



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung

BMZ SPEZIAL 162

Gesundheit und Menschenrechte



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	3
Die Bedeutung des Menschenrechtsansatzes für Gesundheit und Entwicklung/Institutioneller Rahmen	5
Deutsche Entwicklungspolitik und ihr Beitrag zur Förderung von Menschenrechten im Gesundheitssektor	7
Leitlinien eines Menschenrechtsansatzes im Gesundheitssektor	7
Das Recht auf Gesundheit	7
Menschenrechtsprinzipien	9
Gleichberechtigung der Geschlechter	9
Die Notwendigkeit des verstärkten Engagements – Handlungsfelder und Herausforderungen	10
Handlungsfelder	11
Gerechte Gesundheitssysteme entwickeln	11
Diskriminierende Gesetze und Praktiken überwinden	12
Stigmatisierung von kranken Menschen überwinden	13
Patientinnen- und Patientenrechte stärken	14
Partizipative Planungs- und Entscheidungsprozesse unterstützen	14
Beiträge zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit nachweisen	15
Ausblick	16

Abkürzungen

BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
CEDAW	Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau / „Frauenrechtskonvention“ (<i>Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women</i>)
CIM	Centrum für Internationale Migration und Entwicklung
CRC	Übereinkommen über die Rechte des Kindes / „Kinderrechtskonvention“ (<i>Convention on the Rights of the Child</i>)
DED	Deutscher Entwicklungsdienst
EU	Europäische Union
GFATM	Globaler Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (<i>Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria</i>)
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HIV/AIDS	Humanes Immunschwächevirus / Erworbenes Immunschwächesyndrom (<i>Human Immuno Deficiency Virus / Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>)
ICESCR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte / „Sozialpakt“ (<i>International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights</i>)
ICCPR	Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte / „Zivilpakt“ (<i>International Covenant on Civil and Political Rights</i>)
ICPD	Weltbevölkerungskonferenz (<i>International Conference on Population and Development</i>)
ICRPD	Internationale Konvention über die Rechte von Personen mit Behinderungen (<i>International Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i>)
InWEnt	Internationale Weiterbildung und Entwicklung gGmbH
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MDGs	Millenniums-Entwicklungsziele (<i>Millennium Development Goals</i>)
OHCHR	Büro des Hochkommissariats für Menschenrechte (<i>Office of the High Commissioner for Human Rights</i>)
SWAP	Sektorweiter Ansatz (Sector-Wide Approach)
TRIPS	Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (<i>Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights</i>)
VN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation (<i>World Health Organization</i>)

Das vorliegende Papier legt die Position der deutschen Entwicklungspolitik zum Menschenrechtsansatz in der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit dar. Es ergänzt das Sektorkonzept¹ und dient als Diskussionsgrundlage in der Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Kooperationspartnern.

¹ BMZ (2009). *Sektorkonzept Gesundheit*. BMZ Konzepte 183

Die Bedeutung des Menschenrechtsansatzes für Gesundheit und Entwicklung/Institutioneller Rahmen

Ein Menschenrechtsansatz besteht in der expliziten Orientierung der Entwicklungspolitik an menschenrechtlichen Verpflichtungen aus den internationalen und regionalen Menschenrechtsabkommen und den Menschenrechtsprinzipien „Nicht-Diskriminierung/Chancengleichheit“, „Rechenschaftspflicht/Transparenz“ und „Partizipation/Empowerment“. Er untermauert ein emanzipatorisches Verständnis von Entwicklungszusammenarbeit, das alle Menschen als Subjekte und Akteure ihrer eigenen Entwicklung sieht und fördert.² Aus ‚Zielgruppen‘ und ‚Bedürftigen‘ werden Trägerinnen und Träger rechtlicher Ansprüche; aus staatlichen Partnerorganisationen Pflichtenträger.

Menschenrechte bieten einen rechtlich bindenden, international anerkannten Referenzrahmen für die Ausgestaltung von Gesundheitspolitik und -strategien. Zu den für den Gesundheitssektor relevanten Menschenrechten gehören zum einen wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, die im Sozialpakt (ICESCR) verankert sind, insbesondere das Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (kurz: Recht auf Gesundheit). Der Sozialpakt regelt aber auch Menschenrechte, die mit zentralen Determinanten von Gesundheit verbunden sind – das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard, das Recht auf Ernährung, das Recht auf Wasser und das Recht auf Bildung. Zum anderen enthält auch der Zivilpakt Menschenrechte, die so-

wohl die individuelle Gesundheit (zum Beispiel Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) als auch die Gesundheitspolitik und ihre Umsetzung auf den verschiedenen Ebenen (zum Beispiel Recht auf Partizipation und rechtliches Gehör) betreffen. Weitere Menschenrechtsverträge gestalten das Recht auf Gesundheit und den Schutz vor Diskriminierung mit Blick auf häufig benachteiligte Gruppen aus, darunter Kinder (CRC), Frauen (CEDAW) und Menschen mit Behinderungen (ICRPD). Die international anerkannten Menschenrechte bilden die Basis für regionale Menschenrechtsabkommen, wie zum Beispiel das Protokoll über die Rechte von Frauen in Afrika (Maputo-Protokoll) von 2006 oder das Zusatzprotokoll zur interamerikanischen Menschenrechtskonvention (San Salvador Protokoll) von 1999.

