



**World Health  
Organization**

A low-angle photograph of the Atomium structure in Brussels, Belgium, showing several of its iconic spherical nodes connected by white tubes against a clear blue sky. The spheres are highly reflective, mirroring the sky and surrounding environment.

# **Strategie der Länderkooperation WHO - BELGIEN**

**2016-2022**



**Strategie der Länderkooperation  
WHO - BELGIEN  
2016-2022**



Es ist das erste Mal, dass Belgien und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Country Cooperation Strategy (CCS) vereinbaren. Die CCS bildet den strategischen Rahmen für die mittelfristige Zusammenarbeit beider Partner und beschreibt eine gemeinsame Agenda mit vorrangigen Bereichen der Zusammenarbeit über die nächsten 6 Jahre.

Die CCS soll die WHO in ihrer Arbeit mit Belgien, in Übereinstimmung mit den Gesundheitsprioritäten, Kernfunktionen und komparativen Vorteilen der WHO lenken. Das Verfassen einer strategischen Agenda sorgt dafür, dass die wichtigsten Prioritäten ständig in Angriff genommen werden, sogar wenn es zu Änderungen in der Regierung oder im öffentlichen Dienst kommt, und dass die Kontinuität im Programm für technische Unterstützung der WHO gewährleistet ist. Diese CCS betont auch den belgischen Beitrag zur weltweiten Gesundheitsagenda im Allgemeinen und der Teilnahme an der WHO im Besonderen.

In der Vergangenheit lief die Zusammenarbeit zwischen Belgien und der WHO über Biennial Collaborative Agreements (BCA), die sich vor allem auf die Teilnahme Belgiens an der WHO bezogen. Dies ist das erste Mal, dass beide Parteien auch eine strategische Agenda für eine gemeinsame Arbeit bestimmen. Diese CCS gilt für die Periode 2016 bis 2022.

Die CCS für Belgien wurde über eine Periode von mehreren Monaten erstellt. Während dieses Prozesses fanden interne und externe Beratungen statt, und bekam Belgien die Gelegenheit, die Ziele und Prioritäten der aktiven Leitlinien, Strategien und Aktionspläne zu besprechen. Dabei konnte dafür gesorgt werden, dass die ergriffenen Maßnahmen an die Prinzipien aus folgenden Rahmendokumenten anknüpfen:

- Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung<sup>1</sup>
- Das Zwölfte Allgemeine Arbeitsprogramm 2014 – 2019 der WHO, das die strategische Vision auf höchster Ebene für die Arbeit der WHO enthält
- Gesundheit 2020 – Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert des Regionalbüros für Europa der WHO

Die CCS besteht aus 5 Kapiteln: sie beginnt mit der Einleitung, Kapitel 2 enthält die Beurteilung des Gesundheitszustands und des Gesundheitssystems in Belgien, und in Kapitel 3 wird auf die Entwicklungszusammenarbeit und den Beitrag Belgiens zur weltweiten Gesundheit sowie auf die Zusammenarbeit zwischen Belgien und der WHO während der vergangenen Jahre eingegangen. In Kapitel 4 wird die strategische Agenda für die Zusammenarbeit Belgiens mit der WHO behandelt, und werden Details über die Bereiche der Zusammenarbeit beider Partner erörtert. Kapitel 5 beschreibt schließlich das Verfahren zur Überwachung und Beurteilung der Implementierung der Strategie.

1. Belgien und die WHO beabsichtigen beide, die CCS bei der Implementierung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDG), die im September 2015 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurden, anzuwenden. Diese CCS enthält schon Verknüpfungen zwischen den Prioritäten der CCS und der SDG.



Dieses Kapitel bietet eine Übersicht des Gesundheitszustands in Belgien. Nach einer kurzen Einleitung zum belgischen sozioökonomischen und institutionellen Kontext werden in diesem Kapitel das belgische Gesundheitssystem und der Gesundheitszustand der belgischen Bevölkerung analysiert. Danach werden die Ergebnisse und die wichtigsten Herausforderungen des belgischen Gesundheitssystems, und wie die belgischen Behörden damit umgehen, beschrieben.

### **2.1. Der belgische sozioökonomische und institutionelle Kontext**

Die belgische Bevölkerung ist in den vergangenen Jahrzehnten von 10 Millionen Einwohner im Jahr 1991 auf ca. 11 Millionen (11.150.516 Einwohner) am 1. Januar 2014 gestiegen. Laut Prognosen dürfte Belgien bis 2060 13,5 Millionen Einwohner haben. Die Alterung der Bevölkerung nimmt ebenfalls zu: 2012 betrug die Anzahl der über 65-Jährigen im Vergleich zur Altersgruppe 15-64 Jahre 26,6 %, aber vorhergesagt wird, dass das Verhältnis sich bis 2060 hin zu 44,4 % entwickeln wird (FÖD Wirtschaft, 2014a, 2014b).

Belgien ist eine konstitutionelle Monarchie mit einem parlamentarischen Regierungssystem und ein föderaler Staat, der aus einer föderalen Regierungsebene, drei Regionen und drei Gemeinschaften besteht. Die drei Regionen sind die Flämische Region, die Wallonische Region und die Region Brüssel-Hauptstadt. Die drei Gemeinschaften sind die Flämische Gemeinschaft, die Französische Gemeinschaft und die Deutschsprachige Gemeinschaft. Die Zuständigkeiten sind über die nationale Ebene, die Gemeinschaften und die Regionen verteilt. In großen Linien ist der föderale Staat für Auslandsangelegenheiten, Verteidigung, Justiz, Finanzen, Inlandsangelegenheiten, soziale Sicherheit und teilweise für die Volksgesundheit zuständig. Die Regionen sind für territoriale Angelegenheiten, wie für die Bereiche Wirtschaft, Energie, Landwirtschaft und Umwelt, zuständig. Die drei Gemeinschaften sind für die sogenannten personengebundenen Angelegenheiten, wie Unterrichtswesen, Kultur, Sprache sowie Gesundheit und Wohlbefinden, zuständig, sofern diese nicht unter das soziale Sicherungssystem fallen. Die belgischen Teilgebiete befassen sich auch mit den internationalen Aspekten, die im Zusammenhang mit ihren Zuständigkeiten stehen (Portalsite der belgischen föderalen Regierung, 2016).

Belgien hat eine freie Marktwirtschaft, die sich vor allem auf Dienstleistungen fokussiert (ca. 70 % des BIP) (FÖD Wirtschaft, 2014). In Brüssel, der Hauptstadt Belgiens, haben unzählige internationale Organisationen, worunter die EU und die NATO sowie viele internationale Konzerne ihren Hauptsitz. In Belgien gibt es auch

eine bedeutende Pharmaindustrie; der belgische Export pharmazeutischer Produkte entspricht z. B. 15 % des europäischen Gesamtexports an pharmazeutischen Produkten. Das BIP pro Kopf lag in Belgien 2014 etwas über 36.000 Euro; das ist mehr als der EU-Durchschnitt (Eurostat, 2014). Die Arbeitslosigkeit ist seit 2011 leicht steigend und betrug 2014 ca. 8,6 %. Die Prozentsätze sind allerdings zwischen den sozioökonomischen Gruppen unterschiedlich, wobei anfälliger Bevölkerungsgruppen, wozu niedergelassene Migranten gehören, höhere Arbeitslosenzahlen aufweisen, mit einem nationalen Durchschnitt von 19 %. In Brüssel gehören 51 % der gesamten Anzahl der Arbeitslosen zur Kategorie der niedergelassenen Migranten (OECD, 2015b).

Wie in vielen anderen EU-Mitgliedsstaaten gab es auch in Belgien große Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt; so stieg der Prozentsatz der Arbeitnehmer mit befristeten Verträgen und Teilzeitverträgen. Junge Arbeitnehmer (18-24 Jahre) haben häufiger mit schwierigen Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise Fristverträgen oder sogar Arbeit ohne Vertrag, und häufigen Perioden der Arbeitslosigkeit zu kämpfen. Frauen befinden sich in Belgien zu mehr als 60 % von allen Arbeitnehmern in atypischen Beschäftigungsverhältnissen (OECD, 2015b).

## 2.2. Das Gesundheitssystem

### Organisation und Verwaltung

Die Gesundheitspolitik ist in Belgien eine Zuständigkeit, die sich die föderalen und die föderierten Behörden teilen. Die föderalen Behörden sind für die Regulierung und Finanzierung der Krankenpflichtversicherung, die Finanzierung der Krankenhausbudgets, die Gesetzgebung bezüglich der Berufsqualifikationen und die Registrierung und Preisfestsetzung der Arzneimittel zuständig. Die föderierten Teilgebiete sind für die Finanzierung der Gesundheitsinfrastruktur und die medizinisch-technischen Dienstleistungen, das Definieren von Zulassungsnormen für Krankenhäuser, Gesundheitsförderung und Prävention, Planung des medizinischen Angebots, Gesundheitspflege für Mütter und Kinder, soziale Dienstleistungen, Koordination in der Primärpflege, Altenpflege, geistige Gesundheitspflege und Langzeitpflege zuständig (OBS-HSPM, 2016).

Da die Verwaltung des Gesundheitssystems und die Gesundheitspolitik eine enge Zusammenarbeit zwischen den föderalen und regionalen Gesundheitsministern verlangen, trifft sich die Interministerielle Konferenz „Volksundheit“ regelmäßig, um Themen mit geteilter Zuständigkeit zu besprechen und darüber Verträge abzuschließen.

### Finanzierung

2013 betragen die gesamten belgische Gesundheitsausgaben 10,2 % des BIP, das ist der sechsthöchste Prozentsatz der EU-15 (OECD, 2015). Die Gesundheitsdienstleistungen werden vor allem über ein umfassendes und obligatorisches soziales Sicherungssystem finanziert. Das Budget der Krankenversicherung wird über Krankenkassen (ohne Gewinnerzielungsabsicht) verteilt, die die medizinischen Kosten ihrer Mitglieder erstatten. Über die erstatteten Tarife wird zwischen den unterschiedlichen Krankenkassen und den Vertretern der Ärzte unter Beaufsichtigung der föderalen Regierung verhandelt. Für Personen in einer prekären sozioökonomischen Lage und für Patienten mit einer chronischen Krankheit werden Maßnahmen ergriffen, die ihnen den Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung ermöglichen sollen, wie beispielsweise das System des ‚fakturierbaren Höchstbetrags‘, das den



Betrag der eigenen Bezahlungen auf eine vorab festgesetzte Schwelle begrenzt (OBS-HSPM, 2016).

