

Allgemeine Bemerkung Nr. 14:

Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit

(Artikel 12)

Zweiundzwanzigste Sitzung (2000), E/C.12/2000/4

UN-AUSSCHUSS FÜR WIRTSCHAFTLICHE,
SOZIALE UND KULTURELLE RECHTE

1. Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht, das für die Ausübung der anderen Menschenrechte unerlässlich ist. Jeder Mensch ist berechtigt, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen, um ein Leben in Würde zu führen. Die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit kann mit verschiedenen, einander ergänzenden Ansätzen verfolgt werden. Hierzu gehören die Formulierung gesundheitspolitischer Richtlinien oder die Einführung von Gesundheitsprogrammen, die durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt wurden, oder die Verabschiedung spezifischer rechtlicher Instrumente. Das Recht auf Gesundheit enthält darüber hinaus einige Elemente, die rechtlich durchsetzbar sind.¹

2. Das Recht auf Gesundheit wird von zahlreichen internationalen Abkommen anerkannt. Artikel 25 Abs. 1 der Allgemeinen Erklärung der Men-

1 Das Diskriminierungsverbot ist zum Beispiel in Bezug auf medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung in zahlreichen Ländern rechtlich durchsetzbar.

schenrechte bekräftigt: »Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen.« Der Internationale Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte enthält den umfassendsten Artikel über das Recht auf Gesundheit im internationalen Menschenrechtsschutz. Gemäß Artikel 12 Abs. 1 des Pakts erkennen die Vertragsstaaten »das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit« an, während Artikel 12 Abs. 2 zur Erläuterung eine Anzahl von Schritten aufzählt, »die von den Vertragsstaaten zur vollen Verwirklichung dieses Rechts zu unternehmen sind«. Daneben wird das Recht auf Gesundheit etwa in Artikel 5 (e) (iv) des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form der Rassendiskriminierung aus dem Jahr 1965 anerkannt, in den Artikeln 11 Abs. 1 (f) und 12 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau aus dem Jahr 1979 und in Artikel 24 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes aus dem Jahr 1989. Verschiedene regionale Menschenrechtsabkommen erkennen darüber hinaus das Recht auf Gesundheit an, zum Beispiel die Europäische Sozialcharta in der revidierten Fassung aus dem Jahr 1961 (Artikel 11), die Afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker aus dem Jahr 1981 (Artikel 16) und das Zusatzprotokoll zur Amerikanischen Menschenrechtskonvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte aus dem Jahr 1988 (Artikel 10). In ähnlicher Weise ist das Recht auf Gesundheit von der Menschenrechtskommission,² in der Wiener Erklärung und im Aktionsprogramm aus dem Jahr 1993 und anderen internationalen Abkommen proklamiert worden.³

2 In ihrer Resolution 1989/11.

3 Die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, verabschiedet durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 1991 (Resolution 46/119) und die Allgemeine Bemerkung Nr. 5 über Menschen mit Behinderungen sind auf Menschen mit psychischen Krankheiten anzuwenden; das Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, die im Jahr 1994 in Kairo stattgefunden hat, ebenso wie die Erklärung und das Aktionsprogramm der vierten Weltfrauenkonferenz, die in Peking im Jahr 1995 stattgefunden hat, enthal-

3. Das Recht auf Gesundheit steht in enger Beziehung zu und ist abhängig von der Verwirklichung anderer Menschenrechte, wie sie in der *International Bill of Rights* enthalten sind, einschließlich der Rechte auf Nahrung, Wohnung, Arbeit, Bildung, menschliche Würde, Leben, Diskriminierungsverbot, Gleichheit, Folterverbot, Privatsphäre, Zugang zu Information, Vereinigungsfreiheit, Versammlungsfreiheit und Freizügigkeit. Diese und andere Rechte und Freiheiten stellen integrale Bestandteile des Rechts auf Gesundheit dar.

4. Bei der Erarbeitung des Artikel 12 des Pakts hat der Dritte Ausschuss der UN-Generalversammlung nicht die Definition von Gesundheit übernommen, die in der Präambel der Satzung der WHO enthalten ist und die Gesundheit als einen »Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit« beschreibt. Die Verweisung des Artikels 12 Abs. 1 des Pakts auf »das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit« ist zugleich nicht auf das Recht auf Gesundheitsfürsorge beschränkt. Im Gegenteil, die Entstehungsgeschichte und der ausdrückliche Wortlaut von Artikel 12 Abs. 2 lassen erkennen, dass das Recht auf Gesundheit weitreichende soziale und wirtschaftliche Faktoren umfasst, aufgrund derer Menschen ein gesundes Leben führen können, und dass es sich auch auf die zugrunde liegenden Parameter der Gesundheit, wie Nahrung und Ernährung, Wohnung, Zugang zu sicherem Trinkwasser und angemessenen Sanitäreinrichtungen, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen und eine gesunde Umwelt erstreckt.

5. Der Ausschuss ist sich bewusst, dass die volle Beanspruchung des Rechts auf Gesundheit für Millionen von Menschen auf der ganzen Welt noch immer ein fernes Ziel bleibt. Überdies rückt dieses Ziel für diejenigen, die in Armut leben, in zunehmend größere Ferne. Der Ausschuss erkennt die gewaltigen strukturellen und sonstigen Hindernisse an, die sich aus Faktoren jenseits der Kontrolle der Staaten ergeben und die die volle Verwirklichung des Artikel 12 in vielen Vertragsstaaten behindern.

ten jeweils Definitionen im Hinblick auf Familienplanung und die Gesundheit der Frau.

6. Mit der Absicht, den Vertragsstaaten bei der Umsetzung des Pakts und bei der Erfüllung ihrer Verpflichtungen bei der Berichterstattung zu helfen, konzentriert sich diese Allgemeine Bemerkung auf den normativen Inhalt des Artikel 12 (Teil I), die Verpflichtungen der Vertragsstaaten (Teil II), Verletzungen (Teil III) und die Umsetzung auf innerstaatlicher Ebene (Teil IV), während Verpflichtungen von nichtstaatlichen Akteuren in Teil V angesprochen werden. Die Allgemeine Bemerkung beruht auf der Erfahrung des Ausschusses, die er bei der Prüfung der Staatenberichte im Laufe mehrere Jahre gewonnen hat.

1. DER NORMATIVE INHALT VON ARTIKEL 12

7. Artikel 12 Abs. 1 definiert das Recht auf Gesundheit, während Artikel 12 Abs. 2 einige erläuternde, jedoch nicht erschöpfende Beispiele zu den Verpflichtungen der Vertragsstaaten aufzählt.

8. Das Recht auf Gesundheit wird nicht als ein Recht darauf, *gesund* zu sein, verstanden. Das Recht auf Gesundheit enthält sowohl Freiheiten als auch Rechte. Die Freiheiten schließen das Recht ein, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu bestimmen, einschließlich der sexuellen und reproduktiven Freiheit, das Recht, frei von Eingriffen zu sein und wie das Recht, nicht misshandelt, nicht medizinischer Behandlung oder medizinischen Versuchen ohne Einwilligung unterzogen zu werden. Dagegen umfassen die Rechte unter anderem das Recht auf ein Gesundheitsfürsorgesystem, das die gleichberechtigte Erreichung eines Höchstmaßes an Gesundheit gewährleistet.

9. Der Begriff des »reichbaren Höchstmaßes an Gesundheit« in Artikel 12 Abs.1 zieht sowohl die biologischen, sozialen und wirtschaftlichen Voraussetzungen eines Individuums als auch die verfügbaren Ressourcen eines Staates in Betracht. Es gibt eine Anzahl von Aspekten, die nicht nur zwischen Staat und Individuum gelöst werden können; insbesondere kann gute Gesundheit weder allein durch den Staat gewährleistet werden, noch sind Staaten imstande, den Menschen gegen jede mögliche Krankheitsursache zu schützen. Genetische Faktoren, individuelle Anfälligkeit und ungesunde oder riskante Lebensführung können für die Gesundheit eines Indivi-

duums eine wichtige Rolle spielen. Folglich muss das Recht auf Gesundheit als ein Recht auf den Genuss unterschiedlicher medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuungsdienste sowie den Genuss sonstiger Umstände verstanden werden, die für die Verwirklichung eines Höchstmaßes an Gesundheit notwendig sind.

10. Seit der Verabschiedung der beiden Internationalen Pakte im Jahr 1966 hat sich die Gesundheitslage der Welt dramatisch verändert. Auch hat der Begriff der Gesundheit substantielle Veränderungen durchlaufen und wird umfassender gedeutet. Im Hinblick auf Gesundheit werden mehrere Faktoren in Betracht gezogen, darunter die Verteilung der Ressourcen und die Unterschiede der Geschlechter. Eine weitere Definition der Gesundheit berücksichtigt auch gesellschaftsbezogene Belange, wie Gewalt und bewaffneten Konflikt.⁴ Ferner haben bis dahin unbekannte Krankheiten wie das menschliche Immunschwäche-Virus und das Immunschwäche-Syndrom (HIV/AIDS) sowie andere Krankheiten, die sich weit verbreitet haben (zum Beispiel Krebs), neue Hindernisse für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit geschaffen, die bei der Auslegung des Artikel 12 berücksichtigt werden müssen. Hierzu ist ebenso das rasche Wachstum der Weltbevölkerung hinzuzurechnen.

11. Der Ausschuss interpretiert das Recht auf Gesundheit, wie es in Artikel 12 Abs. 1 definiert ist, als ein inklusives Recht, das sich nicht nur auf eine zeitgerechte und angemessene Gesundheitsfürsorge, sondern auch auf die zugrunde liegenden Parameter der Gesundheit erstreckt. Hierzu zählen der Zugang zu sauberem und gesundem Trinkwasser und adäquaten Sanitäranlagen, die angemessene Versorgung mit unbedenklicher Nahrung und Unterkunft, gesunde Arbeits- und Umweltbedingungen sowie der Zugang zu gesundheitsbezogener Ausbildung und Information, einschließlich der Aufklärung über Sexualgesundheit und reproduktive Gesundheit. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Beteiligung der Bevölkerung an allen gesund-

4 Der gemeinsame Artikel 3 der Genfer Übereinkommen zum Schutz von Kriegsopfern (1949); Zusatzprotokoll I (1977), das sich auf den Schutz von Opfern internationaler bewaffneter Konflikte bezieht, Artikel 75 Abs. 2 (a); Zusatzprotokoll II (1977), das sich auf den Schutz von Opfern nicht-internationaler bewaffneter Konflikte bezieht, Artikel 4 (a).

heitsbezogenen Entscheidungen auf kommunaler, nationaler und internationaler Ebene.