Menschenrechte und Gesundheit stehen in einem wechselseitigen Verhältnis. Die zugrunde liegenden Ursachen von Morbidität und Mortalität in Entwicklungsländern – Mangel- und Unterernährung, unzureichender Zugang zu sauberem Trinkwasser, gesundheitsgefährdende Lebens- und Arbeitsbedingungen, fehlende Bildung und der Ausschluss vieler armer und benachteiligter Menschen von essentiellen Gesundheitsdiensten – entstehen durch die Nicht-Erfüllung menschenrechtlicher Pflichten. Im Umkehrschluss trägt die Verwirklichung der jeweiligen Menschenrechte dazu bei, den Gesundheitszustand einer Gesell-

² Zum Menschenrechtsansatz in der deutschen EZ, siehe BMZ (2008). *Entwicklungspolitische Aktionsplan für Menschenrechte 2008 – 2010*. Für die Organisationen der Vereinten Nationen, siehe VN (2003). *Stamford Statement on the Human Rights-Based Approach to Development Cooperation. Towards a Common Understanding among the United Nations Agencies*.

schaft, insbesondere von benachteiligten Gruppen, zu verbessern. Gleichzeitig bildet Gesundheit eine Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung anderer Menschenrechte und Teilhabe am gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Leben.

Die Bedeutung der Menschenrechte für gesundheitsbezogene Entwicklungsziele ist in vielen in-

ternationalen Erklärungen und Vereinbarungen hervorgehoben worden, so zum Beispiel im Programm der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz (ICPD, 1994) und in der HIV/AIDS Verpflichtungserklärung der Vereinten Nationen (2001). Die Millenniumserklärung von 2000, auf der die Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) fußen, betont, dass die MDGs im Kontext der Verwirklichung aller Menschenrechte stehen.

Deutsche Entwicklungspolitik und ihr Beitrag zur Förderung von Menschenrechten im Gesundheitssektor

Durch die Ratifizierung aller zentralen Menschenrechtsverträge hat sich die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, aktiv an der Verwirklichung der Menschenrechte mitzuwirken.

Mit dem Entwicklungspolitischen Aktionsplan für Menschenrechte 2008 bis 2010 untermauert das BMZ sein politisches Engagement für eine gezielte, systematische und sektorübergreifende Stärkung von Menschenrechten im Rahmen der deutschen Entwicklungspolitik. Der im Aktionsplan festgeschriebene Menschenrechtsansatz fordert eine explizite Orientierung an menschenrechtlichen Standards und Kernelementen sowie an den zentralen Menschenrechtsprinzipien. Er setzt den Fokus auf die strukturellen Ursachen von Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung aufgrund von Geschlecht, Alter, sozialer und/oder ethnischer Zugehörigkeit.³

Der Menschenrechtsansatz hat für alle Interventionsebenen und Schwerpunktthemen der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor – Gesundheitssystementwicklung, Bekämpfung übertragbarer Infektionskrankheiten und HIV/AIDS, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte – eine hohe Relevanz. Handlungsmöglichkeiten ergeben sich vor allem in den folgenden Bereichen:

- Thematisierung von gesundheitsrelevanten Menschenrechten im Politikdialog mit Partnern und Gebern; Unterstützung von Partnerregierungen bei der Umsetzung

der Verpflichtungen aus internationalen Konventionen und Vereinbarungen sowie der Empfehlungen der VN-Vertragsorgane und des VN-Sonderberichterstatters zum Recht auf Gesundheit, insbesondere zur Stärkung der Rechte von Frauen und von benachteiligten Gruppen;

- Förderung der Kapazitäten von Partnerregierungen bei der Gestaltung eines Gesundheitssystems, das menschenrechtliche Standards und Prinzipien garantiert;
- Förderung des Dialogs zwischen staatlichen Institutionen und der Zivilgesellschaft über die schrittweise Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit.

Leitlinien eines Menschenrechtsansatzes im Gesundheitssektor

Das Recht auf Gesundheit

Menschenrechtsorientierte Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor beruht im Kern auf dem Recht auf Gesundheit (Sozialpakt, Artikel 12), das die zugrunde liegenden Determinanten von Gesundheit, wie zum Beispiel den Zugang zu sauberem Wasser, einschließt. Aber auch andere im Sozial- und Zivilpakt niedergelegte Rechte, wie das Recht auf Nahrung, die Rechte in der Arbeit, das Recht auf Partizipation sowie das Gleichheitsgebot, sind zentral für den Gesundheitssektor.

³ BMZ (2008). *Entwicklungspolitischer Aktionsplan für Menschenrechte 2008 – 2010*.

Die Substanz („Kernelemente“) des Rechts auf Gesundheit hat der VN-Ausschuss, der über die Umsetzung des Sozialpakts wacht, in seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 von 2000 festgelegt.⁴

sen aber konkrete Schritte unternehmen und das Maximum der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel aufwenden, um das Recht auf Gesundheit für alle zu gewährleisten. Über den Stand

Kernelemente des Rechts auf Gesundheit

Verfügbarkeit	Ausreichende Anzahl funktionierender Gesundheitseinrichtungen und -dienste sowie essentieller Medikamente; Vorhandensein von sauberem Wasser und adäquaten Sanitäranlagen
Zugänglichkeit	Diskriminierungsfreie Zugänglichkeit der Gesundheitseinrichtungen und -dienste für alle: <ul style="list-style-type: none"> • Physische Zugänglichkeit und sichere Erreichbarkeit für alle, einschließlich benachteiligte Personen (zum Beispiel mit Behinderungen) und Gruppen • Erschwinglichkeit für alle, insbesondere für benachteiligte Personen und Gruppen • Recht, Gesundheitsinformationen zu suchen, zu erhalten und, unter Achtung der Vertraulichkeit persönlicher Daten, weiterzugeben
Annehmbarkeit	Alle Gesundheitseinrichtungen, -güter und -dienstleistungen müssen Grundsätze der medizinischen Ethik sowie die kulturellen Werte der jeweiligen Bevölkerung respektieren, soweit diese nicht gegen Menschenrechte verstoßen.
Qualität	Wissenschaftlich und medizinisch angemessene Qualität, inklusive ausgebildetem Personal, qualitätsgeprüften Medikamenten und adäquater medizinischer Ausstattung

