



Kurzprotokoll der 15. Sitzung

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 18. September 2023, 17:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung (Paul-Löbe-
Haus, Saal 4200) und Zoom-Meeting

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

Tagesordnung

Tagesordnungspunkt 1 **Seite 5**

Bericht der Bundesregierung zu One Health

Selbstbefassung S-20-(14-1)0037

- a) Forschung im Kontext von One Health (Bericht Bundesministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (BMUV))
- b) Biodiversitätsschutz im Kontext von One Health (Bericht Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF))

Tagesordnungspunkt 2 **Seite 9**

Gesundheit in Konflikten und Kriegssituationen



Sachverständige:

Dr. Micaela Serafini (Internationales Komitee vom Roten Kreuz (IKRK))

Ralf Südhoff (Direktor des Centre for Humanitarian Action (CHA))

Selbstbefassung S-20-(14-1)0038

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
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 Braun, Dr. Helge Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg	Gröhe, Hermann Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Stegemann, Albert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Düring, Deborah 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
DIE LINKE.	Möhring, Cornelia	Vogler, Kathrin



Die Anwesenheitslisten liegen dem Protokoll bei.



Beginn der Sitzung 17.00 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP) begrüßt die Anwesenden und die via Zoom zugeschalteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Er richtet die eindringliche Bitte an alle Fraktionen, sowohl bei den Obleuterunden als auch in den Sitzungen mehr Präsenz zu zeigen und im Falle einer nicht möglichen Teilnahme vorher abzusagen.

Der Unterausschuss beschließt einstimmig, zu dem Tagesordnungspunkt 2 öffentlich zu tagen.

Tagesordnungspunkt 1

Bericht der Bundesregierung zu One Health

Selbstbefassung S-20-(14-1)0037

a) Forschung im Kontext von One Health (Bericht Bundesministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (BMUV))

zusammen mit

b) Biodiversitätsschutz im Kontext von One Health (Bericht Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF))

Der Vorsitzende betont, die weltweite Coronapandemie habe verdeutlicht, dass die Gesundheit von Menschen, Tier und Umwelt eng miteinander verbunden und alle drei voneinander abhängig seien. Menschen und Tiere teilten sich bestimmte Krankheitserreger, auch Zoonosen genannt. So habe auch COVID-19, oder eigentlich SARS-CoV-2 einen tierischen Ursprung. Heute wolle sich der Ausschuss mit dem sogenannten One Health-Ansatz beschäftigen. Damit gehe es um einen ganzheitlichen Ansatz, der zum Ziel habe, die Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystemen nachhaltig in Einklang zu bringen. Hierzu seien zunächst zwei Berichte vorgelesen. Außerdem liege jeweils ein schriftlicher Bericht des BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) und des

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) zu diesem Thema vor.

a) Forschung im Kontext von One Health (Bericht Bundesministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (BMUV))

PStSn **Dr. Bettina Hoffmann** (Bundesministerium für Umwelt und Verbraucherschutz (BMUV)) hebt hervor, dass, angestoßen durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie, das Bewusstsein für die Notwendigkeit eines umfassenderen Ansatzes als der, der bisher verfolgt worden sei, zur Vermeidung von Pandemien erstmalig gestiegen sei. Die Frage des Themas Umweltgesundheit habe in vielen Bereichen eine neue Wertigkeit bekommen. Die Bedeutung der Biodiversität auch für die Prävention zoonotischer Epidemien und Pandemien sei aus der Nische der Zoonosenforschung herausgetreten. Jetzt gehe es darum, sich zu vernetzen, daraus Schlüsse zu ziehen und in Maßnahmen umzuwandeln. Es sei gelungen, eine international einheitliche Definition des One Health High-Level Expert Panels zu haben. Diese zeige, dass die Gesundheit von Mensch und Tier und unserer natürlichen Umwelt auf das Engste miteinander verknüpft sei und dies für alle Lebensbereiche relevant sei. Synergien müssten viel stärker genutzt werden, um resilienter gegenüber allen möglichen Krisen zu werden. Wenn die Artenvielfalt geschützt werde, dann verringere sich gleichzeitig das Risiko von Zoonosen. Das Risiko von Pandemien werde vermindert, das Klima geschützt und es werde zur Vorsorge in verschiedenen Feldern beigetragen. Dies lasse sich auf andere Bereiche übertragen. Zugleich seien Investitionen in den One Health-Ansatz zur Vorbeugung von Epidemien und Pandemien um ein Vielfaches wirtschaftlicher als die Bewältigung der Reaktion. Wenn mehr Mittel in die Vorsorge investiert worden wären, hätte man viel sparen können. In einer Studie seien die jährlichen Präventionsmaßnahmen auf lediglich ein Prozent der Kosten der COVID-19-Reaktionsmaßnahmen geschätzt worden. Gleichzeitig gebe es noch den eben erwähnten Zusatznutzen, der sich materiell nicht so einfach berechnen lasse. International sehe man derzeit wichtige Fortschritte. Die Aufnahme des Umweltprogramms der Vereinten Nationen, United Nations Environment Programme (UNEP), in die One Health Quadripartite Alliance stärke diese nochmals, insbesondere das Thema Umweltgesundheit. Der



One Health Joint Plan of Action dieser Allianz sei eine sehr gute Arbeitsgrundlage für die kommenden Monate und Jahre, um auf internationale Forderungen zur Verhütung künftiger Pandemien zu reagieren. Zum anderen sei international der neue globale Biodiversitätsrahmen (Global Biodiversity Framework (GBF)) bei den Vereinten Nationen beschlossen worden. Das sei eine zentrale, globale Trendwende für biologische Vielfalt. Diese müsse bei uns umgesetzt werden. Dazu gehörten klare und ehrgeizige Ziele sowie auch starke und transparente Umsetzungsmechanismen. Man dürfe bei der Umsetzung nicht nachlassen. Ein Meilenstein bereits in der einleitenden, übergeordneten Überlegung zur Umsetzung des GBF sei der Zusammenhang zwischen Biodiversität und Gesundheit und die erstmalige Verankerung des One Health-Ansatzes. Man habe sich vorgenommen, bis zur Weltnaturkonferenz (CBD COP16) im Jahr 2024 solle ein globaler Aktionsplan für Biodiversität und Gesundheit erarbeitet werden. Eine ambitionierte Umsetzung des Aktionsplans sei geplant. Ein weiterer Meilenstein sei die Verabschiedung eines völkerrechtlich bindenden internationalen Pandemieabkommens im Jahr 2024. Das solle regionale, nationale und globale Kapazitäten mit dem Ziel stärken, dass Infektionskrankheiten seltener aufträten und sich, wenn sie aufträten, nicht zu Pandemien entwickelten. Auch der One Health-Ansatz finde sich an verschiedenen Stellen des aktuellen Verhandlungstextes wieder. Deutschland und die EU setzten sich dafür ein, dass unter anderem die Stärkung der Pandemieprävention und Vorsorge durch den One Health-Ansatz Bestandteil dieses Abkommens werde. Darüber hinaus sei im Koalitionsvertrag das Thema One Health angesprochen worden. Dies bedeute, dass die World Health Organisation (WHO) insbesondere durch eine verbesserte Finanzausstattung gestärkt werden solle. Dieses Anliegen, die WHO besser aufzustellen, sei während der Coronapandemie entstanden. Man müsse aufpassen, dass dieses Ansinnen angesichts der vielfältigen Vorhaben nicht wieder untergehe. Im BMUV arbeite man an der neuen Auflage der nationalen Strategie zur biologischen Vielfalt (NBS 2030). Beim Ziel Leistung der Natur für Gesundheit und Wohlbefinden seien auch Maßnahmen zur Umsetzung des One Health-Ansatzes auf internationaler und nationaler Ebene aufgenommen worden. Die Verabschiedung der NBS durch das Bundeskabinett sei für das Jahr 2024 geplant. Die Bundesregierung insgesamt stelle sich inhaltlich

und organisatorisch für One Health neu auf. Mittlerweile seien in mehreren Ministerien, darunter im BMZ, BMG und BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) eigene Einheiten für One Health eingerichtet worden. Bestimmte Themen, zum Beispiel Chemikalienpolitik, Arzneimittelsicherheit, gesundheitliche Wirkung des Klimawandels, Luft, Lärm und Trinkwasser sollten aktiv angegangen werden. In der nächsten Woche finde beim BMUV eine wichtige Konferenz statt, nämlich die Weltchemikalienkonferenz. Das sei vergleichbar mit dem Pariser Abkommen, was hier geschmiedet werden solle. Es gebe weitere, sich zum Teil ergänzende, ineinander übergreifende Aktivitäten der Bundesregierung.

Auf internationaler Ebene werde das Thema One Health auch im Rahmen der Zusammenarbeit mit Partnerländern weiterhin eine wichtige Rolle für das BMUV spielen. Der Bundeskanzler habe zugesagt, Deutschlands internationale Biodiversität-Finanzierung spätestens ab 2025 auf 1,5 Milliarden Euro aufzuwachsen zu lassen. Leider seien diese Ambitionen aktuell noch nicht in der Haushaltsplanung für die kommenden Jahre abgebildet. Der Haushalt sei eng geschnürt und man werde sehen, wie diese Frage angegangen werde.

Im Rahmen der internationalen Klimaschutzinitiative (IKI) seien mehrere Projekte in Afrika und Asien initiiert worden, die bereits zum Thema Pandemieprävention und Umweltgesundheit arbeiteten. 50 Millionen Euro habe das BMUV als Anschubfinanzierung für Partnerschaften mit 15 bis 18 anderen Ländern vorgesehen.