12. Das Recht auf Gesundheit in allen seinen Formen und auf allen Ebenen enthält folgende wesentliche und miteinander verbundene Elemente, deren genaue Anwendung von den in dem jeweiligen Staat vorherrschenden Bedingungen abhängt:

(a) *Verfügbarkeit.* In den Vertragsstaaten müssen funktionierende Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuungsdienste ebenso wie Programme ausreichend verfügbar sein. Die konkrete Beschaffenheit der medizinischen Einrichtungen und ärztlichen Betreuungsdienste wird von zahlreichen Faktoren, einschließlich des Entwicklungsstands des Staats, abhängen. Sie werden jedoch die zugrunde liegenden Parameter der Gesundheit wie sicheres und sauberes Trinkwasser und adäquate Sanitäreinrichtungen, Krankenhäuser, Kliniken und andere gesundheitsbezogene Gebäude, geschultes medizinisches und anderes Personal, das ein im Inland wettbewerbsfähiges Gehalt bezieht, und unentbehrliche Arzneimittel, wie sie vom Aktionsprogramm über unentbehrliche Arzneimittel der WHO definiert sind, beinhalten;⁵

(b) *Zugänglichkeit.* Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung⁶ müssen für jeden Menschen innerhalb des Hoheitsgebiets eines Vertragsstaates ohne Diskriminierung zugänglich sein. Die Zugänglichkeit besitzt vier Dimensionen, die einander jeweils überlagern:

(i) Diskriminierungsverbot: Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen für alle, insbesondere für die besonders schutzbedürftigen und an den Rand der Gesellschaft gedrängten Gruppen der

5 Vgl. die Liste unentbehrlicher Arzneimittel der WHO, revidiert im Dezember 1999, WHO Drug Information, vol.13, Nr. 4, 1999.

6 Jede Verweisung auf medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung in dieser Bemerkung beinhaltet die zugrunde liegenden Gesundheitsparameter, die in Abs. 11 und 12 (a) dieser Allgemeinen Bemerkung näher erläutert werden.

Bevölkerung, de iure und de facto ohne Verletzung des Diskriminierungsverbots zugänglich sein;⁷

(ii) Physische Zugänglichkeit: Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen in sicherer Reichweite für die gesamte Bevölkerung vorhanden sein. Hierzu zählen insbesondere schutzbedürftige oder an den Rand gedrängte Gruppen wie ethnische Minderheiten und indigene Völker, Frauen, Kinder, Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit HIV/AIDS. Zugänglichkeit beinhaltet auch, dass ärztliche Betreuung und die zugrunde liegenden Parameter für Gesundheit wie sicheres und sauberes Trinkwasser und adäquate Sanitäreinrichtungen innerhalb sicherer Reichweite liegen, was auch für ländliche Gebiete gilt. Zugänglichkeit schließt weiterhin behindertengerechten Zugang zu Gebäuden für Menschen mit Behinderungen ein;

(iii) Wirtschaftliche Zugänglichkeit (Bezahlbarkeit): Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen für alle erschwinglich sein. Kosten für Dienstleistungen der Gesundheitsfürsorge ebenso wie für Leistungen, die sich auf die zugrunde liegenden Gesundheitsparameter beziehen, müssen auf dem Gerechtigkeitsgrundsatz beruhen und sicherstellen, dass diese Leistungen, ob öffentliche oder private, für alle, einschließlich sozial benachteiligter Gruppen, erschwinglich sind. Gerechtigkeit verlangt, dass ärmere Haushalte im Vergleich zu wohlhabenderen Haushalten nicht unverhältnismäßig mit Gesundheitsausgaben zu belasten sind;

(iv) Zugänglichkeit von Information: Zugänglichkeit beinhaltet das Recht, Informationen und Ideen⁸ im Hinblick auf Gesundheitsprobleme zu suchen, zu erhalten und weiterzugeben. Die Zugänglichkeit von In-

⁷ Vgl. Abs. 18 und 19 dieser Allgemeinen Bemerkung.

⁸ Vgl. Artikel 19 Abs. 2 des Internationalen Pakts über Bürgerliche und Politische Rechte. Diese Allgemeine Bemerkung hebt den Zugang zu Information wegen der speziellen Bedeutung dieses Aspekts in Zusammenhang mit Gesundheit hervor.

formation sollte jedoch das Recht, dass persönliche Gesundheitsdaten mit Vertraulichkeit behandelt werden müssen, nicht beeinträchtigen;

(c) *Annehmbarkeit*. Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen die medizinische Ethik achten und kulturell angemessen sein, das heißt die Kultur Einzelner, von Minderheiten, Völkern und Gemeinschaften achten, geschlechts- und altersbedingte Besonderheiten berücksichtigen, Vertraulichkeit achten und den Gesundheitszustand der Betroffenen verbessern;

(d) *Qualität*. Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen nicht nur kulturell akzeptiert, sondern auch wissenschaftlich und medizinisch geeignet und von guter Qualität sein. Dies erfordert unter anderem geschultes medizinisches Personal, wissenschaftlich zugelassene und nicht veraltete Medikamente und Krankenhauseinrichtungen, sicheres Trinkwasser und adäquate Sanitäreinrichtungen.

13. Der nicht erschöpfende Katalog der Beispiele in Artikel 12 Abs. 2 gibt für die von den Staaten zu ergreifenden Maßnahmen eine Anleitung. Er gibt bestimmte allgemeine Beispiele für Maßnahmen, die aus der breiten Definition des Rechts auf Gesundheit in Artikel 12 Abs. 2 erwachsen. Dabei veranschaulichen sie den Inhalt dieses Rechts, wie in den folgenden Absätzen dargestellt wird.⁹

9 In der Literatur und Praxis, die sich auf das Recht auf Gesundheit bezieht, werden oft drei Ebenen der Gesundheitsfürsorge unterschieden: *Primäre Gesundheitsfürsorge* behandelt hauptsächlich allgemeine und weniger ernste Krankheiten, und sie wird von Fachpersonal des Gesundheitswesens und/oder praktischen Ärzten zur Verfügung gestellt, die innerhalb von Gemeinschaften zu relativ geringen Kosten arbeiten; *sekundäre Gesundheitsfürsorge* wird in Zentren, normalerweise in Krankenhäusern, angeboten, und sie behandelt typischerweise relativ verbreitete minder schwere oder schwere Krankheiten, die innerhalb der Gemeinschaft nicht behandelt werden können. Sie greift auf ein speziell ausgebildetes Fachpersonal des Gesundheitswesens und Ärzte zurück, auf spezielle Ausstattung und manchmal auf eine stationäre Pflege zu vergleichsweise höheren Kosten; *tertiäre Gesundheitsfürsorge* wird in relativ wenigen Zentren zur Verfügung gestellt, sie wird typischerweise für eine geringe Anzahl von Patienten

Artikel 12 Abs. 2 (a): Das Recht auf Gesundheit von Mutter und Kind sowie auf reproduktive Gesundheit

14. »Die Vorschrift zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes« (Artikel 12 Abs. 2 (a))¹⁰ kann als Erfordernis verstanden werden, für Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind zu sorgen, von Beratungsdiensten zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, von prä- und postnataler Fürsorge,¹¹ Betreuung bei Notentbindungen sowie zur Verbesserung des Zugangs zu Informationen und zu den notwendigen Hilfsmitteln, um mit dieser Information umgehen zu können.¹²

mit minder schweren oder schweren Krankheiten angeboten, die ein speziell ausgebildetes Fachpersonal des Gesundheitswesens, Ärzte und spezielle Einrichtungen verlangen, und sie ist oft relativ teuer. Da die primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsfürsorge sich oft überlagern und gegenseitig beeinflussen, stellt der Gebrauch dieser Typologie nicht immer hinreichend unterscheidende Kriterien zur Verfügung, um für die Einschätzung hilfreich zu sein, welche Form von Gesundheitsfürsorge Vertragsstaaten anbieten müssen. Deshalb ist sie in Bezug auf das normative Verständnis des Artikels 12 nur von beschränktem Nutzen.

- 10 Gemäß WHO wird nicht mehr die Rate der Totgeburten verwendet, stattdessen werden die Sterblichkeitsraten von Kindern unter fünf Jahren und der Säuglinge gemessen.
- 11 *Pränatal* bezeichnet »existierend oder auftretend vor der Geburt«; *perinatal* bezieht sich auf den Zeitraum kurz vor und nach der Geburt (in der medizinischen Statistik beginnt der Zeitraum mit der Vollendung von 28 Schwangerschaftswochen und wird definiert als zwischen einer Woche bis vier Wochen nach der Geburt endend); im Gegensatz dazu bezeichnet *neonatal* den Zeitraum, der sich auf die ersten vier Wochen nach der Geburt erstreckt; während *postnatal* das Auftreten nach der Geburt bezeichnet. In dieser Allgemeinen Bemerkung werden ausschließlich die allgemeineren Ausdrücke prä- und postnatal verwendet.
- 12 Familienplanung bedeutet, dass Frauen und Männer die Freiheit haben zu entscheiden, ob und wann sie zeugen wollen, und dass sie das Recht haben, informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Methoden der Familienplanung zu haben. Ebenso haben sie das Recht

Artikel 12 Abs. 2 (b): Das Recht auf eine gesunde Umwelt und gesunde Arbeitsbedingungen

15. »Die Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene« (Artikel 12 Abs. 2 (b)) umfasst unter anderem vorbeugende Maßnahmen im Hinblick auf Berufsunfälle und Berufskrankheiten; setzt voraus, angemessene Versorgung mit sauberem Trinkwasser und elementaren Sanitäreinrichtungen zu gewährleisten; die Vorbeugung und Minderung des Risikos, verletzenden Substanzen wie Strahlung und gesundheitsschädlichen Chemikalien oder anderen schädlichen Umweltbedingungen ausgesetzt zu sein, die direkt oder indirekt die menschliche Gesundheit beeinflussen.¹³ Darüber hinaus bezieht sich die Arbeitshygiene, soweit dies praktikabel ist, auf eine Reduzierung der Ursachen von Gesundheitsrisiken, die die Arbeitsumgebung mit sich bringt.¹⁴ Artikel 12 Abs. 2 (b) umfasst auch eine angemessene Unterkunft und sichere und hygienische Arbeitsbedingungen, eine angemessene Versorgung mit Nahrungsmitteln sowie richtige Ernährung, und rät ab von Alkoholmissbrauch, dem Genuss von Tabak, Drogen und anderen schädlichen Substanzen.

auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die zum Beispiel Frauen ermöglichen, die Schwangerschaft und Geburt sicher zu überstehen.

