenrecht bekannt. In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948¹² wird ein Anspruch auf „Gesundheit und Wohlbefinden“ als Ausfluss des Rechts auf einen „angemessenen Lebensstandard“ als Menschenrecht postuliert.¹³ Gesundheit wird auch hier, wie sich aus dem Normkontext erfassen lässt, nicht nur als „Abwesenheit von Krankheit“ verstanden, sondern in einen Zusammenhang mit anderen sozialen Existenzgrundlagen gebracht.

Eine erste verbindliche vertragsrechtliche Verbürgung der Gesundheit als Menschenrecht erfolgte 1966 mit Art. 12 des VN-Sozialpaktes:¹⁴

- (1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
- (2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen
 - a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;

- b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
- c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
- d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Mit Art. 12 Abs. 1 VN-Sozialpakt wird ein „Höchstmaß“ an individuell möglicher Gesundheit als Recht anerkannt.¹⁵ Für die Auslegung der staatlichen Verpflichtung maßgeblich ist ein *General Comment* des VN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) aus dem Jahr 2000.¹⁶ Die in den *General Comments* gefunde-

4 Vgl. hierfür J. Tobin, *The Right to Health in International Law*, New York 2012, S. 14 ff.

5 Zu den normativen Verankerungen des Menschenrechts auf Gesundheit siehe auch den Überblick bei: M. Kremereich, in: Freyer, Bielefeldt (Hrsg.), *Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*, Bielefeld 2016, S. 57 (58 ff.).

6 Constitution of the World Health Organization, Official Records of the World Health Organization No. 2, S. 100.

7 Es ist nicht bekannt, ob die Verfasser sich der juristischen Dimension bewusst waren, die mit einem „Recht auf Gesundheit“ einhergehen, siehe B. Toebs, *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Antwerpen 1999, S. 32.

8 Ottawa Charter for Health Promotion, 1986, abrufbar (in Englisch und Deutsch) unter URL: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (zugegriffen am 30.06.2017).

9 Die fünf Strategien der Ottawa-Charta zitiert nach der Zusammenfassung in der Jakarta-Deklaration.

10 R. Rosenbrock, *Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland*, Berlin 1998, S. 4.

11 Die „Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century“ bildete den Abschluss zur 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung und beansprucht für sich, einen „Handlungsrahmen für die Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert“ zu bilden. Text der Jakarta-Deklaration in englischer und deutscher Sprache abrufbar unter URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/> (zugegriffen am 30.06.2017).

12 A/RES/217, UN-Doc. 217/A-(III) vom 10.12.1948.

13 Vgl. Art. 25 Abs. 1 AEMR.

14 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966, Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, S. 428.

15 Vgl. zur Auslegung eines Höchstmaßes an Gesundheit: Tobin, *The Right to Health*, s. oben Fn. 4, S. 121 ff.

nen Auslegungen des VN-Sozialpaktes sind zwar nicht förmlich rechtsbindend, jedoch hoch angesehen. Der Ausschuss hat das zunächst „diffuse“ Recht auf Gesundheit differenziert ausbuchstabiert und einzelne konkrete Rechte aus ihm abgeleitet. Ob sich die Staaten in diesem Umfang verpflichten wollten und in welchem Maße eine so weitreichende dynamische Interpretation den ursprünglichen Staatenwillen überschreitet, wäre eigens für sich zu klären.

Beim Recht auf Gesundheit nach dem VN-Sozialpakt wurde zwar nicht die Definition der WHO-Präambel übernommen,¹⁷ jedoch begrenzte man auch hier das Recht auf Gesundheit nicht nur auf die Gesundheitsversorgung (health care), sondern begriff Gesundheit vor allem als Folge einer Reihe an sozio-ökonomischen Faktoren.¹⁸ Das Recht auf Gesundheit wird als „inklusives Recht“ ausgelegt, das die medizinische Behandlung und die Gewährleistung gesunder Lebensbedingungen umfasst (sauberes Trinkwasser; sanitäre Einrichtungen; sichere Lebensmittel; sichere Arbeits- und Umweltbedingungen; Gesundheitsbildung etc.).¹⁹ Es wird klargestellt, dass das „right to health“ kein „right to be healthy“ verbürgt²⁰. Die individuelle biologische Gesundheit müsse ebenso berücksichtigt werden wie die individuelle Freiheit zu einem ungesunden und risikobehafteten Lebensstil. Das Recht auf Gesundheit bedeute vielmehr, dass

ist, bleibt dahingestellt, allerdings muss es für alle finanziert sein.²³

Die staatlichen Verpflichtungen werden der Menschenrechtsdogmatik entsprechend in drei Kategorien eingeteilt. Sie sollen das Recht auf Gesundheit respektieren, schützen und umsetzen (tripartite obligation to respect, protect and fulfil).²⁴ Die abwehrrechtliche Komponente (respect) schützt vor staatlichen Übergriffen in Körper und Gesundheit des Einzelnen, die schutzrechtliche Dimension (protect) veranlasst den Staat zu Maßnahmen, die die Gesundheit vor Übergriffen (privater) Dritter bewahren (Beispiel Arzneimittelkontrolle), die „Erfüllungspflicht“ (fulfil) bedeutet schließlich, dass der Staat politische Maßnahmen ergreifen und entsprechende Gesetze erlassen muss, um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen (unter anderem Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, Programme gegen hochansteckende Krankheiten, gleichen Zugang für alle zu den Voraussetzungen von Gesundheit wie zum Beispiel sicheren Nahrungsmitteln und Trinkwasser sowie ein bezahlbares Gesundheitsversicherungssystem).²⁵

