

# Das Recht auf Gesundheit und Zugang zu Gesundheitsdiensten

Fachgespräch am 24. Februar 2023 zur Vorbereitung der 13. Sitzung der UN Open-ended Working Group on Ageing im Frühjahr 2023

---

## Hintergrundpapier Februar 2023

### 1 Einleitung

#### 1.1 Die UN-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rechte Älterer

Im Jahr 2010 hat die UN-Generalversammlung auf Betreiben von Argentinien und Brasilien mit der Resolution A/Res/65/182 eine Arbeitsgruppe zur Stärkung der Menschenrechte Älterer (Open-ended working group on ageing, OEWG-A) ins Leben gerufen. Das Mandat beinhaltet die Überprüfung und Diskussion des bestehenden menschenrechtlichen Rahmens sowie die Identifizierung und Schließung von Schutzlücken. Des Weiteren soll sie weiterführende Überlegungen bezüglich eines zukünftigen menschenrechtlichen Instrumentes zum Schutz Älterer anstellen und einen Vorschlag für ein bindendes Instrument ausarbeiten. Seit der achten Sitzung im Juli 2017 werden die Diskussionen pro Sitzung auf zwei Themen eingeschränkt.

Auf der letzten, 12. Sitzung der OEWG-A im April 2022 hat Argentinien vorgeschlagen, eine Regionen-übergreifende Kerngruppe zu gründen. Diese soll Schutzlücken diskutieren und für die kommende Sitzung im April 2023 den Vorschlag unterbreiten, dass die OEWG-A eine offizielle Arbeitsgruppe einsetzt, die einen Entwurf erstellt, um diese Schutzlücken zu schließen. Dieser könnte die Grundlage für den Text einer internationalen Konvention für die Rechte Älterer sein. Der Vorschlag Argentiniens fand große Zustimmung unter zivilgesellschaftlichen Organisationen und Nationalen Menschenrechtsinstitutionen sowie eine breite Zustimmung seitens der Staaten. Viele Staaten, darunter Deutschland, haben sich der Kerngruppe angeschlossen.

Die Sitzungen der OEWG-A werden im Vorfeld durch Hintergrundpapiere des Büros der OEWG-A vorbereitet. Die Staaten werden aufgefordert, zu den Hintergrundpapieren nationale Informationen zuzuliefern. Die ausgewählten Themen, die 2023 bearbeitet werden sollen, sind das „Recht auf Gesundheit und Zugang zu Gesundheitsdiensten“ und „soziale Inklusion“. Für die 13. Sitzung haben uns die Fragen der Büros zur Vorbereitung der Themen Mitte Dezember 2022 erreicht.

#### 1.2 Ziel des Fachgesprächs

Zum ausgewählten Thema „Recht auf Gesundheit und Zugang zu Gesundheitsdiensten“ veranstaltet das Institut am 24.2.2023 ein vorbereitendes Fachgespräch. Dadurch sollen Erkenntnisse, Erwartungen und gute Beispiele aus Deutschland gebündelt werden, die von den Vertreter\*innen der deutschen Regierung, der Zivilgesellschaft und des Deutschen Instituts für Menschenrechte als Nationale Menschenrechtsinstitution sowohl in das Vorbereitungspapier des Büros der UN-Arbeitsgruppe als auch

in die Verhandlungen bei der dreizehnten Sitzung der UN-Arbeitsgruppe eingebracht werden können. Zudem können im Fachgespräch entwickelte Eckpunkte auch zur Fortentwicklung der koordinierten Position der EU-Mitgliedstaaten genutzt werden, die im Vorfeld der UN-Sitzung abgestimmt wird.

In diesem Hintergrundpapier werden Grundlagen des menschenrechtlichen Schutzes zum Recht auf Gesundheit und dem Zugang zu Gesundheitsdiensten dargestellt und wichtige Aspekte und Leitfragen für die Diskussion entwickelt.

## 2 Das Recht auf Gesundheit

Ältere Menschen haben ein Recht auf das höchste zu erreichende Maß an Gesundheit. Das bedeutet, dass allen Menschen im Krankheitsfall Zugang zu Gesundheitsversorgung ermöglicht werden muss und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen durch den Mitgliedstaat sichergestellt werden müssen.

### 2.1 Recht auf Gesundheit

In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist in Artikel 25 (1) das Recht jedes einzelnen Menschen auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, zu finden. Verbindlich wurde das Recht auf Gesundheit im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verankert. So beinhaltet Artikel 12 das Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher und psychischer Gesundheit und enthält viele Teilbereiche. Der Begriff des „erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit“ in Artikel 12 Absatz 1 berücksichtigt sowohl die biologischen und sozioökonomischen Voraussetzungen des Einzelnen als auch die verfügbaren Ressourcen eines Staates.<sup>1</sup> Weitere Menschenrechtsverträge, die das Recht auf Gesundheit beinhalten, sind beispielsweise das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung (Art. 5 (e) (iv)), das Übereinkommen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Art. 25) oder das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Art. 11 (1) f), Art. 12).

