

Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis

Ein Rahmenübereinkommen wäre sinnvoll

Anand Grover · Fiona Lander



(UN-Foto: Evan Schneider)

Anand Grover, geb. 1951, ist seit dem 1. August 2008 Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit des UN-Menschenrechtsrats, Genf.

Das Recht auf Gesundheit ist ein umfassendes Recht und ein Instrument, um globale Entwicklung voranzubringen und Marginalisierung zu bekämpfen. In diesem Beitrag beleuchtet der gegenwärtige Sonderberichterstatter über das Recht auf Gesundheit die Entwicklung des Rechts über die letzten Jahre und nennt künftige Herausforderungen. Dazu gehören die Kriminalisierung bestimmter Verhaltensweisen wie Sexarbeit, Homosexualität oder Abtreibung, das Problem des mangelnden Zugangs zu Gesundheitsdiensten und die Zunahme der Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten. Um all dies zu bewältigen, muss in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und in den nationalen Gesundheitsstrategien ein menschenrechtsbasierter Ansatz verfolgt werden.

Als Sonderberichterstatter über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit ist meine Rolle naturgemäß breit angelegt.¹ Das Recht auf Gesundheit, wie in Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt) aufgeführt, zählt viele Prioritäten auf, wie die volle Verwirklichung des Rechts zu erreichen sei: Dazu gehört, die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern, die Umwelt- und Arbeitshygiene zu verbessern, ansteckenden und berufsbezogenen Krankheiten vorzubeugen, sie zu behandeln und zu bekämpfen sowie Bedingungen zu schaffen, die eine medizinische Grundversorgung und ärztliche Betreuung sicherstellen.

Doch das Recht als solches beschäftigt sich mit weitaus mehr Themen als jene, die in Artikel 12 aufgeführt sind.² Nach und nach passten sich sein Inhalt und seine Anwendung an die geänderten gesellschaftlichen Normen und globalen Bedingungen an. Es wurde zu einem wichtigen Instrument, um globale Entwicklung und Gerechtigkeit zu erreichen und Diskriminierung und Marginalisierung zu bekämpfen. Die große Bandbreite des Rechts und seine Evolution ermöglichten es mir während meiner Tätigkeit, das Recht nicht nur genauer zu untersuchen und zu fördern, sondern auch mich mit Menschen aus allen Gesellschaftsschichten auszutauschen. Mein Fazit aus diesen Erfahrungen ist, dass die Verwirklichung dieses Rechts notwendig ist, um eine Vielzahl von Entwicklungszielen zu erreichen, auch jene, die auf den ersten Blick mit Gesundheit scheinbar nichts zu tun haben.



Fiona Lander, geb. 1985, ist Mitarbeiterin in der Abteilung Sonderverfahren (Special Procedures Branch) im Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte in Genf.

Das Recht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit ist ein Grundrecht, welches unverzichtbar für die Ausübung anderer Menschenrechte ist, insbesondere das Recht auf Leben, Würde, Nichtdiskriminierung und Gleichheit (aber nicht darauf beschränkt). Es ist weitgehend und beinhaltet Freiheiten, Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen auf Seiten von Staaten, nichtstaatlichen Akteuren und Individuen gleichermaßen. Gleichzeitig hängt es auch von anderen Rechten ab. In seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 14³ bekräftigte der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, dass das Recht eine Vielzahl sozio-ökonomischer Faktoren umfasst, die Bedingungen fördern, in denen die Menschen ein gesundes Leben führen können. Es bezieht aber auch die der Gesundheit zugrunde liegenden Determinanten ein, wie Nahrung und Ernährungsweise, Unterkunft, Zugang zu sauberem Trinkwasser und angemessener Sanitärversorgung, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen sowie eine gesunde Umwelt. Dazu gehören ferner andere soziale Faktoren, wie Gleichheit der Bürgerinnen und Bürger, die die Verwirklichung des Rechts sicherstellen. Auf diese Weise wird das Recht auf Gesundheit nicht verstanden als ein Recht, gesund zu sein; vielmehr ist es ein Recht, das verwirklicht wird, indem die sozialen und anderen Determinanten für Gesundheit sichergestellt werden, um die Gesundheit der Individuen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel zu maximieren.

Das Recht auf Gesundheit enthält vier Kernelemente: **Verfügbarkeit** (availability), **Zugänglichkeit** (accessibility), **Annehmbarkeit** (acceptability) und **Qualität** (quality).

