



## **Kurzprotokoll der 30. Sitzung**

### **Unterausschuss Globale Gesundheit (14)**

Berlin, den 10. Februar 2025, 13:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung (Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und Zoommeeting

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

## **Tagesordnung**

**Tagesordnungspunkt 1** **Seite 4**

**Kindergesundheit/Chronische Erkrankungen /Ernährung  
Selbstbefassung S-20(14-1)71**

**Tagesordnungspunkt 2** **Seite 13**

**Rassismus und koloniale Strukturen in der globalen Gesundheit  
Selbstbefassung S-20(14-1)70**

**Tagesordnungspunkt 3** **Seite 22**

**Aussprache der Fraktionen  
Selbstbefassung S-20(14-1)72**



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

**Mitglieder des Ausschusses**

<b>Fraktionen</b>	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
SPD	Coße, Jürgen Diaby, Dr. Karamba Kersten, Dr. Franziska Rudolph, Tina Stüwe, Ruppert	Engelhardt, Heike Katzmarek, Gabriele Ortleb, Josephine Seitzl, Dr. Lina Wollmann, Dr. Herbert
CDU/CSU	Albani, Stephan Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Braun, Prof. Dr. Helge	Pilsinger, Dr. Stephan Stegemann, Albert NN Gröhe, Hermann
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Holtz, Ottmar Wilhelm von Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Grützmacher, Sabine Schauws, Ulle
FDP	Gerschau, Knut Ullmann, Dr. Andrew	Helling-Plahr, Katrin Mansmann, Till
AfD	Dietz, Thomas Schneider, Jörg	Baum, Dr. Christina Rinck, Frank

**Vor Eintritt in die Tagesordnung:**

**Der Vorsitzende, Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP)** begrüßt die Anwesenden zur letzten Sitzung des Unterausschusses Globale Gesundheit.

*Der Unterausschuss beschließt einvernehmlich, öffentlich zu tagen.*

**Tagesordnungspunkt 1****Kindergesundheit/Chronische Erkrankungen /Ernährung****Selbstbefassung S-20(14-1)71**

**Der Vorsitzende:** Ab jetzt tagen wir öffentlich und ich begrüße Sie ebenfalls jetzt online zu unserer Sitzung.

Nun rufe ich auf den Tagesordnungspunkt 1, den Austausch zum Thema Kindergesundheit, chronische Erkrankungen, Ernährung. Nun beschäftigen wir uns mit einem zentralen Thema der globalen Gesundheit, die Ernährung von Kindern. Damit geht es um die Bedeutung des Stillens, den Einfluss von Geburtsgewicht und pränatalen Gesundheitsfaktoren auf die spätere Entwicklung sowie den Zusammenhang zwischen Ernährung, Infektionskrankheiten und dem Risiko chronischer Erkrankungen. Uns interessiert, welche Maßnahmen notwendig sind, um die Ernährungssituation von Kindern weltweit zu verbessern und langfristige Gesundheitsrisiken zu minimieren. Ich freue mich, hierzu unsere Sachverständigen Christian Schneider von UNICEF, den Kinderarzt Dr. Christof Wettsch, Berufsverband der Kinder- und Jugendärztinnen BVKJ e.V. und die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit KLUG e.V sowie Cynthia Whitney, **Executive Director und Principal Investigator** von CHAMPS, Children Health and Mortality Prevention Surveillance, digital begrüßen zu dürfen.

Die Übersetzung erfolgt durch Herrn Alexander Schmitt und Herrn Jan Klinghammer. Und jetzt freue ich mich, das Wort an Herrn Christian Schneider von UNICEF zu geben.

**Christian Schneider (UNICEF):** In dieser Zeit, die geprägt ist von so vielen und so komplexen Krisen, die sich alle ganz besonders auf das Überleben, die Gesundheit und die Perspektiven von Kindern

auswirken, schätzen wir es bei UNICEF sehr, über die Arbeit im Bereich Kinderernährung und chronische Erkrankungen mit Ihnen sprechen zu dürfen. Ein gesundes Aufwachsen mit entsprechender Ernährung ist essentielle Grundvoraussetzung dafür, dass Kinder sich gut entwickeln und ihr Potenzial wirklich ausschöpfen können. Das erklärt auch, warum Kindergesundheit und Ernährung unser wichtigster Programmbereich bei UNICEF ist. Mehr als 40 Prozent aller weltweiten Mittel von UNICEF fließen in entsprechende, mitunter lebensrettende Programme.

Damit gleich zum Schwerpunkt Ernährung. Eine gute Ernährung, in den ersten beiden Lebensjahren, ist besonders wichtig für den Schutz vor chronischer Unterernährung, Mangelernährung, Mikronährstoffmangel, aber auch bereits für die Verringerung des Risikos von Übergewicht, Fettleibigkeit und ernährungsbedingten, nicht übertragbaren Krankheiten im späteren Leben. 181 Millionen Kinder unter 5 Jahren weltweit, jedes vierte Kind ist das, sind nach den jüngsten UNICEF-Daten aus dem letzten Sommer von schwerer Ernährungsarmut betroffen. Von diesen Kindern leben etwa zwei Drittel, 65 Prozent, in nur 20 Ländern, etwa 64 Millionen betroffene Kinder in Südasien, 59 Millionen in Afrika, südlich der Sahara. Für eine enorme Zahl kleiner Kinder ist das also Realität und kann irreversible negative Auswirkungen auch für Überleben, auch für Wachstum und die Entwicklung ihres Gehirns haben.

Ein Beispiel ist Somalia, das seit Jahrzehnten von Konflikten geprägt ist und immer wieder von Dürren und Überschwemmungen heimgesucht wird. Dort leben 63 Prozent der Kinder in schwerer Ernährungsarmut.

Im Gazastreifen z.B. ist, wie Sie wissen, das Ernährungs- und Gesundheitssystem kollabiert mit katastrophalen Folgen. Laut den letzten Erhebungen vor Inkrafttreten der Waffenruhe sind inzwischen dort 9 von 10 Kindern von schwerer Nahrungsmittelarmut betroffen.

Mehrere Faktoren tragen zur Ernährungsarmut bei. Dazu gehören Lebensmittelsysteme, die den Kindern keine verlässlichen Optionen für eine gesunde Ernährung bieten, die Tatsache, dass sich einfach viele Familien nahrhafte Lebensmittel nicht leisten können, aber auch fehlende positive Ernährungspraktiken.

In vielen Kontexten werden zudem, und das besorgt UNICEF sehr, billige, nährstoffarme und



ungesunde sowie stark verarbeitete Lebensmittel aggressiv an Familien vermarktet. Gleichzeitig gibt es wichtige, bemerkenswerte Erfolge. So hat zum Beispiel Burkina Faso die Rate der schweren Ernährungsarmut bei Kindern halbiert auf 32 Prozent im Jahr 2021 im Vergleich zu 67 Prozent noch im Jahr 2010. Nepal hat den Anteil von 20 auf 8 Prozent gesenkt. Ruanda von 20 auf 12 Prozent. Das sind große Erfolge.

Das Stillen ist dabei essenziell für die Kindergesundheit und spielt in den UNICEF-Ansätzen entsprechend weltweit eine ganz besondere Rolle. Strategien und Programme, die das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Monaten und das Weiterstillen darüber hinaus fördern, sind von entscheidender Bedeutung. 48 Prozent der Kinder – auch das ist ein wichtiger Fortschritt – unter sechs Monaten werden mittlerweile ausschließlich gestillt. Zu den wesentlichen Programmen gehören auch hier die Stärkung der Stillberatung und Unterstützung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, familienfreundliche Maßnahmen, die das Stillen unterstützen, auch am Arbeitsplatz. Auch in Notsituationen, von denen wir, wie eingangs gesagt, sehr viele haben, ist das Stillen besonders wichtig.

In der Ukraine, auch da nur ein Beispiel, hat UNICEF seit Beginn des Krieges mit Partnern in Mutter- und Babybereichen von Einrichtungen Programme angeboten und durch die Unterstützung von Krankenschwestern und Pflegerinnen, die Hausbesuche machen, das Stillen gefördert. Muttermilch, so banal es manchmal klingen mag, ist eben nicht nur gesund, sondern auch in solchen Ausnahmesituationen wie einem Krieg verfügbar, solange die gute Ernährung und Gesundheit der Mütter gesichert ist.

Mangelernährung, das sogenannte Wasting, schwächt das Immunsystem und macht die Kinder anfälliger für Infektionen wie Lungenentzündung und Durchfall. Diese wiederholten Infektionen können wiederum das Wachstum und die Entwicklung weiter beeinträchtigen.

Was das konkret für die Kinder bedeutet, habe ich persönlich erst Ende November bei einem Besuch im Sudan erfahren, wo die Zivilbevölkerung seit fast zwei Jahren – der Jahrestag ist April, wie Sie wissen – unter einem wirklich verheerenden Krieg leidet. Im Sudan sind derzeit, sagt unser UNICEF-Team, etwa 730 000 Kinder von akuter, schwerer Mangelernährung bedroht. Das heißt, sie

brauchen dringend therapeutische und medizinische Unterstützung. Ihr Leben ist in unmittelbarer Gefahr. 70 Prozent der Gesundheitseinrichtungen im Sudan sind dysfunktional. Gerade erst vor, ich glaube etwa zwei Wochen, wurde in El Fasha, in Darfur, das sogenannte Saudi-Hospital angegriffen. Vier Kinder starben. In Teilen Darfurs, wie dem Camp Samsam, mit Hunderttausenden Vertriebenen, sowie in den westlichen Nuba-Bergen herrscht eine Hungersnot. Aber abseits dieses eher technischen Begriffes der Hungersnot sterben im Sudan täglich Kinder an den Folgen von akuter und chronischer Mangelernährung und Infektionskrankheiten, beziehungsweise dem Teufelskreis, der daraus entsteht – für die Kinder ein sehr gefährlicher Kreislauf. In den Kampfgebieten, auf der Flucht und unter den extrem harten Lebensbedingungen in Tausenden Camps, von denen ich eins besuchen durfte, sind Wasser und Lebensmittel extrem knapp. Das bedingt, dass die geschwächten Kinder wiederum mit Infektionen zu kämpfen haben. Ich habe eine Station für akut schwer mangelernährte Kinder in Port Sudan besucht. Dort litten von 40 Kindern, die sich mit ihren Müttern 15 Betten teilen mussten, die meisten nach Auskunft des Arztes unter Durchfall. Gleichzeitig war zu dem Zeitpunkt der Cholera-Ausbruch im Land noch nicht beendet. Malaria- und schwere Hauterkrankungen kommen hinzu. Immer wieder verlieren im Sudan Kinder den Kampf ums Überleben. Allein auf dieser Station, waren das im Oktober sechs Kinder.

Die gute Nachricht: UNICEF mit vielen tollen Partnerorganisationen schafft es auch im Sudan an vielen schwierigen Orten unter den Bedingungen des fortdauernden Krieges, Kinder weiter mit Impfungen, Medikamenten mit sauberem Trinkwasser zu versorgen. Konkret im Sudan gelang es uns im zurückliegenden Jahr 2024 3 000 Kinder in diesem Zustand mit therapeutischer Nahrung zu erreichen. Lassen Sie mich noch einmal darauf hinweisen, dass eben die Situation der Kinder in Kriegssituationen besonders schwierig ist und auch gleichzeitig die Anforderungen an die Hilfe besonders komplex sind. Mit 473 Millionen Kindern, die unter diesen Umständen im Moment aufwachsen, ist das eine Rekordzahl von Kindern, die wir seit dem Zweiten Weltkrieg nicht erlebt haben. Unsere Teams erleben den Zusammenbruch ganzer Gesundheitssysteme, die Zerstörung von Wasser- und sanitärer Infrastruktur und die massenhafte Vertreibung von Familien, die von wesentlichen Diensten



abgeschnitten sind. Chronische Unterernährung beeinträchtigt nicht nur das körperliche Wachstum, sondern auch die kognitive Entwicklung und die Leistungen in der Schule. Chronisch unterernährte Kinder haben unter Umständen einen niedrigeren IQ und eine geringere Produktivität als Erwachsene, wodurch sich der Kreislauf der Armut weiter fortsetzt. Auch hier nur ein Beispiel: Burundi, das nach dem gemessenen BIP das ärmste Land der Welt ist, mit 87 Prozent der Bevölkerung, die von weniger als 1,90 US-Dollar leben. Dort sind 53 Prozent der Kinder unter fünf chronisch mangelernährt; das ist die höchste Rate weltweit und das macht dann in einem eigentlich kleinen landwirtschaftlich geprägten Land fast 400 000 Kinder aus, die akut mangelernährt sind. UNICEF ist dort aktiv mit der Behandlung von Kindern mit schwerer akuter Mangelernährung und Komplikationen über Screenings, die Verteilung gebrauchswertiger therapeutischer Nahrung und vor allem aber auch der Förderung guter Ernährungspraktiken.

Sehr geehrte Damen und Herren, all das zeigt, wenn wir Kinder heute gut ernähren, geben wir ihnen nicht nur die Chance zu überleben und sich gut zu entwickeln, sondern eben auch die Möglichkeit, die Welt von morgen mitzugestalten. Mangelernährung und Unterernährung müssen unbedingt jetzt und in Zukunft auch durch die deutsche Entwicklungszusammenarbeit und umfassende humanitäre Hilfe adressiert werden.

Seit 1990 – lassen Sie mich noch ein, zwei große Fortschritte in der Vergangenheit erwähnen – ist die Prävalenz von Wachstumsverzögerungen durch chronische Unterernährung um 45 Prozent gesunken, und das trotz des Bevölkerungswachstums. Und für mich als langjährigen UNICEF-Mitarbeiter, die zentrale Messgröße, die Zahl der Kinder, die auch aufgrund dieser Probleme vor ihrem fünften Geburtstag sterben, ist 2022 auf einen historischen Tiefstand von 4,9 Millionen Kindern gesunken. Aber jeder dieser verbliebenen Todesfälle ist natürlich für uns, und ich denke auch für Sie, Ansporn genug, in dem Einsatz nicht nachzulassen.