Prof. Dr. Veronika von Messling (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)) betont, die Forschung zu One Health sei bis zur Pandemie ein „Orchideenthema“ gewesen. Denjenigen, die sich damit beschäftigt hätten, sei bewusst gewesen, wie wichtig das Thema sei. Diese hätten versucht, anderen die Bedeutung des Themas zu vermitteln. Im Nachgang der Bedrohung durch die H5N1-Vogelgrippe seien mehrere Maßnahmen aufgelegt worden, die durch mehrere Ministerien unterstützt worden seien. Daraus sei die sogenannte „Zoonose-Plattform“ entstanden, die über mehrere Auflagen ab Dezember dieses Jahres als One Health-Plattform weitergeführt werde. Inzwischen seien sechs Ministerien beteiligt, was zeige, wie transdisziplinär dieser Ansatz auch auf der politischen Ebene sei. Neben dem BMBF beteiligten sich auch das BMG, das



BMEL (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft), das BMVG (Bundesministerium für Verteidigung), das BMZ und das BMUV. Hier gehe es darum, in der nächsten Förderrunde die One Health-Fragestellungen transdisziplinär anzugehen, um einen Raum zu schaffen, in dem die Zusammenarbeit über diese sehr unterschiedlichen Disziplinen befördert werden könne. Die Flaggschiffe im Forschungsbereich seien die durch das BMBF institutionell geförderten Empfänger. Dort sei seit einigen Jahren – auch auf Initiative des Bundestages hin – das Institut für One Health in Greifswald als ein Helmholtz-Institut entstanden, was am Helmholtz-Institut für Infektionsforschung in Braunschweig angedockt sei. Dieses Institut habe die Aufgabe, zum einen, den globalen Aspekt mitzubedenken, also eine Zusammenarbeit von Akteuren aus verschiedenen Ländern zum Thema One Health zu befördern. Darüber hinaus sei es auch für den etwas größeren Zusammenhang der Interaktion zwischen Mensch, Tier und Umwelt zuständig. Es werde erwartet, dass sich dort ein Nukleus entwickle, von dem aus die One Health-Forschung in Deutschland sehr stark nach vorne getrieben werde. Das Thema Klimawandel und Gesundheit treibe alle um. Wichtig sei, Kapazitäten aufzubauen. Für Wissenschaftler sei es nicht unmittelbar verständlich, dass man sich mit jemandem gut und konstruktiv auseinandersetzen könne, der in einem ganz anderen Bereich wissenschaftlich arbeite. Nachwuchsgruppen seien ein großartiges Tool, um junge, vielversprechende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler darin zu bestärken, genau diesen Weg zu gehen und ihnen die finanziellen Möglichkeiten zu geben, diese Investition zu leisten und diese „Fremdsprache“ zu lernen. Es sei eine Fördermaßnahme ausgelobt worden, die die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Biodiversität und menschlicher Gesundheit von der wissenschaftlichen Seite sehr stark betrachte. Es gehe darum, zu verstehen, wie der Erhalt von den Wasserschutzgebieten und die Sicherheit von Ökosystemleistungen auch zur menschlichen Gesundheit beitragen. Erst seitdem massive Rechenleistungen und damit Daten zum Beispiel von Satelliten und Wetterbeobachtungsstationen existierten, könne man in diesem Bereich über Allgemeinplätze wie beispielsweise der Bedeutung von sauberem Wasser für die Gesundheit hinauskommen. Deshalb böten sich nun durch die neuen digitalen Perspektiven neue Möglichkeiten, komplexe multidimensionale Fragestellungen anzugehen.

Ein wichtiger Aspekt sei die Frage nach multiresistenten Erregern, den multibakteriellen Resistenzen (AMR). Hier zeige sich, dass viele der Aspekte im Rahmen von One Health, also des Gesundheitsaspekts, globale Themen seien, die globale Ansätze bräuchten. Hier würden weltweite Interaktionen gebraucht. Klassische Themen seien Pandemien und antimikrobielle Resistenzen. Der Grund sei die hohe Mobilität der Menschen, wodurch alles, was uns infiziere, mit uns auch sehr mobil sei. Seit vielen Jahren gebe es innerhalb der Bundesregierung gemeinsame Maßnahmen zu diesen Bereichen, nicht zuletzt zur Wirkstoffforschung. Außerdem gebe es in Deutschland den AMR Hub, der wertvolle Arbeit für die Umsetzung der Beschlüsse der G7 und G20 leiste.

Abg. **Dr. Franziska Kersten** (SPD) fragt, wie sehr die Beschäftigung mit Biodiversität auch auf nationale Pandemiestrategien abziele und welche Maßnahmen die Bundesregierung ergreife, um sowohl die Zoonose-Entstehung als auch die Antibiotikaresistenzen interministeriell zu bearbeiten. Zudem fragt sie, warum es angesichts der Bedeutung des Themas noch keine(n) Beauftragte(n) der Bundesregierung für Globale Gesundheit gebe.

Prof. Dr. Veronika von Messling (BMBF) führt aus, dass hinsichtlich der AMR und der Pandemieprävention die unterschiedlichen Ministerien ihre jeweiligen Rollen wahrnehmen. Die durch das BMBF ergriffenen Antibiotikamaßnahmen fänden größtenteils auf einem europäischen Level statt. Neben der Joint Programming Initiative AMR One Health gebe es auch noch das Programm „Be Ready“ – da gehe es mehr um Pandemieprävention, was bis Ende des Jahres 2024, Anfang des Jahres 2025 starten solle. Weiterhin gebe es die Maßnahme DE-SIGN One Health AMR, die auch im Jahr 2025 starten werde. Dies seien langfristige Initiativen der Europäischen Union, die erfahrungsgemäß viel Dynamik entwickelten. In diesem Rahmen sei auch die deutsche Wissenschaft am besten aufgehoben. Ein Beauftragter für Globale Gesundheit könne nicht durch das BMBF eingerichtet werden, so dass sie diese Frage nicht beantworten könne.

PStSn **Dr. Bettina Hoffmann** (BMUV) ergänzt, dass bereits einige neue Strukturen aufgebaut worden seien, die intensiv zusammenarbeiteten. Dabei han-



dele es sich zum Beispiel im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie um die Staatssekretärrunden. Im BMUV habe man das Thema inzwischen stärker institutionalisiert. Mehr Verbindlichkeit könne geschaffen werden, wenn Mittel zur Verfügung gestellt würden. In diesem Zusammenhang müsse man sehen, wie die Programme ausgestattet werden könnten. Hinsichtlich der Frage zu Nutztieren führt sie aus, dass überall da, wo Mensch und Tier in irgendeinem engen Kontakt seien, Übertritte erfolgen könnten. Vieles sei dazu bereits bekannt und einiges müsse weiter erforscht werden. Hier seien weitergehende Maßnahmen erforderlich, um damit entsprechend umgehen zu können.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU) fragt, inwieweit die WHO diesen Ansatz begleite und inwieweit er mit entsprechenden Aufforderungen an die nationalen Gesundheitssysteme unterlegt werde. Ihn interessiert, ob das Thema Pandemievertrag im Rahmen der Präventionsmaßnahmen Niederschlag finde und ob beabsichtigt sei, diesen Aspekt substanziell aufzunehmen.

Ingo Behnel (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) merkt an, dass dieses Thema ein wichtiger Baustein bei den Verhandlungen zum Pandemie-Abkommen sei. Es werde auf allen internationalen Baustellen versucht, in den Verträgen, die gerade verhandelt würden, dieses Thema so verbindlich unterzubringen, dass Taten folgten. Das Thema spiele auch in den Haushaltsverhandlungen der WHO eine Rolle.

Prof. Dr. Veronika von Messling (BMBF) betont, innerhalb des One Health Joint Actions Plan arbeiteten WHO, WOAHA (World Organization for Animal Health), FAO (Food and Agriculture Organization) und UNEP (United Nations Environmental Programme) zusammen und erarbeiteten derzeit konkrete Maßnahmen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) möchte wissen, wann die deutsche Antibiotikaresistenzstrategie 2030 unter dem Aspekt One Health mit dem vorgesehenen Aktionsplan vorgelegt werde. Weiter fragt sie, ob und wie der Einsatz von antimikrobiellen Tierarzneimitteln und Fungiziden in der Landwirtschaft reduziert werden könne.

Ingo Behnel (BMG) antwortet, derzeit werde ein Aktionsplan mit konkreten Schritten erarbeitet. Diese hingen nicht zuletzt von der Haushaltssituation ab.

Dr. Denise Rabold (BMG) ergänzt, der Aktionsplan solle noch in diesem Jahr veröffentlicht werden und für zwei Jahre gelten.

PStSn **Dr. Bettina Hoffmann** (BMUV) führt, aus, auch im Rahmen der Nationalen Wasserstrategie gehe es um das Thema One Health, da zum Beispiel der Einsatz von Hormonen, Fungiziden und Pestiziden für die Gesundheit eine Rolle spielten. Bei der Reduktion des Einsatzes von Pestiziden gebe es zum Beispiel viele Widerstände, denen man sich stellen werde.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP) erkundigt sich, wie viele Mittel in diesem Jahr angesichts der angespannten Haushaltslage für One Health aufgewendet würden und ob einzelne Projekte gefährdet seien. Auch möchte er wissen, wie es um das finanzielle Engagement der Partnerländer in diesem Bereich bestellt sei.

PStSn **Dr. Bettina Hoffmann** (BMUV) antwortet, ihren Informationen nach sei die Finanzierung der laufenden Projekte gesichert. Die langfristige Absicherung sei aber wichtig, um gemeinsam mit Partnerländern planen zu können. Die Frage zur internationalen Finanzierung werde man schriftlich beantworten.

