



Kurzprotokoll der 19. Sitzung

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 19. Februar 2024, 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 17

**Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit und zur
gesundheitlichen Versorgung in Gaza**

Selbstbefassung S-20(14-1)46

Tagesordnungspunkt 2

Seite 4

a) **Die Auswirkungen der Klimakrise auf die mentale Gesundheit
(nationale Perspektive)**

Selbstbefassung S-20(14-1)47



Nur zur dienstlichen Verwendung

- b) **Die Auswirkungen der Klimakrise auf die mentale Gesundheit (globale Perspektive)**
Selbstbefassung S-20(14-1)48



Nur zur dienstlichen Verwendung

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Nur zur dienstlichen Verwendung

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 | Holtz, Ottmar von Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes | Grau, Dr. Armin Grützmacher, Sabine Schauws, Ulle |
| FDP | Gerschau, Knut Ullmann, Dr. Andrew | Helling-Plahr, Katrin Mansmann, Till |
| AfD | Dietz, Thomas Schneider, Jörg | Baum, Dr. Christina Rinck, Frank |



Nur zur dienstlichen Verwendung

Beginn der Sitzung: 17:00 Uhr

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP), begrüßt die Anwesenden zur 19. Sitzung des Unterausschusses.

Der Unterausschuss beschließt einvernehmlich, zu TOP 2 a) und b) öffentlich zu tagen.

Der **Vorsitzende** berichtet zu der Delegationsreise nach Südafrika und Ruanda im Januar 2024 und führt aus, dass das wesentliche Thema die Impfstoff- und Arzneimittelentwicklung gewesen sei. Beide Länder machten gute Fortschritte, was mit Blick auf zukünftige Pandemien sowie die Versorgung der Bevölkerung auf dem afrikanischen Kontinent mit Impfstoffen und Arzneimitteln von großer Bedeutung sei. Es habe die Möglichkeit gegeben, sich mit dem Entdecker der Omikron-Variante und Träger des Deutschen Afrika-Preises, Professor De Oliveira, auszutauschen. In Kigali, der Hauptstadt Ruandas, sei eine hochmoderne Produktionsstätte von mRNA-basierten Arzneimitteln und Produktionskandidaten und -kandidatinnen durch BioNTech aufgebaut worden. Dabei habe man sich einen Vortrag im Besucherzentrum angehört, leider sei es jedoch aus Angst vor Industriespionage nicht möglich gewesen, die Baustelle selbst zu besuchen. In Stellenbosch habe sich die Delegation die Laboratorien des Universitätskrankenhauses angesehen und vor Ort mit Mitarbeitenden ausgetauscht. Im Rahmen zahlreicher Gespräche zu der Gesundheitsversorgung in beiden Ländern mit Vertretern und Vertreterinnen der Regierung und des Parlaments sowie Leistungserbringenden und Forschenden sei deutlich geworden, dass insbesondere Ruanda in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht habe und dabei innovative neue Wege gegangen sei. Des Weiteren habe es unter anderem die Gelegenheit gegeben, das amerikanische Unternehmen „Zipline“ in Ruanda zu besuchen, welches mithilfe von Drohnen Medikamente und Blutkonserven auch in entlegene Teile des Landes befördere, was die Lieferzeiten drastisch reduziere und damit die Versorgungssicherheit insbesondere mit Blutprodukten stärke.

Tagesordnungspunkt 2

a) Die Auswirkungen der Klimakrise auf die mentale Gesundheit (nationale Perspektive)

Selbstbefassung S-20(14-1)47

Der **Vorsitzende**: Meine Damen und Herren, nun kommen wir zu Punkt 2 a), den Auswirkungen der Klimakrise auf die mentale Gesundheit, und konzentrieren uns auf die nationale Perspektive. Die Klimakrise wirkt sich nicht nur auf die körperliche, sondern auch die psychische Gesundheit aus. Naturkatastrophen, Hitzewellen oder Luftverschmutzung können die Psyche belasten und das Risiko psychischer Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen erhöhen. Heute wollen wir uns mit dem Forschungsstand zu diesem Thema und möglichen Gegenmaßnahmen befassen.

Paul Zubeil (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)): Klimawandel gilt als eine der größten Bedrohungen für die menschliche Gesundheit und das Wohlbefinden. Er wirkt sich direkt und indirekt auch auf die menschliche Psyche aus. Naturkatastrophen und Extremwetterereignisse wie Hitze und Brände, aber auch Infektionskrankheiten haben in den letzten Jahrzehnten weltweit aufgrund des Klimawandels zugenommen, was in der Folge psychosoziale Stressoren darstellen. Auch kann die Auseinandersetzung mit der Klimakrise starke negative Emotionen wie Stress, Angst oder Hilflosigkeit auslösen. Klimaangst oder die sogenannte Solastalgia, die Trauer um den Verlust des eigenen Lebensraums, sind neu beschriebene psychische Symptome angesichts der existenziellen Bedrohungen durch die Klimakrise. Die indirekten Folgen des Klimawandels wie Nahrungsmittelknappheit oder ökonomische Krisen, gewaltvolle Konflikte, wie wir sie derzeit erleben, oder unfreiwillige Migrationen stellen zusätzlich massive psychische Risiko- und Belastungsfaktoren dar. Zu den nationalen und internationalen Herausforderungen: Für Deutschland steht bei den nationalen Herausforderungen besonders die Belastung der psychischen Gesundheit infolge der klimawandelbedingten Naturkatastrophen und Extremwetterer-



Nur zur dienstlichen Verwendung

eignisse sowie die zunehmende Hitzebelastung im Mittelpunkt. Die Inanspruchnahme von psychiatrischen Notdiensten sowie das Risiko für psychotische Erkrankungen steigt in den Hitzeperioden stark an. Besonders, und hier möchte ich den Fokus darauflegen, müssen wir auf die vulnerablen Menschen schauen, wie ältere, Kinder und auch auf Personen mit psychischen Vorerkrankungen, die überdurchschnittlich gefährdet sind. Neben alten Menschen haben aber auch Menschen mit substanzbezogenen Süchten und organischen psychischen Störungen, wie z. B. Demenzerkrankungen, das höchste hitzebedingte Mortalitätsrisiko. Bei Patientinnen und Patienten mit demenzieller Erkrankung, bipolarer Störung oder Schizophrenie lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erhöhung der mittleren Tagestemperatur und dem Anstieg der Mortalität beobachten. Psychopharmaka, wie z. B. auch Antipsychotika oder Antidepressiva, können bei Hitze zu einer Hemmung der zentralen Temperaturregulierung führen. Dadurch kann es wiederum zu verringertem Schwitzen, Kognitionseinschränkungen, Blutdruckabfällen und Blutdruckrisiken kommen. Die Auswirkung des Klimawandels auf die psychische Gesundheit kann neben der Begrenzung des Klimawandels durch Prävention und Anpassung begegnet werden und deswegen ist mir wichtig, heute über den Hitzeschutzplan für Gesundheit zu sprechen. Wichtige Präventionsmaßnahmen sind die bevölkerungsweite Aufklärung und die Förderung klimaschützender und gesundheitsfördernder Lebensweisen und wichtige Anpassungsmaßnahmen sind z. B. die Stärkung der klimaresilienten Versorgung. Vor diesem Hintergrund hat das BMG im Sommer 2023 den Hitzeschutzplan für Gesundheit auf den Weg gebracht, damit auf die durch den Klimawandel immer wahrscheinlicher werdenden Hitzeperioden reagiert werden kann und somit auch die Bevölkerung für kommende intensivere, häufigere und längere Hitzeperioden noch besser aufzustellen, als das bisher der Fall war. Hitze beeinflusst nicht nur das Krankheitsgeschehen, sondern führt auch zu Todesfällen. Das bisherige Engagement aller Ebenen (Bund, Länder und Kommunen, Zivilgesellschaft und Bevölkerung) muss daher weiter gestärkt und verbessert werden. Beim Hitzeschutzplan liegt der Fokus u. a. besonders auf den vulnerablen Bevölkerungsgruppen, wie Menschen mit psychischen Vorerkrankungen, die ein höheres Risiko haben, belastet zu werden durch

Hitzeperioden und auch weitergehenden Schutz benötigen als andere. Der Hitzeschutzplan für Gesundheit adressiert auch die Stärkung der klimaresilienten Versorgung, z. B. die Ansprache vulnerabler Patientengruppen über die hausärztlichen Praxen. Dabei sollen auch die seelischen Belastungen bzw. die psychischen Erkrankungen in Zusammenhang mit Hitze in den Blick genommen werden. Alle relevanten Verbände werden einbezogen. Dabei bereiten sich auch die Praxen auf Hitzeperioden vor, so hat z. B. die Bundespsychotherapeutenkammer für psychotherapeutische Praxen einen Muster-Hitzeschutzplan veröffentlicht. Zur Forschungsbeauftragung über das BMUV (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz) und das UBA (Umweltbundesamt): Hier läuft aktuell im Auftrag des BMUV und des UBA ein Forschungsvorhaben, das sich mit den mentalen Auswirkungen des Klimawandels und die Bereitschaft zur Anpassung beschäftigt. In diesem Vorhaben werden Daten zur Risikowahrnehmung, den psychischen Folgen des Klimawandels, der Vulnerabilität verschiedener Personengruppen zum Anpassungsverhalten sowie Ansätze zur Steigerung der psychischen Resilienz erhoben. Hierzu wurde eine Literaturrecherche, aber auch eine repräsentative Online-Befragung mit ca. 1 300 Personen durchgeführt. Ziel des ganzen Vorhabens ist die Erstellung eines Resilienzleitfadens zu entwickeln, der auf Grundlage der erhobenen Daten sowie der aktuell laufenden Interviews mit den Expertinnen und Experten erstellt wird. Auftragnehmer ist das Institut für ökologische Wirtschaftsforschung Berlin in Kooperation mit Prof. Dr. Reese (Professor für Umweltpsychologie Universität Koblenz-Landau) und Kantar Public.

