

BAND

4

Schriftenreihe
der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

Gesundheitspräventions- und Gesundheitsförderungspolitik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft heute und morgen

Gesellschaftspolitisches Thema des Ausschusses IV
für Gesundheit und Soziales des Parlaments
der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

Schriftenreihe
der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens
Band 4

Gesundheitspräventions- und Gesundheitsförderungspolitik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft heute und morgen

Gesellschaftspolitisches Thema des Ausschusses IV
für Gesundheit und Soziales des Parlaments
der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens



Impressum

Herausgeber: Parlament der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens
Stephan THOMAS, Greffier

Platz des Parlaments 1

B-4700 EUPEN

Tel. +32 (0)87 31 84 00

www.pdg.be

ISBN 978-3-9817449-3-4

D/2017/13.679/2

© Parlament der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens, 2017
Alle Rechte vorbehalten.

Druck: Kliemo, Eupen

Inhaltsverzeichnis

I. Vorwort	5
II. Definition der Begriffe „Gesundheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“	7
1. Gesundheitsprävention.....	7
1.1. Allgemeine Definition	7
1.2. Abgrenzungen	7
2. Gesundheitsförderung	8
III. Die Gesundheitspräventions- und Gesundheitsförderungsgesetzgebung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, in der Flämischen Gemeinschaft und in der Bundesrepublik Deutschland	11
1. Deutschsprachige Gemeinschaft	11
1.1. Dekretale Grundlage und Definitionen	11
1.2. Beirat für Gesundheitsförderung	11
1.3. Konzept zur Gesundheitsförderung.....	12
1.4. Allgemeine Bezuschussung.....	13
1.5. Projektbezuschussung	13
1.6. Medizinische Prävention	14
2. Flämische Gemeinschaft	14
2.1. Basisprinzipien der Arbeit	15
2.2. Akteure	16
2.3. Gesundheitskonferenz und Gesundheitszielsetzungen	17
2.4. Ordnungsmodell für Präventionsinitiativen.....	19
2.5. Herausforderungen.....	19
3. Bundesrepublik Deutschland	22
3.1. Zielsetzung	22
3.2. Maßnahmen	22
3.3. Finanzierung	23
IV. Die Resultate der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 betreffend die Deutschsprachige Gemeinschaft	25
1. Allgemeiner Gesundheitszustand	27
2. Gesundheitsverhaltensweisen	31
3. Nutzung von Gesundheitsdiensten	35
4. Prävention	36

V. Anhörung von in der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich tätigen Akteuren	39
1. Beirat für Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (BFG)	39
2. Patienten Rat & Treff VoG (PRT)	43
3. Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – Kaleido Ostbelgien	47
4. Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung VoG (ASL)	52
5. Verbraucherschutzzentrale VoG (VSZ)	58
6. Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst VoG	59
VI. Anhörung des Hohen Gesundheitsrats	61
VII. Anhörung der Deutschen Stiftung für Gesundheitsinformation und Prävention (DSGIP)	65
VIII. Vorstellung des neuen Konzepts zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft	71
1. Zielsetzungen des neuen Gesundheitsförderungskonzepts	72
2. Neue Elemente im Vergleich zum vorherigen Konzept	73
3. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung	73
4. Bestimmung von Schwerpunkten (Top-down)	75
5. Bestimmung von Themenfeldern (Bottom-up)	76
6. Handlungsstrategien zur Umsetzung von Schwerpunkten und Themenfeldern	76
7. Formulierung von Zielen	77
8. Empowerment und Selbstverantwortung	78
9. Verknüpfung strategischer Pläne	78
10. Bezuschussung von Akteuren und Projekten	78
11. Evaluation	78
IX. Fazit	81
Zusammensetzung des Ausschusses IV für Gesundheit und Soziales	87

I. Vorwort

Im Zuge der Reform der parlamentarischen Arbeit zu Beginn der Legislaturperiode 2014-2019 wurde auf Parlamentsebene der Beschluss gefasst, dass sich die verschiedenen Parlamentsausschüsse im Rahmen ihrer Arbeiten und Zuständigkeiten auch kontinuierlich einem von ihnen gewählten relevanten gesellschaftspolitischen Thema widmen sollen.

Zu Beginn des Jahres 2015 kam der Ausschuss IV für Gesundheit und Soziales in diesem Kontext überein, sich mit dem Thema „Gesundheitspräventionspolitik und Gesundheitsförderungspolitik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft heute und morgen“ zu befassen.

Ausschlaggebend für die Themenwahl war u. a., dass den Gemeinschaften infolge der Sechsten Staatsreform die vollständige Zuständigkeit für die Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung übertragen wurde. Bis dahin war der Föderalstaat noch für bestimmte Aspekte in diesen Bereichen zuständig.

Vom Föderalstaat an die Gemeinschaften übertragen wurden:

- die Zuständigkeit für Darmkrebsfrüherkennung,
- die Zuständigkeit für Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung,
- die Zuständigkeit für Impfungen (inklusive Impfung gegen humane Papillomviren (HPV)),
- die Zuständigkeit für Kampagnen betreffend Ozon- und Hitzewellen,
- die Zuständigkeit für den nationalen Ernährungs- und Gesundheitsplan,
- die Zuständigkeit für Präventionsaktionen der Zahnheilkundeorganisationen,
- der Fonds für Suchtbekämpfung (über den der Föderale Öffentliche Dienst (FÖD) Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt Kampagnen finanzierte),
- die Raucherentwöhnung.

Mit diesen zusätzlichen Zuständigkeiten verfügt die Deutschsprachige Gemeinschaft nach Auffassung des Ausschusses nun über ein Instrumentarium, das eine umfassende, koordinierte und gezielte Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik im Hinblick auf eine Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens der hiesigen Bevölkerung erlaubt.

Was die Vorgehensweise bei der Bearbeitung des Themas betrifft, so wurden dem Ausschuss vom Wissenschaftlichen Institut für die Volksgesundheit (WIV) die bei der letzten nationalen Gesundheitsbefragung 2013 in der Deutschsprachigen Gemeinschaft erhobenen Daten und die daraus hervorgegangenen Schlussfolgerungen vorgestellt.

Im Weiteren befasste sich der Ausschuss mit dem gesetzlichen Rahmen für Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, namentlich dem Dekret vom 1. Juni 2004 zur Gesundheitsförderung und zur medizinischen Prävention.

Gleichzeitig wurde in legislativer Hinsicht aber ebenfalls ein Blick über die Grenzen der Deutschsprachigen Gemeinschaft hinaus geworfen, indem Informationen zum Dekret der Flämischen Gemeinschaft vom 21. November 2003 betreffend die präventive Gesundheitspolitik und dessen Umsetzung sowie zum neuen, vom deutschen Bundestag am 17. Juli 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention eingeholt wurden.

Um sich ein Bild der bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungsinitiativen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft machen zu können, hörte der Ausschuss in weiteren Arbeitsschritten die wichtigsten Feldakteure an.

Eine Anhörung des Hohen Gesundheitsrats sowie der Deutschen Stiftung für Gesundheitsinformation und Prävention (DSGIP) rundeten die Informationsbestrebungen des Ausschusses zum Thema ab.

Schließlich wurde dem Ausschuss in seiner Sitzung vom 17. Mai 2017 von Regierung und Ministerium das neue Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft vorgestellt, das die Basis für eine zukunftsorientierte moderne und weiterhin erfolgreiche Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik sein soll.

Mit einem Fazit zu seinen Arbeiten zum Ende der Sitzungsperiode 2016-2017 schloss der Ausschuss seine umfangreichen Arbeiten zum gesellschaftspolitischen Thema „Gesundheitspräventions- und Gesundheitsförderungspolitik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft heute und morgen“ ab.

Herzlich bedanken möchte sich der Ausschuss bei allen Personen und Einrichtungen, die bei seinen Arbeiten mitgewirkt oder ihm zu einer Anhörung zur Verfügung gestanden haben.

Eupen, im September 2017

Robert Nelles

Vorsitzender des Ausschusses IV
für Gesundheit und Soziales

II. Definition der Begriffe „Gesundheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“

Der Ausschuss einigte sich unter Rückgriff auf verschiedene Quellen auf folgende Definitionen der Begriffe „Gesundheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“.

1. Gesundheitsprävention

1.1. Allgemeine Definition

„Prävention“ (lateinisch *praevenire* „zuvorkommen“) bezeichnet Maßnahmen zur Abwendung von unerwünschten Ereignissen oder Zuständen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreffen könnten, falls keine Maßnahmen ergriffen werden.

Es kann unterschieden werden zwischen:

1. Verhaltensprävention: Ist gezielt auf das Handeln einzelner Personen ausgerichtet.
2. Verhältnisprävention: Ist auf das Umfeld und die Lebensumstände ausgerichtet.

Prävention setzt voraus, dass Maßnahmen zur Verfügung stehen, die geeignet sind, den Eintritt der unerwünschten Ereignisse zu beeinflussen.

Der Begriff der Vorbeugung wird synonym verwendet.¹

1.2. Abgrenzungen

„Gesundheitsprävention“, meist verkürzt auch nur „Prävention“ genannt, ist ein Oberbegriff für zeitlich unterschiedliche Interventionen zur gesundheitlichen Vorsorge. Er kann deshalb weiter untergliedert werden nach dem Ansatzpunkt innerhalb des zeitlichen Verlaufs und der Form der Ausrichtung, d. h.:

- a) **Primärprävention:** Die Primärprävention hat zum Ziel, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten sowie die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Die

1 Quelle: Wikipedia (letzter Zugriff: 8. Oktober 2015) und Bundesministerium für Gesundheit.

Primärprävention richtet sich folglich noch vor Eintritt einer konkreten Gefährdung an alle potenziell betroffenen Personen. Eine Unterteilung stellt die Primordialprävention dar, die sich insbesondere auf gesellschaftliche Risikofaktoren konzentriert.²

- b) Sekundärprävention: Die sekundäre Prävention oder Früherkennung will durch gezielte Information zur Verhinderung von Krankheiten beitragen und eine frühzeitige Erkennung von Krankheiten ermöglichen, damit baldigst eine Therapie eingeleitet werden kann. Sekundärprävention beinhaltet speziell auf bereits als gefährdet angesehene Personengruppen ausgerichtete Programme.³
- c) Tertiärprävention: Mit der tertiären Prävention sollen Krankheitsfolgen gemildert, ein Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten vermieden und ihre Verschlimmerung verhindert werden. Tertiärprävention bezieht sich folglich auf eine Intervention nach Eintritt des Ereignisses, die einer weiteren Verschlechterung des jeweiligen Zustandes entgegenwirken soll.⁴
- d) Quartärprävention: Die Quartärprävention bietet Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe oder auch Strategien zur Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen an.

2. Gesundheitsförderung

Nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt die Gesundheitsförderung bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an.

2 Primäre Prävention bedeutet Vorbeugung: Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern werden im Laufe des Lebens erworben. Vielen dieser Erkrankungen kann vorgebeugt werden. Gerade die „Volkskrankheiten“, wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch einige psychische Störungen können in vielen Fällen durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise – unterstützt von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen – vermieden, verzögert oder günstig beeinflusst werden. Hierzu zählen u. a. eine gesunde Ernährung, sportliche Aktivitäten oder eine gute Stressbewältigung. Darüber hinaus lassen sich durch Impfungen schwerwiegende Infektionskrankheiten verhindern. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

3 Sekundäre Prävention bedeutet Krankheitsfrüherkennung. Eine eindeutige Abgrenzung von primärer und sekundärer Prävention ist allerdings nicht immer möglich. So handelt es sich z. B. bei der Darmkrebs- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung streng genommen um Maßnahmen der primären Prävention (Krankheitsvermeidung). Wird hingegen eine bereits eingetretene Krebserkrankung im Frühstadium entdeckt, handelt es sich um eine Maßnahmen der sekundären Prävention im Sinne der Krankheitsfrüherkennung. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

4 Die tertiäre Prävention will die Krankheitsfolgen, beispielsweise eines Schlaganfalles, mildern und einen Rückfall, eine Verschlechterung des Zustands oder eine Folgeerkrankung verhindern. Die tertiäre Prävention ist weitgehend identisch mit der medizinischen Rehabilitation. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

Die Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen, d. h. die Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen. Folglich wird der Frage nachgegangen, was einen Menschen gesund erhält. Diese Vorgehensweise entspricht dem salutogenetischen Ansatz. Die Salutogenese⁵ steht für ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und eher unspezifische Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel der Erhaltung von Gesundheit.⁶

5 Salutogenese (lateinisch *salus* „Gesundheit“, „Wohlbefinden“ und *-genese*, also etwa „Gesundheitsentstehung“) bezeichnet einerseits eine Fragestellung und Sichtweise für die Medizin und andererseits ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen. Der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923–1994) prägte den Ausdruck in den 1980er-Jahren als komplementären Begriff zu Pathogenese. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Risiko- und Schutzfaktoren stehen hierbei in einem Wechselwirkungsprozess. Quelle: Wikipedia (letzter Zugriff: 3. März 2016).

6 Die Definition wurde dem neuen Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft entnommen (Siehe Punkt VIII).

III. Die Gesundheitspräventions- und Gesundheitsförderungsgesetzgebung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, in der Flämischen Gemeinschaft und in der Bundesrepublik Deutschland

1. Deutschsprachige Gemeinschaft

1.1. Dekretale Grundlage und Definitionen

Grundlage für die Prävention in der Deutschsprachigen Gemeinschaft ist das Dekret vom 1. Juni 2004 zur Gesundheitsförderung und zur medizinischen Prävention.

Unter Gesundheitsförderung versteht das Dekret jegliche Maßnahmen, die darauf abzielen, dem Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit zu ermöglichen und ihn damit zur Stärkung seiner Gesundheit zu befähigen.

Unter medizinischer Prävention versteht das Dekret operationelle Strategien mit dem Ziel, die Krankheit oder deren Entwicklung zu vermeiden und die Risikogruppe schnellstmöglich zu erfassen.

Der für das Gesundheitswesen zuständige Fachbereich des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft kann in Anwendung des Dekrets unter Einhaltung des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten und der ärztlichen Schweigepflicht personenbezogener Daten über die Gesundheit erheben und verarbeiten.

1.2. Beirat für Gesundheitsförderung

Das Dekret vom 1. Juni 2004 rief des Weiteren den Beirat für Gesundheitsförderung ins Leben, der sich aus Bereichsvertretern, des Verbraucherschutzes, der Krankenkassen und des Zentrums für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – Kaleido Ostbelgien – zusammensetzt. Vertreter der Regierung und des Ministeriums gehören dem Beirat mit beratender Stimme an. Die Mandatsdauer beträgt vier Jahre.

Der Beirat berät die Regierung in Fragen der Gesundheitsförderung aus eigener Initiative oder auf deren Anfrage.

Ebenfalls aus eigener Initiative oder auf Anfrage der Regierung kann der Beirat zudem Vorschläge zur Umsetzung des im Dekret vorgesehenen Konzepts zur Gesundheitsförderung ausarbeiten sowie eine Bindegliedfunktion zwischen den Akteuren in der Gesundheitsförderung wahrnehmen.

Die Regierung muss dem Beirat zwecks Gutachten alle Vorentwürfe von Dekreten und Regelerlassen im Bereich der Gesundheitsförderung sowie die Vorentwürfe zur Verabschiedung des Konzepts seiner inhaltlichen Schwerpunkte vorlegen.

1.3. Konzept zur Gesundheitsförderung

Im Dekret ist ferner festgehalten, dass die Regierung auf der Grundlage eines Gutachtens des Beirats ein globales Konzept zur Gesundheitsförderung verabschiedet, dessen inhaltliche Schwerpunkte sie alle zwei Jahre nach Begutachtung durch den Beirat festlegt. Schwerpunkte in den letzten Jahren waren u. a. Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit

Ein primärer Grundsatz des Gesundheitskonzepts besteht darin, dass Selbstorganisation und Eigenverantwortung Voraussetzungen zum Erreichen gesundheitlicher Mündigkeit sind.

Das Konzept zur Gesundheitsförderung setzt sowohl auf struktureller als auch auf individueller Ebene an. Die Maßnahmen zur Umsetzung des Konzeptes betreffen:

- auf struktureller Ebene:
 - die Verbesserung der Qualität der Infrastruktur im Bereich der Gesundheitsförderung;
 - die Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen insbesondere im Schulalltag, in der Arbeitswelt sowie im Freizeitbereich;
 - den Aufbau von Netzwerken;
 - die Förderung von Zusammenarbeit und Koordination zwischen den im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Organisationen, Diensten und Einrichtungen;
- auf individueller Ebene:
 - altersgerechte Informationen und Aufklärung über Gesundheitsthemen;
 - Schaffung von Bewusstsein für die Folgen des eigenen Verhaltens;
 - Betonung der Eigenverantwortung eines jeden für seine Gesundheit.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung müssen in Anwendung des Dekrets mindestens folgende Qualitätsmerkmale aufweisen:

- Beschreibung der Ausgangslage,
- klare Zieldefinitionen,

- die Stimmigkeit von Ziel und Methode,
- die Umsetzbarkeit in den Alltag,
- die nachhaltige Wirkung der Maßnahme,
- Dokumentation sowie
- ein Konzept zur Auswertung.

Der Minister für Gesundheit, Familie und Soziales informierte den Ausschuss darüber, dass das aktuell angewendete Gesundheitskonzept aus dem Jahr 2003 in Kürze von der Regierung durch ein neues Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft ersetzt wird.⁷

1.4. Allgemeine Bezuschussung

Das Dekret vom 1. Juni 2004 bestimmt in finanzieller Hinsicht, dass die Regierung Einrichtungen und Organisationen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel, jährlich einen Zuschuss gewähren kann, wenn diese:

- als Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht mit Sitz im deutschen Sprachgebiet konstituiert sind;
- im Bereich der Gesundheitsförderung tätig sind;
- über qualifiziertes Personal verfügen, das den von der Regierung festgelegten Mindestanforderungen entspricht;
- die Kontrolle der Regierung in Bezug auf die Anwendung des Dekrets akzeptieren.

Der Minister bemerkte, bei der Aushandlung der finanziellen Bezuschussung in Form von Jahreskonventionen werden mit den verschiedenen Einrichtungen und Organisationen Aktionspläne vereinbart, die ihre Arbeitsschwerpunkte definieren und mit deren Hilfe Doppelangebote vermieden werden sollen.

1.5. Projektbezuschussung

Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel kann die Regierung in Anwendung des Dekrets vom 1. Juni 2004 auch einzelne Projekte bezuschussen, wenn diese:

- vorab genehmigt wurden;
- sich im Rahmen des Gesundheitskonzepts bewegen;
- den von der Regierung festgelegten Schwerpunkten entsprechen.

7 Siehe Punkt VIII.

1.6. Medizinische Prävention

Das Dekret vom 1. Juni 2004 hält ferner fest, dass die Regierung spezialisierte Einrichtungen der medizinischen Prävention in der Deutschsprachigen Gemeinschaft anerkennen und fördern kann. Im Auftrag der Regierung können auswärtige spezialisierte Einrichtungen Aufgaben zugunsten der medizinischen Prävention in der Deutschsprachigen Gemeinschaft übernehmen.

Der Minister verneinte die Frage, ob in der Deutschsprachigen Gemeinschaft Präventionserfolge objektiv messbar sind. Dazu gibt es keine geeigneten Instrumente. Wohl lassen die Resultate der regelmäßig durchgeführten nationalen Gesundheitsbefragungen und der Euregionalen Jugendbefragung, die von der Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung VoG (ASL) mit EuPrevent organisiert wird, gewisse Rückschlüsse zu – vor allem im Abgleich mit den Resultaten vorangegangener Befragungen.

2. Flämische Gemeinschaft

In seiner Arbeitssitzung vom 21. Oktober 2015 empfing der Ausschuss Herrn Dr. Pieter Vandenbulcke, ausgebildeter Hausarzt mit 20-jähriger Berufserfahrung und derzeit Teamverantwortlicher der Abteilung Prävention der Flämischen Agentur für Pflege und Gesundheit, die zum Ministerium der Flämischen Gemeinschaft gehört. Dr. Vandenbulcke stellte dem Ausschuss ausführlich die Präventionsgesetzgebung in der Flämischen Gemeinschaft und ihre Umsetzung vor.

Die Agentur, so Dr. Vandenbulcke, setzt sich aus drei Teams zusammen:

1. dem Team Allgemeine Prävention, dessen Verantwortlicher er ist;
2. dem Team Infektionsbekämpfung und Impfungen sowie
3. dem Team Umweltpflege.

Grundlage der Präventionsarbeit ist das Dekret der Flämischen Gemeinschaft vom 21. November 2003 betreffend die präventive Gesundheitspolitik, das sogenannte „Präventionsdekret“.⁸

Ziel der präventiven Gesundheitspolitik in der Flämischen Gemeinschaft ist die Verbesserung der Volksgesundheit zur Erhöhung der Lebensqualität und Lebens-

8 Die aktuelle koordinierte Fassung des Präventionsdekrets kann auf <http://codex.vlaanderen.be> heruntergeladen werden (letzter Zugriff: 22. Oktober 2015).

dauer der Bürger. Dazu betreibt die flämische Regierung u. a. eine gezielte Gesundheitspräventionspolitik und schafft sie die Basis für eine vielfältige Ausrichtung.

Gemäß dem Dekret soll sich präventive Gesundheitspolitik zusammensetzen aus:

- einer präventiven Gesundheitsfürsorge und einer in sämtlichen sozialgesellschaftlichen Bereichen – z. B. Unterrichtswesen, Unternehmen, Wohnungsbau usw. – ansetzenden Präventionspolitik (*facettenbeleid*⁹) sowie
- einem Eingreifen in Gesundheitsdeterminanten mithilfe von Gesundheitsförderung – etwa durch einen gesunden Lebensstil – und Krankheitsprävention – so durch Früherkennung und Impfen.

Das Dekret hält auch fest, dass jede Person eine individuelle Verantwortung im Hinblick auf ihre eigene Gesundheit und die ihrer Mitmenschen hat. Diese Verantwortung umfasst die Beachtung von Sicherheitsvorschriften, das Führen einer gesunden Lebensweise und das Ergreifen von Vorsorgemaßnahmen, um Erkrankungen und Krankheiten zu vermeiden.