Prof. Dr. Veronika von Messling (BMBF) bekräftigt, nach jetzigem Stand sei die Finanzierung der laufenden Projekte gesichert. Die Entwicklung der internationalen Finanzierung sei schwer vorherzusehen.

Ingo Behnel (BMG) antwortet, das BMG sei im Wesentlichen über das Global Health Protection Programme mit dem Thema befasst, das nach jetzigem Stand finanziert sei. Außerdem gebe es eine institutionelle Förderung des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin, das in diesem Zusammenhang ein wichtiger Akteur sei. Die Finanzierung der WHO sei niedriger als im vergangenen Jahr, aber höher als in den Jahren vor der Pandemie. Im Rahmen dieser Finanzierung setze man Absprachen mit der WHO durch. Teil dieser Absprachen seien die Themen One Health und AMR.



Wolfram Morgenroth-Klein (BMZ) bestätigt, die Finanzierung der laufenden Projekte sei sichergestellt. Dennoch seien Haushaltskürzungen auch in diesem Bereich spürbar, so dass man sich teilweise ein größeres Engagement gewünscht hätte. Die Finanzierung werde auch in den nächsten Jahren eine große Herausforderung bleiben.

Abg. **Thomas Dietz** (AfD) fragt, ob im Bereich Zoonosen und Wildtierhandel weitere Regulierungen nötig seien. Seinem Eindruck nach gebe es bereits sehr strenge und restriktive Einschränkungen und Bestimmungen, die lediglich durch Kontrollen innerhalb der EU und im internationalen Handel umgesetzt werden müssten.

PStSn **Dr. Bettina Hoffmann** (BMUV) entgegnet, es gebe in der Tat bereits viele Regeln. Trotzdem gebe es viele illegale Verkäufe in Deutschland und in der EU. Auch der Online-Handel bereite in diesem Bereich zunehmend Sorge. Die Tiere kämen teilweise unter furchterlichsten Bedingungen hier an und seien zum Beispiel in Folien verpackt und in Kartons gestopft. Trotz intensiver Kontrollen zum Beispiel am Flughafen Frankfurt gebe es weiterhin diesen Handel. Hier gebe es Verbesserungsbedarf, um den Handel mit Wildtieren einzudämmen.

Tagesordnungspunkt 2

Gesundheit in Konflikten und Kriegssituationen

(Öffentlich)

Selbstbefassung S-20-(14-1)0038

Der Vorsitzende: Meine Damen, meine Herren, in Konflikten und Kriegssituationen werden Zivilisten Opfer willkürlicher Angriffe. Gesundheitseinrichtungen werden absichtlich zerstört, die zivile Infrastruktur beschädigt. Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen können nicht mehr versorgt werden. Auch für medizinische Notfälle steigt der Bedarf, während die Gesundheitsversorgung immer weiter eingeschränkt wird. So werden Impfungen verpasst und Krankheiten wie Cholera oder Masern können sich ungehindert ausbreiten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie medizinische und pflegerische Einrich-

tungen im Kontext der bewaffneten Konflikte besser geschützt werden können und ob das humanitäre System angesichts neuer Kriegsführung angepasst werden muss.

Ich freue mich, nun zu diesen Fragen Frau Dr. Micaela Serafini vom Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) begrüßen zu können. Bei der Gelegenheit bedanke ich mich bei unseren beiden Übersetzerinnen Sarah Campus Anoldi und Sophia Erben, die nun im Einsatz sind. Ich bitte Dr. Micaela Serafini um ihren Bericht.

Dr. Micaela Serafini (Internationales Komitee vom Roten Kreuz (IKRK)): Vielen Dank für die Einführung, und es ist mir eine Freude, hier bei Ihnen allen zu sein. Das Internationale Komitee des Roten Kreuzes ist weltweit an vorderster Front Zeuge der Verwüstungen und des Leids, die durch bewaffnete Konflikte und Gewalt verursacht werden. Die physischen Folgen von bewaffneten Konflikten sind unbestreitbar nachteilig und hinterlassen dauerhafte sowohl physisch als auch psychisch tiefe Narben. Das IKRK setzt sich unermüdlich für die Bewältigung dieser schrecklichen Folgen von Konflikten ein. Unser umfassendes Gesundheitsprogramm umfasst ein breites Spektrum an wichtigen Diensten, darunter Krankenhausversorgung, medizinische Grundversorgung, Erste Hilfe und Notfallversorgung, psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung, körperliche Rehabilitation und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten. Unser engagiertes medizinisches Personal, das eng mit lokalen Partnern zusammenarbeitet, steht oft an vorderster Front. Sie sind entschlossen, Leben zu retten und Patienten zu versorgen, auch wenn sie mit begrenzten Mitteln und unter außergewöhnlich schwierigen Bedingungen arbeiten müssen.

*[Unterbrechung aufgrund technischer Probleme
17.51 Uhr bis 17.53 Uhr]*

Dr. Micaela Serafini (IKRK): Wie gesagt, das IKRK engagiert sich sehr stark für die Bewältigung der schrecklichen Folgen von Konflikten. Es ist standardhaft. Wir haben ein sehr umfassendes Gesundheitsprogramm, das ein breites Spektrum an wichtigen Leistungen umfasst, von der Krankenhausversorgung über die medizinische Grundversorgung, Erste Hilfe, psychische und psychosoziale Unter-



stützung, körperliche Rehabilitation bis hin zur Gesundheitsversorgung in Haftprogrammen. Unsere engagierten Mitarbeiter arbeiten eng mit den Partnern vor Ort zusammen, aber natürlich stehen sie selbst und wir an vorderster Front. Sie sind entschlossen, Leben zu retten und Patienten zu versorgen, auch wenn sie mit begrenzten Mitteln und unter außergewöhnlich schwierigen Bedingungen arbeiten müssen. Die Gewährleistung, dass das Gesundheitspersonal seinen Aufgaben in Sicherheit nachgehen kann, ohne zur Zielscheibe zu werden, ohne dass es belästigt wird, ohne dass Druck auf uns ausgeübt wird, gegen ethische Grundsätze zu handeln, war schon immer ein zentrales Anliegen des IKRK und ist in der Arbeit des Roten Halbmonds und der Rotkreuzbewegung sehr präsent. Inmitten dieser kühnen Bemühungen können wir jedoch die harte Realität nicht ignorieren, dass die Gesundheitsversorgung weiter ...[unverständlich]. In den IKRK-Statistiken für die Jahre 2021 und 2022 haben wir mehr als 1 200 Ereignisse in 33 Einsätzen dokumentiert. Die Sicherheit hat die Gesundheitsversorgung behindert. Zu den wichtigsten registrierten Ereignissen gehörten das Eindringen in Gesundheitseinrichtungen, das die Fortsetzung der Gesundheitsversorgung behinderte, Angriffe, die während der Feindseligkeiten zu Schäden und Zerstörungen an Gesundheitseinrichtungen führten, sowie die Plünderung von Gesundheitseinrichtungen, medizinischen Fahrzeugen und Medikamenten. Kämpfer und manchmal auch Behörden, die das Gesundheitspersonal daran hindern, die Verwundeten und Kranken zu erreichen, wo auch immer sie sich befinden.

Unser kollektives Engagement für die humanitären Grundsätze zum Schutz aller, die in Konfliktzeiten Verwundete und Kranke versorgen, wird durch diese Handlungen, die Menschenleben kosten, untergraben. Vor mehr als einem Jahrzehnt startete die internationale Bewegung des Roten Kreuzes und des Roten Halbmonds eine Initiative mit dem Namen Healthcare in Danger. Die Initiative zielt darauf ab, Gewalt gegen Patienten, Gesundheitspersonal, Einrichtungen und Fahrzeuge zu bekämpfen und zu versuchen, den Zugang zur Gesundheitsversorgung in bewaffneten Konflikten und anderen Notsituationen zu gewährleisten und ihn zu sichern. Der Schwerpunkt dieser Initiative liegt auf dem Ergreifen praktischer Maßnahmen. Das IKRK hat in enger Zusammenarbeit mit den nationalen Gesellschaften des Roten Kreuzes und des Roten

Halbmonds sowie mit der Internationalen Föderation des Roten Kreuzes deutlich gemacht, dass es sich unermüdlich für dieses Thema einsetzen wird, um die verschiedenen Zielgruppen zu sensibilisieren, aber auch um die Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit des Gesundheitspersonals, der Einrichtungen und der von ihnen erbrachten Dienstleistungen direkt zu unterstützen. Wir haben auch Instrumente und konkrete Maßnahmen entwickelt, um den Staaten ganz praktische Anleitungen zur Beeinflussung militärischer Praktiken an die Hand zu geben, die Kapazitäten des Gesundheitspersonals auszubauen, seine Rechte und Pflichten zu verstehen und die Auswirkungen von Gewalt gegen die Gesundheitsversorgung sowie Maßnahmen zur Bekämpfung des Problems zu ermitteln. Wir entwickeln und fördern die innerstaatliche Gesetzgebung zum Schutz der Gesundheitsdienste, die nicht nur das Gesundheitspersonal umfasst, sondern auch die Einrichtungen und Fahrzeuge sowie andere Aktivitäten, die in engem Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung stehen – das Zusammenspiel und die Verstärkung der waffenfreien Politik in Kliniken und Krankenhäusern sowie die Stärkung der Sicherheits- und Zugangsmaßnahmen zu Krankenhäusern, um nur einige der Maßnahmen zu nennen. Das IKRK hat eine internationale Interessengemeinschaft aufgebaut, in der zwölf medizinische und humanitäre Organisationen zusammengeschlossen sind, die mehr als 30 Millionen Beschäftigte des Gesundheitswesens weltweit vertreten. Sie setzen sich dafür ein, dass die militärische Praxis, das nationale Recht und der Schutz von Krankenhäusern auf nationaler Ebene beeinflusst und geändert werden. Heute, da wir uns hier versammelt haben, um uns mit diesem dringenden Thema zu befassen, ist es für uns alle unerlässlich, die Worte in praktische Schritte umzusetzen, um die Sicherheit der Gesundheitsdienste zu gewährleisten. Alle politischen Willensbekundungen sind entscheidend und äußerst wichtig. Unserer Ansicht nach sind die Entwicklung und Umsetzung sehr konkreter, praktischer Maßnahmen und die Unterstützung operativer Antworten auf nationaler und lokaler Ebene besonders wichtig. Wir müssen versuchen, diese Aussagen in umsetzbare Schritte zu übersetzen, die insbesondere im Verhalten eine tatsächliche Veränderung bewirken. Diese Verantwortung geht über staatliche Streitkräfte hinaus und auch nichtstaatliche bewaffnete