Grundsätzlich erkennt der VN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte an, dass das Recht auf Gesundheit von den Staaten stufenweise verwirklicht werden kann („progressive realization“).²⁶ Jedoch seien die Staaten verpflichtet, ohne zeitlichen Aufschub das Recht auf Gesundheit diskriminierungsfrei auszustalten und Schritte zur vollen Verwirklichung zu unternehmen („immediate effect“).²⁷ Der VN-Ausschuss kondensiert aus den vielen aus Art. 12 VN-Sozialpakt abgeleiteten Einzelpflichten sogenannte „Kernverpflichtungen“ („core obligations“²⁸), die jeder Staat einhalten muss, ohne sich auf fehlende Ressourcen berufen zu können.²⁹ Weitere Interpretationsleistungen und konzeptionelle Überlegungen finden sich in den Berichten der VN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit:³⁰ Kontinuierlich werden Berichte³¹ zu einem gesundheitsrelevanten Bereich verfasst, z.B. zur psychischen Gesundheit (2017)³², zu ungesunden Lebensmitteln und nicht-übertragbaren Krankheiten (2014),³³ dem Recht auf Gesundheit in Konfliktsituationen

(2013)³⁴ und dem Zugang zu Medizin (2013/2011/2010/2009).³⁵ Hinzu kommen Berichte, die sich vulnerablen Gruppen zuwenden, etwa Wanderarbeitern (2013)³⁶ oder Heranwachsenden (2016)³⁷ bzw. älteren Personen (2011)³⁸.

16 CESCR, E/C.12/2000/4 vom 11. August 2000 (General Comment No. 14).

17 Zur Entstehungsgeschichte der Gesundheitsdefinition siehe *B. Saul/ D. Kinley/ J. Mowbray, The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, New York 2014, S. 980: Der Vorschlag einer Gesundheitsdefinition auch im Sinne von „social well-being“ und „moral well-being“ fand keine mehrheitliche Zustimmung.

18 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 4; vgl. auch *Saul/ Kinley/ Mowbray, International Covenant*, s. oben Fn. 17, S. 984.

19 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 4, 11.

20 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 8.

21 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 12.

22 Oft auch bezeichnet als die sogenannten „AAAQs“, nämlich „availability“, „accessibility“, „acceptability“ und „quality“.

23 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 36.

24 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 33.

25 Siehe auch *Tobin, The Right to Health*, s. oben Fn. 4, S. 331 ff.

26 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 30. Das Prinzip der „progressive realization“ ergibt sich dabei auch aus Art. 2 Abs. 1 VN-Sozialpakt. Welche Maßnahmen wann zu ergreifen sind, ist nicht genau festgelegt. Art. 2 Abs. 1 VN-Sozialpakt spricht davon, dass die Vertragsstaaten verpflichtet sind „Maßnahmen zu treffen, um nach und nach mit allen geeigneten Mitteln, vor allem durch gesetzgeberische Maßnahmen, die volle Verwirklichung der in diesem Pakt anerkannten Rechte zu erreichen.“

27 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 30.

28 Darunter sind (nicht abschließend) der Zugang zu Gesundseinrichtungen und -dienstleistungen für alle; der Zugang zu sicheren Grundnahrungsmitteln; der Zugang zu einer Wohnung und sanitären Einrichtungen sowie der Zugang zu essentiellen Medikamenten.

29 Näher zu den Kernverpflichtungen:

A. Müller, Die Konkretisierung von Kernbereichen des Menschenrechts auf Gesundheit. Internationale Debatten zu „Minimum Core Obligations“, in: Frewer/ Bielefeld (Hrsg.), Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse, Bielefeld 2016, S. 125 ff.

30 Das Mandat des Sonderberichterstatters für Gesundheit (Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health) wurde 2002 errichtet (durch die Commission on Human Rights resolution 2002/31).

31 Die Berichte (beginnend 2003) sind abrufbar über <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>. (zugegriffen am 30.06.2017).

32 A/HRC/35/21 of 2017.

33 A/HRC/26/31 of 2014.

34 A/68/297 of 2013.

35 A/HRC/23/42 of 2013; A/HRC/17/43 of 2011; A/65/255 of 2010; A/HRC/11/12 of 2009.

36 A/HRC/23/41 of 2013.

37 A/HRC/32/32 of 2016.

38 A/HRC/18/37 of 2011.

Das Recht auf Gesundheit wird als „inklusives Recht“ ausgelegt, das die medizinische Behandlung und die Gewährleistung gesunder Lebensbedingungen umfasst.

