

Übereinkommen über die Rechte des Kindes

Ausschuss für die Rechte des Kindes

CRC/C/GC/15, 17.04.2013

**Allgemeine Bemerkung Nr. 15 (2013)  
über das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an  
Gesundheit (Art. 24)**

– nichtamtliche Übersetzung des englischen Originals –



## Über diese Übersetzung

Diese Übersetzung der Allgemeinen Bemerkung Nr. 15 des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft kommunale Kinderinteressenvertretungen – Verein zur Umsetzung der Rechte des Kindes auf kommunaler Ebene e.V. (kurz BAG Kinderinteressen e.V.) – in Kooperation mit dem Frankfurter Kinderbüro erstellt.

Die BAG Kinderinteressen e.V. verfolgt das Ziel, Kinderinteressen und Kinderrechte auf der kommunalen Ebene zu stärken, die UN-Kinderrechtskonvention umzusetzen und die Rahmen- und Arbeitsbedingungen von Kinderinteressenvertretungen in den Kommunen zu verbessern. Die Mitglieder der BAG Kinderinteressen e.V. kommen aus dem Bereich der kommunalen Kinderinteressenvertretungen aus ganz Deutschland.

Das Frankfurter Kinderbüro ist die kommunale Kinderinteressenvertretung der Stadt Frankfurt.

Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich bei unserer Übersetzerin, Birgit Lamerz-Beckschäfer, und bei Judith Striek für ihre Mitarbeit in der redaktionellen Bearbeitung der Übersetzung.

Wir freuen uns, allen Interessierten die Allgemeine Bemerkung Nr. 15 des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes hier in deutscher Sprache an die Hand zu geben, damit Kinder und Jugendliche besser zu ihren Rechten kommen können.

Frankfurt am Main, Dezember 2023



**Übereinkommen über die  
Rechte des Kindes**

Verteiler: Allgemein

17. April 2013

Original: Englisch

---

**Ausschuss für die Rechte des Kindes**

**Allgemeine Bemerkung Nr. 15 (2013) über das Recht des Kindes  
auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (Art. 24)\***

GE.13-42814

---

\* Vom Ausschuss bei seiner 62. Tagung (14. Januar – 1. Februar 2013) verabschiedet.

## Inhalt

	<i>Paragraphen</i>	<i>Seite</i>
I. Einleitung.....	1-6	3
II. Grundsätze und Voraussetzungen für die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit.....	7-22	4
A. Die Unteilbarkeit und gegenseitige Bedingtheit der Kinderrechte .....	7	4
B. Das Recht auf Nicht-Diskriminierung.....	8-11	5
C. Das Wohl des Kindes.....	12-15	5
D. Das Recht auf Leben, Überleben und Entwicklung und die Determinanten für die Kindergesundheit .....	16-18	6
E. Das Recht des Kindes auf Gehör.....	19	7
F. Die Herausbildung der Fähigkeiten und der Lebensweg des Kindes .....	20-22	7
III. Regelungsgehalt von Artikel 24.....	23-70	8
A. Artikel 24 Absatz 1 .....	23-31	8
B. Artikel 24 Absatz 2 .....	32-70	10
IV. Pflichten und Verantwortlichkeiten .....	71-85	18
A. Die Pflicht der Vertragsstaaten zu Achtung, Schutz und Gewährleistung..	71-74	18
B. Die Verantwortung nichtstaatlicher Akteure .....	75-85	18
V. Internationale Zusammenarbeit .....	86-89	21
VI. Rahmenbedingungen für Umsetzung und Rechenschaftspflicht .....	90-120	21
A. Bekanntmachung des Kinderrechts auf Gesundheit (Art. 42) .....	93	22
B. Legislative Maßnahmen .....	94-95	22
C. Governance und Koordination.....	96-103	22
D- Investitionen in die Gesundheit von Kindern .....	104-107	24
E. Der gesundheitspolitische Aktionszyklus.....	108-118	24
F. Rechtliche Schritte gegen Verletzungen des Rechts auf Gesundheit.....	119-120	27
VII. Verbreitung .....	121	27

## I. Einleitung

1. Die vorliegende Allgemeine Bemerkung basiert auf der Erkenntnis, dass die Gesundheit von Kindern aus einer kinderrechtlichen Perspektive betrachtet werden muss, der zufolge jedes Kind das Recht auf körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden hat, um zu überleben, zu wachsen und sich im Rahmen seines Potenzials bestmöglich zu entwickeln. Der Begriff „Kind“ bezeichnet in allen Ziffern dieser Allgemeinen Bemerkung eine Person unter 18 Jahren gemäß Artikel 1 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes (nachstehend „das Übereinkommen“). Trotz der bemerkenswerten Erfolge, die in den letzten Jahren seit der Verabschiedung des Übereinkommens bei der Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit erzielt wurden, bestehen noch immer gravierende Herausforderungen. Der Ausschuss für die Rechte des Kindes (im Folgenden „der Ausschuss“) erkennt an, dass die meisten Todesfälle, Erkrankungen und Behinderungen bei Kindern durch politisches Engagement und die Zuweisung ausreichender Ressourcen für die Anwendung des verfügbaren Wissens und der vorhandenen Technologien für Prävention, Behandlung und Pflege verhütet werden könnten. Die vorliegende Allgemeine Bemerkung soll die Vertragsstaaten und andere Pflichtenträger\*innen anleiten und dabei unterstützen, das Kinderrecht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (im Folgenden „das Recht des Kindes auf Gesundheit“) zu achten, zu schützen und zu gewährleisten.

2. Der Ausschuss legt das Kinderrecht auf Gesundheit gemäß Artikel 24 als umfassendes Recht aus, das sich nicht nur auf rechtzeitige, angemessene Prävention, Gesundheitsförderung sowie Dienstleistungen zur Heilung, Wiederherstellung und palliativen Behandlung erstreckt. Darüber hinaus muss mithilfe von Programmen zu den grundlegenden Gesundheitsfaktoren das Recht des Kindes gewährleistet werden, zu wachsen, sein Potenzial voll zu entfalten und so zu leben, dass es den bestmöglichen Gesundheitsstandard erreichen kann. Bei einem ganzheitlichen Gesundheitsansatz steht die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit im umfassenderen Kontext der internationalen Menschenrechtspflichten.

3. Der Ausschuss wendet sich mit dieser Allgemeinen Bemerkung an einen großen Kreis von Personen, die mit Kinderrechten befasst und im Gesundheitswesen tätig sind wie etwa politische Entscheidungsträger\*innen, Umsetzer\*innen von Programmen und Aktivist\*innen, aber auch an die Eltern und Kinder selbst. Um ihre Relevanz für das ganze Spektrum von Gesundheitsstörungen bei Kindern, für das Gesundheitswesen und unterschiedliche Kontexte in verschiedenen Ländern und Regionen zu gewährleisten, ist die Allgemeine Bemerkung bewusst generell gehalten. Ihre Grundlagen bilden in erster Linie Artikel 24 Absatz 1 und 2 sowie auch Artikel 24 Absatz 4.<sup>1</sup> Bei der Umsetzung von Artikel 24 sind sämtliche menschenrechtlichen Grundsätze zu berücksichtigen, insbesondere die Leitprinzipien des Übereinkommens. Prägend sollten dabei evidenzbasierte Standards und bewährte Verfahren des öffentlichen Gesundheitswesens sein.

4. In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation einigten sich die Staaten darauf, Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur [als] das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ zu betrachten.<sup>2</sup> Dieser positive Gesundheitsbegriff bildet die gesundheitspolitische Grundlage für die vorliegende Allgemeine Bemerkung. Die in Artikel 24 ausdrücklich genannte primäre Gesundheitsversorgung wurde in der Erklärung von Alma-Ata<sup>3</sup> definiert und von

---

<sup>1</sup> Artikel 24 Absatz 3 kommt dabei nicht zum Tragen, weil derzeit eine Allgemeine Bemerkung über schädliche Praktiken in der Entstehung begriffen ist.

<sup>2</sup> Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der am 22.07.1946 bei der Internationalen Gesundheitskonferenz in New York verabschiedeten Fassung.

<sup>3</sup> Erklärung von Alma-Ata, Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, Alma-Ata, 6.-12.09.1978.

der Weltgesundheitsversammlung untermauert.<sup>4</sup> Dieser Ansatz fordert die Beseitigung von Ausgrenzung und den Abbau sozialer Ungleichheiten im Gesundheitswesen, die Ausrichtung der Gesundheitsdienste auf die Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen, die Integration von Gesundheitsfragen in verwandte Sektoren, die Umsetzung kooperativer Modelle des politischen Dialogs und eine stärkere Einbeziehung der Betroffenen unter Berücksichtigung u.a. der Nachfrage nach Dienstleistungen und deren angemessener Nutzung.

5. Die Gesundheit von Kindern unterliegt einer Reihe von Faktoren, von denen sich viele in den letzten 20 Jahren verändert haben und viele sich voraussichtlich auch in Zukunft weiterentwickeln werden. Dazu gehören das Augenmerk auf neuartige Krankheiten und sich wandelnde Prioritäten im Gesundheitswesen beispielsweise als Reaktion auf HIV/AIDS, eine Grippepandemie, nichtübertragbare Krankheiten, auf den Stellenwert der psychischen Gesundheitspflege, die Versorgung von Neugeborenen sowie die Säuglings- und Kindersterblichkeit; ebenso zunehmende Erkenntnisse dazu, welche Faktoren bei Kindern Tod, Krankheit und Behinderung begünstigen, etwa strukturelle Determinanten wie die globale Wirtschafts- und Finanzlage, Armut, Arbeitslosigkeit, Migration und Massenvertreibung, Krieg und innere Unruhen, Diskriminierung und Marginalisierung. Zunehmend ins Blickfeld rücken zudem die Folgen des Klimawandels und der schnellen Verstärkung für die Gesundheit von Kindern, die Entwicklung neuer Technologien etwa in Form von Impfstoffen und Arzneimitteln, die solidere Evidenzgrundlage für wirksame biomedizinische, verhaltensbezogene und strukturelle Eingriffe sowie kulturabhängige Erziehungsmethoden, die sich nachweislich positiv auf Kinder auswirken.

6. Die Fortschritte der Informations- und Kommunikationstechnologie eröffnen neue Chancen und Herausforderungen für die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit. Trotz der zusätzlichen Ressourcen und Technologien, die heute im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, gelingt es vielen Ländern noch immer nicht, allen Kindern in ihrem Hoheitsgebiet Zugang zu grundlegenden Diensten für Gesundheitsförderung, Vorbeugung und Behandlung zu gewährleisten. Damit Kinder ihr Recht auf Gesundheit in vollem Umfang verwirklichen können, sollte ein breites Spektrum von Pflichtenträger\*innen einbezogen und die zentrale Rolle von Eltern und anderen Betreuungspersonen besser gewürdigt werden. Einschlägige Interessenträger wie staatliche und nichtstaatliche Akteure, Förderorganisationen und die Privatwirtschaft sollten auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene ebenso wie in den Gemeinschaften tätig werden. Die Vertragsstaaten müssen Sorge tragen, dass alle Pflichtenträger\*innen sensibilisiert sind und in ausreichendem Maße über Wissen und Fähigkeiten für die Erfüllung ihrer Pflichten und Verantwortlichkeiten verfügen, und dass die Kinder dazu befähigt werden, ihr Recht auf Gesundheit einzufordern zu können.

## **II. Grundsätze und Voraussetzungen für die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit**

### **A. Die Unteilbarkeit und gegenseitige Bedingtheit der Kinderrechte**

7. Das Übereinkommen erkennt den Wirkungszusammenhang und gleichwertigen Stellenwert aller (bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen) Rechte an, die es jedem Kind gestatten, seine mentalen und körperlichen Fähigkeiten, Persönlichkeit und Begabungen im größtmöglichen Umfang herauszubilden. Das Kinderrecht auf Gesundheit ist jedoch nicht nur für sich genommen wichtig; vielmehr ist seine Verwirklichung zugleich unabdingbare Voraussetzung für die Wahrnehmung aller

---

<sup>4</sup> Weltgesundheitsversammlung, Primäre Gesundheitsversorgung einschließlich der Stärkung der Gesundheitssysteme, Dokument A62/8.

anderen im Übereinkommen festgeschriebenen Rechte. Zugleich hängt die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit von der Verwirklichung vieler weiterer im Übereinkommen aufgeführter Rechte ab.

