Interpellation Nr. 2 von Herrn GROMMES (ProDG) an Ministerin KLINKENBERG zur Gesundheitsversorgung in der DG, wo stehen wir, wohin gehen wir?

Gesundheit ist ein zentrales Menschenrecht. In ländlichen Regionen wie der unseren bedeutet dieses Recht jedoch mehr als eine funktionierende Notfallversorgung – es geht um strukturelle Absicherung, gerechte Zugänglichkeit und eine vorausschauende, präventiv ausgerichtete Gesundheitsförderung. Deshalb möchte ich mit dieser Interpellation politische Weichenstellungen der vergangenen Jahre auf den Prüfstand legen und eine grundlegende Diskussion anstoßen: über den tatsächlichen Zustand unseres Gesundheitswesens, über bestehende Stärken – aber auch über Lücken, Herausforderungen und eventuelle politische Versäumnisse. Dieser Rückblick mündet in der Frage, wie wir – im Rahmen unserer Zuständigkeiten – gemeinsam eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige Versorgung in Ostbelgien sichern können. Stationäre Versorgung in Ostbelgien – zwischen Versorgungssicherheit und strukturellem Druck. Die Deutschsprachige Gemeinschaft zählt rund 80 000 Einwohner – verteilt auf eine weitläufige, ländlich geprägte Region. Zwei Allgemeinkrankenhäuser bilden die tragenden Säulen der stationären Versorgung: • St. Nikolaus-Hospital Eupen – 192 Betten. • Klinik St. Josef St. Vith – 156 Betten. Beide Einrichtungen sind nicht nur medizinische Grundpfeiler, sondern auch wichtige Arbeitgeber in der DG. Beide Krankenhäuser stehen zunehmend unter Druck: Finanzielle Belastungen, Reformpläne und Personalengpässe führen zu Strukturdebatten, bis hin zu Szenarien einer Teil- oder Komplettschließung einzelner Standorte. Diese Debatten berühren nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch den sozialen Zusammenhalt und die Arbeitsplatzsicherheit in unserer Region. Beim Neujahrsempfang des Eupener Krankenhauses wurde darauf hingewiesen, dass es an Ärztinnen und Ärzten mangle – insbesondere an jenen, die auch Bereitschaftsdienste übernehmen. Eine unmittelbare Folge der angespannten Personalsituation war die Schließung der Entbindungsstation in Eupen – ein Schritt, der trotz aller Bemühungen nicht * Die nachfolgend veröffentlichte Interpellation entspricht der von Frau Stiel hinterlegten Originalfassung. verhindert werden konnte und die überregionale Verlagerung von Geburten zur Folge hatte. Die Entbindungsstation in der Klinik St. Josef konnte sich etablieren. Im Rahmen der Initiative ZOAST Eifel wurde ein

grenzüberschreitendes Abkommen mit dem Krankenhaus St. - Joseph Prüm abgeschlossen, um Patientinnen aus der deutschen Eifel in Sankt Vith versorgen zu können. Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, setzen unsere Krankenhäuser auf unterschiedliche Maßnahmen, darunter auch die gezielte Anwerbung internationaler Fachkräfte. In beiden Häusern arbeiten heute zahlreiche Mediziner aus dem In- und Ausland. Um deren Integration zu fördern und sprachliche wie kulturelle Hürden abzubauen, etwa durch Sprachkurse oder interkulturelle Fortbildungen. Hinzu kommt, dass die Krankenhauslandschaft in der Grenzregion von externen Entwicklungen beeinflusst wird: Das Krankenhaus Malmedy, in direkter Nachbarschaft zu Sankt Vith, ist dem CHU-Netzwerk Elipse beigetreten, während das Eupener Haus – bedingt durch die Nähe zum Aachener Raum – im Wettbewerb mit großen deutschen Zentren steht. Auf Druck der Föderalregierung, die im Rahmen der Krankenhausreform vorschreibt, dass sich die einzelnen Häuser breiter aufstellen und enger zusammenarbeiten müssen, wurde das regionale Netzwerk MOVE gegründet. Ohne die Umsetzung dieser nationalen Vorgabe wären die Kliniken schon jetzt nicht überlebensfähig. In MOVE kooperieren die DGKrankenhäuser gemeinsam mit der „Groupe Santé CHC“ und weiteren Partnern, um Angebote zu koordinieren, Spezialisierungen zu bündeln und Ressourcen effizienter zu nutzen. Ob diese Kooperation die angestrebte Dezentralität wirklich bewahrt und langfristig eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung sichert, bleibt abzuwarten. Beide Häuser nutzen diese Kooperation auch, um strukturelle Verbesserungen voranzutreiben – etwa durch die Einführung gemeinsamer Patientenverwaltungssoftware, Investitionen in digitale Infrastruktur und Maßnahmen zur Effizienzsteigerung im Klinikalltag. Trotz der angespannten Lage ist es beiden Krankenhäusern gelungen, ihre Patientenzufriedenheit auf hohem Niveau zu halten – ein Verdienst der Mitarbeitenden vor Ort, die unter teils herausfordernden Bedingungen professionelle und empathische Versorgung leisten. Neue Reformvorschläge seitens der Föderalregierung werden sicherlich nicht lange auf sich warten lassen. Befürchtungen bestehen, die zukünftig geplanten Reformen könnten auch zu einem „Notaufnahmen-Aus“ in Eupen, St. Vith und Malmedy führen – ein Vorwurf, den Gesundheitsminister Frank Vandenbroucke und die Regierungsparteien umgehend zurückwiesen. Zumindest vorläufig. Haus- und Fachärztliche Versorgung – Zwischen statistischer Stabilität und strukturellen Engpässen Die medizinische Grundversorgung in Ostbelgien wird im Wesentlichen durch rund 70 Hausärztinnen und Hausärzte getragen – ein