#### **Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt):**

- (1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden Menschen auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und psychischer Gesundheit an.
- (2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen
- a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
  - b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
  - c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
  - d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Neben dem Zugang zur Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall und der Verfügbarkeit präventiver Gesundheitsaktivitäten sind besonders die sozialen Grundbedingungen ausschlaggebend für ein gesundes Leben. Das Recht auf Gesundheit ist daher eng mit anderen Menschenrechten wie

<sup>1</sup> CESCR, E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 9, <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

beispielsweise dem Recht auf Wohnen, dem Recht auf Nahrung und dem Recht auf soziale Sicherheit verknüpft und hängt auch von deren Realisierung ab.

Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte führt in seiner Allgemeinen Bemerkung (General Comment) Nr. 6/1995 zu den Rechten älterer Menschen aus, dass die Erhaltung der Gesundheit bis ins hohe Alter Investitionen während der gesamten Lebensspanne erfordert, besonders im Hinblick auf eine gesunde Lebensweise. Darüber hinaus würden regelmäßige, altersspezifische Untersuchungen und Rehabilitationsmaßnahmen eine entscheidende Rolle spielen.<sup>2</sup>

Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet die Mitgliedstaaten in Artikel 25, Menschen mit Behinderungen dieselbe Qualität der Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen wie Menschen ohne Behinderungen. Speziell in Bezug auf ältere Menschen mit Behinderungen müssen die Vertragsstaaten Leistungen anbieten, durch die weitere Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden.

Auch in Prinzip 11 der „Grundsätze der UN für ältere Menschen“ ist festgehalten, dass ältere Menschen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung haben sollen, die ihnen hilft, bestmögliche körperliche und psychische Gesundheit zu bewahren beziehungsweise wiederzuerlangen und das Auftreten von Krankheiten zu verhindern oder zu verzögern.<sup>3</sup>

Menschenrechtliche Diskussionen finden bezogen auf das Recht auf Gesundheit insbesondere in den Staatenberichtsverfahren zum UN-Sozialpakt<sup>4</sup> statt. Im Madrid International Plan of Action on Ageing<sup>5</sup> nimmt Gesundheit eine zentrale Stellung ein. Eine der drei „Prioritätsrichtungen“ ist der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter gewidmet. Darunter finden sich eine Vielzahl von Maßnahmen zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation hat die Jahre 2021-2030 zur „Dekade des gesunden Alterns“ (*Decade of Healthy Ageing*) ausgerufen, die mit zahlreichen Aktivitäten und Veröffentlichungen einhergeht.<sup>6</sup>

Hinzu kommen die neueren Foren zu den UN-Nachhaltigkeitszielen (sustainable development goals, SDG). Die Erreichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ist in Ziel 3 der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung verankert. Besonders das Unterziel 8 bezüglich der Erreichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung und Unterziel 3 bezüglich der Beendigung von Epidemien und der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist zur Realisierung des Rechts von älteren Menschen auf Gesundheit relevant. Über Mittel und Maßnahmen der Entwicklungszusammenarbeit können Staaten auch international Einfluss auf die Umsetzung der Ziele ausüben und auf die Erreichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung hinwirken.

## 2.2 Menschenrechtliche Grundlage

Deutschland hat sich durch die Ratifizierung verschiedener Menschenrechtsverträge dazu verpflichtet, die Menschenrechte umzusetzen. Deshalb muss der Staat die Pflicht erfüllen, die Menschenrechte aller in seinem Hoheitsbereich lebenden Personen zu achten, zu schützen und zu gewährleisten. Dies bedeutet, dass der Staat zum Schutze der Menschenrechte von älteren Menschen handeln und diese vor Schäden durch Dritte schützen muss. Alles in allem ist der Staat dazu verpflichtet, einen Rahmen für das Recht auf Gesundheit für ältere Menschen zu schaffen. Dies beinhaltet, dass älteren Menschen der Zugang zu präventiven, kurativen und palliativen Gesundheitsdiensten ohne jegliche Art von Diskriminierung ermöglicht werden muss. Das Recht auf Gesundheit schließt auch den Zugang zu nahrhaften, sicheren Lebensmitteln und Trinkwasser, sanitären Einrichtungen und angemessenen

<sup>2</sup> CESCR, E/1996/22, 8. Dezember 1995, Ziff. 34-35, <https://www.refworld.org/docid/4538838f11.html>.

