

20. Wahlperiode



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Kurzprotokoll der 10. Sitzung

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 27. Februar 2023, 17:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 600) und
Zoom-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Zoom-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 Seite 4

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen der Globalen Gesundheit
Ausschussdrucksache S-20(14-1)23

Tagesordnungspunkt 2 Seite 7

Genderbasierte Gewalt und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) in konfliktbetroffenen und fragilen Kontexten

Ausschussdrucksache S-20(14-1)24



Tagesordnungspunkt 3

Seite 11

Geschlechtergerechte Ansätze zur Erreichung von SDG 3

Ausschussdrucksache S-20(14-1)25



Ausschuss für Gesundheit
Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 17:02 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP) erklärt, für Tagesordnungspunkt 1 seien 30 Minuten eingeplant. TOP 2 beginne dann gegen 17.30 Uhr und TOP 3 gegen 18.15 Uhr. Er stellt die Tagesordnung fest. Er fragt, wer zustimmt, dass zu Tagesordnungspunkt 3 öffentlich getagt wird.

Der Unterausschuss beschließt einstimmig, zu Tagesordnungspunkt 3 öffentlich zu tagen.

Tagesordnungspunkt 1

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen der Globalen Gesundheit

Ausschussdrucksache S-20(14-1)23

Der **Vorsitzende** merkt an, er freue sich mitteilen zu können, dass nun auch das portugiesische Parlament einen Unterausschuss Globale Gesundheit nach deutschem Vorbild eingerichtet habe. Es gebe ein großes Potenzial der Zusammenarbeit und man solle daher einen guten Austausch mit den portugiesischen Kolleginnen und Kollegen anstreben. Anlässlich des verheerenden Erdbebens in der Türkei und in Syrien vor drei Wochen habe man zunächst einen Bericht der Beauftragten für Menschenrechte, internationale Entwicklung und Soziales des Auswärtigen Amtes, Helga Barth, zur gesundheitlichen Lage vor Ort vorgesehen.

Helga Barth (Auswärtiges Amt (AA)) erklärt, die Bundesregierung blicke weiterhin mit großer Sorge und Betroffenheit in das Erdbebengebiet in der Türkei und in Syrien. Ein Großteil der Gesundheitseinrichtungen dort sei zerstört worden oder extrem überlastet. Die Gesundheitssysteme in beiden Ländern seien grundverschieden und so seien auch die Möglichkeiten der Bundesregierung, Unterstützung zu leisten. BM Baerbock und BM Faeser seien in der vergangenen Woche vor Ort gewesen, um sich selbst ein Bild zu machen. Aus bekannten politi-

schen Gründen seien die Unterstützungsmöglichkeiten in der Türkei und in Syrien sehr unterschiedlich. So sei man mit Such- und Bergungsteams in der Türkei. Außerdem gebe es Hilfslieferung der Ressorts und der Bundesländer, die mit Hilfe der Bundeswehr in das Erdbebengebiet geflogen worden seien, sowie umfassende zusätzliche humanitäre Hilfe mit der Lieferung medizinischer Hilfsgüter. Es sei wichtig, dass den Betroffenen vor Ort unsere Solidarität und Unterstützung durch konkrete Hilfe gezeigt werde. Man arbeite sehr eng mit den anderen Ressorts zusammen, um die Unterstützungsleistungen zu koordinieren. Das Auswärtige Amt stelle insgesamt über 100 Millionen Euro im Bereich humanitäre Hilfe und Katastrophenhilfe zur Verfügung und das Technische Hilfswerk (THW) habe 105 Tonnen Hilfsgüter geliefert, vor allem Zelte, Decken und Schlafsäcke, denn fast nichts davon könne vor Ort beschafft werden. Außerdem seien medizinische Notfallteams im Einsatz. Die Bedarfe verlagerten sich in Richtung Aufrechterhaltung notwendiger Versorgungsinfrastrukturen wie Wasser, Energie, Notunterkünfte und medizinische Versorgung, da nichts davon im Augenblick sehr gut funktioniere. Man habe den UN-Agenturen und dem Deutschen Roten Kreuz 33 Millionen Euro für humanitäre Hilfe in der Türkei zugesagt.

Die Situation in Syrien stelle sich ganz anders dar. Dort sei relativ kurzfristig die humanitäre Hilfe für den UN-Hilfsfonds aufgestockt worden, weil die Vereinten Nationen Zugang hätten. Kurz darauf habe es weitere Aufstockungen für in Syrien tätige Nichtregierungsorganisationen, das Deutsche Rote Kreuz und die UN-Agenturen auf insgesamt 65 Millionen Euro gegeben. Über das Welternährungsprogramm würden außerdem für Nordwest-Syrien durch das THW etwa 73 Tonnen Hilfsgüter zur Verfügung gestellt. Die Rahmenbedingungen seien in Nordwest-Syrien ungleich schwieriger, auch wenn zwei weitere Grenzübergänge vom syrischen Präsidenten am 13. Februar geöffnet worden seien. Es gebe aber keinerlei Garantie, dass diese auch offenblieben. Die Bundesregierung setze sich für die Öffnung weiterer Grenzübergänge ein und hoffe sehr darauf, dass jetzt keine Kampfhandlungen aufflammen. Der Fokus solle ausschließlich auf die Bewältigung der humanitären Großkrise gerichtet sein. Man erwarte also auch in den kommenden Wochen und Monaten einen großen Hilfsbedarf



und stimme sich im Ressortkreis ab, um bei der Geberkonferenz für die Erdbebenopfer in der Türkei und Syrien, auf Einladung der EU, am 16. März einen substanzuellen Beitrag einbringen zu können.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) fragt, wie gut die Hilfe tatsächlich bei den Menschen ankomme und ob es angesichts von Berichten über die Unterschlagung von Hilfsgütern Möglichkeiten gebe, in Syrien die Assad-Regierung zu umgehen. Weiter fragt sie, ob und wie weitere Unterstützung aus dem parlamentarischen Raum geleistet werden könne.

Helga Barth (Auswärtiges Amt (AA)) antwortet, angesichts des Ausmaßes der Krise sei die Frage, ob es gelinge, die Hilfe über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten, weil es erkennbar nicht nur um Nothilfe im ersten Augenblick einer Katastrophe gehe, sondern um den Wiederaufbau der Infrastruktur. Dabei sei derzeit unklar, wer diese Arbeiten mittel- und langfristig leisten könne. Wichtig sei also eine kontinuierliche Unterstützung, auch in finanzieller Hinsicht. Es gehe darum, die Aufmerksamkeit für die Notwendigkeiten vor Ort aufrecht zu erhalten.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU) fragt, ob man eine ungefähre Vorstellung davon habe, wie viele Menschen vor Ort hilfsbedürftig seien und ob einzelne Nichtregierungsorganisationen ebenfalls Unterstützung leisteten.

