

Sitzungsperiode 2024-2025
Sitzung des Ausschusses IV vom 11. Juni 2025

INTERPELLATION*

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

Gesundheit ist ein zentrales Menschenrecht. In ländlichen Regionen wie der unseren bedeutet dieses Recht jedoch mehr als eine funktionierende Notfallversorgung – es geht um strukturelle Absicherung, gerechte Zugänglichkeit und eine vorausschauende, präventiv ausgerichtete Gesundheitsförderung.

Deshalb möchte ich mit dieser Interpellation politische Weichenstellungen der vergangenen Jahre auf den Prüfstand legen und eine grundlegende Diskussion anstoßen: über den tatsächlichen Zustand unseres Gesundheitswesens, über bestehende Stärken – aber auch über Lücken, Herausforderungen und eventuelle politische Versäumnisse. Dieser Rückblick mündet in der Frage, wie wir – im Rahmen unserer Zuständigkeiten – gemeinsam eine zukunftsfähige, qualitativ hochwertige Versorgung in Ostbelgien sichern können.

Stationäre Versorgung in Ostbelgien – zwischen Versorgungssicherheit und strukturellem Druck.

Die Deutschsprachige Gemeinschaft zählt rund 80 000 Einwohner – verteilt auf eine weitläufige, ländlich geprägte Region. Zwei Allgemeinkrankenhäuser bilden die tragenden Säulen der stationären Versorgung:

- St. Nikolaus-Hospital Eupen – 192 Betten.
- Klinik St. Josef St. Vith – 156 Betten.

Beide Einrichtungen sind nicht nur medizinische Grundpfeiler, sondern auch wichtige Arbeitgeber in der DG. Beide Krankenhäuser stehen zunehmend unter Druck: Finanzielle Belastungen, Reformpläne und Personalengpässe führen zu Strukturdebatten, bis hin zu Szenarien einer Teil- oder Komplettschließung einzelner Standorte. Diese Debatten berühren nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch den sozialen Zusammenhalt und die Arbeitsplatzsicherheit in unserer Region.

Beim Neujahrsempfang des Eupener Krankenhauses wurde darauf hingewiesen, dass es an Ärztinnen und Ärzten mangle – insbesondere an jenen, die auch Bereitschaftsdienste übernehmen. Eine unmittelbare Folge der angespannten Personalsituation war die Schließung der Entbindungsstation in Eupen – ein Schritt, der trotz aller Bemühungen nicht

* Die nachfolgend veröffentlichte Interpellation entspricht der von Frau Stiel hinterlegten Originalfassung.

verhindert werden konnte und die überregionale Verlagerung von Geburten zur Folge hatte.

Die Entbindungsstation in der Klinik St. Josef konnte sich etablieren. Im Rahmen der Initiative ZOAST Eifel wurde ein grenzüberschreitendes Abkommen mit dem Krankenhaus St. - Joseph Prüm abgeschlossen, um Patientinnen aus der deutschen Eifel in Sankt Vith versorgen zu können.

Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, setzen unsere Krankenhäuser auf unterschiedliche Maßnahmen, darunter auch die gezielte Anwerbung internationaler Fachkräfte. In beiden Häusern arbeiten heute zahlreiche Mediziner aus dem In- und Ausland. Um deren Integration zu fördern und sprachliche wie kulturelle Hürden abzubauen, etwa durch Sprachkurse oder interkulturelle Fortbildungen.

Hinzu kommt, dass die Krankenhauslandschaft in der Grenzregion von externen Entwicklungen beeinflusst wird: Das Krankenhaus Malmedy, in direkter Nachbarschaft zu Sankt Vith, ist dem CHU-Netzwerk Elipse beigetreten, während das Eupener Haus – bedingt durch die Nähe zum Aachener Raum – im Wettbewerb mit großen deutschen Zentren steht.