<sup>3</sup> General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/olderpersons.pdf>.

<sup>4</sup> [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=5](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=5).

<sup>5</sup> <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>.

<sup>6</sup> <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

Wohn- und Lebensbedingungen ein. Staaten sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Anzahl an Gesundheitseinrichtungen und medizinischem Personal zur Verfügung steht sowie ein erschwingliches Krankenversicherungssystem bereitgestellt wird. Staaten sind außerdem verpflichtet, Gruppen in vulnerablen Lebenslagen, zu denen ältere Menschen gehören können, besonders zu schützen und Maßnahmen gegen umwelt- und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu ergreifen.<sup>7</sup> Medizinische Versorgung muss auch in Zeiten einer Pandemie für alle Menschen zugänglich sein.<sup>8</sup> Die Umsetzung aller Reformen und die Überprüfung und Bewertung muss an den Menschenrechten und ihren Prinzipien gemessen werden.

Der rechtliche Charakter der Menschenrechte basiert auf einem individuellen Ansatz. Durch das Empowerment schutzbedürftiger Menschen als Rechtssubjekte und nicht nur als reine Fürsorgeobjekte wird ein paradigmatischer Wechsel unterstützt.

### 2.3 Der Menschenrechtsrahmen

International anerkannte Menschenrechtsnormen und -grundsätze, wie diejenigen, die in internationalen Menschenrechtskernverträgen enthalten sind, umfassen ältere Menschen und schützen sie. Trotz des impliziten Schutzes ist klar ersichtlich, dass im internationalen Menschenrechtssystem eine Lücke klafft, da es aktuell kein spezielles universelles Menschenrechtsinstrument in Bezug auf die Rechte Älterer gibt.<sup>9</sup> Es gibt lediglich einige regionale Verträge, die die Rechte Älterer kodifiziert haben, beispielsweise die Interamerikanische Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer (siehe Annex).

Die Unabhängige Expertin der Vereinten Nationen für den Genuss aller Menschenrechte durch ältere Menschen (engl. UN Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons) ist das einzige Mandat im Bereich der Menschenrechte der UN mit einem spezifischen Fokus auf die Rechte Älterer.

All diese Entwicklungen haben den Menschenrechtsrahmen für ältere Menschen in den vergangenen Jahren präzisiert. Sie haben den paradigmatischen Wechsel hin zum Ansatz des Rechtssubjekts verbreitet und gestärkt. Zudem gehen von diesen Entwicklungen klare Zeichen aus, dass diese Themen größere Aufmerksamkeit seitens politischer Entscheidungsträger\*innen erfordern.

### 2.4 Grundlagen des menschenrechtsorientierten Ansatzes

Die staatlichen Programme und Gesetze müssen für einen menschenrechtsorientierten Ansatz in Einklang mit den bestehenden Menschenrechtsverpflichtungen stehen. Die Maßnahmen und Strategien müssen Menschenrechte berücksichtigen. Alle Menschen sind „gleich an Würde“ geboren (Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte). Die menschliche Würde lässt sich nicht verdienen, sie ist nicht an ein Leistungskonzept gebunden und ist gänzlich frei von der individuellen Leistung einer Person – unabhängig von ihrer Hilfsbedürftigkeit, einer möglichen Demenz oder sonstiger Barrieren.

Das Recht auf Gesundheit muss mit Bezug zur Gemeinschaft gedacht werden und ist mit der Verwirklichung vieler anderer Menschenrechte gekoppelt oder sogar deren Voraussetzung. So ist es beispielsweise eng verknüpft mit dem Recht auf Wohnen, dem Recht auf Nahrung und dem Recht auf soziale Sicherheit.

<sup>7</sup> CESCR, E/C.12/2000/4, 11 August 2000, Ziff. 34-37, <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>8</sup> CESCR, E/C.12/2000/4, 11 August 2000, Ziff. 16, <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.

<sup>9</sup> Für mehr Beispiele siehe OHCHR (2021) Aktualisierung der 2012 durchgeführten analytischen Ergebnisstudie zu den normativen Standards im internationalen Menschenrecht in Bezug auf ältere Menschen; <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/185734/ef49e0de112cbd2ea63df833bcef8836/gaps-paper-data.pdf>.