historisches Hoch, wenn man den Vergleich zu früheren Jahren zieht. Noch 2019 lag diese Zahl bei rund 50. Auf den ersten Blick scheint die Lage also stabil. Doch dieser Eindruck täuscht, wenn man genauer hinsieht: Laut dem Landesamt für Kranken- und Invalidenversicherung (INAMI) bräuchte es eigentlich mindestens 120 Hausärzte, um die rund 80.000 Einwohner der DG angemessen zu betreuen. Das entspricht einem Defizit von über 40 Prozent. Erschwerend kommt hinzu, dass viele der praktizierenden Mediziner heute nicht mehr in Vollzeit arbeiten. Flexible Modelle, getrieben vom berechtigten Wunsch nach einer besseren Work-Life-Balance, prägen die heutige Berufskultur – mit der Folge, dass Sprechzeiten kürzer, Bereitschaftsdienste seltener und Erreichbarkeiten schwieriger werden. Früher waren Abendsprechstunden üblich – heute schließen viele Praxen am Nachmittag. Das führt insbesondere für ältere oder berufstätige Patientinnen und Patienten zu realen Hürden im Zugang zur medizinischen Erstversorgung. Aus regionaler Sicht verteilen sich die Hausärzte derzeit ausgewogen auf den Norden und den Süden der DG. Doch gleichmäßige Verteilung allein genügt nicht, wenn die tatsächliche Verfügbarkeit sinkt. Auch wenn Gemeinschaftspraxen erfolgreich zeigen, wie kooperative Arbeitsformen zur Entlastung beitragen können – die strukturelle Versorgungslücke lässt sich dadurch nicht gänzlich kompensieren. In Urlaubs- oder Krisenzeiten stoßen die Ressourcen schnell an Grenzen. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche Versorgungsmodelle umgesetzt – unter anderem in Form sogenannter Ärztehäuser. Während freie Praxen den Vorteil einer offenen Arztwahl bieten, binden Ärztehäuser mit einem Forfait System ihre Patientinnen vertraglich an ihre interne Struktur. Das bedeutet: Eingeschriebene Patientinnen und Patienten können bestimmte Leistungen nur dort in Anspruch nehmen. Für externe Behandlungen außerhalb des Hauses ist dann eine ausdrückliche Genehmigung erforderlich. Was aus Sicht sozial schwächerer Gruppen als kostengünstige und praktische Lösung erscheinen mag, kann sich in der Praxis zu einer spürbaren Einschränkung der individuellen Behandlungsfreiheit entwickeln – etwa dann, wenn es um persönliche Präferenzen oder langjährig aufgebaute Patientenbeziehungen geht. Ein besonders belastender Aspekt für viele Bürgerinnen und Bürger ist die schwerfällige Zugänglichkeit zu bildgebenden Verfahren. Wer heute in der DG eine physikalische Untersuchung wie ein MRT, eine Szintigraphie oder einen CT-Scan benötigt, muss oftmals mit Wartezeiten von mehreren Wochen oder gar Monaten rechnen. Auch die fachärztliche Versorgung bereitet zunehmend Sorge. Immer mehr Patientinnen und

Patienten berichten davon, keine Termine zu erhalten, auf langen Wartelisten zu landen oder im Schnitt landesweit über 80 Tage auf einen Facharzttermin warten zu müssen. Besonders betroffen sind laut einer Umfrage von Testachats Termine in den Bereichen Augenheilkunde (131 Tage), Dermatologie (114 Tage) und Gynäkologie (112 Tage). Die medizinische Versorgung stößt damit häufig an ihre Grenzen, sobald eine weiterführende, spezialisierte Behandlung notwendig wird – mit unmittelbaren Folgen für Lebensqualität und Behandlungskontinuität, insbesondere in einer alternden Bevölkerung. All diese Aspekte zeigen: Die haus- und fachärztliche Versorgung in Ostbelgien steht an einem Wendepunkt. Zwar wurden bereits wichtige Fortschritte erzielt – etwa durch den Impulseo-Fonds zur Unterstützung junger Ärztinnen und Ärzte oder durch die Zusammenarbeit mit der flämischen Gemeinschaft, die mehr Medizinstudienplätze für deutschsprachige Bewerberinnen und Bewerber zugänglich machen soll. Angesichts der strengen Zugangsbeschränkungen durch Zulassungsprüfungen – sowohl in der Französischen als auch in der Flämischen Gemeinschaft – ist dies ein bedeutender Schritt. Diese Prüfungen wirken de facto wie ein Numerus Clausus und führen nicht selten dazu, dass junge Menschen ein Medizinstudium im Ausland bevorzugen oder gar nicht erst antreten. Umso entscheidender ist es, frühzeitig Anreize für eine Rückkehr in die Region zu schaffen. Doch, reichen diese Maßnahmen aus, um die wachsenden Herausforderungen in einer älter werdenden und gesundheitlich immer anspruchsvolleren Bevölkerung dauerhaft zu bewältigen? Prävention, mentale Gesundheit und paramedizinische Versorgung – Starke Strukturen mit schwankender Tragkraft Die Versorgung einer Gesellschaft beginnt nicht erst mit der Krankheit – sie beginnt mit der Vorbeugung. In Ostbelgien sind über die Jahre zahlreiche Initiativen entstanden, die präventiv, unterstützend und beratend wirken. Einrichtungen wie die Aktionsgemeinschaft Suchtprävention und Lebensbewältigung (ASL), der Patienten Rat & Treff, sowie verschiedene Programme in Schulen und Gemeinden leisten dabei wichtige Arbeit. Auch unter anderem Projekte wie „MEGA“ oder die Kampagne „Heute nicht“ zeigen, dass Gesundheitsförderung in der DG aktiv gestaltet wird. Trotzdem zeigt sich: Der Bedarf an gezielter, strukturierter Prävention nimmt zu – etwa im Bereich Bewegung, Ernährung, Suchtverhalten oder Impfbereitschaft. Gerade jüngere Generationen, aber auch ältere Menschen in strukturschwachen Gemeinden, brauchen niederschwellige, verständliche und lokal verankerte Angebote. Diese Prävention darf nicht dem Zufall oder der Initiative einzelner Akteure überlassen bleiben – sie muss Teil einer abgestimmten, übergreifenden

