



Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

## **Konzept zur Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

**Eupen, März 2017**

# Vorwort

*„Wer nicht jeden Tag etwas für seine Gesundheit aufbringt, muss eines Tages sehr viel Zeit für die Krankheit opfern.“*

Sebastian Kneipp  
Bayrischer Priester und Naturheilkundiger

Die Gesundheit ist sicherlich für jeden Menschen das höchste Gut und daran wird sich auch nie etwas ändern.

In den vergangenen Jahren hat die Medizin einen großen Schritt nach vorne gemacht. Krankheiten, die noch vor nicht allzu langer Zeit als unheilbar galten, lassen sich mittlerweile wirksam behandeln.

Doch wie man so schön sagt: „Prävention ist besser als heilen“.

Wir brauchen deshalb eine Gesundheitspolitik, die möglichst früh ansetzt. Eine Gesundheitspolitik, die durch eine solide Prävention und Gesundheitsförderung dafür sorgt, dass die richtigen Weichen für ein gesundes Leben gestellt werden.

Und genau hier setzt das neue Konzept zur Gesundheitsförderung der Deutschsprachigen Gemeinschaft an. Es zielt darauf ab, das Bewusstsein der Bevölkerung für ihre eigene Gesundheit zu verbessern und sie auf diese Weise zur Vorsorge zu sensibilisieren.

Das Konzept ist ein Leitfaden, der themenübergreifend genutzt werden soll. Es deckt alle Bereiche des Lebens ab und lädt sämtliche Akteure ein, mitzumachen.

Angefangen bei den Schulen, den öffentlichen Einrichtungen, dem Arbeitsplatz bis hin zur Familie. Jeder wird angesprochen.

Das ist auch wichtig! Denn Ziel der Regierung ist es, dass jeder Bürger in Ostbelgien so lange wie möglich gesund leben kann.

Ich bin überzeugt, dass dieser Leitfaden die Präventionslandschaft in Ostbelgien prägen wird und damit ein weiterer Grundstein in der Gesundheitsvorsorge gelegt wird.

Packen wir es an!

Antonios Antoniadis  
Minister für Gesundheit, Soziales und Familie

# Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                                                 |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>                                                                               | <b>2</b>  |
| 1.1      | Was soll das neue Konzept leisten?                                                              | 2         |
| 1.2      | An wen richtet sich das neue Konzept?                                                           | 3         |
| <b>2</b> | <b>Grundlagen</b>                                                                               | <b>4</b>  |
| 2.1      | Was ist Gesundheit?                                                                             | 4         |
| 2.2      | Das PRECEDE-PROCEED-Modell                                                                      | 4         |
| 2.3      | Was ist Gesundheitsförderung?                                                                   | 6         |
| 2.4      | Was ist Prävention?                                                                             | 6         |
| 2.5      | Gesundheitsförderung und Prävention als ein Konzept                                             | 7         |
| 2.6      | Ansätze in der Gesundheitsförderung                                                             | 7         |
| 2.6.1    | Personenbezogener/Individueller Ansatz                                                          | 7         |
| 2.6.2    | Struktureller Ansatz                                                                            | 8         |
| 2.6.3    | Setting-Ansatz                                                                                  | 8         |
| 2.7      | Auswirkungen von Prävention und Gesundheitsförderung messen                                     | 9         |
| <b>3</b> | <b>Die Ausgangssituation in der DG</b>                                                          | <b>10</b> |
| 3.1      | Zuständigkeit der DG im Bereich der Politik der Gesundheitsförderung                            | 10        |
| 3.2      | Rechtsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung in der DG                               | 11        |
| 3.3      | Aktuelle Maßnahmen der DG im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention: Die Ausgangssituation | 13        |
| <b>4</b> | <b>Schwerpunkte und Themenfelder</b>                                                            | <b>15</b> |
| 4.1      | Bestimmung von Schwerpunkten (Top-down)                                                         | 16        |
| 4.2      | Bestimmung von Themenfeldern (Bottom-up)                                                        | 16        |
| 4.3      | Datenerhebungen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der DG                                | 17        |
| 4.3.1    | Nationale Gesundheitsumfrage                                                                    | 17        |
| 4.3.2    | Euregionale Jugendbefragung                                                                     | 18        |
| 4.3.3    | Daten des Krebsregisters                                                                        | 18        |
| 4.3.4    | Statistiken zum Körpergewicht                                                                   | 19        |
| 4.3.5    | Impfstatistik                                                                                   | 19        |
| 4.3.6    | Suizid- und Mortalitätsstatistik                                                                | 19        |
| 4.3.7    | Statistiken der Krankenkassen                                                                   | 20        |
| 4.3.8    | Der Health Performance Report des KCE                                                           | 20        |
| <b>5</b> | <b>Gesundheitsförderung in der DG: Ein dynamischer Prozess</b>                                  | <b>20</b> |
| 5.1      | Handlungsstrategien zur Umsetzung von Schwerpunkten und Themenfeldern                           | 21        |

|          |                                                              |    |
|----------|--------------------------------------------------------------|----|
| 5.2      | Schlüsselpersonen der Gesundheitsförderung und ihre Aufgaben | 24 |
| 5.2.1    | Akteure                                                      | 24 |
| 5.2.2    | Stakeholder                                                  | 29 |
| 5.2.3    | Multiplikatoren                                              | 29 |
| 5.3      | Verknüpfung strategischer Pläne                              | 30 |
| 5.3.1    | Das Seniorenpolitische Gesamtkonzept (SPGK)                  | 30 |
| 5.3.2    | Das Schulsportprojekt für mehr Bewegung und Sport (BuS)      | 31 |
| 5.3.3    | Das Regionale Entwicklungskonzept (REK)                      | 31 |
| <b>6</b> | <b>Förderkriterien</b>                                       | 32 |
| 6.1      | Strukturelle Basisfinanzierung der Akteure                   | 33 |
| 6.2      | Projektbezogene Zuschussbestimmungen in der DG               | 33 |
| <b>7</b> | <b>Evaluation</b>                                            | 34 |
| 7.1      | Evaluation der Projekte                                      | 34 |
| 7.2      | Evaluation der strukturellen Basisfinanzierung               | 35 |
| <b>8</b> | <b>Schlusswort</b>                                           | 36 |
| <b>9</b> | <b>Literaturverzeichnis</b>                                  | 37 |

# 1 Einleitung

Das aktuell gültige Konzept zur Gesundheitsförderung der Deutschsprachigen Gemeinschaft (DG) wurde im Jahr 2003 durch die Regierung verabschiedet. Seit einiger Zeit stand das Vorhaben im Raum, dieses 13 Jahre alte Konzept zu erneuern bzw. zu überarbeiten.

Die Erarbeitung eines neuen Konzeptes zur Gesundheitsförderung wurde deshalb in das laufende Arbeitsprogramm der Regierung 2014-2019 der DG aufgenommen. Übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung (GF) ist, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu steigern. Das neue Konzept zur GF soll hierzu den allgemeinen Rahmen schaffen.

Im Zuge der 6. Staatsreform sind der DG neue Zuständigkeiten in der Gesundheitspolitik übertragen worden. Die DG ist seitdem vollständig für die GF zuständig. Auch diesem Aspekt ist in dem neuen Konzept Rechnung zu tragen.

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. Nur auf dieser Basis können Personal- und Finanzmittel möglichst effizient eingesetzt werden.

Durch die gewonnenen Erfahrungen in der Praxis und unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen ist es zudem wichtig, neue Ansätze für die GF in der DG zu entwickeln sowie die Aktivitäten der Organisationen und Dienstleister durch ein transparentes und von den Akteuren getragenes Konzept zu steuern.

In der Vergangenheit wurden bereits die richtigen Wege eingeschlagen. Ein Umdenken der involvierten Personen und Organisationen ist festzustellen: GF wird zunehmend als Querschnittsthema gesehen. Eine intensivere Vernetzung bestehender Angebote und die vermehrte Zusammenarbeit mit externen Partnern sollen richtungsweisend für die Zukunft sein.

Zum Schluss der Einleitung noch ein Hinweis: Bei Begriffen, für die es eine weibliche und eine männliche Form gibt, wird in diesem Konzept aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf eine Unterscheidung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

## 1.1 Was soll das neue Konzept leisten?

Zunächst werden die Begriffe Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung (GF) erklärt und das PRECEDE-PROCEED-Modell vorgestellt, damit ein einheitliches Verständnis gegeben ist.

Die erwähnten Rechtsgrundlagen dienen zur Bestimmung der Zuständigkeiten und definieren somit die Ausgangssituation in der DG. Die Beschreibung der Zuständigkeiten der DG sowie der Akteure, Stakeholder und Multiplikatoren der GF ermöglicht es, den Aktivitätsbereich der DG in diesem Fall präzise festzulegen.

Das Konzept setzt somit einen Prozess in Gang, mit dessen Hilfe Schwerpunkte und Themenfelder in der GF bestimmt werden können. Die Methode, nach der diese definiert werden, berücksichtigt die Erkenntnisse, die aus wissenschaftlichen Studien hervorgehen (Top-down-Ansatz), sowie die Bedürfnisse und Anfragen der Bevölkerung (Bottom-up-Ansatz).

Die Gesundheitsziele für die DG sollten mindestens einem der 21 WHO-Gesundheitsziele zuzuordnen sein (siehe Anlage A). Die aus der im Konzept beschriebenen Methodik abgeleiteten, konkreten Schwerpunkte werden zu einem späteren Zeitpunkt in einem Erlass festgehalten, gemäß den Vorgaben des Dekretes zur GF.

Mögliche Handlungsstrategien zur Umsetzung der Schwerpunkte werden allerdings bereits im Konzept verdeutlicht. Es werden Ansätze erläutert, die in der DG verfolgt werden, um Themenfelder zu definieren und zu beeinflussen. Zudem wird erklärt, auf welche Interventionsmöglichkeiten implizierte Dienstleister zurückgreifen sollten.

Sollten ausgehend von den definierten Schwerpunkten Aufträge an Organisationen vergeben werden, dann werden die Maßnahmen so durchgeführt, dass der Erfolg der Aktionen besser messbar wird. In der Umsetzung ist das Konzept auch ein politisches Instrument und es steuert über die definierten Schwerpunkte die Bezuschussung der lokal tätigen Organisationen. Im Sinne der finanziellen Effizienz können auf diesem Wege auch Doppeldienstleistungen vermieden werden.

Letztlich definiert das Konzept Förderkriterien zur strukturellen Finanzierung der Organisationen und zur Bezuschussung von Projekten. Dieses Verfahren hat zum Ziel, Subventionen zielorientiert, d.h. mit einer größtmöglichen Impakteffizienz, zu steuern.

## 1.2 An wen richtet sich das neue Konzept?

Das Konzept richtet sich an alle involvierten Organisationen, Personen und Institutionen, die direkt in der GF tätig sind. Es richtet sich aber auch an Stakeholder, die indirekt in bestimmten Lebenswelten, sogenannten Settings, zur Verbesserung der Gesundheit beitragen können. Außerdem richtet sich das Konzept an die Regierung und an die verschiedenen Fachbereiche im Ministerium der DG.

Zwecks Verabschiedung holt die Regierung ein Gutachten des Beirates für Gesundheitsförderung zu seinem Entwurf ein. Das diesbezügliche Verfahren ist in Artikel 7 des Dekretes zur GF und medizinischen Prävention vom 1. Juni 2004 verankert. Somit ist auch die fachliche und inhaltliche Beteiligung der Organisationen, die in der GF tätig sind, gesichert.

Nach Verabschiedung des Konzepts durch die Regierung wird es allen involvierten Parteien und Organisationen zugänglich gemacht.

## 2 Grundlagen

Das Konzept beschreibt zunächst, wie die Begriffe Gesundheit, Prävention und GF definiert sind, damit ein einheitliches Verständnis der Begriffe gegeben ist. Das PRECEDE-PROCEED-Modell von Green und Kreuter wird ebenfalls in diesem Kapitel vorgestellt.

### 2.1 Was ist Gesundheit?

Die bekannteste Definition von Gesundheit wurde im Jahr 1946 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“<sup>\*1</sup>

In der Vergangenheit wurde von Experten mit Skepsis auf diese Definition verwiesen. Die Kritik bezieht sich hauptsächlich darauf, dass die Forderung nach voller Gesundheit und vollständigem Wohlbefinden die meisten Menschen die meiste Zeit als ungesund darstellen würde. Die Fähigkeit zu Anpassungsvermögen und Selbstmanagement als Reaktion auf soziale, physische und emotionale Herausforderungen sollten nach Aussage aktueller Expertenmeinungen Bestandteil der Definition sein. Gesundheit wird somit als eine Fähigkeit gesehen, eine immer wieder neue Balance zwischen Belastungen und Ressourcen herzustellen.<sup>\*2</sup>

Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit haben ihren Ursprung in verschiedenen Einflussebenen:

- Medizinische und psychosoziale Versorgung
- Biologische und genetische Gegebenheiten
- Lebensstil und Gesundheitsverhalten
- Physische und soziale Umwelt.

Für die GF stehen Maßnahmen im Vordergrund, die einen direkten Einfluss auf die Faktoren Lebensstil und Gesundheitsverhalten haben sowie auf die physische und soziale Umwelt der Bürger. (siehe Abb.1: Das PRECEDE-PROCEED-Modell).

### 2.2 Das PRECEDE-PROCEED-Modell

Das PRECEDE-PROCEED-Modell von Green und Kreuter ist ein Planungsmodell. Es hilft bei der Planung eines Projektes und leitet durch den Prozess der Projektentwicklung. Der PRECEDE-Abschnitt dieses Modells beginnt oben rechts und beinhaltet die Schritte 1-5. Sie beziehen sich auf Entscheidungen und die Planung, was unternommen werden soll. Der PROCEED-Abschnitt beginnt unten links und beinhaltet die Schritte 6-9. Sie beziehen sich auf die Implementierung und Evaluation. Aufgrund der Evaluation kann erneut mit dem ersten Schritt im PRECEDE-Abschnitt begonnen werden.

---

<sup>\*1</sup> Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, deutsche Übersetzung, Stand 8.Mai 2014)  
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>.