### 3 Leitfragen<sup>10</sup>

#### Nationaler rechtlicher und politischer Rahmen

1. Welche gesetzlichen Bestimmungen und politischen Rahmenbedingungen gibt es in Ihrem Land, die das Recht älterer Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und psychischer Gesundheit, einschließlich des Zugangs zu fördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gesundheitseinrichtungen, Gütern und Dienstleistungen, garantieren?
2. Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um sicherzustellen, dass jeder ältere Mensch diskriminierungsfreien Zugang zu erschwinglicher und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung im Alter hat?
3. Welche Daten und Untersuchungen gibt es zum Recht älterer Menschen auf Gesundheit und zum Zugang zu Gesundheitsversorgung und -diensten? Bitte geben Sie an, wie die nationalen oder regionalen Daten nach Geschlecht, Alter und Ungleichheitsdimensionen aufgeschlüsselt sind und welche Indikatoren verwendet werden, um die volle Wahrnehmung des Rechts auf Gesundheit älterer Menschen zu überwachen.
4. Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um Gesetzgeber\*innen, politischen Entscheidungsträger\*innen, Gesundheits- und Pflegepersonal eine angemessene Fort-/Weiterbildung über das Recht auf Gesundheit älterer Menschen anzubieten?

#### Schrittweise Verwirklichung und Nutzung der maximal verfügbaren Ressourcen

5. Welche Schritte wurden unternommen, um die makroökonomischen politischen Konzepte und Maßnahmen mit den internationalen Menschenrechtsabkommen in Einklang zu bringen, um die maximal verfügbaren Ressourcen für die Verwirklichung des Rechts älterer Menschen auf Gesundheit zu nutzen, z. B. durch die Erweiterung des fiskalischen Spielraums, die Verabschiedung gezielter Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit?

#### Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

6. Mit welchen Herausforderungen sind ältere Menschen beim Genuss ihres Rechts auf Gesundheit konfrontiert, einschließlich der Auswirkungen intersektioneller Diskriminierung und Ungleichheit aufgrund von Alter, Geschlecht, Behinderung und anderen Gründen?
7. Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um Ageism und Diskriminierung aufgrund des Alters zu beseitigen, einschließlich diskriminierender Gesetze, politischer Konzepte und Maßnahmen, Praktiken, soziale Normen und Stereotypen, die die gesundheitlichen Ungleichheiten bei älteren Menschen aufrechterhalten und ältere Menschen daran hindern, ihr Recht auf Gesundheit wahrzunehmen?
8. Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um sicherzustellen, dass ältere Menschen in der Lage sind, ihre rechtliche Handlungsfähigkeit gleichberechtigt mit anderen ausüben zu können, einschließlich des Treffens einer Zustimmung nach vorheriger Aufklärung sowie von Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten in Bezug auf ihre Behandlung und Pflege?

<sup>10</sup> Von der BAGSO zur Verfügung gestellte und vom DIMR überarbeitete Übersetzung der Leitfragen aus dem Englischen: [https://social.un.org/ageing-working-group/documents/thirteenth/Guiding%20Questions\\_Right%20to%20Health%20and%20Access%20to%20Health%20Services.pdf](https://social.un.org/ageing-working-group/documents/thirteenth/Guiding%20Questions_Right%20to%20Health%20and%20Access%20to%20Health%20Services.pdf).

---

## **Rechenschaftspflicht**

9. Welche gerichtlichen und außergerichtlichen Mechanismen gibt es für ältere Menschen, um sich zu beschweren und Wiedergutmachung für die Verweigerung ihres Rechts auf Gesundheit zu verlangen?

10. Welche Mechanismen gibt es, um eine wirksame und sinnvolle Beteiligung älterer Menschen, die in unterschiedlichen geographischen Gebieten des Landes leben, an der Planung, Gestaltung, Umsetzung und Bewertung von Gesetzen, politischen Konzepten und Maßnahmen, Programmen und Diensten im Gesundheitsbereich, die sie betreffen, zu garantieren?

## 4 Anhang

### 4.1 Die rechtliche Stellung von Menschenrechtsverträgen in Deutschland

Deutschland hat verschiedene zentrale Menschenrechtsdokumente auf universeller und regionaler Ebene ratifiziert. Alle ratifizierten Menschenrechtsverträge wurden in nationales Recht umgesetzt und haben den Rang einfacher Bundesgesetze; diese gehen Landesrecht vor. Viele Rechte aus den Menschenrechtsverträgen sind direkt vor nationalen Gerichten einklagbar/justiziabel, da sie in ausreichendem Maße bestimmt sind.

Wenn die in internationalen Menschenrechtsverträgen festgeschriebenen Menschenrechte nicht direkt anwendbar sind, erlegen sie Staaten Verpflichtungen auf, eigene Gesetze oder Programme zur Umsetzung zu schaffen.

### 4.2 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR)

#### Artikel 25

1. Jeder Mensch 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, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.

2. Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche wie außereheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.