Gesundheitsstrategie werden. Eng verknüpft mit der Prävention ist die mentale Gesundheit. Auch hier ist die DG nicht untätig: Die Einrichtung des Netzwerks Mentale Gesundheit Ostbelgien war ein wichtiger Schritt zur Koordination von Angeboten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Die Klinik St. Josef in St. Vith bietet neben stationären Plätzen auch eine Tagesklinik und mobile Betreuungsteams an. Dennoch bleibt der Zugang schwierig – wegen Fachkräftemangel, Wartezeiten und mangelnder Sichtbarkeit. Ergänzend dazu werden in jüngster Zeit Veranstaltungen und eine interaktive Ausstellung zur Demenzwohnung zur Sensibilisierung unserer Bevölkerung organisiert. Ein oft übersehener, aber zentraler Bereich ist zudem die paramedizinische Versorgung. Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten oder Pflegeleister sind tragende Säulen in der Nachsorge, der Alltagsbetreuung und der chronischen Begleitung – gerade bei älteren Menschen- oder Menschen mit Behinderung. Doch auch hier zeigen sich Engpässe: lange Wartezeiten, begrenzte Kapazitäten und fehlende Vernetzung mit der ärztlichen Ebene erschweren eine koordinierte Versorgung. In ländlichen Gegenden wird dies durch Entfernungen und Mobilität zusätzlich verschärft. Ein innovativer präventiver Ansatz zeigt sich zudem im Einsatz von Community Health Workern. Vertrauenspersonen aus dem Wohnviertel, die seitens der Krankenkassen gezielt in benachteiligten Wohngebieten aktiv sind, um Menschen im Alltag beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Diese drei Bereiche – Prävention, mentale Gesundheit und paramedizinische Versorgung – sind keine Nebenschauplätze, sondern Kernelemente eines ganzheitlichen Gesundheitssystems. Wer die Akutmedizin entlasten will, muss die Grundlagen stärken. Wer die Eigenverantwortung fördern möchte, muss Angebote zugänglich und verständlich gestalten. Und wer langfristig Kosten senken will, muss gezielt in diese Sektoren investieren. Darüber hinaus stellt sich weiterhin die Frage, ob nicht auch strukturelle Vereinfachungen im Bereich der Vorsorge sinnvoll wären: Etwa durch ein zentrales, modulares Vorsorgeangebot für Menschen ab 55 Jahren – gebündelt an einem einzigen Kliniktag, an dem Blutanalysen, bildgebende Verfahren, Impfstatus, kardiovaskuläre Checks und individuelle Beratung kompakt angeboten werden. Ein solches Modell könnte Barrieren abbauen, Verantwortung fördern und Versorgung effizienter gestalten. In diesem Zusammenhang verdient aus meiner Sicht das Projekt „Gesundes Ostbelgien“ ebenfalls neue Aufmerksamkeit: Es wurde 2017 im Rahmen des Regionalen Entwicklungskonzepts „Ostbelgien leben 2025“ (REK III, Band 5 „Gesund leben in Ostbelgien“) als Modellvorhaben zur systematischen Verankerung

präventiver Leistungen eingereicht. 55 Partner aus Krankenkassen, Ärzteschaft, Apotheken sowie aus dem Sport und Sozialbereich hatten gemeinsam mit der Dienststelle für selbstbestimmtes Leben (DSL) Vergütungsmodelle bei der Kranken- und Invalidenversicherung (Likiv) angeregt, um Prävention stärker zu honorieren und Gesundheitskompetenz flächendeckend zu fördern. Trotz schleppender Umsetzung bietet der nationale Regierungswechsel der DG vielleicht die Chance, dieses zukunftsweisende Projekt erneut mit dem Likiv zu verhandeln und in der neuen Legislaturperiode modernisierte Finanzierungs- und Digitalisierungsansätze umzusetzen. Erste Schritte in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung werden bereits umgesetzt, so wurde beispielsweise der prä- und postnatale Gesundheitspfad unter der Koordination des Ministeriums entwickelt. Zuständigkeiten der DG – Klarheit über Handlungsspielräume Um wirksam auf bestehende Herausforderungen im Gesundheitsbereich reagieren zu können, ist es entscheidend, den eigenen Handlungsspielraum zu kennen und zu nutzen. Die Deutschsprachige Gemeinschaft verfügt seit der 6. Staatsreform über weitreichende Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitspolitik – wenngleich nicht in allen Teilbereichen. Die DG ist zuständig für: • die Gesundheitsförderung und die Prävention, • die Organisation der häuslichen Hilfe und Pflege, • die Krankenhausplanung (Anerkennung, Investitionen, Infrastrukturausstattung), • sowie die Koordination von Versorgungsnetzwerken auf ihrem Gebiet. Nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen hingegen: • die medizinische Grundgesetzgebung (einschließlich ärztlicher Honorierung), • die Krankenversicherung, • sowie die Zulassung von Gesundheitsberufen. Diese Zuständigkeiten bleiben föderale Kompetenz. In diesem Spannungsfeld liegt die politische Herausforderung: Dort, wo die DG zuständig ist, kann und muss sie aktiv gestalten – durch eigene Programme, gezielte Investitionen und strategische Kooperationen. Gleichzeitig ist es notwendig, auf föderaler Ebene mit Nachdruck für die spezifischen Bedarfe der deutschsprachigen Bevölkerung einzutreten, etwa bei der Ausbildung und Anerkennung medizinischer Fachkräfte oder bei der Honorierung von Bereitschaftsdiensten im ländlichen Raum. Diese doppelte Verantwortung – intern koordinierend, extern vermittelnd – verlangt nach einem klaren politischen Kompass, der die Gesundheitsversorgung nicht nur verwaltet, sondern zukunftsfähig weiterentwickelt. Fazit: Die medizinische und pflegerische Versorgung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft steht heute auf einem soliden Fundament – doch dieses Fundament zeigt Risse. Die Herausforderungen reichen von strukturellen Engpässen in der