Helga Barth (Auswärtiges Amt (AA)) führt aus, in Syrien gebe es schätzungsweise 8 Millionen betroffene Menschen und über 10 000 Verletzte. Weit über 6 000 Menschen seien verstorben und mindestens 10 000 Gebäude eingestürzt oder beschädigt. Rund 50 000 Haushalte seien obdachlos. Betroffen seien vor allem das Ballungszentrum Idlib und die Region Aleppo. Die genaueren Zahlen würden sich erst in den kommenden Wochen und Monaten konkretisieren.

Dagmar Reitenbach (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) merkt an, weil viele Gesundheitseinrichtungen betroffen seien, habe sich WHO-Generaldirektor Dr. Tedros ein Bild vor Ort gemacht

und nun werde auch im Rahmen des WHO-Notfallfonds unmittelbare Hilfe geleistet. Es sei ein großer Vorteil dieses Finanzierungsinstruments, dass innerhalb von 24 Stunden sehr schnelle Hilfe für die Leute vor Ort geleistet werden könne. Das Gesundheitsministerium habe zur Unterstützung der medizinischen Versorgung Patientenmonitore, Beatmungsgeräte und Pulsoximeter im Wert von 2,6 Millionen Euro bereitgestellt. Um die medizinische Versorgung darüber hinaus zu verbessern, habe BM Lauterbach am 20. Februar 2023 Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitswirtschaft von internationalen Hilfsorganisationen und der türkischen Botschaft zu einem Spendengipfel eingeladen. Dort sei vereinbart worden, dass die Spenden mit dem Bedarf vor Ort abgeglichen und dann die Detailfragen mit den Zielländern vor Ort geklärt werden. Die Hilfsgüter sollen dann entweder über die türkische Regierung oder von den Unternehmen selbst in die Krisenregion gebracht werden.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP) zeigt sich erschrocken, dass der syrische Präsident Assad erst sieben Tage nach dem Erdbeben erklärt habe, dass zusätzlich drei Grenzübergänge für drei Monate geöffnet würden. Er fragt, wie groß die Spendenbereitschaft in der deutschen Bevölkerung sei.

Helga Barth (Auswärtiges Amt (AA)) antwortet, sie habe dazu keine genauen Zahlen, so dass diese nachgereicht werden müssten.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) fragt, ob sich der Exekutivrat der WHO bereits mit dem Erdbeben befasst habe und inwiefern die Bundesregierung für zerstörte Gesundheitseinrichtungen in der Ukraine Hilfe leiste.

Dagmar Reitenbach (BMG) berichtet, der WHO-Exekutivrat habe sich unmittelbar nach dem Erdbeben zur Situation vor Ort und zu den Hilfsmöglichkeiten briefen lassen. Er habe auch über einen Bericht zu den Angriffen auf Gesundheitseinrichtungen in der Ukraine diskutiert, der das Wort „Invasion“ enthalten habe. Russland habe dies als unsachlich zurückgewiesen, woraufhin Mike Ryan von der WHO geantwortet habe, das Dokumentieren von Angriffen auf Gesundheitseinrichtungen



sei keine Politisierung, sondern der Schutz von Gesundheitseinrichtungen und Personal zähle zum Kernmandat der WHO. Es gebe zur besseren Dokumentation der Zerstörungen von Gesundheitseinrichtungen eine Datenbank, die auch mit deutschen Mitteln aufgebaut worden sei. Das BMG unterstütze die Ukraine gezielt. Dies geschehe zum einen bilateral, indem Verwundete nach Deutschland gebracht würden. Darüber hinaus sei der Beitrag zur WHO gezielt aufgestockt worden.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)) ergänzt, man leiste durch Partnerschaften mit Kliniken im Grenzgebiet Unterstützung und sei auch in der Ukraine direkt tätig.

Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.) möchte wissen, welche Konsequenzen die Bundesregierung aus den auch nach dem Erdbeben fortgesetzten Bombardements Nordsyriens durch die Türkei ziehe und wie sie sich für den Schutz der Hilfslieferungen vor den Angriffen des türkischen Militärs einsetze.

Helga Barth (Auswärtiges Amt (AA)) erklärt, ihr seien keine Behinderungen von Hilfslieferungen durch das türkische Militär bekannt.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) fragt, wie auf eine langfristige Stabilisierung der Situation vor Ort hingewirkt werden könne, so dass Hilfeleistungen dauerhaft möglich seien.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP) bezieht sich auf den Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit, wonach die Bundesregierung beim Pandemievertrag vorangehen solle. Er möchte wissen, was dies konkret bedeute. Weiter interessiert ihn, um wie viel die Pflichtbeiträge zur WHO erhöht würden. Weiter erkundigt er sich, ob die Berücksichtigung Taiwans in der Arbeit der WHO Folgen habe, so dass zum Beispiel andere Länder dagegen protestierten und sich unter Umständen nicht mehr beteiligten.

Helga Barth (Auswärtiges Amt (AA)) erklärt, zu

den Prinzipien der humanitären Hilfe gehöre die unterschiedslose Unterstützung aller Hilfsbedürftigen. Dem widerspreche auch nicht die türkische Regierung.

Dagmar Reitenbach (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, die Anhebung der Pflichtbeiträge zur WHO sei im vergangenen Jahr beschlossen worden. Die Weltgesundheitsversammlung habe auf der kommenden Sitzung im Mai erstmals über das Budget zu entscheiden. Der Beitrag Deutschlands liege aktuell bei 26 Millionen Euro und mit der vorgesehenen Anhebung wären das zusätzliche 5 Millionen Euro für Deutschland. Die Anhebung der Pflichtbeiträge sei aber in der jetzigen Phase kein Selbstläufer. Man werde bei den Partnern massiv dafür werben.

Der Bundesregierung liege eine Beteiligung von Taiwan an der WHO sehr am Herzen. Deswegen habe man sich im Vorfeld für eine angemessene Beteiligung Taipehs eingesetzt, zum Beispiel mit einem Zugangsrecht. Aus Sicht der Bundesregierung dürfe es keine weißen Flecken in der Globalen Gesundheit geben.

Helga Barth (Auswärtiges Amt (AA)) bestätigt, die Bundesregierung setze sich stark für eine Beteiligung Taiwans an der WHO ein. Es gebe darum, nicht hinter einer Praxis früherer Jahre zurückzufallen. Der Eindruck sei, dass ein anderer Staat, der daran Anstoß nehmen könne, dies zumindest im Augenblick nicht tue.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)) berichtet, man beobachte die Auffüllung des Pandemiefonds mit großer Sorge. Bei der nächsten Auffüllungskonferenz Anfang April werde es zu einer neuen Aufteilung der Stimmrechte kommen. Diese sei von den eingezahlten Mitteln einzelner Geberländer abhängig. Die Bundesregierung sei derzeit nicht in der Lage, eine rechtsverbindliche Zusage zur Einzahlung zu machen. Das liege daran, dass die Mittel noch nicht vom Bundesministerium der Finanzen (BMF) freigegeben seien. Man habe im Einzelplan 60 150 Millionen Euro eingestellt. Dieser Einzelplan werde aber derzeit noch nicht freigegeben, da es sich um Kriseninterventionsmittel handele. Es sei eine



Frage der Zeit, ob die Bundesregierung in der Lage sein werde, die Auffüllung im April wahrzunehmen. Eine Gefährdung würde sich massiv auf die Stimmrechte auswirken.