## **B. Das Recht auf Nicht-Diskriminierung**

8. Damit alle Kinder ihr Recht auf Gesundheit in vollem Umfang verwirklichen können, sollten die Vertragsstaaten dafür Sorge tragen, dass die Gesundheit der Kinder nicht durch Diskriminierung beeinträchtigt wird, die erheblich zu ihrer Vulnerabilität beitragen kann. Gemäß Artikel 2 des Übereinkommens erstreckt sich das Diskriminierungsverbot auf eine Reihe von Aspekten, unter anderem aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Weltanschauung, nationaler, ethnischer oder sozialer Herkunft, Besitz, Behinderung, Herkunft oder eines sonstigen Status des Kindes, der Eltern oder gesetzlichen Vormunde/Vormundinnen. Weitere vom Verbot umfasste Diskriminierungsgründe sind auch sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und Gesundheitszustand wie z.B. der HIV-Status und die psychische Gesundheit.<sup>5</sup> Überdies ist auch auf alle anderen Formen der Diskriminierung zu achten, die sich negativ auf die Gesundheit von Kindern auswirken können. Angesprochen werden sollten auch die Folgen von Mehrfachdiskriminierungen.

9. Besonders weit verbreitet ist die geschlechtsspezifische Diskriminierung. Sie hat vielfältige, weitreichende Folgen, von der Tötung weiblicher Säuglinge/Föten bis hin zu diskriminierenden Praktiken bei der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, zu stereotyper Geschlechterrollen und eingeschränktem Zugang zu Dienstleistungen. Der unterschiedlichen Bedürfnisse von Mädchen und Jungen sowie der Auswirkungen geschlechtsspezifischer sozialer Normen und Werte auf die Gesundheit und Entwicklung von Jungen und Mädchen sollte Rechnung getragen werden. Ebenso ist auf schädliche geschlechtsspezifische Praktiken und Verhaltensnormen zu achten, die in Traditionen und Bräuchen verankert sind und das Recht von Mädchen und Jungen auf Gesundheit untergraben.

10. Alle politischen Leitlinien und Programme, die Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern haben, sollten sich auf einen weit gefassten Ansatz zur Gleichstellung der Geschlechter stützen. Dieser sollte die vollumfängliche politische Teilhabe junger Frauen, ihre soziale und wirtschaftliche Stärkung, die Anerkennung gleicher Rechte in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie den gleichberechtigten Zugang zu Informationen, Bildung, Justiz und Sicherheit gewährleisten und unter anderem alle Formen sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt beseitigen.

11. Kinder in benachteiligten Situationen und unterversorgten Gebieten sollten im Mittelpunkt der Bemühungen um die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit stehen. Die Vertragsstaaten sollten ermitteln, welche Faktoren auf nationaler und subnationaler Ebene Kinder gefährden oder bestimmte Gruppen von Kindern benachteiligen. Diese Faktoren sollten bei der Entwicklung von Gesetzen, Vorschriften, politischen Leitlinien, Programmen und Dienstleistungen, die auf die Gesundheit von Kindern abzielen, berücksichtigt werden und sich um Gerechtigkeit bemühen.

## **C. Das Wohl des Kindes**

12. Nach Artikel 3 Absatz 1 des Übereinkommens müssen öffentliche und private Einrichtungen der sozialen Fürsorge ebenso wie Gerichte, Verwaltungsbehörden und Gesetzgebungsorgane dafür sorgen, dass bei Maßnahmen, die Kinder betreffen, das

---

<sup>5</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 4 (2003) über die Gesundheit und Entwicklung von Heranwachsenden vor dem Hintergrund des Übereinkommens über die Rechte des Kindes, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung*, 59. Sitzung, Beilage Nr. 41 (A/59/41), Annex X, Abs. 6.

Kindeswohl ermittelt und als vorrangige Erwägung berücksichtigt wird. Zu beachten ist dieser Grundsatz bei allen gesundheitsrelevanten Entscheidungen, die einzelne Kinder oder generell Kinder als Gruppe betreffen. Die Ermittlung des Wohls eines einzelnen Kindes sollte sich auf seine körperlichen, emotionalen, sozialen und erzieherischen Bedürfnisse, sein Alter, sein Geschlecht, seine Beziehung zu Eltern und Betreuungspersonen sowie sein familiäres und soziales Umfeld gründen und gemäß Artikel 12 des Übereinkommens den Willen des Kindes berücksichtigen.

13. Der Ausschuss fordert die Staaten nachdrücklich auf, das Kindeswohl in den Mittelpunkt aller Entscheidungen zu stellen, die sich auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern auswirken; dies schließt die Bereitstellung von Ressourcen und die Entwicklung und Umsetzung politischer Leitlinien und Maßnahmen hinsichtlich der grundlegenden gesundheitlichen Determinanten ein. So sollte das Kindeswohl beispielsweise

a) bei Entscheidungen über therapeutische Optionen den Ausschlag geben und nach Möglichkeit Vorrang vor wirtschaftlichen Erwägungen haben;

b) eine Hilfe bei der Klärung von Interessenkonflikten zwischen Eltern und Gesundheitspersonal bilden und

c) bei der Erarbeitung von Leitlinien zur Regelung von Handlungen berücksichtigt werden, die Einschränkungen des physischen und sozialen Umfelds, in dem Kinder leben, aufwachsen und sich entwickeln, mit sich bringen.

14. Der Ausschuss unterstreicht die Bedeutung des Kindeswohls als Grundlage für alle Entscheidungen über die Gewährung, Verweigerung oder Beendigung einer Behandlung jeglichen Kindes. Die Vertragsstaaten sollten zusätzlich zu formalisierten, verbindlichen Vorgehensweisen zur Ermittlung des Kindeswohls auch Verfahren und Kriterien entwickeln, die den im Gesundheitswesen Beschäftigten bei der Ermittlung des Kindeswohls in ihrem Aufgabenbereich als Richtschnur dienen können. Wie der Ausschuss in seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 3<sup>6</sup> unterstreicht, ist die vollumfängliche Achtung der Rechte von Kindern und Jugendlichen Voraussetzung für angemessene Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS. Überlegungen im Zusammenhang mit HIV/AIDS sollten sich deshalb auf allen Ebenen von Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung am Kindeswohl orientieren.

15. In seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 4 betont der Ausschuss die Bedeutung des Kindeswohls für den Zugang zu angemessenen Informationen über Gesundheitsfragen.<sup>7</sup> Besondere Aufmerksamkeit ist bestimmten Gruppen zu widmen, etwa Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Behinderungen. Wird eine Krankenhauseinweisung oder die Unterbringung in einer Einrichtung in Erwägung gezogen, so sollte diese Entscheidung sich am Grundsatz des Kindeswohls orientieren, wobei in erster Linie davon auszugehen ist, dass es dem Wohl aller Kinder mit Behinderungen entspricht, möglichst im familiären Umfeld betreut zu werden, vorzugsweise in ihrer eigenen Familie. Familie und Kind sollten die hierzu erforderliche Unterstützung erhalten.

## **D. Das Recht auf Leben, Überleben und Entwicklung und die Determinanten für die Kindergesundheit**

16. Artikel 6 unterstreicht die Verpflichtung der Vertragsstaaten, das Überleben, das Wachstum und die Entwicklung eines Kindes einschließlich der körperlichen, geistigen,

---

<sup>6</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 3 (2003) über die Rechte des Kindes im Kontext von HIV/AIDS, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung*, 59. Sitzung, Beilage Nr. 41 (A/59/41), Annex IX.

<sup>7</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 4 (2003) über die Gesundheit und Entwicklung von Heranwachsenden vor dem Hintergrund des Übereinkommens über die Rechte des Kindes, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung*, 59. Sitzung, Beilage Nr. 41 (A/59/41), Annex X Absatz 10.

moralischen, spirituellen und sozialen Dimensionen seiner Entwicklung zu gewährleisten. Dabei sollten sie systematisch ermitteln, welche der vielen möglichen Gefahren und Schutzfaktoren Leben, Überleben, Wachstum und Entwicklung von Kindern maßgeblich prägen, um auf Fakten gestützte Interventionen zu erarbeiten und umzusetzen, die auf ein breites Spektrum von Determinanten im Laufe des Lebens eingehen.

17. Der Ausschuss ist sich bewusst, dass für die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit eine Reihe von Determinanten berücksichtigt werden müssen. Dazu gehören individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, sozioökonomischer Status und Wohnort, zudem Faktoren im unmittelbaren Umfeld von Familie, Peergroup, Lehrer\*innen und Dienstleister\*innen, insbesondere soweit Gewalt das Leben und Überleben von Kindern in ihrem direkten Umfeld gefährdet, sowie strukturelle Faktoren wie politische Leitlinien, Verwaltungsstrukturen und -systeme, soziale und kulturelle Werte und Normen.<sup>8</sup>

18. Zu den wichtigsten Faktoren für die Gesundheit, Ernährung und Entwicklung von Kindern gehören die Verwirklichung des Rechts der Mutter auf Gesundheit<sup>9</sup> sowie die Rolle der Eltern und anderer Betreuungspersonen. Dass die Kindersterblichkeit in erheblichem Maße Neugeborene betrifft, hängt oftmals mit dem schlechten Gesundheitszustand der Mutter vor und während der Schwangerschaft und im Wochenbett sowie mit unzureichenden Stillpraktiken zusammen. Die Gesundheit und das gesundheitsbezogene Verhalten der Eltern und anderer wichtiger Erwachsener wirken sich in erheblichem Maße auf die Gesundheit der Kinder aus.

## **E. Das Recht des Kindes auf Gehör**

19. Artikel 12 betont die Bedeutung der Beteiligung von Kindern und sieht vor, dass Kindern die Möglichkeit gegeben wird, ihre Meinung zu äußern, und dass diese ihrem Alter und ihrer Reife entsprechend angemessen berücksichtigt wird.<sup>10</sup> Dazu gehören ihre Ansichten zu allen Aspekten der Gesundheitsversorgung wie beispielsweise die Frage, welche Dienstleistungen erforderlich sind, wie und wo diese am besten erbracht werden, welche Hindernisse dem Zugang zu solchen Leistungen oder deren Inanspruchnahme im Wege stehen, wie es um die Qualität der Dienstleistungen und die Haltung der im Gesundheitswesen Tätigen bestellt ist, wie die Kinder besser lernen können, zunehmend selbst Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und Entwicklung zu übernehmen, und wie sie im Rahmen der Peer Education wirksamer in die Erbringung von Leistungen einbezogen werden können. Als Beitrag zur Erarbeitung wirksamer Interventionen und Gesundheitsprogramme sind die Staaten gehalten, entsprechend Alter und Reife der Kinder regelmäßig partizipatorische Konsultationen und Umfragen mit ihnen und separat mit ihren Eltern durchzuführen, um mehr über die gesundheitlichen Herausforderungen, Entwicklungsbedürfnisse und Erwartungen von Kindern zu erfahren.

## **F. Die Herausbildung der Fähigkeiten und der Lebensweg des Kindes**

20. Die Kindheit ist die von kontinuierlichem Wachstum geprägte Zeitspanne von der Geburt über das Säuglingsalter und das Vorschulalter bis zur Adoleszenz. Jede dieser Phasen ist bedeutsam, da sie im Zuge der physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Entwicklung, der Erwartungen und Normen wichtige Veränderungen mit sich

---

<sup>8</sup> Siehe Allgemeine Bemerkung Nr. 13 (2011) über das Recht des Kindes auf Schutz vor jeglicher Form von Gewalt, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung, 67. Sitzung, Beilage Nr. 41 (A/67/41)*, Annex V.

<sup>9</sup> Siehe Ausschuss zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau, Allgemeine Empfehlung Nr. 24 (1999) über Frauen und Gesundheit, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung, 54. Sitzung, Beilage Nr. 38 (A/54/38/Rev.1)*, Kap. I, Abschnitt A.

<sup>10</sup> Siehe Allgemeine Bemerkung Nr. 12 (2009) über das Recht des Kindes auf Gehör, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung, 65. Sitzung, Beilage Nr. 41 (A/65/41)*, Annex IV.

bringt. Die Etappen kindlicher Entwicklung verlaufen kumulativ; jede davon wirkt sich auf die nachfolgenden aus und beeinflusst Gesundheit, Potenzial, Risiken und Chancen des Kindes. Um zu verstehen, welche Auswirkungen gesundheitliche Störungen in der Kindheit generell auf die Volksgesundheit haben, muss dieser Entwicklungsverlauf genau bekannt sein.

21. Der Ausschuss erkennt an, dass die sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern Einfluss auf ihre eigenständigen Entscheidungen in Gesundheitsfragen haben. Ihm ist ferner bewusst, dass bei diesen unabhängigen Entscheidungen oft erhebliche Diskrepanzen auftreten und Kinder, die in besonderem Maße Diskriminierungen ausgesetzt sind, diese Autonomie vielfach nur beschränkt ausüben können. Unverzichtbar sind vor diesem Hintergrund unterstützende Maßnahmen und angemessene, rechtsbasierte Leitlinien bezüglich Einwilligung, Einverständnis und Vertraulichkeit für Kinder, Eltern und im Gesundheitswesen tätige Fachkräfte.