Mit der Ratifizierung des Sozialpakts gehen Staaten verbindliche Verpflichtungen ein, das Recht auf Gesundheit zu achten, vor Eingriffen durch Dritte zu schützen und zu gewährleisten (so genannte Pflichtentrias).

ihrer Umsetzungsbemühungen legen sie in regelmäßigen Berichten an die VN-Vertragsorgane Rechenschaft ab. Aufgrund der Bindung der Bundesrepublik an die Menschenrechtspakte sollte die deutsche Entwicklungszusammenarbeit die

Beispielhafte Staatenpflichten mit Blick auf das Recht auf Gesundheit⁴

Achtungspflicht	<ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung des Zugangsrechts aller Gruppen zu Gesundheitseinrichtungen und -diensten • Unterlassen von Maßnahmen, die den Zugang zu Verhütungsmitteln beschränken
Schutzpflicht	<ul style="list-style-type: none"> • Regulierung und Kontrolle des Privatsektors, so dass private Leistungserbringer die Substanz des Rechts auf Gesundheit einhalten • Schutz vor schädlichen traditionellen Praktiken, wie zum Beispiel Genitalverstümmelung und geschlechtsspezifischer Gewalt
Gewährleistungspflicht	<ul style="list-style-type: none"> • Planung und Umsetzung einer Gesundheitspolitik, die eine integrierte Basisgesundheitsversorgung sichert und auch für benachteiligte Personen und Gruppen zugänglich ist • Aufbau sozialer Sicherungssysteme, die eine Gesundheitsversorgung armer Bevölkerungsgruppen einschließt

Der Sozialpakt erkennt an, dass viele Staaten begrenzte Ressourcen haben und sieht eine schrittweise Verwirklichung wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte vor. Vertragsstaaten müs-

Partnerländer bei der Umsetzung der menschenrechtlichen Verpflichtungen und gegebenenfalls auch bei der Berichterstattung unterstützen.

⁴ VN (2000). *General Comment Nr. 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, Art. 12 of the ICESCR. E/C.12/2000/4, 4.7.2000.

Menschenrechtsprinzipien

Wie allen Menschenrechten liegen auch dem Recht auf Gesundheit bestimmte, strukturierende Prinzipien zugrunde, an denen sich die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor orientiert. Diese Menschenrechtsprinzipien haben folgende praxisrelevante Implikationen:

- Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit wendet Methoden und Strategien zur Analyse und schrittweisen Überwindung struktureller Diskriminierung und ungleicher Machtverteilung an, die die Gesundheit von Individuen und Gruppen – darunter insbesondere Frauen und Kinder – beeinträchtigen und ihren Zugang zu Gesundheitsdiensten und -informationen erschweren (Prinzip der Nicht-Diskriminierung/Chancengleichheit).
- Deutsche Entwicklungszusammenarbeit fördert die Teilhabe von allen Rechtsinhaberinnen und Rechtsinhabern, vor allem benachteiligter und marginalisierter Gruppen, an gesundheitsrelevanten Entscheidungsprozessen auf lokaler und nationaler Ebene. Dies beinhaltet auch Bewusstseinsbildung der Bevölkerung über ihre Rechte als eine wichtige Voraussetzung für das Einfordern einer menschenrechtsorientierten Gesundheitspolitik (Prinzip der Partizipation/Empowerment).
- Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit stärkt die Fähigkeiten staatlicher Pflichtenträger, über die Umsetzung und Ergebnisse ihrer Gesundheitspolitik im Hinblick auf ihre menschenrechtlichen Verpflichtungen Rechenschaft abzulegen und die Ressourcenallokation im Gesundheitssektor transparent zu gestalten (Prinzip der Rechenschaftspflicht/Transparenz).

Diese Prinzipien sind auch aus dem Bereich Good Governance bekannt; ein Menschenrechtsansatz verstärkt Bemühungen um Good Governance im Gesundheitssektor, indem er die Good-Governance-Agenda aus den Menschenrechten ableitet.⁵

Gleichberechtigung der Geschlechter

Die Gleichberechtigung der Geschlechter ist in allen Menschenrechtsverträgen verankert und Wege zu ihrer Verwirklichung stehen im Mittelpunkt des VN-Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW). Die Gleichberechtigung der Geschlechter ist ein eigenständiges Ziel der deutschen Entwicklungspolitik. Geschlechtsspezifische Diskriminierung von Frauen ist in vielen Ländern eine strukturelle Ursache von Gewalt und Missbrauch und beeinträchtigt die Gesundheit von Mädchen und Frauen. Häufig können Frauen nicht freiwillig über ihre sexuellen Kontakte entscheiden, ebenso wenig ob und wie viele Kinder sie wann haben und ob sie lebensrettende Hilfe bei Geburtskomplikationen bekommen. Vielfach haben sie keinen Zugang zu reproduktiven Gesundheitsinformationen und -diensten. Sexuelle und reproduktive Rechte sind ein Teil der universell anerkannten Menschenrechte und ihre Anerkennung und Förderung ist auch deshalb zentraler Bestandteil der deutschen Entwicklungspolitik im Gesundheitssektor. Ihre Umsetzung impliziert die Veränderung von Macht- und Rechtsverhältnissen, die einhergeht mit der Förderung der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Teilhabe von Frauen.⁶ Darüber hinaus ist in vielen Gesellschaften auch das Recht von Männern auf eine adäquate geschlechtsspezifische Gesundheitsinformation, einschließlich einer Aufklärung über patriarchalische Rollenstereotypen, nicht ausreichend gewährleistet.

⁵ BMZ (2009). Förderung von Good Governance in der deutschen Entwicklungspolitik. BMZ Konzepte 172

⁶ Ausführlich zu sexuellen und reproduktiven Rechten: BMZ (2008): *Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte, Bevölkerungsdynamik*. BMZ Spezial 148.