13 Der Ausschuss nimmt in diesem Zusammenhang das Prinzip 1 der Erklärung von Stockholm aus dem Jahr 1972 zur Kenntnis, das feststellt: »Der Mensch hat das fundamentale Recht auf Freiheit, Gleichheit und angemessene Lebensbedingungen in einer Umgebung, die ihm ein Leben in Würde und Wohlbefinden gestattet«. Er weist ebenso auf die zurückliegenden Entwicklungen im Völkerrecht hin, einschließlich der Resolution 45/94 der Generalversammlung über die Notwendigkeit, das Wohlbefinden der Menschen zu gewährleisten; Prinzip 1 der Erklärung von Rio; und regionale Menschenrechtsinstrumente wie Artikel 10 des Protokolls von San Salvador zur Amerikanischen Menschenrechtskonvention.

14 ILO-Übereinkommen, Nr. 155, Artikel 4 Abs. 2.

Artikel 12 Abs. 2 (c): Das Recht auf Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung von Krankheiten

16. »Die Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten« (Artikel 12 Abs. 2 (c)) verlangen die Einführung von Präventions- und Aufklärungsprogrammen für verhaltensabhängige Gesundheitsbelange, wozu Krankheiten gehören, die durch Sexualverkehr übertragen werden, wie insbesondere HIV/AIDS, und diejenigen, die die sexuelle und reproduktive Gesundheit beeinträchtigen. Sie verlangen zudem die Förderung sozialer Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen, wie die Sicherheit der Umwelt, Bildung, wirtschaftliche Entwicklung und die Gleichberechtigung der Geschlechter. Das Recht auf Behandlung beinhaltet die Schaffung eines Systems für die Versorgung mit notärztlicher Betreuung bei Unfällen, Epidemien und ähnlichen Gesundheitsrisiken sowie die Versorgung mit einem Katastrophendienst und humanitärer Hilfe in Notsituationen. Die Bekämpfung von Krankheiten verlangt zum Beispiel Bemühungen der Staaten, einzeln oder gemeinsam, dazu benötigte Technologien verfügbar zu machen, eine epidemiologische Kontrolle und detaillierte Datenerhebung durchzuführen und zu verbessern sowie Immunisierungsprogramme und andere Strategien zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten einzuführen oder zu verbessern.

Artikel 12 Abs. 2 (d): Das Recht auf medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung

17. Die »Schaffung der Voraussetzungen, die für jeden Menschen im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen«, und dies sowohl im Falle körperlicher als auch im Falle geistiger Krankheit (Artikel 12 Abs. 2 (d)), beinhaltet den gleichberechtigten und zeitgerechten Zugang zu elementaren Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen sowie zu Gesundheitserziehung; eine regelmäßige Untersuchung; die angemessene Behandlung häufiger Krankheiten, Beschwerden, Verletzungen und Behinderungen, vorzugsweise auf Ebene der Kommunen; die Versorgung mit notwendigen Medikamenten und eine angemessene Behandlung und Pflege bei geistigen Krankheiten. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Verbesserung und Förderung der Beteiligung der Bevölkerung an der Gesundheitsvorsorge und der Pflege, zum

Beispiel durch eine Verbesserung der Organisation des Gesundheitssektors, des Versicherungssystems sowie insbesondere der Beteiligung der Bevölkerung an politischen Entscheidungen auf kommunaler und nationaler Ebene, die das Recht auf Gesundheit berühren.

Artikel 12: Besondere Aspekte im Hinblick auf eine weite Anwendung

Diskriminierungsverbot und Gleichbehandlung

18. Gemäß Artikel 2 Abs. 2 und Artikel 3 verbietet der Pakt jede Diskriminierung in der Gesundheitsfürsorge und den zugrunde liegenden Gesundheitsparametern (einschließlich des Zugangs zu Mitteln und zu Leistungsberechtigung bezüglich Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsparameter) aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder anderer Meinung, nationaler oder sozialer Herkunft, Eigentum, Geburt, körperlicher oder geistiger Behinderung, des Gesundheitsstatus (einschließlich HIV/AIDS), von sexueller Orientierung und bürgerlichem, politischem, sozialem oder sonstigem Status, der die Absicht oder die Wirkung hat, den gleichberechtigten Genuss oder die gleiche Ausübung des Rechts auf Gesundheit nichtig zu machen oder zu behindern. Der Ausschuss betont, dass viele Maßnahmen, zum Beispiel die meisten Strategien und Programme zur Beseitigung gesundheitsbezogener Diskriminierung, mit minimalem Aufwand verfolgt werden können, indem Gesetze verabschiedet, modifiziert oder aufgehoben werden, oder durch die Verbreitung von Information. Der Ausschuss ruft die Allgemeine Bemerkung Nr. 3 Abs. 12 in Erinnerung, die feststellt, dass selbst in Zeiten starker Mittelknappheit schutzbedürftige Mitglieder einer Gesellschaft durch Programme mit relativ geringem Kostenaufwand geschützt werden müssen.

19. Im Hinblick auf das Recht auf Gesundheit muss der gleichberechtigte Zugang zu Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsbetreuung hervorgehoben werden. Die Staaten haben eine besondere Verpflichtung, jenen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, Krankenversicherung und Gesundheitsfürsorge zur Verfügung zu stellen und jegliche unerlaubte Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten zu verhindern, insbesondere im Hinblick auf die Kernverpflichtungen des Rechts auf Ge-

sundheit.¹⁵ Eine unangemessene Verteilung von Gesundheitsressourcen kann zu Diskriminierung führen, die nicht direkt zu erkennen ist. Zum Beispiel sollte nicht in unverhältnismäßig teure Gesundheitspflegedienste investiert werden, die oft nur einem kleinen, privilegierten Teil der Bevölkerung zugänglich sind, sondern vielmehr in die primäre und vorbeugende Gesundheitsfürsorge, die einem weitaus größeren Teil der Bevölkerung Vorteile bringt.

Geschlechterperspektive

20. Der Ausschuss empfiehlt, dass die Vertragsstaaten Geschlechterperspektiven in ihre gesundheitspolitischen Richtlinien, Planungen, Programme und in ihre Forschung aufnehmen, um eine bessere Gesundheit für Frauen wie für Männer zu erreichen. Ein geschlechtsspezifischer Ansatz erkennt an, dass biologische und soziokulturelle Faktoren die Gesundheit von Männern und Frauen stark beeinflussen. Die Aufschlüsselung gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Daten im Hinblick auf das Geschlecht ist wesentlich, um Ungleichheiten bei der Gesundheit zu erkennen und zu beheben.

Frauen und das Recht auf Gesundheit

21. Um die Diskriminierung von Frauen zu beseitigen, besteht die Notwendigkeit, eine umfassende nationale Strategie für die Förderung des Rechts der Frau auf Gesundheit während ihres gesamten Lebens zu entwickeln und umzusetzen. Eine solche Strategie sollte sowohl Eingriffe, die der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten von Frauen dienen, als auch politische Maßnahmen beinhalten, um ihnen vollen Zugang zu hochwertiger und erschwinglicher Gesundheitsfürsorge zur Verfügung zu stellen. Hierzu zählen auch Beratungsdienste für die sexuelle und reproduktive Gesundheit. Ein wichtiges Ziel sollte in der Verminderung von Gesundheitsrisiken für Frauen liegen, insbesondere in der Senkung der Muttersterblichkeit und dem Schutz von Frauen vor häuslicher Gewalt. Die Verwirklichung des Rechts der Frau auf Gesundheit verlangt die Beseitigung aller Hindernisse, die den Zugang zu Gesundheitsdiensten, Bildung und Information beeinträchtigen, einschließlich im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Ge-

15 Zu den Kernverpflichtungen vgl. Abs. 43 und 44 der vorliegenden Allgemeinen Bemerkung.

sundheit. Außerdem ist es wichtig, vorbeugende, fördernde und heilende Maßnahmen zu ergreifen, um Frauen vor dem Einfluss schädlicher traditioneller kultureller Praktiken zu schützen, die ihre Fortpflanzungsrechte beeinträchtigen.

Kinder und Jugendliche

22. Artikel 12 Abs. 2 (a) umreißt die Notwendigkeit, Maßnahmen zu ergreifen, um die Kindersterblichkeit zu senken und die gesunde Entwicklung von Säuglingen und Kindern zu fördern. Internationale Menschenrechtsabkommen haben anerkannt, dass Kinder und Jugendliche das Recht haben, ein Höchstmaß an Gesundheit zu erreichen sowie Zugang zu Einrichtungen für die Behandlung von Krankheiten zu erhalten.¹⁶ Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes weist die Staaten an, für das Kind und seine Familie den Zugang zu elementaren Gesundheitsdiensten einschließlich der prä- und postnatalen Betreuung für Mütter, zu gewährleisten. Das Übereinkommen verbindet diese Ziele damit, kindgemäße Informationen über präventives und gesundheitsförderndes Verhalten bereitzustellen und Familien und Gemeinschaften bei der Umsetzung dieser Praktiken zu unterstützen. Das Diskriminierungsverbot verlangt, dass Mädchen und Jungen einen gleichberechtigten Zugang zu angemessener Ernährung, einer sicheren Umwelt sowie zu physisch und psychologisch ausgerichteten Gesundheitsdiensten haben. Es besteht zudem die Notwendigkeit, effektive und angemessene Maßnahmen zu verabschieden, um schädliche traditionelle Praktiken zu beseitigen, die die Gesundheit von Kindern, insbesondere von Mädchen betreffen, einschließlich der Kinderehe, der weiblichen Genitalverstümmelung, der Bevorzugung von männlichen Kindern bei der Ernährung und Pflege.¹⁷ Kindern mit Behinderungen sollte die Chance gegeben werden, ein erfüllendes und ein Leben in Würde zu genießen und am Leben ihrer Gemeinschaft teilzuhaben.