22. Damit die Staaten die sich entwickelnden Fähigkeiten des Kindes und die sich im Laufe des Lebens wandelnden gesundheitlichen Prioritäten verstehen und angemessen darauf reagieren können, sollten die erhobenen und analysierten Daten und Informationen gemäß internationalen Standards nach Alter, Geschlecht, Behinderung, sozioökonomischem Status und soziokulturellen Aspekten sowie nach geografischer Lage aufgeschlüsselt werden. Auf dieser Grundlage können sie geeignete Strategien und Maßnahmen planen, erarbeiten, umsetzen und überwachen, die den sich wandelnden Fähigkeiten und Bedürfnissen der Kinder Rechnung tragen und dazu beitragen, angemessene gesundheitliche Dienstleistungen für alle Kinder bereitzustellen.

### III. Regelungsgehalt von Artikel 24

#### A. Artikel 24 Absatz 1

##### **„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an ...“**

23. Der Begriff des „erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit“ umfasst sowohl die biologischen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Voraussetzungen des Kindes als auch die verfügbaren Ressourcen des Staates sowie ergänzende Ressourcen, die von anderer Seite bereitgestellt werden, etwa von Nichtregierungsorganisationen, der internationalen Gemeinschaft und der Privatwirtschaft.

24. Das Kinderrecht auf Gesundheit beinhaltet diverse Freiheiten und Anrechte. Zu den Freiheiten, die mit zunehmender Befähigung und Reife an Bedeutung gewinnen, gehört das Recht, frei über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu bestimmen und beispielsweise in sexuellen und reproduktiven Dingen verantwortungsvolle Entscheidungen zu treffen. Zu den Anrechten gehört der Zugang zu einer Reihe von Einrichtungen, Gütern, Dienstleistungen und Bedingungen, die jedem Kind gleichwertige Möglichkeiten eröffnen, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zu erlangen.

##### **„... sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“**

25. Kinder haben Anspruch auf qualitativ hochwertige Gesundheitsdienste einschließlich Prävention, Förderung, Behandlung, Rehabilitation und Palliativversorgung. Im Rahmen der medizinischen Grundversorgung müssen diese Dienste in ausreichendem Umfang und in hinreichender Qualität zur Verfügung stehen, funktional sein, für jedes Kind der Bevölkerung physisch erreichbar und finanziell erschwinglich sowie für alle annehmbar sein. Das Gesundheitswesen sollte nicht nur die medizinische Versorgung sicherstellen, sondern die zuständigen Behörden auch über Rechtsverletzungen und Missstände informieren. Die sekundäre und tertiäre Versorgung sollte möglichst mit

funktionsfähigen Weiterleitungssystemen arbeiten, die Gemeinschaften und Familien auf allen Ebenen in das Gesundheitswesen einbinden.

26. Neben bewährten gemeinschaftsbasierten Maßnahmen sollte die medizinische Grundversorgung umfassende Programme beinhalten, unter anderem zur präventiven Versorgung und zur Behandlung bestimmter Erkrankungen sowie zur Ernährung. Die auf Gemeinschaftsebene angebotenen Maßnahmen sollten die Bereitstellung von Informationen, Diensten und Gütern sowie die Prävention von Krankheiten und Verletzungen umfassen, etwa im Form von Investitionen in sichere öffentliche Räume, Verkehrssicherheit und Aufklärung über Verletzungs-, Unfall- und Gewaltprävention.

27. Die Vertragsstaaten sollten dafür Sorge tragen, dass im Gesundheitswesen angemessen ausgebildete Arbeitskräfte in ausreichender Zahl für alle Kinder zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sind angemessene Regelungen, Kontrollen, Gehälter und Arbeitsbedingungen erforderlich, auch für Gesundheitshelfer in den Gemeinden. Maßnahmen zum Kapazitätsaufbau sollten gewährleisten, dass die Dienstleistenden kindgerecht arbeiten und den Kindern keine Leistungen vorenthalten, auf die diese nach dem Gesetz Anspruch haben. Für die Rechenschaftslegung sollten Mechanismen eingeführt werden, mit deren Hilfe die Einhaltung der Qualitätssicherungsnormen sichergestellt werden kann.

**„Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.“**

28. Gemäß Artikel 24 Absatz 1 sind die Vertragsstaaten verpflichtet, dafür zu sorgen, dass Gesundheitsdienste und andere einschlägige Dienstleistungen für alle Kinder verfügbar und zugänglich sind, wobei unterversorgten Regionen und Bevölkerungsgruppen besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte. Dies setzt eine umfassende, systematische medizinische Grundversorgung, einen angemessenen rechtlichen Rahmen und eine nachhaltige Berücksichtigung der grundlegenden Determinanten für die Kindergesundheit voraus.

29. Faktoren wie finanzielle, institutionelle und kulturelle Hürden, die den Zugang von Kindern zu Gesundheitsdienstleistungen einschränken, sollten identifiziert und beseitigt werden. Voraussetzung hierfür ist unter anderem eine kostenlose generelle Geburtenregistrierung. Maßnahmen zur sozialen Absicherung wie Sozialversicherung, Kindergeld oder Beihilfen, geldliche Transferleistungen und bezahlter Elternurlaub sollten umgesetzt und als ergänzende Investitionen betrachtet werden.

30. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten wird durch das jeweilige Umfeld geprägt, etwa in Gestalt der Verfügbarkeit von Dienstleistungen, des Gesundheitswissens, der Lebenskompetenzen und Werte. Die Vertragsstaaten sollten bestrebt sein, ein angemessenes gesundheitsorientiertes Verhalten von Eltern und Kindern durch ein förderliches Umfeld zu unterstützen.

31. Entsprechend ihren sich entwickelnden Fähigkeiten sollten Kinder Zugang zu vertraulicher Beratung und Betreuung auch ohne Zustimmung der Eltern oder Erziehungsberechtigten haben, sofern dies nach Einschätzung der mit dem Kind arbeitenden Fachkräfte dem Kindeswohl entspricht. Für Kinder ohne Eltern oder gesetzlichen Vormund sollten die Vertragsstaaten mit gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren die Bestellung geeigneter Betreuungspersonen regeln, die je nach Alter und Reife des Kindes in seinem Namen Einverständniserklärungen abgeben oder dem Kind bei solchen Erklärungen helfen können. Die Vertragsstaaten sollten prüfen und in Erwägung ziehen, Kindern die Zustimmung zu bestimmten medizinischen Behandlungen und Eingriffen ohne die Genehmigung eines Elternteils, einer Betreuungsperson oder eines Vormunds/einer Vormundin zu erlauben; dies gilt z.B. für HIV-Tests und Dienstleistungen im Bereich der Sexualität und Fortpflanzung einschließlich Aufklärung und Beratung über Sexualgesundheit, Verhütung und gefahrlose Abtreibung.

## **B. Artikel 24 Absatz 2**

32. Gemäß Artikel 24 Absatz 2 sollten die Vertragsstaaten ein Verfahren einrichten, das weitere für das Kinderrecht auf Gesundheit relevante Fragen identifiziert und bearbeitet. Voraussetzung hierfür sind unter anderem eine eingehende Analyse des Ist-Zustands hinsichtlich vorrangig auftretender Gesundheitsstörungen und der dagegen unternommenen Maßnahmen sowie die Identifizierung und Umsetzung faktengestützter Interventionen und politischer Leitlinien für die zentralen Determinanten und Gesundheitsstörungen, gegebenenfalls in Abstimmung mit den Kindern selbst.

### **Artikel 24 Absatz 2 a): „Maßnahmen, um die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern“**

33. Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, die Kindersterblichkeit zu senken. Der Ausschuss drängt darauf, dabei vor allem auf Neugeborene zu schauen, weil diese Altersgruppe einen immer größeren Prozentsatz der Mortalität bis zum 5. Lebensjahr ausmacht. Darüber hinaus sollten sich die Staaten auch mit der Morbidität und Mortalität von Jugendlichen befassen, denen in aller Regel zu wenig Beachtung geschenkt wird.

34. Berücksichtigt werden sollten bei diesen Maßnahmen auch Totgeburten, Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten, Neugeborenenasphyxie, geringes Geburtsgewicht, von der Mutter auf ihr Kind übertragene HIV-Infektionen und andere Geschlechtskrankheiten, Infekte, Lungenentzündung, Durchfall, Masern, Unter- und Mangelernährung bei Säuglingen, Malaria, Unfälle, Gewalt, Selbstmord sowie die erhöhte Erkrankungsrate und Sterblichkeit jugendlicher Mütter. Empfohlen wird eine Stärkung des Gesundheitswesens, damit solche Maßnahmen im Rahmen der kontinuierlichen Betreuung der reproduktiven Gesundheit und der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und älteren Kindern allen Kindern zugutekommen. Dies schließt Vorsorgeuntersuchungen auf Geburtsfehler ebenso ein wie sichere Entbindungseinrichtungen und die Versorgung Neugeborener. Zur Prävention und Rechenschaftslegung sollten regelmäßige Erhebungen zur Müttersterblichkeit und perinatalen Mortalität erfolgen.

35. Die Vertragsstaaten sollten sich intensiv um den Ausbau einfacher, sicherer, kostengünstiger und nachweislich wirksamer Maßnahmen wie die gemeinschaftsbasierte Behandlung von Lungenentzündungen, Durchfallerkrankungen und Malaria bemühen und das Stillen nachdrücklich schützen und fördern.

### **Artikel 24 Absatz 2 b): Maßnahmen, um „sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird“**

36. Die Vertragsstaaten sollten den Zugang zur gesundheitlichen Grundversorgung für alle Kinder zur Priorität machen. Die Leistungen sollten so nah wie möglich am Wohnort der Kinder und ihrer Familien erbracht werden, vorzugsweise in kommunalen Einrichtungen. Auch wenn die Dienste sich in Details von Ausgestaltung und Inhalt zwangsläufig von Land zu Land unterscheiden, ist in jedem Fall ein funktionierendes Gesundheitswesen erforderlich, das Folgendes umfasst: einen soliden Finanzierungsmechanismus, gut ausgebildete und angemessen bezahlte Arbeitskräfte, zuverlässige Informationen als Grundlage für Entscheidungen und politische Leitlinien, gut instand gehaltene Einrichtungen und Logistiksysteme für die Bereitstellung hochwertiger Arzneimittel und Medizintechnik sowie eine starke Führung und Aufsicht. Die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten in Schulen bietet eine wichtige Gelegenheit zur Gesundheitsförderung, zur Früherkennung von Krankheiten und zur Verbesserung der Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten für Schulkinder.

37. Sinnvoll ist die Nutzung empfohlener Leistungspakete wie „Essential Interventions,

Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health“.<sup>11</sup> Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, alle auf den von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Listen unentbehrlicher Arzneimittel aufgeführten unverzichtbaren Arzneimittel verfügbar, zugänglich und erschwinglich zu machen, einschließlich der Präparate auf die Liste für Kinder (möglichst in pädiatrischen Formulierungen).

38. Der Ausschuss ist besorgt über die Zunahme psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen, unter anderem in Form von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Depressionen, Essstörungen, Angstzuständen, psychischen Traumata infolge von Missbrauch, Vernachlässigung, Gewalt oder Ausbeutung, Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum, zwanghaftem Verhalten wie exzessiver Nutzung des Internets und anderer Technologien sowie Selbstverletzung und Selbstmord. Es zeichnet sich immer klarer ab, dass den verhaltensbedingten und sozialen Problemen, die Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit, des psychosozialen Wohlbefindens und der emotionalen Entwicklung von Kindern mit sich bringen, mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Der Ausschuss warnt vor einer übermäßigen Medikalisierung und Institutionalisierung und empfiehlt den Vertragsstaaten dringend, bei der Bekämpfung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen einen auf öffentlicher Gesundheit und psychosozialer Unterstützung basierenden Ansatz zu verfolgen und in Grundversorgungskonzepte zu investieren, die eine frühzeitige Feststellung und Behandlung psychosozialer, emotionaler und mentaler Probleme bei Kindern erleichtern.