Tagesordnungspunkt 2

Genderbasierte Gewalt und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) in konfliktbetroffenen und fragilen Kontexten

Ausschussdrucksache S-20(14-1)24

Dr. Pascale Allotey (World Health Organization (WHO)) führt aus, die WHO habe sich verpflichtet, mehr und besser mit Parlamentariern zusammen zu arbeiten. Mit der Kraft einer Partnerschaft könnten wissenschaftliche Erkenntnisse in Politik umgesetzt werden, die auf gemeinsamen Zielen zur Verbesserung der Gesundheit für alle beruhten. Eine der wichtigsten Initiativen der WHO sei die Ausarbeitung der ersten WHO-Strategie für parlamentarisches Engagement. Generaldirektor Dr. Tedros habe in Berlin im vergangenen Oktober die Schaffung eines globalen Netzwerks der Vorsitzenden von Gesundheitsausschüssen angeregt, in das man gerne den Unterausschuss Globale Gesundheit des Bundestags einbinden würde. Generaldirektor Dr. Tedros habe schon oft gesagt, dass Gesundheit eine politische Entscheidung sei. Da der Internationale Frauentag bevorstehe, sei es angebracht, über die Fortschritte, Herausforderungen und kollektiven Verpflichtungen zur Gewährleistung der Gesundheit und der Menschenrechte von Frauen nachzudenken und sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte zu einer Priorität zu machen, auch in humanitären Situationen. Globale demografische Prognosen gingen davon aus, dass es bis 2025 etwa zwei Milliarden Frauen im reproduktiven Alter geben werde. Es handele sich um Frauen, die die Autonomie über ihren eigenen Körper haben sollten, mit gleichen Rechten vor dem Gesetz, in der Politik und in der Praxis und mit Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, die sie respektiere und auf sie eingehe, unabhängig davon, wer sie seien, was sie täten oder woher sie kämen. Dennoch sei eine von drei Frauen, also etwa 736 Millionen, im Laufe ihres Lebens körperlicher oder sexueller Gewalt durch einen Intimpartner oder sexueller Gewalt

durch eine Person, mit der keine Partnerschaft bestehe, ausgesetzt – eine Zahl, die sich in den vergangenen zehn Jahren kaum verändert habe. Man dürfe sich keine Illusionen machen. Geschlechtspezifische Gewalt in all ihren Formen, einschließlich sexueller Gewalt und Gewalt in der Partnerschaft, sei oft eine Frage von Leben und Tod. Sie bedrohe die Sicherheit und untergrabe den sozialen Zusammenhalt. Rechtzeitige Gesundheitsleistungen seien lebensrettend. Einige der höchsten Müttersterblichkeitsraten seien in humanitären Situationen zu verzeichnen und der Zugang zu Verhüttungsmitteln sei häufig unterbrochen oder eingeschränkt. Die Gewährleistung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der damit verbundenen Rechte sei unter allen Umständen dringend. Die besonderen Bedingungen, mit denen Frauen und andere Menschen in humanitären Krisen konfrontiert seien, machten den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und lebensrettenden Maßnahmen, einschließlich der geburtshilflichen Notversorgung und der Versorgung nach einer Gewalttötung, noch wichtiger. Es sei an der Zeit, proaktiv zu planen. Bei den meisten Notsituationen, auf die die WHO heute reagiere, handele es sich um langwierige Konflikte oder zyklische Krisen, zum Beispiel solche, die durch den Klimawandel ausgelöst würden. Das bedeute, dass man den Bedarf prognostizieren könne und man nachhaltigere Pläne für sexuelle und reproduktive Gesundheitsleistungen aufstellen solle und müsse, um die Menschenrechte zu schützen und eine langfristige nachhaltige Finanzierung und Entwicklung zu gewährleisten.

Dr. Claudia Garcia-Moreno (World Health Organization, (WHO)) berichtet, aus dem jüngsten eigenen Bericht der WHO gehe hervor, dass sich 69 Länder derzeit entweder in einem Konflikt befänden oder eine andere humanitäre Krise erlebten, die humanitäre Hilfe erfordere. Man wisse, dass etwa 230 Millionen Menschen in humanitären Kontexten Gesundheitsleistungen benötigten und es werde geschätzt, dass weltweit etwa 26 Millionen Frauen und Mädchen im gebärfähigen Alter humanitäre Hilfe benötigten, die vor Gewalt, Verfolgung oder Naturkatastrophen fliehen bzw. in Flüchtlingslagern oder als Vertriebene lebten. Vor diesem Hintergrund der anhaltenden Ungleichheit zwischen den Geschlechtern sowie häuslicher Gewalt und der Gewalt durch Partner komme es zu



humanitären Krisen und Konflikten, die einige der bereits bestehenden Risiken noch verschärften. Man wisse also, dass die Probleme im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit durch die Müttersterblichkeit, des mangelnden Zugangs zu Verhütungsmitteln und des erhöhten Risikos geschlechtsspezifischer Gewalt noch verschärft werden. Gleichzeitig werde auch der Zugang zu Leistungen unterbrochen. Die Zerstörung von Gesundheitseinrichtungen, die Unterbrechung von Leistungen, der Mangel an geschultem Personal und die anhaltende Unsicherheit erschweren den Zugang zu Leistungen. Die WHO bemühe sich daher, die Länder und die humanitäre Hilfe zu unterstützen, um sowohl den mangelnden Leistungen als auch den erhöhten Risiken, die unter diesen Umständen bestünden, entgegenzuwirken. Überlebende suchten möglicherweise auch aus Scham und Stigmatisierung, aus Angst vor Vergeltung und wegen mangelnder Verfügbarkeit oder mangelnden Vertrauens in die Leistungen keine Versorgungs- oder Betreuungsmöglichkeit auf. Es gebe also eine Kombination aus mangelnder Verfügbarkeit und gleichzeitigen Beschränkungen bei der Bereitstellung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Zum Mandat der WHO für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt sei zu sagen, dass die Mitgliedstaaten auf der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2016 einen globalen Aktionsplan zur Bekämpfung von zwischenmenschlicher Gewalt, insbesondere von Gewalt gegen Frauen und Mädchen sowie gegen Kinder, angenommen hätten. Dieser Aktionsplan habe vier strategische Richtungen: Erstens, die Stärkung der Führung in der Governance des Gesundheitssystems, die Bereitstellung von Leistungen, die Integration dieser Themen und eine systematischere Reaktion. Zweitens solle der Zugang zu den auf Überlebende zentrierten, qualitativ hochwertige Betreuungs- und Unterstützungsleistungen sichergestellt werden, einschließlich sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie psychologischer Betreuung. Dazu gehöre auch, dass die Leistungserbringer im Gesundheitswesen über das notwendige Wissen und Fähigkeiten verfügen. Drittens, die evidenzbasierte Prävention, die in fragilen und humanitären Konfliktsituationen viel schwieriger sei, aber dennoch nicht außer Acht gelassen werden dürfe und letztendlich die Stärkung der Evidenz durch Forschung, Datenerhebung, Überwachung und Bewertung. Der Plan

