

SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND DER ZUGANG ZU GESUNDHEIT

„Zugang zum Gesundheitssystem“, Tagung des
Instituts für Europäische Gesundheitspolitik und
Sozialrecht - ineges

Prof. Dr. Cara Röhner
9. April 2024, Berlin

I. Einleitung

I. Soziale Benachteiligung und Gesundheit

1. Diskriminierungsschutz
2. Menschenrecht auf diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung
3. Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum

III. Beispiele: Benachteiligungen beim Zugang zu Gesundheit

IV. Fazit und Ausblick

I. EINLEITUNG

EINLEITUNG

Soziale Benachteiligung und Gesundheit aus gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Perspektive

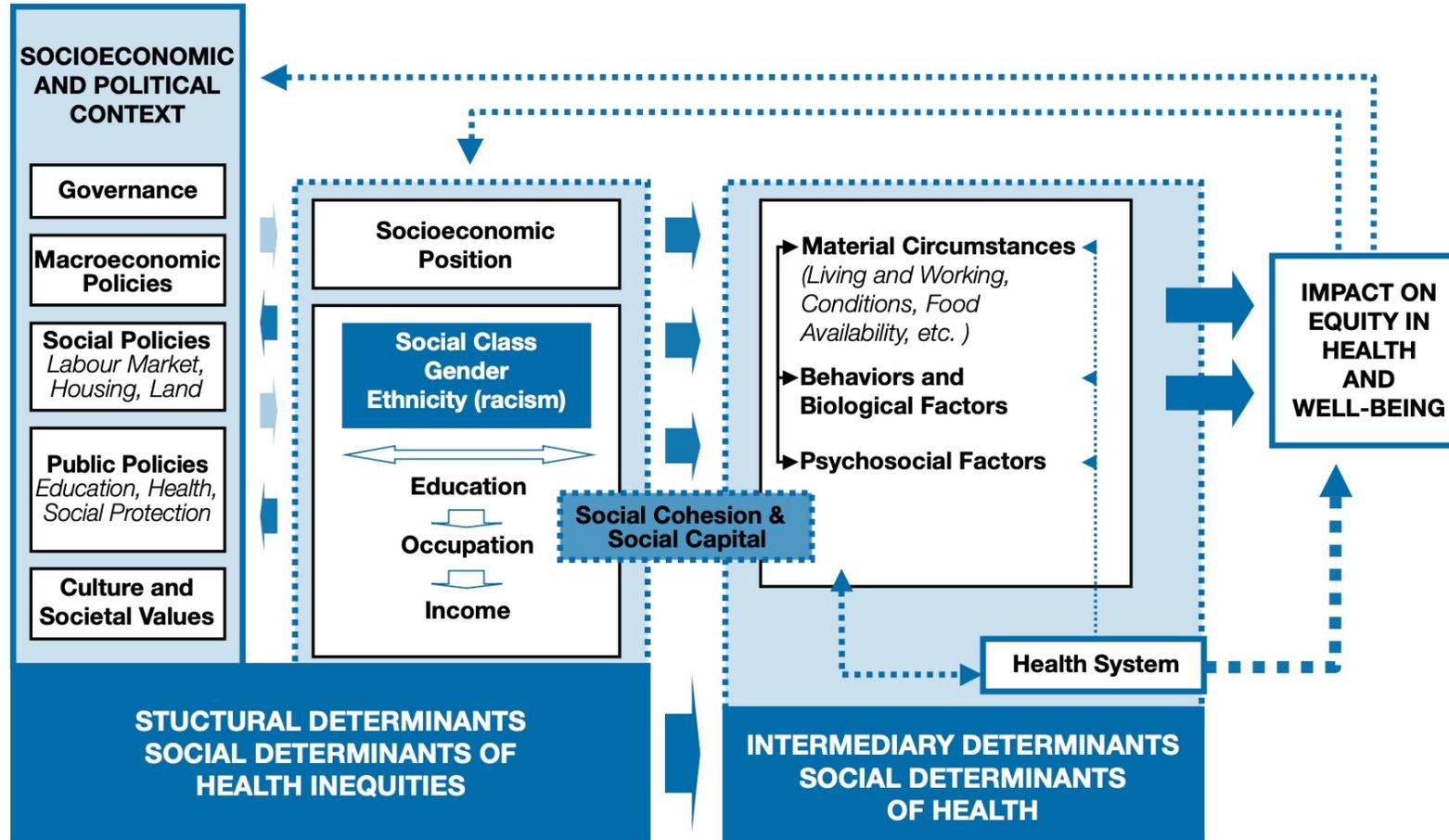
- Gesundheit, Gesundheitszugang, Gesundheitsversorgung, Gesundheitskompetenz sind entsprechend von Ungleichheitsachsen ungleich in der Gesellschaft verteilt.
 - Sozioökonomischer Status (insbes. Einkommensarmut)
 - Kinder und Jugendliche
 - Ältere Menschen
 - Geschlecht
 - Rassismus
 - Migration
 - Behinderung
 - ...