23. Die Vertragsstaaten sollten für eine sichere und unterstützende Umwelt mit sozialem Rückhalt für Jugendliche sorgen, die Gelegenheit bietet, sich

16 Artikel 24 Abs. 1 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes.

17 Vgl. Resolution der Weltgesundheitsversammlung WHA47.10, 1994, unter dem Titel »Gesundheit von Mutter und Kind und Familienplanung: Traditionelle Praktiken, die für die Gesundheit von Frauen und Kindern schädlich sind«.

an gesundheitsbezogenen Entscheidungen zu beteiligen, Fertigkeiten für das Leben zu entwickeln, angemessene Information und Betreuung zu erhalten und ihre Entscheidungen bezüglich ihres Verhaltens im Hinblick auf Gesundheit mitbestimmen zu können. Die Verwirklichung des Rechts von Jugendlichen auf Gesundheit ist von der Entwicklung einer jugendfreundlichen Gesundheitsfürsorge abhängig, die die Vertraulichkeit und Privatsphäre achtet und die geeignete Betreuungsdienste für die sexuelle und reproduktive Gesundheit beinhaltet.

24. Bei allen politischen Maßnahmen und Programmen, die darauf abzielen, das Recht von Kindern und Jugendlichen auf Gesundheit zu gewährleisten, soll das Wohl der Kinder und Jugendlichen im Vordergrund stellen.

Ältere Menschen

25. Im Hinblick auf die Verwirklichung des Rechts älterer Menschen auf Gesundheit bestätigt der Ausschuss in Übereinstimmung mit den Absätzen 34 und 35 der Allgemeinen Bemerkung Nr. 6 (1995) die Bedeutung eines integrierten Ansatzes, der Elemente der Vorbeugung, der Rehabilitation und der Pflege miteinander verbindet. Derartige Maßnahmen sollten regelmäßige Untersuchungen für beide Geschlechter beinhalten; körperliche und psychologische Rehabilitationsmaßnahmen, die die Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit älterer Menschen aufrecht erhalten sollen; und Hingabe und Pflege für chronisch Kranke und sterbenskranke Menschen, indem ihnen vermeidbarer Schmerz erspart und ihnen ermöglicht wird, in Würde zu sterben.

Menschen mit Behinderungen

26. Der Ausschuss bekräftigt Absatz 34 seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 5, der sich dem Problem von Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang mit dem Recht auf körperliche und geistige Gesundheit zuwendet. Überdies betont der Ausschuss die Notwendigkeit, sicherzustellen, dass nicht nur der öffentliche Gesundheitssektor, sondern auch private Anbieter von Gesundheitsdiensten und Einrichtungen den Grundsatz des Diskriminierungsverbots in Bezug auf Menschen mit Behinderungen befolgen.

Indigene Völker

27. Mit Rücksicht auf das sich entwickelnde Völkerrecht, die allgemeine Praxis der Staaten und die jüngsten Maßnahmen, die von Staaten in Bezug auf indigene Völker ergriffen wurden,¹⁸ empfiehlt der Ausschuss, jene Elemente zu bestimmen, die das Recht indigener Völker auf Gesundheit definieren, um Staaten mit indigenen Völker bessere Möglichkeiten zu vermitteln, die Vorschriften des Artikel 12 umzusetzen. Der Ausschuss ist der Ansicht, dass indigene Völker das Recht auf Sondermaßnahmen haben, um ihren Zugang zu Gesundheits- und Pflegediensten zu verbessern. Die Gesundheitsdienste sollten kulturell angemessen sein, indem sie traditionelle präventive Pflege, Heilpraktiken und traditionelle Medizin nutzen. Die Staaten sollten für indigene Völker Ressourcen zur Verfügung stellen, um entsprechende Einrichtungen zu planen, zu schaffen und zu kontrollieren, so dass diese Völker das für jede/n erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit genießen können. Ebenso sollten lebensnotwendige medizinische Pflanzen, Tiere und Mineralien, die indigene Völker für ihre Gesundheit benötigen, geschützt werden. Der Ausschuss weist darauf

18 Kürzlich vereinbarte internationale Normen, die für indigene Völker relevant sind, beinhalten: das ILO-Übereinkommen Nr. 169 über eingeborene und in Stämmen lebende Völker in unabhängigen Ländern (1989); Artikel 29 (c) und (d) des Übereinkommens über die Rechte des Kindes (1989); Artikel 8 (j) des Übereinkommens über biologische Vielfalt (1992), der die Empfehlung ausspricht, dass Staaten die Kenntnisse, Innovationen und Praktiken indigener Gemeinschaften achten, bewahren und aufrecht erhalten sollen; Agenda 21 der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (1992), insbesondere Kapitel 26; und Teil I, Abs. 20 der Wiener Erklärung und des Aktionsprogramms, das feststellt, dass Staaten konzertierte positive Schritte unternehmen sollten, um die Achtung der Menschenrechte für alle indigenen Völker auf der Grundlage des Diskriminierungsverbots zu gewährleisten. Vgl. auch die Präambel und Artikel 3 des Rahmenübereinkommens über Klimawandel der Vereinten Nationen (1992) und Artikel 10 Abs. 2 (e) des Übereinkommens der Vereinten Nationen zur Bekämpfung der Wüstenbildung in den von Dürre und/oder Wüstenbildung schwer betroffenen Ländern, insbesondere in Afrika (1994). Während der vergangenen Jahre hat eine wachsende Anzahl von Staaten ihre Verfassung geändert und Gesetzgebung eingeführt, die spezifische Rechte der indigenen Völker anerkennt.

hin, dass bei den Gemeinschaften indigener Völker die Gesundheit des Einzelnen oft mit der Gesundheit der Gemeinschaft insgesamt verknüpft ist und somit eine kollektive Dimension besitzt. In dieser Hinsicht ist der Ausschuss der Ansicht, dass Entwicklungen, die zur Vertreibung indigener Völker aus ihren angestammten Gebieten und ihrer traditionellen Umgebung führen und bei denen ihre Nahrungsgrundlagen entzogen und ihre symbiotische Beziehung mit ihrem Land zerstört, einen schädlichen Effekt auf ihre Gesundheit haben.

Beschränkungen

28. Manchmal werden Probleme mit der öffentlichen Gesundheit von Staaten als Rechtfertigung für die Einschränkung anderer Grundrechte herangezogen. Der Ausschuss möchte betonen, dass die Schrankenklausele des Pakts, der Artikel 4, vorrangig die Rechte von Individuen schützen soll, anstatt Staaten zu gestatten, Beschränkungen einzuführen. Infolgedessen ist zum Beispiel ein Vertragsstaat, der aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung die Freizügigkeit (i. S. v. Bewegungsfreiheit) von Menschen mit ansteckenden Krankheiten, wie HIV/AIDS, einschränkt oder der diese Menschen sogar einweist, der sich weigert, Ärzte für jene Menschen zuzulassen, die für Regierungsgegner gehalten werden, oder der darin versagt, der Gemeinschaft Immunisierungsmittel gegen gravierende Infektionskrankheiten zur Verfügung zu stellen, verpflichtet, solche weitreichenden Maßnahmen gemäß den einzelnen Bestimmungen des Artikel 4 rechtfertigen. Solche Einschränkungen müssen gesetzlich vorgesehen sein, internationalen Menschenrechtsstandards entsprechen, mit dem Wesen der Paktrechte vereinbar sein und dürfen ausschließlich dem Zweck dienen, das allgemeine Wohl in einer demokratischen Gesellschaft zu fördern.

29. Gemäß Artikel 5 Abs. 1 müssen derartige Beschränkungen verhältnismäßig sein, das heißt, es muss das am wenigsten einschränkende Mittel angewendet werden, wenn mehrere Arten von Einschränkungen verfügbar sind. Sogar in Fällen, in denen Einschränkungen auf Grund des Schutzes der öffentlichen Gesundheit erlaubt sind, sollten sie von begrenzter Dauer sein und einer Überprüfung unterworfen werden.

