

KURZDOSSIER GESUNDHEITSPFLEGE

COVID-19

Zeitraum März 2020 - juni 2021

Ausgabe 2021



Colofon

THEMA

In dieser Veröffentlichung konzentrieren wir uns auf die Aufgaben, an denen die Generaldirektion Gesundheitswesen des Föderalen Öffentlichen Dienstes Gesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt während der Pandemie aktiv beteiligt war. Wir geben einen Überblick über die Aktivitäten und Initiativen in Bezug auf Organisation, Finanzierung und Qualität, zu denen unser Dienst beigetragen hat.

REDAKTIONSAUSSCHUSS

Die Mitglieder der Generaldirektion Gesundheitspflege

VERANTWORTLICHER HERAUSGEBER

Tom Auwers,
Galileelaan 5/2 – 1210 Brüssel.

KONTAKTDATEN



föderaler öffentlicher dienst
**VOLKSGESUNDHEIT,
SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE
UND UMWELT**

Generaldirektion Gesundheitspflege

Galileelaan 5/2 – 1210 Brüssel
T. +32 (0)2 524 97 97 (Service Center
Gesundheit)

Eine teilweise Vervielfältigung dieses Dokuments ist unter Angabe der Quelle gestattet.

Dieses Dokument ist auf der Website des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt verfügbar:

www.health.belgium.be

Ablieferung von Pflichtexemplaren: D/2022/2196/26

VORWORT 4

EINLEITUNG 5

ORGANISATION 6

1. Beratende Gremien und Krisenzellen 6
2. Zentren, die zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie eingerichtet wurden 12
3. Online-Gesundheitsportal meinegesundheit.be 14

PFLEGETÄTIGKEIT 15

1. Freisetzung von Kapazitäten in Allgemein- und Universitätskliniken 15
2. Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallversorgung 21

FINANZIERUNG 26

1. Finanzierung der Krankenhäuser und ihres Personals 26
2. Finanzierung von Triage- und Entnahmezentren 28
3. Finanzierung der Übergangspflegezentren 28
4. Finanzierung der psychosozialen Unterstützung 29
5. Finanzierung von Rettungsdiensten 31

QUALITÄT 32

1. Unterstützung des psychosozialen Wohlbefindens 32
2. Belgisches Handbuch für medizinische Regulierung 33
3. Projekt „Digitale Plattform 112 Support“ 33
4. Verteilung von Schutzausrüstung an Gesundheitskräfte die im ambulanten Sektor arbeiten 34
5. Gewährleistung der Pflege 36
6. Hospital Outbreak Support Teams 36

VORWORT

Liebe LeserInnen,

Bereits die vierte Ausgabe des Kurzdossiers liegt vor Ihnen. Diesmal eine Sonderausgabe zu einem Thema, das uns alle in den vergangenen Monaten bewegt hat: COVID-19. Das Virus, das eine Pandemie auslöste und unser tägliches Leben stark beeinträchtigte.

In den folgenden Monaten gaben Gesundheitsdienstleister aus verschiedenen Bereichen weiterhin ihr Bestes, um den Bürgern die bestmögliche Versorgung zu bieten. Auf politischer Ebene wurden verschiedene Strukturen und Gremien geschaffen, um die Pandemie in unserem Land zu bewältigen. Viele Mitarbeiter in den verschiedenen Behörden arbeiten täglich daran, die Entwicklung der Ausbreitung des COVID-19-Virus zu beobachten, wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen und geeignete Maßnahmen zu formulieren.

In dieser Veröffentlichung konzentrieren wir uns auf die Aufgaben, an denen die Generaldirektion Gesundheitswesen des Föderalen Öffentlichen Dienstes Gesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt während der Pandemie aktiv beteiligt war. Wir geben einen Überblick über die Aktivitäten und Initiativen in Bezug auf Organisation, Finanzierung und Qualität, zu denen unser Dienst beigetragen hat. All diese Maßnahmen wurden in enger Zusammenarbeit mit anderen Dienststellen innerhalb unseres FÖD und unseren Partnerorganisationen wie dem LIKIV und der FAAG durchgeführt. Diese Veröffentlichung betrifft den Zeitraum vom Anfang der Pandemie im März 2020 bis Juni 2021.

Mit dem Kurzdossier möchten wir Ihnen einen Überblick über die große Menge an Daten und Informationen bieten, die in unseren Diensten verfügbar sind. Indem wir unser Wissen mit Ihnen teilen, möchten wir einen Anstoß zu weiteren Analysen und Interpretationen geben. Beispielsweise werden in dieser Veröffentlichung einige Erkenntnisse über die Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallmaßnahmen und Daten über die Einschränkung der nicht lebensnotwendigen Versorgung vorgestellt, die als Ausgangspunkt für künftige politische Entscheidungen dienen können.

