

Sitzungsperiode 2022-2023
Sitzung des Ausschusses IV vom 7. Juni 2023

FRAGESTUNDE*

• **Frage Nr. 1372 von Frau HUPPERTZ (CSP) an Minister ANTONIADIS zur häuslichen Pflege – Streikaktion des Personals**

Am 24. Mai haben mehrere Organisationen des Heimpflegesektors die Arbeit niedergelegt. Die Hauptforderung des Sektors lag in einer Refinanzierung der Leistungen für Heimpflege. Beklagt werden vor allem der hohe Arbeitsdruck: Als Beispiel wird angeführt, dass einer Pflegerin lediglich 35 Sekunden zur Verfügung stehen, um eine intramuskuläre Injektion vorzunehmen.¹

Die Heimpflege ist eine wichtige Säule der Seniorenpolitik in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, die sich mehr und mehr darauf konzentriert ein Leben zu Hause zu fördern, statt Senioren einen Platz im Wohn- und Pflegeheim anzubieten.

Hierzu meine Fragen:

1. Ist es auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu Arbeitsniederlegungen gekommen?
2. Hat sich der Sektor mit seinen Sorgen und Forderungen an die DG-Regierung gewandt?
3. Ist die DG-Regierung auf föderaler Ebene vorstellig geworden, um den Forderungen des Pflegesektors Nachdruck zu verleihen, da dessen Dienstleistung ja eine wesentliche Voraussetzung für die hiesige Seniorenpolitik bedeutet?

Antwort des Ministers:

Auch wenn die DG für die Finanzierung der Krankenpflege nicht zuständig ist, führe ich regelmäßig Gespräche mit der KPVDB und mit den Diensten der Häuslichen Krankenpflege. Deshalb sind mir einige der Schwierigkeiten bekannt.

In Bezug auf die Aufwertung der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger habe ich häufig bei der Föderalregierung interveniert.

Das betrifft sowohl die Krankenhäuser als auch die häusliche Krankenpflege.

Auch zur aktuellen Thematik hatte ich Kontakt mit einigen Akteuren.

Deshalb wird derzeit eine weitere Intervention beim zuständigen Föderalminister Frank Vandenbroucke in Bezug auf die Finanzierung der Häuslichen Krankenpflege vorbereitet.

Ich weiß, dass es den Streikenden wichtig war, beim zuständigen Minister in Brüssel für ihre Sache einzustehen.

Deshalb kamen keine Vertreter aus dem Sektor während des Aktionstages zur Klötzerbahn 32.

* Die nachfolgend veröffentlichten Fragen entsprechen der von den Fragestellern hinterlegten Originalfassung.

¹ <https://audio.rtbf.be/media/invite-dans-lactu-greve-secteur-des-soins-a-domicile-3039325>

• **Frage Nr. 1373 von Frau HUPPERTZ (CSP) an Minister ANTONIADIS zur Anpassung des Kindergeldes**

„Die Familien in Ostbelgien bekommen künftig mehr Kindergeld“ titelte das Grenzecho und bezog sich dabei auf ein Presseschreiben von DG-Sozialminister Antonios Antoniadis.²

In diesem Sommer findet demnach in der Deutschsprachigen Gemeinschaft eine Angleichung der Familienleistungen um knapp 10 Prozent statt. Die DG-Regierung nutze damit ihre Möglichkeit der jährlichen Angleichung der Familienleistungen an den Verbraucherpreisindex sowie an 25 Prozent des realen Wachstums des Bruttoinlandprodukts pro Einwohner. Das sei eine zusätzliche Stärkung der Kaufkraft für die Familien in Ostbelgien, ist in der Pressemeldung zu lesen.

Hierzu meine Fragen:

Wird das Kindergeld seitens der Deutschsprachigen Gemeinschaft über die Indexanpassung hinaus angehoben?

Antwort des Ministers:

Die Deutschsprachige Gemeinschaft nimmt eine jährliche Angleichung der Familienleistungen vor. Wir orientieren uns für die Erhöhung des Kindergelds nicht mehr wie früher am Gesundheitsindex, sondern am Verbraucherpreisindex sowie an 25 % des realen Wachstums des Bruttoinlandprodukts pro Einwohner. Die Beträge werden bei veränderter Wirtschaftslage angehoben, aber nie gesenkt.

Obschon sich die Familienleistungen in Ostbelgien unter anderem am Wirtschaftswachstum orientieren, werden die Beträge nicht gesenkt, wenn sich die wirtschaftliche Lage verschlechtert. Zu verdanken ist dies der Situation, dass die Deutschsprachige Gemeinschaft die Beträge nach einer Angleichung nur nach oben, aber nicht nach unten korrigiert.

Seitdem wir als Deutschsprachige Gemeinschaft für das Kindergeld zuständig sind und eigenverantwortlich handeln können, sprich seit 2019, haben wir den Basisbetrag bis heute bereits um 15,48 % erhöht. Das ist nicht überall der Fall. Flandern zum Beispiel hat das Kindergeld um lediglich 6,13 % angehoben.

Wie bei uns ist auch bei den Flamen das Kindergeld nicht mehr an die klassische Indexierung geknüpft.

Anders als bei den Flamen haben wir das Kindergeld entsprechend den veränderten Parametern bisher immer angepasst.

Die Kollegen haben aber bereits bei der Übernahme der Verwaltung ihr Kindergeld nicht indexiert.

Sie wendeten die im alten System festgelegten Beträge an, die 2 % niedriger waren.

Das betraf in Flandern alle Kinder, die vor 2019 geboren wurden.