1. **Verfügbarkeit** bedeutet, dass die Güter und Dienstleistungen in ausreichender Menge und Qualität in einem Staat zur Verfügung stehen müssen;
2. **Zugänglichkeit** von Gesundheitsdiensten bedeutet die tatsächliche Erreichbarkeit, Bezahlbarkeit und angemessene Information darüber sowie Nichtdiskriminierung;
3. **Annehmbarkeit** bedeutet, dass das Gesundheitswesen, die Güter und Dienstleistungen die medizinische Ethik achten und kulturell angemessen sein müssen;
4. **Qualität** bedeutet, dass das Gesundheitswesen, die Güter und Dienstleistungen aus wissenschaftlicher und medizinischer Sicht angemessen und von guter Qualität sein müssen.

Die Erfüllung jedes dieser vier Elemente ist eine notwendige Voraussetzung für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit. Zugänglichkeit ist jedoch der Bereich, der allgemein die meiste Aufmerksamkeit von Praktikern auf sich zieht. Von der Verbesserung des tatsächlichen Zugangs zu Gesundheitsdiensten bis zur besseren Bezahlbarkeit lebenswichtiger Arzneien: Zugang bleibt ein wesentliches – oft schwierig zu erreichendes – Element des Rechts. Dies habe ich immer wieder auf meinen Länderbesuchen festgestellt.

Im Unterschied zu den bürgerlich-politischen Rechten unterliegt das Recht auf Gesundheit dem Grundsatz der schrittweisen Verwirklichung. Da Staaten immer wieder mit Ressourcenknappheit zu kämpfen haben, sind sie zwangsläufig darin eingeschränkt, das Recht unmittelbar umzusetzen. Dieser Grundsatz wurde wiederholt kritisiert: Das Recht verlöre dadurch seinen Sinn. Einige Verfassungsgerichtshöfe in Entwicklungsländern mit verschiedenen Rechtssystemen haben den Unterschied in dieser Hinsicht praktisch ignoriert. Es gibt aber sogar im Völkerrecht bestimmte Elemente in diesem Recht, die diesem Grundsatz der schrittweisen Verwirklichung nicht unterliegen. Das wichtigste davon ist Nichtdiskriminierung. Die Allgemeine Bemerkung Nr. 14 betont, dass unabhängig von einer relativen Ressourcenknappheit die Staaten verpflichtet sind, Gesetze zu verabschieden und Informationen zu verbreiten, um mit Gesundheit in Zusammenhang stehende Diskriminierung zu beseitigen. Dies kann mit geringsten Mitteln erreicht werden und findet sich in Absatz 12 der Allgemeinen Bemerkung Nr. 3 wieder, der bestimmt, dass die schutzbedürftigen Mitglieder der Gesellschaft geschützt werden müssen, auch in Zeiten ernsthafter finanzieller Zwänge.⁴

Die Staaten sind dazu verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu achten (to respect), zu schützen (to protect) und zu gewährleisten (to fulfill). Dies erfordert im Wesentlichen Dreierlei: erstens, dass die Staaten das Recht nicht einschränken; zweitens, dass sie Dritte davon abhalten, das Recht zu verletzen und drittens, dass sie (gesetzliche und administrative) Maßnahmen ergreifen, um die im Recht enthaltenen Grundsätze umzusetzen, damit seine Verwirklichung sichergestellt ist. Die Allgemeine Bemerkung Nr. 14 gibt einige Beispiele, welche Maßnahmen es bei jeder Verpflichtung sein können. Ein Beispiel für die Gewährleistung des Rechts ist die Verpflichtung, eine nationale Gesundheitsstrategie mit einem detaillierten Zeitplan für die Umsetzung des Rechts zu verabschieden. Viele Rechtsexperten betrachten die Verabschiedung einer solchen Strategie als eine Verpflichtung, die unmittelbar umgesetzt werden kann und nicht der schrittweisen Verwirklichung unterliegt.⁵

Ein anderes wichtiges Element des Rechts ist das der Verantwortlichkeit. Die Allgemeine Bemerkung