### 4.3 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt)

#### Artikel 12

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden Menschen auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und psychischer Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

- a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
- b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
- c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
- d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

### 4.4 Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung

#### Artikel 5

Im Einklang mit den in Artikel 2 niedergelegten grundsätzlichen Verpflichtungen werden die Vertragsstaaten die rassistische Diskriminierung in jeder Form verbieten und beseitigen und das Recht jedes einzelnen, ohne Unterschied der „Rasse“, der Hautfarbe, des nationalen Ursprungs oder des

Volkstums, auf Gleichheit vor dem Gesetz gewährleisten; dies gilt insbesondere für folgende Rechte: [...]

e) wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, insbesondere [...]

iv) das Recht auf öffentliche Gesundheitsfürsorge, ärztliche Betreuung, soziale Sicherheit und soziale Dienstleistungen

## **4.5 Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau**

### *Artikel 11 - Diskriminierung im Berufsleben*

Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Berufsleben, um ihr auf der Grundlage der Gleichberechtigung von Mann und Frau gleiche Rechte zu gewährleisten, insbesondere [...]

f) das Recht auf Schutz der Gesundheit und auf Sicherheit am Arbeitsplatz, einschließlich des Schutzes der Fortpflanzungsfähigkeit.

### *Artikel 12 - Diskriminierung im Gesundheitswesen*

1. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten.
2. Unbeschadet des Absatzes 1 sorgen die Vertragsstaaten für angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung und für eine ausreichende Ernährung während der Schwangerschaft und der Stillzeit.

## **4.6 Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**

### *Artikel 25 – Gesundheit*

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden sollen;

c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;

d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

#### *Artikel 26 – Habilitation und Rehabilitation*

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme

a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;

b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

### **4.7 Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons<sup>11</sup>**

#### *Article 11 – Right to give free and informed consent on health matters*

Older persons have the inalienable right to express their free and informed consent on health matters. Denial of that right constitutes a form of violation of the human rights of older persons.

In order to ensure the right of older persons to express their prior and informed consent in a voluntary, free, and explicit manner to any medical decision, treatment, procedure, or research in the area of

<sup>11</sup> [http://www.oas.org/en/sla/dil/docs/inter\\_american\\_treaties\\_A-70\\_human\\_rights\\_older\\_persons.pdf](http://www.oas.org/en/sla/dil/docs/inter_american_treaties_A-70_human_rights_older_persons.pdf).

health, and the right to modify or revoke such consent, States Parties undertake to prepare and enforce appropriate and effective mechanisms to prevent abuse and strengthen the capacity of older persons to fully understand existing treatment options and their risks and benefits.

Those mechanisms must ensure that the information provided is appropriate, clear and timely, available on a non-discriminatory basis in an accessible and easily understood form, and commensurate with the older person's cultural identity, level of education, and communication needs.

Public or private institutions and health professionals may not administer any medical or surgical treatment, procedure, or research without the prior and informed consent of the older person.

In life-threatening medical emergencies where it is not possible to obtain informed consent, exceptions established in accordance with domestic law may be applied.

Older persons have the right freely to consent to, refuse, or suspend medical or surgical treatment—including that of the traditional, alternative, and complementary kind—research, or medical or scientific experiments, whether physical or psychological, and to be given clear and timely information about the potential consequences and risks of such a decision.

States Parties shall also establish a procedure that enables older persons to expressly indicate in advance their will and instructions with regard to health care interventions, including palliative care. In such cases, that advance will may be expressed, amended, or expanded at any time by the older person only through legally binding instruments in accordance with domestic law.

#### *Article 12 – Rights of older persons receiving long-term care*

Older persons have the right to a comprehensive system of care that protects and promotes their health, provides social services coverage, food and nutrition security, water, clothing, and housing, and promotes the ability of older persons to stay in their own home and maintain their independence and autonomy, should they so decide.

#### *Article 19 – Right to health*

Older persons have the right to physical and mental health without discrimination of any kind.

States Parties shall design and implement comprehensive-care oriented intersectoral public health policies that include health promotion, prevention and care of disease at all stages, and rehabilitation and palliative care for older persons, in order to promote enjoyment of the highest level of physical, mental and social well-being. To give effect to this right, States Parties undertake to:

- a. Ensure preferential care and universal, equitable and timely access to quality, comprehensive, primary care-based social and health care services, and take advantage of traditional, alternative, and complementary medicine, in accordance with domestic laws and with practices and customs.
- b. Formulate, implement, strengthen, and assess public policies, plans, and strategies to foster active and healthy ageing.
- c. Foster public policies on the sexual and reproductive health of older persons.