• **Frage Nr. 1374 von Herrn LAMBERTZ (SP) an Minister ANTONIADIS zu den geplanten Verbesserungen im Pflegesektor**

Die Regierung hat bei diversen Gelegenheiten angekündigt, die Gehälter des Pflegepersonals in den verschiedenen Einrichtungen zu erhöhen und auch andere Maßnahmen zur Stärkung des Pflegesektors umzusetzen.

Im Zuge von Rahmen- und Sektorenabkommen wurden bereits in einem ersten Schritt die Gehälter der Pflegehelfer entsprechend erhöht. Diese Erhöhung wurde bereits 2020

² <https://www.grenzecho.net/90691/artikel/2023-05-25/ostbelgische-familien-erhalten-knapp-10-prozent-mehr-kindergeld>

vorgezogen. In einem zweiten Schritt sollen nun noch in diesem Jahr andere Berufsgruppen aufgewertet werden.

Nichtsdestotrotz sieht sich gerade dieser Sektor aufgrund des demografischen Wandels und des akuten Personalmangels mit großen Herausforderungen konfrontiert, weswegen es neben monetären auch strukturellen Verbesserungen bedarf.

Dem Vernehmen nach haben in den vergangenen Wochen Gespräche und Verhandlungen zu diesen Themen stattgefunden, bei denen Fortschritte erzielt werden konnten.

Dazu meine Fragen:

1. Bis wann kann mit einer Aufwertung der Gehälter der Krankenpfleger und Paramediziner in den WPZS gerechnet werden?
2. Plant die Regierung darüber hinaus noch weitere Maßnahmen, um den Pflegesektor zu unterstützen?
3. Wie ist es um die Umsetzung der Personalnormen bestellt?

Antwort des Ministers:

Die Gehälter der Krankenpfleger und der Paramediziner in den Wohn- und Pflegezentren werden in diesem Jahr erhöht.

In den vergangenen Wochen und Monaten haben mehrere Treffen mit den Sozialpartnern stattgefunden, in denen die Berechnungen der Wiederherstellung der Lohnspanne zwischen den Pflegehelfern und den Krankenpflegern sowie den Paramedizineren besprochen wurden.

Die Wiederherstellung des Lohngefälles wurde nach der Aufwertung der Pflegehelfer in den Wohn- und Pflegezentren aus dem Jahr 2020 seitens der Krankenpfleger gefordert.

Zwar erhielten die diplomierten Gesundheitsberufe, darunter die Krankenpfleger, 2020 ebenfalls eine Lohnerhöhung, diese war aber nicht so hoch wie die Aufwertung der Pflegehelfer.

Die Regierung versprach allerdings, die Unterschiede im Lohnniveau bis zum Ende der Legislaturperiode wiederherzustellen.

Einfluss auf die Gehälter der Pflegekräfte haben wir seit 2019, dank der Übernahme der Finanzierung der Wohn- und Pflegezentren.

Im Zuge der Besprechung dieses Projekts mit den Sozialpartnern wurden auch Alternativmodelle besprochen.

Die Aufwertung der Krankenpfleger und Paramediziner soll im zweiten Halbjahr (2023) erfolgen. Eine Entscheidung wird vor der politischen Sommerpause getroffen. Insgesamt wird diese Maßnahme auf rund 1,5 Millionen Euro beziffert.

Die Aufwertung betrifft die Krankenpfleger mit Brevets und Bachelor, sowie die weiteren Berufsgruppen mit Bachelor-Diplom, die in direktem Kontakt mit den Bewohnern stehen.

Von der Wiederherstellung der Lohnspanne zwischen Pflegehelfern und Krankenpflegern werden die Wohn- und Pflegezentren für Senioren, das psychiatrische Pflegewohnheim in St. Vith sowie der Palliativpflegeverband profitieren.

Außerdem wird die Regierung die Personalnormen in den Wohn- und Pflegezentren überarbeiten.

Ebenfalls vor der Sommerpause wird der Erlass in erster 1. Lesung in der Regierung verabschiedet. Sollte alles nach Plan laufen und die erwarteten Gutachten des Staatsrates, der Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben sowie des Beirates für Seniorenunterstützung keine grundlegenden Elemente in Frage stellen, ist das Ziel, den Erlass bis Ende des Jahres zu verabschieden.

Die Basis für den Erlass stellen die Vorschläge dar, die im Zuge der Arbeitsgruppe mit den Sozialpartnern erarbeitet worden sind.

Daher ist ebenfalls ein Austausch nach der ersten Lesung mit den Sozialpartnern geplant, um auch Ihnen ein Bild davon zu geben, wo sich Ihre Empfehlungen im Erlass wiederfinden.

Der neue Erlass soll eine zeitgemäße und flexiblere Organisationsstruktur ermöglichen.

Die Wohn- und Pflegezentren sollen unter Einhaltung der föderalen Gesetze und des DG-Dekrets mehr Autonomie erhalten, um ihre Dienste individueller zu organisieren.

Als dritte Maßnahme ist eine Kampagne zur Arbeit der Pflegeberufe geplant.

Wir befinden uns aktuell im Gespräch mit einem Akteur, der die Kampagne koordinieren soll. Neben diesen konkreten Maßnahmen plant die Regierung weitere Maßnahmen, um den Fachkräftemangel in der Pflege anzugehen:

Am 27. September organisieren wir einen Rundtisch zum Thema Pflege mit den Einrichtungen des Sektors und anderen Partnern.

Hierbei werden externe Referenten und auch Redner aus Ostbelgien zu Wort kommen.

Es sollen, ausgehend von den Problemdarstellungen, auch bereits erdachte oder funktionierende Lösungsvorschläge präsentiert werden.

Im Nachmittag wird es einen Workshop zu den Themen geben, der von externen Moderatoren gestaltet wird.