Die Notwendigkeit des verstärkten Engagements – Handlungsfelder und Herausforderungen

Wie in den Industrienationen weisen auch in Entwicklungsländern Unterschiede im Gesundheitsstand bestimmter Bevölkerungsgruppen auf eine strukturelle Benachteiligung oder Diskriminierung und mangelnde Chancengleichheit hin. Geschlecht, Bildung, ethnische oder religiöse Zugehörigkeit, Herkunft und Wohnort sind die häufigsten Faktoren, die mit extremer Armut, sozio-kultureller Marginalisierung und ungleichem Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten korrelieren. Oft handelt es sich um mehrfache und miteinander verknüpfte Benachteiligungen beziehungsweise mehrdimensionale Diskriminierung, wie die folgenden Beispiele zeigen:⁷

- Die Hälfte der ländlichen Bevölkerung in Mosambik muss länger als 30 Minuten laufen, um sauberes Trinkwasser zu bekommen und nutzt daher oft gesundheitsgefährdende Trinkwasserquellen.
- Von den drei Milliarden Menschen, die in Städten leben, lebt eine Milliarde in informellen städtischen Siedlungen. In den informellen Siedlungen von Manila sind bis zu 39 Prozent der Kinder zwischen 5 und 9 Jahren an Tuberkulose erkrankt, doppelt so viele wie im Landesdurchschnitt.
- Jährlich sterben circa eine halbe Million Frauen aufgrund von Komplikationen bei der Entbindung, nahezu alle (99 Prozent) in Entwicklungsländern. Frauen, die arm sind, zu einer ethnischen Minderheit gehören, keine Schulbildung haben und/oder in unterversorgten, meist ländlichen Gebieten leben, tragen ein vielfach höheres Risiko, an den Folgen einer Geburt zu sterben. So ist in Indonesien die Müttersterblichkeit unter armen Frauen drei- bis viermal so hoch wie unter wohlhabenden Frauen.
- In vielen asiatischen Ländern haben drogenabhängige Menschen sowie Männer und Frauen, die sexuelle Dienstleistungen anbieten, ein hohes Risiko an HIV/AIDS zu erkranken. In manchen Ländern führt die Kriminalisierung von gleichgeschlechtlichen oder kommerziellen sexuellen Beziehungen dazu, dass sie Beratungsdienste und Präventionsmethoden aus Angst vor Repressalien nicht oder nur selten nutzen.
- Schätzungsweise 370 Millionen Menschen indigenen Ursprungs leben in 70 Ländern der Welt. Ihr Gesundheitsstand unterscheidet sich

⁷ Die folgenden Beispiele beruhen auf Angaben von: WHO, Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report*; UNICEF (2008). *The State of the World's Children 2008. Child Survival*; WHO (2007). *Maternal Mortality 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*; WHO (2007). *Fact Sheet: Health of indigenous peoples*; UN (2008). *Redefining AIDS in Asia. Crafting an Effective Response*. Report of the Commission on AIDS in Asia.; BMZ 2006. *Entwicklungszusammenarbeit mit indigenen Völkern in Lateinamerika und der Karibik. BMZ Konzept 139*; GTZ/DED 2007. *Évaluation des contraintes de développement et des potentialités des Batwa dans le District de Nyaruguru. Rapport Final*; UN Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2008). *Fact Sheet on Persons with Disabilities*; WHO (2003). *International Migration, Health and Human Rights*.

det sich meist signifikant von dem Gesundheitsstand nicht-indigener Gruppen. In Ruanda zum Beispiel ist die Kindersterblichkeit unter der indigenen Bevölkerungsgruppe der Batwa-Pygmäen fast doppelt so hoch wie im landesweiten Durchschnitt.

- 10 Prozent der Weltbevölkerung leben mit einer Behinderung. Jeder fünfte in absoluter Armut lebender Mensch ist von einer Behinderung betroffen. 90 Prozent der Kinder mit einer Behinderung besuchen keine Schule. Nur 45 Länder verfügen über Gesetze, die Diskriminierung auf Grund einer Behinderung verbieten.
- Weltweit gibt es circa 200 Millionen Migrantinnen und Migranten, darunter mehr als 9 Millionen Flüchtlinge. In vielen Ländern haben sie nur einen äußerst begrenzten Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten. Oft leben und arbeiten sie in prekären und gesundheitsschädlichen Verhältnissen. Migrantinnen sind zudem häufig Opfer sexueller Ausbeutung und Gewalt.

Ein Menschenrechtsansatz im Gesundheitssektor erfordert die Ausrichtung von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen auf das Ziel, den Zugang der gesamten Bevölkerung, das heißt insbesondere extrem armer und benachteiligter Bevölkerungsgruppen, zu Gesundheitsdiensten und Gesundheitsinformationen zu verbessern und gesunde Lebensbedingungen zu ermöglichen.

Handlungsfelder

Gerechte Gesundheitssysteme entwickeln

Die Entwicklung eines gerechten Gesundheitssystems, das sich insbesondere auch an den Rechten und Bedürfnissen benachteiligter Gruppen ausrichtet, ist ein Schwerpunkt der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich.⁸ Dieses lässt sich nur erreichen, wenn bei der Planung von Gesundheitsprogrammen eine differenzierte Situationsanalyse vorgenommen wird, die die un- und unterversorgten Gruppen sowie die strukturellen Gründe dafür identifiziert. Hierbei ist es zum einen erforderlich, die sozio-ökonomischen und sozio-kulturellen Determinanten von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen und zum anderen den Blick darauf zu richten, welche Gruppen aus Entwicklungsprozessen systematisch ausgegrenzt sind oder in Gefahr sind, ausgegrenzt zu werden.