Fachversorgung über personelle Engpässe im hausärztlichen Bereich bis hin zu einer wachsenden Belastung der Notaufnahmen, Diagnostik und Nachsorge. Dabei ist Ostbelgien sicherlich nicht schlechter aufgestellt als andere Regionen im Land – aber eben auch nicht besser. Und gerade, weil es um die medizinische Versorgung einer sprachlichen Minderheit in einer ländlich geprägten Region in der Nähe zu mehreren Versorgungszentren innerhalb und außerhalb der Landesgrenzen geht, müssen wir sehr genau hinschauen: Wo brauchen wir passgenaue, lokal verankerte Lösungen? Wo müssen wir aktiver koordinieren, stärker fördern, klarer steuern. Die bisherigen Bemühungen – sei es in der Krankenhausstruktur, bei der Unterstützung junger Mediziner, in der Digitalisierung oder in der Prävention – verdienen Anerkennung. Doch reichen sie aus, um den Wandel zu lenken? Diese Interpellation ist deshalb kein abschließendes Urteil, sondern eine Einladung zur ehrlichen Bestandsaufnahme, zur offenen Diskussion und zur gemeinsamen Entwicklung tragfähiger Lösungen für ein Ostbelgien, in der Gesundheit nicht vom Zufall, sondern von politischer Weitsicht getragen wird.

Folgende Fragen möchte ich in diesem Rahmen an die Regierung gerichtet stellen:

1. Wie bewerten Sie die Maßnahmen, die die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den letzten Jahren konkret ergriffen hat, um die haus- und fachärztliche Versorgung zu stabilisieren – insbesondere im Hinblick auf neue Arbeitsmodelle, die Abnahme der Bereitschaftsdienste und den zunehmenden Teilzeittrend bei Hausärzten?
2. Wurden in der Vergangenheit ausreichend Initiativen von der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft initiiert, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und paramedizinischem Personal – etwa durch digitale Koordinationstools oder interprofessionelle Plattformen – systematisch zu verbessern?
3. Wurden ausreichend Maßnahmen getroffen, um die Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bürger und Bürgerinnen nachhaltig zu stärken?
4. Wie bewerten Sie im Rückblick die Schwerpunkte, die die Regierung beim strukturellen Ausbau der Prävention – sowohl in den Bereichen Bewegungsförderung und Ernährung als auch im Hinblick auf mentale Gesundheit, Suchtverhalten und Impfbereitschaft gesetzt hat?

5. Hat die Regierung in ausreichendem Masse sichergestellt, dass bestehende Präventionsangebote auch vulnerable oder schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen – wie Jugendliche aus belasteten Familiensituationen oder ältere Menschen in ländlichen Gemeinden – angemessen erreichen?
6. Hat die Regierung, ihre gesetzlich verankerten Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung vollumfänglich genutzt – etwa durch die Ausarbeitung eines ressortübergreifenden Präventionsplans?
7. Wie ist der Stand der Dinge bei der Weiterentwicklung des Projekts „Gesundes Ostbelgien“? Wurde das im REK-Projekt ‚Gesundes Ostbelgien‘ vorgeschlagene Modellvorhaben systematisch umgesetzt?
8. Haben sie als Regierung innovative Möglichkeiten geprüft, neue Formen gebündelter Vorsorgeleistungen – beispielsweise für über 55-Jährige – als Pilotprojekte zu erproben?
9. Hat sich die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft ausreichend vorbereitet, wenn Ende dieses Jahres die sogenannte „Ostbelgienregelung“ ausläuft? Wie möchte die Regierung eine Verlängerung dieser Regelung sicherstellen und inwieweit haben sie in Gesprächen mit dem LIKIV Verbesserungen erwirken können, beispielsweise bei der Rückerstattung von Medikamenten oder der Behandlung chronisch kranker Patienten?
10. Wie stellt sich die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft strategisch auf, um die medizinische und pflegerische Versorgung in einer alternden, ländlich geprägten Region auch langfristig sicherzustellen – und welche Leitlinien verfolgt sie für die Zukunft des Gesundheitssystems in Ostbelgien?
11. Wie bewertet die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft ihre bisherigen Maßnahmen zur strukturellen Sicherung beider Krankenhausstandorte in Eupen und St. Vith – insbesondere im Hinblick auf die angekündigten Reformen auf föderaler Ebene und die damit verbundenen Risiken für die Notfallversorgung in Grenzregionen?
12. Die DG verfügt über umfassende Zuständigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Warum wurde bislang kein ressortübergreifender Präventionsplan mit

messbaren Zielvorgaben umgesetzt – und welche Planungen existieren diesbezüglich aktuell innerhalb der Regierung?

13. Welche Schlussfolgerungen zieht die Regierung aus der Schließung der Entbindungsstation in Eupen hinsichtlich der langfristigen Tragfähigkeit der stationären Versorgungsstruktur – und welche Maßnahmen wurden seitdem ergriffen, um ähnliche Entwicklungen in Zukunft zu vermeiden?

Antwort

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

es freut mich, dass wir heute über den Zustand unseres Gesundheitssystems austauschen, denn – lassen Sie es mich gleich vorwegnehmen – die Herausforderungen sind groß und es bedarf nicht nur einer breiten öffentlichen Diskussion, sondern – gerade im Bereich der Prävention - auch der individuellen Verantwortung jedes Einzelnen.