Deutschland ist für UNICEF und für alle, die in diesem Feld aktiv sind, für die Fortschritte ein unverzichtbarer Partner in unserer Arbeit. Wir müssen also gemeinsam mehr tun, um die kurz geschilderten Herausforderungen zu bewältigen. Ich möchte schließen mit einem Satz, dem wir auch unseren Empfehlungen im Kontext der anstehenden Bundestagswahl vorausgestellt haben. Investitionen in

Kinder sind die wirkungsvollste Investition in die Zukunft, und das gilt auch für Kinder, die von chronischer Mangelernährung betroffen sind.

**Dr. Cynthia Whitney (CHAMPS):** Guten Tag. Mangelernährung ist nach wie vor ein pervasives globales Gesundheitsproblem. Und dennoch wird diese Kondition oft nicht ausreichend erkannt und verstanden. Sie tritt in drei Formen auf. Die erste ist eine Eiweiß-Kalorien-Mangelernährung, bei der eine Person untergewichtig oder kleiner ist, als sie eigentlich sein sollte, und die als Unterentwickeltheit oder Marasmus bezeichnet wird. Die zweite ist ein Mangel an Mikronährstoffen wie Eisen, Vitamin A oder Zink. Bei der dritten Form kann es zu Übergewicht oder Obesitas kommen, die durch kalorienreiche, jedoch nährstoffarme Lebensmittel verursacht werden. Schätzungen zufolge ist die Ernährung für etwa die Hälfte der Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren verantwortlich und trägt wesentlich zu Krankheiten und zur Beeinträchtigung der Gehirnentwicklung bei. Die Forschung hat gezeigt, dass eine Unterernährung vor der Geburt oder in der Kindheit langfristige Folgen hat. Studien mit Kindern, die gegen Ende des Zweiten Weltkriegs kurz nach der Hungersnot in den Niederlanden geboren wurden, ergaben einen Zusammenhang zwischen der pränatalen und frühkindlichen Belastung durch die Hungersnot und einem erhöhten Risiko für chronische Krankheiten wie Bluthochdruck und Diabetes Typ-2 im Erwachsenenalter. Dieser Zusammenhang zwischen Mangelernährung und chronischen Krankheiten wurde auch in Bevölkerungsgruppen festgestellt, die sich in einer Ernährungsumstellung befinden – einer Umstellung der Ernährung und Bewegung, die mit wirtschaftlichen Veränderungen einhergeht. Wir wissen, dass Anämie bei Müttern während der Schwangerschaft, die oft eine Folge von Mangelernährung ist, zu Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht führen kann. Eine Frühgeburt birgt ein höheres Risiko für Entwicklungsverzögerungen und chronische Krankheiten. In Gemeinschaften mit einer höheren Zahl von Todesfällen, wie sie vor allem in Afrika und Südasien zu finden sind, ist nicht genug darüber bekannt, warum Kinder sterben und welche Rolle die Mangelernährung dabei spielt. In diesen Gebieten mit hoher Sterblichkeitsrate sterben die Kinder oft zu Hause oder sehr bald nach ihrer Ankunft im Krankenhaus. Diagnostische Tests sind häufig nicht verfügbar. Daher basiert die Ursache für den Tod



von Kindern in Gebieten mit hoher Sterblichkeitsrate in der Regel auf wenigen oder keinen Informationen. Vor einem Jahrzehnt erkannte die Gates Foundation, dass bessere Informationen über Todesursachen dringend erforderlich sind, um Investitionen in die Gesundheit und politische Entscheidungen zu lenken. Die Gates-Stiftung finanzierte ein Programm namens Child Health and Mortality Prevention Surveillance oder CHAMPS, um bessere Informationen zu erhalten. CHAMPS ist ein Netz von Standorten in Afrika und Südasien in Gebieten mit hoher Kindersterblichkeit. In diesen Gebieten erhebt CHAMPS genauere Daten über die Ursachen, um die Anzahl der Totgeburten und die Kindersterblichkeit zu senken. Ich freue mich, Ihnen mitteilen zu können, dass das Hasso-Plattner-Institut mit finanzieller Unterstützung der Hasso-Plattner-Stiftung kürzlich Partner von CHAMPS geworden ist. Die sorgfältigen Tests von CHAMPS, mit denen festgestellt wird, was zu den einzelnen Todesfällen geführt hat, sind wegweisend. Die Teams an den Standorten ermitteln Totgeburten und Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren kurz nach dem Auftreten. Mit Zustimmung der Familie entnehmen und untersuchen die Teams Blut- und Gewebeprobe, in denen sie nach Krankheiten suchen. Die CHAMPS-Teams messen außerdem jedes Kind, um festzustellen, ob es vor seinem Tod an Mangelernährung litt. Ein Gremium lokaler Experten prüft alle Befunde und legt eine oder mehrere Todesursachen fest. Wichtig ist, dass das Gremium bewertet, ob der Tod vermeidbar gewesen wäre. Der vollständige Prozess wurde auf insgesamt fast 8 000 Todesfälle angewendet, darunter etwa 6 000 Totgeburten und Todesfälle bei Neugeborenen. CHAMPS stellte fest, dass Mangelernährung bei mindestens 40 Prozent der fast 2 000 untersuchten Todesfälle bei Säuglingen und Kindern zum Tod führte. Die CHAMPS-Daten zeigen auch, dass die Mangelernährung unter den Kindern, die sterben, pervasiv ist. Drei von vier verstorbenen Säuglingen und Kindern litten gemäß den Messungen nach dem Tod an mäßiger bis schwerer Unterentwicklung, Marasmus oder Untergewicht. Mangelernährung ist an allen CHAMPS-Standorten eine wesentliche Todesursache, auch wenn der Anteil der auf Mangelernährung zurückzuführenden Todesfälle an einigen Standorten deutlich höher ist – beispielsweise in Äthiopien, wo sie die häufigste ist. An anderen Standorten ist sie niedriger, wie z.B. an unserem Standort in Südafrika. Mangelernährung

erhöht das Risiko von Infektionskrankheiten wie Sepsis, Lungenentzündung und Diarrhö. Die unmittelbare Todesursache von mangelernährten Kindern ist in der Regel eine Infektionskrankheit. In Gebieten, in denen sich HIV ausbreitet, findet CHAMPS viele Säuglinge und Kinder, die an schwerem Marasmus sterben – eine Komplikation von HIV und eine Folge von Lücken in Präventions- und Behandlungsprogrammen. CHAMPS stellt fest, dass etwa acht von zehn der von uns erfassten Todesfälle mit den verfügbaren Behandlungen hätten verhindert werden können. CHAMPS arbeitet nun daran, Mikronährstoffmängel und Anämie bei Totgeburten und Todesfällen bei Kindern zu untersuchen. Wir untersuchen diese Faktoren auch bei schwangeren Frauen, um herauszufinden, wie häufig diese Ernährungsprobleme sind und ob sie mit negativen Schwangerschaftsausgängen zusammenhängen.

Wie kann man Mangelernährung bekämpfen? Nun, leider ist Armut in einigen Fällen die eigentliche Ursache. Eine CHAMPS-Intervention in Südafrika hat gezeigt, dass Gemeinschaftsprogramme Familien mit mangelernährten Kindern erfolgreich identifizieren und unterstützen können. Die zugrunde liegende Armut führte jedoch dazu, dass die Familien nach Beendigung der Lebensmittelverteilung keine ausreichende Versorgung mit Lebensmitteln für ihre Kinder aufrechterhalten konnten. Früherkennung, Aufklärung der Bevölkerung und lebensmittelbasierte Programme zur Anreicherung oder Ergänzung von Mikronährstoffen können wirksam sein. Mit besseren Informationen über Mangelernährung und andere Todesursachen können Programme und Strategien gestärkt werden, die richtigen Investitionen in die Gesundheit getätigt werden und mehr Länder das Ziel 3.2 der nachhaltigen Entwicklung, bis 2030 keine vermeidbaren Todesfälle bei Neugeborenen und Kleinkindern mehr zu verzeichnen, erreichen.

**Dr. Christof Wettach** (Kinderarzt): Ich spreche heute für den Berufsverband der Kinder- und Jugendärztinnen BVKJ e.V. und die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit KLUG e.V. In der dortigen AG Pädiatrie entstand das Papier „Kinder vor den Folgen der Klimakrise“ schützen. Hier ist das aktuelle Wissen zur Kindergesundheit im Klimawandel zusammengefasst und die durch die Politik einzuleitenden Therapiemaßnahmen sind dort ebenfalls benannt.



Als Ärzte interessieren wir uns für die Entwicklung von Kindern im Rahmen z.B. der jährlichen Vorsorgeuntersuchungen, aber auch die Entwicklung des Planeten haben wir natürlich im Blick. Hier die Temperaturentwicklung der letzten 2021 Jahre: 2 000 Jahre stabile Temperaturen, seit 21 Jahren ein dramatischer Anstieg.

Bräuchte die Erde nicht vielleicht auch Jahreschecks? Und die gibt es tatsächlich. Seit 2023 wird die Erde jährlich auf Herz und Nieren geprüft und im Arztbrief von 2024 steht, sieben von neun Organen oder planetare Grenzen bewegen sich in der roten Zone, nur ein Neuntel liegt noch im grünen Bereich. Multimorbide würde man das bei einem Patienten nennen, wenn so viele Organe defekt sind. Der Patientin Erde geht es offensichtlich schlecht. Dass es zunehmend heißer wird, ist schon seit mehr als 50 Jahren bekannt und dennoch: Die Wissenschaft hat sich getäuscht. Es kommt alles viel schneller als gedacht. Aktuell haben wir zum Beispiel im Oberrheingraben, wo ich wohne, 40 Tage über 30 Grad Celsius im Jahr. In 20 Jahren werden wir bereits 80 Tage mit Temperaturen zwischen 30 und 45 Grad haben. Diese Temperaturen haben natürlich auch gewaltige Auswirkungen, gesundheitliche Auswirkungen.

Im globalen Süden ist die Bedrohung der Kindergesundheit schon ganz offensichtlich, insbesondere auch dort natürlich eine gesunde Ernährung oder Zugang zu sauberem Wasser. Aber auch bei uns ist die Bedrohung in Studien schon belegt. Im DAK Kinder- und Jugendreport aus dem September 2024 finden sich folgende Zahlen: Behandlungsbedürftige Krankheiten bei Kindern wie Hitzschlag, Hitzeerschöpfung, Hitzekrampf und Hitz-Ödem treten achtmal mehr auf, wenn die Temperaturen über 30 Grad steigen.

Bereits 2009 wurde im Lancet postuliert, die Klimakrise ist die größte Gesundheitsgefährdung des Jahrhunderts und das besonders für Kinder. Weshalb? Wärmeproduktion, unreife Temperaturregulation, Flüssigkeitsaufnahme und Schwitzen spielen hierbei eine ganz große Rolle. Was erwartet nun die Menschen in einer heißer werdenden Erde? Wir haben zudem Hitze Probleme. Wir haben aber auch schon hier in Deutschland an heißen Tagen deutlich mehr Frühgeburten, es gibt mehr Herzfehler, es gibt in den ostdeutschen Bundesländern schon seit 2019 immer wiederkehrendes Westnillfieber von Leuten, die nicht im Ausland waren und ganz viele mentale Krankheiten.

Wir können sagen, alle Organe des Menschen sind von der Hitze betroffen. Wie viele Menschen betrifft es? Auf Deutschland hochgerechnet: Es gibt knapp 30 Millionen hitzegefährdete Personen in Deutschland, 5 Millionen Kinder davon, 15 Millionen Menschen über 65 Jahre, sehr viele chronisch Kranke, Obdachlose, Leute, die draußen arbeiten. Alle diese kommen in den kommenden Jahren zunehmend in Gefahr.

Wir haben aber auch noch andere Probleme, nämlich Umweltverschmutzung, Artensterben, Extremwetterereignisse und ein großes Problem mit Plastik. Die Klimakrise ist ein medizinischer Notfall. Auch wir als Gesundheitssystem haben lange gebraucht, um das zu kapieren. Jetzt kommt es aber wegen lautschreiender Evidenzen zu einer raschen Mobilisation. Was machen wir zum Beispiel in der Praxis? Wir erzählen vom Klimawandel, von gesunder Ernährung. Wir zeigen, dass wir mit den nötigen Veränderungen zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen. Aktive Mobilität oder gesundes Essen, gut fürs Klima, doppelt gut für Deine, für meine Gesundheit. Wir schließen uns mit Partnern zusammen, wie zum Beispiel dem Aktionsbündnis Hitzeschutz mit ganz vielen Partnern oder starten den Hitzeaktionstag. Wir haben gemerkt, es kommt auf unsere aller Haltung an.

Was ist nun zu tun? Der Wasserhahn muss zu. Aufwischen allein hilft nicht, die Katastrophe zu vermeiden. Wir müssen den CO<sub>2</sub>-Wasserhahn zudrehen. Das nennt sich Klimaschutz. Alles, was Treibhausgase verursacht, muss so schnell wie möglich, um die Kinder zu schützen, in Zukunft abgeschaltet werden. Alles andere nennt sich dann Klimaanpassung. Die weitere Erderwärmung muss begrenzt werden. Das geht nur über die radikale Senkung der Treibhausgase und Klimaschutz ist dann auch Hitzeschutz.

Wir haben durch die Einsparungen in Mobilität, speziell auch in der Ernährung oder durch Energie ganz große Möglichkeiten fürs Klima, aber auch für die Gesundheit Vorteile zu erreichen. Und auch Wasser, Luft und Erde müssen selbstverständlich sauber werden. Was brauchen wir dafür? Eine klare Sicht auf die Sachlage.

