

Memorandum CKK

Regional- und
Gemeinschaftswahlen
2024



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Gesellschaftliche Vision	4
Die Rolle der Christlichen Krankenkasse	4
Gesundheit in allen Politikbereichen erwägen	7
Gesundheit und Umwelt	7
Gesundheit und Beschäftigung	10
Gesundheit und Wohnen	10
Gesundheit und gesellschaftlicher Zusammenhalt	11
In Gesundheitsförderung und Prävention investieren	12
Verbesserung der Organisation und Stärkung der Finanzierung des Sektors	13
Die CKK als Partner und Akteur in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik	14
Stärkung der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik	14
Organisation einer bürgernahen medizinischen Grundversorgung	18
Eine breite Auslegung der medizinischen Grundversorgung	18
Ein neues Organisationsmodell für die gebietsbezogene Grundversorgung	18
Eine erste Linie, die durch 3 Ebenen gegliedert ist	20
Kritische Faktoren für den Erfolg	21
Nicht dringender Transport als Unterstützung	22
Stärkung der Sozialarbeit	24
Stärkung der Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit	27
Die Bedeutung der Prävention auch im Bereich der psychischen Gesundheit	27
Die Akteure der psychischen Gesundheit als Akteure der Grundversorgung	28
Spezialisierte Versorgung	29
Auf die Bedürfnisse und Herausforderungen des Autonomieverlusts eingehen	30
Häusliche Hilfe und Pflege	32
Wohnraumgestaltung und technische Hilfen (individuelle Hilfen und Mobilitätshilfen)	33
Aufnahme-, Unterbringungs- und Lebenseinrichtungen	35
Genesungszentren	39
Palliativpflege	39
Pflegerische Angehörige	40
Beihilfe zur Unterstützung von Betagten	41
Auf dem Weg zu einem Versicherungssystem, das den Autonomieverlust abdeckt	42

Beitrag zur Qualität der Krankenhausversorgung und Rehabilitation	45
Krankenhausnetzwerke	45
Krankenhaus-Infrastruktur	45
Die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten	46
Rehabilitation	46
Gewährleistung der Zugänglichkeit unseres Gesundheitssystems	48
Erleichterung des Zugangs zu Rechten	48
Bekämpfung der digitalen Kluft	48
Bekämpfung des Personalmangels	50
Stärkung der Demokratie auch innerhalb des Gesundheitssystems	53
Die beratende Funktion	53
Die paritätische Verwaltung	54
Die strategische und prospektive Funktion	55
Krisenbewältigung	55
Stärkung des gemeinnützigen Bereichs der Vereinigungen	56
Auf dem Weg zu einer anderen belgischen Gesundheitslandschaft?	58
Die Zusammenarbeit zwischen allen förderierten Gebietseinheiten	58
Regionalisierung contra Vergemeinschaftung	59
Die institutionelle Landschaft in Brüssel	59



Einleitung

Gesellschaftliche Vision

Obwohl unser System der sozialen Sicherheit und des Sozialschutzes schon immer darauf ausgerichtet war, den Menschen als Individuum vor den meisten Risiken des Lebens zu schützen, war es nie wichtiger, die grundlegenden Wesensmerkmale und seine Bedeutung unter Beweis zu stellen, als in den letzten Jahren. Während der Covid-19-Krise spielte unser System eine wichtige Rolle als sozioökonomischer Stabilisator, indem es die Einkünfte der Bürger absicherte und den Zugang zur Gesundheitsversorgung aufrechterhielt. Allerdings hat diese Krise auch die zahlreichen Mängel des Systems aufgedeckt und gezeigt, dass bestimmte Gruppen in unserer Gesellschaft noch nicht ausreichend abgesichert sind.

Leider ist die Covid-19-Krise weder die erste noch die letzte Krise, die wir erleben werden. Wir sind definitiv in eine Zeit rascher und weitreichender Veränderungen eingetreten. Die Folgen des Klimawandels, die demografischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Entwicklungen werden von unserem System des Sozialschutzes und der sozialen Sicherheit eine Anpassungsfähigkeit erfordern, die die neuen Risiken integriert und anhand dessen kein Mitglied der Gesellschaft vernachlässigt wird. Aber unabhängig von den neuen Herausforderungen muss dieses System weiterhin auf den Grundsätzen der Solidarität beruhen, auf einer möglichst breiten Basis und nach einem Modell finanziert werden, zu dem jeder im Rahmen seiner Möglichkeiten beiträgt und im Rahmen seiner Bedürfnisse Unterstützung erhält, das aber auch möglichst demokratisch verwaltet werden muss.

Dasselbe gilt für unser Gesundheitssystem. Das Gesundheitssystem muss nicht nur den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für möglichst viele Menschen, sondern auch zu einer besseren Lebensqualität gewährleisten.

Die CKK plädiert für die Einrichtung eines Gesundheitssystems, im Dienste der Bürger, und zwar in jeder Phase ihres Lebens und der Risiken, denen sie ausgesetzt sind. „Von der Wiege bis zur Bahre“ muss unser Gesundheitssystem den Lebensentwurf des Einzelnen nach Maßgabe seiner Ressourcen respektieren und unterstützen und zur Stärkung einer solidarischen, fürsorglichen, nachhaltigen und sozial gerechten Gesellschaft beitragen.

Dies bedeutet, dass unser Gesundheitssystem so zugänglich wie möglich sein muss. Wir gehen hier von einer weit gefassten Definition von Zugänglichkeit aus. Diese muss sowohl finanzieller, physischer, geografischer, zeitlicher¹ als auch kultureller Art sein. Sie darf niemanden zurücklassen, insbesondere durch die Gewährleistung eines möglichst automatischen Zugangs zu den Leistungsansprüchen, die Vereinfachung von Verwaltungsverfahren, aber auch durch die Bekämpfung der digitalen Kluft.



Gesundheit ist allgegenwärtig. Sie umfasst sowohl die körperliche als auch die psychische oder soziale Gesundheit und wird von vielen Faktoren beeinflusst, die außerhalb des Gesundheitssystems selbst liegen. Um eine Verbesserung unserer Lebensqualität zu gewährleisten,

müssen wir daher in der Lage sein, umfassend auf alle gesundheitsrelevanten Faktoren einzuwirken. Es geht darum, das Konzept „Health in all policies“ im Hinblick auf die kollektiv definierten Herausforderungen und Ziele der öffentlichen Gesundheit einzuführen. Unter diesem Gesichtspunkt tragen alle Politikbereiche und alle Verwaltungsebenen ihren Teil der Verantwortung. Heute liegen viele Hebel der Gesundheitspolitik in den Händen der **Regionen** und **Gemeinschaften**, aber dieser ganzheitliche Ansatz der Gesundheit und das Prinzip des Bürgers/Patienten im Mittelpunkt (der seinerseits in eine Gemeinschaft, eine Familie, ein Viertel eingebettet ist) erfordern ein hohes Maß an Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen allen Teilen des Landes und eine Kohärenz der Politik.

Die Rolle der Christlichen Krankenkasse

Als Christliche Krankenkasse wollen wir natürlich dazu beitragen, die Lebensqualität aller Menschen zu verbessern, indem wir mehrere Rollen erfüllen, die sich gegenseitig ergänzen und stärken.

Als **Gesundheitsbegleiter** möchten wir individuelle und kollektive Unterstützung und Begleitung im Bereich der Gesundheit anbieten. Wir kümmern uns sowohl um die Gesundheit jedes Einzelnen als auch um die Gesundheit unserer Gesellschaft. Wir setzen uns für die Interessen aller ein, damit jeder Mensch ein qualitativ hochwertiges Leben führen kann, und tragen so zu einer besseren Gesellschaft für alle bei.

Als **Sozialbewegung** nutzen wir unser Fachwissen, um der Politik eine Orientierungshilfe zu bieten und eine gesundheitsfördernde Gesellschaft aufzubauen. Dieses Fachwissen wird lokal mit unseren Mitgliedern und Ehrenamtlichen (CKK-Mitglieder oder Nichtmitglieder) aufgebaut, damit die Forderungen der CKK in den Realitäten vor Ort verankert bleiben, wobei der Kampf gegen soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich im Mittelpunkt steht. Wir setzen auch alles daran, dass das ehrenamtliche Engagement in der CKK ein Mittel zur Entfaltung für unsere Ehrenamtlichen ist.

Als **Sozialversicherer** wollen wir die föderale und regionale gesetzliche Krankenversicherung effizient, kohärent und proaktiv umsetzen. Gleichzeitig investieren wir dank unserer wahlfreien Versicherungen und unserer Zusatzversicherung in die Erfüllung der Gesundheitsbedürfnisse unserer Mitglieder durch erschwingliche und qualitativ hochwertige Dienstleistungen.

Als **Sozialunternehmer** ergreifen wir innovative und verantwortungsvolle Initiativen, um auf neue Bedürfnisse und Herausforderungen im Gesundheitsbereich zu reagieren. Wir bauen diese Lösungen gemeinsam mit unseren Mitgliedern, Ehrenamtlichen und Partnern auf der Grundlage einer breiten Vision von Gesundheit auf. Auf diese Weise bieten wir Lösungen an, welche die durch das öffentliche oder kommerzielle Modell bereitgestellten Antworten ergänzen.

Die CKK fordert, dass diese Rollen auch auf den **Ebenen der Regionen und Gemeinschaften** anerkannt, gewürdigt und unterstützt werden.

¹ Bezieht sich auf die Wartezeit auf einen Termin bei einer Gesundheitsfachkraft.







Gesundheit in allen Politikbereichen erwägen

Um gesund zu sein, reicht es nicht aus, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu haben. Ein Leben lang gesund zu sein, hängt von unserem individuellen Verhalten ab, vor allem aber von unserer Umwelt und den zahlreichen Gesundheitsdeterminanten wie sozialen, wirtschaftlichen, umweltbedingten, kulturellen oder bildungsbezogenen Faktoren, auf die wir als Einzelne letztlich wenig Einfluss haben. Das bedeutet zweierlei: Zum einen, dass die Verantwortung für „gute Gesundheit“ in erster Linie kollektiv ist und somit in den öffentlichen Bereich fällt, und zum anderen, dass man, um darauf Einfluss zu nehmen, auf alle politischen Maßnahmen einwirken muss, die sich auf die Gesundheit auswirken, und zwar auf allen Entscheidungsebenen.

Finanzielle Unsicherheit ist einer der wichtigsten Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Die sozial Schwächeren sind besonders anfällig: Aufschub der Gesundheitsversorgung, schlechte Wohnverhältnisse, unsichere, gefährliche und/oder größeren Risiken ausgesetzte Arbeitsplätze, unausgewogene Ernährung, Umweltverschmutzung usw. Neben der Bekämpfung dieser sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich müssen die Behörden darauf achten, die Auswirkungen jeder ihrer politischen Maßnahmen auf die Gesundheit zu untersuchen und dabei ein besonderes Augenmerk auf die benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu richten, und insbesondere auf diejenigen, die mehrere Herausforderungen wie materielle Entbehrung, Isolation, Behinderung usw. zu bewältigen haben.

Es ist daher wichtig, sich zu fragen, inwiefern jede politische Entscheidung, egal in welchem Bereich und auf welcher Ebene, den Gesundheitszustand der Bürger oder eines Teils der Bürger verbessern oder beeinträchtigen kann. Die folgenden Themenbereiche sind daher nicht erschöpfend, sondern lediglich beispielhaft aufgeführt, und dienen dazu, das Konzept der Gesundheit in allen Politikbereichen zu veranschaulichen und vom Grundsatz zum Handeln herzugehen.

Gesundheit und Umwelt

Wir wissen, dass Umwelt und Gesundheit untrennbar miteinander verbunden sind. Laut WHO sind 20% der vermeidbaren Todesfälle und 10% der vermeidbaren Krebserkrankungen auf Umweltfaktoren zurückzuführen (Luftverschmutzung, Lärmbelastung, Pestizideinsatz, endokrine Disruptoren usw.). Diese verursachen auch eine Zunahme anderer Krankheiten wie Allergien, Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine verminderte Fruchtbarkeit usw.

Es ist wichtig, auf diese Faktoren einzuwirken, um die Umwelt, in der wir leben, und damit die Gesundheit zu verbessern. Wesentliche Veränderungen sind nur möglich, wenn alle Entscheidungsebenen zusammenarbeiten. Die **Regionen** und **Gemeinschaften** spielen daher eine wichtige Rolle bei der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt, indem sie die Umweltpolitik in die richtige Richtung lenken. In diesem Abschnitt veranschaulichen wir einige Bereiche, in denen die **Regionen** und **Gemeinschaften** tätig werden können, um die umweltbedingte Gesundheit der Einwohner zu verbessern.

Lärmbelastung

Die Lärmbelastung durch den Straßen-, Schienen- und Flugverkehr hat erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit. Laut der Europäischen Umweltagentur (2021)², leben 20% der europäischen Bevölkerung in Gebieten, in denen die Lärmpegel als gesundheitsschädlich eingestuft werden können. Negative Auswirkungen auf das Gehör (Hörverlust, Tinnitus usw.) wurden bereits ab einer Belastung von 55 Dezibel³ dokumentiert. Eine wiederholte oder

übermäßige Belastung kann zu zahlreichen Beschwerden führen (Schlaf-, Lern- und Konzentrationsstörungen, Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sogar Diabetes)⁴. Auf der Ebene der **Regionen** und **Gemeinschaften** sind die zulässigen Grenzwerte für die Lärmbelastung jedoch höher als die international empfohlenen.

Was den Luftverkehr betrifft, so gilt der Lärm, der durch Flugzeuge verursacht wird, die über Wohngebiete hinwegfliegen, als einer der unangenehmsten^{6,7}, vor allem bei Start und Landung. Laut Bruxelles-Environnement sind in der Region Brüssel 5% der Bevölkerung einer Lärmbelastung von mehr als 55 dB durch den Flugverkehr ausgesetzt, und 9% laufen Gefahr, Werten von mehr als 45 dB ausgesetzt zu sein, was weit von den Empfehlungen der WHO entfernt ist. Es ist anzumerken, dass es in der Wallonischen Region derzeit keine Karten über die Lärmbelastung durch den Flugverkehr gibt.

Wir fordern daher die **Regionen** und **Gemeinschaften** auf:

- die Lärmgrenzwerte nach den Empfehlungen der WHO auszurichten⁸, darunter die Reduzierung des Fluglärms auf unter 45 dB am Tag und unter 40 dB in der Nacht;
- eine Kartografie der Fluglärmbelastung in der Wallonischen Region zu erstellen;
- Nacht- und Wochenendflüge einschränken, insbesondere für Großraumflugzeuge;
- das Messnetz für Lärmbelastung durch den Einsatz von mobilen und stationären akustischen Radargeräten zu verbessern;
- Sensibilisierungskampagnen zur Vermeidung von Lärmbelastung zu unterstützen.

² Europäische Umweltagentur (2021). Lärmverschmutzung. Hier zu finden: <https://www.eea.europa.eu/de/signale/signale-2020/infografiken/laermverschmutzung/view>

³ 55 Dezibel entsprechen z.B. dem Lärm in einem Klassenzimmer.

⁴ Brüsseler Institut für Umweltmanagement. (2018). Auswirkungen von Lärm auf Belästigung, Lebensqualität und Gesundheit.

Hier zu finden: https://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/Bru%203

⁵ Weltgesundheitsorganisation. (2011). Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe.

Hier zu finden: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf

⁶ Bruxelles-environnement. (2021). Agir contre le bruit des avions à Bruxelles.

Disponibile à l'adresse suivante : <https://environnement.brussels/citoyen/l'environnement-bruxelles/protéger-sa-santé/agir-contre-le-bruit-des-avions-bruxelles>

⁷ Canopéa. (2023). Perception du Bruit en Wallonie. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canopea.be/perception-du-bruit-en-wallonie/>

⁸ Weltgesundheitsorganisation. (2018). Leitlinien für Umgebungslärm für die Europäische Region. Zusammenfassung der Leitlinien.

Hier zu finden: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343938/WHO-EURO-2018-3287-43046-60247-ger.pdf?sequence=2&isAllowed=y>





Landwirtschaftliche Produktionen

Seit den 1960er Jahren haben die intensiven Produktionspolitiken in den Bereichen Landwirtschaft, Textilien, Petrochemie und Kosmetik die Industrie dazu veranlasst, Düngemittel (Stickstoff, Nitrat, Phosphor ...), Fungizide, Pestizide und andere endokrine Disruptoren in großem Umfang einzusetzen⁹. Einerseits hat dies dazu beigetragen, unsere Grünflächen und die biologische Vielfalt zu reduzieren, die Luft und das Oberflächen- und Grundwasser durch die Freisetzung großer Mengen schädlicher Produkte zu verschmutzen, aber auch unsere Böden zu verschmutzen und sie an Mikronährstoffen zu verarmen, um ultraverarbeitete Produkte herzustellen und zu vermarkten, die für unsere Gesundheit nicht empfehlenswert sind. Andererseits leiten die Kosmetik-, Textil- und petrochemische Industrie jedes Jahr große Mengen an gesundheitsschädlichen Produkten in das Wasser und unsere Böden oder über die Dämpfe in die Luft, wodurch unsere Luft verschmutzt wird.

Außerdem verursachen der Transport und der Konsum dieser Waren auch Umweltschäden¹⁰ und Gesundheitsschäden (Allergien, Fettleibigkeit, Diabetes, kognitive Störungen, Krebs und neurodegenerative Erkrankungen), sodass in Frankreich Alzheimer bei Landwirten als Berufskrankheit gilt.

Heutzutage ist es daher von größter Bedeutung, unsere Produktionssysteme zu überdenken, damit wir der gesamten Bevölkerung gesunde und sichere Produkte anbieten können. Um dies zu erreichen, sollten unsere Produktionssysteme nachhaltig, erneuerbar, widerstandsfähig, fair, gesund und vielfältig werden.

In diesem Bereich fordern wir daher die **Regionen** und **Gemeinschaften** auf:

- die Sanierung von Land, das mit Pestiziden, Düngemitteln, Fungiziden... verseucht ist, angemessen zu finanzieren;
- den Einsatz von Pestiziden und Düngemitteln bis 2030 über das von der EU-Strategie „vom Bauernhof auf den Tisch“¹¹ (>50 %) empfohlene Maß (>50%) hinaus zu reduzieren oder sie sogar zu verbieten;
- die Entwicklung der ökologischen Landwirtschaft¹² zu fördern und besser zu finanzieren, aber auch neue Regeln für Kleinbauern zu erlassen, und das Kontrollsystem zu stärken, wie es in den neuen EU-Rechtsvorschriften für den ökologischen Landbau¹³ empfohlen wird;
- Kampagnen zur Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für nachhaltige Lebensmittel und kurze Wege durchzuführen;
- den Verkauf und Konsum von lokalen Produkten und Produkten mit kurzen Transportwegen zu unterstützen (z.B. durch die Schaffung eines Labels „Kurze Wege“, die Förderung der Verbreitung von Genossenschaften oder den Abbau kultureller Hemmschwellen in Bezug auf kurze Transportwege durch Sensibilisierungsmaßnahmen);
- die Verwendung von Stoffen, die als endokrine Disruptoren gelten, in den verschiedenen Industriezweigen, die Kosmetika, Haushalts- und Hygieneprodukte sowie Textilien herstellen, zu reduzieren.



⁹ Europäische Umweltagentur. (2021). Verschmutzung von Land und Boden Auf Englisch oder Französisch abrufbar unter: <https://www.eea.europa.eu/fr/signaux/signaux-de-lae-2020/articles/la-pollution-des-sols-et>

¹⁰ Idem.

¹¹ Rat der Europäischen Union. (SD). Vom Hof auf den Tisch. Hier zu finden:

<https://www.consilium.europa.eu/de/policies/from-farm-to-fork/#:~:text=En%20mai%202020%2C%20la%20Commission,UE%20vers%20un%20mod%C3%A8le%20durable>

¹² Dabei handelt es sich um eine Methode zur Herstellung von Lebensmitteln mithilfe natürlicher Stoffe und Verfahren.

¹³ Europäische Kommission. (2022). Organic Action Plan. Hier zu finden: https://agriculture.ec.europa.eu/farming/organic-farming/organic-action-plan_en



Wasserverschmutzungen

Jeden Tag nutzen wir Wasser, um es zu trinken, aber auch für unsere Landwirtschaft, unsere Heizungen oder für Freizeitaktivitäten. Doch unsere Wasserressourcen sind nicht unerschöpflich und nicht immer gesund. Laut der Europäischen Umweltagentur (2021)¹⁴ sind fast 80% unseres Süßwassers, das aus Flüssen und Grundwasser stammt, anfällig für Übernutzung, Verschmutzung (vor allem durch unsere Landwirtschaft) und den Klimawandel (vor allem Dürren). Trotz der bereits eingeführten Maßnahmen zur Gewährleistung von ausreichendem und gesundem Wasser finden sich in unserem Wasser Spuren von Nitraten, endokrinen Disruptoren, die durch Veränderung des Hormonsystems gesundheitsschädigend sein können (Beta-Estradiol und Nonylphenol), Pestiziden oder auch Pharmazeutika.

In diesem Bereich schlagen wir den **Regionen und Gemeinschaften** vor:

- die Liste der Wasserschadstoffe, die im Rahmen der regionalen Rechtsvorschriften überwacht werden sollen, zu aktualisieren, so wie es die Europäische Kommission in ihrem Green Deal für Europa empfiehlt¹⁵;
- die Rückstände von Pestiziden, Asbest, endokrinen Disruptoren und Pharmazeutika im Trinkwasser zu reduzieren, indem sie Gebiete für die Entnahme von gesundem Wasser entwickeln.



¹⁴ Europäische Umweltagentur (2021). Wassernutzung in Europa – Quantität und Qualität stehen vor großen Herausforderungen. Hier zu finden: <https://www.eea.europa.eu/de/signale/signale-2018/artikel/wassernutzung-in-europa-quantitaet-und>

¹⁵ Europäische Kommission. (2022). Der europäische Grüne Deal: Kommission schlägt Vorschriften für saubere Luft und sauberes Wasser vor. Hier zu finden: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_22_6278

¹⁶ Laut WHO (1987) handelt es sich dabei um Planungspraktiken, die darauf abzielen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu fördern und dabei die drei Säulen der nachhaltigen Entwicklung zu beachten.



Laut WHO sind 20% der vermeidbaren Todesfälle und 10% der vermeidbaren Krebserkrankungen auf Umweltfaktoren zurückzuführen.

Raumplanung

Schließlich bedeutet Gesundheit auch, über eine innere und äußere Umgebung zu verfügen, in der es sich gut leben lässt, in der wir unbelastete Luft atmen, die Ruhe und die Natur genießen können. Eine angemessene Raumplanung könnte dies ermöglichen und so die Auswirkungen der erwähnten Belastungen auf die Gesundheit verringern. In den letzten Jahrzehnten wurden jedoch die Zersiedelung und das Zubetonieren von Lebensräumen gefördert, wodurch unsere Grünflächen reduziert wurden. Heute müssen wir wieder zu einer gesundheitsfördernden Stadtplanung¹⁶ zurückkehren, indem wir wieder mehr natürliche Räume schaffen.

Um dies zu erreichen, empfehlen wir den **Regionen und Gemeinschaften**:

- die Umwidmung stillgelegter oder ungenutzter Grundstücke zur Schaffung von Grünflächen, Gemeinschaftsgemüsegärten, Freizeitflächen, therapeutischen Gärten/Räumen in (vor-) städtischen Gebieten und die Wiedereinführung der Biodiversität;
- die Unterstützung und Förderung der „Schule im Freien“, die das Kind für seine Umwelt sensibilisiert, eine Verbindung zur Natur herstellt und zur Entwicklung des Kindes beiträgt;
- die Entbetonierung, Begrünung und Aufforstung von Straßen und Gebieten mit hoher Umweltverschmutzung (Luft, Boden, Wasser);
- die Ausweitung von Umweltzonen auf städtischer und ländlicher Ebene nach dem Vorbild von Freiburg im Breisgau (Deutschland). Diese Stadt ist Vorreiterin auf dem Gebiet der Stadtplanung, sie hat eine Umweltplakette für Kraftfahrzeuge in den Umweltzonen eingeführt und dies im Gegenzug mit dem Ausbau kostenfreier Entlastungszonen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln – die gerade für Personen mit eingeschränkter Mobilität zugänglich sind – leicht erreichbar sind, kompensiert. Außerdem sollten Ausnahmen für behindertengerechte Fahrzeuge und Personen, die sich zu medizinischen Zwecken dorthin begeben, vorgesehen werden.



Gesundheit und Beschäftigung

Die Frage der Beschäftigung wird allzu oft nur unter dem Gesichtspunkt des Wirtschaftswachstums und der wirtschaftlichen Entwicklung betrachtet, nicht aber unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit. Ein Arbeitsplatz ist in der Regel eine Quelle des Wohlbefindens und der persönlichen Entfaltung, kann aber auch Stress und Unwohlsein verursachen und zu physischen oder psychischen Krankheiten¹⁷ führen. Das Wohlbefinden am Arbeitsplatz ist zwar eher eine föderale Angelegenheit, aber auch die **Regionen** und **Gemeinschaften** können in diesem Bereich tätig werden.

