

Dokumentation der Fachtagung:

Wie weit noch zur Verwirklichung des Sozialen Menschenrechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit?

in Kooperation mit Azize Tank, MdB,
Sprecherin für soziale Menschenrechte der Fraktion DIE LINKE



© Andreas Domma, Berliner Photoart

Vorwort	5
Programm	6
Zusammenfassung der Tagungsergebnisse.....	7
1. Einführungsvorträge.....	9
A. Dipl. Verw.-Wiss. Tobias Baur: Das soziale Menschenrecht auf Gesundheit – Regelungsbereiche, Anwendungsbeispiele, Forderungen	9
B. PD Dr. Thomas Lampert: Gesundheit und Armut (Zusammenfassung)	15
2. Themenforen	17
A. Dipl.-Soz. Jeffrey Butler: Wer arm ist stirbt früher – Bedeutung von sozialer Ungleichheit für das Menschenrecht auf Gesundheit	17
B. Dipl.-Psych. Elène Misbach: Nicht versichert, nicht behandelt – Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen für Geflüchtete und Menschen ohne Versicherung (Zusammenfassung)	24
3. Podiumsdiskussion zum Thema „Wege zu einer gerechten Gesundheitsversorgung für alle“ (Zusammenfassung)	28
4. Ergänzende Forderungen und Ergebnisse.....	31
5. Anhang.....	32
A. Gemeinsame Erklärung zum aktuellen UN-Staatenberichtsverfahren zu den sozialen Menschenrechten.....	32
B. Gesetzentwurf MdB Azize Tank u.a., Fraktion DIE LINKE zur Aufnahme sozialer Grundrechte in das Grundgesetz (Auszüge).....	33

Nach unseren vorangegangenen Fachtagungen zu den sozialen Menschenrechten gab es 2017 ein weiteres Fachgespräch, diesmal zum sozialen Menschenrecht auf ein Höchstmaß an Gesundheitsversorgung für alle.

In Kooperation mit Azize Tank, MdB und Sprecherin für soziale Menschenrechte der Fraktion DIE LINKE haben wir Zusammenhänge zwischen dem Maß an Gesundheit und sozialen Faktoren untersucht sowie sozialpolitische Herausforderungen in Deutschland diskutiert.

Mit der Frage „Wie weit noch zur Verwirklichung des sozialen Menschenrechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit?“ haben wir in Vorträgen, Themenforen und Diskussionsbeiträgen aktuelle Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und Lösungsansätze und Forderungen formuliert, um Hürden zu überwinden und das soziale Menschenrecht auf ein Höchstmaß an Gesundheit für alle verwirklichen zu können.

Mit der vorliegenden Dokumentation wollen wir einen ersten Einblick in die Bedeutung und die unterschiedlichen Facetten des Themas unserer Fachtagung geben. Weitere werden folgen, weil das Thema soziale Gerechtigkeit in den öffentlichen Debatten der letzten Jahre und im Wahlkampf zur Bundestagswahl 2017 zwar eine gewisse Rolle gespielt hat, aber in den Debatten über die zukünftigen Staatsaufgaben und die alles beherrschende ‚Innere Sicherheit‘ wieder unterzugehen droht. Es kann aber keine Innere Sicherheit geben, wenn die soziale Gerechtigkeit durch die zunehmende soziale Spaltung immer mehr untergraben wird.

Möge auch diese Dokumentation dazu dienen, Anstöße zu vertiefender Beschäftigung mit einem zentralen Thema der sozialen Gerechtigkeit in der Wissenschaft, der Politik und den sozialen Bewegungen zu geben.

Eberhard Schultz

Vorsitzender der Stiftung

10.30 Uhr Anmeldung

11.00 Uhr Begrüßung

Azize Tank, MdB, Sprecherin für soziale Menschenrechte der Fraktion DIE LINKE.

Eberhard Schultz, Vorsitzender der Eberhard-Schultz-Stiftung für Soziale Menschenrechte und Partizipation

11:15 Uhr Einführungsvorträge

Dipl. Verw.-Wiss. Tobias Baur, Vorstandsmitglied der Humanistischen Union: Das soziale Menschenrecht auf Gesundheit – Regelungsbereiche, Anwendungsbeispiele, Forderungen

PD Dr. Thomas Lampert, Robert-Koch-Institut Berlin: Gesundheit und Armut

12:15-12:30 Uhr Kaffeepause

12:30 Uhr Themenforen

A. Wer arm ist stirbt früher – Bedeutung von sozialer Ungleichheit für das Menschenrecht auf Gesundheit

Input: Dipl.-Soz. Jeffrey Butler, Bezirksamt Berlin-Mitte, Gesundheits- und Sozialberichterstattung

B. Nicht versichert, nicht behandelt – Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen für Geflüchtete und Menschen ohne Versicherung

Input: Dipl.-Psych. Elène Misbach, Medibüro Berlin

14:00-14:30 Uhr Mittagsimbiss

14:30 Uhr Podiumsdiskussion: Wege zu einer gerechten Gesundheitsversorgung für alle

Tobias Baur, Vorstandsmitglied der Humanistischen Union

Jeffrey Butler, Bezirksamt Berlin-Mitte, Gesundheits- und Sozialberichterstattung

Elène Misbach, Medibüro Berlin

Azize Tank, MdB, Sprecherin für soziale Menschenrechte der Fraktion DIE LINKE.

Eberhard Schultz, Vorsitzender der Eberhard-Schultz-Stiftung

Moderation: Marion Amler, Maren Janella, Gesundheit Berlin Brandenburg e.V.

Ab 16:00 Uhr Austausch

Unser Fachgespräch in Kooperation mit der Sprecherin für soziale Menschenrechte der Fraktion DIE LINKE, Azize Tank MdB im Berliner Haus der Demokratie und Menschenrechte fand positiven Zuspruch. Die Vorträge von Dipl. Verw.-Wiss. Tobias Baur (Humanistische Union) und PD Dr. Thomas Lampert (Robert-Koch-Institut) zum sozialen Menschenrecht auf Gesundheit führten fundiert und lebendig in die Problematik ein und betonten den Zusammenhang mit wachsender sozialer Ungleichheit. Anschließend konnten die Teilnehmer*innen in zwei Themenforen mit Dipl.-Psych. Elène Misbach vom Medibüro Berlin sowie mit Dipl.-Soz. Jeffrey Butler vom Bezirksamt Berlin-Mitte ins Gespräch kommen. In der abschließenden Podiumsdiskussion mit den Referent*innen sowie den Veranstalter*innen Azize Tank und Eberhard Schultz wurden aktuelle Probleme des sozialen Menschenrechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit erörtert und gemeinsam Lösungsansätze diskutiert.

Abschließend stellte Eberhard Schultz die gemeinsame Erklärung „Bundesregierung auf dem Prüfstand: Umsetzung der sozialen Menschenrechte bleibt eine wichtige Aufgabe - Zusatzprotokoll zum UN-Sozialpakt endlich ratifizieren“ vor, die in Kooperation mit dem Paritätischen Gesamtverband, FIAN Deutschland e.V., der Humanistischen Union, der Internationalen Liga für Menschenrechte, dem IPPNW, der Deutschen Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. und dem Republikanischen Anwältinnen- und Anwälteverein (RAV) veröffentlicht wurde. Darin wird auch zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheitsversorgung aufgerufen, zu dessen Durchsetzung Deutschland völkerrechtlich verpflichtet ist. Der Stand der Umsetzung wird im laufenden Staatenberichtsverfahren geprüft. Die Menschen- und Bürgerrechtsorganisationen - rufen unter anderem dazu auf, dass NGOs mit „Schattenberichten“ zum offiziellen Bericht der Bundesregierung Stellung nehmen und so dazu beitragen, dass diese Menschenrechte für alle umgesetzt werden. Die gemeinsame Erklärung wurde positiv von den Teilnehmer*innen des Fachgesprächs aufgenommen und erfreute sich weiterer Unterstützung.

1. Einführungsvorträge

A. Dipl. Verw.-Wiss. Tobias Baur: Das soziale Menschenrecht auf Gesundheit – Regelungsbereiche, Anwendungsbeispiele, Forderungen

Im Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) steht: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“



Tobias Baur, © Andreas Domma, Berliner Photoart

Zur Frage nach dem sozialen Menschenrecht auf Gesundheit stelle ich fest, dass Gesundheit in der AEMR keinen eigenen Artikel hat beziehungsweise nur im Zusammenhang mit Lebensstandard, sozialer Sicherheit und Lebenslagen auftaucht. Hinzu kommt: Die AEMR ist völkerrechtlich nicht verbindlich. Daran ändert auch ihr Status als Resolution nichts, da nach der UN-Charta nur Resolutionen des Sicherheitsrates unmittelbar bindend sind. Demnach ist Art. 25 Nr. 1 nicht direkt einklagbar. Artikel 25 erzeugt jedoch zumindest mittelbare Wirkungen. Denn die Norm wird über die UN-Charta konkretisiert, die wiederum für die Mitglieder der UN völkerrechtlich verbindlich ist. Zudem wurden einige Artikel der AEMR in die Internationalen Pakte über Bürgerliche und Politische Rechte (UN-Zivilpakt) sowie über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt) übernommen. Diese Pakte sind verbindliche, internationale Abkommen.

Gesundheitsnormen im UN-Sozialpakt (WSK-Rechte)

Der Internationale Pakt über die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte (WSK-Rechte) wurde am 16.12.1966 von der UN-Generalversammlung verabschiedet. Er trat am 03.01.1976 völkerrechtlich in Kraft. Die WSK-Rechte umfassen u.a. die wichtigsten Rechte im Bereich der Wirtschaft (Recht auf Arbeit, Recht auf gerechte Arbeitsbedingungen, Gewerkschaftsfreiheit und Streikrecht), kulturelle Rechte (Recht auf Bildung, Teilhabe am kulturellen Leben und Schutz des geistigen Eigentums) sowie soziale Rechte mit wesentlichen Bezügen zur Gesundheit (Schutz der Familie, Mutterschutz, Schutz von Kindern und Jugendlichen, Rechte auf soziale Sicherheit, angemessenen Lebensstandard, Ernährung, Kleidung, Wohnung, Gesundheit, Wasser und Sanitärversorgung).

Wichtige Bereiche der Gesundheitsrechte werden in den „General Comments“ zum UN-Sozialpakt konkretisiert. Die General Comments enthalten die autoritativen Auslegungen der Menschenrechte durch die zuständigen UN-Vertragsorgane und sind die Richtschnur für die Umsetzung der Menschenrechtspflichten (zit. nach Glossar des Deutschen Instituts für Menschenrechte, www.institut-fuer-menschenrechte.de/service/glossar, Stichwort: „Allgemeine Bemerkungen“, Stand: 30.06.2017). Allgemeine Bemerkungen gibt es zu allen zentralen UN-Menschenrechtsabkommen. Anhand konkreter Beispiele verdeutlichen sie Art und Umfang der menschenrechtlichen Verpflichtungen. Die für Gesundheitsrechte einschlägigen General Comments lauten:

GC Nr. 4 (1991): Das Recht auf angemessene Unterkunft (Artikel 11, Absatz 1)

GC Nr. 5 (1994): Menschen mit Behinderungen

GC Nr. 6 (1995): Die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte von älteren Menschen

GC Nr. 7 (1997): Das Recht auf angemessene Unterkunft (Artikel 11, Absatz 1):
Zwangsräumungen

GC Nr. 12 (1999): Das Recht auf angemessene Nahrung (Artikel 11)

GC Nr. 14 (2000): Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 12)

GC Nr. 22 (2016): Sexuelle und reproduktive Gesundheit (Artikel 12)

GC Nr. 23 (2016): Das Recht auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen (Artikel 7)

Artikel 12 UN-Sozialpakt: „Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit“ und dessen Auslegung über den General Comment Nr. 14 zu Art. 12

Am 11. Mai 2000 erließ das Überwachungsorgan des UN-Sozialpaktes seinen 14. General Comment zum Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit. Demnach sind alle Staaten verpflichtet, u.a. dafür zu sorgen, dass die Leistungen der Gesundheitsfürsorge für alle Personengruppen ohne jede Diskriminierung erreichbar sind (so zum Beispiel die medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende). Im Artikel 12 des UN-Sozialpaktes heißt es konkret:

- (1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
- (2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;

zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;

zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;

zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jede und jeden im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Die englische Formulierung von Artikel 12 Absatz 1 lautet: “The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the **highest attainable standard** of physical and mental health. “ Ich halte die Übersetzung von „highest attainable standard“ in „das höchste erreichbare Maß“ beziehungsweise „der höchste erreichbare Standard“ für angemessener.

Staatenpflichten und Umsetzung: Elemente eines rechte-basierten Ansatzes nach Michael Windfuhr

Die General Comments regeln nach Michael Windfuhr, stellv. Direktor des Deutschen Instituts für Menschenrechte, die staatlichen Schutzpflichten zur Umsetzung des „Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit“ (Artikel 12). Dabei gelten drei Formen von Verpflichtungen für die Mitgliedstaaten: 1. the duty to respect, 2. the duty to protect, und 3. the duty to fulfil.

The **duty to respect** adressiert den Staat in seiner Pflicht zur Achtung der Gesundheit und Vermeidung von Gesundheitsschädigung durch staatliche Handlungen. The **duty to protect** soll gewährleisten, dass das Handlungsgebot durchgesetzt wird, gegen Gesundheitsgefährdungen durch Dritte vorzugehen. (Die Frage danach, wann und wie einzuschreiten ist, ist dabei eine Ermessungsabwägung). The **duty to fulfil** bedeutet, der Staat ist verpflichtet Ressourcen und Infrastruktur zur Umsetzung des Rechtes bereitzustellen, beispielsweise in Form von Gesetzen, Verfahren und Leistungen.

Mit der Pflicht zur Erfüllung (duty to fulfil) gehen drei weitere Verpflichtungen einher: the **duty to facilitate**: die Pflicht Selbsthilfestrukturen zu stärken und Rahmenbedingungen zur Förderung von Selbsthilfe zu schaffen; **the duty to provide**: die Pflicht, Hilfestellung zu geben, wenn sich Bürger*innen oder Patient*innen nicht oder nur eingeschränkt selbst helfen können; **the duty to promote**: die Pflicht, Möglichkeiten zur (Selbst)Hilfe bekannt zu machen.