Die weiteren Ausführungen des Referenten bezogen sich auf folgende Elemente der Präventionspolitik in der Flämischen Gemeinschaft:

1. Basisprinzipien der Arbeit,
2. Akteure,
3. Arbeitsweise in der Präventionspolitik,
4. Ordnungsmodell für Präventionsinitiativen und
5. Herausforderungen.

2.1. Basisprinzipien der Arbeit

Die Basisprinzipien der Präventionspolitik in der Flämischen Gemeinschaft sind laut Aussage von Dr. Vandenbulcke die folgenden:

- a) wissenschaftlicher Unterbau. Eine wichtige Rolle dabei spielt, Bedürfnisse zu messen, um sie zu quantifizieren („Messen, um zu wissen“);
- b) Verantwortungspflicht und Resultatorientierung;
- c) Arbeit mit Netzwerken. Im Dekret wird keine Einrichtung namentlich aufgeführt, obwohl viele Einrichtungen dies befürworteten. Der Gesetzgeber hat davon in der Perspektive des Primats einer Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und der Bearbeitung neuer Bedürfnisse abgesehen. Die Einrichtungen müssen deshalb alle fünf Jahre einen abzuarbeitenden Aktionsplan vorlegen;

9 Die WHO bezeichnet dies als „Health-in-all-policies-Prinzip“.

- d) Zusammenarbeit und Facettenpolitik;
- e) Möglichkeit, sich auf Gruppen zu konzentrieren, die sich in einer bestimmten Entwicklungsphase oder Lebenszeitkategorie befinden;
- f) besondere Aufmerksamkeit für:
 - chancenarme Bevölkerungsgruppen,
 - Bevölkerungsgruppen, die in erhöhtem Maße gesundheitlich gefährdet sind, und
 - allgemeine Zugänglichkeit.

2.2. Akteure

Im Rahmen der flämischen Präventionspolitik agieren folgende Akteure:

a) *die Agentur der Flämischen Gemeinschaft für Pflege und Gesundheit*

Die Agentur reglementiert und unterstützt eine Vielzahl an Pflege- und Gesundheitsinitiativen und agiert auch als Feldakteur im Fall bestimmter Gesundheitsbedürfnisse wie sauberes Trinkwasser, gesunde Ernährung, Krebsbekämpfung und Infektionskrankheiten.

b) *Logo's (Lokaal GezondheidsOverleg)*

Der wichtigste Auftrag der Logo's ist das Bündeln und Koordinieren von lokalen Kräften zur Umsetzung der flämischen Gesundheitszielsetzungen und der präventiven Gesundheitspolitik. In Flandern und Brüssel gibt es insgesamt 15 Logo's.

Die Logo's arbeiten bei der Prävention mit Allgemeinmedizinern, dem Dienst für Kind und Familie (*Kind en Gezin*), den Zentren zur Lehrlingsbegleitung, der Betriebsgesundheitspflege, den Gemeinden und ÖSHZ sowie den Krankenkassen zusammen und unterstützen sie.

Außer in Brüssel verfügen alle Logo's über medizinische Umweltexperten, die über den Einfluss der Umwelt auf die Gesundheit informieren und entsprechende Beratungen anbieten.

c) *Partnerorganisationen*

Die Partnerorganisationen – wie etwa der Dienst für Kind und Familie, das Zentrum für Krebsfrüherkennung oder die Flämische Diabetesliga – besitzen oder eignen sich Fachwissen in einem oder mehreren Bereichen der präventiven Gesundheitsfürsorge an. Sie entwickeln Strategien, Methodiken sowie Schulungs- und Info-Material und helfen den Logo's bei ihrer Umsetzung und Verbreitung.

Der Auftrag an Partnerorganisationen wird ausgeschrieben. Es wurde jedoch festgestellt, dass sich auf eine spezifisch definierte Ausschreibung oft nur ein einziger Kandidat meldet.

Die Arbeit und Finanzierung der Partnerorganisationen erfolgt auf der Grundlage von Geschäftsführungsverträgen; unbefristete Anerkennungen werden nicht mehr gewährt. Damit soll einer Verkrustung der Strukturen entgegen gewirkt werden.

Alle fünf Jahre müssen die Partnerorganisationen einen Aktionsplan erarbeiten, dessen Umsetzung mit den Behörden vereinbart wird. Damit ist ein weiteres dynamisches Element gegeben, das einer Verkrustung vorbeugt.

d) Feldakteure

Feldakteure führen spezifische Aufträge auf Ebene des Netzwerks zur präventiven Gesundheitsfürsorge aus und sind bestrebt, die Gesundheitszielsetzungen umzusetzen. Dazu nehmen sie das Fachwissen der Partnerorganisationen in Anspruch.

Auf lokaler Ebene arbeiten sie dort, wo dies relevant ist, mit den Logo's zusammen.

Ihre Arbeit und Finanzierung beruht ebenfalls auf Geschäftsführungsverträgen und einem fünfjährigen Aktionsplan, dessen jährliche Realisierung vereinbart wird.

Feldakteure sind z. B. die Beratungsstellen des Dienstes für Kind und Familie oder Einrichtungen in der Suizid-, Alkohol- und Drogenprävention.

2.3. Gesundheitskonferenz und Gesundheitszielsetzungen

Für die Entwicklung einer neuen oder zur Revision einer bestehenden Gesundheitszielsetzung beruft die Regierung eine Gesundheitskonferenz ein, die sich u. a. aus Vertretern der Regierung, der Zielgruppen, der Logo's, Instanzen, die Bezug zum Thema haben, und Fachleuten zusammensetzt.

Die Konferenz befasst sich ebenfalls mit der möglichen Umsetzung vereinbarter Gesundheitszielsetzungen und einer ersten Einschätzung der voraussichtlich anfallenden Kosten.

Gesundheitszielsetzungen in der Flämischen Gemeinschaft sind zurzeit:

- Erhöhung der Anzahl sportlich aktiver Menschen mit einem gesunden Gewicht;
- Reduzierung der Anzahl Raucher sowie Drogen- und Alkoholkonsumenten;
- Steigerung der Anzahl vitaler Menschen;
- Minderung der Anzahl von Unfällen im Privatbereich;

- Steigerung der Anzahl Personen, die an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilnehmen;
- hochwertige Impfpolitik;
- Unfallprävention und
- Suizidprävention.

Die Regierung der Flämischen Gemeinschaft kann eine Gesundheitskonferenz auch mit anderen Aufgaben, die Bezug zur präventiven Gesundheitspolitik haben, betrauen.

Die von der Gesundheitskonferenz erarbeiteten Vorschläge für Gesundheitszielsetzungen werden dem flämischen Gesundheitsrat zur Begutachtung vorgelegt, der diese anschließend der Regierung unterbreitet. Von der Regierung gutgeheißene Vorschläge werden dem Parlament zur Bewilligung unterbreitet und danach umgesetzt.

Die Regierung kann zu bestimmten Themen Arbeitsgruppen außerhalb der Gesundheitskonferenz einsetzen. In den betreffenden Arbeitsgruppen sind Fachleute, aber auch einfache Bürger vertreten.

Weitere Arbeitsmittel in der flämischen Präventionspolitik stellen der Datenaustausch und die Absprache zwischen verschiedenen behördlichen Ebenen (Gemeinden und Provinzen) dar. Diese gestalten sich nach Aussage des Referenten jedoch teils schwierig. Die Regierung überlegt deshalb, die Zuständigkeiten der Provinzen in der Präventionspolitik zu reduzieren.

Ein weiteres Arbeitsinstrument sind kollektive Gesundheitsvereinbarungen mit Einrichtungen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors. Auf dieser Ebene wurde u. a. ein Abkommen mit Privatbetrieben zur finanziellen Unterstützung von Initiativen zur Suizidprävention abgeschlossen. Bei Vereinbarungen wird darauf geachtet, dass sie ethisch vertretbar sind, so etwa bei Abkommen mit der Nahrungs- und Genussmittelindustrie.

Ein anderes wichtiges Arbeitsmittel bilden Kooperationen. Die Zuständigkeiten in der Gesundheitspolitik in Belgien sind aufgrund der komplizierten föderalen Entwicklung auf mehrere Gebietskörperschaften verteilt. Kooperation ist notwendig, um die Umsetzung verschiedener Zuständigkeiten im Interesse des Bürgers abzustimmen und Synergien zu schaffen. Dies gilt nach Ansicht des Referenten ebenfalls für die Prävention. Auch nach der Sechsten Staatsreform sollte deshalb auf Ebene der Interministeriellen Konferenz für Volksgesundheit ein Präventionsprotokoll abgeschlossen werden.

2.4. Ordnungsmodell für Präventionsinitiativen

Initiativen betreffend die präventive Gesundheitsfürsorge, die Facettenpolitik, die Gesundheitsförderung sowie die Früherkennung müssen in der Flämischen Gemeinschaft auf einen oder mehrere der folgenden Aspekte, die Anknüpfungspunkte für Prävention bilden, ausgerichtet sein:

1. die gesundheitsbestimmenden (positiven) Determinanten sowie die (bedrohenden) Faktoren:
 - a) exogen: physische, räumliche und materielle Umgebung, Lebensstil, soziale Umgebung;
 - b) endogen: genetisch/erworben;
2. Krankheiten und Erkrankungen, die sich in einem Vor- oder Anfangsstadium befinden;
3. spezifische Lebenszeitkategorien oder Entwicklungsphasen (Lebensphasen).

Anknüpfungspunkte für Initiativen sind:

- physisch: biotisch (Infektionen), physisch/chemisch und räumlich/materiell;
- Lebensstil: Ernährung und Bewegung, Unfälle, sexuelle Gesundheit, Stressbewältigung, verfügbare Mittel;
- soziale Umgebung: Schule, Arbeit, Lebenssituation;
- erblich: Trägerschaft, Personen selbst;
- erworben: Cholesterin, Blutzucker, Blutdruck, Immunität, bronchiale Reaktivität;
- Krankheiten: Herz- und Kreislaufkrankheiten, Krebs, psychisch, angeboren, sensorisch, Entwicklung;
- Lebensphasen: Schwangerschaft, Kinder, berufliche Aktivitäten, Eltern.

2.5. Herausforderungen

Ungeachtet der Existenz eines Präventionsdekrets gibt es nach Auffassung des Referenten in der Flämischen Gemeinschaft weiterhin Herausforderungen in der Präventionspolitik.

Eine Herausforderung besteht nach seinem Dafürhalten in einer Straffung des Systems. Die Organisation der Akteure und die Finanzen müssten so angelegt sein, dass sie höchstmögliche präventive Durchschlagskraft entwickeln. Dazu müssten in einer ersten Phase eine Reihe von empirischen Daten und Erkenntnissen gewonnen werden, die es ermöglichen, weitere Prozesse zu optimieren. Diese Phase ist in der Flämischen Gemeinschaft nach Einschätzung des Referenten jetzt eigentlich abgeschlossen.

Für die Präventionspolitik könnten aber nicht grenzenlos Mittel zur Verfügung gestellt werden. Es gilt daher, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die bestmögliche Präventionspolitik zu gestalten.

Ein gutes Beispiel dafür ist nach Ansicht des Referenten die flämische Screeningpolitik zur Früherkennung von Krankheiten. In Flandern darf kein Screening mehr ohne explizite Bewilligung des Gesundheitsministers durchgeführt werden. Grundprinzip der Regierung ist, dass die für Reihenuntersuchungen eingesetzten finanziellen Mittel in einem bestimmten, positiven Verhältnis zu den Resultaten stehen sollen. Eine speziell damit betraute Arbeitsgruppe bewertet Anfragen anhand bestimmter Kriterien und berät den Minister entsprechend. Bei der Bewertung kommt es häufig zu Dissonanzen mit Medizinern und Teilen der Bevölkerung, die Screenings eher aus einer klinischen Warte betrachten.

Auch der Frühintervention soll nach Ansicht des Referenten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. In diesem Zusammenhang muss die Frage erörtert werden, ab wann im Hinblick auf Effizienzgewinne individuelle Prävention bei Hochrisikogruppen relevanter als bevölkerungsmäßig breit angelegte Gesundheitsfürsorge wird. In dieser Perspektive ist es vorstellbar, herz- und kreislaufgefährdeten Personen ärztlich ein individuelles Bewegungscoaching zu verordnen – etwa in Form eines Trainings in einem Fitnessstudio – und damit verbundene Kosten partiell zurückzuerstatten. Dieses Modell ist in der Region Löwen getestet worden. Ein großer Vorteil besteht darin, sozial schwächere Schichten besser zu erreichen.

Dr. Vandenbulcke weiter: Mit der Einführung eines höheren Renteneintrittsalters sollte Prävention auch verstärkt in Betrieben Platz finden. Ziel müsse es sein, die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer mit einem Angebot gesundheitsfördernder Aktivitäten am Arbeitsplatz längstmöglich optimal zu erhalten. Die Arbeitgeber und die Gewerkschaften widersetzen sich zurzeit freilich noch diesem Ansinnen, weil externe und interne Dienste einbezogen werden müssten.

Eine weitere Herausforderung besteht nach Einschätzung des Referenten in einer besseren Implementierung der angestrebten Facettenpolitik. Leider müsse festgestellt werden, dass die gesteckten Ziele noch nicht erreicht worden sind.

Problematisch, so der Referent, ist des Weiteren, dass die Bürger nur begrenzt an Prävention interessiert sind, weil sie oft mit Verboten einhergeht, die den Lebensstil beeinträchtigen. Sie sind handlungsaktiv deshalb eher auf kurative und pfliegerische Maßnahmen ausgerichtet.

Bemerkungen des Ausschusses

Die Resultate der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 haben ergeben, dass die Bevölkerung heute zum Teil weniger gesund ist als frühere Generationen – so werden mehr Schlafstörungen verzeichnet und ist der Konsum von Antidepressiva gestiegen. Die Bekämpfung dieser Defizite stellt sicherlich eine Herausforderung dar.

Reaktion des Referenten: Vom Zutreffen dieser Aussage ist er nicht überzeugt. Das durchschnittliche Lebensalter ist in den vergangenen Jahrzehnten erheblich gestiegen. Dies hat natürlich implizit zur Folge, dass altersbedingte Krankheiten häufiger auftreten als früher. Auch werden Krankheiten heutzutage stärker statistisch erfasst und ist man gewissen Themen – wie dem Konsum von Schlaftabletten – gegenüber sensibler eingestellt als früher.

Nicht unterschätzt werden darf zudem die autosuggestive Form einer solchen Fragestellung wie die, ob man sich gesund fühlt. Zumindest in körperlicher Hinsicht kann das eine subjektive Einschätzung sein, die nicht unbedingt mit den medizinischen Daten korrespondieren muss. „Glück“ und „Gesundheit“ sind in der heutigen Welt stark beäugte, teils überhöhte Werte, die in der Regel nicht vollkommen erreicht werden können und zu deren subjektiver Einschätzung befragte Personen beim geringsten Zweifel eher negativ antworten.

Der deutsche Mediziner Dr. Jörg Spitz, der die Deutsche Stiftung für Gesundheitsinformation und Prävention gegründet hat, hat anlässlich seines Referats „Chronische Krankheiten im dritten Millennium – Die bereits eingetretene Umweltkatastrophe. Fakten und Perspektive“ im Ausschuss am 1. Juli 2015¹⁰ wissen lassen, dass gewisse Nahrungsergänzungsmittel einen bedeutenden präventiven Einfluss auf die Gesundheit haben können. So leiden 80 bis 90 % der Bevölkerung unter Vitamin D-Mangel. Da Vitamin D an der Vermeidung nahezu sämtlicher chronischen Erkrankungen beteiligt ist, ist nach Ansicht von Dr. Spitz eine breit angelegte Vitamin D-Substitution angezeigt, die weitreichende präventive Wirkung entfalten würde.

Reaktion des Referenten: In der wissenschaftlichen und medizinischen Welt werden viele Diskussionen über die Effizienz von Nahrungsergänzungsmitteln, die vor allem in den Vereinigten Staaten von breiten Bevölkerungsschichten konsumiert werden, geführt. Was Vitamin D betrifft, so vertreten viele Mediziner die Ansicht, dass ein Mangel an diesem Vitamin bei einer gesunden Lebensweise eigentlich nicht auftreten darf.

Prävention ist nicht deterministisch. Präventionsmaßnahmen folgen nicht dem Kausalprinzip. Das Ergreifen einer bestimmten Präventionsmaßnahme führt nicht zwangsläufig zu einem genau vorherbestimmbaren Resultat. Oft lässt sich erst nach Jahren oder Jahrzehnten messen, ob Prävention in einem bestimmten Bereich wirksam gewesen ist.

10 Siehe Punkt VII des Berichts.

3. Bundesrepublik Deutschland

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurde vom Deutschen Bundestag am 17. Juli 2015 verabschiedet.

3.1. Zielsetzung

Ziel des Gesetzes ist es, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen.

Das Gesetz setzt auf eine zielgerichtete Kooperation der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen einer nationalen Präventionskonferenz legen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen.

Ein Präventionsauftrag wurde ebenfalls in der sozialen Pflegeversicherung verankert. In Zukunft sollen auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreicht werden.

3.2. Maßnahmen

Das Präventionsgesetz fördert überdies mithilfe einer Reihe gesetzlicher Maßnahmen die Impfprävention. Künftig soll der Impfschutz bei allen Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen überprüft werden. Auch Betriebsärzte sollen nun allgemeine Schutzimpfungen vornehmen können. Bei der Aufnahme eines Kindes in eine Kita muss ein Nachweis über eine ärztliche Impfberatung vorgelegt werden. Treten Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung – etwa einer Kita, einer Schule oder einem Hort – auf, können die zuständigen Behörden ungeimpfte Kinder vorübergehend vom Besuch ausschließen. Medizinische Einrichtungen dürfen die Einstellung von Beschäftigten vom Nachweis eines Impf- und Immunschutzes abhängig machen. Zudem können Krankenkassen Bonus-Leistungen für Impfungen vorsehen.

Das Gesetz sieht außerdem eine Weiterentwicklung der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene vor. Künftig soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gerichtet werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszusprechen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten beizutragen.

3.3. Finanzierung

Krankenkassen und Pflegekassen in Deutschland sollen in Zukunft finanziell hochgradig in Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderung in den verschiedenen Lebenswelten mit insgesamt mindestens rund 300 Mio. Euro jährlich.

Die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird in Anwendung des Präventionsgesetzes um rund 30 Millionen Euro erhöht. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 je Versicherten 1,05 Euro zur Verfügung.¹¹

11 Quelle: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html> (letzter Zugriff: 8. Oktober 2015).

IV. Die Resultate der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 betreffend die Deutschsprachige Gemeinschaft

Das Wissenschaftliche Institut für Volksgesundheit¹² (WIV) stellte dem Ausschuss in seiner Arbeitssitzung vom 14. Oktober 2015 die Resultate der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 betreffend die Deutschsprachige Gemeinschaft vor.¹³

Die Vorstellung der Resultate wurde vorgenommen von Frau Rana Charafeddine und Frau Lydia Gisle, Mitarbeiterinnen des Forschungsteams des WIV.

Die nationale Gesundheitsbefragung 2013¹⁴, so die Referentinnen, wurde auf Initiative der in der Interministeriellen Konferenz für Gesundheit vertretenen Gesundheitsminister durchgeführt.

Die Interministerielle Konferenz umfasst die Gesundheitsminister:

- des Föderalstaates,
- der Flämischen Gemeinschaft,
- der Region Brüssel-Hauptstadt,
- der Wallonischen Region,
- der Französischen Gemeinschaft und
- der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

Mit der Durchführung der Studie wurde das WIV beauftragt, das daraufhin den Fragebogen¹⁵, die Methodik und die Analyseform festlegte.

Bei der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 handelte es sich um die mittlerweile fünfte ihrer Art.¹⁶

12 Institut Scientifique de Santé Publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

13 Die Auswertung für die Deutschsprachige Gemeinschaft wurde vom WIV im September 2015 abgeschlossen.

14 Die ausführliche Studie kann auf folgenden Webseiten konsultiert werden: www.enquetesante.be, www.gezondheidsenquête.be und www.healthsurvey.be (letzter Zugriff: 28. Oktober 2015).

15 Der Fragebogen kann auf der Webseite des WIV abgerufen werden (<https://www.wiv-isp.be>. Letzter Zugriff: 18. Oktober 2015).

16 Die vorigen Studien datieren aus den Jahren 1997, 2001, 2004 und 2008.

Die nationale Gesundheitsbefragung 2013 verfolgte folgende Ziele:

- ein Gesundheitsbild der gesamten Bevölkerung zu zeichnen;
- die wesentlichen Gesundheitsfaktoren zu evaluieren;
- unter Zuhilfenahme der Resultate der vorhergehenden Studien eine Entwicklungskurve zu erstellen;
- internationale Vergleiche anzustellen und
- den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen unmittelbar verwendbare Informationen zur Verfügung zu stellen.

Insgesamt wurden 250 Interviewer eingesetzt, die nach einem Zufallsverfahren ausgesuchten Teilnehmer zu Hause befragten (circa. 60 Minuten im Schnitt). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. 57 % der kontaktierten Haushalte stimmten einer Teilnahme zu. Das Sammeln der Daten nahm ein Jahr in Anspruch.

Als repräsentatives Muster der Gesamtbevölkerung wurde eine Stichprobe von 10.000 Personen festgelegt (N = 10.000). Aus Gründen besserer Repräsentativität in bestimmten Regionen wurden schlussendlich 10.829 Personen befragt (Männer: 48,3%, Frauen: 51,7%).

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft wurde eine Stichprobe von 300 Personen – verteilt auf die Gemeinden Eupen (100 Personen), Bütgenbach, Kelmis, Lontzen und St. Vith (jeweils 50 Personen) – festgelegt. Schlussendlich wurden in der Deutschsprachigen Gemeinschaft 306 Personen befragt (Männer: 51,3%, Frauen: 48,7%). Die durchschnittliche Haushaltsgröße lag bei 2,9 Personen.