<sup>\*2</sup> Huber, Machteld (2011): How should we define health? In: British Medical Journal 2011;343:d4163;  
<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>.

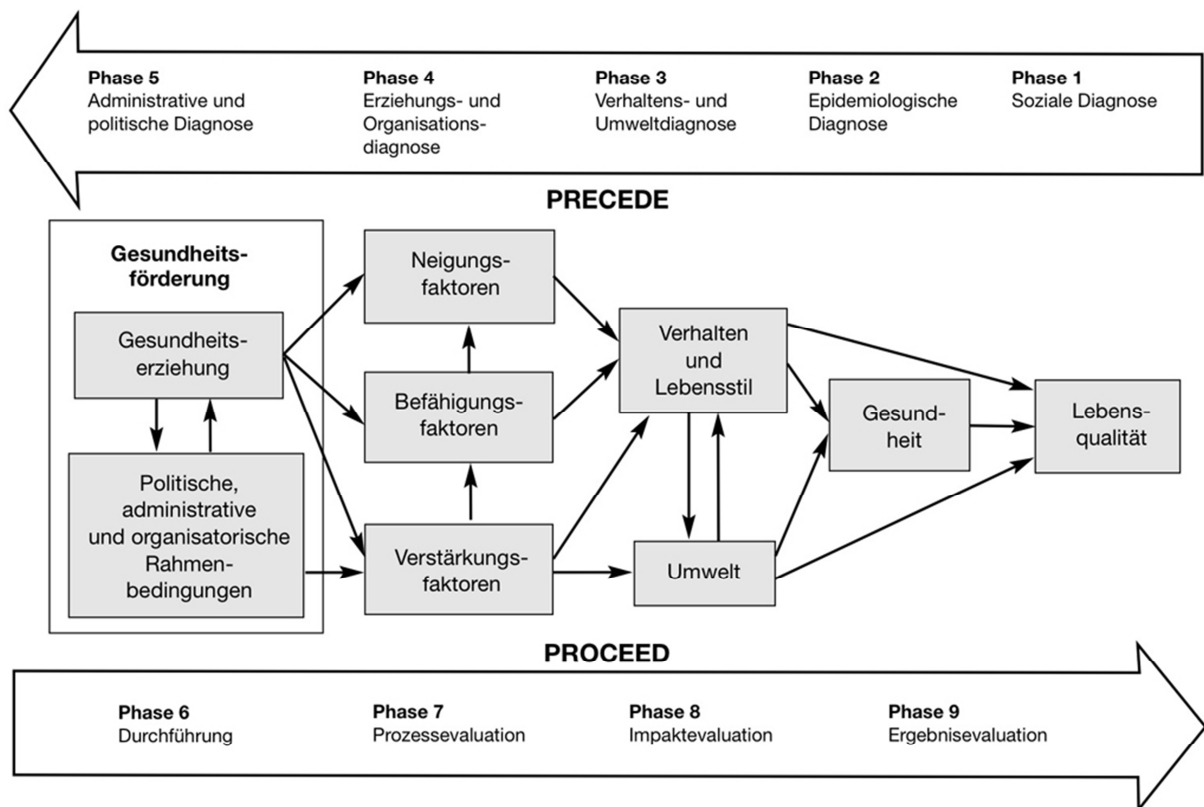
Faktoren, die erwünschtes Verhalten fördern (Neigungs- und Verstärkungsfaktoren), sowie die ermöglichenden Umstände (Befähigungsfaktoren) bieten Potenzial für Veränderung. Sie können zu mehr Wohlbefinden und verbesserter Gesundheit beitragen.

Der Lebensstil prägt das Gesundheitsverhalten und zeigt sich in der alltäglichen Lebensführung: Ernährung, Genussmittelkonsum, Bewegungsverhalten und Stressbewältigung sind einige Oberbegriffe.

Zur physischen Umwelt gehören zum einen naturnahe Lebensräume, wie beispielsweise Wälder, und zum anderen die Infrastruktur in den Lebenswelten, wie z.B. Schulen und Gemeinden. Unter sozialer Umwelt versteht man u.a. politische Systeme und die Kultur im engeren Sinne. Faktoren aus der sozialen Umwelt, wie beispielsweise Zugang zu Bildung oder Armut, beeinflussen die Gesundheit ebenfalls, auch wenn sie im engeren Sinne keine Gesundheitsthemen betreffen.

Abb.1: Das PRECEDE-PROCEED-Modell nach Green und Kreuter.

\*3



<sup>3</sup> Green, L.W.; Kreuter, M.W. (2005): Health Program Planning: An educational and ecological approach. 4. überarbeitete Auflage. Mountain View (Kalifornien).

## 2.3 Was ist Gesundheitsförderung?

Nach dem Verständnis der WHO setzt die Gesundheitsförderung (GF) bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Die GF umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungen beeinflussen\*<sup>1</sup>. Man geht der Frage „Was erhält den Menschen gesund?“ nach. Das entspricht dem salutogenetischen Ansatz. Die Salutogenese steht für ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und eher unspezifische Präventionsmaßnahmen.

Der allgemeine Trend in der GF geht generell von der Pathogenese (Entstehung und Entwicklung einer Krankheit) in die Richtung der Salutogenese (Entstehung und Erhaltung von Gesundheit).

Die Verantwortung für GF liegt deshalb nicht allein in den Händen des Gesundheitssektors, sondern ist in allen Politikbereichen zu finden und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden ab.

## 2.4 Was ist Prävention?

„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. Man geht der Frage „Was macht Menschen krank?“ nach. Das entspricht dem pathogenetischen Ansatz. Da die Pathogenese die Entwicklung und Entstehung einer Krankheit beschreibt, umfasst dieser Ansatz krankheits- und risikofaktorenorientierte Konzepte.

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 unerwünschter Ereignisse zu beeinflussen. Der Begriff der Vorbeugung wird synonym verwendet.

„Prävention“ ist ein Oberbegriff für zeitlich unterschiedliche Interventionen zur gesundheitlichen Vorsorge. Er kann deshalb weiter untergliedert werden in den Ansatzpunkt innerhalb des zeitlichen Verlaufs und die Form der Ausrichtung: primäre, sekundäre, tertiäre und quartäre Prävention (weitere Informationen siehe Anlage B).

---

<sup>1</sup> Broesskamp-Stone et al., 1998.

## 2.5 Gesundheitsförderung und Prävention als ein Konzept

Sowohl GF als auch Prävention wollen einen Gesundheitsgewinn erzielen, dies aber auf unterschiedliche Weise.

Bei der Prävention soll der Gesundheitsgewinn durch das Zurückdrängen von Krankheit erzielt werden. Bei der GF hingegen soll dies durch die Stärkung von Gesundheitsressourcen erreicht werden. Dementsprechend richtet die Prävention ihren Akzent vor allem auf Risikofaktoren für Krankheiten, die GF hingegen vor allem auf Schutzfaktoren, welche die Gesundheit erhalten. Die beiden Interventionsformen können deshalb als sich ergänzend verstanden werden, wobei je nach Ausgangslage einmal die eine und einmal die andere Interventionsform die angemessene und Erfolg versprechende sein kann \*<sup>1</sup>

Die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ werden in der Literatur uneinheitlich verwendet und haben somit schon öfters Verwirrung hervorgerufen. Im vorliegenden Konzept wird die Prävention als ein Teilgebiet der umfassender verstandenen GF gesehen. Prävention und GF werden in der DG als ein gemeinsames Konzept verstanden, für welches dieselben Grundsätze und Handlungsstrategien gelten.

## 2.6 Ansätze in der Gesundheitsförderung

Durch die verschiedenen Einflussebenen der Gesundheit ergeben sich auch verschiedene Handlungsansätze für die GF.

Interventionskonzepte, die auf Wissensvermittlung basieren, dominieren auch in der DG zurzeit die Gesundheitsförderungslandschaft. Komplexere Programme, in denen die Wissensvermittlung nur ein Teil des Ganzen ist, sollten zukünftig der Weg sein.

Ziel ist es, das Verhalten der Bevölkerung so zu beeinflussen, dass es Vorteile bzw. keine negativen Konsequenzen für ihre Gesundheit hat. Dies wird nicht nur durch Maßnahmen erreicht, die sich spezifisch an die Person als Individuum richten (personenbezogener Ansatz), sondern zusätzlich auch durch Maßnahmen, die auf die Umgebung der Person einwirken (struktureller Ansatz). Auf diese Weise kann eine gesundheitsfördernd gestaltete Umwelt gesundes Verhalten der Bevölkerung unterstützen. Die Kombination dieser Ansätze kann in verschiedenen Lebenswelten und bei verschiedenen Schwerpunktthemen angewandt werden.

### 2.6.1 Personenbezogener/Individueller Ansatz

Der personenbezogene Ansatz ist der ursprünglichste in der GF. Er richtet sich an die Person selbst und hat zum Ziel, das Gesundheitsverhalten und die individuellen Charakteristiken positiv zu beeinflussen. Die Handlungskompetenz und die Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit soll erhöht werden.

---

\*<sup>1</sup> Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hgg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Huber (Bern).

Maßnahmen dieses Ansatzes beinhalten u.a. Informationen zu Gesundheitsthemen und die Schaffung von Bewusstsein für die Folgen des eigenen Verhaltens sowie die Betonung der Eigenverantwortung eines jeden für seine Gesundheit \*<sup>1</sup>.

Nicht alle Komponenten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens basieren auf der Eigenverantwortung der Menschen. Interventionen im personenbezogenen Ansatz können ebenfalls dazu dienen, Menschen im besseren Umgang mit Herausforderungen in ihrer Umgebung zu unterstützen. Die Zielgruppe sollte nicht durch Schuldzuweisungen mit dem unerwünschten Verhalten konfrontiert werden; Stigmatisierung ist zu vermeiden.

### 2.6.2 Struktureller Ansatz

Gesundheitsförderung kann Interventionen in einem breit gefächerten Bereich verlangen. Gesundheits-fördernde Rahmenbedingungen zu schaffen sind beim strukturellen Ansatz das Ziel. Hier steht nicht das Verhalten einer Person im Mittelpunkt, sondern hier liegt der Fokus auf den Verhältnissen, in denen Menschen leben.

Die physische Umwelt, z.B. die Infrastruktur und die soziale/politische Umwelt wie die Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung und die Gesetzgebung, bieten Möglichkeiten zu strukturellen Veränderungen. Beim strukturellen Ansatz kann die GF nicht alleine durch das Gesundheitswesen gesichert werden. Es bedarf meistens komplexerer Interventionen, die in verschiedene Bereiche eingreifen. Einzelne Akteure haben auf dieser Ebene nur begrenztes Einflussvermögen.

Trotz dieser Komplexität können bereits relativ einfache Anpassungen, z.B. in der physischen Umwelt, zu einer positiven Veränderung der Gesundheitsverhältnisse beitragen. Das Lebensmittelangebot in Schulen, Duschen am Arbeitsplatz, attraktive Gestaltung der Treppenhäuser oder ergonomisch eingerichtete Arbeitsplätze sind einige Beispiele.

### 2.6.3 Setting-Ansatz

Setting ist ein anderes Wort für „Lebenswelt“. Krankenhäuser, Pflegewohnheime, Kindergärten, Schulen, Kinderbetreuungsstrukturen, Arbeitsplätze, Familien, Vereine und Gemeinden sind Beispiele für Settings in der DG.

Bei diesem Ansatz wird berücksichtigt, dass das Gesundheitsverhalten einer Person das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen Umweltfaktoren und persönlicher Lebensweise ist.

Seit der Ottawa-Charta der WHO, dem Grundlagendokument der GF, ist der Setting-Ansatz immer mehr auf dem Vormarsch. Er ist fester Bestandteil der Gesundheits-förderungslandschaft geworden.

---

\*<sup>1</sup> Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Konzept Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, 2003.

Idealerweise ermöglicht der Setting-Ansatz die Verknüpfung der oben beschriebenen personenbezogenen und strukturellen Ansätze. Diese Maßnahmen zeichnen sich durch multifaktorielle und multidisziplinäre Eigenschaften aus. Dadurch werden sie komplexer, meist aber auch effektiver als die „Gesundheitserziehung“ an sich.

Projekte sollten möglichst so gestaltet werden, dass sich die Zielgruppen innerhalb der Settings aktiv am gesamten Planungs- und Umsetzungsprozess beteiligen können.

Dies beinhaltet auch, dass die Akteure die Zielgruppen durch Partizipation und Empowerment zum selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handeln ermutigen und befähigen

Aufgrund der Komplexität dieses Ansatzes besteht die Gefahr, dass Organisationen, die in der DG tätig sind, nicht über die nötigen Ressourcen verfügen, um diesen verschiedenen Aspekten gerecht zu werden. Eine verstärkte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Zielsetzung der Akteure sind daher wichtig.

## 2.7 Auswirkungen von Prävention und Gesundheitsförderung messen

In der DG gibt es ein umfangreiches Angebot zur GF. Beispiele hierfür sind Grippeimpfungen, Kariesprophylaxe und Screenings zur Krebsfrüherkennung, deren positive Auswirkungen mittels quantitativer Datenerhebungen relativ kurzfristig nachgewiesen werden können.

Ein gesünderer Lebensstil, ein besserer Umgang mit Stress, eine gut zugängliche und angemessene Gesundheitsversorgung und eine verbesserte soziale Integration sind weitere Beispiele. Deren Auswirkungen sind jedoch wesentlich schwieriger zu ermitteln. Sie müssen isoliert betrachtet werden, damit sie evaluiert und nachgewiesen werden können. Dies ist nicht immer möglich. Je detaillierter die Messkriterien sind, desto schwieriger gestalten sich in der Regel die Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis.

Da die GF als ein Prozess auf unterschiedlichen Ebenen zu verstehen ist, werden sich die positiven Effekte nicht nur im Gesundheitswesen selbst bemerkbar machen, sondern beispielsweise auch im Unterrichts- oder Beschäftigungswesen. Es geht hierbei nicht nur um die Frage, ob Menschen krank sind oder nicht.