Auf Druck der Föderalregierung, die im Rahmen der Krankenhausreform vorschreibt, dass sich die einzelnen Häuser breiter aufstellen und enger zusammenarbeiten müssen, wurde das regionale Netzwerk MOVE gegründet. Ohne die Umsetzung dieser nationalen Vorgabe wären die Kliniken schon jetzt nicht überlebensfähig. In MOVE kooperieren die DG-Krankenhäuser gemeinsam mit der „Groupe Santé CHC“ und weiteren Partnern, um Angebote zu koordinieren, Spezialisierungen zu bündeln und Ressourcen effizienter zu nutzen. Ob diese Kooperation die angestrebte Dezentralität wirklich bewahrt und langfristig eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung sichert, bleibt abzuwarten.

Beide Häuser nutzen diese Kooperation auch, um strukturelle Verbesserungen voranzutreiben – etwa durch die Einführung gemeinsamer Patientenverwaltungssoftware, Investitionen in digitale Infrastruktur und Maßnahmen zur Effizienzsteigerung im Klinikalltag. Trotz der angespannten Lage ist es beiden Krankenhäusern gelungen, ihre Patientenzufriedenheit auf hohem Niveau zu halten – ein Verdienst der Mitarbeitenden vor Ort, die unter teils herausfordernden Bedingungen professionelle und empathische Versorgung leisten.

Neue Reformvorschläge seitens der Föderalregierung werden sicherlich nicht lange auf sich warten lassen. Befürchtungen bestehen, die zukünftig geplanten Reformen könnten auch zu einem „Notaufnahmen-Aus“ in Eupen, St. Vith und Malmedy führen – ein Vorwurf, den Gesundheitsminister Frank Vandenbroucke und die Regierungsparteien umgehend zurückwiesen. Zumindest vorläufig.

Haus- und Fachärztliche Versorgung – Zwischen statistischer Stabilität und strukturellen Engpässen

Die medizinische Grundversorgung in Ostbelgien wird im Wesentlichen durch rund 70 Hausärztinnen und Hausärzte getragen – ein historisches Hoch, wenn man den Vergleich zu früheren Jahren zieht. Noch 2019 lag diese Zahl bei rund 50. Auf den ersten Blick scheint die Lage also stabil. Doch dieser Eindruck täuscht, wenn man genauer hinsieht: Laut dem Landesamt für Kranken- und Invalidenversicherung (INAMI) bräuchte es eigentlich mindestens 120 Hausärzte, um die rund 80.000 Einwohner der DG angemessen zu betreuen. Das entspricht einem Defizit von über 40 Prozent.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele der praktizierenden Mediziner heute nicht mehr in Vollzeit arbeiten. Flexible Modelle, getrieben vom berechtigten Wunsch nach einer besseren Work-Life-Balance, prägen die heutige Berufskultur – mit der Folge, dass Sprechzeiten kürzer, Bereitschaftsdienste seltener und Erreichbarkeiten schwieriger werden. Früher waren Abendsprechstunden üblich – heute schließen viele Praxen am Nachmittag. Das

führt insbesondere für ältere oder berufstätige Patientinnen und Patienten zu realen Hürden im Zugang zur medizinischen Erstversorgung.

Aus regionaler Sicht verteilen sich die Hausärzte derzeit ausgewogen auf den Norden und den Süden der DG. Doch gleichmäßige Verteilung allein genügt nicht, wenn die tatsächliche Verfügbarkeit sinkt. Auch wenn Gemeinschaftspraxen erfolgreich zeigen, wie kooperative Arbeitsformen zur Entlastung beitragen können – die strukturelle Versorgungslücke lässt sich dadurch nicht gänzlich kompensieren. In Urlaubs- oder Krisenzeiten stoßen die Ressourcen schnell an Grenzen. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche Versorgungsmodelle umgesetzt – unter anderem in Form sogenannter Ärztehäuser. Während freie Praxen den Vorteil einer offenen Arztwahl bieten, binden Ärztehäuser mit einem Forfait System ihre Patientinnen vertraglich an ihre interne Struktur. Das bedeutet: Eingeschriebene Patientinnen und Patienten können bestimmte Leistungen nur dort in Anspruch nehmen. Für externe Behandlungen außerhalb des Hauses ist dann eine ausdrückliche Genehmigung erforderlich. Was aus Sicht sozial schwächerer Gruppen als kostengünstige und praktische Lösung erscheinen mag, kann sich in der Praxis zu einer spürbaren Einschränkung der individuellen Behandlungsfreiheit entwickeln – etwa dann, wenn es um persönliche Präferenzen oder langjährig aufgebaute Patientenbeziehungen geht.