Auf der internationalen Ebene möchte ich noch kurz zwei Punkte anmerken. In Zusammenarbeit mit unseren internationalen Partnern, hier insbesondere auf der Ebene der UN (Vereinten Nationen) bzw. der WHO (Weltgesundheitsorganisation), wird der Zusammenhang von Klimawandel und psychischer Gesundheit ebenfalls weiter verstärkt adressiert. Letztes Beispiel, auf der Weltklimakonferenz 2023, der COP28, fand erstmals ein Gesundheitstag statt. Die hierzu erarbeitende Deklaration fordert dabei u. a. dazu auf, auch die Folgen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit und das soziale Wohlbefinden mit in den Blick zu nehmen und auch entsprechende Gegenmaßnahmen anzu-



Nur zur dienstlichen Verwendung

leiten. Auch in der zeitlichen Abstimmung befindlichen WHO-Resolutionen zu Climate Change and Health wird der Nexus von Klimawandel und psychischer Gesundheit berücksichtigt. Deswegen freue ich mich, dass die WHO, für die das BMG federführend verantwortlich ist und mit der wir sehr eng zusammenarbeiten, heute vertreten wird von Frau Dr. Dévora Kestel, um aus erster Hand zu erfahren, wie es um die weltweite Entwicklung in dieser Angelegenheit steht.

Zum Schluss noch drei zentrale Punkte: Erstens, das BMG hat die Belastung der psychischen Gesundheit und den Klimawandel erkannt und geht die damit verbundenen Herausforderungen national sehr proaktiv an, z. B. mit der Beauftragung des RKI (Robert Koch-Institut) zur Erstellung eines Sachstandsberichts Klimawandel und Gesundheit im letzten Jahr. Zweiter Punkt, auf der nationalen Ebene stehen wir mit den verschiedenen Akteuren und Akteurinnen im engen Austausch, um trotz der noch dünnen Evidenzlage bereits die Versorgung mit Blick auf klimabedingte psychische Erkrankungen zu stärken, wie beispielsweise mit dem Hitzeschutzplan, zu dem ich gerade gesprochen habe. Drittens, der letzte Punkt, auf der internationalen Ebene engagiert sich das BMG stark im Nexus Klima und Gesundheit und wir achten besonders darauf, dass psychische Gesundheit auch eine wichtige Rolle spielen wird, denn wir können von ausländischen Erfahrungen viel lernen. Heute erleben wir in Deutschland bereits extreme Hitze, auch wenn derzeit Wasserknappheit oder Nahrungsmittelunsicherheit noch nicht bei uns angekommen sind.

Lea Dohm (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG)): Die Klimakrise schadet der psychischen Gesundheit, Tendenz steigend, weil die Klimakrise voranschreitet, und zwar auf unterschiedlicher Art und Weise. Eine direkte psychische Folge der Klimakrise ist z. B., wenn wegen des Ahrtal-Hochwassers jemand eine Traumatisierung erlebt. Größer und undurchschaubarer werden dann die indirekten Folgen. Da sind z. B. die psychischen Folgen durch zerstörten Wohnraum, durch zerstörte Infrastruktur oder wenn beispielsweise ein Kindergarten zerstört ist und die Kinder nicht mehr in die Betreuungseinrichtung gehen können und dadurch Familien belastet werden. Das haben wir in der Corona-Zeit auch feststellen dürfen. Flucht hat unglaubliche psychische Folgen

und auch die innere Auseinandersetzung kann zu einer psychischen Belastung führen. Da ergeben sich die psychischen Folgen auf unterschiedlichen Wegen, individuell und sozial. Es gibt eine klare Forschungslage, die sagt, dass z. B. gesellschaftliche Segmentierungsprozesse, gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit, Konflikte und kriegerische Auseinandersetzungen zunehmen mit voranschreitender Klimakrise, diese wiederum mit psychischen Folgen. Es ist im Grunde auch schon bekannt, was dagegen getan werden könnte. Ich würde mir wünschen, dass wir das auch tun, um das so gut abzumildern, wie es nur geht. Was gut für Sie zu wissen ist, weil es hier auch Deutschland betrifft, ist die BKK (Betriebskrankenkasse)-Studie, die sich das Hochwasser in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz genauer angeschaut hat und da eine enorme Zunahme von Schlafstörungen, Stress und Traumatisierung als direkte Folge des Hochwassers verzeichnen konnte. Da wurden die Daten der Versicherten genommen, es war keine Eigenbefragung, und was ganz interessant ist und was auch wiederum die indirekten Folgen verdeutlicht, die nochmal größer sind, ist, dass viele Folgen sich erst nach sechs Monaten gezeigt haben, nämlich in Form von posttraumatischen Belastungsstörungen, Ängsten, Depressionen sowie emotionalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ich hatte bis vor zwei Jahren selbst eine Praxis für Psychotherapie. Ich kann Ihnen aus Erfahrung sagen, dass man eine Traumatisierung nicht mit fünf Sitzungen wegtherapieren kann, sondern dass das schwere Folgeschäden sind für die psychische Gesundheit. Die BKK hat in dieser Studie davon gesprochen, dass ein erheblicher psychologischer und psychiatrischer Versorgungsbedarf infolge des Ahrtal-Hochwassers bestand. Es waren psychotherapeutische Sonderbedarfszulassungen nötig. Und weiterhin gibt es trotzdem erhebliche Versorgungsengpässe in der Region. Das kommt im großen Stil auf uns zu mit Extremwetterereignissen. Da sollten wir wachsam sein.

Was mir noch wichtig darzustellen ist, dass das einerseits enormes Leid für Betroffene und Angehörige bedeutet, aber auch eine extreme volkswirtschaftliche Belastung ist, weil psychische Erkrankungen oft mit langen Arbeitsausfällen einhergehen. Da gibt es hier z. B. vom DAK (Deutsche Angestellten-Krankenkasse)-Gesundheitsreport den Vorjahresvergleich von 2021 bis 2022, wie da die Fehlertage durch psychische Erkrankungen zuge-



Nur zur dienstlichen Verwendung

nommen haben. Vielen ist es vielleicht schon bekannt. Das sind Erkrankungen, die zu sehr langen Arbeitsausfallzeiten führen, sodass da auch ein entsprechender wirtschaftlicher Schaden die Folge ist.

Man kann sich dann noch das Problemfeld mit der psychischen Verarbeitung angucken. Dieses Balkendiagramm sieht kompliziert aus, aber der oberste Balken ist der Entscheidendste zum Verständnis. Die University of Bath hat die größte internationale Befragung zur Klimaangst durchgeführt und festgestellt – das ist der oberste graue Balken –, dass bei 45 Prozent der befragten jungen Erwachsenen zwischen 16 und 25 Jahren ein Impact on Functioning besteht, d. h., sie fühlen sich in ihrer Alltagsbewältigung dadurch beeinträchtigt, dass sie wissen, was da auf sie zukommt. Zumal Kinder und Jugendliche in der Lebenszeitperspektive noch mal mehr betroffen sind. Alles schlimm, kann man unterm Strich sagen.

Ich wollte aber gerne noch eine kleine konstruktive Wendung reinbringen, denn es ist so, dass die Psy-Berufe (Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie) auf einem Schatz sitzen, was die Bewältigung angeht. Dabei geht es vor allem um die Kommunikation von nötigen klimapolitischen Maßnahmen an die Bevölkerung: Was kann man machen, dass solche Maßnahmen auch von der Bevölkerung mitgetragen werden und nicht ausschließlich auf Reaktanz stoßen? Wir haben zudem gleichzeitig ein großes Problem, es ist verknüpft mit News Avoidance, der Vermeidung von Nachrichten zu Extremwetterereignissen. Das frustriert die Leute, die haben keine Lust darauf und denken, was kann ich schon machen. Auch dazu gibt es psychologische Hinweise, wie man dem entgegenwirken könnte, wäre auch politisch hochinteressant. Mit psychischer Gesundheit und politischer Partizipation kennen wir uns aus.

Was aus meiner Sicht auch noch entscheidend ist, ist, dass Prävention aufgewertet wird. Bei der Krankheitslast, die in psychischer Hinsicht auf uns zurollt, werden wir mehr auf Prävention setzen müssen zukünftig und können das nicht im Eins-zu-Eins-Setting behandeln. Wir brauchen zudem eine Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe, auch meiner eigenen, ich bin Psychotherapeutin, und wir wissen, dass Menschen diese Informationen gesünder verarbeiten können und sich eher mit diesen Themen weiter auseinandersetzen, wenn sie wirksame und machbare Hand-

lungsmöglichkeiten wahrnehmen. Das geht in der Regel über individuelle Konsumveränderungen hinaus, dann entsteht auch weniger Frust.

Abg. **Dr. Herbert Wollmann** (SPD): Sie haben eindrücklich dargestellt, wie sich das für Jugendliche und Kinder auswirkt in Bezug auf die Angst, die mit dem Klimawandel zusammenhängt. Auf der anderen Seite wundert man sich, dass gerade diese Altersgruppen zum Teil auch Zuspruch haben zu politischen Richtungen, die den Klimawandel eigentlich leugnen. Ist das eine Diskrepanz oder ist das die Folge dessen?

Abg. **Lea Dohm** (KLUG): Es ist aus psychotherapeutischer Sicht logisch. Wenn etwas viel Angst macht, dann möchten wir es am liebsten beiseiteschieben, und es geht heute noch viel zu einfach, das beiseiteschieben zu können. Mir bereitet das große Sorge bei Kindern und Jugendlichen, wie mit vermeintlich einfachen Lösungen geworben wird und diese aufgrund der hohen Angstsituation auf fruchtbaren Boden stoßen. Da sollten wir hinschauen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Zwei Fragen im Hinblick auf die reale Umsetzung der Grundsatzforderungen.

Herr Zubeil, Sie haben von der Herstellung von Klimaresilienz für die einzelnen betroffenen Bevölkerungsgruppen, vor allen Dingen für die vulnerablen Gruppen, gesprochen. Die CDU/CSU-Fraktion hat schon bei der Veröffentlichung des Klimaschutzplans gesagt, dass wir erst konkrete Empfehlungen brauchen, die dann für die einzelnen Bevölkerungsgruppen real umsetzbar und finanzierbar sind. Ich spreche z. B. von Kühlungs- und Verdunklungsmöglichkeiten der Räumlichkeiten oder der Anschaffung von klimaangepasster Kleidung. Ältere Menschen tragen häufig über das ganze Jahr hinweg immer dieselben nicht klimaverträglichen Kleidungsstücke. Das löst alles finanziellen Aufwand aus bzw. das sind teilweise Sachen, die gar nicht in ihrer Macht stehen, weil die Räumlichkeiten z. B. gemietet sind, sodass Veränderungsmöglichkeiten nicht machbar sind. Da wäre eine Frage: Rechnen wir in absehbarer Zeit mit einer Form von einem Umsetzungsplan, der dann möglicherweise auch bei Vermietern finanzielle Anreize für Umbaumaßnahmen und Ähnliches setzt?