Gruppen müssen ihren Verpflichtungen nachkommen. Ein politisches Umfeld, in dem jeder Verwundete, gleich ob Freund oder Feind, verdient, mit Menschlichkeit behandelt zu werden, und in dem die, die sich um ihn kümmern, besonderen Schutz genießen sollten. Angehörige der Gesundheitsberufe müssen die Möglichkeit haben, sich an die medizinische Ethik zu halten und besonderen Schutz zu genießen, einschließlich Immunität vor strafrechtlicher Verfolgung für unparteiische Pflege und Patientenversorgung. Das IKRK wird zusammen mit anderen Partnern weiterhin unermüdlich an diesem kritischen Thema arbeiten, um das Bewusstsein zu schärfen, den Dialog zu fördern und echte Veränderungen vor Ort herbeizuführen. Die Staaten sollten mit gutem Beispiel vorangehen, indem sie Maßnahmen zur Stärkung der militärischen Doktrinen, Einsatzregeln und Praktiken ergreifen, insbesondere bei Durchsuchungen in Gesundheitseinrichtungen und militärischen Operationen in der Nähe der Krankenhäuser. Die Staaten sollten dafür sorgen, dass internationale Rechtsnormen, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Versorgung selbst gewährleisten, in die nationale Gesetzgebung aufgenommen werden und Vorsorgemaßnahmen zur Sicherung dieser Gesundheitseinrichtungen ergreifen. Gemeinsam können wir dafür sorgen, dass die Gesundheitsversorgung auch inmitten von Konflikten keine Grenzen kennt und dass die, die ihr Leben der Heilung widmen, ohne Angst arbeiten können. Ich möchte mich bei Ihnen für Ihre Zeit bedanken. Ich bin sehr froh, hier zu sein.

Der Vorsitzende: Vielen Dank, Dr. Serafini. Ich weiß nicht, ob Sie den Applaus hier in unserem Saal in Berlin gehört haben, er war Dank von unserer Seite für Ihren Vortrag. Ich möchte mich noch einmal für die technischen Schwierigkeiten hier bei uns in Berlin entschuldigen. Später haben wir noch eine weitere Präsentation und dann gehen wir zu den Fragen und Antworten über und ich werde jetzt auf Deutsch fortfahren. Ich freue mich, Herrn Ralf Südhoff, den Direktor des Centre for Humanitarian Action, kurz CHA, bei uns begrüßen zu können.

Ralf Südhoff (Direktor des Centre for Humanitarian Action (CHA)): Ich bin der Direktor des Centre for Humanitarian Action, ein Berliner Think Tank, seit knapp fünf Jahren. Das CHA wurde gegründet ganz

bewusst mit dem Ziel, humanitäre Fragen international zu denken und auch in vernetzten Ansätzen zu diskutieren, bis hin zu Fragen von Sicherheit und humaner Sicherheit, wie sie jetzt auch intensiv, spätestens seit dem Ukraine Krieg, diskutiert werden. Insofern freuen wir uns sehr, dass wir hier sein dürfen. Als ehemaliger Direktor des Welternährungsprogramms, vielfach im Zuge der Syrienkrise auch befasst mit Fragen der medizinischen Hilfen, dramatischen Verhandlungen, ob belagerte Städte beliefert werden können oder nicht und wo medizinische Hilfe sehr oft aus den Transporten entfernt werden sollte, auf Geheiß der syrischen Checkpoints. Das kurz als persönliche Vormerkung. Ich freue mich wirklich, dass das auf die Agenda gesetzt wurde. Ich würde mal in meinem Eingangsinpust versuchen, mich auf vier kurze Thesen zu reduzieren und freue mich dann auf die weitere Diskussion und versuche die ein bisschen mit Daten zu unterfüttern, soweit wir können.

These 1 - wir haben uns ein sehr aktuelles, ein sehr relevantes und auch ein dramatisches Problem heute auf die Tagesordnung gesetzt. Das ist nicht nur ein Phänomen einer subjektiven Wahrnehmung durch den Ukraine-Krieg vor der eigenen Haustür oder durch den schon so lange beobachteten Syrienkrieg. Wenn wir uns gemeinsam die ersten zwei Slides vielleicht anschauen, sehen Sie zum einen, was für ein aktuelles Problem es ist. Das sind die Angriffe auf gesundheitliche Einrichtungen der letzten vier Wochen laut internationalen Datenbasen. Sie sehen hoffentlich, wie unterschiedlich die Regionen sind, wo diese erfolgt sind. Und das ist wirklich nur eine Momentaufnahme der letzten vier Wochen. Ist es insgesamt nur eine Momentaufnahme oder wie ist der Trend? Es gibt einen klaren Trend einer massiven Zunahme von Angriffen auf gesundheitliche Einrichtungen und Helferinnen und Helfer im Gesundheitsbereich. Sie sehen hier die Kurve, wie sie steil ansteigt seit etwa 2017/ 2018. Natürliche Kurven und Wellen, aber es gibt ein dramatisches Problem, quantitativ, aber auch, wenn wir es uns qualitativ anschauen, welche Art von Angriffen sind festzustellen? Inwieweit werden gesundheitliche Einrichtungen attackiert? Geht es nur um Behinderung von Transport? Nein, es geht prioritär, wie sie an dieser Skala sehen, um gezielte Angriffe mit Heavy Weapons auf Platz 1 der Anzahl der Vorfälle, die registriert werden konnten. Kleinwaffen auf Platz 2. Die Phänomene, über die wir zu Recht auch so häufig sprechen und sie beklagen, wie Access Verwehrung



und Obstruction etc., sind da noch nicht mal führend. Eine erschreckende Bilanz. Es geht nicht nur um Behinderungen, sondern gezielte Angriffe auf die Hilfe selbst, auch mit relativ klaren, zumindest kontinental relativ klaren, regionalen Schwerpunkten. Ein paar Länderbeispiele hoffe ich gleich noch zu teilen. Die zweite These – die Herausforderungen im Gesundheitsbereich – über die wir hier dankenswerterweise diskutieren können, in Kriegen und Konflikten insbesondere sind leider kein punktuell, singuläres Problem im Gesundheitsbereich, sondern stehen für einen weit größeren Trend. Wenn man sich anschaut, wie sich der Schutz von humanitär Helfenden und ihren Einrichtungen insgesamt darstellt, gibt es weit über den Gesundheitssektor hinaus das, was die Fachleute einen shrinking humanitarian space nennen, eine Zunahme von beispielsweise gezielten Angriffen auf Entwicklungshelfer, auf humanitäre Helfer. Die orangen Säulen zeigen allein auf, auf was für einem hohen Niveau mittlerweile die Anzahl von im Einsatz umgekommenen Kolleginnen und Kollegen ist. Die Zahl der Angriffe und der Verletzungen ist ebenfalls kontinuierlich sehr hoch. Wenn der Trend und das Problem über den Gesundheitssektor noch hinausgeht, ist es interessant, sich anzuschauen, was die Ursachen sind. So kann man dann auch über angemessene Gegenmaßnahmen diskutieren. Wenn man sich die Ursachen anschaut, ist sehr interessant vielleicht, einen ersten Blick darauf zu werfen, welches die zehn Länder sind, in denen es am häufigsten zu solchen Angriffen kommt. Wenn sie sich die Listen einmal anschauen, werden sie sofort feststellen, es sind fast durchweg Krisen, die Konflikt- und Kriegskontexte sind. Wir haben einen klaren Trend dazu, dass diese Angriffe vor allem in solchen Ländern stattfinden. Das führt zu einer Reihe von Ursachen, die ich gerne kurz benennen würde. Warum sehen wir diese massive Zunahme dieser Angriffe? A - die Zahl und die Dauer von Kriegen und gewalttätigen Konflikten sind massiv gestiegen in den vergangenen Jahren. Das führt dazu, dass heute rund 80 Prozent der humanitären Hilfe in Konfliktgebieten geleistet werden muss. Dadurch entstehen viel größere Sicherheitsrisiken und viel mehr Fragen von Sicherheit und Abwägung in diesem Kontext. Zweitens - die Akteure in diesen Konflikten und Krisen haben sich dramatisch verändert. Interstaatliche Konflikte, das werden sie selbst gut kennen, zwischen Nationen, die zumindest formal dem Völkerrecht und damit auch dem Schutz von humanitären Helfern verpflichtet