• **Frage Nr. 1375 von Herrn LAMBERTZ (SP) an Minister ANTONIADIS zu den Unterschieden zwischen den grenzüberschreitenden Rettungsdiensten im Norden und im Süden der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Am 4. Mai wurde in Anwesenheit von Ministerpräsidentin Malu Dreyer die 20-jährige Zusammenarbeit der Deutschsprachigen Gemeinschaft mit dem Land Rheinland-Pfalz erneuert. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit hob man die Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung hervor, darunter in der Notfallversorgung. Bekanntlich ist es im Süden der Gemeinschaft möglich, dass die Rettungsdienste aus der DG und Rheinland-Pfalz bei Bedarf die Grenze überschreiten dürfen.

Anders sieht die Situation zwischen Belgien und Nordrhein-Westfalen aus, wo ein offizielles Abkommen fehlt. Entlang der nordrhein-westfälischen Grenze zu Belgien ist der grenzüberschreitende Rettungsdienst entlang des Nordens und des Südens der DG rechtlich nicht abgesichert.

Zuständig ist die Deutschsprachige Gemeinschaft für dieses Abkommen nicht. Auf der belgischen Seite steht der Föderalstaat in der Verantwortung. Auf deutscher Seite scheint die Lage etwas undurchsichtig zu sein.

Dennoch liegt es im Interesse unserer Bevölkerung, dass ein Abkommen zu Stande kommt.

Denn wenn in einer Grenzregion der nächstgelegene Dienst, aus egal welchem Land, nicht schnell vor Ort ist, kann auf eine Notsituation nicht zeitgerecht gehandelt werden und gravierende Folgen mit sich führen.

Immer wieder hat die Deutschsprachige Gemeinschaft eine vermittelnde Rolle übernommen und versucht, den gordischen Knoten zu lösen.

Deshalb möchte ich mich bei Ihnen, Herr Minister, erkundigen:

1. Wie ist der Stand der Dinge in Bezug auf eine Vereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungsdienst mit Nordrhein-Westfalen?

2. Welche Möglichkeiten hat die Deutschsprachige Gemeinschaft trotz fehlender Zuständigkeit, um die Umsetzung einer Vereinbarung mit Nordrhein-Westfalen zu unterstützen?
3. In welchen anderen Bereichen sehen Sie einen kurzfristigen Handlungsbedarf für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung?

Antwort des Ministers:

Wie Sie richtigerweise anmerken, handelt es sich um eine föderale Zuständigkeit. Ich habe mich in der Vergangenheit, genauso wie zahlreiche Regierungsmitglieder vor mir, für den Abschluss eines solchen Abkommens mit Nordrhein-Westfalen (NRW) stark gemacht.

Ich konnte die vorherige Gesundheitsministerin Maggie De Block dafür gewinnen, die notwendige Unterschrift zu leisten. Leider wurde während ihrer Amtszeit die Frage nicht geklärt, ob das Land NRW oder die Bundesrepublik dieses Abkommen unterzeichnen musste. Hierzu gab es unterschiedliche Positionen.

Auch Gesundheitsminister Frank Vandenbroucke hat sich bereit erklärt, diese Unterschrift für Belgien zu leisten, um die grenzüberschreitende Notfallversorgung mit NRW zu ermöglichen. Seit 2019 liegt der zuständigen Abteilung des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen ein „Letter of Intent“ vor laut seinem Kabinett. Dieser „Brief“ bildet die Grundlage für den grenzüberschreitenden Rettungsdienst.

Letzter Stand der Dinge von April 2023 ist, dass das Dokument in Prüfung bei dem rechtlichen Dienst von NRW ist, und bis Sommer 2023 eine Rückmeldung hierzu an das Kabinett Vandenbroucke erfolgen soll. Man ist also noch in Verhandlung über den Inhalt, den man während der Pandemie in NRW aus Zeitgründen nicht bearbeiten konnte.

Auf belgischer Seite stehen wir also in den Startlöchern und sind bereit für den Abschluss des Abkommens. Am 5. Juli bin ich Gast auf der deutschen Gesundheitsministerkonferenz.

Bei dieser Gelegenheit werde ich den Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und den zuständigen NRW-Minister für Gesundheit Karl-Josef Laumann zu diesem Thema sensibilisieren.

Mit dem Kollegen Laumann habe ich bereits in der Vergangenheit über dieses Abkommen gesprochen. Er ist sehr sensibel für europäische Themen. Kurzfristige Bedarfe an grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgungen sehe ich aktuell in 3 Bereichen:

Eine Erweiterung der Ostbelgienregelung, die Möglichkeit der Rückerstattung grenzüberschreitender Hubschrauberrettungstransporte (hierfür bedarf es aber zuerst einer Anerkennung in Belgien der Hubschrauberrettungsdienste) sowie die Schaffung einer Möglichkeit für die Zwangseinweisung belgischer deutschsprachiger Patienten mit psychischen Erkrankungen in grenznahe deutsche Einrichtungen.

Diese 3 Bereiche werde ich bei meinem nächsten Treffen mit Herrn Minister Vandenbroucke am 28. Juni 2023 ansprechen.