Und Frau Dohm, Sie haben treffend davon gespro-



Nur zur dienstlichen Verwendung

chen, Prävention zu stärken. Wie muss ich mir eine mentale Präventionsmaßnahme vorstellen? Fließt das möglicherweise in den Unterricht ein? Werden, wie bei der Feuerwehr, Situationen trainiert, um sich dann in kritischen Situationen sicherer zu fühlen? Sind Abläufe, Kommunikationsmöglichkeiten, etc. dann geschult? Wie sähe das aus und an welcher Stelle setzt es an? Bereits schon im frühen Kindesalter oder auch im ehrenamtlichen Bereich über die Volkshochschule o.Ä.

Paul Zubeil (BMG): In der Tat ist der Hitzeschutzplan für Gesundheit, den wir im Jahr 2023 auf den Weg gebracht haben, ein kontinuierlicher Prozess. Es ist bei Weitem noch nicht abgeschlossen. Insofern ist die Frage auch völlig gerechtfertigt. Ende 2023 wurden die Erfahrungen aus dem Sommer 2023 unter Einbeziehung von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren ausgewertet und diese Ergebnisse werden in den gesundheitlichen Hitzeschutz für 2024 einfließen. Weiterhin tauscht sich das BMG, und Frau Dohm hat gerade angesprochen, wie wichtig es ist, auch z. B. mit Psychotherapeuten, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie aus. Zum konkreten Umsetzungsplan können wir etwas nachreichen. Wir befinden uns momentan im kontinuierlichen und weiterführenden Prozess. Es ist nicht allein vom BMG abhängig, was de facto umsetzungsfähig ist. Der Plan liegt auf dem Tisch und wir kommen gerne auf Sie zu, wenn Sie weitere Informationen dazu benötigen, wie Prävention konkret aussehen könnte. Einerseits haben Bildungseinrichtungen eine große zentrale Rolle. Dazu zählen alle Bildungseinrichtungen, die wir haben. Da müssen allerdings erstmal die Bildungsträger weitergebildet werden, weil die auch nicht wissen, wie man das gut angehen kann, zumindest nicht immer, nicht zuverlässig. Gleichzeitig wissen wir, dass Klimabildung dazu beitragen kann, dass es von dem oftmals noch eher abstrakt wahrgenommen naturwissenschaftlichen Problem mehr in die Lebenswelten getragen werden kann, sodass Menschen es verarbeiten und weiterentwickeln können in ihrem Handeln. Dann wäre präventiv entscheidend, die Gesundheitsberufe fortzubilden. In meiner Ausbildung z.B. war das noch kein Thema im Curriculum. Da muss es aufgenommen werden. Und da sagt die Forschungslandschaft das, was eine hohe präventive Wirkung hat, ist alles, was mit Gemeinschaftsför-

derung zu tun hat, sogenanntes Community Building, z. B. Kirchengemeinden, Vereine, Sportvereine, da, wo Menschen sich in ihren Lebenswelten aufhalten. Dass das mit der Klimakrise verknüpft wird, mag erstmal abstrakt klingen, ist aber naheliegend und führt dazu, dass Menschen gesünder bleiben und das Thema besser verarbeiten können und eher ins Handeln kommen. Es gibt viele Co-Benefits, wäre insofern doppelt wirksam, weil es dem Einsamkeitsproblem entgegenläuft. Wir haben in Deutschland auch ein großes Problem mit Einsamkeit.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Wir haben dieses Problem latent vor der Tür, aber wir haben auch in Europa Regionen, die sich schon etwas länger mit Fragestellungen von Hitze im täglichen Leben beschäftigen: Spanien, Italien, Portugal, Griechenland. Da sind bestimmte Lebensabläufe auch den klimatischen Verhältnissen angepasst worden, z. B. die berühmte Siesta, sprich früher mit den beruflichen Tätigkeiten beginnen und in der Mittagszeit eine Pause einlegen. Wir müssen unter Umständen schnell reagieren und wir haben in der Corona-Pandemie z. B. auch mit der Einführung von digitalen Medien und ähnlichem schnell reagiert. Besteht jetzt der Gedanke, dass man aus den Erfahrungen, die z. B. in südlichen Ländern schon seit längerem existieren, zu lernen und entsprechende Best-Practice-Beispiele zu übernehmen und empfehlen? Da gäbe es z. B. im Arbeitsrecht oder in den Arbeitsschutzvorschriften eine Möglichkeit das zu verankern, aber es müsste mit Evidenz unterlegt werden.

Paul Zubeil (BMG): Wir leisten uns als BMG den Global Health Hub Germany (GHHG) und das ist ein gutes Gremium, um auch gerne genau solche Fragen zu diskutieren. Zu dem Thema Klimakrise auf die mentale Gesundheit hat der GHHG zum Beispiel ein Papier entwickelt. Da werden verschiedene Aspekte dessen, was Sie angesprochen haben, beleuchtet. Insofern ist das in der Mache, wenn ich es so salopp sagen darf. Und es ist nicht so, dass wir ausgrenzen oder nicht versuchen von anderen zu lernen. Selbstverständlich gibt es andere Länder, gerade in den südlicheren Regionen, die mehr Erfahrung haben als wir.

Lea Dohm (KLUG): Wenn es um die Klimaanpassung geht, müssen wir aufpassen, weil wir aus der



Nur zur dienstlichen Verwendung

Wissenschaft inzwischen deutlich wissen, dass das Resilienzkonzept im Klimakontext im Grunde neu gedacht werden muss, da wir nicht auf reine Anpassung setzen können, weil es irgendwann begrenzt ist. Der Körper kann sich nicht unbegrenzt an Temperatur und Luftfeuchtigkeit usw. anpassen. Es gibt einen gewissen naturwissenschaftlichen Rahmen, in dem wir uns bewegen, sodass Resilienz und Anpassung im Klimakontext, wenn sie erfolgreich sein sollen, immer transformatorisches Handeln bedeutet. Und da stehen Sie aus meiner Sicht in der Politik unter erheblichem Druck, weil das innerhalb von kurzer Zeit geschehen muss und das nicht einfach ist. Anpassung geht nur zusammen mit Transformation, ansonsten werden wir uns nur begrenzt anpassen können.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage zum täglichen Leben, gerade bei Hitze. Sie hatten das Beispiel Hochwasser in den Folien aufgegriffen und den direkten und indirekten Folgen. Ich hatte letztens einen Artikel gelesen, aber ich wollte Sie um Ihre Expertise fragen, was Hitze mit Menschen im Alltag macht. Da ging es um Aggressionsraten, aber auch Selbstmordraten. Liegen Ihnen dazu Daten und Erkenntnisse vor, was Hitzewellen mit Gesellschaften machen, wenn wenige Tage tagsüber und auch nachts Temperaturen nicht abkühlen, vor allem in Großstädten, wo sich das noch mehr aufstaut?

Lea Dohm (KLUG): Hitze hat enorme psychische Folgen, individuell und sozial. Die Aggressivität nimmt zu, Konflikte nehmen zu, es kommt zu mehr Straftaten. Das kann man auch messen. Ab Tag drei von Hitzeperioden nimmt die Anzahl von Straftaten zu. Es kommt zu mehr psychiatrischen Einweisungen, zu mehr Suiziden, unsere Denkleistung nimmt ab und dann haben wir kognitive Einbußen in Hitzeperioden. Und dann gibt es noch eine entscheidende Erkenntnis: Das Erfurter Institut, was dazu forscht, hat herausgefunden, dass die Auswirkungen von Hitze auf die Gesundheit erstens generell unterschätzt werden, d. h. wir neigen dazu, als Menschen zu denken, dass wir wissen, wie wir uns bei Hitze verhalten müssen. Dann ziehe ich meine Jacke aus, so in etwa. Und zweitens, dass die nötigen Anpassungsmaßnahmen bei Hitze insbesondere von Risikogruppen unterschätzt werden, von älteren Menschen, von Betreuungspersonen, von Kindern und Jugendlichen, usw. Da müssen

wir nachsteuern. Das heißt, das Problem wird nicht ernst genommen. Die Menschen sterben, aber sehen nicht, wie gefährlich es ist. Das sagt die psychologische Forschung dazu.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Was auch relevant ist, um für Maßnahmen Akzeptanz zu schaffen, ist die volkswirtschaftliche Belastung, die dadurch entsteht. Sie hatten gesagt, die Krankheitstage aufgrund psychischer Belastungen nehmen zu. Können Extremwetterereignisse, gerade auch Hitzewellen, volkswirtschaftlichen Schaden anrichten, Stichwort Arbeitsunfähigkeit, oder ist das nicht zu ermessen bzw. gibt es keine Datenerhebungen, die so etwas messen bisher?

Lea Dohm (KLUG): Doch, tun sie, auch jetzt schon. Es gibt dazu Studien. Mir ist gerade eine Schweizer Studie bekannt, dass z. B. auch die Fehleranfälligkeit von Arbeitsabläufen unter Hitze zunimmt, dass mehr Arbeitsunfälle passieren und die Ausfallzeiten zunehmen. Und dann kann man sich vorstellen, dass, wenn die kognitiven Leistungen, sprich die Konzentrationsfähigkeit abnimmt, dass das auch Auswirkungen auf den Arbeitsablauf hat, die wir schwer messen können, aber die wir wahrscheinlich von uns selbst auch kennen. Unter Hitze können wir uns als Menschen schlechter konzentrieren. Das ist im Grunde trivial.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP): Sie hatten uns ein Chart zugeschickt, da ging es um Fehltag und deren Anstieg und man sah, dass gut 70 Prozent mehr Frauen betroffen sind als Männer bei Fehltagen. Auch bei Ihren Untersuchungen zur mentalen Gesundheit. Gibt es da auch unterschiedliche Auswirkungen bei den Geschlechtern?