Der Bildungsgrad der Teilnehmer stellte sich wie folgt dar:

	Belgien	Deutschsprachige Gemeinschaft
Primarschulabschluss oder niedriger:	11 %	14 % (41)
Untere Sekundarstufe:	14 %	16 % (47)
Obere Sekundarstufe:	32 %	30 % (89)
Hochschule oder Universität:	44 %	40 % (117)

Zu folgenden Themenbereichen wurden Fragen gestellt:

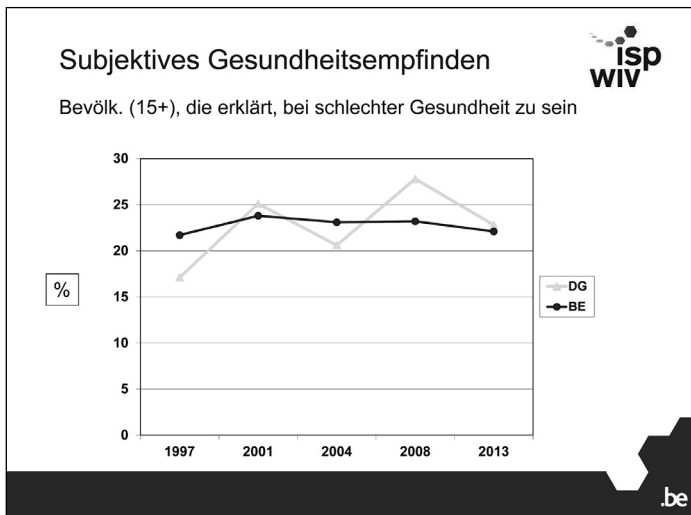
1. allgemeiner Gesundheitszustand,
2. Gesundheitsverhaltensweisen,
3. Nutzung von Gesundheitsdiensten,
4. Prävention.

1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Nach Aussage der Referentinnen wurden die Probanden gebeten, ihren Gesundheitszustand subjektiv einzuschätzen.

Auf gesamtbelgischer Ebene schätzten 22,1% der Befragten ihren Gesundheitszustand als schlecht ein, während dies in der Deutschsprachigen Gemeinschaft für 22,8% der Befragten der Fall war.

Für die Jahre 1997 bis 2013 ergab sich folgendes Bild:



Interessant war die Verteilung innerhalb der betreffenden Gruppe nach Bildungsgrad. So besaßen 42,1% der Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht betrachteten, gar kein Diplom bzw. lediglich einen Primarschulabschluss, 33,5% ein Mittelschuldiplom, 21,6% ein Abiturdiplom und 11,1% ein Hochschul- bzw. Universitätsdiplom. Der Bildungsgrad ist mit Sicherheit ein wesentlicher Faktor für die Lebensführung und für die Bewertung des eigenen Gesundheitszustands. Diese Feststellung ist indes nicht neu und gilt auch über die Deutschsprachige Gemeinschaft hinaus.

Die Top 5 der angegebenen chronischen Krankheiten bei den über 15-jährigen Männern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft waren:

1. Schmerzen im unteren Rückenbereich,
2. Arthrose,
3. Bluthochdruck,
4. Allergien und
5. erhöhter Cholesterinspiegel.

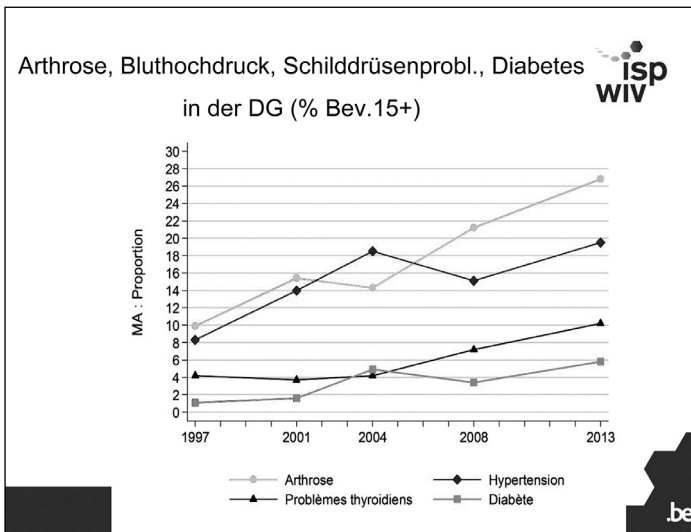
An diesen Krankheiten zu leiden, wurde in der Deutschsprachigen Gemeinschaft bei den Männern häufiger als im Landesinnern angegeben, obwohl sie auch dort Spitzenpositionen einnahmen.

Die Top 5 der angegebenen chronischen Krankheiten bei den über 15-jährigen Frauen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft waren:

1. Arthrose,
2. Schmerzen im unteren Rückenbereich,
3. Allergien,
4. Kopfschmerzen-Migräne und
5. Nackenbeschwerden.

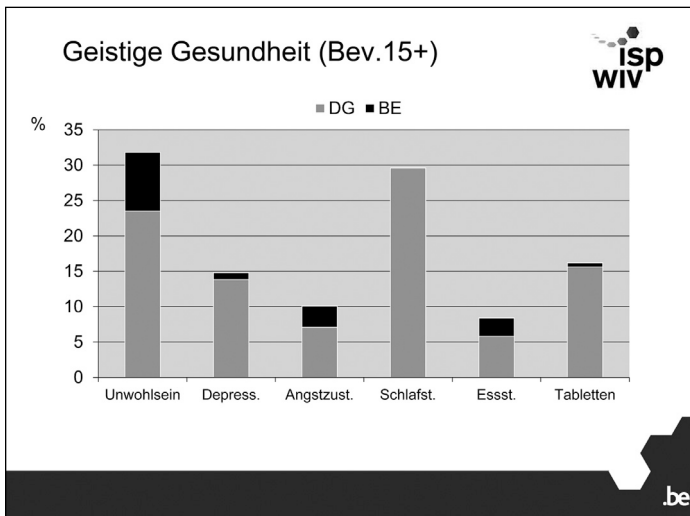
An diesen Krankheiten zu leiden, wurde in der Deutschsprachigen Gemeinschaft auch bei den Frauen häufiger als im Landesinnern angegeben, wobei diese Gebrechen dort ebenfalls dominierend waren.

Als vorherrschendes Leiden wurde Arthrose, gefolgt von Bluthochdruck, Schilddrüsenbeschwerden und Diabetes angegeben. Für den Zeitraum 1997-2013 wurde betreffend diese Beschwerden folgendes Bild verzeichnet:



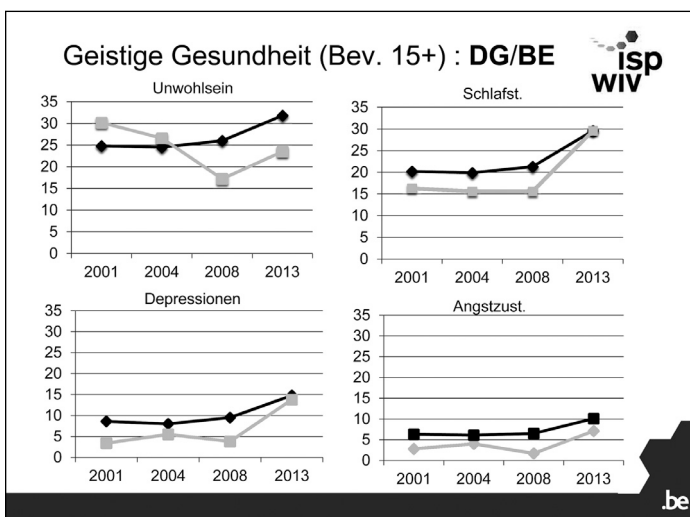
Bei allen genannten Beschwerden wurde für den Zeitraum 1997-2013 ein Anstieg verzeichnet. Für Arthrose und Bluthochdruck fiel dieser allerdings spektakulär aus. Dabei handelte es sich freilich um ein allgemeines Phänomen.

In Bezug auf die mentale Gesundheit ergab sich folgendes Bild:



Der deutlichste Abstand zum Inland wurde beim Unwohlsein verzeichnet (23% gegenüber 32%), während Schlafstörungen in identischem Grad bestanden. An Schlafstörungen litt demnach jeder Dritte.

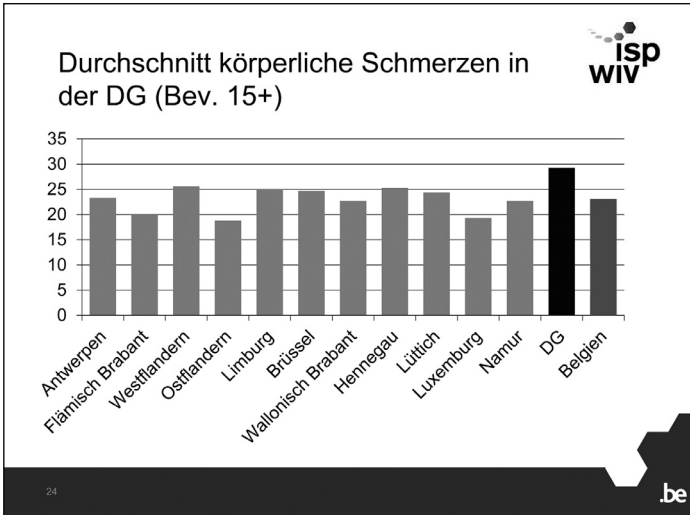
Für die Entwicklung verschiedener mentaler Gesundheitstrübungen wurde für den Zeitraum 2001-2013 folgender Verlauf konstatiert:



Die Frage, ob sie an physischen Schmerzen leiden, bejahten 29% der in der Deutschsprachigen Gemeinschaft Befragten über 15 Jahre.

Personen mit einem niedrigeren Bildungsgrad gaben verstärkt an, an Schmerzen zu leiden.

Verglichen mit den Provinzen und Gesamtbelgien ergab sich folgendes Bild:



In Bezug auf eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit innerhalb der letzten zwölf Monate (erwerbstätige Bevölkerung) wurden folgende Werte ermittelt:

Arbeitsunfähigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme im Laufe der letzten 12 Monate (aktive Bevölkerung)

Indikator	DG	BE
% Arbeitsunfähigkeit gemeldet	50,1%	39,7%
Durchschnittliche Abwesenheit	17,4 Tage	11,2 Tage
Durchschnittliche Anzahl Abwesenheitstage Männer	8,2 Tage	8,1 Tage
Durchschnittliche Anzahl Abwesenheitstage Frauen	28,1 Tage	14,7 Tage

isp wiv

27

.be


Die Zahlen für die Deutschsprachige Gemeinschaft wichen von den entsprechenden Zahlen für Gesamtbelgien teils erheblich ab.

2. Gesundheitsverhaltensweisen


Weitere Fragen der nationalen Gesundheitsbefragung 2013, so die Referentinnen, betrafen Gesundheitsverhaltensweisen.

Zur körperlichen Betätigung und Ernährung der Bevölkerung über 15 Jahre ergab sich folgendes Bild:

Bewegung und Ernährung (Bev. 15+)



ANTEIL der Bevölkerung, der... :	DG	BE
täglich mehr als 30 Minuten einer körperlichen Betätigung nachgeht	40 %	36 %
täglich Obst verzehrt	54 %	56 %
täglich Gemüse isst.	72 %	78 %



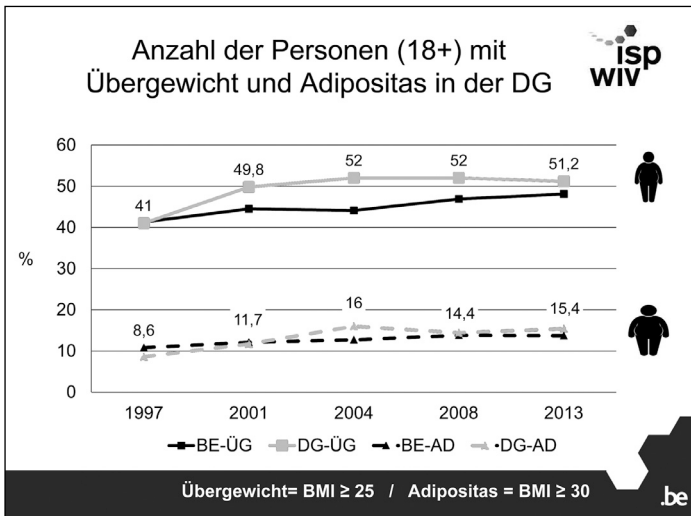
Sowohl für die Deutschsprachige Gemeinschaft als auch für das gesamte Land wurde ein sehr niedriger Grad an täglicher körperlicher Betätigung konstatiert.

Die Werte zum Ost- und Gemüseverzehr waren ebenfalls nicht optimal. Empfohlen wird, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu verzehren.

Nach Aussage der Referentinnen ist folglich noch viel Sensibilisierungsarbeit zu leisten, um die Werte zu verbessern.

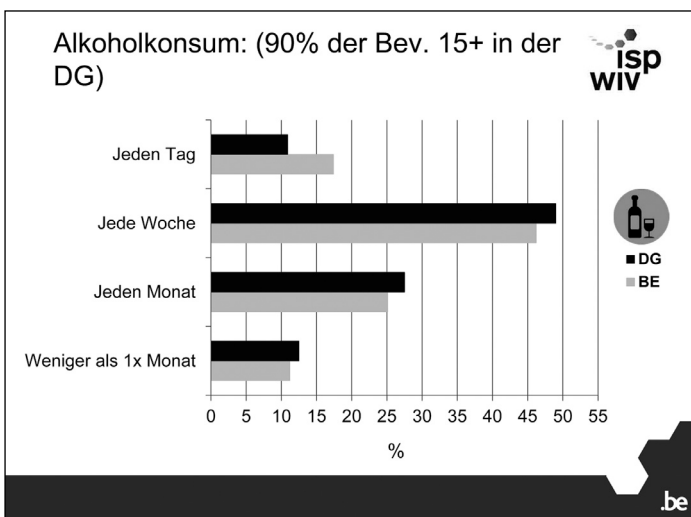
Auch das Körpergewicht hat Aussagekraft in Bezug auf das Gesundheitsverhalten. Weltweit ist in den Industrienationen ein Anstieg von Personen mit Übergewicht bzw. Adipositas, die für Diabetes des Typs 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich gemacht werden, zu verzeichnen. Als übergewichtig wird jeder angesehen, dessen Body-Mass-Index (BMI) höher als 25 ist.

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft und Gesamtbelgien ergaben sich bei der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 folgende Zahlen:



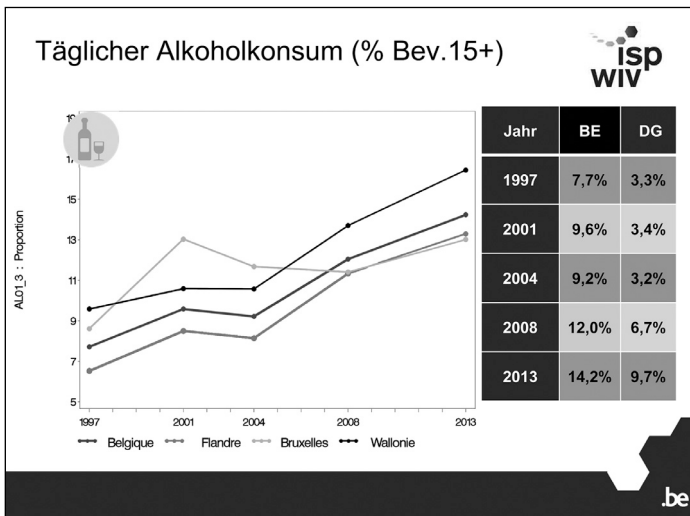
Die Anzahl übergewichtiger Personen hat in der Deutschsprachigen Gemeinschaft seit 1997 zugenommen und liegt mittlerweile leicht über dem gesamtbelgischen Durchschnitt. Die gleiche Aussage kann für Adipositas getroffen werden.

Zum Alkoholkonsum wurden bei der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 folgende Erkenntnisse gewonnen:



Die Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums in der Deutschsprachigen Gemeinschaft wich nicht signifikant von der in Gesamtbelgien ab. Bei den Personen, die täglich konsumierten, gab es allerdings eine größere Abweichung, insofern dies im Landesinnern häufiger der Fall war. Von täglichem Alkoholkonsum wird abgeraten. Die WHO empfiehlt, pro Woche mindestens einen Tag Abstinenz einzuhalten.

Hinzuweisen ist darauf, dass sowohl in der Deutschsprachigen Gemeinschaft als auch auf Landesebene der tägliche Alkoholkonsum seit der ersten nationalen Gesundheitsbefragung 1997 kontinuierlich anstieg, wie folgende Grafik bestätigt:



Brüssel weist aufgrund seines hohen Bevölkerungsanteils an Muslimen eine atypischere Kurve auf als die anderen Gebietskörperschaften.

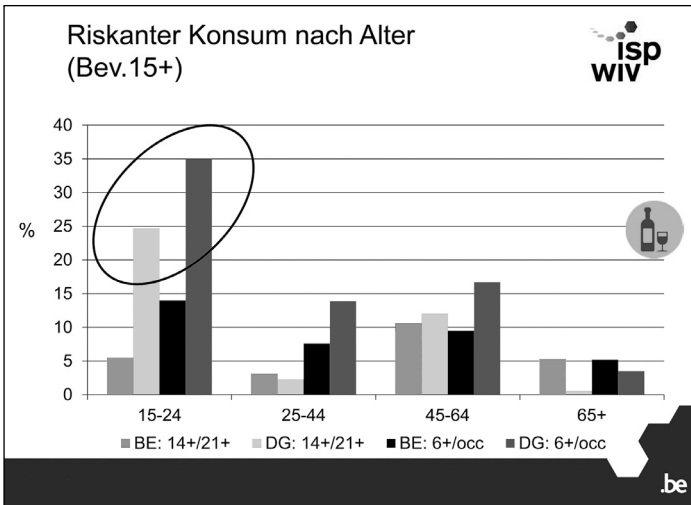
Bemerkenswert ist, dass sich der Prozentsatz der Personen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, die täglich Alkohol konsumierten, zwischen 1997 und 2013 verdreifacht hat, während er sich im Landesinnern lediglich verdoppelte.

Wesentlich höher als der Landesdurchschnitt war in der Deutschsprachigen Gemeinschaft der Prozentsatz männlicher Tageskonsumenten, während die Anzahl weiblicher Tageskonsumenten identisch ausfiel.

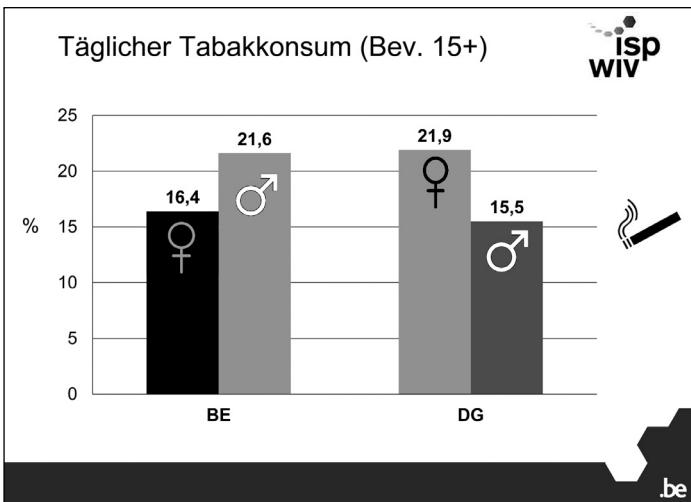
Die Menge des wöchentlich durchschnittlich konsumierten Alkohols betrug sowohl für die Deutschsprachige Gemeinschaft als auch für Gesamtbelgien 11 Gläser. Als gesundheitlich bedenklich wird von der WHO der Konsum von 21 Gläsern Alkohol pro Woche für Männer und von 14 Gläsern für Frauen eingestuft. Sowohl

auf nationaler Ebene als auch auf Ebene der Deutschsprachigen Gemeinschaft trank indes fast jeder zehnte Mann über 15 Jahre mehr als 21 Gläser Alkohol pro Woche. Bei den Frauen über 15 Jahre in der Deutschsprachigen Gemeinschaft waren es 8,8%, die mehr als 14 Gläser Alkohol pro Woche tranken, während sich dieser Wert für Gesamtbelgien auf 4,7% belief.

Für den Risikokonsum nach Alter ergab sich folgendes Bild:



Auffällig war der gegenüber dem Landesinnern erheblich höhere Risikokonsum in der Deutschsprachigen Gemeinschaft in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahren.

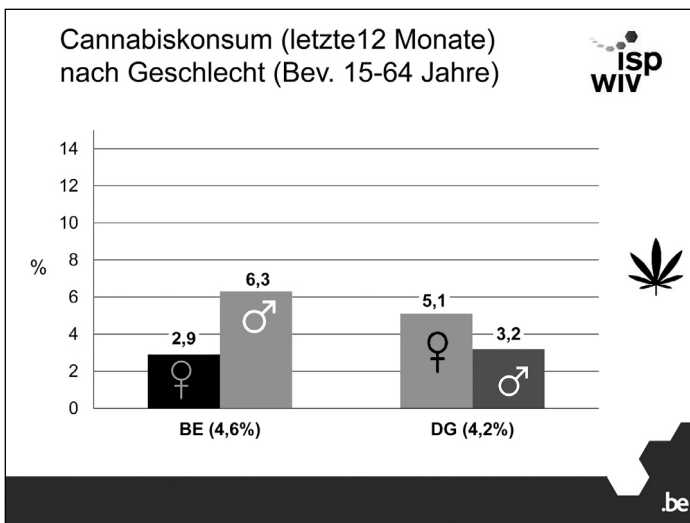


Auch der Tabak- und Cannabiskonsum wurde bei der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 untersucht.

Bezüglich des Tabakkonsums konnte das auf Seite 34, unten stehende Bild gewonnen werden.

Erstaunlicherweise rauchten in der Deutschsprachigen Gemeinschaft mehr Frauen als Männer.

