

Sitzungsperiode 2019-2020
Sitzung des Ausschusses IV vom 9. September 2020

FRAGESTUNDE*

- **Frage Nr. 301 von Frau JADIN (PFF) an Minister ANTONIADIS zur saisonalen Grippe und COVID-19**

Das GrenzEcho meldete am 26. August 2020, dass die Impfung gegen die saisonale Grippe in diesem Jahr in 2 Phasen durchgeführt würde. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie und der begrenzten Verfügbarkeit von Impfstoffen werden somit vom 15. September bis zum 15. November gefährdete Menschen, Personal im Gesundheitswesen und Menschen über 50 Jahre vorrangig geimpft, wohingegen die breite Öffentlichkeit erst ab dem 15. November Zugang zur Impfung hat.

Das Risiko, dass die saisonale und in den kalten Monaten zu erwartende Grippewelle mit einem erneuten Covid-19 Höchststand in diesem Jahr zusammenfällt, besteht und ist real. Zurzeit liegen jedoch keine Erfahrungswerte einer Corona-Infektion gepaart mit einer Grippe vor. Würde eine Doppelinfektion den Patienten härter treffen?

Beide Viren gefährden dieselben Risiko- und Bevölkerungsgruppen und weisen gleichartige klinische Symptome und Anzeichen auf, was für Verwirrungen sorgen könnte. Einzig und alleine ein Test erlaubt eine Unterscheidung. Jeden Winter werden alleine wegen Grippe viele Patienten stationär aufgenommen.

Bei seiner Pressekonferenz am Freitag, den 28. August 2020, sprach sich das nationale Krisenzentrum in diesem Zusammenhang klar für eine Gripeschutzimpfung für die Risikogruppen und das medizinische Personal aus, welches explizit dazu aufgerufen wurde, sich gegen das Grippevirus impfen zu lassen. Für den föderalen Sprecher für Covid-19, den Virologen Steven Van Gucht, könnten die Maßnahmen, die zur Bekämpfung des Coronavirus ergriffen wurden, gar eine hemmende Wirkung auf die Grippeepidemie und einen harmloseren Verlauf in diesem Jahr zur Folge haben. Belgien wird über 2,9 Millionen Dosen Impfstoff gegen die saisonale Grippe verfügen, was mehr ist, als in den vergangenen Jahren.

Auch im benachbarten Deutschland werden die Stimmen und Forderungen nach einer Grippeimpfung immer lauter, um auch Kinder, Erzieher und Lehrer gegen Grippe zu immunisieren. Nicht nur Ärztepräsidenten, die deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, sondern auch der Bundesgesundheitsminister rieten zur Grippeimpfung – um nur einige Beispiele zu nennen.

Meine Frage nun an Sie, werter Herr Minister:

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

- *Da die Gesundheitsprävention in den Zuständigkeitsbereich der DG fällt: wie bewerten Sie besagte Empfehlung in ihrer Funktion als Gesundheitsminister?*
- *Ist eine Kampagne in der DG geplant, um der breiten Bevölkerung die Empfehlung einer Schutzimpfung gegen Influenza näher zu bringen? Insbesondere um die Zielgruppen, die vom Hohen Gesundheitsrat definiert wurden (schwängere Frauen, chronisch Kranke, Menschen, die mit einer Risikoperson unter einem Dach leben, Beschäftigte im Gesundheitswesen und Personen über 50 Jahre usw.) bestens zu erreichen?*

Antwort des Ministers:

Die Empfehlung, die Zielgruppe der Grippeimpfung in diesem Jahr zu erweitern, hat in der Deutschsprachigen Gemeinschaft großen Zuspruch gefunden. Die Hausärztekreise der Gemeinschaft unterstützen einstimmig die geplante Grippeimpfung.

Die Zielgruppen für die Grippeimpfungen 2020 sind demnach:

- Gruppe 1: Risikopatienten (Schwangere, chronisch Kranke, Senioren über 65, Personen, die in Wohneinrichtungen leben, Kinder über 6 Monaten mit chronischer Aspirin-Therapie)
- Gruppe 2: Personal des Gesundheitssektors
- Gruppe 3: Personen, die mit einer Person aus Gruppe 1 oder einem Kind unter 6 Monaten unter einem Dach leben.
- Die Corona-bedingte Zusatzgruppe betrifft Personen zwischen 50 und 64 Jahren.

Primäres Ziel, weswegen die Zielgruppe erweitert wurde, ist es, besonders intensiv gegen eine bevorstehende Grippewelle vorzugehen.

Dies erfüllt zum einen den Zweck, Doppelinfektionen zu vermeiden, zum anderen soll die Arbeit der ersten Linie erleichtert werden. Es ist äußerst schwierig, eine saisonale Grippe klinisch von einer Corona-Infektion zu unterscheiden. Der eindeutige Unterschied kann nur durch ein PCR-Test nachgewiesen werden.

Die Kampagne zur Grippeimpfung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft beinhaltet die bisher angebotenen öffentlichen Pressetexte sowie den Aufruf, sich impfen zu lassen, der über die verschiedenen zur Verfügung stehenden Medien, wie zum Beispiel Radiospots etc., kommuniziert wird. Zudem werden die hiesigen Hausärzte die Impfung vermehrt Ihren Patienten anbieten.

Die Hausärzte spielen hierbei eine große Rolle, um die Wichtigkeit der diesjährigen Grippeimpfung zu hervorzuheben. Unseren Informationen zufolge werden außerdem die Hausärztekreise hierzu in den Medien kommunizieren.

• **Frage Nr. 302 von Frau JADIN (PFF) an Minister ANTONIADIS zum Ärztemangel im ländlichen Raum**

Im Rahmen eines GrenzEcho-Artikels, welcher die Schließung der Praxis des Allgemeinmediziners Dr. Van Lochem im Süden unserer Gemeinschaft und dessen beispielhafte und beeindruckende Karriere am 26. August 2020 thematisierte, war zu lesen, dass *„der Hausärztemangel vor einigen Jahren in ländlichen Gebieten noch ein großes Thema gewesen sei, nun jedoch durch die Gründung von Ärztehäusern und Gemeinschaftspraxen in den letzten Jahren deutlich entschärft wurde“*.

Noch vor rund einem Jahr antworteten Sie im Rahmen einer aktuellen mündlichen Frage, dass *„sich die Situation in den ländlicheren Gemeinden deutlich bessern müsse – vor allem in der dünn besiedelten Eifel – um nicht mehr von einem Ärztemangel sprechen zu müssen“*.

In diesem Zusammenhang stellen sich mir folgende Fragen, werter Herr Minister:

- Können Sie uns bestätigen, dass es tatsächlich zu einer deutlichen Entschärfung des Allgemeinmediziner mangels in unserer Gemeinschaft gekommen ist?
- Wie sieht aktuell der Trend hin zu Gemeinschaftspraxen in der DG aus?
- Wie weit ist die Erarbeitung eines neuen Modells bezüglich des Impulseo-Fonds für die DG vorangeschritten, um die Attraktivität des Berufsbilds weiter zu steigern?

Antwort des Ministers:

Die Zahl der Allgemeinmediziner steigt seit Jahren an. Das ist zunächst eine gute Nachricht. Von Juli 2018 bis März 2020 gibt es 10 zusätzliche Hausärzte in der Deutschsprachigen Gemeinschaft¹. Innerhalb der letzten 8 Jahre sind es netto 20 Hausärzte mehr. 11 zusätzliche Ärzte in der Eifel und 9 im Norden der DG.

Dennoch werden wir auch in Zukunft mehr Ärzte brauchen, da sich das Berufsbild im Wandel befindet. Auch hier gibt es einen Bedarf nach mehr Work-Life-Balance, was mit einer Arbeitszeitverkürzung einhergeht.

Vermutlich kann der Zuwachs an Ärzten auf den Anstieg der Anzahl Gemeinschaftspraxen und Ärztehäuser zurückgeführt werden, da diese vermehrt Assistenzärzte einstellen.

Laut unserer Erhebung von März 2020 arbeiten 77% der Ärzte in einer/einem der 13 Gemeinschaftspraxen/Ärztelhäuser der Deutschsprachigen Gemeinschaft.²

In den letzten Jahren gab es einen zunehmenden Anstieg von gemeinschaftlich organisierten Arztpraxen.

Das liegt einerseits daran, dass die Ärzte auf diese Weise Arbeitslast und Kosten reduzieren, andererseits ist gerade das System der Ärztehäuser, für welches das LIKIV eine pauschale Abrechnung vorsieht, sehr lukrativ.