Lea Dohm (KLUG): Ich weiß nicht genau, wie das in dem DRK-Report aufgeschlüsselt war zwischen den Geschlechtern, aber man geht in der psychologischen Forschung inzwischen davon aus, dass Männer sich mehr schämen, Hilfe in Anspruch zu nehmen bei psychischen Erkrankungen und eher z. B. Alkohol trinken. Da ist das Verhältnis genau andersrum. Suchterkrankungen nehmen auch zu mit voranschreitender Klimakrise. Das haben wir auch wieder gesehen in der Pandemie.

Abg. **Prof. Dr. Helge Braun** (CDU/CSU): Könnten Sie uns, was gut gemachte und relevante Studien



Nur zur dienstlichen Verwendung

zu diesen Themen angeht, eine kleine Zusammenstellung machen, dass man da mal ein bisschen drin stöbern kann?

Lea Dohm (KLUG): Da gibt es entsprechende Papiere, z. B. von der Bundespsychotherapeutenkammer, die Herr Zubeil auch schon zitiert hat, die im Internet leicht auffindbar sind. Ich kann gerne etwas Entsprechendes an das Sekretariat schicken, z. B. einen Grundlagenartikel, der einen Überblick gibt. Was mir wichtig wäre, ist, dass Ihnen im Kopf bleibt, dass im Rahmen der psychischen Gesundheit die psychischen Erkrankungen zunehmen und dass wir es nicht nur mit Klimaangst zu tun haben, was ein verschwindend geringes Problem in den Praxen ist. Ich würde eher denken, wir haben zu wenig Klimaangst, wenn man sich diese Prognosen anschaut.

Abg. **Tina Rudolph (SPD):** Ich glaube nicht, dass wir ein Erkenntnisproblem haben. Es gibt Studien, die sind gut zu finden. Man kann sich das angucken. Es ist, wie Sie sagen, die Schwierigkeit, in eine Umsetzung zu kommen und die Handlungsdiskrepanz zu bewältigen.

Deswegen eine Frage, bei der Sie mir faktentechnisch helfen könnten: Im internationalen Vergleich gibt es Länder, in denen die Temperaturen seit Jahrzehnten so sind, wie sie bei uns zu befürchten stehen. Kann man auch daran noch abstrahieren mit einer Studienlage oder konkretisieren, dass es schon zu den gleichen Vorkommnissen kommt? Gibt es einen Ländervergleich, der valide und belastbar ist, wo man zeigen kann, das ist das, wo wir darauf zusteuern, das ist, was passieren wird, davor müssen wir uns schützen?

Und ich würde auch nochmal in die Richtung Compliance gehen, die ist sehr inhomogen. Wir haben Leute aus dem Gesundheitswesen, die das selbst schon zu ihrem Thema machen und auch bei KLUG organisiert sind, denen das wichtig ist und die mit Kolleginnen und Kollegen darüber sprechen, aber trotzdem auch viele im Gesundheitswesen, die selbst sagen, wir haben ganz andere Probleme und wenn wir behaupten, Hitze und Klima sind die größten Probleme, dann negieren wir damit die anderen. Das ist in der Kommunikation immer etwas Schwieriges. Haben Sie da irgendeinen Tipp, wie man damit umgehen könnte?

Lea Dohm (KLUG): Klimakommunikation ist ein

riesiges eigenes Feld, zu dem man im Grunde mehrere Fortbildungen bzw. Tagesseminare machen könnte. Und selbst dann gibt es immer noch schwierige Stellen. Aber es gibt konkrete Tipps, wie man die Kommunikation so gestalten kann, dass sie die Menschen eher erreicht und dass sie eher bereit sind, einerseits das Problem zu erkennen und andererseits klimapolitische Maßnahmen zu akzeptieren oder selbst handlungsbereiter zu werden. Das ist vor allen Dingen, wenn wir es verknüpfen mit den Lebenswelten der jeweiligen Zielgruppe. Da wird es dann schon knifflig, weil es dann immer darauf ankommt, mit wem spreche ich und was stelle ich in den Fokus. Regionaler Fokus ist z. B. sehr hilfreich. Die Menschen sind betroffen durch das, was sie vor der eigenen Haustür erleben, an Naturveränderungen beispielsweise, aber das ist ein spannendes eigenes Thema. Ich denke an eine internationale Studie mit Hitze, die ich Ihnen zuschicken kann, wenn ich sie finde. Schon die Studienlage zur Hitze ist im Vergleich schwer zu fassen, weil Hitze unterschiedlich operationalisiert wird. Einige schauen auf Temperaturerhöhungen innerhalb eines gewissen Zeitraums, einige machen das mit konkreten Temperaturzahlen. Da müsste man die Vergleichbarkeit erst einmal gewährleisten. Ich möchte nichts Falsches sagen, deswegen sage ich lieber nichts.

Abg. **Dr. Georg Kippels (CDU/CSU):** Ich wollte bei meiner insistierenden Frage nochmal die Begründung nachlegen. Einige Mitglieder des Gesundheitsausschusses sind tauf frisch aus Österreich zurückgekommen. Da haben wir uns mit dem Sonderproblem der Suizidprävention intensiv beschäftigt. Allein in dem einstündigen Gespräch ist deutlich geworden, wie schwierig der Zugang zu diesen Situationen der mentalen Belastung, der mentalen Reaktionen bzw. auch der eventuellen Prävention ist und wie nützlich es aber auf der anderen Seite sein kann, einen Austausch voranzutreiben, um zu sehen, wenn der eine einen anderen Ansatz gewählt hat, zu welchen Erkenntnissen er gekommen ist. Damit jetzt nicht der Eindruck entsteht, ich wollte das in irgendeiner Form auf die leichte Schulter nehmen. Nur die Ansätze sind schwierig, vor allen Dingen für den Nicht-Mediziner den richtigen thematischen Zugang zu finden und auch die Lösungsansätze. Wir haben z. B. in diesem Gespräch gehört, dass die Berichterstattung über bestimmte Ereignisse im negativen Sinne triggern



Nur zur dienstlichen Verwendung

kann, d. h. Ängste schüren bzw. Verunsicherung schaffen und umgekehrt bei geeigneter Berichterstattung dann Resilienz schaffen. Allein darüber gibt es schon sehr unterschiedliche Ansätze und wie schwierig die sind, weiß jeder von uns, der dann bei seiner Rede nach der richtigen Formulierung oder nach den richtigen Begrifflichkeiten sucht. Das ist eine herausfordernde Tätigkeit, aber ich würde trotzdem dafür werben, ich glaube bei Frau Kollegin Rudolph ist das gerade auch angeklungen, dass wir mit Ländern, die schon länger mit diesen Problemstellungen in irgendeiner Form konfrontiert sind, proaktiv in den Austausch gehen. Ob das etwas bringt, wissen wir nicht, aber ich würde es nicht unterlassen wollen. Das war meine Anregung in dem Zusammenhang.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Was würden Sie uns Politiker:innen mitgeben? Sie haben Kommunikation angesprochen, wie wichtig es ist, gut zu kommunizieren, auch generell die Klimakrise aufzuhalten und Anpassungsmaßnahmen vorzunehmen. Können Sie konkreter sagen, wenn Sie uns drei/vier Sachen mitgeben könnten, die Ihnen besonders wichtig wären, die vielleicht nicht unter diesen großen Schlagwörtern zu fassen sind, was es wäre, woran wir arbeiten müssen, auch im Sinne von Verhältnisprävention, aber auch generell Public Mental Health, was als Schlagwort oft zirkuliert, was Ihre Kernpunkte wären?

Lea Dohm (KLUG): Ich würde denken, dass Sie die Profis in dem Ressort sind oder in dem Bereich, wo Sie arbeiten und deswegen die Handlungsmöglichkeiten deutlich besser als ich einschätzen können. Was ich mir wünschen würde, wäre vor allen Dingen Mut in Anbetracht dieses riesigen Problems, das konsequent mitzudenken. Ich weiß, dass es im politischen Geschäft immer eine große Rolle spielt, Mehrheiten zu gewinnen und auch die Bürgerinnen und Bürger hinter sich zu wissen und da sollten wir rein investieren, in Kommunikation an die Menschen, dass sie verstehen, dass es wichtig und nötig ist, weil das Menschenleben schützt. Ein Stück weit Haltung, Kommunikation und Mut, das würde ich mir wünschen, jeweils im eigenen Gebiet.

b) Die Auswirkungen der Klimakrise auf die mentale Gesundheit (globale Perspektive)

Selbstbefassung S-20(14-1)48

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (Bundesministerium für Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ)): Wir haben heute schon viel gehört. Insofern will ich meine Einführung kurz fassen und dann zu den entwicklungspolitischen Kontexten stärker kommen. Wir haben gehört, dass steigende Temperaturen und Extremwetterereignisse Auswirkungen auf die physische und mentale Gesundheit haben und besonders in Entwicklungsländern zu ganz anderen Auswirkungen führen können. In der öffentlichen Debatte haben wir das Thema steigend, vor allen Dingen, wenn wir in der Debatte auch auf die Klimakonferenz schauen. Paul Zubeil hat das schon gesagt, auf der COP28 hatten wir zum ersten Mal einen thematischen Block, der das Thema Gesundheit und Klima aufgenommen hat. Das ist ein wichtiges Signal, aber es ist erst ein Anfang, sodass wir unsere gemeinsamen Anstrengungen darauf ausrichten müssen, dass daraus auch ein konkreter Arbeitsstrang wird bzw., was noch besser wäre, wenn eine konkrete Arbeitsbefassung in verschiedenen thematischen sektoralen Strängen der Klimakonferenz aufgenommen würde. Damit sind wir bei einem wichtigen Thema, das wir heute noch diskutieren werden, was heißt die übersektorale Bearbeitung dieses Themas auch im internationalen Kontext. Wenn wir auf den globalen Süden schauen, können wir drei Auswirkungen des Klimawandels auf die mentale Gesundheit hervorheben. Erstens, Menschen in diesen Ländern sind mit akuten Bedrohungen konfrontiert, die ihre Lebensgrundlagen zerstören. Das sind Verluste von Ernten durch Dürren oder Überflutungen, die nicht nur zu Hunger führen, sondern auch zu existenziellen Ängsten und Sorgen um die Zukunft. Zweitens, wir beobachten, dass der Klimawandel als Katalysator für bereits existierende soziale und wirtschaftliche Ungerechtigkeiten auftritt. Menschen, die ohnehin schon in Armut oder prekären Situationen leben haben es besonders schwer, sich vor den Folgen des Klimawandels zu schützen. Personengruppen wie Frauen, Kinder und Menschen mit Behinderungen sind besonders betroffen. Drittens, wir sehen, dass diese Länder oft nicht ausreichend vorbereitet sind, um mit diesen mentalen Gesundheitsfolgen des Klimawandels umzugehen. Es feh-



Nur zur dienstlichen Verwendung

len Ressourcen im nationalen Gesundheitssystem für psychologische Unterstützung, Prävention, Aufklärung und für Sicherungssysteme, die die entstandenen Kosten abdecken können und genügend Personal haben. In den ohnehin überlasteten Gesundheitssystemen führt dies zu einem zusätzlichen Druck, der nicht abgefedert werden kann. Die entwicklungspolitische Relevanz für unsere Zusammenarbeit mit dem globalen Süden haben wir einmal in der bilateralen Zusammenarbeit und auch in der multilateralen Zusammenarbeit.