Dabei ist es für den Prozess der Umsetzung aller Menschenrechte wichtig, dass ein Maximum an verfügbaren Ressourcen gegeben ist, dass die Umsetzung in einzelnen Schritten geplant und unverzüglich begonnen wird, dass der Fokus auf benachteiligte Gruppen gelegt wird und dass die Umsetzung diskriminierungsfrei und transparent stattfindet.

Kernbereiche des Menschenrechts auf Gesundheit nach Michael Krennerich

Nach PD Dr. Michael Krennerich, Lehrstuhl für Menschenrechte und Menschenrechtspolitik Universität Erlangen-Nürnberg, umfasst die Umsetzung des sozialen Menschenrechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit folgende drei Kernbereiche: Die ärztliche Versorgung vor Ort, in Form von Krankenhäusern oder Arztpraxen, in ausreichender Menge gewährleisten (availability), die Versorgungsmöglichkeiten für alle physisch, ökonomisch und diskriminierungsfrei zugänglich machen (accessibility) sowie gesundheitliche Versorgung annehmbar gestalten (acceptability). Dabei muss die Vertraulichkeit zwischen dem ärztlichen Personal und den Patient*innen garantiert werden (darunter fallen Aspekte kultureller Voraussetzungen, Gender-Aspekte, medizin-ethische Aspekte, Wiederbelebensmaßnahmen und die ärztliche Schweigepflicht). Nicht zuletzt muss die Qualität der Versorgung stimmen. Das bedeutet konkret, Gesundheitseinrichtungen, Waren und Dienste müssen qualitativ hochwertig sein, die Behandlung muss medizinwissenschaftlichen Standards entsprechen, beispielsweise die Hygiene betreffend, und das Fachpersonal muss gut geschult sein (Vortrag Michael Windfuhr vom 11.01.2010 für das Plenum zur Parallelberichterstattung im Haus der Demokratie und Menschenrechte, Berlin, Folie 7).

Einschränkung der Staatenpflichten

„The right to health does not mean the right to be healthy, nor does it mean that poor governments must put in place expensive health services for which they have no resources. But it does require governments and public authorities to put in place policies and action plans which will lead to available and accessible health care for all in the shortest possible time. To ensure that this happens is the challenge facing both the human rights community and public health professionals.“ Mary Robinson (1997-2002 United Nations High Commissioner for Human Rights)

Die Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit erfordert nicht nur einen schnellen Zugang zu angemessenen Versorgungseinrichtungen, sondern auch weitere infrastrukturelle Bedingungen, wie z.B. Trinkwasser, ausreichende Nahrungsmittel oder die ausreichende Qualifikation des medizinischen Personals (Windfuhr 2010, a.a.O. Folie 15).

Die Besonderheiten des Politikfeldes „Gesundheit“

Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt von unterschiedlichsten Faktoren ab. Neben genetisch ererbten oder altersbedingten Faktoren sind im Lebenslauf erworbene oder sozial bedingte Faktoren mitursächlich. Beispielfhaft seien folgende Zusammenhänge benannt:

- Der Gesundheits- oder Krankheitszustand einer Person ist endemisch, teils verhaltensbedingt oder wurde sozial erworben.
- Die Prävention vor Erkrankung beruht auf sozialen Voraussetzungen, wie Bildung, Erlernen von Achtsamkeit, Resilienz und Stressbewältigung.
- Gesundheitliche Einschränkungen können lebenslange Folgen haben oder biografisch oder zufällig (zum Beispiel durch einen Unfall) erworben werden.
- Umweltbedingungen und Arbeitsmedizin bieten Angebote zur Gesundheitsförderung, zum Beispiel am Arbeitsplatz oder in verschiedenen Settings (Nachbarschaft, Alter, Selbsthilfe).
- Es besteht eine Wechselwirkung zwischen Armut und Krankheit beziehungsweise Armut und Gesundheitschancen (Kosten für Medikamente, Zahnersatz etc.).
- In den Bereich der Wohnungspolitik fallen gesundheitlich und sozial benachteiligte Quartiere, Pflegebedürftigkeit, Angebote für Menschen mit Behinderungen und Altenhilfe.
- Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten (zum Beispiel Ernährung), gesundheitliche Versorgung sowie Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation sind Bestandteil sozialer Ungleichheit.

Die Zusammenhänge zeigen: Gesundheit ist ein integraler Bestandteil von und resultiert aus Sozialpolitik. Daher ist es erforderlich Gesundheitspolitik mit benachbarten Politikfeldern, wie Armutspolitik, Wohnungslosigkeit, lebenslagenorientierten und milieuspezifischen Politiken (zum Beispiel Suchthilfe und interkulturelle Angebote) zusammenzudenken.

Zum Motto des Fachgesprächs: „Wie weit noch zur Verwirklichung des sozialen Menschenrechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit?“

Gesundheitsstadt Berlin e.V. gab im Juni 2017 folgende Meldungen bekannt:

Jedes fünfte Kind ist chronisch krank. Kinderärzte fordern eine bessere Versorgung von chronisch kranken Kindern. Schon die Jüngsten leiden an Diabetes, Rheuma und anderen Erkrankungen, die ihr Leben massiv beeinträchtigen. Hinzukommen immer öfter psychische Auffälligkeiten.

Jedes sechste Kind und jeder vierte Jugendliche leidet heute unter einer chronischen Erkrankung. Nach Auskunft des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) führen Allergien, Asthma, Neurodermitis, chronische Darmentzündungen, Zöliakie und Diabetes mellitus (Typ 1 und 2) die Statistik an. Aber auch angeborene Herzfehler, Epilepsien, Rheuma, Zerebralpareesen oder das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS/ADHS) sowie Krebserkrankungen gehören zum Spektrum von chronischen Krankheiten bei Heranwachsenden.

Viele dieser Leiden sind mittlerweile gut behandelbar. Chronisch kranke Kinder bräuchten jedoch mehr als eine gute medizinische Versorgung, erklärte BVKJ-Präsident Dr. Thomas Fischbach bei einem Politforum am 21. Juni in Berlin. Zur Krankheitsbewältigung bedürfe es komplexer Leistungen aus dem medizinischen und pädagogischen Bereich. „Anderenfalls können die chronischen Erkrankungen die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen oder sogar weitere sekundäre Störungen nach sich ziehen“, sagte er.

Menschenrechts-Strategie: Parallelberichterstattung

Der sechste Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zu den WSK-Rechten war im Juni 2016 fällig und wurde im Februar 2017 eingereicht. Das Staatenberichtsverfahren ist damit erneut angelaufen. Der UN-Ausschuss wird bei seiner Sitzung vom 9. bis 13. Oktober 2017 Fragen an die Bundesregierung formulieren.

Parallelberichterstattungen können Input zur öffentlichen Überprüfung von Staatenberichten liefern, machen die Öffentlichkeit auf das Verfahren aufmerksam, klären über Menschenrechte auf und gehen in den Dialog mit der eigenen Regierung, in dem sie den Stil, den Inhalt und die Qualität der Daten des Staatenberichts bewerten.

Zum vorangegangenen fünften Staatenbericht der Bundesrepublik (2008 eingereicht und im Mai 2011 in der Sitzung des Fachausschusses diskutiert) arbeitete in den Jahren 2010 bis 2011 eine sogenannte Allianz für WSK-Rechte in Deutschland (WSK-Allianz) einen Parallelbericht aus. Die WSK-Allianz ist ein Netzwerk aus 20 NGOs verschiedener Menschenrechtsbereiche (darunter Brot für die Welt, das Forum Menschenrechte, Amnesty International, IPPNW, die Humanistische Union und der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.).

Auszug aus dem Parallelbericht „Der Alltag von ALG II-Bezieher*innen“

Physische Gesundheit: Auch die physische Gesundheit ist bei allen Interviewten beeinträchtigt, eine Verschlechterung in diesem Bereich wird durch die ungesunde Ernährung und den eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung ausgelöst oder verstärkt. Aufgrund der nicht erschwinglichen Praxisgebühr und Eigenbeteiligung bei Medikamenten und Vorsorgeuntersuchungen halten die Betroffenen Schmerzen aus, verschieben eine Behandlung oder verzichten vollständig auf diese. Interviewpartner 1 erklärt: „Ich müsste seit Wochen einen Asthmaspray geholt haben aber die 10 Euro plus die 5 Euro, das ist alles Irrsinn.“ Als Interviewpartnerin 8 ein noch unerkanntes Hämatom im Gehirn hatte und die Symptome bemerkte, hat sie folgendermaßen reagiert: „Ich habe den Notarzt gerufen, weil zum normalen Arzt konnte ich zu diesem Zeitpunkt nicht, weil ich hab kein Geld dafür gehabt.“ Interviewpartnerin 9 erklärt: „Zum Beispiel bekomme ich seit 10 Tagen keine Luft. Es wurde vom Arzt eine Bronchitis festgestellt. Ich habe aber kein Geld [um mir die Medikamente zu kaufen].“

Psychische Befindlichkeit: Weiter leiden alle Betroffenen aufgrund des Geldmangels an psychischen Belastungen wie depressiven Verstimmungen, Verzweiflung, Dauerstress, Ohnmachtsgefühlen und Existenzängsten. Interviewpartner 7 äußert: „Mit diesem wenigen Geld kann man leicht verzweifeln, da kann man schon auch mal durchdrehen, da kann man Panik bekommen.“ Weiter werden auch Persönlichkeitsveränderungen benannt. Interviewpartnerin 8 sagt hierzu: „Ich war kreativ, ich war unternehmungslustig und begabt in vielerlei Hinsicht. Vier Jahre Hartz IV haben gereicht [um dies zu zerstören]. Ich kenn mich so gar nicht.“ Auch Suizidgedanken werden erwähnt: So erklärt Interviewpartner 2: „Man erkennt sich selber auf einmal nicht wieder. Dann fällt man in dieses Loch [...]. Man hat auch oft schon mit dem Gedanken gespielt ‚Feierabend, vorbei, keine Lust mehr‘.“ (zit. nach Parallelbericht WSK-Allianz, 2011, S. 42)

Auszug aus dem Parallelbericht „100% Sanktionen bei Sozialhilfeempfänger*innen“

Sanktionen können laut Studie der Sozialwissenschaftlerin Anne Ames zu Obdachlosigkeit, schwerwiegenden psychosomatischen Erkrankungen und Mangelernährung führen. Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung und drohende Wohnungslosigkeit werden auch in einer Studie des Sozialpädagogen Nicolas Griebmeier bestätigt, der ebenfalls Betroffeneninterviews durchgeführt hat. Beide Studien stellen fest, dass Betroffene zu illegalen Mitteln

greifen, um den Alltag finanziell bewältigen zu können. Die Möglichkeiten Lebensmittelgutscheine zu beantragen, werden nicht transparent vermittelt. (zit. nach Parallelbericht WSK-Allianz, 2011, S. 45)

Forderungen aus bürger- und menschenrechtlicher Sicht

- Das (relative) Schweigen der Politik zum sozialen Menschenrecht auf Gesundheit muss beendet werden. Dieses Thema gehört auf die politische Agenda, da es für viele Menschen dabei um ihre Existenz geht!
- Zum „utopischen“ Gehalt sozialer Menschenrechte erwiderte Prof. Eichenhofer auf der Fachtagung der Eberhard-Schultz-Stiftung zum Recht auf Wohnen am 21.04.2017: „Nötig ist ein Diskurs über Prioritäten und die politische Durchsetzung der sozialen Menschenrechte!“
- Die Justiziabilität der WSK-Rechte muss gestärkt werden. Sie können beispielsweise über Art. 1 und Art. 20 des Grundgesetzes Berücksichtigung finden, in denen die drei Formen der staatlichen Verpflichtungen ausgedrückt sind: the duty to respect, to protect und to fulfil.
- Die Gesundheitsberichterstattung muss transparent gestaltet werden (auch bei Ländervergleichen). Ergebnisse von Gesundheitsberichten wiederum müssen auch umgesetzt werden.
- Es müssen übergreifende Ansätze gefördert werden, beispielsweise multiprofessionelle Behandlungs- und Förderplanung (eine Aufgabe der Erforschung der Gesundheitssysteme).
- Möglichkeiten der Beratung und verschiedene Behandlungspfade (u.a. Case-Management, Entlassungsmanagement in Krankenhäusern) müssen zusammengeführt und koordiniert werden. Generell müssen Krankenhäuser, Fachärzt*innen, Pflegekräfte und Sozialarbeiter*innen in Bereichen wie zum Beispiel der Suchthilfe, zusammenarbeiten.
- Als Handlungsmaßstab muss gelten, dass einzelne vulnerable Gruppen nicht diskriminiert werden, beispielsweise langzeiterwerbslose Menschen, Psychatriepatient*innen, Heimbewohner*innen, Menschen mit ambulantem Pflegebedarf oder (mehrfach) traumatisierte geflüchtete Menschen.
- Menschen- und Bürgerrechtsorganisationen müssen „naming and shaming“ betreiben, beispielsweise im jährlichen „Grundrechte-Report“ oder bei der Unterstützung von Musterklagen.

Tobias Baur ist Diplomverwaltungswissenschaftler und im Bereich der Projektbegleitung und Organisationsentwicklung für Sozialorganisationen sowie Unternehmensverantwortung tätig. Er engagiert sich im Bundesvorstand der Humanistischen Union.

B. PD Dr. Thomas Lampert: Gesundheit und Armut (Zusammenfassung)

Soziale Unterschiede in der Gesundheit und in der Lebenserwartung

Verschiedene Datenerhebungen zeigen, dass die mittlere Lebenserwartung je nach Einkommen variiert. Männer mit hohem Einkommen leben im Schnitt 10,8 Jahre länger als Männer mit niedrigem Einkommen. Bei Frauen beträgt die Differenz 8,4 Jahre. Auch sind Personen mit niedrigem sozialen Status deutlich häufiger von chronischen Krankheiten wie Bronchitis, Diabetes, Herzkrankheiten sowie Magen-, Darm, und Lungenkrebs betroffen (Datenbasis: SOEP 1995-2005 und Periodensterbetafeln).