Klimaschutz hat Top-Priorität bei allen Krisen dieses Planeten. Wir brauchen eine Kooperation auf Augenhöhe, um gemeinsam ins Handeln zu kommen. Und global gesehen ist die Lage noch viel dramatischer als bei uns hier in Deutschland aktuell. Was braucht es noch? Wir brauchen Mut und





Zumutung. Auch wir Mediziner haben lange gedacht, wir könnten den Menschen die Wahrheit nicht immer zumuten, nur ein kleiner Tumor, den schneide ich schnell raus, dann ist alles gut. Nein, die Klimakrise ist wirklich ein großer Tumor. Wir können versuchen ihn zu heilen, aber nur, wenn wir schnell konsequent und mutig sind. Wir Kinder- und Jugendärztinnen gehen in Verantwortung, indem wir uns den Herausforderungen der Klimakrise stellen. Politik kann das nicht allein meistern. Wir sind bereit zur Mitarbeit. Gemeinsam sind wir stärker. Lassen Sie uns also gemeinsam die Klimakrise zur größten Gesundheitschance machen. Für chronisch Kranke, für die Kinder auch im globalen Süden. Sauberes Wasser, saubere Luft, giftfreie Böden, noch erträgliche Temperaturen, friedliches Miteinander, das wär's doch, oder? Zukunftsvorfreude als Ziel unseres gemeinsamen Handelns. Wir von KLUG und vom BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte) sind zur Zusammenarbeit mit Ihnen sehr gerne bereit und freuen uns darauf. Denn jetzt ist die Zeit, weltweit Kinder vor der Klimakrise zu schützen.

**Der Vorsitzende:** Wir können jetzt auch mit unserer Fragerunde beginnen. Das ist üblicherweise mit der SPD. Ich frage aber jetzt mal in die Runde – weil wir jetzt schon durch die Vorträge sehr viel Zeit zusätzlich verloren haben, aber es waren ja wichtige Statements, die hier stattgefunden haben –, ob Sie einverstanden sind, wenn wir jeder Fraktion vier Minuten Zeit geben, aber nur eine Fragerunde machen. Also statt drei plus zwei, dass wir jetzt vier Minuten als Runde machen und wir achten ein bisschen auf die Zeit. Ich sehe da Einverständnis hier in dieser Runde.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Das ist nicht das erste Mal, dass wir hier im Unterausschuss über die Herausforderungen sprechen, die Sie thematisiert haben. Ich glaube, es ist aber trotzdem nach wie vor wichtig, dass wir das immer wieder tun, und dass wir auch nicht abstumpfen gegenüber Zahlen wie fünf Millionen Kindern weltweit, die das fünfte Lebensjahr nicht erreichen, sondern vorher an Krankheiten sterben, die eigentlich zu verhindern sind. Insofern danke, dass Sie uns diese Herausforderung in der Legislatur immer wieder in Erinnerung gerufen haben und das auch weiterhin tun. Meine Frage geht an Herrn Dr. Wettach. Sie haben in Ihrem

Vortrag so wunderbar über Co-Benefits gesprochen und die Sekundärauswirkungen, die der Klimawandel auch auf andere Lebensbereiche hat. Deswegen würde ich gern den Aspekt fokussieren, dass wir jüngst auch Meldungen erhalten haben, dass im Jahr 2024 250 Millionen Kinder aufgrund von Extremwetterereignissen nicht die Schule besuchen konnten und von Schulausfall betroffen waren. Da würde mich interessieren, ob Sie erwarten, dass das auch was ist, was uns in Deutschland öfter bevorsteht und ob Kinder und Jugendliche Klimangst und solche Folgen in ihren Sprechstunden thematisieren und wie Sie uns empfehlen würden, damit umzugehen.

**Dr. Christof Wettach** (Kinderarzt): Die Hitze ist ja nicht deutschlandweit immer gleich hoch. Wir haben im Süden viel mehr heiße Tage. Ich habe erzählt, in 20 Jahren haben wir hier bei uns im Oberrheingraben 80 Tage zwischen 30 und 45 Grad. Kann man sich vorstellen, dass da Schulen, die nicht klimatisiert sind, Schulen, die nicht speziell geschützt sind, da quasi hitzefrei geben müssen – darf man aber nicht so lange. Kann man auch nicht, zwei Monate nicht in die Schule gehen. Das heißt, es muss jetzt schon eigentlich gestartet werden, Möglichkeiten zu schaffen, auch zum nächsten Mal zu messen, wo haben wir denn Problembereiche in den Ortschaften, wo es besonders heiß wird, dass man die Schulen und die Kitas zunächst ausstattet. Hitzeschutz ist Kinderschutz letzten Endes. Da wird ganz, ganz viel Zeit und Geld investiert werden müssen. Da führt kein Weg dran vorbei. Im Moment kann man das alles noch vertuschen, aber in 20 Jahren spätestens wird es hier im Süden nicht mehr möglich sein, unter den jetzigen Bedingungen Schulen und Kitas aufrechtzuerhalten. Also da wird auf jeden Fall was getan werden müssen. Dann zur Frage der Mentalgesundheit. Tatsächlich bei den Jugenduntersuchungen, das sind so 13- bis 15-Jährige, wird es immer wieder mal thematisiert, dass Jugendliche erzählen, dass sie Angst haben vor dem, was auf sie zukommt, dass sie schon überlegen, ob es überhaupt noch Sinn macht, Kinder zu bekommen, weil die ja dann eh auf dieser Erde nicht mehr leben können. Das sind wirklich Themen, die die Kinder und Jugendlichen umtreiben. Was sie eigentlich am meisten umtreibt, ist, dass sie das Gefühl haben, es passiert nichts. Also es wird viel geredet. Jetzt im Wahlkampf kommt Klima plötzlich gar nicht mehr vor. Also



spannende Geschichten. Und dann sind natürlich viele, die sich wirklich allein gelassen fühlen. Wir Kinder- und JugendärztInnen sind quasi jetzt die Lobby-Arbeiter für Kinder und Jugendliche, um diese Themen immer wieder nach oben zu bringen, sagen, „Hey, ihr könnt nicht einfach nur über andere Themen reden.“ Wirtschaft und alles, was so besprochen wird, funktioniert nur, wenn das Klima entsprechend ist. Ansonsten wird die Angst dann Probleme bereiten. Wir versuchen den Kindern und Jugendlichen dann zu sagen, Angst gibt es in zwei verschiedene Sorten. Es gibt die Angst, die lähmt, die wir jetzt natürlich nicht brauchen können. Und es gibt die Angst, die uns Mut macht, Dinge zu verändern. Die brauchen wir jetzt. Diesen Mut und die Zumutung, das wünsche ich uns allen, Ihnen und uns. Ich sprach eben an, dass wir das Thema gemeinsam angehen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Ich würde gerne Herrn Schneider und Frau Whitney dazu befragen. Sie haben eben von Unter- und Mangelernährung gesprochen. Zwei unterschiedliche Kategorien, die ich so interpretiere, dass das eine ein quantitatives und das andere ein qualitatives Problem ist. Deshalb die Frage, sehen Sie begründete Ansätze, dass man zunächst mal die quantitative Versorgung mit Nahrungsmitteln oder überhaupt mit Nahrungsbestandteilen mittel- bis langfristig wirkungsvoll bekämpfen kann und bei der Frage der Mangelernährung, also insbesondere auch des Wissens um die richtige Zusammensetzung der Nahrung, vielleicht besondere Bildungskonzepte stärker gefördert werden müssen, um diesem Anspruch gerecht zu werden?

**Christian Schneider** (UNICEF): Sie haben zwei wesentliche und grundlegende Themen aus Sicht von UNICEF angesprochen. Ich hatte zu beiden nur kurze Beispiele genannt. Wir müssen zum einen unterscheiden zwischen dem Thema der chronischen Mangelernährung, die dann aber eben, weil über einen langen Zeitraum, eigentlich kontinuierlich über das Aufwachsen der Kinder – ich hatte das Beispiel Burundi genannt –, zu wenig abwechslungsreiche nährstoffreiche Nahrung zur Verfügung steht, die Kinder dann in ihrer Entwicklung zurückbleiben, was sich wiederum auf ihren weiteren Lebensweg auswirkt. Und da – ich glaube, Frau Whitney hat das auch gesagt, und wird es sicher

gleich nochmal betonen – ist eine der Herausforderungen, dass wir in den Ländern, in denen durchaus ausreichende Nahrungsmittel zur Verfügung wären, ganz intensiv mit der Bevölkerung, ich habe es in Burundi selbst im Zusammenspiel zwischen UNICEF und Müttergruppen erlebt, an den Ernährungspraktiken arbeiten, einfache Wege zu einer Anreicherung der täglichen Ernährung zugänglich machen. Das ist eben auch unter diesen Bedingungen der Armut möglich und hat dann einen sehr, sehr großen Impact auf dieses Thema der chronischen Mangelernährung, während wir bei der akuten Mangelernährung nochmal unterscheiden müssen zwischen den schweren, akuten Formen, ich hatte gerade das Beispiel aus dem Sudan erwähnt und auch dort einer chronischeren Form, die aber letztlich auch in ein Zurückbleiben der Kindergewichte zur Folge hat und sich wiederum im Zusammenspiel mit Infektionen durchaus in lebensgefährlichen Formen ausdrückt. Hier ist für mich ganz wesentlich – Sie hatten gefragt, was zu tun ist –, wir sehen im Moment – das passt eigentlich zu den Ausführungen von Ihnen, Herr Dr. Wetach – ein Zusammenspiel von eigentlich zunehmenden Gefahren mit Blick auf Ihre Gesundheit und Ernährung. Sie hatten das Thema der Klimaresilienz ja sehr eindringlich geschildert und gleichzeitig dem entweder weitgehenden Zusammenbruch der Gesundheitssysteme oder generell einem Druck auf doch eben sehr instabile, sehr einfache Gesundheitssysteme in einigen Ländern. Das habe ich kürzlich erst noch in Madagaskar mir selbst anschauen dürfen, wo eben ganz rudimentäre Gesundheitsstationen auch unter dem Druck von zunehmenden Dürresituationen und zunehmender Armut aufgrund dieser Situation nicht mehr in der Lage sind, die gesundheitliche Versorgung ihrer kleinen Patienten aufrecht zu erhalten, sodass wir eben die Systeme in dieser Situation zunehmender Gefahren für Kinder dringend stärken müssen. Da ist der Klimawandel tatsächlich in seinen Auswirkungen, zum Beispiel in einem Land wie Madagaskar, ein ganz, ganz wesentlicher Faktor, der UNICEF auch sehr besorgt.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Welche Maßnahmen sind jetzt konkret zur Bekämpfung der quantitativen und qualitativen Problemstellungen bei der Ernährung anzugehen und vor allen Dingen mit welchen intellektuellen oder auch möglicherweise Versorgungsmaßnahmen muss diese Aufgabe



angegangen werden? Ich möchte die Gelegenheit nutzen, die Frage nochmal kurz an Herrn Schneider zu formulieren, wenn es recht ist. Sie haben eben gesagt, wir müssen die Systeme stabilisieren. Es gibt aber teilweise, zumindest mal von der Menge her, in ausreichendem Maße Nahrungsmittel. Wo ist jetzt der Hauptfokus der Arbeit zu sehen? Bei der Ausbildung, bei der Bildung an sich oder auch bei der adäquaten Nahrungsmittelbeschaffung durch Anbau und resiliente Anbauformen?

**Christian Schneider (UNICEF):** Ich glaube, wir haben wirklich zwei unterschiedliche Situationen in den Blick zu nehmen. Das eine ist tatsächlich, da bin ich bei dem Beispiel Burundi, dass wir da, wo eigentlich in einem Land noch ausreichend Nahrung zur Verfügung wäre, wir auch Möglichkeiten hätten, den Lebensmittelkorb der Kinder zu verbessern. Hier geht es sehr stark um das Thema Bildung, Training für insbesondere die Mütter, die in der Regel für die Nahrung der Kinder zuständig sind, um sie an eben auch nachhaltig erhältliche Ernährungspraktiken heranzuführen. Das geht über kleine Hausgärten, geht über Themen wie Schulgärten, aber auch über tatsächlich schon das Thema Ernährungsbildung in den Schulen, das auch dort über eigene Schulgärten an das Thema herangeführt wird, während wir eben in akuten Situationen anders handeln, da ist das Thema Sudan sicherlich ein Extrem.

Abg. **Johannes Wagner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Vielen Dank an alle drei InputgeberInnen, besonders auch an Sie, Herr Wettach, dass Sie diese Verbindung von Klima und Gesundheit nochmal hier aufgezeigt haben. Ich hätte zu Beginn eine Frage mit der Bitte einer kurzen Antwort an Herrn Schneider. Sie haben das Thema Stillen so hervorgehoben und es gab immer wieder Berichte darüber, dass teilweise Unternehmen, gerade auf dem afrikanischen Kontinent, ihre Produkte über das Stillen sozusagen beworben haben und wollte fragen, sind Ihnen solche Berichte auch bekannt? Gibt es das noch immer oder ist das mittlerweile Vergangenheit? Wie bewerten Sie das, wenn Unternehmen sagen, ihr Produkt sei besser als Muttermilch? Ganz kurze Antwort.

**Christian Schneider (UNICEF):** Da hat UNICEF seit vielen Jahren, auch bis heute und das ist auch noch aktueller Teil unserer Arbeit: Eine ganz klare Haltung, dass das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten klar die beste Politik für die Neugeborenen und ihre Mütter ist und UNICEF verfolgt auch weiter in der Auseinandersetzung mit der Industrie eine ganz klare Politik, eben das aggressive Bewerben von Muttermilchersatzprodukten, gerade in diesen Ländern und Zusammenhängen, zu unterlassen.

Abg. **Johannes Wagner (BÜNDNIS 90/DE GRÜNEN):** Und haben Sie das Gefühl, dass die Länder, in denen diese Unternehmen sitzen, da auch genug intervenieren? Müsste man da stärker eingreifen, auch staatlich, wenn Unternehmen sozusagen mit der Gesundheit von Kindern spielen, um Gewinne zu machen? Wie sehen Sie das?

**Christian Schneider (UNICEF):** Das ist Teil unserer globalen Arbeit, auf diese Unternehmen einerseits und auf Forderungen der Werbung, der Präsenz gerade in den Ländern, über die wir gerade gesprochen haben, einzuwirken. Ich glaube das Ansteigen der Stillquote in einigen Ländern, in denen diese Produkte mit Nachdruck in den Markt gedrückt wurden, ist ein Ausdruck dafür, dass das von Erfolg gekrönt ist aber auch ein weiter Weg ist. Es kommt dazu, mittlerweile auch in der weiteren Lebensphase sehr viele industriell gefertigte, hochverarbeitete Produkte, die sich dann anschließen. Das ist auch ein Grund zur Sorge für uns.