enthalte sehr konkrete Maßnahmen für die Mitgliedstaaten, für andere globale Partner und auch für lokale Partner in humanitären Situationen. Die Aufgabe der WHO sei, die technischen Instrumente, Leitlinien und die technische Hilfe und Unterstützung bereitzustellen, um sicherzustellen, dass in allen Kontexten, einschließlich humanitärer Krisen, Hilfe geleistet werden könne. Ein Bestandteil sei die Sicherstellung der Verfügbarkeit und des Zugangs zu grundlegenden Gesundheitsleistungen für Frauen, einschließlich einer umfassenden sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Auch wenn man in der akuten Situation oft mit dem Mindestangebot an Leistungen beginne, bestehe das Ziel immer darin, so schnell wie möglich zu umfassenden Leistungen überzugehen, einschließlich Leistungen für Überlebende von sexueller Gewalt und anderen Formen von Gewalt. Dazu gehörten die Öffnung humanitärer Korridore, um sicherzustellen, dass lebenswichtige Güter und Waren verfügbar seien, zum Beispiel Notfallverhütungsmittel oder Postexpositionsprophylaxe, Verhütungsmittel im Allgemeinen, die Stärkung des Gesundheitspersonals und der Systeme, damit sie über die richtige Infrastruktur und die richtigen Protokolle verfügten und der Aufbau von Kapazitäten insgesamt, nicht nur in Form von Schulungen, sondern auch in Form eines nachhaltigeren Kapazitätsaufbaus, der auch Unterstützung, Mentoring und Supervision umfasste. Die Verfügbarkeit stehe also an erster Stelle. An zweiter Stelle folge der Zugang. Die Leistungen seien mitunter zwar verfügbar, aber aus verschiedenen Gründen nicht unbedingt zugänglich, zum Beispiel aufgrund von Unsicherheiten oder anderen besonderen Schwierigkeiten. Das Ziel der WHO sei es daher, diese Leistungen zu etablieren und so schnell wie möglich zugänglich zu machen. Drittens gehöre zur Sicherung der Qualität eine auf die Überlebenden zentrierte Betreuung, die vertraulich und mitfühlend sei und auf die spezifischen Bedürfnisse eingehe. Aus der Forschung wisse man, dass eine mitfühlende, einfühlsame Reaktion für Überlebende von Gewalt wichtig für den Weg zur Heilung sei und den Überlebenden oder Opfern ermögliche, andere Arten von Betreuung und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aus den Erfahrungen in der humanitären Hilfe wisse man zudem, dass diese Leistungen so schnell wie möglich in Anspruch genommen werden und ein fester Bestandteil der humanitären Hilfe sein müssten. Man stelle immer noch fest, dass diese Themen nicht immer



automatisch in die Gesundheitsmaßnahmen einbezogen würden, aber die Gesundheitscluster umfassten zunehmend eine Arbeitsgruppe für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Gemeinsam mit UNFPA (United Nations Population Fund) und anderen Partnern versuchte man, die Aufmerksamkeit dafür zu erhöhen.

Ein wichtiger Punkt sei, dass Gesundheitsdienste und -dienstleister in bestimmten Situationen oft die einzige oder die erste Anlaufstelle für Überlebende von Gewalt seien, zum Beispiel in Afghanistan vor der aktuellen Krise, in Pakistan oder an anderen Orten, an denen die Mobilität von Frauen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und beim Aufsuchen von Gesundheitsdiensten eingeschränkt sei; möglicherweise sei das Aufsuchen solcher Anlaufstellen eine der wenigen Gelegenheiten, die sie hätten, um das Haus zu verlassen. . Die reproduktive Gesundheit sei ein untrennbarer Teil der Gesundheit eines jeden Menschen. Die WHO, die UN-Partner und andere hätten sehr klare Mindeststandards, auf die man sich weltweit geeinigt habe und die im internationalen Menschenrechtsschutz und humanitären Recht verankert seien. Man habe also den Auftrag und die Verantwortung, die sexuellen und reproduktiven Rechte zu einer Priorität der humanitären Hilfe zu machen. Auf diese Weise könne sichergestellt werden, dass die eigenen Maßnahmen bestehende Ungleichheiten nicht noch verschärften. Die Rechte von Frauen und Mädchen würden durch die Art gefördert, in der man die Leistungen erbringe, in der man mit den Gemeinschaften zusammenarbeitet und anerkenne, dass es internationale Leitlinien gebe, die eingehalten werden müssten und sicherstellen, dass diese Standards nicht nur von der WHO, sondern auch von den Durchführungspartnern, in humanitären Situationen, häufig NGOs (Non Governmental Organizations), eingehalten würden. Eine der Herausforderungen sei die Finanzierung, da das Gesamtpaket oftmals nicht vollständig finanziert sei. Es müsse eine konsistenter Finanzierung sichergestellt werden. Es müsse auch sichergestellt werden, dass diese Fragen bereits bei der Planung und Vorbereitung berücksichtigt würden und nicht erst, wenn die Krise eintrete.

Zur Förderung von Frauen als Hauptakteurinnen bei der Friedensförderung, bei der Konfliktlösung und bei Friedensverhandlungen sagt sie, die Leistungserbringer im Gesundheitswesen seien häufig Frauen, und zwar weltweit zu 70 Prozent. Daher

könne man bei der Erbringung von Dienstleistungen in humanitären Situationen systematischer mit ihnen zusammenarbeiten. Oft seien es vor allem Frauen und Kinder, insbesondere wenn es um Flüchtlinge oder Vertriebene gehe und man müsse daran denken, sie mit einzubeziehen.

Mathilde Boddaert (World Health Organization (WHO)) erläutert zur Global Health for Peace Initiative, es handele sich um eine WHO-Initiative, die darauf abziele, die Rolle der WHO und des Gesundheitssektors bei der Förderung des Friedens durch Gesundheitsprogramme und hauptsächlich durch die Stärkung von Gemeinschaften in fragilen, konfliktbetroffenen und gefährdeten Situationen zu stärken. Das Programm Health for Peace könnte die Arbeit im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit grundsätzlich und vor allem mit dem Ansatz der konfliktsensitiven Programmplanung unterstützen, der darin bestehe, die Konflikt- und Friedensdynamik zu berücksichtigen. In dieser Hinsicht könne es in Bezug auf SRHR (Sexual and Reproductive Health and Rights) dazu beitragen, den Zugang der Opfer zu Leistungen oder einfach den Zugang von Frauen zu Gesundheitsleistungen im Allgemeinen zu verbessern und sie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu unterstützen, da sie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in diesen komplexen Umgebungen vor vielen Herausforderungen stünden. Zweitens solle das Programm Health for Peace zu Friedensergebnissen beitragen. Wenn es um geschlechtsspezifische Gewalt und sexuelle Gewalt gegen Frauen oder Gewalt in Paarbeziehungen gehe, sei die Wahrscheinlichkeit, Opfer solcher Gewalt zu werden, natürlich umso geringer, je friedlicher und weniger gewalttätig das Umfeld sei.