Welchen konkreten Beitrag dieses System zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leistet, wird das LIKIV überprüfen müssen.

Die Neugestaltung des Impulseo-Fonds ist Teil des REK-Projektes „Unterstützung der ersten Linie“. Hier wurde bisher eine Analyse der Best Practices im In- und Ausland durchgeführt und Kataster der betroffenen Gesundheitsdienstleister erstellt.

Als nächstes wird mit den betroffenen Dienstleistern der effektive Bedarf an Unterstützung erörtert und mögliche Maßnahmen besprochen.

Aufgrund der Corona-Krise verzögert sich dieses Projekt allerdings. Ich bin weiterhin von seiner Wichtigkeit überzeugt. Ich rechne damit, dass die Umsetzung der Reform des Systems voraussichtlich, wie im Regionalen Entwicklungskonzept geplant, im 1. Halbjahr 2024 stattfindet.

Allerdings ist der Impulseofonds nur ein kleiner Teil der Antwort. Damit sich vermehrt Ärzte im ländlichen Raum niederlassen, bedarf es meiner Meinung nach: Erstens, Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufs seitens des Föderalstaats. Zweitens, eine Vergabe von Inaminummern, die geografisch gebunden sind und drittens, die Standortentwicklung. Gerade an Letzteres arbeiten wir als Gemeinschaft inzwischen seit Jahrzehnten, nicht zuletzt im Rahmen des Regionalen Entwicklungskonzeptes.

Die geografische Bindung der Vergabe der Inaminummern habe ich bei Frau De Block inzwischen mehrfach gefordert. Bisher hat die Gesundheitsministerin aber nicht signalisiert, die Vergabe der Zulassungen reformieren zu wollen.

Anhang:

¹ Siehe Anhang für Zahlen

² Siehe Anhang für Zahlen

Anzahl aktiver Hausärzte							
Ärztekreis	Gemeinde	2012	2014	Jan 17	Nov 17	Jul 18	Mrz 20
VANDG	Eupen	12	12	14	15	16	21
	Raeren	8	8	8	8	9	7
AGEF (FR)	Kelmis	5	5	5	5	5	5
	Lontzen	0	1	1	1	1	1
VEA	Bütgenbach	4	4	4	4	3	5
	Büllingen	4	5	6	6	6	9
	Amel	4	4	5	6	6	6
	St.Vith	5	6	6	6	6	7
	Burg-Reuland	3	3	3	3	3	4
Total	Norden	25	26	28	29	31	34
	Süden	20	22	24	25	24	31
	DG	45	48	52	54	55	65

Gemeinschaftspraxen/Ärztelhäuser 2020		
Gemeinde	Anzahl Niederlassungen	Anzahl dort aktiver Ärzte
Eupen	5	19
Raeren	1	6
Kelmis	1	2
Lontzen	0	0
Bütgenbach	1	5
Büllingen	2	8
Amel	1	3
St.Vith	1	5
Burg-Reuland	1	2
Norden	7	27
Süden	6	23
DG	13	50

• **Frage Nr. 303 von Frau SCHOLZEN (ProDG) an Minister ANTONIADIS zum Armutsrisiko bei Frauen durch die Coronakrise**

Mehrere Studien lassen mittlerweile vermuten, dass durch die Coronakrise in Zukunft weltweit mehr Menschen von Armut bedroht sind. In einem Artikel des GrenzEcho heißt es außerdem, dass nach Einschätzung der Vereinten Nationen, vor allem Mädchen und Frauen betroffen sind. Demzufolge sind Frauen deutlich stärker von Armut bedroht als Männer. Bis 2021 werde es für jeden Mann im Alter zwischen 25 und 34, der von extremer Armut betroffen sei, 118 betroffene Frauen geben. Bis 2030 würden es sogar 121 betroffene Frauen sein. „Frauen tragen die Hauptlast der Coronakrise, weil sie stärker gefährdet sind, ihre Einkommensquelle zu verlieren, und weniger wahrscheinlich durch sozialen Schutzmaßnahmen geschützt sind“, um dem entgegenzuwirken müssten die Regierungen in Bildungsprogramme investieren, faire Löhne fördern, soziale Absicherung garantieren und das Thema der Familienplanung zugänglicher machen. Natürlich denken wir hierbei eher an Länder, mit einem niedrigeren Wohlstandsniveau, doch auch in den Industrieländern sind Frauen eher diejenigen die im niedrigeren Lohnsektor arbeiteten, die Pflege von Angehörigen oder die Betreuung der Kinder übernehmen.

Vor diesem Hintergrund habe ich folgende Fragen:

- *Hat die Coronakrise die Armut in der DG verschärft?*
- *Sind Frauen hier bei uns stärker durch ein Armutsrisiko bedroht als Männer?*

Antwort des Ministers:

Es ist viel zu früh, um über die Folgen der Corona-Krise zu sprechen. Zumindest lassen diese sich noch nicht in Statistiken abbilden. Klar ist, dass sich viele Menschen noch immer in Kurzarbeit befinden, was sicherlich, je nach Einkommenssituation, zu einer Armutsgefährdung führen kann. Auf der anderen Seite sorgt die Kurzarbeit für den Erhalt vieler Arbeitsplätze.

Auf Ebene der Arbeitslosigkeit wird sichtbar, dass die Corona-Krise zu einem Arbeitsplatzabbau geführt hat. Im Juni 2020 waren 2.448 Menschen arbeitslos in der DG. Das sind 290 Personen mehr als im Juni 2019. Auch hier liegt eine potenzielle Armutsgefährdung vor, insofern diese Menschen keinen neuen Arbeitsplatz finden sollten.

Positiv stimmt uns aber, dass die Zahl der Stellenangebote in Ostbelgien wieder zunimmt.

Der Entschuldungsfonds und die Schuldnerberatung sind bislang nicht vermehrt in Anspruch genommen worden. Unabhängig von Corona verzeichnet man zum Jahresende oftmals einen Anstieg der Anträge. Das wird sicherlich auch dieses Jahr so sein.

Nachfragen unsererseits bei den ÖSHZ haben ergeben, dass bisher nur vereinzelt ein Anstieg der Anfragen zu verzeichnen war, aber daraus lässt sich aktuell kein genaues Bild zeichnen. Das dürfte sich durchaus im Laufe der nächsten Monate ändern, wie ich schon mehrfach zu diesem Thema gesagt habe.

Allerdings haben mehr Menschen während der Corona-Zeit die Lebensmittelbanken besucht. Ob das nur ein kurzfristiger Effekt war oder ob es so bleibt, werden die nächsten Monate zeigen.

Auch wenn es nicht von der Hand zu weisen ist, dass viele Ostbelgier finanziell von der Corona-Krise getroffen wurden, ist aktuell eine deutliche Verschärfung der Armut bisher nicht erkennbar. Allerdings gibt es erste Indizien, wie die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen und die Inanspruchnahme der Lebensmittelbanken.

Wir werden diese Entwicklungen weiter beobachten und gemeinsam mit den ÖSHZ, dem Roten Kreuz und anderen Akteuren entsprechend weitere Maßnahmen als die bisherigen ergreifen.

Was nun die Frage nach Armut speziell bei Frauen angeht, so ist das Armutsrisiko für Frauen hierzulande 1,5% höher als bei Männern. Die Situation ist keineswegs vergleichbar mit anderen Staaten. Dennoch muss es auch hier weitere Anstrengungen geben, damit wir zu mehr Lohngerechtigkeit und Unabhängigkeit der Frauen kommen.

• Frage Nr. 304 von Frau KEVER (SP) an Minister ANTONIADIS zur Organisation des hausärztlichen Bereitschaftsdiensts im Norden der DG

Mehreren Leserbriefen im Grenz-Echo war zuletzt zu entnehmen, dass es im Norden der Deutschsprachigen Gemeinschaft Probleme mit dem hausärztlichen Bereitschaftsdienst zu geben scheint.

Im Süden der Deutschsprachigen Gemeinschaft ist der hausärztliche Bereitschaftsdienst in der Klinik St. Josef in Sankt Vith angesiedelt und unter 1733 zu erreichen. Für die vier nördlichen Gemeinden ist der Bereitschaftsdienst anders organisiert. Hier sollten potenzielle Patienten je nach Wochentag und Tageszeit an einen diensttuenden Bereitschaftsarzt oder die Telefonzentrale der 1733 vermittelt werden. Das scheint nicht ganz reibungslos zu funktionieren.