Durch ihre Bildungs- und Ausbildungspolitik und ihre Kompetenzen im Bereich der Beschäftigung können sie beispielsweise:

- klare Informationen über die Möglichkeiten der Wiederaufnahme einer Ausbildung oder eines neuen Arbeitsplatzes für arbeitsunfähige Personen, die dies wünschen und in der Lage sind, in einem neuen Umfeld zu arbeiten, entwickeln und verbreiten¹⁸ ;
- die Entwicklung respektvoller und wohlwollender Formen der Arbeitsorganisation unterstützen;
- die Sensibilisierung und Begleitung von Arbeitgebern in Bezug auf mögliche Anpassungen von Arbeitsplätzen infolge der Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers oder zur Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit verstärken;
- die Schaffung und den Fortbestand von stabilen und hochwertigen Arbeitsplätzen in Bereichen, die zum gesellschaftlichen Zusammenhalt beitragen und soziale Bindungen ermöglichen, insbesondere im nichtkommerziellen Sektor, unterstützen;
- die Prävention bio-psycho-sozialer Risiken in die von den Einrichtungen zur sozio-beruflichen Eingliederung angebotenen Schulungen einbeziehen;
- die Prävention von Burnout, Bore-out oder jedes anderen arbeitsbedingten psychischen Leidens verstärken: z.B. durch die Entwicklung von Arbeitsbedingungen, die das Wohlbefinden der Arbeitnehmer und eine gute Life-Work-Balance fördern, wie z.B. durch den Ausbau von anerkannten Kinderbetreuungsmöglichkeiten, welche die Mittel haben müssen, um zu jeder Tages- und Wochenzeit tätig sein zu können;
- die Unterstützung bei der Suche nach Alternativen/ Ergänzungen zur Beschäftigung ausbauen, z.B. durch die Möglichkeit der ehrenamtlichen Tätigkeit;
- die Entwicklung von Bildungsangeboten für die schwächsten Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Alphabetisierungsprogramme.

Gesundheit und Wohnen

Wenn wir uns mit dem Thema Gesundheit im weiteren Sinne und den Faktoren beschäftigen, die dazu führen, dass man sich gesund fühlt oder nicht, ist die Problematik des Wohnens nie weit entfernt. Das Zuhause sollte für jeden Menschen eine Quelle der Sicherheit und Gelassenheit sein. Eine Wohnung zu haben ist für das psychische Gleichgewicht (Angst, kein Zuhause zu haben oder es zu verlieren) und für das soziale Gleichgewicht notwendig (da sich viele Rechte aus der Tatsache ergeben, eine Wohnung und damit eine Adresse zu haben). Für bestimmte Bevölkerungsgruppen erfüllt die Wohnung jedoch aufgrund ihrer Kosten (Miete oder Kauf) oder ihrer Qualität nicht diese grundlegenden Funktionen. Denn eine Wohnung zu haben, garantiert nicht automatisch eine gute Gesundheit, sondern nur, wenn sie von guter Qualität und an die Bedürfnisse der Menschen angepasst ist, die darin leben. Eine schlechte Wohnqualität (z.B. schlechte Isolierung) oder eine Wohnung, die nicht an die Bedürfnisse einer Person mit Behinderung angepasst ist, kann zahlreiche Auswirkungen auf die psychische oder physische Gesundheit (z.B. chronische Atemwegserkrankungen, Allergien, Depressionen) der Betroffenen haben.

Wir fordern die **Regionen** und **Gemeinschaften** auf:

- die Umsetzung des Schwerpunkts „Wohnen“ des wallonischen Plans zur Bekämpfung der Armut sowie des Brüsseler Notfallplans, und eine Regulierung der Mietpreise und der Qualität der Wohnungen fortzusetzen;
- das „Housing First“ zu fördern¹⁹;
- das Angebot an Sozialwohnungen und die Mittel für deren Renovierung und Isolierung zu erhöhen, um überhöhte Heizkostenrechnungen zu vermeiden;
- die Angebote zur Innenraumklimaüberwachung zu stärken, besser zu finanzieren und bei der Bevölkerung und den Grundversorgungsdiensten der Hilfe und Pflege bekannt zu machen²⁰;
- politische Maßnahmen, die Anreize für die Verbesserung von Wohnraum bieten, wie Renovierungs- und Energieprämien, auszuweiten und zu vereinfachen;
- Maßnahmen zur Erleichterung des Erwerbs einer ersten Immobilie zu stärken.

¹⁷ Santé & Société; April 2022: https://www.mc.be/media/sante-societe-1-fin-carriere_tcm49-74541.pdf

¹⁸ Diesbezüglich sollte die neue Politik der „Rückkehr ins Arbeitsleben“, die von der Föderalregierung in Zusammenarbeit mit dem FOREM, ACTIRIS, ADG und den Krankenkassen initiiert wurde, für ein transparenteres Verfahren sorgen.

¹⁹ Housing First ist ein Modell der sozialen Eingliederung, bei dem die Wohnung als erste Stufe der Eingliederung betrachtet wird.

²⁰ Auf regionaler Ebene gibt es Dienste zur Analyse von Innenraumluft, die in der Region Brüssel auch als Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (Regionale Interventionsstelle für Innenraumluftverschmutzung) oder als grüne Ambulanz bezeichnet werden. Diese Dienste ermöglichen es, auf ärztliche Anordnung die Wohnung einer Person, die eine Allergie oder eine kardiopulmonale Erkrankung entwickelt hat, durch die Entnahme chemischer und biologischer Proben zu untersuchen. Anhand dieser Diagnose lässt sich feststellen, ob der Zustand der Wohnung die betreffende Krankheit hervorruft. Derzeit sind solche Dienste jedoch unterfinanziert, unbekannt und werden daher nicht ausreichend in Anspruch genommen.



Gesundheit und gesellschaftlicher Zusammenhalt

Im Jahr 2020 hat die Christliche Krankenkasse eine breit angelegte Studie über die Auswirkungen des ehrenamtlichen Engagements im gemeinnützigen Sektor auf die Gesundheit veröffentlicht²¹. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die aktive Teilnahme am Vereinsleben positiv auf das Wohlbefinden auswirkt: Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, soziale Unterstützung, Einfühlungsvermögen, Selbstverwirklichung, Integration in die Gesellschaft, Lebenssinn usw. Diese Auswirkungen können sich besonders positiv auf die am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen auswirken. Umgekehrt haben Menschen, die sich überhaupt nicht am Vereinsleben beteiligen, eine schlechtere Gesundheitswahrnehmung und ein stärkeres Gefühl der Einsamkeit. Ein gemeinnütziges Engagement wirkt sich auch positiv auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus (weniger häufige Besuche beim Allgemein- oder Facharzt, geringerer Medikamentenverbrauch, insbesondere bei Medikamenten, die auf das Nervensystem wirken, wie Antiepileptika, Antidepressiva, Antipsychotika usw.). Die Schaffung eines gesunden und gesundheitsfördernden Umfelds setzt also auch die Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements voraus.

In unseren Organisationen und generell im gemeinnützigen Sektor unterstützen wir die Vision der ehrenamtlichen Arbeit, die von der französischsprachigen Plattform für Ehrenamtlichkeit vertreten wird: ein freies und unentgeltliches Engagement im Dienste anderer. Wir lehnen daher jeden Versuch ab, diesen Status zu kommerzialisieren. Wir halten die unentgeltliche Tätigkeit für sinnstiftend und sind überzeugt, dass sie in einer Gesellschaft, in der „warme“ Solidarität (als Ergänzung zur „kalten“ oder institutionalisierten Solidarität, wie sie durch die Sozialversicherung organisiert wird) zur Förderung des sozialen Zusammenhalts unverzichtbar ist und somit ermutigt und aufgewertet werden muss.

Generell fordert die CKK, dass alles getan wird, um jedem die Möglichkeit zu geben, sich sozial zu engagieren. Konkret fordern wir die Regionen und Gemeinschaften auf:

- die Anerkennung und finanzielle Unterstützung von Akteuren der gemeinnützigen Vereinigungen, denen viele Ehrenamtliche angehören (Sport-, Kultur- und Freizeitvereine, Jugendorganisationen, Bewegungen für lebenslanges Lernen usw.), fortzusetzen;
- die Kosten für eine Versicherung der ehrenamtlich Tätigen zu übernehmen;
- den Sektor der gemeinnützigen Vereinigungen in die Lage zu versetzen, die notwendigen Voraussetzungen für dieses ehrenamtliche Engagement zu schaffen: Ausbildung zum Leiter, Ausbildung zum Verwalter usw.;
- den Sektor der Ehrenamtlichenverbände zur Frage der Anpassungen oder Änderungen des Schul- und akademischen Rhythmus zu befragen;
- sich für die Einführung eines öffentlich finanzierten „freiwilligen Solidaritätsurlaubs“ nach dem Vorbild von Initiativen in anderen Ländern – insbesondere in Frankreich und den USA – einzusetzen, der es der arbeitenden Bevölkerung ermöglicht, sich während der Arbeit (weiter) ehrenamtlich einzusetzen, oder einem jungen Menschen, der sich in der Wartezeit befindet, die Möglichkeit gibt, auf diese Weise Fähigkeiten und Erfahrungen zu erwerben, die er einbringen kann;
- Informationen über die ehrenamtliche Tätigkeit zu verbreiten (Status der Ehrenamtlichen, Rechte der Ehrenamtlichen, Informationen über mögliche Einsatzbereiche usw.).



²¹ Santé et Société, März 2020: https://www.mc.be/media/mc-informations-279-mars-2020_tcm49-65780.pdf



In Gesundheitsförderung und Prävention investieren

Gesundheitsförderung und Prävention sind die ersten wesentlichen Bausteine der Gesundheitspolitik, da sie direkt, noch bevor über Heilmaßnahmen nachgedacht werden muss, auf die sozialen Determinanten der Gesundheit einwirken oder diese mit einbeziehen. Trotz ihrer Rolle bei der Bekämpfung sozialer Ungleichheiten im Gesundheitswesen und der Verbesserung der individuellen, kollektiven und gemeinschaftlichen Gesundheit werden die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention jedoch noch zu oft vernachlässigt.

Die **Regionen** und **Gemeinschaften** verfügen über wichtige Hebel, um Gesundheitsförderung und Prävention zu den Hauptschwerpunkten unseres Gesundheitssystems zu machen, indem sie kohärente, bereichsübergreifende (Gesundheit in allen Politikbereichen) und langfristige Maßnahmen in diesem Bereich einführen können. In diesem Zusammenhang muss der Politik der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Chancengleichheit im schulischen Umfeld besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Denn der Unterricht wirkt sich nicht nur auf die Gesundheit aus (Stress, Rhythmus des Kindes, Qualität der Umgebung...), sondern ist auch ein Kanal, über den ein breites Publikum aus allen sozioökonomischen Kategorien erreicht werden kann.

Letztendlich kann eine starke Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik nur durch die Festlegung gemeinsamer Prioritäten und klarer Gesundheitsziele auf der Ebene einer föderierten Gebietseinheit (und in Zusammenarbeit mit anderen staatlichen Entscheidungsebenen) erreicht werden. Es geht darum, Gesundheitsziele in den Bereichen Gesundheitsförderung, Bildung und Prävention festzulegen, um jeden Einzelnen zu begleiten und ihm die Instrumente an die Hand zu geben, damit er zugunsten seiner Gesundheit und die seiner Gemeinschaft denken und handeln kann.



Verbesserung der Organisation und Stärkung der Finanzierung des Sektors

Konzertierung und Gouvernance

Hinsichtlich der Abstimmung und Steuerung plädiert die CKK für die Einführung einer kohärenten Politik, die mit den betroffenen Sektoren und den Vertretern der Nutzer auf allen Ebenen gemeinsam erarbeitet wird und sich in eine neue, gebietsbezogene Organisation der Grundversorgung einfügt:

- auf derselben Regierungsebene (z.B. zwischen Ministerien die für Befugnisse wie Wohnungswesen, Mobilität, Umwelt, Beschäftigung usw. zuständig sind);
- zwischen den verschiedenen föderierten Gebietseinheiten;
- zwischen dem Föderalstaat und den föderierten Gebietseinheiten, insbesondere auf der Grundlage der ICD-Klassifikation der Gesundheitsprobleme.

Eine bessere Abstimmung würde insbesondere dazu führen, dass die Kampagnen durch eine besser organisierte Kommunikation und auf die Zielgruppe zugeschnittene Aktionen vor Ort wirksamer und zugänglicher werden.

Organisation des Sektors

Hinsichtlich der Organisation der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik **fordern wir:**

- die Erstellung eines Verzeichnisses der Maßnahmen und Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, die auf gemeinschaftlicher oder regionaler Ebene wirksamer durchgeführt werden könnten;
- die Investition in effektive und effiziente Strategien und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die auf kohärenten Empfehlungen für bewährte Verfahren auf allen Regierungsebenen basieren. Außerdem sind Feldforschungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung voranzutreiben und Leitfäden für bewährte Verfahren für Beteiligte aus allen Bereichen zugänglich zu machen: Angehörige der Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufe sowie politische Entscheidungsträger;
- die Förderung von Maßnahmen zur Gesundheitsprävention, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, insbesondere im Bereich der Prävention von chronischen Krankheiten oder deren Komplikationen;
- eine verstärkte Ausbildung von Fachkräften der Grundversorgung in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung.

Finanzierung der Beteiligten

Hinsichtlich der finanziellen Absicherung der Träger von Gesundheitsförderung und Prävention fordern wir eine **angemessene Finanzierung der Akteure vor Ort**. Denn auch wenn die auf Projektaufrufen basierende Arbeitsweise kurzfristig sicherlich die Möglichkeit bietet, Innovationen zu unterstützen und die Freiheit der Initiative zu erhalten, schwächt sie langfristig die Akteure und die Konzertierung. Insbesondere, losgelöst von einer Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention, die mit den betroffenen Akteuren abgestimmt ist, ermöglicht die Arbeitsweise mittels Projektausschreibungen keine einheitliche und strukturierte Politik. Es muss also ein Gleichgewicht zwischen Innovations- und Initiativfähigkeit und der Mitwirkung aller Akteure an gemeinsamen Gesundheitszielen gefunden werden.

Die CKK fordert daher:

- Projektaufrufe idealerweise im Rahmen einer mit dem Sektor abgestimmten, umfassenden und kohärenten Strategie zu starten;
- eine langfristige Vision zu entwickeln, die eine strukturelle Unterstützung des Sektors gewährleistet und gleichzeitig die Entwicklung neuer Antworten auf neue Bedürfnisse ermöglicht. Nach dem Vorbild Kanadas, das in diesem Bereich führend ist, **fordern wir eine Verdreifachung des Budgets für Prävention und Gesundheitsförderung²², d.h. die Bereitstellung von 6% des gesamten Gesundheitsbudgets für diesen Bereich.**

Wir fordern eine Verdreifachung des Budgets für Prävention und Gesundheitsförderung.

²² Derzeit verwendet Belgien laut den Zahlen von Eurostat der OECD 2,1% des gesamten Gesundheitsbudgets für Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Die CKK als Partner und Akteur in der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik

Wir fordern außerdem, dass die Krankenkassen als gleichberechtigte Partner und Akteure in die Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik eingebunden werden.

Diese Grundaufgabe der Krankenkassen erfordert jedoch eine ausreichende finanzielle Unterstützung, um den Bedürfnissen und Herausforderungen, die sich vor Ort stellen, gerecht zu werden.



Die **Wallonische Region** hat in dieser Legislaturperiode einen neuen Rechtsrahmen, einen neuen wallonischen Plan zur Förderung und Prävention (WAPPS) und eine neue Programmplanung verabschiedet. Die vorrangige Herausforderung wird darin bestehen, sicherzustellen, dass auf diesen Plan überzeugende Ergebnisse folgen. Es ist daher wichtig, die Umsetzung der in diesem Plan festgelegten Maßnahmen zu konkretisieren, dafür zu sorgen, dass ausreichende und strukturelle Mittel bereitgestellt werden können, und regelmäßige Evaluierungen durchgeführt werden, um die Entwicklung der Bedürfnisse der Bevölkerung und der Zielgruppen zu berücksichtigen, die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen zu hinterfragen, auf aufgetretene Missstände zu reagieren und sich gegebenenfalls neu zu positionieren.

In der **Region Brüssel** (COCOM-COCOF-VGC) hat die Brüsseler Regierung den integrierten Sozial- und Gesundheitsplan sowie die neue Strategie 2023-2028 im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung verabschiedet. Wir halten es für wichtig, die bevorstehende Umsetzung dieser Pläne zu konkretisieren und zu bewerten und dabei:

- die gemeinnützigen Vereinigungen als Partner und nicht nur als Träger der Gesundheitsförderung und Prävention anzuerkennen;
- die Verbindung zwischen COCOF, COCOM und VGC sicherzustellen, um eine kohärente Politik für die Brüsseler Bürger zu betreiben.
- Darüber hinaus rufen wir dazu auf, die Dynamik des COCOM-Beirats sicherzustellen, der für einen Teil der von der föderalen Ebene übertragenen Kompetenzen im Bereich der Prävention zuständig ist.



Stärkung der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik

Über die allgemeinen Grundsätze der Steuerung, Organisation und Finanzierung dieser Politik hinaus möchte die CKK auch einige eher thematische Empfehlungen vorbringen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit **fordern wir dazu auf:**

- den Prozess der Verbreitung der Erziehung zum Beziehungs-, Gefühls- und Sexualleben fortzusetzen, um die verschiedenen Bildungsstufen und -arten in der **Föderation Wallonie-Brüssel**, aber auch die Einrichtungen für Senioren und Menschen mit Behinderungen abzudecken (auch durch Ausbildung der Beschäftigten in diesen Bereichen) und ihre strukturelle Finanzierung sicherstellen;
- Kampagnen/Aktionen einzuleiten und zu unterstützen, die auf die Inklusion und Entstigmatisierung von LGBTQI+-Menschen ab dem frühen Kindesalter abzielen;
- den Stellenwert von Jugendorganisationen bei der Aufklärung und Begleitung junger Menschen in Fragen der Geschlechtsidentität anzuerkennen;
- Kampagnen zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) zu intensivieren, auch bei älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen;
- Kampagnen zur HIV-Testung und zur Sensibilisierung für Risikoverhalten bei einem breiten Publikum zu verstärken;
- die Durchführung von Kampagnen zur Aufklärung über Empfängnisverhütung zu unterstützen;
- die dauerhafte Finanzierung von Verhütungsmitteln, auch von Langzeitverhütungsmitteln, sicherzustellen;
- den Zugang zu Notfallverhütungsmitteln (Pille danach) zu erleichtern, insbesondere durch Unterstützung einer Änderung des Arzneimittelgesetzes, die die Abgabe von Notfallverhütungsmitteln durch Familienplanungszentren ermöglicht;
- eine ausreichende Finanzierung der Familienplanungszentren zu garantieren, damit diese alle ihre Aufgaben erfüllen können (einschließlich der Begleitung bei Schwangerschaftsabbrüchen und der Anwendung von Verhütungsmitteln);
- die Entwicklung (insbesondere durch Forschung) zu unterstützen und das Bewusstsein für die Verwendung von Verhütungsmitteln für Männer zu schärfen;
- Sensibilisierungs- und Informationskampagnen zu Gewalt (Stalking, häusliche Gewalt usw.) zu intensivieren. Wichtig ist auch die Auswertung der Auswirkungen dieser Kampagnen;
- solche Kampagnen verstärkt auch auf Zielgruppen, die nur schwer Zugang zum Gesundheitssystem haben, auszuweiten.





Als Krankenkasse muss die CKK in die Politik der Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden werden.

Prävention und Präventivmedizin

In Bezug auf Prävention und Präventivmedizin **fordern wir dazu auf,**

- Strategien und Maßnahmen einzuführen und zu unterstützen, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise unterstützen (ausgewogene, nachhaltige und qualitativ hochwertige Ernährung, körperliche Aktivität, Reduzierung von Tabak- und Alkoholkonsum usw.), wie z.B.
 - Förderung der Erziehung zu körperlicher Aktivität für alle, mit besonderem Augenmerk auf die Jüngsten;
 - Schaffung oder Erleichterung des Zugangs zu kostenloser Sportinfrastruktur;
 - Unterstützung von Strukturen (einschließlich der Krankenkassen), die die körperliche Aktivität in der Bevölkerung fördern;
 - Einführung von „Sport auf ärztliche Verordnung“;
 - Stärkung des Zugangs zu hochwertigen Lebensmitteln für gefährdete Bevölkerungsgruppen (Kinder...);
 - Angebot einer nachhaltigen Ernährung in öffentlichen Kantinen (Kindergärten, Schulen, Gemeinschaften...);
 - Unterstützung von Strategien zur Entnormalisierung von Tabak und Alkohol sowie von Akteuren, die in diese Richtung arbeiten;
 - Unterstützung des Werbeverbots für alkoholische Produkte.
- Informations- und Früherkennungskampagnen (z.B. Diabetes, Cholesterin, Krebs usw.) zu verstärken. Insbesondere bei der Brustkrebsvorsorge durch Screening-Tests, der Gebärmutterhalskrebsvorsorge und der Darmkrebsvorsorge sollte die Zahl der Personen, die diese Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen, erhöht werden, wobei die Gründe für den überschaubaren Erfolg dieser Untersuchungen zu erforschen sind;
- Kampagnen zur Sensibilisierung für die Therapietreue und für die Überwachung der Behandlung²³ zu verstärken;
- die Informationskampagnen über die Notwendigkeit von Impfungen und alternative Strategien, mit denen normalerweise unerreichte Zielgruppen erreicht werden können, zu verstärken;
- die soziale Komponente der Prävention hervorzuheben, z.B. durch Sport oder Vereinsarbeit, und in den Bereich „soziale Bindung“ als gesundheitsrelevanten Faktor zu investieren.



Zahnärztliche Versorgung

In Bezug auf die zahnärztliche Versorgung **fordern wir dazu auf:**

- die Prävention von frühester Kindheit an durch Präventionskampagnen (in der Schule, im Fernsehen usw.) zu fördern, in denen das Zähneputzen, eine bewusste Ernährung und der präventive Besuch beim Zahnarzt hervorgehoben werden;
- Instrumente zu schaffen oder zur Verfügung zu stellen, um Eltern von Kindern mit Autismus oder einer schweren geistigen Behinderung bei der Zahnpflege ihres Kindes zu unterstützen;
- Maßnahmen zur Bekämpfung des Mangels an (Vertrags-)Zahnärzten zu ergreifen (z.B. Unterstützungsfonds, Neuausrichtung des Berufsstands usw.);
- den Beruf des Dentalhygienikers anzuerkennen und zu fördern, insbesondere durch Schulungen, um die zahnärztliche Versorgung zugänglicher zu machen und die präventive Dimension der zahnärztlichen Grundversorgung zu stärken, z.B. durch die Förderung der Gesundheit in den Schulen;
- Kindern und Jugendlichen aus weniger wohlhabenden Familien besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da die sozialen Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von präventiver Zahnpflege (trotz der kostenlosen Behandlung durch Vertragszahnärzte für unter 19-Jährige) erheblich sind;
- den finanziellen und physischen Zugang zu zahnärztlicher Behandlung und Betreuung für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen in Heimen zu verbessern;
- Informationen über barrierefreie Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu verbreiten.



²³ Therapietreue ist die Bereitschaft des Patienten, sein Verhalten mit der vorgeschlagenen Behandlung in Einklang zu bringen



Augenärztliche Versorgung

In Bezug auf die augenärztliche Versorgung **fordern wir dazu auf:**

- die Vorbeugung von frühester Kindheit an zu fördern, durch Präventionskampagnen, in denen die richtigen Maßnahmen zum Schutz der Augen hervorgehoben werden;
- Sensibilisierungskampagnen und Maßnahmen für den richtigen Umgang mit Computerbildschirmen einzuführen;
- diese Sensibilisierung in den Schulen fortzusetzen, um ein junges Publikum zu erreichen.



Gesundheit des Gehörs

Im Hinblick auf die Gesundheit des Gehörs **fordern wir dazu auf:**

- die Aufklärungskampagnen über den richtigen Gebrauch von persönlichen Audiogeräten und zu schädlichen Schallpegeln an Freizeitorien (Kneipen, Konzerte, Sportveranstaltungen, Nachtclubs...) zu verstärken;
- das Personal der ersten Linie, das in direktem Kontakt zum Bürger/Patienten steht, in der Prävention, Früherkennung und Behandlung der Auswirkungen von Lärmbelastung zu schulen.



Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung in der Schule

Schließlich **fordern wir**, dass die schulischen Gesundheitsförderungsdienste im Hinblick auf die Erfüllung ihrer Aufgaben angemessen finanziert werden und dass die entsprechenden Bestimmungen der Dekrete und die möglichen Hindernisse, die sich der Erfüllung ihrer Aufgaben entgegenstellen, evaluiert werden.



Darüber hinaus werden in dem Dekret zur Gesundheitsförderung in den Schulen zwar die grundlegenden Aufgaben dieses Sektors ausführlich beschrieben, die wichtig sind und erreicht wurden, doch wir sind der Ansicht, dass das ONE (Office national de l'enfance) bzw. Kaleido-Ostbelgien auch klare Gesundheitsziele und Maßnahmen festlegen sollte, und zwar in Absprache mit den Akteuren vor Ort und unter der Voraussetzung, dass eine Anpassung an das jeweilige Publikum stattfindet.

Psychische Gesundheit

Ein weiterer Bereich, in dem die **Regionen** und **Gemeinschaften** in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention tätig werden müssen, ist die **psychische Gesundheit**. Für spezifische Empfehlungen zu diesem Thema verweisen wir den Leser auf Kapitel 5 dieses Memorandums.