Abg. **Johannes Wagner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Es ist wirklich schändlich, wenn da wirklich mit der Gesundheit von Kindern gespielt wird. Ich habe noch eine weitere Frage an Sie von UNICEF. Jetzt hat Herr Wettach da Position bezogen zum Thema Klima und Gesundheit. Ist das auch für UNICEF so ein großes Thema? Bewerten auch Sie die Folgen der Klimaveränderung als so dramatisch für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weltweit, aber auch speziell im globalen Süden? Bitte um kurze Antwort.

**Christian Schneider (UNICEF):** Ich hätte mich gerne vorhin an Herr Wettach direkt angeschlossen. Die Meldung, auf die Sie Bezug genommen haben



mit den 250 Millionen Kindern, die jetzt bereits unter Schulausfällen leiden, ist tatsächlich eine Meldung von UNICEF. Wir versuchen die Auswirkungen des Klimawandels und in der praktischen Arbeit in sehr vielen Ländern, ich hatte Madagaskar erwähnt, sehen wir jetzt schon die Auswirkungen sowohl auf die gesundheitliche Situation, auch die Ernährungssituation. Also ja, ein ganz großer Schwerpunkt inzwischen, auch in der ganz praktischen UNICEF-Arbeit in vielen Ländern.

**Abg. Johannes Wagner (BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN):** Ja, ganz wichtig. Wir sind gerade auch im heißen Wahlkampf und gestern gab es ein großes TV-Duell. Nirgendwo war Klimaschutz ein großes, wichtiges Thema. Deswegen nutze ich auch diese Debatte hier, um das Thema nochmal anzusprechen. Deswegen da nochmal die Frage, verfolgen Sie als UNICEF auch die ganzen Verhandlungen, Klimaverhandlungen, Klimakonferenzen? Da war auch Gesundheit in den letzten Jahren ein stärker werdendes Thema. Finden Sie das ausreichend stark berücksichtigt, auch bei solchen Klimakonferenzen wie den COPs (Conference of the Parties) zum Beispiel? Mit Bitte um kurze Antwort.

**Christian Schneider (UNICEF):** Finden wir bislang nicht, aber wir arbeiten daran, u.a. bei der letzten PreCOP in Bonn, und wir gehen davon aus und arbeiten sehr darauf hin, dass bei der kommenden COP-Konferenz in Brasilien zum ersten Mal hoffentlich das Thema „Auswirkung der Klimakrise auf Kinder“ ein wesentlicher Schwerpunkt ist. Das könnte, um diese Dimension deutlicher zu machen, ein Durchbruch sein und das ist für uns ein wichtiges politisches Anliegen in diesem Jahr.

**Der Vorsitzende:** Ja, vielen Dank für die Beantwortung und nur der Hinweis, dass Klimaproblematik überall, glaube ich, im Wahlkampf ganz aktiv bespielt wird.

**Abg. Knut Gerschau (FDP):** Herr Schneider, auf den Gebieten Kindersterblichkeit und weniger Mangelernährung hat unter anderem UNICEF und auch andere Organisationen nachweislich gute Arbeit geleistet. Dafür großen Dank. Nun hat die Regierung der Vereinigten Staaten vor Kurzem eine Pause ihrer Entwicklungshilfe angeordnet. Hat dies

Folgen auf die Arbeit von UNICEF? Sind ganze Projekte gefährdet? Und Herr Wettach, in Ihrer Rede sprachen Sie von klimafreundlicher Ernährung. Was muss ich mir darunter vorstellen? Zum Thema Tempolimit – Entschuldigung, ich kann nicht anders als Liberaler –: Die These „Tempolimit reduziert Unfälle“ ist falsch. In vielen Ländern mit Tempolimit sind die Unfalltodesfälle erheblich höher als in Deutschland, zum Beispiel in den USA. Hier gibt es sogar die These wegen des Tempolimits dort.

**Christian Schneider (UNICEF):** Wie für viele andere Organisationen in diesem Feld, auch viele andere UN-Organisationen, gilt für uns im Moment, dass wir die Dekrete des neuen amerikanischen Präsidenten natürlich genau prüfen müssen. Sie haben gerade schon erwähnt, dass es im Moment einen sogenannten Freeze der Zuwendungen der amerikanischen Regierung gibt. Was das genau für die UNICEF-Programme bedeutet, auch für Partner, die mit uns z.B. im Bereich Gesundheit und Ernährung zusammenarbeiten, können wir jetzt noch nicht ganz genau sagen.

Es ist allerdings so, dass die amerikanische Regierung eigentlich seit Gründung von UNICEF und auch zuletzt vor der Bundesregierung, aber dann dicht gefolgt von der deutschen Bundesregierung, der wichtigste internationale Geber für unsere weltweite Arbeit ist. Und das gilt auch für die Zusammenarbeit mit der amerikanischen Umsetzungsorganisation USAID, sodass wir im Moment natürlich intensiv prüfen, wie die Auswirkungen genau sein werden. Es ist allerdings jetzt ein wenig zu früh, Ihnen hier im Unterausschuss da schon konkreteres zu berichten.

**Dr. Christof Wettach (Kinderarzt):** Ein Tempolimit in Ortschaften senkt die Zahlen von krankhauspflichtigen Verletzungen. In jedem Fall kann ich Ihnen die Daten gerne zukommen lassen, das ist kein Problem. Und die klimafreundliche Ernährung, gesunde Ernährung ist das, was die deutsche Gesellschaft für Ernährung uns empfiehlt; pflanzenbasiert mit Hülsen, Früchten, Nüssen und so weiter. Kennen Sie, die Ernährungsempfehlungen. Und spannenderweise ist das auch genau die klimafreundliche Ernährung. In dem Moment, wo wir deutlich weniger Fleisch konsumieren, weil es Schlaganfälle, Herzinfarkte, Diabetes und



Bluthochdruck macht, in dem Moment, wo wir den Fleischkonsum deutlich reduzieren und uns pflanzenbasiert ernähren, gehen automatisch die Treibhausgase runter, auch andere Treibhausgase außer CO<sub>2</sub>, und dadurch haben wir mit einer gesunden Ernährung nach DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) dann automatisch eine klimafreundliche Ernährung. Also gar nichts Separates, wo wir noch zusätzlich besondere Maßnahmen ergreifen müssen, sondern gesund ernähren ist klimafreundlich ernährt und das heißt deutlich fleischreduziert, deutlich zuckerreduziert und wenig verarbeitete Lebensmittel.

## Tagesordnungspunkt 2

### Rassismus und koloniale Strukturen in der globalen Gesundheit

#### Selbstbefassung S-20(14-1)70

**Der Vorsitzende:** Nun rufe ich den Tagesordnungspunkt 2, den Austausch zum Thema Rassismus und koloniale Strukturen in der globalen Gesundheit, auf. Heute befassen wir uns auch mit der Frage, wie struktureller Rassismus die globale Gesundheit beeinflusst und den Zugang zu medizinischer Versorgung erschwert. Uns interessiert, wie diskriminierende Strukturen in Forschung und Praxis aufgedeckt und abgebaut werden können, um eine gerechtere Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Zudem soll es darum gehen, welche Rolle historische und koloniale Strukturen dabei spielen und welche Strategien notwendig sind, um die Dekolonisierung der globalen Gesundheit voranzutreiben und echte Partnerschaften auf Augenhöhe zu schaffen. Zunächst freue ich mich, unsere Sachverständigen, Frau Dr. Iris Hunger vom Zentrum für internationale Gesundheit und Frau Prof. Anuj Kapilashrami vom Centre for Global Health & Intersectional Equity Research University of Essex und Frau Prof. Dr. Beate Kampmann vom Institut für internationale Gesundheit der Charité hier im Saal begrüßen zu dürfen. Frau Prof. Kapilashrami ist online dabei und ich freue mich, das erste Wort an Frau Dr. Hunger zu übergeben.

**Dr. Iris Hunger (ZIG):** Ich freue mich, heute hier zu sein. Ich bin die stellvertretende Leitung der internationalen Abteilung des RKI (Robert Koch-Institut) und was aber die Einladung, glaube ich,

wahrscheinlicher gemacht hat, ist, dass ich auch die Ansprechperson für das Thema Decolonizing Global Health am RKI bin. Und ich möchte heute auf das Thema schauen mit dem Fokus eines Public Health-Akteurs, also des Robert Koch-Instituts, also eines Public Health-Institutes, und beginne mit einem Zitat und ein paar Zahlen, womit wir es hier eigentlich zu tun haben. Beginnen möchte ich mit diesem Zitat von zwei Koryphäen der Dekolonialisierungsdebatte, Dr. Seye Abimbola, nigerianischer Gesundheitssystemforscher und Professor an der Universität von Sydney und Madhu Kapai, in Indien geborener kanadischer Arzt und Professor der McGill University, die in diesem Zitat einfach sehr deutlich machen, dass das, was oft noch infrage gestellt wird, einfach da ist: nämlich eine westliche Vorherrschaft im Bereich globale Gesundheit, im Bereich globale Gesundheitsorganisation, wer sie leitet, wo sie sich befinden – nämlich meist im globalen Norden –, wer sie finanziert – ebenfalls meist Staaten des globalen Nordens beziehungsweise internationale finanzstarke Akteure –, wer damit die Agenda bestimmt und vor allen Dingen auch, wessen Wissen zählt. Diese Studie wollte ich Ihnen ans Herz legen, sie ist vor kurzem veröffentlicht worden von der United Nations University, die ein International Institute for Global Health haben. Und was man hier sehr schön sehen kann – auf der linken Seite, ich hoffe, Sie können das sehen –, dass 15 Prozent der Bevölkerung in High-Income-Countries nur 15 Prozent der Senior Authorship von Low-Income-Countries gegenübersteht. Das heißt, obwohl Global Health sich sehr oft mit Themen der Gesundheit in Low- und Lower-Middle-Income Countries beschäftigt, ist die Autorenschaft in Bezug auf diese Art von Forschung sehr ungleich verteilt. 70 Prozent der Erstautorenschaft und 75 Prozent der Letztautorenschaft, die beiden bedeutendsten Plätze in einer Publikation, gehen an High-Income-Country-Researcher. Ähnlich sieht es aus, wenn wir uns eine einzelne Universität angucken. Eine Studie hier von der University of California – und ich möchte auf die Grafik oben rechts verweisen, ich hoffe, Sie können das sehen –, dort geht es darum, wie viel Prozent der Erstautorenschaft an dieser speziellen Universität an Low-Income-Countries geht. Das sind maximal 25 Prozent, auch wenn es da eine leichte Zunahme gegeben hat. Und unten rechts sozusagen sehen wir die Letztautorenschaft, da sind es nur 15 Prozent. Warum reite ich da so drauf rum? Warum ist das



problematisch? Der Letztautor ist derjenige, der Projekte leitet. Er setzt die Forschungsagenda, und er definiert auch häufig die Zusammenarbeit mit den Forschungspartnern, sowohl hier als auch in den Partnerländern und auch auf der Ebene der lokalen Akteure, wenn es denn in den Projekten überhaupt lokale Akteure gibt. Und es muss dann natürlich infrage gestellt werden, ob unter diesen Umständen wirklich immer die richtigen Fragen gestellt und die prioritären Aktivitäten umgesetzt werden. Und hier nochmal die Quelle, falls Sie nachlesen wollen. Ähnlich sieht es aus, wenn wir uns die Beratungsgremien für Global Health anschauen. In den Beratungsgremien ist es fast noch schlimmer, da gibt es 30-mal so viele Experten aus High-Income Countries im Vergleich zu Low-Income Countries. Und wenn sich jetzt bei dem einen oder anderen so die Frage regt, „Vielleicht ist einfach die wissenschaftliche Expertise und Exzellenz auch nicht ganz so gut oder noch unterschiedlich oder muss sich erst noch anpassen“, dann lege ich Ihnen noch diese Studie ans Herz, in der fiktive Forschungspapiere englischen Wissenschaftlern vorgelegt wurden, ob sie sie sozusagen zur Publikation empfehlen oder nicht. Und wenn man das gleiche Forschungspapier einmal mit der Herkunft Low-Income Country und einmal mit der Herkunft High-Income Country diesen Forschern vorgelegt hat, dann änderte sich das zu einer signifikant besseren Einschätzung der Publikation, der gleichen fiktiven Publikation, wenn die Autorenschaft aus einem High-Income Country kam. Die Herausforderung, vor der wir stehen, ist, zu einem gemeinsamen Verständnis von Global Health zu kommen. Wir müssen von der Idee, dass reiche Länder armen Ländern helfen, ihnen etwas beibringen, ihnen zeigen, müssen wir hinkommen zu einem gemeinsamen Verständnis von Global Health Arbeit als einer gemeinsamen weltweiten Aufgabe, für die alle Verantwortung tragen. Ich möchte jetzt noch kurz darauf eingehen, wie wir versuchen, am RKI dieses Thema umzusetzen oder diesen Versuch umzusetzen, uns dorthin zu bewegen. Ein Großteil der Projekte zu Global Health wird vom BMG im Rahmen des sogenannten Global Health Protection Programme (GHPP) finanziert, was seit 2016 läuft. Das ist kein sehr großes Programm. Das Gesamtbudget für die in der Zeit laufende dreijährige Phase ist 30 Millionen Euro für das RKI. Insgesamt ist das Programm etwa doppelt so groß. Es gibt noch andere Umsetzungspartner in Deutschland. Das Ziel ist,