Meine Fragen dazu:

- *Wie ist der hausärztliche Bereitschaftsdienst im Norden der Deutschsprachigen Gemeinschaft derzeit genau organisiert?*
- *Wie könnte dieser – vielleicht in Zusammenarbeit mit dem St. Nikolaus Hospital in Eupen – effizienter, im Interesse der Bevölkerung, organisiert werden?*

Antwort des Ministers:

Die Finanzierung der hausärztlichen Bereitschaftsdienste ist Teil der Zuständigkeiten des Föderalstaates.

In der DG würde aus unserer Sicht ein gemeinschaftlich organisierter Bereitschaftsdienst im Backoffice-Bereich Sinn machen. Weniger geht es darum, dass in dieser Zeit die Patienten vom Norden zum Süden fahren oder umgekehrt, sondern vielmehr um eine permanente Erreichbarkeit und eine Auskunft.

Ein Bereitschaftsdienst der Hausärzte ist natürlich keine Notaufnahme. Es handelt sich nicht um den Notarzt. Es geht um eine telefonische Einschätzung und in seltenen Fällen um eine Untersuchung. Es ist wichtig, dass die Bevölkerung sowohl wochentags als auch am Wochenende und an Feiertagen schnell den hausärztlichen Bereitschaftsdienst erreichen kann.

Aus diesem Grund war die Deutschsprachige Gemeinschaft, unabhängig von der fehlenden Zuständigkeit, bereits Ende 2019 an einem Pilotprojekt zur Organisation eines wöchentlichen Bereitschaftsdienstes für Ostbelgien interessiert und das in Erwartung einer finanziellen Beteiligung des LIKIV.

In Ermangelung einer Einigung unter den Ärztekreisen wurde das Projekt nicht realisiert.

Aus diesem Grund gibt es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft drei verschiedene Systeme des wöchentlichen Bereitschaftsdienstes:

Die Hausärzte der Gemeinden Kelmis und Lontzen sind Teil des französischsprachigen Hausärztekreises AGEF (Bezirk Verviers) und nehmen deshalb am wöchentlichen Bereitschaftsdienst dieses Hausärztekreises teil, der seit dem 1. Januar 2020 über die 1733 organisiert wird (so wie dies bereits am Wochenende und an Feiertagen der Fall ist). Dieses Projekt des wöchentlichen Bereitschaftsdienstes wurde mit Eigenmitteln aufgebaut und erhielt zusätzlich eine einmalige Finanzierung von Januar bis März 2020 durch das LIKIV.

Die Gemeinden des Südens der Deutschsprachigen Gemeinschaft arbeiten für den Bereitschaftsdienst an Wochentagen mit einem Bereitschaftsarzt (pro Gemeinde oder für 2 Gemeinden), dessen Kontaktangaben in der Presse zu finden sind oder in der Klinik St. Josef angefragt werden können.

In den Gemeinden Eupen und Raeren arbeitet der diensttuende Arzt in seiner eigenen Praxis während des wöchentlichen Bereitschaftsdienstes. Die Angaben zum Bereitschaftsarzt können an der Zentrale des St. Nikolaus Hospitals angefragt werden.

An Wochenenden und Feiertagen tritt die 1733 Telefonnummer im gesamten Bezirk Verviers (d.h. auch der deutschsprachigen Gemeinschaft) in Kraft. Tagsüber findet man sowohl in der Klinik St. Josef als auch im St Nikolaus Hospital einen Bereitschaftsposten vor. Nachts befindet sich dieser Bereitschaftsposten in einem der Vervierser

Krankenhäuser. Die genauen Angaben und Informationen erhalten die Bürger bei ihrem Anruf bei der 1733.

Nach Erscheinen eines dieser Leserbriefe habe ich beide ostbelgischen Krankenhäuser gebeten, auf die richtige Information des Bürgers zu achten. Das St. Nikolaus Hospital hat daraufhin zu diesem Thema kommuniziert. Ein entsprechender Bericht erschien in der gestrigen GrenzEcho-Ausgabe.

Auch wenn es in Ostbelgien weiterhin Bereitschaftsdienste der Hausärzte gibt, so bleibe ich dabei, dass ein einheitlicher Ansprechpartner für Ostbelgien von Vorteil wäre. Obschon die DG - wie bereits gesagt - für die Organisation und Finanzierung eines solchen Dienstes nicht zuständig ist, werden wir erneut die Hausärztekreise kontaktieren und eine gemeinsame Lösung bewerben. Die Regierung steht weiterhin für eine Projektfinanzierung zur Verfügung.

• Frage Nr. 305 von Frau KEVER (SP) an Minister ANTONIADIS zu einem Zusatzartikel zur Verfassung, der Personen mit Beeinträchtigung betrifft

Am 10. Juli ist im belgischen Senat ein Zusatzartikel zur Verfassung verabschiedet worden, der Personen mit Beeinträchtigung zu Gute kommen soll.

Der Artikel 22ter besagt, ich zitiere die französische Originalversion,: « Chaque personne en situation de handicap a le droit à une pleine inclusion dans la société, y compris le droit à des aménagements raisonnables. [...] ».

Der Nationale Hohe Rat für Personen mit Behinderung (NHRPB) begrüßt diesen Zusatz ausdrücklich, weil dies die Rechte von Personen mit Beeinträchtigung noch einmal explizit und zusätzlich in der Verfassung verankere. Die Kammer wird sich mit diesem Zusatz noch befassen.

Dieser Zusatz zur Verfassung trägt sich also Garant für die noch bessere Inklusion von Personen mit Beeinträchtigung in unserer Gesellschaft und das Recht auf ein, den individuellen Bedürfnissen angepasstes, Umfeld, was wiederum verschiedene Zuständigkeiten der Regierung betrifft, wie z.Bsp. den sozialen Wohnungsbau, die Beschäftigungspolitik, etc.

Meine Fragen dazu:

- *Welche Auswirkungen wird dieser Zusatz zur Verfassung auf die Politik – im Allgemeinen und speziell im Gesundheitsbereich und im Wohnungswesen – in der Deutschsprachigen Gemeinschaft voraussichtlich haben?*

Antwort des Ministers:

Seit rund 10 Jahren befasst sich der Senat mit der Aufnahme eines solchen Zusatzartikels in die Verfassung. Es ist der dritte Text, der der Kammer zur Abstimmung vorgelegt wird. Als zuständiger Minister begrüße ich den Vorschlag des Senates, den Zusatz von Artikel 22ter in die belgische Verfassung aufzunehmen. Das wäre, meiner Ansicht nach, ein weiterer, wichtiger Schritt im Sinne der Inklusion von Personen mit Beeinträchtigungen und der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Doch, damit das passiert, muss der Artikel Zustimmung in der Kammer finden.

Allerdings, wie der Nationale Hohe Rat für Personen mit Behinderung in seinem Gutachten vom Juni 2020 feststellte, ist die Verankerung in der Verfassung jedoch kein Garant für Effektivität und richterliche Kontrolle.

Hier wird auch die Deutschsprachige Gemeinschaft gefordert sein, neue Verantwortung und Verpflichtung zu tragen, die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigung in ihren Dekreten progressiv umzusetzen.

Es ist also auch Aufgabe des Parlamentes der Deutschsprachigen Gemeinschaft, die im Artikel 22ter verankerten Rechte in Form von Dekreten mit Leben zu füllen und so eine konkrete Verbesserung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Personen mit Beeinträchtigung in unserer Gemeinschaft herbeizuführen.

Aus der parlamentarischen Vorbereitung des Senats geht hervor, dass sich durch diesen Artikel einerseits eine *Standstill*verpflichtung und andererseits eine Progressionsverpflichtung ergeben. Der Artikel ist so formuliert, dass er sämtliche Zuständigkeitsbereiche des Föderalstaats und der Teilstaaten umfasst, einschließlich des wichtigen Themas der Barrierefreiheit und der damit verbundenen, angemessenen Vorkehrungen – und somit nahtlos die Brücke zur UN-Behindertenrechtskonvention schlägt.

In Bezug auf das Wohnungswesen bietet sich durch die Zuständigkeitsübertragung die einmalige Chance, die zugrundeliegenden Rechtsgrundlagen so zu denken und zu gestalten, dass die Inklusion, und in diesem Zusammenhang insbesondere die Barrierefreiheit, umgesetzt werden können. Dies betrifft in erster Linie die Bereiche barrierefreies und altersgerechtes Wohnen, Anpassungen in bestehenden Wohneinheiten und in der öffentlich zugänglichen Infrastruktur sowie – aufgrund der Zuständigkeit Raumordnung – auch die barrierefreie Gestaltung des hierzu gehörenden öffentlichen Raums, wie z.B. von Gehwegen, Bushaltestellen ...