Ein besonders belastender Aspekt für viele Bürgerinnen und Bürger ist die schwerfällige Zugänglichkeit zu bildgebenden Verfahren. Wer heute in der DG eine physikalische Untersuchung wie ein MRT, eine Szintigraphie oder einen CT-Scan benötigt, muss oftmals mit Wartezeiten von mehreren Wochen oder gar Monaten rechnen.

Auch die fachärztliche Versorgung bereitet zunehmend Sorge. Immer mehr Patientinnen und Patienten berichten davon, keine Termine zu erhalten, auf langen Wartelisten zu landen oder im Schnitt landesweit über 80 Tage auf einen Facharzttermin warten zu müssen. Besonders betroffen sind laut einer Umfrage von Testachats Termine in den Bereichen Augenheilkunde (131 Tage), Dermatologie (114 Tage) und Gynäkologie (112 Tage). Die medizinische Versorgung stößt damit häufig an ihre Grenzen, sobald eine weiterführende, spezialisierte Behandlung notwendig wird – mit unmittelbaren Folgen für Lebensqualität und Behandlungskontinuität, insbesondere in einer alternden Bevölkerung.

All diese Aspekte zeigen: Die haus- und fachärztliche Versorgung in Ostbelgien steht an einem Wendepunkt. Zwar wurden bereits wichtige Fortschritte erzielt – etwa durch den Impulseo-Fonds zur Unterstützung junger Ärztinnen und Ärzte oder durch die Zusammenarbeit mit der flämischen Gemeinschaft, die mehr Medizinstudienplätze für deutschsprachige Bewerberinnen und Bewerber zugänglich machen soll. Angesichts der strengen Zugangsbeschränkungen durch Zulassungsprüfungen – sowohl in der Französischen als auch in der Flämischen Gemeinschaft – ist dies ein bedeutender Schritt. Diese Prüfungen wirken de facto wie ein Numerus Clausus und führen nicht selten dazu, dass junge Menschen ein Medizinstudium im Ausland bevorzugen oder gar nicht erst antreten. Umso entscheidender ist es, frühzeitig Anreize für eine Rückkehr in die Region zu schaffen. Doch, reichen diese Maßnahmen aus, um die wachsenden Herausforderungen in einer älter werdenden und gesundheitlich immer anspruchsvolleren Bevölkerung dauerhaft zu bewältigen?

Prävention, mentale Gesundheit und paramedizinische Versorgung – Starke Strukturen mit schwankender Tragkraft

Die Versorgung einer Gesellschaft beginnt nicht erst mit der Krankheit – sie beginnt mit der Vorbeugung. In Ostbelgien sind über die Jahre zahlreiche Initiativen entstanden, die präventiv, unterstützend und beratend wirken. Einrichtungen wie die Aktionsgemeinschaft Suchtprävention und Lebensbewältigung (ASL), der Patienten Rat & Treff, sowie verschiedene Programme in Schulen und Gemeinden leisten dabei wichtige Arbeit. Auch unter anderem Projekte wie „MEGA“ oder die Kampagne „Heute nicht“ zeigen, dass Gesundheitsförderung in der DG aktiv gestaltet wird.

Trotzdem zeigt sich: Der Bedarf an gezielter, strukturierter Prävention nimmt zu – etwa im Bereich Bewegung, Ernährung, Suchtverhalten oder Impfbereitschaft. Gerade jüngere Generationen, aber auch ältere Menschen in strukturschwachen Gemeinden, brauchen niederschwellige, verständliche und lokal verankerte Angebote. Diese Prävention darf nicht dem Zufall oder der Initiative einzelner Akteure überlassen bleiben – sie muss Teil einer abgestimmten, übergreifenden Gesundheitsstrategie werden.