Sensibilisierungs- und Informationskampagnen

Generell fordert die CKK für alle Sensibilisierungs- und Informationskampagnen:

- die Bereitstellung verschiedener Verbreitungschanäle, um die digitale Kluft zu überwinden;
- Kommunikationsmittel in Leichter Sprache bereitzustellen, die es Menschen mit geistigen Einschränkungen ermöglicht, die Nachrichten zu verstehen. Leichte Sprache kommt auch anderen Zielgruppen zugute (Menschen mit Lese- und Verständnisschwierigkeiten, die die jeweilige Sprache nicht beherrschen);
- die Entwicklung von Strategien zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu unterstützen;
- Videos in Gebärdensprache und Podcasts vorsehen.





Sexuelle und reproduktive Gesundheit, Präventivmedizin, zahnärztliche Versorgung, psychische Gesundheit, Hörgesundheit, augenärztliche Versorgung – all dies sind Bereiche, in denen die Politik zur Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden müssen.



Organisation einer bürgernahen medizinischen Grundversorgung

Eine breite Auslegung der medizinischen Grundversorgung

Da wir Gesundheit im weitesten Sinne des Wortes betrachten, sind wir der Ansicht, dass die Auslegung der medizinischen Grundversorgung diese Sichtweise widerspiegeln sollte. Die vom Lehrstuhl BE Hive²⁴ verwendete Definition der Grundversorgung ist interessant, da sie an sich bereits an wichtigen Entwicklungslinien orientiert ist:

„Die Grundversorgung besteht in der Bereitstellung einer integrierten Gesundheitsversorgung innerhalb der Gemeinschaft. Sie zeichnet sich durch universellen Zugang und einen ganzheitlichen, personenzentrierten Ansatz aus. Die Versorgung wird von einem Team von Fachleuten erbracht, die für die Behandlung der überwiegenden Mehrheit der Gesundheitsprobleme zuständig sind. Diese Leistung muss in einer dauerhaften Partnerschaft mit den Menschen (Nutzern von Gesundheitsdiensten oder nicht) und ihren Betreuern im Kontext der Familie und der örtlichen Gemeinschaft erbracht werden. Die Grundversorgung spielt eine zentrale Rolle bei der Gesamtkoordination und der Kontinuität der Versorgung der Bevölkerung.“²⁵

In dieser Definition spielen Patienten und Einzelpersonen eine zentrale Rolle bezüglich der Verantwortung für ihr eigenes gesundheitliches Befinden. Sie erkennt auch die wesentliche Rolle der pflegenden Angehörigen an. Nach dieser Definition muss diese Grundversorgung multidisziplinär sein, auf integrierte Weise funktionieren und die Kontinuität der Versorgung gewährleisten. Schließlich wird der Begriff der Gemeinschaft eingeführt, als erstes Handlungsumfeld um den Menschen herum.

Wir möchten diese Definition jedoch erweitern, indem wir den Begriff der medizinischen Versorgung auf den umfassenderen Begriff der Gesundheit ausdehnen.

In diesem Sinne wünschen wir uns, dass sich die Grundversorgung von nun an zu einem Konzept der grundlegenden Gesundheitsdienste weiterentwickelt, die alle Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung, der Hilfe und Pflege, einschließlich der sozialen Akteure, integriert, um diesen ganzheitlichen Ansatz zu fördern. Wir bestehen auch darauf, dass alle ambulanten Dienstleister, die sich um die psychische Gesundheit kümmern oder dazu beitragen, diese zu fördern, in diesen Ansatz eingebunden werden, um so von der bislang noch zu starken Trennung zwischen körperlicher und psychischer Medizin abzurücken.

Die CKK möchte durch die ihr von den Behörden übertragenen Aufgaben zur Unterstützung des Wohlergehens ihrer Mitglieder einen eigenen Mehrwert in die Entwicklung der grundlegenden Gesundheitsdienste einbringen, und zwar unter den Gesichtspunkten der Selbstverwaltung, des Fachwissens und der Begleitung und Vertretung von Personen/Patienten.

Ein neues Organisationsmodell für die gebietsbezogene Grundversorgung

Um diese Vision einer gesundheitlichen Grundversorgung umzusetzen, schlagen wir die Definition eines gebietsbezogenen Modells vor, das dazu beiträgt, die auf einer bestimmten politischen Ebene festgelegten Ziele für Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu erreichen und in die Praxis umzusetzen. Dieses gebietsbezogene Modell umfasst mehrere Handlungsebenen mit spezifischen Aufgaben für die verschiedenen Akteure, die auf jeder Ebene relevant sind.

Wir fordern die Einführung eines Modells, das so gestaltet wird, dass:

- die Gesundheits- und Sozialpolitik auf die lokalen Gegebenheiten abgestimmt werden;
- eine angemessene territoriale Planung von Hilfs- und Pflegeangeboten und -diensten (kohärente Aufteilung entsprechend der Bevölkerungsverteilung) und die Bekämpfung des Fachkräftemangels entsteht;
- eine bessere Abstimmung und Koordination zwischen den Akteuren möglich wird;
- das Angebot für die Bevölkerung besser sichtbar gemacht und aufgewertet wird;
- die Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung besser orientiert werden und dabei ihre freie Wahl und die Vereinigungsfreiheit respektiert wird.



Organisieren Sie ein territoriales Modell, das dazu beiträgt, auf Ziele im Bereich Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu treffen und diese zu operationalisieren.



²⁴ Siehe <https://www.be-hive.be/>

²⁵ Siehe das Weißbuch des Lehrstuhls Be. Hive (S. 21)





Eine erste Linie, die durch 3 Ebenen gegliedert ist

Erste Ebene – Nano

Wir fordern dazu auf, diese Gliederung auf drei Ebenen umzusetzen.

Die erste Ebene (Nano) ist so nah wie möglich an den Lebensräumen der Menschen angesiedelt, beispielsweise auf Ebene eines Stadtviertels oder der Gemeinde. Die Akteure (die in mono- oder multidisziplinären Praxen organisiert sind) leisten Hilfe und Pflege, entwickeln aber auch – und vor allem – die bürgernahen Gesundheitsdienste und setzen die Ziele der Volksgesundheit unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten (Viertel, Gemeinden...) um.

Wir fordern, dass auf dieser Ebene ein „Bereich“ zur Kooperation eingerichtet wird, in dem die Akteure der Gesundheitsförderung und -erziehung, der Prävention, die in dem Gebiet tätigen sozialpädagogischen Akteure, die Anbieter von Pflege- und Hilfsleistungen der Grundversorgung, professionelle und nichtprofessionelle Akteure (wie beispielsweise ortsansässige Vereine und Vereinigungen), die mit Gesundheitsfaktoren/-determinanten/-zielen in Verbindung stehen, aber auch Vertreter der Bevölkerung, zusammenkommen.

Als Gesundheitskasse möchten wir diese erste Ebene von der Nähe profitieren lassen, die wir zu unseren Mitgliedern pflegen, insbesondere:

- indem wir unsere bürgernahen Gesundheitsmaßnahmen intensivieren (z.B. unsere lokalen Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung, Einsatz von Präventionsbeauftragten, Maßnahmen unserer Sozialdienste ...). Wir können beispielsweise über die IMA (intermutualistische Agentur) anonymisierte Daten bereitstellen (unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen), die es uns ermöglichen, Zielgruppen, Stadtviertel oder anderweitig vordefinierte Gebiete für die Durchführung von Aktionen/Animationen entsprechend den festgelegten Zielen und den Merkmalen der Bevölkerung auszuwählen;
- indem wir die zentrale Anlaufstelle für Patienten bilden, wenn es um Fragen der Versicherungsfähigkeit, der Verwaltung, der sozialen Absicherung im Gesundheitsbereich und um die Verteidigung von Rechten geht.

Zweite Ebene – Mikro

Die zweite Ebene umfasst die Begleitung von Nutzern/Patienten im Rahmen einer integrierten und multidisziplinären Gesundheitsversorgung und -unterstützung, die in Versorgungsgebieten (je nach Bevölkerungsdichte umfassen diese eine oder mehrere Gemeinden) organisiert ist.

Diese Ebene stellt integrierte Gesundheitsversorgung und -hilfe für möglichst viele Nutzer/Patienten bereit, vorrangig für chronisch Kranke oder Menschen in komplexen Situationen. Sie zeichnet sich durch eine

umfassende Zugänglichkeit aus, die auf einem sozialen und solidarischen Versicherungsmodell und einem ganzheitlichen, personenbezogenen Ansatz beruht.

Die Hilfe und Pflege wird von einem Team von Fachkräften geleistet, die für die Behandlung der meisten Gesundheitsprobleme auf Nachfrage des Nutzers/Patienten zuständig sind. Dabei werden bestimmte Kriterien wie die Wahlfreiheit des Patienten und der Aufbau dauerhafter Partnerschaften mit den Patienten und ihren pflegenden Angehörigen eingehalten.

Auf dieser Ebene **fordern wir**, dass:

- in den einzelnen Versorgungsregionen kooperative und koordinierte Prozesse für integrierte Hilfe und Pflege rund um den Patienten geschaffen/verstärkt werden;
- in jedem Einzugsgebiet ein „Rat für Hilfe und Pflege“ eingerichtet wird, der die Entwicklung des Angebots in Bezug auf Zugänglichkeit, Qualität und Mitbestimmung der Patienten steuert und diese kooperativen Prozesse und die Koordination der integrierten Hilfe und Pflege rund um den Patienten unterstützt.

Dritte Ebene – Makro

Die 3. Ebene ist in regionalen Gesundheits- und Pflegezonen organisiert, die für die Umsetzung und Überwachung der Politik und Ziele im Bereich der Volksgesundheit und der Gesundheitsversorgung zuständig sind. Dies ist die höchste Ebene der operativen Organisation.

Diese dritte Ebene stellt die Verbindung zwischen den auf politischer Ebene festgelegten Zielen für Gesundheit und Gesundheitsversorgung und den in einem bestimmten Gebiet tätigen Akteuren dar. Sie führt in diesem Gebiet alle Maßnahmen im Bereich Gesundheit und Gesundheitsfürsorge/-pflege zusammen. Sie ist der Garant für die ordnungsgemäße Umsetzung und Überwachung der Gesundheitsziele.

In diesem Rahmen können die Krankenkassen eine aktive Rolle spielen, insbesondere bei der operativen Umsetzung, dem Monitoring, der Begleitung und der operativen Umsetzung der Gesundheitsziele, dem Aufbau eines besseren sozialen und gesundheitlichen Wissens über diese Gebiete, indem sie die von unseren Mitgliedern formulierten Bedürfnisse weiterleiten und statistische Indikatoren und zusammengeführte Gesundheitsdaten nach Gemeinden/Vierteln oder Bezirken zur Verfügung stellen.

Wir fordern, dass in jeder regionalen Zone ein lokaler/ regionaler Rat eingerichtet wird, der sich aus den wichtigsten Akteuren/Beteiligten zusammensetzt, die in den verschiedenen Lebensräumen und Versorgungsgebieten tätig sind.

Dieser Rat beteiligt sich an der Umsetzung von Zielen im Bereich der Volksgesundheit und der Gesundheitsversorgung und ergreift und koordiniert Initiativen, um spezifischen Bedürfnissen auf Gebietsebene zu begegnen.



Kritische Faktoren für den Erfolg

Interdisziplinarität stärken...

Dieser Vorschlag zur Neugestaltung der Grundversorgung ist ein theoretisches Modell, das mit der Realität vor Ort und der institutionellen Komplexität unseres Landes in Einklang gebracht werden muss. Seine Umsetzung erfordert jedoch eine breite und gemeinsame Definition der Grundversorgung sowie einen gemeinsamen Arbeits- und Ausbildungsrahmen (für die Fachkräfte) rund um die bürgernahe Gesundheitsvorsorge. Darüber hinaus sind wir der Meinung, dass eine solche Reform nicht ohne eine deutliche Aufwertung bestimmter Bereiche wie der häuslichen Pflege, der Gesundheitsförderung und -prävention oder der psychischen Gesundheit möglich ist. Wir weisen auch darauf hin, dass dieses Modell nur dann tragfähig ist, wenn es von einer ausreichenden Anzahl von Leistungserbringern, insbesondere Ärzten, getragen wird. Daher fordern wir die **Föderation Wallonie-Brüssel** auf, bei der Festlegung der LKIV-Unterquoten die Bedürfnisse der Bevölkerung und den Mangel an Arbeitskräften zu berücksichtigen.

Diese Entwicklung erfordert einen engen Dialog zwischen den verschiedenen Zuständigkeitsebenen, aber jede Reform der Grundversorgung muss auch die Besonderheiten der föderierten Gebietseinheiten in Bezug auf die Sprache und die geografische Grenzlage berücksichtigen. Es ist daher von grundlegender Bedeutung, dass der Bürger/Patient zumindest Dienstleistungen in den drei Landessprachen in Anspruch nehmen kann, sei es in seiner eigenen Region oder in Zusammenarbeit mit anderen föderierten Gebietseinheiten/Ländern. Wir weisen darauf hin, dass der gebietsbezogene Ansatz, der in dieser Vision für die Organisation der Grundversorgung gewählt wurde, in den föderalen Plan für integrierte Versorgung einfließen muss, um die Angemessenheit der Projekte und verschiedenen Initiativen zu gewährleisten, einschließlich des Bereichs der psychischen Gesundheit, zu dem auch die neue Konvention über die psychologische Grundversorgung gehört.

Um diese Vision in die Praxis umzusetzen, **fordert die CKK ein fachübergreifendes Vorgehen**, insbesondere, in dem:

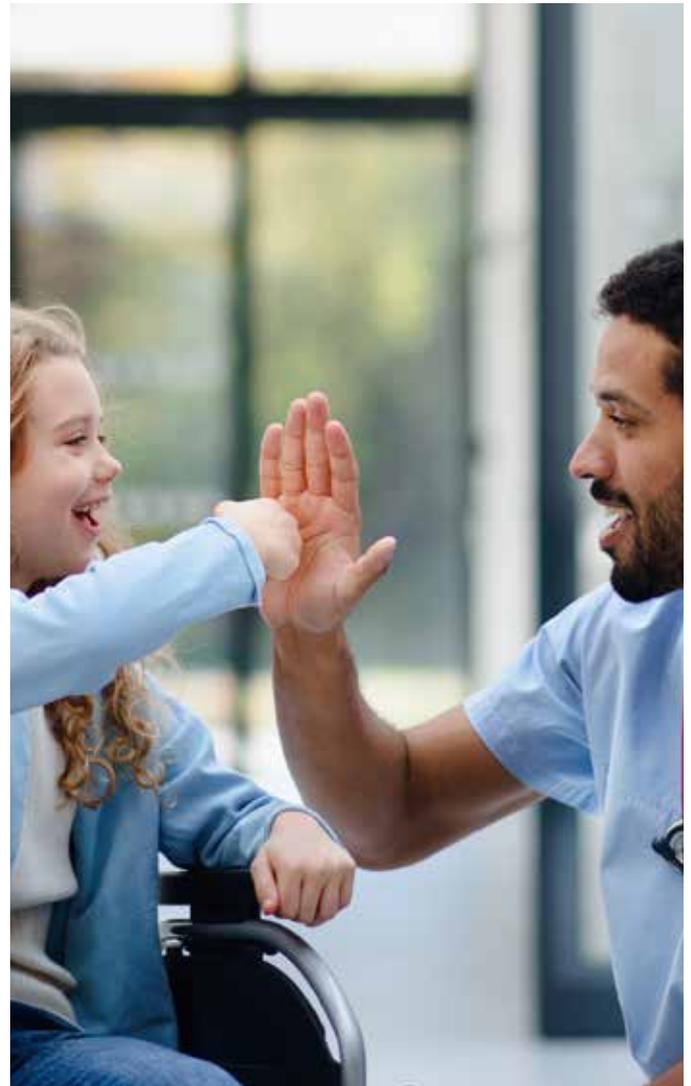
- dieser Themenbereich in der medizinischen, paramedizinischen und sozialen Ausbildung sowie in den Fortbildungsprogrammen verstärkt berücksichtigt wird;
- die Rolle der Koordination und des Case-Managements stärker in den Vordergrund gerückt wird;
- die Übertragung bestimmter Aufgaben ermöglicht wird in dem eine Prüfung zur möglichen Anwendung des Subsidiaritätssystems vorgenommen wird, sowie durch die Förderung einer nicht-hierarchischen Zusammenarbeit;
- die Koordinationszeit der Akteure finanziell aufgewertet wird;
- die Anwendung des BelRAI-Instruments als universelles Werkzeug zur Erfassung des Hilfe- und Pflegebedarfs umgesetzt wird und sichergestellt wird, dass es der besonderen Situation von Menschen mit Beeinträchtigungen gerecht wird;
- eine einheitliche elektronische Krankenakte (E-Health) entwickelt wird, die für die verschiedenen Berufsgruppen zugänglich ist, die den Patienten betreuen. Diese Akte muss auch (elektronisch als auch in einer nicht-elektronischen Form) für den Patienten und seine pflegenden Angehörigen (mit deren Zustimmung) zugänglich sein.
- Um die Interdisziplinarität und die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern, dass die Regionen die Entwicklung von Ärztehäusern mit Pauschaltarifen unterstützen.

...auf allen Ebenen

Eine verstärkte fachübergreifende Vorgehensweise durch die Entwicklung einer elektronischen Krankenakte erfordert auf Ebene der **Regionen** und **Gemeinschaften** eine stärkere Einbindung anderer Bereiche in die wallonischen und Brüsseler Gesundheitsnetzwerke (Bereich der häuslichen Hilfe und Pflege, Bereich der psychischen Gesundheit, die Koordinierungszentren, die ÖSHZ...). Als wichtige Strukturen des belgischen E-Health-Netzwerks müssen die Krankenkassen Teil der entscheidungsrelevanten Leitungsorgane dieser regionalen Plattformen sein.

Wir fordern:

- Andererseits fordern wir im Sinne der Patientenbefähigung, dass die auf diesen Plattformen verfügbaren Informationen nicht nur für die Nutzung durch Fachleute bestimmt sind, sondern auch den Bürgern zur Verfügung stehen, wobei insbesondere auf die Sicherheit und die Nichtkommerzialisierung dieser Daten zu achten ist.
- In der **Deutschsprachigen Gemeinschaft** fordern wir, dass Mittel für die Einrichtung einer gemeinsamen Plattform für den Datenaustausch bereitgestellt werden.



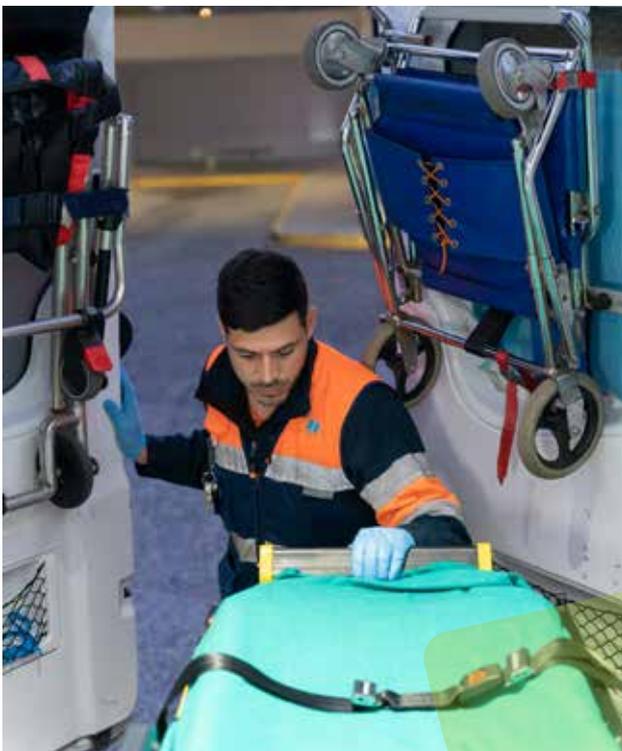
Nicht dringender Transport als Unterstützung

Der nicht dringende Transport von Patienten spielt eine zentrale Rolle für die Kontinuität der Hilfe und Pflege und die Abstimmung zwischen der ersten und der zweiten Linie, insbesondere für Patienten, die häufig zu Arztbesuchen, Untersuchungen oder einer bestimmten Behandlung gehen müssen.

Die laufenden Veränderungen aufgrund der Bevölkerungsalterung und der Zunahme chronischer Erkrankungen, die Neugestaltung der Grundversorgung und der stationären Versorgung oder auch der Wunsch der Menschen, zu Hause zu leben, erfordern die Schaffung eines angemessenen Transportangebots, das leistungsfähig, zugänglich und integrativ ist. Das bedeutet eine Sicherstellung der Zugänglichkeit von Hilfe und Pflege unter vielschichtigen Gesichtspunkten (nicht nur finanzielle, sondern auch physische und zeitliche Zugänglichkeit, Zugang zu Informationen, Begleitung und Betreuung von hoher Qualität usw.). In diesem Rahmen sollten die Bürger soweit wie möglich die Form der Mobilität wählen dürfen, die ihren Bedürfnissen entspricht (z.B. leichtes Sanitätsfahrzeug anstelle eines Krankenwagens).

Neben dem Zugang zu Hilfe und Pflege muss der Transport außerdem so beschaffen sein, dass er die gesellschaftliche Teilhabe fördert, um die soziale Eingliederung von Menschen mit eingeschränkter Mobilität aufrechtzuerhalten oder zu verbessern.

Die CKK wünscht sich, dass die zuständigen Behörden die Entwicklung dieser Beförderungsarten im öffentlichen und nichtkommerziellen Bereich unterstützen und fördern.



26 **Transport mit einem Krankenwagen:** Hierbei handelt es sich um den Transport eines liegenden Patienten, dessen Gesundheitszustand eine ununterbrochene Überwachung durch eine medizinische Fachkraft erfordert, in einem entsprechend ausgerüsteten Fahrzeug. Diese Überwachung wird von einer Person durchgeführt, die neben dem Patienten steht, die aber nicht der Fahrer des Fahrzeugs ist und die über eine ausreichende Ausbildung für diese Aufgabe verfügt (Rettungssanitäter, Krankenpflegefachkraft oder Arzt).

Transport in einem leichten Sanitätsfahrzeug: Hierbei handelt es sich um den Transport eines Patienten, dessen Gesundheitszustand eine zeitweilige Überwachung des Patienten erfordert, insbesondere zu Beginn und am Ende der Fahrt in einem Fahrzeug, das für die Beförderung von Personen mit eingeschränkter Mobilität geeignet ist oder nicht. Die Durchführung von Handgriffen wie das Anheben, Heben und die korrekte Positionierung des Patienten für den Transport müssen sicher durchgeführt werden und den Komfort des Patienten von der Übernahme bis zum endgültigen Zielort gewährleisten. Diese zeitweilige Überwachung erfolgt durch eine medizinische Fachkraft oder einen Mitarbeiter, der in Techniken der Patientenbetreuung und der psychosozialen Begleitung geschult ist.

Medizinisch-sanitäre Transporte von Patienten

Wir fordern:

- Dass die nichtkommerzielle Entwicklung dieses Sektors durch eine entsprechende Regelung unterstützt und gefördert wird durch:
 - die Festlegung von Qualitätsstandards in den Bereichen Technik und menschliche Expertise;
 - die Ausbildung und Qualifikation des Personals. In diesem Zusammenhang fordern wir, dass Fahrer (Rettungssanitäter oder Chauffeure) eine qualitativ hochwertige Ausbildung erhalten, die auch die Aufmerksamkeit für die schwächsten Personen und Menschen mit Behinderungen umfasst, um eine angemessene Betreuung anbieten zu können.
- Andererseits erscheint es uns unerlässlich, die finanzielle Erschwinglichkeit zu verbessern. Dies beinhaltet:
 - die Einführung von erschwinglichen Höchsttarifen (sowohl tagsüber als auch nachts und am Wochenende);
 - die Festlegung von Höchstsätzen auch für die Festbeträge;
 - eine stärkere finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand (auf föderaler oder regionaler Ebene);
 - die Einbeziehung des Begriffs „Patient an Bord“ in die Berechnung der in Rechnung gestellten Kilometer, um die Preisgestaltung für die Begünstigten verständlich und transparent zu machen.
- Schließlich fordern wir, dass der Anwendungsbereich der neuen Gesetzgebung zum medizinisch-sanitären Transport klar und für alle Beteiligten verständlich umrissen wird, d. h. dass genau definiert wird, was unter einem leichten Sanitätsfahrzeug zu verstehen ist und in welchen Fällen es eingesetzt werden kann (z. B. mit oder ohne Hilfeleistungsbedarf). In einer Logik, in der die Bedürfnisse und der Gesundheitszustand des Patienten die am besten geeignete Art des medizinisch-sanitären Transports bestimmen, schlagen wir vor, den nichtdringenden Transport in einem Krankenwagen von dem nichtdringenden Transport in einem leichten Sanitätsfahrzeug aufgrund der Notwendigkeit der Überwachung des zu befördernden Patienten zu unterscheiden.²⁶



Beförderung von Personen

Wir setzen uns auch für den Erhalt von Initiativen von gemeinnützigen Vereinigungen und insbesondere von Vereinigungen, die einen Transport auf ehrenamtlicher Basis anbieten, ein, indem keine gesetzlichen Auflagen aufgebürdet werden, die ihr Überleben gefährden.