Ich habe mehrfach in diesem Hause die Chance für die Inklusion durch die gesteigerte Autonomie der Gemeinschaft hervorgehoben und freue mich auf die spannenden Diskussionen zu diesem Thema in den Arbeitsgruppen.

Im Gesundheitsbereich erschwert die Zuständigkeitsverteilung wieder einmal eine effektive Politikgestaltung. Viele wichtige Aspekte, die für eine barrierefreie Behandlung und Pflege von Menschen mit Beeinträchtigung notwendig sind, entziehen sich unserem Einflussbereich. Dennoch können wir hier sicherlich einiges verbessern und die hiesigen Träger dabei unterstützen.

Dort, wo wir zuständig sind, so zum Beispiel in der häuslichen Hilfe und in den Wohn- und Pflegezentren, arbeiten wir kontinuierlich an barrierefreien Angeboten. Auch ohne eine Änderung der Verfassung arbeiten wir an der Verbesserung der Infrastruktur in den Heimen und an menschenzentrierten Pflegekonzepten.

Meines Erachtens ist wichtig, dass der künftige Beirat für Menschen mit Beeinträchtigungen, der ja bereits mehrfach im Ausschuss angesprochen worden ist, bei der Ausgestaltung dieses Verfassungsartikels hier in der DG aktiv mit einbezogen wird. Die Arbeitsgruppe zur Einsetzung des Beirats tagt nach der Coronapause am kommenden Montag den 14.09.2020.

- **Frage Nr. 306 von Frau VOSS-WERDING (ECOLO) an Minister ANTONIADIS zur Reform der Energieeffizienz-Prämie**

Zum Ende der letzten Sitzungsperiode beantworteten Sie hier meine Frage zum weiteren Vorgehen im Bereich Energie. Dabei sprachen Sie über die Beantragung von Prämien und das nach ihrer Aussage zu aufwendige Energieaudit. Ziel sei es, „den Zugang zum neuen Prämiensystem einfacher zu gestalten“. Dies laut Ihnen ohne Audit, sondern mit Beratung und einem Energiepass.

Die Details hatten Sie damals mit dem Verweis auf die im Herbst tagende Arbeitsgruppe ausgelassen, der alle Fraktionen dieses Hauses angehören und der sie einen Vorschlag vorlegen würden. Mit Blick auf die für diese Sitzung vorgesehene Tagesordnung, in der die

Energieprämien nicht auftauchen, möchten wir die anvisierte Vereinfachung des Antragsprozess' für Energieprämien hier noch einmal anbringen. Schließlich gilt es hier, die bestmögliche Lösung für den Bürger zu finden und das meiste aus der uns übertragenen Kompetenz zu machen.

Aus diesem Grund lauten meine Fragen wie folgt:

- *Wurde der Vorschlag für die Reform des Systems bereits fertiggestellt?*
- *Wie würde das Ersetzen des Energieaudits durch die Kombination von Beratung und Energiepass konkret die Beantragung von Prämien vereinfachen?*
- *Welchen Zeitplan sehen Sie für die Umsetzung der Reform zum aktuellen Zeitpunkt vor?*

Antwort des Ministers:

Gleich vorweg möchte ich daran erinnern, dass am 17. September die Arbeitsgruppe Wohnungswesen und Energie zum ersten Mal seit der Corona-Krise mit neuer Arbeitsmethodik startet.

Die Arbeitsgruppe selbst wird bei dieser Sitzung die weitere Arbeitsweise und die Themen festlegen. Die Regierung schreibt der AG die Themen nicht vor. Ich würde es für ein falsches Signal halten, wenn die Regierung von oben herab festlegen würde, was bearbeitet wird.

Natürlich besteht die Möglichkeit, eine Sitzung mit der Vorstellung und Besprechung der privaten Energieprämien zu gestalten. Wir bieten uns dafür an, jedes Thema zu besprechen, das die Vertreter der Arbeitsgruppe interessiert.

Der Konzeptentwurf für das „Energieeffizienz-Prämiensystem Ostbelgien“ kurz EnPO stellt eine praktische und bürgerfreundliche Reform des bestehenden Systems der Wallonischen Region dar. Ziel ist es, das neue System für den Bürger transparent, zugänglich und administrativ einfach zu gestalten, ohne auf eine professionelle Beratung zu verzichten.

Das Fördersystem soll eine schnelle und einfache Prämienbeantragung ermöglichen und falls benötigt, auch zusätzlich eine energetische Fachberatung und -begleitung anbieten. Dafür sieht der Konzeptvorschlag zwei Fördersysteme vor. Durch diese soll die Energieeffizienz von Wohngebäuden verbessert werden.

- Energetische **Verbesserung** von Wohngebäuden:
 - Förderung einzelner Maßnahmen (**maximal 2** Maßnahmen)
 - Mit U-Wert-Berechnungen für die geplanten Dämmmaßnahmen
 - Beratende Unterstützung durch die „Energieberatung Ostbelgien“

- Energetische **Sanierung** von Wohngebäuden:
 - Förderung größerer Sanierungsmaßnahmen (ab 3 Maßnahmen bis hin zu Kernsanierungen)
 - Mit einem gültigen Energiepass = PEB-Zertifikat (6) der kostenpflichtig und nicht Teil des Prämiensystems ist
 - Mit U-Wert-Berechnungen für die geplanten Dämmmaßnahmen
 - Beratende Unterstützung durch die „Energieberatung Ostbelgien“

Die Förderung erfolgt durch Prämien, die nach Abschluss der Sanierung auf das Konto des Antragstellers überwiesen werden.

Der Ablauf für die Beantragung der Prämien sieht folgendermaßen aus:

1. Vorbescheid ausfüllen

2. Energieberatung / Energieeffizienz-Berater einbinden
3. Energetische Verbesserung / Sanierung des Wohnhauses
4. Prämien beantragen
5. Auszahlung der Prämien

Das neue Energieeffizienz-Prämiensystem soll spätestens Mitte 2021 in Kraft treten, mit den entsprechenden Übergangsbestimmungen für die im aktuellen System bereits eingereichten Anträge.

Aktuell sind wir mit Festlegung der Höhe der Prämien und den Einkommenskategorien beschäftigt. Auch hier versuche ich eine Vereinfachung des Systems – ähnlich wie beim Kindergeld – zu erzielen.

Die entsprechenden Rechtstexte werden dem Beirat für Wohnungswesen zur Begutachtung vorgelegt. Für die Reform dieses Konzepts genügt ein Regierungserlass.

Die Regierung wird im Rahmen der Haushaltsplanung dem Parlament vorschlagen, weitaus mehr Mittel für die Prämien vorzusehen als die Deutschsprachige Gemeinschaft dazu von der Wallonischen Region übertragen bekommen hat.

Das dürfte keine Überraschung sein, da ich bisher mehrmals gesagt habe, dass es unser Ziel ist, die Energieeffizienz der Wohnungen zu erhöhen, um auf der einen Seite die Ressourcen unseres Planeten zu schonen und auf der anderen Seite die Kaufkraft der Menschen durch eine Senkung der Energiekosten zu stärken.

Ein Nebeneffekt des Ganzen ist ein nicht zu unterschätzender Investitionsschub für das hiesige Handwerk.

• **Frage Nr. 307 von Frau HUPPERTZ (CSP) an Minister ANTONIADIS zur Impfung gegen Covid19 – Corona**

Im Rahmen meiner Interpellation am vergangenen 1. Juli erklärte die Regierung, „*dass es noch immer keinen Impfstoff gibt. Das Gleiche gilt für eine präventive Medikation bzw. eine kurative. Man kann hoffen, dass es hier zu einem Durchbruch kommt, aber sicher ist man sich nicht. Auch wenn laut Aussagen eine gewisse Zuversicht herrscht.*“

Inzwischen erklärt ein Spitzenbeamter der föderalen Agentur für Arzneimittel der Presse gegenüber, dass in Belgien im März 2021 mit ersten Lieferungen zu rechnen sei.

Unangenehm dürfte die Diskussion werden, so der Beamte, wie die etwa 1,2 Millionen Impfdosen verteilt werden.