• Frage Nr. 1376 von Frau HUPPERTZ (CSP) an Minister ANTONIADIS zur Steigerung der Zahl der Allgemeinmediziner

Presseberichten zufolge hat die wallonische Gesundheitsministerin Christie Morreale (PS) angekündigt, dass in etwa zehn Jahren rund 3.000 zusätzliche Allgemeinärzte auf der frankofonen Seite Belgiens erwartet würden.³

³ <https://www.grenzecho.net/90873/artikel/2023-05-30/3000-zusätzliche-hausarzte-binnen-zehn-jahren>

Allerdings dürfte die Umsetzung dieses Plans einige Jahre dauern, ehe der Mangel an Allgemeinärzten in bestimmten Gemeinden tatsächlich abnimmt

Die Kommission zur Planung des medizinischen Angebots schlägt für den Zeitraum von 2029 bis 2033 eine maximale Anzahl von 1.144 Kandidaten für die Flämische Gemeinschaft und 929 für die Französische Gemeinschaft vor, wobei ein besonderer Fokus auf die Erhöhung der Anzahl der Allgemeinärzte gelegt wird. Vertreter der frankofonen Ärzte zeigten sich insgesamt zufrieden mit der vorgeschlagenen Aufstockung.

Hierzu meine Fragen:

1. Wie sieht diesbezüglich die Planung in Ostbelgien aus?
2. Ist Ostbelgien in diese Planung überhaupt einbezogen?

Antwort des Ministers:

Zu Beginn möchte ich kurz die Zuständigkeitsfrage zu der hier angesprochenen medizinischen Planung erläutern. In Belgien gibt es für manche Berufsgruppen, unter anderem die medizinischen, begrenzte Praktikumsplätze. Die Anzahl dieser Praktikumsplätze werden durch die sogenannten „Quotas“ festgelegt. Jeder Student, der einen Praktikumsplatz erhält, erhält auch eine INAMI Nummer. Hierdurch ist demnach die Anzahl der möglichen Berufseinsteiger der betroffenen Berufsgruppen ebenfalls begrenzt.

Dies basiert auf einem Königlichen Erlass vom 12/06/2008, welcher die Anzahl der Kandidaten, die jährlich Zugang zur Ausbildung als Allgemeinmediziner oder Facharzt in Belgien haben, bestimmt. Somit ist der belgische Staat für die Festlegung der sogenannten Quoten zuständig.

Die Gemeinschaften sind für die sogenannten „Unter-Quoten“ verantwortlich, weil sie auch für die Universitäten zuständig sind. Die Gemeinschaften legen somit fest, wie viele der Nummern aus dem föderalen Plan für welche Spezialisierungen vorbehalten sind.

Die Französischsprachige Gemeinschaft hat, aufgrund der Beschlüsse in der Planungskommission, bei den Unter-Quoten dieses Mal ein besonderes Augenmerk auf die Ausbildung der Allgemeinmediziner gerichtet. Das kann ich nur begrüßen, da wir im ländlichen Raum Belgiens Hausärzte brauchen. Trotzdem bedeutet das nicht, dass sich tatsächlich mehr Mediziner für die Allgemeinmedizin entscheiden. Es mangelt an einer Attraktivität dieses Berufes im Vergleich zu anderen Spezialisierungen.

Aufgrund der Entscheidung der Französischen Gemeinschaft hat die Kollegin aus der Wallonischen Region die Gesamtzahl potenzieller Berufseinsteiger auf 10 Jahre vorgerechnet. Das ist aber, wie gesagt, eine theoretische Schätzung. Ostbelgien hat keine eigene Universität. Die entsprechenden Ausbildungen der Ärzte erfolgen somit in den wallonischen oder flämischen Universitäten oder im Ausland.

Wenn also meine Kollegin Christie Morreale Zahlen zur Wallonie nennt, dann sind die Studierenden aus der DG, die an einer Universität der Französischen Gemeinschaft studieren, in diesen Zahlen berücksichtigt. Wenn Studenten aus der DG Medizin im EU-Ausland studieren, greifen diese Quoten nicht. Diese Personen können im Rahmen einer automatischen Anerkennung Direktzugang zum belgischen Gesundheitssystem erhalten.

Sie erhalten also automatisch die begehrte LIKIV-Nummer trotz der föderalen Obergrenzen.

• **Frage Nr. 1377 von Frau HUPPERTZ (CSP) an Minister ANTONIADIS zur Informationskampagne zur Patientensicherheit**

Die Klinik St. Josef hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientensicherheit mit einer verständlichen Informationskampagne zu verbessern. Die entsprechenden Faltblätter haben die Schüler der Kunstabteilung des Kgl. Athenäum St.Vith illustriert – eine Initiative, die ich sehr begrüße!

Damit der Patient aktiv zur Sicherheit während des Krankenhausaufenthaltes beiträgt, gibt die Klinik St. Josef künftig ein Faltblatt heraus. Die Verantwortlichen wollten es attraktiv, verständlich und barrierefrei zugleich gestalten.

Die Hauptfigur des Comics ist „Lizzy Nelles“, die auf unterhaltsame Weise über die wichtigsten Aspekte in Bezug auf die Patientensicherheit aufklärt. Sie bittet die Patienten, während eines Krankenhausaufenthaltes die Informationen auf dem Patientenarmband und alle erhaltenen Dokumente sorgfältig zu überprüfen, damit keine Verwechslungen entstehen oder falsche Informationen festgehalten werden, wie das Grenzecho berichtet.⁴

Hierzu meine Frage:

Sind solche Initiativen auch koordiniert in den ostbelgischen Seniorenheimen vorstellbar?

Antwort des Ministers:

Das Allerwichtigste ist, dass die Bewohner in den Wohn- und Pflegezentren (WPZS) sich wohl fühlen und soweit es geht, selbstbestimmt leben können. Die Regierung unterstützt deshalb den Ansatz einer Deinstitutionalisierung der WPZS. Die WPZS arbeiten daran, als offene Begegnungsorte zu fungieren, die ein selbstbestimmtes Leben fördern. Anders als in einem Krankenhaus, handelt es sich bei einem WPZS nicht um eine fremde Umgebung, in der man sich nur für kurze Zeit aufhält.