Public Health-Systeme weltweit zu stärken, damit Krankheitsausbrüche schnell erkennbar sind und schnell vor Ort zu bewältigen sind, sodass sie gar nicht erst zu internationalen Gesundheitskrisen werden. Dieses Programm hat, wie viele dieser Global Health Programme auch, eine Reihe von Leitprinzipien. Und diese Leitprinzipien des GHPP unterstützen die Entwicklung, die wir am RKI anstreben, hin zu weniger ungleichen, also zu gleicheren, gleichberechtigteren Partnerschaften. Und das bezieht sich insbesondere auf die explizite Bedarfs- und Zielgruppenorientierung und auf die Nutzung und Weiterentwicklung bereits bestehender Systeme und nicht die Entwicklung von neuen Systemen. Wenn wir uns jetzt fragen, „Wo können wir denn ansetzen, Partnerschaften im Bereich Global Health gleichberechtigter – Sie sagten mehr auf Augenhöhe – umzusetzen?“, dann gibt es da eine ganze Reihe von Ansatzpunkten, um Partnerschaften zu dekolonialisieren. Hier nochmal eine Publikation, die diese Ansatzpunkte im Detail beschreibt. Und ich möchte nur zwei Beispiele rausnehmen. Über Publikationen hatte ich schon was gesagt. Zum einen geht es um das Agenda-Setting. Da bemühen wir uns am RKI eben, oder legen wir Wert darauf, ausreichend Zeit einzuräumen, um Projektideen gemeinsam zu entwickeln. Das hört sich logisch an, aber mit den Deadlines, die oft von Fundern vorgegeben werden, und auch wechselnden Prioritäten im Global Health Funding, ist das keine ganz einfache Sache. Das ist eine Herausforderung, regelmäßig genug Zeit einzuräumen, um gemeinsam Projektideen zu entwickeln. Und natürlich ist es so, wenn man bereits bestehende Partnerschaften hat, die man weiterentwickeln kann, wenn man in langfristigen Zyklen denkt, dann wird dieses gemeinsame Agenda-Setting einfacher. Das zweite, was ich kurz rausnehmen würde, ist die Ressourcenallokation. Wir versuchen zunehmend Projektmittel direkt an die Partner zur eigenständigen Bewirtschaftung weiterzugeben, weil das einfach mehr Agilität für die Partner vor Ort bedeutet. Hier kommen wir allerdings dann an eine Grenze, wenn die rechtlichen Vorgaben der Funder uns verbieten, Mittel weiterzugeben. Idealerweise würden natürlich alle Partner gleichberechtigt ihre Mittel von den Fundern bekommen. Das ist in unserem Fall häufig nicht der Fall. Und da können wir natürlich als nachgeordnete Behörde auch nur begrenzt gegensteuern. Und ganz zuletzt möchte ich natürlich auch noch kurz erwähnen, dass sich das



RKI mittlerweile auch konkret mit seinem eigenen kolonialen Erbe beschäftigt. Es hat lange und häufig Kritik gegeben, insbesondere, seit das RKI bekannter geworden ist, auch in der Bevölkerung. Wir haben uns mit der Geschichte des RKI im Nationalsozialismus vor circa 10 Jahren ausführlich beschäftigt und haben bis heute eine gelebte, dauerhafte Erinnerungskultur. Ähnliches streben wir an für den Bereich koloniales Erbe. Und ein erster wichtiger Schritt war ein Expertenworkshop im letzten Herbst, wo wir eine Reihe von Medizinhistorikern und Global Health-, Public Health-Experten eingeladen hatten, erstmal zu schauen, was wissen wir eigentlich über die kolonialhistorischen Aktivitäten des RKI. Nicht nur von Robert Koch, sondern eben auch anderen Mitarbeitenden des Robert Koch-Instituts. Wie werden diese Aktivitäten historisch bewertet? Wie werden sie heute bewertet? Und was heißt das eigentlich für uns, für zukünftige Maßnahmen und zukünftige Forschungsaktivitäten? Die Empfehlungen sind noch in Entwicklung, deswegen kann ich die leider noch nicht teilen, aber die werden auf jeden Fall veröffentlicht.

**Der Vorsitzende:** Wir haben hier eine sehr enge Zeitplanung, deswegen meine Bitte, versuchen Sie es bitte, die sieben Minuten einzuhalten.

**Prof. Anuj Kapilashrami** (Centre for Global Health & Intersectional Equity Research University Essex): Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren. In diesen weltpolitisch düsteren Zeiten, in denen wir heute leben, ist dieser wichtige Punkt auf der Tagesordnung und dass wir die Fragen des strukturellen Rassismus und der Kolonialisierung sehr ernst nehmen, wirklich ermutigend. Ich habe ein paar Folien, die ich Ihnen jetzt zeigen möchte. Aus den vielen, sehr sachdienlichen, an uns gerichteten Fragen, möchte ich auf zunächst einige der Mythen rund um das, was wir unter Dekolonisierung und Kolonialität verstehen, eingehen, bevor ich relativ schnell zu dem dreiteiligen Rahmen übergehe, den wir für die Dekolonisierung der globalen Gesundheit entwickelt haben. Ich freue mich sehr, dass meine Vorrednerin auf die spezifische globale Gesundheitslandschaft im Zusammenhang mit der Forschung und den Ungleichheiten bei der Wissensproduktion eingehen konnte, und ich werde mich darauf beschränken, einige der übrigen Aspekte zu behandeln. Zuerst möchte ich – auch auf die

Gefahr hin, dass ich mich hier an Bekehrte wende – betonen, dass Kolonisierung nicht das historische Phänomen ist, das als Besetzung fremder Länder verstanden wird. Es handelt sich um ein sehr aktuelles Phänomen. Und es geht nicht nur um das Land oder die Unterdrückung von Menschen und Ressourcen. Im Wesentlichen ist die Kolonisierung also ein zeitgenössischer Prozess, der über die bloße Besetzung von Land und Ressourcen hinausgeht. Folglich ist die Agenda der Entkolonialisierung für uns ein Prozess der Erlangung politischer und wirtschaftlicher Unabhängigkeit von fremder Herrschaft durch die aktive Machtübergabe. Bei diesem aktiven Machttransfer geht es nicht nur um militärische und administrative Macht, sondern auch um den Wiederaufbau von sozialer, wirtschaftlicher und politischer Macht sowie von Wissenssystemen, die von den Auswirkungen kolonialer Gewalt, Rassismus und Euroskepsis befreit sind. Wie ich bereits erwähnte, sprach Kwame Nkrumah, der frühere Präsident Ghanas, über die Aktualität dieses Konzepts und betonte dabei die Praxis Neokolonialismus, aufgrund dessen weiterhin Ressourcen und Reichtum aus den neuen unabhängigen Staaten abgezogen werden. Er stellte zudem fest, dass ein Großteil der finanziellen Ressourcen aus den Entwicklungsländern oder Ländern mit niedrigem Einkommen abgezogen wird. Deshalb möchte ich betonen, dass es die heutige globalisierte politische Ökonomie ist, die die Geografie des Kolonialismus verändert hat. Die Grenzen der kolonialen Unterdrückung verlaufen also nicht nur über die Grenzen fremder Länder hinweg, sondern auch innerhalb der Grenzen, da wir die Unterdrückung indigener Gemeinschaften erlebt haben und weiterhin Unterdrückungszyklen erleben, auch in unabhängigen Staaten. Die Orte der Extraktion und Ausübung kolonialer Macht sollten im Mittelpunkt jeder Dekolonisierungsagenda stehen. Was sind das für Orte? Es sind Orte des Wissens – Wege, die politische Ökonomie der Bildung zu verstehen. Meine Vorrednerin hat auf die Ungerechtigkeiten hingewiesen, die darin liegen.

Es geht auch um die Systeme, Institutionen und Instrumente, mit denen die Gesundheit geregelt wird. Das bringt uns zurück zur globalen Gesundheitsordnung. Und schließlich das Aufzwingen sozialer, kultureller Normen, Ideen und sozialer Strukturen in anderen Ländern, Kontexten und Bevölkerungsgruppen. In dem im WHO-Bulletin veröffentlichten Artikel stellen wir einen dreiteiligen Rahmen für



das Verständnis von globaler Gesundheit und Kolonisierung vor und erläutern, wie die Dekolonisierungsagenda aussehen sollte. Wir erforschen zunächst den Kolonialismus in der globalen Gesundheit, d. h. wir untersuchen Machtasymmetrien und ungleiche Beziehungen oder extraktive und ausbeuterische Beziehungen zwischen Partnern und Ländern, was meine Vorrednerin bereits ansprach. Das können Beziehungen zwischen privilegierten und unterprivilegierten Institutionen im globalen Norden und im globalen Süden sein. Es könnte auch an den von Spendern/Geldgebern gesteuerten Programmen in der globalen Gesundheit liegen, die den Ländern oft auferlegt werden und eine Reihe von Zielen enthalten, die sich auf die lokalen Gesundheitsprioritäten auswirken. Es könnte auch die Rolle sein, die diese ungleichen Partnerschaften spielen und über die einige der wichtigsten globalen Gesundheitsprioritäten und -probleme heute angegangen werden. Der zweite Aspekt ist die Kolonisierung der globalen Gesundheit selbst, bei der es um die Dominanz bestimmter Institutionen, Akteure und Strukturen innerhalb der Systeme der Global Health Governance geht. Darauf komme ich gleich noch einmal zurück. Der dritte Teil des Rahmens befasst sich mit der Kolonisierung durch die globale Gesundheit und damit, wie der Gesundheitssektor und die Gesundheitssysteme zu einem Kanal für die Extraktion von Reichtum durch eine Reihe von Private-Equity-Programmen mit Mischfinanzierung werden, die vom globalen Norden in den globalen Süden gedrängt werden, um die Märkte zu erweitern. Ich möchte insbesondere den zweiten und dritten Teil dieses Rahmens hervorheben – meine Kollegin sprach bereits über den ersten –, in denen es darum geht, wie Forschungsleistungen, Bildungsungleichheiten, die Abwanderung von Fachkräften im Gesundheitswesen sowie eine Auswahl der wichtigsten Handlungsprioritäten in der globalen Gesundheit von den Institutionen des globalen Nordens bzw. den Institutionen mit Sitz im globalen Norden bestimmt werden. Ich möchte die Kolonisierung der globalen Gesundheit betonen. Wir erleben im Bereich der globalen Gesundheit beispiellose Zeiten, in denen sich die Trump-Regierung von der WHO zurückzieht und ihre internationale Hilfe für die globale Gesundheit einfriert, was sich erheblich auf die Länder des Globalen Südens auswirkt. Ich bin gerade in Indien, ich komme gerade aus Nepal, und die Organisationen und ihre Programme in den Bereichen Impfung,

Tuberkulose und sexuelle und reproduktive Gesundheit sind von dem vorgelegten Einfrieren [der Leistungen] stark betroffen. Die Frage nach der Kolonialisierung des globalen Gesundheitswesens ist also die Dominanz der USA oder anderer europäischer Akteure sowie der Akteure des Privatsektors in der WHO – die Entscheidungsfindung, das Einfrieren ihrer Budgets, der Einfluss privater Stiftungen, die sich gegen den universellen, erschwinglichen Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten und Impfstoffen stellen. Das Beispiel Covid war ziemlich krass. Bei dieser letzten Säule des Kolonialismus durch die globale Gesundheit geht es in Wirklichkeit um Ausbeutung und die Gewinnung von Reichtum, die im Gesundheitssektor stattfindet: die gemischten Finanzierungsmechanismen, die öffentlich-privaten Partnerschaftsmodelle, die von Ländern in Europa, einschließlich des Vereinigten Königreichs und anderen, vorangetrieben werden. Diese PPP-Modelle im Gesundheitswesen sind auf ihren eigenen Märkten gescheitert. Sie werden auf den Gesundheitsmärkten in anderen Ländern vermarktet, die bereits stark privatisiert sind, wobei 70 bis 80 Prozent der Gesundheitsausgaben aus den Taschen der Bürger stammen. Dies sind drei Bereiche, mit denen wir uns befassen wollen – die Dekolonisierungsagenda im Bereich der globalen Gesundheit. Eine Frage lautete: Was sind die Kosten und Auswirkungen von strukturellem Rassismus und Kolonialismus im Gesundheitswesen? Ich möchte hier nicht zu sehr in die Tiefe gehen, Ihnen aber zwei sehr deutliche Beispiele geben: Zum einen geht es um die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren, und aus diesem Bild geht klar hervor, dass die Länder mit der höchsten Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren alle in Afrika südlich der Sahara liegen. Die zweite Frage, die sich daraus ergibt, lautet: Warum gibt es so große Unterschiede und Ungleichheiten und so unterschiedliche Ergebnisse? Das liegt zum Teil an den Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und den globalen Gesundheitsprioritäten – eine enorme Diskrepanz zwischen der Krankheitslast, den lokalen, nationalen Prioritäten und der tatsächlichen Finanzierung des Gesundheitswesens, die wir heute durch multilaterale Institutionen und bilaterale Finanzierung sehen. Stärkere Investitionen in und Nutzung durch Wohlhabendere. Wir sehen also, wie viel Geld in KI-Lösungen, digitale Technologien und PPP-Engagement des Privatsektors in der Gesundheitsversorgung fließt, was





die Ungleichheiten und die heute bestehende Kluft nur noch vergrößert. Dies sind einige der Bereiche, die ich hervorheben möchte, die für die Bekämpfung dieser Ungleichheiten und des Rassismus, den wir heute erleben, von wesentlicher Bedeutung sind. Wir haben die Covid-Krise und die enormen Ungleichheiten gesehen, die im Zusammenhang mit der Impfstoffdosis in großen Teilen der Welt aufgetreten sind. Wir haben auch gesehen, wie die deutsche Regierung selbst mit Problemen im Zusammenhang mit Patentverzichtserklärungen und der Blockierung von Patentverzichtserklärungen konfrontiert wurde, um sicherzustellen, dass die Impfstoffe die Ärmsten und diejenigen erreichen, die sie am meisten brauchen. Diese Ungerechtigkeiten müssen im Mittelpunkt jeder Dekolonisierungsagenda stehen, die über die Verteilung von Forschungsleistungen und die Anerkennung in Artikeln hinausgeht. Ein sehr nach innen gerichtetes Beispiel, das ich hier anführen möchte, um zu verdeutlichen, dass es bei der Entkolonialisierung nicht nur um andere Länder und die Entkolonialisierung geht, ist eine Angelegenheit, die uns alle angehen sollte – die unverhältnismäßige Belastung von Ärzten, Krankenschwestern und Gesundheitspersonal aus ethnischen Minderheiten in den europäischen Gesundheitssystemen, die wir während der Covid-19-Pandemie erlebt haben.