Abg. **Dr. Karamba Diaby** (SPD) fragt, wie insbesondere in ländlichen Krisenregionen die Gesundheitsversorgung von Frauen sichergestellt werden könne und ob in diesem Zusammenhang eine Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen möglich sei. Weiter möchte er wissen, ob man in diesem Sinne in der Demokratischen Republik Kongo (DRK) aktiv sei.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP) fragt, was die Mehrländerstudie der WHO über die Gesundheit von Frauen und häusliche Gewalt gegen Frauen beinhaltet.



halte und welche Schlussfolgerungen gezogen worden seien. Weiter erkundigt er sich, ob es auch nach der Machtübernahme der Taliban in Afghanistan noch Schutzeinrichtungen für Frauen und Mädchen gebe.

Abg. Ulle Schauws (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) fragt, welche Projekte als Best Practice zur Stärkung der reproduktiven Gesundheit genannt werden könnten und welche Rolle die Zivilgesellschaft bei der Wahrnehmung dieser Rechte spielt. Weiter fragt sie, was bei akuten Gewaltausbrüchen von Seiten der Bundesregierung unternommen werden könnte, um gegen genderbasierte Gewalt vorzugehen.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU) fragt, wie sich entsprechende Projekte des BMZ entwickelten und ob eventuell nachgesteuert werden müsse. Weiter interessiert ihn, ob die Unterstützung mit medizinischen Hilfs- und Heilmitteln in diesem Bereich ausreiche oder ob eine Ausweitung nötig sei.

Abg. Cornelia Möhring (DIE LINKE.) erkundigt sich, wie der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Notfallverhütung bei sexualisierter Gewalt in Konfliktsituationen sichergestellt werden könnte.

Dr. Claudia Garcia-Moreno (World Health Organization (WHO)) führt aus, in der Demokratischen Republik Kongo habe man aktuell ein kleines Programm zur Bekämpfung geschlechtsspezifischer Gewalt in Notsituationen. Mit diesem Programm sei man darüber hinaus in insgesamt 22 Ländern aktiv. Die WHO sei im Osten der DRK sehr stark vertreten und man arbeite dort mit dem Gesundheitscluster und den Gesundheitspartnern zusammen und stelle sicher, dass die Anbieter geschult seien und wüssten, wie sie reagieren müssten. Ein Großteil der Leistungen werde von lokalen Organisationen und manchmal mit Unterstützung internationaler NGOs erbracht. Bildung für Mädchen und die Gewährleistung wirtschaftlicher Stabilität seien langfristig sehr wichtig für die Verringerung dieser Formen von Gewalt. Man müsse andere Wege finden, um betroffene Frauen und Mädchen mit der notwendigen Gesundheitsversorgung zu erreichen. Im Nordosten Nigerias gebe es zum Beispiel mobile Teams, die in die Gebiete gingen und dort zeitnahe Leistungen erbrachten. Man habe dafür gesorgt,

dass dies auch die Betreuung nach einer Vergewaltigung und andere psychologische Erste Hilfe umfasst. Man habe auch ein Programm, mit dem die primären Gesundheitszentren gestärkt würden. Da es sich um ein Camp handele, sei es etwas strukturierter, aber man arbeite mit dem primären Gesundheitssystem zusammen und stelle sicher, dass die Kliniken über die nötige Ausrüstung und geschulte Mitarbeiter verfügen, um die meisten Dienste anbieten zu können.

Die Mehrländerstudie liege fast 20 Jahre zurück. Danach habe man die ersten Schätzungen für die weltweite Prävalenz vorgenommen und die Gesundheitsbelastung untersucht. Man wisse, dass Frauen, die sexuelle Gewalt oder Gewalt in der Partnerschaft erlebten, eher psychische Probleme hätten, einschließlich Depressionen, Angstzustände und Störungen durch Drogenmissbrauch. Man habe einen starken Zusammenhang mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, Verletzungen und auch mit der reproduktiven Gesundheit festgestellt, zum Beispiel Babys mit niedrigem Geburtsgewicht, Frühgeborenen etc. Es gebe inzwischen eindeutige Beweise dafür, dass diese Formen der Gewalt die Gesundheit von Frauen und Kindern beeinträchtigen. Dies sei einer der Gründe, warum der Gesundheitsdienst eine wichtige erste Anlaufstelle sei.

Sie wisse nicht, ob die Schutzräume in Afghanistan noch in Betrieb seien. Es gebe dort WHO-Mitarbeiter, die an einem entsprechenden Programm arbeiteten und unter sehr schwierigen Umständen ihr Bestes täten, um das Gesundheitsministerium weiterhin zu unterstützen, wo dies möglich sei. Die Situation sei aber nicht einfach. Was die Beispiele für bewährte Praktiken angehe, so könne sie einige der Erfahrungen aus den 22 Ländern, in denen man tätig sei, erwähnen. Vor kurzem habe es ein Treffen mit den Beratern aus den verschiedenen Regionalbüros gegeben und man habe darüber diskutiert, wie diese Erfahrungen besser dokumentiert und verbreitet werden könnten.

In akuten Situationen sei es eine größere Herausforderung, Opfern von genderbasiertem Gewalt zu helfen. In der Ukraine habe man beispielsweise dafür gesorgt, dass die medizinischen Notfallteams, die in der Ukraine einträfen, auch über die Maßnahmen in den Bereichen reproduktive sexuelle Gesundheit und geschlechtsspezifische Gewalt Bescheid wüssten. Man habe auch in den Nachbarlä-



dern daran gearbeitet, den Zugang zu Dienstleistungen zu verbessern, wobei es einige Herausforderungen gegeben habe. Man sei in der Regel in den Möglichkeiten eingeschränkt und müsse in Bezug auf die Gewährleistung aller Dienstleistungen, einschließlich des Zugangs zu sicheren Abtreibungen, die nicht immer verfügbar seien, innerhalb des bestehenden rechtlichen Rahmens des jeweiligen Landes arbeiten.

Man habe Leitlinien für die klinische Versorgung und für die Entwicklung von Protokollen für sexuelle Gewalt, Gewalt in der Partnerschaft und häusliche Gewalt. Dies sei ein gemeinsames Dokument mit UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) und UNFPA unter der Leitung der WHO. Dieses Dokument liege in mehreren Sprachen vor, seit Kurzem auch in Ukrainisch und Polnisch. Es gebe zudem ein E-Learning-Programm, das die Teilnehmer selbstständig absolvieren könnten.