- d. Encourage, where appropriate, international cooperation in the design of public policies, plans, strategies and legislation, and in the exchange of capacities and resources for implementing health programs for older persons and their process of ageing.
- e. Strengthen prevention measures through health authorities and disease prevention, including courses on health education, knowledge of pathologies, and the informed opinion of the older person in the treatment of chronic illnesses and other health problems.
- f. Ensure access to affordable and quality health care benefits and services for older persons with non-communicable and communicable diseases, including sexually transmitted diseases.
- g. Strengthen implementation of public policies to improve nutrition in older persons.
- h. Promote the development of specialized integrated social and health care services for older persons with diseases that generate dependency, including chronic degenerative diseases, dementia, and Alzheimer's disease.
- i. Strengthen the capacities of health, social, and integrated social and health care workers, as well as those of other actors, to provide care to older persons based on the principles set forth in this Convention.
- j. Promote and strengthen research and academic training for specialized health professionals in geriatrics, gerontology, and palliative care.
- k. Formulate, adapt, and implement, in accordance with domestic law, policies on training in and the use of traditional, alternative, and complementary medicine in connection with comprehensive care for older persons.
- l. Promote the necessary measures to ensure that palliative care services are available and accessible for older persons, as well as to support their families.
- m. Ensure that medicines recognized as essential by the World Health Organization, including controlled medicines needed for palliative care, are available and accessible for older persons.
- n. Ensure access for older persons to the information contained in their personal records, whether physical or digital.
- o. Promote and gradually ensure, in accordance with their capabilities, coaching and training for persons who provide care to older persons, including family members, in order to ensure their health and well-being.

#### *Article 22 – Right to recreation, leisure, and sports*

Older persons are entitled to recreation, physical activity, leisure, and sports.

States Parties shall promote the development of recreational services and programs, including tourism, as well as leisure and sports activities, taking into account the interests and needs of older persons, particularly those receiving long-term care, in order to improve their health and quality of life in all respects and to promote their self-fulfillment, independence, autonomy, and inclusion in the community.

Older persons shall be able to participate in the creation, management, and evaluation of such services, programs, or activities.

#### **4.8 Empfehlung CM/Rec(2014)2 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zur Förderung der Menschenrechte älterer Menschen<sup>12</sup>**

##### III. Autonomy and participation

9. Older persons have the right to respect for their inherent dignity. They are entitled to lead their lives independently, in a self-determined and autonomous manner. This encompasses, inter alia, the taking of independent decisions with regard to all issues which concern them, including those regarding their property, income, finances, place of residence, health, medical treatment or care, as well as funeral arrangements. Any limitations should be proportionate to the specific situation, and provided with appropriate and effective safeguards to prevent abuse and discrimination.

[...]

##### V. Social protection and employment

[...]

28. Member States should pay specific attention to safety and health problems of older workers in their respective programmes, action plans and other relevant policy action.

##### VI. Care

###### A. General Principles

29. Member States should take appropriate measures, including preventive measures, to promote, maintain and improve the health and well-being of older persons. They should also ensure that appropriate health care and long-term quality care is available and accessible.

30. Services should be available within the community to enable older persons to stay as long as possible in their own homes.

31. In order to better assess and fulfil the needs of older persons, member States should promote a multi-dimensional approach to health and social care for them and encourage co-operation amongst the competent services.

32. Care providers should treat any sensitive personal data of older persons confidentially and carefully in accordance with their right to privacy.

33. Care should be affordable for older persons and programmes should be in place to assist older persons, if necessary, with covering the costs.

34. Care givers should receive sufficient training and support to adequately ensure the quality of the services provided. Where older persons are being cared for at home by informal carers, the latter should likewise receive sufficient training and support to ensure that they are able to deliver the care needed.

---

<sup>12</sup> Empfehlung CM/Rec(2014)2 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zur Förderung der Menschenrechte älterer Menschen. Am 19. Februar 2014 auf der 1192. Sitzung der Vertreter der Minister vom Ministerkomitee angenommen.

35. Member States should operate a system through which care delivery is regulated and assessed.

#### B. Consent to medical care

36. Older persons should receive medical care only upon their free and informed consent, and may freely withdraw consent at any time.

37. In case an older person is unable, in the particular circumstances, to give consent, the wishes expressed by that person relating to a medical intervention, including life-prolonging measures, should, in accordance with national law, be taken into account.

38. When an older person does not have, according to national law, the capacity to consent to an intervention, in particular because of a mental disability or a disease, the intervention may only be carried out with the authorisation of his or her representative, an authority or a person or body provided for by law. The older person concerned should, as far as possible, take part in the authorisation procedure. Appropriate and effective safeguards should be provided to prevent abuse.

39. When the appropriate consent cannot be obtained because of an emergency situation, any medically necessary intervention may be carried out immediately for the benefit of the health of the older person concerned. Appropriate and effective safeguards should be provided to prevent abuse.

[...]

#### D. Palliative care

44. Member States should offer palliative care for older persons who suffer from a life-threatening or life-limiting illness to ensure their well-being and allow them to live and die with dignity.