In der DG werden Erfolge von Maßnahmen bereits quantitativ evaluiert. Um jedoch auch eine bessere Übersicht über die Erfolge durchgeführter Maßnahmen erhalten zu können, sollen in Zukunft Evaluationskriterien für Projekte bestimmt werden. In Kapitel 7 wird das RE-AIM-Modell<sup>\*1</sup> beschrieben. Bereits in der Planungsphase sollten Projektmanager sich mit den RE-AIM-Fragen beschäftigen.

---

<sup>\*1</sup> Glasgow, R. et al., 2006

RE-AIM ist ein Akronym und bedeutet:

|    |                |                                                                           |
|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------|
| R= | Reach          | → Wie viele Leute möchte ich erreichen?                                   |
| E= | Efficacy       | → Welchen Effekt soll mein Projekt erzielen?                              |
| A= | Adoption       | → Wer wird/soll das Projekt nutzen?                                       |
| I= | Implementation | → Wer wird das Projekt in der Praxis umsetzen?                            |
| M= | Maintenance    | → Wie können die Effekte nach Durchführung des Projektes erhalten werden? |

So sehr der Evaluation auf wissenschaftlicher Ebene eine große Bedeutung zukommt, so sehr stößt sie in der Praxis schnell an ihre Grenzen. Daher sollten die Ziele der Evaluation realistisch sein. Sie sind von der Art des Projektes sowie den personellen und finanziellen Ressourcen abhängig und situationsspezifisch zu bestimmen.

In der Regel sollte der Einfluss von Maßnahmen anhand des Verhaltens anstatt des Gesundheitszustands evaluiert werden. Dadurch werden Erfolge greifbarer und können kurzfristig sichtbar werden. Ein Beispiel: Um den Erfolg einer Antitabakkampagne zu messen, ist die Anzahl der Raucher in einer bestimmten Zielgruppe als Messwert besser geeignet als die Häufigkeit von Lungenkrebs.

### **3 Die Ausgangssituation in der DG**

Die vorbeugende Gesundheitspolitik ist Aufgabe der Gemeinschaften, mit Ausnahme der nationalen Maßnahmen in der Prophylaxe.

In diesem Kapitel werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten der DG beschrieben. Die Bestimmung der Ausgangssituation in der DG definiert die Basis, von der aus Schwerpunktthemen und Ziele erarbeitet werden.

#### **3.1 Zuständigkeiten der DG im Bereich der Politik der Gesundheitsförderung**

In Anwendung des Sondergesetzes zur Reform der Institutionen vom 8. August 1980 ist die DG für die personenbezogenen Angelegenheiten, auf die sich Artikel 130 §1 Nr. 2 der Verfassung bezieht, verantwortlich. Somit liegen alle Themen der GF in der Zuständigkeit der DG und könnten von Regierung und Ministerium ggf. in Zusammenarbeit und durch Bezuschussung von Organisationen umgesetzt werden.

Aufgrund des enorm weiten Aufgabenfeldes ist es jedoch nicht möglich, alle Themen gleichzeitig und umfassend zu berücksichtigen. Dies ist einer der Gründe, warum das vorliegende Konzept und die Methodik zur Definierung der Schwerpunktthemen und Ziele erarbeitet wurden.

## 3.2 Rechtsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung in der DG

Die DG ist in einigen Bereichen gesetzgeberisch tätig. Nachfolgend sind die wichtigsten Rechtsgrundlagen aufgelistet, die im Prozess zur Bestimmung von Schwerpunkten und Themenfeldern relevant sind.

### Gesetze und Dekrete

- Gesundheitsgesetz vom 1. September 1945

Das Gesetz beschreibt die Maßnahmen, welche die Regierung im Falle von drohenden oder effektiven Epidemien treffen kann. Es gibt entsprechende Ausführungserlasse, so beispielsweise der Erlass, der die Verpflichtung zur Polioimpfung bei Kleinkindern definiert.

- Dekret zur Gesundheitsförderung und zur medizinischen Prävention vom 1. Juni 2004

Dieses Dekret definiert das Konzept zur GF sowie den Prozess seiner Erarbeitung, die Rechtsgrundlagen zur Bezuschussung von Organisationen und Projekten in den Bereichen GF und Prävention sowie die Aufgaben des Beirates für Gesundheitsförderung und seine Ausführungserlasse, wie etwa der Erlass zur Bestimmung der Schwerpunkte und der Erlass der Regierung zur Brustkrebsfrüherkennung vom 19. November 2009.

- Sonderdekret zur Gründung eines Zentrums für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen vom 20. Januar 2014

Mit diesem Dekret wird das Zentrum Kaleido-DG geschaffen, das sich aus den ehemaligen fünf Diensten der Schulgesundheitsvorsorge und dem Dienst für Kind und Familie des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft (MDG) zusammensetzt.

### Abkommen

Die Gemeinschaften vereinbaren in sogenannten Interministeriellen Konferenzen (IMK) gemeinsam mit dem Föderalen öffentlichen Dienst (FÖD) und anderen Gemeinschaften Belgiens Abkommen im Hinblick auf eine für Gesamtbelgien koordinierte Präventionspolitik. In vielen Bereichen ist dies besonders wichtig, zum Beispiel beim Thema Impfungen. Durch die hohe Mobilität der Bürger ist zum Beispiel eine einheitliche Impfpolitik in allen Gemeinschaften erforderlich.

Diese interministerielle Zusammenarbeit fördert zudem den Austausch zwischen den Gemeinschaften und die gegenseitige Kenntnis der Maßnahmen in den Landesteilen.

Am 21. März 2016 wurde in der Interministeriellen Konferenz ein neues **Präventionsabkommen** verabschiedet. Für jedes Thema, das in dem Abkommen aufgeführt wird, sind u.a. die Zuständigkeiten der Gemeinschaften einerseits und des FÖD andererseits angegeben. Die Novellierung der bereits bestehenden Vielzahl an

Abkommen wurde insbesondere notwendig durch die Neuverteilung von Zuständigkeiten im Rahmen der 6. Staatsreform.

Die aufgeführten Themen in diesem Abkommen haben für die Volksgesundheit eine große Relevanz und sind auch für die DG richtungsweisend.

Die Auswahl der Initiativen in diesem Abkommen liegt folgenden Überlegungen zugrunde:

- ➔ Die Themen sind auf Ebene der Befugnis gemeinschaftsübergreifend, aber lassen gleichzeitig Raum für eine differenzierte Präventionspolitik in den verschiedenen Gemeinschaften.
- ➔ Es liegen genügend wissenschaftliche Beweise vor, die Initiativen der Regierungen in diesen Bereichen rechtfertigen.
- ➔ Die Themen haben eine Relevanz für die Volksgesundheit und bestimmte Bevölkerungsgruppen.
- ➔ Die Themen gehen über die personenbezogene Prävention hinaus.

Diese Themen sind Bestandteil des neuen Präventionsabkommens:

- Ernährung
- Tabak
- Alkohol und Drogen
- Psychopharmaka
- Spielsucht
- Sexuelle Gesundheit
- Mundhygiene
- Suizidprävention
- Impfungen
- Hepatitis C
- Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten
- Neonatales Screening
- Früherkennung von Gebärmutterhals-, Brust- und Dickdarmkrebs

Weitere relevante Abkommen sind:

- Das Abkommen vom 2. Juli 2013 zu den Aktivitäten und der Finanzierung des Krebsregisters

Neben der Finanzierung des Krebsregisters werden in diesem Abkommen die Aufgaben und die Organisation detailliert beschrieben. Das Krebsregister ist hauptsächlich für die Erstellung einer umfassenden Krebsstatistik für Belgien zuständig. Sie umfasst Prävalenz, Inzidenz und die Überlebenschancen. Außerdem beobachtet das Krebsregister die Qualitätsentwicklungen in der Onkologie und gibt den involvierten Parteien eine Rückmeldung zu den erfassten Daten.

- Das Abkommen vom 21. März 2016 zur Organisation und Finanzierung der nationalen Gesundheitsumfrage (2018)

Die DG nimmt alle fünf Jahre an der vom Wissenschaftlichen Institut für Volksgesundheit (WIV) durchgeführten nationalen Gesundheitsbefragung teil. Dieses Abkommen regelt die Finanzierung, den Zeitpunkt der Befragung, die abgefragten

Themenkomplexe, die Anzahl befragter Personen usw. So wird sichergestellt, dass zum selben Zeitpunkt für Gesamtbelgien standardisierte Antworten vorliegen, die dabei unterstützen, eine einheitliche Gesundheitspolitik umzusetzen.

## **Die 6. Staatsreform**

Im Zuge der 6. Staatsreform wurden die Aufgaben der Gemeinschaften im Rahmen der Prävention nochmals verdeutlicht.

Finanzielle Mittel vom Föderalstaat wurden an die Gemeinschaften übertragen. Ein geringer Teil dieser finanziellen Mittel ist für Maßnahmen in der GF vorgesehen und mit der Übertragung zusätzlicher Kompetenzen verbunden.

Die übertragenen Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung betreffen folgende Themen: Darmkrebsfrüherkennung, Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung, Impfungen (inklusive Humane Papillomviren, kurz HPV), Kampagne Ozon und Hitzewelle, Förderung von Ernährung und Bewegung, Fonds zur Suchtbekämpfung (Tabak, Alkohol, psychoaktive Medikamente und Drogen), Raucherentwöhnung sowie Präventionsaktionen der Zahnheilkundeorganisationen.

### **3.3 Aktuelle Maßnahmen der DG im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention: Die Ausgangssituation**

- Krebsfrüherkennung (Gebärmutterhals-, Brust-, Dickdarm- und Hautkrebs)

In Zusammenarbeit mit dem Gemeinschaftsreferenzzentrum für Krebsfrüherkennung (CCR) werden zielgruppenentsprechend Maßnahmen durchgeführt, die auf eine systematische Einladung der bestimmten Zielgruppen zu den Untersuchungen abzielen. Die entsprechenden Kosten werden zum Teil von der Gemeinschaft und zum Teil vom Landesinstitut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (LIKIV) gezahlt.

Daneben werden in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren wie der Einrichtung Patienten Rat & Treff (PRT) und Ärzten Informationskampagnen lanciert. Im Bereich der Brustkrebsfrüherkennung werden die Tests in anerkannten Zentren durchgeführt.

- Impfungen

Die DG ist für die Organisation der Impfungen zuständig. Dabei dient das Basisimpfschema, das durch den Hohen Rat für Gesundheit und durch die Interministerielle Konferenz genehmigt wurde, als Grundlagendokument. Das Informieren über und Bewerben der Impfungen, für welche ausreichende wissenschaftliche Beweise vorliegen, ist Aufgabe der Gemeinschaften. Die Impfstoffe werden Hausärzten, Kinderärzten, Gynäkologen und dem Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Kaleido-DG) zur Verfügung gestellt. Die Impfungen werden kostenlos angeboten. Verpflichtend ist nur eine Impfung gegen Polio; alle anderen Impfungen sind freiwillig wählbare Angebote.

- Gesunde Ernährung

Die Förderung einer gesunden Ernährung und von Bewegung wird durch die Regierung in Form von Zuschüssen, die nach Einreichen eines Projektantrages genehmigt werden können, sowie durch die laufende Arbeit der Akteure PRT und Kaleido-DG umgesetzt. Jährlich wird z. B. eine sensibilisierende Ernährungskampagne lanciert. Zudem werden persönliche Beratungstermine angeboten. Der jährliche Projektaufruf richtet sich an Akteure, die in der Lage sind, das Ess- und Bewegungsverhalten spezifischer Zielgruppen positiv zu beeinflussen. Die Resultate wissenschaftlicher Studien dienen der Bestimmung relevanter Zielgruppen.

- Kinder- und Jugendgesundheit

Mit der Kaleido-DG wurde ein wichtiger Akteur geschaffen. Ziel dieses in 2014 initiierten Zentrums ist die Förderung der körperlichen, psychischen und geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, und zwar von Geburt an bis zum Austritt aus dem Schulwesen der DG.

Die DG bietet in diesem Rahmen auch ein eigenes Zahnpflegeprogramm in Kindergärten und Primarschulklassen an, das einzigartig in Belgien ist. Aufgabe dieses Programms ist die Information und Sensibilisierung von Kindern und deren Eltern für Zahnhygiene und eine gesunde Ernährung und für die Risiken von Tabak, Alkohol und Drogen, Psychopharmaka und Spielsucht.

- Suchtbekämpfung

Die Suchtvorbeugung bzw. -bekämpfung in der DG ist Bestandteil der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL). Falls aus wissenschaftlichen Studien spezifische Problembereiche in der DG identifiziert werden, können der ASL durch die Regierung zusätzlich zweckgebundene Mittel zur Umsetzung von Projekten zur Verfügung gestellt werden. Gefördert werden Maßnahmen zur Vorbeugung und Bekämpfung stofflicher sowie nichtstofflicher Süchte.

- Darüber hinaus ist die DG im Bereich Umwelt und Gesundheit aktiv, dies aufgrund der Zuständigkeitsübertragung im Rahmen der 6. Staatsreform.

- Feinstaubkampagne

Die Feinstaubkampagne in der DG stützt sich auf den regionalen Plan der Wallonischen Region (WR). Im Falle eines Alarms wird dieser zwischen der WR und der DG koordiniert. Diese Vorgehensweise soll fortgesetzt werden, da sie sich als effektiv erwiesen hat.

Im Rahmen der Kampagne ist die DG ausschließlich für die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung, insbesondere der Risikogruppen (z. B. chronisch Kranke) und der Akteure, die mit der Betreuung der Risikogruppen beauftragt wurden, zuständig.

Zu treffende Maßnahmen bei erhöhten Feinstaubbelastungen sind in dem Aktionsplan der WR festgehalten.

- Kampagne Ozon und Hitzewelle

Die Kampagne Ozon und Hitzewelle wird im Alarmfall zwischen dem Föderalstaat sowie den Regionen und den Gemeinschaften koordiniert. Diese Vorgehensweise wird fortgesetzt, da sie sich als effektiv erwiesen hat.

Die DG ist ausschließlich für die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung, insbesondere der Risikogruppen (z. B. Senioren) und der Akteure, die mit der Betreuung der Risikogruppen beauftragt wurden, zuständig. Zu treffende Maßnahmen sind im Aktionsplan Ozon und Hitzewelle des FÖD festgehalten.