EINLEITUNG

WHO: Soziale Determinanten von Gesundheit

Figure A. Final form of the CSDH conceptual framework

“Health Equity“



II. SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND GESUNDHEIT

- **Ungleichheit, Benachteiligung und Diskriminierung** als strukturelle, gruppenbezogene Phänomene: Menschen machen Erfahrungen der Benachteiligung, weil sie einer bestimmten sozialen Gruppe zugehörig sind oder erscheinen.
- **Benachteiligung** im Kontext von Gesundheit liegt rechtlich vor, wenn bei einem gleichen Bedarf ein ungleicher Zugang zum Gesundheitssystem oder eine ungleiche Gesundheitsversorgung wegen einer Ungleichheitskategorie besteht und dies nicht gerechtfertigt werden kann.
- Der **gesundheitliche Bedarf** bestimmt sich normativ allein aufgrund medizinisch-gesundheitswissenschaftlicher Kriterien und ist daher unabhängig vom sozioökonomischen Status.

- **Diskriminierungsverbot aufgrund des sozioökonomischen Status** (im Kontext von Gesundheit) bisher nicht dogmatisch entwickelt.
 - Gleichheitsdimension der Menschenwürde, Art. 1 I GG
 - Staatliche Gewährleistungs- und Schutzpflichten für das Leben, die körperlich Unversehrtheit, Art. 2 II 1 GG
 - Allgemeiner Gleichheitssatz, Benachteiligungsverbot aufgrund der Herkunft, Art. 3 I, III 1 GG
 - Menschenrechtsorientierte Auslegung Art. 1 II GG, Art. 12, Art. 2 II IPwskR
- **Sozioökonomischer Status:** Einkommensarmut, Erwerbslosigkeit, Obdachlosigkeit, Leistungsberechtigung gem. SGB II/SGB XII/AsylbLG, niedriger Bildungsabschluss, Beruf, Aufenthaltsstatus, ...
- **Strenge Rechtfertigungsanforderungen** bei Benachteiligung im Kontext von Gesundheit: Gesundheit als besonders wichtiges Rechtsgut, starker Grund- und Menschenrechtsbezug, Unzulässigkeit von Spar- und Finanzierungsargumenten im Diskriminierungsschutz (BVerfG 121, 241, Teilzeitbeamtinnen 2008).

SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND GESUNDHEIT

Menschenrecht auf diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung

- Art. 12 IPwskR: Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit
- Art. 2 II IPwskR: Diskriminierungsverbot hinsichtlich der vom Pakt garantierten Menschenrechte („sonstiger Status“)
- Konkretisierung des Rechts auf ein Höchstmaß an Gesundheit durch Committee on Economic, Social and Cultural Rights
- General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)

SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND GESUNDHEIT

Menschenrecht auf diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung

General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)

- essential elements: availability, accessibility, acceptability, quality (Ziff. 12)
- Accessibility
 - „Non-discrimination: health facilities, goods and services must be accessible to all, especially the most vulnerable or marginalized sections of the population, in law and in fact, without discrimination on any of the prohibited grounds“
 - “Economic accessibility (affordability): health facilities, goods and services must be affordable for all (...) including socially disadvantaged groups. Equity demands that poorer households should not be disproportionately burdened with health expenses as compared to richer households”
 - „Information accessibility: accessibility includes the right to seek, receive and impart information and ideas concerning health issues.“
- „the Covenant proscribes any discrimination in access to health care“ (Ziff. 18)
- „In particular, States are under the obligation to *respect* the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum-seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services“ (Ziff. 34)

SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND GESUNDHEIT

Menschenrecht auf diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung

- „Bei der Auslegung des Grundgesetzes (...) (ist, CR) auch der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR, Sozialpakt) zu beachten. Insbesondere Art. 2 Abs. 1 und 2 IPwskR (...) verpflichten die Vertragsstaaten, unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten Maßnahmen zu treffen, um nach und nach mit allen geeigneten Mitteln und vor allem durch gesetzgeberische Maßnahmen die volle Verwirklichung der in den Pakten anerkannten Rechte diskriminierungsfrei zu erreichen. Dazu gehört das Recht auf Leben (Art. 6 IPbpR) und auf Gesundheit (Art. 12 IPwskR). Zu Leistungen sind die Staaten nur je nach ihren Ressourcen verpflichtet, müssen aber das Diskriminierungsverbot stets beachten (...). Vulnerable Gruppen (...) müssen zudem auch bei schwerwiegender Ressourcenknappheit geschützt werden (...).“ BVerfGE 160, 79, Triage 2021, Rn. 107.

→ Gewährleistungs- und Schutzdimension der Grundrechte: Staatliche Pflichtentrias to respect, to protect, to fulfil bezogen auf availability, accessibility, acceptability und quality (Wilksch 2017)

SOZIALE BENACHTEILIGUNG UND GESUNDHEIT

Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum

- Gesundheit als Teil des Existenzminimums (BVerfGE 125, 175, Hartz IV 2010; BVerfGE 152, 68, Sanktionen 2019)
 - Bedarf als zentraler verfassungsrechtlicher Maßstab
 - kein punitiver Sozialstaat, keine Differenzierung in würdige/unwürdige Arme
 - keine Migrationssteuerung über Existenzminimum (BVerfGE 132, 134, AsylbLG I 2012; BVerfG, 19.10.2022, AsylbLG II)
- Bedarfsunabhängige rechtliche und faktische Benachteiligungen/Diskriminierungen sind im Bereich des gesundheitlichen Existenzminimums verfassungswidrig.

III. BEISPIELE: BENACHTEILIGUNGEN BEIM ZUGANG ZU GESUNDHEIT

ASYLSUCHENDE UND MENSCHEN IN AUFENTHALTSRECHTLICH PREKÄREN LAGEN

Ausschluss von der GKV-Mitgliedschaft und Begrenzung auf Notversorgung

- §§ 4, 6 AsylbLG
- unabhängig vom gesundheitlichen Bedarf
- Differenzierungskriterium: Aufenthaltsstatus
- Begründung: Migrationssteuerung
- Ausweitung dieses Modells: § 23 III SGB XII (2016), AsylbLG-Geltungsdauer von 18 auf 36 Monate (2024)

Übermittlungspflicht des Sozialamts an Ausländerbehörde (§ 87 AufenthG)

- das Recht auf Notversorgung wird nicht in Anspruch genommen
- Angst vor Abschiebung als faktischer Ausschluss von der Gesundheitsversorgung

→ Bedarfsunabhängige Beschränkung der Gesundheitsversorgung aufgrund des Aufenthaltsstatus

→ Verstoß gegen das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum (Wilksch 2017; Janda 2021; GFF 2021; Frerichs 2023)

→ Verstoß gegen das Menschenrecht auf diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung Art. 12 i.V.m. Art. 2 II IPwskR (Kanalán/Krajewski 2017; CESCR 2018).

ASYLSUCHENDE UND MENSCHEN IN AUFENTHALTSRECHTLICH PREKÄREN LAGEN

- **Drei lokale Strategien, um rechtlich Zugang zu verschaffen („Bypässe“):**
- Umsetzung des AsylbLG durch die elektronische Gesundheitskarte („Bremer Modell“) anstatt des Behandlungsscheins vom Sozialamt: z.T. Weitgehende Gleichstellung mit GKV-Versicherten.
- Inklusive Rechtsprechung der Sozialgerichte: „Reparatur“ im Einzelfall, an der Grenze des Auslegbaren.
- Humanitäre Sprechstunde als vertrauliche und kostenlose Gesundheitsversorgung: z.B. in Frankfurt am Main → zivilgesellschaftliches Engagement in Kooperation mit dem Gesundheitsamt.
 - Rechtsgrundlage: kommunale Selbstverwaltungsrecht: § 7 II Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst ermöglicht die Schaffung von Versorgungsstrukturen insbesondere für sozial benachteiligte, besonders schutzbedürftige oder gefährdete Personen.