45. Any older person who is in need of palliative care should be entitled to access it without undue delay, in a setting which is consistent with his or her needs and preferences, including at home and in long-term care settings.

46. Family members and friends should be encouraged to accompany older persons who are terminally ill or dying. They should receive professional support, for example by ambulatory palliative-care services.

47. Health-care providers involved in palliative care should fully respect patients' rights, and comply with professional obligations and standards.

48. Trained specialists in the field of palliative care should be available to lead education and research in the field. Programmes of palliative-care education should be incorporated into the training of all health and social-care workers concerned and co-operation of professionals in palliative care should be encouraged.

49. Member States should ensure the adequate availability and accessibility of palliative-care medicines.

50. In the organisation of their national palliative-care systems, member States should take into account Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member States on the organisation of palliative care.

## 4.9 Auszug aus der „Aktualisierung der 2012 durchgeführten analytischen Ergebnisstudie zu den normativen Standards im internationalen Menschenrecht in Bezug auf ältere Menschen“ (ohne Fußnoten)<sup>13</sup>

### E. Recht auf Palliativversorgung

142. Das der Offenen Arbeitsgruppe Alter vorgelegte Material, das sich mit dem Recht auf Palliativversorgung befasst - insbesondere die Eingaben auf der neunten und zehnten Sitzung - zeugten von einer breiten Akzeptanz der Notwendigkeit des Rechts auf Palliativversorgung und seiner effektiven Umsetzung. Die Eingaben wiesen darauf hin, dass es häufig kein garantiertes Recht auf Palliativversorgung im nationalen Recht gibt: Sie machten auch deutlich, dass das Ausmaß, in dem das Recht auf Palliativversorgung in der Praxis wahrgenommen wird, nicht ausreicht und in vielen Fällen weit davon entfernt ist, sicherzustellen, dass diejenigen, die es brauchen auch Zugang zu solchen Leistungen haben. Die Eingaben und die darauf basierenden Zusammenstellungen zeigten, dass zwar Anstrengungen unternommen wurden, um den Zugang zu Palliativversorgungsleistungen zu gewährleisten, es aber viele Barrieren gab: das Fehlen eines gesetzlich garantierten Rechts, fehlende finanzielle Ressourcen, eine unzureichende Anzahl von Gesundheitsfachkräften, die auf dem Sektor der Palliativversorgung geschult sind, die Beschränkung der Palliativversorgung auf eine begrenzte Kategorie von Krankheiten, die Kosten für diese Dienste und der unterschiedliche Zugang in städtischen und ländlichen Gebieten, gehörten zu den häufig genannten Hindernissen.

### Bestehende Verträge und die Praxis der Vertragsorgane

143. Aus normativer Sicht gibt es keinen ausdrücklichen Verweis auf das Recht auf Palliativversorgung in Artikel 25 der UDHR, in Artikel 12 des ICESCR, oder in einem anderen der wichtigsten Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen, die das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitsstandard garantieren. Es wurde argumentiert, dass das Recht auf Palliativversorgung aus dem Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitsstandard abgeleitet werden kann, welches in einer Reihe von UN-Menschenrechtsverträgen enthalten ist. Darüber hinaus könnte die Verweigerung von Palliativversorgung auch eine grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung darstellen, die gegen den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), das Übereinkommen gegen Folter und andere Verträge verstößt, die einen Schutz vor grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe enthalten.

144. Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat sich in drei seiner allgemeinen Kommentare kurz auf die Palliativversorgung bezogen, wobei es sich jeweils um einen allgemeinen Verweis im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Verfügbarkeit von „präventiven, kurativen und palliativen Pflegediensten“ für alle handelte. Es gab keine detaillierte Diskussion über die Art und den Umfang des Rechts, obwohl die allgemeine Erläuterung des Ausschusses zum Recht auf Gesundheit für die Palliativversorgung relevant ist. Das Recht scheint kein vorrangiges Thema im Dialog des Ausschusses mit den Vertragsstaaten im Rahmen des Berichtsverfahrens gewesen zu sein: Eine Suche in der UHRI-Datenbank nach der Verwendung des Begriffs „Palliativ“ in den Abschließenden Bemerkungen des CESCR bis Ende 2020 ergab nur vier Verweise. All das stand in den abschließenden Bemerkungen, in denen der Ausschuss feststellte, dass die Vertragsstaaten verpflichtet sind sicherzustellen, dass „alle Personen im Vertragsstaat“, einschließlich Migrantinnen, Flüchtlingen und Asylbewerberinnen, „gleichen Zugang zu präventiven, kurativen und palliativen Gesundheitsdiensten haben, unabhängig von ihrem rechtlichen Status und ihrer Registrierung“.