Ärzte werden im Allgemeinen nach einem System der Bezahlung pro Leistung bezahlt, wohingegen Krankenhäuser teilweise von der föderalen Regierung auf Basis der Aufenthaltskosten, die größtenteils auf den Grad der nachgewiesenen Bettenbelegung jedes Krankenhauses basieren, und teilweise mit Beiträgen von Spezialisten, die im Krankenhaus arbeiten, bezahlt werden. Prävention wird vor allem von den föderierten Teilgebieten finanziert.

## Dienstleistungserbringung

Belgien hat ein System der freien Dienstleistungserbringung mit großer therapeutischer Freiheit für Ärzte und Wahlfreiheit für Patienten. Die meisten Ärzte sind Selbstständige und werden anhand eines Systems der Bezahlung pro Leistung vergütet. Krankenhausbehandlungen erfolgen entweder in Privatkrankenhäusern ohne Gewinnerzielungsabsicht oder in öffentlichen Krankenhäusern (OBS-HSPM, 2016).

Die akute medizinische Versorgung in Belgien ist gut entwickelt, sowohl primär wie in den Krankenhäusern. Innerhalb der EU-15 steht Belgien z. B. an 4. Stelle, was die Anzahl der Krankenhausbetten (6,3 Betten/1000 Einwohner), und an 2. Stelle, was die Anzahl der Konsultationen beim Arzt (7,4 Konsultationen pro Kopf) betrifft (OECD, 2015). Im Vergleich zu den Dienstleistungen für die akute medizinische Versorgung sind die präventiven Dienstleistungen in Belgien weniger gut vertreten. Die Abdeckung der Brustkrebsuntersuchungen für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren betrug in den vergangenen 2 Jahren z. B. nur 63 %, das ist gerade unter dem EU-15-Durchschnitt (64,3%) und wesentlich weniger als das von der WHO angestrebte Ziel von 75 % (KCE, 2016).

Die steigende Anzahl Patienten mit einer chronischen Krankheit und dem Bedürfnis nach integrierter Versorgung bilden eine Herausforderung für den Fokus auf die akute medizinische Versorgung. Die belgischen Gesundheitsminister haben sich 2012 getroffen, um über die Organisation integrierter Versorgungsdienstleistungen nachzudenken, was zu einer neuen Ausrichtung des Gesundheitssystems führen wird (KCE, 2012, Föderales Regierungsabkommen, 2014). Was die Dienstleistungen für die geistige Gesundheitsfürsorge betrifft, gibt es eine Verschiebung von der institutionellen zur gemeinschaftsorientierten Pflege. Dazu wurden einige innovative Dienstleistungen entwickelt und/oder gestärkt, wie z. B. die häusliche Betreuung für Senioren, damit sie länger in ihrem vertrauten Wohnumfeld bleiben können (OBS-HSPM, 2016).

## Physische und humane Ressourcen

Die Anzahl der Berufsfachkräfte im Gesundheitswesen ist seit 2000 relativ stabil geblieben, vor allem aufgrund der Planung und Begrenzung der Anzahl Studenten, die zu den Studien zugelassen werden. 2012 zählte Belgien 2,9 praktizierende Ärzte pro 1000 Einwohner. Die Anzahl der praktizierenden Krankenpflegefachkräfte wird auf 9,9 pro 1000 Einwohner geschätzt. Das Durchschnittsalter der Hausärzte lag 2000 in Belgien bei 46,6 Jahren und nahm rasant zu bis zu 52,8 Jahren im Jahr 2013. Nur 28 % der Absolventen eines Medizinstudiums werden Hausarzt, wohingegen der von der Planungskommission als empfehlenswert genannte Prozentsatz um die 40 % liegen sollte, was in (naher) Zukunft zu einem Hausärztemangel führen könnte (KCE, 2016). Es ist interessant, zu wissen, dass die Anzahl ausländischer Ärzte, die eine Zulassung haben, ihren Beruf in Belgien auszuüben, seit 2004 stark gestiegen ist: die Anzahl der neuen Visa, die ausländischen Ärzten ausgestellt wurden, stieg von 78 vor 2004 auf 430 im Jahr

2008. Bei den Krankenpflegefachkräften lässt sich ein ähnlicher Trend feststellen (OBS-HSPM, 2016).

## Aufklärung

In den vergangenen Jahren hat Belgien Fortschritte im Bereich der Gesundheitsaufklärung gemacht; teilweise dank der Entwicklung einer belgischen e-Health-Plattform und einer regelmäßigen Beurteilung der Leistungen des belgischen Gesundheitssystems. In Belgien werden beträchtlich viele Gesundheitsdaten gesammelt und veröffentlicht, aber es werden auch Daten gesammelt, die kaum genutzt werden (z. B. Morbiditätsindikatoren). Über andere Bereiche, wie Pflegeleistungen, Primärpflege, Psychiatrie, Altenheime (AH) und Alten- und Pflegeheime (APH), und nicht erstattete Bezahlungen, sind nur begrenzte Daten verfügbar. Auch die Koordination bei der Integration verfügbarer Daten für strategische Entscheidungen müsste verbessert werden (KCE, 2016).

## Medizinprodukte

Arzneimittel werden über Offizin- und Krankenhausapotheken in Umlauf gebracht, und ca. 2500 Arzneimittel werden teilweise oder vollständig erstattet. In letzter Zeit wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, die pharmazeutischen Ausgaben unter Kontrolle zu halten und gleichzeitig einen angemessenen Zugang zu gewährleisten und Innovation zu belohnen (OBS-HSPM, 2016).

Der Arzneimittelverbrauch liegt in Belgien global betrachtet hoch, und das birgt Risiken, vor allem hinsichtlich der steigenden Resistenz gegen Antibiotika. Der Antibiotikaverbrauch (tägliche Gesamtdosis/1000 Personen pro Tag) beträgt 28,7, wohingegen der EU-15-Durchschnitt 21,8 beträgt. Der Antibiotikaverbrauch ambulanter Patienten, ausgedrückt in der Anzahl Packungen, ist zwar um mehr als 36 % im Vergleich zur Periode 1999-2000 gesunken, aber bleibt noch immer hoch im Vergleich zu anderen europäischen Staaten (z. B. 2,5-mal höher als in den Niederlanden). Der Antibiotikaverbrauch in den Krankenhäusern ist ebenfalls hoch und stieg zwischen 2007 und 2013 um 5,6 % an. Außerdem liegt der Antibiotikaverbrauch in der Tiermedizin in Belgien höher als in den Nachbarländern. Der Antibiotikaverbrauch in der Tiermedizin sank z. B. nur um 23,3 % zwischen 2007 und 2014, wohingegen er in den Niederlanden zwischen 2009 und 2014 um 58 % sank. Zudem hat eine neuere Studie erwiesen, dass 7,2 % der Patienten in Akutkrankenhäusern und 3,1 % in der stationären Versorgung am Tag der Untersuchung eine behandlungsbedingte Infektion hatten. 1999 gründete Belgien ein Belgisches Komitee für die Koordination der Antibiotikapolitik (BAPCOC), das einen Aktionsplan für antimikrobielle Resistenz unter Berücksichtigung human- und veterinärmedizinischer Aspekte erstellte (BAPCOC, 2014).

## 2.3. Gesundheitszustand

2013 betrug die Lebenserwartung bei Geburt in Belgien 77,8 Jahre für Männer, verglichen mit dem EU-15-Durchschnitt von 78,6 Jahren, und 83,2 Jahre für Frauen, verglichen mit einem EU-15-Durchschnitt von 83,7 (KCE, 2016). In der letzten Gesundheitsumfrage (2014) geben 76,8 % der belgischen Einwohner an, dass sie sich in einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand befinden, das ist mehr als der EU-15-Durchschnitt. 20 % der Einwohner ab einem Alter von 15 Jahren geben an, dass sie sich in einem schlechten Gesundheitszustand befinden.

Laut der letzten Statistiken über Todesursachen (2013) sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (28,6 %) und Krebs (26,3 %) bei Weitem die häufigsten

Todesursachen in der belgischen Bevölkerung. Der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in den vergangenen Jahren gesunken (36,0 % im Jahr 1998), die Mortalität durch Krebs ist relativ stabil geblieben (GDSWI, 2016).

Es bleiben anhaltende Ungleichheiten im allgemeinen Gesundheitszustand bestehen: Personen aus höheren sozioökonomischen Schichten haben fast 20 zusätzliche Jahre in guter Gesundheit im Vergleich zu Personen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten. Das kommt auch in großen Unterschieden im Lebensstil zum Ausdruck: für Personen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten ist z. B. die Wahrscheinlichkeit 3-mal größer fettleibig zu werden, und 2,6 Mal größer zu rauchen (KCE, 2016).

### **Nicht ansteckende Krankheiten**

Nicht ansteckende Krankheiten (NCD) bilden für Belgien eine große Herausforderung: mehr als ein Viertel der Bürger über 15 Jahre (28,5 %) gab 2013 an, mindestens eine chronische Krankheit zu haben. Auch die Prävalenz nahm im Laufe der Jahre zu (24,6 % im Jahr 1997). Bei den Senioren leidet mehr als einer von drei über 65-Jährigen an mindestens zwei ernstesten chronischen Krankheiten.