Leistungsbegrenzung als ungleiche Gesundheitschancen

- z.B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente
- Begründung: Eigenverantwortung

→ **Unterdeckung des gesundheitlichen Existenzminimums** (Wilksch 2017)

- Leistungsbegrenzung im SGB V nicht ausreichend kompensiert im Existenzsicherungsrecht
- Verstoß gegen das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum (a.A. z.B. BSG, 26.5.2011, B 14 AS 146/10 R)

→ **multiple Exklusionserfahrungen** (Davy 2010)

IV. FAZIT UND AUSBLICK

- Soziale Benachteiligung beim Gesundheitszugang und bei der Gesundheitsversorgung wird bisher fast ausschließlich als Verstoß gegen das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum diskutiert.
 - Insbesondere für Fallkonstellationen jenseits des gesundheitlichen Existenzminimums ist eine antidiskriminierungsrechtliche, gleichheitsrechtliche Perspektive weiterführend, um strukturelle Diskriminierung im Kontext von Gesundheit zu adressieren.
- Die Entwicklung eines Diskriminierungsverbots aufgrund des sozioökonomischen Status beim Zugang zu Gesundheit und bei der Gesundheitsversorgung ist über eine menschenrechtsorientierte Auslegung deutscher Grundrechte denkbar.

- **To respect: economic accessibility (affordability):** Gesundheitschancen von einkommensarmen Menschen jenseits des Existenzminimums
 - Einkommensarm: weniger als 60% des mittleren Nettohaushaltseinkommens der Bevölkerung
 - Im Jahr 2022: 16,8% (14,2 Mio. Menschen), davon ca. 8% SGB-II-Quote
 - Leistungsbegrenzungen in der GKV als unverhältnismäßige Belastung im Vergleich zu „Normal/Gutverdiener:innen“ iSv Art. 12 IPwskR/General Comment No. 14? → empirische Daten für rechtliche Bewertung erforderlich
- **To protect and to fulfil: information accessibility:** Abbau von faktischen Zugangsbarrieren
 - Dolmetscher:innenkosten als Leistung der GKV?
 - Unabhängige Patientenberatung
 - Gesundheitskioske
 - Patient:innenlotsen
 - ...

- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations on the sixth periodic report of Germany, E/C12/DEU/CO/6, 2018.
- Davy, Soziale Gleichheit – ein Anliegen für Verfassungen? Zehn Thesen aus der Sicht der Rechtswissenschaft, ZSR 2010, 295.
- Diakonie Deutschland, Faktenpapier: eingeschränkte gesundheitliche Versorgung für Asylsuchende für 36 statt für 18 Monate?!, 2024.
- Frerisch, Der Anspruch auf Krankenbehandlung nach §§ 4, 6 AsylbLG, 2023.
- Führer, Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland, Bundesgesundheitsbl 2023 . 66:1083–1091.
- Gerloff, Das Asylbewerberleistungsgesetz für die Soziale Arbeit, 2023.
- Gesellschaft für Freiheitsrechte/Ärzte der Welt: Ohne Angst zum Arzt – Das Recht auf Gesundheit von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Eine grund- und menschenrechtliche Bewertung der Übermittlungspflicht im Aufenthaltsgesetz, 2021.
- Janda, Existenzminimum, Gleichbehandlung, Menschenwürde: Rechtliche Anforderungen an die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, in: Nowak et al. (Hrsg.), Flucht und Gesundheit, Facetten eines interdisziplinären Zugangs, 2021, 31.
- Kajikhina et al., Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review, Bundesgesundheitsbl 2023. 66:1099–1108.
- Kanalan/Krajewski, Medizinische Versorgung irregulärer Migranten aus menschenrechtlicher Sicht, ZESAR 2017, 418-426
- Kirchhoff/Ataç, Frankfurt am Main: Weltoffene Metropole – auch für Menschen in aufenthaltsrechtlicher Prekarität?, in: Ataç et al. (Hrsg.), Lokale Antworten auf aufenthaltsrechtliche Prekarität, 2023, 32.
- Nowak/Hornberg, Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie, Bundesgesundheitsblatt 2022;
- Der Paritätische Gesamtverband, Armutsbericht 2024.
- Pundt/Cacace (Hrsg.), Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit, 2019.
- Solar/Irwin, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, World Health Organization, Genf 2010.
- Wilksch, Florian (2017), Recht auf Krankenbehandlung und Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum, Wiesbaden.

VIELEN DANK FÜR DIE
AUFMERKSAMKEIT!

cara.roehner@hs-rm.de