Nr. 14 stellt fest, dass jede Person oder Gruppe, die Opfer einer Verletzung des Rechts auf Gesundheit geworden ist, Zugang zu wirksamen gerichtlichen oder anderen Abhilfemaßnahmen erhalten soll. Des Weiteren wird betont, dass die Verantwortlichkeit maßgeblich erhöht werde, wenn internationale Rechtsabkommen mit Bezug auf das Recht auf Gesundheit in die nationalen Gesetze inkorporiert werden. Dann hätten Opfer die Möglichkeit, Rechtsverletzungen direkt bei den Gerichten einzuklagen. Die Allgemeine Bemerkung behandelt auch bestimmte Spezialthemen, von denen ich viele versucht habe, in meiner Amtszeit als Sonderberichterstatter anzugehen. Der Grundsatz der Nichtdiskriminierung ist dabei von besonderer Bedeutung ebenso wie das Recht auf Gesundheit von Frauen, Kindern, älteren Menschen und Indigenen.

Meine Erfahrungen

Während meiner Zeit als Sonderberichterstatter habe ich mich mit anderen Themen beschäftigt als mein Vorgänger, der erste Sonderberichterstatter, Paul Hunt. Dessen Arbeit konzentrierte sich auf die Erarbeitung von Indikatoren und Messinstrumenten, was äußerst wichtig war, genauso wie seine unermüdelichen Bemühungen in Bezug auf den Zugang zu Arzneimitteln und die Regulierung der Pharmaindustrie. Mit meinen thematischen Berichten habe ich mich auf einen anderen Aspekt des Rechts auf Gesundheit konzentriert: Ich widme mich den rechtsbezogenen Problemen verschiedener schutzbedürftiger Randgruppen, von denen viele in der Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 aufgeführt sind. Dies rief bei einigen Staaten im Menschenrechtsrat negative Reaktionen hervor, bedingt durch tief sitzende Vorurteile und Angst.

Die Wirklichkeit sieht einfach so aus, dass Personen, die nicht-heterosexuellen Geschlechtsverkehr haben, Sexarbeiter, Drogenabhängige und andere marginalisierte Gruppen der Gesellschaft aufgrund

Im Unterschied zu den bürgerlich-politischen Rechten unterliegt das Recht auf Gesundheit dem Grundsatz der schrittweisen Verwirklichung.

Die Staaten sind dazu verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu achten, zu schützen und zu gewährleisten.

¹ Näheres siehe Webseite des Sonderberichterstatters: www.unsrhealth.org

² Siehe auch WHO/OHCHR (Ed.), *The Right to Health, Fact Sheet No. 31*, Genf, Juni 2008.

³ General Comment No. 14, UN Doc. E/C.12/2000/4 v. 11.8.2000, auf Deutsch abgedruckt in: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.), *Die ›General Comments‹ zu den VN-Menschenrechtsverträgen*, Baden-Baden 2005, S. 285ff.

⁴ General Comment No. 3, UN Doc. E/1991/23 v. 14.12.1990, auf Deutsch abgedruckt in: Deutsches Institut für Menschenrechte, a.a.O. (Anm. 3), S. 183ff.

⁵ Paul Hunt/Gunilla Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health, Health and Human Rights: An International Journal*, 10. Jg., 1/2008, S. 81–92.

In meinen Berichten habe ich viele Gesetze aufgegriffen, die Abtreibung, Drogenabhängigkeit, nicht-heterosexuelle sexuelle Aktivität und HIV-Übertragung unter Strafe stellen.

struktureller Diskriminierung immer noch keinen Zugang zu medizinischer Grundversorgung haben, obwohl er ihnen nach dem Recht auf Gesundheit zusteht. Auch wenn dies auf den ersten Blick nicht in einem inhärenten Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit zu stehen scheint, stellt dies eine direkte Verletzung dieses Rechts dar. Nichtdiskriminierung ist, wie oben dargestellt, ein Kernbestandteil des Rechts auf Gesundheit und kann und muss unmittelbar durchgesetzt werden. In meinen thematischen Berichten habe ich viele Gesetze aufgegriffen, die entweder direkt oder indirekt Abtreibung, Drogengebrauch während der Schwangerschaft, Drogenabhängigkeit, nicht-heterosexuelle sexuelle Aktivität und HIV-Übertragung, um nur einige zu nennen, unter Strafe stellen. All diese Gesetze, die oft vordergründig geschaffen wurden, um die Gesellschaft vor Krankheiten zu schützen, führen dazu, dass in Wirklichkeit mehr Menschen einem Risiko ausgesetzt werden, weil solche Praktiken in der Illegalität vorgenommen werden müssen und dadurch der Zugang zu lebenswichtigen Diensten verwehrt ist.