Hierzu folgende Fragen:

- *Werden die Gliedstaaten bei der Verteilung der Impfdosen mitentscheiden?*
- *Welche Zielgruppen werden in der Deutschsprachigen Gemeinschaft zunächst bedient?*

Antwort des Ministers:

Belgien beteiligt sich am gemeinsamen Kauf der Impfdosen der EU-Kommission. Die Deutschsprachige Gemeinschaft wird im Rahmen einer interföderalen Arbeitsgruppe ein Mitspracherecht an der Verteilung der Impfdosen haben. Die Arbeitsgruppe unterliegt der CIM Santé.

Die besagte Arbeitsgruppe wird sich unter anderem mit der Verteilung, der Durchführung und Finanzierung der Impfung befassen.

Bereits vor Monaten habe ich mich in der interministeriellen Konferenz dafür ausgesprochen, dass zunächst die Risikogruppen, d.h. ältere Menschen, chronisch kranke Menschen sowie das Pflegepersonal die Impfung erhalten.

Inzwischen gibt es ein entsprechendes Gutachten des Hohen Rates für Gesundheit, das exakt diese Zielgruppen bevorzugt:

- Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind;
- Personen, die älter als 65 Jahre alt sind;
- Personen zwischen 45 und 65 Jahren, mit Komorbiditäten in Obesität, Diabetes, Bluthochdruck, chronische kardiovaskulären/Lungen- oder Nierenerkrankungen sowie Personen, bei denen innerhalb der letzten 5 Jahre eine hämatologische Krebserkrankung diagnostiziert wurde (oder deren Behandlungen jüngst erfolgt ist)

Diese Empfehlungen können, je nach Entwicklung des Wissenstands und der Verfügbarkeit an Impfdosen, aktualisiert werden.

• **Frage Nr. 308 von Frau HUPPERTZ (CSP) an Minister ANTONIADIS zur Masernimpfung**

Entgegen der verfolgten Zielsetzung, die Masern hierzulande auszurotten, beklagt man in Belgien leider immer noch Ansteckungsfälle: 2019 wurden in unserem Land über 400 Masernerkrankungen registriert, die insbesondere in Brüssel und der Wallonie auftraten.

Bezeichnenderweise liegt dort die Impfdichte lediglich bei 76% (Brüssel) bzw. 70% (Wallonie) gegenüber 93% in Flandern.

Eine Initiative des frankophonen Dienstes ONE sorgt nun dafür, dass die zweite Impfung gegen Masern bereits im Alter von 6-7 Jahren erfolgt (also im 2. Schuljahr). Eine Maßnahme, die in der Deutschsprachigen Gemeinschaft längst üblich ist.

Hierzu folgende Fragen:

- *Inwiefern konzertieren sich die Gemeinschaften in Belgien, um in Vorbeugungsfragen eine gemeinsame Grundlage zu schaffen?*
- *Wo ist dies bisher gelungen und wo fehlt die gemeinsame Grundlage womöglich?*

Antwort des Ministers:

Die Gesundheitsprävention ist Gemeinschaftsmaterie. Die Teilstaaten können autonom entscheiden, welche Politik sie betreiben. Demnach ist es normal, dass manchmal unterschiedliche Vorgehensweisen parallel existieren. Das ist die Absicht eines föderal aufgebauten Staates und schließt die Möglichkeit einer Zusammenarbeit der Gemeinschaften, da, wo es Sinn macht, natürlich nicht aus.

Im Bereich der Impfungen für Kinder folgen die Gemeinschaften dem Impfschema, das vom Belgischen Hohen Rat für Gesundheit empfohlen wird³.

Kaleido, das ONE und Kind en Gezin tauschen sich regelmäßig zu diesem Thema aus. Darüber hinaus wurde 2019 eine gemeinschaftsübergreifende Kampagne in den drei Landessprachen gestartet, um Ärzte und Patienten zum Thema Impfungen zu sensibilisieren.

³ Letzte Version von März 2019, <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9141-calendrier-vaccinal-de-base>

Vor der Corona-Krise fanden Gespräche statt, um diese gemeinsame Aktion zu erweitern, was ich an dieser Stelle ausdrücklich unterstützte. Es ist verständlich, wenn die Gespräche aus gegebenem Anlass in diesem Bereich unterbrochen wurden.

Für die Grippeimpfung und den noch nicht verfügbaren Corona-Impfstoff fanden und finden fortwährend Gespräche mit den Teilstaaten und dem Föderalstaat statt. Ich kann daher im Moment keinen Bereich identifizieren, in dem es an einer erwünschten Abstimmung mangeln würde.

Was die Masern angeht, so gibt es in Ostbelgien keinen besorgniserregenden Anstieg der Fälle. Eine erhöhte Zahl an Fällen im Jahr 2019 ist auf zwei Ausbrüche in größeren Familien zurückzuführen.

Dennoch bleibt die Sensibilisierung zur Masernimpfung wichtig. Die Impfung ist das einzige Mittel, das vor einer Infektion schützt. Masern sind keine harmlose Kinderkrankheit. Auch wenn sie in den meisten Fällen ohne Komplikationen heilen, kann eine Infektion je nach Verlauf zu schwerwiegenden Folgeschäden bis hin zum Tod führen.

Als Zusatzinfo liefere ich Ihnen einige Zahlen aus der Deutschsprachigen Gemeinschaft:
2017 hatten wir 4 Fälle
2018 keinen einzigen Fall
2019 gab es 13 Fälle. Hierbei handelte es sich um zwei Cluster. Es gab im Februar bei einem ersten Ausbruch in zwei Familien insgesamt 8 Fälle und im März einen zweiten Ausbruch.
Die Zahlen für 2020 liegen noch nicht vor.

Die Impfquote zur Masererkrankung in den hiesigen Schulen lag 2019 im 5. Primarschuljahr bei 64,11% und bei 87,22% im ersten Sekundarschuljahr.

• **Frage Nr. 309 von Frau Houben-Meesen (CSP) an Minister Antoniadis zu den Opfern der sommerlichen Hitzewelle**

Nicht nur die Corona-Epidemie, sondern auch die sommerliche Hitzewelle sorgen für zum Teil erschreckend hohe Opferzahlen. Pressemitteilungen zufolge seien zwischen dem 5. und 20. August 2020 5.659 Todesopfer in Belgien zu beklagen. Die sog. „Übersterblichkeit“ lag bei 1.430 Toten mit einem traurigen Spitzenwert von 488 am 13. August, wobei erneut unter den über 85-Jährigen die zahlreichsten Opfer zu beklagen sind.

Hierzu folgende Fragen:

- *Wie ist die Deutschsprachige Gemeinschaft ihrer Vorsorgepolitik während dieser Periode gerecht geworden?*
- *Wie hoch liegen die Opferzahlen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft?*
- *Liegt auch hier in der Gruppe der 85-Jährigen das größte Opferspektrum?*

Antwort des Ministers:

Die Risk Management Group hat, wie in den Vorjahren, die Alarmphase für große Hitze und Ozon aktiviert.

Im Fall einer Hitzewelle werden die Bürger über verschiedene Medien informiert. Radio-Werbespots im BRF und die Veröffentlichung eines Nachrichtenartikels rufen dazu auf,

während der heißesten Stunden ausreichend zu trinken und schwere Aktivitäten zu vermeiden.

Verschiedene Einrichtungen wurden darüber hinaus angeschrieben. Dazu gehören unter anderem die Ärztekreise, die Wohn- und Pflegezentren für Senioren, die Gemeindeverwaltungen, die Häusliche Krankenpflege, der Josephine- Koch- Service, Kaleido Ostbelgien, die Krankenkassen, der PRT, das Psychiatrische Pflegewohnheim, das RZKB, die Stundenblume und die Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben.

Eine Übersterblichkeit liegt vor, wenn im Vergleich zu den Vorjahren im gleichen Zeitraum eine höhere Sterberate verzeichnet wurde. Wie viele dieser Menschen aber tatsächlich an einem Hitzeschlag oder den Folgen der Hitzewelle verstorben sind, wird nicht deutlich. Die höheren Zahlen sind deshalb mit Vorsicht zu genießen.

Auf Nachfrage beim wissenschaftlichen Institut Sciensano, das für die Meldung der überhöhten Sterblichkeit verantwortlich ist, wurden in der Wallonie 458 (Stand 07/09/2020) überzählige Todesfälle, darunter 228 überzählige Todesfälle in der Altersgruppe 85+, gezählt. Wie gesagt, geht es hier lediglich um die Übersterblichkeitsrate und nicht um Hitzetote. Die Zahlen der Deutschsprachigen Gemeinschaft fließen in die Zahlen der Wallonie mit ein, weil die DG rein statistisch betrachtet über keine relevante Größe verfügt, um valable Entwicklungen zu beobachten.