sind, sind eher die Ausnahmen und nehmen Abschied. Deswegen gibt es immer mehr Konflikte mit nicht staatlichen Akteuren mit einer extremen Diversität von Akteuren, mit Akteuren, die in stetig wechselnden Koalitionen sich engagieren in diesen Konflikten und damit auch Konfliktlinien, die allein schon ein Monitoring dieser Vorfälle und des Schutzes in diesem asymmetrischen Kriegen immer schwieriger machen. Ein weiterer Grund insgesamt ist auch, und da kommen wir schon zu Fragen des humanitären Systems und der Hilfe insgesamt, das Konzept humanitäre Prinzipien, einer neutralen humanitären Hilfe, einer medizinischen Hilfe, die überparteilich, ohne Ansehen der Person ist, wird zunehmend international als ein westliches Konstrukt betrachtet und hinterfragt. Humanitäre Akteure werden in dem Zuge immer seltener als schützenswerte neutrale Akteure und immer häufiger als westliche Akteure, als Konfliktpartei wahrgenommen, die in einem Kontext stehen, in einem politischen Zielkontext von westlichen Akteuren. Hintergrund hierzu ist teils zweifellos auch eine wahrgenommene westliche Instrumentalisierung häufiger von humanitärer Hilfe, Stichwort Migrationsabwehr oder Konfliktsteuerung, in denen man nur bestimmte Konfliktparteien in einem Konflikt mit humanitärer Hilfe unterstützen möchte. Vierter Punkt - die wachsenden Sicherheitsrisiken führen auf operativer Ebene zu fatalen Wechselwirkungen auch zwischen den deutschen und internationalen Hilfsorganisationen auf der einen Seite und lokalen Hilfsorganisationen auf der anderen Seite. Wenn wir uns anschauen – wer wird eigentlich von diesen Angriffen getroffen? Da gibt es einen sehr klaren Trend. Schauen Sie bitte insbesondere auf die orange Kurve. Die Angriffe, die registriert werden, haben einen klaren Trend seit sechs bis sieben Jahren, dass insbesondere lokale Hilfsorganisationen, lokale Helferinnen und Helfer immer häufiger angegriffen werden. Das hat auch einen klaren Zusammenhang damit, dass auf eine gewisse Weise, zunächst verständlicherweise, versucht wird, die Risiken, die immer mehr einhergehen mit der humanitären Hilfe, auszulagern, aus den einzelnen Organisationen und diese auszuleihen an lokale Partnerinnen und Partner, die sich vielfach auch viel besser vor Ort auskennen, aber die gleichzeitig nicht befähigt werden, in diesen Krisen und Konflikten die Hilfe zu leisten. Die werden deswegen immer häufiger, fast viermal so häufig wie noch vor sechs bis sieben Jahren, Ziel von diesen Angriffen werden und gleichzeitig hierfür nicht ausgestattet sind und



auch nicht die Mitsprache haben mit diesem Phänomen umzugehen. Kurzum, bei den Ursachen dieses „Shrinking Space“ ist im Gesundheitsbereich, wie darüber hinaus auch Zeichen eines Wandels des humanitären Systems zu einem multipolaren System mit vielen Akteuren, die nicht notwendigerweise die humanitären Prinzipien, die Neutralität der humanitären Hilfe akzeptieren, von arabischen Staaten, von BRICS-Staaten, die eine immer größere Rolle in diesem Bereich spielen, aber auch von neuen Akteuren in diesen Krisen und Konflikten. So gibt es eine Erosion der Akzeptanz der Neutralität medizinischer Hilfe und humanitärer Hilfe insgesamt. Außerdem gibt es auch eine Kritik, dass Akteure des globalen Nordens diese Prinzipien, solange es ihnen nützlich ist, auch selbst bereit sind, zu missachten.

Letzte These - Geberstaaten wie Deutschland sind aus unserer Sicht entscheidend, um zu Gegenmaßnahmen zu kommen und diese durchzusetzen. Naheliegenderweise ist es natürlich auch eine große Aufgabe der UN. Wir alle wissen, wie die Machtkonstellation und die politischen Konstellationen im UN-Sicherheitsrat sind. Es ist eine Konstellation, wo es nicht nur nach Analysen Chinas und Russlands ein Problem gibt. Die damalige Präsidentin von Ärzte ohne Grenzen hat es im Sicherheitsrat auf den Punkt gebracht, als in Aleppo das Krankenhaus gezielt zerstört wurde. Sie sagte, alle ständigen Mitglieder des UN-Sicherheitsrates sind Mitglieder von Konflikt- und Koalitionen, die für massive Attacken auf Gesundheitseinrichtungen verantwortlich sind. Beispielsweise die vom Westen unterstützte Koalition Saudi-Arabiens im Jemen-Konflikt, aber auch die damalige Nato-Koalition in Afghanistan. Bei Gegenmaßnahmen, die zu ergreifen wären, ist deswegen auch zu beachten, dass beispielsweise eine Weiterentwicklung des humanitären Völkerrechts oder des internationalen Humanitarian Laws begrenzt realistisch ist, zumindest auch in der Frage, wenn es wirklich eine Weiterentwicklung werden soll, die nicht droht, dann zu einer Verschlechterung der Normen und Prinzipien zu werden. Wenn aber zugleich die UN blockiert ist, kommt Akteuren wie der Bundesregierung und sehr großen humanitären Gebern, Deutschland ist zweitgrößter Geber weltweit, eine entscheidende Rolle zu.

Dazu vielleicht darf ich zwei Punkte kurz sagen. Die humanitäre Diplomatie ist ein Feld, in dem die Bundesregierung sich sehr engagiert, aber gleichzeitig nach unseren Analysen, wir haben uns intensiv mit

der deutschen humanitären Strategie in der Außenpolitik und in der humanitären Politik beschäftigt, diese Priorität nur mit sehr wenig Leben in den vergangenen Jahren gefüllt wurde. Das hat vor dem Hintergrund eines zugleich extrem hohen und kompetenten Engagements von den zuständigen Kolleginnen und Kollegen im Auswärtigen Amt teils auch ganz praktische Gründe. Ich darf Ihnen einmal das Personaldefizit im Auswärtigen Amt am Beispiel der humanitären Hilfe verdeutlichen. Um die Lesbarkeit zu beschleunigen, wenn Sie auf die ganz rechte Spalte schauen, sehen Sie eine Berechnung, mit wie vielen Mitteln auf der einen Seite ein Geber sich in der humanitären Hilfe engagiert und wie viel Personal er hierfür gleichzeitig einsetzt. Wenn Sie das rein finanziell auch nur betrachten, werden sie feststellen, dass Deutschland ganz rechts ein Vielfaches an Mitteln versuchen muss umzusetzen und politisch auch zu begleiten, diplomatisch auch zu begleiten, als das üblich ist in großen anderen Geberstaaten wie Großbritannien, USA, die EU-Kommission. Dort ist der Personalschlüssel gleich häufig drei bis viermal besser als bei uns. Es führt auch zum zweiten, einen letzten Punkt von mir, zur Frage von einer extrem zentralen Organisation des Auswärtigen Amtes im diplomatischen Dienst insgesamt, was dazu führt, dass gerade dort, wo humanitäre Krisen sind, wo humanitäre Diplomatie gefragt ist, dass deutsche Botschaften sehr dünn besetzt und auch insgesamt ja sehr zentral organisiert sind. Christoph Heusgen, der in dem Bereich, glaube ich, unverdächtig ist, jetzt nur an die humanitäre Hilfe zu denken, hat, als er deutscher UN-Botschafter war und auch in seiner heutigen Rolle klar bemängelt, dass man das Problem hat, dass in diesem Kontext Deutschland ein sehr schwacher Player ist, weil genau dort – wie er sagt, deutsche Botschaften sehr klein sind, wo die größten humanitären Krisen toben.

Ein letzter Punkt von meiner Seite. Was kann man tun? Die Bundesregierung könnte sich in zwei Bereichen aus unserer Sicht sehr engagieren. Das eine ist die humanitäre Diplomatie. Dafür bräuchte es aber Investitionen. Das zweite ist auch eine Glaubwürdigkeit als humanitärer Spieler. Hier machen wir uns große Sorgen. Das deutsche humanitäre Budget lag 2017 bei 1,8 Milliarden Euro im Jahr. Laut der aktuellen Budgetplanung soll es zurückfallen auf dieses Niveau bis 2024 trotz zusätzlicher Großkrisen wie dem Ukraine-Krieg, trotz der größten Welternährungskrise der modernen Zeit, die wir gerade erleben. Trotz der nach wie vor dramatisch anhaltenden



Folgen der Corona-Pandemie im Globalen Süden. Das wird vielfach als eine mangelnde Glaubwürdigkeit in diesem Bereich jetzt schon im Globalen Süden wahrgenommen und auch bemängelt, wenn man in Fragen von humanitärer Diplomatie in Verhandlung geht, wenn man Partner im Globalen Süden drängen will, humanitäre Prinzipien und Prioritäten doch zu befolgen. Die Weiterentwicklung des humanitären Systems, die dann auch im Raum steht - wie geht man mit diesen Problemen um, wenn sich die humanitären Krisen so sehr verändern? Das würde gleichzeitig auch entscheidend danach rufen, das humanitäre System auch im Sinne von Sicherheitsfragen deutlich lokaler zu machen, deutlich mehr lokale Akteurinnen und Akteure zu befähigen, humanitäre Hilfe zu leisten. Es sind die Akteure, die sich vor Ort am besten auskennen. Es wäre eine würdevolle, partizipativere Hilfe und ist deswegen das am meisten diskutierte Reform-Projekt im humanitären Bereich seit Jahren, aber mit begrenzten Fortschritten. Dort wäre es sehr wichtig, dass wir auch schon hier bei der humanitären Strategie, die gerade neu entwickelt wird, eine klare Priorität drauflegen und lokale Akteurinnen und Akteure, beispielsweise im medizinischen Bereich, im Gesundheitsbereich befähigen, sichere und nachhaltige Hilfe zu leisten und sich selbst dabei auch besser zu schützen. Ganz herzlichen Dank für die Einladung, vielen Dank für Ihr Interesse.