Ich habe das britische Konsortium geleitet, das sich mit übergreifenden Erfahrungen mit dem Schutz vor und der Gefährdung durch Covid-19 befasste. Nach einer Umfrage unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens und weiteren Untersuchungen zu Long Covid, die wir in Großbritannien im Rahmen der UK Reach-Programme durchgeführt haben, fanden wir eindeutige Belege für starke ethnische Ungleichheiten, die dazu führen, dass Menschen, die einer ethnischen Minderheit angehören, einer Infektion stärker ausgesetzt sind und weniger Schutz davor haben. Dabei handelte es sich um Gesundheitspersonal, das eher für die klinische Behandlung von Infektionen zuständig und eindeutig rassistischen Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt war, da es in unverhältnismäßig hohem Maße für patientennahe Aufgaben und in der Pflege von Covid-19-Patienten eingesetzt wurde. Dies sind einige der Zahlen, und ich werde die Papiere markieren, die wir dazu veröffentlicht haben. Abschließend möchte ich fragen: Was können wir dagegen tun? Die Agenda ist sehr umfangreich, und es gibt zahlreiche Systeme und Mechanismen, die

überprüft und gestärkt werden müssen. Was wir in diesem Papier aufzeigen, sind Maßnahmen für jeden der drei Bereiche, in denen sich der Kolonialismus in der globalen Gesundheit manifestiert hat – die Betrachtung von Verhaltenskodizes, die darauf abzielen, Ungleichheiten zu beseitigen und unethische Praktiken zu verhindern, sowie die Einrichtung von Mechanismen der gegenseitigen Rechenschaftspflicht von Partnern im globalen Norden und im globalen Süden. Der zweite Punkt, der zum jetzigen Zeitpunkt – angesichts der verheerenden Auswirkungen auf die WHO und der Entscheidung in den USA – am wichtigsten ist, betrifft die Wiederherstellung der Autorität und den Aufbau von Kapazitäten zwischenstaatlicher Organisationen, insbesondere der WHO, zur Koordinierung und Verwaltung globaler Gesundheitsentscheidungen. Aber auch eine demokratischere Governance auf globaler Ebene, indem die Beteiligung der Basis sichergestellt wird – derjenigen, die mit mehrfachen Benachteiligungen und komplexen Bedürfnissen leben – und eine engere Zusammenarbeit mit den sozialen Bewegungen und der Zivilgesellschaft im Bereich der globalen Gesundheit. Der dritte Aspekt, den ich hervorheben möchte, ist eine strengere Überwachung und Regulierung der Finanzierung des Gesundheitswesens und der Profitmacherei, die mit Krankheiten betrieben wird. Die Kontrolle von Schlüsselsektoren im Gesundheitsbereich. Wir haben an der Universität von Essex eine Reihe von Initiativen durchgeführt, von Seminaren zur Entkolonialisierung des Gesundheits- und Sozialwesens bis hin zur Untersuchung der Entkolonialisierung des Lehrplans. Und schließlich das Spektrum der Forschungspartnerschaften mit dem globalen Süden und die enge Zusammenarbeit mit sozialen Bewegungen und lokalen Basisorganisationen, um globale Gesundheitsgerechtigkeit zu gewährleisten. Ich schließe mit dieser letzten Folie über die Bedeutung des übergreifenden Ansatzes für die Dekolonisierung der globalen Gesundheit.

**Der Vorsitzende:** So, nun kommen wir zur letzten Referentin, Frau Prof. Dr. Kampmann. Sie haben das Wort.

**Prof. Dr. Beate Kampmann (Charité):** Herzlichen Dank an meine Vorrednerinnen, die ja bereits den allgemeineren und historischen Hintergrund schon sehr gut beschrieben haben. Ich werde mich



deshalb auf die Forschungsbeziehungen im Rahmen von Global Health fokussieren, wo ich ja selbst seit über 25 Jahren tätig bin. Ich bin Professorin für Global Health hier an der Charité in Berlin und leite das Center für Global Health und das Institut für internationale Gesundheit. Ich habe über zwölf Jahre lang in Westafrika Impfstoff- und die Immunologieforschung am Medical Research Council in Gambia geleitet, mit einem primär afrikanischen Team von über 200 Mitarbeitern. Ich habe mit vielen PhD-Studentinnen und Post-Docs und afrikanischen Professorinnen zusammengearbeitet. Und da würde ich erstmal gerne wissen, wer kennt denn afrikanische Professorinnen? Fragt euch alle mal. Gut, ich hoffe, dass ich hier deshalb beide Perspektiven irgendwo aufgreifen kann, selbst wenn im Sinne von „Nothing about me, without me“ nicht ganz möglich ist, aber ich denke, dass ich mich zu spezifischen Fragen bezüglich der Interaktion mit Low- und Middle-Income Countries (LMIC) in der Forschung gerne äußern kann. Und ich habe mir das so eingeteilt, dass ich ein paar Punkte zu dem Ist-Zustand sagen möchte und dann auch ein paar konkrete Vorschläge zu dem, was wir uns vielleicht vorstellen können. Zur ersten Frage: Welche Herausforderungen und Ungleichheiten bestehen derzeit in internationalen Forschungsbeziehungen im Gesundheitsbereich und wie wirken sie sich auf die beteiligten Parteien aus und wie beeinträchtigt das unsere Dynamik? Da gibt es erstmal konzeptionelle Probleme – die haben wir gerade schon sehr erfolgreich hier zusammengetragen –, nämlich, dass Forschungspartnerschaften und Entwicklungshilfe nach wie vor häufig vertauscht werden. Humanitäre Hilfe ist nicht Forschung und dadurch bleibt weiterhin ein Gefälle in den Beziehungen vorhanden, die da nicht auf Augenhöhe stattfinden und Frau Hunger hat das ja sehr ausführlich schon dargestellt. Es gibt aber ganz bestimmte administrative Hürden, mit denen wir uns dieser Situation annehmen und aussetzen. Die Anträge auf Projektförderung müssen meistens durch die deutschen Forschungseinrichtungen eingereicht werden, die auch Vertragspartner des Fördergebers werden und damit in der Regel das gesamte finanzielle und rechtliche Risiko für diese Projekte alleine tragen. Forschungsgelder gehen von uns an die Partner via sogenannte Weiterleitungsverträge, die manchmal je nach Geldgeber den Partnern nur ganz kleine Summen zuordnen können und darüber hinaus nicht das Management der Gelder unterstützen, da keine

Overheads weitergeleitet werden dürfen. Genau wie wir brauchen auch die Universitäten und Forschungsinstitute in Afrika aber administrative Unterstützung, die nicht von den Wissenschaftlern selbst kommen sollte. Wir als Wissenschaftler würden uns darüber auch beschweren. Die LMIC-Partners sind in solchen Förderkonstellationen keine gleichberechtigten Projektpartner, sondern agieren formal als Dienstleister der deutschen Forschungseinrichtungen mit den entsprechenden Auswirkungen auf das geistige Eigentum, insbesondere Publikationen, wie wir gerade auch schon von Frau Hunger gehört haben.

Wenn Gelder an LMIC-Organisationen gehen, sind die Konditionen teilweise überbürokratisch und die deutsche Mentalität des Antrags auf Erteilung eines Antragsformulars ist oft schwer nachzuvollziehen. Ich glaube, Sie wissen alle, worüber ich da spreche. Wenn man jetzt nach vorne guckt, welche Schritte können unternommen werden, um die Partnerschaft und Zusammenarbeit mit Hoch- und Niedrigeinkommensländern in der Gesundheitsforschung zu stärken und fairer zu gestalten, da gibt es eigentlich drei Ansätze: institutionelle Reformen, die Definition von Research Prioritäten und Diversifikation der Funding Streams, mit denen wir uns zurzeit beschäftigen müssen. Konzeptionell heißt das also, dass Forschungspartner in LMICs nicht als passive Opfer, die von uns unterstützt werden müssen, verstanden werden, sondern als aktive Mitstreiter in Forschungsinitiativen, die auf Innovation, Ressourcen und Resilienz aufgebaut sind. Das heißt, dass wir nationale und regionale Perspektiven und Prioritäten einbeziehen müssen, in die Art und Weise, wie wir unsere Forschung konzipieren und dass diese diskutiert werden müssen, bevor diese Anträge gestellt werden. In erster Linie werden von den zahlenden Partnern und den Bibliografien Anträge gestellt, die sich auch auf nationale Pläne beziehen können. Und da nenne ich zum Beispiel Pläne für Antimicrobial Resistance, die ja in jedem Land auch bereits bestehen, aber wo wir uns häufig über Themen unterhalten, die dann lokal gar nicht umzusetzen sind.

Das heißt, Interaktion mit dem nationalen, öffentlichen Gesundheitswesen und Politik ist hier notwendig. Dieser Ansatz wird zu mehr Nachhaltigkeit und lokalem Impact führen und macht unsere gemeinsame Forschung dadurch kontextspezifisch. Damit schaffen wir diese Helikopterprojekte, die ja überall bestehen, vielleicht mal ab.



Nächste Frage. Welche Verantwortung tragen Forschungsinstitutionen, Regierungen und internationale Organisationen bei der Forderung von Fairness in internationalen Forschungsbeziehungen im Gesundheitsbereich?

Konzeptionell wiederum muss hier Fairness bilateral auch verstanden werden. Es ist nicht nur unsere Aufgabe und LMIC-Länder müssen auch nachweisen, dass sie Projekte entsprechend ausführen und verwalten können. Und da gibt es mehr und mehr auch Möglichkeiten, das zu prüfen.

Administrativ heißt das, dass wir eine gemeinsame Agenda setzen mit Förderlinien und Ausschreibungen, wo es zur Stärkung wissenschaftlicher Institutionen und Förderstrukturen in den Partnerländern durch gleichberechtigte Projektantwort und Budgetrechte und Pflichten kommen muss. Diese Gleichberechtigung kann sich dann fortsetzen im wissenschaftlichen Publikationsprozess und in den Paritäten von Leitungsfunktionen, wo wir gemeinsame Professuren zum Beispiel auch darüber nachdenken können, wie das hier einige Institutionen in Deutschland zum Beispiel in Tübingen und in Hamburg auch bereits geschaffen haben.

Ein ganz wichtiges Thema sind dabei bilaterale Aufenthalte ohne Visadiskriminierung, und das ist ein großes Thema, was ich immer wieder gerne anspreche. Nächste Frage. Welche finanziellen und technischen Ressourcen sind erforderlich, um eine gerechte und ausgewogene Forschungszusammenarbeit zu gewährleisten? Wir brauchen Grundsatzentscheidungen des Zuwendungs- und Gesetzgebers, um sowohl konzeptionelle als auch administrative Hürden abzubauen. Und genau, Frau Hunger hatte daran auch schon angesetzt. Geprüfte Institutionen von LMIC-Partnern können Gelder für Forschung und Kapazitätenaufbau direkt empfangen und verwalten. Die Mittelweitergabe muss erleichtert werden. Dabei müssen wir für das Ausland irrelevante Vorgaben streichen, z.B. Dokumentation von Fahrten in lokalen Taxis, für die es keine Quittung gibt, oder SIM-Karten, die drei Euro kosten. Wir brauchen Projektzyklen, die mehr als zwei bis drei Jahre andauern. Die Wissenschaft und ihre Bürokratie sind langwierig, da kann man nicht schon nach zwölf Monaten über Impact sprechen und dann bereits das nächste Projekt möglicherweise mit ganz anderen Themen angehen. Von EMH plötzlich auf FMG um FGM umschalten, das geht einfach nicht. Fazit: Ohne Veränderung unserer Interaktion sowohl aus konzeptioneller wie

auch administrativer Ebene werden wir in den Dynamiken der Vergangenheit gefangen bleiben und die sogenannten Partnerschaften auf Augenhöhe bleiben nur eine Sprechblase.

Jetzt will ich noch ein paar gute Beispiele nennen, z.B. die Berliner Universitätsallianz hier hat im Dezember letzten Jahres bereits die „African Charter for Transformation of Research Collaborations“ unterschrieben und dieses Dokument würde ich Ihnen allen gerne ans Herz legen, sowie das Positionspaper der Deutschen UNESCO, gleichberechtigte Wissenschaftskooperationen weltweit und auch das online frei verfügbare Buch von Jana Abarra und Desiree LaBeaud für „Transforming Global Health Participations“. Ich habe Ihnen hier die Ausdrücke mitgebracht, wenn das einer haben will, können Sie sich das gerne angucken. Administrativ heißt das, dass einige Gruppen und Institutionen bereits sogenannte Roadmaps auch aufgestellt haben zur Umsetzung von mehr paritätischen Projekten, z.B. London School of Hygiene and Tropical Medicine, und das ist auch schon veröffentlicht und auch auf unseren Webseiten im Center for Global Health zu finden. Und wenn ich zum Abschluss noch einen Wunsch äußern darf, dann lassen Sie bitte diesen Unterausschuss weiter bestehen, denn das Thema Global Gesundheit muss einen Platz in den Parteiprogrammen und im Koalitionsvertrag finden, denn sonst werden die Winde von Westen noch eisiger und zu diesem Thema haben wir Ihnen vor einer Woche oder so auch ein Dokument an die Parlamentarier zur Verfügung gestellt, weil ich hier eine große Chance für Deutschland und Europa sehe, geopolitisch zu führen und ein Beispiel für Fortschritt in der Gesundheit für alle zu setzen.

Damit danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf Ihre Fragen.