In meinem jüngsten Bericht mit Schwerpunkt sexuelle und reproduktive Rechte⁶ stellte ich einen beunruhigenden Trend fest hin zu einer Abschaffung von Sexualkundeunterricht, beschränktem Zugang zu Familienplanungsberatungsdiensten sowie einer Kriminalisierung des Verhaltens während der Schwangerschaft (wie etwa Alkohol- oder Drogenmissbrauch) und der Abtreibung. Diesem Trend muss unbedingt entgegengewirkt werden. Fehlender Zugang zu sicheren und legalen Abtreibungen trägt maßgeblich zu höheren Müttersterblichkeitsraten⁷ bei. Abgesehen von den Statistiken ist das Versagen, diesen Zugang zu gewähren, eine nicht zu rechtfertigende Einschränkung der Würde und Autonomie von Frauen. Meiner Meinung nach ist es wichtig, die Debatte um sexuelle und reproduktive Rechte nicht auf die Müttersterblichkeit zu reduzieren, sondern anzuerkennen, dass diese Einschränkungen eben auch unter dem Gesichtspunkt des Rechts auf Gesundheit unzulässig sind und nicht nur im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit.

Ich habe diesen rechtsbasierten Ansatz kürzlich auch beim Thema Arbeitssicherheit vorgebracht. Obwohl es etliche Abkommen gibt, die die Rechte von Arbeitern garantieren und sie vor gesundheitlichen Gefahren am Arbeitsplatz schützen, sehe ich mit Sorge, dass der Zuwachs des informellen Sektors und die Globalisierung Probleme schaffen, deren Ausmaß noch nicht abgeschätzt werden kann. Allein die Tatsache, dass es im Bereich der informellen Beschäftigung keine Statistiken gibt, die nach Geschlecht und anderen Kategorien unterteilt sind, stellt ein großes Hindernis für die Bedarfsanalyse dieser Personengruppe, die ja meist besonders bedürftig ist, dar. Besonders Migranten und Landarbeiter haben zumeist

keine Möglichkeiten, ihre Gesundheit wirksam zu schützen. Wenn man aber ihre Zahl und ihren Bedarf wüsste, könnte man die berufsbedingten Gesundheitsrisiken minimieren. Aus demselben Grund muss ein geschlechtsspezifischer Ansatz bei der Gesundheit am Arbeitsplatz verfolgt werden. Es sind vor allem Frauen, die im informellen Sektor arbeiten und die daher weitaus häufiger berufsbedingten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind als Männer.⁸

Als Sonderberichterstatter habe ich auch als Teil meines Mandats das Privileg, Länder zu besuchen. Dies ermöglicht es mir, das Recht auf Gesundheit in einzelnen Ländern eingehender zu untersuchen. Wie Manfred Nowak in einem Beitrag in dieser Zeitschrift festgestellt hat,⁹ ist einer der größten Vorteile, die thematische Sonderberichterstatter im Gegensatz zu den Länderberichterstattern haben, dass ihre Einrichtung kein bestimmtes Land stigmatisiert. Ein thematischer Sonderberichterstatter kann jedes Land untersuchen, das einem Besuch zugestimmt hat, auch wenn dies zwangsläufig zu einer Art von Voreingenommenheit bei der Auswahl der Länder führt, da Länder, die von sich glauben, die Rechte nicht zu verletzen, eher bereit sind, sich daraufhin prüfen zu lassen. Dennoch hat mich die Bereitschaft vieler und unterschiedlicher Staaten, im Rahmen des Formats der Länderbesuche in einen konstruktiven Dialog einzutreten, ermutigt. Es waren Staaten mit den unterschiedlichsten Regierungssystemen und Entwicklungsständen.