- Schlaganfallkampagne

Diese Sensibilisierungskampagne wird durch den PRT in Zusammenarbeit mit den beiden Krankenhäusern der DG organisiert. Durch Information, persönliche Tests und Beratung werden die Bürger auf mögliche Risiken hingewiesen und ggf. wird empfohlen, weitere Untersuchungen durchführen zu lassen.

## 4 Schwerpunkte und Themenfelder

Das sachpolitische Verfahren zur Verankerung von Schwerpunkten erfolgt im Rahmen eines Regierungserlasses. Dieses Verfahren ist im Dekret zur GF und zur medizinischen Prävention vom 1. Juni 2004 beschrieben. Der Beirat für GF hat die Aufgabe, dem Minister ein Gutachten zu den von der Regierung vorgeschlagenen Schwerpunkten zu erteilen. Somit ist auch die fachliche und inhaltliche Beteiligung der Organisationen, die in der GF tätig sind, gesichert.

Mit dem vorliegenden Konzept werden wir darauf hinarbeiten, dass alle Akteure, die in der GF tätig sind, an gemeinsamen, vordringlichen und realistischen Zielen mitarbeiten. Das MDG wird die Vernetzung und Kooperation unterstützen. Der Beirat für GF sichert hierbei einen ständigen Austausch.

Zur Ableitung der Schwerpunktthemen werden Aufgabenfelder berücksichtigt, die sich mit den Kompetenzen auf gemeinschaftlicher Ebene vereinbaren lassen. Die gesellschaftliche und politische Resonanz zu einem Thema ist ebenfalls wichtig.

Vier Ansätze werden bei der Methodik zur Bestimmung der Aufgabenfelder berücksichtigt:

1. Die Themen des Präventionsabkommens vom 21. März 2016
2. Die Datenlage auf Basis durchgeführter wissenschaftlicher Studien in der DG (siehe Kapitel 4.2)
3. Aktuelle Schwerpunkte der Regierung und/oder individuelle Zielsetzungen des Ministers
4. Anfragen und Bedürfnisse der Bevölkerung, im Nachfolgenden Themenfelder genannt

Das **Präventionsprotokoll** beschreibt, wie in Kapitel 3 erläutert, die relevanten Themenfelder in der GF, und dient der groben Orientierung in der Gesundheitsförderungspolitik. Innerhalb dieser Domänen werden die Gesundheitsziele für die DG einzuordnen sein. Die aufgeführten Themen im Präventionsabkommen werden unter Berücksichtigung der Prioritäten der DG verfolgt.

Die **Datenerhebungen** zum Gesundheitszustand der Bevölkerung zeigen Problembereiche auf und identifizieren Handlungsbedarf. In Form von Projekten kann man diesem Handlungsbedarf gerecht werden. Die Ergebnisse der Gesundheitsplanung werden ebenfalls berücksichtigt.

Im Seniorenpolitischen Gesamtkonzept (SPGK), das im Zuge des Regionalen Entwicklungskonzeptes (REK 1) erstellt wurde, ist Demenz zurzeit ein Schwerpunktthema der Regierung. Präventive Maßnahmen können dadurch auf diesem Gebiet relevant sein. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, wie durch die Verknüpfung strategischer Pläne eine Schnittmenge mit der GF zu anderen Bereichen entsteht und zur individuellen Schwerpunktbestimmung der Regierung beitragen kann. Die Ziele der Regierung berücksichtigen ebenfalls die Gutachten des Beirates für GF.

## 4.1 Bestimmung von Schwerpunkten (Top-down)

Der zuständige Minister erstellt aufgrund der oben genannten Ansätze in Zusammenarbeit mit dem MDG Vorschläge mit Schwerpunkten für die GF.

Der Beirat für GF erstellt danach gemäß den geltenden dekretalen Vorgaben ein Gutachten zu den Vorschlägen und lässt es dem zuständigen Minister zukommen. Der Minister trifft schließlich in Kenntnis dieses Gutachtens eine Entscheidung und legt der Regierung den entsprechenden Erlass zur Definierung der Schwerpunkte vor.

Im Gegensatz zum bisherigen Zweijahresrhythmus sollen die Schwerpunkte nun einmal pro Legislaturperiode, das heißt alle fünf Jahre, durch die Regierung verabschiedet werden. Diese Vorgehensweise empfiehlt sich aus Gründen der nachhaltigen Evaluation der Maßnahmen.

Die entsprechende Passage des Dekrets zur GF und zur medizinischen Prävention dahingehend abgeändert werden.

Zur Umsetzung der verabschiedeten Schwerpunkte werden diese als Maßnahmen und Aktionen in den Jahresaktionsplänen der Organisation zurückzuführen sein.

## 4.2 Bestimmung von Themenfeldern (Bottom-up)

Aufgrund der Nähe zu den Bürgern ist neben den Schwerpunkten, die sich aus den Datenerhebungen ableiten lassen (Top-down), die Wahrnehmung der Akteure/Organisationen zu den Bedürfnissen und Anfragen der Bevölkerung wichtig (Bottom-up). Diese können sich auch kurzfristig ergeben oder ändern. Deshalb werden die Themenfelder nicht alle fünf Jahre, sondern jedes Jahr bestimmt.

Die **Anfragen und Bedürfnisse der Bevölkerung** werden der Regierung und dem Ministerium über die Organisationen oder mittels Bürgerveranstaltungen mitgeteilt. Die Organisationen ermöglichen den Bürgern einen niedrigschwelligen Zugang. Über den direkten Kontakt zu den Bürgern werden die Organisationen und die Regierung über die Anliegen der Bevölkerung informiert. Die Interessen der Bevölkerung werden im Rahmen dieses Konzeptes „Themenfelder“ genannt und bei der jährlichen Erstellung der Jahresaktionspläne von den Organisationen und der Regierung berücksichtigt.

Wichtig ist hierbei, dass eine Argumentation vorliegt, warum ein Thema für die Bevölkerung relevant ist und als Maßnahme im Angebot der Organisation berücksichtigt wird, zum Beispiel:

- Die Prävalenz/Anzahl der Anfragen zu einem Thema
- Der Impakt des Themas auf mögliche Kosten
- Der Impakt des Themas auf die Lebensqualität
- Die Aktualität eines Themas.

Der Begriff „Themenfelder“ beinhaltet außerdem punktuelle und kurzfristige Einsätze. Ziel ist es, genügend Raum für die Entwicklungen und aktuelle Trends zu gewährleisten, die eventuell auch die Gesundheit der Bevölkerung gefährden könnten, zum Beispiel der Ausbruch einer Epidemie. Bei Katastrophen dieser Art ist die DG dazu gezwungen, auf Daten zurückzugreifen, die nicht innerhalb der DG erfasst werden, z.B. auf Daten der WHO oder des Hohen Gesundheitsrats.

### 4.3 Datenerhebungen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der DG

In der DG werden bereits zu zahlreichen Themen Daten erfasst. Damit diese Umfragen als zuverlässige Quellen für die Bestimmung von Prioritäten dienen, ist in Zukunft u.a. die vermehrte Teilnahme an den bestehenden Untersuchungen ein Ziel. Durch höhere Teilnehmerzahlen werden die Ergebnisse der Studien aussagekräftiger. Die Datenerhebungen dienen zur Identifikation von Schwerpunktthemen, bei denen u.a. die projektbezogene GF der DG primär ansetzen soll.

Idealerweise setzen die Initiativen in der GF direkt bei den Ursachen an, die zur Entstehung eines schädlichen Gesundheitsverhaltens beitragen. In puncto Ursachenforschung zu einem Schwerpunktthema greift die DG ggf. auf die Untersuchungen der anderen belgischen Gemeinschaften und des benachbarten Auslands zurück. Grund ist, dass wissenschaftliche Studien sehr zeit- und kostenaufwendig sind und die vorhandenen Ressourcen in der DG übersteigen.

Es folgt eine Übersicht der Datenerhebungen, die für die DG vorliegen und die regelmäßig aktualisiert werden.

#### 4.3.1 Nationale Gesundheitsumfrage

Im Rahmen dieser Umfrage werden subjektive Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung gesammelt. In der Vergangenheit wurde die Umfrage in den Jahren 1997, 2001, 2004, 2008 und 2013 durchgeführt. 2018 findet die nächste nationale Gesundheitsumfrage statt. Trends und Tendenzen der Gesundheitsparameter können somit im Laufe der Zeit, auch international, miteinander verglichen werden.

Die Ergebnisse werden nach Altersgruppen (15-24, 25-44, 45-64 und 65+), Provinz, Geschlecht, Bildungsniveau (Primarschule, mittlere Reife, Abitur und weiterführende Studien) und Jahr der Umfrage beschrieben. Der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten/die Lebensweise, die Nutzung des Gesundheits- und Sozialsystems, die physische und soziale Umwelt sowie die Prävention sind die fünf Themenschwerpunkte, denen die Fragen zugeordnet werden können.

Die Gesundheitsumfrage wird von den Gesundheitsministern der Regionen, der Gemeinschaften und des FÖD in Auftrag gegeben. Das WIV ist in Zusammenarbeit mit der Generaldirektion für die Statistik und dem Statistikzentrum Hasselt für die Durchführung verantwortlich.

#### 4.3.2 Euregionale Jugendbefragung

Die euregionale Jugendbefragung wird von der ASL in Kooperation mit der Euregio Maas-Rhein durchgeführt. Sie hat bislang in den Jahren 2001, 2008 und 2013 stattgefunden und soll auch zukünftig durchgeführt werden. Ziel ist die Darstellung von Risikoverhalten und präventionsrelevanten Einflussgrößen.

Zielgruppe sind circa 40.000 Sekundarschüler zwischen 12 und 16 Jahren aus Belgien, den Niederlanden und Deutschland. Gesundheitsempfinden, Probleme, Problemverhalten, Sicherheitsempfinden, Konsumverhalten, Sexualverhalten, Mundhygiene sowie Freizeit- und Internetaktivität sind Bestandteil der Befragung. Durch die internationale Zielgruppe können die Ergebnisse der DG mit denen der Nachbarländer verglichen werden. Durch diesen Vergleich kann die „Ist-Situation“ in der DG überregional bewertet werden.

Aus der euregionalen Jugendbefragung werden Schwerpunktthemen für die Jugendlichen in der DG abgeleitet.

#### 4.3.3 Daten des Krebsregisters

Das Krebsregister befasst sich hauptsächlich mit der Erfassung und Bereitstellung von Statistiken und Daten über das Auftreten von Krebserkrankungen. Die Analysen des Krebsregisters dienen u.a. der Unterstützung der Politik im Bereich der Krebsprävention. Für die DG werden alle fünf Jahre spezifische Auswertungen durchgeführt. Die krankenhausgebundenen sowie die selbstständigen Labore übermitteln die Anzahl der Krebserkrankungen in der DG an das Krebsregister.

Bei einigen Bürgern aus der DG wird die Diagnose im Universitätsklinikum Aachen gestellt. Das Tumorzentrum des Klinikums Aachen übermittelt diesbezügliche relevante Angaben an das Krebsregister. Durch diese Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum wird die Datenerfassung für die DG umfangreicher und repräsentativer.

#### 4.3.4 Statistiken zum Körpergewicht

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen der frühkindlichen Entwicklung ermittelt Kaleido-DG den Body-Mass-Index (BMI) bei zweieinhalbjährigen Kindern. Mithilfe der Schulgesundheitsvorsorge wird der BMI ebenfalls bei 6-, 12- und 15-jährigen Schülern berechnet. Für die Interpretation des BMI wird die allgemeine Standard-Wachstumskurve verwendet, die in ganz Belgien angewandt wird.

Im Rahmen der nationalen Gesundheitsumfrage wurde auch der BMI erwachsener Personen ermittelt. Repräsentative Angaben zum BMI der erwachsenen Bevölkerung sollten in Zukunft systematischer durchgeführt werden.

#### 4.3.5 Impfstatistik

Impfen gehört zu den krankheitspräventiven Maßnahmen, mit denen sich manifeste gesundheitliche Auswirkungen vermeiden lassen. Das MDG ist für die Erstellung der Impfstatistik der DG verantwortlich.

Im Schuljahr 2014-2015 wurden insgesamt 72 % der Schüler der DG durch den Dienst Kaleido-DG nach dem vorgesehenen Impfschema geimpft.

Kaleido-DG ist der Hauptimpfdienstleister in der DG. Der Prozentsatz der Kinder, die durch ihren Haus- oder Kinderarzt geimpft werden, wird zurzeit nur unvollständig erfasst. Nur 20 % der niedergelassenen Ärzte nutzen die Datenbank EVAX, um die geleisteten Impfungen zu registrieren. Somit sind die Impfstatistiken zurzeit nicht repräsentativ.

Seit dem Schuljahr 2014-2015 überprüft Kaleido-DG den Impfstatus hinsichtlich der Erkrankungen Masern, Mumps, Röteln (MMR) zusätzlich im 1. Sekundarschuljahr. Dies dient hauptsächlich dazu, die genaue Impfrate zu erfassen, denn der Impfschutz gegen MMR gilt nur dann als vollständig, nachdem das Kind Auffrischungsimpfungen erhalten hat.

#### 4.3.6 Suizid- und Mortalitätsstatistik

Die Mortalitätsstatistik wird von der WR für die DG erfasst. Eine systematische Auswertung der Sterbefälle erfolgt derzeit allerdings noch nicht. Die DG bemüht sich, eine systematische Analyse dieser Daten durch einen Partner erstellen zu lassen. Die systematische Auswertung der Todesursachen ermöglicht es, diese zwischen den Gemeinden der DG, aber auch auf Gemeinschaftsebene vergleichen und bewerten zu können. Ziel ist es u.a. festzustellen, welche Todesursachen in den verschiedenen Altersgruppen vermehrt vorkommen.

Zur Veranschaulichung lässt sich am Beispiel der Suizidrate die Relevanz dieser Daten erklären: Sollte aus den Datenerhebungen hervorgehen, dass Suizid beispielsweise hauptsächlich bei jugendlichen Männern vorkommt, kann die Präventionsstrategie den Bedürfnissen und den Charakteristiken dieser Zielgruppe angepasst werden.