Auf Nachfrage bei den Wohn- und Pflegezentren meinerseits Ende August haben uns die Einrichtungen mitgeteilt, dass sie im Vergleich zu den Vorjahren keine Übersterblichkeit verzeichnet haben. Eine Ausnahme bildet das Marienheim, wo in dieser Periode deutlich mehr Menschen gestorben sind als in den Vorjahren. Nach Auskunft des Direktors sind die meisten von ihnen an den Folgen chronischer Erkrankungen verstorben.

Nachfolgend aufgelistet finden Sie einen Vergleich der Anzahl Sterbefälle in den WPZS in den Monate Juli und August von 2016 bis 2020:

Anzahl Sterbefälle in den WPZS

Jahr	Anzahl Sterbefälle - Juli	Anzahl Sterbefälle - August
2020	9	16
2019	22	16
2018	19	15
2017	7	13
2016	18	15

- **Frage Nr. 310 von Frau Houben-Meesen (CSP) an Minister Antoniadis zu den Erkenntnissen aus der Corona-Krise**

Im Rahmen eines Berichts an die föderale Sonderkommission zur Corona-Krise legt der Brüsseler Professor Dr. Yves Coppieters (ULB) unter anderem offen, dass in Flandern wesentlich mehr Covid19-Tests durchgeführt worden sind als im frankophonen Landesteil oder vor allem in Brüssel. Die ungenügende Zahl der Masken und Tests habe für eine hohe Zahl von Todesfällen gesorgt“, so Coppieters. Vor dem Hintergrund, dass diese Tests einer strengen Kontrolle unterlagen, sei nicht zu verstehen, wie dieses Ungleichgewicht entstehen konnte, bemerkt Coppieters.

Die Corona-Krise habe die Grenzen der aktuellen Gesundheitspolitik deutlich gemacht, die in Belgien in zu viele Zuständigkeiten aufgesplittert zu sein scheint, erkennt der Brüsseler Professor.

Was den seit 2006 bekannten Notfallplan gegen Epidemien angeht, so bestätigt Coppieters die Ansicht seiner Löwener Kollegin Leila Belkhir (UCL), dass die dort enthaltenen Richtlinien kaum Anwendung fanden und damit der Eindämmung der Krankheit nichts nutzten.

Hierzu folgende Fragen:

- *Inwiefern haben die Regierungen und Ministerien hinsichtlich der hier beklagten Versäumnisse in der Zeit von Januar bis April 2020 aktiv zusammengearbeitet?*
- *Welche Resultate liegen diesbezüglich vor?*

Antwort des Ministers:

Relativ früh nachdem man die Gefahr, die vom Virus ausgeht, erkannt hat, wurde im Rahmen der Risk Management Group (RMG) über Maßnahmen diskutiert. Ich glaube, dass die anfänglichen Informationen über die geringe Gefahr, die vom Virus ausgeht, nicht zu einem schnelleren Handeln der Instanzen geführt haben. Kein Wunder, wenn man den wissenschaftlichen Stand von heute mit dem Stand von Januar 2020 vergleicht. Manchmal gibt es täglich neue Erkenntnisse über das Virus. Häufig wurden Positionen revidiert, was allerdings in der Wissenschaft üblich ist. Eine Behauptung hat solange Bestand, bis sie widerlegt wird. Untypisch allerdings ist das Tempo, in dem die Wissenschaft das Corona-Virus weltweit behandelt. Der Gewinn der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Forschung zeigen uns auf, dass man in der Lage ist, medizinische Probleme schneller zu lösen, wenn man konzentriert und gemeinsam an Lösungen arbeitet.

Ab dem Moment, in dem sich die Wissenschaft sich der Gefahr des Virus bewusst wurde, hat sich die Zusammenarbeit des Föderalstaats mit den Teilstaaten intensiviert. Das lässt sich anhand der zahlreichen Versammlungen der zahlreichen Gremien, die vor und während der Pandemie entstanden sind, dokumentieren.

All das hier aufzuzählen, würde den Rahmen von drei Minuten deutlich sprengen. Dabei ist das Thema der Aufarbeitung der Coronakrise und der Schlussfolgerungen für die Zukunft sehr wichtig.

Nicht nur deshalb habe ich sehr bereits früh angeregt, dass ein Untersuchungsausschuss sich über diese breite Thematik beugen sollte. Inzwischen hat letzten Freitag zum ersten Mal der Corona-Sonderausschuss getagt und auch in allen anderen Parlamenten wurden entsprechende Ausschüsse gegründet.

In eben diesem Corona-Sonderausschuss sollten wir uns deshalb die Zeit nehmen, ausführliche Antworten auf diese und weitere Fragen zu finden.

Zusammenfassend kann ich aber sagen, dass der Föderalstaat und die Teilstaaten nicht schlechter zusammengearbeitet haben als ein zentralisierter Staat wie Frankreich. Gerade der Staatsaufbau in Belgien hat uns die Chance geboten, schneller zu reagieren und oftmals andere Wege einzuschlagen.

Im Corona-Management war es für Ostbelgien entscheidend, dass wir nicht von einem Einheitsstaat Belgien abhängig waren.

Dennoch hätte ich mir ein früheres und beherzteres Durchgreifen des Föderalstaats gewünscht. Ich denke da zum Beispiel an die fehlenden Masken, die zum Symbol des misslichen Managements in der Hochphase der Krise wurden. Es gibt genügend weitere Beispiele, die das bezeugen.

Gleichzeitig möchte ich aber davor warnen, voreilige Schlüsse zu ziehen. Die Aufarbeitung der Coronakrise muss meiner Meinung nach, wie ich schon eingangs sagte, im Lichte der Erkenntnisse des entsprechenden Zeitraums geschehen. Ein Anachronismus sollte bei der Bewertung der Maßnahmen vermieden werden.

Ich bin daher sehr gespannt, zu welchen Schlüssen die verschiedenen Sonderausschüsse der Parlamente dieses Landes kommen werden. Wo wird es Übereinstimmungen geben und wo nicht? Welche Entscheidungen werden daraufhin folgen? Das sind spannende Fragen und eine enorme Chance, um aus dieser Krise zu lernen.

• **Frage Nr. 311 von Frau STIEL (VIVANT) an Minister ANTONIADIS zu wöchentlichen PCR-Tests in Institutionen der DSL**

Die DSL tritt seit dem 1. Januar 2017 für alle Personen mit Unterstützungsbedarf ein. Dies können Kinder, Erwachsene und Jugendliche mit Beeinträchtigung, Senioren oder Langzeitkranke sein.

Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Senioren können die Hilfeleistungen der Dienststelle und deren Dienstleister wie z.Bsp. Tagesstätten und Wohnheime in Anspruch nehmen.

Das Königin Fabiola Haus ist Teil der V.O.E der Behindertenstätte Eupen und wird von der DSL anerkannt und unterstützt. Zur V.O.E. Behindertenstätte gehören ebenfalls die Tagesstätte Am Garnstock, die Tagesstätte in Raeren und das Projekt Come-Back für neurologisch geschädigte Menschen.

Die DSL lobt sich selbst damit, wöchentlich in ihren Einrichtungen PCR-Tests bei den Mitarbeitern und den Bewohnern bzw. Usern der Einrichtungen und Tagesstätten durchzuführen.

Die Bewohner und Mitarbeiter dieser Einrichtungen klagen jedoch vermehrt über diese PCR-Tests, denn zum einen sind PCR-Tests unangenehm und zum anderen gibt es keine Empfehlung seitens der Experten aus Brüssel, in diesen Einrichtungen wöchentlich zu testen.

Schlimmer noch, es gibt einige grundsätzliche Vorbehalte gegen diese PCR-Tests. So haben laut einem Artikel vom 11. Juli auf meinbezirk.at die US-Seuchenschutzbehörde CDC sowie die US-Lebensmittel-Überwachungs-und-Arzneimittelbehörde FDA erklärt, dass PCR-Tests nicht für diagnostische Zwecke geeignet sind.

Dasselbe sagen auch Testhersteller und fügen hinzu, dass ihre Testkits auf eine Vielzahl anderer respiratorischer Viren ansprechen, also Fehlalarm erzeugen können.