Zuvor waren bereits Veröffentlichungen über die Funktionsweise von „Allgemeinen Krankenhäusern“, „Geistige Gesundheitspflege“ und „dringender medizinischer und psychosozialer Hilfeleistung“ erschienen. Wir planen, in den kommenden Jahren zu jedem Thema eine aktualisierte Ausgabe zu veröffentlichen. Auf diese Weise werden wir in der Lage sein, die Trends und Entwicklungen aufzuzeigen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe.

Annick Poncé,

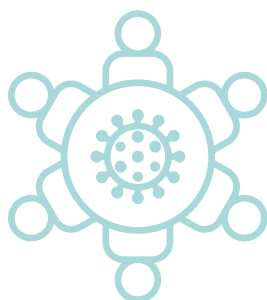
Generaldirektorin ad interim, GD Gesundheitswesen

EINLEITUNG

Die Bewältigung von Gesundheitskrisen ist ein fester Bestandteil der grundlegenden Aufgaben des Föderalen Öffentlichen Dienstes für Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (FÖD VSNU). Der FÖD VSNU ist für die Koordinierung und Umsetzung der integrierten Politik und des Managements von Gesundheitskrisen in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern zuständig.

Was bedeutet dies im Zusammenhang mit der COVID-19-Krise?

- Der FÖD VSNU verfolgt die Entwicklung der Pandemie genau, um die geeignetsten Maßnahmen vorschlagen zu können, die die politischen Entscheidungen **zum Schutz** der gesamten Bevölkerung unterstützen und die **Ausbreitung** des Virus stoppen oder zumindest **einschränken** sollen;
- Dieser Dienst ist für die **Organisation und Planung der Pflege** zuständig, die sowohl die psychosoziale Betreuung als auch die Notfallversorgung umfasst;
- Der FÖD VSNU ist für die **Gesundheitsüberprüfung von Schiffen** und bestimmten **Flugzeugen** aus Risikogebieten zuständig;
- Der FÖD VSNU ist für die **logistischen und medizinischen Aspekte der Aufnahme von aus dem Ausland zurückkehrenden Landsleuten** zuständig;
- Dieser Dienst hat die Aufgabe, die **Angehörigen der Gesundheitsberufe über die Risiken des Virus und die bei Zweifeln an der Infektion zu ergreifenden Maßnahmen zu informieren**;
- Als öffentlicher Dienst hat der FÖD VSNU die Pflicht, **die Bürger** so gut wie möglich **zu informieren**.



Alle Maßnahmen in diesem Zusammenhang wurden in Zusammenarbeit mit den betreffenden Partnerorganisationen durchgeführt. Im vorliegenden Bericht konzentrieren wir uns auf die Aktionen, an denen die Generaldirektion Gesundheitswesen des FÖD VSNU aktiv beteiligt war. Die Veröffentlichung ist in vier Kapitel unterteilt, in denen wir einige der oben genannten Aufgaben hervorheben. Das Kapitel **„Organisation“** gibt zunächst einen Überblick über die verschiedenen beratenden Gremien und Krisenzellen, die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie eingerichtet wurden. Darüber hinaus werden einige der Zentren beschrieben, die zur Bewältigung der COVID-19-Krise eingerichtet wurden, sowie

einige der Systeme, die zur Information der Bürger über COVID-19 eingesetzt wurden. Das Kapitel **„Aktivität im Gesundheitswesen“** gibt einen Überblick über die vom Ausschuss Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) durchgeführten Maßnahmen. Es werden auch einige Beobachtungen zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallmaßnahmen vorgestellt. In den Kapiteln **„Finanzierung“** und **„Qualität“** werden einige der Initiativen erläutert, die während der Pandemie in Bezug auf diese Themen ergriffen wurden.

ORGANISATION

1. Beratende Gremien und Krisenzellen

Am 12. März 2020 wurde in Belgien die föderale Phase des Krisenmanagements ausgerufen, was bedeutet, dass die COVID-19-Pandemie von diesem Zeitpunkt an auf nationaler Ebene verwaltet wurde. Zu diesem Zweck wurden auf nationaler Ebene mehrere beratende Gremien eingerichtet, in denen die verschiedenen beteiligten Behörden und Experten vertreten waren. In diesen Gremien wurden die verschiedenen Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus vorbereitet und ergriffen^[1].