2. DIE VERPFLICHTUNGEN DER VERTRAGSSTAATEN

Allgemeine rechtliche Verpflichtungen

30. Obgleich der Pakt eine schrittweise Verwirklichung vorsieht und die Zwänge anerkennt, die auf begrenzt verfügbare Ressourcen zurückzuführen sind, erlegt er den Staaten auch verschiedene Verpflichtungen auf, die eine sofortige Wirkung haben. Die Vertragsstaaten haben unmittelbare Verpflichtungen in Bezug auf das Recht auf Gesundheit, wie zum Beispiel die Verpflichtung, die Ausübung dieses Recht ohne jegliche Diskriminierung (Artikel 2 Abs. 2) zu gewährleisten, und die Verpflichtung, Maßnahmen (Artikel 2 Abs. 1) zur vollen Verwirklichung des Artikel 12 zu treffen. Diese Maßnahmen müssen wohl überlegt und konkret sein und die volle Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zum Ziel haben.¹⁹

31. Die schrittweise Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit über einen gewissen Zeitraum sollte nicht so interpretiert werden, als würde sie den Verpflichtungen der Vertragsstaaten jegliche Bedeutung entziehen. Vielmehr bedeutet schrittweise Verwirklichung, dass Staaten die spezifische und kontinuierliche Verpflichtung haben, so schnell und effektiv wie möglich die volle Verwirklichung des Artikels 12 zu erreichen.²⁰

32. Wie bei allen anderen Rechten des Pakts besteht eine überwiegende Annahme, dass rückläufige Maßnahmen in Bezug auf das Recht auf Gesundheit unerlaubt sind. Sollten rückläufige Maßnahmen absichtlich ergriffen werden, dann obliegt dem Vertragsstaat die Beweislast, dass diese Maßnahmen nach sorgfältigster Abwägung aller Alternativen eingeführt wurden, dass alle verfügbaren Ressourcen ausgeschöpft wurden und die Maßnahmen im Hinblick auf die Gesamtheit der Paktrechte gerechtfertigt sind.²¹

19 Vgl. Allgemeine Bemerkung Nr. 13, Abs. 43.

20 Vgl. Allgemeine Bemerkung Nr. 3, Abs. 9; Allgemeine Bemerkung Nr. 13, Abs. 44.

21 Vgl. Allgemeine Bemerkung Nr. 3, Abs. 9; Allgemeine Bemerkung Nr. 13, Abs. 44.

33. Wie alle Menschenrechte erlegt das Recht auf Gesundheit den Vertragsstaaten drei Arten oder Ebenen von Verpflichtungen auf: Eine *Achtungspflicht*, eine *Schutzpflicht* und eine *Gewährleistungspflicht*. Dabei enthält die *Gewährleistungspflicht* die Verpflichtung zu ermöglichen, zur Verfügung zu stellen und zu fördern. Die *Achtungspflicht* verlangt von den Staaten, von einem unmittelbaren oder mittelbaren Eingriff in den Genuss des Rechts auf Gesundheit Abstand zu nehmen. Die *Schutzpflicht* verlangt von den Staaten, Maßnahmen zu ergreifen, die Dritte daran hindern, die Garantien des Artikel 12 zu beeinträchtigen. Schließlich verlangt die *Gewährleistungspflicht* von den Staaten, angemessene legislative, administrative, finanzielle, gerichtliche, fördernde und sonstige Maßnahmen zu verabschieden, die die volle Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zum Ziel haben.

Besondere rechtliche Verpflichtungen

34. Insbesondere unterliegen die Staaten der Verpflichtung, das Recht auf Gesundheit *zu achten*, indem sie es zum Beispiel unterlassen, den gleichberechtigten Zugang zu vorbeugenden, heilenden und lindernden Gesundheitsdiensten für jeden Menschen zu verweigern oder zu beschränken, einschließlich für Gefangene oder Inhaftierte, Minderheiten, Asylsuchende und illegale Immigranten; indem sie darauf verzichten, diskriminierende Praktiken als politische Maßnahme durchzusetzen, und es unterlassen, diskriminierende Praktiken im Hinblick auf den Gesundheitsstatus und die Bedürfnisse von Frauen einzuführen. Weiterhin verlangt die Achtungspflicht, von dem Verbot oder der Behinderung traditioneller präventiver Pflege, Heilpraktiken und traditioneller Medizin sowie von der Verbreitung unsicherer Medikamente und von erzwungenen medizinischen Behandlungen Abstand zu nehmen, es sei denn, es besteht eine Ausnahmesituation für die Behandlung psychischer Krankheit oder für die Vorbeugung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Solche Ausnahmefälle sollten besonders restriktiven Bedingungen unterliegen und *best practices* sowie internationale Standards beachten, einschließlich der »Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.«²² Zusätzlich sollten die Staaten es unterlassen, den Zugang zu Verhütungsmitteln und zu sonstigen für die Aufrechterhaltung der sexuellen

22 Resolution der Generalversammlung 46/119 (1991).

und reproduktiven Gesundheit erforderlichen Mitteln zu beschränken; gesundheitsbezogene Information zu zensieren, einzubehalten oder absichtlich missverständlich darzustellen, einschließlich Information zur Sexualerziehung, sowie die Beteiligung der Menschen an Gesundheitsthemen zu behindern. Die Staaten sollten es auch unterlassen, Luft, Wasser und Erde unrechtmäßig zu verschmutzen, etwa durch industriellen Abfall von staatlichen Einrichtungen sowie durch den Einsatz oder den Test nuklearer, biologischer oder chemischer Waffen, wenn derartige Verfahren zur Freisetzung von Substanzen führen, die der menschlichen Gesundheit schaden, und wenn sie den Zugang zu Gesundheitsdiensten als Repressalie einschränken, zum Beispiel während bewaffneter Konflikte unter Verletzung des humanitären Völkerrechts.

35. Die Schutzpflicht beinhaltet unter anderem die Pflicht des Staates, Gesetze zu verabschieden oder andere Maßnahmen zu ergreifen, die den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsfürsorge und zu Gesundheitsdiensten gewährleisten, die von Dritten bereitgestellt werden, und sicherzustellen, dass die Privatisierung des Gesundheitssektors keine Bedrohung im Hinblick auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung nach sich zieht; die Vermarktung medizinischer Einrichtungen und von Arzneien durch Dritte zu kontrollieren; und zu gewährleisten, dass praktische Ärzte und andere im Gesundheitssektor Beschäftigte entsprechende Ausbildung und Fähigkeiten besitzen und den ethischen Verhaltenskodex befolgen. Die Staaten sind außerdem verpflichtet sicherzustellen, dass schädliche soziale oder traditionelle Praktiken den Zugang zu prä- und postnataler Betreuung und Familienplanung nicht beeinträchtigen; Dritte daran zu hindern, Frauen zu traditionellen Praktiken zu zwingen, zum Beispiel zur weiblichen Genitalverstümmelung; und Maßnahmen zu ergreifen, um alle schutzbedürftigen oder an den Rand gedrängten Gruppen der Gesellschaft, insbesondere Frauen, Kinder, Jugendliche und ältere Menschen, vor geschlechtsbezogener Gewalt zu schützen. Die Vertragsstaaten sollten auch sicherstellen, dass Dritte den Zugang zu Gesundheitsinformation und Gesundheitsdiensten nicht einschränken.

36. Die Gewährleistungspflicht verlangt von den Vertragsstaaten, das Recht auf Gesundheit auf nationaler politischer und gesetzlicher Ebene, vorzugs-

weise auf dem Gesetzgebungsweg, angemessen anzuerkennen und eine nationale Gesundheitspolitik in detaillierter Ausgestaltung anzunehmen, um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen. Die Staaten müssen das Vorhandensein von Gesundheitsfürsorge einschließlich von Immunisierungsprogrammen gegen schwere Infektionskrankheiten gewährleisten sowie garantieren, dass für jeden Menschen gleichberechtigter Zugang zu den elementaren Voraussetzungen von Gesundheit, zum Beispiel zu nährstoffreicher sicherer Nahrung und Trinkwasser, zu Sanitäranlagen, angemessener Unterkunft und angemessenen Lebensbedingungen vorhanden ist. Die öffentliche Gesundheitsinfrastruktur sollte Beratungsdienste für die sexuelle und reproduktive Gesundheit zur Verfügung stellen, einschließlich einer Mutterschaftsbetreuung, insbesondere in ländlichen Gebieten. Die Staaten müssen die angemessene Ausbildung von Ärzten/innen und sonstigem medizinischen Personal, die Versorgung mit einer hinreichenden Anzahl von Krankenhäusern, Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen gewährleisten sowie Einrichtungen für Beratung und psychologische Gesundheitsfürsorge fördern und unterstützen. Dabei sollte die geographische Verteilung dieser Einrichtungen angemessen berücksichtigt werden. Weitere Verpflichtungen beinhalten die Versorgung mit einem öffentlichen, privaten oder gemischten Krankenversicherungssystem, das für jeden Menschen erschwinglich ist, die Förderung von medizinischer Forschung und Gesundheitserziehung ebenso wie Informationskampagnen insbesondere im Hinblick auf HIV/AIDS, sexuelle und reproduktive Gesundheit, im Blick auf traditionelle Praktiken, häusliche Gewalt, Missbrauch von Alkohol und Konsum von Tabak, Drogen und anderen schädlichen Substanzen. Die Staaten sind auch aufgefordert, Maßnahmen gegen Umwelt- und berufliche Gesundheitsrisiken und gegen jegliche Bedrohungen, die in epidemiologischen Studien aufgezeigt werden, zu treffen. Zu diesem Zweck sollten sie nationale politische Richtlinien formulieren und umsetzen, die darauf abzielen, die Verschmutzung von Luft, Wasser und Erde zu reduzieren, einschließlich der Verschmutzung durch Schwermetalle wie Blei, das aus Benzin entweicht, zu reduzieren. Weiterhin sind die Vertragsstaaten aufgefordert, eine in sich kohärente nationale Politik zu formulieren, umzusetzen und in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, um das Risiko von Berufsunfällen und Berufskrankheiten zu minimieren. Dies gilt ebenso für eine

kohärente nationale Politik zu beruflicher Sicherheit und Gesundheitsdiensten.²³

37. Die Gewährleistungspflicht fordert von den Staaten unter anderem, Positivmaßnahmen zu ergreifen, die es Individuen und Gemeinschaften ermöglichen, das Recht auf Gesundheit zu genießen. Die Vertragsstaaten sind auch verpflichtet, ein spezifisches Paktrecht zu *gewährleisten*, wenn Individuen oder Gruppen aus Gründen, die sich ihrer Kontrolle entziehen, unfähig sind, das betreffende Recht mit eigenen Mitteln zu verwirklichen. Die Verpflichtung, das Recht auf Gesundheit zu *gewährleisten (fördern)* verlangt von den Vertragsstaaten, Maßnahmen zu ergreifen, die die Gesundheit der Bevölkerung fördern, aufrechterhalten und wiederherstellen. Solche Verpflichtungen beinhalten:

(i) das Erkennen von Faktoren, die die Gesundheit begünstigen und fördern, zum Beispiel durch Forschung und Verbreitung von Informationen;

(ii) kulturell angemessene Gesundheitsdienste und ausgebildetes Personal, das die besonderen Bedürfnisse schutzbedürftiger und ausgegrenzter Gruppen erkennen und entsprechend darauf reagieren kann;

23 Elemente einer solchen Politik sind die Identifizierung, Bestimmung, Genehmigung und Kontrolle gefährlicher Materialien, Ausrüstungen, Substanzen, Wirkstoffe und Arbeitsprozesse; die Versorgung der Arbeiter/innen mit Gesundheitsinformationen und, falls nötig, mit geeigneter Schutzkleidung und Ausrüstung; die Durchsetzung von Gesetzen und Verordnungen durch angemessene Inspektion; die Pflicht, über Berufsunfälle und -krankheiten Mitteilung zu machen, die Durchführung von Untersuchungen und jährlichen Statistiken; der Schutz der Arbeiter/innen und von deren Vertreter/innen vor Disziplinarmaßnahmen für Handlungen, die sie in Übereinstimmung mit einer solchen Politik unternommen haben; und die Versorgung mit betriebsärztlichen Diensten, die wesentlich vorbeugende Aufgaben wahrnehmen. Vgl. ILO-Übereinkommen über den Arbeiterschutz, 1981 (Nr.155), und das Übereinkommen über die betriebsärztlichen Dienste, 1985 (Nr. 161).