Die Risikofaktoren, die mit nicht ansteckenden Krankheiten einhergehen, sind für Belgien ebenfalls eine Herausforderung: trotz einiger positiven Entwicklungen in den vergangenen Jahren, nehmen viele Risikofaktoren zu. Übergewicht und Fettleibigkeit kommen immer häufiger vor, sowohl bei Erwachsenen, als bei Kindern; der durchschnittliche BMI beträgt in Belgien 25,4, wobei 25 als die Schwelle zum ‚Übergewicht‘ betrachtet wird. Fast die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung (+18 Jahre) ist übergewichtig und davon sind 14 % fettleibig. 14 % aller Belgier (15 Jahre und älter) trinken täglich Alkohol, ein Prozentsatz, der Jahr um Jahr steigt (1997 tranken nur 8 % täglich Alkohol). Der Prozentsatz der täglichen und Gelegenheitsraucher nimmt allmählich ab, von 30 % im Jahr 1997 auf 23 % im Jahr 2013, auch bei Jugendlichen (32 % im Jahr 1997, im Vergleich zu 22 % im Jahr 2013). Der Rückgang ist größer bei Männern als bei Frauen. Außerdem haben Belgier einen sitzenden Lebensstil: nur 36 % der Bevölkerung (15 Jahre oder älter) üben täglich im Schnitt mindestens 30 Minuten lang eine körperliche Betätigung aus. Allgemein betrachtet scheint es in den vergangenen Jahren keine signifikante Verbesserung zu geben (ISP-WIV, 2015).

Was die geistige Gesundheit betrifft, weisen die Zahlen auf einen klaren Rückgang des psychoemotionalen Zustands der belgischen Bevölkerung ab einem Alter von 15 Jahren hin. Eine von drei Personen (32 %) ab einem Alter von 15 Jahren hatte nach eigenen Angaben psychische Probleme, die mit ‚sich unwohl fühlen‘ beschrieben werden könnten. Diese Tendenz ist steigend, denn 2008 erwähnte nur eine von vier Personen solche Probleme. Die Nationale Gesundheitsumfrage (2014) hat gezeigt, dass emotionale Probleme (Angststörungen, depressive Gefühle und Schlafprobleme) in den vergangenen 5 Jahren zugenommen haben (10 % Angststörungen, 15 % depressive Gefühle und 30 % Schlafprobleme), vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15-24 Jahre). 7 % der Bevölkerung gaben an, dass sie im Jahr vor der Umfrage an einer Depression litten. Bei der Bevölkerung ab 15 Jahren gaben 20 % der Frauen und 12 % der Männer an, psychotrope Arzneimittel zu nehmen (dabei handelt es sich um Schlaf- und Beruhigungsmittel und Antidepressiva). Vor allem die steigende Anzahl der Belgier, die Antidepressiva in den vergangenen 15 Jahren nahm, ist besorgniserregend: von 3,9 % im Jahr 1997 auf 7,6 % im Jahr 2013 (ISP-WIV, 2015). Die Anzahl Suizide ist allerdings gesunken, und zwar von 2.143 im Jahr 2000 auf 1.893 im Jahr 2013 (GDSWI, 2016), aber liegt erheblich höher als

in anderen Ländern: 18,3/100.000 in Belgien, gegenüber 10,6 in den EU-15-Ländern (KCE, 2016).

Im vergangenen Jahr haben sowohl die föderalen als regionalen Gesundheitsminister eine Reihe von Aktionsplänen zur Bekämpfung der nicht ansteckenden Krankheiten entwickelt und implementiert: es wurden Pläne gegen Fettleibigkeit und für körperliche Betätigung in der flämischen und französischsprachigen Gemeinschaft entwickelt (flämischer Aktionsplan für Ernährung und Bewegung bzw. der Plan der französischsprachigen Gemeinschaft zur Förderung der Gesundheit), und die Gesundheitsminister bereiten momentan einen neuen Nationalen Ernährungs- und Gesundheitsplan (2015) vor. Zusätzlich dazu gibt es noch politische Initiativen bezüglich des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums (z. B. der flämische Aktionsplan Tabak, Alkohol und Drogen sowie der wallonische Antitabakplan).

## Ansteckende Krankheiten

Ansteckende Krankheiten sind keine Herausforderungen, die der Vergangenheit angehören, sondern treten in neuen Formen in Erscheinung und bestimmen die Gesundheitsagenda mit neuen Herausforderungen.

So gibt es, obwohl die Durchimpfungsraten von Kindern für Kinderlähmung, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Hepatitis B global betrachtet hoch liegen (> 90 %) und den von der WHO angestrebten Zielen (90 %) entsprechen, hinsichtlich der Durchimpfungsraten einige Bereiche, die eine anhaltende Aufmerksamkeit verlangen: Kinderimpfung gegen Masern (Prozentsatz der Bevölkerung, der die 2. Dosis verabreicht bekam) erreicht das angestrebte Ziel nicht (85 % in Belgien im Verhältnis zum Ziel von 95 %), vor allem, wenn die Häufigkeit neuer Fälle (6,1/1 Million) von Masern berücksichtigt wird, im Verhältnis zum Ziel (1/1 Million). Auch die Grippeimpfung bei Senioren ist auf einem niedrigen Niveau (56,4 % der Bevölkerung über 65) und entspricht nicht dem von der WHO angestrebten Ziel von 75 % (KCE, 2016).

Belgien hat eine der höchsten Inzidenzraten der EU für HIV pro 100.000 Einwohner: Estland (27,3), Lettland (13,4), Belgien (10,7) und das Vereinigte Königreich (10,0) (Zahlen von 2011). In ganz Europa beträgt die Inzidenz 5,7 %. In Belgien werden täglich ca. 2,4 neue Fälle erfasst, und es gibt 14.719 mit HIV infizierte Patienten, die medizinisch betreut werden. Belgien hat im September 2013 einen nationalen Aidsplan mit vier strategischen Pfeilern angenommen: (1) Prävention; (2) Screening und Früherkennung; (3) Behandlung von Personen mit HIV und schließlich (4) Lebensqualität der Personen mit HIV.

Auch Tuberkulose bleibt ein wichtiges Gesundheitsthema in Belgien: obwohl die Inzidenz im vergangenen Jahrzehnt systematisch sank, mit 959 neuen Fällen im Jahr 2014 (vor allem bei Armen, Gefangenen und Flüchtlingen aus Ländern mit hoher Inzidenz), hat Belgien eine höhere Inzidenz als seine Nachbarländer.

## Gesundheit und Umwelt

Belgien hat mit einer starken Luftverschmutzung zu kämpfen, die vor allem durch den intensiven Verkehr verursacht wird, was ernste Gesundheitsrisiken darstellt, da Luftverschmutzung eine der wichtigsten Umweltursachen für Krebs ist. Die geschätzten wirtschaftlichen Kosten der Auswirkungen auf die Gesundheit im Zusammenhang mit der Luftverschmutzung in Belgien beträgt jährlich 17,7 Milliarden Euro (OESO, 2015), wovon mindestens 50 % der Luftverschmutzung durch den Transport zuzuschreiben sind. Einem Bericht aus 2016 zufolge kommt es aufgrund der Luftverschmutzung jährlich zu 12.000 frühzeitigen Todesfällen, und Belgien steht an vorletzter Stelle in der europäischen Rangliste der Luftqualität

(Hsu, 2016). Auf regionaler Ebene wurden strategische Pläne entwickelt, um das Problem in Angriff zu nehmen, wie z. B. der flämische Luftqualitätsplan und der wallonische Plan ‚Air-Climat-Energie‘.

## 2.4. Emergency response preparedness: Implementierung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR – International Health Regulations)

Die belgische Gesundheitssicherheit wird durch die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IHR) und die EU-Verordnung 1082/2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren gestaltet. Das Ziel der IHR ist die Verhinderung der Verbreitung von Krankheiten, der Schutz vor Krankheiten und die Bewältigung von Krankheitsausbrüchen, sowie die Einführung von öffentlichen Gesundheitsschutzmaßnahmen, die im Verhältnis zu den Risiken stehen und für alle, die diese brauchen, verfügbar sind, mit so wenig wie möglich Einschränkungen für den internationalen Verkehr und Handel (Art. 2 der IHR) (WHO, 2005).

Zur Gewährleistung der Gesundheitssicherheit seiner Einwohner fördert Belgien eine sektorübergreifende und koordinierte Vorgehensweise, sowohl intern als mit externen Partnern, wobei eine unabhängige wissenschaftliche Risikobewertung angewandt wird. In den vergangenen Jahren wurden als Vorbereitung auf Notfälle verschiedene Pläne und Verfahren erarbeitet. In Übereinstimmung mit den IHR wurden hinsichtlich der medizinischen und wissenschaftlichen Aspekte von Gesundheitskrisen die Arbeitsgruppen Risk Assessment Group (RAG) und Risk Management Group (RMG), die sich mit der Risikobewertung bzw. dem Risikomanagement befassen, gegründet. Diese Gruppen bestehen aus Vertretern der föderalen Behörden, der föderierten Teilgebiete, wissenschaftlicher Einrichtungen sowie aus anderen Sachverständigen. Ferner gibt es noch einen National Focal Point, ein Early Warning Response System und ein staatliches Krisenkoordinationszentrum, welche die Koordination der Gesundheitssicherheit in Belgien auf sich nehmen.

Die Ebolakrise und die A/H1N1-Pandemie haben gezeigt, dass Belgien im Allgemeinen gut auf plötzliche und umfangreiche Gesundheitskrisen vorbereitet ist. Es gibt allerdings noch Raum für Verbesserung, da Belgien z. B. bei seiner Selbstbeurteilung der Implementierung der IHR hinsichtlich der Aspekte Koordination, Bereitschaft und personelle Mittel nur schwache Noten bekam (WHO, 2015).

## 2.5. Beurteilung des Gesundheitssystems

Der nachfolgende Text, der die Leistungsfähigkeit des belgischen Gesundheitssystems beschreibt, basiert auf einer aktuellen offiziellen Beurteilung des belgischen Gesundheitssystems (KCE, 2016). Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems wurde unter Einbeziehung von fünf Dimensionen beurteilt: Qualität, Zugänglichkeit, Effizienz, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit.

### Pflegequalität

Die Pflegequalität wird hier in fünf Subdimensionen unterteilt: Angemessenheit, Patientenorientierung, Kontinuität, Sicherheit und Wirksamkeit.

Angemessenheit wird definiert als das „Ausmaß der erbrachten medizinischen Leistungen im Verhältnis zu den medizinischen Bedürfnissen unter

Berücksichtigung des besten verfügbaren wissenschaftlichen Beweises“. Es gibt eine Anzahl Indikatoren, die darauf hinweisen, dass die Angemessenheit der Pflege in Belgien suboptimal, und verglichen mit internationalen Benchmarks sogar eher schlecht, ist. Ein Beispiel dafür ist die Menge verschriebener Antibiotika.