1.1. Strategische und politische Gremien

- **Der Nationale Sicherheitsrat** ist ein föderales Gremium, das im Wesentlichen aus dem Premierminister und den Vizepremierministern besteht. Im Zusammenhang mit der Krise wurde das Gremium um die Ministerpräsidenten der Regionen und Gemeinschaften erweitert. Dieses kollegiale Gremium traf zu Beginn der Pandemie die politischen Entscheidungen zur Bewältigung der Krise.
- Der **Beratende Ausschuss** ist ein Gremium, in dem alle Regierungen und ihre Premierminister - auf föderaler, kommunaler und regionaler Ebene - einen Sitz haben. Seit der Ernennung der Regierung De Croo (01.10.2020) werden hier die Entscheidungen bezüglich der COVID-19-Pandemie getroffen.
- Die **Interministerielle Konferenz** der Volksgesundheit (siehe unten).
- Der **föderale Koordinierungsausschuss**, in dem das Nationale Krisenzentrum den Vorsitz führt, sorgt für die Vorbereitung der politischen Entscheidungen des Beratenden Ausschusses auf strategischer Ebene und für die Koordinierung der Umsetzung.
- Die **Regierungskommission Corona** ist unter anderem für die Koordinierung der Kommunikation zwischen der Föderalregierung und den Teilstaaten in der Gesundheitspolitik zuständig. Das Kommissariat soll Beziehungen zu Experten und Sozialpartnern unterhalten. Darüber hinaus ist das Kommissariat ermächtigt, Vorschläge zur Reform der verschiedenen Konsultationsstrukturen zu formulieren und so die Bekämpfung der Krise zu erleichtern. Zu guter Letzt soll das Kommissariat auf strukturierte Weise neue Erkenntnisse über das Virus gewinnen und die sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen überwachen. Auf diese Weise kann das Kommissariat die politischen Entscheidungen und deren Umsetzung unterstützen.

1

Quelle: <https://www.info-coronavirus.be/nl/wat-doen-de-gezondheidsautoriteiten/> und <https://crisiscentrum.be/nl/news/crisisbeheer/covid-19-eeen-gemeenschappelijk-en-complex-crisisbeheer>

1.2. Wissenschaftliche Gruppen

- Die **Risk Assessment Group (RAG)** analysiert das Risiko für die Bevölkerung auf der Grundlage epidemiologischer und wissenschaftlicher Daten. Die Gruppe steht unter dem Vorsitz von Sciensano und besteht aus Experten u. a. von Sciensano, sowie der föderalen und regionalen Gesundheitsbehörden. Dieses Gremium hat seit November 2020 die Funktion von Ceval (siehe unten) in Bezug auf die epidemiologische Risikoanalyse übernommen und legt seither seine Stellungnahmen der Regierungskommission Corona vor.
- Die **Risk Management Group (RMG)** trifft auf der Grundlage der Empfehlungen der RAG Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Diese Gruppe wird vom FÖD VSNU geleitet und besteht aus Vertretern der Gesundheitsbehörden, sowohl des Föderalstaats als auch der Teilstaaten. Im Zuge dessen entstanden der Ausschuss Hospital Transport & Surge Capacity und der Ausschuss Primary & Outpatient Care Capacity (siehe unten).
- Der **Wissenschaftliche Ausschuss Coronavirus** berät wissenschaftlich über die Entwicklung des Virus.
- Die **„Bewertungszelle“ (Ceval)** bestand aus mehreren Experten, die zunächst die Ratschläge der RAG, der RMG und des Wissenschaftlichen Ausschusses zusammenfassten. Auf dieser Grundlage beriet die Zelle die Behörden über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des COVID-19-Virus. Ende August 2020 wurde die Zusammensetzung von Ceval um Experten aus verschiedenen Bereichen erweitert, und die Zelle übernahm die Aufgabe des GEES (siehe unten). Die Bewertungszelle wurde Ende November 2020 aufgelöst. Die Funktion von Ceval wurde zum einen auf die RAG und den FÖD VSNU übertragen. Andererseits wurde beschlossen, spezielle Beratungsgruppen für aktuelle Beratungsfragen oder strategisch-politische Fragen einzurichten, da dies den Aufgabenbereich der RAG überschreitet.
- Die **„Expertengruppe für die Ausstiegsstrategie“ (GEES)** war eine Gruppe von 10 Experten, die den Auftrag hatte, Ratschläge zu erteilen, um das öffentliche und wirtschaftliche Leben nach der ersten Welle wieder anzukurbeln und die Ausbreitung des COVID-19-Virus zu stoppen. Diese Gruppe wurde im August 2020 aufgelöst.
- Der **„Expertenausschuss für die Managementstrategie“** oder die **„Expertengruppe für die Managementstrategie von COVID-19“ (GEMS)** wurde im Dezember 2020 als Nachfolger von Ceval und GEES eingerichtet und berät in Fragen der Krisenmanagementmaßnahmen.