#### 4.3.7 Statistiken der Krankenkassen

Die Krankenstandsstatistiken der Krankenkassen liefern u.a. Informationen zu den Krankheitsbildern, die eine Abwesenheit am Arbeitsplatz zur Folge haben. Diese Angaben sind nützlich, um Einsicht in die wirtschaftlichen Folgen gesundheitlicher Probleme zu erlangen. Vor allem psychische Erkrankungen als Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit haben in den letzten Jahren zugenommen und sind ein wichtiges Thema. Vielfach gehen psychische Erkrankungen mit langen Fehlzeiten einher. Für Arbeitnehmer und Arbeitgeber bedeutet dies erhebliche Belastungen. Maßnahmen in diesem Bereich verlangen Vernetzung und Zusammenarbeit.

Die Intermutualistische Agentur (IMA) analysiert die gesammelten Daten sieben belgischer Krankenkassen und stellt diese Partnerorganisationen spontan, auf Anfrage oder gegen Bezahlung zur Verfügung. Ziel ist, den Erhalt und den Fortschritt der Gesundheitsdienstleistungen und der Krankenversicherungen zu unterstützen. Die Anonymität der personenbezogenen Daten und die Datenschutzbestimmungen haben dabei oberste Priorität.

#### 4.3.8 Der Health Performance Report des KCE

Der Health Performance Report des föderalen Expertisezentrums für das Gesundheitssystem (KCE) ist ein ganzheitlicher Auswertungsbericht über den Leistungsumfang des belgischen Gesundheitssystems. 2015 wurde er zuletzt durchgeführt.

In dieser Studie werden keine separaten Daten für die DG erhoben. Da die Studie auf Ebene der Regionen durchgeführt wird, sind die Resultate der DG in die Auswertung der WR eingeflossen. Die Resultate werden zwischen den Regionen Flandern, Wallonie und Brüssel sowie mit den Ergebnissen anderer EU-Länder verglichen.

Mit Hinblick auf die GF können die Daten des Health Performance Reports ergänzend zu den Resultaten der nationalen Gesundheitsumfrage verwendet werden, da sich die Themen teilweise überschneiden. Zugang zu den Präventionsmaßnahmen, Übergewicht, Tabakkonsum, Suizid und Bewegungsverhalten sind Beispiele für sich überschneidende Themen.

### 5 Gesundheitsförderung in der DG: Ein dynamischer Prozess

Anhand der oben beschriebenen Datenerhebungen und Statistiken kann eine Bedarfsanalyse für die DG erfolgen. Konkrete Ziele können formuliert werden. Dieser Ansatz, der von gemeinschaftsübergreifenden Kooperationen und dem wissenschaftlichen Know-how nationaler Organisationen profitiert, wird auch **Top-down-Ansatz** genannt. Er ist expertenorientiert.

Im Gegensatz zum Top-down-Ansatz sind auch Projekte bürgernaher Organisationen wichtig. Sie können als Impulsgeber in der Bevölkerung dienen und sollten gefördert werden. So werden hinsichtlich Nachfrage und Interessen der Bürger Schwerpunkte bestimmt und Angebote ausgearbeitet, die der Bevölkerung niedrigschwellig zur Verfügung gestellt werden. Dieser Ansatz wird **Bottom-up-Ansatz** genannt.

Die Herausforderung besteht darin, einen Mittelweg zu finden, der Top-down- und Bottom-up-Ansatz in Einklang bringt. Beide Ansätze haben ihre Berechtigung und sollten der Ableitung von Aufgabenfeldern dienen.

## 5.1 Handlungsstrategien zur Umsetzung von Schwerpunkten und Themenfeldern

### • Organisation

Definierte Schwerpunkte sollen zukünftig multifaktoriell in den verschiedenen Lebenswelten beeinflusst und den jeweiligen Bedürfnissen der Zielgruppen angepasst werden. Die vorhandenen Ressourcen in der DG sollen ggf. gebündelt werden, um einen größeren Einfluss ausüben zu können. Es ist wichtig, dass die Ziele realistisch sind und sich innerhalb der personellen, rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten befinden.

Durch ein Umdenken hin zum Setting-Ansatz wächst die Notwendigkeit neuer Strukturformen, die einen Steuerungsprozess auf dieser Ebene ermöglichen. Ziel dieser Strategie ist es, Projekte zu implementieren und Aktionen durchzuführen, die unter Beteiligung breiter Kreise einen positiven Beitrag zur Gesundheit leisten. Den Akteuren wird die Aufgabe zukommen, geeignete Arbeitsformen und Strukturen, die diesem Ziel dienen, zu fördern.

Das MDG bleibt federführend in der Gestaltung der Prävention und GF. Es ist eine Schnittstelle zwischen FÖD und den Akteuren der DG. Das MDG fördert den Informationsaustausch und wird die Koordination zur Umsetzung des Konzeptes übernehmen.

Die Koordination zur Umsetzung des Konzeptes umfasst folgende Aufgaben:

- Erarbeitung einer Methodik zur Auswahl der Schwerpunkte
- Auswahl relevanter Informationsquellen
- Vorschlagen von Schwerpunkten
- Vermeidung von Doppeldienstleistungen
- Strukturvorgaben zur Umsetzung des Konzeptes an die anderen Akteure
- Das Bündeln von Ressourcen zum Erreichen der Zielvorgaben

Da diese Aufgaben sehr zeitaufwendig sind, verfügt der Fachbereich Gesundheit und Senioren über ausreichendes und entsprechendes Personal. Für die Umsetzung des Konzeptes werden ggf. weitere Arbeitsformate und Steuerungsprozesse benötigt. Die Umsetzung der im Konzept definierten Maßnahmen erfolgt in Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Akteure und Stakeholder. Die Akteure sind weiterhin selbst zuständig für die Gestaltung und Umsetzung der vertraglich definierten Aufgaben. Das MDG macht den Akteuren Vorgaben, wie sie zur Umsetzung und Koordination beitragen sollen.

- **Health-in-all-Policies-Prinzip**

Gemäß der Ottawa-Charta der WHO, dem Grundlagendokument der GF, wird GF im vorliegenden Konzept als gesellschaftliche und politische Querschnittsaufgabe betrachtet. Da zentrale Rahmenbedingungen für Gesundheit auch in Bereichen außerhalb der Gesundheitspolitik anzutreffen sind, sollte eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Kabinetten, den Organisationen und externen Partnern sowie den Fachbereichen gefördert werden, z.B. durch fachübergreifende Zielvereinbarungen.

- **Kommunikation**

Durch verstärkte Präsenz in den lokalen Medien sollte der GF auch in der Öffentlichkeit mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Nicht nur die Sensibilisierung, sondern auch das Kollektivitätsgefühl unter den Bürgern könnte auf diesem Weg gefördert werden. Als Beispiel ist die Kampagne „Tut gut!“ zu nennen, welche die GF in Niederösterreich unter ein gemeinsames Dach stellt.

Die Kommunikation mit den Bürgern, zum Beispiel über DGLive, soll positiv und ressourcenorientiert gestaltet werden. Nützliches Informationsmaterial, auch des FÖD, soll Bürgern und Organisationen ebenfalls vermehrt in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt werden.

- **Wissenschaftliche Expertise**

In der DG gibt es einen Forschungsnachteil, da es keine Universitäten und Forschungszentren gibt. Die DG hat allerdings die Möglichkeit, Institutionen und Experten benachbarter Regionen zu kontaktieren.

Bei der Erstellung des Konzeptes zur GF sind z.B. Experten von der Universität Maastricht zurate gezogen worden. Das MDG bemüht sich derzeit, über eine Universität oder Hochschule Zugriff auf wissenschaftliche Datenbanken zu erhalten. Ziel ist es, die Qualität der Recherche zu verbessern.

Nach Möglichkeit und bei Bedarf wird versucht, die Zusammenarbeit mit Experten und Universitäten außerhalb der DG zu verstärken, sei es für eine einmalige Beratung oder komplexere Projekte. So greift das MDG z.B. bei Bedarf auf die Gutachten des Hohen Gesundheitsrats und die Datenerhebungen des KCE zurück.

- **Orientierung an Best-Practice-Beispielen**

Die Akteure investieren in Netzwerkarbeit und beteiligen sich an nationalen und internationalen Arbeitsgruppen und Gremien. Diese Vernetzung soll unterhalten bzw. weiter ausgebaut werden. Erfahrungswerte und Best-Practice-Beispiele können mittels der Kooperationen zu anderen Ländern und Gemeinschaften gefördert werden. Als Beispiele sind hier EU Prevent und die Kooperationen mit Niederösterreich, der WR oder der ONE zu nennen. Mit der Letzteren hat vor allem zur Gestaltung der Impfpolitik ein konstruktiver Austausch stattgefunden.

- **Formulierung von Zielen**

Es ist wichtig, in kleinen, aber messbaren Schritten voranzugehen. Komplexe Ziele sollten in kleinere Ziele zerlegt werden, für deren Erreichen gezielte Maßnahmen unternommen werden können. Diese Vorgehensweise wurde bereits im Konzept zur GF der DG aus dem Jahr 2003 verdeutlicht. Durch die Formulierung überprüfbarer Ziele lassen sich ebenfalls bessere Evaluationsmöglichkeiten ableiten. Überprüfbare Ziele, auch Feinziele genannt, sollten „SMART“ formuliert sein:

**Tabelle 1: Die SMART-Kriterien**

| <b>Buchstabe</b> | <b>Bedeutung</b> | <b>Beschreibung</b>                                                                 |
|------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| S                | Spezifisch       | Ziele müssen eindeutig definiert sein (nicht vage, sondern so präzise wie möglich). |
| M                | Messbar          | Ziele müssen messbar sein (Messbarkeitskriterien).                                  |
| A                | Akzeptiert       | Ziele müssen von den Empfängern akzeptiert werden/sein.                             |
| R                | Realistisch      | Ziele müssen möglich/umsetzbar sein.                                                |
| T                | Terminiert       | Zu jedem Ziel gehört eine klare Terminvorgabe.                                      |

- **Empowerment und Selbstverantwortung**

Gemäß der Ottawa-Charta zielt die GF auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Dieses Ziel entspricht weitgehend dem, was unter „Empowerment“ verstanden wird. Es gilt als ein Grundprinzip der GF. Der Begriff hat sich auch im deutschen Sprachgebrauch etabliert und kann mit Autonomie, Selbstbestimmung oder auch mit Kontrolle über die Umgebung umschrieben werden.

Empowerment setzt bei den Lebensbedingungen und den Ressourcen von Einzelnen und Gruppen an und will die Stärken und Fähigkeiten von Menschen auch (und gerade) in schwierigen Situationen wecken und entwickeln, damit es diesen Menschen (wieder) möglich ist, ihr weiteres Leben und ihre soziale Umwelt bestimmen und gestalten zu können.

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

## 5.2 Schlüsselpersonen der Gesundheitsförderung und ihre Aufgaben

Projekte sollen in Zusammenarbeit mit den Menschen vor Ort konzipiert und umgesetzt werden. Bei beteiligten Schlüsselpersonen bzw. -organisationen/-einrichtungen unterscheiden wir zwischen Akteuren, Stakeholdern und Multiplikatoren.

### 5.2.1 Akteure

Die Akteure werden auf Basis folgender Merkmale im Bereich der GF definiert:

- per Gesetz, Dekret, Erlass oder Vertrag ist die GF als maßgebliche Aufgabe des Akteurs definiert und/oder
- der Akteur erhält eine spezifische Bezuschussung für GF durch die DG oder andere Behörden.

Akteure sind Organisationen, die primär einen Auftrag innerhalb der DG für die GF erhalten haben. Sie sind für das Erreichen der Ziele in Form von Netzwerkarbeit, Informationsaustausch und der Umsetzung von Projekten und Jahres-aktionsplänen verantwortlich. Sie gliedern komplexe Gesundheitsziele für die DG in operationelle Feinziele. Um diese zu erreichen arbeiten die Akteure Initiativen und Projekte aus. Sie sind federführend in der Zusammenarbeit mit den Stakeholdern und Multiplikatoren innerhalb der jeweiligen Settings.

Manche Projekte lassen sich zeitnah und konkret in die Tat umsetzen. Bei anderen Zielsetzungen unterstützen die Akteure einen langwierigeren Prozess. Letzteres trifft vor allem für komplexe Verhaltensweisen zu, wie z.B. die Förderung einer gesunden Ernährung.

Neben der Projektarbeit sollten die Akteure weiterhin Aktionen durchführen, die sich an den Bedürfnissen der Bürger aus der DG orientieren (Bottom-up). Es gilt dabei, den niedrighschwelligen Zugang zu gesundheitsbezogener Bildung zu ermöglichen sowie Unterstützung im Umgang mit chronischen Krankheiten, darunter psychische Krankheiten und Sucht, anzubieten.

Folgende Akteure sind in der GF der DG tätig:

- **Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft (RDG)**

Folgende Minister bilden die Regierung der DG:

- Ministerpräsident
- Minister für Kultur, Beschäftigung und Tourismus
- Minister für Familie, Gesundheit und Soziales
- Minister für Bildung und wissenschaftliche Forschung

Die Regierung definiert den Rahmen für die GF in der DG. Durch Vertragsschließung mit den Organisationen sichert sie die finanziellen Ressourcen der Akteure. Außerdem sichert sie die Vernetzung auf internationaler, nationaler und euregonaler Ebene.

Das „Health-in-all-Policies“-Prinzip der WHO stellt die Präventionslandschaft und die GF vor eine Herausforderung. Diese Herangehensweise sollte als ein richtungsweisender Prozess gesehen werden, der sich langfristig und kontinuierlich weiterentwickelt. Durch dieses Prinzip kann die Regierung vor allem auf struktureller Ebene zu positiven Veränderungen beitragen und den anderen Akteuren gute Voraussetzungen ermöglichen.