Lassen Sie mich kurz die bilaterale Zusammenarbeit mit unseren Partnerländern ausführen. Hier haben wir die beiden Leitungsprioritäten Klima- und sozialgerechte Transformation, „Just Transition“, und zum anderen die Leitungspriorität globale Gesundheit und körperliche Selbstbestimmung, die der Rahmen sind für unsere internationale Fokussierung. Zum anderen haben wir in der Kernthemenstrategie 6 für gesundheitssoziale Sicherung und Bevölkerungsdynamik des BMZ das Ziel gesetzt, Gesundheitssysteme in unseren Partnerländern gegen multiple Krisen, dazu gehört auch der Klimawandel, widerstandsfähig zu machen. Ein konkretes Projektbeispiel, das vom BMZ finanziert wird, trägt den Namen Klimawandel und Migration und wird in der Karibik, in Ostafrika, in den Pazifik-Ländern, Philippinen und Westafrika durchgeführt. Teil des Projektes befindet sich auf Fidschi. Diese pazifischen Inselstaaten sind von klimabedingter Migration besonders betroffen. Sie leiden unter klimabedingten Wetterereignissen, dem Anstieg des Meeresspiegels und damit die erzwungene Umsiedlung. Diese freiwillige geplante Umsiedlung ist ein komplexer und sensibler Prozess, der Traumata verursacht und Gemeinschaften müssen ihre Heimat verlassen, woanders ein neues Leben aufbauen. Hierzu haben wir eine Studie in Auftrag gegeben, die die Wechselwirkungen aus diesen Phänomenen aufzeigen und untersuchen soll. Die psychosozialen Auswirkungen der Umsiedlung auf die Menschen der Fidschi-Inseln und unter besonderer Berücksichtigung von Frauen. Diese Studie wird im nächsten Monat fertiggestellt und dann auch veröffentlicht werden. Ein weiteres Projektbeispiel ist die unterstützten Trainings für Grenzbeamte und Grenzbeamtinnen in der Ostkaribik. Dabei wurden insbesondere die Auswirkungen des klimabedingten Katastrophenschutzes und der möglichen Folgen auf Personen fokussiert, um angemessen auch mit Vertriebenen umgehen zu können.

nen.

Zusammenfassend lassen Sie mich das sagen, was die Kolleginnen und Kollegen schon gesagt haben: Es ist eine der größten globalen Gefahren für die menschliche Gesundheit in unserem Jahrhundert, mit extremen Auswirkungen auf humanitäre und wirtschaftliche Perspektiven. Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, dieses Themas sektorübergreifend zu bearbeiten und einen klaren Fokus auf präventive Maßnahmen zu setzen, die auch die wirtschaftliche Seite mitberücksichtigt. Wenn wir in die Zukunft schauen, können wir zwei große Konferenzen in den Blick nehmen, die Generalversammlung der Vereinten Nationen 2025 zu nicht übertragbaren Krankheiten, die eine gute Möglichkeit bildet, die Folgen des Klimawandels auf diese Krankheiten und die mentale Gesundheit zu benennen und gleichzeitig mit anderen Mitgliedstaaten eine abgestimmte Strategie und Sprache festzulegen. Zum anderen findet der Global Disability Summit im April 2025 statt, der auch eine geeignete Bühne wäre, um das Thema international weiter im Dialog zu vertiefen.

Dr. Dévora Kestel (WHO): Ich bin froh, dass Sie den herannahenden Problemen ins Auge blicken. Diese Probleme bestehen bereits in vielen Ländern und verstärken sich zunehmend. Eines dieser Probleme ist, dass sich die psychische Gesundheit auf der ganzen Welt auch ohne Einbeziehung des Klimawandels aufgrund von großen Lücken in der Versorgung zu einer globalen Krise entwickelt hat. Wir sprechen von ungefähr 1 Milliarde Menschen weltweit, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, und von schätzungsweise 1 Billion US-Dollar, die global für Depressionen und Angststörungen eingesetzt werden. Jedes Jahr begehen hunderte Menschen Suizid. Später möchte ich noch kommentieren, was in diesem Moment gemacht werden kann, um einen Tod abzuwenden, der verhindert werden könnte. Ungeachtet dieser Zahlen verfügen wir nur über je eine Fachkraft für psychische Probleme für 10 000 Menschen weltweit. Es werden weniger als zwei Prozent des Gesundheitsbudgets der Regierung für solche Probleme eingesetzt – in den meisten Ländern mit niedrigen oder mittleren Einkommen ist diese Prozentzahl noch kleiner und dort sind die Menschen bereits vom Klimawandel getroffen. In vielen Ländern herrschen große Lücken zwischen den Bedürfnissen hinsichtlich psychischer Gesundheit und den



Nur zur dienstlichen Verwendung

Leistungen und Systemen, die verfügbar sind, um solche Probleme anzugehen. Letztlich werden sich die genannten Herausforderungen aufgrund des bereits vorherrschenden Klimawandels weiter verschlimmern. Wir wissen, dass der Klimawandel die psychische Gesundheit direkt beeinflussen kann, z. B. durch häufigeres Aussetzen von Klimagefährdungen und Notlagen, durch indirekte Einwirkungen oder einen langsamen Beginn eines Ereignisses, was Risikofaktoren für eine schlechte psychische Gesundheit verstärken kann, wie z. B. Vertreibung. Sie haben gerade von Flüchtlingen gesprochen, deren Anzahl aufgrund des ansteigenden Meeresspiegels, der Ernährungsunsicherheit und unzureichender Lebensbedingungen aufgrund von Drogen und Konflikten weiter steigt. Schätzungen weisen auf zunehmende Probleme in diesen Bereichen hin, insbesondere was die durch den Klimawandel beeinflusste psychische Gesundheit angeht. Wenn wir nicht rechtzeitig handeln, könnten hierdurch bis 2030 weitere 47 Milliarden US-Dollar anfallen. Die Klimakrise ist also auch eine Krise der unverhältnismäßig hohen Risiken. Während die Verwundbarkeit kontextabhängig ist, werden die Auswirkungen über Situationen und viele verschiedene Gruppen hinweg vervielfacht. Dies haben wir immer wieder bei Erdbeben beobachtet, die bei der gleichen Stärke in einem Land tausende Opfer und in einem anderen Land nur wenige Opfer gefordert haben. Die Infrastruktur stellt den Unterschied dar, wenn es um die Rettung von Menschenleben geht, um die Auswirkungen von misslungenen Interventionen in indigene Gemeinschaften in vielen Ländern und Kontinenten oder um die Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, Chancen zu erhalten und diese entsprechend wahrzunehmen. Es geht darum, welche Auswirkungen Notlagen auf das Leben von Mädchen und Frauen haben könnten, oder die Herausforderungen zum Thema „Gender“ im Allgemeinen. Da wir diese Herausforderungen anerkennen, ist die WHO im Bereich der psychischen Gesundheit und der Klimakrise sehr aktiv. Wir leisten Arbeit in mehreren entscheidenden Bereichen, die ich in dieser Folie zusammenfassen möchte. Beispielsweise fördere ich diese Entwicklung durch die Teilnahme an dieser Diskussion, durch die Steigerung der politischen Ambitionen und das Erreichen der Netto-Null bei der WHO bis 2030 sowie das Nachweisen, Monitoring sowie Verfolgen von Fortschritten oder des Mangels an Fortschritten und die Festle-

gung einer Forschungsagenda für den Klimawandel und die psychische Gesundheit. Ebenfalls wichtig ist der Ausbau von Kapazitäten durch den Zugang zu hochqualitativer Beratung und, sofern möglich und umsetzbar, die Unterstützung der Länder. Die Anerkennung, dass der Klimawandel Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben kann, ist innerhalb der WHO und der Mitgliedstaaten gewachsen, und wir haben ein neues Ziel in den bereits existierenden und den bis 2030 erweiterten „Health Action Plan“ für globale psychische Gesundheit aufgenommen. Die Mitgliedstaaten haben in einem neuen Ziel festgehalten, dass 80 Prozent der Länder über Programme verfügen werden, die psychosoziale Unterstützung psychischer Gesundheit und Risikominimierung von Naturkatastrophen beinhalten, um Risiken von, unter anderem, klimabedingten Notlagen, zu reduzieren und zu bewältigen. Es gibt mithin ein Ziel, dem sich die Mitgliedstaaten verschrieben haben, zwar ein hochgestecktes Ziel – 80 Prozent ist eine hohe Prozentzahl –, aber wir arbeiten darauf hin. Wir haben auch ein Kurzdossier zum Thema psychische Gesundheit und Klimawandel veröffentlicht, um andere Länder bei der Bewältigung dieser Herausforderungen anzuleiten. In dem im Jahr 2022 erschienenen „World Psychisch Health Report“ erkennen wir die Klimakrise als Schlüsselgefahr für die globale psychische Gesundheit an. Wir sind Mitvorsitzende der „Inter-Agency Standing Committee Reference Group“, der Gruppe zum Thema psychosoziale Unterstützung psychischer Gesundheit sowie einer weiteren Gruppe, die sich konkret auf Initiativen konzentriert, um die psychische Gesundheit bei der Risikominimierung von Naturkatastrophen und dem Klimawandel miteinzubeziehen. Das versuchen wir auf globaler Ebene umzusetzen. Unsere laufende Initiative „Build Better Before“ ist fokussiert auf den Ausbau von Kapazitäten und Werkzeugen für die psychosoziale Unterstützung psychischer Gesundheit sowie auf die Vorbereitung auf und das Risikomanagement von allen möglichen Naturkatastrophen und Notlagen, einschließlich der steigenden Anzahl an klimabedingten Gefahren. Mithilfe dieser Initiative haben wir eine Vielzahl an globalen Workshops für den Ausbau von Kapazitäten ermöglicht, die ein zwei Tage langes einzigartiges Meeting umfassen. Es handelt sich um eine große, sektorübergreifende und sachbezogene Simulationsübung. Wir laden Teilnehmende aus den Mitgliedstaaten, Regierung