Vorrichtungen, Leistungen, Güter und Bedingungen, die für die Gesundheit notwendig sind, für alle erreichbar gemacht werden müssen. Einrichtungen medizinischer Versorgung sollen danach im Wesentlichen vier Anforderungen genügen²¹: Sie müssen (1.) verfügbar, (2.) jedem zugänglich (diskriminierungsfrei, physisch erreichbar und bezahlbar), (3.) in ethischer und kultureller Hinsicht akzeptabel und schließlich (4.) fachlich qualitativ sein.²² Ob das Versicherungssystem privat, öffentlich oder gemischt

2.3 Gesundheitsforschung

Angesichts der Heilungschancen und der Steigerung des Wohlbefindens durch neue Behandlungsmethoden oder Medikamente kommt der Forschung für die Verbesserung des Gesundheitsniveaus eine zentrale Rolle zu. Jedoch ist Forschung in besonderem Maße von Ressourcen abhängig und kann nur von Industrieländern in relevantem Umfang erbracht werden. Eine völkerrechtliche Pflicht der Staaten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Forschung findet bislang in Auslegung des Menschenrechts auf Gesundheit durch den VN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte nur am Rande Beachtung („promotion of medical research“).³⁹ Immerhin heißt es auch in einem Bericht des Sonderberichterstatters zum Menschenrecht auf Gesundheit „The right to health not only requires that existing medicines are accessible, but also that much needed new medicines and their formulations are developed and thereby become available to those who need them.“⁴⁰

Die geringen Forschungsaktivitäten außerhalb von Industriestaaten führen zu dem spezifischen Problem, dass armutsbedingte Krankheiten weit weniger erforscht werden als die Wohlstandskrankheiten (lifestyle diseases) der Industrieländer. Für Pharmakonzerne sind häufig Krankheitsprobleme der Entwicklungsländer nicht rentabel. Dies bildet, zusammen mit den Problemen des internationalen Patentregimes und der faktischen Unzugänglichkeit teurer Medikamente sowie der Frage der Zugänglichmachung von Forschungsergebnissen, ein spezifisches Problemfeld des Menschenrechts auf Gesundheit.⁴¹ Es geht hier um die Aspekte einer internationalen Solidarität und internationalen Gesundheitsgerechtigkeit, die an dieser Stelle nur benannt werden können.

2.4 Gruppenspezifischer Gesundheitsschutz

Die Versorgung von Randgruppen oder vulnerablen Gliedern der Gesellschaft ist ein besonderes Anliegen des modernen völkerrechtlichen Menschenrechtsregimes. Ein gruppenspezifischer Gesundheitsschutz findet sich zum einen in der Auslegung des Menschenrechts auf Gesundheit selbst, zum anderen aber auch

in weiteren Dokumenten, die spezifisch zum Schutz dieser Gruppen verabschiedet wurden.⁴² Der VN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte entnimmt aus Art. 12 VN-Sozialpakt eine Verpflichtung der Staaten, jedem Immigranten und Asylsuchenden unabhängig seiner Aufenthaltserlaubnis sowie allen Minderheiten Zugang zu Gesundheitsleistungen (präventiver, heilender und palliativer Art) zu gewähren.⁴³ Weitere Zielgruppen, zu deren Gesundheitsschutz sich viele Staaten eigens verpflichtet haben, sind Kinder (Art. 24 Kinderrechtskonvention), Frauen (Art. 12 Frauenrechtskonvention), Behinderte (Art. 25 Behindertenrechtskonvention) und (Wander)arbeitnehmer (Art. 28 Wanderarbeiterkonvention; Art. 7 und 12 VN-Sozialpakt).

3. Ist das Menschenrecht auf Gesundheit ein Individualrecht?

Das Menschenrecht auf Gesundheit ist dogmatisch schwer zu fassen, da es Elemente eines Individualrechts (im Sinne eines Freiheits- und Sozialrechts) und einer nur objektiv-rechtlichen Verpflichtung enthält.⁴⁴ Historisch gesehen ging der Ansatz einer öffentlichen (Volk-)Gesundheit (*Public Health*) dem Verständnis eines Rechts auf Gesundheit als individuellen Rechts voraus.⁴⁵ Dies ist insofern wenig erstaunlich, da die Idee subjektiver Rechte im Völkerrecht verhältnismäßig jung ist.⁴⁶ *Public Health*,⁴⁷ bezieht sich auf die „Bevölkerung“, auf „Gruppen“ und letztlich zahlenmäßige Betrachtungen, nicht aber auf den einzelnen individuellen Patienten. Es handelt sich um einen politikorientierten Ansatz, der sich mit der Erhaltung der Gesundheit der Menschen in einer umfassenden und interdisziplinären Perspektive beschäftigt, einschließlich der Vereinbarung von sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen. Rechtlich gesehen liegt der Fokus vor allem auf der „objektiven“ Verpflichtung des Staates, für die „Volksgesundheit“ Sorge zu tragen. Ein individuelles Recht auf Gesundheit geht dagegen von einem „subjektiven“ Standpunkt aus. Es fragt, welchen Anspruch ein Individuum auf welche Leistungen hat, um gesund zu bleiben bzw. seine Gesundheit bestmöglich wiederherzustellen. In der Interpretation von Art. 12 VN-Sozialpakt durch den VN-Ausschuss für wirtschaftliche,