Dies bedeutet:

- Beibehaltung einer klaren Unterscheidung zwischen Personentransport und medizinisch-sanitärem Transport, ohne die Akteure des Personentransports daran zu hindern, die Personen qualitativ hochwertig und sicher zu den Behandlungsorten zu befördern. Die freie Wahl der Person hinsichtlich der Art des gewünschten Transports muss gewährleistet bleiben;
- Abstimmung zwischen den verschiedenen Zuständigkeitsebenen, um die Freizügigkeit von Personen zu gewährleisten;
- Verbesserung der Finanzierung dieser gemeinnützigen Akteure.



Beförderung ohne Notwendigkeit einer Überwachung oder Beaufsichtigung

Im weiteren Sinne und für Fahrten ohne Notwendigkeit einer Überwachung oder Beaufsichtigung **fordern wir**:

- für den Haus-zu-Haus-Transport mit Kleinbussen folgende Verbesserungen:
 - Erweiterung der Anzahl der verfügbaren Fahrzeuge;
 - Ausweitung der Buchungszeiten und Vereinfachung des Buchungsverfahrens;
 - Aufstockung der Budgets, die derzeit für angepasste Transportdienste bereitgestellt werden, um die Aufgaben des Tec 105 zu erfüllen, damit diese Verbesserungen vorgenommen werden können;
- eine Verbesserung der Ausstattung der Fahrzeuge des öffentlichen Verkehrs und der Infrastruktur, die den Zugang zu diesen Fahrzeugen ermöglicht;
- eine Verbesserung der Abstimmung zwischen den Verantwortlichen der öffentlichen Verkehrsbetriebe und den Vertretern von Personen mit eingeschränkter Mobilität;
- eine Vereinheitlichung des Zugangs zu Vorzugsabonnements für Personen mit eingeschränkter Mobilität zwischen den öffentlichen Verkehrsbetrieben, indem diese in den verschiedenen Netzen verfügbar und dienstleistungsübergreifend genutzt werden können.



Stärkung der Sozialarbeit

Im unserem breiten Verständnis von Gesundheit ist die Sozialarbeit ein wesentlicher Bestandteil der Grundversorgung und muss daher in das oben beschriebene Modell integriert werden. Viel zu lange wurde der Bereich der Sozialarbeit von dem der Gesundheit abgeschottet, obwohl die soziale Gesundheit eine der wichtigsten Komponenten der Gesundheit ist. Soziale Ungleichheiten im Gesundheitsbereich (die sich derzeit noch verstärken) bestimmen von frühester Kindheit an die Gesundheits- und Emanzipationsfähigkeiten. Sie berühren die Würde des Einzelnen und das Selbstwertgefühl und basieren auf dem Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft.

Die Sozialarbeit muss sowohl die soziale Ungerechtigkeit bekämpfen, die sich auf vielfältige Weise entwickelt, als auch den Empfängern wieder Sinn und Würde verleihen. Aus diesem Grund sollte die Sozialarbeit eher in einen rechtlich verankerten Rahmen als in ein Fürsorgesystem eingebettet sein und der Zugang zu ihr vereinfacht werden. Wo es angebracht erscheint, muss dem Versicherungssystem der Vorzug gegeben werden, und das System darf nur in Ausnahmefällen der Logik der Sozialfürsorge unterworfen werden (z.B. der Status des Zusammenwohnens in der Sozialversicherung).

Die Entwicklungen gehen leider nicht alle in diese Richtung und den Sozialarbeitern fällt, ebenso wie mehreren Krankenkassenakteuren, eine Kontrollfunktion zu, die ihnen nicht zugewiesen werden sollte, während die Funktionen der Unterstützung und der bedingungslosen Aufnahme eines jeden besser zur Geltung gebracht werden sollten.

Andererseits setzt der Aufbau von Sozialschutzmechanismen, die Fürsorge- und Versicherungslogik miteinander verbinden, eine bereichsübergreifende Betrachtung der Problemsituationen voraus: Die Maßnahmen müssen sich in der Regel auf mehrere Bereiche erstrecken, mehrere Akteure mobilisieren und den spezifischen Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden, wobei die Risiken von unerwünschten Auswirkungen oder von „Engineering“ einzudämmen sind.

Die Sozialhilfe und die Sozialarbeit benötigen daher eine ihren Aufgaben angemessene Finanzierung, die es kompetenten, anerkannten und geförderten Teams von Sozialarbeitern ermöglicht, ihre Maßnahmen in dauerhafte und strukturierte Prozesse der Zusammenarbeit einzubinden (z.B. das wallonische Projekt zur verstärkten Unterstützung von Alleinerziehenden).

Darüber hinaus ist der Zugang zu sozialen Leistungsansprüchen im Rahmen der Übertragung von Zuständigkeiten und der rasanten Digitalisierung von Einrichtungen und Diensten infolge der Gesundheitskrise komplexer und problematischer geworden. Der direkte Kontakt nimmt zugunsten digitaler Kommunikationsmöglichkeiten ab, die für die spezifischen Zielgruppen der Sozialdienste weniger geeignet sind. Die Sozialarbeit wird dadurch anspruchsvoller und komplexer, da viele Sozialarbeiter durch ihre zusätzliche Rolle als „digitale Vermittler“ stark beansprucht werden. Die Nichtinanspruchnahme von Rechten durch schutzbedürftige Bürger oder Bürger mit mangelnden digitalen Fähigkeiten nimmt zu und stellt den gleichberechtigten Zugang zu sozialen Leistungen infrage.

Dies ist eine echte demokratische Herausforderung.

Konkret fordern wir für diesen Sektor:

- die Aufwertung der Koordinierungsfunktionen von allgemeinen Sozialdiensten, die mit anderen Partnern in Netzwerken zusammenarbeiten, um die Qualität der Sozialarbeit mit den Nutzern zu verbessern. Dies erfordert insbesondere die Anerkennung und ausreichende Finanzierung von Maßnahmen zur Unterstützung und Begleitung der Sozialarbeiter selbst;
- wir erwarten von den föderierten Gebietseinheiten und ihren Verwaltungen, dass sie für eine maximale Koordinierung der persönlichen Rechte und der Bedingungen für den Zugang zu den Rechten sorgen (ein Pakt der „Freizügigkeit“) und dass sie die Bedingungen für eine maximale Automatisierung bei der Gewährung von Rechten, insbesondere von abgeleiteten Rechten, schaffen (Beispiel: Zugang zur erhöhten Kostenerstattung EKE). Dies setzt natürlich klare und relevante Informationen sowie anerkannte und finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen für die Akteure der Sozialarbeit voraus;
- derzeit werden die Sozialdienste der Krankenkassen trotz der regionalen Finanzierung, die mit ihrer gesetzlichen Anerkennung verbunden ist, überwiegend aus den Eigenmitteln der Krankenkassen finanziert. In den letzten Jahren haben immer mehr Gemeindeverwaltungen die Bevölkerung an diese Dienste verwiesen, während die Behörden ihnen neue Aufgaben aufgebürdet haben, ohne die dafür erforderlichen Mittel bereit zu stellen (z.B. Begleitung der Leistungsempfänger bei der Beantragung von Beihilfen zur Unterstützung von Betagten bzw. des Pflegegeldes, Anerkennung von Behinderungen usw.). Darüber hinaus sind unsere Sozialdienste mit einer Zunahme der Anträge konfrontiert, die auf die Folgen der verschiedenen Krisen zurückzuführen sind, die wir durchlebt haben. Wir fordern daher eine strukturelle Neufinanzierung (Betriebskosten, Personalkosten und Digitalisierung) der Sozialdienste der Krankenkassen durch die verschiedenen föderierten Gebietseinheiten, um diese neuen Aufgaben zu bewältigen, aber auch um angemessen auf neue Anfragen reagieren zu können.



Der gleichberechtigte Zugang zu Rechten: eine echte demokratische Herausforderung!



Dringende medizinische Hilfe (DMH) für Migranten

Gesundheit ist ein grundlegendes und unveräußerliches Recht. Dieses Recht muss auf allen Ebenen der Bevölkerung, unabhängig vom Nationalitätsstatus, der kulturellen oder geografischen Herkunft geschützt werden. Die DMH muss daher sowohl aus humanitären Gründen als auch aus Gründen der öffentlichen Gesundheit gewährt und garantiert werden.

In diesem Sinne **plädieren wir dafür**, dass die dringende medizinische Hilfe von jedem ÖSHZ nach einem gemeinsamen Rahmen und identischen Verfahren gewährt wird, die den Menschen in einer ungeklärten Rechtslage einen tatsächlichen Zugang zu der ihnen zustehenden Gesundheitsversorgung garantieren.

Wir fordern insbesondere, dass die Entscheidungen innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Fristen getroffen werden und die Zuständigkeitsregeln zwischen den ÖSHZ vereinfacht werden. Diese Forderung gilt auch für den gesamten Bereich der Sozialhilfe, die allen Bürgern im gesamten Staatsgebiet gewährt wird.



Die Sozialarbeit muss sowohl eine sich vielfältig entwickelnde Prekarität bekämpfen als auch den Leistungsempfängern wieder Sinn und Würde verleihen.





Stärkung der Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit

Psychische Gesundheit ist ein komplexes Konzept, das eng mit verschiedenen Bereichen des Lebens verknüpft ist: körperliche Gesundheit, Gefühlsleben, Arbeit, Kultur, aber auch Wohnsituation, wirtschaftliche Ressourcen und Umwelt. Die Determinanten der psychischen Gesundheit liegen an den Schnittstellen all dieser Bereiche. Auch hier ist es also notwendig, über die medizinisch-psychologischen Antworten hinaus eine gesellschafts- und bereichsübergreifende Antwort zu finden und über die Werte unserer Gesellschaft nachzudenken.

Psychisches Leiden kann die Person von punktuellen und mäßigen bis hin zu schweren und behindernden chronischen Formen beeinträchtigen. Das Spektrum ist sehr breit und es ist wichtig, dass differenzierte und angemessene Antworten für alle zugänglich sind. Leider gibt es immer noch viele Hindernisse, die den Zugang zu den psychischen Gesundheitsleistungen erschweren: mangelnde Verfügbarkeit von Diensten, Probleme bei der Erreichbarkeit, Schwierigkeiten bei der Akzeptanz der Inanspruchnahme von Versorgung, Stigmatisierung²⁷ oder Unkenntnis über psychische Gesundheitsprobleme und das bestehende Hilfsangebot.

Die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen müssen sich also einbringen, um sich diesen Herausforderungen zu stellen und ein ausreichend verankertes und solides soziales Gefüge zu schaffen, um „Sorge zu tragen“, Menschen mit psychologischen und/oder psychiatrischen Schwierigkeiten aufzufangen und ihnen bestmöglich zu helfen. Um dies zu erreichen, muss die Organisation der Pflege mehr denn je außerhalb von geschlossenen Silos gedacht werden. Es muss eine wirksame und koordinierte Steuerungsstruktur geschaffen werden.

Die Gesundheitskrise, die wir durchlebt haben, ist ein gutes Beispiel für diese Determinanten der psychischen Gesundheit: Der Verlust sozialer Bindungen, wirtschaftliche Unsicherheiten oder die Sorge um eine Pandemie oder das Klima haben das Wohlbefinden der Bürger beeinträchtigt oder bereits bestehende Schwächen verschärft. Vor allem hat sie deutlich gemacht, dass bestimmte Gruppen besonders anfällig sind, wenn es um Fragen der psychischen Gesundheit geht: Kinder und Jugendliche, Frauen, Alleinerziehende, ältere Menschen, alleinstehende Menschen, Patienten mit Doppeldiagnosen und Menschen in prekären Lebensumständen²⁸.

Die Krise hat darüber hinaus die Notwendigkeit von Investitionen in diesem Bereich verdeutlicht, und zwar auf allen Ebenen der Versorgung: Prävention, Grundversorgung, spezialisierte Versorgung und Rehabilitation.

Die Bedeutung der Prävention auch im Bereich der psychischen Gesundheit

Wie wir bereits erwähnt haben, hängt die psychische Gesundheit stark von sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten Faktoren ab, und die Behandlung kann nicht die einzige Antwort sein, um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu unterstützen oder zu verbessern. Laut WHO „ist die einzige nachhaltige Methode, die durch diese Störungen verursachte Belastung zu verringern, die Prävention“²⁹.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen nämlich, dass durch Prävention das Auftreten psychischer Erkrankungen zumindest teilweise verhindert und/oder abgemildert werden kann³⁰.

Darüber hinaus halten wir es für wichtig, dass alle Menschen von Kindheit an psychosoziale Kompetenzen entwickeln können, die es ihnen ermöglichen, sich zu entfalten und mit den verschiedenen Ereignissen des Lebens umzugehen. Die Orte, an denen sich junge Menschen engagieren können, sollten möglichst leicht zugänglich sein, z.B. Jugendbewegungen, Ehrenamt und Mannschaftssportvereine.

Die Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit muss daher auf einem breiten Gesundheitsbegriff beruhen. Soziale Akteure und gesundheitsbezogene Dienste wie die Jugendhilfe oder die ÖSHZ sind ebenfalls unverzichtbare Akteure in diesem Ansatz.

Die CKK schlägt vor:

- die Prävention von frühester Kindheit an stärker auszubauen und die Problematik der sozialen Netzwerke und der Sucht (insbesondere der Bildschirmsucht) über die Schulen, aber auch über die schulischen Gesundheitsförderungsdienste, die Freizeit- und Stadtteilvereinigungen oder die außerschulische Jugendarbeit zu integrieren;
- die Fähigkeit zur Früherkennung durch Fachkräfte im schulischen Umfeld zu entwickeln;
- das kritische Denken von Kindern und Jugendlichen im Umgang mit sozialen Medien zu fördern und die Akteure entsprechend zu schulen;
- das digitale und/oder schulische Mobbing zu bekämpfen;
- den Zugang zum Sport für alle im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern;
- den Zugang zu Kultur- und Freizeitaktivitäten für alle zu fördern;
- die Verfügbarkeit von Unterstützungsdiensten wie Kinderbetreuungsplätzen, Diensten zur Unterstützung von Eltern, Jugendhilfe, Familienplanungsstellen und Schuldnerberatung sicherzustellen;
- die Entstigmatisierung von Problemen der psychischen Gesundheit und das Entdramatisieren der Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsleistungen weiter voranzutreiben, z.B. durch Sensibilisierungskampagnen;
- Maßnahmen zu entwickeln, die sich an vorrangige Zielgruppen im Bereich der psychischen Gesundheit richten, insbesondere an Alleinerziehende, Frauen, Menschen in prekären Lebensumständen und Neuzuwanderer;
- Orte der Begegnung und niedrigschwellige Aktivitäten zu entwickeln, die jedem einen Platz einräumen und soziale Bindungen fördern.



27 https://www.mc.be/media/MC%20Infos%20280_tcm49-66554.pdf

28 Santé et Société, octobre 2022 : https://www.mc.be/media/sante-et-societe-3_tcm49-76551.pdf

29 Santé et Société, octobre 2022 : https://www.mc.be/media/sante-et-societe-3-sante-mentale_tcm49-76553.pdf

30 Santé et Société, octobre 2022 : https://www.mc.be/media/sante-et-societe-3-sante-mentale_tcm49-76553.pdf



Suchterkrankungen

Auch im Bereich der Suchtproblematik ist der Ausbau der Prävention unerlässlich. Die Problematik der Abhängigkeit von Alkohol und psychoaktiven Substanzen ist nämlich die Hauptursache für die Einweisung in psychiatrische Einrichtungen. Die Prävention ist durch regelmäßige Kampagnen und insbesondere gegenüber der Zielgruppe der Jugendlichen zu verstärken.

Der Konsum von sogenannten weichen oder harten Drogen ist ebenfalls ein wichtiger Risikofaktor für die Verschlechterung der psychischen Gesundheit. Dies gilt auch für den Arzneimittelmisbrauch. Auch hier sind Präventionskampagnen und Maßnahmen zur Risikominderung erforderlich, insbesondere in der Partyszene. Der gesamte Suchtbereich muss gestärkt und entsprechend den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen finanziert werden: neue Substanzen (synthetische Drogen) und neue Konsummuster. Andererseits ist es wichtig, über die Gefahren des Konsums und die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit zu informieren, aber auch Menschen, die an einer Sucht leiden, zu begleiten und zu entstigmatisieren.

Um diesen Störungen vorzubeugen und ihnen zu begegnen, fordern wir:

- die Finanzierung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen zu diesem Thema, z. B. von Informations- und Sensibilisierungskampagnen.



Ökoängste

Die Umweltkrise, die wir erleben, erzeugt in der Gesellschaft und vor allem bei jungen Menschen ein Gefühl des Unwohlseins und der Unzufriedenheit. Tatsächlich geben laut einer Studie von Marcks & al. (2021)³¹, 6 von 10 Jugendlichen an, dass sie sich angesichts des Klimawandels sehr oder sogar extrem Sorgen machen. Ihr Unwohlsein äußert sich in verschiedenen emotionalen Zuständen (Depression, Stress, Angst, Wut ...), aber auch körperlich (Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen). Dies wird von Experten als „Ökoangst“ bezeichnet.

Da die jungen Generationen in besonderem Maße von den Herausforderungen im Zusammenhang mit der Zukunft unseres Planeten betroffen sind, **fordern wir dazu auf:**

- die Forschung zum Thema Ökoangst zu unterstützen;
- das Konzept der Ökoangst und der Resilienz gegenüber dem Klimawandel in die Grundausbildung und Weiterbildung von Fachkräften im Bereich psychische Gesundheit aufzunehmen;
- die Entwicklung von Plattformen für die Meinungsäußerung und das Engagement zu diesem Thema zu unterstützen, die von und für junge Menschen geschaffen werden.



Die Akteure der psychischen Gesundheit als Akteure der Grundversorgung

In den letzten Jahren hat Belgien eine wichtige Reform der Organisation des Versorgungsangebots im Bereich der psychischen Gesundheit durchgeführt, die insbesondere eine starke ambulante Ausrichtung sowie eine weniger krankenzentrierte und gemeinschaftsorientierte Versorgung beinhaltet. Diese als „107“ bezeichnete Reform wird über 32 Netzwerke im ganzen Land (Erwachsene und Kinder/Jugendliche) organisiert. Auch wenn es einige Zeit gedauert hat, bis diese Reform Gestalt annahm, so finden ihre Grundlagen mittlerweile eine breite Zustimmung unter den Fachkräften und Nutzern. Die Umsetzung ist jedoch komplex und das Angebot wenig bekannt.

Zu dieser Reform kommt auch der Wille hinzu, die Grundversorgung bei den Hilfs- und Versorgungsangeboten in der **Wallonischen Region** und in **Brüssel** neu zu organisieren und dabei die psychische Gesundheit einzubeziehen. In dieser sich verändernden und derzeit zu stark fragmentierten Landschaft müssen die Bürger, ihre Angehörigen und die Fachkräfte ihren Weg zum Versorgungsangebot für psychische Gesundheit und zu den sozialen Akteuren finden.



³¹ Marks, Elizabeth and Hickman, Caroline and Pihkala, Panu and Clayton, Susan and Lewandowski, Eric R. and Mayall, Elouise E. and Wray, Britt and Mellor, Catriona, and van Susteren, Lise. (2021). Young People's Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon.



In diesem Bereich **plädiert die CKK dafür:**

- die Übersichtlichkeit des Angebots an psychosozialer Versorgung und psychiatrischen Beratungen zu verbessern, indem ein aktualisiertes Verzeichnis der verschiedenen Dienstleister und Dienste erstellt wird, um den Bürgern die Orientierung zu erleichtern;
- die Vernetzung und die gegenseitige Kenntnis der Dienste zu fördern, indem eine Finanzierung für diese Koordinierungszeiten rund um den Patienten vorgesehen wird;
- den Zugang zu psychosozialer Versorgung für alle sicherzustellen und dabei besonders darauf zu achten, dass die Einrichtungen für die am stärksten gefährdeten und benachteiligten Personen zugänglich sind. Für diese Gruppen wünschen wir uns auch, dass die Entwicklung des Outreachings³² gefördert wird;
- den Einsatz der Vereinbarung über die psychologische Grundversorgung und ihre Verknüpfung mit den bestehenden Akteuren auch auf regionaler und gemeinschaftlicher Ebene zu stärken;
- die Kommunikation über diese Maßnahme sowohl gegenüber den Bürgern als auch gegenüber den Fachkräften im Bereich der psychischen Gesundheit und der damit verbundenen Dienste zu verbessern;
- ein Team für Kinder und Jugendliche in jede psychosoziale Einrichtung zu integrieren und zuzulassen, sowie die Möglichkeit einer Familienbetreuung zu schaffen. Alleinerziehende sind besonders gefährdet und es sollte flächendeckend psychosoziale Unterstützung angeboten werden;
- für eine gerechte territoriale Verteilung des Versorgungsangebots zu sorgen. In der **Deutschsprachigen Gemeinschaft** herrscht ein Mangel an Fachkräften für psychische Gesundheit. Es ist wichtig, dass dieser Mangel behoben wird und die Bürger in ihrer Sprache betreut werden können;
- den Sektor der häuslichen Pflege und Betreuung in Bezug auf die psychosoziale Dimension ihrer Arbeit mit den Empfängern zu unterstützen, zu stärken und auszustatten: Ausbildung, Supervision und finanzielle Anerkennung dieser Arbeit;
- die E-Gesundheit im Bereich der ambulanten psychischen Gesundheit einzuführen;
- die Erstausbildung und Weiterbildung im Bereich psychische Gesundheit für psychosoziale Fachkräfte zu fördern und zu finanzieren.



Spezialisierte Versorgung

Manche Menschen benötigen auch eine längerfristige psychologische und psychiatrische Versorgung in Form von stationärer oder ambulanter Behandlung. Spezialisierte Unterbringungsstrukturen wie die Initiativen für betreutes Wohnen (IBW) und die psychiatrischen Pflegeheime (PPH) sind für diesen Personenkreis unverzichtbare Anlaufstellen, z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder als Alternative zu diesem.

Dies gilt auch für psychosoziale oder kinderpsychiatrische Rehabilitationszentren und solche, die auf die Behandlung von Suchterkrankungen spezialisiert sind.

Wir plädieren für:

- In Bezug auf **Initiativen für betreutes Wohnen:**
 - die weitere Schaffung von Plätzen in Wohnheimen, wobei der Bedarf vorab objektiviert und auf eine ausreichende territoriale Verteilung dieses Unterbringungsangebots geachtet werden muss;
 - die Bereitstellung von Plätzen in Pflegeheimen für spezielle Zielgruppen wie junge Erwachsene, Mütter mit ihren Babys oder für Personen mit Doppeldiagnose. Diese speziellen Plätze sollten mit angemessenen Betreuungsnormen einhergehen.
- In Bezug auf die **psychiatrische Pflegewohnheime** fordern wir dazu auf:
 - das Angebot an Unterbringungsmöglichkeiten weiter zu erhöhen und eine aktualisierte regionale Planung vorzusehen, da der Bedarf groß ist. Es gibt nach wie vor Wartelisten für die Aufnahme in diese Einrichtungen;
 - die finanzielle Zugänglichkeit für Personen, die in PPH untergebracht sind, zu verbessern;
 - Plätze für Personen mit Doppeldiagnose zu schaffen und eine angemessene Betreuung für diese Personen bereitzustellen. .
- Bei den **Rehabilitationszentren** ist ein Ausbau der Plätze in der Kinderpsychiatrie und in der Betreuung von jungen Erwachsenen besonders notwendig.
- Speziell für den **Suchtbereich** wurde vor kurzem in **Brüssel** ein Raum eingerichtet, in dem Drogen unter geringerem Risiko konsumiert werden können, und auch in der **Wallonischen Region** gibt es seit mehreren Jahren eine solche Anlaufstelle. Es ist wichtig, sich auf die geplanten Evaluationen dieser Einrichtungen zu stützen, um diese gegebenenfalls dauerhaft zu etablieren und möglicherweise weitere Einrichtungen zu entwickeln.
- **Bei manchen Menschen kumulieren sich psychische Gesundheitsprobleme mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung.** Wir sind der Ansicht, dass für diese Menschen mit Doppeldiagnose, die eine besondere Betreuung und angepasstes Personal benötigen, ein Versorgungsangebot entwickelt werden muss. Um dies zu erreichen, muss die Abstimmung zwischen den Bereichen Behinderung und psychische Gesundheit sowie zwischen den verschiedenen Regierungsebenen gefördert werden, die jeweils für den ambulanten Sektor, das Krankenhaus und die Tages- und Pflegeeinrichtungen zuständig sind.



32 Outreaching: ein mobiler Dienst, der Menschen mit erschwertem Zugang zu Gesundheitsversorgung oder Dienstleistungen aufsucht.



Auf die Bedürfnisse und Herausforderungen des Autonomieverlusts eingehen

Obwohl wir die Frage des Autonomieverlusts oft mit der Bevölkerungsalterung in Verbindung bringen, umfasst sie doch ganz unterschiedliche Realitäten und Lebenssituationen. Grundsätzlich kann der Verlust der Eigenständigkeit oder eine Behinderung jeden betreffen: eine ältere Person, die nicht mehr selbst einkaufen gehen kann, eine Person, die an Krebs erkrankt ist und zu Hause gepflegt werden muss, eine Person in gleich welchem Alter, die vorübergehend unter Autonomieverlust leidet, oder aber ein Kind, das mit einer Behinderung geboren wurde und einen Rollstuhl benötigt, um sich fortzubewegen. Außerdem führt die steigende Lebenserwartung dazu, dass sich solche Lebenssituationen immer häufiger kreuzen: eine ältere Person etwa, bei der sich eine Behinderung entwickelt, oder eine Person mit einer Behinderung, die altert.