Nur zur dienstlichen Verwendung

gen, VN-Agenturen und aus der Gesellschaft ein und führen einen theoretischen und praktischen Wissensaustausch durch, wie psychosoziale Unterstützung psychischer Gesundheit umgesetzt und vorbereitende Risikomanagementpläne- und -programme entwickelt werden können, um klimabedingte Risiken und andere Notlagen zu verringern. Anschließend unterstützen wir die Teilnehmenden dabei, einen Plan für ihr eigenes Land zu entwickeln. Bisher haben wir drei globale Workshops durchgeführt. Der letzte fand in Estland statt. Das Ministerium für Soziales in Estland hat an den ersten beiden teilgenommen und wollte daher auch einen Workshop in seinem Land veranstalten, um ihre eigene Situation zu analysieren. Wir haben mit ihnen am dritten Workshop zusammengearbeitet, Teilnehmende aus anderen Ländern eingeladen und mit realitätsnahen Beispielen an den nötigen Schritten gearbeitet. Ich habe von meinem Team erfahren, dass sie von diesem neuen Workshop begeistert sind. Ich kenne keine Details, damit wir nicht zu viel verraten. Ich teile diese Information mit Ihnen, da es etwas sein könnte, das Sie eventuell in Betracht ziehen könnten. Zusätzlich zu globalen Ereignissen haben wir sektorübergreifende und bilaterale sachbezogene MHPSS (Mental Health and Psychosocial Support) Übungen und Übungen zum Ausbau von Kapazitäten, und das auch in Ländern, mit denen Ihre Regierung sehr involviert ist, wie die Ukraine und viele weitere. The Way Forward und dies kommt aus dem Kurzdossier, das ich erwähnt habe: Während dieses Arbeitsgebiet noch relativ neu ist und die Nachfrage bezüglich psychischer Gesundheit weiterhin wachsen, gibt es fünf politische Hauptprobleme. Die Hauptaussage ist, globale, regionale und nationale Initiativen zur Integrierung der psychosozialen Unterstützung psychischer Gesundheit als bereichsübergreifendes Thema in Klimamaßnahmen zu fördern, um sich besser auf Klimakrisen vorzubereiten und auf sie reagieren zu können. Und dies gilt auch für die vorherige Diskussion. Wir können nicht warten, bis die Krise anfängt. Wir müssen uns vorbereiten und die psychosoziale Unterstützung psychischer Gesundheit in jeglichen stattfindenden Interventionen miteinbeziehen. Der zweite Punkt ist, dass wir psychische Gesundheit in Strategien und Programmen bezüglich Klimawandel und Gesundheit integrieren müssen. Es gibt viele Interventionen in Bezug auf Stadtplanung, Transport, Anpassung und Abschwächung, die eine Kompo-

nente psychischer Gesundheit umfassen könnten, die wiederum für die allgemeine Gesundheit und psychische Gesundheit vorteilhaft sein könnten. Drittens empfehlen wir auf bereits vereinbarten globalen Verpflichtungen aufzubauen. Einige wurden zuvor genannt, die Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGA), die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs), des Übereinkommens von Paris und der „Disaster Risk Reduction“. Wie integrieren wir diese in unsere laufenden Verpflichtungen? Der vierte Punkt ist ein entscheidender Ansatz für die Vorbereitung auf und Abschwächung von jeglichen Krisen. Das bedeutet, dass sektorübergreifende, gemeinschaftsbasierte Systeme für psychische Gesundheit geschaffen werden müssen, die auf der öffentlichen Gesundheit aufbauen und angepasst werden können. Der letzte Punkt bezieht sich auf die Steigerung des Budgets und der menschlichen Ressourcen, da wir mehr Menschen brauchen, die im Bereich der psychischen Gesundheit geschult und kompetent sind und das auf den Kontext der allgemeinen Gesundheit und des Klimawandels ausweiten müssen, um bessere Antworten liefern zu können.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Können Sie uns abseits von den Best Practice-Beispielen hinsichtlich der Schulung des Gesundheitspersonals noch über andere Best Practice-Beispiele im Umgang mit Hitze und Hitzewellen in anderen Staaten in Afrika z. B. geben? Die Frage ist, ob wir nicht davon lernen können, dass viele Staaten weltweit mit diesem Problem schon sehr lange konfrontiert sind und vielleicht auch Gesundheitssysteme und gesellschaftliche Maßnahmen haben, mit denen sie schon dagegen vorgehen und die wir uns auch anschauen könnten. Deswegen die Frage, außerhalb der Schulung vom Gesundheitspersonal, da haben Sie uns viel gerade mitgegeben, gibt es Best Practice-Beispiele, von denen wir gut lernen können und die es wert sind, erwähnt zu werden?

Dr. Dévora Kestel (WHO): Wenn wir über die psychosoziale Unterstützung psychischer Gesundheit sprechen, sprechen wir über die Integration der psychischen Gesundheit in den Gesundheits- und Sozialsystemen. Die Schulung kommt erst nachdem wir sichergestellt haben, dass das Wissen vorhanden ist. Es geht um Integration, das ist keine Raketenwissenschaft. Es ist unwichtig, ob sich die Notlage auf den einen oder den anderen Faktor be-



Nur zur dienstlichen Verwendung

zieht. Wir müssen sicherstellen, dass es Verständnis für Interventionen gibt, die mit der Hervorhebung und Vermeidung von psychischen Problemen einhergehen. Diese Interventionen liegen nicht ausschließlich in den Händen des Gesundheitssektors, auch andere Sektoren müssen hierfür Verantwortung übernehmen, wie das Sozial- oder Bildungssystem. Wir haben auch über Migration gesprochen sowie alle anderen Herausforderungen, die wir dort angehen möchten. Wir müssen sicherstellen und verstehen, dass die angemessene Antwort auf die Bedürfnisse einer Familie, die ihr Haus aufgrund von Überflutungen verloren hat, mit der Betreuung der psychischen Gesundheit einhergeht. Wir sprechen hier nicht vom letzten Glied der Kette, das die Behandlung durch eine speziell geschulte Fachkraft für psychische Gesundheit sein könnte. Wir reden von einer Entwicklung, und davon, dass eventuell mehr als Schulungen nicht zur Verfügung stehen. Aber wir müssen den Ausbau von Kapazitäten und das Wissen vorantreiben. Wir könnten gerade Beispiele aufführen. In afrikanischen Ländern arbeiten wir am Verstärken der MHPSS-Kapazitäten. Sie lernen, wie sie mit allen Notlagen umgehen können, unabhängig von der Grundursache.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Haben Sie nationale Daten, wie Deutschland im Bereich MHPSS noch einzelne Aspekte stärker umsetzen kann? Liegen Ihnen Daten, Empfehlungen oder Forderungen vor?

Dr. Dévora Kestel (WHO): Nein, leider verfüge ich über keine Daten zu Deutschland. Ich bin nicht darüber informiert, dass Deutschland dies bereits erreicht hat. Meines Wissens nicht. Ich könnte dies in Erfahrung bringen und Sie per E-Mail darüber informieren. Solch einen Koordinationsmechanismus, der mit der Vorbereitung und Antwort auf Gesundheitsnotlagen verbunden ist, gibt es nicht. Dies sind alle Informationen, die ich habe. Es wird sehr interessant werden, herauszufinden, was getan werden muss, um dort anzukommen. Hierüber könnten Sie mich eventuell informieren.

Dr. Sinan Akdeniz (BMG): Ich kann zum RKI-Sachstandsbericht 2023 zu Klimawandel und Gesundheit, der auf Beschluss des Bundestages erstellt wurde und vom BMG gefördert wurde, berichten. Der hat sich die Evidenzlage auch in

Deutschland angeschaut und kommt zu dem Schluss, dass diese nicht ausreichend einzustufen ist. Für Deutschland wird eine große Diskrepanz zwischen dem für Deutschland verfügbaren Daten- und Wissensstand und den vorhandenen Erkenntnissen im internationalen Bereich festgestellt. Insgesamt besteht sowohl national als auch international ein Bedarf an weiteren wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den psychischen Auswirkungen der Klimakrise und möglichen Adaptationsstrategien. Insofern weise ich in diesem Zusammenhang auf den vom BMUV geförderten Forschungsrahmen zur mentalen Auswirkung des Klimawandels und der Bereitschaft zur Anpassung hin, der in diesem Jahr abgeschlossen werden soll. Insofern hoffen wir, dass wir da auch weitere Erkenntnisse bekommen.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP): In den Charts sprechen Sie von besonders gefährdeten Gruppen, indigenen Menschen, Kindern und Jugendlichen, Frauen und Mädchen. Finden Männer in Ihrer globalen Perspektive gar nicht mehr Platz? Bedeutet das, dass Männer nicht so sehr betroffen sind? Müssten wir nicht gerade junge Familien als besonders gefährdet ansehen?