Patientenorientierung wird definiert als die „Erbringung medizinischer Leistungen, wobei der individuelle Patient und seine Präferenzen, Bedürfnisse und Werte respektiert und berücksichtigt werden, und wobei dafür gesorgt wird, dass alle klinischen Entscheidungen von den Werten des Patienten getragen werden“. Sie wird beurteilt, indem die Patienten ihre Kontakte mit dem Haus- und Facharzt, hinsichtlich Zeit, die für sie aufgewendet wurde, der erteilten Informationen, der gebotenen Möglichkeit, Fragen zu stellen und der gemeinsamen Entscheidungsfindung, bewerten. Patienten beurteilen dies im Allgemeinen sehr positiv, mit Zufriedenheitsraten von 90 % und mehr. Die bestehenden Indikatoren zeigen ein gemischtes Bild: innerhalb einer einzigen Dienstleistungsumgebung, beim Hausarzt oder in Krankenhäusern, könnte die Pflegekontinuität besser sein, aber die Ergebnisse zeigen einen steigenden Trend. Wenn allerdings die Pflegekontinuität zwischen Krankenhaus und Hausarzt betrachtet wird, sind die Ergebnisse enttäuschend. Ein nützlicher Indikator ist die Anzahl der Patienten, die innerhalb einer Woche nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Kontakt zu einem Hausarzt haben, ein Vorgehen, das zahlreiche Vorteile bietet. Dies war 2013 in Belgien jedoch nur für 58 % der Krankenhausaufnahmen von Senioren (65+) der Fall. Dieser Prozentsatz war seit 2006 leicht rückläufig. Zum Schluss ist darauf hinzuweisen, dass es eine Vielzahl von Elementen gibt, die eine Messung der Pflegekontinuität im belgischen Gesundheitssystem erschweren. In diesem Bereich sind bessere und international besser vergleichbare Indikatoren erforderlich. Gesundheitskompetenz ist auch ein entscheidender Faktor für die Verbesserung der Gesundheit und ist für eine gute Pflegekontinuität unentbehrlich. In Belgien erfordert sie besondere Aufmerksamkeit, da eine aktuelle Untersuchung (2012) gezeigt hat, dass die Gesundheitskompetenz bei mehr als 40 % der belgischen Bevölkerung unzureichend ist (KCE, 2016).

Was die Patientensicherheit betrifft, schätzt das Föderale Fachzentrum für Gesundheitspflege in einem Bericht (KCE, 2009), dass in Belgien jährlich 2625 Personen aufgrund einer therapieassoziierten Infektion frühzeitig sterben. Das KCE schätzt die jährlichen Zusatzkosten für die Gesellschaft auf 384 Millionen Euro, verursacht durch eine durchschnittliche Verlängerung des Krankenhausaufenthalts von 6,7 Tagen pro therapieassoziierte Infektion. Andere Länder haben ähnliche Probleme, aber scheinen die Bakterienresistenz besser in den Griff zu bekommen.

Belgien befindet sich hinsichtlich aller Wirksamkeitsindikatoren ungefähr im EU-15-Durchschnitt, außer bei Kolon- und Rektumkrebs, wo die Ergebnisse besser sind als in anderen Ländern. Für einige Indikatoren gibt es auch positive Trends, z. B. für vermeidbare Krankenhausaufnahmen für Asthma und Diabetes, oder für Todesfälle nach einem akuten Myokardinfarkt, die beide zurückgegangen sind. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die Messung der Wirksamkeit der Pflege begrenzt ist, da es keinerlei Informationen darüber gibt, wie Patienten das Ergebnis medizinischer Verfahren, die sogenannten ‚Patient-Reported Outcomes‘ beurteilen (z. B. nach einer Hüft- oder Knie-Transplantation) (KCE, 2016).

## **Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung**

Die Definition der Zugänglichkeit basiert auf physischen Zugang, Kosten, Zeit und Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal.

Fast die gesamte Bevölkerung (98,9 %) ist über die Krankenpflichtversicherung abgesichert. Trotzdem erklärten 8 % der belgischen Familien 2013, dass sie manche medizinische Versorgung aus finanziellen Gründen aufschieben mussten. Der Eigenanteil der Bezahlungen (out-of-pocket payments) ist in den gesamten Gesundheitsausgaben im vergangenen Jahrzehnt nahezu gleich geblieben und betrug 2013 17,9 % (KCE, 2016).

Die Verfügbarkeit von medizinischem Personal ist ein wichtiger Aspekt des Zugangs zur medizinischen Versorgung. Die Ärztedichte liegt in Belgien niedriger als der EU-12-Durchschnitt (2,96 vs. 3,48 pro 1000 Einwohner), wie auch die Dichte der aktiven Krankenpflegefachkräfte im Vergleich zum EU-9-Durchschnitt (9,51 vs. 10,77 pro 1000 Einwohner). Weil selbstständige Ärzte pro Leistung bezahlt werden und sie eine hohe Produktivität an den Tag legen, sind die Wartelisten in der akuten Versorgung generell begrenzt.

Neben der Verfügbarkeit von Beschäftigten im Gesundheitswesen, sind auch die Profile wichtig. Die gegenwärtigen Lehrpläne für Beschäftigte im Gesundheitswesen und ihre beruflichen Aufgaben, wie sie im Gesetz beschrieben werden, sind immer weniger als Antwort auf die künftigen Gesundheitsbedürfnisse geeignet. Es gibt viele Berufsfachkräfte im Gesundheitswesen, die Aufgaben übernehmen, für die sie unter- oder überqualifiziert sind (z. B. ein Kinderarzt, der Impfungen durchführt) (Robert & Swennen, 2012).

### **Wirksamkeit**

Wie auch in anderen europäischen Ländern gibt es in Belgien einen Trend zu effizienteren medizinischen Dienstleistungen. Die Indikatoren weisen auf positive Entwicklungen hin: Anstieg der Verschreibung von günstigeren Arzneimitteln, Verschiebung von der klassischen Aufnahme (mindestens eine Nacht) zu teilstationären Aufnahmen für chirurgische Eingriffe und Rückgang der Aufenthaltsdauer bei einer normalen Entbindung. Es bleiben allerdings geografische Unterschiede bei manchen Eingriffen oder Pflegekosten, was auf eine ineffiziente Nutzung der Mittel hinweisen kann.

### **Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit wird definiert als das Vermögen des Systems nachhaltig finanzierbar zu bleiben, Infrastruktur und Personalbestand zur Verfügung zu stellen und zu erhalten, innovativ zu sein und auf neue Bedürfnisse einzugehen.

In einem Prozentsatz des BIP ausgedrückt, betragen die gesamten Gesundheitsausgaben 10,2 % im Jahr 2013. In absoluten Zahlen entspricht dies 40,6 Milliarden Euro, oder 3.104 Euro pro Kopf. 78 % der Ausgaben werden vom öffentlichen Sektor bezahlt.

Was den Personalbestand betrifft, bildet dieser in Belgien eine Herausforderung hinsichtlich des Erhalts der Anzahl qualifizierter Krankenpflegefachkräfte und einer gut funktionierenden Primärpflege, damit integrierte Versorgung angeboten werden kann.

Bezüglich der beiden Zugänglichkeitsindikatoren, die das Vermögen Innovationen zu integrieren illustrieren, erbringt Belgien nur schwache Leistungen: der Prozentsatz verfügbarer Arzneimittel (63 %) ist geringer als der EU-8-Durchschnitt (79 %) und die erforderliche Periode für den Zugang zu neuen Arzneimitteln dauert länger als der EU-Durchschnitt (368 Tage vs. 273 Tage). Diese Wartezeit ist allerdings seit den ersten Messungen dieses Indikators (2005-2007) kürzer geworden. Ein weiterer Indikator eines innovativen Systems ist die Nutzung neuer Technologien. 2014 benutzten drei Viertel (76,7 %) der praktizierenden

Hausärzte eine elektronische Patientenakte mit empfohlener Software zur Verwaltung der medizinischen Akten ihrer Patienten (S-13). Dieser Prozentsatz ist seit 2008 nur leicht gestiegen (KCE, 2016).

## Gerechtigkeit

In Belgien haben Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status im Vergleich zu denen der höchsten sozioökonomischen Gruppe einen schlechteren Gesundheitszustand, einen ungesünderen Lebensstil, eine geringere Gesundheitskompetenz, sie gehen weniger zu Krebsvorsorgeuntersuchungen und werden weniger häufig untersucht, wenn sie Diabetes haben. Was die Jahre guter Gesundheit betrifft, gibt es einen Unterschied von fast 20 Jahren zwischen Personen der niedrigsten und der höchsten sozioökonomischen Gruppe. Personen aus der höchsten sozioökonomischen Gruppe erwähnen nur 3 % aufgeschobener Kontakte mit Gesundheitsdiensten aus finanziellen Gründen, verglichen mit 19 % in der niedrigsten sozioökonomischen Gruppe. Zudem rauchen 9,5 % der höchsten sozioökonomischen Gruppe, aber 25 % der niedrigsten sozioökonomischen Gruppe. Trotz zahlreicher Maßnahmen im belgischen Gesundheitssystem zur Verbesserung der Gesundheitsgerechtigkeit gibt es also noch erhebliche Unterschiede (KCE, 2016).

## 2.6. Wichtigste Gesundheitsreformen

In den vergangenen Jahren zielte die belgische Gesundheitspolitik vor allem auf Rationalisierung der Gesundheitsdienste durch Fusionen von Krankenhäusern und Planung des Versorgungsangebots einerseits, und durch die Gewährleistung und Verbesserung der finanziellen Zugänglichkeit durch die Einführung und Erweiterung des fakturierbaren Höchstbetrags andererseits. Die Verbesserung der Gesundheitsgleichheit und die Gewährleistung eines gerechten Zugangs zur medizinischen Versorgung sind und bleiben zentrale Ziele (Föderales Regierungsabkommen).