Hinsichtlich des Cannabiskonsums verhielt es sich folgendermaßen:

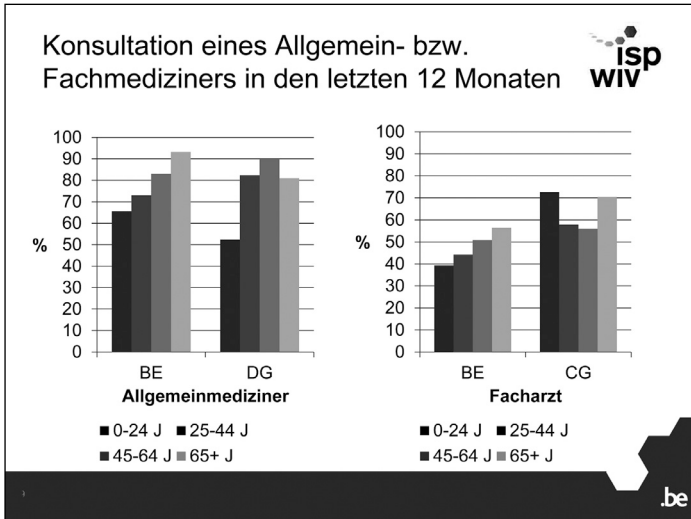


Cannabis ist die am häufigsten konsumierte Droge. In der Deutschsprachigen Gemeinschaft konsumierten wiederum Frauen häufiger Cannabis als Männer, während der allgemeine Konsum leicht unter dem Landesdurchschnitt lag.

3. Nutzung von Gesundheitsdiensten

Des Weiteren, so die Referentinnen, beabsichtigte die Studie, den Grad der Nutzung von Gesundheitsdiensten in Erfahrung zu bringen. Dazu wurde auf eine Reihe von Datenbanken zurückgegriffen.

Zur Konsultation eines Allgemein- bzw. Fachmediziners in den letzten zwölf Monaten wurden folgende Zahlen ermittelt:



Festgestellt wurde, dass die Dienste von Medizinern mit zunehmendem Alter häufiger in Anspruch genommen wurden.

Die Konsultation eines Allgemeinmediziners in den letzten zwölf Monaten befand sich in der Deutschsprachigen Gemeinschaft auf fast gleichem Niveau mit dem Inland, während die Konsultationen von Fachärzten (64% gegenüber 40 bis 50%) und auch Zahnärzten (72% gegenüber 48% bis 69%) deutlich höher als im Landesinnern lag.

Eine Notaufnahme suchten 17% der Bevölkerung der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den letzten zwölf Monaten auf. Nur in Brüssel und im Hennegau war dieser Prozentsatz ähnlich hoch, während er im Rest des Landes um die 10% betrug. In Großstädten wird die Notaufnahme stark von in Armut lebenden Personen in Anspruch genommen. Die Gründe, warum dies in der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit ihrem ländlichen und semiurbanen Profil ebenfalls der Fall war, sind nicht bekannt.

4. Prävention

Die Referentinnen weiter: Die nationale Gesundheitsbefragung 2013 erfasste auch Daten zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten.

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft ließen 28,2% der Befragten über 15 Jahre in den letzten zehn Jahren eine Darmspiegelung aus Früherkennungsgründen

durchführen. Dies war – gemessen am Landesinnern, wo Werte zwischen 10% und 19% und durchschnittlich 14% konstatiert wurden – ein sehr hoher Prozentsatz. Für diesen signifikant hohen Prozentsatz kann eine Reihe von Gründen ausschlaggebend gewesen sein, z. B. gezielte und sehr wirksame Präventionskampagnen.

Gegen Grippe impfen ließen sich in den letzten zwölf Monaten hingegen nur 11,5% der Bevölkerung der Deutschsprachigen Gemeinschaft über 15 Jahre. Dies war ein sehr niedriger Wert und der niedrigste für das Gebiet seit 1997. Im Landesinnern wurden zwischen 15 und 35% und im Landesdurchschnitt 25% geimpft.

Die Impfungsrate schwankte allerdings von Jahr zu Jahr. So wurden 2008 wurden in der Deutschsprachigen Gemeinschaft und auf gesamtbelgischer Ebene ungefähr 26% der Bevölkerung geimpft.

Fragen des Ausschusses an den Minister

Sollte die Stichprobe für die Deutschsprachige Gemeinschaft bei der nächsten nationalen Gesundheitsbefragung zur Gewährleistung besserer Repräsentativität vergrößert werden?

Antwort des Ministers: Das WIV hat in der Tat angemerkt, dass mit der Befragung einer größeren Stichprobe in der Deutschsprachigen Gemeinschaft für bestimmte Punkte verlässlichere Aussagen erzielt werden können. Die Regierung erachtet dies ebenfalls als sinnvoll und hat beschlossen, die Stichprobe bei der nächsten nationalen Gesundheitsbefragung auf 900 Personen auszudehnen. Dies wird freilich mit höheren Kosten für die Deutschsprachige Gemeinschaft einhergehen. Die Teilnahme an der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 mit einer Stichprobe in der Größe von 300 Personen war für die Deutschsprachige Gemeinschaft mit keinerlei Kosten verbunden.

Wie werden die Resultate der nationalen Gesundheitsbefragung 2013 für die Deutschsprachige Gemeinschaft von der Regierung verwertet?

Antwort des Ministers: Die Ergebnisse für die Deutschsprachige Gemeinschaft werden in das neue Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, das das Konzept aus dem Jahr 2003 ersetzen wird, einfließen.

V. Anhörung von in der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Präventions- und Gesundheitsförderungs- bereich tätigen Akteuren

Um sich ein Bild der Präventions- und Gesundheitsförderungsbestrebungen sowie -angebote in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu verschaffen, hörte der Ausschuss auf diesen Gebieten tätige Akteure an.

Angehört wurden:

- der Beirat für Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (BFG),
- die VoG Patienten Rat & Treff (PRT),
- das Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – Kaleido Ostbelgien,
- die VoG Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL),
- die VoG Verbraucherschutzzentrale (VSZ),
- die VoG Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst.

1. Beirat für Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Der Beirat für Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (BFG) wurde am 11. März 2015 angehört.

Zur Anhörung begrüßt werden durften: Herr René Kalfa, Präsident und Vertreter der VoG Verbraucherschutzzentrale Ostbelgien im Beirat, Frau Caroline Scheliga, Vertreterin der VoG Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung (ASL) im Beirat, Frau Nicole Voncken, Vertreterin der VoG Patienten Rat & Treff (PRT) im Beirat, und Herr Jean-François Crucke, Vertreter der Krankenkasse Solidaris im Beirat. Sie stellten den Beirat und dessen Arbeit vor.

Die juristische Grundlage des Beirats, so die Vertreter des Beirats, bildet das Dekret der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 1. Juni 2004 zur Gesundheitsförderung und zur medizinischen Prävention. Der erste Beirat wurde am 13. Januar 2005 eingesetzt.

Die Aufgaben des Beirats bestehen:

- in der Beratung der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft in Fragen der Gesundheitsförderung auf deren Anfrage oder aus eigener Initiative;
- in der Ausarbeitung von Vorschlägen zur Umsetzung des Konzepts zur Gesundheitsförderung, das von der Regierung auf der Grundlage eines Gutachtens des Beirats verabschiedet wird. Dies kann aus eigener Initiative oder auf Anfrage der Regierung geschehen;
- in der Wahrnehmung einer Bindegliedfunktion zwischen den Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung;
- in der Begutachtung von Vorentwürfen von Dekreten und Regelerlassen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Vorentwürfe des Gesundheitsförderungskonzepts sowie seiner Schwerpunkte.

Unter Gesundheitsförderung wird jegliche Maßnahme verstanden, die darauf abzielt, dem Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit zu ermöglichen und ihn damit zur Stärkung seiner Gesundheit zu befähigen.

Die Mitglieder des Beirats werden von der Regierung auf Vorschlag der im Gremium vertretenen Einrichtungen, Organisationen und Dienste ernannt.

Dem Beirat gehören in Anwendung des Dekrets an:

- ein Vorsitzender, der von der Regierung auf Vorschlag des Beirats bezeichnet wird. Seit einigen Jahren wechselt der Vorsitz jährlich unter den verschiedenen im Beirat vertretenen Einrichtungen;
- vier Vertreter von Organisationen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung (VoGs ASL, KPVDB, PRT, SPZ);
- ein Vertreter aus dem Verbraucherschutzbereich;
- zwei Vertreter der Krankenkassen;
- zwei Vertreter der Psycho-Medizinisch-Sozialen Zentren (PMS-Zentren) und der Gesundheitszentren;
- ein Vertreter des Dienstes für Kind und Familie der Deutschsprachigen Gemeinschaft (DKF).¹⁷

¹⁷ Die PMS-Zentren, die Gesundheitszentren und der DKF wurden in Anwendung des Sonderdekrets vom 20. Januar 2014 und des allgemeinen Dekrets vom 31. März 2014 zwischenzeitlich im neuen Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – Kaleido Ostbelgien vereint.

Mit beratender Stimme gehören dem Beirat an:

- ein Vertreter der Regierung;
- zwei Vertreter des für Gesundheit zuständigen Fachbereichs des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft;
- ein Vertreter des für Pädagogik zuständigen Fachbereichs des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft;
- ein Vertreter des für Sport zuständigen Fachbereichs des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

Die Mitglieder werden für vier Jahre ernannt.

Der Beirat tritt mindestens viermal jährlich auf Einladung des Vorsitzenden oder auf Antrag mindestens eines Drittels der Mitglieder zusammen.

Zu spezifischen Themen kann er die Meinung von Experten einholen oder Arbeitsgruppen bilden.

Gutachten werden zu sehr unterschiedlichen Aspekten erstellt. Seit 2008 wurden Gutachten auf Anfrage der Regierung abgegeben:

- zu den Qualifikationen im Bereich der Gesundheitsförderung,
- zum Konzept des Programms für Ernährung und Bewegung (PEB) für die Jahre 2009-2015 und zum definitiven Programm,
- zum Für und Wider einer verbreiteten Installation von automatischen Laien-defibrillatoren in der Deutschsprachigen Gemeinschaft,
- zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 12. Oktober 1964 zur Regelung der Anzahl und der Modalitäten der ärztlichen Untersuchungen sowie zur Festlegung der Bedingungen für die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen in den Schulen,
- zur Festlegung der inhaltlichen Schwerpunkte für die Gesundheitsförderung in den Jahren 2013-2014,
- zur Orientierungsnote „Chronische Krankheiten“,
- zum Vorentwurf des Erlasses der Regierung zur Abänderung ihres Erlasses vom 22. Juni 2001 zur Festlegung der Bemessungsgrundlagen für Personalzuschüsse im Sozial- und Gesundheitsbereich,
- zur Ideensammlung für das Regionale Entwicklungskonzept II (REK).

Aus Eigeninitiative wurden seit 2011 Gutachten abgegeben:

- zur Ampelkennzeichnung bei Lebensmitteln. Dieses System zur Kennzeichnung des Zucker-, Salz- und Fettgehalts von Lebensmitteln wird in einigen Ländern

erprobt. Das EU-Parlament hat die Einführung auf gesamteuropäischer Ebene jedoch abgelehnt. Belgien könnte es freilich im Alleingang einführen. Der Beirat befürwortete dies;

- zum Abschlussbericht über die Problematik und die Gründe mangelnder Vorsorgeuntersuchungen bei Zahnärzten sowie die modifizierten zahnärztlichen Untersuchungen in den Schulen;
- zur Stellungnahme des Beirats zu dem vom Rat für Entwicklungszusammenarbeit, Solidarität und Integration in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (RESI) ausgearbeiteten Konzeptvorschlag „Migration und Integration in der Deutschsprachigen Gemeinschaft“.

Fragen des Ausschusses an den Beirat

Welche Präventionsangebote fehlen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft?

Antwort des Beirats: Es gehört nicht zu den Aufgaben des Beirats, Lücken im Präventionsangebot zu lokalisieren. Dies ist Aufgabe der Regierung, die das Gesundheitskonzept erstellt, das allerdings vom Beirat begutachtet wird. Die zentrale Aufgabe des Beirats ist begutachtender und beratender Natur. Die Regierung ist den Empfehlungen des Beirats bis dato stets gefolgt.

Die Vertreter des Beirats gaben auch zu bedenken, dass der Beirat kein ständiges Gremium ist – die Mitglieder des Beirats üben ihre Funktion nebenberuflich aus – , das über mehrere hauptamtliche Kräfte verfügt. Dem Beirat steht eine Mitarbeiterin des Ministeriums teilzeitig als Koordinationskraft zur Verfügung. Seine Möglichkeiten sind daher relativ begrenzt.

Wichtig ist die Netzwerkfunktion des Beirats, insofern sich die verschiedenen im Gremium vertretenen Einrichtungen, Organisationen und Dienste dort gegenseitig informieren und austauschen können.

Wie steht der Beirat zur Impfinformation in Form einer Für- und Wider-Argumentation?

Antwort des Beirats: Zur Impffthematik hat der Beirat noch keinen Austausch geführt. In gegebenem Fall würden Experten eingeladen.

Tauscht sich der Beirat mit gleichartigen Gremien im Landesinnern zu gewissen Fragen aus?

Diese Frage bejahte der Beirat.

2. Patienten Rat & Treff VoG

Die VoG Patienten Rat & Treff (PRT) wurde am 29. April 2015 angehört.

Vertreten wurde der PRT durch Frau Anneliese Zimmermann-Bocken – Verwaltungsratspräsidentin –, Frau Monique Kessler – Verwaltungsratsvizepräsidentin – sowie Frau Karen Castelyn, Diplompsychologin, und Frau Nicole Voncken, Sozialassistentin, beide Mitarbeiterinnen in der Beratungsarbeit. Sie stellten die Einrichtung und ihre Arbeit vor.

Die Einrichtung, so die Vertreter des PRT, wurde 1979 infolge einer Initiative der Christlichen Arbeiterbewegung (CAB) als niedrigschwellige Anlaufstelle für sämtliche Bürger, die Informationen und Beratung zu Gesundheitsthemen suchten, gegründet.

1985 hat der PRT die Rechtsform einer Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht (VoG) angenommen und sein Angebot erweitert, so etwa um ein Unterrichtsangebot für kranke Kinder, das mittlerweile allerdings vom Zentrum für Förderpädagogik (ZFP) gewährleistet wird.

Der PRT richtet bei seiner Arbeit das Augenmerk auf folgende Aspekte:

- Ernährung,
- Bewegung,
- soziale Ungleichheit,
- Umwelt,
- Gesundheitsversorgung und
- psychische Gesundheit.

Der PRT als neutrale Organisation ist jedem Bürger zugänglich.

Die Tätigkeiten des PRT bestehen im Wesentlichen in:

- der Information und Beratung bei Fragen zur körperlichen oder psychischen Gesundheit. Die kostenlose Beratung und Information erfolgt persönlich, telefonisch oder elektronisch. Während Kampagnen zu einem bestimmten Thema werden auch themenspezifische Beratungen angeboten. Bei jeder Beratung, Vermittlung und Information der Öffentlichkeit legt der PRT großen Wert auf korrekte, fundierte und qualitativ hochwertige Auskünfte;
- der Information über Patientenrechte. Das Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft hat den PRT damit betraut, die Bürger über ihre Rechte als Patient zu informieren. Der PRT erteilt in diesem Kontext Auskünfte über das

Patientengesetz, die Patientenverfügung und Euthanasiemaßnahmen. Auch vertritt der PRT Patientenbelange und -interessen in verschiedenen Arbeitsgruppen und Gremien auf gemeinschaftlicher, euregionaler und föderaler Ebene. Die Interessen verstärkt von der Basis aus wahrzunehmen, ist ein wesentliches Anliegen;

- der Betreuung von Selbsthilfegruppen. Der PRT sieht sich seit seinen Anfängen als Impulsträger und Initiator für Patientenangebote in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Aus diesem Blickwinkel organisierte er denn auch bereits kurz nach seiner Gründung Selbsthilfegruppen. Der PRT bietet gegebenenfalls Starthilfe und den Betroffenen sowie Gruppenleitern Hilfe und Unterstützung an. Auch werden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt und Pressearbeit geleistet.

Derzeit gibt es folgende Selbsthilfegruppen:

- Angehörige von Kindern mit Behinderung,
 - Angehörige von Menschen mit Demenz,
 - Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung,
 - Diabetes,
 - Eltern von Hochbegabten,
 - Eltern von Sternenkindern,
 - Epilepsie,
 - Fibromyalgie,
 - Hörgeschädigte,
 - Multiple Sklerose,
 - Magen-OP bei Adipositas (im Anschluss an die OP)
 - Parkinson-Krankheit;
- der Organisation von Vorträgen, Kursen, Schulungen und Kampagnen zu den unterschiedlichsten Gesundheitsthemen. In diesem Kontext veranstaltet der PRT monatlich Informationsveranstaltungen mit dem Ziel, die Bevölkerung für allgemeine gesundheitsfördernde Methoden und Behandlungsansätze zu sensibilisieren sowie ein Bewusstsein und Empowerment für das eigene Gesundheitsverhalten zu schaffen.

Des Weiteren führt der PRT regelmäßig zielgruppenspezifische Sensibilisierungskampagnen zu bestimmten Gesundheitsthemen durch. So wird kontinuierlich versucht, die Einstellung der Bevölkerung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen naturbelassener, gesunder Ernährung sowie Gesundheit zu fördern und das Kauf- und Ernährungsverhalten positiv zu beeinflussen, da eine richtige Ernährung die Basis für Gesundheit ist. Diesem Aspekt der Gesundheitsvorsorge wird nach Ansicht des PRT allgemein noch zu wenig Beachtung geschenkt. Themen und Angebote werden auch in Reaktion auf eine entsprechende Nachfrage in der Bevölkerung aufgegriffen.

In Zusammenhang mit der Organisation von Vorträgen bemerkte der PRT, dass Referenten mittlerweile fast nur noch auf Honorarbasis verpflichtet werden können. Die Zeiten, in denen Vorträge ehrenamtlich oder gegen eine Aufmerksamkeit gehalten wurden, gehörten der Vergangenheit an. Aus diesem Grund ist der PRT in den letzten Jahren dazu übergegangen, bei Vorträgen Eintritt zu erheben. Für die Teilnahme an Kursen wurde schon immer eine Gebühr erhoben.

Eine Ausnahme stellen Vortragsangebote dar, die sich an weniger begüterte Personenkreise richten. Der Zugang zu diesen Vorträgen – z. B. mit bescheidenen Einkünften gezielt gesunde Lebensmittel einzukaufen – ist kostenlos, um der Zielgruppe eine Teilnahme zu ermöglichen und sie so zu sensibilisieren. Weniger bemittelte Mitbürger sind dem PRT als Zielgruppe sehr wichtig, da sie sich mit der Informationsaneignung schwerer tun als gut betuchte Schichten. Diese soziale Gruppe zu erreichen und ihr Gesundheitsinformationen in verständlicher Weise zu vermitteln, ist der Einrichtung ein besonderes Anliegen.

Das Angebot und die Schwerpunkte des PRT werden sowohl per Top-down-Verfahren als auch per Bottom-up-Prinzip festgelegt. Damit soll sichergestellt werden, korrekt und umgehend auf die Bedürfnisse der Bürger reagieren zu können.

Der PRT agiert hauptsächlich auf Ebene der primären Prävention, sprich Gesundheitsförderung, und der tertiären Gesundheitsprävention, d. h. dem Umgang mit einer bestimmten Krankheit, um Folgeschäden und Rückfälle zu verhindern. Teils wird auch auf Ebene der sekundären Prävention, der Früherkennung, gearbeitet, z. B. in Form von Schlaganfallpräventionskampagnen oder Blutzuckermessungen.

Für bestmögliche Prävention wird eine entsprechende Personalkapazität benötigt. Hier besteht nach Ansicht des PRT noch Aufstockungsbedarf. Zusätzliche Personalressourcen würden ebenfalls aufsuchende Arbeit ermöglichen, die es erlauben würde, Personen zu kontaktieren, die in der Regel nicht zu Vorträgen gehen bzw. keine gezielte Beratung in Ernährungsfragen aus Eigeninitiative in Anspruch nehmen. Auf diese Weise könnten – eventuell in Kooperation mit den ÖSHZ – auch Sozialhilfeempfänger informiert und betreut werden.

Nach Einschätzung des Ministers ist die Anzahl denkbarer Präventionsansätze fast unendlich und würden die zu ihrer Abdeckung erforderlichen Personalressourcen nicht finanzierbar sein. Es müssten deshalb Schwerpunkte definiert und geschaut werden, wer diese mit welchem Budget umsetzen kann.

Der PRT weiter: Der PRT pflege auch Kontakte zu Partnerorganisationen im In- und Ausland. Netzwerkarbeit ist für die Arbeit des PRT sehr wichtig.

Zur Finanzierung des PRT wurde mitgeteilt, dass die Einrichtung von der Deutschsprachigen Gemeinschaft auf Grundlage einer Jahreskonvention bezuschusst wird (2015: 141.000 Euro). Die in einem Jahr durchzuführenden Tätigkeiten werden in einem Aktionsplan, der zwischen der Einrichtung und der Regierung vereinbart wird, festgehalten. Dieser Plan ist selbstverständlich nicht strikt limitativ.