Mit einem Menschenrechtsansatz stärkt die deutsche Entwicklungspolitik den horizontalen Ansatz der Gesundheitssystementwicklung. Sie verbessert so die Basisgesundheitsversorgung für alle Menschen, insbesondere für Frauen und benachteiligte Bevölkerungsgruppen, und unterstützt einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten. Das schließt den Aufbau sozialer Sicherungssysteme, einschließlich Krankenversicherungen, für Arme ein.⁹ Maßnahmen, die sich gezielt an benachteiligte Gruppen richten, zum Beispiel im Bereich reproduktive Gesundheit und Rechte von Jugendlichen, können je nach Kontext sinnvoll sein. Sie sollten durch Initiativen begleitet werden, die darauf abzielen, das bestehende Gesundheitssystem für benachteiligte Gruppen zu öffnen. Erfolgreiche Programme zeichnen sich durch eine Verzahnung von Maßnahmen aus: Die Kapazitäten von Versorgungs-

⁸ BMZ (2009): *Sektorkonzept Gesundheit*. BMZ Konzepte 183

⁹ BMZ (2009). *Sektorkonzept Gesundheit*. BMZ Konzepte 183; BMZ (2002) Förderung sozialer Sicherheit und sozialer Sicherungssysteme in Entwicklungsländern.

trägern und Gesundheitspersonal werden gefördert, die notwendige Basisinfrastruktur wird ausgebaut und gleichzeitig werden die jeweiligen Gemeinden befähigt, Zugangsbarrieren für arme und benachteiligte Menschen zu erkennen und abzubauen.

So hat die von der deutschen Entwicklungspolitik unterstützte Einrichtung eines gemeindegestützten Alarmsystems für Müttergesundheit in zwei Provinzen Indonesiens dazu geführt, dass sich der Anteil der professionell betreuten Geburten bei armen Frauen signifikant erhöht hat. Zum Konzept gehören ein Dialog in den Gemeinden über Frauenrechte, eine breite Aufklärung über Schwangerschafts- und Geburtsrisiken, die lokale Organisation von Transportmöglichkeiten für arme Frauen mit Geburtskomplikationen sowie die Zusammenarbeit von traditionellen mit modern ausgebildeten Geburtshelferinnen, die in Gesundheitseinrichtungen arbeiten.

Diskriminierende Gesetze und Praktiken überwinden

Diskriminierende Gesetze und Praktiken beeinträchtigen den Zugang vieler Frauen und Männer zu Gesundheitsdiensten und darüber hinaus die Wahrnehmung ihrer Menschenrechte. Dazu gehören Gesetzgebungen, die frühe und erzwungene Ehen ermöglichen oder Frauen weniger Rechte als Männern in der Ehe gewähren. Im Bereich reproduktiver und sexueller Gesundheit und Rechte betrifft dies insbesondere Mädchen und Frauen, unverheiratete Jugendliche, Menschen mit Behinderungen sowie sexuelle Minderheiten. Geschlechtsspezifische Gewalt und schädliche traditionelle Praktiken sind, obwohl mittlerweile in vielen Ländern verboten, noch gängige gesellschaftliche Praxis. In manchen Ländern ist der Zugang unverheirateter Jugendlicher zu Information über Sexualgesundheit gesetzlich untersagt, in anderen Ländern werden schwangere Mädchen der Schule verwiesen. In einigen Län-

dern dürfen Frauen ohne Einwilligung des Ehemannes von öffentlichen Gesundheitszentren nicht mit Verhütungsmitteln versorgt werden. Gleichgeschlechtliche sexuelle Beziehungen stehen vielerorts noch unter Strafe und sind, obwohl verbreitet, noch immer gesellschaftlich geächtet.

Geschlechtsspezifische Diskriminierung ist eine der häufigsten Formen von Menschenrechtsverletzungen. In vielen Gesellschaften wird aber auch ethnischen oder religiösen Minderheiten, Menschen indigenen Ursprungs, Flüchtlingen und Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit Behinderungen ein niedrigerer gesellschaftlicher Status zugeschrieben und eine gleichberechtigte Teilnahme am öffentlichen Leben verwehrt. Diese tatsächliche, oft auch rechtliche Diskriminierung wirkt sich negativ auf ihren Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten aus. Zu oft wird diese Art der Diskriminierung erst in Krisen- und Konfliktsituationen wahrgenommen, wenn zum Beispiel Angehörige von Minderheiten Opfer von Gewalt und Vertreibung werden.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor wird durch folgende, auch präventive Maßnahmen, verstärkt dazu beitragen, Diskriminierung zu überwinden:

- Im Politikdialog und der Politikberatung Thematisierung des ungleichen Zugangs von Minderheiten zu Gesundheitsdiensten – unter anderem auf der Grundlage menschenrechtlicher Quellen.
- Sensibilisierung von Akteuren auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems für die Rechte und bestehenden Diskriminierungen von indigenen Bevölkerungsgruppen und anderen Minderheiten.
- Berücksichtigung von kulturspezifischen Krankheits- und Heilungsvorstellungen bei der Konzipierung und Umsetzung von Gesundheitsprogrammen und Förderung

der Verknüpfung biomedizinischer und indigener Heilmethoden bei der gemeindenahen Versorgung.¹⁰

- Zusammenarbeit von Gesundheitsprogrammen bei der Reform von diskriminierenden Gesetzesvorschriften mit anderen Programmen und Vorhaben, zum Beispiel zu Gender oder Good Governance.