- (iii) die Gewährleistung, dass ein Staat seinen Verpflichtungen zur Verbreitung von geeigneten Informationen nachkommt, die über gesunde Lebensführung und Ernährung, schädliche traditionelle Praktiken und die Verfügbarkeit von entsprechenden Leistungen aufklärt;
- (iv) Menschen darin zu unterstützen, wohl überlegte Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit zu treffen.

Internationale Verpflichtungen

38. In seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 3 richtete der Ausschuss die Aufmerksamkeit auf die Verpflichtung aller Vertragsstaaten, einzeln sowie durch internationale Hilfe und Zusammenarbeit, insbesondere wirtschaftlicher und technischer Art, Maßnahmen zu treffen, um nach und nach die vollständige Verwirklichung der Paktrechte, wie des Rechts auf Gesundheit, zu erreichen. Im Geiste von Artikel 56 der Charta der Vereinten Nationen, besonderer Vorschriften des Pakts (Artikel 12, 2 Abs. 1, 22 und 23) und der Erklärung von Alma-Ata über primäre Gesundheitsversorgung sollten die Vertragsstaaten die wesentliche Rolle internationaler Zusammenarbeit anerkennen und gemeinsam und einzeln Maßnahmen ergreifen, um die vollständige Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu erreichen. In dieser Hinsicht werden die Staaten auf die Erklärung von Alma-Ata verwiesen, die zum Ausdruck bringt, dass die bestehende große Ungleichheit im Gesundheitsstatus der Menschen, insbesondere zwischen Menschen in den entwickelten Länder und denen in den Entwicklungsländern, aber auch innerhalb eines Staates, politisch, sozial und wirtschaftlich nicht akzeptabel und ihre Überwindung deshalb ein gemeinsames Anliegen aller Staaten ist.²⁴

39. Um ihren internationalen Verpflichtungen aus Artikel 12 nachzukommen, müssen Vertragsstaaten das Recht auf Gesundheit in anderen Ländern achten und Dritte daran hindern, dieses Recht in anderen Ländern zu verletzen, falls es möglich ist, diese mit rechtlichen oder politischen Mitteln, in Übereinstimmung mit der Charta der Vereinten Nationen und einschlägigem Völkerrecht, zu beeinflussen. Je nach Verfügbarkeit von Ressourcen

24 Artikel II, Erklärung von Alma-Ata, Bericht der Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, 6. bis 12. September 1978, in: World Health Organization, *Health for All Series*, Nr.1, WHO, Genf, 1978.

sollten die Staaten den Zugang zu elementaren medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung in anderen Ländern, wann immer möglich, erleichtern und auf Anfrage notwendige Hilfe zur Verfügung stellen.²⁵ Die Vertragsstaaten sollten sicherstellen, dass dem Recht auf Gesundheit in internationalen Abkommen gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wird, und sollten dazu die Entwicklung weiterer Rechtsinstrumente in Erwägung ziehen. Im Hinblick auf den Abschluss anderer internationaler Abkommen sollten die Staaten Maßnahmen ergreifen, um zu gewährleisten, dass das Recht auf Gesundheit davon nicht negativ beeinflusst wird. In ähnlicher Weise haben die Vertragsstaaten die Verpflichtung zu gewährleisten, in ihren Handlungen als Mitglieder internationaler Organisationen das Recht auf Gesundheit gebührend zu berücksichtigen. Entsprechend sollten jene Vertragsstaaten, die Mitglieder internationaler Finanzinstitutionen, insbesondere des Internationalen Währungsfonds, der Weltbank und regionaler Entwicklungsbanken sind, dem Schutz des Rechts auf Gesundheit bei der Einflussnahme auf die Finanzpolitik, die Kreditvereinbarungen und die internationalen Maßnahmen dieser Institutionen größere Aufmerksamkeit schenken.

40. Die Vertragsstaaten haben eine gemeinsame und eine individuelle Verantwortung, in Übereinstimmung mit der Charta der Vereinten Nationen und entsprechenden Resolutionen der UN-Generalversammlung und der Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly) bei der Katastrophenhilfe und der humanitären Hilfe in Zeiten des Notstands zusammenzuarbeiten, einschließlich bei der Hilfe für Flüchtlinge und Binnenvertriebene. Jeder Staat sollte zur Lösung solcher Aufgabe unter Ausschöpfung seiner Möglichkeiten beitragen. Bei der Versorgung mit internationaler medizinischer Hilfe, der Verteilung und Verwaltung der Hilfsgüter, darunter von sicherem Trinkwasser, Nahrungsmitteln und Arzneimitteln, und bei der finanziellen Hilfe sollten die am stärksten schutzbedürftigen oder ausgegrenzten Gruppen der Bevölkerung vorrangig bedacht werden. Überdies hat die internationale Gemeinschaft im Hinblick auf die grenzüberschreitende Verbreitung einiger übertragbarer Krankheiten eine kollektive Verantwortung, sich dieses Problems anzunehmen. Die wirtschaftlich entwickelten

25 Vgl. Abs. 45 dieser Allgemeinen Bemerkung.

Staaten haben eine besondere Verantwortung und ein ebensolches Interesse daran, den ärmeren Entwicklungsländern in dieser Hinsicht zu helfen.

41. Die Vertragsstaaten sollten es zu allen Zeiten unterlassen, Embargos oder ähnliche Maßnahmen zu ergreifen, die die Versorgung eines anderen Staates mit geeigneten Medikamenten und medizinischer Ausstattung beschränken. Einfuhrbeschränkungen auf solche Güter sollten niemals als Instrument politischen und wirtschaftlichen Drucks benutzt werden. In dieser Hinsicht ruft der Ausschuss seine Position zum Zusammenhang von wirtschaftlichen Sanktionen und der Achtung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte in Erinnerung, die in der Allgemeinen Bemerkung Nr. 8 zum Ausdruck gebracht wird.

42. Obgleich nur Staaten Parteien des Pakts sind und daher letztendlich nur sie für dessen Nichteinhaltung zur Rechenschaft gezogen werden können, haben alle Mitglieder der Gesellschaft – Einzelpersonen, wie Mediziner, ebenso wie Familien, lokale Gemeinschaften, zwischenstaatliche und nicht-staatliche Organisationen, Organisationen der Zivilgesellschaft und die Privatwirtschaft – gewisse Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit. Die Vertragsstaaten sollten deshalb für ein Umfeld sorgen, das es erleichtert, diesen Verantwortlichkeiten nachzukommen.

Kernverpflichtungen

43. In seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 3 bestätigt der Ausschuss, dass die Vertragsstaaten eine Kernverpflichtung haben, wenigstens einen Mindeststandard eines jeden Paktrechts zu gewährleisten, einschließlich einer grundlegenden primären Gesundheitsversorgung. In Verbindung mit aktuelleren Instrumenten, wie dem Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung,²⁶ liefert die Erklärung von Alma-Ata eine verbindliche Leitlinie für die Kernverpflichtungen, die aus Artikel 12 erwachsen. Entsprechend sind nach Ansicht des Ausschusses zumindest folgende Pflichten in den Kernverpflichtungen enthalten:

26 Bericht der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, Kairo, 5.–13. September 1994 (Publikationen der Vereinten Nationen, Sales Nr. E.95.XIII.18), Kap. I, Resolution 1, Anhang, Kap. VII und VIII.

(a) das Recht auf Zugang zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung ohne jegliche Diskriminierung, insbesondere im Hinblick auf schutzbedürftige und ausgegrenzte Gruppen, zu gewährleisten;

(b) den Zugang zu einem Mindestmaß an elementaren Nahrungsmitteln, die ausgewogen und sicher sind, zu gewährleisten, um für jedermann ein Leben ohne Hunger zu garantieren;

(c) den Zugang zu Unterkunft und Sanitäranlagen sowie eine adäquate Versorgung mit sicherem Trinkwasser zu gewährleisten;

(d) elementare Arzneimittel zur Verfügung zu stellen, die in regelmäßigen Abständen durch das Aktionsprogramm über unentbehrliche Arzneimittel der WHO definiert werden;

(e) eine gerechte Verteilung aller medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherzustellen;

(f) eine nationale Gesundheitsstrategie und einen Aktionsplan zu verabschieden und umzusetzen, der sich auf eine epidemiologische Grundlage stützt und die Gesundheitsbelange der gesamten Bevölkerung einbezieht; die Strategie und der Aktionsplan sollen auf der Grundlage eines partizipatorischen und transparenten Prozesses entworfen und in regelmäßigen Abständen überprüft werden; sie sollen Methoden beinhalten, wie etwa Indikatoren und Benchmarks, mit denen der Fortschritt bei der Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit genau beobachtet werden kann; der Prozess für den Entwurf der Strategie und des Aktionsplans soll ebenso wie deren Inhalt allen schutzbedürftigen oder ausgegrenzten Gruppen besondere Aufmerksamkeit widmen.