39. Die Vertragsstaaten müssen Kinder, die an psychischen und psychosozialen Störungen leiden, eine angemessene Behandlung und Rehabilitation zukommen lassen, dabei aber auf unnötige Medikamente verzichten. Die Resolution der Weltgesundheitsversammlung von 2012 betreffend die globale Krankheitslast durch psychische Störungen und die Notwendigkeit einer koordinierten umfassenden Reaktion der Gesundheits- und Sozialwesen der einzelnen Länder<sup>12</sup> sieht immer mehr Belege für die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention psychischer Störungen insbesondere bei Kindern. Der Ausschuss appelliert nachdrücklich an die Vertragsstaaten, diese Maßnahmen unter Einbeziehung der Familien und Gemeinschaften in einer Reihe sektoraler politischer Leitlinien und Programme unter anderem hinsichtlich Gesundheit, Bildung und Schutz (Strafjustiz) zu verankern und hierdurch zu intensivieren. Kinder, die aufgrund ihres familiären und sozialen Umfelds gefährdet sind, benötigen besondere Aufmerksamkeit, damit ihre Bewältigungs- und Lebenskompetenzen verbessert werden und ein schützendes, unterstützendes Umfeld geschaffen wird.

40. Wichtig ist die Erkenntnis, dass Kinder in humanitären Notsituationen besonderen gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt sind, etwa im Rahmen von Massenvertreibungen aufgrund natürlicher oder von Menschenhand gemachter Katastrophen. Mit allen realisierbaren Maßnahmen sollte sichergestellt werden, dass Kinder fortlaufend Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben, dass sie mit ihren Familien (wieder) zusammengeführt und geschützt werden, und zwar nicht nur mit physischer Unterstützung etwa mit Nahrung und sauberem Wasser, sondern auch durch die Förderung einer intensiven elterlichen oder sonstigen psychosozialen Betreuung, die ihnen hilft, Angst und Traumata zu verhindern oder zu bewältigen.

**Artikel 24 Absatz 2 c): „Krankheiten sowie Unter- und Fehlernährung auch im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung zu bekämpfen, unter anderem durch den Einsatz leicht zugänglicher Technik und durch die Bereitstellung ausreichender vollwertiger Nahrungsmittel und sauberen Trinkwassers, wobei die**

---

<sup>11</sup> The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health* (Genf, 2011).

<sup>12</sup> Resolution WHA65.4, verabschiedet bei der 65. Weltgesundheitsversammlung am 25.05.2012.

## **Gefahren und Risiken der Umweltverschmutzung zu berücksichtigen sind“**

### **a) Der Einsatz leicht verfügbarer Technologien**

41. Sobald neue Technologien wie Medikamente, Medizintechnik und Eingriffe im Bereich der Kindergesundheit bewährt und verfügbar sind, sollten die Vertragsstaaten sie in ihre politischen Leitlinien und Dienste aufnehmen. Mobile Vorkehrungen und gemeinschaftsbasierte Maßnahmen können bestimmte Risiken erheblich verringern und sollten der Allgemeinheit zugänglich gemacht werden. Hierzu gehören etwa Impfungen gegen die gängigsten Kinderkrankheiten, die Überwachung von Wachstum und Entwicklung insbesondere in der frühen Kindheit; bei Mädchen die Impfung gegen das humane Papillomavirus, Tetanusimpfungen für Schwangere, orale Rehydratation und Zinktherapie bei Durchfallerkrankungen, die Bereitstellung lebenswichtiger Antibiotika und antiviraler Medikamente, von Nahrungsergänzungsmitteln wie der Mikronährstoffe Vitamin A und D, Jodsalz und Eisenpräparaten sowie von Kondomen. Das Personal im Gesundheitswesen sollte Eltern beraten, wie und wo sie diese grundlegenden Technologien erhalten und bei Bedarf anwenden.

42. Die Privatwirtschaft in Gestalt unter anderem von Wirtschaftsunternehmen und gemeinnützigen Organisationen im Gesundheitssektor spielt zunehmend eine Rolle bei der (Weiter-) Entwicklung von Technologien, Arzneimitteln, Medizintechnik, Eingriffen und Verfahren, die zu wesentlichen Fortschritten für die Gesundheit von Kindern beitragen können. Die Vertragsstaaten sollten sicherstellen, dass alle Kinder bei Bedarf in den Genuss dieser Vorteile kommen. Die Vertragsstaaten können darüber hinaus öffentlich-private Partnerschaften und Nachhaltigkeitsinitiativen fördern, die die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von Gesundheitstechnologien verbessern können.

### **b) Die Bereitstellung angemessener nahrhafter Lebensmittel**

43. Maßnahmen, mit denen die Vertragsstaaten ihrer Verpflichtung nachkommen, den Zugang zu ernährungsphysiologisch angemessener, kulturell angepasster und sicherer Nahrung zu gewährleisten<sup>13</sup> und gegen Mangelernährung vorzugehen, sollten dem jeweiligen Kontext entsprechen. Zu den wirksamen unmittelbaren Maßnahmen für die Ernährung Schwangerer gehört die Vorbeugung und Behandlung von Anämie, Folsäure- und Jodmangel sowie die Bereitstellung von Kalziumpräparaten. Die Vorbeugung und Behandlung von Präeklampsie und Eklampsie sollte im Interesse der Gesundheit der werdenden Mütter und der gesunden Entwicklung ihres Kindes im Mutterleib und im Säuglingsalter für alle Frauen im gebärfähigen Alter sichergestellt sein.

44. Das ausschließliche Stillen von Säuglingen bis zum Alter von sechs Monaten sollte geschützt und gefördert werden. Kinder sollten neben geeigneter Beikost möglichst bis zum Alter von zwei Jahren weiter gestillt werden. Das von der Weltgesundheitsversammlung einstimmig verabschiedete Rahmenwerk definiert die diesbezüglichen Pflichten der Vertragsstaaten als „schützen, fördern und unterstützen“.<sup>14</sup> Die Vertragsstaaten werden aufgefordert, international vereinbarte Standards betreffend das Recht des Kindes auf Gesundheit in nationales Recht umzusetzen, anzuwenden und durchzusetzen; dies umfasst den Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und die einschlägigen nachfolgenden Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung sowie das Rahmenübereinkommen der

---

<sup>13</sup> Siehe den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Artikel 11, sowie Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 12 (1999) über das Recht auf angemessene Nahrung, *Offizielle Protokolle des Wirtschafts- und Sozialrats, 2011, Beilage Nr. 2 (E/2000/22)*, Annex V.

<sup>14</sup> Siehe WHO und United Nations Children's Fund (UNICEF), *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (Genf 2003).

Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakkonsums. Mithilfe spezieller Maßnahmen sollten die Staaten die Unterstützung von Müttern in ihren Gemeinschaften und am Arbeitsplatz in Bezug auf Schwangerschaft und Stillen sowie praktikable, erschwingliche Kinderbetreuung fördern. Zu ihren Pflichten gehört ferner die Einhaltung des Übereinkommens Nr. 183 (2000) der Internationalen Arbeitsorganisation über die Neufassung des Übereinkommens über den Mutterschutz (Neufassung), 1952.

45. Besonders wichtig ist die angemessene Ernährung und Entwicklungskontrolle in der frühen Kindheit. Soweit nötig, sollte das integrierte Management schwerwiegender akuter Unterernährung durch entsprechende Maßnahmen in Einrichtungen und auf Gemeinschaftsebene und durch die Behandlung mäßiger akuter Unterernährung wie therapeutische Ernährung ergänzt werden.

46. Wünschenswert sind Schulspeisungen, weil sie sicherstellen, dass alle Schüler\*innen täglich eine vollwertige Mahlzeit erhalten und hierdurch auch dem Unterricht aufmerksamer folgen können und mehr Kinder die Schule besuchen. Der Ausschuss empfiehlt, Schulmahlzeiten mit Ernährungs- und Gesundheitserziehung wie die Anlage von Schulgärten und die Schulung von Lehrpersonal zu koppeln, um die Essgewohnheiten der Kinder zu verbessern und eine gesunde Ernährung zu fördern.

47. Die Vertragsstaaten sollten sich auch mit dem Thema Adipositas bei Kindern befassen, denn Fettleibigkeit bedingt Bluthochdruck, frühe Warnzeichen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Insulinresistenz, psychische Auswirkungen, eine höhere Wahrscheinlichkeit von Adipositas im Erwachsenenalter und vorzeitigen Tod. Der Zugang von Kindern zu stark fett-, zucker- und salzhaltigem, energiereichem und mikronährstoffarmem „Fast Food“ und Getränken mit hohem Koffeingehalt oder anderen potenziell schädlichen Substanzen sollte eingeschränkt werden. Die Vermarktung dieser Stoffe sollte insbesondere dann, wenn sie sich speziell an Kinder richtet, gesetzlich geregelt und ihre Verfügbarkeit in Schulen und andernorts kontrolliert werden.

### **c) Die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser**

48. Die Versorgung mit unbedenklichem, sauberem Trinkwasser und hinreichenden sanitären Einrichtungen ist eine wesentliche Voraussetzung für den vollumfänglichen Genuss des Rechts auf Lebens und aller anderen Menschenrechte.<sup>15</sup> Die für die Wasserversorgung und Abwasseraufbereitung zuständigen Ministerien und lokalen Behörden sollten ihre Verpflichtung anerkennen, zur Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit beizutragen, und über die Haushaltsgröße hinaus bei der Planung und Durchführung des Ausbaus von Infrastrukturen und bei der Wartung der Wasserversorgungsanlagen sowie bei Entscheidungen über die Höhe kostenloser Mindestabgabemengen sowie den Ausschluss von der Versorgung Indikatoren für Unterernährung, Durchfall- und andere wasserbedingte Krankheiten bei Kindern aktiv berücksichtigen. Auch eine Privatisierung der Trink- und Abwasserversorgung entbindet die Vertragsstaaten nicht von ihren diesbezüglichen Pflichten.

### **d) Umweltverschmutzung**

49. Die Vertragsstaaten sollten Maßnahmen ergreifen, um den Gefahren und Risiken zu begegnen, die die lokale Umweltverschmutzung für die Gesundheit von Kindern in allen Lebensbereichen mit sich bringt. Angemessene Wohnverhältnisse mit gefahrlosen Kochstellen, rauchfreier Umgebung, ausreichender Be- und Entlüftung, eine effiziente Abfallentsorgung und die Beseitigung von Müll aus den Wohnungen und dem Wohnumfeld, die Vermeidung von Schimmelbildung und anderen toxischen Stoffen sowie

---

<sup>15</sup> Beschluss der Generalversammlung 64/292 über das Recht auf Wasser Menschenrecht auf Wasser und Sanitärversorgung.

eine hygienische Lebensweise der Familie sind elementare Voraussetzungen dafür, dass Kinder gesund aufwachsen und sich entwickeln können. Die Vertragsstaaten sollten die Umweltauswirkungen von Wirtschaftstätigkeiten gesetzlich regeln und überwachen, soweit diese das Kinderrecht auf Gesundheit, Nahrungsmittelsicherheit und Zugang zu unbedenklichem Trinkwasser sowie zu sanitären Einrichtungen beeinträchtigen.

50. Der Ausschuss betont, dass sich Umwelteinflüsse über die Umweltverschmutzung hinaus erheblich auf die kindliche Gesundheit auswirken. Umweltmaßnahmen sollten sich unter anderem mit dem Klimawandel befassen, denn er stellt eine der gravierendsten Bedrohungen für die Gesundheit von Kindern dar und verschärft gesundheitliche Ungleichheit. Die Vertragsstaaten sollten deshalb Fragen der Kindergesundheit zu zentralen Aspekten ihrer Strategien zur Anpassung an den Klimawandel und zu dessen Abschwächung machen.

**Artikel 24 Absatz 2 d): „eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen“**

51. Der Ausschuss wertet eine vermeidbare Mortalität und Morbidität von Müttern als schwere Verletzung der Menschenrechte von Frauen und Mädchen, die eine gravierende Gefahr für ihr eigenes Recht auf Gesundheit ebenso wie das ihrer Kinder darstellt. Schwangerschaft und Geburt sind natürliche Vorgänge mit bekannten Gesundheitsrisiken, die bei frühzeitiger Erkennung sowohl verhütet als auch behandelt werden können. Risikosituationen können während der Schwangerschaft, im Rahmen der Entbindung und in der Zeit unmittelbar davor und danach auftreten und sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind haben.

52. Der Ausschuss regt die Staaten dazu an, in den jeweiligen Kindheitsphasen kindgerechte Gesundheitskonzepte zu verfolgen, wie z.B. a) die Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“<sup>16</sup>, die Rooming-in und Stillen schützt, fördert und unterstützt; b) eine kinderfreundliche Gesundheitspolitik, die sich auf die Ausbildung der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen konzentriert, damit diese qualitativ hochwertige Dienstleistungen auf eine Weise erbringen, dass Kindern und ihren Familien Angst, Aufregung und Leid nach Möglichkeit erspart wird; und c) jugendfreundliche Gesundheitsdienste, die Gesundheitspersonal und Einrichtungen dazu verpflichten, auf Jugendliche sensibel einzugehen, den Grundsatz der Vertraulichkeit zu achten und für Jugendliche akzeptable Dienstleistungen anzubieten.