Eng verknüpft mit der Prävention ist die mentale Gesundheit. Auch hier ist die DG nicht untätig: Die Einrichtung des Netzwerks Mentale Gesundheit Ostbelgien war ein wichtiger Schritt zur Koordination von Angeboten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Die Klinik St. Josef in St. Vith bietet neben stationären Plätzen auch eine Tagesklinik und mobile Betreuungsteams an. Dennoch bleibt der Zugang schwierig – wegen Fachkräftemangel, Wartezeiten und mangelnder Sichtbarkeit.

Ergänzend dazu werden in jüngster Zeit Veranstaltungen und eine interaktive Ausstellung zur Demenzwohnung zur Sensibilisierung unserer Bevölkerung organisiert.

Ein oft übersehener, aber zentraler Bereich ist zudem die paramedizinische Versorgung. Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten oder Pflegekräfte sind tragende Säulen in der Nachsorge, der Alltagsbetreuung und der chronischen Begleitung – gerade bei älteren Menschen- oder Menschen mit Behinderung. Doch auch hier zeigen sich Engpässe: lange Wartezeiten, begrenzte Kapazitäten und fehlende Vernetzung mit der ärztlichen Ebene erschweren eine koordinierte Versorgung. In ländlichen Gegenden wird dies durch Entfernungen und Mobilität zusätzlich verschärft. Ein innovativer präventiver Ansatz zeigt sich zudem im Einsatz von Community Health Workern. Vertrauenspersonen aus dem Wohnviertel, die seitens der Krankenkassen gezielt in benachteiligten Wohngebieten aktiv sind, um Menschen im Alltag beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu unterstützen.

Diese drei Bereiche – Prävention, mentale Gesundheit und paramedizinische Versorgung – sind keine Nebenschauplätze, sondern Kernelemente eines ganzheitlichen Gesundheitssystems. Wer die Akutmedizin entlasten will, muss die Grundlagen stärken. Wer die Eigenverantwortung fördern möchte, muss Angebote zugänglich und verständlich gestalten. Und wer langfristig Kosten senken will, muss gezielt in diese Sektoren investieren.

Darüber hinaus stellt sich weiterhin die Frage, ob nicht auch strukturelle Vereinfachungen im Bereich der Vorsorge sinnvoll wären: Etwa durch ein zentrales, modulares Vorsorgeangebot für Menschen ab 55 Jahren – gebündelt an einem einzigen Kliniktag, an dem Blutanalysen, bildgebende Verfahren, Impfstatus, kardiovaskuläre Checks und individuelle Beratung kompakt angeboten werden. Ein solches Modell könnte Barrieren abbauen, Verantwortung fördern und Versorgung effizienter gestalten.

In diesem Zusammenhang verdient aus meiner Sicht das Projekt „Gesundes Ostbelgien“ ebenfalls neue Aufmerksamkeit: Es wurde 2017 im Rahmen des Regionalen Entwicklungskonzepts „Ostbelgien leben 2025“ (REK III, Band 5 „Gesund leben in Ostbelgien“) als Modellvorhaben zur systematischen Verankerung präventiver Leistungen eingereicht. 55 Partner aus Krankenkassen, Ärzteschaft, Apotheken sowie aus dem Sport- und Sozialbereich hatten gemeinsam mit der Dienststelle für selbstbestimmtes Leben (DSL) Vergütungsmodelle bei der Kranken- und Invalidenversicherung (Likiv) angeregt, um Prävention stärker zu honorieren und Gesundheitskompetenz flächendeckend zu fördern.

Trotz schleppender Umsetzung bietet der nationale Regierungswechsel der DG vielleicht die Chance, dieses zukunftsweisende Projekt erneut mit dem Likiv zu verhandeln und in der neuen Legislaturperiode modernisierte Finanzierungs- und Digitalisierungsansätze umzusetzen. Erste Schritte in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung werden bereits umgesetzt, so wurde beispielsweise der prä- und postnatale Gesundheitspfad unter der Koordination des Ministeriums entwickelt.

Zuständigkeiten der DG – Klarheit über Handlungsspielräume

Um wirksam auf bestehende Herausforderungen im Gesundheitsbereich reagieren zu können, ist es entscheidend, den eigenen Handlungsspielraum zu kennen und zu nutzen. Die Deutschsprachige Gemeinschaft verfügt seit der 6. Staatsreform über weitreichende Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitspolitik – wenngleich nicht in allen Teilbereichen.