Die gegenwärtigen Gesundheitsbehörden arbeiten an einer breiten Skala von Reformen im Bereich Gesundheit, mit dem Zweck:

- Gemeinsam mit den regionalen Gesundheitsministern eine Reihe von Gesundheitszielen zu entwickeln
- Eine breitere Gruppe von Interessenvertretern bei den Verhandlungen über das Gesundheitsbudget mit einzubeziehen.
- Die Kompetenzen zwischen den Beschäftigten im Gesundheitswesen neu zu verteilen
- Das Krankenhausfinanzierungssystem an ein mehr auf medizinische Versorgung ausgerichtetes System anzupassen
- Die medizinische Versorgung für Patienten mit chronischen Krankheiten anhand integrierter Versorgung zu verbessern
- Eine Strategie hinsichtlich Gesundheitsungleichheiten zu entwickeln
- In der Wallonie nach der sechsten Staatsreform eine neue Agentur für Gesundheit, Sozialschutz, Behinderung und Familien zu gründen, die zu einer integrierten Vision beiträgt



## 3.1. Belgische Vision bezüglich Entwicklungszusammenarbeit und Zusammenarbeit mit der WHO

Belgien und alle seine Teilgebiete betrachten die Achtung der Menschenrechte nicht nur als einen Grundwert, sondern auch als eine Garantie für ehrliche und nachhaltige soziale und wirtschaftliche Entwicklung. Die Achtung der universellen Menschenrechte umfasst unter anderem das Recht auf den bestmöglichen Gesundheitszustand.

Belgien ist davon überzeugt, dass zum Erreichen der Ziele nachhaltiger Entwicklung (SDG) eine integrierte und sektorübergreifende Vorgehensweise erforderlich ist, die auf klar definierten Prioritäten beruht. Eine integrierte Vorgehensweise, weil SDG im Gesundheitsbereich anhand kohärenter nationaler Pläne erreicht werden müssen, die auf einem integrierten Gesundheitssystem basieren, das allen Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Eine sektorübergreifende Vorgehensweise, da soziale und wirtschaftliche Faktoren, die einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben, berücksichtigt werden müssen: z. B. Unterrichtswesen, Beschäftigung, Wohnungswesen, Chancengleichheit für Männer und Frauen, Sozialschutz, Ernährung, gesunde Umwelt und ausreichend sauberes Wasser. Damit alle SDG erreicht werden, muss die Bevölkerung sich in einem guten Gesundheitszustand befinden.

Die belgische Entwicklungszusammenarbeit stützt ihre Gesundheitsstrategie auf die Anerkennung des universellen Rechts auf medizinische Versorgung, auf gesundheitspezifische Probleme in Partnerländern und auf die Erfahrung, die auf dem Gebiet der Wirksamkeit, Gerechtigkeit und Solidarität in Gesundheitsangelegenheiten über das politische Dokument „Recht auf Gesundheit und medizinische Versorgung“ (2008) gesammelt wurde. Die Zusammenarbeit zwischen Belgien und der WHO trägt zur Unterstützung von Systemen bei, die darauf abzielen, dass jeder, auch aus den benachteiligten Bevölkerungsschichten, Zugang zu notwendiger Gesundheitsversorgung gemäß den folgenden vereinbarten Prinzipien bekommt:

- eine sektorielle Vorgehensweise, die auf einem integrierten nationalen Entwicklungsplan, der eine langfristige Finanzierung erfordert, basiert
- ein partizipativer Prozess, der die Zivilgesellschaft, zivile Kontrolle und nationale Führung fördert
- ein Gesundheitsfürsorgesystem mit Berücksichtigung aller Dienste, die für Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation verantwortlich sind, mit Betonung auf Dienste, die sich mit Genderthemen und reproduktiver Gesundheit und dem Kampf gegen HIV/AIDS befassen
- universeller Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung, das Bedürfnis nach qualifiziertem Personal und angemessene Verwendung hochwertiger notwendiger Arzneimittel

Zur Verstärkung des Gesundheitswesens müssten auf internationaler Ebene die Auswirkungen der Unterstützung, die internationalen Organisationen (z. B. der WHO) geboten wird, maximiert werden. Das bedeutet, dass in Übereinstimmung mit der bilateralen und indirekten Hilfe und als Ergänzung zu ihr multilaterale Hilfe geboten wird, ohne dass dabei die Verstärkung des Gesundheitssystems vergessen wird.

Als eine der 15 multilateralen Organisationen wurde die WHO 2015 wieder als eine Partnerorganisation für die multilaterale Zusammenarbeit Belgien bestätigt, wobei die langfristige Partnerschaft verlängert wurde, was mit den königlichen Erlassen vom 27. April 2000 und 9. Mai 2008 umgesetzt wurde. Belgien betrachtet die WHO als einen bevorzugten Partner, denn beide teilen dieselben Werte und dieselbe Vorgehensweise, die auf Menschenrechte basieren, wodurch die Ziele nachhaltiger Entwicklung (SDG) erreicht werden sollen. Die WHO verfügt über die erforderliche Neutralität und das Mandat, die Einsätze während humanitärer Gesundheitskrisen und die Implementierung der Empfehlungen, die aus den Erklärungen zur Effizienz und Wirksamkeit von Hilfe (Belgische Entwicklungszusammenarbeit, 2014) hervorgehen, zu koordinieren und zu leiten.

### **3.2. Zusammenarbeit mit der WHO: heute und in der Vergangenheit**

In den vergangenen fünf Jahren war Belgien ein sehr aktiver Partner der WHO und der ihr angeschlossenen Organisationen.

Belgien hatte von 2012 bis 2015 einen Sitz im Verwaltungsrat der WHO und im Ständigen Ausschuss auf regionaler europäischer Ebene und hat die WHO in ihrem Reformprozess zur Schaffung eines größeren inneren Zusammenhalts, vor allem im Bereich der Finanzplanung, unterstützt.

Zudem ist Belgien auch Mitglied der Internationalen Agentur für Krebsforschung der WHO, des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und der Ministerkonferenz zu den Aktionsprogrammen Umwelt und Gesundheit.

Belgien liefert der WHO auch umfassende Fachkompetenz in 7 Kooperationszentren:

- WHO-Kooperationszentrum für HIV/AIDS-Diagnose und Laborunterstützung
- WHO-Kooperationszentrum für Sicherung von Pflanzenschutzmitteln
- WHO-Kooperationszentrum für Forschung zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit
- WHO-Kooperationszentrum für die Überwachung der Wirksamkeit von Anthelminthika gegen durch den Boden übertragene Wurmkrankheiten
- WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Diagnose von Humaner Afrikanischer Trypanosomiasis
- WHO-Kooperationszentrum für die Prävention und Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten
- WHO-Kooperationszentrum für primäre medizinische Versorgung

Konkret fand eine aktive Zusammenarbeit zwischen Belgien und der WHO in folgenden Bereichen statt:

## Gesundheitssysteme

Solide und gut finanzierte Gesundheitssysteme sind zur Verbesserung der Gesundheit und für eine kohärente und effiziente Gesundheitspolitik unentbehrlich. Belgien hat schon immer in seiner Politik bezüglich der WHO dem Aspekt Gesundheitssysteme viel Aufmerksamkeit gewidmet. Diese Vision gewann dank der freiwilligen Finanzierung an Gewicht, da 50 % für die Unterstützung von Gesundheitssystemen ‚auf sehr flexible Weise zur Verfügung stehen‘. Belgien hat die WHO auch auf dem Gebiet der internationalen Migration Beschäftigter im Gesundheitswesen und bei der Entwicklung des Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery unterstützt.

## Nicht ansteckende Krankheiten

Nicht ansteckende Krankheiten sind eine der wichtigsten Prioritäten für Belgien, sowohl auf nationaler Ebene als in Zusammenarbeit mit der WHO. Belgien hat im vergangenen Jahrzehnt an einer Anzahl von Projekten und Programmen der WHO zum Thema nicht ansteckende Krankheiten teilgenommen. Die wichtigsten Gebiete der Zusammenarbeit sind unter anderem: geistige Gesundheit, der Global Status Report on Violence Prevention, Gewalt gegen Frauen und Kinder, nicht ansteckende Krankheiten und Nahrungsmittelsicherheit. Belgien unterzeichnete als eines der ersten Länder das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und das dazugehörige Protokoll zur Unterbindung des unerlaubten Handels mit Tabakerzeugnissen.

## Umwelt und Gesundheit

In den vergangenen Jahren kam es zu einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der WHO und Belgien in den Bereichen Umwelt und Gesundheit, was sich in einer Anzahl von Projekten, Programmen und Übereinkommen niederschlug. Belgien beteiligte sich aktiv an den Nachfolgetreffen der Erklärung von Parma zu den Indikatoren für Biomonitoring (Koordination des DEMOCOPHES-Projekts auf EU-Ebene) und war bis 2015 eines der Mitglieder des Ministerausschusses für Umwelt und Gesundheit, der 2010 von der Fünften Ministerkonferenz Umwelt und Gesundheit in Parma gegründet wurde.

Belgien ist als Mitglied des Pan-Europäischen Programms für Verkehr, Umwelt und Gesundheit (PEP), das von der WHO und der UN-Wirtschaftskommission für Europa gemeinsam betreut wird, auch schon mehr als 10 Jahre aktiv an intersektoriellen Bemühungen zur Förderung eines nachhaltigen und gesunden Transports beteiligt.

## Ansteckende Krankheiten

Die Förderung der Gesundheit während des ganzen Lebenslaufs ist ein weiterer wichtiger Bereich der Zusammenarbeit zwischen der WHO und Belgien. In Belgien tragen zwei WHO-Koordinationszentren aktiv zu dieser Zusammenarbeit bei. Ein wichtiger Bereich der Zusammenarbeit innerhalb dieser Kategorie ist die reproduktive und sexuelle Gesundheit, sowie die Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen. Für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte arbeitet Flandern aktiv mit der WHO und anderen multilateralen Organisationen im Rahmen des HRP Special Programme zusammen. Sowohl die Gesundheit bei Müttern, Neugeborenen und Kindern als Gender-, HIV- und Gerechtigkeitsthemen sind wichtige Prioritäten in der belgischen Entwicklungszusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheit.