Für das Personal der Krankenhäuser sind die Armbändchen genauso wichtig, wie für die Patienten, die sich in einem Krankenhaus mit vielen verschiedenen Stationen und Flügeln zu orientieren versuchen. Die Bewohner in den WPZS sind keine Patienten. Sie tragen demnach auch kein Patientenarmband.

Die Bewohner lernen nach ihrem Einzug ihr neues Lebensumfeld und das Personal kennen. Und auch die Mitarbeitenden lernen die Bewohner kennen. Ich begrüße die Bemühungen der Klinik St. Josef, die Patienten und ihre Angehörigen noch besser abzuholen.

Aber dieses Konzept lässt sich nicht eins zu eins auf die Wohn- und Pflegezentren übertragen. Dennoch ist die Kommunikation mit den Bewohnern, neben dem persönlichen Kontakt mit dem Personal, auch über Informationsmaterial wichtig. Deshalb kann die Broschüre der Klinik St. Josef eine Inspiration für die Wohn- und Pflegezentren sein. Was allerdings nicht so verstanden werden darf, dass die WPZS kein Infomaterial haben.

Es gibt nämlich bereits verschiedene Broschüren und Info-Aushänge über die Aktivitäten in den Wohnbereichen, in den Einrichtungen und vieles mehr.

• **Frage Nr. 1378 von Frau VOSS-WERDING (ECOLO) an Minister ANTONIADIS zu Anpassungen im System „Pflegegeld Senioren“**

Am 8. Februar 2023 hatten wir im Ausschuss die Konzertierungsplattform der Krankenkassen zu einer Anhörung über das Dekret zum neuen Pflegegeld für Senioren zu

⁴ <https://www.grenzecho.net/91013/artikel/2023-06-01/lizzy-sorgt-sich-stvith-um-sicherheit-der-patienten>

Gast. Im Rahmen dieser Anhörung teilten uns die Vertreter der in Ostbelgien aktiven Krankenkassen ihre Anmerkungen zu den Veränderungen mit, die das neue Dekret für ihre Kunden und für sie selbst mit sich bringt. Ich teile ihre Kritik und die Hauptsorge, dass das neue Pflegegeldsystem nicht mehr der sozialen und solidarischen Verantwortung für die Bedürftigsten der Gesellschaft nachkommt.

Wir wissen außerdem, dass das neue Dekret Einsparungen in Höhe von ungefähr 4,5 Millionen Euro bringen würde. Die Regierung hat bislang noch nicht erklärt, wie sie diese Einsparungen in die Bedürfnisse der am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen investieren wird.

Die Vertreter der Krankenkassen hatten dem Ausschuss verschiedene Empfehlungen mitgegeben, von denen wir die folgenden heute noch mal aufgreifen möchten:

1. Sehr geehrter Herr Minister, sind Sie bereit, das Dekret abzuändern?
2. Wäre es für Sie denkbar, das Dekret sozialer zu gestalten, indem das EKE-Statut automatisch für alle einkommensschwachen Personen, die die sozialen, finanziellen und familiären Bedingungen erfüllen, wieder eingeführt wird?
3. Wäre es für Sie ebenfalls denkbar, den Sozialzuschlag für einkommensschwache Antragsteller mit hohem Unterstützungsbedarf zu erhöhen?

Antwort des Ministers:

Das Dekret über das Pflegegeld für Senioren ist am 27. Juni 2023 verabschiedet worden. Das ist noch kein Jahr her. Die Zuständigkeit selbst führt die DG erst seit Januar 2023 aus. Das Dekret ist von einer mehrjährigen Vorbereitungszeit von Regierung und Ministerium der DG gekennzeichnet. KPMG hat im Auftrag der Regierung eine Machbarkeitsstudie des Pflegegelds durchgeführt, die dem Parlament ebenfalls im Zuge der Beratungen im Ausschuss präsentiert wurde.

Mit dem neuen Dekret sparen wir kein Geld ein, wie Sie in Ihrer Frage behaupten. 2022 haben wir 3,7 Millionen Euro im alten System ausgegeben. 2023 hatten wir 5 Millionen Euro vorgesehen. Die Regierung hat beim Parlament eine weitere Erhöhung des Budgets um 700.000 Euro vorgesehen. Das wären dann 5,7 Millionen Euro. 2 Millionen Euro mehr als im letzten Jahr! Wenn wir das alte System beibehalten hätten, dann wäre genau DAS eine Einsparung für die DG.

Die Zahl der Bezieher des ehemaligen Pflegegelds für Senioren, kurz BUB genannt, ging in den letzten Jahren drastisch zurück.

Zu viel Bürokratie, komplizierte Anträge, Offenlegung der Einkommen, Diskriminierung von ehemals Erwerbstätigen und zusammenwohnenden Menschen und viele weitere Gründe hatten dazu geführt.

Wir geben deutlich mehr Geld aus, da wir die Einkommensüberprüfung abgeschafft haben und auf diese Weise mehr Menschen in Ostbelgien in den Genuss des Pflegegelds kommen. Im letzten Jahr gab es 972 Bezieher der BUB. Dank des Pflegegelds haben wir dieses Jahr bisher insgesamt 1709 Bezieher. Das ist innerhalb eines halben Jahres ein PLUS von knapp 76 %!

Im neuen System sind 219 Senioren in den Genuss eines Pflegegelds gekommen, die zuvor im föderalen System abgelehnt wurden. Darüber hinaus erhalten 133 vormalige BUB-Empfänger im neuen System eine höhere finanzielle Unterstützung.

291 Senioren, die das Statut der Krankenkasse über die erhöhte Kostenrückerstattung haben, erhalten außerdem neben dem Pflegegeld noch einen Sozialzuschlag, damit eben diese Personen gesondert unterstützt werden.