Besonders gefreut hat mich die Einladung, Ende 2011 Syrien zu besuchen. Es war erst der zweite Länderbesuch eines Sonderberichterstatters überhaupt in Syrien. Ich war ermutigt von der Bereitschaft der Regierung, mit mir und meinem Team zusammenzuarbeiten und ungehinderten Zugang zu gewähren, einschließlich Zugang zu einem Gefängnis, um die Haftbedingungen zu inspizieren. Trotzdem war ich entsetzt über die Vernachlässigung der Rechte verschiedener Bevölkerungsgruppen in dem Land, insbesondere der kurdischen Minderheit. Eine bedeutende Anzahl von Kurden wurde als ›Staatenlose‹ eingestuft und ihnen wurden Personalausweise verweigert, ohne die sie keinen Zugang zu medizinischer Grundversorgung haben. Syriens medizinische Grundversorgung war relativ umfassend und für die übrigen Bürger gut erreichbar. Doch mir war klar, dass der Staat noch bedeutende Fortschritte machen müsste, um das Recht auf Gesundheit von allen Bürgern und Bewohnern sicherzustellen. Natürlich sind jegliche Fortschritte in dieser Richtung angesichts der gegenwärtigen Verschlechterung der politischen Lage in Syrien auf Eis gelegt – was uns daran erinnert, dass alle Rechte miteinander verknüpft sind, zivile, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.

Ebenso gefreut habe ich mich über die Einladung Vietnams. Das Land hat sich verpflichtet, das Recht

Fehlender Zugang zu sicheren und legalen Abtreibungen trägt maßgeblich zu höheren Müttersterblichkeitsraten bei.

auf Gesundheit für alle seine Bürgerinnen und Bürger zu verwirklichen. Doch seine Gesetze und Maßnahmen in Bezug auf Sexarbeiter und Drogenabhängige waren meiner Ansicht nach der Verwirklichung dieses Rechts für diese Personengruppe nicht förderlich. Da diese Fragen sehr heikel sind, mussten sie auch sehr vorsichtig behandelt werden und, weit wichtiger, unter umfassender Beachtung der Ansichten der vietnamesischen Behörden. Auf diese Art und Weise gelang es mir, den Behörden das Versprechen abzurufen, ihre diesbezügliche Politik zu überprüfen, was ein sehr positives Ergebnis ist.

Einige Gemeinsamkeiten sind mir auf meinen bisherigen sieben Länderbesuchen¹⁰ aufgefallen. Auch wenn Australien und Guatemala fast unterschiedlicher nicht sein könnten, was ihren Entwicklungsstand und die politische Stabilität angeht, stehen beide vor ähnlichen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Bezug auf ihre indigene Bevölkerung. In erster Linie ist dies Diskriminierung und Stigmatisierung von Indigenen, mangelnder Zugang zu Dienstleistungen (sowohl finanziell als auch physisch, angesichts ihrer mehrheitlichen Beschäftigung in Niedriglohnjobs und ihres Wohnorts in ländlichen und abgelegenen Gegenden) und ihre Entmündigung aufgrund jahrzehntelanger Vernachlässigung, Missbrauch oder sogar Krieg. Diese Probleme sind komplex und weitreichend. Mir scheint es offensichtlich, dass ein rechtsbasierter Ansatz, einschließlich Kapazitätsaufbau und Bildung, in beiden Staaten essenziell ist, wenn das Recht auf Gesundheit für diese Gruppen vollständig verwirklicht werden soll.

Ein anderes wiederkehrendes Thema auf meinen Länderbesuchen war das Thema medizinische Grundversorgung und der physische Zugang dazu. Auch wenn Ghana nicht die gleichen Probleme in Bezug auf eine indigene Bevölkerung hat wie etwa Guatemala (Ghanas Topografie unterscheidet sich maßgeblich von der bergigen Landschaft Guatemalas) erleben die auf dem Land lebenden Ghanaer ähnliche Beschränkungen beim Zugang zu Diensten wie die Indigenen in Guatemala. Trotz eines erheblichen Rückgangs der Kindersterblichkeitsrate hatte Ghana Schwierigkeiten, dasselbe bei der Müttersterblichkeit zu erreichen, nicht zuletzt, weil es kaum Transportmöglichkeiten in Gegenden außerhalb von großen Städten gibt. Dies bleibt ein wichtiges Thema für das Land, auch deshalb, weil die internationale Aufmerksamkeit auf dem Thema Müttersterblichkeit zugunsten der zunehmenden Arbeit im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten zugenommen hat. Letzterem wende ich mich im Folgenden zu.