Die DG ist zuständig für:

- die Gesundheitsförderung und die Prävention,
- die Organisation der häuslichen Hilfe und Pflege,
- die Krankenhausplanung (Anerkennung, Investitionen, Infrastrukturausstattung),
- sowie die Koordination von Versorgungsnetzwerken auf ihrem Gebiet.

Nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen hingegen:

- die medizinische Grundgesetzgebung (einschließlich ärztlicher Honorierung),
- die Krankenversicherung,
- sowie die Zulassung von Gesundheitsberufen.

Diese Zuständigkeiten bleiben föderale Kompetenz.

In diesem Spannungsfeld liegt die politische Herausforderung: Dort, wo die DG zuständig ist, kann und muss sie aktiv gestalten – durch eigene Programme, gezielte Investitionen und strategische Kooperationen. Gleichzeitig ist es notwendig, auf föderaler Ebene mit Nachdruck für die spezifischen Bedarfe der deutschsprachigen Bevölkerung einzutreten, etwa bei der Ausbildung und Anerkennung medizinischer Fachkräfte oder bei der Honorierung von Bereitschaftsdiensten im ländlichen Raum.

Diese doppelte Verantwortung – intern koordinierend, extern vermittelnd – verlangt nach einem klaren politischen Kompass, der die Gesundheitsversorgung nicht nur verwaltet, sondern zukunftsfähig weiterentwickelt.

Fazit:

Die medizinische und pflegerische Versorgung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft steht heute auf einem soliden Fundament – doch dieses Fundament zeigt Risse. Die Herausforderungen reichen von strukturellen Engpässen in der Fachversorgung über personelle Engpässe im hausärztlichen Bereich bis hin zu einer wachsenden Belastung der Notaufnahmen, Diagnostik und Nachsorge.

Dabei ist Ostbelgien sicherlich nicht schlechter aufgestellt als andere Regionen im Land – aber eben auch nicht besser. Und gerade, weil es um die medizinische Versorgung einer sprachlichen Minderheit in einer ländlich geprägten Region in der Nähe zu mehreren Versorgungszentren innerhalb und außerhalb der Landesgrenzen geht, müssen wir sehr genau hinschauen: Wo brauchen wir passgenaue, lokal verankerte Lösungen? Wo müssen wir aktiver koordinieren, stärker fördern, klarer steuern.

Die bisherigen Bemühungen – sei es in der Krankenhausstruktur, bei der Unterstützung junger Mediziner, in der Digitalisierung oder in der Prävention – verdienen Anerkennung. Doch reichen sie aus, um den Wandel zu lenken?

Diese Interpellation ist deshalb kein abschließendes Urteil, sondern eine Einladung zur ehrlichen Bestandsaufnahme, zur offenen Diskussion und zur gemeinsamen Entwicklung tragfähiger Lösungen für ein Ostbelgien, in der Gesundheit nicht vom Zufall, sondern von politischer Weitsicht getragen wird.