Massentest oder auch wiederholte Tests richten oft Schaden an, dramatisieren und sind wissenschaftlich fragwürdig. Ich nehme ein Beispiel :

In einem Gebiet mit vielen Infizierten spielen falsch positive Tests von 1-2 % keine Rolle. Testet man jedoch in einem Bereich wo es keine Infizierten gibt, wird die falsch positive Rate durchschlagen, da 1-2 % der Getesteten ein positives Testergebnis erhalten werden, die dann als Infiziert gelten, obschon sie das Virus nicht einmal in sich tragen.

Mehr Tests führen zu einem Anstieg der Fallzahlen, und somit kann ein Ansteigen der Infektionsrate suggeriert werden, einfach weil man die Testzahlen erhöht hat. Die

Steigerung der Testzahlen bei symptomfreien Menschen wird dafür Sorgen, dass wir die Epidemie nie mehr loswerden, obschon sie längst verschwunden ist.

Dieses verzerrte Bild verursacht falsche Entscheidungen.

Hierzu lauten meine Fragen:

- *Weshalb werden in den Einrichtungen der DSL wöchentlich Tests durchgeführt, obschon dies in den WPZ's der DG nicht der Fall ist, und die Bewohner der WPZ's eher zur Risikogruppe gehören?*
- *In den Einrichtungen, die der DSL unterstehen, gab es schon Probleme mit den ausgeführten Tests. Bitte erklären Sie uns die Sachlage.*
- *Menschen mit einer Beeinträchtigung zählen nicht allesamt zur Risikogruppe für Covid19 Erkrankungen. Aus welcher Intention heraus führen Sie wöchentlich diese Tests durch, wohlwissend, dass die Experten in Brüssel bisher keine wöchentlichen Testungen in solchen Einrichtungen empfehlen, und dass Bewohner dem Risiko ausgesetzt werden, grundlos durch falsch positive Tests in Quarantäne gesetzt zu werden?*

Antwort des Ministers:

Das Risiko einer Infektion mit Folgen bis hin zum Tod, ist für viele Menschen mit Beeinträchtigung laut Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen hoch. Diese Positionen basieren auf wissenschaftlichen Fakten.

Das dürfte wenig überraschen, denn viele Menschen mit Beeinträchtigung haben ein schwächeres Immunsystem.

Außerdem sind die kognitiven Fähigkeiten vieler dieser Menschen beschränkt, wodurch das Nichtanfassen der Erzieher, das Tragen eines Mund- und Nasenschutzes, falls nötig, und die Abstandsregeln oftmals nicht eingehalten werden können.

Im Falle einer Infektion in den Wohnheimen sind Isolierungsmaßnahmen, wie in den meisten Fällen in den Wohn- und Pflegezentren, nicht möglich.

Aus diesem Grund findet eine angepasste Betreuung der Bewohner statt, die mit einem häufigeren Testen einhergeht.

Der Vergleich mit den Wohn- und Pflegezentren hinkt also.

Im Übrigen finden im Fall einer Infektion jede Woche Tests statt. Ansonsten werden die Tests alle zwei Wochen wiederholt.

Dank dieses Verfahrens konnten in beiden Einrichtungen Bewohner, wie auch Personalmitglieder, positiv ermittelt werden. Durch diese präventive Vorgehensweise konnten, ohne dabei das Leben der Bewohner weiter einschränken zu müssen, weitere Ausbrüche vermieden werden.

Diese Vorgehensweise wurde von der DSL mit den Verwaltungsräten der beiden Wohnheime vereinbart.

Laut Rückmeldung der Leitung der beiden Wohnheime wird die Durchführung der PCR-Tests vom Personal mehrheitlich positiv aufgenommen. Bei jeder Testreihe wird das Einverständnis der Personalmitglieder eingeholt.

Die Bewohner werden nicht verpflichtet den Test durchzuführen. Wenn die Durchführung des Tests aus ärztlicher Sicht bei einzelnen Bewohnern oder Personalmitgliedern nicht durchführbar ist, wird bei der betroffenen Person kein Test durchgeführt.

Ihre Aussage bezüglich der „falschen positiven Tests“ muss man übrigens mit Fakten bereichern, damit man wenigstens weiß, worüber man hier spricht.

Auf Grundlage bisheriger Erkenntnisse liegt der Prozentsatz „falscher positiver PCR-Tests“ bei lediglich 2%.

Ich glaube nicht, dass es sich lohnt über diese Quote zu sprechen.

Natürlich sind die positiven Tests immer im Verhältnis zur Gesamtzahl der Tests zu betrachten. Deshalb bin ich selbst der Meinung, dass der Vergleich der Fallzahlen im März, wo man praktisch mit einem Bein im Sarg sein musste, eh man getestet wurde, und der aktuellen Fallzahlen nicht korrekt ist, ohne die Gesamtanzahl der Tests zu vergleichen.

Aber Ihre Aussage, dass das viele Testen nicht zulässt, dass die Epidemie verschwindet, ist haarsträubend.

Die Tatsache, dass in der gesteigerten Zahl der Tests viele positiv getestete Menschen zu finden sind, zeigt, dass die Epidemie noch immer da ist.

Der asymptomatische Verlauf ist für die Personen selbst unproblematisch, aber für andere Mitmenschen, die sich bei ihnen anstecken können, ist es das nicht unbedingt.

Das Testing und Tracing, sowie die Hygieneregeln sind im Moment die besten Mittel, die man im Kampf gegen das Virus hat.

Natürlich kann man den schwedischen Weg gehen, der trotz gewisser Corona-Maßnahmen die höchste Sterberate seit 150 Jahren aufweist.

Die Augen zu verschließen und die Corona-Toten zu verschweigen, lässt das Virus aber nicht verschwinden.

• **Frage Nr. 312 von Herrn GROMMES (ProDG) an Minister ANTONIADIS zu den Grundstücksreserven der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Am Samstag, dem 06.09.2020, haben sich der neu eingesetzte Verwaltungsrat und das ebenfalls neu gegründete Mietvergabekomitee der ÖWOB während einer Rundfahrt einen genauen Einblick in den öffentlichen Wohnungsbau im Norden Ostbelgiens verschaffen können. Fast alle Wohnparks, die jetzt unter der Verwaltung der ÖWOB stehen, wurden dabei näher vorgestellt.

Interessant für alle Teilnehmer war sicherlich die Sichtung der bestehenden Grundstücksreserven der Gesellschaft ÖWOB, sowie der DG.

Auffallend für alle Teilnehmer war hierbei, dass Nosbau im letzten Jahr, also zu dem Zeitpunkt, wo die Spaltung der Gesellschaft schon feststand, ein Grundstück in Herbesthal – Rottdriesch, von der SWL (Société Wallonne du Logement) erworben hat. Für dieses 2Ha 42a 14ca große Grundstück wurden 270.771,38,- € gezahlt.

Hierzu meine Frage:

- *Welchen Mehrwert bringt es aus Ihrer Sicht der ÖWOB, dieses Grundstück selber verwalten zu können?*
- *Die umliegenden Flächen des oben genannten Grundstückes gehörten auch der SWL und wurden von der DG kostenlos übernommen. Gibt es seitens der Regierung schon Überlegungen/Visionen was in Zukunft mit den DG eigenen Grundstücken passieren sollte?*

Antwort des Ministers:

Ich selbst habe an dieser Rundfahrt, die von der ehemaligen Nosbau-Wohnungsbaugesellschaft organisiert wurde, teilgenommen und möchte den Veranstaltern für diesen Einblick herzlich danken.

Während der Tagung durften wir sanierungsbedürftige und bezugsfertige Wohnungen besichtigen.

Die Stichprobe hat mich in unseren Zielen bestärkt:

Wir brauchen mehr bezahlbaren Wohnraum in Ostbelgien.

Wir brauchen neuen Wohnraum, aber wir müssen vor allem die bestehenden Wohnungen sanieren, damit man dort gesund und umweltfreundlich leben kann.

Die Regierung befindet sich aktuell mit den Verantwortlichen der künftigen Wohnungsbaugesellschaft für Ostbelgien im Gespräch.

Es geht dabei um den Auftrag im öffentlichen geförderten Wohnungsbau und um die Finanzierung.

In den nächsten fünf Jahren werden wir der Gesellschaft rund 40 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Damit wird die Wohnungsbaugesellschaft in der Lage sein, zwei Drittel des Bestands zu sanieren und zu renovieren. Das beginnt beim Anstrich und endet bei der Energiesanierung. Außerdem sollen 50 neue Wohnungen entstehen.

Die Regierung geht aber viel weiter und wird ein Investitionsprogramm für die nächsten zehn Jahre vorstellen. Doch hierzu werden Sie in der Regierungserklärung vom 21. September mehr erfahren.