Dr. Dévora Kestel (WHO): Hierbei verlieren wir oft den Fokus, da stimme ich Ihnen zu. Wir versuchen gender-spezifische Strategien zu unterstützen, wobei auch (junge) Männer angesprochen werden. Spezifisch die Einführung einiger Strategien, beispielsweise solche zur Verringerung genderbasierter Gewalt, müssen beide Gruppen ansprechen. Aber wenn wir über den Klimawandel und wirtschaftliche Probleme sprechen, den Fischereisektor oder Ähnliches, müssen wir auch über das steigende Suizidrisiko bei Männern sprechen, die ihr Leben und ihr Umfeld nicht wieder auf die Beine stellen können. Wie können wir hier eingreifen? Bei jeglichen Strategien müssen wir uns Gedanken über geschlechtsbasierte Herausforderungen machen, die beide Gruppen betreffen. Ein Problem, das bereits in der vorherigen Runde angesprochen wurde und über das ich immer noch nachdenken muss, ist die deutlich höhere Suizidrate von Männern im Vergleich zu Frauen. Dies liegt an der Tatsache, dass Männer sich, insbesondere in Notlagen und beim Retten von Leben und ihren Familien, keine Gedanken über psychosoziale Unterstützung machen. Hieran können wir im Vorfeld arbeiten, um junge Menschen früh zu sensibilisieren und



Nur zur dienstlichen Verwendung

ihnen zu verstehen zu geben, dass dies ein wichtiger Gesundheitsfaktor ist und warum es wichtig ist, besser darauf vorbereitet zu sein und zu jeder Zeit auf eine Notlage reagieren zu können. Daher ist dies definitiv eine Priorität.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Wir haben es in den Entwicklungsländern in höchst bedauerlichem Maße so, dass die Menschen mit vielen sehr unterschiedlichen Krankheitslasten belastet sind. Insofern frage ich mich, wie kann für diese Diagnose dann auch die Befundeinsicht hergestellt werden, um dann aktiv an der Therapie mitzuwirken, weil ich glaube, dass bei einem mentalen Problem die Mitwirkungsbereitschaft an den Therapiemaßnahmen wichtiger ist als an einer konservativen Behandlung, einer Impfung etc. Wie wird kommuniziert, dass die Ursache der jeweiligen Befunde eine mentale Ursache ist, die dann mit psychologisch-therapeutischen Maßnahmen therapiert werden muss, um das Gesamtbefinden wieder zu verbessern?

Dr. Dévora Kestel (WHO): Die Annahme, dass reiche Länder stärker von psychischen Problemen geplagt sind, ist nicht korrekt, jedoch stellen wir diese Annahme in den letzten Jahren häufiger fest. Psychische Probleme beeinflussen alle Menschen, Länder mit niedrigen, mittleren oder hohen Einkommen. Auch haben wir in den letzten Jahren Erkenntnisse über bestimmte Probleme erhalten. Ein Problem ist Komorbidität. Wir haben im Kontext des Globalen Fonds sehr stark mit einer Vielzahl von Ländern zusammengearbeitet. Ich denke, Sie sind sich der Verfahren bewusst, um sicherzustellen, dass Länder Komorbidität zwischen Tuberkulose und psychischer Gesundheit, insbesondere Depressionen/Alkohol oder HIV und psychischer Gesundheit erkennen. Wenn wir die physischen Erkrankungen erfolgreich behandeln wollen, müssen wir uns auch um die psychische Gesundheit kümmern, da sich die beiden Komponenten direkt beeinflussen. Wir verfügen über das Wissen. Wir wissen, was getan werden muss. Wir wissen über die Integration von psychischer Gesundheit, über Schulungen, den Ausbau von Kapazitäten bei Allgemeinärztinnen und -ärzten, medizinischen Fachkräften und Mitarbeitenden in der Grundversorgungsbasis Bescheid, wie sie die Erstbehandlung von Menschen mit jeglichen psychischen, neurologischen oder Suchtproblemen erkennen und

durchführen können. Hierdurch können wir auf ein höheres Niveau an Versorgung gelangen, bei dem es um die Versorgung von Bedürfnissen geht und nicht um Wettbewerb. Fokussiere ich mich auf die HIV-Behandlung, die Leben retten könnte, oder fokussiere ich mich auf psychische Gesundheit?

Wenn ich die psychische Gesundheit nicht beachte, wird die Person eventuell keine Behandlung eingehen, die ihr Leben retten könnte. Wie integrieren wir das? Das ist es, was wir überall fördern möchten, in Ländern mit niedrigen, mittleren und hohen Einkommen. In vielen Ländern mit hohem Einkommen gibt es fortschrittliche Systeme von spezialisierter Pflege und dort beobachten wir, dass die psychische Gesundheit ein sehr komplexes Problem ist. Wir müssen jahrelang darauf warten, dass eine Fachkraft geschult wird, sodass diese dann Patientinnen und Patienten behandeln kann. Dies gilt für eine geringe Anzahl an Menschen, diese benötigen eine fortschrittliche Unterstützung, aber der Großteil der Menschen braucht Beistand für alltägliche Depressionen, Ängste und Stress. Dies könnte mit vielen besprochenen Punkten zusammenhängen, auch mit physischen Erkrankungen. Indem wir uns darum kümmern, können wir die Unterstützung weiter ausbauen. Wichtig ist auch die Integration einige dieser Verfahren in Schulen, sodass die Kinder lernen, dass psychische Probleme wie alle anderen gesundheitlichen Probleme zu betrachten sind. Es gibt keinen Grund sich dafür zu schämen und es sollte nicht stigmatisiert werden. Sie sollten nicht darauf warten, dass es ihnen eines Tages wieder besser geht, denn eventuell wird es nicht vorübergehen und die Auswirkungen könnten dramatisch sein. Das ist, was wir tun müssen. Wir reden über die öffentliche Gesundheit: Unterstützung, Vorbeugung, Pflege, Behandlung.

Abg. Johannes Wagner (BUNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage ist zur Gender-Dimension von mentaler Gesundheit aufgrund der Klimakrise, aber auch aufgrund von anderen Naturkatastrophen oder von Armut. Sie hatten u. a. das Beispiel der Suizidraten gebracht, die bei Männern höher sind. Wir hatten gerade einen Vorbeitrag, wo die deutschen Ausfallzahlen dargestellt worden sind und die sind bei den Frauen höher gewesen als bei den Männern und deswegen nochmal die Frage, gibt es eine Geschlechter-Dimension bei der mentalen Gesundheit und inwiefern würden Sie die einschätzen? Sind Männer im Schnitt mehr belastet



Nur zur dienstlichen Verwendung

oder kann man das nicht sagen von den Daten her oder sind Frauen mehr belastet oder anders belastet? Könnten Sie nochmal ein bisschen ausführlicher darauf eingehen?

Dr. Dévora Kestel (WHO): Ein Bereich, in dem wir gleichermaßen betroffen sind, könnte der Unterschied zwischen Mann und Frau sein. Der Unterschied ist, dass einige Männer häufiger an anderen psychischen Problemen leiden als Frauen. Dies wurde bereits analysiert und untersucht. Dieser Umstand verändert sich mit der Zeit, zwischen Regionen und kulturellen Hintergründen, aber grundsätzlich sind weltweit mehr Frauen von Depressionen betroffen, Männer sind häufiger von Suchtproblemen betroffen und haben eine höhere Suizidrate, Frauen haben jedoch eine höhere Anzahl an versuchten Suiziden. Wie Sie sehen, treten bei beiden Gruppen genderspezifische Probleme auf, die sich je nach den genannten Faktoren verändern. Ein Problem ist, dass wir nicht über genügend Informationen verfügen, denn die Daten werden nicht immer nach Geschlecht analysiert. Auch die fehlenden Kapazitäten in Ländern, um die richtigen Strategien umzusetzen, bedingen, dass wir oft nicht auf diese genderspezifischen Probleme achten können. Zum Beispiel gibt es u. a. das Thema psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, bei dem Maßnahmen ergriffen werden, die auch genderspezifisch sein können, um durch die Arbeit verursachte psychische Probleme von vornherein zu verhindern. Dies könnte auch in den Communities im Angesicht von Notlagen geschehen. Die Antwort ist mithin, es gibt Unterschiede und es müssen Maßnahmen im Kontext der Gesundheit und des Klimawandels ergriffen werden. Bei der Vorbereitung auf dieses Meeting habe ich viele Vorschläge gelesen, die bei genderspezifischen Problemen in Betracht gezogen werden könnten. Daher ist es eine Sache der Umsetzung von Strategien.

Tagesordnungspunkt 1

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit und zur gesundheitlichen Versorgung in Gaza

Selbstbefassung S-20(14-1)46

Anita Maria Ohl-Meyer (Auswärtiges Amt) führt aus, dass sich die humanitäre Hilfe des AA auf drei Säulen stütze. Die erste Säule sei die humanitäre Diplomatie, u. a. sei die Ministerin zuletzt mehrfach in der Region gewesen und sie haben eine Sondergesandte für humanitäre Hilfe in der Region ernannt, die Abteilungsleiterin, Frau Deike Potzel, Karrierediplomatin. Die zweite Säule sei die internationale Zusammenarbeit über internationale Organisationen wie UNICEF (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen), IKRK (Internationales Komitee vom Roten Kreuz), etc. und die dritte Säule die bilaterale Zusammenarbeit in der humanitären Hilfe über NGOs (Nichtregierungsorganisationen) oder THW (Technisches Hilfswerk), Johanniter, NRC (Norwegische Flüchtlingshilfe), usw. Die Basisgesundheitsversorgung in Gaza sei essenziell und das AA arbeite mit Jordanien, Ägypten und Israel zusammen, um diese zu gewährleisten. Die Basisgesundheitsversorgung und Nahrungsmittelhilfe seien jeweils entscheidend für die humanitäre Hilfe, für die das BMG grundsätzlich federführend sei, die jedoch auch die Gesundheitssituation vor Ort verbessere. Die Informationen, die das AA von Implementierungspartnern und -partnerinnen vor Ort erhalte, wie der WHO, den Vereinten Nationen, den Nothilfe koordinatoren sowie anderen internationalen Organisationen, da eine unabhängige Berichterstattung schwierig sei, seien katastrophal: 75 Prozent der Bevölkerung, Tendenz steigend, seien Binnenvertriebene – 1,7 Millionen Menschen, die kein oder nur zum Teil ein festes Dach über dem Kopf hätten und/oder in Zeltstätten lebten. Es fehle an allem, insbesondere jedoch an einer ausreichenden Gesundheitsversorgung: Medikamente, ärztliche Behandlung, etc. Die Krankenhäuser und ärztliche Versorgung in Gaza stünden vor dem Kollaps. Von den 36 Krankenhäusern im Gazastreifen sei kein einziges mehr in vollem Betrieb, es gebe noch 12 im Teil- oder Minimalbetrieb, die jedoch am Rande des Kollapses stünden und nicht mehr alles voll abdecken könnten. Zudem teilten sich aufgrund des Wassermangels Hunderte von Menschen die sanitären Einrichtungen, wodurch die Gefahr des Ausbruches von mehreren und ansteckenden Krankheiten groß sei. Stand 18. Februar abends gebe es aufgrund der Kampfhandlungen ohne Berücksichtigung der Dunkelziffer fast 29 000 Tote und 69 000 Verletzte im Gazastreifen. Eine der Säulen der Bundesregierung in der humanitären Hilfe sei die bilaterale