Die Deutschsprachige Gemeinschaft ist seit der 6. Staatsreform für Teile des Gesundheits- und Pflegebereichs zuständig – darunter die Langzeitpflege für Senioren oder psychisch Kranker, die Prävention und bestimmte sozialmedizinische Dienste. In diesen Bereichen wurde in den vergangenen Jahren eine deutliche Professionalisierung und Anpassung an die Bedürfnisse der ostbelgischen Bürger und Akteure erzielt. Die Zusammenarbeit mit föderalen und anderen regionalen Ebenen bleibt jedoch essenziell, um eine kohärente Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Die Gesundheitsversorgung in unserem Land gilt als eine der leistungsfähigsten in Europa. Sie zeichnet sich durch ein gut entwickeltes System der sozialen Sicherheit, eine breite Abdeckung medizinischer Leistungen und einen freien Zugang zu Haus- und Fachärzten aus. Gleichzeitig stehen wir jedoch auch vor zahlreichen Herausforderungen, insbesondere im Bereich der Prävention und in der nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems.

Ein funktionierendes Gesundheitssystem ist eine tragende Säule des gesellschaftlichen Wohlstands. In Belgien ermöglicht die gesetzliche Krankenversicherung den Bürgerinnen und Bürgern weitgehend freien Zugang zu medizinischen Leistungen – unabhängig vom Einkommen. Dies trägt entscheidend zur sozialen Gerechtigkeit und zur allgemeinen Lebensqualität bei.

Die Prävention, für die wir in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zuständig sind, spielt dabei eine zunehmend wichtige Rolle. Angesichts alternder Bevölkerungsstrukturen, wachsender chronischer Erkrankungen (wie z. B. Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und steigender Gesundheitskosten gewinnt die frühzeitige Vorsorge an Bedeutung. Impfprogramme, Gesundheitsaufklärung, Bewegungsförderung und Programme zur Tabak- oder Alkoholprävention sind essenzielle Bausteine einer nachhaltigen Gesundheitspolitik.

Zu den Themen, an denen wir zurzeit arbeiten und die uns auch in Zukunft beschäftigen werden, gehören die Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum, der Fachkräftemangel im Pflege- und Gesundheitsbereich und die Anpassung der Versorgungsmodelle an den demografischen Wandel. Ein zentrales Anliegen bleibt der Ausbau digitaler Gesundheitslösungen, insbesondere zur Verbesserung der Patienteninformation, der Telemedizin und der sektorenübergreifenden Kommunikation. Wir investieren daher hohe Summen in die digitale Infrastruktur, um die medizinische Versorgung zukunftssicher zu gestalten.

Die Herausforderungen sind vielfältig:

Die Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich sind bekanntlich zwischen Föderalregierung und Regionen bzw. Gemeinschaften geteilt. Diese Aufgabenteilung erschwert eine einheitliche Gesundheitsstrategie und führt teils zu Koordinationsproblemen sowie regionalen Unterschieden in der Versorgung und Prävention. Im Rahmen föderaler Reformen müssen wir uns daher immer wieder dafür einsetzen, dass die besonderen Bedarfe unserer Gemeinschaft, d.h. vor allem die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum in deutscher Sprache, Berücksichtigung finden.

Die steigenden Gesundheitsausgaben belasten die öffentlichen Haushalte. Ein großer Teil des Budgets fließt in die Behandlung chronischer Krankheiten. Die demografische Entwicklung – insbesondere die Zunahme älterer Menschen – verstärkt den finanziellen Druck auf das System.

Wir leiden, wie die meisten Regionen und Länder in Europa, unter einem Mangel an medizinischem Personal, insbesondere in der Pflege. Dies führt zu einer Arbeitsüberlastung und längeren Wartezeiten für Patienten.

Der technologische Fortschritt eröffnet neue Möglichkeiten – von elektronischen Gesundheitsakten bis hin zu Telemedizin. Die Umsetzung erfolgt jedoch aufgrund von Datenschutzbedenken und mangelnder Infrastruktur bedauerlicherweise zum Teil nur langsam. Deshalb investiert die Regierung massiv in die digitale Infrastruktur sowohl der Krankenhäuser als auch der Wohn- und Pflegezentren.

Trotz zahlreicher Präventionskampagnen gelingt es bislang nur begrenzt, das Verhalten der Bevölkerung nachhaltig zu verändern. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und Suchtverhalten bleiben verbreitete Probleme. Wir müssen die Präventionsprogramme daher zielgruppenspezifischer, längerfristiger und systematischer gestalten, um den notwendigen Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung zu schaffen. Zukünftig wird es entscheidend sein, die Rolle der Prävention zu stärken, Kooperationen zu fördern und Innovationen effizienter zu integrieren. Nur so kann sichergestellt werden, dass das System auch in Zukunft leistungsfähig, solidarisch und finanzierbar bleibt. Das kann die Politik allerdings nicht alleine leisten. Hier braucht es die Zusammenarbeit aller Akteure.

Wir begegnen den Herausforderungen mit gezielten Maßnahmen. Das Ziel all unserer Bemühungen bleibt ein qualitativ hochwertiges, wohnortnahes und solidarisches Gesundheitssystem, das auch in Zukunft den Bedürfnissen der ostbelgischen Bevölkerung gerecht wird. Die Regierung verfolgt weiterhin das Leitziel der Vision Ostbelgien leben 2040, das vorsieht, dass

- die Menschen in Ostbelgien **gesund und selbstbestimmt leben und altern**;
- die **Gesundheitskompetenz** der Bürgerinnen und Bürger gefördert wird;
- eine **integrierte Versorgung** von der Prävention über eine gute Grundversorgung bis hin zur Nachsorge implementiert wird;
- die bewusste Ernährung, Bewegung, Achtsamkeit und Vermeidung schädlicher Umwelteinflüsse sowie soziale Kontakte, Engagement und Nachbarschaftshilfe zu einem integralen Bestandteil des Alltags werden;
- und ein gesundes und selbstbestimmtes Leben durch die Digitalisierung unterstützt wird.