**Der Vorsitzende:** Die Hinweise, die Sie uns gerade gegeben haben auf dem Druckzettel, es wäre nett, wenn Sie uns vielleicht das digital noch zukommen lassen könnten, dann könnten wir es nämlich dem Protokoll auch noch anhängen, und die Papiere haben wir auch erhalten und danke auch für die Ermutigung für den Unterausschuss Globale Gesundheit in der 21. Wahlperiode auch am Laufen zu halten. Es war offensichtlich nicht einfach für die Referentinnen, sich an die Zeitvorgaben zu halten. Das kann ich aber sehr gut nachvollziehen. Deshalb meine Bitte in die Fraktionen: Ich würde



jetzt einfach eine Runde auf zwei Minuten jeweils begrenzen, damit wir dann halbwegs die Zeitvorgaben für diese Sitzung auch einhalten können.

Abg. **Dr. Karamba Diaby** (SPD): Herzlichen Dank, Frau Prof. Kampmann, für diese wirklich sehr, sehr konkrete Einführung und die Vorschläge, die Sie gemacht haben, die finde ich sehr, wichtig. Wir wissen ja – die WHO warnte bereits davor –, dass rassistische Diskriminierung nicht nur das Risiko erhöht, krank zu werden, sondern auch den Zugang zu qualitativer Gesundheitsversorgung einschränkt. Wir wissen, die Äußerungen des jetzigen amerikanischen Präsidenten, die tragen nicht dazu bei, das zu verändern, sondern zu verschärfen. Meine Frage an Sie, Sie haben teilweise das gesagt, aber vielleicht können Sie das noch deutlicher machen: Was erwarten Sie von der neuen baldigen Bundesregierung, um die Bedeutung des Themas wirklich nochmal aufrechtzuerhalten und Gesundheitsarchitektur dafür einzusetzen? Sie haben schon ein Papier geschrieben, aber vielleicht können Sie das nochmal ganz kurz und knapp formulieren.

**Prof. Dr. Beate Kampmann (Charité)**: Ich habe die Mehrzahl der letzten Woche damit verbracht, mich genau zu diesem Thema auch in den Medien zu äußern. Es ist ganz klar, dass Europa und damit auch Deutschland natürlich da eine besondere Rolle zukommt, weil natürlich da Lücken entstehen. Und wenn es jetzt nicht Advocacy für das Thema gibt, dann werden nach wie vor eben diese Einschnitte in der Finanzierung einfach nicht genug ausgeglichen werden können. Das ist nicht nur eine Aufgabe für Europa und auch für Deutschland, aber ich denke, wir haben da eine Führungsrolle, weil wir eben durchaus finanzielle Mittel haben, die da vernünftig eingesetzt werden können. Und ich denke, diese Entscheidung von Trump –und so habe ich das auch bereits in der Presse weitergegeben –, die kosten bereits Menschenleben jeden Tag. Das ist kein Forschungsthema, ich habe mich jetzt hier sehr stark auf die Forschungsseite beschränkt, aber das ist wiederum dann ein humanitäres Thema. Und da müssen wir uns als Gesellschaft Gedanken machen, wie wir uns dazu einstellen und dazu müssen Gelder mobilisiert werden und dazu muss es ein Commitment geben, die Dinge, die wir auch in der europäischen Agenda für Global Health und in der deutschen Agenda für Global Health

aufgeschrieben haben, auch umzusetzen. Und da geht es nicht nur um Forschung, sondern auch um humanitäre Hilfe. Auf der anderen Seite müssen wir vielleicht auch mal darüber nachdenken, ob nicht die Forschungsgelder, die wir verwenden, da einen doppelten Bezug haben – denn durch die Forschung verändern wir auch Lebensbedingungen in den Ländern, mit denen wir partnerschaftlich zusammenarbeiten. Zum Beispiel kann ich die Kindersterblichkeit in dem Land, wo ich gearbeitet habe, in Gambia, einfach dadurch senken, dass ich da eine klinische Studie mache.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): In der gebotenen Kürze, Frau Prof. Kampmann, zur Kollaboration gehören ja immer zwei Seiten notwendigerweise. Wir sind stark ausgeprägt, auch strukturell. Wir brauchen aber natürlich dann auch in den Low- und Middle-Income Countries Partner, mit denen dann diese Zusammenarbeit organisiert werden kann, natürlich auch Persönlichkeiten, das ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. Wir würdigen das auch neuerdings über den Virchow-Preis, wo, ich sage mal, entsprechende Persönlichkeiten auch dann in den Vordergrund gerückt sind. Die Frage ist nur: Wie können wir im Rahmen unserer Förderstrukturen vor Ort den Grundstein legen, dass er vor Ort bei den Kollaborationspartnern entstehen kann, damit eben auf Augenhöhe die Zusammenarbeit entsteht?

**Prof. Dr. Beate Kampmann (Charité)**: Es ist ganz wichtig, dass nicht das Gefühl da ist, „da gibt's ja nichts“, sondern es gibt exzellente afrikanische Universitäten. Ich spreche jetzt sehr stark von Afrika, ich kenne mich in Asien und Südamerika nicht so gut aus, mit denen solche Partnerschaften ja seit längerer Zeit bestehen. Wenn man sich mal anguckt, die afrikanischen Research Universities of Excellence, ARUA, ist eine Initiative, die gerade von der Mastercard Foundation substanzielle Gelder zum Ausbau von PhD-Projekten in Zusammenarbeit mit The Guild, einem europäischen Universitätszweigschluss z.B. bekommen hat. Das heißt also, es gibt auch unter anderem durch die African Public Health Research Institution bereits eine Gliederung von afrikanischen Universitäten und Research Institutionen, die bestimmte Kriterien in der Administration von substanziellen Forschungsgeldern erfüllen können. Und was Frau



Whitney, die Kollegin, vorgestellt hatte mit dem CHAMPS-Projekt, da waren ganz viele afrikanische Institutionen beteiligt, die ja auch durch die Gates Foundation schon unheimliche Kapazitäten aufgebaut haben. Darüber hinaus gibt es Forschungsbeziehungen unserer Universitäten, Partnerschaften. Wir fangen ja nicht bei null an und wir wissen, dass es da genauso fähige administrative Strukturen gibt wie hier bei uns, manchmal sogar einfacher.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine konkrete Frage zu Ruanda und BioNTech als sehr konkreten Fall. Ich weiß jetzt nicht, wer von Ihnen drei vielleicht zu diesem Beispiel sprechfähig ist. Sie hatten auch angesprochen, Frau Kapilashrami, dass Public-Private Partnership auch kritisch zu betrachten ist. Und meine Frage wäre eben: Hat jemand von Ihnen drei eine Expertise, ob bei dieser Projektvergabe, wo einmal private Investitionen, aber auch öffentliche Gelder geflossen sind, Regeln eingehalten worden sind. Ist das ein Projekt, was man per se begrüßen kann, um Wissenstransfer zu gewährleisten? Oder handelt es sich hierbei auch um ein Beispiel vielleicht von neokolonialer, sozusagen Aneignung? Und bevor Sie die Frage beantworten, vielleicht noch ganz kurz zu Frau Kampmann. Der Unterausschuss ist mit Sicherheit eine spannende Einrichtung. Ich würde aber nicht sagen, dass er alleine dafür steht, dass eine zukünftige Bundesregierung sich in diesem Thema progressiv aufstellt. Wir hören jetzt immer wieder „Priorisierung, Priorisierung, Priorisierung im Haushalt“. Ich habe große Sorge, dass – egal, ob ein Unterausschuss kommt oder nicht – in den nächsten Jahren auch Deutschland in der Zusammenarbeit die Gelder zusammenstreicht. Aber vielleicht kurze Handzeichen, wer zu BioNTech und Ruanda, ob da jemand von Ihnen sprechfähig ist?

**Prof. Dr. Beate Kampmann** (Charité): Ich kann da schon ein bisschen was zu sagen, ich habe diese Anlage auch selbst gesehen. Ich glaube, dass wir insbesondere durch die Finanzlücke, die jetzt besteht, ohne Public-Private-Partnership gar nicht auskommen. Und dass wir diese Public-Private-Partnership so aufsetzen müssen, dass es da eben Gewinner auf beiden Seiten gibt. Und zum Beispiel, was Capacity-Building angeht, im Rahmen von Biomanufacturing, da gibt es ein

großes Programm, eben im Anschluss an die COVID-Inequities zur Impfstoffproduktion, die ganz klar darauf hinausläuft, ein System in Bewegung zu setzen, wo afrikanische Länder letztlich Vakzine selber produzieren können. Das braucht die Mitsprache und die Mithilfe der Industrie, weil diese Kapazitäten, die fallen halt nicht vom Himmel. Ich weiß von dem Beispiel BioNTech – ich will jetzt hier keine Firma verteidigen, aber ich weiß –, dass ja z.B. Leute ganz gezielt in Marburg angelernt werden, in der Fabrikation von Impfstoffen. Und ich denke, das sind Skills, die sind transferable und da muss man darauf achten und es darf keine Monopolsituation geben, aber ich glaube nicht, dass wir ohne Investitionen vom Private Sector da weiterkommen. Und für mich ist das ein Mixed-Portfolio.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP): Frau Hunger, Sie schreiben, Gesundheitssysteme benachteiligen Migranten und Flüchtlinge. Ich war nun in Jordanien und habe ein Flüchtlingsprojekt besucht, wo hunderttausend Flüchtlinge aus Syrien, Libanon und Palästina waren, unter der Führung aber vom UNHCR (The UN Refugee Agency), also der Flüchtlingsorganisation der UN. Hier habe ich festgestellt, dass die Gesundheitsvorsorge für die Geflüchteten besser war als für die Staatsbürger des Landes selbst. Aber wahrscheinlich sprechen Sie eben auch von grenzüberschreitenden Bewegungen von Migranten und Flüchtlingen ohne Präsenz von UN-Organisationen. Aber vielleicht sagen Sie dazu noch mal etwas.

Frau Kapilashrami, die Forderung nach einer Freigabe von Lizenzen, z.B. bei Covid, sehe ich als kritisch an. Niemand wird mehr in Forschung investieren, wenn er doch weiß, dass Erfolge sofort für alle freigegeben werden. Und Frau Kampmann, danke für die ganz konkreten Forderungen, die Sie vorgetragen haben, z.B. längere Projektzeiten. Ich unterstütze das ausdrücklich.

**Prof. Anuj Kapilashrami** (Centre for Global Health & Intersectional Equity Research University Essex): Das sind wirklich wichtige Fragen. Es ist sehr schwierig, in den Diskussionen, die wir führen, Verallgemeinerungen zu vermeiden, aber wir müssen das tun – denn wenn wir über öffentlich-private Partnerschaften sprechen, handelt es sich nicht nur um sehr einheitliche Mechanismen, die im Gesundheitssektor angewendet werden. Eine



davon ist die Entwicklung von Impfstoffen. Ich habe darauf gedrängt – und das basiert auf einigen Untersuchungen, die ich zusammen mit anderen Kollegen durchgeführt habe, um die bilateralen und DEG-Finanzierungen europäischer Länder für Gesundheitsprojekte zu dokumentieren –, dass die Art von öffentlich-privaten Partnerschaftsvereinbarungen, die durch Entwicklungsfinanzierung gefördert wurden, mit sehr großer Sorgfalt durchgeführt werden müssen. Diese Mittel gingen häufig an private Akteure, die nicht zur Rechenschaft gezogen wurden, dabei in Konkurs gingen oder extrem hochtechnisierte Fünf-Sterne-Gesundheitseinrichtungen in extrem armen Gebieten eröffneten, die nicht den Prioritäten des Landes oder der Nation und der dortigen Bevölkerung zugutekamen. Ich plädiere daher dafür, keine pauschale Politik für öffentlich-private Partnerschaften zu verfolgen und dafür zu sorgen, dass sie mit der gebotenen Sorgfalt durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere für die Entwicklungsfinanzierung, die in allen Ländern in das Gesundheitswesen fließt. Ich freue mich sehr, Forschungsergebnisse und Daten, die wir im Rahmen dieses Prozesses dokumentiert haben, mit Ihnen teilen zu können.

### Tagesordnungspunkt 3

#### Aussprache der Fraktionen

##### Selbstbefassung S-20(14-1)72

**Der Vorsitzende:** Wir kommen jetzt zum nächsten Tagesordnungspunkt, zum letzten Tagesordnungspunkt. Heute ist die letzte Sitzung des Unterausschusses Globale Gesundheit in dieser Legislaturperiode und daher erhalten alle Fraktionen, die hier anwesend sind, die Gelegenheit, auch Bilanz zu ziehen. Wir beginnen mit der SPD, danach Union, Grüne und FDP. Die AfD ist heute nicht anwesend und ich würde bitten, das auf maximal fünf Minuten zu halten, je kürzer, umso besser.

Abg. **Ruppert Stüwe** (SPD): Ich will mich erstmal bedanken für die guten Sitzungen, die wir hier zusammen gemacht haben, vor allen Dingen bei den Experten, die wir eingeladen haben, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die das gut vorbereitet haben. Aber ich fand, wir hatten auch immer spannende Diskussionen untereinander dazu und ich möchte mich auch bei Ihnen als Vorsitzender

bedanken dafür, wie Sie den Ausschuss geleitet haben. Ich glaube, wir haben in der Legislaturperiode nochmal deutlich gemacht, dass das Thema Globale Gesundheit ein wichtiges Thema ist und dass wir das im Deutschen Bundestag auch an der wichtigen Stelle verankert haben. Ich fand es ein bisschen schade, dass wir die Sachen, die wir hier erarbeitet und diskutiert haben, dann nicht weiter ins Parlament getragen haben. Da haben wir leider alle gemeinsam ein abruptes Ende gefunden miteinander. Trotzdem, glaube ich, hätte man das, was schon vorbereitet war, noch schaffen können, eventuell in den parlamentarischen Raum zu tragen. Ich finde es immer gut, wenn das, was wir hier miteinander diskutiert haben und wo ja auch in Teilen Einigkeit bestand, dann auch Gegenstand einer parlamentarischen Beratung gewesen wäre. Wir haben versucht, als SPD-Fraktion das nochmal in Positionspapieren zusammenzufassen und hoffen, dass wir dann in der nächsten Legislaturperiode vielleicht auch wieder als Deutscher Bundestag etwas zum Thema Globale Gesundheit beschließen können. Ich glaube, das Thema wird weiter wichtig bleiben. Wir haben schon darüber diskutiert, auch, dass wir über die Rolle Deutschlands in der veränderten Welt nach dem Austritt der USA aus der WHO und das, was mit USAID passiert, sicher nochmal diskutieren müssen. Insofern ist von unserer Seite auch klar, dass es wünschenswert wäre, wenn es so einen Unterausschuss nochmal im nächsten Parlament geben würde. Und damit, glaube ich, habe ich jetzt auch der Kürze genüge getan. Und wir können in Zweifelsfall nochmal in die Diskussion kommen.