- **Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft (MDG)**

Das MDG wird zuerst über die Resultate jüngster Datenerhebungen informiert. Es vertritt die Gemeinschaft im Auftrag der Regierung in vielen nationalen Gremien und sichert mit der Regierung den Kommunikationsfluss zu anderen Ländern und Fachexperten. Im MDG sind viele Fachbereiche vertreten, die unter einer Führung gemeinsam in den verschiedenen Settings Maßnahmen unterstützen können.

Es stellt die nötigen Informationen zusammen und stellt diese den anderen Akteuren zur Verfügung. Somit ist das MDG für die Sicherung des Informationsflusses zuständig.

Die sachpolitische Konzeptentwicklung im Bereich der GF erfolgt unter Hinzunahme von Analysen und Gutachten, die sowohl auf Ebene der DG als auch auf föderaler und internationaler Ebene durchgeführt wurden. Sie dienen, neben der Sammlung und Auswertung der durch Organisationen gelieferten Statistiken, zur Orientierung der Politik.

In Zusammenarbeit mit dem Beirat für GF und auf Basis der Datenerhebungen unterbreitet das Ministerium der Regierung Vorschläge zu gesundheitsfördernden Zielen und Maßnahmen. Außerdem ist das Ministerium Ansprechpartner der Kabinette bei spezifischen Fragen zu Gesundheitsthemen.

Das MDG arbeitet ggf. mit den Akteuren Verträge und Jahresaktionspläne aus. Mindestens zwei Mal im Jahr findet ein Begleitausschuss mit den bezuschussten Organisationen statt, der folgende Aufgaben wahrnimmt:

- Überwachung der Anwendung und Vorbereitung der Verträge
- Bewertung der Aufgabenerfüllung
- Entwicklung der Perspektiven
- Aktuelle Situationsanalyse in der DG im jeweiligen Tätigkeitsfeld der Organisation
- Analyse der Jahresaktionspläne
- Inhaltliche Aufgabenplanung für das kommende Jahr
- Budgetbesprechung.

Die Mitarbeit des MDG in Arbeitsgruppen, Gremien und Beiräten auf regionaler, euregionaler oder föderaler Ebene ist wichtig für die Vernetzung mit externen Ressourcen und Strukturen. Die Ausarbeitung zwischengemeinschaftlicher Verträge und die Umsetzung nationaler Abkommen sowie die Bearbeitung diesbezüglicher Anfragen im Bereich GF sind weitere Bestandteile des Aufgabenbereiches.

Das MDG ist sowohl für die Umsetzung des Programms zur Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung (PEB) als auch für die Durchführung der Kampagnen Ozon und Hitzewelle, Feinstaub und Grippeimpfung direkt zuständig. Die Programme zur Brust- und Darmkrebsfrüherkennung organisiert das MDG in Zusammenarbeit mit dem CCR. Zudem wickelt das MDG die Bestellung der Impfungen für die Impfdienstleister in der DG ab und finanziert diese.

Das MDG wird die Koordination zur Umsetzung des Konzeptes übernehmen. Dies beinhaltet folgende Aufgaben:

- Erarbeitung einer Methodik zur Auswahl der Schwerpunkte
- Auswahl relevanter Informationsquellen
- Vorschlagen von Schwerpunkten
- Vermeidung von Doppeldienstleistungen
- Strukturvorgaben zur Umsetzung des Konzeptes an die anderen Akteure
- Bündeln von Ressourcen zum Erreichen der Zielvorgaben

Die Umsetzung der im Konzept definierten Maßnahmen erfolgt in Eigeninitiative und -verantwortung der Akteure und Stakeholder. Die Akteure sind weiterhin selbst zuständig für die Gestaltung und Umsetzung der vertraglich definierten Aufgaben. Das MDG macht den Akteuren Vorgaben, wie sie zur Umsetzung und Koordination beitragen sollen.

- **Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Kaleido-DG)**

Kaleido-DG ist seit 2014 ein Dienst der GF für Kinder von 0-20 Jahren und deren Eltern. Er bietet Informationen, Aufklärung, Untersuchungen, Schutzimpfungen, Beratung und Begleitung in den verschiedenen Lebensphasen wie z.B. Schwangerschaft, Schule, Übergang ins Berufsleben etc. an. Neben der Zentrale in Eupen gewährleisten vier Knotenpunkte in Eupen, St. Vith, Kelmis und Bütgenbach einen möglichst lebensraumnahen Kontakt für Kinder, Eltern, Schüler, Lehrlinge und Lehrkräfte.

- **Das Sozial-Psychologische Zentrum (SPZ)**

Das SPZ schafft ein Beratungs- und Therapieangebot für Personen in schwierigen Lebenslagen. Es arbeitet auf Anfrage von Klienten oder auf Mandat, wenn der Auftraggeber ein Dienst der Jugendhilfe (Jugendhilfedienst, Jugendgerichtsdienst oder der Pflegefamiliendienst) ist.

Zielgruppen der Beratung und Therapie sind Erwachsene, Familien, Jugendliche und Kinder. Die Beratungen/Therapien finden entweder individuell oder in der Gruppe, mit einem Paar oder in/mit der Familie statt. Falls erforderlich kooperiert das SPZ mit anderen Einrichtungen. Das SPZ ist Teil eines Netzwerks im Sozial- und Gesundheitsbereich für alle Themen und Bereiche, für die es beauftragt ist.

Thematische Schwerpunkte bei der Beratung und Therapie sind:

- Suchtverhalten, Suchterkrankung und Abhängigkeit
- Fragen der Erziehung und des Zusammenlebens in der Familie und im sozialen Umfeld
- Umgang mit belastenden Ereignissen und Lebenslagen
- Psychische Erkrankungen.

Bei Bedarf leitet das SPZ die Betroffenen an andere spezialisierte Einrichtungen weiter.

- **Der Beirat für Gesundheitsförderung**

Der Beirat für GF ist ein multidisziplinäres Beratungsgremium. Er erarbeitet u.a. Gutachten zu den inhaltlichen Schwerpunkten in der GF. Das Gutachten dient in erster Linie der Beratung der Regierung. Das Gremium trifft sich vier Mal jährlich. Der Beirat sichert den Austausch zwischen den Akteuren und den Stakeholdern der GF.

Darüber hinaus kann der Beirat auf eigene Initiative oder auf Anfrage der Regierung Vorschläge zur Umsetzung des Konzeptes zur GF ausarbeiten.

Das vorgeschlagene Schwerpunktthema 2016-2017 des Beirates lautet: „Förderung eines gesunden Körpergewichtes“. Der Beirat ist der Ansicht, dass sich die Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) auf mehrere Jahre erstrecken sollte.

Diese Zielsetzung erfordert die Umsetzung konkreter Maßnahmen in drei weiteren Bereichen:

- Bewegung
- Ernährung
- Mentale Gesundheit.

Maßnahmen, die eine Steigerung der Bewegung, eine Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und der mentalen Gesundheit verfolgen, sind nicht nur zur Förderung eines gesunden Körpergewichts von Nutzen. Sie stellen einen Mehrwert für die Vorbeugung vieler chronischer Krankheiten dar und können im Allgemeinen zur Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens beitragen.

- **Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL)**

Die ASL ist eine niedrigschwellige Anlaufstelle für alle Bürger der DG und bietet Informationen und Beratungen zur Suchtvorbeugung sowie zur Lebensbewältigung an. Zu der Präventionsarbeit gehören Vorträge in Schulen zu verschiedenen Süchten und Drogen. Die Beratungsarbeit besteht aus Suchtsprechstunden, Begleitung von Straftätern, Rauchersprechstunden, Raucherentwöhnung und Rückfallprophylaxe. Die ASL informiert die Bevölkerung mithilfe verschiedener Medien über aktuelle Themen und anstehende Veranstaltungen. Die ASL ist v. a. in den Settings Schule und Familie tätig.

- **Patienten Rat & Treff (PRT)**

Der PRT ist eine niedrigschwellige Anlaufstelle für alle Bürger der DG, der Beratungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen anbietet und zahlreiche Informationen für die breite Öffentlichkeit bereithält.

Der PRT veranstaltet monatlich Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Gesundheits- und Krankheitsthemen wie beispielsweise Schlafproblemen, Diabetes Typ 2 oder Parkinson mit dem Ziel, die Bevölkerung für allgemeine gesundheitsfördernde Methoden und Behandlungsansätze zu sensibilisieren sowie ein Bewusstsein für und Empowerment in das eigene Gesundheitsverhalten zu schaffen. Außerdem führt der PRT regelmäßig zielgruppenspezifische Sensibilisierungskampagnen (Ernährung, Schlaganfall, Melanom etc.) im Bereich Gesundheit durch.

Selbsthilfegruppen werden unterstützt (z.B. Fibromyalgie, Angehörige von Kindern mit Behinderung, Diabetiker, Parkinson etc.) und Schulungen (Diabetes, Burnout etc.) angeboten. In regelmäßigen Abständen werden Blutzuckermessungen angeboten. Eine weitere wichtige Aufgabe des PRT ist die Vertretung von Patientenbelangen und -interessen in verschiedenen Arbeitsgruppen und Gremien. Er erteilt zusätzlich Informationen zu Patientenrechten und zur -verfügung.

Das Angebot und die Schwerpunkte des PRT werden sowohl per Top-down-Verfahren nach aktuellem Entwicklungsstand festgelegt, als auch per Bottom-up-Prinzip, um auf die Bedürfnisse der Bürger und aktuelle Themen reagieren zu können.

Der PRT ist jedem Bürger zugänglich. Er stellt eine neutrale Organisation und sorgt für die korrekte Umsetzung der Schwerpunkte.

- **Krankenkassen**

In der DG werden die Krankenkassen zukünftig als Akteur innerhalb der GF gesehen. Ihre Rolle soll verstärkt werden. Krankenkassen haben ein starkes Interesse daran, in die Gesundheit ihrer Mitglieder zu investieren. Die DG und die Krankenkassen können deshalb Synergien bezüglich der einzelnen Schwerpunkte schaffen.

Präventionsangebote der Krankenkassen sollen der gesamten Bevölkerung, unabhängig vom Versicherungsstatus, zugänglich gemacht werden. Auch bei der Vernetzung mit anderen Akteuren sollen die Krankenkassen stärker involviert werden und eine zentrale Rolle einnehmen. Die Krankenkassen sollen in Zukunft bei der Zielsetzung, der Konzeptentwicklung, der Projektumsetzung und der Evaluation beteiligt werden.

Zurzeit werden die Krankenkassen nicht strukturell von der DG bezuschusst. An einer strukturierten Zusammenarbeit wird jedoch gearbeitet.

- **Ärzte**

Durch die kurative Tätigkeit, die Hausärzte und Ärzte der Krankenhäuser primär übernehmen, sehen wir sie innerhalb der GF hauptsächlich als Vermittlungsakteure bestehender Angebote, auf die wir für den Erfolg der Angebote angewiesen sind.

Sie unterstützen die Früherkennungsprogramme und die Impfpolitik und nehmen sich als Akteur in der GF wahr. Sie sensibilisieren die Bürger für ihren Lebensstil hinsichtlich der Themen Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum.

Die Früherkennung von Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehört ebenfalls zu den Aufgaben der Hausärzte, wie sie im Modul „Prävention des DMG“ beschrieben werden.

Aufgrund der neuen Zuständigkeiten für Hausärzte hat die Gemeinschaft einen stärkeren Bezug zu ihnen und verfügt somit über die Möglichkeit einer besseren Einbindung dieser Akteure in die Politik zur GF.

In diesem Rahmen werden wir den Ärzten Rückmeldungen zu Statistiken geben und sie mehr für ihre Rolle innerhalb der GF sensibilisieren. Primäre Ansprechpartner sind die Vertreter der Hausärztekreise von VAN DG, AGEF und der Vereinigung Eifeler Allgemeinmediziner.

## 5.2.2 Stakeholder

Als Stakeholder wird bezeichnet, wer:

- punktuell, d.h. in Projekten involviert bzw. für ein Projekt, bezuschusst wird
- zum Nebenauftrag GF hat und/oder
- Nutznießer bzw. Vertreter der Nutznießer und Interessenvertreter ist.

Wer als Stakeholder bezeichnet wird, hängt vor allem vom Setting und den Charakteristiken des Projektes bzw. des Themas ab. Aus diesem Grund wird der Begriff „Stakeholder“ in diesem Konzept nicht konkret abgegrenzt. Vielmehr soll immer wieder neu bestimmt werden, wer zum Erreichen der Zielsetzung beitragen kann. So können neben Apothekern und arbeitsmedizinischen Diensten auch Eltern, Sportvereine und Lehrer zu Stakeholdern werden.

## 5.2.3 Multiplikatoren

Die Aufgabe der Multiplikatoren besteht u.a. darin, gesundheitsfördernde Inhalte zu vermitteln und die Reichweite der Maßnahmen zu verbessern. Sie beteiligen sich an der praktischen Umsetzung konkreter Aktionen im eigenen Arbeitsbereich. Sie helfen somit bei der Implementierung des Projektes. Zu den Aufgaben der Multiplikatoren gehören sowohl personalkommunikative als auch strukturelle Aspekte.

Der Aufbau eines Netzwerks von Multiplikatoren gehört zu den Aufgaben der Akteure. Sie schulen die Multiplikatoren und sorgen für fachliche Unterstützung. \*<sup>1</sup>

## 5.3 Verknüpfung strategischer Pläne

Auch in anderen Bereichen wurden bereits Konzepte und Berichte ausgearbeitet, in denen die GF bzw. die Gesundheit in bestimmten Bevölkerungsgruppen eine Rolle spielt. Zu erwähnen sind hier:

- Der Jugendstrategieplan
- Das Seniorenpolitische Gesamtkonzept
- Das Schulsportprojekt für mehr Bewegung und Sport
- Das regionale Entwicklungskonzept, darunter die Gesundheitsplanung, das Familienpolitische Gesamtkonzept und der Jugendstrategieplan

Durch Transparenz und gegenseitigen Austausch zwischen den Fachbereichen werden gemeinsame Schnittmengen in diesen Konzepten und dem vorliegenden Konzept identifiziert. Je mehr Schnittmengen in den Konzepten vorhanden sind, desto besser kann das bestehende Angebot langfristig durch eine strukturierte Zusammenarbeit optimiert werden.