Thomas Lampert, © Andreas Domma, Berliner Photoart

Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren

Die Unterschiede in der Lebenserwartung hängen unter anderem mit dem Gesundheitsverhalten zusammen. Personen mit einem niedrigen sozialen Status konsumieren statistisch häufiger ungesunde Substanzen, treiben weniger Sport, ernähren sich ungesünder und betreiben seltener Gesundheitsvorsorge. Beispielsweise rauchen unter den 18- bis 29-jährigen Männern mit einem hohen sozialen Status 24 Prozent; während unter den Männern mit einem niedrigen sozialen Status der selben Altersgruppe 55 Prozent rauchen. Einschränkend muss hier jedoch darauf hingewiesen werden, dass Personen mit einem hohen sozialen Status eher dazu geneigt sind, sozial erwünschte Antworten zu geben, welche die Ergebnisse möglicherweise verfälschen (Datenbasis: DEGS1 2008-11 [Lampert et al. 2013]).

Frühe Weichenstellung in Kindheit und Jugend

Besonders entscheidend sind auch frühkindliche Einflussfaktoren wie mütterliches Rauchen oder das Versäumen von ärztlichen Untersuchungen während der Schwangerschaft.

Auch soziale Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen wirkt sich auf ihren allgemeinen Gesundheitszustand aus. So treten bei Kindern mit niedrigem sozialen Status häufiger psychische Auffälligkeiten oder ADHS auf. Familiäre Ressourcen können die negativen Folgen von Armut und sozialer Benachteiligung abschwächen. Familiärer Zusammenhalt, emotionale Unterstützung, gemeinsame Aktivitäten etc. wirken sich gesundheitsförderlich aus. Auch höhere Schulbildung verbessert die Gesundheitschancen. Der Besuch eines Gymnasiums geht mit geringerem Risiko für Gesundheitsprobleme und riskantem Gesundheitsverhalten einher. Schaffen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus den Sprung auf ein Gymnasium drückt sich in deutlich verbesserten Gesundheitschancen aus (Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009-12); KiGGS-Basis (2003-06)¹ und KiGGS Welle 1 (2009-12); KiGGS Basis (2003-06) und KiGGS Welle 1 (2009-12)).

Zeitliche Entwicklungen und Trends

Es lässt sich feststellen, dass in der Bundesrepublik insgesamt die Lebenserwartung im Zeitraum von 1995 bis 2007/2008 gestiegen ist; bei Personen mit niedrigem sozialen Status um

1,1 Jahre; bei Personen mit hohem sozialen Status um 2,8 Jahre. In den sogenannten neuen Bundesländern stieg die Lebenserwartung hingegen um 1,4 beziehungsweise 0,7 Jahre weniger als in den sogenannten alten Bundesländern (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003, GEDA 2009 und 2012).

Erklärungsansätze und Perspektiven

Soziale Ungleichheiten führen zu sogenannten vermittelnden Mechanismen wie mangelnde soziale Sicherung, durch die Wohnsituation bedingte negative Umwelteinflüsse, Stressbelastungen am Arbeitsplatz, ein ungesunder Lebensstil, fehlende soziokulturelle Teilhabe, Mangel an Wertschätzung und Selbstwertgefühl. Diese Faktoren fördern wiederum gesundheitliche Ungleichheit.

Ferner bedarf es eines ganzheitlichen, Politikfelder übergreifenden Verständnisses von Gesundheit, um einen gerechten und gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit für alle zu erreichen. Sowohl Bildung, Arbeitsbedingungen, soziale und kommunale Netzwerke als auch individuelle Lebensweisen müssen bei der Gesundheitsvorsorge mitbedacht werden (Mielck 2005, Lampert et al. 2015).

Thomas Lampert, geboren 1970, studierte Soziologie, Psychologie und Statistik in Berlin. Lampert leitet den Fachbereich Soziale Determinanten der Gesundheit am Robert-Koch-Institut.

2. Themenforen

A. Dipl.-Soz. Jeffrey Butler: Wer arm ist stirbt früher – Bedeutung von sozialer Ungleichheit für das Menschenrecht auf Gesundheit

Schon im neunzehnten Jahrhundert wurde die enge Verbindung zwischen einer ungünstigen sozialen Lage in einem Gebiet und der Inzidenz von Krankheiten beziehungsweise einer erhöhten Mortalität eindeutig nachgewiesen. Trotz der allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen der Bevölkerung ist das Thema auch in Deutschland wieder höchst aktuell geworden. Damals ging es meist um Faktoren wie schlechte Hygiene, beengte Wohnverhältnisse oder die Verarmung ganzer Bevölkerungsschichten, welche die Übertragung von Seuchen begünstigten. Heute beruhen die sozial bedingten Mortalitätsunterschiede eher auf eine höhere Mortalität durch nichtübertragbare Krankheiten.



Themenforum mit Jeffrey Butler,
© Andreas Domma, Berliner Photoart

Die Ursachen für den starken Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit liegen heute nicht unbedingt in formellen Barrieren zur Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung, sondern eher in den Lebensumständen der betroffenen Menschen. Diese schließen unter anderem die folgenden Faktoren ein:

- die Bildung,
- die Arbeit, Arbeitslosigkeit bzw. auch Arbeitsbelastungen,
- ein eventueller Migrationshintergrund,
- die Wohnsituation
- sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten.
- Hierbei sind Männer und Frauen oft unterschiedlich betroffen.

Wie Sie sehen, basieren meine heutigen Ausführungen auf der Gesundheitsdefinition aus der WHO-Verfassung von 1946:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO 1946)

Das, was in Deutschland gemeinhin als „Gesundheitspolitik“ bezeichnet wird, ist eigentlich die Behandlung oder Verwaltung von Krankheit. Wenn es darum geht, Verbindungen zwischen Armut und Gesundheit für die meisten Menschen in Deutschland aufzuzeichnen, hat dies nur zu einem sehr kleinen Teil mit dem Zugang zu bzw. Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu tun. Der Rest hängt sehr eng mit den ungleichen Lebensbedingungen zusammen. Das Thema des ungleichen Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung wird ohnehin mit Frau Misbach im anderen Themenforum behandelt.

Da ich davon ausgegangen bin, dass Thomas Lampert vom Robert Koch Institut uns die oben angesprochenen Zusammenhänge zwischen Gesundheit beziehungsweise Sterblichkeit und den Lebensbedingungen der Menschen sehr sachkundig anhand der neusten wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen würde, habe ich mich entschieden, diese Zusammenhänge

eher sozialräumlich – anhand der Berliner Bezirke beziehungsweise LOR (Lebenswelt orientierte Räume) – zu demonstrieren. Zum Teil basiert mein Beitrag auf eine Publikation der Eberhard-Schultz-Stiftung bei der ich mitgewirkt habe, „Soziale Spaltungen in Berlin“. Darüber hinaus werde ich einiges aus meinem neusten gendersensiblen Gesundheits- und Sozialbericht bringen. Die Karten zur psychosozialen Versorgung im Bezirk Mitte stammen aus meinem Basisgesundheitsbericht aus dem Jahre 2006.

Unzureichende Bildung – die Wurzel vieler Probleme

In einer modernen Wirtschaft, wie der in Deutschland, spielt die Bildung eine Schlüsselrolle in Hinblick auf die soziale Lage – und davon abgeleitet die Gesundheit – der Bevölkerung, da es sehr wenige Arbeitsplätze für unqualifizierte Arbeitskräfte gibt – und die Jobs, die es gibt, werden heiß umkämpft. Ein niedriges Bildungsniveau bedeutet oft unsichere Arbeitsverhältnisse für weniger als den Mindestlohn und häufige Perioden der Arbeitslosigkeit beziehungsweise des Lebens von Grundsicherung.

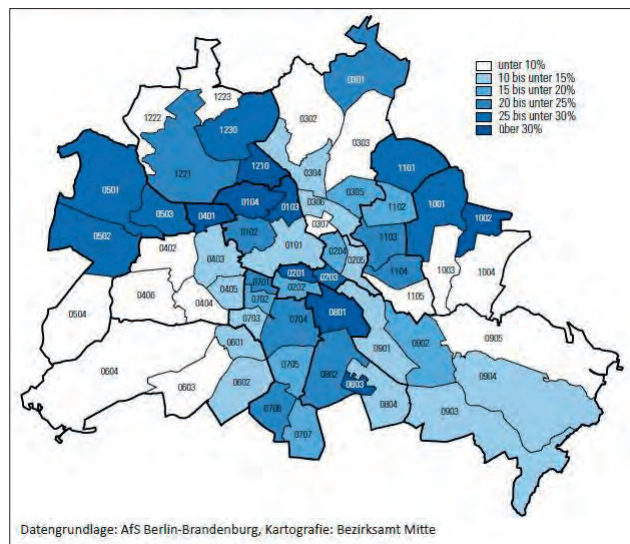
Insgesamt fallen 15,5% aller Berliner in die Kategorie der über 25-jährigen Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand, das heißt, sie haben weder die Hochschulreife noch eine Berufsausbildung. Die Unterschiede zwischen den Bezirken sind in dieser Hinsicht jedoch enorm. Während im Bezirk Pankow lediglich 6,1% der Bevölkerung gering qualifiziert ist, sind es 26,7% der Bevölkerung in Neukölln, mehr als viermal so viele. Dieser Indikator ist einer der wenigen, an dem ausgeprägte Ost-West-Unterschiede immer noch auszumachen sind – 20 Jahre nach der Wiedervereinigung. Während die ehemaligen Ostberliner Bezirke davon profitieren, dass das Gros der Schüler*innen mindestens die Polytechnische Oberschule absolvierte und anschließend eine Ausbildung gemacht hat, fällt der große Anteil an schlecht gebildeten Menschen in Westberliner Bezirken wie Neukölln, Spandau und Mitte deutlich ins Auge.

Arbeit – das A und O bei der Lebensgestaltung

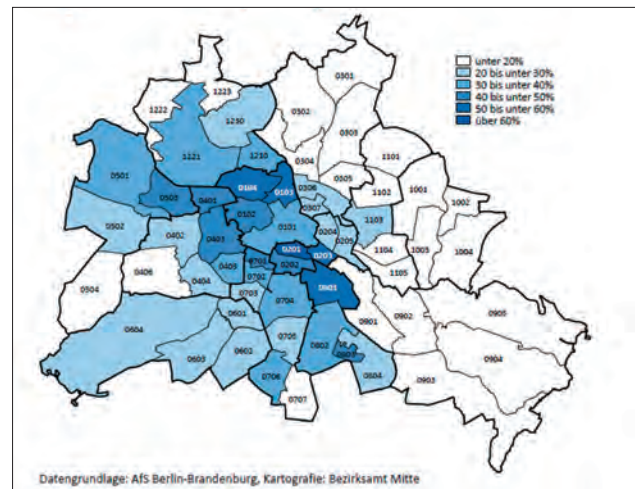
Die Arbeit ist ein wesentlicher Bestandteil im Leben eines Menschen. Nicht nur als Einkommensquelle, und dadurch mitbestimmend für die materielle Situation, sondern auch als sinngebendes und strukturierendes Element im Leben des Einzelnen. Menschen, die ihre Arbeitsstelle verloren und noch keine neue Arbeit gefunden haben, geht es im Durchschnitt gesundheitlich wesentlich schlechter als dem Durchschnitt der Beschäftigten und der gesamten Bevölkerung. Untersuchungen zeigen, dass Arbeitslose eine höhere Sterblichkeit, häufigere und längere körperliche Erkrankungen, mehr psychische Leiden, ein riskanteres Gesundheitsverhalten und eine häufigere Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung als Erwerbstätige aufweisen.

Die Empfänger von Leistungen zur „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ nach dem Sozialgesetzbuch II oder im Volksmund „Hartz IV“ sind die Arbeitslosen, die keinen Anspruch (mehr) auf Arbeitslosengeld I haben. Wie auch beim Anteil der Menschen mit unzureichender Bildung gibt es auffällig große Unterschiede zwischen den Berliner Bezirken. Der Anteil der ALG II-Empfänger*innen im höchstplatzierten Bezirk Neukölln (28,5%) ist fast dreimal so hoch wie im niedrigsten Bezirk Steglitz-Zehlendorf (9,7%). Insgesamt korrelieren die Anteile der ALG II Bezieher*innen gut mit den Bezirken, in denen hohe Anteile von Menschen mit unzureichender Bildung wohnen.

Auch unterhalb der Ebene der Berliner Bezirke gibt es größere Unterschiede im Anteil an Menschen, die Arbeitslosengeld II beziehen (vgl. Karte 1). Bei der Betrachtung der Prognoseräume (PRG) in Berlin wird insbesondere eine Konzentration von Hilfeempfänger*innen in den sozial benachteiligten Gebieten in der Innenstadt deutlich. Sechs der neun PRG mit einem ALG II-Empfang bei mehr als 30% der Bevölkerung liegen eher zentral in Berlin: in Mitte (Wedding und Gesundbrunnen), in Reinickendorf (Reinickendorf-Ost), in Charlottenburg (Charlottenburg-Nord), in Friedrichshain-Kreuzberg (Kreuzberg-Nord) und in Neukölln (Neukölln).



Es gibt auch unterhalb der Bezirksebene große Unterschiede beim Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund. Karte 2 zeigt den jeweiligen Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in den Prognoseräumen (PRG) in Berlin. Gut zu erkennen sind die unterschiedlichen Anteile im Ost- und Westteil der Stadt. Im Westteil der Stadt wird die Konzentration von Migranten*innen in wenigen zentral gelegenen Prognoseräumen deutlich. Anteile von über 50% gibt es gegenwärtig in fünf Prognoseräumen: Wedding (0104), Gesundbrunnen (0103), Kreuzberg-Nord (0201), Kreuzberg-Ost (0203) sowie Neukölln (0801). Mit einem über 66-prozentigen Anteil an Menschen mit MH führt Kreuzberg-Nord unangefochten die Rangordnung. Auffällig in der Karte ist die Tatsache, dass es kaum Prognoseräume im ehemaligen Ostberlin gibt, wo der Migrantenanteil über 20% liegt. Insbesondere im Westteil der Stadt geht ein Migrationshintergrund häufiger mit sozialer Benachteiligung einher (vgl. Karte 1).