Unabhängig davon, ob jemand aufgrund seines Alters, einer Krankheit oder einer anderen Behinderung, aus körperlichen oder geistigen Gründen oder infolge des Zusammentreffens dieser Gründe seine Eigenständigkeit verliert, möchte sich jeder auf ein umfassendes Gesundheits- und Hilfesystem stützen können. Dieses System muss ausreichend Alternativen bieten, die sowohl finanziell, physisch als auch geografisch zugänglich sind. Die CKK plädiert für ein humanes und auf die Würde jedes Einzelnen ausgerichtete System, das die Entscheidungen der Bürger und ihre Lebenspläne sowie die der Angehörigen in ihrem Umfeld berücksichtigt. Auch wenn dies selbstverständlich erscheinen mag, sind es dennoch Werte und Prinzipien, die insbesondere während der Covid-19-Krise unter Druck geraten sind.

Die CKK plädiert schon seit langem für die effektive Einrichtung eines kontinuierlichen Hilfe- und Pflegeangebots für Menschen mit eingeschränkter Autonomie. Das Gesundheitssystem der Zukunft sollte es ermöglichen, dass jeder Mensch mit Autonomieverlust

(ob punktuell oder dauerhaft) angemessen versorgt wird, dass er die notwendige Hilfe und Pflege am richtigen Ort und zur richtigen Zeit erhält und dass dabei seine Wahlfreiheit und die seiner pflegenden Angehörigen so weit wie möglich respektiert werden. Um dies zu erreichen, müssen alle Elemente, die Bestandteil dieses Systems sind, weiterentwickelt werden - von der Betreuung zu Hause bis hin zur Betreuung in Einrichtungen, über Tagesstätten, Kurzaufenthalte, Rehabilitations- und Genesungszentren, psychosoziale Dienste, Krankenhaus- und Palliativpflege. Außerdem muss eine bessere Vernetzung zwischen den verschiedenen Lebensräumen dieser Menschen gewährleistet werden, damit sie nicht auf den einen oder anderen davon beschränkt bleiben. Deshalb ist es erforderlich, dass die unterschiedlichen Akteure ihre gegenseitigen Aufgabenbereiche kennen und sich abstimmen können. Dies erfordert eine gegenseitige Kenntnis der Akteure und eine Abstimmung untereinander. Die Schaffung einer echten Kontinuität der Hilfe und Pflege würde es zudem ermöglichen, eine Kultur der integrierten Hilfe und Pflege zugunsten der gesamten Bevölkerung zu entwickeln.

Schließlich sei daran erinnert, dass das Wohlbefinden von Menschen mit eingeschränkter Autonomie nicht nur eine Frage der medizinischen Versorgung ist.

Viele andere Faktoren beeinflussen ihre Gesundheit: Einsamkeit, Einkommen, Wohnqualität, Wohnraumgestaltung, Verkehr, Mobilität, Kultur, Freizeit usw. Auch hier ist eine bereichsübergreifende Politik zugunsten der Zielgruppen von großer Bedeutung. Diese sollte zumindest in Betracht ziehen, dass das allgemeine Wohlbefinden von Menschen, die ihre Eigenständigkeit verlieren, im Mittelpunkt des Berufs und der Ausbildung von Pflegekräften steht.



Das Gesundheitssystem der Zukunft sollte jedem Menschen mit eingeschränkter Selbstständigkeit eine angemessene Versorgung ermöglichen, ihm die notwendige Hilfe und Pflege bieten am richtigen Ort und zur richtigen Zeit, wobei seine Entscheidungsfreiheit und die seiner pflegenden Angehörigen so weit wie möglich respektiert wird.







Häusliche Hilfe und Pflege

Die große Mehrheit der Menschen, die unter Autonomieverlust leiden, möchte so lange wie möglich zu Hause bleiben.

Wie viele andere Akteure wurde jedoch auch der Bereich der häuslichen Hilfe und Pflege stark von der Gesundheitskrise, den steigenden Kosten für Mobilität, aber auch von einem immer größeren Personalmangel betroffen.

Damit die Fachkräfte in der häuslichen Hilfe und Pflege weiterhin eine qualitativ hochwertige, zugängliche Dienstleistung und Betreuung anbieten und auf die steigende Nachfrage reagieren können, wobei die Wahlfreiheit des Patienten bei der Dienstleistung, die er in Anspruch nehmen möchte, stets respektiert wird, **müssen verschiedene Maßnahmen im Bereich der häuslichen Hilfe und Pflege ergriffen werden:**

- finanzielle Stärkung des Bereichs;
- Abbau von Wartelisten durch eine deutliche Erhöhung des Stundenkontingents für Familienhelferinnen, Schaffung eines Kontingents für Haushaltshilfen und häusliche Krankenwachen mit einem klaren, transparenten und zwischen den verschiedenen Gebietseinheiten des Landes abgestimmten Status;
- Entwicklung eines Verzeichnisses, z.B. der nicht erfüllten Anfragen und Bedürfnisse, um relevante Planungskriterien zu ermitteln, die den tatsächlichen Bedarf berücksichtigen, wie z.B. Betreuung am Abend, am frühen Morgen und am Wochenende;
- Gewährleistung einer den aktuellen Entwicklungen Rechnung tragenden, angepassten Erschwinglichkeit für die Nutzer dieser Dienste, indem sie insbesondere vor Kostensteigerungen aufgrund aufeinanderfolgender Krisen und der Inflation geschützt werden;
- Gewährleistung einer angemessenen und begleiteten Orientierung für Menschen mit eingeschränkter Autonomie und ihrer pflegenden Angehörigen gemäß ihren Bedürfnissen und unter Wahrung der persönlichen Wahlfreiheit. Wir plädieren für die Anerkennung der „Autonomieberater“ in den Krankenkassen, die als zentrale Anlauf- und Orientierungsstelle für Menschen mit plötzlichem Autonomieverlust und ihre Angehörigen als 360°-Betreuung dienen sollen (Vermittlung von Hilfs- und Pflegediensten, Transportdiensten, Entlastungsangeboten usw.). Diese Autonomieberater würden ergänzend mit den Orientierern der Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben arbeiten;
- Ausbau und Entwicklung der verschiedenen Berufe der häuslichen Hilfe und Pflege, um die Komplementarität zwischen den verschiedenen Aufgabenbereichen zu stärken und neuen Bedürfnissen gerecht zu werden (komplexere Betreuung zu Hause, technologische Entwicklungen, neue Profile von Leistungsempfängern usw.). Jeder Beruf muss dort ausgeübt werden können, wo er am nützlichsten ist;
- der Bevölkerung und den Fachkräften den Sektor der häuslichen Hilfe näher bringen durch Erläuterung ihres sozialen Nutzens und der Bandbreite der möglichen Dienstleistungen, damit die Inanspruchnahme dieser Dienste erfolgt, sobald der erste Bedarf entsteht. Dadurch wird ein präventiver und vorausschauender Ansatz für mögliche künftige Bedürfnisse gefördert;
- Verbesserung der Attraktivität der Ausbildung für diese Berufe und Aufstockung der Mittel für die Betreuung der Auszubildenden, sowohl schulisch als auch im praktischen Alltag.
- haushaltsmäßige Begleitung der Gehaltsanpassungen in den Berufen der häuslichen Pflege und Betreuung und deren Umsetzung in den von den **Regionen** und **Gemeinschaften** finanzierten und zugelassenen Diensten ... Im Gegensatz zu anderen Sektoren konnten die Dienste der häuslichen Hilfe und Pflege nicht auf eine finanzielle Unterstützung der öffentlichen Hand zählen, um die Gehaltstarife für ihr Personal anzuheben. Dies könnte langfristig zu einem Wettbewerb zwischen gemeinnützigen und kommerziellen Diensten auf dem Arbeitsmarkt führen, was sich nachteilig auf die Zugänglichkeit von Hilfe und Pflege auswirken würde.



Betreuung kranker Kinder

Die Problematik der Betreuung kranker Kinder muss auch in den kommenden Jahren ein Anliegen der Behörden sein. Denn Familien haben häufig große Schwierigkeiten, Privat- und Berufsleben miteinander zu vereinbaren. Dies ist der Fall, wenn die Kinder krank werden, und noch mehr, wenn diese Kinder besondere Bedürfnisse haben. In solchen Fällen bleiben oft die Frauen zu Hause oder kümmern sich, falls dies möglich ist, die Großeltern um die Kinder. Familien, die sich in dieser Situation befinden, werden zunächst im Familienkreis nach Lösungen suchen, bevor sie sich an professionelle Dienste wenden.

Aufgrund der längeren Lebensarbeitszeit bleiben Großeltern jedoch länger erwerbstätig, sodass sie weniger Zeit für die Betreuung ihrer Enkelkinder haben. Die Nachfrage nach Betreuungsangeboten für kranke Kinder wird daher wahrscheinlich stark ansteigen. Wir beobachten auch ein beunruhigendes Phänomen im Zusammenhang mit der Arbeit von zu Hause aus: Die Möglichkeit, die Arbeitszeit von zu Hause aus zu leisten, führt dazu, dass Eltern arbeiten und gleichzeitig ihre Kinder betreuen. Die CKK ist der Ansicht, dass diese Situation nicht gefördert werden sollte, da sie die notwendige Trennung von Berufs- und Privatleben beeinträchtigt.

Die CKK fordert daher, dass die Behörden der förderierten Gebietseinheiten neben dem Ausbau des Angebots an Betreuungsmöglichkeiten für kranke Kinder auch die Einführung eines Verfahrens zur Gewährung von Urlaub aus zwingenden Gründen auf der Ebene des Föderalstaats unterstützen.

Wohnraumgestaltung und technische Hilfen (individuelle Hilfen und Mobilitätshilfen)

Um Menschen mit Autonomieverlust eine qualitativ hochwertige Betreuung zu Hause zu gewährleisten, ist es wichtig, einen ganzheitlichen Ansatz für die Situation der Person zu fördern, indem man eine transversale und spezifische Analyse ihrer Bedürfnisse durchführt, die alle betroffenen Akteure (Ergotherapeuten, Krankenpfleger, Haushaltshilfen, Familien...) einbezieht.

Wir fordern, dass:

- die obengenannten Maßnahmen durch die Entwicklung technischer Hilfsmittel (insbesondere über die Notrufzentralen) und durch eine ganzheitliche Politik zur Förderung der Wohnraumgestaltung und zur Ausweitung der technischen Hilfsmittel ergänzt werden. Daher ist es wichtig, die Rolle dieser Hilfsmittel innerhalb des häuslichen Betreuungsnetzes anzuerkennen und aufzuwerten, indem die Kommunikation über diese Hilfsmittel verstärkt, ihre Zugänglichkeit gewährleistet und ein klarer Rahmen geschaffen wird, der Mindeststandards im Hinblick auf die Finanzierung festlegt.
- die Behörden ein besonderes Augenmerk auf die Vereinfachung der Verwaltungsverfahren und die Beschleunigung der Bearbeitung von Anträgen legen.
- die Behörden die Rolle des gemeinnützigen Sektors als Träger der sozialen Innovation in diesem Bereich aufwerten, insbesondere im Rahmen der Entwicklung der Silver Economy, aber auch bei erfolgreichen Initiativen in kleinerem Maßstab wie dem Projekt der gelben „Senior-Focus-Boxen“.
- Menschen, die unter dem Verlust ihrer Eigenständigkeit leiden, auch in der Lage sein müssen, eine informierte Wahl hinsichtlich der Gestaltung ihres Zuhauses und der technischen Hilfsmittel, die sie möglicherweise benötigen, zu treffen, und dabei müssen Sie die finanziellen Hilfen, die sie in Anspruch nehmen könnten, auch kennen.



Einführung eines Sonderurlaubs um Eltern bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu helfen.



Beratungsagenturen und Vereinigungen für Wohnraumgestaltung

Eine wichtige Rolle spielen hierbei Beratungsagenturen oder Vereinigungen, die Menschen bei der Einrichtung ihres Zuhauses und der Suche nach technischen Hilfsmitteln unterstützen.

Wir fordern:

- eine stärkere und nachhaltigere Finanzierung, indem das Volumen der von diesen Diensten bearbeiteten Anträge besser berücksichtigt wird und die Subventionierung stärker an die tatsächlichen Betriebskosten angepasst wird;
- die Sicherheit, dass öffentliche Initiativen nicht unnötig mit ihnen konkurrieren;
- eine Aufwertung von nichtkommerziellen Test- und Lernorten („Musterlebensräume“);
- eine Anerkennung und Finanzierung für den Beruf des technischen Beraters, der die empfohlenen Entwicklungen überwacht und überprüft;
- die Nutzung der Sozialwirtschaft, um den Mangel an Arbeitskräften auszugleichen mit dem Ziel, dass kleinere Wohnraumanpassungen, die von kommerziellen Unternehmern vernachlässigt werden, von der Sozialwirtschaft übernommen werden können;
- die Anregung, Unterstützung und Ermöglichung von Wohnraumanpassungen nicht nur für Eigentümer, sondern auch für Mieter;
- die steuerliche Absetzbarkeit der Kosten für Wohnraumanpassungen;
- den Schutz des Begünstigten im Falle der Nichtkonformität der durchgeführten Umbauarbeiten.

Individuelle Hilfen und Mobilitätshilfen

Ganz besonders bezüglich der individuellen Hilfen und Mobilitätshilfen **fordern wir**:

- die Schaffung, Organisation und Unterstützung von Vereinigungen oder öffentlichen Einrichtungen, die ungenutzte Hilfsmittel innerhalb von manchmal kurzen Fristen sammeln und aufbereiten, um sie wieder in den Kreislauf der gewährten Hilfsmittel zurückzuführen;
- die Untersuchung der Möglichkeit, das Verleihsystem für Rollstühle in Pflegeheimen auf andere Arten von Hilfsmitteln und auf andere Zielgruppen (insbesondere Heimbewohner) auszudehnen, um die Zugänglichkeit zu dieser Art von Hilfsmitteln zu verbessern;
- die Fortsetzung der Bemühungen um eine Aufhebung von Alterskriterien als Voraussetzung für die Gewährung von Hilfsmitteln und die Bereitstellung der hierfür erforderlichen zusätzlichen Mittel, ähnlich wie bei der Ausweitung der Wartung und Reparatur von Rollstühlen auf über 65-Jährige und ähnlich den in der **Deutschsprachigen Gemeinschaft** durchgeführten Maßnahmen;
- die Sicherstellung der Bezahlbarkeit dieser Hilfen.

Zentrale Anlaufstelle

Um den Leistungsempfängern den Zugang zu diesen Hilfen zu erleichtern, plädiert die CKK für die Durchsetzung des Prinzips, wonach die Krankenversicherungsträger die einzige Anlaufstelle sind. Dies setzt voraus, dass sie für diese Rolle entsprechend anerkannt und finanziert werden.

Betrieb von gemeinnützigen Vereinigungen von Notrufzentralen

In Bezug auf die von gemeinnützigen Vereinigungen betriebenen Notrufzentralen **fordern wir**:

- die Ausarbeitung von Normen für die Zulassung und Finanzierung von Notrufzentralen;
- die Ausarbeitung einer Ethik-Charta zum Recht auf Schutz der Privatsphäre und zur Abgrenzung der verhältnismäßigen Nutzung;
- in Abstimmung mit den Notrufdiensten die Einrichtung spezieller Notrufsysteme für sozial besonders isolierte Bevölkerungsgruppen, für die das herkömmliche Notrufsystem nicht geeignet ist;
- die Unterstützung von Projekten, die darauf abzielen, ein Netz von Ehrenamtlichen aufzubauen, die in der Lage sind, in Notfällen zugunsten isolierter Bevölkerungsgruppen zu intervenieren;
- die Unterstützung des Innovationspotenzials von Notrufdiensten (intelligente Pillenboxen usw.).

Wir fordern, dass die Krankenkassen bei der Beschaffung dieser Hilfen und Vorkehrungen ein Mitspracherecht erhalten, um:

- das Subsidiaritätsprinzip zu gewährleisten;
- dass die Krankenkassen angesiedelte Expertise zu nutzen;
- die freie Wahl des Leistungserbringers durch den Leistungsempfänger zu fördern.

Förderung eines echten Kontinuums von Hilfe und Pflege durch die Unterstützung von Alternativen zur häuslichen Betreuung und die Sicherstellung ihrer finanziellen und geografischen Zugänglichkeit.

Aufnahme-, Unterbringungs- und Lebenseinrichtungen

Wie bereits erwähnt, möchte die große Mehrheit der Menschen, die ihre Eigenständigkeit verlieren, so lange wie möglich zu Hause leben. Wenn dies leider nicht mehr möglich ist, gibt es Alternativen, die eine angemessenere Betreuung gewährleisten und den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer pflegenden Angehörigen besser entsprechen: Tagesbetreuung, Tagespflegeeinrichtungen, Kurzaufenthalte in Wohn- und Pflegezentren für Senioren (WPZS), Gemeinschaftshäuser, Wohn- und Pflegezentren für Personen mit Unterstützungsbedarf (WPZ), generationenübergreifendes oder betreutes Wohnen oder auch begleitete Wohngemeinschaften für Senioren.

Um ein effektives und lückenloses Hilfs- und Pflegeangebot zu fördern, ist es die Pflicht der Behörden, diese Alternativen zur häuslichen Betreuung zu unterstützen und ihre finanzielle und geografische Zugänglichkeit zu gewährleisten, damit die Betroffenen eine freie und informierte Wahl treffen können, die ihrem Lebensprojekt Rechnung trägt.

Alternativen zur häuslichen Betreuung

In diesem Zusammenhang **fordern wir**:

- die Zulassung und Unterstützung von qualitativ hochwertigen und erschwinglichen alternativen Unterbringungsformen;
- die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen für diese neuen Lebensformen und insbesondere für nicht anerkannte Unterkünfte;
- Investitionen in bezahlbare und qualitativ hochwertige Gemeinschaftsunterkünfte;
- die Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die häusliche Hilfe und Pflege, damit diese in diesen kollektiven Wohnformen tätig werden können;
- die Anerkennung der Gemeinnützigkeit des Sektors der Altenbetreuung und -hilfe und die Forderung, dass privatwirtschaftliche Anbieter nachweisen müssen, dass sie die gleichen Anforderungen an Qualität und Erschwinglichkeit erfüllen wie der öffentliche und gemeinnützige Sektor;
- die Berücksichtigung des Personalbedarfs, um eine humane und menschenwürdige Betreuung der Nutznießer zu gewährleisten;
- die Überwachung der unterschiedlichen Bedürfnisse in den verschiedenen Einrichtungen.
- Wir weisen auch auf die besondere Situation nicht anerkannter Unterbringungseinrichtungen hin, die sowohl Senioren als auch Menschen mit Behinderungen oder Menschen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit aufnehmen. Wir fordern, dass der in den **Regionen** und **Gemeinschaften** eingeleitete Prozess der Erfassung und Regulierung fortgesetzt wird, um die in diesen Strukturen untergebrachten Personen zu schützen.



Tageszentren für Senioren (und Pflege)

Was speziell die Einrichtungen zur Tagesbetreuung (und -pflege) für Senioren betrifft, **fordern wir**:

- eine mehrjährige Planung für die Eröffnung neuer Plätze, um den ungedeckten Bedarf zu erfüllen, einschließlich des Bedarfs an Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige;
- die Aufstockung der Mittel für die Tagesbetreuung und -pflege, um die Eröffnung von solchen Einrichtungen zu fördern;
- die Vereinfachung der Zulassungsverfahren, um die Wohn- und Pflegezentren für Senioren (WPZS) zu ermutigen, Tagesbetreuungsplätze einzurichten.

Betreutes Wohnen

Speziell im Hinblick auf Service-Wohnanlagen **fordern wir**:

- den Ausbau des Betreuungsangebots in betreute Wohnstrukturen, um insbesondere die Probleme zu verringern, die beim Übergang von der häuslichen Umgebung in die Wohngemeinschaft entstehen, da dieser mit Stress und Energieaufwand verbunden ist;
- die Sicherstellung der Erschwinglichkeit von alternative Wohnstrukturen, insbesondere durch ein größeres Angebot an sozialen Anlagen für betreutes Wohnen.

Kurzaufenthalt in Wohn- und Pflegezentren für Senioren (WPZS)

Speziell im Hinblick auf den Kurzaufenthalt in Wohn- und Pflegezentren für Senioren **fordern wir**:

- den Ausbau des Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen durch eine nachhaltigere Gestaltung der Entwicklung dieses Angebots für die Betreiber von Unterkünften und die Pflegebedürftigen.





Erholungsheime und Pflegeheime

Insbesondere was die WPZ und die WPZS betrifft, so haben die Covid-19-Krise und der ORPEA-Skandal erneut gezeigt, dass diese Pflegeeinrichtungen in nach außen hin offene Lebensräume umgewandelt werden müssen, in denen die Bewohner mit Respekt und Menschlichkeit behandelt werden.

Denn auch wenn wir das Angebot an Alternativen zum WPZS für eigenständigere Nutznießer ausbauen möchten, wollen wir das WPZS nicht zu einem Ort machen, an dem die älteren Menschen nicht mehr aktiv und gefordert sind, sondern diese Einrichtungen zu Lebenshäusern weiterentwickeln.

Dieser Paradigmenwechsel bedeutet, dass dem Aspekt der „Fürsorglichkeit“, der allzu oft hinter dem der „Pflege“ zurücktritt, mehr Raum gegeben werden muss, damit das Personal und die Bewohner innerhalb jeder Einrichtung menschlichere, weniger funktionale, weniger medizinische, dafür aber gleichberechtigte, Beziehungen auf Augenhöhe außerhalb des Zwangskorsetts „Pflegende-Pflegebedürftige“ entwickeln können. Um dies zu erreichen, ist ein kultureller Wandel unabdingbar, der sowohl eine Begleitung der Fachkräfte als auch der Bewohner erfordert.

Eine größere Aufmerksamkeit sollte auch auf die Erhaltung der Eigenständigkeit der Bewohner gelegt werden. Ein Übermaß an Hilfen (oftmals diktiert durch Effizianzforderungen an den Betrieb des WPZS, denen auch das Personal unterliegt) verringert das Selbstvertrauen der Bewohner und kann zu einem noch größeren Verlust an Autonomie führen.

Betreuungs- und Unterbringungseinrichtungen für ältere Menschen müssen stärker als Lebensräume verstanden werden, in denen eine qualitativ hochwertige Pflege geleistet wird, die den ermittelten Bedürfnissen und Erwartungen entspricht. Diese Einrichtungen sollten stärker auf die Bedürfnisse eingehen, die ältere Menschen in Bezug auf ihre Erwartungen an ein WPZS zum Ausdruck bringen: sich weniger allein und sicher fühlen, akzeptiert und als Teil des WPZS angesehen werden, sich wie in einer Familie fühlen, Verantwortung übernehmen, respektiert werden, das Recht auf Selbstbestimmung haben und seine Angehörigen so oft wie möglich sehen können. Eine notwendige Entwicklung ist auch, dass die Betreuungs- und Unterbringungseinrichtungen Wert darauf legen, dass ihre Bewohner die Möglichkeit erhalten, so weit wie möglich am Leben außerhalb des Hauses teilzunehmen, indem sie sich ihrer Nachbarschaft öffnen und Partnerschaften vor Ort fördern.

Seniorenheime stärker als Lebensräume begreifen, in denen die folgenden Bedingungen erfüllt sind: eine qualitativ hochwertige und entwicklungsfähige Pflege im Hinblick auf die ermittelten Bedürfnisse und Erwartungen.