Nur zur dienstlichen Verwendung

Zusammenarbeit mit den Johannitern, dem THW, dem DRK (Deutsches Rotes Kreuz), etc. über die versucht werde, viele medizinische Hilfsgüter in den Gazastreifen zu transportieren. Eng werde auch mit dem IKRK zusammengearbeitet. Es würden viele verschiedene medizinische Güter geliefert, wichtig sei jedoch auch die Schulung von Menschen vor Ort oder die Nachsorge. Besonders betroffen von der dramatischen Gesundheitssituation seien Frauen und Kinder, weshalb beispielsweise Hygienekits vor Ort verteilt würden. Auf die Zusammenarbeit mit Ägypten, Jordanien und Israel sei man angewiesen, weswegen man dazu im ständigen Austausch sei.

Abg. **Prof. Dr. Helge Braun** (CDU/CSU) fragt, ob Vorsorge getroffen werde und es eine Bereitstellung gebe, die für den Fall des Erliegens der Kampfhandlungen dafür Sorge tragen könne, dass die Hilfe verstärkt werde. Weiter will er wissen, wer für die Bundesregierung die Implementierungspartner und -partnerinnen seien und in welcher Größenordnung diese zur Verfügung stünden. Zudem interessiert ihn, ob es nur um die Lieferung von medizinischem Material gehe oder ob auch personelle Verstärkung vorgesehen sei.

Anita Maria Ohl-Meyer (AA) antwortet, die größte Partnerin sei das Hilfswerk der Vereinten Nationen für Palästina-Flüchtlinge im Nahen Osten (UNRWA). Im Lichte der Vorwürfe gegen UNRWA-Mitarbeitende wegen Beleidigung im Zusammenhang mit den Angriffen vom 7. Oktober habe eine Pausierung der Auszahlungen noch nicht stattgefunden. Auszahlungen stünden jedoch auch erst wieder im März an und so würden die Ergebnisse der Untersuchungen abgewartet. Weitere Partner und Partnerinnen vor Ort seien beispielsweise IKRK, UNICEF, DRK, NRC, WHO, etc. sowie auch lokal Beschäftigte. Viele Internationale hätten den Gazastreifen bereits verlassen und die Ein- und Ausreise könne zurzeit nicht stattfinden. Man sei jedoch gut vernetzt und habe weiterhin Zugänge. Humanitäre Hilfe sei im Gazastreifen und Westjordanland und in allen palästinensischen Gebieten schon vor dem Ausbruch des Konfliktes geleistet worden. Die Ausgaben für Gaza beliefen sich Stand Ende Januar auf insgesamt 220 Millionen Euro. In einem bestimmten Umfang werde auch weiter humanitäre Hilfe geleistet, so werde es innerhalb der vorläufigen Haushaltsführung mit dem Haushalts-

ausschuss und dem BMF (Bundesfinanzministerium) vereinbart worden, und für Feuerpausen weitere humanitäre Hilfsgüter zur Unterstützung bereitgestellt.

Zudem gebe es verschiedene Formen der Unterstützung vor Ort. Es würden nicht nur Medikamente, Inkubatoren, Beatmungsgeräte, usw. bereitgestellt, sondern auch sogenannte Emergency Medical Teams, die Arbeitskräfte und Expertise mitbrächten. Über das IKRK und der Zusammenarbeit mit Jordanien sei auch eine Beteiligung an Feldlazaretten und deren Aufbau u. Ä. gegeben. Entscheidend seien jedoch belastbare Feuerpausen, um humanitäre Hilfe, Gesundheitsstrukturen sowie Medikamente in das Gebiet zu bringen und damit Helfer und Helferinnen sowie die Infrastruktur nicht beschossen würden.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) fragt zu dem allgemeinen finanziellen Stand, welche Gelder wie verplant seien. Aktuell laufe die Finanzierung über das Auswärtige Amt, es sei jedoch bereits mit dem Haushaltsausschuss über eine Erweiterung gesprochen worden. Es interessiert sie, ob die Finanzierung in Zukunft weiter über das Auswärtige Amt erfolgen werde oder über andere Etats.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) interessiert, ob die Möglichkeit bestehe, die Verletzten für medizinische Behandlungen in die angrenzenden Länder zu verlegen und ob es dazu Berichte gebe. Zudem will er vor dem Hintergrund der kriegerischen Auseinandersetzung wissen, wer die Zahl der Toten und Verletzten erhebe, auf welche Daten sich verlassen werde und wie damit umgegangen werde und wie zu solchen Einschätzungen gekommen werde.

Anita Maria Ohl-Meyer (AA) führt aus, die Federführung für die humanitäre Hilfe liege beim Auswärtigen Amt, es gebe jedoch eine enge Zusammenarbeit mit der strukturbildenden Übergangshilfe im BMZ, in der täglich zusammengearbeitet und darüber abgestimmt werde, welche Organisationen gefördert würden, welche Bedarfe existierten, etc. Das Auswärtige Amt habe dem Haushaltsgesetz zufolge ein Gesamtbudget von 2,29 Milliarden Euro für die humanitäre Hilfe weltweit für das Jahr 2024. Es werde jedoch eine gemeinsame Unterstützung mit dem Haushaltsausschuss und dem BMF für Gaza angestrebt. Für den Fall der Entste-



Nur zur dienstlichen Verwendung

hung weiteren Bedarfes in Gaza oder anderer Großkrisen bestehe zudem der Konsens überplanmäßige Mittel zu beantragen, da entsprechende Entwicklungen über die Planbarkeit für die Haushaltsverhandlungen hinausgingen.

Bezüglich der Ausreise von Verletzten habe es bereits Fälle gegeben, beispielsweise nach Ägypten. Diese seien vor dem Hintergrund der humanitären Diplomatie jedoch nicht prominent in der Presse gewesen.

Die Datenerhebung erfolge über die WHO und dem Nothilfekoordinator für humanitäre Hilfe der Vereinten Nationen, Martin Griffiths, und seinem Team. Diese erhebe Daten selbst, erhalte jedoch auch Informationen von israelischer Seite oder von NGOs vor Ort. Von den Vereinten Nationen gebe es die Daten über die Zahl der Toten und Verletzten sowie über Bedarfspläne, die das Erfordernis für medizinisches Material oder Nahrungsmittelsicherheit darlegten. Insgesamt gebe es auch unabhängige Quellen, die dies bestätigten.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP) fragt zu Alternativen zur UNRWA, wenn diese aufgrund nicht zu entschuldigender Ereignisse das Vertrauen vieler Staaten verliere und finanziell nicht mehr unterstützt werde.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD) interessiert die Gewährleistung der Hilfe vor Ort vor dem Hintergrund der Unterwanderung vieler Hilfsorganisationen durch die Hamas sowie die Zusammenarbeit mit der Israeli Defense Force.

Anita Maria Ohl-Meyer (AA) führt aus, dass es konkrete Vorwürfe gegen 30 Mitarbeitende von UNRWA gebe, in einer Weise an den schrecklichen Ereignissen vom 7. Oktober beteiligt gewesen zu sein, was von der Bundesregierung auf das Schärfste verurteilt und u. a. den Vereinten Nationen, der Europäischen Union, den Partnern in der Region und auch UNRWA selbst mitgeteilt würde. Die unabhängige Ermittlungsinstitution OIOS (Office of Internal Oversight Services), das Büro der Vereinten Nationen für interne Aufsichtsdienste, befasse sich mit dem Vorfall. Das AA habe bekräftigt, Ermittlungsfortschritte sehen zu müssen und sei mit UNRWA im Gespräch, dass entsprechende Maßnahmen ergriffen würden. Des Weiteren sei die ehemalige französische Außenministerin, Frau Catherine Colonna, ernannt worden, in diese Rich-

tung weiter zu ermitteln. Die Führung UNRWAs sei selbst geschockt gewesen über die Vorwürfe gegen ihre Mitarbeitenden. Generaldirektor Philippe Lazarini habe die ersten zwölf Mitarbeitenden, die beschuldigt worden wären, sofort entlassen, ohne weitere Erkenntnisse zu haben. Aus diesem Grund bestehe Vertrauen, dass diese Vorwürfe sowohl von UNRWA als auch den Vereinten Nationen ernst genommen und Maßnahmen ergriffen würden. Die Suche nach Alternativen zu UNRWA sei schwierig, da UNRWA als das Rückgrat der humanitären Hilfe in Gaza gelte. Zwar gebe es Organisationen vor Ort, wie beispielsweise WFP (Welternährungsprogramm der Vereinten Nationen), IKRK, UNHCR (Hochkommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge), UNICEF, usw., die jedoch nicht sofort die gleiche Arbeit wie UNRWA leisten könnten. Es bleibe daher die Hoffnung und gleichzeitig Erwartung an UNRWA, dass diese Aufklärung betrieben und entsprechende Maßnahmen ergriffen.

Tagesordnungspunkt Verschiedenes

Der **Vorsitzende** erinnert unter dem Top Verschiedenes an das Fachgespräch zu Klima und Gesundheit am 21. Februar um 8 Uhr und dankt allen Akteuren und Akteurinnen für die spannende Sitzung. Die nächste Sitzung finde am 11. März im WHO-Hub zu dem Thema Digital Health Governance statt.

Schluss der Sitzung: 18:57 Uhr

Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB
Vorsitzender