Zur Präventionsgestaltung unterbreitete der PRT dem Ausschuss zudem noch folgende Ideen:

- Wissensvermittlung in Schulen vornehmen;
- gesunde Ernährung in öffentlichen Einrichtungen anbieten;
- Kennzeichnungspflicht für Zusatzstoffe (wie in Deutschland) einführen;
- artgerechte und gesunde Haltung von Tieren, die als Lebensmittel dienen, fördern;
- die Wechselwirkung zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen stärker berücksichtigen. Psychisch labile Menschen sind körperlich eher krank. Es sollte daher Aufklärung, Sensibilisierung und Entstigmatisierung in Bezug auf seelische Krankheiten betrieben werden. Psychische Krankheiten müssten eine stärkere soziale Akzeptanz erfahren und Therapien leichter zugänglich und kostengünstiger sein;
- Bewegung fördern. Der Durchschnittsbürger leidet im Alltag an Bewegungsmangel, bedingt u. a. durch schulisch und beruflich notwendig langes Sitzen, Pkw-Nutzung usw. Ein Ausbau von Rad- und Fußwegen sowie mehr Schulsport könnten dem in gewissem Maße entgegenwirken. In anderen Ländern – z. B. den USA – genießt der Sport einen höheren gesellschaftlichen Stellenwert;
- präventive Umweltmedizin betreiben. Die präventive Umweltmedizin beinhaltet umwelthygienische, epidemiologische und präventivmedizinische Schwerpunkte mit Blick auf Wasser-, Boden-, Luft-, Lebensmittel-, Bau- und Siedlungshygiene;
- soziale Ungleichheit bekämpfen: Finanziell benachteiligte Menschen leben nachweislich ungesünder, sind häufiger krank und sterben früher. Eine präventive Gesundheitspolitik muss folglich auch zum Ziel haben, die sozialökonomische Lage benachteiligter sozialer Gruppen und deren Bildungschancen zu verbessern. Gesundheitsförderungs- und Bildungsangebote sollten deshalb kostengünstig und niederschwellig sein;
- Angebote in der Gesundheitsversorgung sicherstellen bzw. verbessern. Ausreichende Quantität und Qualität der Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung müssen gewährleistet sein. Des Weiteren soll die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gesteigert werden. Der Bürger bzw. Patient muss über ein Grundwissen zu seinen Rechten, zur Gesundheitsvorsorge und zu Krank-

heiten sowie deren Behandlungsmöglichkeiten verfügen und Kenntnis darüber haben, wo er entsprechende Informationen beziehen kann. Es sollen daher Anreizsysteme sowie eine Patientenerziehung und -befähigung angeboten werden.

Die Schaffung einer Koordinationsstelle für Prävention erschien dem PRT ebenfalls sinnvoll. Die Koordinationsstelle könnte Themen und Vorschläge sammeln und ihre Bearbeitung einer geeigneten Einrichtung oder Organisation anvertrauen.

Ein weitere interessanter Ansatz ist die Einrichtung einer Netzwerkplattform zur Koordination von Präventionsangeboten. Eine solche Netzwerkplattform könnte in Form eines jährlichen Forums stattfinden, in dem sich alle in Präventionsmaßnahmen eingebundenen Einrichtungen und Organisationen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft austauschen und in dem Ziele definiert sowie Strategien ausgearbeitet werden könnten.

Außerdem sollte in Gesundheitsfragen stets in Komplementarität mit den Hausärzten gearbeitet werden. Hausärzte könnten Patienten an den PRT verweisen, der sie dann ausführlich über ihre Krankheit, die möglichen Folgen und den richtigen Umgang mit ihr unterrichtet. Erste Versuche mit Diabetes-Patienten sind erfolgsversprechend.

Bei allen Präventionsbestrebungen, so der PRT abschließend, muss der Bürger als mündiger Rezipient, der nicht bevormundet werden darf, respektiert werden.

3. Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – Kaleido Ostbelgien

Das Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – Kaleido Ostbelgien wurde am 20. Mai 2015 angehört.

Vertreten wurde Kaleido Ostbelgien durch seine damalige Direktorin, Frau Marianne Kant-Schaps, sowie die Koordinatorin für gesundheitliche Entwicklung, Frau Murielle Mendez. Sie stellten das Zentrum sowie dessen Aufgaben vor.

Das Zentrum wurde am 1. September 2014 in Umsetzung des entsprechenden Sonderdekrets des Parlaments der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 20. Januar 2014 und des allgemeinen Dekrets vom 31. März 2014 gegründet. Unter seinem Dach wurden die Psycho-Medizinisch-Sozialen Zentren (PMS-Zentren) der Deutschsprachigen Gemeinschaft und der Provinz, das Freie PMS-Zentrum, die Gesundheitszentren Eupen und St. Vith, die Schulzahnpflege sowie der Dienst für Kind und Familie (DKF) vereint.

Die Zentrale von Kaleido Ostbelgien befindet sich in Eupen. Daneben gibt es vier Servicestellen in Eupen, Kelmis, Bütgenbach und St. Vith, um den Kindern, Eltern, Schülern, Lehrlingen und Lehrkräften einen möglichst niederschweligen Zugang zu den Diensten zu ermöglichen.

Kaleido Ostbelgien besitzt das juristische Statut einer im Unterrichtswesen angesiedelten autonomen Rechtseinheit des öffentlichen Rechts.

Neben der Direktorin ist in der Direktion des Zentrums jeweils eine Koordinatorin für frühkindliche, psychische, soziale und gesundheitliche Entwicklung, ein Kommunikations- und Öffentlichkeitsreferent sowie Verwaltungspersonal tätig.

Der Großteil des Personals setzt sich aus Krankenpflegerinnen, Sozialassistenten und Psychologen zusammen.

Das Zentrum ist ein Dienst der ersten Linie, der vorbeugend, beratend und begleitend, aber nicht therapeutisch aktiv sein wird. Bei der Arbeit, die unter dem Motto „Vorbeugen ist besser als heilen“ erfolgt, soll ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt werden.

Die politische Vision für Kaleido Ostbelgien besteht darin, einen sektorenübergreifenden präventiven Dienst zur frühestmöglichen Förderung der gesunden körperlichen und psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu schaffen. Dieses Ziel soll durch Förderung individueller Fähigkeiten und Stärken sowie durch die Schaffung entwicklungsfreundlicher Lebensräume auf Ebene der Familie, der Schule, des Arbeitsplatzes und in der Gemeinde (Verhaltensprävention) erreicht werden.

Die Philosophie von Kaleido Ostbelgien basiert – wie die der Autonomen Hochschule in der Deutschsprachigen Gemeinschaft (AHS) – auf einer artikulierten Pluralität.

Weitere Elemente der Philosophie sind ein multidisziplinärer Ansatz sowie eine Berücksichtigung der Leitlinien der UN-Kinderrechtskonvention zum Wohlbefinden und der gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Im Dekret vom 31. März 2014 betreffend Kaleido Ostbelgien sind vier Aktionsfelder definiert:

1. Priorität: Förderung der gesunden Entwicklung in der Familie, d. h. Schwangerschaftsberatung, Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern usw.;
2. Priorität: Entwicklungsförderung in der Schule in Form einer Beratung von Lehrern und Schülern sowie der Eltern;

3. Priorität: Entwicklungsförderung außerhalb der Schule – Tagesmütter, Gemeinden, Nachbarschaft, Arbeit, Freizeit;
4. Priorität: Beratung der Regierung.

Zielpublikum sind demnach:

- Kinder und Jugendliche von ihrer Zeugung bis zum Alter von 20 Jahren,
- Schwangere, Eltern und Familien,
- selbstständige Tagesmütter,
- Kindergärten und Schulen sowie die Zentren für Aus- und Weiterbildung im Mittelstand (ZAWM) und
- die neun Gemeinden der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

Zu den Vorbeuge- und Vorsorgemaßnahmen gehören:

- frühkindliche Vorsorgeuntersuchungen, die vorher vom DKF durchgeführt wurden;
- schulische Gesundheitsuntersuchungen;
- Gesundheitsförderung;
- Animationen zur Mund- und Zahnhygiene;
- die Berufswahlvorbereitung;
- die Entwicklung der personellen und sozialen Kompetenzen.

Zur Beratung und Begleitung gehören:

- Fragen betreffend die Entwicklung des Kindes im sozialen, emotionalen, kognitiven, motorischen, sensorischen und sprachlichen Bereich,
- die Behandlung von schulischen Leistungsauffälligkeiten,
- Erziehungsfragen,
- Verhaltensauffälligkeiten,
- Gesundheitsprobleme,
- berufliche Orientierung,
- das Bereitstellen von Informationen zu zahlreichen Themen, z. B. Bettnässen und Impfungen.

Ferner widmet sich Kaleido Ostbelgien dem Monitoring und Risiko-Management in Form von:

- Hausbesuchen,
- einer Überprüfung des Impfstatus,
- einer finanziellen Unterstützung von Schwangeren in prekären Situationen,
- einer Intervention bei Auftreten ansteckender Krankheiten in Schulen,
- schulischer Krisenintervention,
- Statistikerstellung,
- Gutachten zu selbstständigen Tagesmüttern, Jugendferienlagern und sonderpädagogischem Förderbedarf.

Aus den Aufgaben und dem Zielpublikum resultiert eine Vielfalt von Aufgaben, die – in Kontinuität der guten Praxis der Ursprungsdienste – mit neuen Handlungsimpulsen und einem evidenzbasierten Vorgehen wahrgenommen werden soll. Es gilt, circa 13.600 Kinder und Jugendliche in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu betreuen.

Die Schule als wichtiger Bildungs- und Lebensraum soll in jeder Hinsicht auf gesundheitsbewahrende und -fördernde Kriterien überprüft werden. Beabsichtigt ist, mit den Schulträgern einen Zusammenarbeitsvertrag abzuschließen. Ferner soll den Schulen jährlich ein Schreiben zugestellt werden, mit dem in Erfahrung gebracht werden soll, welche konkreten Erwartungen sie im nächsten Schuljahr an Kaleido Ostbelgien haben. Ein erstes Schreiben wurde bereits versandt.

Interessanterweise unterbreiteten die Schulen in ihrem Feedback fast ausschließlich Vorschläge für schon bestehende Angebote und Initiativen. Kaleido Ostbelgien wird deshalb noch einmal das Gespräch mit den Schulen suchen.

Kaleido Ostbelgien ist auch Mitglied in einer Arbeitsgruppe der nationalen Kinderrechtskommission, die sich damit befasst, Indikatoren für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern aufzustellen. Damit werden innerbelgische Vergleiche möglich.

Die Einrichtung, so die Vertreter von Kaleido Ostbelgien abschließend, hält ein sehr innovatives, weil ausgesprochen integrales Angebot bereit, das europaweit Leuchtturmfunktion besitzt.

Fragen des Ausschusses an die Vertreter von Kaleido Ostbelgien

Wo sieht Kaleido Ostbelgien Ansatzpunkte für eine verbesserte Prävention zugunsten von Kindern und Jugendlichen?

Antwort der Vertreter von Kaleido Ostbelgien: Der primäre Ansatzpunkt der Arbeit von Kaleido Ostbelgien soll in einer frühen Prävention bestehen. Studien belegen, dass Prävention umso wirkungsvoller ist, je früher damit begonnen wird. Mit der Beratung von schwangeren Frauen sowie von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 20 Jahren sind dafür optimale Voraussetzungen gegeben.

Noch nicht geklärt ist allerdings, wie viel personelle Kapazität die Einrichtung dafür zur Verfügung stellen kann, ohne Einschnitte in anderen Bereichen in Kauf nehmen zu müssen.

Kaleido Ostbelgien wird bei der Ausarbeitung und Durchführung von Präventionsinitiativen mit Partnern in und außerhalb der Deutschsprachigen Gemeinschaft arbeiten.

Aufgrund der Vielfalt seiner Aufgaben ist Kaleido Ostbelgien zurzeit in 13 verschiedenen Einrichtungen und Netzwerken vertreten; damit ist vorläufig eine Grenze erreicht. Vor einem weiteren Engagement soll erst ausgewertet werden, wie effektiv das Mitwirken in diesen Einrichtungen und Netzwerken ist und welche Synergien sich ergeben haben.

Wesentliches Augenmerk bei der Präventionsarbeit soll auf Kinder, Jugendliche und Erziehungsberechtigte aus sozial schwächeren Verhältnissen gerichtet werden. Das Forschungszentrum CeRIS der Universität Mons, das im Auftrag der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft einen Bericht über Armut, Prekarität und soziale Verletzlichkeit in der Deutschsprachigen Gemeinschaft erstellt hat, hat sich bereit erklärt, Mitarbeiter von Kaleido Ostbelgien in der Frage des Umgangs mit dieser Zielgruppe zu schulen.

Wird Kaleido Ostbelgien ein Präventionskonzept unter Zuhilfenahme der Erfahrungen und statistischer Daten der Vorgängereinrichtungen erstellen?

Antwort der Vertreter von Kaleido Ostbelgien: Die Vorgängereinrichtungen führten zu vielen spezifischen Aspekten – wie etwa Übergewicht, Karies, Impfraten – bereits seit vielen Jahren Erhebungen durch, was die Entwicklung gezielter Präventionsinitiativen und Angebote erlaubt hat.

Werden Eltern von Kaleido Ostbelgien in der Beratung auf eventuelle Nebenwirkungen von Impfungen aufmerksam gemacht?

Antwort der Vertreter von Kaleido Ostbelgien: In einer Informationsbroschüre zum Thema Impfen, die den Eltern im Rahmen der Beratung ausgehändigt wird, wird darauf hingewiesen, dass beim Impfen Nebenwirkungen auftreten können und dass der Arzt, der die Impfung vornimmt, dazu befragt werden kann.

Ferner wird in einem Schreiben, das den Eltern bei Schulimpfungen zugestellt wird, explizit auf mögliche Nebenwirkungen der zu verabreichenden Impfungen aufmerksam gemacht und weiteres Informationsmaterial angeboten. Die Eltern müssen dieses Schreiben unterzeichnen, wenn sie mit der Impfung ihres Kindes einverstanden sind.

Darüber hinaus wird den Eltern stets geraten, bei Zweifeln den Hausarzt zu konsultieren, der im Übrigen ebenfalls die Impfungen, die bei Schuluntersuchungen angeboten werden, vornehmen kann.

Warum werden bei Impfungen nur Sechsfachimpfungen und keine Einzelimpfstoffe verwendet?

Antwort der Vertreter von Kaleido Ostbelgien: Man hat von Erziehungsberechtigten bislang keine Anfrage nach Einzelimpfungen erhalten. Auch wird die Kombiimpfung selten verweigert.

Gibt es eine Abstimmung mit den Schulen hinsichtlich zu bearbeitender Themen?

Antwort der Vertreter von Kaleido Ostbelgien: Wie bereits mitgeteilt, werde jährlich ein Schreiben an die Schulen versandt, um ihre Erwartungen an Angebote in Erfahrung zu bringen. Des Weiteren ist den Schulleitern ein monatliches Treffen angeboten worden, um zu behandelnde Themen in Vorschlag zu bringen. Dieses Angebot hat bisher erstaunlicherweise jedoch praktisch keine Resonanz erfahren. Offensichtlich besteht der geeignetere Weg darin, mit jeder Schule einzeln zu arbeiten.

Wichtige Impulse in Bezug auf das Unterrichtswesen kann Kaleido Ostbelgien auch im Rahmen der AHS-Lehrerfortbildungskommission, deren Mitglied die Einrichtung ist, einbringen.

Mit welchen Partnerorganisationen im In- und Ausland arbeitet Kaleido Ostbelgien zusammen?

Antwort der Vertreter von Kaleido Ostbelgien: Einen regelmäßigen Austausch gibt es mit Einrichtungen in der Französischen Gemeinschaft – so mit dem *Office de la Naissance et de l'Enfance* (ONE), in der Flämischen Gemeinschaft – hier mit Kind en Gezin – und in der Bundesrepublik Deutschland – u. a. dem Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Die meisten Kontakte sind eine Fortführung von Beziehungen, die die Vorgängerorganisationen bereits gepflegt haben.

Die sektorenübergreifende Struktur von Kaleido Ostbelgien sei europaweit allerdings recht einmalig, sodass kein Austausch mit einem „echten“ Pendant aufgenommen werden kann.

4. Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung VoG (ASL)

Die VoG Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL) wurde am 27. Mai 2015 angehört.

Vertreten wurde die ASL durch Frau Carolin Scheliga, Geschäftsführerin, sowie Frau Viviane Keutgen, Mitarbeiterin.

Die ASL, so die Vertreter der Einrichtung, ist eine niederschwellige Anlaufstelle, die alle Bürger in der Deutschsprachigen Gemeinschaft in Anspruch nehmen könnten, die Informationen zu den Themen Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung suchen. Darüber hinaus hält die ASL Informationen und Präventionseinheiten für die Bevölkerung bzw. Einrichtungen und Institutionen bereit und koordiniert sie Projekte.

In den Schulen bietet die ASL Präventionseinheiten zu einer Reihe von verschiedenen Themen an, so etwa zum Konsum von Zigaretten, E-Zigaretten, Alkohol, Energydrinks, illegalen Drogen und Medikamenten sowie zu Shisha, Essstörungen, Internet-Gebrauch, neue Medien, Selbstwertgefühl und soziale Werte.

Seit einigen Jahren besteht das Projekt „Rauchfreie Schule“, dessen Ziel es ist, mit Hilfe von Präventionseinheiten und der Musikveranstaltung „Be smart, don't start“ dem Rauchen an Schulen entgegenzuwirken. Bedauerlicherweise beteiligen sich nur noch wenige Schulen an diesem Projekt.

Auch das Projekt „Kops“ wird in Zusammenarbeit mit den Schulen durchgeführt, und darüber hinaus mit der Polizeizone Weser-Göhl. Es richtet sich an Schüler des ersten und zweiten Sekundarschuljahres und ist auf die Prävention von Alkohol-, Nikotin- und Drogenmissbrauch ausgerichtet.

Mit dem Ziel von Erlebnispädagogik und Selbsterfahrung wird auf Ebene der Euregio Maas-Rhein mit der ASL als Partner das Präventionsanimationsprojekt „Klettern statt Kiffen“ angeboten. Das Projekt umfasst Kletter- und Abseilübungen, Deathride und Präventionsatelier. Teilnehmer sind in der Regel Schüler des Zentrums für Förderpädagogik (ZFP), des Robert Schumann-Instituts (RSI) in Eupen und des Teilzeitunterrichts.

Die ASL hält ferner Suchtsprechstunden in Form von niedrighschwelligem, anonymen und kostenlosen Beratungen in den Gemeinden Büllingen, Bütgenbach, Burg-Reuland, Amel, St. Vith und Kelmis ab. Eine jedem zugängliche allgemeine niedrighschwellige Beratung durch Fachleute der ASL wird ebenfalls angeboten.

Seit 2014 hat die ASL kostenlose Raucherentwöhnungssprechstunden im Angebot, die in den Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft stattfinden. Das Angebot soll stärker beworben werden, da es bislang nur in geringem Maße in Anspruch genommen wird.

Das Angebot ergänzend, werden von der ASL zwei Mal jährlich auch allgemein zugängliche Raucherentwöhnungskurse organisiert. Bei zu geringen Einschreibungen werden die Kurse durch ein persönliches Coaching ersetzt.

Ebenfalls zwei Mal jährlich findet eine Rückfallprophylaxe für ehemalige Suchtmittelabhängige, die einer therapeutischen Maßnahme gefolgt sind, statt.

Die ASL bietet auch Selbsthilfegruppen eine Plattform. Die Selbsthilfegruppen stehen Suchtmittelabhängigen und ehemaligen Abhängigen sowie deren Angehörigen offen.

Zum Angebot der ASL gehören gleichfalls familienpädagogische Freizeitangebote für vorrangig sozial schwächere Familien bzw. Alleinerziehende und gefährdete Jugendliche. Dabei handelt es sich um kostengünstige Ferienangebote, die einen pädagogischen Teil enthalten. Die Angebote werden von den ÖSHZ und der Deutschsprachigen Gemeinschaft bezuschusst.

Ein Erziehungstraining ist ein weiteres, seit langen Jahren festes Angebot der ASL, dessen Inanspruchnahme jedoch rückläufig ist. Aus diesem Grund wird es nicht mehr in Gruppen, sondern nur noch auf individuelle Anfrage von den Mediatoren, die mit der ASL zusammenarbeiten, durchgeführt.

Im Süden der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird das Eltern-Kind-Programm (EKP) angeboten, das den Erziehungsberechtigten mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern vermitteln soll und dessen Zielgruppe Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren sind.

Die ASL betreibt eine intensive Netzwerkarbeit – nicht zuletzt, weil sie mit Personen arbeitet, die häufig ein multiples Problemprofil aufweisen. Zusammengearbeitet wird, u. a. mit:

- den beiden Polizeizonen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft,
- dem Königlichen Militärinstitut für Leibeserziehung (KMILE) in Eupen,
- dem Verband der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- dem Centre Verviétois de Promotion de la Santé (CVPS) und dem ihm angeschlossenen Rézéa (*Réseau d'Echanges en Matière d'Assuetudes*),
- der Anti-Tabak-Koalition,
- der Krankenpflegeschule,
- den beiden Krankenhäusern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft,
- verschiedenen Suchtkliniken im In- und Ausland,
- Entgiftungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen im In- und Ausland,
- dem Jugendhilfedienst,
- dem Jugendgerichtsdienst,
- dem Justizhaus,
- Kaleido Ostbelgien,
- der Justizvollzugsanstalt Lantin,
- Schulen und Elternräten,

- der Offenen Jugendarbeit,
- der VoG Cardijn in Eupen,
- den Anonymen Alkoholikern,
- den Netzwerken Nord und Süd,
- der Arbeitsgruppe Sucht,
- der VoG Patienten Rat und Treff.

Die ASL wirkt auch in der Arbeits- und Steuergruppe von EuPrevent mit. Das Projekt EuPrevent hat zum Ziel, die Lebensqualität der Bürger in der Euregio Maas-Rhein mittels Gesundheitsförderungsmaßnahmen grenzüberschreitend zu verbessern. Die Arbeits- und Steuergruppe ist damit befasst, entsprechende Handlungsstrategien zu entwickeln.

Die ASL ist ferner an der Durchführung der Jugendbefragung auf Ebene der Euregio Maas-Rhein beteiligt. Die letzte Befragung fand 2013 statt.

Auf gute Öffentlichkeitsarbeit legt die ASL Wert. Diese erfolgt in Form einer eigenen Webseite, die jährlich circa 3.000 Besucher hat, von Radio- und TV-Präsenz sowie Flyern.

Fragen des Ausschusses an die Vertreter der ASL

Wie hat sich der allgemeine Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den letzten Jahren entwickelt?

Antwort der Vertreter der ASL: Diesbezüglich hat es keine großen Veränderungen gegeben. Nach wie vor werden zwischen den nördlichen und südlichen Gemeinden der Deutschsprachigen Gemeinschaft unterschiedliche Einstellungen zum Alkoholkonsum und den damit latent verbundenen Gefahren verzeichnet.

Konnte das Einstiegsalter beim Zigarettenkonsum aufgrund von Präventionsmaßnahmen angehoben werden?