44. Der Ausschuss bestätigt außerdem, dass die folgenden Verpflichtungen von vergleichbarer Priorität sind:

(a) Gesundheitsfürsorge im Hinblick auf reproduktive Gesundheit, Mutterschaft (pränatal und postnatal) und das Kind;

(b) Immunisierung gegen verbreitete Infektionskrankheiten, die in der Gemeinschaft auftreten;

(c) Maßnahmen zur Verhinderung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer und endemischer Krankheiten;

(d) Aufklärung und Information über die wesentlichen Gesundheitsprobleme der Gemeinschaft, einschließlich über Möglichkeiten ihrer Verhinderung und Bekämpfung;

(e) angemessene Ausbildung des Personals im Gesundheitswesen, die auch Kenntnisse zum Verhältnis von Gesundheit und Menschenrechten vermittelt.

45. Um jeglichem Zweifel vorzubeugen, möchte der Ausschuss betonen, dass es für die Vertragsstaaten und andere Akteure, die in der Lage sind zu helfen, besonders notwendig ist, »internationale Hilfe und Zusammenarbeit, insbesondere wirtschaftlicher und technischer Art«, ²⁷ zur Verfügung zu stellen, damit Entwicklungsländer ihre Kern- und sonstigen Verpflichtungen erfüllen können, wie diese oben in den Absätzen 43 und 44 beschrieben sind.

3. VERLETZUNGEN

46. Wenn der normative Inhalt des Artikel 12 (Teil I) auf die staatlichen Verpflichtungen (Teil II) angewendet wird, dann wird ein dynamischer Prozess in Gang gesetzt, der die Feststellung von Verletzungen des Rechts auf Gesundheit erleichtert. Die folgenden Absätze geben Beispiele für Verletzungen des Artikels 12.

47. Bei der Feststellung, welche Handlung oder Unterlassung auf eine Verletzung des Rechts auf Gesundheit hinauslaufen, ist es wichtig, zwischen der Unfähigkeit eines Vertragsstaates, seine Verpflichtungen gemäß Artikel 12 einzuhalten, und dem Unwillen dazu zu unterscheiden. Dies folgt aus

27 Pakt, Artikel 2 Abs. 1.

Artikel 12 Abs. 1, der von einem erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit spricht, ebenso wie aus Artikel 2 Abs. 1 des Pakts, der jeden Vertragsstaat verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen unter Ausschöpfung aller seiner Möglichkeiten zu treffen. Ein Staat, der nicht willens ist, seine verfügbaren Ressourcen für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit auszuschöpfen, verletzt seine Verpflichtungen gemäß Artikel 12. Falls Ressourcenknappheit es einem Staat unmöglich macht, seinen Paktverpflichtungen vollständig nachzukommen, dann obliegt es ihm nachzuweisen, dass dennoch jede Anstrengung unternommen wurde, alle verfügbaren Mittel zu verwenden, um die oben beschriebenen Verpflichtungen vorrangig zu erfüllen. Es sollte jedoch betont werden, dass ein Vertragsstaat unter keinen, wie auch immer gearteten, Umständen seine Nichteinhaltung der oben in Absatz 43 dargestellten Kernverpflichtungen rechtfertigen kann, da diese nicht außer Kraft gesetzt werden können.

48. Verletzungen des Rechts auf Gesundheit können durch unmittelbare Handlungen des Staates oder durch sonstige Organe entstehen, die vom Staat unzureichend reguliert werden. Die Verabschiedung jeglicher rückläufiger Maßnahmen, die mit den Kernverpflichtungen des Rechts auf Gesundheit, wie oben in Absatz 43 beschrieben, unvereinbar sind, stellen eine Verletzung des Rechts auf Gesundheit dar. Eine Verletzungen durch *positives Tun* kann etwa durch die formelle Aufhebung oder Suspendierung von Gesetzgebung entstehen, die für die dauerhafte Inanspruchnahme des Rechts auf Gesundheit notwendig ist, oder die Verabschiedung von Gesetzen oder politischen Richtlinien, die offenkundig mit bereits bestehenden nationalen oder internationalen rechtlichen Verpflichtungen in Bezug auf das Recht auf Gesundheit unvereinbar sind.

49. Verletzungen des Rechts auf Gesundheit können auch durch die Unterlassung oder das Versäumnis von Staaten entstehen, jene notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, die sich aus ihren rechtlichen Verpflichtungen ableiten. Zu Verletzungen durch *Unterlassung* gehören das Versäumnis, geeignete Maßnahmen zu treffen, die zur vollständigen Verwirklichung des Rechts eines jeden Menschen führen, ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu erreichen, sowie das Versäumnis, über eine nationale Gesundheitspolitik zu Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz oder

über betriebsärztliche Dienste zu verfügen, und das Versäumnis, einschlägige Gesetze durchzusetzen.

Verletzungen der Achtungspflicht

50. Verletzungen der Achtungspflicht umfassen solche staatlichen Handlungen, politischen Richtlinien oder Gesetze, die den in Artikel 12 des Pakts aufgestellten Normen zuwiderlaufen und die zu körperlichen Schäden, unnötigen Erkrankungen und vermeidbarer Sterblichkeit führen können. Beispiele sind die Verweigerung des Zugangs zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung als Resultat von *de jure* oder *de facto* Diskriminierung von bestimmten Individuen oder Gruppen; die absichtliche Zurückhaltung oder Falschdarstellung von Informationen, die für den Schutz der Gesundheit oder eine Behandlung lebenswichtig sind; die Suspendierung von Gesetzgebung oder die Verabschiedung von Gesetzen oder politischen Richtlinien, wenn dadurch der Genuss eines Bestandteils des Rechts auf Gesundheit beeinträchtigt wird; und das Versäumnis des Staates, seine rechtlichen Verpflichtungen im Hinblick auf das Recht auf Gesundheit zu berücksichtigen, wenn bilaterale oder multilaterale Verträge mit anderen Staaten, internationalen oder sonstigen Organisationen sowie mit multinationalen Unternehmen eingegangen werden.

Verletzungen der Schutzpflicht

51. Verletzungen der Schutzpflicht entstehen aus dem Versäumnis eines Staates, alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen innerhalb seines Hoheitsgebiets vor Verletzungen des Rechts auf Gesundheit durch Dritte zu schützen. Diese Kategorie beinhaltet solche Unterlassungen wie das Versäumnis, Aktivitäten von Individuen, Gruppen oder Unternehmen so zu regulieren, dass eine Verletzung des Rechts auf Gesundheit anderer verhindert wird; das Versäumnis, Konsumenten und Arbeiter vor gesundheitsschädlichen Praktiken, zum Beispiel durch Arbeitgeber und Hersteller von Arzneimitteln oder Nahrungsmitteln, zu schützen; das Versäumnis, von der Herstellung, der Vermarktung und dem Konsum von Tabak, Narkotika und anderen schädlichen Substanzen abzuraten; das Versäumnis, Frauen vor Gewalt zu schützen oder Straftäter zu verfolgen; das Versäumnis, fortgesetzten schädlichen traditionellen medizinischen oder kulturellen Praktiken entgegenzutreten; und das Versäumnis, Gesetze zu erlassen oder

durchzusetzen, um die Verschmutzung von Wasser, Luft und Erde durch fördernde und herstellende Industrien zu verhindern.

Verletzungen der Gewährleistungspflicht

52. Verletzungen der Gewährleistungspflicht entstehen durch das Versäumnis der Vertragsstaaten, alle notwendigen Maßnahmen zu treffen, um die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu gewährleisten. Als Beispiele lassen sich anführen: das Versäumnis, eine nationale Gesundheitspolitik zu beschließen oder umzusetzen, die darauf zugeschnitten ist, das Recht auf Gesundheit für jeden Menschen zu gewährleisten; unzureichende Aufwendungen oder eine fehlerhafte Aufteilung öffentlicher Mittel, die dazu führen, dass Individuen oder Gruppen, insbesondere schutzbedürftige oder ausgegrenzte Gruppen, das Recht auf Gesundheit nicht genießen können; das Versäumnis, die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit auf innerstaatlicher Ebene zu beobachten, zum Beispiel durch Indikatoren und Benchmarks zur Bestimmung des Rechts auf Gesundheit; das Versäumnis, Maßnahmen zu ergreifen, um die ungerechte Verteilung von medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung zu vermindern; das Versäumnis, einen geschlechtsbezogenen Ansatz im Hinblick auf das Recht auf Gesundheit anzuwenden und die Säuglings- und Müttersterblichkeit zu senken.

4. UMSETZUNG AUF INNERSTAATLICHER EBENE

Rahmengesetzgebung

53. Die am besten geeigneten Mittel und Wege zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit werden sich zwangsläufig von einem Staat zum anderen erheblich unterscheiden. Jeder Staat besitzt einen Ermessensspielraum bei der Einschätzung, welche Maßnahmen aufgrund seiner besonderen Umstände jeweils am besten geeignet sind. Der Pakt verlangt eindeutig von jedem Vertragsstaat, alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass jeder Mensch Zugang zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung hat, damit ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit so bald wie möglich erreicht werden kann. Dies erfordert die Verabschiedung einer nationalen Strategie für die Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit für alle, die auf menschenrechtlichen Grundsätzen beruht und die die entsprechenden Ziele definiert, sowie die Erarbeitung politischer Richtlinien und entsprechender Indikatoren und Benchmarks für das Recht auf Gesundheit. Die nationale Gesundheitsstrategie sollte auch die zur Erreichung der Ziele verfügbaren Ressourcen benennen sowie den kostengünstigsten Weg ihrer Nutzung aufzeigen.

54. Die Ausarbeitung und Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien und Aktionspläne sollte unter anderem die Grundsätze des Diskriminierungsverbots und die Mitwirkung der Bevölkerung beachten. Insbesondere muss das Recht von Individuen oder Gruppen, an Entscheidungsprozessen teilzuhaben, die ihre Entwicklung beeinflussen können, ein integraler Bestandteil jeder Politik, jedes Programms und jeder Strategie sein, die entwickelt werden, um den Verpflichtungen gemäß Artikel 12 nachzukommen. Die Pflicht zur Förderung der Gesundheit bedeutet die effektive Mitwirkung der Bevölkerung bei der Prioritätensetzung Entscheidungsfindung, Planung, Umsetzung und Bewertung von Strategien zur Erreichung einer besseren Gesundheit. Eine effektive Versorgung mit Gesundheitsdiensten kann nur dann sichergestellt werden, wenn die Partizipation der Bevölkerung von den Vertragsstaaten garantiert wird.