Das sechste Leitziel der Vision Ostbelgien leben 2040, eine „gesunde Region für alle in jedem Alter“, umfasst zahlreiche Bereiche von der Gesundheitsförderung bis hin zur Palliativversorgung. Im Mittelpunkt steht dabei das Konzept der integrierten Versorgung. Ziel ist eine nachhaltige Gesundheitslandschaft, die die Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt stellt und ihnen qualitativ hochwertige Angebote macht. Durch Prävention und frühzeitige Behandlung sollen weniger Menschen ernsthaft erkranken und somit auch die hohen Kosten, die insbesondere chronische Erkrankungen hervorrufen, reduziert werden. Die so eingesparten Finanzmittel können dann wieder in eine verbesserte Prävention geleitet werden. Die Ergebnisse aus Gesundes Ostbelgien sind in die neuen Initiativen eingeflossen.

In der hausärztlichen Versorgung hat die Deutschsprachige Gemeinschaft eine Teilzuständigkeit.

Die Finanzierung der Dienstleistung der Fach- und Hausärzte ist föderale Kompetenz.

Die Deutschsprachige Gemeinschaft hat jedoch die Möglichkeit, die Hausärztezusammenarbeit und den lokalen Einbezug über die **Hausärztekreisförderung** zu unterstützen.¹ Derzeit bezuschusst die Deutschsprachige Gemeinschaft zwei Ärztekreise:

- die Vereinigung der Allgemeinmediziner des Nordens der Deutschsprachigen Gemeinschaft (VANDG)
- und die Vereinigung der Eifeler Allgemeinmediziner (VEA).

Die Hausärzte aus Kelmis und Lontzen sind dem Vervierser Hausärztekreis angeschlossen. Dieser wird nicht von der Deutschsprachigen Gemeinschaft unterstützt.

Die Hausärztekreise erhalten einen Zuschuss und sind Ansprechpartner im Hinblick auf die Umsetzung der lokalen Gesundheitspolitik. So finden regelmäßig Treffen zwischen den Präsidenten der Hausärztekreise, dem Fachbereich und mir selbst statt. Zusätzlich können die Hausärztekreise:

¹ Königlicher Erlass vom 8. Juli 2002 zur Festlegung der Aufgaben der Hausärztekreise

1. initiativ werden im Hinblick auf eine Unterstützung der ersten Linie und insbesondere der Allgemeinmediziner;
2. Maßnahmen ergreifen zur Optimierung der multidisziplinären Zusammenarbeit der ersten Linie;
3. daran arbeiten, Kooperationsabkommen mit dem oder den Krankenhäusern zu erwirken, die darauf abzielen, die Kontinuität der Patientenversorgung zu gewährleisten;
4. den Zugang zur Allgemeinmedizin verbessern;
5. die primäre Gesundheitsversorgung fördern;
6. einheitlichen Vorgehensweisen entwickeln z.B. in den Bereichen Epidemiologie, Klagen, Sicherheitsprobleme;
7. und Informationen an die Bevölkerung bereitstellen.

Eine weitere Zuständigkeit der Deutschsprachigen Gemeinschaft, ist die

Niederlassungsförderung der Hausärzte.²

Ein zugelassener Hausarzt kann bei einer Neuniederlassung in der DG, eine Prämie von 20.000 € beantragen oder/und einen Kredit in Höhe von 15.000€, wenn er mindestens 5 Jahre Tätigkeit in der DG gewährleistet. Als Neuniederlassungen zählen Erstniederlassungen vier Jahre nach der Diplomierung, nach einem Aufenthalt in einem Entwicklungsland oder nach einem Umzug in die DG, insofern die Person noch nie in den Genuss der Prämie gekommen ist.

Darüber hinaus werden Hausärzte auf Anfrage und unter bestimmten Bedingungen jährlich bei der Finanzierung von Assistenzkräften unterstützt.

Neue Haus- und Fachärzte erhalten zudem bei der WFG Unterstützung bei der Niederlassung.

Auch das Fachkräftebündnis bietet Hilfestellung und wirbt für den Standort Ostbelgien.

² KE 23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsefonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieser Fonds

Gemeinsam mit den anderen Teilstaaten und dem Föderalstaat arbeitet die Deutschsprachige Gemeinschaft aktiv am Thema eHealth, d.h. an der Digitalisierung in der Gesundheitslandschaft. Beispiele dafür sind die Initiativen rund um BelRAI, das Pilotprojekt zum Medikationsschema (Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker) oder auch die Masterpläne ICT für die Krankenhäuser bzw. die Wohn- und Pflegezentren, welche durch die Digitalisierung der Einrichtungen die Vernetzung zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitssektor ermöglichen.

Die größte Initiative zur Vernetzung der Dienstleister ist die bereits erwähnte Vision Ostbelgien leben 2040, deren wesentlicher Bestandteil der Aufbau der integrierten Versorgung ist. Ich zitiere: *„Ziel ist es, eine qualitative ganzheitliche Versorgung zu schaffen, die vom Menschen ausgeht und die Gesundheit fördert und unterstützt. Es geht darum, dass die Menschen eine Kontinuität in der Versorgung erfahren. Dies gilt gleichermaßen für die Gesundheitsförderung, die Prävention, die Diagnose, die Behandlung, das Krankheitsmanagement und die Genesung – bis hin zur Palliativversorgung. Eine integrierte Versorgung koordiniert die Versorgung über die verschiedenen Ebenen und Bereiche hinweg und geht über den Gesundheitssektor hinaus. Ziel ist, dass der Mensch seine Gesundheit eigenverantwortlich im Hinblick auf eine bestmögliche Lebensqualität gestalten kann und bei Bedarf unterstützt wird.“*

Zurzeit konzentrieren sich die national koordinierten Maßnahmen im Rahmen der integrierten Versorgung auf drei Themenfelder:

- den Aufbau eines prä- und postnatalen Programms - in diesem Rahmen wird unter anderem auch die digitale Plattform „Born in Belgium“ als multidisziplinäres Medium genutzt, mit dem Ziel, Risiken zu minimieren;
- den Aufbau eines Programms für vulnerable Personengruppen;
- und den Aufbau eines Programms für Adipositas.