Antwort der Vertreter der ASL: Das Einstiegsalter beim Zigarettenkonsum ist infolge stärkerer Kontrollen beim Tabakkauf und der steigenden Preise in der Tat angestiegen. In bestimmten sozialen Gruppen genießt der Tabakkonsum jedoch immer noch ein gewisses Ansehen, sodass man diese Gruppen bei den Präventionsbestrebungen verstärkt ins Visier nimmt. Schüler aus dem beruflichen und technischen Unterricht sind z. B. eher als ihre Mitschüler aus dem allgemein bildenden Unterricht gefährdet, mit dem Rauchen anzufangen. Das Robert-Schuman-Institut (RSI) in Eupen weiß darum und zeigt sich denn auch sehr kooperativ in Fragen der Bekämpfung des Zigarettenkonsums bei seinen Schülern.

Wird die Gesetzgebung über die Abgabe von Alkohol und Tabak in der Deutschsprachigen Gemeinschaft eingehalten?

Antwort der Vertreter der ASL: Die Gesetzgebung wird von den Händlern unterschiedlich eingehalten. Händler sind nicht befugt, nach dem Personalausweis zu fragen. Dies ist den Ordnungsbehörden vorbehalten. In den Niederlanden müssen Jugendliche beim Kauf von Tabak und Alkohol hingegen automatisch ihren Ausweis vorlegen.

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft ist eine einzige Person mit der Kontrolle der Einhaltung von Altersbeschränkungen beauftragt.

Wie werden neue Trends erfasst?

Antwort der Vertreter der ASL: Neue Trends werden mithilfe der vielfältig bestehenden Kontakte bzw. von Fachliteratur erfasst oder an die ASL herangetragen, beispielsweise durch Schulen, Jugendzentren oder Eltern, denen an ihren Kindern etwas aufgefallen ist oder die etwas Verdächtiges bei ihnen gefunden haben.

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit ihrem dörflichen und semiurbanen Profil werden häufig „neue“ Trends erst konstatiert, wenn sie in den Großstädten schon wieder abebben.

Hat sich der Einsatz von Alkoholmessgeräten auf Jugendveranstaltungen bewährt?

Antwort der Vertreter der ASL: Der aus präventiver Intention erfolgte Einsatz von Alkoholmessgeräten auf Jugendveranstaltungen hat nicht direkt zu einer abschreckenden Wirkung geführt. Ganz im Gegenteil haben die Geräte bei manchen Jugendlichen eine Form des Wettlaufens ausgelöst, mit dem Ziel, den höchstmöglichen Pegel vorweisen zu können. Aus diesem Grund werden die Geräte zurzeit nicht mehr bei Jugendveranstaltungen eingesetzt. Die Geräte werden von der ASL nun bei Beratungsgesprächen mit Personen verwendet. Ab 1,5 Promille erfolgt keine Beratung mehr. Geübte Trinker könnten sich bei diesem Alkoholpegel allerdings noch klar ausdrücken.

Alkoholmessungen machten im Übrigen den nachhaltigsten Eindruck, wenn sie von der Polizei durchgeführt würden.

Hat sich das Aufstellen des Wracks eines Autos, dessen Fahrer den Unfall unter Alkoholeinfluss verursacht hat, vor Feierlokalitäten für Jugendliche als Abschreckung bewährt?

Antwort der Vertreter der ASL: Nur bedingt. Anfänglich sind die Jugendlichen beeindruckt gewesen. Mit Gewöhnung des Anblicks ist das Wrack aber einfach nur noch zur Kenntnis genommen worden.

Gibt es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft eine Heroin-Szene?

Antwort der Vertreter der ASL: Aufgrund des dörflichen und semiurbanen Charakters der Deutschsprachigen Gemeinschaft ist dies nicht der Fall. Schwer Drogenabhängige zieht es im Allgemeinen in Großstädte, da der Stoff dort leichter zu beschaffen ist und sie sich unter ihresgleichen bewegen können.

Sollte Cannabis zur Entkriminalisierung des Marktes legalisiert werden?

Antwort der Vertreter der ASL: Cannabis wird als Droge unterschätzt. Sein regelmäßiger Konsum ab früher Jugend führt medizinisch erwiesenermaßen zu Reifeverzögerungen und kognitiven Defiziten.

Der Gehalt des Wirkstoffs Tetrahydrocannabinol (THC) ist ein wichtiges Element in der Diskussion um die Legalisierung von Cannabis. Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse ist man in den Niederlanden dazu übergegangen, Haschisch und Cannabis mit einem THC-Anteil, der über 15 % liegt und damit Psychoerisiken birgt, zu den harten Drogen zu zählen.

Repressive Maßnahmen bei Cannabis-Konsum hinterlassen unterschiedliche Wirkung. Während ein erster Gerichtsprozess wegen Cannabisbesitzes mit einem harten Urteil bei vielen Jugendlichen einen tiefen Eindruck hinterlässt, reagieren Rückfällige, die zur Ableistung von Sozialstunden verurteilt wurden, mit der Zeit zunehmend gleichgültiger gegenüber Gerichtsurteilen. Tatsache ist, dass der Besitz kleiner Mengen und der Konsum von Cannabis von den meisten Jugendlichen nicht mehr als Strafvergehen betrachtet wird. Rechtlich widersprüchlich ist natürlich, dass man in Belgien zwar drei Gramm Cannabis besitzen, aber eigentlich kein Cannabis erwerben darf. Letzteres ist nach wie vor strafbar.

Die ASL hat der Staatsanwaltschaft des Gerichtsbezirks Eupen das aus Deutschland stammende FRED-Projekt vorgestellt (FRED = Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten). Dabei handelt es sich um ein kurzinterventives Gruppenangebot für Jugendliche, die durch den Konsum von Cannabis bzw. Alkohol auffällig geworden sind oder einen risikoreichen Konsum aufweisen. Die interaktiven Gruppenangebote haben zum Ziel, die Eigenverantwortung der jungen Menschen zu stärken, Einstellungs- und Verhaltensänderungen anzuregen und die Entwicklung von Abhängigkeit zu verhindern. Elemente des Programms sind die Reflektion des persönlichen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen sowie die Konfrontation mit den individuellen Grenzen und den Folgen des eigenen Drogenkonsums. Zusätzlich vermittelt das Programm fundierte Informationen über Cannabis. Es findet auch ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und der Justiz statt. Das Programm wird in der Deutschsprachigen Gemeinschaft bedauerlicherweise jedoch nicht in Anspruch genommen. Vielleicht sollten Drogenstraftäter deshalb dazu verurteilt werden, das FRED-Programm zu absolvieren.

Betreffend Ratsuchende in Cannabis Fragen, betrachtet es die ASL nicht als unverrückbares Ziel, Konsumenten mit allen Mitteln zu einer totalen Abstinenz zu bewegen – auch wenn dies wünschenswert ist –; ein starker Rückgang des Konsums wird bereits als Erfolg angesehen.

Wer sind Langzeitkunden der ASL ?

Antwort der Vertreter der ASL: Langzeitkunden sind in erster Linie Polytoxikomane. Fast 80% der Personen, die ihren Drogenkonsum eingestellt haben, werden innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren wieder rückfällig.

Wie ist die Reaktion auf die Präventionsangebote der ASL ?

Antwort der Vertreter der ASL: Die Präventionsangebote werden häufig von Personen und Einrichtungen in Anspruch genommen, die eigentlich nicht die primäre Zielgruppe darstellen. Manche anvisierten Zielgruppen und Einrichtungen geben oft gar kein Feedback oder lehnen die Angebote ab. So sind Alkoholpräventionsangebote an Junggesellenvereine in der Eifel von diesen schlichtweg dankend abgelehnt worden.

5. Verbraucherschutzzentrale VoG (VSZ)

Die VoG Verbraucherschutzzentrale (VSZ) wurde am 10. Juni 2015 angehört.

Vertreten wurde die VSZ durch Herrn René Kalfa, Geschäftsführer, sowie die Herren Mario Leyens und Bernd Lorch, Mitarbeiter. Sie stellten die Einrichtung und ihre Arbeit vor.

Die Einrichtung ist laut Aussage ihrer Vertreter in allen sozialen und gesundheitlichen Bereichen in irgendeiner Form präventiv aktiv – sei es in Form von Informationsmaterial, Beratungen oder spielerischer Animation.

Die Angebote der VSZ decken folgende Bereiche ab:

1. Verbraucherrecht,
2. Mietrecht,
3. Schuldnerberatung sowie
4. Nachhaltigkeit und Konsum.

Fragen des Ausschusses an die Vertreter der VSZ

Sollte Prävention in den Schulen systematisch angeboten werden ?

Antwort der Vertreter der VSZ: Die Schulen weisen immer wieder darauf hin, mit externen Angeboten überhäuft zu werden, ihre vorrangige Aufgabe aber darin

besteht, die Lehrpläne und die pädagogischen Vorgaben zu erfüllen. Folglich sollen die Schüler nicht zu sehr noch mit anderweitigen, schulfremden Aktivitäten belastet werden. Ungeachtet dessen gelingt es hin und wieder, punktuell Präventionsangebote in Zusammenarbeit mit motivierten und engagierten Lehrern in den Schulen anzubieten. Es ist aber sicherlich eine Überlegung wert, wie Prävention in Verbindung mit bestimmten Themen im Unterrichtswesen systematisch etabliert werden könnte.

Bemerkung des Ministers: Die Schulen klagen in der Tat über ein Übermaß an externen Angeboten. Es muss deshalb darüber nachgedacht werden, welche Präventionsangebote auf schulischer Ebene einen Platz finden sollen und was schulextern – z. B. über Sportvereine –, aber mit gezielter Ausrichtung auf Schüler angeboten werden soll. Erster Ansprech- und Koordinationspartner in dieser Frage sollte Kaleido Ostbelgien sein.

6. Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst VoG

Die VoG Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst wurde am 23. September 2015 angehört.¹⁸

Vertreten wurde die VoG durch Herrn Elmar Krings, Präsident des Verwaltungsrats, und Frau Claire Guffens, Geschäftsführerin. Sie stellten die Einrichtung und ihre Tätigkeiten vor.

Die Einrichtung, so die Vertreter der VoG Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst, ist in Anwendung des Dekrets der Deutschsprachigen Gemeinschaft vom 16. Februar 2009 über die Dienste der häuslichen Hilfe und die Schaffung einer Beratungsstelle für die häusliche, teilstationäre und stationäre Hilfe gegründet worden.

Die VoG, die aus zwei bereits vorher bestehenden Diensten hervorging, ist ein von der Regierung anerkannter, zentraler und neutraler Beratungs- und Hilfsdienst – insbesondere für Senioren. Ziel des Dienstes ist es, jedem Kunden im besten Fall mittels eines koordinierten individuellen Hilfeleistungsplans (Case Management) zu ermöglichen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu leben, und einen Umzug in ein Alten- und Pflegewohnheim hinauszuzögern. Dies ist die

¹⁸ Das Angebot der VoG Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst wurde in Anwendung des Dekrets vom 13. Dezember 2016 zur Schaffung einer Dienststelle der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Selbstbestimmtes Leben in das Angebot der neu gegründeten Einrichtung integriert.

eigentlich „präventive“ Aufgabe des Dienstes. Aufgrund der Begleitung durch den Dienst können Senioren durchschnittlich ein Jahr länger in ihrer Wohnung bleiben.

Der Dienst organisiert in indizierten Fällen freilich auch einen Umzug in ein Alten- und Pflegewohnheim.

Das in Belgien einmalige Begleitungskonzept weist folgende Elemente auf:

- frühzeitige Intervention,
- präventiver Ansatz,
- akut,
- nachhaltig,
- ganzheitlich und
- umfassend.

Das Recht auf ein würdevolles Alter sowie freie Wahl des Dienstleisters sind Grundprinzipien.

Die Inanspruchnahme der kostenlos angebotenen Dienstleistungen steht den Bürgern frei. Einrichtungen – etwa in der häuslichen Hilfe –, an die eine Anfrage gerichtet wird, oder Alten- und Pflegewohnheime, die um Aufnahme einer Person gebeten werden, müssen Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst indes darüber in Kenntnis setzen.

Informationen über die Dienstleistungen werden über vielfältige Kanäle vermittelt, z. B. Krankenkassen, Flyer, Ärzte oder Sozialassistenten in Krankenhäusern.

Die VoG wird auf Grundlage einer Konvention vom Landesamt für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) im Rahmen der „Projekte alternativer Pflege“ finanziert und von der Deutschsprachigen Gemeinschaft kofinanziert. Die Finanzierung durch das LIKIV ist zurzeit bis 2018 gesichert.

VI. Anhörung des Hohen Gesundheitsrats

In seiner Arbeitssitzung vom 1. Juni 2016 empfing der Ausschuss den Hohen Gesundheitsrat zu einer Anhörung.

Vertreten wurde der Hohe Gesundheitsrat durch Herrn Professor Patrick De Mol, Vizepräsident, und Herrn Fabrice Peters, wissenschaftlicher Koordinator und Mitglied des Vorstands. Sie stellten den Hohen Gesundheitsrat und dessen Aufgaben vor.

Im Jahr 1849, so die Vertreter des Hohen Gesundheitsrats, wurde auf Initiative des damaligen Premierministers Charles Rogier der Hohe Rat für öffentliche Hygiene ins Leben gerufen. Der Rat wurde damit beauftragt, die Behörden auf Anfrage oder Eigeninitiative in Hygiene- und Gesundheitsfragen zu beraten. In direkter historischer Verbindung zu diesem Rat wurde im Jahr 2007 durch Königlichen Erlass der Hohe Gesundheitsrat gegründet.

Beim Hohen Gesundheitsrat handelt es sich um ein wissenschaftliches Beratungsorgan des Föderalen Öffentlichen Dienstes (FÖD) Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, der auch das Sekretariat sichert. Der Hohe Gesundheitsrat versucht, die Gesundheitspolitik auf Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zu orientieren. Empfehlungen und Gutachten können von den für Volksgesundheit und Umwelt zuständigen Föderal-, Regional- und Gemeinschaftsministern angefragt oder aus Eigeninitiative des Rates erstellt werden.

Der Rat verfügt über circa 25 Mitarbeiter und kann auf einen Pool von ungefähr 1.500 Experten – Universitätsprofessoren, Mitarbeiter wissenschaftlicher Institute, Feldakteure usw. – zurückgreifen. Davon sind 200 per Königlichen Erlass ernannt, was bedeutet, dass sie regelmäßig für den Rat arbeiten. Die Experten kommen in multidisziplinären Arbeitsgruppen zusammen, um die Empfehlungen und Gutachten auszuarbeiten.

Als offizielle Einrichtung betrachtet es der Hohe Gesundheitsrat von fundamentaler Bedeutung, Neutralität und Unabhängigkeit in Bezug auf die von ihm erstellten wissenschaftlichen Empfehlungen und Gutachten zu gewährleisten. Dazu wurden Strukturen, Regeln und Prozesse etabliert. Dank dieses Systems, das auf persön-

lichen Erklärungen und Untersuchungen durch einen Ausschuss für Deontologie basiert, sollen mögliche Interessenkonflikte vermieden werden. Um Befangenheit auszuschließen, wird darauf geachtet, dass bei der Erörterung von Themen keine wirtschaftliche Verbindung von einbezogenen Experten in der betreffenden Frage zur Industrie gegeben ist. Empfehlungen und Gutachten werden zudem von einem Kollegium, das aus 40 Mitgliedern des Sachverständigenpools und bezeichneten Experten besteht, in letzter Instanz geprüft und gutgeheißen.

Zu folgenden Bereichen hat der Hohe Gesundheitsrat 2015 Empfehlungen und Gutachten abgegeben:

- Ernährung und Nahrungsmittelsicherheit;
- Blut;
- Zellen, Stoffe und Organe menschlichen und tierischen Ursprungs;
- chemische Faktoren;
- Kosmetik;
- Umweltfaktoren, u. a. Strahlenbelastung;
- geistige Gesundheit;
- Impfungen;
- Infektiologie sowie
- verschiedenartige Themen, z. B. elektronische Zigaretten.

Die Öffentlichkeit wird mittels verschiedener Kanäle – u. a. Internet und Pressemitteilungen – über die Empfehlungen und Gutachten informiert. Alle Empfehlungen und Gutachten können auf der Website des Hohen Gesundheitsrats konsultiert werden.¹⁹

Die letztendliche Entscheidung, ob einer Empfehlung gefolgt wird oder nicht, obliegt den politisch Verantwortlichen.

Fragen des Ausschusses an die Vertreter des Hohen Gesundheitsrats

Hat der Hohe Gesundheitsrat eventuelle Langzeitnebenwirkungen der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV), die in den Schulen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft kostenlos angeboten wird, untersucht?

Antwort der Vertreter des Hohen Gesundheitsrats: Der Impfstoff gegen HPV ist in Europa erst seit September 2006 zugelassen. Der Zeitraum, in dem Erfahrungswerte gesammelt werden konnten, ist demzufolge noch begrenzt. Die Diskussion um die HPV-Impfung betrifft in erster Linie das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis. Mit

19 <http://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante>.

Ausnahme von Finnland haben bislang aber alle westeuropäischen Länder eine Finanzierung der HPV-Impfung beschlossen.

Auseinandersetzungen zum Thema „Impfungen“, so die Vertreter des Hohen Gesundheitsrats, sind erfahrungsgemäß schwierig, weil es eigentlich nur ein Pro- und ein Contra-Lager und nichts dazwischen gibt. Zudem ist das Contra-Lager in keiner Weise empfänglich für wissenschaftliche Argumente und versucht es stets, die angeführten Argumente mit einer Gegenargumentation zu unterlaufen. Die Standpunkte sind von daher verhärtet.

Medizinisch ist es jedenfalls eine Tatsache, dass viele Krankheiten mit der Einführung des jeweiligen Impfstoffes so gut wie verschwunden oder ausgerottet wurden. Dies ist der Fall für Polio, Masern, Röteln und Pocken. Im Vergleich zu den fünfziger und sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts sind in Westeuropa – im Gegensatz zu Entwicklungsländern – heutzutage deshalb auch keine Personen mehr im Alltag anzutreffen, die die betreffenden Krankheitsbilder und die teils gravierenden Folgeschäden aufweisen.

In seiner Kindheit, so erinnerte sich der Vizepräsident des Hohen Gesundheitsrats, habe es in seinem Umfeld Kinder gegeben, die wegen Kinderlähmung jahrelang eine Eiserne Lunge benötigten und die oft jung gestorben seien.

Die Vertreter des Hohen Gesundheitsrats weiter: Die Nichtexistenz der Krankheitsbilder und Folgeschäden im Alltag führt dazu, dass gewisse Leute sich fragen, warum ihre Kinder Impfstoffen ausgesetzt werden, die Stoffe wie Aluminiumhydroxid und Formaldehyd enthielten. Verstärkt wird diese Überlegung durch unter Umständen auftretende schwerwiegende Nebenwirkungen von Impfungen. Diese können nie gänzlich ausgeschlossen werden.

Der Hohe Gesundheitsrat sieht sich demnach in Sachen Impfen mit einer resistenten Negierung medizinischen Wissens und von Desinformation konfrontiert. Die Empfehlung zugunsten des Impfens ist seitens des Hohen Gesundheitsrats jedoch eindeutig.

Wie bereits mitgeteilt, obliege die letztliche Entscheidung, ob einer Empfehlung gefolgt wird oder nicht, den politisch Verantwortlichen. Dies gilt auch für Fragen wie Impfpflicht oder Ausschluss von nicht geimpften Kindern vom Besuch eines Kindergartens zum Schutz anderer Kinder.

Sind Nahrungsergänzungsmittel für eine ausgewogene Ernährung angesichts zunehmender Bodenerodierung im Hinblick präventive Vermeidung von Vitamin- und Mineralstoffmängeln aus präventiver Sicht zu empfehlen?

Antwort der Vertreter des Hohen Gesundheitsrats: Nahrungsergänzungsmittel sind nach Auffassung des Hohen Gesundheitsrats bei einer ausgewogenen Ernährungsweise und gesunden Lebensführung nicht notwendig. Bisher hat der Rat bei im Handel angebotenen Nahrungsmitteln aus medizinischer Sicht noch keine Defizite festgestellt, die den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln rechtfertigen.

Sind hochfrequente elektromagnetische Felder aufgrund drahtloser Kommunikationsfelder gesundheitsschädlich?

Antwort der Vertreter des Hohen Gesundheitsrats: Der Hohe Gesundheitsrat hat eine Reihe von Gutachten zum Thema hochfrequenter elektromagnetischer Felder und Gesundheit verfasst, so im Oktober 2014 zur mobilen Telefonie mit besonderem Augenmerk auf 4G. Das erste Gutachten zu diesem Thema datiert aus dem Jahr 2000.

Die Frage, ob hochfrequente elektromagnetische Felder in Form drahtloser Kommunikationssysteme schädlich für die Gesundheit sind, kann nicht klar mit Ja oder Nein beantwortet werden. Auch nach Jahren sind allerdings noch keine handfesten Hinweise für Gesundheitsschädigungen durch diese Felder gefunden worden. Andererseits liegen freilich auch noch keine Erkenntnisse über eine lebenslange, bevölkerungsbreite Exposition vor.

VII. Anhörung der Deutschen Stiftung für Gesundheitsinformation und Prävention (DSGIP)

Auf Einladung des Ausschusses referierte am 1. Juli 2015 Dr. Jörg Spitz²⁰, Gründer und Leiter der Deutschen Stiftung für Gesundheitsinformation und Prävention (DSGIP), zum Thema „Chronische Krankheiten im dritten Millennium – Die bereits eingetretene Umweltkatastrophe. Fakten und Perspektive“.

Sein Referat einleitend erklärte Dr. Spitz, zum ersten Mal auf politischer Ebene zu einem Vortrag und zwecks Beratung eingeladen worden zu sein. Entsprechende Versuche seinerseits hätten bislang nicht zum Erfolg geführt.

Prävention, so Dr. Spitz, muss hohe Bedeutung zukommen. Nach 35 Jahren High-Tech-Medizin hat sich der Fokus seines Interesses von der manifesten Erkrankung auf die Entstehung von Krankheiten und deren Vorbeugung verlagert. Seines Erachtens muss bei der Prävention angesetzt werden, wenn auf breiter Bevölkerungsebene Gesundheit effektiv gefördert werden soll. Das Gesundheitssystem könne nur wirkungsvoll saniert und entlastet werden, wenn die Krankenlast drastisch reduziert wird.