Was die automatische Zuerkennung des Statuts betrifft, so ist dies, wie ebenfalls schon mehrfach in diesem Ausschuss mitgeteilt, föderale Kompetenz und die DG hat sich dafür

stark gemacht, dass mindestens allen bisherigen Beziehern der BUB das Statut erhalten bleibt. Dies wurde auch so bis Ende 2024 genehmigt. Neue Antragssteller können das EKE-Statut beantragen.

Was den Vorschlag der Krankenkassen angeht, so hat die KPMG ein neues Berechnungsmodell erstellt, das auch die neusten Daten einbezieht. Die Analyse des finanziellen Impakts bedarf einer umfassenden Berechnung. Mit einer belastbaren Hochrechnung der möglichen Mehrkosten für den Vorschlag der Krankenkassen ist für Herbst 2023 zu rechnen. Ich bin mir aber sehr sicher, dass dieser Vorschlag den Budgetrahmen deutlich sprengen würde.

Wir sehen ja bereits 54 % mehr Mittel vor, als beim alten System notwendig waren.

- **Frage Nr. 1379 von Frau VOSS-WERDING (ECOLO) an Minister ANTONIADIS zum BelRai-Screening**

BelRai ist "ein elektronisches Instrument, das eine globale Evaluation der Bedürfnisse einer Person in Bezug auf ihre Gesundheit ermöglicht. Dabei werden folgende Bereiche berücksichtigt: physisch, kognitiv, psychisch und sozial."

BelRai ist somit ein Werkzeug, das die Bestimmung der Pflegekategorie eines Menschen ermöglicht. Der BelRai Screener ist für viele Einrichtungen im Gesundheitsbereich in der DG zu einem wichtigen Arbeitsinstrument geworden.

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft werden die BelRai-Akten ausschließlich von der Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (DSL) begleitet. Das Screening kann offenbar nur durch die Mitarbeiter der DSL durchgeführt werden. Die jeweiligen Einrichtungen wenden sich also an die DSL, wenn sie ein Screening benötigen. Wir wissen ja auch, dass die DSL ihren Personalbestand in dieser Sache aufgestockt hat, was in Zeiten des Fachkräftemangels sicher in jedem Fall eine Herausforderung ist.

Unsere Fragen diesbezüglich an Sie, Herr Minister,

1. Welche Aspekte des Gesundheitswesens haben sich verbessert, seitdem man in der DG mit dem BelRai-Screener arbeitet?
2. Was könnte in Ihren Augen bei der Anwendung vom BelRai-Screener verbessert werden?
3. Könnte man den BelRai-Screener auch für andere Dienste zugänglich machen und somit den Bürgern mehr Wahlfreiheit geben, wenn es um die Einschätzung ihrer Gesundheitsdaten geht?

Antwort des Ministers:

BelRAI ist ein valides neutrales Instrument, das die Gesundheits- und Pflegesituationen von Personen erfasst. Es sichert und steigert die Qualität in der Versorgung und Begleitung. BelRAI unterstützt die abgestimmte Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister und gewährt dadurch die Kontinuität in der Pflege der Betroffenen. Der BelRAI-Screener ist aber nicht gleichzusetzen mit dem BelRAI.

Der Screener dient einerseits dazu, festzustellen, ob ein komplettes BelRAI-Modul (Long Term Care Facilities [LTCF], Home Care [HC], Acute Care [AC], etc.), d.h. eine umfassende und zeitaufwendige Risiko-Potenzial-Analyse durchgeführt werden muss.

Andererseits dient der Screener in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zur Einschätzung der Unterstützungskategorie einer Person, z.B. für den Einzug in ein Wohn- und Pflegezentrum oder zur Ermittlung einer Pflegegeldkategorie. Die BelRAI-Module sind sehr umfassende multidisziplinäre Tools. Weder bei BelRAI noch beim Screener handelt es sich um ein Tool, das zur Einschätzung von Gesundheitsdaten dient. Es handelt sich eher um eine

Risikopotentialanalyse im Hinblick auf Pflege und Begleitung. Die Anwender werden im Vorfeld umfassend geschult. Die Resultate eines BelRAI-Moduls können z.B. in den WPZS zur Unterstützung bei der Erstellung einer Pflegeplanung genutzt werden.

In Zukunft sollen, neben der Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (DSL) und den WPZS, auch weitere Einrichtungen bzw. weitere Gesundheitsdienstleister BelRAI nutzen und somit zur integrierten Versorgung der Bürger beitragen. Weitere Maßnahmen zur Bekanntmachung und Integration von BelRAI in den Gesundheitssektor sind in Planung.

Bis dahin wendet die DSL aber als neutrale Behörde den BelRAI-Screener systematisch und neutral zur Definierung der Unterstützungskategorie einer Person an. Dies ist wichtig, da Finanzmittel an die Unterstützungskategorie geknüpft sind. Deswegen kann auch nur eine Einschätzung und Beratung über die Unterstützungsangebote in Ostbelgien durch einen Mitarbeiter der Dienststelle zu einem potenziellen Anspruch auf von der DG finanzierte Leistungen führen.

In einem festgelegten Zeitrahmen (6 Monate) kann dieselbe BelRAI-Screener-Bewertung für verschiedene Zwecke genutzt werden. Im Allgemeinen können der BelRAI-Screener und die BelRAI-Module von allen Gesundheitsdienstleistern durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsdienstleister eine therapeutische Verbindung mit der Person haben.

Ostbelgierinnen und Ostbelgier können ihre eigenen BelRAI-Bewertungen über meinegesundheit.be unter „myBelRAI“ einsehen.