Dr. Karamba Diaby (SPD): Dankeschön, Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren. Frau Serafini, Herr Südhoff, Dankeschön für Ihre Einführungen. Wir wissen, das Engagement des medizinischen Personals in Krisen und Konflikten kann gar nicht genug wertgeschätzt werden. Unter Einsatz des eigenen Lebens halten Sie unermüdlich Gesundheitsversorgung für vulnerable Gruppen aufrecht. Deshalb finde ich es sehr wichtig und eine Bereicherung, dass wir heute darüber sprechen, und Sie haben beide noch mal eindeutig über die Schwierigkeiten und Bedingungen der Einsätze berichtet. Auch direkte Angriffe auf medizinisches Personal und Einrichtung werden leider nicht weniger, vor allem im Kontext der Kriege. Wir wissen ganz aktuell, mit dem Ukraine-Krieg ist uns das besonders nah. Deshalb will ich auch, wegen all der Konflikte, die in der Welt existieren, zwei Fragen an Sie, Frau Serafini stellen. Wie stellen Sie sich die unterschiedlichen Herausforderungen an Ihre Einsätze je nach lokalem Kontext, zum Beispiel Ukraine, Syrien vor? Können Sie uns ganz konkret da etwas sagen? Oder

auch zentral afrikanische Staaten – da sind ja viele besondere Situationen, die in diesen Ländern sind. Vor allem, gibt es gemeinsame Erfahrungen, die Sie aus mehreren Kontexten übertragen können?

Meine zweite Frage an Sie, Frau Serafini, ist wie Sie die Situation für das Gesundheitspersonal in Konfliktgebieten, zum Beispiel in der Demokratischen Republik Kongo einschätzen?

Herr Südhoff, Sie haben die Rolle Deutschlands und was die Bundesregierung zu tun hat, Sie haben viele Beispiele genannt, was möglich ist. Mich würde interessieren – was sind denn die Herausforderung in der multilateralen Kooperation? Könnten Sie da einen Punkt nennen, was Deutschland in dieser Richtung machen kann?

Meine allerletzte Frage an Sie ist in Richtung Kamerun. Das haben Sie auch in Ihrem Bericht genannt, Kamerun als vergessene Krise. Wie sieht denn der Einsatz von Gesundheitsprogrammen aus und welchen Herausforderungen begegnet das medizinische Personal vor Ort? Ich weiß, es war sehr viel, aber sie haben auch sehr viele interessante Aspekte erwähnt, deshalb danke nochmal für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. Micaela Serafini (IKRK): Vielen Dank. Vielen Dank auch für die Fragen. Sehr interessant, und es ist wahr. Wie stellen wir uns auf die verschiedenen Herausforderungen in den unterschiedlichen Kontexten ein, in denen wir uns befinden? Wir wissen sehr wohl, dass Angriffe auf medizinische Missionen gegen das humanitäre Völkerrecht verstoßen, aber es sind in der Regel andere Beweggründe. Die Herausforderungen sind so groß, weil es sich um verschiedene Täter handeln kann. Manchmal ist es der Staat, manchmal sind es nichtstaatliche bewaffnete Gruppen und manchmal ist es sogar die Gemeinschaft. Manchmal ist die Gesundheitseinrichtung ein Ziel. Manchmal kommt es zu Missverständnissen und Fehlinformationen, die die Gesundheitseinrichtung versehentlich zur Zielscheibe machen. Manchmal wird das humanitäre Völkerrecht nicht verstanden, und das IHL (International Humanitarian Law) ist ein Teil der Lösung dieses Problems. Für das IKRK ist es wichtig, den Kontext richtig zu verstehen, um sicherzustellen, was hinter einem bestimmten Angriff oder einem bestimmten Vergehen steckt, damit wir das Problem an der Wurzel packen können. Es ist also sehr schwierig, zu verallgemeinern. Und wir ziehen es vor, von Fall zu Fall zu entscheiden. Es stimmt, dass es gewisse Gemeinsamkeiten gibt. Die häufigsten Vorstellungen eines Angriffs



sind das Eindringen der Armee in Gesundheitseinrichtungen, verbunden mit dem Risiko, das damit verknüpft sein kann, und die Vorstellung, dass auch Angriffe Zivilisten und zivile Objekte schädigen, nur weil sie in der Nähe sind. Wir haben viele Fälle von Plünderung und Diebstahl, das heißt Plünderung von Einrichtungen und interne Materialdiebstähle. Ein weiteres Problem, mit dem wir ebenfalls konfrontiert sind, ist die Verzögerung, mit der wir die Verwundeten und Kranken durch die Kontrollpunkte transportieren müssen und es somit unmöglich ist, rechtzeitig anzukommen, wobei jeder von ihnen eine andere Motivation hat und jeder in einem anderen Kontext steht. Das IKRK versucht deshalb, diese Lösungen zum Verständnis des jeweiligen Problems zuzuschneiden.

Eine zweite Frage von Ihnen bezog sich auf das Gesundheitspersonal in der DRK. Wir arbeiten seit mehr als 30 Jahren in der Demokratischen Republik Kongo und stellen fest, dass alles, was mit Gesundheitspersonal und der Demokratischen Republik Kongo zu tun hat, vor allem in den sich heute im Konflikt befindlichen Gebieten in einer desolaten Situation resultiert. Manchmal mangelt es an Motivation. Seine Zahl nimmt ab, nicht nur in der Demokratischen Republik Kongo, sondern weltweit, und die Statistiken zeigen, dass wir im Jahr 2030 eine sehr, sehr große Lücke an medizinischem Personal haben werden. Und diese Angriffe auf die medizinischen Missionen tragen nicht gerade zur Verbesserung ihrer Situation bei. Wir sehen, dass diese Angriffe nicht aufhören, aber es fehlt generell an Verständnis und Sensibilität dafür und der Gedanke, die Menschen zu motivieren, in den Beruf einzusteigen und Teil des Gesundheitspersonals zu werden, ist in Anbetracht der Gesamtsituation nicht unbedingt ermutigend. Wir arbeiten mit ihnen Hand in Hand, aber wir wissen, dass die Zahl der Arbeitskräfte in der Demokratischen Republik Kongo abnimmt, und ich denke, das hat seine Gründe, denn sie wissen, dass sie nicht in einem geschützten Umfeld handeln und medizinische Versorgung leisten können.

Ralf Südhoff (CHA): Vielen Dank, Herr Karamba Diaby, für die interessanten Fragen. Stichwort Kamerun, dass Ihnen am Herzen liegt. Eine Situation, wo wir ganz ähnliche Trends auch in einem einzelnen Land sehen, wie wir sie zuvor beschrieben haben. Dutzende von Angriffen allein im vergangenen Jahr auf Gesundheitseinrichtungen. Die Kollegen von

Ärzte ohne Grenzen, das Krankenhaus wurde Anfang vergangenen Jahres gezielt attackiert. Ambulanzen von den Kollegen werden immer wieder attackiert und offenkundig bewusst versucht, den Spielraum für Akteure im Gesundheitsbereich einzuschränken, teils diese auch zu verhaften und zu drangsalieren, wenn die Hilfe nicht opportun erscheint. Zu Ihrer zweiten Frage – die multilaterale Ebene ist natürlich ganz entscheidend, gerade auch für einen Akteur wie die Bundesregierung aus unserer Sicht ganz entscheidend. Das wurde, glaube ich, auch durchaus erkannt und wird auch versucht und gespielt. Die Erfolge kann ich Ihnen an einem Beispiel schildern, sind insofern begrenzt, wenn Sie mit gewissen Ressourcen nur und einem gewissen Einsatz in solche Lobbymaßnahmen, wenn ich es so nennen darf, oder politische Maßnahmen investieren können. Ein prominentes Beispiel, als Deutschland im UN-Sicherheitsrat in New York saß zum letzten Mal und unter anderem mit den Kollegen und Kolleginnen aus Frankreich den sogenannten Call for Action lanciert hat im Rahmen einer gemeinsamen Präsidentschaft, wurde das sehr anerkannt. Das war ein sehr wichtiger Versuch, dieser Call for Action. Da ging es auch um den Schutz humanitärer Helferinnen und Helfer auch im Medizinischen, auch im Gesundheitsbereich. Da ging es auch um mehr Aufmerksamkeit und Maßnahmen einzuleiten. Das wurde damals auch anerkannt. Wir haben im vergangenen Jahr Interviews gemacht unter anderem in New York, wie nachhaltig das war und andere Initiativen. Das Feedback war, ein sehr aufrichtiges, ein sehr prinzipienorientiertes Engagement von deutscher Seite, aber gleichzeitig ein nicht sehr strategisch erscheinendes, weil das Follow-Up dann fehlt, weil manche Kolleginnen und Kollegen, die damals schon da waren, sich nicht mehr an die Initiative erinnern konnten. Sie wurde dann ja auch nicht von so vielen Staaten unterzeichnet wie erhofft. Hier zeigt sich, glaube ich, das liegt nicht an mangelndem Willen und schon gar nicht am mangelnden Engagement der Kolleginnen und Kollegen, aber es mangelt an einer Strategiefähigkeit, die auch auf anderen Ebenen in der Außenpolitik bemängelt wird. Sie hat aus unserer Sicht auch sehr direkt etwas mit Ressourcen zu tun.

Der Vorsitzende: Vielen Dank. Theoretisch würde jetzt das Fragerecht an die CDU/CSU-Bundestagsfraktion gehen. Die sind zu TOP 2 nicht anwesend hier im Saal oder online. Deswegen sollte auch jeder für sich beurteilen, wieso und weshalb das so ist,



würde das Fragerecht jetzt an die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gehen. Johannes Wagner.