Karte 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Prognoseräumen in Berlin (30.06.2015)

Unzureichende Bildung wird oft „vererbt“

Eine Statistik der Schulabgänger*innen in den Berliner Bezirken im Schuljahr 2015/2014 zeigt, dass just in den Bezirken, wo ein hoher Anteil der über 25-jährige Bevölkerung über eine unzureichende Bildung verfügte, auch die nächste Generation mit ziemlicher Sicherheit durch das gleiche Schicksal betroffen sein wird. Die drei Bezirke, in denen größere Teile der erwachsenen Bevölkerung im Schnitt schlecht gebildet sind, befinden sich auch unter den Spitzenreitern bei den aktuellen Schulabgänger*innen ohne Abschluss. Im Gegensatz zum Bildungsstand der erwachsenen Bevölkerung befindet sich Marzahn-Hellersdorf, als ehemaliger Ostberliner Bezirk, auch in dieser gefährdeten Gruppe.

Die Tatsache, dass schon von der Bildung her diese Jugendlichen eine schlechte Ausgangslage in der Suche nach einer Arbeitsstelle im stark umkämpften Niedriglohnbereich haben, bedeutet, dass sie unter Umständen nicht den Sprung ins Erwerbsleben schaffen werden.

Wenn man die gegenwärtigen Schulabgänger*innen nach Geschlecht differenziert, wird es evident, dass vor allem junge Männer durch einen fehlenden Schulabschluss betroffen sind, sowohl in ganz Berlin als auch insbesondere im Bezirk Mitte. Dort verließen im Schuljahr 2014/2015 mehr als ein Fünftel der männlichen Jugendlichen die Schule ohne einen Abschluss.

Übergewicht und Adipositas: ein Verbindungsglied zwischen Armut und Gesundheit

Ein Risikofaktor für eine Reihe von Gesundheitsproblemen im Erwachsenenalter (unter anderem Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes und Gelenkprobleme) ist das Vorkommen von Adipositas – das heißt, starkes Übergewicht. Und wer als Kind unter Übergewicht oder Adipositas leidet, obliegt auch im Erwachsenenalter einem höheren Risiko Gewichtsprobleme zu haben. In der Schuleingangsuntersuchung für das Land Berlin (Bettge/Oberwöhrmann 2015) wurde u.a. ein starker sozialer Schichtgradient beim Vorkommen von Übergewicht und Adipositas festgestellt: Waren lediglich 4% der Schulanfänger*innen der oberen sozialen Statusgruppe übergewichtig oder adipös, betrug der Anteil in der unteren Statusgruppe 16%, d.h. viermal so viel. Auch in der bezirklichen Rangordnung beim Gewichtsstatus ist dieser Zusammenhang

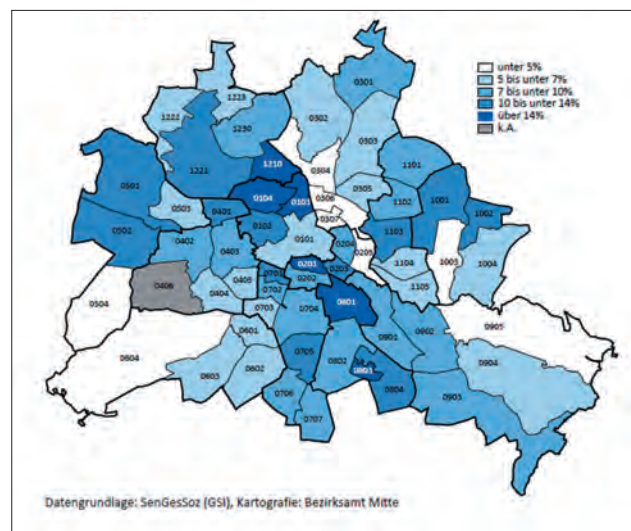
sichtbar. Insbesondere die sozial benachteiligten Bezirke, wie Mitte und Neukölln, sind vom kindlichen Übergewicht betroffen während das Problem in den besser gestellten Bezirken (z.B. Pankow und Steglitz-Zehlendorf) kaum existent ist.

Da die Schuleingangsuntersuchung eine der wenigen gesundheitsbezogenen Datenquellen ist, die kleinräumig ausgewertet werden können, lässt sich das Vorkommen von Übergewicht und Adipositas bei der Schuleingangsuntersuchung auch für die Prognoseräume in Berlin zeigen (vgl. Karte 3). Prognoseräume, in denen mehr als 14% der Schulanfänger übergewichtig sind, befinden sich insbesondere in einigen eher zentral gelegenen Prognoseräumen in Berlin. Wie aus der Literatur zu erwarten, zeigt sich hier eine sehr gute Übereinstimmung mit der räumlichen Verteilung der Hartz IV-Empfänger*innen. Insbesondere die Kinder aus sozial benachteiligten PRG in Mitte, Kreuzberg und Neukölln sind von Übergewicht und Adipositas betroffen.

Herz-/Kreislaufkrankungen: häufigster Grund für Krankenhausbehandlung bei Erwachsenen

Wie oben angedeutet, führen sogenannte Lebensstilfaktoren (u.a. mangelnde Bewegung und ungesunde Ernährung) oft zu Adipositas bereits im Kindesalter und anschließend zu Herz-/Kreislaufkrankungen im Erwachsenenalter. Unter den häufigsten Herz-/Kreislaufkrankungen sind die ischämischen oder koronaren Herzkrankheiten (KHK). Diese sind Erkrankungen, bei denen es zu einer Sauerstoff-Minderversorgung des Herzmuskels aufgrund einer Verengung der Koronararterien (Herzkranzgefäße) kommt.

Die höchsten Plätze in der bezirklichen Rangordnung bei Krankenhausinanspruchnahme wegen ischämischen Herzkrankheiten korrelieren ziemlich gut mit der sozialen Lage der jeweiligen Bezirke – sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Bei beiden Geschlechtern belegen die Bezirke Neukölln, Mitte, Spandau und Reinickendorf die Spitzenplätze – genauso wie beim Adipositas bei der Schuleingangsuntersuchung. Männer sind hiervon deutlich stärker betroffen als Frauen. Dies ist bei vielen anderen gesundheitsrelevanten Indikatoren auch der Fall (vgl. BA Mitte, 2016).



Karte 3: Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung in den Prognoseräumen von Berlin (2014)

Wenn man arm ist, muss man früher sterben?

Eine Datenquelle, die erst retrospektiv Schlussfolgerungen zur Gesundheit einer Bevölkerung erlaubt, ist die amtliche Mortalitätsstatistik. Hier gibt es verschiedene Indikatoren, die eine Verbindung mit der sozialen Lage der Bewohner*innen eines Gebiets zeigen, u.a. die vorzeitige Sterblichkeit, die vermeidbare Sterblichkeit und die Lebenserwartung. Insbesondere die sogenannte „vorzeitige Sterblichkeit“, das heißt, die Mortalität von Menschen im Alter von 0 bis unter 65 Jahren, wird als Messlatte für gesundheitliche Ungleichheit betrachtet, da man davon ausgeht, dass durch Maßnahmen der Prävention beziehungsweise der Leistungen der Gesundheitsversorgungssysteme die Vermeidung des Todes in den jüngeren Altersgruppen möglich sein sollte.

Bei der Sterblichkeit der unter 65-Jährigen – wie bei anderen Indikatoren der gesundheitlichen Lage belegen die Männer und Frauen aus sozial benachteiligten Bezirken, das heißt, unter anderem Neukölln, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg, die Spitzenplätze in der bezirklichen Rangordnung. Hier sind Männer ebenfalls deutlich stärker als Frauen betroffen.

Die Verbindung zwischen Sterblichkeit und der sozialen Lage der Bevölkerung kann auch anhand von einzelnen Todesursachen gezeigt werden. Die ischämischen Herzkrankheiten gehören beispielsweise zur Kategorie der „vermeidbaren Sterblichkeit“. Unter „vermeidbare Sterblichkeit“ werden Sterbefälle verstanden, bei denen der Tod durch optimale gesundheitliche Versorgung bzw. Vorsorge hätte verhindert werden können (vgl. SenGesSoz 2011, BA Mitte 2006). Der Begriff „vermeidbare Sterblichkeit“ wurde von der WHO geprägt und bezieht sich auf ausgewählte Todesursachen, die bei optimaler Versorgung und Vorsorge als vermeidbar gelten. Nicht eingeschlossen sind hierbei – abgesehen von Kraftfahrzeugunfällen – Todesfälle, die auf fahrlässiges oder schuldhaftes Verhalten einzelner zurückzuführen sind. Bei der vermeidbaren Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten zeigt sich die Reihenfolge der Bezirke wieder einmal stark durch die jeweilige soziale Lage geprägt. Hier ist eine gute Korrelation mit dem Anteil der Menschen, die SGB II (Hartz IV) empfangen, sofort sichtbar.

Letzten Endes schlagen sich die Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den Bezirken auch in der Lebenserwartung nieder. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen finden sich die sozial benachteiligten Bezirke Neukölln, Mitte und Spandau an prominenter Stelle in der Rangordnung wieder. Insgesamt wird hier evident, dass Männer auch bei der Lebenserwartung den Kürzeren ziehen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern in den einzelnen Bezirken variiert dabei zwischen 4 und 6 Jahren. Besonders eklatant ist dieser Unterschied in Mitte, wo die Frauen im Schnitt 82,0 und die Männer lediglich 76,1 Jahre leben.

Wie komme ich zum nächsten Arzt?

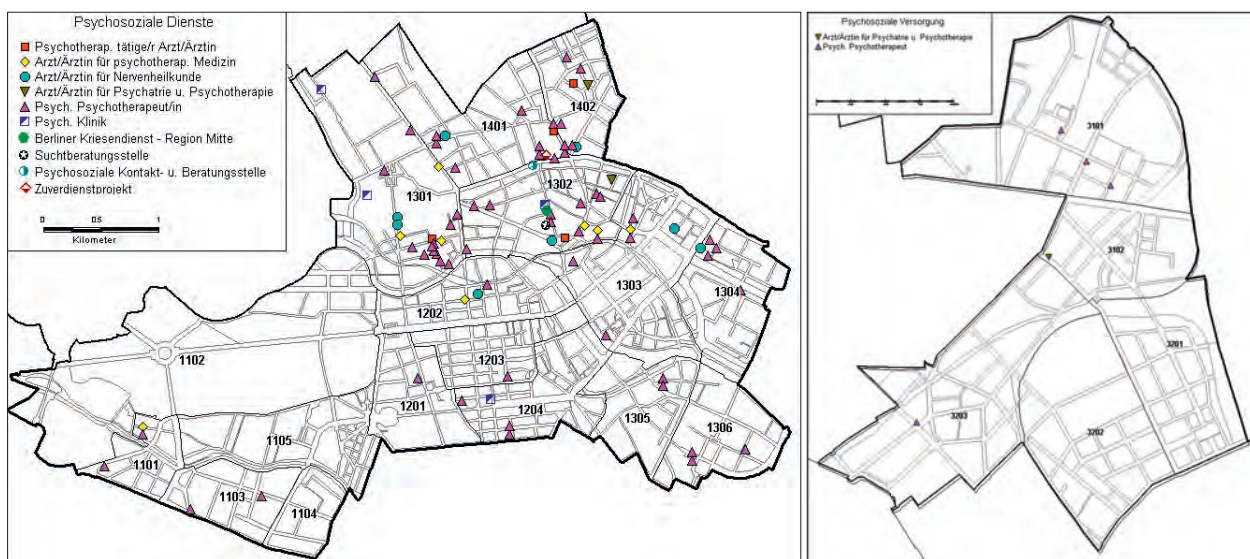
Trotz der Tatsache, dass es dabei in erster Linie um „Reparatur“ im Ernstfall geht, spielt die gesundheitliche Versorgung eines Gebietes auch eine Rolle bei der Gesundheit der Bevölkerung. Objektiv gesehen, sind die Menschen im Ballungsraum Berlin von der Versorgungsdichte her deutlich besser versorgt, z.B. als diejenigen in den Flächenländern im Ostteil von Deutschland. Normal bewegliche Menschen können ohne weiteres quer durch die Stadt fahren, um den Arzt ihrer Wahl aufzusuchen – und sie tun es auch. Nichtsdestotrotz ist eine wohnortnahe Versorgung in vielen ärztlichen und therapeutischen Fachbereichen weiterhin erstrebenswert. Die Inanspruchnahme und Akzeptanz gesundheitlicher Angebote von Seiten der Bevölkerung steigt mit der Erreichbarkeit und dem Bekanntheitsgrad der Einrichtungen. Dies gilt insbesondere für Personengruppen, die durch ihr Alter bzw. durch physische, psychische oder sonstige Behinderungen in ihrem Bewegungsradius eingeschränkt sind.

Das Problem in Berlin entsteht dadurch, dass die Versorgungsgebiete in den letzten 15 Jahren immer größer geworden sind, sodass die Möglichkeit, dass durch Praxisumzüge usw. Disparitäten entstehen konnten, ständig vergrößert wurde. Bis zum Jahre 2001 (Bezirksreform) bildeten die 23 ehemaligen Bezirke die ärztlichen Versorgungsgebiete in Berlin. Von 2001 bis 2003 waren es die 12 neue Bezirke. Seit 2004 ist jedoch ganz Berlin ein Versorgungsgebiet. Das bedeutet, dass in den letzten Jahren immer wieder Praxen in sozial benachteiligten Gebieten geschlossen und in Gebiete verlegt wurden, wo die Ärzt*innen hoffen, mehr Privatpatient*innen zu erreichen.