Abg. **Dr Georg Kippels** (CDU/CSU): Das ist ja schön, dass man jetzt nochmal ein Fazit ziehen kann, die Ereignisse und die Arbeit Revue passieren lassen kann. Und ich gehöre ja zu den Geburtshelfern dieses Ausschusses in der letzten Legislaturperiode, wo es dann übrigens die Initiative... Insofern, verehrter Herr Kollege Wagner, der Souverän ist das Parlament und nicht die Regierung. Das ist doch ganz gut so, weil das Parlament auch weiterarbeiten kann, wenn die Regierung die Brocken hingeschmissen hat. Also vor diesem Hintergrund bin ich zuversichtlich, dass auch das Parlament in der nächsten Legislaturperiode entsprechend motiviert von Einsicht und Fachkunde diesem Ausschuss eine weitere Existenz gibt. Und es gibt zu mindest einige wenige der Mitarbeitenden hier, die



sich auch dazu bereit erklärt haben, das gegenüber der Bundestagspräsidentin zu dokumentieren. Wir haben gerade auch jetzt mit dem letzten Thema dieses Ausschusses gesehen, welche Bedeutung diese Fragestellung Globale Gesundheit multinational hat, wie fragil das System leider immer noch ist und wo wir alle zusammen an einer Stärkung mitarbeiten können. Und auch wenn – wie ich es gerade gesagt habe – das Parlament der Souverän des Ausschusses ist, ist es natürlich außerordentlich hilfreich, wenn die Initiativen und auch die Erkenntnisse, die aus dem Ausschuss entstehen, dann letztendlich im Ministerium Niederschlag finden. Das war in dieser Legislaturperiode, ich sage es mal vorsichtig, verbesserungsfähig. Sowohl im BMZ als auch im BMG hätte man diesem Thema auch in der internationalen Verhandlung etwas mehr Aufmerksamkeit schenken dürfen. Es hat sicherlich vielversprechende Ansätze gegeben, woran es letztendlich gescheitert ist, das will ich jetzt gar nicht festmachen. Entscheidend ist aber, dass es in den letzten Jahren, insgesamt sieben sind es ja in der Arbeit des Ausschusses, sehr viele internationale Impulse gegeben hat und ich selbst auch als Ausschussmitglied im AWZ (Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) habe bei vielen internationalen Kontakten feststellen dürfen, dass wir damit Signale gesetzt haben und mit der Gründung von UNITE auch bereits Anstöße für eine internationale Zusammenarbeit. Das sollte, das kann, das muss fortgesetzt werden und sicherlich wird das möglicherweise zunächst mal der Anspruch für uns alle sein, vor allen Dingen für die dann möglicherweise Altgedienten, die neuen Abgeordneten für diesen Themenbereich zu begeistern. Ich würde sogar ehrlich gesagt noch nicht einmal die Hoffnung aufgeben wollen, dass man sogar noch einen weiteren Schritt gehen könnte, nämlich diesen Ausschuss auch zum Vollausschuss aufzuwerten. Der Arbeitsbereich ist mit Sicherheit da. Die Zusammenarbeit mit der WHO ist vorbildlich und auch daraus entstehen dann auch für die Low und Middle-Income Countries viele, viele gute Impulse und Zusammenarbeit. Ich erinnere mich noch sehr gerne an die Wirtschaftspreisverleihung an Prof. de Oliveira aus Südafrika, der entscheidend bei der Entdeckung beziehungsweise Analyse des Covid-Virus mitgearbeitet hat. Also daran ist anzuknüpfen. Wir sollten uns da jetzt nicht in irgendeine pessimistische Perspektive treiben lassen, sondern hier das Vermächtnis dieser Sitzung heute

positiv mitnehmen in die nächste Legislaturperiode – und in meinem Büro und auf meinem Computer ist jedenfalls bereits ein Antragsschreiben an die Bundestagspräsidentin vorformuliert, das ich da nur noch unterschreiben muss, um die Einrichtung dieses Ausschusses auch fortzusetzen. Also jedenfalls bei dieser demokratischen Partei darf man die Unterstützung für dieses wichtige Thema als vorhanden voraussetzen. Vielen Dank für die Zusammenarbeit, vielen Dank für die vielen wichtigen Impulse und auch Diskussionen und den Informationsaustausch und ich bin zuversichtlich, dass wir diese wirklich gedeihlich herangezogene Pflanze auch dann irgendwann mal richtig zum Blühen bringen werden.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Auch ich möchte ein paar Worte sagen. Zuerst geht mein ausdrücklicher Dank an alle Mitarbeitenden von mir, von allen Abgeordneten, aber natürlich auch vom Sekretariat und an die Ministerien. Vielen Dank für die tolle Begleitung dieses Unterausschusses, auch der Reise. Ich habe mich da immer sehr gut aufgehoben gefühlt und auch die Zusammenarbeit war sehr angenehm. Zum Unterausschuss als solchen habe ich eine sehr gemischte Meinung. Viele der Referenten waren höchst spannend, viele Debatten waren höchst spannend, aber der Impact, den bedauere ich dann teilweise doch sehr. Es gibt ja dieses Sprichwort, „wenn man nicht mehr weiterweiß, gründet man einen Arbeitskreis“, und ich habe das Gefühl, dass die engagierten Abgeordneten einer jeden Fraktion sich hier in diesem Unterausschuss versammelt haben, aber doch beträchtliche Teile der Mitglieder anderer Fraktionen in ihrer Fraktion keine Rücken- deckung hatten für wichtige Ziele der globalen Gesundheit. Wir haben es heute wieder gehört, das Stichwort der Klimakrise ganz relevant, das Stichwort der Entwicklungszusammenarbeit ganz relevant. In vielen Bereichen und Debatten wurde von den Spitzen der Fraktionen nicht das gezeigt, was teilweise hier doch parteiübergreifend geteilt worden ist – das bedauere ich sehr. Keiner weiß, wer im neuen Bundestag sitzt zur aktuellen Zeit, aber ich glaube, wenn es einen neuen Unterausschuss gibt – was ich jetzt nicht grundsätzlich nur positiv, aber auch nicht nur negativ sehen würde –, dann hätte das ganz spannende Möglichkeiten, darüber neu zu diskutieren, wie der aufgesetzt ist und was dann das Selbstverständnis dieses



Unterausschusses ist. Von daher für mich eine sehr gemischte Bilanz, was den Impact unserer Diskussion angeht, aber wie gesagt, ausdrücklicher Dank an alle, mit denen ich hier zusammenarbeiten durfte, an meine Kolleginnen der Fraktionen, aber auch die anderen Fraktionen. Und ich glaube, wir müssen wirklich daran arbeiten, dass solche Gremien, die vielleicht auch nicht immer die sind, wo sich die Persönlichkeiten tummeln, die in den Parteien immer das höchste Maß an Durchsetzungsgrad haben, dass die eben nicht zu einer Selbstbeschäftigungsrunde werden, sondern dass wir auch da was mit erreichen. Und ich sehe es gerade jetzt z.B. im Wahlkampf, wenn man das so möchte, da sind wir eben schon, nicht, dass die Themen rund um die globale Gesundheit eine sehr große Bedeutung hätten oder wenn dann nur im negativen Kontext, und das bedauere ich sehr.

**Abg. Knut Gerschau (FDP):** Globale Gesundheit müssen wir weiter als Zukunftsaufgabe wahrnehmen. Bildung, Gesundheit, Frauenrechte, das waren Schwerpunkte der letzten Jahre. Und bessere Einbindung der Privatwirtschaft auch in die Entwicklungspolitik ist wichtig. Partnerschaft mit dem globalen Süden bleibt für alle Seiten unverzichtbar. Dadurch schaffen wir eine Sensibilisierung für das Thema. Gesundheit ist und bleibt ein globales Thema. Das hat die Corona-Pandemie uns auch allen nachdrücklich gezeigt. Ich komme aus dem Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und dadurch war es immer besonders interessant, dass wir oft eben auch den globalen Süden mit betrachtet haben oder auch voll in den Mittelpunkt gestellt haben. Globale Gesundheit ist die Gesundheit der Menschen im weltweiten Kontext, denn Krankheiten kennen keine Grenzen, und deswegen die Aufgabe dieses Unterausschusses ist und bleibt, sich eingehend mit zahlreichen Aspekten dieses Bereichs zu befassen sowie in Politik als auch in Öffentlichkeit ein Bewusstsein für die Bedeutung des Themas zu schaffen. Dafür steht für mich die Schnittstelle zur Entwicklungspolitik im Vordergrund. In allen Sitzungen haben zu Beginn Vertreter des Auswärtigen Amtes, des Bundesministeriums für Gesundheit und auch des Ministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit über aktuelle Entwicklungen immer wieder berichtet, anschließend haben bis zu drei Sachverständige zu einem Thema vorgetragen, auf das sich die Obleute der Fraktionen geeinigt hatten. Ich war Obmann für

die FDP-Fraktion und stets hatten die Abgeordneten Gelegenheit, eben auch Fragen zu stellen. Dadurch war es möglich, einen detaillierten Einblick in die verschiedenen Sachgebiete zu gewinnen und so gab es auch immer wieder ein Feedback zurück in den Gesundheitsausschuss, zurück in den Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Die Bedeutung des Unterausschusses wird in den folgenden Legislaturperioden nicht geringer, sondern wir sollten es auch weiter aufrechterhalten. Ich selbst wende mich aber gegen die Ernennung eines Vollausschusses. Vielleicht sollte man den Namen Unterausschuss ändern, in Gemeinsamer Ausschuss oder Fachausschuss, wenn die Menschen mit dem Wort „Unter“ Probleme haben und sich dummerweise minderwertig fühlen. Daher mein Appell: auf alle Fälle weiter. Ich danke für die tolle Zusammenarbeit und es waren spannende Themen.

**Der Vorsitzende:** Liebe Sachverständige, liebe Gäste, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer, liebe Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen, heute geht eine intensive und bedeutungsvolle Arbeitsetappe zu Ende. Es war nun die letzte Sitzung dieser Wahlperiode des Unterausschusses für Globale Gesundheit und deshalb ist es mir auch ein besonderes Anliegen, mich von Herzen bei Ihnen allen zu bedanken. Wir haben hier nicht nur sachlich diskutiert, sondern auch mit großer Leidenschaft und überparteilichem Geist zusammengearbeitet. Das war und ist von unschätzbarem Wert – gerade im Wahlkampf, in dem wir alle stecken. Das sollten wir nicht vergessen, denn nach einem Wahlkampf geht es ja darum, auch Verantwortung für dieses Land zu übernehmen. Globale Gesundheit bleibt eines der drängendsten Herausforderungen unserer Zeit. Wir alle wissen, wie entscheidend es ist, dieses Thema auf der politischen Agenda auch zu halten. Wir müssen für eine gesündere Welt – ich zitiere hier immer gerne den Direktor der WHO, Dr. Tedros, „Gesundheit ist ein Menschenrecht“ – ..., und das ist global gemeint, nicht nur lokal und national. Und wir sollen uns nicht schlechter reden, wie wir sind hier in Deutschland. Es gibt eine Hochachtung unserem Parlament gegenüber, wo wir einen Unterausschuss Globale Gesundheit gebildet haben. Wir haben es in Publikationen geschafft, in namhafte Publikationen in der Medizin. Letztes Jahr, wo wir ausdrücklich gelobt worden sind als





Unterausschuss Globale Gesundheit. Und ich habe auch ein Schreiben aufgesetzt, auch von Dr. Kippels mitunterzeichnet, an die amtierende Bundestagspräsidentin, mit der Bitte, Sorge zu tragen, in ihrer Kraft, in ihren Möglichkeiten, einen Unterausschuss Globale Gesundheit auch fortzusetzen.

Georg, wir sind ja auch einer Meinung, auch ein Ausschuss wäre dienlich, dann hätten wir noch eine stärkere Kraft, um auch mehr PS auf die Straße zu bringen. Aber das ist natürlich eine andere Herausforderung. Deswegen werbe ich auch für die zukünftigen Abgeordneten des Bundestages hier, auch in der nächsten Legislaturperiode, sich dafür einzusetzen. Mein herzliches Dankeschön geht auch an meine Vorgängerin Heike Baehrens von der SPD-Fraktion, die die erste Vorsitzende des Unterausschusses war. Wir waren zusammen mit Kordula Schulz-Asche, Georg Kippels war dabei, ich war dabei, und mit Heike Baehrens Mitgründer des Unterausschusses als Parlamentarierinnen und Parlamentarier. Mein herzliches Dankeschön geht an Euch alle, auch wenn Heike heute nicht anwesend ist. Mein herzliches Dankeschön gilt auch der vertrauensvollen, produktiven und konstruktiven Zusammenarbeit. Ein großes Dankeschön auch an Frau Liebich und Herrn Hobrecht hier aus dem Unterausschussesekretariat. Vielen Dank für die hervorragende und große Unterstützung.

Hiermit endet der öffentliche Teil unserer Sitzung und ich bedanke mich bei allen, die zugehört haben in dieser Legislaturperiode und wünsche viel Erfolg für die kommende Legislaturperiode. Die Sitzung ist geschlossen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Herr Vorsitzender, wenn Sie mir erlauben, man kann sich selbst schlecht Lob zollen. Ich möchte aber die Gelegenheit nutzen, auch dem Ausschussvorsitzenden neben dem Sekretariat ausdrücklich Dank zu sagen. Er hat allen Wirren und Herausforderungen der Tagesordnung und der Stoppuhr getrotzt. Tapfer bis zur letzten Minute.

Schluss der Sitzung: 14:57 Uhr

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB  
**Vorsitzender**