Dr. Spitz weiter: In den westlichen Industrienationen ist die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen; in Deutschland z. B. in den letzten 23 Jahren von 65,3 Jahre auf 71,5 Jahre.

Demgegenüber steht aber, dass:

- nur 4 % der Weltbevölkerung ohne Gesundheitsprobleme sind;
- ein Drittel der Weltbevölkerung mehr als fünf gesundheitliche Probleme aufweist;
- die Anzahl Lebensjahre, die die Menschen in gesundem Zustand verbringen, durch eine Reihe von Zivilisationskrankheiten stark abgenommen hat;
- die Diabetes-Inzidenz zwischen 1990 und 2013 um 43 % zugenommen hat und die durch Diabetes verursachten Todesfälle um 9 % angestiegen sind;
- sich die Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland seit 1997 fast verdreifacht haben.

20 Dr. Jörg Spitz (geb. 1943) ist Facharzt für Nuklear-, Ernährungs- und Präventionsmedizin.

Dies lässt für Dr. Spitz den Schluss zu, dass die Menschen zwar immer älter werden, aber leider nicht gesünder.

Ein weiterer Beleg dafür ist, dass 2009 in Deutschland 10% der Bevölkerung offiziell als behindert eingestuft waren²¹, von diesen 8,6 Millionen Menschen 82% jedoch unter einer Behinderung litten, die auf Schäden zurückzuführen war, die durch die Folgen chronischer Leiden wie Herz- und Kreislaufkrankheiten sowie Diabetes ausgelöst wurden. Aufgrund lebenswandelbedingten wird heute schon bei Zwölfjährigen Typ 2-Diabetes diagnostiziert. Typ 2-Diabetes wird in der Bevölkerung Altersdiabetes genannt, weil früher in der Regel Menschen höheren Alters diesen Diabetestyp aufwiesen. Im Gegensatz zur Typ 1-Diabetes, die angeboren ist, wird Typ 2-Diabetes hauptsächlich durch einen ungesunden Lebenswandel erworben. Die Gesundheitssysteme in Westeuropa behandeln die Symptome der betreffenden Entwicklungen, merzen sie aber nicht aus.

Auch muss festgestellt werden, dass die bisherigen Präventionsstrategien nicht die gewünschten Früchte getragen haben. Dies liegt nach Meinung von Dr. Spitz an:

- falschen Konzepten (Verhaltensprävention);
- fehlenden finanziellen Anreizen in der Prävention;
- fehlender Professionalität;
- falschen Anreizen. Nicht Gesundheit wird finanziell gefördert, sondern die Behandlung chronisch Kranker;
- der Krankenindustrie. Industriell wird schwerpunktmäßig mehr mit Kranken als mit Gesunden verdient.

Die befürchtete Umweltkatastrophe ist nach Ansicht von Dr. Spitz längst eingetreten, und zwar in Form einer Epidemie der Zivilisationskrankheiten.

Ein untrügliches Anzeichen dafür ist nach Einschätzung von Dr. Spitz auch, dass laut einer Studie aus dem Jahr 2013 70 bis 80% aller Bundesbürger nicht das wissenschaftlich indizierte Mindestmaß von 2,5 Stunden körperlicher Aktivitäten pro Woche erreichen. Dies bedeutet, dass die seit den 1970-er Jahren in hohem Maße propagierten Bemühungen, die Bevölkerung zu mehr sportlicher Bewegung zu animieren, nicht gefruchtet haben. Dies zeigt leider auch, dass systematische Prävention nicht zwangsläufig zum Erfolg führt.

Gleiches kann laut Dr. Spitz in Sachen Ernährung festgestellt werden. Seit Jahren wird die Leitlinie propagiert, täglich mindestens drei Portionen Gemüse und zwei

21 Studie des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung.

Stück Obst („5 am Tag“) zu essen, doch nur 11% der deutschen Bevölkerung sind dieser Empfehlung 2013 auch wirklich gefolgt. In den anderen westlichen Industriestaaten ist die Situation nicht besser.

Auch Junkfood ist ernährungsmäßig ein großes und weit verbreitetes Problem. Bereits nach einer Woche Junkfood als einzigem Nahrungsmittel haben Ratten bei Laborversuchen Symptome von Gedächtnisstörung sowie Zeichen von Entzündung in der Hippocampus-Region – in der auch Alzheimer entsteht – gezeigt.

Die in der industriell hergestellten Nahrung vorwiegend enthaltenen Zutaten bzw. die durch diese Nahrung hervorgerufenen Mängel – z. B. das Missverhältnis zwischen Omega 3- und Omega 6-Fettsäuren – begünstigen stille Entzündungen, die zu Diabetes, Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Demenz, vorzeitigem Altern und psychischen Krankheiten führen.

Darüber hinaus herrscht in der Bevölkerung eine eklatante Unterversorgung mit Vitamin D. Vitamin D ist die Vorstufe eines Hormons, das der Körper durch Sonneneinwirkung eigenständig in der Haut herstellen kann. Vitamin D ist für die Funktion fast aller Organe relevant. Ein ausreichender Vitamin D-Spiegel trägt zur Vermeidung beinahe sämtlicher chronischen Erkrankungen bei. Ungeachtet dessen sind nahezu 90% der Bevölkerung damit mangelversorgt – insbesondere im Winter. Zurückzuführen ist dies darauf, dass sich die Berufswelt heutzutage meistens in Gebäuden abspielt und dass der Körper nur bei relativ hochstehender Sonne Vitamin D produziert. Deshalb ist eigentlich – wie bei Kleinkindern – eine Vitamin-D-Supplementierung erforderlich. Täglich sollte man Vitamin D im Umfang von 4.000 Internationalen Einheiten (IE) aufnehmen. Die von Skeptikern angeführte toxische Wirkung von Vitamin D tritt erst bei extrem hohen Dosen auf.

Betreffend eine wirksame individuelle Gesundheitsprävention, so der Referent, könne festgehalten werden: Je mehr positive Kriterien erfüllt werden, umso geringer fällt die Erkrankungsrate aus. Ausgerüstet mit den nötigen Ressourcen aus der natürlichen Umgebung und geschützt vor Umweltverschmutzung kann der Körper seine einzigartigen evolutionären Fähigkeiten entwickeln.

Um Prävention wirksam auf breiter gesellschaftlicher Ebene zu betreiben, hat die DSGIP ein multimodales Präventionsmodell namens „Brainfood“ entwickelt, das in der Arbeitswelt angesiedelt werden könne. Das Modell besteht aus folgenden Elementen:

1. der Schaffung gesunder Essensangebote auf betrieblicher Ebene, z. B. am Betriebskiosk oder im Betriebsrestaurant (Verhältnisprävention),
2. Bewegungsförderung (Verhältnisprävention),
3. Wissensvermittlung (Verständnisprävention),

4. Erhebung medizinischer Daten, z. B. Vitamin D-Check (Verständnisprävention),
5. Emotionscoaching (Verhaltensprävention).

Die Verhältnisprävention hat sich als höchst effektiv erwiesen. Sie unterscheidet sich von der Verhaltensprävention dadurch, dass sie nicht imperativ angelegt ist, d. h., sie ist nicht befehlsartig und sie berücksichtigt die Lebensverhältnisse bzw. -welt der Zielgruppe. Dies ist insbesondere auf betrieblicher Ebene sehr gut möglich. Das Coaching stellt in diesem Zusammenhang ein positives, aktives Element dar.

Das Modell wurde versuchsweise in einem Betrieb mit kleinen Gruppen von 25 freiwillig teilnehmenden Personen, die auch gecoacht wurden, erprobt. Bei allen Teilnehmern wurde ein Vitamin D-Mangel konstatiert und deshalb eine entsprechende Supplementierung unternommen, sodass letztlich 90% der Teilnehmer einen normalen Wert aufwiesen. Dank der Supplementierung wurde ein Rückgang der Entzündungswerte (CAP) um 20%, eine Senkung des Blutdrucks um 12% und weniger Arbeitsausfall durch Krankheit im Winter gegenüber dem Vorjahr im Umfang von 20% erreicht. Bei den Teilnehmern, die zusätzlich eine Ernährungsveränderung vorgenommen hatten, fielen die Prozentsätze noch wesentlich höher aus. Gegenüber der Allgemeinbevölkerung wurden beträchtliche 50% weniger Arbeitsausfälle im ersten Jahr nach der Maßnahme verzeichnet.

Das Modell, so Dr. Spitz, lässt sich sehr gut auf Schulen übertragen. Hier sollte vornehmlich das in den Kantinen angebotene Essen in hohem Umfang auf gesunde Kost umgestellt werden. Eine erste Maßnahme sollte darin bestehen, Softdrink-Automaten durch Wasserspender zu ersetzen oder nur Wasserbüchsen anzubieten.

Nach Ansicht von Dr. Spitz muss ein Paradigmenwechsel erfolgen. Chronische Krankheiten sind kein medizinisches Problem, sondern das Versagen der Gesellschaft, die Umwelt gesund, artgerecht zu gestalten und so dem einzelnen Menschen die nötigen Gesundheitsressourcen zur Verfügung zu stellen, die sein Körper für eine reguläre Funktion benötigt. Die Schulmedizin alleine wird dieses Problem nicht lösen können. Daraus ergibt sich die zwingende Indikation zur Einführung der Prävention als zweiten Pfeiler des Gesundheitswesens in der Gesellschaft.

Die reine Verhaltensprävention ist seines Erachtens gescheitert. Sie bedarf zwingend einer Ergänzung durch Verhältnis- und Verständnisprävention. Spitzenprävention bedeutet Veränderung der direkten Umwelt des Menschen durch multimodale Maßnahmen, um die verlorenen Ressourcen wieder zur Verfügung stellen und nutzen zu können. Spitzenprävention sollte auf dem Trittbrett der Natur hin zu einer gesunden Lebenswelt betrieben werden.

Im Hinblick auf diese Zielsetzung unterbreitete Dr. Spitz dem Ausschuss folgende Aufgabenliste:

- den für Gesundheit zuständigen Fachbereich des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft als zentrales Mittel zum Zweck nutzen;
- einen politischen Lenkungsausschusses mit einem Cockpit für Gesundheit, das die Fortschritte und Tendenzen überwacht, einrichten;
- steuerliche Anreize für Unternehmer und Bonusmodelle für Krankenkassen schaffen,
- Ernährungskonzepte (kohlenhydratarm, biologisch, regional, saisonal) für Unternehmen, Schulen, Kindergärten, Alten- und Pflegewohnheime etc. erstellen;
- Präventionsangebote in Unternehmen anbieten;
- Bewegungskonzepte erstellen. Diese könnten vom individuellen Schrittzähler bis zu unternehmenseigenen Fitnesscentern reichen;
- ein Konzept zur gezielten Versorgung der Bevölkerung mit Vitamin D ausarbeiten (eventuell mit/über Krankenkassen);
- im Alltag und in Einrichtungen (Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Alten- und Pflegewohnheime) das Singen fördern. Das – auch im Unterrichtswesen – bedauerlicherweise aus der Mode gekommene Singen wirkt sich nachweislich wohltuend auf Geist und Körper aus. Singen in den Kindergärten fördert auch die Schulreife.

Zur Spitzenprävention gehört ebenfalls die (Wieder-)Einbindung in Vergessenheit geratener Naturheilverfahren, die sich oft über viele Jahrhunderte bewährt haben.

Auf Basis von Spitzenprävention, so Dr. Spitz, wäre es möglich, einen Großteil der Zivilisationserkrankungen zu vermeiden. Das wiederum führt zu einer verbesserten Lebensqualität der Menschen und zu wesentlichen Einsparungen im Gesundheitssystem.

VIII. Vorstellung des neuen Konzepts zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

In seiner Ausschusssitzung vom 17. Mai 2017 stellten die Regierung und das Ministerium dem Ausschuss das neue Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft vor.

Der Minister führte in das Thema ein und gab einige Hintergrundinformationen. Das jetzt in der Deutschsprachigen Gemeinschaft angewendete Gesundheitsförderungskonzept stammt aus dem Jahr 2003, sodass sich eine Aktualisierung anbot. Mit ausschlaggebend dafür waren auch die neuen Zuständigkeiten in der Gesundheitspolitik, die der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Zuge der Sechsten Staatsreform übertragen wurden. Aus diesen Gründen wurde die Erarbeitung eines neuen Konzepts in das Arbeitsprogramm der Regierung 2014-2019 aufgenommen.

Oberstes Ziel der Gesundheitsförderung muss es sein, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu steigern. Das neue Gesundheitsförderungskonzept soll hierzu den allgemeinen Rahmen schaffen.

Da der Umfang und die thematische Dichte des politischen Aktionsfeldes „Gesundheitsförderung“ sehr groß sind, galt es, einen Orientierungsrahmen zu schaffen, mit dem Schwerpunkte definiert werden können. Nur auf dieser Basis können Personal- und Finanzmittel effizient eingesetzt werden.

Zudem ist es wichtig, unter Berücksichtigung der auf Basis des Gesundheitsförderungskonzepts von 2003 gewonnenen praktischen Erfahrungen und aktueller Entwicklungen neue Ansätze für die Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu entwickeln sowie die Aktivitäten der Organisationen und Dienstleister im Gesundheitssektor durch ein transparentes und von ihnen getragenes Konzept zu steuern.

In Bezug auf die Gesundheitsförderung ist bei den Akteuren und den Mitgliedern der Zielgruppe ein Umdenken festzustellen, insofern Gesundheitsförderung zunehmend als Querschnittsthema gesehen wird. Aus dieser Warte sollen künftig Angebote intensiver vernetzt und soll verstärkt die Zusammenarbeit mit externen Partnern gesucht werden.

Da Vorsorge besser als heilen ist, wird eine Gesundheitspolitik benötigt, die früh ansetzt und die mittels solider Prävention und Förderung dafür sorgt, dass die richtigen Weichen für ein gesundes Leben gestellt werden.

Genau dort setzt das neue Konzept an. Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung soll verbessert und die Bevölkerung so für gezielte Vorsorge sensibilisiert werden.

Auf Bitte des Ministers stellte die Referentin für Gesundheitsförderung des Ministeriumsfachbereichs Gesundheit und Senioren, die im Wesentlichen verantwortlich für die Ausarbeitung des Konzepts zeichnete, das neue Gesundheitsförderungskonzept vor.

Die Referentin wies auf die Unterteilung des Gesundheitsförderungskonzepts in mehrere Kapitel hin. Diese widmen sich im Einzelnen:

- den Grundlagen,
- der Ausgangssituation in der Deutschsprachigen Gemeinschaft,
- den Schwerpunkten und Themenfeldern,
- der Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft als dynamischer Prozess,
- der Definition der Förderkriterien und
- der Notwendigkeit einer Evaluation des Gesundheitsförderungskonzepts.

Bei der Erstellung des Konzepts hat man sich extern beraten lassen, und zwar durch:

- Herrn Helmut Brand von der Universität Maastricht (European Public Health), der aufgrund seiner Berufserfahrung das Fachwissen zur Umsetzung von Gesundheitsförderungskonzepten besaß;
- Herrn Dr. Rik Crutzen, ebenfalls von der Universität Maastricht (Health Education and Promotion), der beim Erstellen eines theoretischen Modells beratend mitwirkte;
- Frau Dr. Carolin Cremer-Kruff, die die Redaktion des Konzepts sicherstellte und
- den Beirat der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Gesundheitsförderung, der ein Gutachten zum Konzept abgab, das zu abschließenden Anpassungen führte.

1. Zielsetzungen des neuen Gesundheitsförderungskonzepts

Zielsetzungen des neuen Gesundheitsförderungskonzepts, so die Referentin, sind:

- eine weitere Bündelung und Koordination der Ressourcen der Akteure weiter und ihre Ausrichtung auf realistische Zielumsetzungen. Dieser Prozess wird durch das Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft unterstützt wer-

den. Ein ständiger Austausch zwischen den Akteuren wird durch den Beirat für Gesundheitsförderung sichergestellt;

- die Zusammenarbeit der Akteure zu verbessern und zu strukturieren;
- einen Prozess zur Schwerpunktbestimmung zu definieren;
- von der WHO empfohlene Handlungsstrategien zu verankern;
- einen Settingansatz zu ermöglichen.

2. Neue Elemente im Vergleich zum vorherigen Konzept

Die Referentin stellte die neuen Elemente des Gesundheitsförderungskonzepts im Vergleich zum Gesundheitsförderungskonzept aus dem Jahr 2003, das nach ihrer Aussage bereits sehr gute Ansätze enthielt. Bei diesen neuen Elementen handelt es sich um:

- eine veränderte Vorgehensweise zur Bestimmung der Prioritäten;
- die Berücksichtigung der infolge der Sechsten Staatsreform übertragenen neuen Zuständigkeiten;
- die Intention der Schaffung von Synergien zwischen verschiedenen Aktionsplänen;
- die Wahl eines Settingansatzes als zentrales Element des Konzepts;
- das Bestreben des Aufbaus einer organisierten, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit;
- die Einführung von in der WHO-Charta festgelegten Handlungsstrategien;
- eine stärkere Verankerung des Bewusstseins zugunsten von Gesundheitsförderung in zahlreichen Bereichen;
- die mögliche Bezuschussung von Projekten sowie
- eine weitere Dynamisierung des Gesundheitsförderungsprozesses.

Die Schwerpunkte in der Gesundheitsförderung werden künftig vom Ministerium ausgearbeitet, wobei dem Beirat für Gesundheitsförderung eine begutachtende Funktion zukommen soll. Ausschlaggebend für diese Aufteilung ist, dass das Ministerium durch das Tagesgeschäft und den damit verbundenen Input an Daten Entwicklungen am schnellsten erfassen kann.

3. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Nach Aussage der Referentin hat die WHO Gesundheit 1946 als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ definiert. Diese Definition geht über das alleinige Fehlen von Krankheit oder Gebrechen als Beschreibung von Gesundheit hinaus.

Diese Definition ist im Jahr 1986 durch die WHO-Ottawa-Charta ergänzt worden. Die Charta definiert im Hinblick auf das WHO-Ziel „Gesundheit für alle“ ein

methodisches Integrationsmodell mit der Zielsetzung, verschiedene Strategien zur Gesundheitsaufklärung, -erziehung, -bildung, -beratung, -selbsthilfe sowie in Bezug auf präventive Medizin anzuwenden und fortzuentwickeln. Das gesundheitspolitische Leitbild der Charta orientiert sich primär an der Förderung von Gesundheit und ordnet dem die Verhütung von Krankheiten unter. Diese Umorientierung erfordert neue Handlungsprioritäten, insbesondere eine starke Hinwendung zur politischen Gestaltung von gesundheitsrelevanten Faktoren und Umweltbedingungen.

Die Unterschiede zwischen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung stellen sich wie folgt dar:

Prävention	Gesundheitsförderung
<ul style="list-style-type: none"> • verankert • Pathogenese²² • Medizin- und Gesundheitsbereich • spezifisch (Zielgruppen, Krankheiten) • Einteilung nach Zeitpunkt der Intervention (primär, sekundär, tertiär, quartär) 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuland • Salutogenese²³ • sektorübergreifend • unspezifisch (allgemeine, gesunde Bevölkerung) • Einteilung der Ansätze in individuell (Verhalten), strukturell (Verhältnis) und Setting (Kombi)

22 Die Pathogenese (aus altgriechisch *πάθος páthos*, deutsch ‚Leiden(schaft), Sucht, Pathos‘ und *γένεσις, génesis* ‚Entstehung, Schöpfung, Geburt‘) beschreibt die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit mit allen daran beteiligten Faktoren. Zu diesen Faktoren zählt auch die Beobachtung des Krankheitsverlaufs, insbesondere in ursächlicher Hinsicht. Der mit naturwissenschaftlichen Methoden erfassbare Ablauf eines Krankheitsprozesses wird auch als Pathomechanismus bezeichnet. Die Ursachen einer Erkrankung werden speziell von der Ätiologie abgehandelt. Quelle: Wikipedia (letzter Zugriff: 18. Mai 2017).

23 Salutogenese (lateinisch *salus* ‚Gesundheit‘, ‚Wohlbefinden‘ und *-genese*) bezeichnet einerseits eine Fragestellung und Sichtweise für die Medizin und andererseits ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen. Der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923–1994) prägte den Ausdruck in den 1980er-Jahren als komplementären Begriff zu Pathogenese. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Risiko- und Schutzfaktoren stehen hierbei in einem Wechselwirkungsprozess. Quelle: Wikipedia (letzter Zugriff: 18. Mai 2017).

4. Bestimmung von Schwerpunkten (Top-down)

Im Weiteren wandte sich die Referentin den Schwerpunkten im neuen Gesundheitsförderungskonzept zu.

Die Schwerpunkte basieren demnach auf:

- den von der WHO definierten Gesundheitszielen;
- den Ergebnissen des Projekts „Gesundheitsplanung“, das von der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Rahmen des REK II-Zukunftsprojekts „Gesundheitsversorgung sichern“ in Auftrag gegeben wurde. Zielsetzung des Projekts ist es, unter Berücksichtigung der im Zuge der Sechsten Staatsreform übertragenen neuen Zuständigkeiten im Gesundheitswesen Eckpunkte für eine Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu definieren. Die Gesundheitsversorgung soll auch in Zukunft qualitativ hochwertig und vorrangig in deutscher Sprache zugänglich sein. Das Projekt wurde öffentlich ausgeschrieben;
- Datenerhebungen vielfältiger Art, u. a. der Resultate der vom Wissenschaftlichen Institut für Volksgesundheit durchgeführten nationalen Gesundheitsbefragung, und der euregionalen Jugendbefragung, Angaben des Krebsregisters, Impfstatistiken, Suizid- und Mortalitätsstatistiken, Statistiken der Krankenkassen und dem Health Performance-Bericht des KCE;
- dem Präventionsprotokoll vom 21. März 2016, in dem die relevanten Themenfelder für die Gesundheitsförderungs politik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft definiert werden;
- der von der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft definierten Politik.