Es wird gegenwärtig von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Senatsverwaltung versucht, dagegen zu steuern, indem Zulassungssperren für einzelne Fachgebiete in überversorgten Bezirken wiedereingeführt werden. Wenn man jedoch die Verteilung der ambulant ärztlichen Praxen in Berlin betrachtet, ist eine klare Tendenz hin zu einem sehr dichten Netz

der ärztlichen Versorgung in den zentral gelegenen Stadtteilen und einer wesentlich lückenhafteren ambulanten Versorgung an der Peripherie bzw. in sozial benachteiligten Gebieten weiterhin zu beobachten.

Abschließend werde ich zwei Karten der psychosozialen Versorgung in benachbarten Prognoseräumen aus einem älteren Gesundheitsbericht des Bezirks Mitte zeigen, welche das Problem gut illustrieren. Die erste Karte (Karte 4) zeigt ein überwiegend sozial bessergestelltes Gebiet im Zentrum der Stadt und die zweite Karte (Karte 5) ein sozial benachteiligtes Gebiet im ehemaligen Bezirk Wedding. Der Bezirk Mitte bekommt seit Jahren keine aktuellen Standortdaten für die Arztpraxen, aber die Situation hat sich seitdem mit ziemlicher Sicherheit nicht grundsätzlich geändert. Aus diesen Karten wird die ungleichmäßige Verteilung der ärztlichen Versorgung in Berlin beispielhaft sichtbar. Für normal bewegliche, gut situierte Menschen mag es nichts ausmachen, wenn sie ein bisschen weiter zum nächsten (bzw. ihren) Arzt fahren müssen. Aber für sozial benachteiligte, ältere, behinderte oder anderweitig bewegungseingeschränkte Menschen kann es von größerer Bedeutung sein.



Karte 4

Karte 5

Fazit

Die sozialen Spaltungen innerhalb des Landes Berlin führen dazu, dass die Bewohner*innen bestimmter Gebiete sowohl eine stärkere soziale als auch gesundheitliche Betroffenheit aufweisen. Dies geht u.a. mit einer unzureichenden Bildung der Bevölkerung einher, was auch zur Verstärkung der Benachteiligung führen kann. Ein Migrationshintergrund kann mit einer sozialen Benachteiligung einhergehen – muss er aber nicht. Letzten Endes führt diese Benachteiligung oft zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die auch zur vorzeitigen Sterblichkeit und einer kürzeren Lebenserwartung führen können.

Jeffrey Butler, Gesundheitsamt Berlin-Mitte, ist Diplomsoziologe, kommt ursprünglich aus den USA und lebt seit 1982 in Berlin. Butler ist im Bezirksamt Berlin-Mitte für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung zuständig.

B. Dipl.-Psych. Elène Misbach: Nicht versichert, nicht behandelt – Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen für Geflüchtete und Menschen ohne Versicherung (Zusammenfassung)



Themenforum mit Elène Misbach, © Andreas Domma, Berliner Photoart

Was heißt das: „Menschenrecht auf Gesundheitsversorgung“?

Im UN-Sozialpakt wurde vereinbart, dass jeder Mensch ein Recht auf optimale Gesundheitsversorgung hat. Das bedeutet, dass alle Menschen das Recht auf den Zugang zu barrierefreier und finanziell erschwinglicher Gesundheitsversorgung mit hoher Qualität haben. Theoretisch gilt dies unabhängig von beispielsweise Aufenthaltsstatus, Herkunft, religiöser Ausrichtung oder Sexualität.

Mit den Menschenrechten gehen immer auch Verpflichtungen der Staaten einher, die den UN-Sozialpakt unterschrieben haben. Dazu möchte ich ein Zitat aus dem Staatenbericht Deutschlands zum UN-Sozialpakt (Februar 2017) anführen: „In Deutschland können sich die Menschen auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung verlassen“. Dabei ist fraglich, wie die Gesundheitsversorgung in Deutschland in der Realität aussieht.

Nach der Definition des globalen Gesundheitsziels der WHO „universal health coverage“ (UHC) soll allen Menschen ein Höchstmaß an Gesundheitsversorgung zustehen, ohne dass sie finanziellen Hindernissen ausgesetzt sind. In der UHC-Definition ist das gesamte Spektrum an Gesundheitsleistungen enthalten. Das bedeutet, allen Menschen steht nicht nur eine Akutversorgung zu, sondern auch Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Ähnliches. Der Anspruch des UHC folgt dem Prinzip, möglichst allen Menschen umfangreiche Leistungen zu ermöglichen und von ihnen nur einen geringen Eigenanteil an der Finanzierung einzufordern. Dieses Prinzip wird jedoch beim Asylbewerberleistungsgesetz nicht eingehalten.

Das UHC ist in den nachhaltigen Entwicklungszielen der Vereinten Nationen (engl. Sustainable Development Goals (SDGs)) fest verankert. Alle unterzeichnenden Staaten müssen regelmäßig über die Erreichung der SDGs Bericht erstatten. Diese Berichte dienen wiederum als Ansatzpunkt für zivilgesellschaftliche Organisationen, um Kritik zu üben.

Deutschland nimmt im Bereich der UHC international eine Vorreiterrolle ein und unterstützt Programme zur Erreichung einer gedeckten Gesundheitsversorgung in sogenannten Entwicklungsländern. Obwohl es in Deutschland ein qualitativ hohes Maß an Gesundheitsversorgung gibt, existieren Lücken im System. Dies kann durch das Einnehmen einer solchen Vorreiterrolle auf internationaler Ebene leichter verschleiert werden.

In der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung vom März dieses Jahres heißt es: „Gesundheit ist ein Menschenrecht, dass das Recht für alle auf ein erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit anerkennt. Es schließt die Verfügbarkeit von quantitativ ausreichenden und qualitativ genügenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen ebenso ein, wie den diskriminierungsfreien Zugang zu den vorhandenen Gesundheitseinrichtungen“. Das deutsche Gesundheitssystem mit der gesetzlichen Krankenversicherung wird international als Vorbild gesehen.

Zugangsbarrieren im deutschen Gesundheitssystem

Doch wie sieht die Wirklichkeit aus? Es gibt massive rechtliche Einschränkungen insbesondere bei der Kostenerstattung von Gesundheitsleistungen. Damit einhergehend sind betroffene Personen enormen finanziellen Hürden ausgesetzt. Auch massive Sprachbarrieren führen zu einem erschwerten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem. So werden beispielsweise Dolmetscher*innen bei Arztbesuchen nicht ausreichend finanziert.

Weitere Zugangsbarrieren sind aufwändige Verwaltungsvorgänge sowie mangelnde Kenntnisse über das Gesundheitssystem. Mangelnde Kenntnisse sind dabei nicht den Patient*innen anzulasten. Informationen über das Gesundheitssystem sollten von Staat beziehungsweise von Kommunen zur Verfügung gestellt werden, um die betroffenen Personen aufzuklären.

Rechtliche Zugangsbeschränkungen

Wenn wir von rechtlichen Zugangsbeschränkungen sprechen, reden wir grundsätzlich von verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Jedoch sind die Übergänge zwischen diesen Gruppen fließend:

Asylsuchende haben Anspruch auf Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Diese Versorgung ist in den ersten 15 Monaten jedoch nur eingeschränkt verfügbar. So werden Leistungen nur in akuten Fällen (z.B. Schmerzfällen) bewilligt. Dabei wird in der Praxis unterschiedlich ausgelegt, was ein solcher akuter Fall ist. Das Medibüro argumentiert sehr großzügig und setzt dabei die Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung gleich. Das Problem ist, dass die unbestimmt formulierte Regelung eine gewisse Willkür in der Anwendung durch die Verwaltung bedingt.

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus haben ebenfalls einen Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

EU-Bürger*innen steht, bei einem Aufenthalt in Deutschland von mehr als drei Monaten ohne legale Beschäftigung, kein Anspruch auf Kostenerstattung zu. Das betrifft sehr viele Menschen, insbesondere aus den neueren EU-Staaten. Deutsche Staatsbürger ohne Krankenversicherung erhalten nur eine Notfallversorgung.

Alle Menschen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, mithin Geflüchtete, Asylsuchende und Geduldete, müssen beim Sozialamt einen Krankenschein beantragen, um eine Krankenversorgung zu erhalten. Die Praxis zur Austeilung dieses Krankenscheins unterscheidet sich stark von Kommune zu Kommune.

Die zentrale Barriere für **Menschen ohne Papiere oder ohne geregelten Aufenthaltsstatus** ist die Übermittlungspflicht nach § 87 des Aufenthaltsgesetzes. Nach diesem Gesetz werden bei einem Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt, die persönlichen Daten an die Ausländerbehörde weitergegeben. Dies kann gegebenenfalls eine Abschiebung nach sich ziehen. Diese bedrohlichen Konsequenzen veranlassen Menschen ohne Aufenthaltsstatus dazu, keine Kostenübernahme zu beantragen. Stattdessen organisieren sich betroffene Personen nicht selten über Umwege medizinische Versorgung. Diese oder eine vergleichbare Übermittlungspflicht nach § 87 des Aufenthaltsgesetzes gibt es in keinem anderen europäischen Staat.

Eine weitere Einschränkung für Menschen ohne Papiere ist die allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, welche 2009 eingeführt wurde. Diese schränkt die Übermittlungspflicht bei der Kostenübernahme im Falle einer Notfallbehandlung zwar ein, so dass die Daten nicht übermittelt werden dürfen. In der Praxis wird dieses Gesetz jedoch nicht eingehalten. Es gibt Krankenhäuser, die befürchten auf den Kosten sitzen zu bleiben und deshalb diese allgemeine Verwaltungsvorschrift nicht umsetzen. Stattdessen üben sie häufig Druck auf die Patient*innen aus, die Leistungen bar zu bezahlen.

Das Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Gesundheitsversorgung auf der einen und ordnungspolitischen Maßnahmen auf der anderen Seite stellt ein massives Problem für Menschen ohne Papiere, aber auch für Asylsuchende, Geduldete und andere betroffene Gruppen dar.

Folgen der Zugangsbarrieren

Die Folgen dieser Zugangsbarrieren können insbesondere für Menschen ohne Papiere, häufig vor allem Geflüchtete, gravierend sein. Einfache Krankheiten können für diese Menschen existenzbedrohlich sein. Aufgrund dieser Barrieren wird medizinische Hilfe nicht oder erst spät in Anspruch genommen. Einfache Krankheiten können durch Nichtbehandlung verschlimmert oder chronisch und dadurch zu Notfällen werden.

Eine weitere Folge insbesondere für illegalisierte weibliche Personen ist, dass sie im Falle einer Schwangerschaft keine Vor- und Nachsorge erhalten, obwohl diese Leistungen im Asylbewerberleistungsgesetz enthalten sind. Auch hier besteht die Problematik, dass eine Übermittlung der persönlichen Daten an die Ausländerbehörde erfolgen kann, so dass diese Leistungen oft nicht in Anspruch genommen werden.

Das Medibüro kann an dieser Stelle als Teil eines parallelen Sicherungssystems verstanden werden. Wir vermitteln an Ärzt*innen, die Leistungen kostenlos anbieten. Dabei werden alle anfallenden Kosten, z.B. für Medikamente, über Spendeneinnahmen bezahlt. Es gibt bundesweit ähnliche Strukturen und Projekte, die sich dieser Problematik widmen und parallele Systeme entwickeln. Das Problem dabei bleibt, dass ein solches selbstorganisiertes System immer ungenügend ist und niemals als Ersatz für die reguläre Versorgung dienen kann. Das Medibüro kritisiert schon seit Jahren, dass es nicht die Rolle des Lückenfüllers übernehmen kann und gleichzeitig der Bedarf an solchen Parallelsystemen zu groß ist, um die Arbeit des Medibüros zu stoppen.

Unsere Forderung: Wir wollen weg von Parallelsystemen und hin zu einer Integration in das geregelte Sicherungssystem für alle Menschen. Dies wäre vergleichsweise leicht machbar, wenn es dafür einen politischen Willen gäbe. Alle Menschen, die einen Anspruch auf gesundheitliche Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, könnten in die regulären Sicherungssysteme überführt werden. Auch wenn es dann einen Rechtsanspruch auf gesundheitliche Leistungen gäbe, würde dies dem Staat nicht mehr kosten als das jetzige Sicherungssystem.

Lösungsansätze

Brauchen wir eine bundesweite Lösung oder lokale Flickenteppiche? Die Antwort darauf ist: Beides! Es ist notwendig, sowohl auf Bundesebene als auch auf lokaler Ebene, Lösungsansätze zu entwickeln:

Wir fordern im Hinblick auf Menschen ohne Papiere die Abschaffung beziehungsweise eine Einschränkung des § 87 des Aufenthaltsgesetzes, weil dieser die zentrale Zugangsbarriere darstellt.

Wir wollen eine Integration aller in die gesetzliche Krankenversicherung.

Wir fordern die Einführung einer sogenannten elektronischen Gesundheitskarte. Eine solche Karte würde gewährleisten, dass Menschen diskriminierungsfrei Versorgung in Anspruch nehmen können. Gleichzeitig würde die Antragstellung auf einen Krankenschein beim Sozialamt wegfallen, was den Verwaltungsaufwand reduzieren würde. Zudem wäre auf einer solchen Gesundheitskarte nicht vermerkt, ob Patient*innen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben. Dies verhindert einen stigmatisierten Umgang durch die Arztpraxen und Willkür durch die Behörden. Dass eine solche elektronische Gesundheitskarte funktioniert, zeigt das Land Bremen. Dort wurde eine solche Gesundheitskarte bereits 2015 eingeführt. Dabei zeigt eine erste Bilanz, dass Bremen durch diesen Schritt Geld eingespart hat.

Wir visieren einen sogenannten anonymen Krankenschein an. Dieser würde vor allem Menschen ohne Papiere helfen. Hierzu gibt es bereits Modellversuche in Niedersachsen (die zuständigen Stellen befinden sich in Göttingen und Hannover). Ein solches Projekt wurde auch im Koalitionsvertrag der rot-rot-grünen Landesregierung Berlins festgehalten. Auch wenn sich hier bereits etwas bewegt, hakt die Umsetzung des Projektes in Berlin bei der sogenannten Bedürftigkeitsprüfung.