53. Die Betreuung von Frauen vor, während und nach einer Schwangerschaft hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder. Die Erfüllung der Pflicht, allen Frauen Zugang zu einem umfassenden Paket von Maßnahmen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu gewährleisten, sollte auf dem Konzept einer kontinuierlichen Versorgung basieren, die von der Zeit vor der Empfängnis die Schwangerschaft und Entbindung sowie das gesamte Wochenbett abdeckt. Eine zeitnahe, hochwertige Betreuung während dieser Phasen bietet wichtige Chancen, die Weitergabe von Krankheiten auf die nächste Generation zu verhüten, und hat lebenslangen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes.

54. Zu den Leistungen, die während dieses kontinuierlichen Zeitraums erbracht werden sollten, zählen unter anderem grundlegende Prävention und Gesundheitsförderung sowie Heilmaßnahmen, darunter auch die Tetanusprophylaxe bei Neugeborenen, die Prävention von Malaria bei Schwangeren und von angeborener Syphilis, die Versorgung mit Nahrungsmitteln, der Zugang zu Aufklärung, Informationen und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die Anleitung zu gesundheitsbewusstem Verhalten (z.B. Verzicht auf Rauchen und Drogenkonsum), die Geburtsvorbereitung, die frühzeitige Erkennung und Behandlung von

---

<sup>16</sup> UNICEF/WHO, Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ (1991).

Schwangerschaftskomplikationen, sichere Schwangerschaftsabbrüche und deren Nachsorge, die grundlegende Betreuung während der Entbindung und die Prävention einer HIV-Ansteckung des Kindes unter der Geburt sowie die Betreuung und Behandlung HIV-infizierter Frauen und Kinder. Bei der Betreuung von Müttern und Neugeborenen nach der Niederkunft sollte sichergestellt sein, dass Mütter nicht grundlos von ihren Säuglingen getrennt werden.

55. Nach Empfehlung des Ausschusses sollten Sozialschutzmaßnahmen unter anderem eine allgemeine Versorgung oder die finanzielle Absicherung des Zugangs zu Betreuungsleistungen, bezahlten Elternurlaub und weitere Leistungen des sozialen Sicherheitsnetzes beinhalten und Rechtsvorschriften zur Einschränkung der unangemessenen Vermarktung und Bewerbung von Muttermilchersatzprodukten umfassen.

56. In Anbetracht der weltweit hohen Schwangerschaftsraten bei Jugendlichen und des damit verknüpften erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos sollten die Vertragsstaaten sicherstellen, dass ihre Gesundheitssysteme und -dienste auf die spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einschließlich Familienplanung und sicherer Schwangerschaftsabbrüche ausgerichtet sind. Die Vertragsstaaten sollten sich dafür einsetzen, dass junge Mädchen eigenständig sachkundige Entscheidungen über ihre Reproduktionsgesundheit treffen können. Diskriminierung aufgrund einer Schwangerschaft im Jugendalter, etwa der Ausschluss vom Schulunterricht, sollte untersagt und die Fortsetzung der Schulbildung ermöglicht werden.

57. In Anbetracht der Tatsache, dass bei der Planung und Sicherstellung gesunder Schwangerschaften und Entbindungen auch Jungen und Männern eine entscheidende Rolle zukommt, sollten die Vertragsstaaten in ihre politischen Leitlinien und Pläne, die sich an die für Sexualität, Fortpflanzung und Kindergesundheit zuständigen Gesundheitsdienstleistenden richten, Aufklärungs-, Sensibilisierungs- und Dialogmöglichkeiten auch für Jungen und Männer aufnehmen.

**Artikel 24 Absatz 2 e): „sicherzustellen, dass allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens, die Hygiene und die Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung vermittelt werden“**

58. Die Verpflichtungen aus dieser Bestimmung umfassen die Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen sowie Unterstützung bei deren Nutzung. Gesundheitsbezogene Informationen sollten physisch zugänglich, nachvollziehbar und dem Alter und Bildungsstand der Kinder angemessen sein.

59. Um sachkundige Entscheidungen in Bezug auf ihren Lebensstil und den Zugang zu Gesundheitsdiensten treffen zu können, benötigen Kinder Informationen und Aufklärung über alle gesundheitlichen Aspekte. Die Informationen und die Vermittlung von Lebenskompetenzen sollten ein breites Spektrum von Gesundheitsfragen abdecken, unter anderem gesunde Ernährung und die Förderung körperlicher Aktivitäten, Sport und Erholung, die Vorbeugung von Unfällen und Verletzungen, Hygiene, Händewaschen und sonstige Körperhygiene sowie die mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Substanzen verbundenen Gefahren. Die Aufklärung sollte angemessene Informationen über das Kinderrecht auf Gesundheit und die Pflichten der Regierungen umfassen und klarstellen, wie und wo Kinder Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten erhalten. Sie sollten fester Bestandteil der schulischen Lehrpläne sein und überdies für Kinder, die keine Schule besuchen, durch Gesundheitsdienste und andere Stellen vermittelt werden. Informationsmaterialien zu gesundheitlichen Fragen sollten in Zusammenarbeit mit Kindern entwickelt und in den unterschiedlichsten öffentlicher Einrichtungen bereitgestellt werden.

60. Der Sexualekundeunterricht sollte die Eigenwahrnehmung und das Wissen über den eigenen Körper in allen anatomischen, physiologischen und emotionalen Aspekten beinhalten und allen Kindern offenstehen, Mädchen ebenso wie Jungen. Der Unterricht sollte Inhalte zur Fortpflanzung, zur Sexualgesundheit und zum sexuellen Wohlbefinden umfassen, unter anderem Informationen über körperliche Veränderungen und Reifungsprozesse. Er sollte so angelegt sein, dass Kinder Wissen über die Reproduktionsgesundheit und die Verhinderung geschlechtsspezifischer Gewalt erwerben und ein verantwortungsvolles Sexualverhalten entwickeln können.

61. Informationen über die Gesundheit von Kindern sollten allen Eltern individuell oder in Gruppen, dem familiären Umfeld und weiteren Betreuungspersonen zur Verfügung gestellt werden; zu den diversen Optionen gehören Gesundheitskliniken, Elternkurse, öffentliche Informationsbroschüren, Berufsverbände, Gemeindeorganisationen und die Medien.

**Artikel 24 Absatz 2 f): „die Gesundheitsvorsorge, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen“**

**a) Gesundheitsvorsorge**

62. Prävention und Gesundheitsförderung sollten sich auf die vorrangigen gesundheitlichen Aspekte beziehen, die Kinder in ihrer Gemeinschaft und landesweit betreffen. Zu diesen Risiken gehören Krankheiten und andere gesundheitliche Probleme wie Unfälle, Gewalt, Drogenmissbrauch sowie psychosoziale und psychische Störungen. Die Gesundheitsvorsorge sollte sich auf übertragbare und nicht übertragbare Krankheiten erstrecken und eine Kombination aus biomedizinischen, verhaltensbezogenen und strukturellen Interventionen umfassen. Die Prophylaxe nicht übertragbarer Krankheiten bei Kindern sollte durch die Förderung und Unterstützung einer gesunden, gewaltfreien Lebensweise für Schwangere, ihre Ehe-/Lebenspartner und Kleinkinder bereits in ersten Lebensjahren beginnen.

63. Zur Verringerung der Gemeinkosten für verletzte Kinder sind Strategien und Maßnahmen erforderlich, die Verletzungen durch Ertrinken, Verbrennungen und andere Unfälle verhüten. Solche Strategien und Maßnahmen sind unter anderem die Verabschiedung und Durchsetzung von Rechtsvorschriften, Modifikationen von Produkten und Umweltbedingungen, unterstützende Hausbesuche und das Intensivieren von Sicherheitsvorkehrungen, außerdem Bildung, Kompetenzentwicklung und Verhaltensänderung, gemeindebasierte Projekte sowie die ambulante Versorgung, Akutbehandlung und Wiederherstellung. Zur Senkung der Zahl der Verkehrsunfälle sollte die Nutzung von Sicherheitsvorrichtungen wie zum Beispiel Sicherheitsgurten gesetzlich vorgeschrieben sein; der Zugang zu sicheren Verkehrsmitteln für Kinder sollte gewährleistet und bei der Straßenplanung und bei Verkehrskontrollen angemessen berücksichtigt werden. Unverzichtbar ist dabei die Unterstützung seitens der betroffenen Industriezweige und der Medien.

64. In Kenntnis der Tatsache, dass Gewalt eine der Hauptursachen für die Mortalität und Morbidität von Kindern und insbesondere von Jugendlichen darstellt, fordert der Ausschuss die Staaten zur Schaffung eines Umfelds auf, das Kinder vor Gewalt schützt und ihre Beteiligung an Veränderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen zu Hause, in der Schule und im öffentlichen Raum fördert, das Eltern und Betreuungspersonen bei einer gesunden Kindererziehung unterstützt und Geisteshaltungen hinterfragt, die zur fortdauernden Toleranz und Duldung von Gewalt in jeder Form beitragen, unter anderem durch Vorschriften zur Darstellung von Gewalt in den Massenmedien.

65. Die Vertragsstaaten sollten Kinder vor Lösungsmitteln, Alkohol, Tabak und verbotenen Substanzen schützen, die Erhebung entsprechender Nachweise intensivieren und geeignete Maßnahmen ergreifen, um Kinder vom Konsum solcher Substanzen abzuhalten. Empfohlen wird die gesetzliche Regelung der Werbung und des Verkaufs

von Substanzen, die für Kinder gesundheitsschädlich sind, ebenso wie Reklame für solche Substanzen an Orten, an denen sich Kinder aufhalten, ebenso wie in Medien und Publikationen, auf die Kinder Zugriff haben.

66. Der Ausschuss drängt die Vertragsstaaten, soweit noch nicht geschehen, zur Ratifizierung der internationalen Drogenkontrollkonventionen<sup>17</sup> und der Rahmenkonvention der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Der Ausschuss unterstreicht die Bedeutung eines rechtsbasierten Ansatzes in Bezug auf den Konsum von Suchtmitteln und empfiehlt, bei Bedarf mithilfe von Schadensbegrenzungsstrategien die Gesundheitsschäden durch Drogenmissbrauch zu minimieren.

## **b) Hilfestellung für Eltern**

67. Eltern sind bei Kleinkindern die wichtigste Instanz für frühzeitige Krankheitserkennung und Erstversorgung und bei Jugendlichen der wichtigste Schutzfaktor gegen riskante Verhaltensweisen wie Drogenkonsum und ungeschützten Sex. Eltern spielen zudem eine zentrale Rolle bei der Förderung einer gesunden kindlichen Entwicklung. Sie schützen ihre Kinder vor Schäden durch Unfälle, Verletzungen und Gewalt und schwächen die negativen Auswirkungen von Risikoverhalten ab. Entscheidend für das Denken von Kindern und ihre Anpassung an die Welt, in der sie aufwachsen, sind die Sozialisationsprozesse. Sie unterliegen massiven Einflüssen seitens der Eltern, erweiterten Familie und sonstigen Betreuungspersonen. Die Vertragsstaaten sollten evidenzbasierte Interventionen zur Unterstützung guter Elternschaft verabschieden, unter anderem mit dem Training elterlicher Kompetenzen, mit Selbsthilfegruppen und Familienberatung, insbesondere für Familien, die mit gesundheitlichen und sozialen Problemen ihrer Kinder konfrontiert sind.

68. Angesichts der bekannten Auswirkungen körperlicher Züchtigungen auf die Kindergesundheit bis hin zu Verletzungen mit und ohne Todesfolge sowie den dadurch bedingten psychischen und emotionalen Schäden erinnert der Ausschuss die Staaten an ihre Pflicht, körperliche Züchtigung und andere grausame oder erniedrigende Formen der Bestrafung mithilfe aller geeigneten legislativen, administrativen, sozialen und erzieherischen Maßnahmen in sämtlichen Situationen einschließlich des häuslichen Bereichs zu unterbinden.<sup>18</sup>

## **c) Familienplanung**

69. Familienplanungszentren sollten im Rahmen umfassender sexueller und reproduktiver Gesundheitsdienste angesiedelt und für sexuelle Aufklärung und Beratung in Fragen der Sexualität zuständig sein. Diese Dienste können als Teil der in Artikel 24 Absatz 2 d) angesprochenen kontinuierlichen Leistungen für Mütter vor und nach der Entbindung verstanden werden und sollten so konzipiert sein, dass sie alle Paare und Einzelpersonen in die Lage versetzen, Entscheidungen über ihre Sexualität und Fortpflanzung frei und verantwortungsbewusst zu treffen, etwa was die Anzahl ihrer Kinder, den Zeitpunkt der Empfängnis und die Abstände zwischen den Geburten betrifft, und die hierfür benötigten Informationen und Mittel erhalten. Dabei ist darauf zu achten, dass alle weiblichen und männlichen Heranwachsenden, ob verheiratet oder nicht, vertraulichen Zugang zu Gütern und Dienstleistungen erhalten. Die Vertragsstaaten sollten sicherstellen, dass die

---

<sup>17</sup> Einheits-Übereinkommen über Suchtstoffe, 1961; Übereinkommen über psychotrope Stoffe, 1971; Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen, 1988.