Nach wie vor gibt es in Industrie- und Entwicklungsländern die Vorstellung, Menschenrechte seien in der westlich-europäischen Kultur entstanden und könnten deshalb auf andere Gesellschaften nicht übertragen werden. Kulturen sind jedoch komplexe und dynamische Systeme. In jeder Kultur gibt es sowohl Werte und Traditionen, die mit Menschenrechten vereinbar sind, als auch solche, die die Verweigerung, Beeinträchtigung oder Verletzung von Menschenrechten legitimieren. Um im jeweiligen Kontext Menschenrechten zur Geltung zu verhelfen, muss menschenrechtsbasierte Entwicklungszusammenarbeit diese Vielfalt verstehen, die jeweiligen Akteure und ihre Anliegen kennen und verstehen lernen und sie in eine menschenrechtsbasierte Gesundheitspolitik so weit wie möglich einbinden. Dazu bedarf es kultursensibler Kommunikationsansätze, die in der Entwicklungszusammenarbeit und im Menschenrechtsdialog stärker zur Geltung kommen sollten.¹¹

Stigmatisierung von kranken Menschen überwinden

Nach wie vor sind in vielen Ländern bestimmte Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel HIV/AIDS, Tuberkulose oder Lepra, mit einem Stigma behaftet. Menschen, die daran erkranken, werden oft als Gefahr betrachtet und verlieren die soziale Anerkennung ihrer Familie und Gemeinschaft. Ursachen dafür sind Unwissen und Angst vor diesen Krankheiten, gekoppelt mit Vorurteilen gegenüber Verhaltensweisen, die den herkömmlichen Normen in der Gesellschaft nicht entsprechen. Aufgrund ihrer sozialen und wirtschaftlichen Benachteiligung haben erkrankte Frauen meist weniger Möglichkeiten, sich gegen dieses Stigma zu wehren. Stigmatisierung ist häufig der Grund für diskriminierende gesellschaftliche Praktiken oder auch gesetzliche Regelungen, die die Marginalisierung bereits benachteiligter Gruppen verstärken.¹²

Die Überwindung von Stigmatisierung und Diskriminierung ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg von Krankheitsbekämpfungsprogrammen. Dazu müssen gesellschaftliche Ängste und Vorurteile im jeweiligen Kultur- und Krankheitskontext angesprochen werden; Menschenrechte leisten dabei eine wichtige Hilfestellung. Bei der Bekämpfung von HIV/AIDS unterstützt die deutsche Entwicklungspolitik in zahlreichen Ländern Partnerregierungen, Zivilgesellschaft und Privatsektor bei der Überwindung der Stigmatisierung von Menschen, die mit HIV/AIDS leben, durch Advocacy-, Aufklärungs- und Trainingsmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen sowie am Wohn- und Arbeitsort. So hat – mit Unterstützung der deutschen Entwicklungspolitik – der Nationale Rat der Muslime in Tansania im Jahr 2007

¹⁰ Siehe BMZ (2006). *Entwicklungszusammenarbeit mit indigenen Völkern in Lateinamerika und der Karibik*. BMZ Konzepte 139.

¹¹ Siehe zur internationalen Diskussion über Kultur und Menschenrechte im Zusammenhang mit Bevölkerungspolitik und Gesundheit UNFPA (2008). *State of World Population 2008. Reaching Common Ground: Culture, Gender and Human Rights*.

¹² Hunt, Paul (2007): *Neglected Diseases: A human rights analysis*. WHO/ Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR) sponsored by UNICEF/UNDP/World Bank/WHO.

Leitlinien zu HIV/AIDS verabschiedet und sich damit als bedeutende religiöse Institution für die Anerkennung der Menschenrechte und gegen die Stigmatisierung von Menschen mit HIV/AIDS positioniert.

Patientinnen- und Patientenrechte stärken

In vielen Ländern fördert die Technische und Finanzielle Entwicklungszusammenarbeit Deutschlands die Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsdiensten. Bestehende Ansätze zur Entwicklung von Versorgungsqualität (quality of care) werden durch die systematische Berücksichtigung der Kernelemente des Rechts auf Gesundheit und der menschenrechtlichen Prinzipien wie Partizipation und Nichtdiskriminierung verstärkt und erweitert. Dabei werden Gesundheitspersonal und Patientinnen und Patienten über die jeweiligen Rechte und Pflichten, die sich aus den Menschenrechten ableiten lassen, aufgeklärt und sensibilisiert. Ombudspersonen, nationale Menschenrechtsinstitutionen, zivilgesellschaftliche Organisationen und medizinische Berufsverbände können dabei eine wichtige Rolle spielen – sie sind zentrale Mittler, um Patientinnen und Patienten wie Gesundheitspersonal über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären und zur Weiterentwicklung beziehungsweise Durchsetzung einer medizinischen Ethik beizutragen.

Aus Menschenrechtsperspektive ist dabei besonders wichtig, die Nutzerinnen und Nutzer dazu zu befähigen, ihr Recht auf Information in Anspruch zu nehmen. Hierfür bedarf es einer Gesundheitsinformation und -kommunikation, die den Bedürfnissen benachteiligter Gruppen, zum Beispiel Menschen mit Behinderungen, in Form und Sprache angepasst ist.

Patientenrechtschartas können ein wirkungsvolles Instrument sein, den Rechtsanspruch von Patientinnen und Patienten auf eine informierte

Entscheidung sowie auf eine respektvolle und vertrauliche Behandlung zu verankern. Um sich auf die Versorgungspraxis positiv auszuwirken, sollten diese Chartas unter Einbezug der Trägerinnen und Träger von Pflichten und Rechten und anderer relevanter Akteure erarbeitet werden und Mediations- beziehungsweise Beschwerde-mechanismen vorsehen. So erarbeitete mit Unterstützung der deutschen Entwicklungspolitik das Gesundheitsministerium in Kambodscha eine Patientenrechtscharta in Zusammenarbeit mit Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, Gewerkschaften sowie Nichtregierungsorganisationen aus dem Gesundheits- und Menschenrechtsbereich. Die Stärkung des Bewusstseins über Rechte und Pflichten bei Versorgungsträgerinnen und -trägern, Gesundheitspersonal und bei den Nutzerinnen und Nutzern von Gesundheitsdiensten führte in den zwei Provinzen, in denen die Umsetzung der Charta gefördert wurde, zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität, was wiederum zu einer verstärkten Nachfrage nach diesen Diensten führte.