### 5.3.1 Das Seniorenpolitische Gesamtkonzept (SPGK)

Auch die DG muss sich mit dem demografischen Wandel auseinandersetzen. Um angemessen auf diese Entwicklung reagieren zu können, hat die Regierung der DG im Oktober 2012 die Erstellung eines SPGK in Auftrag gegeben.

In diesem Zusammenhang hat eine Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung aus München die Ergebnisse aus Umfragen älterer Menschen, Empfehlungen aus Workshops und Anregungen eines Begleitgremiums in wichtige Handlungsfelder gebündelt \*<sup>2</sup>.

Das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung, Prävention und Sportangebote des SPGK“ bietet die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen des vorliegenden Konzeptes anzuwenden. Der Schwerpunkt der Betrachtung in diesem Handlungsfeld liegt auf der GF. Dies schließt die Sportangebote mit ein.

---

\*<sup>1</sup> Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Konzept Gesundheitsförderung in der Deutschsprachige Gemeinschaft, 2003

\*<sup>2</sup> Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept der DG, Bürgerversion

Als vordringliche Maßnahme wird im SPGK das vermehrte Sensibilisieren und Informieren der Senioren über bestehende gesundheitsfördernde Maßnahmen mittels Öffentlichkeitsarbeit genannt (Empowerment). Eine größere Teilnahme an den bereits bestehenden Angeboten ist das Ziel. Sturzpräventionsangebote, Sport und Gedächtnistraining sind weitere Maßnahmenempfehlungen\*<sup>1</sup>.

Im Präventionsabkommen werden Senioren in den Bereichen (Gripeschutz-)Impfung, Alkohol und Drogen sowie Brust- und Darmkrebsfrüherkennung als eine der Hauptzielgruppen genannt.

### 5.3.2 Das Schulsportprojekt für mehr Bewegung und Sport (BuS)

Das BuS hat zum Ziel, Sport und Bewegung innerhalb und außerhalb der Schulen zu fördern. Teilnehmende Schulen der DG können abhängig von der Anzahl durchgeführter Aktivitäten den Titel „Fitte Schule“ oder „Topfitte Schule“ erhalten. Die Zielgruppe sind Kinder im Primarschulalter. BuS soll dabei helfen, dass die Kinder sich langfristig einen gesunden Lebensstil aneignen. Eine gesunde Ernährung gehört dazu.

Bessere Transparenz zu den Maßnahmen in den verschiedenen Fachbereichen des MDG soll zukünftig zu einer besseren Zusammenarbeit führen. So können Schulen, die z.B. ein Projekt im Rahmen des Programms für Ernährung und Bewegung (PEB) durchführen, dieses auch als Initiative für die „Fitte Schule“ anerkennen lassen.

### 5.3.3 Das Regionale Entwicklungskonzept (REK)

Auch im REK gibt es verschiedene Anknüpfungspunkte, die bereichsübergreifend die GF ansprechen.

- Die Gesundheitsplanung

Ein konkretes Beispiel hierfür ist die Gesundheitsplanung, die im Rahmen des REK II Teilprojektes „Gesundheitsversorgung sichern“ durch ein wissenschaftliches Unternehmen erstellt wurde. Die Analyse des Präventionsbereiches war Bestandteil dieser Gesundheitsplanung. In den Bereichen häusliche Stürze, Alkoholkonsum, Übergewicht, mentale Gesundheit und Impfungen besteht demnach Handlungsbedarf. Die beschriebenen Handlungsgrundsätze des vorliegenden Konzeptes können bei diesen vorgeschlagenen Themen angewandt werden.

Die Gesundheitsplanung ist eine zusätzliche Informationsquelle zur Definition konkreter Schwerpunkte und Gesundheitsziele. Die Kommunikationswege zwecks Förderung der Transparenz und Zusammenarbeit sind kurz, da beide Projekte vom Fachbereich Gesundheit und Senioren initiiert wurden.

---

\*<sup>1</sup> Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Seniorenpolitisches Gesamtkonzept der DG, Bürgerversion

- Das Familienpolitische Gesamtkonzept (FPGK)

Im Mai 2011 begann der Prozess zur Erstellung eines Konzeptes für die Familienpolitik der DG. Das FPGK möchte einen Beitrag dazu leisten, Müttern, Vätern und Kindern Wohlergehen und ein familienfreundliches Leben zu ermöglichen. Gezielte Präventionsmaßnahmen, sogenannte „Frühe Hilfen“ wie z.B. Angebote zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz, werden im FPGK als wichtige Maßnahmen genannt.

Neben den Frühen Hilfen setzen gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Familienpolitik der DG bei der psychosozialen und gesundheitlichen Betreuung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien an. Gute Voraussetzungen und Zugänglichkeit, auch für chancenärmere Menschen, sind wichtige Komponenten in der Familienpolitik. Diese Maßnahmen können helfen, der Suchtgefahr und anderen Problemverhalten bei Jugendlichen vorzubeugen. Dies ist ganz im Sinne des Präventionsabkommens, in dem Jugendliche als wichtige Zielgruppe in der Suchtprävention genannt werden.

Im Präventionsabkommen werden die Gemeinschaften dazu aufgefordert, (werdende) Eltern über ein gesundes Essverhalten und eine gesunde Zubereitung von Lebensmitteln zu informieren und das Stillen bei Babys zu unterstützen. Dies ist auch eine Leitlinie im FPGK.

- Der Jugendstrategieplan

Der Jugendstrategieplan hat die Gesundheit der Jugendlichen als eine Priorität in den nächsten fünf Jahren definiert. Unter dem Motto „Stark gegen Abhängigkeit“ und „Emotionen und Selbstbild“ steht die mentale Gesundheit der Jugendlichen im Fokus des Aktionsplans. Die ASL und Kaleido-DG sind Akteure der GF, die bei der Umsetzung involviert sind.

Diese Strategien knüpfen an das neue Präventionsabkommen an. In dem Abkommen werden die Gemeinschaften aufgefordert, präventive Maßnahmen in den Bereichen Tabak, Alkohol und Drogen vor allem auch innerhalb der Zielgruppe der Jugendlichen zur Verfügung zu stellen.

## **6 Förderkriterien**

Die vielfältigen Anstrengungen in der GF durchdringen Bereiche, die sich außerhalb des Aufgabenbereichs der Gesundheitspolitik befinden.

Der gesamte finanzielle Aufwand für GF wird auf Gemeinschaftsebene rechnerisch oder buchhalterisch nicht erfasst.

Das vorliegende Konzept beschränkt sich auf die Verwendung der finanziellen Ressourcen, die in der Haushaltsplanung der DG explizit für die GF vorgesehen sind.

## 6.1 Strukturelle Basisfinanzierung der Akteure

Mit einem Jahresbudget für GF unterstützt die DG verschiedene Akteure und Organisationen. Eine strukturelle Basisfinanzierung soll weiterhin gewährleistet werden. Sie dient dazu, den Organisationen finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, um permanente Aufgaben ausführen zu können. In den Jahresaktionsplänen sind diese Aufgaben aufgeführt. Diese Pläne sind integraler Bestandteil der Verträge. Der Jahresaktionsplan basiert auf den letzten Resultaten und Erkenntnissen aktueller Studien, auf Anfragen und Bedürfnissen der Bevölkerung, für die eine Relevanz nachgewiesen werden kann, sowie auf den Schwerpunkten, die durch die Regierung verabschiedet wurden.

Die Durchführung der permanenten Aufgaben der Organisationen ermöglicht der gesamten Bevölkerung einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratung, Information und Dienstleistungen in einem breiten Themenfeld.

Um langfristige Planungssicherheit zu erreichen, wird beabsichtigt, Geschäftsführungsverträge, die sich über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren erstrecken, mit den Organisationen abzuschließen. Auf diesem Weg können auch langfristige Ziele mit den Organisationen verfolgt werden und der administrative Aufwand verringert sich. Um Flexibilität zu erhalten, können die Jahresaktionspläne jährlich angepasst werden.

## 6.2 Projektbezogene Zuschussbestimmungen in der DG

Neben der strukturellen Basisfinanzierung besteht die Möglichkeit, dass eine projektbezogene Finanzierung gewährt wird.

Sie bezieht sich auf Maßnahmen, die von begrenzter Dauer sind und sich außerhalb der permanenten Aufgaben befinden. Ziel ist es jedoch, dass nachhaltige Projekte umgesetzt werden, die idealerweise eine strukturelle Verankerung zur Folge haben. In zwei Fällen ist eine Verlängerung des Projektes möglich:

- Das Projekt ist erfolgreich, eine strukturelle Verankerung ist jedoch nicht möglich/problematisch.
- Es wird erwartet, dass das Projekt erst längerfristig zum Erfolg führt und sichtbare/messbare Verbesserungen erst später eintreten werden.

In welchem Bereich und zur Bekämpfung welches Problems ein Projekt durchgeführt wird, ist abhängig von der Datenlage, die aus neuesten Studien hervorgeht.

Damit ein Projekt für eine Bezuschussung berücksichtigt wird, sollte es folgenden Qualitätsmerkmalen entsprechen:

- Beschreibung der Ausgangslage
- Deutliche Beschreibung des Problems
- Deutliche Beschreibung der Zielgruppe
- Klare Zieldefinition (SMART)
- Stimmigkeit von Ziel und Methode
- Umsetzbarkeit in den Alltag
- Ausreichende Menge/Dosis und Intensität

- Möglichst umfassend und breit angelegt (Setting-Ansatz, mehrere Projektkomponenten)
- Erstellung eines Instruments als Endprodukt (Handbuch, App, Plattform usw.)
- Aktive Beteiligung der Zielgruppe von Anfang an
- Netzwerkarbeit mit anderen Akteuren innerhalb oder außerhalb der DG
- Erstellung eines Evaluationskonzepts nach dem RE-AIM-Modell
- Durchführung einer Evaluation mithilfe des RE-AIM-Modells

Unter der Voraussetzung, dass das vorgesehene Gesamtbudget einer Organisation sich nicht verringert, ist es möglich, dass der strukturelle Basiszuschuss der Organisationen verringert wird. Ein Teil kann an die Entwicklung und Durchführung von Projekten gebunden werden.

Die projektbezogene Bezuschussung beinhaltet:

- Personalkosten
- Projektkonzeption
- Projektumsetzung
- Materialkosten
- Evaluation.

Der Haushaltsplan der DG verfolgt das Prinzip der Jährlichkeit, d.h. dass der Haushalt jedes Jahr geplant und verabschiedet wird. Zwecks finanzieller Planung ist es wichtig, dass Projektanträge mindestens sechs Monate vor dem beabsichtigten Beginn eingereicht werden. Bei einer z. B. dreijährigen Projektlaufzeit sollte ebenfalls sechs Monate vor Abschluss des Projektes eine (vorläufige) Evaluation vorliegen, damit ggf. ein Budget für die Verlängerung des Projektes im Haushaltsplan vorgesehen werden kann.

## **7 Evaluation**

Gegenstand der Evaluation kann der Ablauf sein (Prozessevaluation) oder das Ergebnis (Effektevaluation). Es ist wichtig, dass die Akteure eine Evaluation durchführen.

### **7.1 Evaluation der Projekte**

Von dem Anteil des Zuschusses, der für Projekte verwendet wird, fließt ein bestimmter Prozentsatz (z.B. 5-10%) in die Planung und Durchführung der Evaluation. Evaluationskosten sind fester Bestandteil von Aktivitäten im Bereich der GF und werden im Rahmen der Projekte finanziert.

Zur Erstellung eines Evaluationskonzeptes wird das RE-AIM-Modell empfohlen. RE-AIM ist ein Akronym und steht für die folgenden fünf Dimensionen:

Tabelle 2: die RE-AIM-Komponente

| <b>Buchstabe</b> | <b>Bedeutung</b>             | <b>Beschreibung</b>                                                      |
|------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| R=               | Reach = Reichweite           | Wie viele Leute wurden erreicht?                                         |
| E=               | Efficacy = Effektivität      | Welchen Effekt soll mein Projekt erzielen/Hat das Projekt Erfolg?        |
| A=               | Adoption                     | 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? |

Das RE-AIM-Modell ist ein Evaluationshilfsmittel und dient zur Orientierung in der Gestaltung eines Evaluationskonzeptes. Der Effekt von Maßnahmen in der GF ist von den RE-AIM-Komponenten abhängig.

Eine gute Evaluation birgt das Risiko, zeit- und kostenintensiv zu sein. Der Umfang der Evaluation muss daher den finanziellen und personellen Ressourcen angepasst sein. Sollte eine Evaluation gemäß des RE-AIM-Modells die Möglichkeiten übersteigen, liegt der Fokus auf der Effektevaluation und weniger auf der Prozessevaluation.

Die Evaluation der „AIM“-Komponenten ist v.a. für längerfristige Projekte/Kampagnen interessant. Das RE-AIM-Modell kann in der Evaluation auch nur teilweise berücksichtigt werden, z.B. durch Evaluation der RE-Komponenten (Reichweite und Effektivität).

Die Maintenance-Komponente (Nachhaltigkeit) ist sowohl von der individuellen als auch von der organisatorischen Ebene abhängig.

Bereits in der Planungsphase eines Projektes sollten die Akteure sich Gedanken machen, welche RE-AIM-Komponenten bzw. welche Ziele für ihr Projekt relevant sind und wie diese erfasst werden können.

## 7.2 Evaluation der strukturellen Basisfinanzierung

Bei einem Geschäftsführungsvertrag über drei Jahre mit einem Akteur ist es wichtig, dass evaluiert wird, welchen Einfluss die durchgeführten Maßnahmen in diesem Zeitraum erzielt haben. Neben der quantitativen Evaluation, z.B. Nutzung und Teilnehmerzahlen, ist ebenfalls eine qualitative Evaluation erforderlich, die z.B. Wissen oder Motivation zur Veränderung bei Teilnehmern ermittelt. Vor allem die RE-Komponenten des RE-AIM-Modells können hier der Orientierung dienen.