An dieser Stelle darf insbesondere auf die belgische Unterstützung des Instituts für Tropenmedizin (Antwerpen) im Kampf gegen die Afrikanische Trypanosomiasis in der Demokratischen Republik Kongo hingewiesen werden.

### **3.3. Beiträge Belgiens zur weltweiten Gesundheitsagenda**

Belgien bezahlt seine jährlichen, festgesetzten Beiträge für das WHO-Budget und gewährt der WHO freiwillig Subventionen. Diese Beiträge werden von einer Anzahl belgischer Partner (Föderaler Öffentlicher Dienst Volksgesundheit, belgische Entwicklungszusammenarbeit, Regionen und Gemeinschaften) bezahlt.

In Anbetracht des wachsenden Ungleichgewichts zwischen ‚core funding‘ und den zur Verfügung gestellten Beiträgen, und um es der WHO zu ermöglichen, ihre entscheidenden Aufgaben weiter zu erfüllen und ihre Ziele zu erreichen, hat die belgische Entwicklungsarbeit sich für einen Beitrag zu den allgemeinen Mitteln (‚fully flexible‘ und ‚highly flexible‘ zur Verstärkung von Gesundheitssystemen) und für eine Unterstützung zur hochwertigen medizinischen Versorgung in gefährdeten Ländern entschieden, z. B. über Mittel für das Tropical Disease Research (TDR)-Programm für die Erforschung von Armutskrankheiten.

Flandern fokussiert seine Unterstützung auf das Special Programme of Research, Development and Research Training for Human Reproduction, HRP, das auch von der WHO, UNDP, UNFPA, UNICEF und der Weltbank gesponsert wird. Dieses Programm ermöglicht der WHO, der entscheidenden Komponente aller Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRHR) Aufmerksamkeit zu widmen.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Zunahme der finanziellen Beiträge Belgiens an der WHO von 2008 bis 2015.





Beiträge pro Behörde (in EUR)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Beurteilt	4.035.627	3.585.309	4.166.370	3.506.306	3.783.134	3.765.445	3.468.685	4.105.592
Voluntary core	1.250.000	5.400.000	5.800.000	6.300.000	6.700.000	4.700.000	7.300.000	7.300.000
Voluntary non-core	2.857.273	1.834.625	1.700.000	2.205.910	1.565.906	1.157.226	1.741.280	1.500.000
Emergencies	0	250.000	0	0	0	0	0	0
FÖD Volksgesundheit	300.000	76.000	273.000	313.000			45.000	NA
Flandern	448.800	1.185.267	378.024	3.560.570	1.043.273	1.841.169	2.655.948	NA
Gesamt	8.891.700	12.331.201	12.317.394	15.885.266	13.092.313	11.463.840	15.210.914	12.905.592



## Die strategische Agenda für Zusammenarbeit und Problembereiche

Auf der Basis der politischen Programme der belgischen föderalen und föderierten Regierungen, des 12. General Programme of Work der WHO und der vor kurzem angenommenen Ziele nachhaltiger Entwicklung für 2030 der UNO, haben Belgien und die WHO folgende Kernprioritäten für ihre Zusammenarbeit identifiziert:

- Patientenorientierte Gesundheitssysteme und Kapazitäten im Gesundheitswesen
- Nicht ansteckende Krankheiten
- Bereitschaft, Überwachung und Reaktion bei Gesundheitskrisen
- Umwelt und Gesundheit
- Ansteckende Krankheiten

Zu den strategischen Prioritäten der CCS wurde eine groß angelegte Konsultation durchgeführt, mit dem Zweck die Einbindung und Mitarbeit aller relevanten Partner, die in Belgien zu (inter)nationalen Gesundheitsthemen in der CCS arbeiten oder mit dem Land zusammenarbeiten, zu verstärken. Die konsultierten Interessenvertreter waren akademische Einrichtungen, WHO-Kooperationszentren, Krankenkassen, Berufsverbände, Behörden, die sich mit Gesundheit befassen, wie beratende Gremien oder wissenschaftliche Einrichtungen und NRO. Anlässlich der Konsultation gaben die Interessenvertreter an, dass sie die strategische Agenda der CCS unterstützen, und dass sie sehr daran interessiert waren, zu ihrer Umsetzung, im Rahmen der Fachkompetenz und der Aktivitäten ihrer jeweiligen Organisationen, beizutragen.

Der nachfolgende Text geht tiefer auf das Prinzip ein, das der Auswahl der Prioritäten zugrunde liegt, und gibt an, zu welchen (Unter-)Zielen der Ziele nachhaltiger Entwicklung die Kooperation vorrangig beitragen soll. Für jede Priorität beschreibt dieses Kapitel die Fokusbereiche, in denen Belgien und die WHO eine Zusammenarbeit in der Periode 2016-2022 planen. Die Kooperation kann unterschiedliche Formen annehmen: technisch, politisch, wissenschaftlich oder finanziell, und sie kann von der lokalen bis zur globalen Ebene stattfinden. Wir möchten darauf hinweisen, dass bei einem als prioritär oder als 'Fokusbereich' für die Zusammenarbeit zwischen Belgien und der WHO eingestuftem Gebiet nicht zwangsläufig alle zuständigen belgischen Gesundheitsbehörden mit einbezogen werden. Für eine ganze Reihe dieser Gebiete wird im weiteren Verlauf bestimmt, welche Behörden teilnehmen werden.

### Patientenorientierte Gesundheitssysteme und Kapazitäten im Gesundheitswesen

Wie oben schon erwähnt, hat das belgische Gesundheitssystem mit einer Reihe von Herausforderungen zu kämpfen. So bleiben beispielsweise die Verbesserung und Gewährleistung des Zugangs, die Erschwinglichkeit und die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen ganz oben auf der Agenda stehen.

Die Alterung der Bevölkerung sorgt dafür, dass immer mehr Personen an chronischen Krankheiten leiden oder sich eine Behinderung zuziehen. Traditionell werden Gesundheitsfürsorgeprogramme für spezifische Krankheiten erarbeitet. Die gegenwärtige Epidemie chronischer Krankheiten zwingt uns jedoch nicht nur zur Integration der medizinischen Versorgung für mehr als eine Krankheit (Multimorbidität), sondern auch zur Schaffung neuer Arten der Versorgung, wie beispielsweise soziale oder psychologische Unterstützung. Belgien findet es daher wichtig, das Gesundheitssystem von Gesundheitsförderung und -prävention bis zu Gesundheitsunterstützung und -versorgung, auch unter Berücksichtigung der Früherkennung und Behandlung, als ein Kontinuum zu organisieren. Es soll zu einer Umwandlung von einer Strategie, in der die Krankheit eine zentrale Rolle spielt, zu einer ‚zielgerichteten‘ Versorgung kommen, wobei den Zielen bezüglich der Lebensqualität und Quantität des Patienten viel Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Gemäß SDG 3.8 ‚Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all‘, werden Belgien und die WHO zwecks Verstärkung der Gesundheitssysteme zusammenarbeiten. Im Rahmen dieser strategischen Priorität findet in folgenden

## **Tätigkeitsbereichen eine Zusammenarbeit statt:**

### **Was die patientenorientierten Gesundheitssysteme betrifft:**

#### **Patientenorientierte und integrierte Versorgung**

Belgien hat laut WHO für eine Reform hinsichtlich der integrierten Versorgung schon viele vorbereitende Schritte unternommen. Im Anschluss an seinen nationalen Plan für chronische Krankheiten ‚Integrierte Versorgung für eine bessere Gesundheit‘ wird Belgien die Arbeiten der WHO in seiner Strategie zur patientenorientierten und integrierten Versorgung, sowohl auf regionaler als auf globaler Ebene, weiter unterstützen.

#### **Gesundheitsungleichheiten**

Die föderalen und regionalen Gesundheitsminister arbeiten gemeinsam an einer nationalen Strategie zur Aufhebung von Gesundheitsungleichheiten. Belgien wird für die weitere Entwicklung, die Prüfung und/oder Überwachung dieses Plans mit der WHO zusammenarbeiten.

#### **Zugang zu medizinischer Versorgung für prekäre Gruppen**

Belgien hat, anhand einer groß angelegten Bottom-up-Konsultation, ein Grünbuch und ein Weißbuch mit Empfehlungen zur Verbesserung des Zugangs zu medizinischer Versorgung für prekäre Gruppen vorgelegt (2014). Weitere Anstrengungen zur Implementierung der Empfehlungen sind mit der WHO zu besprechen.

#### **Behinderungen**

Die wallonische Region ist bestrebt, i) einen „Abhängigkeitsplan“ zu entwickeln, in dem ein Autismusplan enthalten ist, ii) die Prävention und den Kampf bezüglich Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit einer Behinderung voranzutreiben, und iii) weiter an einem situationsorientierten Herangehen an Fragen der Behinderung zu arbeiten. Die Region wird ihre besten Praktiken mit der WHO teilen, und wird



mit Unterstützung und Beratung durch die WHO an der Entinstitutionalisierung der Versorgung von Personen mit einer Behinderung arbeiten.

## **Sexuelle und reproduktive Gesundheit**

Belgien, und insbesondere Flandern, wird seine globalen Anstrengungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit fortsetzen und unterstützt die WHO in ihrem Kampf für den universellen Zugang zu allen erforderlichen sexuellen und reproduktiven Dienstleistungen, und zur Vermeidung endemischer Risiken in geschlossenen Gemeinschaften.

## **Medizinprodukte**

Belgien unterstützt auch weiterhin QUAMED zur Gewährleistung der Qualität nicht präqualifizierter Arzneimittel in seinen Partnerländern und wird mit der WHO zusammenarbeiten, um die Präqualifizierung unentbehrlicher Arzneimittel allmählich auf breiterer Ebene einzuführen, damit der gerechte Zugang zu hochwertigen unentbehrlichen Arzneimitteln verbessert wird.