<sup>13</sup> OHCHR (2021): Aktualisierung der 2012 durchgeführten analytischen Ergebnisstudie zu den normativen Standards im internationalen Menschenrecht in Bezug auf ältere Menschen. Arbeitspapier des Büros der Hochkommissarin für Menschenrechte, März 2021; <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/185734/ef49e0de112cbd2ea63df833bcef8836/gaps-paper-data.pdf>.

145. Auch in der Arbeit der anderen Vertragsorgane hat das Thema keine größere Bedeutung erlangt. Eine ähnliche Suche in Bezug auf Dokumente des Ausschusses zur Bekämpfung von Folter ergibt einen beiläufigen Hinweis auf die Schwierigkeiten bei der Bereitstellung von Palliativdiensten in einer Situation eines bewaffneten Konflikts nach dem Einsatz eines bestimmten Waffentyps. Es scheint in der Praxis dieses Ausschusses keine ausführlichere Diskussion zu diesem Thema zu geben. Ähnliche Recherchen zu den Schlussbemerkungen des Menschenrechtsausschusses ergeben keine Ergebnisse, während im Fall des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen nur ein einziges Ergebnis erzielt wurde.

#### Einschränkungen, Mängel und Lücken

146. Die Situation bezüglich des Rechts auf Palliativversorgung ist ein Beispiel für die Hindernisse, mit denen eine Person konfrontiert ist, die ein Recht einfordern möchte, das nicht explizit in einer Vertragsbestimmung garantiert ist. Dieses Problem tritt bei einer Reihe von Rechten auf, die ältere Personen für sich beanspruchen möchten. Damit eine Person das Recht auf Palliativversorgung unter Bezugnahme auf verbindliche internationale Menschenrechtsnormen einfordern kann, muss sie „eine Strategie des Aufbaus eines Rechts auf Palliativversorgung durch die Betrachtung einer Vielfalt von normativen Instrumenten und Meinungen anwenden, um das Ausmaß abzugrenzen, in dem sie Merkmale eines Rechts auf Palliativversorgung umfassen“. Dies beinhaltet die Argumentation, dass: • das allgemeine Recht auf Gesundheit die Palliativversorgung einschließt, obwohl die ICESCR-Bestimmung dieses Thema nicht explizit erwähnt (oder in Artikel 2(2) auf das Alter als einen der Gründe für die Nichtdiskriminierung beim Genuss der ICECSR-Rechte verweist), weil

- der CESCR, ein Expertengremium ist, dessen Ansichten für die Vertragsstaaten nicht formell rechtlich bindend sind. Sie haben jedoch ein beträchtliches Gewicht und werden manchmal als überzeugend oder sogar als „maßgebend“ bezeichnet. Das Gremium hat in Anbetracht der Sachkenntnis des Ausschusses und der ihm von den Staaten zugewiesenen Rolle erklärt, dass das Recht auf Gesundheit das Recht auf palliative Versorgung einschließt und
- eine Verweigerung der Palliativversorgung auch gegen die Anti-Folter-Konvention oder Artikel 7 des ICCPR verstoßen könnte, obwohl die beiden Überwachungsausschüsse kaum auf diese Frage eingegangen sind.

147. Im Gegensatz dazu sieht Artikel 6 des Interamerikanischen Übereinkommens zum Schutz der Rechte älterer Menschen Folgendes vor: „Die Vertragsstaaten treffen Maßnahmen, um sicherzustellen, dass öffentliche und private Einrichtungen älteren Menschen ohne Diskriminierung Zugang zu umfassender Pflege, einschließlich Palliativpflege, bieten“, und ergänzen diese klare Garantie durch weitere detaillierte Bestimmungen. Schlussfolgerung zum Recht auf Palliativversorgung

148. Bestehende internationale Menschenrechtsnormen, wie sie von internationalen Menschenrechtsgremien interpretiert und angewandt werden, haben es versäumt, eine klare Garantie für das Recht auf Palliativversorgung zu liefern, die in Anspruch genommen werden kann, um sicherzustellen, dass das Recht auf nationaler Ebene wahrgenommen wird. Die sporadischen Verweise, die auf dieses Recht gemacht wurden, waren nicht Gegenstand einer nachhaltigen Weiterverfolgung. Das Thema wurde in der Tat weitgehend vernachlässigt womit die Vertragsstaaten nicht dazu gedrängt wurden, Maßnahmen zu ergreifen, um den Zugang zu diesem Recht zu gewährleisten. Die Formulierung einer expliziten verbindlichen Norm, die das Recht auf Palliativversorgung bekräftigt, scheint die beste Option zu sein, um diese Vernachlässigung zu überwinden und die Staaten anzuregen, Maßnahmen zu ergreifen, um die Verwirklichung dieses Rechts auf nationaler Ebene zu garantieren und sicherzustellen.