Die Evaluation richtet sich dabei nach den Maßnahmen des Jahresaktionsplans: Ein einmaliger Vortrag bedarf nicht so einer komplexen Evaluation wie eine Kampagne, die in regelmäßigen Abständen wiederholt wird und für die über die Jahre eventuell eine gewünschte Entwicklung in der Bevölkerung sichtbar wird.

## **8      Schlusswort**

Die GF sowie die Umsetzung des Konzeptes in der DG ist ein kontinuierlicher, dynamischer Prozess, der sich in den nächsten Jahren fortsetzen und weiterentwickeln wird. Er hängt mit vielen Ideen, Prozessen, Möglichkeiten, Chancen aber auch Barrieren zusammen. Das vorliegende Konzept legt den Grundstein für den Prozess zur Weiterentwicklung der GF.

Es zeigt, wie Schwerpunktthemen definiert werden können. Konkrete Ziele für die DG werden in einem weiteren Schritt ausgearbeitet und in einem Erlass zur Festlegung von Schwerpunkten festgehalten.

Als Grundlage soll die Lagebeschreibung zur Bestimmung der Ausgangssituation präzisiert werden. Vorab sind Indikatoren zu bestimmen, die bei der Bestimmung der Ausgangssituation erfasst werden sollen, damit relevante Themenfelder nicht in einer Grauzone untergehen. Anhand der Resultate eines Assessments können konkrete Gesundheitsziele formuliert werden.

Die Bestimmung der Ausgangssituation wird in der DG bereits teilweise durch diverse Datenerhebungen umgesetzt. Vorhandene Studien helfen, Problembereiche zu identifizieren. Sie identifiziert jedoch nicht die Ursachen, die zur Entstehung des Problems beitragen.

Durch Ursachenforschung lassen sich spezifische Maßnahmen auf verschiedenen Handlungsebenen aufzeigen und planen. Dieser Prozess ist sehr aufwändig und bedarf des Zugriffs auf Datenerhebungen anderer Regionen bzw. externer wissenschaftlicher Unterstützung und Partner, beispielsweise Universitäten.

Die Berichterstattung und die Information der Bevölkerung über den Gesundheitszustand der Bürger in der DG ist wichtig und wird als Bestandteil der Entwicklung in der Gesundheitspolitik gesehen. Eine sachliche und evidenzbasierte Lagepräsentation ist notwendig. Die Berichterstattung durch die Regierung und Verwaltung sollte das Vertrauen der Bevölkerung bekommen, indem die tatsächlichen Probleme wiedergegeben werden.

Der oben beschriebene Prozess lässt sich nicht kurzfristig umsetzen, sondern ist richtungsweisend für die Zukunft.

## 9 Literaturverzeichnis

### **Nachschlagewerke:**

Bundesregierung Deutschland: Gesetzentwurf der Bundesregierung Deutschland: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, 11. März 2015.

Flämische Gemeinschaft: Dekret der Flämischen Gemeinschaft: Dekret der vom 21. November 2003 betreffend der Prävention in der Gesundheitspolitik.

Heukemes, Norbert (Hrsg.) (2012): Familienpolitisches Gesamtkonzept für die Deutschsprachige Gemeinschaft.

Heukemes, Norbert (Hrsg.) (2014): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept der DG, Bürgerversion.

Heukemes, Norbert (Hrsg.) (2015): DG - Ostbelgien leben 2025. Regionales Entwicklungskonzept der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Band 4.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.) (2004): Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.

Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Konzept „Gesundheitsförderung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft“, Juli 2003.

WHO (Weltgesundheitsorganisation) 1994: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Erklärung der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa/Kanada 1986, deutsche Übersetzung. Hamburg.

WHO (Weltgesundheitsorganisation) 2011: Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants. Genf.

Verfassung der WHO (Weltgesundheitsorganisation), deutsche Übersetzung, Stand 8. Mai 2014.

### **Bücher:**

Bartholomew, L. Kay; Parcel, Guy S.; Kok, Gerjo et al. (2011): Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. San Francisco.

Broesskamp-Stone, Ursel; Kickbusch, Ilona; Walter, Ulla (1998): Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hgg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München.

Green, Lawrence W.; Kreuter, Marchall W. (2005): Health Program Planning: An educational and ecological approach. 4. überarbeitete Auflage. Mountain View (Kalifornien).

Hilgers, Heinz; Sandvoss, Uwe; Jasper, Christin M.o.J.: Das Dormagener Modell: Was es beinhaltet und was man von ihm lernen kann. In: Wolfram, Markus und Osner, Andreas (Hgg.) (2008): Handbuch Kommunalpolitik. Berlin.

Holz, Gerda; Schöttle, Michael; Berg, Annette (2011): Fachliche Maßstäbe zu Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendliche. Essen, Frankfurt a.M., Monheim am Rhein.

Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hgg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.): Ist das Partizipation – oder kann das weg? Reihe „Impulse für Gesundheitsförderung“. Nr. 88, September 2015. Hannover.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.): Das Präventionsgesetz und seine Perspektiven. Reihe „Impulse für Gesundheitsförderung“, Nr. 91, Juni 2016. Hannover.

Müller, Petra (1997): Gesundheitsförderung - Ansatzpunkt für eine Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Berlin. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 26. Hamburg.

National Cancer Institute (Hg.) (2005): Theory at a Glance: A Guide For Health Promotion Practice. Bethesda (Maryland).

Nuyens, Yvo; Mertens, Jos (Hgg.) (2012): Preventie en gezondheid in Vlaanderen doorgelicht. Mechelen.

### **Zeitschriften:**

Glasgow, Russell E.; Klesges, Lisa M.; Dzewaltowski, David A. et al. (2006): Evaluating the impact of health promotion programs: using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. In: Health Education Research 21 (5).

Huber, Machteld (2011): How should we define health? In: British Medical Journal 2011;343:d4163; <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163>.

Whitehead, Margaret; Dahlgren, Göran (1991): What can be done about inequalities in health? In: The Lancet, Volume 338, Issue 8774.

### **Internetseiten:**

Baumann, Thomas (Hrsg.) Thieme Verlagsgruppe, Pädiatrie, Quartäre Prävention.  
[https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_paediatric/Baumann.pdf](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_paediatric/Baumann.pdf)

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Leitbegriffe.  
<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/precede-proceed-modell/>

Fonds Gesundes Österreich, Gesundheitsdeterminanten (Determinanten der Gesundheit, Einflussfaktoren auf Gesundheit).  
<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten>

Initiative »Tut gut!« Niederösterreichs Gesundheits- und Sozialfonds.  
<http://noetutgut.ipax.at/>

Siebert, Diana, Prof. Dr. Thomas Hartmann, Basiswissen Gesundheitsförderung, Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung. ([http://gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B\\_Basiswissen\\_GF/B2\\_Rahmenbedingungen/B2\\_Basiswissen\\_GF\\_Rahmenbedingungen\\_GF.pdf](http://gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B2_Rahmenbedingungen/B2_Basiswissen_GF_Rahmenbedingungen_GF.pdf))

Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw ViGEZ, Gezondheidsbevordering, Evalueren van Projecten.  
<http://www.vigez.be/themas/algemene-gezondheidsbevordering/evalueren-van-projecten>

World Health Organization, 6<sup>th</sup> WHO Global Health Promotion Conferences Bangkok 2015, Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt.  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf)

World Health Organization, Health topics, EPH05 Disease prevention including early detection of illness.  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>

World Health Organization, Regional Office for Europe Copenhagen, European Health for all Series N° 6, Health 21, the health for all policy framework for the WHO European Region.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf)

Weltgesundheitsorganisation Europa, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

Wikipedia, Gesundheitsförderung.  
<https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsf%C3%B6rderung>

## Anhang

### Anlage A: Die 21 Gesundheitsziele der WHO

Im Jahr 1998 verabschiedete das WHO-Regionalkomitee Europa 21 Gesundheitsziele für das 21. Jahrhundert. Die Ziele 1 und 14-21 werden als Prozessziele gesehen. Sie beschreiben eine Strategie die als Orientierungshilfe bei der Umsetzung gesundheitspolitischer Konzepte dienen können. Die Ziele 2 bis 13 beziehen sich auf bestimmte Zielgruppen und Problembereiche oder Settings. Sie werden als Ergebnisziele gesehen. Gefordert wird bei diesen Zielen in der Regel die Verbesserung der Situation in Bezug auf Gesundheitsindikatoren oder –Determinanten.

#### Ziel 1 – SOLIDARITÄT FÜR DIE GESUNDHEIT IN DER EUROPÄISCHEN REGION

Bis zum Jahr 2020 sollte das derzeitige Gefälle im Gesundheitszustand der Bevölkerung zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Region um mindestens ein Drittel verringert werden.

#### Ziel 2 – GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozio-ökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.

#### Ziel 3 – EIN GESUNDER LEBENSANFANG

Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie ihr Leben gesund beginnen können.

#### Ziel 4 – GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN

Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.

#### Ziel 5 – ALTERN IN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollten Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.

#### Ziel 6 – VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein.

#### Ziel 7 – VERRINGERUNG ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

Bis zum Jahr 2020 sollten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von übertragbaren Krankheiten durch systematisch angewendete Programme zur Ausrottung oder Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten, die für die öffentliche Gesundheit Bedeutung haben, erheblich verringert werden.

**Ziel 8 – VERRINGERUNG NICHT ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN**

Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefst möglichen Stand zurückgehen.

**Ziel 9 – VERRINGERUNG VON AUF GEWALTEINWIRKUNG UND UNFÄLLE ZURÜCKZUFÜHRENDEN VERLETZUNGEN**

Bis zum Jahr 2020 sollte es einen signifikanten und nachhaltigen Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle infolge von Unfällen und Gewalt in der Region geben.

**Ziel 10 – EINE GESUNDE UND SICHERE NATÜRLICHE UMWELT**

Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.

**Ziel 11 – GESÜNDER LEBEN**

Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.

**Ziel 12 – VERRINGERUNG DER DURCH ALKOHOL, DROGEN UND TABAK VERURSACHTEN SCHÄDEN**

Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.

**Ziel 13 – SETTINGS ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT**

Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden, natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.

**Ziel 14 – MULTISEKTORALE VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEIT**

Bis zum Jahr 2020 sollten alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren.

**Ziel 15 – EIN INTEGRIERTER GESUNDHEITSSEKTOR**

Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.

**Ziel 16 – QUALITÄTSBEWUSSTES MANAGEMENT DER VERSORGUNG**

Bis zum Jahr 2010 sollten die Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass sich das Management in allen Bereichen des Gesundheitswesens – angefangen bei bevölkerungsorientierten Gesundheitsprogrammen bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten – an den Ergebnissen gesundheitlicher Maßnahmen orientiert.

**Ziel 17 – FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND RESSOURCENZUWEISUNG**

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssysteme entwickeln.

**Ziel 18 – QUALIFIZIERUNG VON FACHKRÄFTEN FÜR GESUNDHEITLICHE AUFGABEN**

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren, die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.

**Ziel 19 – FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT**

Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der «Gesundheit für alle» (GFA) fördern.

**Ziel 20 – MOBILISIERUNG VON PARTNERN FÜR GESUNDHEITLICHE BELANGE**

Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der GFA-Konzepte Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die Einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und des privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange einbinden.

**Ziel 21 – KONZEPTE UND STRATEGIEN ZUR «GESUNDHEIT FÜR ALLE»**

Bis zum Jahr 2010 sollten in allen Mitgliedstaaten – unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen – auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene GFA-Konzepte formuliert und umgesetzt werden.

## **Anlage B: Einteilung Prävention nach zeitlichem Verlauf**

**Primärprävention:** Mit der primären Prävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindert werden. Die Primärprävention richtet sich folglich noch vor Eintritt einer konkreten Gefährdung an alle potentiell betroffenen Personen. Unterteilt wird sie noch in die Primordialprävention, die sich insbesondere auf gesellschaftliche Risikofaktoren konzentriert.

**Sekundärprävention:** Die sekundäre Prävention oder Früherkennung will Krankheiten frühzeitig erkennen, damit eine möglichst frühzeitige Therapie eingeleitet werden kann. Sekundärprävention beinhaltet speziell auf bereits als gefährdet angesehene Personengruppen ausgerichtete Programme.

**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.

**Quartärprävention:** Die Quartärprävention bezieht sich auf Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe oder auch Strategien zur Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen.

## Abkürzungsverzeichnis

|            |   |                                                                                   |
|------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------|
| AGEF       | = | Association des Médecins Généralistes de l' Est Francophone de Belgique           |
| ASL        | = | Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung.                    |
| BuS        | = | Schulsportprojekt für mehr Bewegung und Sport                                     |
| CCR        | = | Gemeinschaftsreferenzzentrum für Krebsfrüherkennung                               |
| FÖD        | = | Föderaler öffentlicher Dienst                                                     |
| FPGK       | = | Familienpolitisches Gesamtkonzept                                                 |
| GF         | = | Gesundheitsförderung                                                              |
| HPV        | = | Humane Papillomviren                                                              |
| IMA        | = | Intermutualistische Agentur                                                       |
| IMK        | = | Interministerielle Konferenz                                                      |
| Kaleido-DG | = | Zentrum für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen                  |
| KCE        | = | Föderales Expertisezentrum für das Gesundheitssystem                              |
| LIKIV      | = | Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung                             |
| MDG        | = | Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft                                    |
| ONE        | = | Office de la Naissance et de l' Enfance                                           |
| PEB        | = | Programm für Ernährung und Bewegung                                               |
| PRT        | = | Patienten Rat & Treff                                                             |
| RE-AIM     | = | Reichweite, Effektivität, Adoption, Implementierung, Maintenance                  |
| REK        | = | Regionales Entwicklungskonzept                                                    |
| SMART      | = | Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch, Terminiert                          |
| SPGK       | = | Seniorenpolitisches Gesamtkonzept                                                 |
| SPZ        | = | Sozial-Psychologische Zentrum                                                     |
| VANDG      | = | Vereinigung der Allgemeinmediziner des Nordens der Deutschsprachigen Gemeinschaft |
| WHO        | = | Weltgesundheitsorganisation                                                       |
| WIV-ISP    | = | Wissenschaftliches Institut für Volksgesundheit                                   |
| WR         | = | Wallonische Region                                                                |