Um diesen Paradigmenwechsel innerhalb der Wohn- und Pflegezentren für Personen mit Unterstützungsbedarf (WPZ) bzw. Wohn- und Pflegezentren für Senioren (WPZS) zu erreichen, **ist es unserer Ansicht** nach von grundlegender Bedeutung:

- eine Zusammenlegung der WPZ-WPZS-Normen wie in der **Deutschsprachigen Gemeinschaft** anzustreben, wobei die WPZ-Normen angestrebt werden, um eine bessere Betreuung zu gewährleisten;
- den Bewohnern mehr Mitspracherecht zu geben, indem ihnen mehr Raum bei sie betreffenden Entscheidungen eingeräumt wird, ähnlich den Prinzipien, die sich aus dem Tubbe-Modell ergeben, das sich bereits als erfolgreich erwiesen hat;
- den Bewohnern das Gefühl zu vermitteln, sich an einem Ort des Lebens und nicht nur an einem Ort der Pflege zu befinden, insbesondere durch:
 - die Aufstockung des Reaktivierungspersonals, um die Fähigkeiten und die Eigenständigkeit der Bewohner zu erhalten;
 - die Öffnung für das Berufsprofil eines Gruppenleiters oder Erziehers;
 - Überlegungen zur Abschaffung der Uniform;
- die WPZ/WPZS stärker nach außen und zum Nachbarschaftsgeschehen hin zu öffnen, indem Initiativen von Vereinen (Schulpartnerschaften, Nachbarschaftsgarten usw.) gefördert werden;
- dafür zu sorgen, dass die WPZ/WPZS-Manager sich darauf konzentrieren, die Pflege aus der Perspektive einer echten und qualitativ hochwertigen Betreuung heraus zu organisieren und nicht vorrangig das finanzielle Überleben der Einrichtung oder ihre Rentabilität im Auge zu haben;
- öffentliche Mittel vorrangig zur Finanzierung von gemeinnützigen und öffentlichen Infrastrukturen einzusetzen;
- Präventionsmaßnahmen gegen die Vernachlässigung oder gar Misshandlung älterer Menschen zu verstärken, indem das gesamte Personal aller Kategorien verpflichtet wird, eine spezielle diesbezügliche Ausbildung zu durchlaufen;
- eine Politik der Infrastrukturfinanzierung und der Eröffnung neuer Plätze, die den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung trägt, zu verfolgen. Dies bedeutet insbesondere:
 - sich auf zuverlässige demografische Daten zu stützen und die Besonderheiten bestimmter Bevölkerungsgruppen (z.B. in Brüssel) zu berücksichtigen;
 - sicherzustellen, dass die Quoten für die Bereitstellung von Plätzen im privaten, gemeinnützigen und öffentlichen Sektor eingehalten werden;
- die Kontroll- und Begleitungs politik der WPZ/WPZS zu stärken:
 - indem stichprobenartige und regelmäßige Kontrollen vorgesehen werden;
 - indem die Verfahren, die zu den von den Verwaltungen erstellten Kontrollberichten führen, transparenter und partizipativer gestaltet werden, um die Einrichtungen zu unterstützen und ihnen mehr Verantwortung zu übertragen;
 - indem Verwaltungssanktionen bei Nichteinhaltung der Normen verhängt werden;



Parallel dazu muss von Seiten der Behörden **die Bezahlbarkeit der WPZ/WPZS** gesichert werden, insbesondere durch

- eine Überarbeitung der Vorschriften für Anträge auf Tarifierhöhungen und die Berücksichtigung der Folgen möglicher Krisen, insbesondere Energiekrisen, damit diesbezügliche Kostensteigerungen keine Auswirkungen auf die Rechnung des Bewohners haben;
- Einbeziehung und Beibehaltung der von den Bewohnern am häufigsten in Anspruch genommenen Zusatzleistungen in den Tagespreis;
- Transparenz der Bewohnerrechnungen: klare Benennung der Posten und deren Beträge;
- Preisüberwachung auf der Ebene der zuständigen regionalen und gemeinschaftlichen Verwaltungen;
- Einführung eines Vertragsmechanismus zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungsträgern auf der Grundlage einer Preisliste, die das finanzielle Gleichgewicht der Einrichtungen, die Erschwinglichkeit und die Qualität der Dienstleistungen sicherstellt und von den Vertretern des Sektors und der Krankenkassen validiert wird. Es ist darauf zu achten, dass diese Maßnahme durchführbar ist und keine unerwünschten Nebenwirkungen erzeugt.

Darüber hinaus sollte die Übertragbarkeit der Ansprüche der Leistungsempfänger gewährleistet werden und eine strukturelle Abstimmung mit den anderen förderierten Gebietseinheiten erfolgen, um die freie Wahl des Unterbringungsortes der Person zu gewährleisten.

Wenn sie sich schließlich dafür entscheiden, in einer Wohneinrichtung zu leben, müssen die Menschen während des gesamten Pflegekontinuums begleitet werden, unabhängig davon, ob sie sich anmelden oder die Einrichtung wechseln.

Um den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen das Leben zu erleichtern, sollten die Behörden darüber hinaus die Einrichtung eines zentralen Tools für Wartelisten und/ oder ein Kataster der verfügbaren Betreuungsplätze in Einrichtungen unterstützen.



Unterbringung von Menschen mit Behinderung

Viele der obengenannten Grundsätze gelten auch für die Unterbringung von Menschen mit Behinderung mehr Unterbringungsmöglichkeiten entsprechend den in einem Bedarfsverzeichnis ermittelten Bedürfnissen, Entwicklung neuer, innovativer Unterbringungsformen, finanzielle und geografische Zugänglichkeit sowie Achtung des Lebensentwurfs der Person.

Damit Menschen mit Behinderungen wirklich die Wahl haben, wo sie leben und wie sie ihr Leben gestalten möchten, muss das Angebot an Dienstleistungen erweitert und eine Vielfalt an Lösungen angeboten werden, die geografisch gut verteilt sind. Jeder Mensch muss wählen können, was für ihn am besten geeignet ist: Häusliche Unterstützung, Betreuung in einer Wohneinrichtung, Begleitung bei einem selbstbestimmten Leben, ...

Menschen mit Behinderungen oder ihre Angehörigen müssen bei der Wahl ihres Wohnortes unterstützt und/ oder begleitet werden. Sie müssen in der Lage sein, in voller Kenntnis der vorhandenen Möglichkeiten und der Vor- und Nachteile jeder vorgeschlagenen Lösung zu entscheiden.

An dieser Stelle heben wir jedoch einige spezifischere Empfehlungen hervor. **Insbesondere fordert die CKK:**

- eine Beobachtung des Angebots und des Bedarfs, um die Eröffnung neuer Unterbringungsmöglichkeiten, auch für Notsituationen, besser planen zu können;
- die Unterstützung von Initiativen für begleitetes und betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen;
- die Berücksichtigung der Entwicklung des Personenkreises in den Einrichtungen (Alterung der Menschen mit Behinderung) und entsprechende Anpassung der Vorschriften und Normen. Bei Bedarf könnte die Anwesenheit eines auf Geriatrie spezialisierten Mitarbeiters in Betracht gezogen werden;
- die Möglichkeit für Menschen mit Behinderungen, die in ein WPZ oder ein WPZS ziehen, weiterhin an den Aktivitäten der Tagesstätte teilzunehmen, in der sie zuvor lebten;
- die Förderung der Achtung des Bewohners in seiner Gesamtheit, indem auch die Aspekte des Gefühls- und Sexuallebens der Bewohner in den Plänen der Einrichtungen berücksichtigt werden. Diese Thematik sollte auch in die Aus- und Weiterbildung des Personals aufgenommen werden;
- Unterstützung der Einrichtung und Finanzierung von „Erholungseinrichtungen“ oder ähnlichen Initiativen für Orte, die dem Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen mit Behinderungen und ihren Angehörigen in einem ganzheitlichen Ansatz und außerhalb ihres gewohnten Umfeldes oder des Krankenhauses förderlich sind;
- Unterstützung der Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Jugendorganisationen und -bewegungen;



- Unterstützung der Ausbildung zum Betreuer von Kindern mit besonderen Bedürfnissen;
- Unterstützung der Entwicklung eines inklusiven Angebots an Spielanimationen und Ferienkursen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen.



Genesungszentren

Eine sichere Rückkehr nach Hause nach einem Krankenhausaufenthalt ist wichtig, aber nicht unbedingt selbstverständlich. Es soll verhindert werden, dass die Patienten zu früh oder zu spät entlassen werden. Die Einschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs ist nicht immer einfach. Um die Entlassung aus dem Krankenhaus bestmöglich einschätzen und organisieren zu können, ist eine angemessene Betreuung in der postakuten Phase erforderlich. Es geht darum, eine sichere Umgebung mit einem angemessenen Rehabilitationsangebot bereitzustellen, was für viele Patienten einen Zwischenschritt erfordert, bevor sie in ihr gewohntes Lebensumfeld zurückkehren können. Je besser es den Gesundheitsdienstleistern gelingt, diese postakute Betreuung für jeden Patienten angemessen zu organisieren, desto reibungsloser wird der Patientenfluss sein und sich positiv auf die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer in den Krankenhäusern auswirken.

In dieser „Zwischenphase“ spielen die Genesungszentren seit ihrer Gründung in den späten 1970er Jahren eine wichtige Rolle. Eine 2015 veröffentlichte Stellungnahme des FÖD Volksgesundheit³³ bestätigt diese Rolle: In 50,17% der Fälle, in denen ein stationärer Patient das Krankenhaus nicht verlassen kann, ist das Haupthindernis für seine Entlassung die Verfügbarkeit oder das Fehlen eines geeigneten Betreuungsangebots.

In diesem Bereich haben die politischen Akteure auf Regional- und Gemeindefebene eine wichtige Rolle zu spielen. **Wir fordern diese insbesondere dazu auf:**

- einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, der Genesungsheime anerkennt und Zulassungsnormen festlegt;
- eine ausreichende Finanzierung bereitzustellen, um das bestehende Angebot zu erweitern und die Inanspruchnahme dieser Dienste in Zusammenarbeit mit der föderalen Ebene zu fördern (Finanzierung der Pflege gegenüber der Finanzierung der Unterbringung) und die Erschwinglichkeit dieser Dienste zu gewährleisten.

Palliativpflege

Der Bedarf an palliativmedizinischer Versorgung steigt aus verschiedenen Gründen: Alterung der Bevölkerung, Diversifizierung der Krankheiten, Häufung von Komorbiditäten, prekäre Lebensumstände, gesellschaftliche Isolation usw. Die palliativmedizinische Versorgung hat sich in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt und beschränkt sich nicht mehr auf die Bekämpfung körperlicher Schmerzen oder die Kontrolle von Symptomen. Es handelt sich nunmehr um eine umfassende, fachübergreifende Versorgung, die die psychosozialen, sozialen und geistigen oder existenziellen Bedürfnisse der Person und ihres Umfelds berücksichtigt.

Andererseits ermöglicht die frühzeitige Planung der Pflege eine individuelle Betreuung, die auf die Wünsche des Betroffenen abgestimmt ist. Sie bringen dem Patienten und seinen Angehörigen in der Regel Ruhe und Gelassenheit.

In diesem Bereich **plädiert die CKK für:**

- die Durchführung von Kampagnen und Sensibilisierungsmaßnahmen, um die Bevölkerung und die Leistungserbringer dazu zu bewegen, die Gespräche rund um die Planung dieser Versorgung vorausschauend zu führen;
- eine Aktualisierung der Finanzierung und Kontingentierung von fachübergreifenden Palliativbegleitungsteams, um die Qualität der Versorgung zu gewährleisten und das Angebot zu stärken.

Für manche Menschen, die Palliativpflege benötigen, ist es nicht möglich, zu Hause oder im Krankenhaus zu bleiben. Wir sind der Meinung, dass sogenannte „Middle-Care-Palliativ-Strukturen“ geschaffen werden sollten, um den Patienten eine angemessene Betreuung zu bieten.

Schließlich ist es wichtig, den Zugang zu Aus- und Weiterbildung für Mitarbeiter in der Grundversorgung, in der häuslichen Pflege, in Wohn- und Pflegezentren für Personen mit Unterstützungsbedarf (WPZ), Wohn- und Pflegezentren für Senioren (WPZS) oder in psychiatrischen Pflegeheimen zu verbessern, um allen Betreuern, die mit Palliativpflege konfrontiert sind, das nötige Rüstzeug an die Hand zu geben. Die pädiatrische Palliativversorgung erfordert eine spezielle Ausbildung, beispielsweise in Einrichtungen für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder.



In 50,17% der Fälle, in denen ein Patient das Krankenhaus nicht verlassen kann, ist das Haupthindernis für die Entlassung die Verfügbarkeit oder das Fehlen eines geeigneten Versorgungsangebots.

Pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige spielen eine wesentliche Rolle bei der Unterstützung, Hilfe und Begleitung von Menschen, die ihre Autonomie verlieren. Jeden Tag kümmern sich Tausende von (manchmal sehr jungen) Menschen um einen Elternteil, einen Bruder, eine Schwester, ein Kind oder im weiteren Sinne um einen Angehörigen, der mehr oder weniger unter Autonomieverlust leidet. Es ist heute erwiesen, dass sich diese Hilfe auf ihre eigene Gesundheit und sogar auf ihren Lebensweg (Schule, Arbeit, Sozialleben...) auswirken kann, insbesondere in Situationen, in denen sich die Hilfe als intensiv erweist oder aufgrund des fortschreitenden Alters des pflegenden Angehörigen selbst.

Die Anerkennung pflegender Angehöriger und die Gewährung spezifischer sozialer Absicherungen sind zwar in erster Linie Sache des Föderalstaats, die **Regionen** und **Gemeinschaften** müssen jedoch eine wichtige Rolle beim Aufbau individueller Unterstützungssysteme spielen, die den besonderen Bedürfnissen pflegender Angehöriger gerecht werden.

Je nachdem, ob es sich bei den pflegenden Angehörigen um einen Mann oder eine Frau handelt, ob sie bereits im Rentenalter sind, im erwerbsfähigen Alter oder noch zur Schule gehen, sind die Bedürfnisse an Unterstützung und die Antworten darauf unterschiedlich. Und wenn die Realität der erwachsenen pflegenden Angehörigen noch wenig bekannt ist und ihre Bedürfnisse vom Gesetzgeber noch wenig unterstützt werden, so ist die Realität der jungen pflegenden Angehörigen noch viel weniger bekannt. Und doch sind sie zahlreich. Eine in Flandern durchgeführte und 2021 veröffentlichte Studie der Universität Gent unter Aufsicht der WHO schätzte die Zahl der jungen pflegenden Angehörigen im Alter von 11 bis 18 Jahren auf 119.000³⁴. Laut einer 2017 von der „ASBL Jeunes aidants proches“ an sechs Schulen in Brüssel durchgeführte Pilotstudie liegt der Anteil junger pflegender Angehöriger bei 14% in einer Altersgruppe zwischen 12 und 25 Jahren.

Generell rufen wir zwar zu verstärkten Maßnahmen zur Unterstützung dieser pflegenden Angehörigen auf, weisen aber darauf hin, dass dennoch darauf geachtet werden muss, dass sie nicht als Ersatz für Pflegeberufe eingesetzt werden.



Für alle pflegenden Angehörigen

Konkret **fordert die CKK** für alle pflegenden Angehörigen:

- das Angebot an Entlastungsmöglichkeiten zu stärken und zu diversifizieren, insbesondere durch die Unterstützung und Entwicklung von Tages-, Kurzzeit- und Genesungsstrukturen, die den Bedürfnissen der betreuten und betreuenden Personen angepasst sind, aber auch durch die Entwicklung von Fernbetreuungssystemen;
- die Entwicklung eines Angebots an ehrenamtlichen Diensten zu unterstützen, das die häuslichen Betreuungsdienste ergänzt, um Menschen mit eingeschränkter Autonomie ohne bekannte pflegende Angehörige in die Lage zu versetzen, Notrufsysteme zu nutzen oder auch häufige Besuche zu erhalten und so möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden bleiben zu können;
- ein lokal verankertes Unterstützungsnetzwerk von Ehrenamtlichen, von Experten, die aus der Erfahrung sprechen können, für pflegende Angehörige von pflegenden Angehörigen zu entwickeln; auf diese Weise die erworbenen Informationen und Fachkenntnisse zu nutzen und anderen zur Verfügung zu stellen, sich mit Peers (Gleichgestellten) zu treffen und auszutauschen, als eine Art „Verschnaufpause“;
- alle häuslichen Hilfs- und Pflegedienste zu entwickeln und erschwinglich zu machen, die eine individuelle Antwort auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Person mit eingeschränkter Autonomie in ihrem Wohnumfeld ermöglichen und die Betreuung durch die pflegenden Angehörigen unterstützen;
- die häuslichen Krankenwachen, insbesondere die Nachtwachen, zu finanzieren und auszubauen und dafür zu sorgen, dass eine ausreichende Anzahl dieser Fachkräfte gewährleistet ist, um dem Umfang der Anfragen gerecht zu werden
- Initiativen zur besseren präventiven psychosozialen Betreuung pflegender Angehöriger durch den Ausbau von Betreuungs-, Schulungs- und Unterstützungsangeboten zu fördern und weiterzuentwickeln;
- die proaktive Arbeit der Koordinierungszentren und der Sozialdienste der Krankenkassen zugunsten pflegender Angehöriger zu unterstützen und auszubauen, damit diese so früh wie möglich in den Genuss der für sie vorgesehenen medizinisch-sozialen Maßnahmen gelangen;
- dafür zu sorgen, dass Informationen über Gesetze und Hilfen, die betreute Personen und die Menschen, die sie im Alltag unterstützen, betreffen, leichter zugänglich sind und dass sie bei den notwendigen Schritten verwaltungstechnisch unterstützt werden;
- pflegende Angehörige bei der Suche nach geeigneten Antworten auf ihre Bedürfnisse zu ermutigen und zu unterstützen, indem die Vereinigung „ASBL Aidants proches“ als Dachverband für eine Reihe von Akteuren anerkannt wird, die sich mit der Betreuung pflegender Angehöriger befassen. In der **Deutschsprachigen Gemeinschaft** ist die Einrichtung einer solchen Organisation im gemeinnützigen Sektor wünschenswert.

³⁴ <https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/>

³² <https://www.samana.be/projecten/mantelzorgvriendelijke-school/>





Junge pflegende Angehörige

Häufiger noch als Erwachsene sind sich junge Menschen gar nicht darüber im Klaren, dass sie pflegende Angehörige sind, wenn sie sich um einen Angehörigen kümmern, der seine Eigenständigkeit verliert. Häufig besteht diese Situation schon seit dem frühen Kindesalter (Ankunft eines Bruders oder einer Schwester mit einer Behinderung, ein alkohol- oder drogenabhängiger oder chronisch kranker Elternteil...) und die Situation wird als normal und in die Familiendynamik integriert angesehen. Diese Situation bleibt jedoch nicht ohne Folgen für die Schulbildung und den Lebensweg der Jugendlichen: Schulabbruch, Isolation... Sie kann die Jugendlichen langfristig beeinträchtigen.

In Bezug auf junge pflegende Angehörige **fordern wir**, dass diese in den Mittelpunkt gerückt werden:

- die Fachkräfte der PMS-, PSE-Zentren und von Kaleido Ostbelgien (in der **Deutschsprachigen Gemeinschaft**) sowie die Lehrkräfte sollen sensibilisiert, geschult und in die Lage versetzt werden, junge pflegende Angehörige zu erfassen und zu unterstützen;
- im französischsprachigen und im deutschsprachigen Unterrichtswesen Initiativen wie „Gemeinsam auf dem Weg zu einer Schule, die pflegenden Angehörigen Geborgenheit bietet“³⁵ wie sie von der gemeinnützigen Organisation Samana in Flandern ins Leben gerufen wurde zu entwickeln: Schulgestaltung, Ort der Ruhe und des Zuhörens.



Beihilfe zur Unterstützung von Betagten

Seit der 6. Staatsreform sind die **Regionen** und **Gemeinschaften** und die **Deutschsprachige Gemeinschaft** für die Auszahlung der Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (BUB) bzw. des Pflegegeldes für Senioren zuständig.

Speziell in der **Wallonischen Region** und in **Brüssel** **fordern wir**, dass:

- das System der Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (BUB-APA) im Hinblick auf die Entwicklung der Bedürfnisse von Personen mit eingeschränkter Autonomie evaluiert wird;
- die Einkommensgrenzen für den Bezug der BUB den Armutsgrenzen für alleinstehende Personen oder Haushalte entsprechen. Mit anderen Worten: Jeder Mensch über 65, der als behindert gilt, sollte Zugang zur BUB erhalten, wenn sein Einkommen unterhalb der Armutsgrenze liegt;
- die Automatisierung des Zugangs zu diesem Recht und den daraus abgeleiteten Rechten verstärkt wird.

Speziell in der **Deutschsprachigen Gemeinschaft**, nach der Pflegegeld-Reform, **fordern wir**, dass

- die Beihilfekategorien und die errechneten Beträge überarbeitet und angepasst werden, damit einkommenschwache Antragsteller mit hohem Pflegebedarf weiterhin den Höchstbetrag erhalten, auf den sie im föderalen System
- die Regierung Maßnahmen ergreift, um die Zahl der Personen zu begrenzen, die ihr EKE-Statut und damit auch andere abgeleitete Rechte auf Föderal- und Gemeinschaftsebene, wie den Vorzugstarif für Gas und Strom, verlieren würden. Andererseits wird durch die Reform das automatisch abgeleitete Anrecht auf das föderale Statut der erhöhten Kostenerstattung (EKE) aufgehoben.

(...) diese Situation bleibt nicht ohne Folgen: Auswirkungen auf die Schulbildung und den Lebensweg dieser Jugendlichen: Schulabbruch, Isolation... Sie kann den jungen Helfer langfristig beeinträchtigen.



Auf dem Weg zu einem Versicherungssystem, das den Autonomieverlust abdeckt

Der demografische und sozialmedizinische Kontext (Alterung der Bevölkerung, Zunahme chronischer Krankheiten oder Probleme der psychischen Gesundheit) zeigt, dass in Zukunft immer mehr Menschen mit Problemen konfrontiert sein werden, die mit dem Verlust ihrer Eigenständigkeit verbunden sind. Mehr denn je ist es notwendig, eine umfassende Vision davon zu entwickeln, wie die künftige Politik im Bereich des Autonomieverlusts aussehen sollte. Diese Vision muss den Begriff des Autonomieverlusts im weitesten Sinne definieren und sowohl physische, psychische als auch soziale Probleme umfassen. Während es wichtig ist, weiterhin in bestehende Systeme zur Förderung der Autonomie zu investieren und diese zu stärken, ist die **Einführung einer neuen regionalen Säule der sozialen Sicherheit, zur Abdeckung der mit dem Verlust der Autonomie einhergehenden Risiken** (wie es in Flandern seit 20 Jahren der Fall ist), ein wichtiger Hebel, um den Herausforderungen in diesem Bereich zu begegnen. Dieses System muss unbedingt von der öffentlichen Hand und nicht vom Privatsektor organisiert werden, um sicherzustellen, dass es gerecht ist.

Diese zukünftige Versicherung muss verschiedene Anforderungen erfüllen:

- Sie muss den Bedürfnissen der gesamten Bevölkerung entsprechen, unabhängig von Alter, Einkommen oder Wohnort;
- auf solidarischen und universellen Finanzierungs- und Vergütungsmechanismen beruhen: Wir plädieren für einen progressiven regionalen Sozialversicherungsbeitrag zur Finanzierung des Systems;
- von der öffentlichen Hand kofinanziert werden;
- das Ausmaß des Autonomieverlusts zum Hauptkriterium für den Zugang der Begünstigten machen, und zwar ab dem niedrigsten Grad, um den Zielen der Vermeidung des Autonomieverlusts gerecht zu werden;
- das Angebot des Systems nach zwei kombinierten Ansätzen gestalten: eine Pauschale und eine Förderung der Inanspruchnahme von Dienstleistungen, um die Wahlfreiheit des Patienten zu gewährleisten und seine Autonomie zu fördern und gleichzeitig eine Dynamik des sozialen Unternehmertums zu unterstützen, indem die Dienstleistungen anerkannter Vereinigungen gestärkt werden;
- eine ausreichende Versorgung für Bevölkerungsgruppen, die nicht von der künftigen Pflegeversicherung erfasst werden aufrechterhalten (insbesondere bei Verlust der sozialen Eigenständigkeit);
- langfristig eine einheitliche Skala für die Bestimmung des Grades des Autonomieverlustes verwenden: den BELRAI, insofern er eine angemessene, multidimensionale und mit den Leistungserbringern und Leistungsempfängern abgestimmte Messung des Autonomieverlustes ermöglicht;
- Die angestrebten vorrangigen Hilfen sollten die Zugänglichkeit von Dienstleistungen zur Unterstützung bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens, die Stärkung von Koordinierungszentren und die Unterstützung pflegender Angehöriger umfassen.

Unterstützung bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens

Speziell was die Unterstützung bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens angeht, **fordern wir**:

- die Sicherstellung der Erschwinglichkeit der Dienstleistungen;
- die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Ausbildung und des Übergangs zu Berufen in der häuslichen Pflege;
- eine deutliche Aufstockung des Stundenkontingents für Haushaltshilfen;
- die Schaffung eines Kontingents an Haushaltshilfen und Krankenwachen mit einem vollwertigen Statut;
- die Schaffung eines Notfalldienstes im Rahmen des Dienstes zur Unterstützung von Familien und Senioren, um Personen zu betreuen, die keine Angehörigen im Rahmen der Notrufdienste haben.

Längerfristig sollte das System schrittweise auch die Unterstützung bei der Einrichtung von Wohnungen sowie die Inanspruchnahme von Hausnotrufdiensten, materiellen Hilfen und nicht dringenden Transporten umfassen.

Immer mehr Menschen werden in Zukunft mit den Problemen konfrontiert sein, die mit dem Verlust ihrer Unabhängigkeit verbunden sind.

Es ist notwendig eine Vision zu entwickeln und eine umfassende Vorstellung davon, was die zukünftige Politik im Bereich der Pflegebedürftigkeit des Verlusts der Selbstständigkeit sein sollte.







Beitrag zur Qualität der Krankenhausversorgung und Rehabilitation

Während die Grundversorgung der Hilfe und Pflege die wichtigste Anlaufstelle des Patienten im Gesundheitssystem sein sollte, bleibt das Krankenhaus eines der wichtigsten Bestandteile einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung, um eine integrierte Versorgung für komplexere Behandlungen zu bieten. Um den Bürgern ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem zu garantieren, das finanziell und geografisch zugänglich ist, müssen alle Komponenten dieser kontinuierlichen Versorgung diese Grundvoraussetzungen erfüllen.

Auch wenn eine umfassende Koordinations- und Abstimmungsarbeit mit der föderalen Ebene notwendig ist – insbesondere im Rahmen der föderalen Reform der Krankenhausfinanzierung – haben die **Regionen** und **Gemeinschaften** eine wichtige Rolle bei der Umsetzung der Krankenhauspolitik von morgen zu spielen, insbesondere durch die operative Entwicklung von Krankenhausnetzwerken.