## **Verstärkung des Gesundheitssystems**

Abschließend sollte darauf hingewiesen werden, dass Belgien plant, die Verstärkung des Gesundheitssystems weiter über eine jährliche, sehr flexible Finanzierung (highly flexible funding) für die WHO zu unterstützen, und Gesundheitssysteme international in den ausgewählten Ländern zu unterstützen, sowie Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitstechnologie mit einer jährlichen freiwilligen Finanzierung zu fördern, während Flandern auf diesem Gebiet weiterhin Mozambique Unterstützung bietet. Internationale Solidarität im Bereich R&D in der Gesundheitstechnologie wird von Belgien durch eine jährliche freiwillige Finanzierung, momentan über das Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) der WHO stimuliert. Flandern plant auch, das Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) weiter zu unterstützen.

## **Personelle Mittel – Profil des künftigen Personalbestands in der medizinischen Versorgung**

Belgien ist momentan dabei, den Königlichen Erlass Nr. 78 (1967) über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe abzuändern. Dieses Thema ist keinesfalls auf Belgien beschränkt, denn es gibt viele Länder, die sich in einer ähnlichen Situation befinden. Bei der Definition der Profile der künftigen Berufsfachkräfte im Gesundheitswesen wird Belgien eng mit der WHO zusammenarbeiten und seine Erfahrungen bezüglich der Abänderung des Königlichen Erlasses Nr. 78 teilen.

## ***Was die Kapazitäten im Gesundheitswesen betrifft:***

### **Nationale Gesundheitsziele**

Die föderalen und regionalen Gesundheitsminister haben ein Verfahren zur Ausarbeitung nationaler Gesundheitsziele eingeleitet, und das ist neu in Belgien, obwohl die flämische Regierung schon im Jahr 2000 eine Liste mit Gesundheitszielen verabschiedete. Belgien wird die Fachkompetenz und die besten Praktiken der WHO in den verschiedenen Stadien dieses Prozesses, vor allem für die Definition und Überwachung/Beurteilung der nationalen Gesundheitsziele, in Anspruch nehmen.

## Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen

Belgien will seine Anstrengungen auf dem Gebiet der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen fortsetzen. Die wallonische Region plant eine Reflexion über die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen, mit Schwerpunkt Primärpflege. Die Region wird mit der WHO zusammenarbeiten, und erhält auch technische Unterstützung bei der Implementierung der Ziele, die im Kontext der Reform der Primärpflege definiert werden.

## Gesundheitsinformationen

Belgien wird zur Verbesserung seines Gesundheitsinformationssystems mit der WHO zusammenarbeiten, wozu auch die Entwicklung einer kohärenten Vision darüber, welche Gesundheitsinformationen denn erforderlich sind, gehört. Angesichts der Tatsache, dass die WHO für die Entwicklung der ICD-Kodierung und ICF-Systeme, deren 11. Neufassung gegenwärtig in Bearbeitung ist, verantwortlich ist, wird Belgien die Unterstützung der WHO für die Integration seiner Krankenhausdaten anhand des SNOMED CT-Systems (eine genormtes medizinisches System zur Dokumentierung und Kodierung von medizinischen Daten) mit den ICD-Codes in ICF in Anspruch nehmen, was die Verwendung von Krankenhausdaten zur Entscheidungsfindung vereinfachen sollte.

## Kompetenzen und Kapazitäten von Fachkräften im Gesundheitswesen

Auch über das Profil der Personen, die für das Gesundheitsministerium arbeiten, muss nachgedacht werden. Ein Gesundheitsministerium braucht die geeigneten Kapazitäten und die richtigen Kompetenzen, damit es auf sich ändernde Gesundheitsbedürfnisse und neue Herausforderungen eingehen kann. Belgien wird hinsichtlich der erforderlichen Kompetenzen und Kapazitäten von Fachkräften im Gesundheitswesen mit der WHO zusammenarbeiten, um künftigen Herausforderungen gewachsen zu sein und zu prüfen, wie Gesundheitsministerien anderer Länder damit umgehen.

## Strategische Priorität 2: Nicht ansteckende Krankheiten

Die Risikofaktoren für nicht ansteckende Krankheiten (Ernährung, Rauchen, Alkohol und Bewegung) sind in Belgien ein Thema, da der ‚Durchschnittsbelgier‘ trotz der unterschiedlichen – von den föderalen und regionalen Gesundheitsministerien entwickelten – Aktionspläne zu nicht ansteckenden Krankheiten noch immer einen weniger gesunden Lebensstil hat als der ‚Durchschnittseuropäer‘ (siehe Kapitel 2). Aus diesem Grund möchten Belgien und die WHO bei der Bekämpfung nicht ansteckender Krankheiten und der Förderung eines gesunden Lebensstils in Anschluss an SDG 3.4 ‚By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being‘ und an den *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs (2013-2020)* enger zusammenarbeiten.

## **Für diese strategische Priorität findet in folgenden Bereichen eine Zusammenarbeit statt:**

### **Gesunder Lebensstil**

Die wallonische Region wird mit der WHO in einen Dialog zur politischen Strategie bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstils treten, wobei Gesundheitsungleichheiten in der Ernährung ganz besonders besprochen werden.

### **Erstellen von Normen und Standards**

Zur Bekämpfung nicht ansteckender Krankheiten sind Länder stark von internationalen Normen, Standards und Leitlinien abhängig, die von der WHO entwickelt wurden (z. B. auf dem Gebiet der Eindämmung des Tabak- oder Zuckerkonsums). Belgien unterstützt die WHO in ihrer Rolle auf dem Gebiet der nicht ansteckenden Krankheiten, unter anderem mit einer jährlichen freiwilligen und vollständig flexiblen Finanzierung (yearly voluntary fully flexible funding).

### **Altersfreundliche Städte**

Im Rahmen der Implementierung der Studie WADA (Wallonie-Amie des aînés) – ‚étude pilote pour une approche méthodologique intégrée en faveur de communes amies des aînés‘ – werden Forscher an internationalen Austauschveranstaltungen zum Thema ‚Age-friendly cities and municipalities‘ teilnehmen und sich mit dem WHO-Team austauschen, das für das ‚WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities‘ verantwortlich ist.

Zusätzlich zur Zusammenarbeit zwischen Belgien und der WHO in den oben beschriebenen Bereichen, wird Belgien die Implementierung einiger weiterer wichtiger internationaler Übereinkommen, die es unterschrieben hat, wie das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs und den globalen Aktionsplan zur Verstärkung der Rolle des Gesundheitssystems bei der Bekämpfung von zwischenmenschlicher Gewalt, insbesondere gegen Frauen, Mädchen und Kinder, fortsetzen.

## **Strategische Priorität 3: Bereitschaft in Notfällen, Überwachung und Reaktion**

Im Kontext von SDG 3.d ‚Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks‘, werden Belgien und die WHO für eine bessere Implementierung der IHR zusammenarbeiten.

Die H1N1-Influenzapandemie oder die neuere Ebolakrise haben gezeigt, dass nationale Gesundheitssysteme und (internationale) Gesundheitsbedrohungen nicht gesondert betrachtet werden können. Nationale Gesundheitssysteme müssen bei unvorhergesehenen umfassenden Gesundheitskrisen auch bereitstehen und eingreifen können. Belgien lädt die WHO ein, die Implementierung der IHR-Bestimmungen in Belgien zu beurteilen, den allgemeinen Krisenplan und andere konkrete Krisenpläne für den Fall einer Gesundheitsbedrohung zu untersuchen, und lädt die WHO ferner ein, ihre Fachkompetenz auf dem Gebiet des Kapazitätsausbaus, der aktiven Krisenpläne und der koordinierten Kommunikation zu teilen. Belgien wird seine Fachkompetenz mit der WHO teilen, z. B. im Kontext von Peer Assessments der IHR-Implementierung in anderen Ländern.

## Strategische Priorität 4: Umwelt und Gesundheit

Anschließend an SDG 3.9 (‚By 2030, substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water and soil pollution and contamination‘) und an SDG 11.6 (‚By 2030, reduce the adverse per capita environmental impact of cities, including by paying special attention to air quality and municipal and other waste management‘), und da das Land mit hoher Luftverschmutzung kämpft, versucht Belgien auf aktive Weise die Auswirkungen der Umweltexposition auf die Gesundheit zu begrenzen, wobei den schwächsten Personen besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird (Beurteilung von Gesundheitsauswirkungen, Pläne zum sozialen Zusammenhalt, Überwachung über das Gesundheitsobservatorium, Kontrolle bei Verschmutzung in Gebäuden, Radonerfassung, usw.).

### Belgien und die WHO werden vor allem in folgenden Bereichen zusammenarbeiten:

#### Human-Biomonitoring

Belgien und die WHO werden bei der Umsetzung der Technik des Human-Biomonitorings in lokale Aktionen zusammenarbeiten. Diese Technik wird das Wissen über den multifaktoriellen Umweltdruck (Umwelthotspots) auf die Gesundheit vergrößern. Die Verfeinerung dieser Technik und Integration in ein praktisches Instrument auf lokaler Ebene wird dabei helfen, Gesundheitsschäden durch Umweltdruck zu identifizieren und schnell aufzuspüren. Um einen wirklichen Gesundheitsgewinn zu erzielen, plant Flandern, zusammen mit den anderen lokalen Behörden (einen) Aktionsplan(-pläne) für eine Präventivpflege zu erstellen. Belgien, und vor allem Flandern, verfügt schon über Kenntnisse und Erfahrungen hinsichtlich der Identifizierung und des Umgangs mit Umwelthotspots (anhand der Intego-Datenbank), aber möchte mit der WHO zusammenarbeiten, um die Biomonitoringtechnik zu verfeinern und in ein praktisches Instrument umzuwandeln, das in Aktionspläne integriert werden kann. Dies könnte so aussehen, dass wissenschaftliches Know-how von der WHO über Gesundheitsindikatoren, Biomonitoring, Risikobewertung, Umweltepidemiologie (wie Techniken sich auf lokaler Ebene implementieren lassen) geteilt wird und von anderen erfahrenen Ländern gelernt wird, wobei die Sachverständigen der WHO an den Besprechungen teilnehmen.

#### Erklärung von Parma

Anschließend an die Erklärung von Parma über Umwelt und Gesundheit (Artikel 6 & 8) sorgt Belgien für eine bessere Ausbildung auf dem Gebiet der Umweltgesundheit und -medizin für Berufsfachkräfte im Gesundheitswesen. Die ‚Elektromagnetfeld‘-Hotspots sind eine praktische Methode, die Bedürfnisse zu illustrieren. Belgien wird sich an der Organisation der 20. Versammlung des WHO International Advisory Committee for Electromagnetic Fields beteiligen.