<sup>18</sup> Allgemeine Bemerkung Nr. 8 (2006) über das Recht des Kindes auf Schutz vor körperlicher Züchtigung und anderen grausamen oder erniedrigenden Formen der Bestrafung, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung*, 63. Sitzung, Beilage Nr. 41 (A/63/41), Annex II.

Dienstleistenden den Heranwachsenden nicht etwa aus Gewissensgründen Informationen oder Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit vorenthalten.

70. Kurzfristige Verhütungsmethoden wie Kondome, Hormonprodukte und Notfallverhütung („Pille danach“) sollten für sexuell aktive Heranwachsende leicht und problemlos verfügbar sein. Darüber hinaus sollten langfristig und dauerhaft wirkende Verhütungsmethoden bereitgestellt werden. Der Ausschuss empfiehlt den Staaten, den Zugang zu gefahrlosen Schwangerschaftsabbrüchen einschließlich der Nachsorge zu gewährleisten, unabhängig davon, ob Abtreibungen an sich legal sind.

#### **IV. Pflichten und Verantwortlichkeiten**

##### **A. Die Pflicht der Vertragsstaaten zu Achtung, Schutz und Gewährleistung**

71. Staaten unterliegen in Bezug auf die Menschenrechte einschließlich des Kinderrechts auf Gesundheit dreierlei Verpflichtungen: die Freiheiten und Rechte zu achten, die Freiheiten und Rechte vor Dritten oder vor sozialen oder umweltbedingten Bedrohungen zu schützen und den Genuss der Rechte durch Erleichterung oder direkte Bereitstellung zu ermöglichen. Gemäß Artikel 4 des Übereinkommens sollten die Vertragsstaaten die vom Recht des Kindes auf Gesundheit umfassten Ansprüche unter Ausschöpfung ihrer verfügbaren Mittel und erforderlichenfalls im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit zu befriedigen.

72. Alle Vertragsstaaten sind unabhängig von ihrem Entwicklungsstand verpflichtet, unverzüglich Maßnahmen zu treffen, um diese Verpflichtungen prioritär und ohne jede Diskriminierung zu erfüllen. Auch in dem Fall, dass die verfügbaren Mittel nachweislich nicht ausreichen, sind die Staaten dennoch gehalten, mit gezielten Maßnahmen so rasch und so wirksam wie möglich auf die volle Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit hinzuarbeiten. Unabhängig von ihren Ressourcen sind die Staaten verpflichtet, keine rückschrittlichen Maßnahmen zu treffen, die der Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit entgegenstehen würden.

73. Zu den Kernverpflichtungen, die sich aus dem Recht des Kindes auf Gesundheit ergeben, gehören:

a) die Überprüfung des nationalen und subnationalen rechtlichen und politischen Rahmens und gegebenenfalls eine Änderung von Gesetzen und politischen Leitlinien;

b) die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit qualitativ hochwertiger medizinischer Grundversorgung einschließlich Prävention, Gesundheitsförderung, Versorgung und Behandlung sowie unentbehrlicher Arzneimittel;

c) angemessene Reaktionen auf die grundlegenden Determinanten der Kindergesundheit und

d) die Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Bewertung politischer Leitlinien und budgetierter Aktionspläne, die einen menschenrechtsbasierten Ansatz zur Erfüllung des Kinderrechts auf Gesundheit verfolgen.

74. Die Vertragsstaaten sollten ihre Verpflichtung zur schrittweisen Erfüllung aller ihrer Pflichten gemäß Artikel 24 nachweisen und ihnen auch vor dem Hintergrund politischer oder wirtschaftlicher Krisen oder Notfälle Vorrang geben. Voraussetzung hierfür ist die nachhaltige Planung, Konzeption, Finanzierung und Umsetzung der Kindergesundheit und der damit verknüpften politischen Leitlinien, Programme und Dienste.

##### **B. Die Verantwortung nichtstaatlicher Akteure**

75. Die Verantwortung für die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit trägt

der Vertragsstaat, unabhängig davon, ob er die Bereitstellung von Dienstleistungen an nichtstaatliche Akteure delegiert oder nicht. Darüber hinaus gibt es im Zusammenhang mit der Gesundheit von Kindern und den ihr zugrundeliegenden Determinanten eine Vielzahl nichtstaatlicher Anbieter von Informationen und Dienstleistungen, die in diesem Bereich Einfluss ausüben und spezifischen Verantwortlichkeiten unterliegen.

76. Zu den Pflichten der Staaten gehört es, solche nichtstaatlichen Akteure auf ihre Verantwortung aufmerksam zu machen und sicherzustellen, dass sie alle ihre Verantwortung gegenüber Kindern anerkennen, achten und verwirklichen, wobei sie bei Bedarf Due-Diligence-Verfahren anzuwenden haben.

77. Alle im Bereich der Gesundheitsförderung und -dienste tätigen nichtstaatlichen Akteure, insbesondere die Privatwirtschaft einschließlich pharmazeutischer Unternehmen und der Medizintechnikindustrie sowie die Massenmedien und die Gesundheitsdienstleistenden fordert der Ausschuss auf, im Einklang mit den Bestimmungen des Übereinkommens zu agieren und sicherzustellen, dass auch alle Partner, die in ihrem Namen Dienstleistungen erbringen, diese Vorgaben einhalten. Solche Partner sind unter anderem internationale Organisationen, Banken, regionale Finanzinstitutionen, globale Partnerschaften, die Privatwirtschaft (private Stiftungen und Fonds), Spender\*innen und alle anderen Rechtssubjekte, die zugunsten der Gesundheit von Kindern Dienstleistungen erbringen oder finanzielle Unterstützung leisten, insbesondere im Rahmen humanitärer Notfälle oder politisch instabiler Situationen.

## **1. Verantwortlichkeiten von Eltern und anderen Betreuungspersonen**

78. Die Verantwortlichkeiten der Kindeseltern und anderer Betreuungspersonen werden in mehreren Bestimmungen des Übereinkommens ausdrücklich genannt. Eltern sollten ihre Verantwortung tragen und dabei stets im Sinne des Kindeswohls handeln, erforderlichenfalls mit staatlicher Unterstützung. Unter Berücksichtigung der sich entwickelnden kindlichen Fähigkeiten sollten Eltern und Betreuungspersonen Kinder fördern, schützen und unterstützen, damit sie gesund heranwachsen und sich entwickeln können. Auch wenn dies in Artikel 24 Absatz 2 f) nicht explizit ausgeführt wird, versteht der Ausschuss jeden Verweis auf Eltern auch als Verweis auf andere Betreuungspersonen.

## **2. Nichtstaatliche Gesundheitsdienste und andere nichtstaatliche Akteure**

### **a) Nichtstaatliche Gesundheitsdienste**

79. Alle Gesundheitsdienste einschließlich nichtstaatlicher Akteure müssen alle einschlägigen Bestimmungen des Übereinkommens sowie die in Kapitel VI, Abschnitt E, dieser Allgemeinen Bemerkung beschriebenen Kriterien der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität anwenden und in die Gestaltung, Durchführung und Bewertung ihrer Programme und Dienste einbeziehen.

### **b) Privatwirtschaft**

80. Alle Wirtschaftsunternehmen unterliegen einer Sorgfaltspflicht (Due Diligence) in Bezug auf die Menschenrechte, zu denen alle im Übereinkommen verankerten Rechte gehören. Die Vertragsstaaten sollten von den Unternehmen verlangen, auch in Bezug auf die Kinderrechte diese Sorgfaltspflicht zu erfüllen. Dadurch wird sichergestellt, dass Unternehmen ihre jeweiligen negativen Auswirkungen auf das Kinderrecht auf Gesundheit erkennen, verhindern und abmildern, und zwar auch im Rahmen ihrer Geschäftsbeziehungen und globaler Aktivitäten. Großunternehmen sollten aufgefordert und gegebenenfalls verpflichtet werden, ihre Anstrengungen für die Wahrung der Kinderrechte öffentlich nachzuweisen.

81. Über andere Verantwortlichkeiten hinaus und in sämtlichen Kontexten sollten

private Wirtschaftsunternehmen Kinder nicht zu gefährlichen Arbeiten heranziehen, ferner sicherstellen, dass sie das Mindestalter für Kinderarbeit erreicht haben, den Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und die entsprechenden nachfolgenden Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung einhalten, die Bewerbung von energiereichen, mikronährstoffarmen Lebensmitteln und Getränken mit hohem Koffeingehalt oder anderen für Kinder potenziell schädlichen Substanzen einschränken, von Bewerbung, Vermarktung und Vertrieb von Tabakprodukten, Alkohol und anderen toxischen Substanzen absehen und keine Bilder von Kindern verwenden.

82. Der Ausschuss ist sich des weitreichenden Einflusses des Pharmasektors auf die Kindergesundheit bewusst und appelliert an die pharmazeutischen Unternehmen, den Zugang zu Arzneimitteln für Kinder mit geeigneten Maßnahmen zu verbessern, wobei insbesondere die Menschenrechtsrichtlinien für Pharmaunternehmen in Bezug auf den Zugang zu Arzneimitteln<sup>19</sup> zu berücksichtigen sind. Zugleich sollten die Vertragsstaaten sicherstellen, dass Pharmaunternehmen den Einsatz von Arzneimitteln bei Kindern überwachen und keine exzessive Verschreibung und Verwendung von Arzneimitteln fördern. Die Wahrnehmung ihrer Rechte am geistigen Eigentum sollte nicht zur Folge haben, dass notwendige Medikamente oder Güter für arme Menschen unerschwinglich sind.

83. Private Krankenversicherungen sollten dafür sorgen, dass sie Schwangere, Kinder und Mütter nicht aus verbotenen Gründen diskriminieren und dass sie Gleichbehandlung fördern, indem sie mit staatlichen Krankenversicherungen Partnerschaften eingehen, die auf dem Prinzip der Solidarität beruhen und sicherstellen, dass der Zugang zu Versicherungsleistungen nicht durch mangelnde finanzielle Leistungsfähigkeit eingeschränkt wird.

### **c) Massenmedien und soziale Medien**

84. Artikel 17 des Übereinkommens definiert die Verantwortlichkeiten der Massenmedienorganisationen. In gesundheitlicher Hinsicht können diese erweitert werden; zusätzliche Aspekte können sein: die Förderung der Gesundheit und gesunden Lebensweise bei Kindern, die Bereitstellung kostenloser Werbeflächen für die Gesundheitsförderung, die Gewährleistung der Privatsphäre und der Vertraulichkeit für Kinder und Jugendliche, die Unterstützung ihres Zugangs zu Informationen, der Verzicht auf die Produktion von Kommunikationsprogrammen und -materialien, die der Gesundheit von Kindern und der Allgemeinheit abträglich sind, und das Absehen von einer Untermauerung gesundheitlich motivierter Stigmatisierungen.

### **d) Forschung**

85. Der Ausschuss betont die Verantwortung von Rechtssubjekten wie Wissenschaftler\*innen, privaten Unternehmer\*innen und anderen, die Forschung an Kindern betreiben, für die Einhaltung der Grundsätze und Bestimmungen des Übereinkommens und der Internationalen ethischen Richtlinien für biomedizinische Forschung am Menschen.<sup>20</sup> Der Ausschuss mahnt Forschende, dass das Kindeswohl stets Vorrang vor dem Interesse der Allgemeinheit oder dem wissenschaftlichen Fortschritt haben muss.

---

<sup>19</sup> Human Rights Guidelines for Pharmaceutical Companies in relation to Access to Medicines. Siehe auch Menschenrechtsratsresolution 15/22 über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.

<sup>20</sup> International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects; Rat für Internationale Organisationen der medizinischen Wissenschaft (CIOMS)/WHO, Genf 1993.

## **V. Internationale Zusammenarbeit**

86. Die Vertragsstaaten des Übereinkommens sind nicht nur verpflichtet, das Kinderrecht auf Gesundheit in ihrem eigenen Hoheitsgebiet zu verwirklichen, sondern sollten darüber hinaus durch internationale Zusammenarbeit auch zu seiner weltweiten Verwirklichung beitragen. Nach Artikel 24 Absatz 4 sind die Vertragsstaaten ebenso wie zwischenstaatliche Organisationen verpflichtet, den Vorrang der Kindergesundheit auch in den ärmsten Bevölkerungsschichten und in Entwicklungsländern besonders zu berücksichtigen.