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

1. Wie bewerten Sie die Maßnahmen, die die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft in den letzten Jahren konkret ergriffen hat, um die haus- und fachärztliche Versorgung zu stabilisieren – insbesondere im Hinblick auf neue Arbeitsmodelle, die Abnahme der Bereitschaftsdienste und den zunehmenden Teilzeittrend bei Hausärzten?
2. Wurden in der Vergangenheit ausreichend Initiativen von der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft initiiert, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und paramedizinischem Personal – etwa durch digitale Koordinationstools oder interprofessionelle Plattformen – systematisch zu verbessern?
3. Wurden ausreichend Maßnahmen getroffen, um die Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bürger und Bürgerinnen nachhaltig zu stärken?
4. Wie bewerten Sie im Rückblick die Schwerpunkte, die die Regierung beim strukturellen Ausbau der Prävention – sowohl in den Bereichen Bewegungsförderung und Ernährung als auch im Hinblick auf mentale Gesundheit, Suchtverhalten und Impfbereitschaft gesetzt hat?
5. Hat die Regierung in ausreichendem Masse sichergestellt, dass bestehende Präventionsangebote auch vulnerable oder schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen – wie Jugendliche aus belasteten Familiensituationen oder ältere Menschen in ländlichen Gemeinden – angemessen erreichen?
6. Hat die Regierung, ihre gesetzlich verankerten Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung vollumfänglich genutzt – etwa durch die Ausarbeitung eines ressortübergreifenden Präventionsplans?
7. Wie ist der Stand der Dinge bei der Weiterentwicklung des Projekts „Gesundes Ostbelgien“? Wurde das im REK-Projekt ‚Gesundes Ostbelgien‘ vorgeschlagene Modellvorhaben systematisch umgesetzt?
8. Haben sie als Regierung innovative Möglichkeiten geprüft, neue Formen gebündelter Vorsorgeleistungen – beispielsweise für über 55-Jährige – als Pilotprojekte zu erproben?
9. Hat sich die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft ausreichend vorbereitet, wenn Ende dieses Jahres die sogenannte „Ostbelgienregelung“ ausläuft? Wie möchte die Regierung eine Verlängerung dieser Regelung sicherstellen und inwieweit haben sie in Gesprächen mit dem LIKIV Verbesserungen erwirken können, beispielsweise bei der Rückerstattung von Medikamenten oder der Behandlung chronisch kranker Patienten?
10. Wie stellt sich die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft strategisch auf, um die medizinische und pflegerische Versorgung in einer alternden, ländlich geprägten Region auch langfristig sicherzustellen – und welche Leitlinien verfolgt sie für die Zukunft des Gesundheitssystems in Ostbelgien?
11. Wie bewertet die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft ihre bisherigen Maßnahmen zur strukturellen Sicherung beider Krankenhausstandorte in Eupen und St. Vith – insbesondere im Hinblick auf die angekündigten Reformen auf föderaler Ebene und die damit verbundenen Risiken für die Notfallversorgung in Grenzregionen?
12. Die DG verfügt über umfassende Zuständigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Warum wurde bislang kein ressortübergreifender Präventionsplan mit messbaren Zielvorgaben umgesetzt – und welche Planungen existieren diesbezüglich aktuell innerhalb der Regierung?
13. Welche Schlussfolgerungen zieht die Regierung aus der Schließung der Entbindungsstation in Eupen hinsichtlich der langfristigen Tragfähigkeit der stationären Versorgungsstruktur – und welche Maßnahmen wurden seitdem ergriffen, um ähnliche Entwicklungen in Zukunft zu vermeiden?

Quellenverzeichnis

1. BRF. „DG zählt 70 Hausärzte – historischer Höchststand, aber Versorgungslücke bleibt.“ 21.01.2024. URL: <https://brf.be/regional/1752529>
2. Ostbelgien Statistikportal. Bevölkerungszahlen, Prognosen und regionale Verteilung. URL: <https://ostbelgienstatistik.be>
3. Testachats. „Monatelanges Warten auf Facharzttermin.“ Verbraucherumfrage 2025. (Dokument: *Monatelanges Warten auf Facharzttermin.docx*)
4. Klinik St. Josef. Jahresbericht & Aussagen zur Patientenzufriedenheit beim Neujahrsempfang 2024. (Dokument: *Patientenzufriedenheit in der Klinik St.docx*)
5. ProDG. „Gesundes Ostbelgien – Prävention belohnen, Versorgung vernetzen.“ Projektvorstellung 2017. URL: <https://prodg.be/themen/gesundes-ostbelgien>
6. Informationen zu Krankenhausnetzwerken MOVE und CHC. Zusammenfassend aus öffentlich zugänglichen Mitteilungen und Regionalberichterstattung.
7. Informationen zur Zulassungsprüfung für das Medizinstudium in Belgien (Toelatingsexamen). URL: <https://toelatingsexamenartsvlaanderen.be>
8. Erwähnte Akteure & Projekte im Präventionsbereich:
 - Aktionsgemeinschaft Suchtprävention und Lebensbewältigung (ASL)
 - Patienten Rat & Treff
 - Netzwerk Mentale Gesundheit Ostbelgien
 - Initiativen: „MEGA“, „Heute nicht“
9. Ostbelgien.live