Die beiden letztgenannten Programme sollen nächstes Jahr starten.

Damit einher geht eine gute Zusammenarbeit unter den Dienstleistern in Form von Stakeholdertreffen und Workshops.

Um das Verantwortungsgefühl der Bevölkerung für die Förderung der eigenen Gesundheit zu stärken, müssen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ergriffen werden. Dazu müssen sowohl die Dienstleister als auch die Bürgerinnen und Bürger sensibilisiert werden. Es bestehen bereits zahlreiche Kampagnen; diese müssen zielgruppenspezifisch und langfristig angelegt sein. Ein gutes Beispiel dafür sind beispielsweise die beiden Veranstaltungen zum Thema Sensibilisierung zum Umgang mit Demenz, die dieses Jahr stattgefunden haben bzw. noch stattfinden werden.

Zu berücksichtigen sind dabei folgende Anmerkungen:

- Die Gesundheitskompetenz von Fachkräften im Gesundheits- und Sozialsektor ist eine wesentliche Voraussetzung, um auf die Bedarfe der Patienten einzuwirken. Sie kann durch regelmäßige Schulungen des Gesundheits- und Bildungspersonals gefördert werden. Hier spielt auch der Zugang zu kulturell und sprachlich angepassten Gesundheitsinformationen eine wichtige Rolle.
- Die persönliche Gesundheitskompetenz muss durch genaue, rechtzeitige und angemessene gesundheitliche und wissenschaftliche Informationen gefördert werden. Dabei spielen die Erziehung und die Bildung eine wichtige Rolle. Kinder sollten gesundheitsfördernde Verhaltensweisen frühzeitig zu Hause und in der Schule erlernen. Natürlich müssen auch Eltern sensibilisiert werden, unter anderem durch zielgruppenspezifische Gesundheitskampagnen und Angebote in der Erwachsenenbildung. Gesundheitskompetenz ist also eine Querschnittsaufgabe.
- Die Bewertung der Entwicklung der Gesundheitskompetenz bestimmter Bevölkerungsgruppen kann dabei als Richtschnur für die Entwicklung von angemessenen und zeitlich angestimmten Strategien und Maßnahmen dienen, die dem Bedarf entsprechen. Dazu erarbeitet die Deutschsprachige Gemeinschaft ein Monitoringtool (die so genannte Gesundheitsberichterstattung). Dieses wird es in

Zukunft erlauben, gezielter auf die Gesundheitstendenzen in der Bevölkerung einzugehen.

Wie bereits erwähnt, gibt es ressortübergreifend Sensibilisierungskampagnen.

Verhaltensweisen, insbesondere suchtkranker Menschen, verändern sich aber nicht so leicht. Wir müssen die Anstrengungen daher intensivieren. Die Gesundheitsberichterstattung wird es, wie gesagt, in Zukunft erlauben, genauer auf spezifische Zielgruppen einzugehen und die Maßnahmen anzupassen. Zudem sollte beispielsweise die Zusammenarbeit mit sozialen Treffpunkten oder Schulen gestärkt werden, um dort spezifisch Themen der Gesundheitsförderung zu platzieren und das chancenärmere Publikum besser zu erreichen. Auch die integrierte Versorgung ist in diesem Kontext relevant, ein Beispiel ist der bereits erwähnte prä- und postnatale Gesundheitspfad, der ja die Mütter in den Fokus rückt, die nicht ausreichend umrahmt werden.

Damit spürbare Veränderungen eintreten bedarf es neben einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik unter anderem gesundheitsförderlicher Lebenswelten, einer Neuorientierung der Gesundheitsdienste, der Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und der Entwicklung persönlicher Kompetenzen (vgl. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung).

Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge sind umfassende Ansätze der Gesundheitsentwicklung, d.h. solche, die die fünf Handlungsbereiche und -strategien kombinieren, am wirksamsten und insbesondere Lebensbereiche, in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen, bieten gute Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung solcher umfassenden Strategien. Dies zeigt erneut, dass ein bereichsübergreifender Ansatz nötig ist.

Ein ressortübergreifender Präventionsplan liegt vor. Ich habe alle bestehenden Initiativen bündeln lassen, so dass die Akteure auf dem Terrain einen Überblick bekommen, welche Präventionsmaßnahmen und -kampagnen bereits existieren und wo noch Handlungslücken bestehen. Im Laufe der aktuellen Legislatur sind zudem eine Reihe von gesundheitspolitischen Maßnahmen geplant, die einen bereichsübergreifenden Ansatz im Sinne von „health in all policies“ verfolgen.

Im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik möchten wir das **Dekret zur Gesundheitsförderung aktualisieren**, um alle Zuständigkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention darin aufzunehmen so z.B. auch die Raucherentwöhnung. Dadurch soll auch die Verbindung zur integrierten Versorgung hergestellt werden und der ganzheitliche Ansatz von *health in all policies* ermöglicht werden.