Johannes Wagner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte zwei kurze Fragen. Zuerst einmal an Frau Dr. Serafini. Herr Südhoff hat ausgeführt, dass er beobachtet hat, dass Hilfe oft als westlich gesehen wird und deswegen teilweise internationale Hilfsorganisationen, die auch wie medizinische Hilfe zu Zielen von Attacken geworden sind, gerade weil sie als westlich gelesen werden. Dass das vermehrt auftritt, so habe ich ihn verstanden. Da würde ich gerne ihre Einschätzung dazu hören. Sie haben ja auch als Organisation viele Jahrzehnte Erfahrung in Krisen und Konflikten. Ist das etwas, was sie auch beobachten und bestätigen können, diesen Trend? Meine Anschlussfrage wäre dann ebenso an Herrn Südhoff. Er hat ja zwei Forderungen an die Politik gestellt, an uns Abgeordnete, die wir in diesem, aber auch in den nächsten Jahren einbringen sollen. Einmal die humanitäre Diplomatie vor allem durch Finanzressourcen stärken, aber auch, was auch mit Finanzen zu tun hat, die Glaubwürdigkeit im internationalen Raum in der Entwicklungszusammenarbeit zu erhöhen. Haben Sie auch konkrete Forderungen an deutsche Abgeordnete, die Sie mir und uns mitgeben möchten für unsere Arbeit? Vielen Dank.

Dr. Micaela Serafini (IKRK): Nochmals vielen Dank; Maßnahmen des Westens werden Angriffsziele. Wir im IKRK haben das Privileg, zu einer sehr großen Bewegung mit 191 nationalen Gesellschaften zu gehören. Wir arbeiten im Allgemeinen über nationale Gesellschaften und mit nationalen Gesellschaften. Und dieser wahrgenommene westliche Aspekt ist beim IKRK nicht unbedingt so ausgeprägt. Sie sind die, die für die Gesundheit sorgen, vor allem die Mitarbeiter der nationalen Gesellschaft, die den lokalen Gemeinschaften sehr viel näherstehen und ihre Bedürfnisse in der Praxis viel besser verstehen als wir es je können. Was wir also im Allgemeinen tun, ist die Kanalisierung oder Zusammenführung der Hilfe, die von den nationalen Gesellschaften kommt. Wenn keine nationalen Gesellschaften vor Ort sind oder wenn sie nicht in der Lage sind, direkte Maßnahmen zu ergreifen, bieten wir sie an. Leider habe ich keine Statistiken, die mir mit großer Sicherheit sagen können, dass wir als westliche Organisation angegriffen werden, aber ich verstehe diese Sorge. Der zweite Punkt ist sehr interessant, denn er ist mit der Frage, was wir als IKRK von den Mitgliedstaaten verlangen können, verbunden. Ich werde versuchen,

einige Aspekte kurz zusammenzufassen. Die erste Frage, die ich den Staaten stellen möchte, betrifft die Idee der Zusammenarbeit zwischen den Ministerien – in diesem Fall natürlich dem Außen- und dem Gesundheitsministerium, dem Verteidigungs- und dem Innenministerium – und den Zivilgesellschaften, die die Beschäftigten des Gesundheitswesens vertreten, und den Gesundheitsministerien, die eine besondere Legitimation für die Bemühungen und die Probleme haben. Nur wenn wir übergreifend arbeiten, können wir uns viel besser vorbereiten und widerstandsfähiger werden, wenn es um das Gesundheitssystem an sich geht. Das ist also der erste Akt oder die erste Bitte. Der zweite Punkt hat viel mit der nationalen Gesetzgebung zu tun, um die Angleichung an die einschlägigen internationalen Rahmenwerke und die Einbeziehung dieser Expertenempfehlungen in diese zu gewährleisten. Wie ich bereits in meinem ersten Beitrag sagte, geht es auch um die Idee konkreter Programme mit konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Bereitschaft und Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme, zur Verringerung gewaltsamer Zwischenfälle und zur Verbesserung der Sicherheit des Gesundheitspersonals. Ich denke, dass die Förderung der weltweiten Achtung des humanitären Völkerrechts eine Selbstverständlichkeit für das IKRK ist, und das wäre mein letzter Punkt für Sie. Ich danke Ihnen.

Knut Gerschau (FDP): In den Charts habe ich gesehen, dass für Deutschland weniger Mitarbeiter für mehr Mittel zur Verfügung stehen. Ich habe dieses Chart noch nicht ganz verstanden. Können Sie das nochmal aufzeigen? Was bedeutet das eigentlich? Heißt das, dass man dann mehr Verantwortung hat auf eine Person verteilt und was sind die Risiken?

Ralf Südhoff (CHA): Die Tabelle ist ja auch nicht unkompliziert. Ich weiß nicht, ob Sie es alle vor Augen noch haben. Das Chart stellt gegenüber, wie viel Mitarbeitende Gebernationen wie Deutschland, Schweden im Vergleich zu Großbritannien oder auch die USA haben. Wie viel finanzielle Verantwortung hat einer dieser Mitarbeitenden im Auswärtigen Amt für den Einsatz dieser Mittel? Es macht ja wenig Sinn, eine Geberregierung wie Schweden oder Albanien mit Deutschland personell zu vergleichen, weil man immer sagen würde, dass Deutschland als sehr große Gebernation mehr Personal hat. Aber wie ist das proportional eigentlich einzuschätzen im Vergleich zu dem, was Deutschland dankenswerterweise leistet in



dem Bereich? Da können Sie die Proportionen ablesen in der letzten genannten Spalte. Da ist übrigens durch den Anstieg der humanitären Hilfe schon seit 2020 sogar noch deutlicher das Missverhältnis. Rund 28 Millionen Euro musste ein Mitarbeitender im Auswärtigen Amt verantworten und in Programme investieren und gleichzeitig auch in politischen Fragen wie Schutz auch von humanitären Helfern von humanitärer Diplomatie usw. begleiten, während der Personalschlüssel in Schweden beispielsweise dreimal besser war, weil es jetzt finanziell betrachtet 9 Millionen Euro waren. Noch besser in den USA, ähnlich gut in Großbritannien. Die Europäische Kommission, die vielfach gerne kritisiert wird für zu viel Personal, hat aber in dem Bereich beispielsweise auch den großen Vorteil von dezentralen Strukturen. Sie hat in vielen Ländern, in vielen Botschaften Mitarbeitende, die ganz viel Know-how einbringen können in ihre Arbeit, was auch von den deutschen Kolleginnen und Kollegen geschätzt wird. Das erklärt diese Tabelle beispielhaft an diesem Missverhältnis, dass der Personalaufwuchs in keiner Weise angemessen Schritt gehalten hat mit dem finanziell wichtigen Aufwuchs. Dort hat Deutschland seine Rolle als humanitärer Akteur wieder normalisiert und auf ein Niveau angehoben, wie es für seine wirtschaftliche Größe eigentlich seit vielen Jahren angemessen war. Früher war Deutschland schon immer ein großer entwicklungspolitischer Geber, aber ein sehr kleiner humanitärer Geber. Das hat man dankenswerterweise und beeindruckender Weise angeglichen in den letzten Jahren, aber man hat es personell nicht angemessen begleitet. Das zeigt sich dann in vielen Politikfeldern wie der humanitären Diplomatie, wie Reformen zu einer lokaleren Hilfe, wie eine gezielte Förderung von Organisationen, die sehr gut in solchen Bereichen sind, beispielsweise in der Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen. Das fällt vielfach schwer und man muss dann vielfach große Summen an große Organisationen geben, einfach, um es überhaupt umsetzen zu können.

Der Vorsitzende: Ich würde gerne das mal jetzt als Delegierter und nicht als Vorsitzender ergänzen. Ist das nicht eher ein Hinweis, dass die deutsche humanitäre Diplomatie sehr effektiv ist, wenn man sagt, so und so viel Millionen verarbeitet ein Mitarbeiter oder Mitarbeiterin? Für mich ist das eher ein Zeichen von guter Effektivität in der humanitären Diplomatie in Deutschland, als dass wir zu wenig Personal haben.

Ralf Südhoff (CHA): Das wäre natürlich ein sehr valides Argument. Das wäre aber, wenn ich als Think Tanker mir das anschauere, zu überprüfen mit einer höheren Wirksamkeit der Hilfe gleichzeitig. Nun ist es aber so, und das darf ich sagen als ehemaliger UN-Mitarbeiter und weiterhin großer Unterstützer und Befürworter von alledem, was zum Beispiel das Welternährungsprogramm tut, die Motivation, so große Summen an UN-Organisationen zu geben, ist massiv gestiegen, auch anteilig. Die Beiträge an UN-Organisationen müssen erklärtermaßen oft als große Summen abfließen, weil sie auch sehr häufig sehr spät im Jahr bewilligt werden. Sie können nicht im November eines Jahres – oder wenn die Haushaltsbereinigungssitzung hoffentlich bald dazu führt, dass es neue Gelder nochmal gibt – können Sie nicht eine sehr große Summe an kleine NGOs und schon gar nicht an lokale Hilfsorganisationen geben, weil Sie den 31. Dezember als Deadline haben. Es werden dann sehr große Summen an UN-Organisationen gegeben, die – und das war gängige Praxis von uns auch früher – die sie dann sehr schnell verrechnen und noch einsetzen können im laufenden Finanzjahr. Das heißt nicht, dass die schlechte Arbeit machen, verstehen Sie mich nicht falsch. Das Kriterium, so große Summen über einen Pledge zu geben, ist, dass man eben mit sehr wenig Personal dann ganz große Summen einsetzen muss und nicht unbedingt eine kompetente Entscheidung zu treffen. Zumal man in den Botschaften vor Ort eben auch tatsächlich nicht wirklich an den Krisen nahe dran ist.