Partizipative Planungs- und Entscheidungsprozesse unterstützen

Die deutsche Entwicklungspolitik unterstützt in vielen Partnerländern die partizipative Gestaltung nationaler Armutsbekämpfung- und Gesundheitsstrategien. Die Teilhabe von Rechtsträgerinnen und -trägern, einschließlich benachteiligter Gruppen, an öffentlichen Entscheidungsprozessen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass sie auch in die Gestaltung der Gesundheitspolitik einbezogen werden.

Bei der Förderung von Dezentralisierungsprozessen im Gesundheitssektor wird die Teilhabe von Vertreterinnen und Vertretern benachteiligter Gruppen an lokalen Entscheidungsstrukturen, zum Beispiel Distrikt- oder Dorfgesundheitskomitees, verstärkt unterstützt. Zivilgesellschaftliche

Organisationen, die die Bevölkerung über die Bedeutung von Menschenrechten für ihre Lebenssituation informieren, und sie ferner dazu befähigen, diese Rechte durch die Mitgestaltung lokaler Verwaltungsprozesse zu verwirklichen, können wichtige Mittler sein.

Darüber hinaus ermöglicht ein Dialog zwischen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren eine breite gesellschaftliche Diskussion über die menschenrechtlichen Prioritäten der nationalen Gesundheitspolitik sowie über die Allokation und Verwendung von Budgetmitteln im Gesundheitssektor. Für diesen Dialog sollten über Gesundheitsinstitutionen hinausgehende öffentliche Foren, zum Beispiel das Parlament oder Medien, genutzt und Initiativen der Zivilgesellschaft gefördert werden. In vielen Ländern gibt es mittlerweile Initiativen, die sich bei der Analyse öffentlicher Haushalte explizit auf Menschenrechtsstandards, einschließlich der Kernelemente des Rechts auf Gesundheit, beziehen, damit eine transparente Debatte über Budgetprioritäten ermöglichen und – je nach politischem Kontext – die Allokation von Mitteln zugunsten der Gesundheit von benachteiligten Gruppen beeinflussen

können. In einigen afrikanischen und asiatischen Ländern wird auch das Recht auf Gesundheit zunehmend Gegenstand breiter öffentlicher gesellschaftspolitischer Diskussionen. So startete das *People's Health Movement India* 2004 eine Kampagne zum Recht auf Gesundheitsversorgung. In vielen lokalen und regionalen Zusammenkünften und in einer nationalen Konferenz wurden Menschenrechtsdefizite und -potenziale der indischen Gesundheitspolitik öffentlich debattiert. Die Kampagne trug unter anderem dazu bei, dass die indische Regierung eine neue Gesundheitsstrategie zur Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse in ländlichen, unterversorgten Regionen (*National Rural Health Mission*) verabschiedete.

Beiträge zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit nachweisen

Um Fortschritte bei der schrittweisen Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu erfassen, bedarf es eines differenzierten Monitoringsystems, das die Wirkungen von Gesundheitspolitik und -programmen auf Rechtsträgerinnen

Schlüsselfragen für die Wirkungserfassung

- Inwieweit hat sich der Gesundheitsstand, insbesondere von Frauen und armen, benachteiligten und von Krankheit überproportional betroffenen Bevölkerungsgruppen, verbessert?
- Inwieweit hat sich der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verbessert, insbesondere für Frauen, arme und benachteiligte Gruppen?
- Inwieweit hat sich die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen verbessert, sowohl medizinisch als auch unter dem Aspekt der geschlechtsspezifischen und sozio-kulturellen Angemessenheit?
- Inwieweit hat sich der Informationsstand, insbesondere von Frauen sowie armen und benachteiligten Gruppen, über gesundheitsrelevante Fakten verbessert und inwiefern haben sie ein Bewusstsein über ihre Rechte entwickelt?
- Inwieweit wurde die Partizipation armer und benachteiligter Gruppen in Planung, Implementierung und Monitoring gesundheitsrelevanter Maßnahmen institutionell gestärkt?
- Inwieweit wurden Mechanismen für Rechenschaftslegung und Beschwerdeführung gestärkt und werden diese genutzt?

und -träger, insbesondere auf Frauen, arme und benachteiligte Bevölkerungsgruppen, nachweist. Grundlage der Wirkungserfassung bieten die Kernelemente des Rechts auf Gesundheit und die menschenrechtlichen Prinzipien.

Für die Erfassung solcher Wirkungen und zur Ergänzung der MDG-Indikatoren stehen Leitlinien und Indikatoren zur Verfügung, die vom Sonderberichterstatter für Gesundheit und dem OHCHR entwickelt und mit anderen VN-Organisationen abgestimmt wurden.¹³ Die deutsche Entwicklungspolitik trägt dazu bei, Menschenrechtswirkungen besser zu erfassen, indem sie Gesundheitsministerien und andere relevante Institutionen in Partnerländern darin unterstützt, Gesundheitsdaten nach Diskriminierungsfaktoren zu erheben und der Bevölkerung zugänglich zu machen. So hat die deutsche Entwicklungszusammenarbeit in Kenia mittels Politikberatung dazu beigetragen, dass bei der öffentlichen Gesundheitsberichterstattung systematisch und differenziert Ungleichheiten, auch im Hinblick auf Mittelallokation, dokumentiert werden. In diesem Prozess ist auch die Nationale Menschenrechtsinstitution (*Kenyan National Commission for Human Rights*) einbezogen.