Die Entwicklung des Rechts und aktuelle Herausforderungen

In meiner Zeit als Sonderberichterstatter wurde das Recht auf Gesundheit immer breiter anerkannt, auf

nationaler wie internationaler Ebene. Zunehmende Aufmerksamkeit erhielt dabei die tatsächliche Durchsetzung des Rechts. In einem erst kurz zurückliegenden Fall in Bezug auf Zugang zu Arzneimitteln und der neuen Verfassung Kenias¹¹ hatte ich die Ehre, *amicus curiae* zu sein. In diesem Fall war die vorsitzende Richterin Mumbi Ngugi der Auffassung, dass das Anti-Fälschungs-Gesetz Nr. 13 aus dem Jahr 2008 das Potenzial in sich birgt, die in der Verfassung garantierten Rechte auf Leben, Gesundheit und Würde zu verletzen. Durch die unverhältnismäßig breit gefasste Formulierung sei eine Beschränkung des Zugangs zu lebenswichtigen Arzneimitteln zu befürchten. Im Ergebnis wurde entschieden, dass das Gesetz nicht auf Generika angewendet werden soll. Es ist ermutigend, dass immer mehr Staaten das Recht auf Gesundheit in ihre nationalen Gesetze aufnehmen. Doch solange dies nicht in allen Staaten geschieht, bleiben beträchtliche Inkonsistenzen zwischen den Nationalstaaten bestehen.

Gleichzeitig versuche ich die Debatte darüber voranzubringen, mit welchen Mechanismen die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit, insbesondere der Zugang zu Arzneimitteln, weltweit sichergestellt werden könnte. Ich bin zum Beispiel davon überzeugt, dass ein externer Überwachungsmechanismus geschaffen werden sollte, um sicherzustellen, dass die Aktivitäten der Pharmaindustrie angemessen reguliert werden können. Dies könnte in Form eines Rahmenübereinkommens zum Recht auf Gesundheit geschehen. Dieses Übereinkommen würde nicht nur dazu beitragen, die Unterschiede zwischen den Staaten in Bezug auf die Anerkennung und Durchsetzung des Rechts zu minimieren. Es würde auch ermöglichen, die gesundheitsbezogenen Aktivitäten nichtstaatlicher Akteure angemessen zu regulieren, wie es derzeit unter dem Sozialpakt nicht möglich ist. Der Pakt kann nur Staaten und ihren

Australien und Guatemala stehen beide vor ähnlichen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Bezug auf ihre indigene Bevölkerung.

Es sollte ein externer Überwachungsmechanismus geschaffen werden, um sicherzustellen, dass die Aktivitäten der Pharmaindustrie angemessen reguliert werden können.

6 Anand Grover, Interim Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, UN Doc. A/66/254 v. 3.8.2011, www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254

7 WHO, Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008, 6th Edition, Genf 2011, S. 2.

8 Mary Cornish, Realizing the Right of Women to Safe Work – Building Gender Equality into Occupational Safety and Health Governance, ILO Concept Note, XVIII World Congress on Occupational Safety and Health, Seoul, 29.6.–2.7.2008, S. 11.

9 Manfred Nowak, Das Amt des UN-Sonderberichterstatters über Folter. Eine Bilanz nach sechs Jahren, Vereinte Nationen, 5/2011, S. 202–209.

10 Siehe: www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/CountryVisits.aspx

11 Patricia Asero and 2 Others vs. The Attorney General and Another, HCC Petition No. 409 of 2009.

Bürgern Verpflichtungen auferlegen, nicht aber nicht-staatlichen Akteuren. Natürlich bestehen viele Hindernisse auf dem Weg zu einem solchen Rahmenübereinkommen. Doch die Verabschiedung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs beweist, dass es möglich ist.

Sicher ist auch, dass größere Anstrengungen unternommen werden müssen, um das Recht auf Gesundheit in Hilfs- und Entwicklungsprogramme zu integrieren, sowohl als Mittel als auch zum Zweck für mehr Entwicklung. Damit meine ich, dass alle Entwicklungsmaßnahmen das Recht auf Gesundheit durchgehend berücksichtigen sollten: bei der Planung, Durchführung und Evaluierung und nicht erst als ein Ergebnis eines Entwicklungsprojekts. Dabei verweise ich gern auf das Beispiel des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. Dieser verfolgt bei seinen Aktivitäten zunehmend einen rechtsbasierten Ansatz. Zum einen verfolgt er diesen Ansatz, weil bei Projekten, die der Fonds unterstützt hat, Rechte eingeschränkt worden waren; zum anderen, weil bei den Maßnahmen gegen HIV/Aids die mangelnde Unterstützung für Programme zum Schutz und zur Förderung von Menschenrechten sich besonders gravierend ausgewirkt hat.¹² Bildung und Kapazitätsaufbau in die Umsetzung von Rechten einzubeziehen, mag höhere Kosten verursachen, aber es kann zu besseren und nachhaltigeren Ergebnissen der Entwicklungsarbeit führen. Das Sonagachi-Projekt in Westbengalen stellt ein hervorragendes Beispiel dafür dar: Dort wurden Sexarbeiter über ihre Rechte aufgeklärt und ihnen die Instrumente an die Hand gegeben, um ihre Rechte einzufordern. Dies führte zur verstärkten Nutzung von Kondomen und zu einem Rückgang an sexuell übertragbaren Krankheiten. Zudem war ein Anstieg bei den Einschulungsraten und der Anwesenheit in Schulen bei den Kindern dieser Gruppe zu verzeichnen.