## Strategische Priorität 5: Ansteckende Krankheiten

Ansteckende Krankheiten stehen wieder auf der Agenda des Gesundheitswesens und bilden eine ernst zu nehmende Herausforderung. Gemäß SDG 3.3 (‘By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases’) und SDG 5.6 (‘Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences’) werden Belgien und die WHO zusammenarbeiten, vor allem auf dem Gebiet antimikrobieller Resistenz, HIV/AIDS und Tuberkulose (TBC):

### Gebrauch von Antibiotika

In Kapitel 2 wurde erwähnt, dass der Antibiotikagebrauch in Belgien hoch ist, sowohl in der Veterinär- als in der Humanmedizin. Belgien ist fest entschlossen, die antimikrobielle Resistenz solange wie nötig auf der ganz oben auf der Agenda zu halten und wird gemeinsam mit der WHO untersuchen, welche Maßnahmen erforderlich sind, damit der hohe Antibiotikagebrauch, sowohl aus human- als aus veterinärmedizinischer Sicht (one-health-strategie), gesenkt werden kann.

### HIV/AIDS

Wie schon erwähnt, hat Belgien im September 2013 einen nationalen Aids-Plan verabschiedet. Belgien wird zusammen mit der WHO prüfen, wie wirksam Belgien HIV/AIDS bekämpft.

### Tuberkulose

Belgien setzt sich auch weiter im Kampf gegen Tuberkulose ein. Es gilt, wachsam zu bleiben, den Kampf gegen Tuberkulose zu verbessern und die multiresistente Form von TBC gemäß dem europäischen Aktionsplan zur Bekämpfung von Tuberkulose 2016-2020 zu bekämpfen.

### Ansteckende Krankheiten

Was die weltweiten Bemühungen zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten betrifft, wird Belgien die WHO, UNAIDS und den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria weiter unterstützen. Belgien wird auch die Bekämpfung von Risikoverhalten auf dem Gebiet sexuell übertragbarer Krankheiten fortsetzen.





## Beurteilung der CCS

Diese CCS wurde während der Interministeriellen Gesundheitskonferenz im März 2016 von allen belgischen Gesundheitsministern genehmigt. Die CCS wurde danach vom belgischen föderalen Minister der Sozialen Angelegenheiten und der Volksgesundheit, dem Generaldirektor der WHO und dem regionalen WHO-Direktor für Europa unterschrieben.

Die gegenwärtige CCS wird als Leitfaden für die strategische Zusammenarbeit zwischen zuständigen föderalen und regionalen Gesundheitsbehörden in Belgien und der WHO während der sechs Jahre von 2016 bis 2022 dienen. Belgien und die WHO werden für die Implementierung der in der CCS beschriebenen strategischen Agenda zusammenarbeiten, um die gegenseitig vereinbarten Ziele zu erreichen und mit der Zusammenarbeit so viel wie möglich Ergebnisse zu erzielen, wobei Mittel verwendet werden sollen, die von beiden Parteien zur Verfügung gestellt werden.

Die zuständigen belgischen Gesundheitsbehörden haben vereinbart, ihre Zusammenarbeit mit der WHO auf die gemeinsam vereinbarten Prioritäten zu konzentrieren, und die in dieser CCS beschriebene strategische Agenda zu berücksichtigen. Zudem haben sie vereinbart, die in der CCS geplanten Aktivitäten durchzuführen. Diese Aktivitäten werden an aktuelle Vorgehensweisen und Initiativen anschließen; und eine Einbeziehung weiterer wichtiger Interessenvertreter aus dem Gesundheitssektor bei der Implementierung der strategischen Agenda soll gefördert werden.

Das WHO Regional Office for Europe wird Belgien bei der Implementierung der definierten strategischen Kooperationsprioritäten, die an das Health 2020 Framework anschließen, unterstützen. Die WHO wird, sowohl auf internationaler als auf regionaler Ebene, die führende Rolle Belgiens in relevanten Gesundheitsbereichen weiterhin bekannt machen und Belgien dabei unterstützen, seine nationale medizinische Kompetenz und Kapazität weiter zu entwickeln. Die WHO wird Belgien auch weiter mit ihren Beiträgen zu globalen und regionalen Gesundheits- und Entwicklungsagendas unterstützen.

### Verbreitung des CCS-Dokuments

Eine erfolgreiche Implementierung der strategischen Prioritäten hängt von der Einbeziehung und Beteiligung der belgischen Gesundheitsinstanzen und der WHO sowie anderer relevanter Interessenvertreter ab. Sowohl Belgien als die WHO werden für eine umfassende Verbreitung des CCS-Dokuments sorgen. Belgien wird die Strategie bei der Regierung und ihren relevanten technischen Abteilungen und Einheiten, sowie bei anderen Ministern und Partnern, die sich im und mit dem Land mit (inter)nationalen gesundheitsspezifischen Themen beschäftigen, bekannt machen, denn nur dank gemeinsamer Bemühungen können bestimmte Ziele erreicht werden. WHO Europe and Headquarters werden das CCS-Dokument an alle relevanten WHO-Abteilungen schicken, um dafür zu sorgen, dass das Dokument als Rahmen für künftige Besprechungen zu Tätigkeiten in Belgien dienen wird.

## Beurteilung der CCS

Die Arbeitsgruppe, die für die Entwicklung der CCS gegründet wurde, und die aus den zuständigen Gesundheits- und Entwicklungsbehörden in Belgien und den Vertretern des WHO Regional Office for Europe and Headquarters besteht, hat sich dazu verpflichtet, sich weiter zu treffen, um erzielte Fortschritte zu beurteilen, die Implementierung der strategischen Agenda durch alle Partner zu fördern und zu beurteilen, mögliche Risiken, die einer Implementierung im Wege stehen, zu identifizieren, und die verfügbaren Mittel aufeinander abzustimmen.

Der Dienst Internationale Beziehungen des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt wird die Organisation der Versammlungen der Arbeitsgruppe koordinieren. Es können externe Interessenvertreter und Sachverständige eingeladen werden, die die Arbeitsgruppe bei relevanten Themen unterstützen, wenn dies in der Arbeitsgruppe vereinbart wurde. Außerdem können Vertreter der technischen Einheiten der WHO gebeten werden, den Versammlungen beizuwohnen, falls dies für die von der Gruppe besprochenen strategischen Prioritäten erforderlich ist.

## Halbzeitüberprüfung

In der Mitte des CCS-Zyklus, 2019 oder zu einem geeigneteren Zeitpunkt, abhängig von den anderen nationalen strategischen Prozessen im Land, wird die CCS von der Arbeitsgruppe überprüft. Die Koordination wird vom Dienst Internationale Beziehungen des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit übernommen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Erörterung, ob die strategischen Prioritäten immer noch im Einklang mit den Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik des Landes sind, ob Prioritäten neu formuliert und/oder geändert werden müssen, ob alle Partner ihre Versprechen für die Anwendung der CCS halten, und ob die Mittel für die Verwirklichung des angestrebten Resultats ausreichen. Wenn bestimmte Dinge angepasst werden müssen, ist dies zu besprechen und wenn möglich in die endgültigen Ziele aufzunehmen.

## Endbeurteilung

Bis zum Ende des CCS-Zyklus im Jahr 2022 erfolgt eine Endbeurteilung der CCS durch die Arbeitsgruppe. Die Beurteilung wird bestimmen, welche Ergebnisse durch die Implementierung der CSS erzielt wurden, und welcher Unterschied sich daraus für das Land ergibt. Die Arbeitsgruppe wird danach Feedback zu den wichtigsten Errungenschaften und den übrig gebliebenen Mängeln und Herausforderungen geben, sowie für den nächsten CCS-Zyklus geeignete Empfehlungen abgeben. Gemeinsam mit der WHO wird auch eine Liste des während der Entwicklung, des Monitorings und der Beurteilung des CCS gelernten Stoffs erstellt (lessons learned). Diese Liste wurde nicht nur auf nationaler Ebene, sondern auch in anderen Ländern geteilt, vor allem zwischen ähnlichen Ländergruppen.



- Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC, 2014). Policy paper for the 2014-2019 term.
- Belgian development cooperation, 2008, Policy note ‚The right to health and healthcare‘.
- Belgian development cooperation, 2014, Policy note ‚Exposé d’orientation politique - Coopération au développement‘.
- Belgium Federal Portal, 2016.
- European Observatory on Health Systems and Policies (OBS). Health Systems and Policy Monitor-Belgium.
- Federal coalition agreement (2014).
- Flemish Coalition Agreement (2014) and Policy Memorandum on Welfare, Public Health and Family and on Foreign Affairs, International Enterprise and Development Cooperation (2014-2019)
- FÖD Wirtschaft (2014a). Kernzahlen 2014. Statistische Übersicht Belgiens.
- FÖD Wirtschaft (2014b). Bevölkerung - Demografische Prognosen 2013-2060.
- Green paper, 2014. Grünbuch über die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung in Belgien.
- Hsu, A. et al. (2016). The 2016 Environmental Performance Index.
- KCE (2012). Position paper: Organisation of care for chronic patients in Belgium.
- KCE (2016). Performance of the Belgian Health System Report 2016.
- Belgische Nationalbank. Statistiken (2015).
- National Institute for Statistics (ADSEI) – Causes of death (2016).
- OECD (2015a). Health at a Glance 2015.
- OECD (2015b). Economic Surveys - BELGIUM.
- OCED (2015). In it Together – Why Less Inequality Benefits All. OECD Publishing, Paris.
- Priorities for the Belgian Mandate in the Executive Board of WHO, 2012-2015 (2012).
- Robert E., Swennen B. (2012) Couverture vaccinale en Région de Bruxelles Capitale, ULB - ESP:WIV-ISP (2015). Health Interview Survey 2013.
- WHO (2015). Implementation of the International Health Regulations (2005) - Responding to public health emergencies. Report by the Director-General to the World Health Assembly.
- WHO (2005). International Health Regulations – Second edition. 74 p.