Tagesordnungspunkt 3 - öffentlich -

Geschlechtergerechte Ansätze zur Erreichung von SDG 3

Ausschussdrucksache S-20(14-1)25

Dr. Julietta Onabanjo (United Nations Population Fund (UNFPA)): Sehr geehrte Mitglieder des Parlaments, der UNFPA hat den Auftrag, sich mit Bevölkerungsfragen zu befassen und das Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung von 1994 voranzubringen. Unsere Aufgabe ist, eine Welt zu schaffen, in der jede Schwangerschaft gewollt ist, jede Geburt sicher ist und das Potenzial eines jeden jungen Menschen ausgeschöpft wird. Wir bezeichnen uns daher als die Agentur der Vereinten Nationen für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Im Rahmen unseres Engagements für die globalen Ziele für nachhaltige Entwicklung arbeiten wir in 150 Ländern weltweit aktiv daran, vermeidbare Todesfälle bei Müttern, den ungedeckten Bedarf an Familienplanung und geschlechtsspezifische Gewalt, einschließlich schädlicher Praktiken wie Kinderheirat und Genitalverstümmelung bei Frauen, zu beenden. Daher war ich sehr an dem vorausgehenden Tagesordnungspunkt mit der WHO zum Thema geschlechtsspezifische Gewalt im humanitären Kontext interessiert. Das ist unsere Arbeit; der UNFPA ist für geschlechtsspezifische Gewalt und den

Schutzcluster zuständig. Diese Themen sind für alle 17 SDGs (Sustainable Development Goals) von großer Bedeutung. Wir vom UNFPA sind der Auffassung, dass die SDGs, insbesondere SDG 3 zur Gewährleistung eines gesunden Lebens und zur Förderung des Wohlbefindens, nur dann vollständig und nachhaltig erreicht werden können, wenn sowohl die Gleichstellung der Geschlechter und die Stärkung der Rolle der Frau als auch der allgemeine Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit gewährleistet sind. Wir wissen, dass es sich dabei um Grundrechte, Freiheiten und Gleichberechtigung handelt, die die zentralen Voraussetzungen für Entwicklung, Wohlstand, friedliche Gleichberechtigung, einen nachhaltigen Planeten und natürlich für die Gesundheit und das Wohlergehen einer Weltbevölkerung von mittlerweile 8 Milliarden Menschen, auch für die kommenden Generationen bilden. In der Tat ist eine schlechte sexuelle und reproduktive Gesundheit nach wie vor für etwa ein Fünftel der weltweiten Krankheitslast verantwortlich und sie ist nach wie vor geschlechtsspezifisch, wobei Frauen und Mädchen die Hauptlast tragen. In der Tat sehen wir Rückschlüsse sowohl bei der Politik für die Gesundheit von Frauen als auch bei der Gleichstellung der Geschlechter. Erlauben Sie mir, mich auf eine Zahl zu konzentrieren, die kürzlich veröffentlicht wurde. Alle zwei Minuten stirbt eine Frau an den Folgen einer Schwangerschaft oder Entbindung. In den 30 Minuten werden wir also eine Reihe von Todesfällen bei Müttern erleben. Tatsächlich werden an diesem Tag 800 Mütter sterben. 95 werden in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auftreten und mehr als die Hälfte in Ländern, die sich in einer fragilen Lage – ich habe das Wort fragil gehört – und humanitären Krise befinden und wir beobachten zunehmend mehr Müttersterblichkeit bei heranwachsenden Mädchen. Das ist nicht hinnehmbar, weil sie vermeidbar sind. Wir wissen, dass der Verlust einer Mutter nicht nur Auswirkungen auf das Leben des Neugeborenen hat, wenn es überlebt, sondern auch auf die Familien, Gemeinden und Nationen. UNFPA, UNICEF, WHO, die Weltbank und UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) haben vergangene Woche die Schätzungen zur Müttersterblichkeit veröffentlicht. Der wichtigste Punkt ist, dass es trotz der Fortschritte und der sehr bescheidenen Senkung um ein Drittel seit Beginn des Jahr-



hunderts im Jahr 2000 einen erheblichen Rückschlag gegeben hat und die Müttersterblichkeitsraten in der Tat stagniert haben. In einigen Regionen, insbesondere in Lateinamerika und der Karibik, sind sie seit Beginn der SDGs sogar gestiegen. Wir arbeiten tagtäglich daran, die Zahlen noch weiter zu verdichten, denn, wenn wir von 2000 bis 2016 bei den MDGs (Millenium Development Goals) Fortschritte gesehen haben, fragen wir uns, warum wir bei den SDGs nicht die gleichen Fortschritte sehen. Bei dem derzeitigen Tempo werden wir das SDG-Ziel von 70 pro 100 000 bis 2030 nicht erreichen. Bei dem Tempo, in dem wir vorankommen, werden es sogar dreimal mehr als dieses Ziel sein. Sehr geehrte Abgeordnete, wir haben es hier mit einer globalen Gesundheitskrise zu tun, sowohl, was die Todesfälle bei Müttern als auch verändernde Behinderungen bei Müttern wie zum Beispiel geburtsbedingte Fisteln betrifft. Wie ich bereits sagte, ist dies eine geschlechtsspezifische Frage. Sie wird von geschlechtsspezifischen und der gesellschaftlichen Moral untermauert. Entscheidend ist, dass Fragen der Gesundheit und des Empowerments von Frauen in der Politik einen hohen Stellenwert haben.

Ich weiß, dass Sie dabei mehr über die geschlechtspezifischen Perspektiven erfahren möchten. Ich kann Ihnen mehr Daten über HIV und HIV bei Frauen in Afrika geben. Aber, sehr geehrte Mitglieder, vielleicht sind wir gerade jetzt auf halbem Weg zu den SDGs und müssen die Gelegenheit nutzen und ausschöpfen, mutig zu sein und mutige Positionierungen zu sexueller reproduktiver Gesundheit und zu Geschlechtern beziehen. Insbesondere im Zusammenhang mit der universellen Gesundheitsversorgung, aber auch mit der Pandemievorsorge und den sich wandelnden globalen Gesundheitsstrukturen kann ich Deutschland für seine unerschütterliche Führungsrolle wirklich dankbar sein. Ich habe noch einmal die Kommentare der Ministerien angehört, die vorhin im Raum waren. Deutschland setzt sich weiterhin unermüdlich für den Multilateralismus, die Gleichstellung der Geschlechter, die Menschenrechte und auch für demografische Fragen ein. Auch auf meinem Kontinent Afrika begrüßen wir den Schwerpunkt und die Priorität der neuen Afrika-Strategie des BMZ. Das wollten wir anerkennen. Außerdem wollten wir Deutschland sowohl als finanziellen Partner würdigen – es ist ein bedeutender Geber für den UNFPA, für unseren thematischen Fonds für Müttergesundheit und

auch für unsere humanitären Maßnahmen – als auch als technischen Partner, vor allem bei der Arbeit, die wir aktuell zu demografischen Dividenden leisten. Das wollte ich anerkennen und auch die Bemühungen der Parlamentarier sind dafür entscheidend.