Darüber hinaus können die föderierten Gebietseinheiten durch ihre Zuständigkeit für die Finanzierung von Infrastrukturen die Qualität der Krankenhausversorgung und der Rehabilitation verbessern, indem sie die Kriterien für die Finanzierung von Infrastrukturen mit den Kriterien für die Qualität der Versorgung verknüpfen und gleichzeitig eine optimale territoriale Abdeckung und eine bessere physische Erreichbarkeit der Krankenhaus- und Rehabilitationszentren sicherstellen.

Krankenhausnetzwerke

In der vorangegangenen Legislaturperiode wurden in **Brüssel**, der **Wallonischen Region** und der **Deutschsprachigen Gemeinschaft** Krankenhausnetzwerke eingerichtet. Das allgemeine Ziel ist die Rationalisierung und Optimierung des Angebots der Krankenhausversorgung in einem Gebiet und die Organisation des Spezialisierungsgrads der einzelnen Zentren.

Die Definition der Aufgaben dieser Netzwerke wird auch durch die föderale Reform der Krankenhausfinanzierung beeinflusst, die die überregionalen und lokalen bzw. regionalen Versorgungsaufgaben dieser Netze neu definieren will.

Wir begrüßen die Einrichtung dieser Netzwerke, bedauern jedoch, dass einige von ihnen eher auf der Grundlage privilegierter Beziehungen zwischen einzelnen Zentren entstanden sind als auf der Grundlage einer bevölkerungsbezogenen Ausrichtung, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Darüber hinaus haben diese Netzwerke, auch wenn sie heute rechtlich existieren, noch keine wirklichen Auswirkungen auf das Versorgungsangebot und seine Organisation gehabt.

In diesem Bereich **fordern wir die Regierungen auf:**

- die Kontinuität dieser Reformen über eine Legislaturperiode hinaus zu gewährleisten;
- die Wahlfreiheit der Patienten zu sichern;
- eine Zusammenarbeit der künftigen lokalen bzw. regionalen Netzwerke der Grundversorgung/ Versorgungsgebiete zu garantieren;
- die geografische und rechtzeitige Zugänglichkeit von Behandlungen, die nicht in allen Zentren durchgeführt werden können, sicherzustellen;
- die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der häuslichen Pflege zu verbessern (insbesondere im Rahmen von Projekten für die stationäre Versorgung in der häuslichen Umgebung).

Krankenhaus-Infrastruktur

Seit der sechsten Staatsreform sind die **Regionen** und **Gemeinschaften** für die Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur zuständig und können somit direkt Einfluss auf die Krankenhausversorgung in den föderierten Gebietseinheiten des Landes ausüben. Sie könnten jedoch noch weiter gehen und diesen Hebel nutzen, um auch die Qualität der Gesundheitsversorgung in diesem Bereich zu verbessern.

In Bezug auf die regionale Krankenhauspolitik **fordern wir dazu auf:**

- eine Infrastrukturfinanzierung zu garantieren, die auf die Qualität der Versorgung ausgerichtet ist (Lufterneuerung, Wasserqualität, Einzelzimmer, die den Patienten mehr Privatsphäre bieten, physische Zugänglichkeit der Einrichtungen). Auch Umweltaspekte müssen berücksichtigt werden (Energieverbrauch von Gebäuden, Abfallentsorgung usw.);
- die Abstimmung zwischen der föderalen und der regionalen Ebene in Bezug auf die Planung und die Investitionen in schwere Geräte zu verbessern und die am wenigsten gesundheitsschädlichen Technologien, wie Kernspintomographen, zu fördern;
- der geografischen Zugänglichkeit Rechnung zu tragen, indem für eine angemessene territoriale Zuweisung der verschiedenen Krankenhausstandorte Rechnung getragen wird;
- die physische Zugänglichkeit von Behandlungsorten und stationären Einrichtungen (d.h. von Gebäuden, Untersuchungsräumen und -geräten usw.) und die Begleitung von Menschen mit Behinderungen in diesen Einrichtungen zu sichern;
- die Behandlung von Patienten in ihrer Muttersprache zu gewährleisten;
- genaue, im Voraus bekannte und transparente Regeln für die Vergabe und Verteilung von Bau-/Renovierungsmitteln einzuhalten.



Die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten

Wir weisen darauf hin, dass die Verkürzung der Verweildauer zu einem Anstieg der Kosten für die Betreuung des Patienten außerhalb des Krankenhauses führt (häusliche Krankenpflege, aber auch häusliche Hilfe). Die Verkürzung der Verweildauer wirft die Frage nach der Gesamtfinanzierung der intra- und extramuralen Hilfe und Pflege auf, bei der die Qualität der Versorgung gewährleistet werden muss. Dies erfordert unter anderem angemessene Personalnormen.

In diesem Zusammenhang **fordern wir dazu auf:**

- die Akteure der Grundversorgung im Bereich der Hilfe und Pflege zu stärken, insbesondere die Dienste der häuslichen Hilfe und Pflege;
- Partnerschaften zwischen Krankenhäusern und häuslichen Betreuungsdiensten zu unterstützen;
- zwischengeschaltete unterstützende Einrichtungen wie Genesungsheime oder Entlastungsdienste zu fördern.



Rehabilitation

Der Bereich der Rehabilitation ist hinsichtlich der Zielgruppen und der angebotenen Dienstleistungen sehr heterogen. Er betrifft sowohl Kinder als auch Erwachsene und behandelt fachübergreifend körperliche und/oder psychische Probleme.

Für diesen Versorgungsbereich **fordern wir dazu auf:**

- die Möglichkeit der Einrichtung neuer Behandlungsplätze auf der Grundlage des durch Studien objektivierte Bedarfs beizubehalten;
- die in den **Regionen** und **Gemeinschaften** eingeleiteten Schritte zur Überarbeitung der Verträge fortzusetzen; diese sollten aktualisiert und nach Tätigkeitsbereichen harmonisiert werden, wobei auf die Vielfalt der therapeutischen Ansätze zu achten ist.



Die förderierten Gebietseinheiten sind in der Lage, die Qualität der Krankenhaus- und Revalidierungsversorgung zu verbessern, indem sie die Kriterien für die Finanzierung an Infrastrukturkriterien knüpfen bezüglich der Qualität der Betreuung.





Gewährleistung der Zugänglichkeit unseres Gesundheitssystems

Eines der grundlegenden Merkmale eines leistungsfähigen Gesundheitssystems ist der Grad seiner Zugänglichkeit. Hinter diesem Begriff verbergen sich verschiedene Konzepte, die zusammen die Qualität unserer Gesundheitsdienste gewährleisten. Man spricht von finanzieller, geografischer, zeitlicher oder auch kultureller Zugänglichkeit, und jeder dieser Begriffe erfordert spezifische Maßnahmen, die in den vorangegangenen Kapiteln innerhalb der verschiedenen Bereiche erläutert wurden. In diesem Abschnitt geht es um die Zugänglichkeit als übergreifendes Anliegen.

Auch hier können die **Regionen** und **Gemeinschaften** einen Unterschied machen.

Erleichterung des Zugangs zu Rechten

Der Nichtzugang zu und die Nichtinanspruchnahme von Leistungsansprüchen ist für viele Bürger eine Realität, insbesondere unter den am stärksten gefährdeten Gruppen. In einem präventiven Ansatz ist die Bekämpfung dieser Nichtinanspruchnahme von grundlegender Bedeutung, um die Menschen davor zu bewahren, in prekäre Verhältnisse abzurutschen oder diese zu verschlimmern.

Es gibt sieben Hauptursachen für die Nichtinanspruchnahme von Leistungsansprüchen: Unkenntnis, Nichtbeantragung, Nichtzugang, Nichtangebot, Ausschluss vom Anspruch (Verschlechterung der sozialen Absicherung), administrative und institutionelle Komplexität sowie die Vielzahl der Zugangsbedingungen und ihre Widersprüchlichkeit. Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme sind also vielfältig, und es gibt auch viele Möglichkeiten, sie zu beheben: Automatisierung der Ansprüche, Vereinfachung der Verwaltung, Kommunikation...

In diesem Sinne **plädiert die CKK für:**

- die Aufwertung und Unterstützung der Krankenkassen als „einheitliche Anlaufstellen“, die eine 360-Grad-Sicht auf die Leistungsansprüche haben;
- eine optimierte Nutzung von Datenbanken und Datentransfer zwischen Verwaltungen untereinander und mit den Krankenversicherungsträgern, insbesondere um potenzielle Anspruchsberechtigte zu identifizieren und diesen den Zugang automatisch zu gewähren;
- die Wahrung und Stärkung der persönlichen Interaktion zwischen den Behörden und den Bürgern (insbesondere durch die Beibehaltung physischer Geschäftsstellen, die zu unterschiedlichen Tageszeiten zugänglich sind);
- die Förderung von Mehrsprachigkeit und die Verwendung von Leichter Sprache in den Verwaltungen und Diensten, die mit den Bürgern in Kontakt stehen;
- eine verstärkte Abstimmung zwischen den föderierten Gebietseinheiten, um die Übertragbarkeit von Rechten sicherzustellen;
- die Anerkennung und Unterstützung der Rolle von Vereinigungen, Netzwerken und Nachbarschaftsinitiativen, die sozial schwachen Bürgern helfen.



Bekämpfung der digitalen Kluft

Die Gesundheitskrise hat die Digitalisierung zahlreicher nicht-kommerzieller Dienstleistungen beschleunigt. Gleichzeitig hat sie die Tatsache hervorgehoben, dass vier von zehn Belgiern von digitaler Ausgrenzung bedroht sind (lt. König-Baudouin-Stiftung). Diese Realität ist für Menschen in prekären Beschäftigungsverhältnissen und/oder mit niedrigem Bildungsabschluss noch härter.

Es fallen drei Formen der Ungleichheit auf:

1. Ungleichheiten in Bezug auf den Zugang zu Technologien;
2. Ungleichheiten in Bezug auf digitale Kompetenzen;
3. Ungleichheiten in Bezug auf die Nutzung wesentlicher Dienstleistungen.

Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und -dienstleistungen oder die Entwicklung neuer Technologien im Gesundheitsbereich bietet Vorteile in Bezug auf die Verbesserung der Versorgung, die finanzielle, zeitliche und räumliche Zugänglichkeit und die Vereinfachung der Verwaltung. Die Digitalisierung kann beispielsweise eine effizienzsteigernde Kraft sein, wenn sie zwischen Verwaltungen und/oder Einrichtungen genutzt wird, um Daten auszutauschen und die Verarbeitung von Informationen zu automatisieren.

Wir können jedoch nicht akzeptieren, dass sie auf Kosten der Schwächsten vorangetrieben wird. Sie kann und darf nur als Ergänzung zur menschlichen Begleitung und zur direkten Interaktion zwischen Gesundheitsfachkräften und Bürgern in Betracht gezogen werden.

Das Thema ist weitreichend und umfasst eine Vielzahl von Werkzeugen und Vorkehrungen. Auch wenn es sich um eine unausweichliche (und in einigen Bereichen des Gesundheitswesens sicherlich notwendige) Entwicklung handelt, möchten wir hier einige Leitlinien und ethische Grundsätze aufstellen, welche die Überlegungen zur Digitalisierung und zu den technologischen Entwicklungen leiten sollten, die das Gesundheitssystem nach unseren Vorstellungen unterstützen könnten.



Vier von zehn Belgiern sind von digitaler Ausgrenzung bedroht.





Insgesamt sollten sie:

- einen echten Mehrwert schaffen, indem sie auf soziale Innovation und die Befriedigung realer (gegenwärtiger und zukünftiger) Bedürfnisse abzielen und Innovationen vermeiden, die als „Spielerei“ bezeichnet werden könnten;
- allen Menschen zugänglich sein. Um dies zu erreichen, ist
 - eine Abschätzung der Auswirkungen von Technologien im Vorfeld ihres Einsatzes durchzuführen;
 - eine Debatte über neue Technologien im Hinblick auf die Erstellung von Leitlinien für ihre Nutzung und Entwicklung anzuregen;
 - ein für alle akzeptables Niveau der Erschwinglichkeit aufrechtzuerhalten;
 - auf die Übergänge zu achten, um die Zielgruppen nicht zu destabilisieren (darauf zu achten, dass keine Kluft entsteht);
 - eine Anpassung von Material und Infrastruktur an bestimmte Zielgruppen vorzusehen;
 - die Kommerzialisierung technologischer Geräte (wie z.B. häusliche Notrufsysteme) durch Bevorzugung nicht-kommerzieller Akteure zu vermeiden;
 - der Ausschluss bestimmter Patienten von Leistungen und Ansprüchen durch die Digitalisierungsmaßnahmen zu vermeiden;
 - der menschliche Kontakt und eine Alternative zu jedem digitalen Verfahren ohne Mehrkosten für die Nutzer in den öffentlichen Verwaltungen aufrechtzuerhalten;
 - der Wille der Akteure im Bereich der Hilfe, Begleitung, Information und Orientierung usw. zu unterstützen und der menschliche und physische Kontakt mit den Bürgern weiterhin zu sichern;
 - die Digitalisierung durch Begleitmaßnahmen zu flankieren;
- mit Überlegungen einhergehen, wie die Öffentlichkeit am besten mithilfe geeigneter Kommunikationsmittel sensibilisiert werden kann. Dazu gehört auch die Verwendung von Begriffen, die für die breite Öffentlichkeit verständlich sind;
- die Privatsphäre respektieren durch
 - Begrenzung des Eindringens von Technologien in die Privatsphäre;
 - Gewährleistung der Datensicherheit;
- inhaltlich begleitet werden (durch Anleitungen, Programme, Apps...), die dem Bürger/Patienten mindestens in den drei Amtssprachen des Landes zur Verfügung zu stellen sind.



Die Behörden können zum einen auf die Attraktivität der Berufe im Gesundheits- und Pflegebereich einwirken, und auf der anderen Seite auf eine bessere geografische Verteilung des Angebots der ersten Linie.



Bekämpfung des Personalmangels

Andererseits stehen die **Regionen** und **Gemeinschaften** auch in der Verantwortung, wenn es um die Bekämpfung des Personalmangels geht. Sie können nämlich auf die Attraktivität der Berufe im Bereich der Gesundheit und der Hilfe einwirken, indem sie insbesondere die Arbeits- und Praktikumsbedingungen für zukünftige Fachkräfte verbessern und eine bessere geografische Verteilung der Grundversorgung sicherstellen.

Die **Regionen** und **Gemeinschaften** sollten in diesem Rahmen:

- die Berufe, für welche die **Regionen** und **Gemeinschaften** zuständig sind, sichtbar machen und ihre Attraktivität steigern;
- den Zugang zu Grundausbildungen verbessern, z.B. durch Senkung der Studiengebühren. Dadurch werden nicht nur der Fachkräftemangel bekämpft, sondern auch die sozioökonomische Vielfalt der Profile im Bereich der Hilfe und Pflege gestärkt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass der Sektor in der Lage ist, die sozioökonomischen Gegebenheiten der Bevölkerung zu verstehen und sich ihnen anzupassen;
- die Bedingungen für Praktika von Studierenden in der medizinischen und paramedizinischen Ausbildung durch die Verabschiedung eines entsprechenden Rechtsrahmens verbessern;
- die Möglichkeiten für Praktika in Pflegediensten und -einrichtungen verbessern und die Betreuung der Praktikanten in diesen Einrichtungen gewährleisten;
- die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in den Versorgungseinrichtungen, die den **Regionen** und **Gemeinschaften** unterstehen, verbessern;
- die beruflichen Entwicklungsaussichten durch Weiterbildung und Aufstiegschancen ermöglichen;
- die Fachkräfte durch eine Politik der Risikoprävention, insbesondere zur Burnout-Vermeidung, und durch Maßnahmen im Arbeitsumfeld unterstützen;
- die Effizienz hinterfragen und die Mechanismen weiterentwickeln, die eine bessere geografische Verteilung der Grundversorgung, insbesondere in Gebieten mit Versorgungsengpässen, fördern.







Stärkung der Demokratie auch innerhalb des Gesundheitssystems

Ein demokratisches System beruht auf drei Grundfeilern: **Transparenz, Mitbestimmung und Zusammenarbeit, die gemeinsam zur Legitimität unserer Institutionen und Regierungen beitragen. Diese Grundsätze gelten auch für die Lenkung unseres Gesundheitssystems, und zwar unabhängig von der jeweiligen Entscheidungsebene. Wir sind der Ansicht, dass diese demokratische Steuerung der Gesundheitspolitik auf der Einrichtung und Stärkung bestimmter Funktionen in den Verwaltungen und Verwaltungsorganen beruht, die für diese Bereiche zuständig sind, d.h. AVIQ in der Wallonischen Region, Iriscare in Brüssel oder die DSL in der Deutschsprachigen Gemeinschaft.**

Die beratende Funktion

In einer demokratischen Gesellschaft ist jeder Bürger durch seine politischen/gewählten Vertreter, aber auch durch die organisierte Zivilgesellschaft an der Gestaltung von Entscheidungen und Politik beteiligt. Eines der wichtigsten Instrumente dieser gemeinsamen Gestaltung ist die beratende Funktion, über welche die Exekutive die Akteure der organisierten Zivilgesellschaft (insbesondere die Zwischenkörperschaften) zu Gesetzes-/Dekrets-/Verordnungs-/Erlassentwürfen und Plänen konsultiert.

Diese Akteure, zu denen auch die Krankenkassen gehören, bringen die Bedürfnisse und Realitäten vor Ort als anerkanntes Sprachrohr der Bürger und über eine eigene Initiativkraft zur Sprache. Um diese Repräsentativität zu gewährleisten, muss die beratende Funktion aus einer Vielzahl von Akteuren bestehen, die gemeinsam in der Lage sind, die unterschiedlichen Schattierungen der Gesellschaft zu repräsentieren und die gemeinsamen Nenner zu finden, die die Menschen um spezifische oder übergreifende Themen herum vereinen.

In diesem Sinne bewegen wir uns heute in einer immer weniger transparenten und demokratischen Gesellschaft, in der die Exekutive diese beratende Funktion immer mehr umgeht:

- indem sie andere, individuellere Formen der Bürgerkonsultation bevorzugt;
- indem sie andere Orte der Konsultation/Konzertierung außerhalb der etablierten Einrichtungen schaffen (wo sie einladen, wen sie wollen, auf Kosten einer wirklichen Repräsentativität der Akteure der Zivilgesellschaft);
- indem sie die im Rechtsrahmen vorgesehenen Beratungsstellen nicht einrichten (z.B. in der Wallonischen Region);
- indem sie den Akteuren der beratenden Funktion wenig Zeit für die Abgabe qualifizierter Stellungnahmen einräumt;
- indem sie die Unterstützungsdienste dieser Einrichtungen (Sekretariat usw.) einschränkt.

Die CKK plädiert dafür, dass in der nächsten Legislaturperiode:

- diese beratende Funktion auf allen Zuständigkeitsebenen wirksam wird;
- die beratende Funktion mit einer echten Initiativ- und Beratungsbefugnis ausgestattet wird;
- die organisierte Zivilgesellschaft (Akteure vor Ort, Gesundheitsdienstleister, Gewerkschaften, Krankenkassen, Bewegungen usw.) je nach Thema repräsentativ vertreten ist und sich auf Akteure stützt, die in der Lage sind, starke und erhebliche kollektive Ressourcen zu mobilisieren;
- dass die beratende Funktion eine Ergänzung zu anderen Formen der Bürgerkonsultation bleibt.

Wallonische Agentur für Lebensqualität (Aviq)

Insbesondere in Bezug auf die AVIQ wurde zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Zeilen eine wichtige Arbeit zur Neufassung des Gründungsdekrets der Agentur geleistet, die jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Wir fordern, dass die Arbeit auf der Grundlage der Stellungnahme des Allgemeinen Rates der AVIQ vom Mai 2022 fortgesetzt wird und dass ein neues Dekret schnell in Kraft treten kann.

Speziell in Bezug auf die beratende Funktion **fordern wir**:

- die Zusage für die Einführung einer vollwertigen Beratungsfunktion bei der Erstellung von Dekreten und Verordnungen, welche die Zuständigkeitsbereiche der Aviq betreffen, im Rahmen der Branchenausschüsse und des Allgemeinen Rates der Aviq;
- die Einrichtung von Ad-hoc-Strukturen für die einzelnen Sektoren zur Vorbereitung der Stellungnahmen der Branchenausschüsse und des Allgemeinen Rates der Aviq, die sich aus Experten aller betroffenen Interessengruppen zusammensetzen (Leistungserbringer, Krankenkassen, Gewerkschaften, Vertreter bestimmter Nutzer, Vertreter der Wissenschaft usw.);
- die Gewährung angemessener Fristen für die Abgabe von Stellungnahmen;
- die Bereitstellung personeller Ressourcen innerhalb der Agentur, um diese Beratungsfunktion zu gewährleisten.
- Schließlich und ganz allgemein ist es unbedingt erforderlich, dass innerhalb der Aviq, sowohl bei den Mitarbeitern als auch in den Gremien, eine echte Kultur der Konzertierung und der paritätischen Verwaltung entwickelt wird (siehe nächster Punkt).



Iriscare

Speziell in Bezug auf Iriscare stellt die Aufteilung der übertragenen Kompetenzen zwischen der COCOM-Verwaltung und dem gemeinschaftsübergreifenden Amt für Gesundheit, Personenhilfe und Familienleistungen (Iriscare) auch ein Problem im Hinblick auf die ausgeübte beratende Funktion dar.

In diesem Zusammenhang **fordern wir**,

- eine Stärkung der Handlungsfähigkeit des COCOM-Beratungsgremiums, indem dieses Gremium mit einer seinen Aufgaben angemessenen Logistik ausgestattet wird, sowie eine Neubelebung seiner Arbeitsweise;
- die Einrichtung einer echten Beratungsfunktion innerhalb von Iriscare;
- die Schaffung von Synergien und Zusammenarbeit zwischen den COCOM-Verwaltungsbeiräten und den technischen Ausschüssen von Iriscare.

In Bezug auf die **Deutschsprachige Gemeinschaft** **fordern wir**:

- eine stärkere Zusammenarbeit und mehr Transparenz seitens der Behörden. Es sollte ein regelmäßiger Austausch zwischen den Vertretern der Versicherungsträger und den Dienststellen des Ministeriums der DG stattfinden, um den Service für die Bürger, die im Übrigen einer Krankenkasse angeschlossen sind, zu verbessern. Insbesondere sollen die Fristen für die Kenntnisnahme der Dossiers und die Abstimmung zwischen den Akteuren eines bestimmten Bereichs verlängert werden.
- dass die Regierung der DG die Beiräte regelmäßiger und ernsthafter konsultieren, die von ihr eingesetzt wurden, um von ihrem Fachwissen profitieren zu können.
- dass die Regierung der DG auch eine echte Beteiligung der gemeinnützigen Vereinigungen an der Umsetzung der sie betreffenden politischen Maßnahmen garantiert.



Die paritätische Verwaltung

Die paritätische Verwaltung ist auch ein bedeutendes Instrument der Mitbestimmung und Zusammenarbeit bei der Gestaltung der öffentlichen Politik. Im Gesundheitswesen findet sie zwischen den Vertretern der Leistungserbringer und der Versicherungsträger auch auf regionaler Ebene statt. Diese paritätische Verwaltung ist nicht nur ein Instrument der Mitbestimmung, sondern auch der Rechenschaftspflicht derselben Akteure, die damit beauftragt sind, die Mittel des Bereichs „als umsichtige und verantwortungsvolle Verwalter“ einzusetzen.

Wallonische Agentur für Lebensqualität (Aviq)

Speziell in Bezug auf die AVIQ **plädiert die CKK für eine Stärkung dieser paritätischen Verwaltung** durch:

- eine umfassende Auffassung dessen, was unter „paritätischer Verwaltung“ zu verstehen ist (nicht auf die Budgetverwaltung beschränkt, sondern auch als treibende Kraft für neue Politiken);
- die Ausweitung auf regulierte Politikbereiche;
- die Festlegung einer Norm für das Haushaltswachstum in diesen Bereichen, die ein echtes Instrument der Rechenschaftspflicht für die Partner der paritätischen Verwaltung und die Entwicklung von Antworten auf die sich verändernden Bedürfnisse der Bevölkerung darstellt;
- die Anerkennung der Versicherungsträger als echte Partner der Konzertierung und als vollwertige Akteure des Gesundheitswesens, die sie nicht ausschließlich auf ihre Rolle als Verwalter des Systems beschränkt, so wichtig diese Rolle auch ist. Wir erinnern daran, dass die Krankenkassen auch Vertreter ihrer Mitglieder sind, die wiederum selbst Nutzer und Empfänger von Dienstleistungen sind;
- die Einführung einer Rechtfertigungspflicht des Ministeriums, wenn ein von den Gremien genehmigter Vorschlag der paritätischen Verwaltung bestätigt wurde, von der Regierung jedoch nicht angenommen wird.

Iriscare

In **Brüssel** sieht die neue Iriscare-Verordnung eine stärkere Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen der COCOM-Verwaltung und dem gemeinschaftsübergreifenden Amt für Gesundheit, Personenhilfe und Familienleistungen (Iriscare) vor. Infolgedessen wird ein größerer Teil der Materie der Abstimmung und damit der Überprüfung durch die Leistungserbringer, die Krankenkassen und die Sozialpartner (Arbeitgeber und Gewerkschaften) entzogen.