soziale und kulturelle Rechte finden sich sowohl individualrechtliche Elemente als auch *Public Health*-Forderungen. Vielfach wird dabei allerdings nicht zwischen den verschiedenen Ebenen getrennt, was dazu führt, dass das Recht auf Gesundheit diffus und konturenlos erscheint. Es kann das Individualrecht sogar mit einem *Public Health*-Ansatz in Konflikt geraten, etwa bei der Bekämpfung von Epidemien in Ländern mit Ressourcenknappheit: Ist das Ziel, die Ressourcen zum Schutz und zur Genesung möglichst vieler Menschen, d.h. möglichst „effektiv“ einzusetzen oder steht jedes Individuum in seiner Würde im Blick, so dass sich die Frage verböte, welche Genesungschance und Lebensperspektive die Person hat.⁴⁸ Im Grunde sind hier zwei *verschiedene* Systeme miteinander verbunden, die aber *komplementär* zueinanderstehen, da Public Health-Bemühungen normalerweise auch einen positiven Effekt auf die Gesundheit des Einzelnen haben. Man könnte zwar argumentieren, dass nur das individuelle Recht auf Gesundheit ein wahres „Menschenrecht“ ist, da eine nur

39 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 36 f.

40 Bericht des Sonderberichterstatters zum Menschenrecht auf Gesundheit vom Mai 2009 (A/HRC/11/12/Add.2) Rn. 84.

41 Vgl. den Bericht des Sonderberichterstatters zum Menschenrecht auf Gesundheit vom März 2009 (A/HRC/11/12).

42 Vgl. WHO, *The Right to Health*, s. oben Fn. 1, S. 9 (Übersicht) sowie S. 11 ff. (auf die spezifischen Gruppen eingehend).

43 CESCR, s. oben Fn. 16, Rn. 34.

44 Vgl. eingehend: A. K. Weilert, *The Right to Health in International Law – Normative Foundations and Doctrinal Flaws* (hier wird die normative Struktur des Rechts auf Gesundheit in seinen Einzelheiten und Schwierigkeiten dargelegt), s. oben Fn.*.

45 T. Murphy, *Health and Human Rights*, Oxford & Portland 2013, S. 30.

46 Siehe näher A. Peters, *Jenseits der Menschenrechte*, Tübingen 2014, S. 473.

47 Der Fachterminus *Public Health* wird auch im Deutschen verwendet, da der Begriff der Volksgesundheit in Deutschland historisch vorbelastet ist.

48 Vgl. auch K. Tomaeševski, „Health Rights“ in: Eide/ Krause/Rosas (Hrsg.), *Economic, Social and Cultural Rights*, Dordrecht/Boston/London 1995, 125 ff.; B. Toebe, *Human rights and public health: towards a balanced relationship*, *International Journal of Human Rights* 2015 (Bd. 19), S. 488 (499); B. Toebe, „International health law: an emerging field of public international law“, *Indian Journal of International Law* 2015 (Bd. 55), S. 299 (311); L. Nieada-Avshalom, „Some scepticism on the right to health: the case of the provision of medicines“, *The International Journal of Human Rights* 2015 (Bd. 19), S. 527 ff.

objektiv bestehende Staatenverpflichtung im Sinne von *Public Health* keinen Anspruchsberechtigten kennt, wohingegen aber Menschenrechte definitionsgemäß Individualrechte sind.⁴⁹ Jedoch würde dies den völkerrechtlichen Menschenrechtsschutz elementar verkürzen und der unterschiedlichen Rechtsnatur von Völkerrecht und nationalem Recht nicht gerecht werden.

Das deutsche Grundrechtsverständnis ist davon geprägt, dass Menschenrechte immer ein individuell (d.h. subjektiv) einklagbares Recht enthalten, das zeichnet sie gerade aus. Grundrechte sind in erster Linie Freiheitsrechte (Abwehrrechte gegen übergriffiges Staatshandeln), verbürgen darüber hinaus aber auch einen objektiv-rechtlichen Gehalt⁵⁰, der den Staat dazu verpflichtet, den Grundrechtsträger in gewissem Umfang auch gegen Eingriffe von Seiten privater Dritter zu schützen (sog. Schutzpflichtdimension). Eine solche Schutzpflicht ist in Bezug auf die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit anerkannt,⁵¹ deren Mindeststandards zu unterlaufen dem Staat nicht erlaubt wäre („Untermaßverbot“⁵²). Grundsätzlich genießt der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung dieser Schutzpflichten jedoch einen weiten Ermessensspielraum.

Einen Katalog von sozialen Grundrechten kennt das deutsche Grundgesetz – im Gegensatz zu vielen anderen Staaten⁵³ – dagegen nicht. Grund hierfür ist, dass „das Grundgesetz die Grundrechte als justiziable, für gerichtliche Durchsetzbarkeit geeignete Individualrechte konzipiert hat“.⁵⁴ Auch aus dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip lassen sich in der Regel keine unmittelbaren Leistungsansprüche ableiten, sondern in erster Linie bedeutet es eine Verpflichtung des Gesetzgebers, entsprechende Gesetze zu erlassen.⁵⁵ Immerhin aber wurde hier ein Recht auf Existenzminimum anerkannt, das auch eine gesundheitliche Mindestversorgung einschließt.⁵⁶ Dieses wurde vom BVerfG explizit auch auf Flüchtlinge und Asylbewerber erstreckt.⁵⁷ Das Gericht hielt es allerdings für zulässig, dass der Gesetzgeber den Umfang der Sozialleistungen an Ausländer in Beziehung zur Dauer ihres Aufenthaltes setzt.⁵⁸

Insgesamt hat sich trotz der fehlenden sozialen Grundrechte durch die Rechtsprechung mittlerweile ein ge-

wisses grundrechtliches Schutzniveau im Blick auf die Gesundheit verankert, welches allerdings nur punktuell entwickelt wurde.