• **Frage Nr. 1380 von Frau VOSS-WERDING (ECOLO) an Minister ANTONIADIS zu gesundem Essen in den WPZS der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Ein Schwerpunkt grüner Politik ist seit jeher gesunde Ernährung. Kurze Wege, Kreisläufe, regionale und saisonale Lebensmittel und Bio-Produkte gehören zweifellos zu unseren politischen Prioritäten. Auch für viele Bürger ist es wichtig geworden, genau zu wissen, was sie konsumieren, woher diese Lebensmittel kommen und welche Auswirkungen diese Lebensmittel auf ihre Gesundheit und auf den Planeten haben.

Die verschiedenen Krisen, die wir in den letzten Jahren erleben, haben auch unsere Abhängigkeiten in Bezug auf Nahrung mit einem dehumanisierten und globalisierten Landwirtschaftssystem verdeutlicht. Diese Abhängigkeiten stellen uns vor neue gesellschaftliche Herausforderungen und stellen Produktionsweisen und unseren Lebensmittelkonsum in Frage. Zu diesem Zweck müssen auf allen sozialen Ebenen die folgenden drei Punkte stimuliert werden:

- 1) Steigerung der Attraktivität von lokalen und nachhaltigen Lebensmitteln, d. h. von Lebensmitteln, die Mensch, Tier und Natur respektieren.
- 2) Das Ernährungssystem so weiterentwickeln, dass es den Herausforderungen des Klimawandels und des Schutzes der Biodiversität gerecht wird.
- 3) Den kurzen Handelsweg besser in Einklang bringen, indem direktere Verkaufsmöglichkeiten zwischen Produzenten und Verbrauchern geschaffen werden.

Diese drei Punkte fördern eine bewusste und gesunde Ernährung und sind Teil der Grundlage für eine erfolgreiche Gesundheitsprävention. Um dies zu erreichen, ist es wichtig, dass wir die individuellen Bemühungen unserer Bürger unterstützen und dass dieser Ernährungswandel nicht auf einzelne Familienhaushalte beschränkt bleibt, sondern auch in Schulen, Pflegeheimen und anderen Einrichtungen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft vollzogen wird.

Wir möchten Ihnen als Minister für Gesundheitsprävention somit folgende Fragen stellen:

1. Gibt es bei der Finanzierung bzw. Förderung der Küchen in den WPZS klare Kriterien in Bezug auf die Qualität von Lebensmitteln, z. B. was den Ursprung und die Art der Landwirtschaft, die jeweiligen Haltungsformen usw. angeht?
2. Was unternimmt die DG zur Förderung einer gesunden Ernährung in WPZS?
3. Haben die WPZS genügend finanzielle Mittel, damit der Wahl der Qualität der Nahrungsprodukte Priorität vor dem niedrigen Kaufpreis eingeräumt werden kann?

Antwort des Ministers:

Dass Nahrung gesund und ausgewogen sein sollte, steht außer Frage. Dennoch möchte ich gleich zu Beginn ein paar Nuancen einbringen. Bio-Produkte oder regionale Produkte sind nicht automatisch gesund.

Es kommt auf die Produkte, die industrielle Verarbeitung und ihre Zubereitung vor Ort an. Das gilt auch für die Nachhaltigkeit. Eine Frucht mag in Bio-Qualität nachhaltiger sein, weil keine Pestizide verwendet wurden, aber sie kommt manchmal von weit her. Eine weitere Nuance ist, dass nicht alle Lebensmittel regional und in BioQualität erhältlich sind und natürlich nicht zu egal welchem Preis. Zudem sind die Geschmäcker der Bewohner ebenfalls wichtig. Jeder von uns würde die ausgewogene und gesunde Ernährung sofort unterschreiben.

Ausgewogene Ernährung wird auch in den Wohn- und Pflegezentren (WPZS) großgeschrieben. Aber wichtig ist auch, dass die Bewohner den nötigen Appetit haben. Deshalb ist es für mich genauso relevant, dass das selbstbestimmte Leben in den WPZS auch beim Thema Ernährung gefördert wird. Die Bewohner der Wohn- und Pflegezentren sollen sich wohlfühlen. Auch das gehört zu einem gesunden Leben.

Die WPZS sind sehr bemüht darin, die Bewohner bei der Gestaltung des Speiseplans einzubeziehen. Dass das, was gefragt wird, nicht zwangsläufig immer mit der Ernährungspyramide einhergeht, gehört zur Selbstbestimmung der Bewohner. Ich halte nicht viel davon, Menschen in diesem Alter Vorgaben zu machen. Wir essen schließlich auch, was wir wollen. Deshalb muss die Gestaltung des Speiseplans ausbalanciert sein.

Wie ist das Ganze nun in den WPZS geregelt?

Die Beschaffung und Auswahl der Lebensmittel liegt in der Autonomie der WPZS. Die WPZS müssen allerdings die Bewohner einbeziehen. Das Ganze ist dekretal geregelt. Das Seniorendekret hält in Artikel 26.1 ein Mitspracherecht fest. Was die Kosten angeht, so gehören die Lebensmittel zu den sogenannten Hotelkosten. Diese Kosten werden über den Bewohnerpreis bestritten. Die Deutschsprachige Gemeinschaft übernimmt allerdings die Finanzierung der Begleitung und der Pflege jedes Bewohners. Dieser Anteil macht den Löwenanteil der Ausgaben aus.

Über diese Finanzierung besteht auch die Möglichkeit, Personal zu finanzieren, das sich mit gesunder Ernährung auskennt. So wird zum Beispiel die Einbindung einer Ernährungsexpertin im Katharinenstift in Astenet über den Vertrag mit der DG finanziert. Das Katharinenstift hat mit Hilfe dieser Person aus Eigeninitiative das Projekt „Du bist, was du isst“ geschaffen. Aufgrund des großen Erfolges dieses Projekts hat das Katharinenstift sein Ernährungskonzept überarbeitet. Die Inhalte des Projektes werden bis heute weitergeführt.