55. Die nationale Gesundheitsstrategie und der Aktionsplan sollten darüber hinaus auf den Grundsätzen der Rechenschaftspflicht, der Transparenz und der Unabhängigkeit der Gerichtsbarkeit beruhen, da gute Regierungs- und

Verwaltungsführung (*good governance*) für die Verwirklichung aller Menschenrechte einschließlich des Rechts auf Gesundheit unerlässlich ist. Um ein positives Umfeld für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu schaffen, sollten die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen treffen, um sicherzustellen, dass sich die Wirtschaft und die Zivilgesellschaft des Rechts auf Gesundheit bewusst sind und dessen Bedeutung bei der Verfolgung ihrer Aktivitäten berücksichtigen.

56. Die Staaten sollten erwägen, Rahmengesetze zu verabschieden, um ihre nationale Gesundheitsstrategie in die Wege zu leiten. Die Rahmengesetze sollten nationale Monitoringmechanismen für die Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien und Aktionspläne festschreiben. Sie sollten Vorschriften für die zu erreichenden Ziele und den für die Erreichung der Ziele vorgesehenen Zeitrahmen enthalten; Vorschriften über die Mittel, mit denen die Benchmarks für das Recht auf Gesundheit eingehalten werden können; für die beabsichtigte Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft, zum Beispiel mit Gesundheitsexperten/innen, dem Privatsektor und internationalen Organisationen; für die institutionelle Verantwortlichkeit bei der Umsetzung der Gesundheitsstrategie und des Aktionsplans und mögliche Beschwerdeverfahren. Beim Monitoring der Fortschritte in der Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit sollten die Staaten solche Faktoren und Schwierigkeiten bezeichnen, die die Umsetzung ihrer Verpflichtungen beeinträchtigen.

Indikatoren und Benchmarks für das Recht auf Gesundheit

57. Nationale Gesundheitsstrategien sollten geeignete Indikatoren und Benchmarks für das Recht auf Gesundheit festschreiben. Die Indikatoren sollten dazu dienen, die Erfüllung der staatlichen Verpflichtungen gemäß Artikel 12 auf nationaler und internationaler Ebene zu beobachten. Die Staaten können dazu Anleitung hinsichtlich geeigneter Indikatoren für das Recht auf Gesundheit durch die fortlaufende Arbeit der WHO und von UNICEF erhalten. Solche geeigneten Indikatoren für das Recht auf Gesundheit setzten eine Aufschlüsselung nach Diskriminierungsverbotsgründen voraus.

58. Sobald geeignete Indikatoren für das Recht auf Gesundheit bestimmt worden sind, sollten die Vertragsstaaten die jeweiligen nationalen Benchmarks in Bezug auf jeden Indikator festlegen. Im Verlauf der periodischen

Berichterstattung wird der Ausschuss in einen Prozess des *Scoping* mit den Vertragsstaaten eintreten. Das *Scoping* dient der gemeinsamen Erörterung der Indikatoren und nationalen Benchmarks durch den jeweiligen Vertragsstaat und den Ausschuss, die dabei jene Ziele festlegen, die während der nächsten Berichtsperiode erreicht werden sollen. In den folgenden fünf Jahren wird der betreffende Vertragsstaat diese nationalen Benchmarks für das Monitoring der Umsetzung des Artikels 12 benutzen. In dem sich anschließenden Prozess der Berichterstattung werden der Staat und der Ausschuss überprüfen, ob die Benchmarks erreicht wurden oder nicht, und die Gründe für alle Schwierigkeiten erörtern, die dabei möglicherweise aufgetreten sind.

Rechtsbehelfe und Rechenschaftspflicht

59. Jede Person oder Gruppe, die Opfer einer Verletzung des Rechts auf Gesundheit ist, sollte Zugang zu wirksamen gerichtlichen oder sonstigen geeigneten Rechtsbehelfen auf sowohl nationaler als auch internationaler Ebene haben.²⁸ Alle Opfer solcher Verletzungen sollten Anspruch auf angemessene Wiedergutmachung haben, die in Form von Wiederherstellung, Entschädigung, Genugtuung oder von Garantien der Nichtwiederholung erfolgen kann. Innerstaatliche Ombudspersonen, Menschenrechtskommissionen, Verbraucherforen, Vereinigungen für die Rechte von Patienten oder ähnliche Einrichtungen sollten Verletzungen des Rechts auf Gesundheit aufgreifen.

60. Die Übernahme internationaler Rechtsinstrumente, die das Recht auf Gesundheit anerkennen, in die innerstaatliche Rechtsordnung kann den Umfang und die Wirksamkeit von Rechtsbehelfen erheblich verbessern, und die Vertragsstaaten sollten dazu in jedem Fall ermutigt werden.²⁹ Dies ermöglicht Gerichten, durch direkte Bezugnahme auf den Pakt über Verlet-

28 Ungeachtet der Frage, ob Gruppen als solche imstande sind, als eigene Rechtssubjekte Rechtsbehelfe in Anspruch zu nehmen, sind die Vertragsstaaten sowohl durch die kollektiven als auch durch die individuellen Dimensionen des Artikel 12 gebunden. Kollektive Rechte sind entscheidend im Bereich von Gesundheit; moderne öffentliche Gesundheitspolitik beruht in einem hohen Maße auf Vorbeugung und Förderung; solche Ansätze sind primär auf Gruppen ausgerichtet.

29 Vgl. Allgemeine Bemerkung Nr. 2 Abs. 9.

zungen des Rechts auf Gesundheit oder zumindest seiner Kernverpflichtungen zu entscheiden.

61. Richter/innen und Angehörige anderer juristischer Berufe sollten von den Vertragsstaaten ermutigt werden, bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben Verletzungen des Rechts auf Gesundheit größere Aufmerksamkeit zu schenken.

62. Die Vertragsstaaten sollten die Arbeit von Menschenrechtsverteidigern/innen und anderen Mitgliedern der Zivilgesellschaft, die schutzbedürftigen oder ausgegrenzten Gruppen bei der Verwirklichung ihres Rechts auf Gesundheit beistehen wollen, achten, schützen, erleichtern und fördern.

5. VERPFLICHTUNGEN VON AKTEUREN, DIE KEINE VERTRAGSSTAATEN SIND

63. Die Rolle der Sonderorganisationen und Programme der Vereinten Nationen und insbesondere die Schlüsselfunktion, die der WHO bei der Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit auf internationaler, regionaler und nationaler Ebene zuerkannt wird, ist von ebenso herausragender Bedeutung wie die Aufgaben von UNICEF in Bezug auf das Recht des Kindes auf Gesundheit. Die Staaten sollten technische Hilfe und Zusammenarbeit mit der WHO anstreben, wenn sie ihre jeweilige nationale Strategie zum Recht auf Gesundheit ausarbeiten und umsetzen. Bei der Erarbeitung ihrer Staatenberichte sollten die Vertragsstaaten die umfassenden Informations- und Beratungsdienste der WHO in Bezug auf die Datenerhebung sowie die Aufschlüsselung und Entwicklung der Indikatoren und Benchmarks für das Recht auf Gesundheit in Anspruch nehmen.

64. Ferner sollten koordinierte Bemühungen für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit unternommen werden, um die Interaktion der jeweiligen Akteure, einschließlich der unterschiedlichen Teile der Zivilgesellschaft, zu verbessern. Entsprechend Artikel 22 und 23 des Pakts sollten die WHO, die Internationale Arbeitsorganisation (ILO), das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP), UNICEF, der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA), die Weltbank, die regionalen Entwick-

lungsbanken, der internationale Währungsfonds (IMF), die Welthandelsorganisation (WTO) und andere relevante Organisationen im System der Vereinten Nationen ihre Zusammenarbeit mit den Vertragsstaaten zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit auf nationaler Ebene unter gebührender Berücksichtigung ihrer jeweiligen Mandate und auf der Grundlage ihrer jeweiligen Fachkenntnisse verstärken. Insbesondere sollten die internationalen Finanzinstitutionen, vor allem die Weltbank und der Internationale Währungsfond, dem Schutz des Rechts auf Gesundheit in ihrer Finanzpolitik, den Kreditvereinbarungen und Strukturanpassungsprogrammen größere Beachtung schenken. Bei der Prüfung der Staatenberichte wird sich der Ausschuss damit befassen, wie sich die von allen Akteuren, die keine Vertragsstaaten sind, erwiesene Hilfe auf die Fähigkeit der Staaten zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen gemäß Artikel 12 auswirkt. Die Verfolgung eines menschenrechtsbezogenen Ansatzes durch die Sonderorganisationen, Programme und Organe der Vereinten Nationen wird die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit in hohem Maße erleichtern. Im Verlauf seiner Überprüfung der Berichte der Vertragsstaaten wird der Ausschuss auch die Rolle der Berufsverbände im Gesundheitssektor und sonstiger nichtstaatlicher Organisationen einbeziehen, die mit den Verpflichtungen der Vertragsstaaten gemäß Artikel 12 in Zusammenhang stehen.

65. Die Rolle der WHO, des Amts des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen, des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz sowie der nichtstaatlichen Organisationen und nationalen ärztlichen Vereinigungen ist in Bezug auf Katastrophenhilfe und humanitäre Hilfe in Zeiten des Notstandes einschließlich der Hilfe für Flüchtlinge und Binnenvertriebene von besonderer Bedeutung. Bei der Versorgung mit internationaler medizinischer Hilfe und bei der Verteilung und Verwaltung von Hilfsgütern, zum Beispiel von sicherem Trinkwasser, Nahrungsmitteln und Arzneimitteln, sowie bei der finanziellen Hilfe sollte den am meisten schutzbedürftigen und ausgegrenzten Gruppen der Bevölkerung Vorrang eingeräumt werden.

CESCR E/C.12/2002/11

20. Januar 2003