Wo der neue Wohnraum geschaffen werden soll, soll die Gesellschaft gemeinsam mit den Gemeinden entscheiden.

Die Regierung ist jedenfalls bereit, Teile der Grundstücke, die wir von der SWL erhalten haben, für den Wohnungsbau zur Verfügung zu stellen. Ich spreche bewusst von Teilen, da die Flächen oftmals zu groß sind, um dort nur Wohnraum für den sozialen Wohnungsbau zu schaffen. Das Ziel muss deshalb sein, mehr soziale Vielfalt in der Bewohnerschaft hinzubekommen. Deswegen sollen auch Menschen mit geringem und mittlerem Einkommen Zugang zum öffentlich geförderten Wohnraum erhalten. Aber was hindert uns daran, diese soziale Vielfalt durch die Errichtung privater Wohnprojekte zu ermöglichen, indem junge Familien an derselben Stelle günstiges Bauland erwerben können?

Was den Last-Minute-Kauf des SWL Grundstücks durch die damalige Nosbau-Gesellschaft angeht, so ist es, wie so oft im Leben, dass das vermeintliche Schnäppchen teuer bezahlt wird.

Die DG hätte dieses Grundstück von der SWL kostenlos erhalten. Die damaligen Vertreter der Nosbau-Gesellschaft beschlossen den Kauf des eigentlich kostenlosen Objekts für mehr als eine Viertel Million Euro Steuergeld. Der Mehrwert dieser Operation entzieht sich meiner Kenntnis.. Aber in diesem Fall bringt es nichts, nachzukarten. Stattdessen sollten wir uns konstruktiv und geint in Richtung Zukunft bewegen.

• **Frage Nr. 313 von Frau STIEL (VIVANT) an Minister ANTONIADIS zu Lockerungen der Besuchsregelungen in Flandern und Wallonien**

Laut einem Artikel des GrenzEchos vom 01.09.2020 verzeichnet Ostbelgien, anders als der Rest des Landes, eine niedrige Übersterblichkeit in den Wohn- und Pflegezentren. Dem Artikel zufolge gehen Sie, Herr Minister, davon aus, dass ein zweiter Lockdown verhindert werden kann, wenn die Betroffenen die Regeln respektieren.

Mittlerweile würden die Einrichtungen über ausreichend Instrumente verfügen, um ein weiteres Besuchsverbot in den Einrichtungen zu verhindern. Dies könne jedoch nur gelingen, wenn die Bewohner und Angehörigen sich an die Hygiene- und Abstandsregeln halten. Wer keinen Mundschutz trägt, bringe das Virus in die Heime und wer keinen Abstand zu den Bewohnern einhalte, der riskiere das Leben eines Angehörigen.

Anders sieht es seit Montag, laut einem Artikel des BRF und des VRT vom 03.09.2020, in der Wallonie und in Flandern aus.

Die Behörden verlangen in "Corona-freien" Einrichtungen nicht mehr das verpflichtende Tragen von Mund- und Nasenschutzmasken. Eine weitere Neuerung ist die, dass, wenn Besucher und Bewohner Teil der Fünfer-Kontaktblase sind, der Mindestabstand von 1,5 Metern nicht mehr eingehalten werden muss, wodurch engere Kontakte wieder möglich werden.

Wir von der Vivant-Fraktion sind der Meinung, dass gerade enge Kontakte zwischen Angehörigen und Bewohner für deren Wohlbefinden unerlässlich sind. Darüber hinaus ist ein Altern in Würde ohne körperlichen Kontakt nicht möglich. Des weiteren sind wir der Meinung, dass gesunde Menschen keine Masken tragen sollen, da dies eher zu Schäden führt, als Nutzen erzielt.

Hierzu lauten meine Fragen:

- *Haben Sie Kenntnis darüber ob die Abschaffung des Tragens einer Mund-Nasenschutzmaske in der Wallonie und Flandern nur für die Angehörigen oder auch für das Pflegepersonal gilt?*
- *Wie stehen Sie zu den Entscheidungen in der Wallonischen und Flämischen Region?*
- *Werden diese Entscheidungen unserer wallonischen und flämischen Nachbarn einen Einfluss auf die Politik in den WPZS in Ostbelgien haben?*

Antwort des Ministers:

Bevor ich auf die einzelnen Punkte ihrer Frage antworte, möchte ich zuerst auf die Aussage und Meinung der Fragestellerin zurückkommen, „[...] *dass gesunde Menschen keine Masken tragen sollen, da dies eher zu Schäden führt, als Nutzen erzielt.*“

Natürlich sollten gesunde Menschen keine Maske tragen, aber man kann leider nicht unterscheiden, ob jemand gesund ist oder nicht, da die meisten Corona-Infizierten keine oder nur leichte Symptome haben.

Selbst wenn sie also selbst keine Beschwerden haben, sind sie ansteckend für andere Menschen.

Für die Risikogruppe kann eine solche Infektion tödlich enden. Das belegen die zahlreichen Corona-Toten in vielen Ländern.

Nicht wenige, die einen schweren Krankheitsverlauf haben, werden mit Folgeschäden leben.

In dieser Angelegenheit geht es nicht darum, eine Meinung zu haben. Zuerst einmal geht es um die wissenschaftlichen Fakten.

Eine Meinung kann man darüber haben, ob man das Risiko, dass Menschen schwer erkranken oder gar sterben könnten, in Kauf nehmen sollte oder nicht. Hier geht es um die Frage der Prioritäten und der Verhältnismäßigkeit. Hier kann man unterschiedlicher Meinung darüber sein, ob der Schutz des Lebens von älteren und chronisch kranken Menschen wichtiger ist, als die Freiheit des Individuums keine Maske zu tragen und dadurch andere Menschen anzustecken.

Ich bin der Meinung, dass wir unsere Rechte und Freiheiten nicht ohne Verantwortung den Mitmenschen gegenüber ausüben können. Die Wahl, ob wir Rücksicht auf die Anderen nehmen oder nicht, ist etwas, was uns Menschen von anderen Spezies unterscheidet.

Nun zu den konkreten Fragen: Nach Rücksprache mit den Wohn- und Pflegezentren am Wochenende halten wir weiterhin an der Maskenpflicht für die Besucher und das Personal fest.

Solange es nicht epidemiologische Erkenntnisse darüber gibt, dass das Virus keine große Gefahr mehr für die Mehrheit der Bewohner in den Wohnzentren stellt, wird es die Maskenpflicht geben.

Das bedeutet nicht, dass das übrige soziale Leben es den WPZS gleichtun muss. Der Nationale Sicherheitsrat kann jederzeit die Maskenpflicht für die Allgemeinheit lockern oder aufheben. Aber innerhalb der WPZS bleiben wir zunächst bei dieser Regelung, die bereits in der ersten Welle dazu beigetragen hat, dass weniger Menschen in den Heimen in Ostbelgien als im Rest des Landes verstorben sind. Ich erinnere daran, dass gerade in Flandern, wo enorm viele Heimbewohner verstorben sind, selbst während der Hochphase der Pandemie das Personal keine Maske trug.

Nun aber zu der mutmaßlichen Lockerung im Inland. Diese hat sich als „Presseente“ erwiesen. Auf Nachfrage bei den Kollegen in Flandern und der Wallonie wurde mir versichert, dass es weiterhin eine Maskenpflicht für die Besucher in den Wohn- und Pflegezentren gibt. Eine Abschaffung wurde nicht beschlossen. Weder für die Besucher noch für das Pflegepersonal.

Einzig in Flandern betrachte man den Bewohner künftig als Teil der 5-er Kontaktblase und erlaubt somit Berührungen.

Auch wenn ich das Bedürfnis nach mehr Körpernähe sehr gut nachvollziehen kann, werden wir in Ostbelgien weiterhin auf die 1,5 Meter Abstand bei den Besuchen bestehen.

Sicherlich könnte man argumentieren, dass es die Entscheidung des Seniors ist, ob er sich anstecken lässt und vielleicht daran stirbt, wenn er das so möchte. Allerdings lebt er meistens mit 60 bis 149 anderen Senioren unter einem Dach, die zur Risikogruppe gehören. Hier überwiegt also das Interesse der Allgemeinheit innerhalb der Bewohnerschaft.

Außerdem sind die Rückmeldungen über das Besuchsrecht, die wir von den Angehörigen oder den Heimen erhalten, durchaus positiv. In jedem Wohn- und Pflegezentrum in Ostbelgien sind Besuche im Haus bei Einhaltung der 1,5 Meter Abstand möglich.