4. Besonderheiten des Völkerrechts und seine Geltung in Deutschland

Während das deutsche Recht von verbindlichen Rechtsnormen und Verfahren effektiver Rechtsdurchsetzung geprägt ist, ist das internationale Recht von einem Nebeneinander rechtsbindender Völkerrechts und nicht bindender Übereinkünfte und Erklärungen – dem sogenannten *soft law*⁵⁹ – gekennzeichnet. So handelt es sich bei den meisten Verlautbarungen von Internationalen Organisationen um nicht verbindliche Erklärungen. Auch bei Staatenkonferenzen kommen leichter Übereinkünfte zustande, wenn diese nicht rechtsverbindlich gelten. Dies wird oft übersehen, wenn völkerrechtlich unverbindlichen Stellungnahmen in der politischen Öffentlichkeit der Stellenwert eines vermeintlich verbindlichen Dokuments zugewiesen wird. Andererseits erfährt das *soft law* durch die politische Öffentlichkeit eine besondere Aufmerksamkeit und die beständige Bezugnahme von Menschenrechtsorganisationen und anderen Nichtregierungsorganisationen auf solche völkerrechtlichen Dokumente kann politische Veränderungen in Gang setzen. Die Zielvorstellungen und Absichten der Staatengemeinschaft, die sich im *soft law* manifestieren, sind darüber hinaus ein wichtiges Element im Prozess der Bildung völkerrechtlich verbindlichen Rechts. Relativiert wird die Unterscheidung zwischen *hard* und *soft law* weiterhin dadurch, dass auch das verbindliche Völkerrecht wie Art. 12 VN-Sozialpakt unter einem Durchsetzungsdefizit leidet.⁶⁰ Das Individualbeschwerdeverfahren (Zusatzprotokoll zum VN-Sozialpakt)⁶¹, das selbst auch über nur mäßige Durchsetzungsmechanismen verfügt, wurde von Deutschland bisher nicht unterzeichnet. Das generelle Staatenberichtsverfahren (nach Art. 16 und 17 des VN-Sozialpaktes) soll zwar zur Effektivierung des Paktes beitragen, endet aber schließlich auch nur in der Benennung von Kritikpunkten sowie Vorschlägen und Empfehlungen an den jeweiligen Vertragsstaat. Für den einzelnen Bürger besonders effektiv wäre es,

wenn er die Verpflichtungen aus Art. 12 VN-Sozialpakt direkt in seinem Land einklagen könnte. Völkerrechtlich verbindliches Recht ist jedoch nicht automatisch Teil der nationalen Rechtsordnung. Vielmehr bestimmt jede Rechtsordnung selbst, wie sie das Völkerrecht in nationales Recht transformiert. Im deutschen Recht wird völkerrechtlichen Verträgen durch ein Bundesgesetz innerstaatliche Geltung verschafft (Art. 59

49 Vgl. auch die Diskussionen um Gruppenrechte und die Frage, ob ein Individuum aufgrund einer Gruppenzugehörigkeit Rechte erhält oder ob die Gruppe selbst Träger von Menschenrechten sein kann, s. G. Brunner, Menschenrechte von Minderheiten: Individualrechte, Gruppenrechte oder Selbstbestimmungsrecht?, JCSW 1998 (Bd. 39), S. 103 ff.; J. Schaarschmidt, Gruppenrechte als Menschenrechte? – Erkenntnisse aus dem afrikanischen Völkerrecht, in: Junge Wissenschaft im öffentlichen Recht e.V. (Hrsg.), Kollektivität – Öffentliches Recht zwischen Gruppeninteresse und Gemeinwohl. 52. Assistententagung Öffentliches Recht, Baden-Baden 2012, S. 97 ff.

50 Grundlegend BVerfGE 7, 198 ff. (205) – Lüth.

51 BVerfGE 39, 1 ff. (41) – Schwangerschaftsabbruch I; 49, 89 (141 f.) – Kalkar I. Aus der Literatur statt Vieler: S. Moritz, Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen, Baden-Baden 2013, S. 103 ff.

52 Gerichtlich erstmals aufgegriffen in BVerfGE 88, 203 ff. (254), zuletzt in BAG, Urteil vom 15. Februar 2017 – 7 AZR 143/15 –, juris – Befristung Hochschulprofessoren. Die Figur des „Untermaßverbots“ ist allerdings nicht unumstritten geblieben, vgl. H. Dreier, in: Dreier (Hrsg.) Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 3. Aufl. Tübingen 2013, Vorb. Rn. 103.

53 Für Europa vergleiche J. Iliopoulos-Strangas, Soziale Grundrechte in Europa nach Lissabon, Baden-Baden 2010.

54 I. von Münch/ Ph. Kunig, in: von Münch/ Kunig, Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, 6. Aufl. München 2012, Vorb. Rn. 9.