Betreffend die Bestimmung von Gesundheitsförderungsschwerpunkten ist im neuen Gesundheitsförderungskonzept vorgesehen, dass der für Gesundheit zuständige Minister in Zusammenarbeit mit dem Ministerium nach einer Vorauswahl Vorschläge für Schwerpunkte erstellt (Top-down-Verfahren). In der Folge arbeitet der Beirat für Gesundheitsförderung gemäß den Vorgaben des Dekrets vom 1. Juni 2004 zur Gesundheitsförderung und zur medizinischen Prävention ein Gutachten zu den Vorschlägen aus. Nach ihrer Festlegung werden die Schwerpunkte in einem Regierungserlass verankert.

Im Gegensatz zum bisherigen Zweijahresrhythmus sollen die Schwerpunkte künftig nur ein Mal pro Legislaturperiode festgelegt werden. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich aus Gründen einer nachhaltigen Evaluation der Maßnahmen.

Die Umsetzung der Schwerpunkte soll in die Jahresaktionspläne der Akteure und Einrichtungen einfließen.

5. Bestimmung von Themenfeldern (Bottom-up)

Neben der Festlegung von Schwerpunkten, so die Referentin, stellt das Konstatieren der Bedürfnisse und Anliegen der Bevölkerung in Gesundheitsfragen durch die Akteure und Einrichtungen eine Aufgabe von großer Bedeutung dar (Bottom-up-Verfahren). Die Bedürfnisse und Anliegen sollen mittels Bürgerveranstaltungen ermittelt und auf diese Weise ein niedrigschwelliger Ansatz gewährleistet werden. Die ermittelten Bedürfnisse und Anliegen werden von den Organisationen und der Regierung bei der Erstellung der Jahresaktionspläne in Form von Themenfeldern berücksichtigt. Da Bedürfnisse und Anliegen sich sehr kurzfristig ergeben können, sollen die Themenfelder nicht alle fünf Jahre, sondern jedes Jahr bestimmt werden.

Eine Herausforderung wird auch darin bestehen, den Top-down- und den Bottom-up-Ansatz inhaltsmäßig zu verbinden.

6. Handlungsstrategien zur Umsetzung von Schwerpunkten und Themenfeldern

Festgelegte Gesundheitsförderungsschwerpunkte, so die Referentin, sollen multifaktoriell Eingang in die verschiedenen Lebenswelten der Bevölkerung finden ((Health-in-all-policies-Prinzip). Durch den neuen Setting-Ansatz ergibt sich die Notwendigkeit von Strukturformen, die einen Steuerungsprozess ermöglichen.

Die Umsetzung des neuen Gesundheitsförderungskonzepts soll durch das Ministerium koordiniert werden. So soll auch vermieden werden, dass verschiedene Akteure identische Dienstleistungen anbieten. Bei Bedarf soll auch mit auswärtigen Experten und Universitäten zusammengearbeitet werden.

Bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts wird zwischen Akteuren, Stakeholdern und Multiplikatoren unterschieden.

Die Akteure werden im Gesundheitsförderungskonzept genau definiert. Akteure sind Organisationen, die einen Gesundheitsförderungsauftrag erfüllen. Sie sind für das Erreichen der Ziele in Form von Netzwerkarbeit, Informationsaustausch und der Umsetzung von Projekten und Jahresaktionsplänen verantwortlich. Akteure sind z. B. Kaleido Ostbelgien, die VoGs ASL, PRT, SPZ, die Krankenkassen, der Beirat für Gesundheitsförderung, Ärzte, aber auch die Regierung und das Ministerium.

Als Stakeholder wird eine Person oder Gruppe bezeichnet, die ein berechtigtes Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses oder Projekts hat. Das Zutref-

fen dieser Definition im Rahmen des Gesundheitsförderungskonzepts wird vor allem vom Setting und von den Charakteristika des Prozesses bzw. des Projekts abhängig sein. Aus diesem Grund werden im Konzept im Gegensatz zu den Akteuren keine Institutionen respektive Einrichtungen explizit als Stakeholder benannt. Stakeholder können bei einem Prozess oder Projekt Apotheken, arbeitsmedizinische Dienste, Erziehungsberechtigte, Sportvereine oder Lehrer sein.

Die Aufgabe der Multiplikatoren besteht u. a. darin, gesundheitsfördernde Inhalte zu vermitteln und die Reichweite der Maßnahmen zu verbessern. Multiplikatoren beteiligen sich an der Umsetzung konkreter Aktionen im eigenen Wirkungsbereich und sind bei der Implementierung eines Projekts behilflich.

Der Aufbau eines Netzwerks von Multiplikatoren sowie ihre Schulung und fachliche Unterstützung gehören zu den Aufgaben der Akteure.

Für die Ausarbeitung und Realisierung der im Konzept definierten Maßnahmen werden die Akteure und Stakeholder voll eigenverantwortlich sein.

Akteure sind federführend in der Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Multiplikatoren innerhalb des jeweiligen Settings.

7. Formulierung von Zielen

Laut der Referentin wird es wichtig sein, bei der Zielverwirklichung in kleinen, jedoch messbaren Schritten vorzugehen. Diese Vorgehensweise wurde bereits bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts aus dem Jahr 2003 praktiziert.

Überprüfbare Ziele, auch Feinziele genannt, sollen „SMART“ formuliert sein. SMART steht für:

SMART	Bedeutung	Beschreibung
S	Spezifisch	Ziele müssen eindeutig und so präzise wie möglich definiert sein.
M	Messbar	Ziele müssen messbar sein.
A	Akzeptiert	Ziele müssen von der Zielgruppe akzeptiert werden.
R	Realistisch	Ziele müssen umsetzbar sein.
T	Terminiert	Zu jedem Ziel gehört eine klare Terminvorgabe bezüglich seiner Umsetzung.

8. Empowerment und Selbstverantwortung

Die Ottawa-Charta der WHO, so die Referentin, definiert des Weiteren als Ziel, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Dieser Prozess wird als „Empowerment“ bezeichnet. Empowerment setzt bei den Lebensbedingungen und Ressourcen an.

Eine spezielle Form des Empowerments ist die Gründung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

9. Verknüpfung strategischer Pläne

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft sind nach Aussage der Referentin in bestimmten Politikbereichen bereits Konzepte und Strategien entwickelt worden, die Elemente enthalten, die für die Förderung der Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen von Bedeutung sind.

In diesem Kontext sind zu nennen:

- das Seniorenpolitische Gesamtkonzept (SPGK),
- das Schulsportprojekt für mehr Bewegung und Sport (BuS),
- das Regionale Entwicklungskonzept (REK) mit den Projekten „Gesundheitsplanung“, „Familienpolitisches Gesamtkonzept“ und „Jugendstrategieplan“.

10. Bezuschussung von Akteuren und Projekten

Zur Bezuschussung von Akteuren bemerkte die Referentin, dass die Deutschsprachige Gemeinschaft diese über Jahresbudgets vornehmen wird.

Um langfristige Planungssicherheit zu gewährleisten, ist beabsichtigt, mit den Einrichtungen und Organisationen Geschäftsführungsverträge über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren abzuschließen. So können auch langfristige Ziele verfolgt werden.

Neben der strukturellen Basisfinanzierung soll eine projektbezogene Finanzierung möglich sein. Ziel der Bereitstellung von Mitteln soll es sein, nachhaltige Projekte zu verwirklichen.

11. Evaluation

Das Gesundheitsförderungskonzept, so die Referentin, sieht auch eine Evaluation vor. Bei dieser Evaluation kann es sich um eine Prozessevaluation oder eine Effektevaluation handeln.

Zur Erstellung eines Evaluationskonzepts wird das RE-AIM-Modells angewendet. RE-AIM ist ein Akronym, das für die folgenden fünf Fragen steht:

RE-AIM	Bedeutung	Beschreibung
R	Reach (Reichweite)	Wie viele Leute wurden erreicht?
E	Efficacy (Effektivität)	Welchen Effekt soll das Projekt erzielen? Hat das Projekt Erfolg?
A	Annahme	Wer wird/soll das Projekt nutzen? Wer möchte es annehmen/anwenden?
I	Implementation	Wer wird das Projekt in der Praxis umsetzen?
M	Maintenance (Nachhaltigkeit)	Wie können die Effekte nach Durchführung des Projektes erhalten bleiben?

Die Referentin erklärte abschließend, die integrale Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts werde nicht kurzfristig möglich, sondern ein kontinuierlicher, dynamischer und langfristiger Prozess sein.

IX. Fazit

Der Ausschuss IV für Gesundheit und Soziales hat sich in zahlreichen Arbeitssitzungen und Anhörungen grundlegend mit der gesellschaftspolitischen Thematik „Gesundheitspräventions- und Gesundheitsförderungs politik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft heute und morgen“ befasst. Dabei ging der Blick auch in nicht unerheblichem Maße „über den Tellerrand“ hinaus.

Die Inhalte der Anhörungen und Diskussionen im Ausschuss haben viele interessante Thesen, Möglichkeiten und Pisten aufgezeigt.

Dank dieser Arbeit ist der Ausschuss abschließend zu einer Reihe interessanter und aufschlussreicher Erkenntnisse in Bezug auf die Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft gelangt.

Gesundheit als bestimmender Faktor des Wohlbefindens

Gesundheit ist der bestimmende Faktor des Wohlbefindens, der alle Bevölkerungsgruppen, ob jung oder alt, betrifft. Aus diesem Grund ist es aus sozialer und medizinischer Sicht effizient, Menschen dabei zu helfen, in guter Gesundheit zu leben, und ihre Gesundheit zu fördern. Das neue Gesundheitsförderungskonzept für die Deutschsprachige Gemeinschaft verfolgt dieses Ziel.

Für Gesundheitsprävention ist das Motto „Vorsorge kommt vor der Sorge“ von zentraler Bedeutung. Das Vorsorgeprinzip ist ein fundamentales Grundprinzip der europäischen Umwelt- und Gesundheitspolitik und sollte deshalb Bestandteil eines jeden Gesundheitsförderungskonzepts sein.

Erfreulich festzustellen ist, dass aufgrund vielfältiger Anstrengungen bei einem Großteil der Bevölkerung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft bereits ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein erzielt werden konnte, das sich in absehbarer Zeit auf die allgemeine Volksgesundheit auswirken wird. Jeder in eine effiziente Gesundheitsförderungs politik investierte Euro wird mittel- und langfristig zu Ersparnissen auf der Ausgabenseite führen – insbesondere auf therapeutischer Ebene. Dies ist nur zu begrüßen.

Sechste Staatsreform und neues Gesundheitsförderungskonzept

Infolge der Sechsten Staatsreform sind der Deutschsprachigen Gemeinschaft seitens des Föderalstaates zahlreiche weitere und weitreichende Befugnisse in der Gesundheitspolitik sowie die zu ihrer Wahrnehmung erforderlichen finanziellen Mittel übertragen worden.

Auch dies hat dazu geführt, dass das Gesundheitsförderungskonzept aus dem Jahr 2003 von der Regierung und dem Ministerium in enger Kooperation mit den Akteuren und Anbietern im Gesundheitsbereich überarbeitet und ein neues Konzept entwickelt wurde. Ein fundiertes und auf höchstmögliche Effizienz ausgerichteter Gesundheitsförderungskonzept ist für die Bevölkerung der Deutschsprachigen Gemeinschaft unzweifelhaft von großer Bedeutung.

Dass das bereits genannte Vorsorgeprinzip das neue Gesundheitsförderungskonzept wesentlich mitprägt, ist sehr zu begrüßen.

Gesundheitsförderung sollte im Sinne von Salutogenese erfolgen, indem eine Stärkung der Lebensqualität angestrebt und die Lebensfreude gestärkt wird. Eine frühzeitig ansetzende Information über die gesundheitsfördernden und/oder gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Verhaltensmustern, Produkten und Lebensweisen sowie eine Intervention bei akuten Risiken und Krankheiten sind für das Erreichen dieses Ziels von fundamentaler Wichtigkeit.

Begleitet werden sollte dieser Prozess durch eine Psychoedukation in Bezug auf den Umgang mit einer Krankheit oder Gesundheitsrisiken im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands. Hier kommt den professionellen Gesundheitsdienstleistern – etwa Medizinerinnen oder Paramedizinerinnen – eine gewisse Aufgabe zu.

Hinzuweisen ist darauf, dass es ebenfalls den gewählten Entscheidungsträgern obliegen sollte, sich tiefgreifend mit dem neuen Gesundheitsförderungskonzept auseinanderzusetzen. Das Wohlergehen sämtlicher Bürgerinnen und Bürger in der Deutschsprachigen Gemeinschaft muss parteiübergreifend das oberste Ziel aller Entscheidungsträger sein.

Zentrale Rolle der Akteure und Anbieter

Des Weiteren ist festzuhalten, dass die äußerst vielfältigen Initiativen der Akteure und Anbieter im Bereich der Prävention in der Deutschsprachigen Gemeinschaft die grundlegende Basis für die Präventionseffizienz darstellen. Die Akteure und Anbieter sowie ihre Initiativen bildeten bereits das Fundament des Gesundheitsförderungskonzepts aus dem Jahr 2003. Ihre Rolle wird im neuen Gesundheitsförderungskonzept bestätigt und nahtlos fortgeführt.

Settingansatz

Nach mittlerweile allgemeingültiger Auffassung der politisch Verantwortlichen, der Forschung sowie auch der Akteure und Anbieter sollte moderne Präventionspolitik als Querschnittsaufgabe, die sich durch alle Gesellschaftsbereiche zieht, betrachtet und betrieben werden. Dieser Forderung kommt das neue Gesundheitsförderungskonzept für die Deutschsprachige Gemeinschaft mit seinem Settingansatz nach.

In Ausführung des Prinzips von Prävention als Querschnittsaufgabe sollten Fördermöglichkeiten deshalb nicht nur anerkannten Akteuren und Anbietern vorbehalten sein.

Für die Umsetzung des Settingansatzes ist ein aus einem Präventionsblickwinkel vorgenommenes koordiniertes Vorgehen der Regierung bei der Gestaltung und Verwaltung der gesamten Zuständigkeitsbereiche angezeigt, da so eine flächendeckende, potenzierte Wirkkraft erzielt werden kann.

Festlegung von Schwerpunkten und Methodik

Die Prioritäten der Präventions- und Gesundheitsförderungs politik sollten von allen Mitwirkenden auf Grundlage von wissenschaftlichen Daten und Erkenntnissen festgelegt werden.

Aufgrund der Vielfalt an unterschiedlichen Bedürfnissen und entsprechenden Angeboten ist eine Festlegung von Schwerpunkten, wie sie im neuen Gesundheitsförderungskonzept vorgesehen ist, zu befürworten. Diese Aufgabe sollte selbstverständlich den Akteuren und Anbietern obliegen und nicht den Fraktionen im Parlament der Deutschsprachigen Gemeinschaft zukommen. Ausgehend von den aktuellen Herausforderungen in der Präventionsarbeit und der Gesundheitsförderung und hinsichtlich einer passgenauen Gestaltung von Angeboten mit hoher Effizienz ist ein konzertiertes Vorgehen bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe absolut indiziert.

Positiv zu werten ist die im neuen Gesundheitsförderungskonzept vorgesehene Methodik zur Festlegung der Schwerpunkte, die darin besteht, dass das Ministerium auf Basis von Datenerhebungen unterschiedlicher Provenienz Vorschläge ausarbeitet, die dem Beirat der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Gesundheitsförderung – in seiner jetzigen oder einer erweiterten Form – vorgelegt werden, der in der Folge eine Priorisierung der Vorschläge vornimmt, sie gegebenenfalls anpasst oder ergänzt und anschließend der Regierung zur Verabschiedung vorlegt.

Verbesserung der Datenlage

Die Datenlage im Gesundheitsbereich sollte – trotz der bekannten Schwierigkeiten, die durch die relativ geringe Bevölkerungszahl der Deutschsprachigen Gemeinschaft bedingt sind – verbessert werden.

Flächendeckende Datenerhebungen sowie eine regelmäßige Evaluierung der Resultate und daraus hervorgehenden Aktionen sind von hoher Bedeutung, um eine permanente Nachjustierung der Etappen bei der Realisierung von Zielsetzungen vornehmen zu können. Die Zielsetzungen und Evaluierungsindikatoren sollten klar definiert und konstant mit Daten unterfüttert werden.

Die Verdreifachung der Stichprobe in der Deutschsprachigen Gemeinschaft bei der nächsten nationalen Gesundheitsbefragung gegenüber der letzten Befragung aus dem Jahr 2013 – 900 statt 300 Befragte – zur Schärfung der Aussagekraft der Resultate sowie das von der Regierung in Auftrag gegebene Projekt „Gesundheitsplanung“ sind erste Schritte in die richtige Richtung.

In den weiteren Ausbau der Datenbestände sollten auch wichtige Einrichtungen und Akteure im Gesundheitssektor – z. B. Kaleido Ostbelgien, die Dienststelle für selbstbestimmtes Leben, die Krankenkassen und die Hausärzte – eingebunden werden.

Verstärkung der Zusammenarbeit mit Akteuren außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Ungeachtet ihrer Nichtzuständigkeit sollte die Deutschsprachige Gemeinschaft die Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren des Bereichs der sozialen Sicherheit – wie den Krankenkassen – gezielt suchen und verstärken, bieten diese doch Fachexpertise und Zugang zu umfangreichen Datenbeständen. Auch haben sie oft direkten Kontakt mit der Bevölkerung.

Zudem erhalten die Krankenkassen seitens des Föderalstaats, zu dessen Zuständigkeit sie gesetzlich gehören, Mittel für Präventionsarbeit, die in Kombination mit den durch die Deutschsprachige Gemeinschaft dafür zur Verfügung gestellten Mitteln eine gesteigerte Wirksamkeit entfalten könnten.

Netzwerkarbeit

Eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und Anbietern im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich sollte ebenfalls ein anzustrebendes Ziel sein. Die Regierung hat im Rahmen der Arbeiten bereits wissen lassen, dass sie beabsichtigt, die Netzwerkarbeit verstärkt zu fördern. Nach Ansicht des Ausschusses ist der Beirat für Gesundheitsförderung das ideale Gremium, um als

Austauschplattform und Drehpunkt zwischen den Akteuren und Anbietern zu fungieren und allen als Expertengremium zur Verfügung zu stehen.

Im Hinblick auf ein möglichst dicht organisiertes Netzwerk sollte der Beirat um zusätzliche Mitglieder erweitert werden. Neben den jetzigen Mitgliedern – Vertretern der VoGs ASL, SPZ, PRT, KPVDB, den Krankenkassen sowie Kaleido Ostbelgien – sollten auch die Hausärzte, die beiden Krankenhäuser in der Deutschsprachigen Gemeinschaft und die Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben im Beirat vertreten sein, um im gesamten Gesundheitssektor einen ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung zu stärken

Koordination der Präventionsarbeit – Aktionspläne – Punktuelle Initiativen

Die Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit in der Deutschsprachigen Gemeinschaft sollte mithilfe von Aktionsplänen sowie Jahreskonventionen bzw. Geschäftsführungsverträgen mit den Anbietern erfolgen. Finanziell sollte den Anbietern zur Durchführung ihrer Initiativen Planungssicherheit gewährt werden.

Die Aktionspläne ergänzend, sollten punktuelle Initiativen und Angebote, die auf einen akuten Bedarf reagieren, selbstverständlich jederzeit möglich sein. Eigeninitiativen der Akteure dürfen nicht unterbunden werden.

Um neue Angebote und Maßnahmen zu testen, eignen sich Pilotprojekte – wie sie sich im Seniorenbereich schon bewährt haben – hervorragend. Sollten die Projekte sich als brauchbar zur Abdeckung eines akuten Bedarfs erweisen, ist eine strukturelle Verankerung anzustreben.

Maßnahmen, die im Rahmen des neuen Gesundheitsförderungskonzepts durchgeführt werden, sollten wissenschaftlich basieren.

Regelmäßige Evaluation

Eine regelmäßige Evaluation der Präventionsarbeit aller Akteure und Anbieter, wie im neuen Gesundheitsförderungskonzept vorgesehen, ist opportun.

Personen- und gesellschaftsbezogener Ansatz

Abschließend erscheint es dem Ausschuss von Bedeutung hervorzuheben, dass die Eigenverantwortung eines jeden Einzelnen für seine Gesundheit eine der Grundvoraussetzungen für den Erfolg jeder Präventions- und Gesundheitsförderungs politik ist.

Bei der Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sollte deshalb neben dem gesellschaftspolitischen Ansatz – d. h. dem

Erkennen und Aufdecken von sozialen Prozessen und Zusammenhängen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung – auch der personenbezogene Ansatz – im Sinne der Stärkung der Verantwortung sowie der Aufklärung des Einzelnen in Bezug auf seine Gesundheit – bewusst und gezielt verfolgt werden.

Von Bedeutung ist auch, bei allen Überlegungen zur Präventions- und Gesundheitsförderungs politik die finanzielle und konzeptuelle Zugänglichkeit für sämtliche Bevölkerungsgruppen im Fokus zu behalten – und dies mit einem besonderen Augenmerk für die schwächsten sozialen Gruppen. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollten Prävention und Gesundheitsförderung mit aufsuchender Arbeit verbunden sein.

Zusammensetzung des Ausschusses IV für Gesundheit und Soziales

Während der Arbeiten zum gesellschaftspolitischen Thema setzte sich der Ausschuss IV für Gesundheit und Soziales wie folgt zusammen:

Vorsitzender: Robert NELLES (CSP)
Vizevorsitzende: Liesa SCHOLZEN (ProDG)
(bis 16. September 2015: Wolfgang REUTER)

Mitglieder

Für die CSP: Patricia CREUTZ-VILVOYE
Robert NELLES

Für ProDG: Lydia KLINKENBERG
Liesa SCHOLZEN
(bis 16. September 2015: Wolfgang REUTER)

Für die SP: Charles SERVATY

Für die PFF: Evelyn JADIN

Für VIVANT: Michael BALTER

Für ECOLO: Alfred MOCKEL (bis 18. Januar 2017: Franziska FRANZEN)

Ausschussbetreuung: Raphael TIMMERMANN

Ostbelgien 



ISBN: 978-3-9817449-3-4