Wenn es gut läuft, kann das Projekt schon im nächsten Jahr (2018) umgesetzt werden. Es braucht dann Träger, die anonyme Krankenscheine ausstellen. Das Medibüro kann und will kein solcher Träger sein. Nicht nur, weil wir kein eingetragener Verein sind, sondern auch, weil es nicht unsere Aufgabe ist, diese Lücken zu füllen. Gerne wollen wir jedoch in einer Art Beiratsfunktion die Umsetzung des Projekts unterstützen und den Prozess kritisch begleiten. Wir müssen uns auch vor Augen halten, dass wir nicht über einen anonymen Krankenschein nachdenken müssten, wenn der § 87 des Aufenthaltsgesetzes nicht existieren würde.

Eine Gesundheitskarte ist inzwischen in acht Bundesländern, wenn auch nicht immer flächendeckend, eingeführt worden. Um eine Gesundheitskarte allgemein zu etablieren, müssen Rahmenverträge mit den entsprechenden Krankenkassen geschlossen werden. Das Problem dabei ist auch hier, dass nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur eingeschränkte Leistungen garantiert werden.

In Leipzig ist die Einführung der Krankenkarte kürzlich abgelehnt worden. Das Argument lautet: Das Projekt sei zurzeit nicht durchführbar, da die Krankenkassen „wesentliche sich aus dem Gesetz ergebende Anforderungen“ nicht umsetzen könnten. Als Begründung dafür werden die eingeschränkten Leistungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz angeführt, welche die Krankenkassen nicht prüfen können. Diese Begründung ist absurd, da diese eingeschränkten Leistungen ohnehin ein sehr schwammiges Konstrukt darstellen.

Elène Misbach, Diplompsychologin, arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Alice-Salomon-Hochschule und ist für das Medibüro Berlin aktiv.

3. Podiumsdiskussion zum Thema „Wege zu einer gerechten Gesundheitsversorgung für alle“ (Zusammenfassung)

Moderiert von Marion Amler, Maren Janella, Gesundheit Berlin Brandenburg e.V.



Podiumsdiskussion: Elène Misbach, Jeffrey Butler, Azize Tank MdB, Marion Amler und Maren Janella (Moderation), Tobias Baur und Eberhard Schultz, © Andreas Domma, Berliner Photoart

Eberhard Schultz: Wir brauchen einen verbindlich festgeschriebenen Katalog der sozialen Menschenrechte, damit sich jede*r einzelne, jeder Verband und jede Gruppe darauf beziehen und diese Rechte einklagen kann – sowohl Betroffene von fehlender Gesundheitsversorgung, als auch Geflüchtete oder Wohnungslose. Dazu müsste das Zusatzprotokoll zum UN-Sozialpakt endlich von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert werden. Obwohl bereits 23 Staaten das Zusatzprotokoll ratifiziert haben, steht es in Deutschland seit 2008 auf dem Prüfstand. Das ist ein Skandal!

Außerdem müssen soziale Menschenrechte gleichberechtigt wie bürgerliche und politische Rechte im Grundgesetz verankert werden. Genauso wie das Recht auf Meinungsfreiheit, müsste das Recht auf Gesundheit oder das Recht auf Wohnung im Grundgesetz festgeschrieben werden. Natürlich „steht viel im Grundgesetz, was nicht realisiert wird“, aber ein besseres Instrument haben wir nicht und ohne dieses Instrument wären wir schlechter dran. Daher müssen wir zunächst darum kämpfen, dass diese Rechte im Grundgesetz explizit erwähnt werden. Die konkrete Verwirklichung müsste dann trotzdem immer wieder neu erstritten werden. Das ist schließlich in allen Bereichen so. Denken wir beispielsweise an den 8 Stunden Tag oder den Kündigungsschutz. Sie stehen immer wieder neu zur Disposition. Diese Anliegen müssen mit den Betroffenen einerseits und andererseits mit den Menschen- und Bürgerrechtsgruppen gemeinsam artikuliert werden.

Tobias Baur: Ideal wäre es, wenn Betroffene in eigener Sache aktiv würden, um Druck zu erzeugen. Das ist aber in der Realität häufig schwierig. Die vulnerablen Gruppen sind oft gar nicht artikulatio nsfähig, wie beispielsweise Pflegebedürftige, die von Sinnesbeeinträchtigungen betroffen sind oder Gruppen, die kein Wahlrecht haben wie Kinder oder Geflüchtete. In

diesen Fällen bedarf es einer starken Zivilgesellschaft, die sich für Betroffene einsetzt, beispielsweise mit einer Musterklage.

Neben dem Instrument der Klage ist es auch wichtig, ‚naming und shaming‘ zu betreiben. Verstöße gegen soziale Menschenrechte müssen also auch politisch angeprangert werden. Einige europäische Länder haben das Zusatzprotokoll bereits ratifiziert, u.a. Frankreich und Italien. Entsprechend sind im europäischen Zusammenhang soziale Menschenrechtsverstöße relevant und können vor dem UN-Sozialausschuss moniert werden.

Bezüglich des Rechts auf Gesundheit ist es wichtig, abschließend zu betonen: Wir brauchen ein umfassendes Gesundheitsverständnis. Gesundheit muss in Zusammenhang mit Armut, Ungleichheit und Bildung gesehen werden. Ein Satz von Herrn Dr. Lampert blieb mir diesbezüglich besonders in Erinnerung: „Kinder tappen in die gleiche Falle wie ihre Eltern, was ihr Gesundheitsverhalten angeht.“ Das hat etwas mit ähnlichen Lebenslagen zu tun, mit ähnlichen Bedingungen und mit ähnlichen sozialen Milieus. Für die kommende Generation kann daher nur Bildung helfen, derartige Wiederholungsfallen zu vermeiden. Auch berufs- und arbeitsbezogene Gesundheitsbelastungen müssen wir mitdenken. Bei Berufskrankheiten besteht jedoch immer das Problem des Nachweises der Kausalität. Es ist kompliziert nachzuweisen, durch welche spezifische Belastung eine Krankheit hervorgerufen wurde. In vielen Fällen sind es schließlich auch ganz verschiedene Einflüsse und Faktoren, die den Gesundheitszustand belasten und bestimmte Symptome hervorrufen.

Die Politik muss bestimmte soziale und ökonomische Bedingungen schaffen, die es allen Menschen ermöglichen ein gesundes Leben zu leben. Dies ist nur möglich, wenn die Kommunen gestärkt und die Lage versetzt werden, Sozialpolitik aktiv mitgestalten zu können. Die politische Steuerung darf jedoch keine diktatorischen Züge annehmen. Es muss bürgerrechtlich auch ein Recht auf Unvernunft bestehen, solange andere Menschen dadurch nicht beeinträchtigt werden. Man muss sehr genau hinschauen, wo Sozialstaat aufhört und wo Regelungswut anfängt. Ich glaube, dass die individuelle Freiheit und die Lust sein eigenes Leben zu gestalten, keinesfalls ins Hintertreffen geraten darf.

Azize Tank: Das Ziel unserer Veranstaltung ist es, die Gesellschaft für soziale Menschenrechte zu sensibilisieren. Die Menschen sollen wissen, welche Rechte sie haben. Wir müssen nicht darauf warten, bis die sozialen Menschenrechte im Grundgesetz explizit verankert sind und das Zusatzprotokoll zum UN-Sozialpakt ratifiziert ist. Die Unantastbarkeit der Würde des Menschen ist bereits jetzt in Artikel 1 des Grundgesetzes verankert. Wir sollten parallel neben diesen wichtigen Forderungen anprangern, was im Gesundheitssystem und grundsätzlich in der Sozialpolitik falsch läuft und Alternativvorschläge machen. Als Sprecherin für soziale Menschenrechte der Bundestagsfraktion Die LINKE, habe ich mir dies für vier Jahre vorgenommen und sogar einen Gesetzesentwurf zur Aufnahme sozialer Grundrechte in das Grundgesetz zur Abstimmung gebracht. Wir können nicht darauf warten, dass die Politik etwas tut, sondern müssen die Politik in die Pflicht nehmen. Dafür reicht es nicht, alle vier Jahre wählen zu gehen, sondern wir müssen uns zusammentun, unsere Erwartungen artikulieren und vorhandene Defizite mit konkreten Aktionen füllen.

Es ist für mich nicht nachvollziehbar, dass bestimmte Parteien Menschen elementare Rechte entziehen und trotzdem wiedergewählt werden. Da frage ich mich, nach welchen Kriterien überhaupt gewählt wird. Ich möchte niemandem Dummheit unterstellen. Die Menschen wissen, was sie wählen. Wenn wir, als LINKE, von der Verwirklichung der sozialen Menschenrechte sprechen, dann wird immer wieder gefragt, woher das Geld dafür kommen sollte? Unser Vorschlag dazu ist, den Verteidigungshaushalt von 70 Milliarden Euro zu kürzen und keine Kriege mehr im Ausland zu führen. Diese Gelder könnte man für Bildung, Gesundheit und die Förderung gerechter Arbeitsbedingungen nutzen.

Jeffrey Butler: Wir müssen eine gerechte Gesundheitsversorgung für alle anstreben. Dazu ist es wichtig, das Zusatzprotokoll zu ratifizieren, um die Bedeutung der sozialen Menschenrechte generell hervorzuheben. Parallel müssen soziale Menschenrechte in konkreten Bereichen erstritten werden, indem wir uns darauf konzentrieren, welche Instrumente es schon gibt, wie z.B. das Präventionsgesetz. Dieses wird genutzt, um Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen zu finanzieren, insbesondere bezogen auf den Arbeitsplatz. Auch die Städte und Kommunen müssten mehr Projekte fördern, um bestimmte Zielgruppen zu unterstützen.

Gesundheit bedeutet jedoch nicht nur kranke Menschen zu versorgen, sondern Gesundheit zu garantieren – von der Kindheit bis ins hohe Alter. Mit Blick auf die Bedeutung eines erweiterten Verständnisses von Gesundheit, ist es interessant zu vergleichen, wie wenig der Staat von seinem Gesundheitsbudget für Gesundheitsförderung ausgibt (3 %) und wie viel für Gesundheitsversorgung (97 %). Meine Hoffnung ist, dass irgendwann weniger Menschen überhaupt eine Gesundheitsversorgung benötigen, weil die Vorsorge und die generellen Lebensbedingungen sich entsprechend verbessert haben.

Elène Misbach: Die Politik muss gezwungen werden, etwas zu tun. Denn die Lücken in der Gesundheitsversorgung sind von der Politik gemacht. Das betrifft unter anderem Menschen ohne Papiere, die komplett aus dem System fallen, Asylsuchende, die nur sehr eingeschränkt Leistungen erhalten sowie die sogenannten „neuen“ EU-Bürger*innen, die keinen Zugang zu sozialen Sicherungssystemen haben. Außerdem beobachten wir, als Medibüros, immer wieder bürokratische Schikane und rassistisch motivierte Ausgrenzung.

Wir haben folglich doppelte Arbeit. Auf der einen Seite versuchen wir ganz praktisch medizinische Unterstützungsarbeit zu leisten und an Sozial- und Rechtsberatungsstellen zu vermitteln. Gleichzeitig machen wir Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit, um auf die Probleme aufmerksam zu machen und auf gesetzlicher Ebene etwas zu verändern. Unsere Arbeit zeigt jedoch, es reicht nicht aus, die Zivilgesellschaft in die Pflicht zu nehmen. Grassroots Organisationen können eine gewisse Macht entfalten, aber diese Macht ist endlich.

Es ist ein grundsätzliches Problem und aus meiner Sicht verfassungsrechtlich bedenklich, dass ordnungspolitische Maßnahmen vor das Recht auf Gesundheit gestellt werden. Mit Hinblick auf die Personengruppe ohne Papiere, Illegalisierte, drückt sich das dahingehend aus, dass sie ihren Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf (eingeschränkte) Gesundheitsversorgung de facto nicht umsetzen können, weil ihnen in dem Moment, in dem sie die Kostenübernahme durch das Sozialamt beantragen, die Abschiebung droht. D.h. die Bundesregierung kann sich damit rühmen, der Verpflichtung zur Versorgung aller, nachzukommen. Letztlich stehen jedoch ordnungspolitische und migrationspolitische Maßnahmen im Vordergrund. Und das obwohl das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich festgestellt hat, dass das Existenzminimum nicht aus migrationspolitischen Erwägungen heraus eingeschränkt werden darf.

Viele Menschen, die nach Deutschland oder auch nach Europa geflüchtet sind, haben das aus der puren Not heraus getan. Viele auch aus Lust auf ihre Zukunft. Hier werden ihnen jedoch endlos viele Barrieren in den Weg gestellt. Sie haben früher ein selbstbestimmtes Leben geführt und sind nun abhängig von der Willkür der Behörden oder dem guten Willen von Helfer*innen. Dafür, dass alle Menschen selbstbestimmt ihr eigenes Leben in die Hand nehmen können, sollten wir uns gemeinsam einsetzen. Das ist nicht nur eine Frage der antirassistischen Haltung, sondern es geht weit darüber hinaus.