55 Vgl. Ch. Degenhart, Staatsrecht I (Staatsorganisationsrecht), 32. Aufl. Heidelberg 2016, Rn. 602 ff.

56 Siehe nur BVerfGE 125, S. 175-260.

57 Vgl. BVerfGE 132, 134-179; S. Rixen, Zwischen Hilfe, Abschreckung und Pragmatismus: Gesundheitsrecht der Flüchtlingskrise, NVwZ 2015, S. 1640 (1642).

58 BVerfGE 116, 229 (239).

59 Zum Begriff „soft law“ M. Herdegen, Völkerrecht, 13. Aufl. München 2014, S. 163; A. K. Weilert, Transnationale Unternehmen zwischen Völkerrecht und soft law, in: Hartung/ Schaede (Hrsg.), Internationale Gerechtigkeit, Darmstadt 2009, S. 212.

60 Für einen Überblick über die Staatenverantwortlichkeit und das Monitoring im Hinblick auf das Menschenrecht auf Gesundheit siehe: WHO, The Right to Health, s. oben Fn. 1, S. 31 ff.; Saul/ Kinley/ Mowbray, International Covenant, s. oben Fn. 17, S. 1038 ff. Vgl. für eine kanadische Sicht T. Friesen, The Right to Health Care, Health Law Journal 2001, S. 205 ff.; für eine US-amerikanische Sicht siehe Yamin, The Right to Health Under International Law, s. oben Fn. 3, S. 1156 ff.

61 Zusatzprotokoll, A/RES/63/117.

Abs. 2 GG).⁶² Obwohl den in das nationale Recht transformierten Verträgen formal nur der Rang eines Bundesgesetzes (und nicht Verfassungsrang) zu kommt, dienen sie nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts als „Auslegungshilfen für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite von Grundrechten und rechtsstaatlichen Grundsätzen des Grundgesetzes“.⁶³ So kann das Völkerrecht im Wege der Auslegung nationalen Rechts Bedeutung erlangen. Daraus folgt aber noch nicht, dass Art. 12 VN-Sozialpakt eine eigene Anspruchsgrundlage (subjektives Recht) bilden würde. Jeder Staat entscheidet selbst, ob eine in das nationale Recht transformierte völkerrechtliche Norm „unmittelbar anwendbar ist“, ob sie also bereits so bestimmt ist, dass Rechtsfolgen für den Einzelfall ableitbar sind.⁶⁴ Für den VN-Sozialpakt ist dies in Deutschland nicht abschließend geklärt, verliert aber an Bedeutung, insoweit die völkerrechtlichen Vorgaben bereits durch nationale Gesetze inhaltlich aufgegriffen und gegebenenfalls sogar als subjektive Rechte der Individuen verbürgt worden sind.

5. Handlungsaufträge für Deutschland

Welche konkreten Handlungsaufträge lassen sich nun für Deutschland aus dem völkerrechtlichen Menschenrecht auf Gesundheit ableiten? Zunächst und vor allem bedeutet das Menschenrecht auf Gesundheit eine Verpflichtung der an die entsprechenden völkerrechtlichen Vereinbarungen (insbesondere Art. 12 VN-Sozialpakt) gebundenen Staaten, die völkerrechtlichen Vorgaben auf dem eigenen Staatsgebiet zu verwirklichen.⁶⁵ Die Durchsetzung des Völkerrechts erfolgt noch immer in erster Linie dezentral über die einzelnen Staaten. In Anbetracht der großen Flüchtlingsströme stellt sich die Frage, ob diese Staatenpflicht gegenüber allen sich auf dem eigenen Staatsgebiet aufhaltenden Menschen, nur gegenüber legal im Land befindlichen Personen oder sogar nur gegenüber den eigenen Staatsbürgern gilt. Probleme ergeben sich konkret in Bezug auf die „leistungsrechtliche“ Dimension des Menschenrechts auf Gesundheit.

5.1 Gesundheitsschutz von Flüchtlingen

Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat in seinem *General Comment* zu Art. 2 Abs. 2 VN-Sozialpakt⁶⁶ festgestellt, dass die Rechte des Paktes für jedermann gänzt, also auch für Flüchtlinge und Asylsuchende.⁶⁷ In seinem *General Comment* zum Recht auf Gesundheit⁶⁸ heißt es, dass jeder Vertragsstaat eine *individuelle* und mit anderen Staaten *gemeinsame* Verantwortung trage, in Notzeiten zusammenzuarbeiten und Katastrophenhilfe und humanitäre Hilfe zu leisten.

Der VN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat festgestellt, dass die Rechte des Sozialpaktes auch für Flüchtlinge und Asylsuchende gelten.