Lassen Sie mich also zum Schluss kommen, denn ich denke, wir sind uns alle einig darüber, was getan werden muss. Wir arbeiten in den 150 Ländern, in denen wir aktiv sind, sehr eng zusammen und überlegen, wie wir als Entwicklungspartner die Reaktion zur Unterstützung der Regierungen koordinieren können. Es gibt fünf Dinge, die jetzt, da wir vorankommen, dringend sind. Ich denke, die erste Frage ist, wie wir die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die Geschlechterperspektive in die Bewegung für eine allgemeine Gesundheitsversorgung im Rahmen von SDG 3 integrieren. Wissen Sie, die Anerkennung der Zusammenhänge wird nicht in Frage gestellt. Es geht darum, wie wir es vor Ort schaffen können und wir sehen, dass wir viel enger zusammenarbeiten müssen. Als UNFPA setzen wir uns weiterhin dafür ein, dass SRHR, einschließlich der Gleichstellung der Geschlechter, in die UHC (Universal Health Coverage)-Leistungspakete integriert und dass sichergestellt wird, dass die Präventionsdienste des öffentlichen Gesundheitswesens einschließlich der Waren und Güter auf die Ebene der primären Gesundheitsversorgung gelangen. In Zusammenarbeit mit der WHO, unseren Kollegen, mit denen wir gerade gesprochen haben, haben wir das Learning-by-Sharing-Portal zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der UHC gestartet. Wir sind ein aktiver Partner in der UHC-2030-Partnerschaft. Wir packen alle mit an. Zurzeit integrieren die Länder SRHR nicht vollständig in die Gesundheitsfürsorge und wir müssen uns ständig dafür einsetzen. Der zweite Punkt dreht sich um Fragen der Gleichberechtigung und um die stärkere Konzentration auf die Bedürfnisse benachteiligter Gruppen mit besonderen SRHR-Bedürfnissen. Und was das angeht – wenn ich Brasilien oder Peru nehme, eine schwangere Frau aus einer indigenen Gemeinschaft oder afrikanischer Abstammung, die eine weite Reise auf sich nehmen muss, weil sie in irgendeiner Weise marginalisiert ist, muss sie besonders weit reisen, um das Krankenhaus zu erreichen, aber wenn sie dort ankommt, muss sie in allen Aspekten ihrer Versorgung mit demselben Respekt und derselben Würde behandelt werden. Wir wollen also die Benachteiligung



bestimmter Gruppen in den Blick rücken, seien es Migranten, Flüchtlinge, rassistische und ethnische Minderheiten, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit abweichender sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität und wir wollen dafür sorgen, dass sie nicht zurückgelassen werden. Wir haben Daten verwendet. Der UNFPA hat eine globale Datenplattform eingerichtet, um die Schwachstellen auszusieben und aufzuschlüsseln und sicherzustellen, dass niemand zurückgelassen wird.

Der UNFPA ist auch eine Bevölkerungsorganisation. Mit Volkszählungen, demografischen Gesundheitserhebungen und Erhebungen über gefährdete Bevölkerungsgruppen können wir herausfinden, wo sich diese Bevölkerungsgruppen aufzuhalten und unsere Bemühungen auf sie ausrichten. Innovationen und Technologie spielen dabei eine Schlüsselrolle, ebenso wie der Wissenstransfer.

Beim dritten Punkt geht es um die Finanzierung. Wir sehen in diesem Bereich, Sie können [in viele Länder gehen...] – und ich habe in vielen Ländern gearbeitet, in denen das Budget nicht nur für die Gleichstellung der Geschlechter, sondern auch für die sexuelle und reproduktive Gesundheit 1 Prozent des Entwicklungsbudgets ausmacht. Tatsächlich steigen die Kosten immer weiter, da der Bedarf immer größer wird. Zu dem Zeitpunkt, als wir 2019 zum Gipfel in Nairobi fuhren und ein stärkeres finanzielles und politisches Engagement forderten, fehlten uns 222 Milliarden, um das zu erreichen, was wir als „Null“ für die Verhinderung von Müttersterblichkeit und geschlechtsspezifischer Gewalt sowie den ungedeckten Bedarf an Familienplanung nennen. Sie wissen also, dass wir die Unterstützung Deutschlands in diesem Bereich zu schätzen wissen, aber wir fordern weiterhin eine stärkere Konzentration auf die Finanzierung von SRHR, nicht nur als Teil der Gesundheitsfürsorge, sondern als Teil der Entwicklungsfinanzierung insgesamt. Der vierte Punkt betrifft die Diskussion über die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern in einem humanitären und fragilen Kontext und wie sich dies auswirkt, sei es in der Türkei und in Syrien mit den Erdbeben, in der Ukraine, mit der unsicheren Ernährungslage, am Horn von Afrika, in Afghanistan und im Jemen, die in der Demokratischen Republik Kongo erwähnt wurde, aber auch in einer Art Wiederaufbau rund um COVID. COVID hat uns gezeigt, wie wichtig es ist, die Krise der geschlechtsspezifischen Gewalt anzugehen. Mit der Unterstützung der Entwicklungspartner konnten

wir uns wieder erholen, aber wir sind uns darüber im Klaren, wie zerbrechlich das ist und im Rahmen eines Kontinuums von humanitärer Entwicklung, Frieden und Resilienz müssen wir weiterhin dafür sorgen, dass nicht nur Frauen und Frauengruppen die Resilienz in ihre Arbeit integrieren, sondern auch die Systeme, die ihnen nützen.

Der letzte Punkt bezieht sich auf die Partnerschaften, die von entscheidender Bedeutung sind. Wir haben daran gearbeitet – Sie kennen ja den Ausdruck „Lokalisierung im Kontext der humanitären Hilfe“ –, aber auch am Aufbau von Bewegungen und Frauengruppen an der Basis, damit sie einen Beitrag leisten und Teil der Architektur sein können, die ihnen Leistungen bietet. Den Parlamenten kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Es wurde in der globalen Gesundheitsstrategie der deutschen Bundesregierung erwähnt, und ich denke, dass wir alle hinter der Übernahme von Verantwortung, Innovation und Partnerschaft stehen, damit wir das erreichen.