87. Das Übereinkommen sollte alle internationalen Aktivitäten und Programme von Geber- und Empfängerländer leiten, die sich direkt oder indirekt auf die Gesundheit von Kindern beziehen. Es verpflichtet Partnerstaaten, die vorrangigen Gesundheitsprobleme von Kindern, Schwangeren und Müttern in den Empfängerländern zu ermitteln und gemäß den in Artikel 24 festgelegten Prioritäten und Grundsätzen zu bekämpfen. Die internationale Zusammenarbeit sollte das Gesundheitswesen der Vertragsstaaten und die nationalen Gesundheitspläne unterstützen.

88. Die Vertragsstaaten sind jeder für sich und gemeinsam verantwortlich für ihre Zusammenarbeit bei der Bereitstellung von Katastrophen- und humanitären Hilfen in Notzeiten, unter anderem im Rahmen der UN-Mechanismen. In solchen Fällen sollten die Vertragsstaaten in Erwägung ziehen, den Bemühungen um die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit Vorrang einzuräumen, unter anderem durch angemessene internationale medizinische Hilfen, die Verteilung und Verwaltung von Ressourcen wie sauberem Trinkwasser, Nahrungsmitteln und medizinischer Versorgung sowie finanziellen Hilfen für die am meisten gefährdeten oder ausgegrenzten Kinder.

89. Der Ausschuss mahnt die Staaten, wie von den UN angestrebt, 0,7 % des Bruttonationaleinkommens für die internationale Entwicklungshilfe bereitzustellen, denn finanzielle Mittel haben in Staaten mit begrenzten Ressourcen erhebliche Auswirkungen auf die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit. Um eine möglichst große Wirkung zu erzielen, ermutigt der Ausschuss die Vertragsstaaten und zwischenstaatliche Organisationen, die Pariser Grundsätze zur Wirksamkeit von Entwicklungshilfe und die Grundsätze des Aktionsplans von Accra anzuwenden.

## **VI. Rahmenbedingungen für Umsetzung und Rechenschaftspflicht**

90. Die Rechenschaftspflicht ist für das Kinderrecht auf Gesundheit von zentraler Bedeutung. Der Ausschuss erinnert die Vertragsstaaten an ihre Pflicht, dafür zu sorgen, dass die zuständigen staatlichen Behörden und Dienstleistenden für die Aufrechterhaltung des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit und der Gesundheitsversorgung von Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Rechenschaft ablegen müssen.

91. Die Vertragsstaaten sollten mit einem entsprechenden Umfeld allen betroffenen Stellen die Erfüllung ihrer Pflichten und Verantwortlichkeiten hinsichtlich des Kinderrechts auf Gesundheit erleichtern und ein Regelrahmenwerk schaffen, innerhalb dessen alle Akteur\*innen tätig sein sollten und überwacht werden können; dies umfasst die Mobilisierung politischer und finanzieller Unterstützung für Fragen der Kindergesundheit und den Ausbau der Befähigung der Pflichtenträger\*innen zur Erfüllung ihrer Pflichten sowie der Möglichkeiten für Kinder, ihr Recht auf Gesundheit einzufordern.

92. Nationale Rechenschaftsmechanismen müssen wirksam und transparent sein und unter aktiver Einbeziehung von Regierung, Parlament, Gemeinden, Zivilgesellschaft und Kindern darauf abzielen, alle Akteur\*innen für ihr Handeln zur Rechenschaft zu ziehen. Diese Mechanismen sollten sich unter anderem mit strukturellen Faktoren wie Gesetzen, politischen Leitlinien und Haushalten befassen, soweit diese sich auf die Gesundheit von Kindern auswirken. Wesentliche Elemente solcher staatlicher Mechanismen sind die

partizipative Überwachung der finanziellen Ressourcen und die Nachverfolgung ihrer Auswirkungen auf die Kindergesundheit.

#### **A. Bekanntmachung des Kinderrechts auf Gesundheit (Art. 42)**

93. Der Ausschuss bestärkt die Staaten in der Verabschiedung und Umsetzung einer umfassenden Strategie für die Aufklärung von Kindern, ihren Betreuungspersonen, politischen Entscheidungsträger\*innen, Politiker\*innen und auf Kinder spezialisierten Fachkräften über das Kinderrecht auf Gesundheit und die Beiträge, die sie zu seiner Verwirklichung leisten können.

#### **B. Legislative Maßnahmen**

94. Gemäß dem Übereinkommen müssen die Vertragsstaaten alle geeigneten gesetzgeberischen, administrativen und sonstigen Maßnahmen ergreifen, um das Recht des Kindes auf Gesundheit ohne Diskriminierung zu verwirklichen. Nationale Gesetze sollten den Staat zudem ausdrücklich verpflichten, die für die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit benötigten Dienste, Programme, Personalressourcen und Infrastrukturen bereitzustellen sowie für Schwangere und Kinder einen gesetzlichen Anspruch auf kindgerechte, qualitativ hochwertige grundlegende Gesundheitsdienste und verwandte Dienstleistungen zu verankern, der nicht mit deren Zahlungsfähigkeit gekoppelt ist. Die Vertragsstaaten sollten ihre gesetzlichen Regelungen auf mögliche diskriminierende Auswirkungen oder Hürden bei der Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit prüfen und gegebenenfalls streichen. Wo nötig, sollten internationale Organisationen und Geldgebende für solche Gesetzesreformen Entwicklungshilfe und technische Unterstützung bereitstellen.

95. Die Legislative sollte bei der Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit eine Reihe zusätzlicher Funktionen erfüllen, indem sie den Umfang dieses Rechts definiert und Kinder als Rechteinhabende anerkennt, die Rollen und Verantwortlichkeiten aller Pflichtentragenden eindeutig festlegt, die Leistungen definiert, auf die Kinder, Schwangere und Mütter Anspruch haben, und Dienstleistungen und Medikamente so reglementiert, dass sie qualitativ hochwertig und unbedenklich sind. Die Vertragsstaaten müssen für angemessene gesetzliche und andere Schutzmaßnahmen sorgen, um die Arbeit von Menschenrechtsaktivisten, die sich für das Kinderrecht auf Gesundheit einsetzen, zu schützen und zu fördern.

#### **C. Governance und Koordination**

96. Die Vertragsstaaten werden aufgefordert, internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente zu ratifizieren und umzusetzen, die für die Gesundheit von Kindern relevant sind, und über alle Aspekte der Gesundheit von Kindern entsprechend Bericht zu erstatten.

97. Nachhaltigkeit in der Politik und Praxis der Kindergesundheit erfordert einen langfristigen landesweiten Plan, der als nationale Priorität unterstützt und verankert wird. Der Ausschuss empfiehlt den Vertragsstaaten, für die Gesundheit von Kindern einen umfassenden, kohärenten nationalen Koordinierungsrahmen zu schaffen und zu nutzen. Um die Zusammenarbeit zwischen den Ministerien und den verschiedenen Regierungsebenen sowie die Interaktion mit den Betroffenen innerhalb der Zivilgesellschaft einschließlich der Kinder selbst zu erleichtern, sollte dieser Rahmen auf den Grundsätzen des Übereinkommens aufbauen. Angesichts der Vielzahl von Regierungsbehörden, Gesetzgebungsorganen und Ministerien, die auf verschiedenen Ebenen mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Dienstleistungen für Kinder befasst sind, empfiehlt der Ausschuss den Staaten, die Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Stellen in einem rechtlichen und regulatorischen Rahmenwerk eindeutig festzulegen.

98. Der Identifizierung und Priorisierung ausgegrenzter und benachteiligter Kindergruppen sowie von Kindern, die von Gewalt und Diskriminierung in jedweder Form bedroht sind, sollte besondere Aufmerksamkeit zukommen. Zu allen Aktivitäten sollten die Kosten vollständig beziffert, finanziert und im nationalen Haushalt transparent gemacht werden.

99. Die Vertragsstaaten sollten die Kindergesundheit systematisch in sämtlichen politischen Leitlinien berücksichtigen und dabei die Verknüpfungen zwischen der Kindergesundheit und den ihr zugrunde liegenden Determinanten hervorheben. Es sollte mit allen Mitteln versucht werden, Hürden zu beseitigen, die Transparenz, Koordinierung, Partnerschaft und Rechenschaftspflicht bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen für Kinder behindern.

100. Die Dezentralisierung ist zwar erforderlich, um den besonderen Bedürfnissen der jeweiligen Orte und Sektoren Rechnung zu tragen, doch berührt dies nicht die unmittelbare Verantwortung der zentralen oder nationalen Regierung, ihren Pflichten gegenüber allen Kindern in ihrem Hoheitsgebiet nachzukommen. Entscheidungen über die Zuweisungen an die verschiedenen Dienstebenen und geographischen Gebiete sollten die Kernelemente des Konzepts der medizinischen Grundversorgung widerspiegeln.

101. Die Vertragsstaaten sollten alle Bereiche der Gesellschaft einschließlich der Kinder an der Umsetzung des Kinderrechts auf Gesundheit beteiligen. Der Ausschuss empfiehlt hierfür beispielsweise die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für das kontinuierliche Wachstum, die Entwicklung und den Fortbestand zivilgesellschaftlicher Organisationen einschließlich von Gruppierungen auf Basis- und Gemeindeebene, die aktive Erleichterung ihrer Beteiligung an der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung der Gesundheitspolitik und gesundheitlicher Dienstleistungen für Kinder sowie die Bereitstellung angemessener finanzieller Unterstützung oder Hilfestellung bei der Beschaffung von Geldern.

## **1. Die Rolle der Parlamente für die nationale Rechenschaftspflicht**

102. In Fragen der Kindergesundheit sind die Parlamente verantwortlich für die Verabschiedung von Gesetzen, die Transparenz und Teilhabe gewährleisten, sowie für die Förderung einer kontinuierlichen öffentlichen Debatte und einer Kultur der Rechenschaftspflicht. Sie sollten eine öffentliche Plattform für die Berichterstattung und Diskussion über Leistungen schaffen und die Mitwirkung der Öffentlichkeit an unabhängigen Überprüfungsmechanismen fördern. Für die Umsetzung der Empfehlungen, die sich aus unabhängigen Revisionen ergeben, sollten die Parlamente zudem die Exekutive zur Rechenschaft ziehen und sicherstellen, dass die Ergebnisse solcher Revisionen in nachfolgende nationale Pläne, Gesetze, politische Leitlinien, Budgets und weitere Rechenschaftsmaßnahmen einfließen.

## **2. Die Rolle nationaler Menschenrechtsinstitutionen für die nationale Rechenschaftspflicht**

103. Nationale Menschenrechtsinstitutionen sollten bei der Überprüfung und Förderung der Rechenschaftspflicht eine wichtige Rolle übernehmen, Kindern bei Verletzungen ihres Rechts auf Gesundheit beistehen und sich für systemische Veränderungen zur Verwirklichung dieses Rechts aussprechen. Der Ausschuss verweist auf seine Allgemeine Bemerkung Nr. 2 und erinnert die Vertragsstaaten daran, dass das Mandat der Kinderbeauftragten oder der Ombudspersonen für die Rechte des Kindes auch die Gewährleistung des Rechts auf Gesundheit einschließen sollte und dass die

Mandatsträger\*innen mit ausreichenden Mitteln ausgestattet und von der Regierung unabhängig sein sollten.<sup>21</sup>

#### **D. Investitionen in die Gesundheit von Kindern**

104. Die Vertragsstaaten sollten bei ihren Entscheidungen über die Zuweisung von Haushaltsmitteln und Ausgaben bestrebt sein, die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität der grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen diskriminierungsfrei für alle Kinder sicherzustellen.

105. Die Vertragsstaaten sollten die Konsequenzen makroökonomischer politischer Entscheidungen für das Kinderrecht auf Gesundheit, insbesondere von Kindern in vulnerablen Situationen, kontinuierlich bewerten; sie sollten jegliche Entscheidungen verhindern, die Kinderrechte in Frage stellen könnten, und sich bei solchen Entscheidungen vom Grundsatz des Kindeswohls leiten lassen. Die Vertragsstaaten sollten zudem bei Verhandlungen mit internationalen Finanzinstitutionen und anderen Geldgebern die Verpflichtungen nach Artikel 24 in allen Aspekten berücksichtigen und damit sicherstellen, dass das Kinderrecht auf Gesundheit in der internationalen Zusammenarbeit angemessen gewürdigt wird.