4. Ergänzende Forderungen und Ergebnisse

Die Forderungen und Ergebnisse ergänzen und konkretisieren die Aussagen der Referent*innen und greifen weitere Fragen von Teilnehmer*innen der Diskussionen in den Themenforen auf:

- Man muss so viele Menschen wie möglich mitnehmen. Alle müssen Zugang zu Gesundheitsversorgung bekommen. Geflüchtete und sozial-benachteiligte Einheimische dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.
- Menschliche Arbeit wird zunehmend durch Maschinen, Roboter und Algorithmen ersetzt. Durch den (drohenden) Verlust des Arbeitsplatzes werden sozioökonomische Faktoren und damit die Gesundheit der Betroffenen negativ beeinflusst. Die Zukunft der Arbeit entscheidet auch über die Zukunft der Gesundheit.
- Die Qualität der Arbeitsbedingungen spielt ebenfalls eine große Rolle. Überlastung, Termindruck und Mobbing können zu großen gesundheitlichen Problemen führen. Deshalb ist eine steigende Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt auch ein Faktor, der über den Gesundheitszustand vieler Menschen mitentscheidet. Psychische Krankheiten sind schon seit Jahren auf dem Vormarsch. Hier besteht Handlungsbedarf, um diesen Trend aufzuhalten.
- Die Tatsache, dass sich Armut und geringe Bildung negativ auf die Gesundheit auswirken, zeigt auch gleichzeitig die Lösung des Problems auf. Mehr Investitionen in Bildung, bessere Umverteilung und eine stark ausgebaute Daseinsvorsorge können den gegenteiligen Effekt erzielen. Daher ist eine gute und solidarische Daseinsvorsorge, die staatlich organisiert ist, unerlässlich. Die Kürzungen müssen ein Ende haben.
- Die Pharmaindustrie ist ein wichtiger Stakeholder im Gesundheitswesen. Diese muss so gestaltet sein, dass sie dem Wohle aller Menschen dient und nicht den Profitinteressen weniger.
- Es ist wichtig, dass Akteure der Zivilgesellschaft auf mehreren Ebenen ansetzen: sowohl bei der Veränderung der grundsätzlichen Strukturen als auch bei der praktischen Hilfe der Betroffenen „im Hier und Jetzt“. Die Schaffung von Parallelsystemen ist grundsätzlich problematisch, da diese dem Staat erlauben, sich aus der Gesundheitsversorgung zurückzuziehen. Die Zivilgesellschaft muss diesen Widerspruch stetig artikulieren, um auf diese Problematik aufmerksam zu machen.
- Welchen konkreten Auftrag birgt das (auch völkerrechtlich verankerte) Diskriminierungsverbot hinsichtlich des sozialen Menschenrechts auf Gesundheit in sich? Erstreckt sich dieses bis hin zur Gleichbehandlung von Geflüchteten mit den eigenen Staatsangehörigen?
- Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist ein zweischneidiges Schwert. Auf der einen Seite können durch die digitale Erfassung von Daten Bürger*innenrechte eingeschränkt werden, auf der anderen Seite kann die Karte den Zugang zum Gesundheitssystem für bestimmte Personengruppen erheblich erleichtern.
- Wenn das Argument des Schutzes der Allgemeinbevölkerung vorgebracht wird, müssen aktuelle Diskurse berücksichtigt werden. Dies kann durchaus wichtig sein, wenn es darum geht, Impfungen über den öffentlichen Gesundheitsdienst zu finanzieren.

5. Anhang

A. Gemeinsame Erklärung zum aktuellen UN-Staatenberichtsverfahren zu den sozialen Menschenrechten

Bundesregierung auf dem Prüfstand: Umsetzung der sozialen Menschenrechte bleibt eine wichtige Aufgabe – Zusatzprotokoll zum UN-Sozialpakt endlich ratifizieren!

Die Bundesregierung hat kürzlich (verspätet) dem UN-Sozialausschuss den 6. Deutschen Staatenbericht zu den im UN-Sozialpakt zugesicherten Rechten vorgelegt. In dem Berichtsverfahren wird geprüft, ob und wie diese Rechte umgesetzt werden – also das Recht auf Arbeit, das Recht auf soziale Sicherheit, das Recht auf Gesundheitsversorgung sowie die Rechte auf Bildung, angemessene Nahrung und Wohnung. Auch diesmal ist die Zivilgesellschaft aufgerufen, zum Staatenbericht Stellung zu beziehen, damit der UN-Sozialausschuss die kritischen Anmerkungen in seine Empfehlungen an die deutsche Regierung aufnehmen kann.

Eine wesentliche Kritik wird die ausstehende Unterzeichnung des Zusatzprotokolls zum UN-Sozialpakt sein. Die Bundesregierung hierzu: „*In dieser Legislaturperiode wurde das Prüfverfahren zur Ratifizierung neu eingeleitet. Angesichts der weitreichenden Implikationen des Sozialpaktes ist die Prüfung der Ratifizierung komplex und deshalb noch nicht abgeschlossen.*“

Dieser Erklärungsversuch ist völlig unzureichend. Bereits im Jahr 2008 hat die UN-Generalversammlung das Zusatzprotokoll zum Sozialpakt beschlossen, auf dessen Basis sich Einzelpersonen nach Erschöpfung des nationalen Rechtsweges bei der UN wegen Verstößen gegen soziale Menschenrechte beschweren können. Inzwischen wurde es von 22 Staaten ratifiziert, darunter Frankreich, Spanien und Italien. Deutschland gehört bisher nicht dazu, obwohl es zu allen anderen Menschenrechtsabkommen die jeweiligen Beschwerdeverfahren anerkannt hat.

Die individuellen Freiheits- und Bürgerrechte können nur verwirklicht werden (so die Präambel zum UN-Sozialpakt, dessen 50 jähriges Bestehen 2016 gefeiert wurde, vgl. unsere gemeinsame Erklärung: www.sozialemenschenrechtsstiftung.org/images/pdf/PM_Sozialpakt, „*wenn Verhältnisse geschaffen werden, in denen jeder seine wirtschaftlichen, sozialen wie kulturellen Rechte ebenso wie seine bürgerlichen und politischen Rechte genießen kann.*“ Dies ist in Zeiten zunehmender sozialer Spaltung aktueller denn je.

Wir rufen auch im Hinblick auf die Bundestagswahlen dazu auf, sich für die Umsetzung der sozialen Menschenrechte in Deutschland einzusetzen und damit die Voraussetzungen zu schaffen für eine soziale Gerechtigkeit, die ihren Namen verdient. Dazu könnten dienen die Unterstützung der Schattenberichte an die Bundesregierung und kritische Interventionen zur Bundestagswahl mit „Wahlprüfsteinen“ und Anfragen an die Parteien über Abgeordnetenwatch.

Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des *Paritätischen Gesamtverbandes*: „*In Zeiten sozialer Spaltung beobachten wir mit Sorge, wie in der deutschen Politik und Öffentlichkeit die Sensibilität für Menschenrechte nachlässt. Die sozialen Menschenrechte müssen endlich stärkere Beachtung finden, damit wachsende Armut und Ausgrenzung auf solider Grundlage bekämpft werden können. Die Ratifizierung des Zusatzprotokolls und die Erfüllung der Forderungen der Schattenberichte wären eine wichtige Botschaft an die Bevölkerung.*“



Berlin, im Juni 2017

B. Gesetzentwurf MdB Azize Tank u.a., Fraktion DIE LINKE zur Aufnahme sozialer Grundrechte in das Grundgesetz (Auszüge)

Deutscher Bundestag

Drucksache 18/10860

18. Wahlperiode

17.01.2017

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Azize Tank, Katja Kipping, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Annette Groth, Inge Höger, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Birgit Wöllert, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes

(Aufnahme sozialer Grundrechte in das Grundgesetz)

A. Problem

Soziale Grundrechte sind unabdingbar für ein würdiges Leben in einer sozial gerechten Gesellschaft. Wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK-Rechte) finden jedoch in der Bundesrepublik Deutschland weniger Beachtung und eine geringere Sicherung als bürgerliche und politische Rechte. Grund dafür ist die größtenteils fehlende Verankerung dieser Rechte in der deutschen Verfassung. Mit den Artikeln 20 Abs. 1 und 28 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) wurde die Bundesrepublik Deutschland jedoch auf die Sozialstaatlichkeit festgelegt („sozialer Bundesstaat“ bzw. „sozialer Rechtsstaat“).

Die Konkretisierung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Grundrechte, die die Sozialstaatlichkeit ausmachen, ist notwendig und nicht zuletzt auch eine Konsequenz bereits bestehender Rechtsanwendung. Diese unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechte sollen in die Verfassung inkorporiert werden. Soziale Menschenrechte sind gleichwertig mit den bürgerlichen und politischen, die bereits im Grundgesetz verankert sind. Diese sind nicht gegensätzlich, sondern bedingen einander. Die eine ist ohne die andere menschenrechtliche Dimension nicht denkbar, weil die bürgerlichen und politischen Freiheiten nicht vollumfänglich wahrgenommen werden können, wenn die Menschen nicht über die elementaren sozialen Rechte verfügen.

Die notwendige Kodifizierung ergibt sich auch aus der Anwendung von Artikel 1 Abs. 2 GG. Die Bundesrepublik ist Teil der Völkergemeinschaft und hat die menschenrechtlichen Verpflichtungen zu erfüllen, die die Völkergemeinschaft hervorgebracht hat. Das bedeutet, dass die Grundrechte des Grundgesetzes als Ausprägung der international anerkannten Menschenrechte begriffen werden müssen. Unter die international anerkannten Menschenrechte fallen insbesondere die Rechte, die im Rahmen internationaler völkerrechtlicher Verträge gemäß Artikel 59 Abs. 2 GG schon Teil des deutschen Rechts sind.

Dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 16. Dezember 1966 (UN-Sozialpakt) ist durch Bundesgesetz vom 23. November 1973 der innerstaatliche Anwendungsbefehl erteilt worden. Er trat am 3. Januar 1976 völkerrechtlich in Kraft und enthält die wichtigsten wirtschaftlichen Rechte (Recht auf Arbeit, Recht auf gerechte und günstige

Arbeitsbedingungen, Gewerkschaftsfreiheit, Streikrecht), sozialen Rechte (Schutz der Familie, Mutterschutz, Schutz von Kindern und Jugendlichen, Rechte auf soziale Sicherheit, angemessener Lebensstandard, Ernährung, Kleidung, Wohnung, Gesundheit, Wasser und Sanitärversorgung) und kulturelle Rechte (Recht auf Bildung, Teilnahme am kulturellen Leben und den Schutz des geistigen Eigentums). Ebenso sind die Gleichstellung der Geschlechter und ein umfassendes Diskriminierungsverbot aufgeführt.

Die Durchsetzung sozialer Menschenrechte ist gegenwärtig nur ungenügend gewährleistet. Wachsende Versorgungslücken sind vor allem in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Gesundheitsversorgung und Bildung zu finden. Anstatt soziale Menschenrechte flächendeckend zu garantieren, zieht sich der Staat zunehmend aus der Verantwortung, sodass die Absicherung von sozialen Risiken in immer mehr Bereichen bereits zu einer Privatsache geworden ist (z. B. Zusatzbeiträge und Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung oder private Altersversorgung wie die Riesterrete).

Die Umsetzung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte liegt in der Verantwortung, die die Bundesrepublik aufgrund bestehender Gesetze und Vereinbarungen übernommen hat. Für einen modernen Sozialstaat ist die Gewährung und individuelle Durchsetzbarkeit sozialer Grundrechte zudem keine Frage des Ermessens, sondern zwingend erforderlich.

Für eine umfassende Sicherung der sozialen Bedürfnisse der Menschen ist eine Verfassungsänderung notwendig. Die bisherige Ausgestaltung des Grundgesetzes reicht nicht aus, um wirksam vor Sozialabbau und sozialer Ausgrenzung zu schützen. Wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte gehören ins Grundgesetz, um ihre Durchsetzbarkeit zu stärken.

B. Lösung

Grundlegende wirtschaftliche und soziale Rechte werden mit der Aufnahme in das Grundgesetz verfassungsrechtlich konkretisiert, rechtlich durchsetzbar und zukunftsorientiert gewährleistet. Die Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips durch soziale Grundrechte gibt der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung konkrete Maßstäbe an die Hand. Zudem wird die soziale Verpflichtung des Staates dadurch ausdrücklich zu einem individuellen, subjektiv durchsetzbaren Recht. Den Menschen werden von Verfassung wegen unmittelbare Leistungsansprüche zugestanden, die im Falle ihrer Nichtgewährung gerügt werden können, d. h. auch individuell einklagbar sind. Dem fortschreitenden Abbau sozialer Sicherungssysteme wird so eine verfassungsrechtliche Grenze gesetzt.

Für das Leben jedes einzelnen Menschen unverzichtbare Inhalte des Sozialstaatsprinzips werden in Gestalt sozialer Grundrechte zu verbindlichen, grundrechtlich abgesicherten Mindeststandards. Soziale Grundrechte als Ausdruck eines neuen Entwicklungsniveaus im Verhältnis zwischen Staat und Bürgerinnen und Bürgern werden in den Normenbestand des Grundgesetzes aufgenommen und stellen damit nicht mehr nur einfaches Recht dar. Der hohe Rang, den die sozialen Menschenrechte

im internationalen Recht, im Länderverfassungsrecht sowie schließlich im Bewusstsein der Menschen genießen, rechtfertigt ihren Platz in der Verfassung.

Die in das Grundgesetz aufgenommenen sozialen Menschenrechte beinhalten die wichtigsten Voraussetzungen eines sozial gerechten Lebens in den Bereichen Arbeit, soziale Sicherheit, Gesundheit und Pflege, Wohnen und Bildung.

Darüber hinaus werden auch die Rechte der Kinder nach der UN-Kinderrechtskonvention ausdrücklich im Grundgesetz verankert. Die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigung bzw. Behinderung nach der UN-Behindertenrechtskonvention werden durchgängig berücksichtigt. Zu-

dem wird im Asylgrundrecht ein den völkerrechtlichen Verpflichtungen entsprechender Standard verankert. Dies ermöglicht eine umfassende Selbstbestimmung und gesellschaftliche Inklusion aller Menschen – unabhängig von ihrer sozialen Stellung.

Ergänzend werden spezielle Diskriminierungsverbote im Hinblick auf die „sexuelle Identität“, die „genetischen Eigenschaften“ und den „gesundheitlichen Zustand“ in den Gleichheitsgrundsatz im Grundgesetz eingefügt. Zudem wird das Streikrecht ausgebaut und das unbedingte Verbot der Zwangsarbeit etabliert.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Eine genaue Bestimmung der Kosten ist nicht möglich. Der Sozialstaat kostet nicht nur Geld, sondern wirkt sich auch positiv auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Staates aus und stabilisiert die demokratische Gesellschaft nachhaltig.