Der Vorsitzende: Ich glaube, da sind wir uns in einem Punkt einig. Eigentlich gehören noch mehr Daten dazu, um das besser zu beurteilen als nur dieser Parameter allein. Das ist, glaube ich, sehr klar geworden in den Diskussionen. Jetzt bin ich wieder Vorsitzender und würde jetzt das Fragerecht an die AfD weitergeben, an Herrn Dietz.

Thomas Dietz (AfD): Von mir nochmal eine Anmerkung, bzw. eine Frage zu diesem Thema. Mich hat das sehr entsetzt, dass gerade die Übergriffe auf Hilfsorganisationen in bewaffneten Konflikten mehr geworden sind. Ich komme ja aus der DDR und war damals Verweigerer der Waffe. Ich habe also den Armeedienst der DDR verweigert und komme eher aus der pazifistischen Ecke. Ich bin wirklich entsetzt, dass gerade in den 2010er und 2020er Jahren unseres Jahrhunderts, wo man eigentlich denkt, dass alles besser wird, dass alles fortschrittlicher wird, dass es so eine Brutalität gibt. Es gibt ja auch die Regeln,



die damals im 20. Jahrhundert für Kriege aufgestellt wurden, wo man gesagt hat, dass humanitäre Organisationen, das Rote Kreuz oder ähnliche Organisationen müssen geschützt werden. Es gibt dann Regeln in dem Krieg, obwohl Krieg immer das Brutalste ist überhaupt. Gibt es da eine Analyse, warum gerade jetzt in unserem Jahrhundert diese Übergriffe so drastisch zunehmen? Warum passiert das gerade jetzt?

Ralf Südhoff (CHA): Ich hatte versucht, hier einige Ursachen zu benennen, über eine mangelnde Akzeptanz von humanitärer Hilfe und auch ihre Neutralität. Offengestanden einer der Trends, die dazu beitragen ist, die humanitäre Hilfe auch zunehmend als ein politisches Instrument zu betrachten. Wenn ich die humanitäre Hilfe beispielsweise dann nur legitimierte, wenn sie auch einen nationalen Nutzen beispielsweise in der Migrationsabwehr und in der Fluchtursachenbekämpfung hat, dann wird sie natürlich sehr schnell auch mit einem politischen Label verbunden, was dann teils vor Ort auch zu mangelnder Akzeptanz führt. Das lässt sich auch auf andere Fragestellungen übertragen. Wenn die humanitäre Hilfe nicht mehr, der medizinische Bereich ist da ja ein Paradebeispiel, nicht mehr als ein Gebot von Hilfe ohne Ansehen der Person, ohne zu fragen, zu welcher Fraktion, zu welcher Partei gehört ein Opfer und nutzt es mir was, diesem Opfer zu helfen oder schadet es mir eher. Wenn ich solche Fragen relevant mache für medizinische Hilfe wie auch humanitäre Hilfe, wird ihre Akzeptanz insgesamt in Frage gestellt, gerade wenn wir von Konflikten und Kriegsgebieten sprechen. Deswegen ist es, glaube ich, auch eine Frage der Rhetorik und der Legitimierung von humanitärer Hilfe, wo ich auch an die Verantwortung aller im Bundestag appellieren würde.

Der Vorsitzende: Da die CDU/CSU-Fraktion abwesend ist, gönne ich der SPD-Fraktion eine zusätzliche Frage.

Jürgen Coße (SPD): Ich will eine Bemerkung machen. Ich finde erst mal gut, dass wir in diesem Unterausschuss Globale Gesundheit uns mit der Frage beschäftigen, weil das gehört mit dazu. Ich finde es auch ein bisschen unverständlich, wenn dann gewisse Leute, gewisse Parteien nicht anwesend sind und dieses Thema ernst nehmen. Ich stimme Ihnen zu, was sie gerade gesagt haben, humanitäre Hilfe darf und kann nie ein Kopplungsgeschäft sein. Das ist brandgefährlich, nicht nur für die Akzeptanz.

Den Begriff „humanitäre Diplomatie“ sollten wir vielleicht so häufig wiederholen, dass viele andere Leute auch mit dem Begriff was anfangen können. Die humanitäre Diplomatie ist dann zu Ende, wenn es keine Konflikte mehr gibt. Unsere Aufgabe muss es sein, vor die Konflikte zu kommen und zu versuchen, die Konflikte in irgendeiner Form zu entschärfen. Humanitäre Katastrophen richten sich nicht nach Terminkalendern von uns und ich glaube, das ist auch nochmal eine Schwierigkeit, die Hilfe muss schnell da sein und zielgerichtet da sein. Vielleicht können Sie da auch nochmal ein Stück näher etwas zu sagen. Zum Internationalen Roten Kreuz, weil ich mir im Libanon die Arbeit mal angucken konnte. Die werden da übrigens bejubelt als Rotes Kreuz. Wir in Deutschland haben das Problem Rettungsgassen zu bilden, nur dass man da auch mal vielleicht so einen internationalen Blick darauf hat. Deswegen mein Kompliment an das Internationale Rote Kreuz. Ich weiß, wie schwierig die Arbeit ist und ich finde, wenn es das Internationale Rote Kreuz nicht gäbe, dann müsste man es erfinden. Vielleicht können Sie die angemerkten Fragen einfach nochmal kommentieren.

Ralf Südhoff (CHA): Die Herausforderung einer sehr schnellen Hilfe ist definitiv gegeben. Die habe ich jetzt noch nicht in den Kontext heute gestellt. Die wirft Fragen auf, von wie schnell kann man wie effektiv, wie lokal verankert und mit welchen Sicherheitsstandards Hilfe leisten. Das ist definitiv eine Herausforderung, aber ich würde die humanitären Akteurinnen und Akteure, die Hilfsorganisationen da nicht aus der Verantwortung nehmen wollen. Der Trend in der humanitären Hilfe und weshalb wir so einen massiven Anstieg an Hilfsbedarfen sehen, ist ja gerade, dass nicht diese onset emergencies, das klassische Erdbeben usw. das Problem sind, sondern die langen anhaltenden Konflikte, die lang anhaltenden Fluchtsituationen. Flüchtlinge sind im Schnitt mittlerweile 27 Jahre lang auf der Flucht, weil sie nicht nach Hause können, obwohl sie es meistens wollen. Die sogenannten protracted crises, also die lang anhaltenden Krisen, lang anhaltenden Konflikte sind das Problem. Da könnten wir alle ganz anders arbeiten, weil wir es ganz anders angehen könnten, weil es eben nicht darum geht, wir müssen jetzt 4 Wochen lang ganz schnell Erdbebenopfer retten und es danach nach rein praktischen Gesichtspunkten geht, sondern wir haben lange anhaltende Krisen, die man mit grundlegenden Reformen deutlich besser managen könnte, auch in dem Bereich und auch



zugunsten der Sicherheit beispielsweise von den lokalen Kolleginnen und Kollegen.

Dr. Micaela Serafini (IKRK): Sie haben den Fall Libanon erörtert oder genannt, wo das libanesische Rote Kreuz Hand in Hand mit uns gearbeitet hat, wo es so oder so einen langwierigen Konflikt in der Umgebung gibt, und wo wir wiederum versuchen, geduldig mit allen Konfliktparteien zusammenzuarbeiten, um praktische Normen zu erarbeiten und Verhaltensänderungen zu erreichen, sodass wir ein widerstandsfähiges System gegen Angriffe auf medizinische Einrichtungen aufbauen können. Es ist deshalb wichtig, dass wir versuchen, diese sehr wichtige Arbeit, die wir mit allen Konfliktparteien leisten, hervorzuheben, um wiederum zu versuchen, solche Taten zu verhindern und zu reagieren, wenn diese Taten doch geschehen. Und ein großer Teil der Arbeit geht Hand in Hand mit unserer nationalen Gesellschaft, mit unseren nationalen Gesellschaften, aber vor allem auch durch sie und mit uns für die Konfliktparteien. Deshalb wollte ich diese sehr wichtige Arbeit, die wir leisten, hervorheben. Ich danke Ihnen vielmals.

Tagesordnungspunkt 3

Verschiedenes

Der Vorsitzende: Ich bedanke mich auch für die Zeitdisziplin, die wir alle eingehalten haben. Ich mache jetzt mit TOP 3 weiter, mit dem Punkt Verschiedenes. Unsere nächste Sitzung findet, wie bereits erwähnt, am 16. Oktober statt. Dann steht die Agenda 2030 und Europa als Akteur der Globalen Gesundheit auf unserer Tagesordnung. Im Anschluss an die Sitzung laden wir Sie zu einem kleinen Empfang mit internationalen Gästen ein. Ich bitte Sie, dies bei Ihrer Zeitplanung zu berücksichtigen. Zudem möchte ich auf die Einladung von UNITE zu einem gemeinsamen Abendessen im Anschluss unserer Sitzung am Montag, dem 16. Oktober um 19.30 Uhr im Bundestag aufmerksam machen. Daran werden unter anderem auch internationale Parlamentarierinnen und Parlamentarier sowie Vertreterinnen und Vertreter von internationalen Gesundheitsorganisationen wie UNAIDS, Global Fund und Unitaid anwesend sein. Am Folgetag wird es eine Konferenz zum UN High Level Meeting geben, zu dem Sie ebenfalls herzlich eingeladen sind.

Schluss der Sitzung: 18.48 Uhr

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB
Vorsitzender