In welchem Ausmaß desaggregierte Daten im Rahmen des regulären Gesundheitsinformationssystems abgefragt werden können und sollten, muss – auch unter menschenrechtlichen Gesichtspunkten – sorgfältig abgewogen werden. Je nach Kontext kann zum Beispiel die Frage nach dem Ehestatus oder der ethnischen Zugehörigkeit gerade diejenigen Bevölkerungsgruppen, die verstärkt erreicht werden sollen – zum Beispiel unverheiratete Jugendliche – davon abhalten, Gesundheitsdienste nachzufragen. Auf jeden Fall sind Gesundheitsdaten immer unter Achtung der Privatsphäre zu erheben; gegebenenfalls sollten alternative Formen der Datenerhebung unterstützt werden.

Ausblick

Viele Kooperationsprogramme im Gesundheitssektor haben – ohne einen expliziten Bezug zum Recht auf Gesundheit oder zum internationalen Menschenrechtssystem herzustellen – faktisch zur Verbesserung des Zugangs und der Qualität von Gesundheitsdiensten beigetragen. Dennoch führen in vielen Ländern Menschenrechtsverletzungen und die Nichterfüllung menschenrechtlicher Pflichten nach wie vor zu gravierenden Beeinträchtigungen der Gesundheit von Frauen sowie von armen und benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Ein expliziter Menschenrechtsansatz trägt entscheidend zur Verbesserung des Gesundheitsstandes einer Gesellschaft und damit auch zur Armutsminderung bei. Für eine systematische Verankerung eines Menschenrechtsansatzes sind aber mehr Synergien zwischen Entwicklungszusammenarbeit und dem Menschenrechtssystem möglich.

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor wird durch folgende Maßnahmen dazu beitragen, nationale, regionale und internationale Menschenrechtsmechanismen intensiver als bisher zu nutzen:

- Aufgreifen der länderspezifischen, gesundheitsrelevanten Empfehlungen der internationalen und regionalen Menschenrechtsvertragsorgane im Politikdialog mit Partnerregierungen, in der Geberabstimmung und bei der Entwicklung von Schwerpunktstrategiepapieren.
- Intensiver Dialog mit dem VN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit auf internationaler und nationaler Ebene, zum Beispiel durch Dialog mit Partnerregierungen und anderen Gebern anlässlich von Besuchen des Sonderberichterstatter-

¹³ UN (2008). *Report on Indicators for Promoting and Monitoring the Implementation of Human Rights*. 6 June 2008, HRI/MC/2008/3.

ters in Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit.

- Förderung der Kapazitäten von Partnerregierungen, ihrer Berichtspflicht über die Umsetzung der von ihnen ratifizierten Menschenrechtskonventionen an die VN-Vertragsorgane nachzukommen.
- Förderung der Kapazitäten von zivilgesellschaftlichen Organisationen, sich am regionalen und internationalen Berichtsverfahren zu beteiligen, zum Beispiel durch Parallelberichte oder gezielte menschenrechtliche Haushaltsanalysen zur Gesundheitspolitik.
- Förderung der Kapazitäten von nationalen Menschenrechtsinstitutionen zum Monitoring von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechten, insbesondere des Rechts auf Gesundheit.
- Systematische Ausrichtung von programmorientierter Gemeinschaftsfinanzierung im Gesundheitssektor an Menschenrechten durch:

- Einen offenen Dialog zwischen Gebern und Partnern in SWAP-Gremien über die Verwirklichung gesundheitsrelevanter Menschenrechte,
- eine stärkere Beteiligung parlamentarischer, lokaler und zivilgesellschaftlicher Strukturen an Geber-Partner-Gremien und Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit in Partner- und Geberländern über diese Abstimmungsprozesse,
- die Anwendung eines Menschenrechtsansatzes bei gemeinsamen Evaluierungen (joint reviews) der Fortschritte im Gesundheitssektor.¹⁴

Auf allen Handlungsebenen ist es darüber hinaus wichtig, ein breiteres Bewusstsein für die Zusammenhänge von Gesundheit und Menschenrechten zu schaffen und die Kapazitäten von staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren zur menschenrechtsbasierten Planung, Implementierung und Evaluierung von Gesundheitsstrategien und -programmen weiter zu entwickeln.¹⁵

¹⁴ Vgl. hierzu ausführlicher OECD/DAC (2008). *Linking Human Rights and Aid Effectiveness for Better Development Results: Practical Experience from the Health Sector*. Report for the Human Rights Task Team of the OECD-DAC Network on Governance (GOVNET) by Claire Ferguson.

¹⁵ So hat InWEnt gemeinsam mit der WHO einen Onlinekurs „Gesundheit und Menschenrechte“ entwickelt, der sich an Fachkräfte aus Gesundheitsministerien, Mitarbeiter der WHO und anderer VN-Organisationen, Nichtregierungs- und Menschenrechtsorganisationen richtet. Der Kurs hat in einigen Ländern zur verstärkten Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Menschenrechtsinstitutionen beigetragen.

Herausgeber

**Bundesministerium für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)**

Dienstsitz Bonn

Dahlmannstraße 4

53113 Bonn

Tel. +49 (0) 228 99 535 - 0

Fax +49 (0) 228 99 535 - 35 00

Dienstsitz Berlin

Stresemannstraße 94

10963 Berlin

Tel. +49 (0) 30 18 535 - 0

Fax +49 (0) 30 18 535 - 25 01

poststelle@bmz.bund.de

www.bmz.de

Redaktion

Martina Metz

Referat Bildung; Gesundheit; Bevölkerungspolitik (bis April 2009)

Ilse Worm

GTZ Sektorvorhaben Menschenrechte

Jutta Wagner

Referat Entwicklungspolitische Informations- und Bildungsarbeit

Verantwortlich

Dr. Simon Koppers, Joachim Schmitt

Referat Bildung; Gesundheit; Bevölkerungspolitik

Klaus Krämer

Referat Entwicklungspolitische Informations- und Bildungsarbeit

Gestaltung

Typo-Druck GmbH, Bonn

Stand

Juli 2009