Auch andere Häuser arbeiten an dem Thema, z.B. hat Golden Morgen in Walhorn ebenfalls ein spezielles Konzept erarbeitet, mit Mahlzeiten in Buffet Form und regionalen Schwerpunkten.

Darüber hinaus hat das WPZS eine Vereinbarung mit einem Imker und bieten regelmäßig Aktivitäten mit den Bewohnern und Kinder rund um Honig und weitere gesunde Erzeugnisse der Bienen an. Im Marienheim in Raeren wurde beispielsweise, im Rahmen des Animationsprogramms, mit lokalen Produkten Bier gebraut oder das beste Brot gekürt.

Das sind nur einige Beispiele.

Hinsichtlich der Kosten und der Beschaffung von Lebensmitteln verweise ich auf ausführliche Informationen in den Antworten, die ich in der schriftlichen Frage 292 sowie auch auf die Interpellationen 29 und 30 gegeben habe.

• **Frage Nr. 1381 von Frau STIEL (VIVANT) an Minister ANTONIADIS zum Risiko des Augeninfarkts nach mRNA-Impfung**

Der "Welt" Nachrichtensender berichtete am 11. Mai 2023 von einer potenziellen Nebenwirkung der Impfung, dem Augeninfarkt.⁵

Die Symptome seien Gesichtsfeldeinschränkung, eine verschwommene Sicht oder ganz einfach schlechter sehen.

Der Gefäßverschluss im Auge sei möglicherweise ein Frühindikator für Herzinfarkt oder anderes. Problematisch sei auch das "Underreporting" der Nebenwirkungen der Impfung.

Die Neigung der Hausärzte, die Impfnebenwirkungen zu melden sei sehr gering, weil sie zum einen nicht dafür entlohnt werden und zum anderen der Aufwand sehr hoch sei. Man müsse daher von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgehen.

Wenn man zu einer Risikogruppe gehöre, dann solle man nach einer Impfung aufmerksam sein und bei Symptomen auf jeden Fall direkt zum Arzt gehen.

Der Augeninfarkt komme bei Geimpften doppelt so häufig vor wie bei Ungeimpften. Zudem wisse man um die Auswirkungen der Impfung auf die Blutgerinnung, es liege daher sehr nahe, dass der Augeninfarkt auf die Impfung zurückzuführen sei.

Diese Hypothese wurde kürzlich in der medizinischen Fachzeitschrift "Nature" veröffentlicht.⁶

Meine Fragen an Sie in Ihrer Funktion als Gesundheitsminister der DG, welcher für die Prävention zuständig ist:

1. Wurden die Aspekte (Augeninfarkt und Underreporting) bei der interministeriellen Konferenz diskutiert?
2. Wurden Ihnen vermehrte Fälle dieser Art beispielsweise durch Heimleiter der hiesigen WPZ zugetragen ?

Antwort des Ministers:

Der Beitrag der „Welt“ ist unseriöser Humbug! Der Redakteur hat sehr schlecht recherchiert. In der Fachzeitschrift „npj Vaccines“ wurde eine Studie veröffentlicht, in der unter Geimpften 2,2-mal mehr Menschen eine Diagnose für den besagten Gefäßverschluss der Netzhaut erhalten haben als ungeimpfte Personen .

⁵ Welt TV - https://www.youtube.com/watch?v=So29J_SyM_I

⁶ Risk assessment of retinal vascular occlusion after COVID-19 vaccination.pdf - <https://www.nature.com/articles/s41541-023-00661-7>

Doch die Autoren dieser Studie kommen am Ende selbst zum Fazit, dass ihre Studie keine Verbindung zur Impfung belegen kann. Die Autoren besagter Studie empfehlen sogar die Impfung. Zudem halten sie fest, dass selbst, wenn das so wäre, das Risiko für diesen Augeninfarkt im Auge extrem gering sei. Wie kann das sein, wenn die Zeitung „Welt“ von 2,2-mal mehr spricht?

In der Studie werden genaue Zahlen genannt. Bei einer Zahl von 740.000 Ungeimpften erlitten 752 Personen einen Gefäßverschluss. Bei den Geimpften waren es 1506 Personen von 740.000. Wenn man sich die Zahlen der mRNA-Geimpften anschaut, dann sind es nicht mal annähernd doppelt so viele.

Ein Beispiel:

Unter den 100.000 Personen, die mit BioNTech geimpft wurden, gab es 116 Personen mit besagtem Gefäßverschluss. Bei den Ungeimpften waren es 107. Also ein Unterschied von gerade mal 9 Personen zwischen geimpft und ungeimpft. Spannend sind allerdings auch andere Daten dieser Studien.

Unter den Geimpften gab es mehr Raucher, mehr Diabetiker, mehr Herzkrankte und mehr Übergewichtige. All das sind, wie Sie wissen, Risikofaktoren für Gefäßverschlüsse. Sie können sich daher vorstellen, dass ich, angesichts dieser Informationen aus der Studie, dieses Thema nicht in der Interministeriellen Konferenz Gesundheit ansprechen werde.

Ich möchte dennoch anmerken, dass die richtige Stelle für mögliche Nebenwirkungen weiterhin die Föderalagentur für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte, kurz AFMPS, ist. Die AFMPS geht den Meldungen nach und untersucht mögliche Zusammenhänge mit der Impfung.

In Zusammenhang mit der Corona-Impfung sind uns in Ostbelgien keine Augeninfarkte bekannt.