Lassen Sie mich also zum Schluss kommen, meine Damen und Herren Abgeordnete. Ich möchte nur noch einmal im Vorfeld des 30. Jahrestages der ICPD (International Conference on Population and Development) im Jahr 2024 daran erinnern, mit den Mitgliedstaaten und den UN-Partnern zusammenzuarbeiten, um nicht nur die Fortschritte bei den SDGs zu überprüfen, sondern auch den bevorstehenden UN-Zukunftsgipfel vorzubereiten. In seinem Vorfeld findet die achte Internationale Parlamentarische Konferenz zur Umsetzung des ICPD-Aktionsprogramms statt. Wir schätzen diese Plattform sehr, auf der wir die Bemühungen der Parlamentarier nutzen können, um weitere Verpflichtungen einzugehen, um diesen Bereich, der immer noch viel mehr Hilfe benötigt, anzugehen. Wir freuen uns darauf, mit Ihnen ins Gespräch zu kommen.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Wie könnten der Klimawandel und der Verlust an Biodiversität in Zukunft das Erreichen von SDG 3 beeinflussen? Ich befürchte, dass die absehbaren Entwicklungen die Fortschritte in diesem Bereich gefährden könnten.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP): Ich frage nach einem Projekt in Sambia zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen und Mädchen, das dem Bericht zufolge mit BMZ-Mitteln gefördert



wird. Müssten nicht auch die Rechte von Männern und Jungen entsprechend gefördert werden, damit sie den Weg mitgehen? Die nächste Frage, gibt es zur Unterstützung von schwangeren Frauen im Erdbebengebiet in Syrien und in der Türkei ein Notprogramm?

Abg. Johannes Wagner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Sind Frauen von den Folgen der Klimakrise anders betroffen als Männer? Haben Sie dazu entsprechende Zahlen?

Dr. Willibald Zeck (United Nations Population Fund (UNFPA)): Die erste Frage ist definitiv auf dem richtigen Weg und wird durchgängig berücksichtigt. Der Klimawandel ist auf Englisch eines der drei C's, wie wir sie nennen, die der Generalsekretär für die kommenden Jahre vorgibt: Konflikt, COVID oder Post-COVID und Climate Change. Der Klimawandel wirkt sich zweifellos auf Frauen und indirekt auch auf Familien aus und unsere WHO-Kollegen haben zunehmend Hinweise darauf, dass es direkte Auswirkungen gibt. Wir sehen Auswirkungen in dreifacher Hinsicht. Wir sehen mehr Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen. Es gibt immer mehr Belege in Form größerer Studien, und mehrere Studien werden Superstudien sein, die eine direkte Auswirkung auf die Ernährung zeigen, aber wir sehen auch andere Ergebnisse bei Neugeborenen. Schwangerschaften verlaufen aufgrund des Klimawandels anders und wir sehen auch, dass einige der Dürren und der Anstieg des Meeresspiegels eine direkte Auswirkung auf Gesundheitseinrichtungen haben, in denen Mütter und Neugeborene versorgt werden. Die zweite Ebene ist die der Jugendlichen und Heranwachsenden. Auch hier mehren sich die Hinweise, dass junge Frauen, junge Mädchen und auch jugendliche Schwangere vom Klimawandel extrem betroffen sind. Die dritte Gruppe sind interessanterweise die älteren Frauen. Das ist etwas, das wir in der Vergangenheit wahrscheinlich nicht so oft gesehen haben. Aber Frauen aus dem gesamten Spektrum sind definitiv betroffen. Ich muss zugeben, dass einige der Belege erst seit kurzem vorliegen. Seit zwei Jahren werden jetzt Belege gesammelt und zusammengetragen und bei UNFPA sind wir dabei, den Klimawandel entsprechend zu integrieren. Der Klimawandel wird somit zu einem integralen Bestandteil eines jeden von uns aufgestellten

Programms und von allen unseren Advocacy-Anstrengungen. Das hängt mit der biologischen Vielfalt zusammen und alle Auswirkungen, die wir hier sehen werden, könnten zunehmen. Unsere Programme werden also durchgängig berücksichtigt und angepasst und ich glaube, wir sind nicht die einzige UN-Organisation, die das tut. Der Generalsekretär der Vereinten Nationen ist ein großer Befürworter der Eindämmung des Klimawandels und wir müssen Maßnahmen finden, um die Auswirkungen auf Frauen und Schwangere zu mildern. Die zweite Frage zum Thema Geschlecht bzw. Bildung für Mädchen: Wir richten uns auch an Jungen und arbeiten an der Veränderung der Männlichkeit sowie an der Veränderung der sozialen Normen im Zusammenhang mit Männlichkeit. Ich glaube, das Beispiel von Sambia wurde genannt. Natürlich richtet sich das Programm in erster Linie an Mädchen, aber auch Jungen werden mit einbezogen. Wir sehen auch andere Geschlechternormen, die immer häufiger auftauchen. Dann haben Sie sich auch auf das Erdbebengebiet in der Türkei und Syrien bezogen. Wir haben ein großes humanitäres Programm als UNFPA, bei dem wir über verschiedene Mechanismen zusammenarbeiten, wie zum Beispiel den Cluster-Ansatz. Das ist der Cluster-Ansatz in Notsituationen, bei dem die UN-Organisationen zusammenkommen und an bestimmten Themen und Bereichen arbeiten, z. B. im Gesundheitsbereich, wo wir gemeinsam mit anderen UN-Organisationen reagieren. Auch bei diesem Erdbeben sind wir also ganz vorne mit dabei. Wir stellen in erster Linie Hilfsgüter zur Verfügung, aber wir helfen ebenfalls bei der Identifizierung von schwangeren Frauen bei den Rettungsaktionen. Sehr wichtig ist auch, dass wir nach den humanitären Auswirkungen nicht nur in der Notsituation selbst tätig werden, sondern auch beim Wiederaufbau und der Rehabilitation nach solchen Katastrophen helfen. Das gilt nicht nur für Erdbeben, sondern auch für Taifune und andere Naturkatastrophen, aber auch für Konflikte. Ja, wir sind sehr engagiert und werden uns als Organisation auch weiterhin im humanitären Bereich engagieren.

Dr. Annette van Edig (Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ)): Zu den Ausführungen zum Klima muss man nichts mehr ergänzen, das Thema beschäftigt uns auch zunehmend und wird immer wichtiger. Dem müssen wir uns widmen und dies werden wir



auch tun.

Im Rahmen der angesprochenen Projekte berücksichtigen wir auch die Männer und die jungen Männer, da diese den Wertwandel auch vollziehen müssen. Diese müssen auf jeden Fall dabei sein. Im September wird die UHC-Declaration verabschiedet. Das ist für uns von der Sprache her ein wichtiger Moment. 2019 haben 82 Staaten eine eigene Erklärung zu SRHR verabschiedet. Wir verhandeln dort über die Sprache und arbeiten in verschiedenen Konstrukten. Wir sind im Moment ein Co-Chair von BMZ und Nexus Initiative, die für gleichgesinnte Staaten für SRHR arbeitet und wir versuchen, diese Verhandlungen in eine Richtung zu beeinflussen, so dass wir ein entsprechendes Ergebnis zum Thema SRHR bekommen.

Der Vorsitzende: Ich bedanke mich bei allen Beteiligten für diese konzentrierte Sitzung. Die Pandemie hatte zumindest die positive Auswirkung, dass wir es gelernt haben, auch ohne in einem Raum zu sein miteinander zu kommunizieren.

Ich freue mich auf unsere nächste Sitzung am 27. März, in der wir uns schwerpunktmäßig mit der Bekämpfung der Tuberkulose befassen werden. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend bzw. einen schönen Nachmittag in New York.

Schluss der Sitzung 18.42 Uhr

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Vorsitzender