Eine weitere Maßnahme ist die **Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung** als Monitoringinstrument - auch für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention sowie Umwelt

In der Gesundheitsförderung soll künftig bei den geförderten Projekten der Fokus auf die oben erwähnten Handlungsbereiche gelegt werden, also gesundheitsförderliche Lebenswelten, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, die Integration gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und die Entwicklung persönlicher Kompetenzen.

Im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten bin ich gern bereit zu prüfen, welche Angebote im Bereich der Vorsorgeleistungen, die Teil des Konzepts zur Gesundheitsförderung sind, ausgebaut werden können. An dieser Stelle kann ich bereits sagen, dass wir an einer verbesserten Kommunikation arbeiten und die entsprechenden Informationen auf ostbelgien live so aufbereiten werden, dass alle Vorsorgeangebote auf einen Klick einsehbar sind und die Informationen pro Zielgruppe deutlicher platziert werden.

Wir sind dabei, die Verlängerung der Ostbelgienregelung vorzubereiten. Erste Verhandlungsgespräche mit dem LIKIV laufen. Auch Arbeitstreffen mit den ostbelgischen und deutschen Krankenkassen haben bereits stattgefunden. Ich weise aber darauf hin, dass die Ostbelgienregelung ebenfalls eine föderale Kompetenz ist. Wir werden aber selbstverständlich in die Gespräche Verbesserungsvorschläge einbringen und auf die Bedarfe der hiesigen Bevölkerung hinweisen.

Wie in anderen Teilen Belgiens und Europas stellt der Mangel an Pflegekräften auch bei uns eine strukturelle Herausforderung dar. Die Regierung begegnet diesem Problem – im Rahmen ihrer Zuständigkeit - unter anderem durch gezielte Ausbildungsförderung, verbesserte Rahmenbedingungen für Pflegeberufe und den Ausbau der Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen in der Region. Wie Sie wissen, habe ich als Bildungsministerin die Ausbildungsförderung DUO initiiert, durch die unter anderem angehende Pflegekräfte und Mediziner in den Genuss eines monatlichen Darlehens kommen, das sie nicht zurückzahlen müssen, wenn sie später in der DG arbeiten. Die Einführung von Alltagsbegleitern entlastet die Pflegekräfte und trägt so zur Attraktivität des Berufs bei. Als Bildungsministerin habe ich zudem damals Initiativen zur Förderung der Durchlässigkeit in den Ausbildungen der Pflege ergriffen – ebenfalls mit dem Ziel, die Attraktivität der Ausbildung und des Berufs zu steigern und neue Zielgruppen für die Pflege zu begeistern.

In der Krankenhauspolitik verfolgt die Regierung der DG die föderalen Reformüberlegungen aufmerksam und bringt sich aktiv in die Diskussionen mit ein. Wir sehen unsere strategische Rolle vor allem in Absicherung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung in deutscher Sprache. Wir begrüßen grundsätzlich das Ziel einer qualitativ hochwertigen, effizienten und gut vernetzten Krankenhausversorgung und erkennen die Notwendigkeit, die Krankenhausstrukturen zukunftsfähig aufzustellen. Auch auf Ebene der DG machen aktuelle Herausforderungen wie Fachkräftemangel, demografischer Wandel und technologische Entwicklungen, gezielte Anpassungen und eine Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen erforderlich.

Gleichzeitig betonen wir, dass eine differenzierte Umsetzung nötig ist, die den spezifischen Rahmenbedingungen der DG gerecht wird, insbesondere aufgrund ihrer kleinen Größe, der sprachlichen Besonderheit sowie der geografischen Lage mit zwei Krankenhäusern in Randlage.

Die DG ist in die föderale Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform eingebunden und nutzt diesen Rahmen, um die Interessen und Versorgungsbedarfe unserer Gemeinschaft aktiv einzubringen. Darüber hinaus besteht ein enger Austausch mit den Netzwerkpartnern des Netzwerks MOVE sowie mit politischen und fachlichen Akteuren innerhalb und außerhalb der DG. Wir begrüßen es zudem, dass ein Ostbelgier in die föderale Expertengruppe zur

Krankenhausreform berufen wurde, der die Bedarfe unserer Region bestens kennt und vertreten kann.

Innerhalb unserer Zuständigkeiten setzen wir auf folgende Handlungsspielräume:

1. Gezielte Infrastrukturinvestitionen in beide Häuser, um die Normen zu erfüllen und die medizinische Versorgung an beiden Standorten langfristig zu sichern und standortspezifisch weiterzuentwickeln.
2. Förderung der sektorübergreifenden Vernetzung, insbesondere über das Netzwerk MOVE, um Synergien und Kooperationen zwischen den Krankenhäusern weiter auszubauen und zu verstärken.
3. Aktive Mitgestaltung in interföderalen Arbeitsgruppen zur Reform der Krankenhauslandschaft, um frühzeitig Einfluss auf künftige Rahmenbedingungen zu nehmen.
4. Die DG setzt auf eine Stärkung der integrierten Versorgung, um die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, ambulanten Diensten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen zu verbessern, damit auch in Randlagen wie Eupen und St. Vith eine verlässliche und gut abgestimmte Versorgung gewährleistet bleibt.

Zur Schliessung der Entbindungsstation kann ich nur sagen, dass es sich um föderale Materie handelt und die Regierung der DG hier keine Handlungsfähigkeit hat. Wie bereits erwähnt, kommt es bei den Dienstleistungen der Krankenhäuser in erster Linie darauf an, die Standorte zu sichern und eine Gesundheitsversorgung nach höchsten Qualitätsstandards in Kooperation mit den Netzwerkpartnern sicherzustellen.

Die Deutschsprachige Gemeinschaft ist sich der bestehenden Herausforderungen und erforderlichen Reformen im Gesundheitswesen bewusst, befindet sich jedoch insgesamt auf einem stabilen Fundament. Ich bin zuversichtlich, dass wir gemeinsam mit den Akteuren die notwendigen Vorkehrungen treffen können, um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!