Eine besondere und wachsende Herausforderung ist die rasche Zunahme von Fällen nichtübertragbarer Krankheiten (non-communicable diseases – NCDs). Zu dieser Gruppe gehören Krebs, Bluthochdruck, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen. Sie werden häufig fälschlicherweise als Wohlstandskrankheiten bezeichnet. Doch in Wirklichkeit nimmt die Zahl der an diesen Krankheiten erkrankten Menschen in Entwicklungsländern stetig zu. Dies führt zu einer doppelten Belastung und zu einer Gefahr für die Gesundheitssysteme in diesen Ländern, die nicht darauf ausgerichtet sind, zusätzlich zu den ansteckenden Krankheiten auch noch chronische Krankheiten zu behandeln. Die Folgen aus menschenrechtlicher Sicht sind potenziell katastrophal: Erstens wegen der Missverständnisse, die in Bezug auf diese Personengruppe bestehen, etwa dass sie ihre Krankheit durch Trägheit selbst verschuldet haben, aber auch, weil die Krankheiten zu

einem Großteil Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status¹³ treffen, einschließlich von Personen, die bereits benachteiligt sind.

Auch die Generalversammlung hat sich mit diesen chronischen Krankheiten befasst und im September 2011 eine Politische Erklärung dazu verabschiedet.¹⁴ Darin stellen die Mitgliedstaaten fest, dass mit der Zunahme an diesen Erkrankungen die öffentlichen Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen gestellt werden. Bemerkenswert ist, dass psychische Erkrankungen und Unfälle/Verletzungen in der von den Vereinten Nationen akzeptierten Definition von NCDs nicht enthalten sind, obwohl sie weltweit eine große Belastung im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten darstellen. Dies macht mir große Sorgen, weil psychische Krankheiten bereits jetzt global vernachlässigt werden, trotz des erstaunlichen Ausmaßes dieser Krankheiten weltweit.¹⁵

Fazit

Die größte Herausforderung im Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit besteht nicht beim mangelnden Bewusstsein für das Recht. Die größte Herausforderung besteht darin, das Wissen über den genauen Inhalt des Rechts zu erhöhen und wie das Recht in unterschiedlichen politischen, kulturellen und sozialen Kontexten um- und durchgesetzt werden kann. Das sich stetig verändernde Umfeld im Bereich öffentliche Gesundheit, die besonderen Hindernisse durch die Globalisierung und die zunehmende Vernetzung von Staaten und ihren Bürgern werden die Notwendigkeit erhöhen, so schnell wie möglich einen menschenrechtsbasierten Ansatz in die nationalen Gesundheitspläne und in die internationale Entwicklungszusammenarbeit zu integrieren.

Die Zahl der an nichtübertragbaren Krankheiten erkrankten Menschen in Entwicklungsländern nimmt stetig zu.

Die nationalen Gesundheitspläne und die internationale Entwicklungszusammenarbeit müssen einen menschenrechtsbasierten Ansatz verfolgen.

¹² Vgl. Michel Kazatchkine (Executive Director of the Global Fund), Time to Redouble Our Efforts on AIDS and Human Rights, Rede, 2nd Annual Symposium on HIV, Law and Human Rights, Canadian HIV/AIDS Legal Network, Toronto, 11.6.2010.

¹³ WHO, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Genf 2011, S. 2.

¹⁴ Politische Erklärung der Tagung der Generalversammlung auf hoher Ebene über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, UN-Dok. A/RES/66/2 v. 19.9.2011.

¹⁵ WHO, The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Chapter 2, Section 4: Impact of disorders, <http://who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>