Dies führt nicht nur zu einem Demokratieverlust, sondern auch zu einer ineffizienteren Steuerung der Gesundheitspolitik in der Region Brüssel.

Vor diesem Hintergrund halten wir es für überaus wichtig, die Aufspaltung der Zuständigkeiten zwischen Iriscare und den Diensten des Gemeinsamen Kollegiums zu beenden und die Verwaltung aller Gesundheitsangelegenheiten und der Unterstützung von Personen unter dem Dach von Iriscare zusammenzufassen.



Speziell in Bezug auf die paritätische Verwaltung innerhalb von Iriscare **fordern wir**:

- die Wahrung der in der letzten Legislaturperiode erreichten Wachstumsnorm. Diese Wachstumsnorm sollte im Vorfeld der Haushaltsplanung bekannt sein;
- eine Systematisierung der Bewertung des Haushaltsverfahrens, einschließlich der Wachstumsnorm, und eine Klärung ihrer Nutzung
- Speziell in der **Deutschsprachigen Gemeinschaft** fordern wir, dass die Krankenkassen in die Überlegungen zur Gesundheitspolitik mit einbezogen werden und dass ihnen eine Rolle als gemeinsamer Akteur und Mitverwalter der im Rahmen der sechsten Staatsreform übertragenen Zuständigkeiten garantiert wird.



Die strategische und prospektive Funktion

Die strategische und prospektive Funktion zielt darauf ab, mittel- und langfristig auf die Politik einzuwirken. Durch diese Funktion können die für die Gesundheitspolitik zuständigen Organe eine gemeinsame Vorstellung der Gesundheit in den nächsten 20 oder 30 Jahren entwickeln und die aktuelle Politik bewerten.

Um demokratisch und relevant zu sein, muss sie wiederum mit einem breiten Spektrum an Beteiligten durchgeführt werden, die jeweils über ein besonderes Fachwissen und einen besonderen Blickwinkel verfügen (Leistungserbringer, Krankenkassen, Gewerkschaften, Arbeitgeber, Verbände, Wissenschaftler...).

Wallonische Agentur für Lebensqualität (Aviq)

Bei der Aviq sieht das in dieser Legislaturperiode vorgelegte Reformprojekt die Abschaffung des Rates für Strategie und Zukunftsforschung vor, in dem diese Funktion ursprünglich angesiedelt werden sollte.

Auch wenn wir diese Absicht und die Übertragung dieser Funktion auf den Allgemeinen Rat zur Kenntnis genommen haben, **fordern wir**, dass:

- der Allgemeine Rat verpflichtet wird, die Meinung der Branchenausschüsse zu den sie betreffenden Fragen einzuholen;
- alle Akteure, die heute über den Rat für Strategie und Zukunftsforschung an diesen Aufgaben beteiligt sind (z.B. die Wissenschaft), auch morgen noch dazugehören.



Krisenbewältigung

Die Bewältigung von Krisen und unerwarteten Ereignissen, wie wir sie in den letzten Jahren erlebt haben, hat zu einigen Verstößen gegen die bewährten Grundsätze der demokratischen Entscheidungsprozesse in den Institutionen unseres Landes geführt, und zwar auf allen Ebenen der Staatsführung. Auch wenn wir verstehen, dass das Krisenmanagement eine gewisse Flexibilität und Zentralisierung von Entscheidungen erfordert, muss es dennoch ein ausreichendes Maß an Transparenz, Zusammenarbeit und Abstimmung mit den verschiedenen Partnern der öffentlichen Verwaltung gewährleisten.

Ohne besonders darauf einzugehen, dass die Krankenkassen von bestimmten Gremien oder Themen ausgeschlossen waren, bei denen es sinnvoll gewesen wäre, sie einzubeziehen, beunruhigt uns insbesondere die fast ständige und generelle Abwesenheit der Nutzer, Leistungsempfänger und Patienten sowohl in der Krisenzeit als auch in der Zeit der Entschärfung der Maßnahmen (z.B. innerhalb der GEES). Der Grundsatz „Der Bürger steht im Mittelpunkt“ ist bei der gemeinsamen Ausarbeitung von Lösungen in eine deutliche Schiefelage zwischen Reden und Handeln geraten.

Auf allen Ebenen wurden die historisch etablierten Gremien, in denen die soziale Konzertierung, die paritätische Verwaltung oder die beratende Funktion stattfinden, nicht oder nur unzureichend in das Krisenmanagement einbezogen. Im schlimmsten Fall wurden die Gremien nicht mobilisiert oder nur minimal informiert. Im besten Fall spielten sie lediglich die Rolle des Protokollanten von Entscheidungen, die an anderer Stelle getroffen wurden. Abgesehen vom ersten strikten Lockdown, der mit der gesundheitlichen Notlage und der Neuartigkeit dieser Pandemie zusammenhing, ging es mit dieser Krise zwischen 2020 und heute (immer noch) auf und ab. Mit anderen Worten, es wäre möglich gewesen, in den Perioden relativer Ruhe Vorkehrungen für ein abgestimmtes Vorgehen bei der Bewältigung der Krise und ihrer Auswirkungen zu treffen.

Andererseits entstanden parallel dazu andere Formen der Konsultation im Umfeld der Kabinette der Minister oder der am stärksten betroffenen Verwaltungen, mal mit einer gewissen Transparenz, mal mit einer gewissen Undurchsichtigkeit. Da der Öffentlichkeit der Sinn der Zusammensetzung dieser Gremien nicht immer klar war, wurde die Legitimität der Akteure am Verhandlungstisch geschwächt.

Diese Form der Vereinnahmung der partizipativen Demokratie gepaart mit dem Fehlen einer repräsentativen (parlamentarischen) Demokratie aufgrund der Sondervollmachten ist für die Demokratie eine bedauernde Entwicklung.

Wir müssen daher unbedingt unsere Konzertierungsmodelle in Krisensituationen anpassen, ausgehend von den bestehenden Strukturen.

Wir fordern, dass in der Gesetzgebung die Einberufung eines Krisenausschusses vorgesehen wird, in dem Vertreter der verschiedenen bestehenden (inter-)sektoralen (paritätischen) Mitverwaltungs-/Verwaltungs-/Beratungsorgane in den föderierten Gebietseinheiten zusammenkommen, um ihre Legitimität und die Abstimmung mit den repräsentativen Akteuren vor Ort zu gewährleisten.

Dieser Ausschuss würde sich aus allen relevanten Beteiligten zusammensetzen, zumindest jedoch aus Gesundheitsdienstleistern, öffentlichen Einrichtungen, Krankenkassen und anderen Vertretern der Nutzer/Leistungsempfänger.



Stärkung des gemeinnützigen Bereichs der Vereinigungen

Im Spannungsfeld zwischen „Alles dem Markt“ auf der einen und „Alles dem Staat“ auf der anderen Seite tragen auch die auf Bürgerbeteiligung basierenden gemeinnützigen Vereinigungen zur Entwicklung unserer Gesellschaft und zu den Voraussetzungen der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung bei. Um die Beziehungen zwischen der öffentlichen Hand und dem gemeinnützigen Sektor zu gestalten, sollten Regeln für eine gute Verwaltungspraxis aufgestellt werden, die die öffentliche Hand in ihren Beziehungen zum gesamten gemeinnützigen Sektor in die Pflicht nehmen. Diese Beziehungen sollten auf einem grundlegenden Prinzip basieren, nämlich der Subsidiarität.

Dieser Begriff bedeutet, dass es nicht notwendig oder sogar weniger effizient ist, dass die öffentliche Behörde Initiativen ergreift, die Vereinigungen und Bürger selbst in die Hand nehmen können. Dieses Prinzip fördert die Emanzipation der Bürger, stärkt die Funktion der öffentlichen Behörden, die in erster Linie regulierend sein soll, und trägt letztlich zur demokratischen Vitalität unserer Gesellschaft bei.



Diesbezüglich **fordert die CKK** die Anwendung der wichtigsten Grundsätze der Charta der Vereinigungen:

- Gewährleistung der Vereinigungsfreiheit und Unterstützung der Autonomie der Vereinigungen. Dies bedeutet, dass ihre Freiheit, sich zu organisieren und zu koordinieren, geachtet und ihre Einschränkungen auf ein Minimum begrenzt werden;
- Gewährleistung und Förderung der Meinungsfreiheit von Vereinigungen. Das bedeutet, dass sie als Träger kritischer Meinungsäußerung anerkannt werden (auch gegenüber staatlichen Stellen);
- Gewährleistung des Grundsatzes der Rechtmäßigkeit: Dies bedeutet, dass die Verfahren und allgemeinen Regeln für die Zulassung und Finanzierung im Vorfeld schriftlich festgelegt werden;
- Gewährleistung der Grundsätze der Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung zwischen Vereinigungen sowie zwischen Vereinigungen und öffentlichen Einrichtungen durch die Entwicklung eines Regelwerks und dessen Einhaltung, aber auch durch Transparenz und Objektivierung bei der Vergabe von Finanzhilfen;
- Förderung der Komplementarität zwischen gemeinnützigen und öffentlichen Maßnahmen im Interesse der Allgemeinheit, was insbesondere bedeutet, dass die Behörden, wenn sie neue Aufgaben von allgemeinem Interesse entwickeln wollen, die Kompetenzen der im selben Sektor und im selben Gebiet bestehenden Vereinigungen und öffentlichen Dienste prüfen. Dies bedeutet auch, dass sie bei Aufgaben von allgemeinem Interesse die Meinung der Vereinigungen einholen;
- Förderung und Unterstützung der Beteiligung von Vereinigungen am demokratischen Prozess und damit am Aufbau einer Gesellschaft, die auf das Gemeinwohl ausgerichtet ist. Dies bedeutet, dass die Vereinigungen in die Praxis des Dialogs, der Debatte und der Bewertung eingebunden werden müssen;
- Unterstützung des ehrenamtlichen Einsatzes neben dem der hauptamtlichen Mitarbeiter als Akt der Solidarität oder der aktiven Teilnahme an der Arbeit und der Verwaltung von Vereinigungen;
- Gewährleistung von Rechtsmitteln zur Durchsetzung der Einspruchsrechte des gemeinnützigen Sektors;
- Einhaltung des Grundsatzes der Unterscheidung zwischen Träger und Regulierungsbehörde. Das bedeutet, dass die öffentliche Behörde, wenn sie als Träger einer Initiative auftritt, sicherstellen muss, dass sie ihre Rolle als Träger nicht mit der einer Regulierungs- und Kontrollinstanz verwechselt. Ebenso verzichtet die öffentliche Aufsichtsbehörde auf eine Präsenz in den rechtlichen Verwaltungsstrukturen der Vereinigungen, die sie unmittelbar beaufsichtigt.

Wir fordern, dass alle Mittel eingesetzt werden, um diese Grundsätze durch die Verabschiedung von Texten, die einklagbare Rechte begründen, umzusetzen, aber auch, dass die erforderlichen Initiativen unterstützt werden, um sicherzustellen, dass die lokalen Behörden diese Vorschriften in ihre Verordnungen aufnehmen.

Anerkannte und finanzierte Vereinigungen

Darüber hinaus werden einige Vereinigungen für ihre Aufgaben bei der Gewährleistung von Dienstleistungen für die Bevölkerung oder Zielgruppen anerkannt und finanziert.

Mit Blick auf diese sogenannten „nichtkommerziellen“ Bereiche **fordert die CKK**:

- eine Verbesserung der Attraktivität der Berufe und die Schaffung von stabilen Arbeitsplätzen in diesem Sektor. Dies ist angesichts der zahlreichen strukturellen Engpässe im Sozial- und Gesundheitswesen heute und in Zukunft besonders wichtig;
- eine verstärkte Professionalisierung und die Freisetzung von Zeit und Ressourcen für Aufgaben mit höherem Mehrwert. Die Vielzahl von Kontroll- und Berichtspflichten sowohl bei der Umsetzung von EU-Richtlinien als auch von innerbelgischen Vorschriften sollten aufgehoben werden;
- eine Förderung der Zusammenlegung von Ressourcen und der Tätigkeit der Verbände von Vereinigungen, damit kleine Strukturen weniger Ressourcen für die Verwaltung aufwenden müssen und sich stärker auf ihre Aufgaben und Projekte konzentrieren können;
- die Förderung von Innovation und sozialem Unternehmertum, insbesondere durch die Entwicklung eines Kompetenzzentrums / Coworking-Spaces / Ressourcenpooling / für die Arbeitsplätze mit sozialem Profil / in der Sozialwirtschaft... , um in Partnerschaft mit Hochschulen und Universitäten angepasste und für die Bevölkerung finanziell erschwingliche Lösungen für soziale und gesundheitliche Herausforderungen zu entwickeln;
- die Förderung einer nachhaltigen Verwaltung der Einrichtungen und Aktivitäten durch Teilnahme an der Energie- und Umweltwende. Die vorrangige Unterstützung von Projekten in nicht-kommerziellen Sektoren sollte nicht als Kostenstelle betrachtet werden, sondern als Investition in die Arbeitsweise und vor allem in die Umverteilung von Ressourcen auf ein erweitertes Dienstleistungsangebot.



Die Beziehungen zwischen der öffentlichen Hand und dem gemeinnützigen Sektor sollte auf einem Grundprinzip beruhen: der Subsidiarität.



Auf dem Weg zu einer anderen belgischen Gesundheitslandschaft?

Wenn es etwas gibt, das die Covid-19-Krise ans Licht gebracht hat, dann ist es die Komplexität unseres Gesundheitssystems. Die zersplitterten Zuständigkeiten zwischen dem **Föderalstaat**, den **Gemeinschaften** und den **Regionen** trüben die Sicht auf das Gesamtbild und führen zu einer langsamen und ineffizienten Politik. Angesichts der großen Herausforderungen, die vor uns liegen, erfordert die Steuerung unseres Gesundheitssystems eine umfangreiche Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den verschiedenen Entscheidungsebenen, um die Kohärenz der Politik in diesem Bereich zu gewährleisten und die Übertragbarkeit der Rechte über das gesamte Staatsgebiet hinweg sicherzustellen. Unser Gesundheitssystem ist vielfältig, aber auch besonders komplex. Es liegt daher in der Verantwortung aller Beteiligten, dafür zu sorgen, dass sich diese Komplexität nicht auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bürger auswirkt.

Die Zusammenarbeit zwischen allen föderierten Gebietseinheiten

Die **Regionen** und **Gemeinschaften** spielen, insbesondere seit der sechsten Staatsreform, eine wichtige Rolle bei der Festlegung der allgemeinen Gesundheitspolitik unseres Landes, und die Herausforderungen, denen sie sich stellen müssen, sind groß. Wie wir gezeigt haben, ist ihr Zuständigkeitsbereich noch größer, wenn eine breite Definition von Gesundheit und das Konzept der Gesundheit in allen Politikbereichen angewendet wird.

Die Alterung der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Krankheiten und die Risiken, die beispielsweise mit dem Klimawandel verbunden sind, erfordern eine rasche Anpassung unseres Gesundheitssystems und seiner Organisation. Es handelt sich um globale Herausforderungen, die systemische Reformen erfordern, deren Ziele (Gewährleistung einer besseren Lebensqualität für jeden Einzelnen) nur erreicht werden können, wenn sich alle Komponenten des Systems abstimmen und wirksam interagieren.

Aus diesem Grund müssen solche formellen Konzertierungsgremien eingerichtet oder gestärkt und in jedem Fall so oft wie nötig mobilisiert werden. Diese Gremien müssen sich auch zum Ziel setzen, die Gesundheitspolitiken zu koordinieren, um die Komplexität der staatlichen Struktur so weit wie möglich zu beseitigen und die Verfahren für die Begünstigten zu vereinfachen (z.B. durch die Sicherstellung der Übertragbarkeit von Ansprüchen). Dies ist auch ein Weg, um die Nichtinanspruchnahme von Rechten zu bekämpfen. Diese Stellen müssen auch den Vertretern der Zivilgesellschaft einen Platz einräumen.

In diesem Rahmen **plädiert die CKK für:**

- die Einrichtung des Zukunftsinstituts³⁶ ;
- die Einrichtung eines übergreifenden Planungsgremiums auf föderaler Ebene (das die Bedürfnisse der **Regionen** und **Gemeinschaften** objektivieren und das medizinische Angebot entsprechend gestalten soll);
- eine Aktualisierung der Kooperationsvereinbarungen im Anschluss an die sechste Staatsreform;
- die Festlegung von Zielen für die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung in Abstimmung zwischen allen Gebietseinheiten.

Aus Sicht der CKK muss das Zukunftsinstitut neben der Festlegung von Gesundheits(versorgungs)zielen, an denen sich die politischen Entscheidungen orientieren sollen, und dem Konzept «Gesundheit in allen Politikbereichen» zwei Hauptprobleme angehen: die Anpassung des Pflege- und Betreuungsangebots an die tatsächlichen und sich verändernden Bedürfnisse der Bevölkerung und die Bekämpfung des Personalmangels. Die Herausforderung besteht darin, alle Hindernisse zu beseitigen, die einer Behebung des derzeitigen Personalmangels im Gesundheitssystem entgegenstehen. In diesem Zusammenhang muss die Relevanz des Kontingenzmechanismus für die Ausübung des Arztberufs ohne Tabus diskutiert werden. Die Arbeit des Zukunftsinstituts muss auch über den Diskurs hinaus den Wert und die Bedeutung hinterfragen, die unsere Gesellschaft dem Pflege- und Betreuungssektor und seinen Fachkräften beimisst.

Neben der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gebietseinheiten des Landes erfordert die Patientenmobilität in grenzüberschreitenden Gebieten eine Verbesserung des Zugangs der dort lebenden Bevölkerungsgruppen zu den Gesundheitssystemen auch außerhalb unserer Grenzen. Eine wirksame Zusammenarbeit zwischen zwei Staaten in benachbarten **Regionen** und **Gemeinschaften** durch grenzüberschreitende Abkommen kann mehrere Vorteile mit sich bringen: Erhöhung des verfügbaren Hilfs- und Pflegeangebots (auch in einer anderen Sprache), Verringerung der durch das Territorialitätsprinzip verursachten Mehrkosten oder auch die Erzielung von Größenvorteilen durch eine rationellere Nutzung der Einrichtungen und Ausrüstungen.

Um die Entwicklung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu unterstützen, **plädiert die CKK für:**

- eine verstärkte Entwicklung der Zoast (Zonen mit grenzüberschreitendem Zugang zu Gesundheitsleistungen);
- eine Öffnung dieser Kooperationen für andere Akteure als Krankenhäuser.

³⁶ Föderales Regierungsabkommen 2019–2024: „Wie bereits im Sondergesetz über institutionelle Reformen vorgesehen, wird das künftige Institut für Gesundheitsfürsorge eingerichtet, um zur Unterstützung der Interministeriellen Konferenz für öffentliche Gesundheit abgestimmte Antworten auf die großen Herausforderungen im Bereich der Gesundheit zu geben. Die Aufgabe dieses Instituts wird es sein, eine gemeinsame und zukunftsorientierte Vision zu formulieren und eine nachhaltige Gesundheitspolitik zu definieren“.



Regionalisierung contra Vergemeinschaftung

Heute sind die **Regionen** und **Gemeinschaften** unter anderem für die Bereiche Jugendpolitik, lebenslanges Lernen und kulturelle Animation zuständig. Diese Zuständigkeiten sind von großer Bedeutung, da sie alle dazu beitragen, in der Bevölkerung einen verantwortungsbewussten, aktiven, kritischen und solidarischen Bürgergeist zu formen.

Zahlreiche Jugendorganisationen und Organisationen für lebenslanges Lernen wurden gegründet, um an Aufgaben von allgemeinem Interesse teilzunehmen, und bestreiten ihre Arbeit dank der Zuschüsse und der Anerkennung durch die **Französische Gemeinschaft**. Diese Organisationen sind Träger des Engagements und des sozialen Zusammenhalts und tragen zur Stärkung unseres demokratischen Modells bei.

Die CKK legt besonderen Wert auf diesen Ansatz. Seit Ende der 1950er Jahre hat sie ein Vereinigungsnetz aus verschiedenen sozialen Bewegungen aufgebaut, die in der Gesundheitsförderung, der Sozialhilfe und der Weiterbildung von Erwachsenen und Jugendlichen tätig sind.

Von diesem Netzwerk hat die Französische Gemeinschaft drei Bewegungen anerkannt, zugelassen und finanziert: Altéo (10.000 Mitglieder), Enéo (38.000 Mitglieder) und Ocarina (4.800 Mitglieder), die sich alle zum Ziel gesetzt haben, die Bürgerbeteiligung ihrer Zielgruppen (Personen mit Autonomieverlust, Senioren und Jugendliche) zu fördern.

Während die Debatte über die Regionalisierung der Kompetenzen der Gemeinschaften zunimmt, stellen sich Fragen zu den Auswirkungen eines solchen Vorgangs auf die bestehenden Vereinigungen. Im Falle einer vollständigen oder teilweisen Übertragung der kulturellen Angelegenheiten von der **Französischen Gemeinschaft** auf die **Wallonische Region** und das **COCOM** befürchtet die CKK, dass die sozialen Bewegungen in Bedrängnis geraten könnten.

Die französischsprachigen Organisationen profitieren heute von den Vorteilen, die sich aus der Tatsache ergeben, dass sie nur einen einzigen Subventionsgeber haben. So gelten sowohl in der Wallonie als auch in Brüssel für die Vereinigungen die gleichen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Eine französischsprachige Organisation kann also in beiden Gebieten aktiv sein und dabei ein und dieselbe Rechtsstruktur beibehalten. Abgesehen von den wirtschaftlichen Vorteilen fördert diese Situation ein gemeinsames Projekt und den Zusammenhalt zwischen den französischsprachigen beider Gebietseinheiten sowie eine zentralisierte Verwaltung, die eine globale und kohärente Aktion ermöglicht. Die Übertragung von Zuständigkeiten, durch die de facto zwei subventionierende Behörden zuständig sein würden, hätte eine Schwächung dieser Akteure zur Folge. Im Übrigen gibt es derzeit keine Garantie dafür, dass das Finanzierungsniveau gegebenenfalls das gleiche sein würde.

Sollte sich der Gesetzgeber für eine vollständige oder teilweise Regionalisierung der kulturellen Zuständigkeiten entscheiden, **plädiert die CKK zumindest für**

- die Einrichtung einer ständigen Konzertierungsstelle zur Abstimmung zwischen der Wallonischen Region und dem COCOM, um den Bewegungen die Möglichkeit zu geben, weiterhin kohärent zu handeln und ihr Programm umsetzen zu können;
- eine Verknüpfung der Kompetenzübertragung mit einer Budgetübertragung, um ein ähnliches Finanzierungsniveau der Vereinigungen zu wahren.



Die institutionelle Landschaft in Brüssel

Als Krankenversicherungsträger, Vertreter der Nutzer und Akteur der medizinischen Grundversorgung kommt die CKK nicht umhin, die institutionelle Komplexität der **Region Brüssel-Hauptstadt** und ihre negativen Auswirkungen auf die Kohärenz der Gesundheitspolitik festzustellen.

Diese Feststellung wird durch zwei Hauptargumente gestützt.

Zunächst ist auf die Vielzahl der politischen Akteure hinzuweisen. So gibt es in **Brüssel** nicht weniger als vier Exekutiven: die Regierung der Region Brüssel-Hauptstadt, die französischsprachige Regierung von Brüssel (COCOF), das Gemeinsame Kollegium (COCOM) und das Kollegium der VGC. Jede Exekutive verfügt über eigene Zuständigkeiten im Gesundheitswesen (in dieser Reihenfolge: medizinische Notfallhilfe, Gesundheitsförderung und Sozial- bzw. Gesundheitsmaßnahmen, Gesundheit und Sozialmaßnahmen, Wohlbefinden und Gesundheit). COCOF und COCOM sind beispielsweise beide für die Prävention und die Gesundheitsförderung zuständig.

Zweitens unterscheiden sich die Steuerungsmethoden je nach Materie. So fallen, um nur vom COCOM zu sprechen, einige Angelegenheiten in den Bereich der paritätischen Verwaltung und werden von IRISCARE verwaltet, während andere hoheitlich von den Dienststellen des Gemeinsamen Kollegiums verwaltet werden. Die Aufspaltung der Bereiche zwischen diesen beiden Organen kann die Festlegung globaler Gesundheitsziele und -politiken behindern. Die Finanzierung von geschützten Wohninitiativen und psychiatrischen Pflegeheimen fällt in den Zuständigkeitsbereich von IRISCARE, während die allgemeine Politik im Bereich der psychischen Gesundheit in den Händen der Dienststellen des Gemeinsamen Kollegiums liegt.

Um eine kohärente Gesundheitspolitik in **Brüssel** zu betreiben, **fordert die CKK dazu auf,**

- die institutionelle Landschaft in Brüssel zu vereinfachen;
- die Zuständigkeiten und Angelegenheiten des Gesundheitswesens in einem Organ, IRISCARE, zu zentralisieren, das die paritätische Verwaltung, die Abstimmung mit den einzelnen Fachbereichen und die beratende Funktion übernimmt.



Verantwortlicher Herausgeber: Alexandre Verhamme, Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Brüssel. Juli 2023. Fotos: © AdobeStock

INFOS UND KONTAKT:

Politische Abteilung
service.politique@mc.be | ckk-mc.be



CKK. Mitten im Leben.