106. Der Ausschuss empfiehlt den Vertragsstaaten

a) die gesetzliche Festlegung eines bestimmten Anteils der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit von Kindern und die Schaffung begleitender Mechanismen, die eine systematische unabhängige Bewertung dieser Ausgaben ermöglichen;

b) die Einhaltung der von der WHO empfohlenen Mindestbeträge für Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung und die Priorisierung der Kindergesundheit bei den Haushaltszuweisungen;

c) mehr Transparenz bei Investitionen zugunsten von Kindern im Staatshaushalt durch eine detaillierte Zusammenstellung der für sie bereitgestellten und ausgegebenen Mittel und

d) die Durchführung einer rechtsbasierten Haushaltsüberwachung und -analyse sowie von Folgenabschätzungen für das Kindeswohl hinsichtlich ihrer Investitionen für Kinder insbesondere im Gesundheitssektor.

107. Der Ausschuss betont den Stellenwert von Bewertungsinstrumenten für die Ressourcenverwendung und erkennt an, dass messbare Indikatoren entwickelt werden müssen, um die Vertragsstaaten bei der Überwachung und Bewertung ihrer Fortschritte bei der Umsetzung des Kinderrechts auf Gesundheit zu unterstützen.

#### **E. Der gesundheitspolitische Aktionszyklus**

108. Um ihren Verpflichtungen aus Artikel 24 nachzukommen, benötigen die Vertragsstaaten einen zyklischen Prozess, der Planung, Umsetzung, Überwachung und Bewertung umfasst und in einen weiteren Zirkel aus Planung, modifizierter Umsetzung und erneuter Überwachung und Bewertung mündet. Die Vertragsstaaten sollten die sinnvolle Beteiligung von Kindern an diesem Prozess sicherstellen und Feedbackmechanismen vorsehen, die erforderliche Anpassungen im gesamten Zyklusverlauf erleichtern.

109. Das Herzstück der Entwicklung, Umsetzung und Überwachung politischer Leitlinien, Programme und Dienstleistungen für die Verwirklichung des Kinderrechts auf Gesundheit

---

<sup>21</sup> Siehe Allgemeine Bemerkung Nr. 2 (2002) über die Rolle von unabhängigen nationalen Menschenrechtsinstitutionen bei der Förderung und dem Schutz der Rechte des Kindes, *Offizielle Protokolle der Generalversammlung*, 59. Sitzung, Beilage Nr. 41 (A/59/41), Annex VIII.

ist die Verfügbarkeit aussagefähiger, zuverlässiger Daten. Diese sollten umfassen: sinnvoll aufgeschlüsselte Daten über die gesamte Lebensspanne von Kindern unter angemessener Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, Daten über die vorherrschenden Gesundheitsprobleme einschließlich neuer und verkannter Ursachen für Mortalität und Morbidität sowie Daten über die wichtigsten Determinanten für die Kindergesundheit. Die Voraussetzung für strategische Informationen sind durch routinemäßige IT-Systeme im Gesundheitssektor, spezielle Erhebungen und Recherchen erhobene Daten, die sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur sein sollten. Diese Daten sollten zur Unterstützung nationaler und subnationaler politischer Leitlinien und Programme erhoben, analysiert, verbreitet und eingesetzt werden.

## **1. Planung**

110. Zur Unterstützung der Durchführung, Überwachung und Bewertung ihrer Tätigkeiten zur Erfüllung der Pflichten gemäß Artikel 24 sollten die Vertragsstaaten nach Meinung des Ausschusses die Ist-Situation der vorhandenen Probleme, Fragen und Infrastrukturen im Zusammenhang mit der Erbringung von Dienstleistungen analysieren. Diese Analysen sollten die institutionellen Kapazitäten und die Verfügbarkeit von personellen, finanziellen und technischen Ressourcen prüfen. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Analysen sollten die Staaten eine Strategie entwickeln, die alle Beteiligten einbezieht, also neben den staatlichen und nichtstaatlichen Akteur\*innen auch die Kinder selbst.

111. Die Situationsanalyse liefert ein klares Bild der nationalen und subnationalen Prioritäten und der Strategien für ihre Einlösung. Neben einem Rahmen für die Überwachung und Bewertung politischer Leitlinien, Programme und Dienstleistungen und der Förderung der Rechenschaftspflicht für die Kindergesundheit sollten Benchmarks und Zielvorgaben, budgetierte Aktionspläne und operative Strategien festgelegt werden. Sie machen deutlich, wie bestehende Strukturen und Systeme so ausgebaut und gestärkt werden können, dass sie die Vorgaben des Übereinkommens einlösen.

## **2. Leistungs- und Umsetzungskriterien**

112. Die Vertragsstaaten sollten sicherstellen, dass alle auf die Kindergesundheit ausgerichteten Dienstleistungen und Programme die Kriterien der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität erfüllen.

### **a) Verfügbarkeit**

113. Die Vertragsstaaten sollten sicherstellen, dass in ausreichendem Umfang funktionsfähige gesundheitsbezogene Einrichtungen, Güter, Dienstleistungen und Programme für Kinder vorhanden sind. Sie sollten dabei sicherstellen, dass eine ausreichende Zahl von Krankenhäusern, Kliniken, Ärzt\*innen, mobilen Teams und Einrichtungen und gemeindebasiertem Gesundheitspersonal sowie in genügendem Umfang Ausrüstung und unverzichtbare Arzneimittel verfügbar sind, damit alle Kinder, Schwangeren und Mütter in ihrem Hoheitsgebiet hinreichende medizinische Versorgung erhalten. Ob der Umfang der Versorgung ausreichend ist, sollte im Verhältnis zum Bedarf beurteilt werden, wobei insbesondere auf unterversorgte und schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu achten ist.

### **b) Zugänglichkeit**

114. Das Kriterium der Zugänglichkeit umfasst vier Dimensionen:

a) *Diskriminierungsfreiheit*: Dienstleistungen, Medizintechnik und Hilfsmittel im Gesundheitswesen und verwandten Bereichen müssen für alle Kinder, Schwangeren und Mütter im rechtlichen wie praktischen Sinne ohne jede Diskriminierung zugänglich sein;

b) *Physische Zugänglichkeit*: Gesundheitseinrichtungen müssen für alle Kinder, Schwangeren und Mütter in erreichbarer Nähe sein. Unter Umständen setzt die physische Zugänglichkeit eine vermehrte Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse von Kindern und Frauen mit Behinderungen voraus. Der Ausschuss ermuntert die Vertragsstaaten zur Schaffung von Einrichtungen und Dienstleistungen prioritär in unterversorgten Gebieten und zu Investitionen in mobile Lösungen, innovative Technologien sowie gut ausgebildetes und unterstütztes gemeindebasiertes Gesundheitspersonal, um auf diese Weise besonders vulnerable Kindergruppen zu erreichen;

c) *Wirtschaftliche Zugänglichkeit/Erschwinglichkeit*: Mangelnde finanzielle Leistungsfähigkeit in Bezug auf Dienstleistungen, Waren oder Medikamente sollte nicht zur Folge haben, dass den Betroffenen der Zugang dazu verwehrt wird. Der Ausschuss fordert die Staaten auf, Benutzungsgebühren abzuschaffen und Systeme zur Finanzierung ihres Gesundheitswesens einzuführen, die Frauen und Kinder nicht aufgrund mangelnder finanzieller Leistungsfähigkeit diskriminieren. Sie sollten Risikopools etwa in Form von Steuern und Versicherungen einführen, die durch einkommensabhängige gerechte Beiträge finanziert werden;

d) *Zugänglichkeit von Informationen*: Informationen über Gesundheitsförderung, Gesundheitszustand und Behandlungsmöglichkeiten sollten Kindern und ihren Betreuungspersonen in einer Sprache und einem Format zur Verfügung gestellt werden, die für sie zugänglich und klar verständlich sind.

### c) Akzeptanz

115. Hinsichtlich des Kinderrechts auf Gesundheit definiert der Ausschuss „Akzeptanz“ als Pflicht, alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen, Güter und Dienstleistungen so zu gestalten und umzusetzen, dass sie sowohl die Medizinethik als auch die Bedürfnisse, Erwartungen, Kulturen, Ansichten und Sprachen der Kinder vollumfänglich berücksichtigen und achten. Bei Bedarf sollte dabei bestimmten Gruppen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

### d) Qualität

116. Gesundheitsbezogene Einrichtungen, Güter und Dienstleistungen sollten in wissenschaftlicher und medizinischer Hinsicht angemessen und qualitativ hochwertig sein. Die Gewährleistung von Qualität setzt unter anderem voraus, dass a) Behandlungen, Eingriffe und Arzneimittel auf den besten verfügbaren Erkenntnissen basieren; b) das medizinische Personal qualifiziert und in Bezug auf die Gesundheit von Müttern und Kindern sowie die Grundsätze und Bestimmungen des Übereinkommens angemessen geschult ist; c) die Krankenhausausrüstung wissenschaftlich fundiert und kindgerecht ist; d) Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt, haltbar und (bei Bedarf) kinderspezifisch sind und auf unerwünschte Wirkungen kontrolliert werden; zudem sollte sichergestellt sein, dass e) die Qualität der Versorgung in Gesundheitseinrichtungen im Rahmen regelmäßiger Bewertungen überwacht wird.

## 3. Überwachung und Bewertung

117. Um den Anforderungen an die genannten Leistungskriterien gerecht zu werden, sollte für die Überwachung und Bewertung ein gut strukturiertes, angemessen aufgeschlüsseltes Paket von Indikatoren festgelegt werden. Die Daten sollten zur Umstrukturierung und Verbesserung politischer Leitlinien, Programme und Dienste eingesetzt werden und damit die Erfüllung des Kinderrechts auf Gesundheit unterstützen. Die IT-Systeme im Gesundheitssektor sollten gewährleisten, dass die Daten zuverlässig, transparent und konsistent sind und zugleich das Recht des/der Einzelnen auf Privatsphäre schützen. Die Vertragsstaaten sollten ihr IT-System im Gesundheitswesen zu

Verbesserungszwecken regelmäßig überprüfen; dies schließt die Registrierung von Personenstandsdaten und die Krankheitsüberwachung ein.

118. Nationale Rechenschaftsmechanismen sollten ihre Ergebnisse überwachen, überprüfen und dementsprechend handeln. „Überwachen“ bedeutet in diesem Fall, Daten über den Gesundheitszustand von Kindern bereitzustellen, die Qualität der Gesundheitsdienste für Kinder regelmäßig zu überprüfen, die dafür angefallenen Kosten zu ermitteln und nachzuhalten, wo, wofür und an wen diese Zahlungen geleistet wurden. Hierfür sollten über turnusmäßige Kontrollen hinaus in regelmäßigen Abständen eingehende Bewertungen erfolgen. „Überprüfen“ bedeutet die Analyse der Daten im Rahmen von Revisionen und die Konsultation von Kindern, Familien, anderen Betreuungspersonen und der Zivilgesellschaft im Hinblick darauf, ob sich die Kindergesundheit verbessert hat und ob die Regierenden und sonstigen Akteur\*innen ihren Pflichten nachgekommen sind. „Handeln“ ist hier so zu verstehen, dass die bei diesen Abläufen gewonnenen Erkenntnisse dazu verwendet werden, Bewährtes fortzuführen bzw. auszuweiten und Mislungenes zu beheben und zu verbessern.

## **F. Rechtliches Vorgehen gegen Verletzungen des Rechts auf Gesundheit**

119. Der Ausschuss fordert die Vertragsstaaten nachdrücklich dazu auf, funktionierende und zugängliche Beschwerdemechanismen für Kinder vorzusehen, die gemeindebasiert sind und es Kindern ermöglichen, Wiedergutmachung zu fordern und zu bekommen, wenn ihr Recht auf Gesundheit verletzt wurde oder gefährdet ist. Die Vertragsstaaten sollten überdies eine weit gefasste Klagebefugnis auch für Sammelklagen zulassen.

120. Die Vertragsstaaten sollten den individuellen Zugang zu Gerichten für Kinder und ihre Betreuungspersonen gewährleisten und erleichtern. Ferner sollten sie mit geeigneten Maßnahmen jegliche Hürden für den Zugang zu rechtlichen Schritten bei Verletzungen des Kinderrechts auf Gesundheit beseitigen. Nationale Menschenrechtsinstitutionen, Ombudspersonen für Kinder, im Gesundheitssektor angesiedelte Berufs- und Verbraucherverbände können in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle spielen.

## **VII. Verbreitung**

121. Der Ausschuss empfiehlt den Vertragsstaaten, die vorliegende Allgemeine Bemerkung in ihren Parlamenten und in der gesamten Regierung umfassend zu verbreiten, einschließlich sämtlicher Ministerien, Abteilungen und kommunalen und lokalen Einrichtungen, die mit Fragen der Kindergesundheit befasst sind.