(...)

Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes (Aufnahme sozialer Grundrechte in das Grundgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen; Artikel 79 Absatz 2 des Grundgesetzes ist eingehalten:

Artikel 1

Änderung des Grundgesetzes

Das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, in der im Bundesgesetzblatt 1949 Teil III, Gliederungsnummer 100-1 veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 G. v. 23.12.2014 BGBl. I S. 2438 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 1a eingefügt:

„Artikel 1a

- (1) Jeder Mensch hat das Recht auf soziale Sicherheit. Der Staat ist verpflichtet, kollektive soziale Sicherungssysteme zu schaffen.
- (2) Jeder Mensch hat das Recht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums, das ihm diejenigen materiellen Voraussetzungen zusichert, die für seine Existenz und Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unerlässlich sind. Das Existenzminimum ist sanktionsfrei zu gewährleisten.“

2. Nach Artikel 2 wird folgender Artikel 2a eingefügt:

„Artikel 2a

- (1) Kinder und Jugendliche haben das Recht auf Förderung ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie zur Entwicklung und Entfaltung ihrer Persönlichkeit, auf gewaltfreie Erziehung und auf den besonderen Schutz vor Armut, Gewalt, Vernachlässigung und Ausbeutung.
- (2) Die staatliche Gemeinschaft achtet, schützt und fördert die Rechte der Kinder und Jugendlichen und trägt Sorge für kind- und jugendgerechte Lebensbedingungen. Sie unterstützt die Eltern bei ihrem Erziehungsauftrag.
- (3) Kinder und Jugendliche haben das Recht auf Beteiligung an den sie betreffenden Entscheidungen und an den gesellschaftlichen Prozessen.
- (4) Das Kindeswohl ist bei allen Entscheidungen, die die Rechte und Interessen von Kindern und Jugendlichen berühren, besonders zu berücksichtigen.“

3. Artikel 3 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

- „(3) Niemand darf insbesondere wegen des Geschlechts, der Abstammung, der Sprache, der sexuellen Identität, der genetischen Eigenschaften, des gesundheitlichen Zustands, des Alters, der Herkunft, der sozialen Stellung, des Glaubens, der religiösen oder politischen Anschauungen oder aus rassistischen Gründen, aufgrund der Staatsangehörigkeit oder des Aufenthaltsstatus benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf aufgrund einer Behinderung benachteiligt werden.“

4. Nach Artikel 3 werden die folgenden Artikel 3a bis 3d eingefügt:

„Artikel 3a

- (1) Im Mittelpunkt des Arbeits- und Wirtschaftslebens steht das Wohl der Menschen.
- (2) Jeder Mensch hat das Recht auf frei gewählte oder angenommene Arbeit.
- (3) Jede und jeder abhängig Beschäftigte hat das Recht auf gleichen Lohn für gleiche und gleichwertige Arbeit und das Recht auf angemessenen Lohn. Dieser muss mindestens einen angemessenen Lebensunterhalt sichern.
- (4) Jede und jeder abhängig Beschäftigte hat das Recht auf gesunde, sichere, inklusive und menschenwürdige Arbeitsbedingungen und Freizeit und Erholung. Der Staat ist zur Gestaltung einer familienfreundlichen Arbeitswelt verpflichtet.

Artikel 3b

- (1) Jeder Mensch hat das Recht auf eine menschenwürdige und diskriminierungsfrei zugängliche Wohnung und auf Versorgung mit Wasser und Energie. Die Miete muss einkommensgerecht sein.
- (2) Der Staat sorgt für Mieterschutz und gleicht Miet- und Wohnbelastungen aus. Er sichert den Zugang zu Wasser und Energie.

- (3) Die Räumung von Wohnraum ist unzulässig, wenn kein zumutbarer Ersatzwohnraum zur Verfügung gestellt wird.

Artikel 3c

- (1) Jeder Mensch hat das Recht auf Achtung, Schutz und Förderung seiner Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme der Gesundheits- und Pflegeleistungen.
- (2) Dieses Recht ist insbesondere durch einen gleichberechtigten, solidarisch finanzierten, diskriminierungsfreien Zugang zu den Leistungen der Gesundheitsförderung, Vorsorge, Versorgung und Nachsorge zu gewährleisten. Dies umfasst auch den Zugang zu Pflegeleistungen und Palliativversorgung.
- (3) Der Staat ist zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen in allen Lebensbereichen verpflichtet. Dazu gehört vor allem die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, um jedem Menschen umfassendes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden zu gewährleisten.

Artikel 3d

- (1) Jeder Mensch hat das Recht auf Bildung. Das Recht umfasst die frühkindliche Bildung, Schulausbildung, berufliche Aus- und Weiterbildung, Hochschulbildung und die allgemeine kulturelle und politische Bildung und Weiterbildung. Der Zugang zu allen öffentlichen Bildungseinrichtungen und die Lernmittel sind unentgeltlich sowie diskriminierungsfrei zu gestalten. Jeder Mensch hat das Recht, sich ein Leben lang den eigenen Bedürfnissen und Interessen folgend zu bilden.
- (2) Bildung ist auf die volle Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit gerichtet. Offene, inklusive Bildungswege, die pädagogische Freiheit der Lehrkräfte und die Selbstverwaltung der Bildungseinrichtungen im Rahmen der Gesetze und das Recht auf Mitbestimmung der Lernenden sind gewährleistet.“

5. Dem Artikel 9 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Das Streikrecht ist ohne Einschränkungen gewährleistet. Es umfasst auch das Recht zum politischen Streik. Die Aussperrung ist rechtswidrig.“

6. Artikel 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird das Wort „bestimmten“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Zwangsarbeit ist verboten.“

7. Artikel 16a wird wie folgt gefasst:

„Artikel 16a

- (1) Jeder Mensch, der aus begründeter Furcht vor Verfolgung aus rassistischen Gründen oder wegen seiner politischen Überzeugung, seiner Religion, der Nationalität, seines Ge-

schlechts, seiner sexuellen Identität, einer Behinderung oder wegen seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe flieht, erhält Asyl.

- (2) Jeder Mensch, dem infolge einer Abschiebung eine erhebliche Gefährdung seiner körperlichen Unversehrtheit, seiner Gesundheit, seines Lebens oder eines anderen grundlegenden Menschenrechts droht, hat Anspruch auf Schutz.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 17. Januar 2017

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

(...)

3. Sozialpolitische Notwendigkeit der Kodifizierung sozialer Grundrechte

Die Bundesrepublik Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt. Dennoch sind Millionen Menschen von Erwerbslosigkeit, prekärer Beschäftigung, (Einkommens-)Armut und sozialer Diskriminierung betroffen. Insbesondere Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Behinderung werden gesellschaftlich benachteiligt im Hinblick auf Beschäftigung und gleiche Entlohnung. Darüber hinaus besteht eine strukturelle Unterfinanzierung des Bildungs- und Ausbildungssystems, was sich besonders negativ auf die Chancen sozial benachteiligter Schüler und Schülerinnen auswirkt. Das deutsche Bildungssystem ist in hohem Maße sozial selektiv. Mehrere Studien haben eine strukturelle Benachteiligung von Kindern aus von Armut betroffenen Familien und mit Migrationshintergrund nachgewiesen. Im Bildungsbereich, aber auch bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird massiv Sozialabbau und eine Verlagerung sozialer Versorgung weg vom Staat in die Privatwirtschaft vorangetrieben. Soziale Sicherungssysteme schützen immer weniger vor Notlagen wie Ausgrenzung, Armut, Diskriminierung und Obdachlosigkeit. Stattdessen findet auch hier eine Auslagerung in die private Vorsorge statt, die sich nur Besserverdienende leisten können. Die Sozialhilfeleistungen nach dem SGB II, SGB XII und insbesondere nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, dessen Leistungsniveau noch erheblich unterhalb des Sozialhilfesatzes liegt, reichen für einen angemessenen Lebensstandard eines jeden Menschen nicht aus. Die sozialen Sicherungssysteme sind weit davon entfernt, die Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen.

Nach dem Bericht des Paritätischen Gesamtverbands zur Armutsentwicklung in der Bundesrepublik 2016 beträgt die bundesweite Armutsquote fast unverändert 15,4 Prozent, wobei in einzelnen Bundesländern ein erheblich höheres Armutsrisiko besteht (Der Paritätische Gesamtverband e. V., Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016, S. 22).

Weiterhin wird konstatiert:

„Sehr stark überproportional von Armut betroffen sind auch im Jahr 2016 wieder

- Alleinerziehende (41,9 Prozent)
- Familien mit drei und mehr Kindern (24,6 Prozent)

- Erwerbslose (57,6 Prozent)
- Menschen mit niedrigem Qualifikationsniveau (30,8 Prozent)
- sowie Ausländer (32,5 Prozent)
- oder Menschen mit Migrationshintergrund generell (26,7 Prozent).“ (ebd. S. 23).

Dies hat wiederum auch Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation. Denn das soziale Umfeld und die jeweiligen Arbeits- und Lebensbedingungen sind nicht unwesentlich für eine mangelhafte Gesundheit und daraus resultierende Risiken verantwortlich.

Auch diese tatsächlichen Defizite bei der Gewährleistung sozialer Rechte verdeutlichen die Notwendigkeit der Aufnahme individueller sozialer Grundrechte in die Verfassung. (...)

III. Soziale Menschenrechte als universelle Rechte

Der Gesetzentwurf fasst die vorgeschlagenen sozialen Grundrechte als sog. Jedermann-Grundrechte. Es wird insoweit keine personelle Beschränkung der individuellen Berechtigung zur Geltung und Inanspruchnahme der sozialen Grundrechte vorgesehen. Einer solchen Ausgestaltung der sozialen Grundrechte liegt die Auffassung zu Grunde, dass es keine Ungleichbehandlung von deutschen Staatsangehörigen und Nichtstaatsangehörigen hinsichtlich der sozialen Sicherung bzw. der Gewährleistung eines Mindeststandards von sozialen Rechten geben darf. Soziale Grundrechte sind Menschenrechte. Sie sind Grundbedingungen für ein Leben in menschlicher Würde für einen jeden Menschen.

Die dargestellte Entwicklung zeigt, dass die sozialen Menschenrechte durch die Völkergemeinschaft entschieden fortentwickelt wurden und einen festen Bestandteil des internationalen Menschenrechtssystems darstellen. Eine gerechte Globalisierung erfordert Maßnahmen zur Stärkung dieser Entwicklung. Die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte aller Menschen müssen sowohl innerstaatlich als auch völkerrechtlich nachhaltig gesichert und fortentwickelt werden.

Die Kodifizierung von einklagbaren sozialen Grundrechten im Grundgesetz setzt dabei die Bestimmungen aus Artikel 1 Abs. 2 GG am wirksamsten um. Damit werden alle Menschen in der Bundesrepublik Deutschland in die Lage versetzt, ihre sozialen Rechte im Einklang mit den völkerrechtlichen Verpflichtungen der Bundesrepublik und den Bestimmungen des Grundgesetzes durchzusetzen.

Bei den neu eingefügten sozialen Grundrechten handelt es sich um einklagbare subjektive und damit durchsetzbare Grundrechte. Dies zeigen ihre Verortung im Grundrechtskatalog und die daraus folgende Bindung aller staatlichen Gewalt (vgl. Artikel 1 Abs. 3 GG) sowie die Rechtsschutzgarantien in Artikel 19 Abs. 4 GG und Artikel 93 Abs. 1 Nr. 4a GG.

(...)

Der vollständige Gesetzesentwurf ist online abrufbar unter folgendem Link:
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/108/1810860.pdf> aufrufbar

Darin enthalten sind zusätzlich: Informationen zu verfassungsrechtlichen Aspekte und internationalen Verpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland sowie Erläuterungen zu den Artikeln des Gesetzentwurfs.

Wie Sie uns unterstützen können:

Unterstützung

Die Eberhard-Schultz-Stiftung ist auf Ihre Unterstützung angewiesen, um ihre Ziele zu erreichen. Sie können unsere Arbeit unterstützen z.B., indem Sie unsere Arbeit bekannt machen, bei der Realisierung von Modellprojekten und Forschungsvorhaben mitwirken, als Botschafterinnen und Botschafter der Stiftung tätig werden sowie durch Spenden oder Zustiftungen.

Spenden

Spenden sind für die Fortsetzung unserer Arbeit von großer Bedeutung, insbesondere da wir keinerlei institutionelle Unterstützung erhalten.

Die Stiftung ist als gemeinnützig anerkannt, so dass Spenden steuerlich absetzbar sind. Wir stellen Spendenbescheinigungen aus, die beim Finanzamt eingereicht werden können.

Spenden bis zu 200 Euro im Jahr können Sie auch per vereinfachtem Spendennachweis geltend machen mittels Kontoauszug, weitere Informationen auf unserer Webseite.

Unsere Kontoverbindung

Berliner Sparkasse, IBAN: DE69 1005 0000 1060 9716 20, BIC: BELADEVB33XXX

Zustiftungen

Von besonderer Bedeutung sind (Zu-)Stiftungen für uns. Sie erhöhen das Stiftungsvermögen und stärken damit nachhaltig die finanzielle Basis der Stiftung.

Unter einer Zustiftung verstehen wir die Erhöhung einer bereits geleisteten Stiftungssumme (Stiftung). Zustiftungen bzw. Stiftungen sind ab 5.000 Euro in jeder beliebigen Höhe möglich.

Zustiftungen werden ebenfalls steuerlich gefördert.

Über Einzelheiten informieren wir Sie gerne. Zögern Sie nicht uns zu kontaktieren.



Eberhard-Schultz-Stiftung
für soziale Menschenrechte und Partizipation

Haus der Demokratie und Menschenrechte
Greifswalder Str. 4 · D-10405 Berlin
Telefon 030 245 33 798 · Telefax 030 245 33 796
Mail: info@sozialeMenschenrechtsStiftung.org
www.sozialeMenschenrechtsStiftung.org