Diese schließe Hilfe für Flüchtlinge und Binnenvertriebene ein.⁶⁹ Dabei solle jeder Staat seine maximalen Kapazitäten ausschöpfen. Hieraus kann geschlossen werden, dass Flüchtlinge nicht nur als das „Problem“ des Ankunfts- bzw. Aufnahmestaates gelten, sondern die Staatengemeinschaft als Ganze aufgerufen ist, in humanitären Notfällen auch einander Hilfe (einschließlich der Versorgung der Flüchtlinge) zu leisten. Des Weiteren ergibt sich aus den Empfehlungen des VN-Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte im Rahmen des Staatenberichtsverfahrens, dass Art. 12 VN-Sozialpakt dahingehend verstanden wird, auch Flüchtlingen einen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Was dies im Einzelfall heißt, wirft viele Fragen auf, zumal wenn Flüchtlinge aus Entwicklungsländern in Länder mit hochtechnisierter und kostenintensiver Medizin kommen. Hier werden Grenzen erreicht, da es keinen Anspruch aller Menschen geben kann, in einem bestimmten Land nach freier Wahl medizinische Leistungen zu erhalten. Flüchtlinge allerdings sind Menschen, die wegen Verfolgung, Naturkatastrophen oder Krieg zur Flucht „gezwungen“ werden und nicht wie Migranten lediglich ihre Lebensperspektive verbessern wollen.

Daher haben sich die meisten Staaten in Art. 23 der Genfer Flüchtlingskonvention⁷⁰ dazu verpflichtet, „den Flüchtlingen, die sich rechtmäßig in ihrem Staatsgebiet aufhalten, auf dem Gebiet der öffentlichen Fürsorge und sonstigen Hilfleistungen die gleiche Behandlung wie ihren eigenen Staatsangehörigen [zu] gewähren“. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass Art. 12 VN-Sozialpakt vom entsprechenden VN-Ausschuss explizit zugunsten einer die Flüchtlinge inkludierenden Versorgung verstanden wird, sind die Vertragsstaaten gehalten, eine Notfallversorgung und eine auch unabhängig von akuten Problemen bestehende Basisversorgung für alle Flüchtlinge bereitzustellen.⁷¹ Dabei ist allerdings, im Sinne von Art. 12 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 VN-Sozialpakt, eine generelle gegenseitige Unterstützung aller Staaten zu fordern.

Im Staatenberichtsverfahren im Rahmen des VN-Sozialpakter liegen die „Abschließenden Bemerkungen“ des VN

62 Für den VN-Sozialpakt siehe Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, S. 428.

63 BVerfGE 111, 307 (317).

64 A. K. Weilert, Transnationale Unternehmen im rechtsfreien Raum?, Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht 2009, S. 883 (903 f.); Zur Unterscheidung der innerstaatlichen Geltung von der unmittelbaren Anwendbarkeit einer völkerrechtlichen Norm siehe R. Geiger, Grundgesetz und Völkerrecht, 6. Aufl. München 2013 § 34 I.

65 Für die Frage extraterritorialer Pflichten siehe E. Askin, Extraterritorial Human Rights Obligations of States in the Event of Disease Outbreaks, in: Vierck/ Villarreal/ Weilert (Hrsg.), The Governance of Disease Outbreaks. International Health Law: Lessons from the Ebola Crisis and Beyond, Baden-Baden 2017, S. 175.

66 Art. 2 Abs. 2 VN-Sozialpakt: Die Vertragsstaaten verpflichten sich, zu gewährleisten, dass die in diesem Pakt verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status ausgeübt werden.

67 CESCR, E/C.12/GC/20 vom 2 Juli 2009 (General Comment No. 20).

68 S. oben Fn. 16.

69 General Comment, s. oben Fn. 16, Rn. 40.

70 Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 (in Kraft seit 22. April 1954; BGBl. 1953 S. 559 ff.) sowie Erweiterung durch das Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967 (in Kraft seit 4. Oktober 1967, BGBl. 1969 S. 1293 ff.).

71 Vgl. S. Rixen, s. oben Fn. 57, der sogar einen „weitgehende[n] Gleichlauf der Gesundheitsversorgung von Asylbegehrenden und übriger Bevölkerung“ als völkerrechtlich geboten ansieht.

Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte noch nicht zum aktuellen, sechsten Staatenbericht Deutschlands vor. Zum fünften Staatenbericht Deutschlands⁷² (von 2008) werden in den „Abschließenden Bemerkungen“ des Ausschusses nur wenige Anmerkungen direkt zu gesundheitsrelevanten Bereichen ausgeführt.⁷³ Hervorzuheben ist hier die Forderung des Ausschusses, dass Asylbewerber den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten sollten. Diese solle über eine (bereits bestehende) Notfallversorgung hinausgehen.⁷⁴ Die Bundesrepublik Deutschland hat darauf in ihrem sechsten Staatenbericht (2016)⁷⁵ Bezug genommen und erklärt, dass der Anspruch nach § 4 Abs. 1 AsylbLG zwar „grundsätzlich nur Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände umfasse“, allerdings ergänzt werde durch „sonstige Leistungen“, sofern „dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der besonderen Bedürfnisse von Kindern geboten“ sei. Hierdurch erhielten die Leistungsbehörden Spielraum, einem besonderen Bedarf im Einzelfall zu entsprechen.⁷⁶ Nach Ablauf von 15 Monaten erhalten Flüchtlinge nahezu alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 264 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 2AsylbLB) und haben damit praktisch denselben Zugang zu medizinischen Leistungen wie alle anderen dort Versicherten. Mittlerweile hat sich aber auch die Situation für die Flüchtlinge, die die 15-Monats-Grenze noch nicht erreicht haben, stark verbessert. Durch das Asylverfahrenbeschleunigungsgesetz vom Oktober 2015 wurde § 264 Abs. 1 SGB V neu gefasst und verpflichtet die Krankenkassen nunmehr zur Übernahme der Krankenbehandlungskosten für „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes [...], wenn sie [die Krankenkasse] durch die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird.“ In zahlreichen Bundesländern wie Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz bestehen heute Sonderregelungen, nach denen auch schon innerhalb der 15 mo-

natigen Wartezeit weitere medizinische Behandlungskosten übernommen werden können. Da die Vereinbarungen hier deutschlandweit zunächst sehr inhomogen waren, wurde im Mai 2016 die „Bundesrahmenempfehlung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenertstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V“ aufgesetzt. Sie bezieht sich allerdings nur auf Personen, die sich nicht mehr in den Erstaufnahmelagern aufhalten. Der GKV-Spitzenverband konnte sich nicht in allen Punkten mit den kommunalen Spitzenverbänden einigen, ersterer setzte sich für eine umfangreichere medizinische Behandlungsmöglichkeit ein als letztere.⁷⁷

5.2 Weitere Handlungsfelder

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat eine Übersicht über diejenigen Gesundheitsbereiche erstellt, in denen internationale und nationale Menschenrechtsgremien Defizite in Deutschland verzeichnet haben.⁷⁸ Die Gesundheitsbereiche, in denen Deutschland vor allem Nachholbedarf hat, sind – verglichen mit den Defiziten anderer Länder – überwiegend eher randständig, da das grundsätzliche Gesundheitsschutzniveau in Deutschland hoch ist. Defizite gibt es beim Schutz bestimmter vulnerabler Gruppen, wie etwa der Kinder und Jugendlichen, die in prekären Verhältnissen aufwachsen, z.B. sozial benachteiligten Familien oder Familien mit Migrationshintergrund. Hier werden Förder- und Sensibilisierungsprogramme angemahnt, durch die eine gesunde Lebensführung (z.B. ausreichend Bewegung und gesunde Ernährung) eingeübt werden kann.⁷⁹ Weiter heißt es, dass Familien Zugang zu psychologischer Beratung ermöglicht werden sollte, dass Diagnosen wie ADHS und ihre medikamentöse Behandlung durch unabhängige Experten besser überwacht werden sollten.⁸⁰ Ebenso wird gefordert, die Drogenaufklärung für Jugendliche zu verbessern.⁸¹ Zum besseren Schutz von Menschen mit Behinderung wird Deutschland angehalten, insbesondere § 1905 BGB (Sterilisation einwilligungsunfähiger Menschen) aufzuheben, sowie sicherzustellen, dass psychiatrische Behandlungen nur nach freier und informierter Einwilligung erfolgen.⁸² Auch wird der geschlechterspezifisch gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen durch

insbesondere mehr weibliche Personen in den entsprechenden Entscheidungsgremien eingefordert.⁸³

Der VN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte rügte im Pflegebereich älterer Menschen die teils „menschenunwürdigen Verhältnisse“ und den Fachkräftemangel.⁸⁴ Hierauf hat die Bundesregierung in ihrem sechsten Staatenbericht (2016) sehr ausführlich dargelegt,⁸⁵ welche umfassenden Maßnahmen im Berichtszeitraum im Blick auf Qualitätsüberwachung und –verbesserung sowie zur Bekämpfung des Fachkräftemangels erfolgt sind. Der demographische Wandel macht es erforderlich, dass Deutschland sich für die Zukunft anders aufstellen muss. Die gegenwärtigen Maßnahmen sind ein erster Anfang auf einem Gebiet, das für Deutschland eines der großen Herausforderungen der nahen Zukunft ist.

⁷² Der fünften Staatenbericht ist abrufbar über http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_state_report_germany_5_2008_de.pdf (zugegriffen am 30.06.2017).

⁷³ Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, E/C.12/DEU/CO/5 (vom 12. Juli 2011).

⁷⁴ E/C.12/DEU/CO/5, s. oben Fn. 73, Rn. 13.

⁷⁵ Sechster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland, abrufbar unter http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_state_report_germany_6_2016_de.pdf (zugegriffen am 30.06.2017).

⁷⁶ Sechster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland, S. 13 f.

⁷⁷ Siehe für weitere Informationen https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp. (zugegriffen am 30.06.2017).

⁷⁸ Deutsches Institut für Menschenrechte, Dokumentation, Dezember 2016, S. 68 ff. (zum Feld der Gesundheitspolitik) http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/ConObs/ConObs_5_Gesundheitspolitik.pdf (zugegriffen am 30.06.2017).

⁷⁹ VN-Ausschuss für die Rechte des Kindes, 2014, CRC/C/DEU/CO/3-4, Ziff. 57.

⁸⁰ VN-Ausschuss für die Rechte des Kindes, 2014, CRC/C/DEU/CO/3-4, Ziff. 59.

⁸¹ VN-Ausschuss für die Rechte des Kindes, 2014, CRC/C/DEU/CO/3-4, Ziff. 61.

⁸² VN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung, 2015, CRPD/C/DEU/CO/1, Ziff. 38.

⁸³ VN-Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau, 2009, CEDAW/C/DEU/CO/6, Ziff. 54.

⁸⁴ E/C.12/DEU/CO/5, s. oben Fn. 73, Rn. 27.

⁸⁵ Sechster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland, S. 63 ff., s. oben Fn. 75.