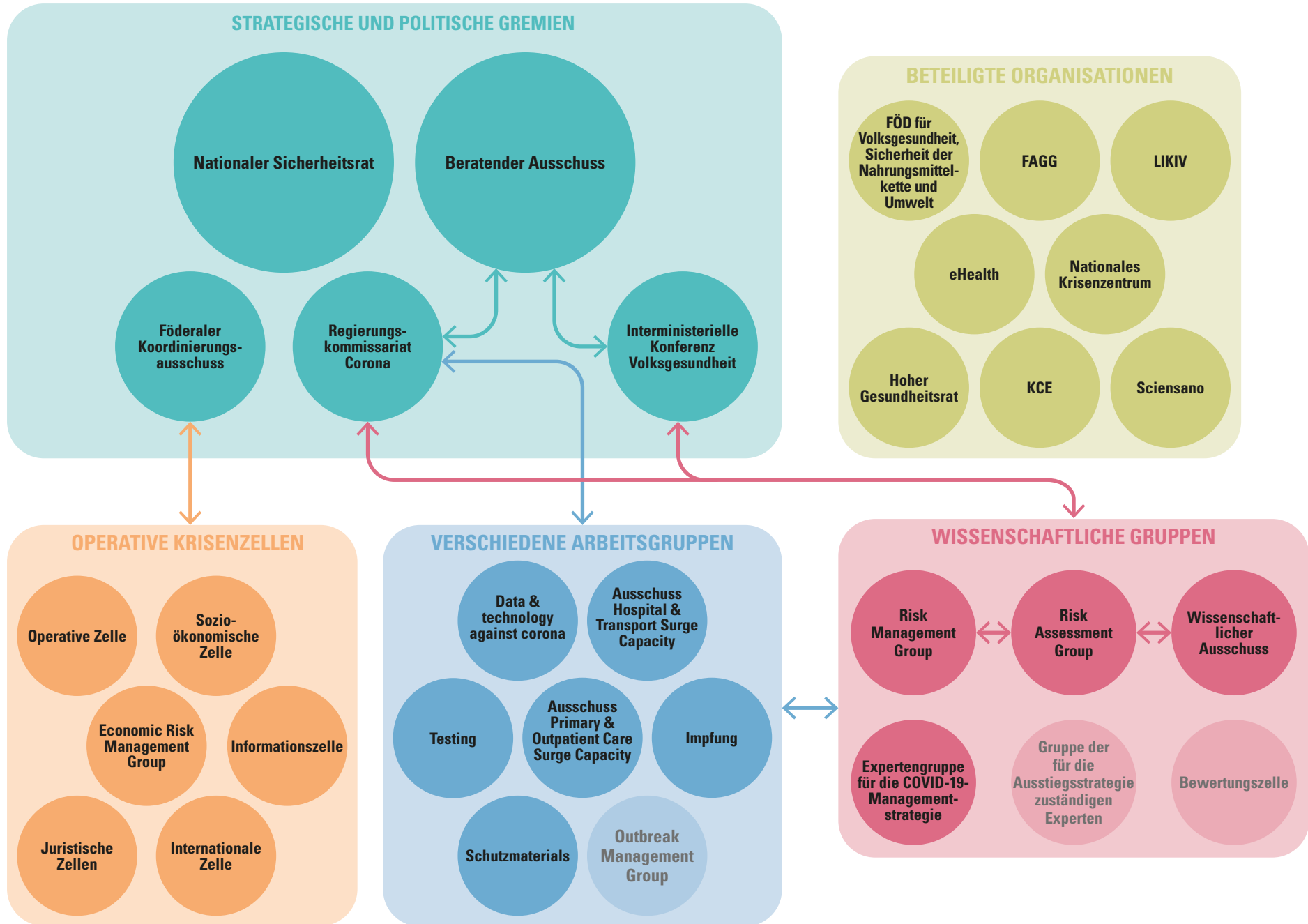
1.3. Operative Krisenzellen

Es wurden mehrere Krisenzellen eingerichtet, um das Krisenmanagement zu operationalisieren:

- Die **operative Zelle** wird vom Nationalen Krisenzentrum (NCCN) koordiniert. Diese Zelle ist für die Alarmierung der verschiedenen Krisenzellen zuständig, überwacht die Funktionsfähigkeit der Operation und soll den Informationsfluss zwischen den verschiedenen beteiligten Behörden erleichtern.
- Die **sozioökonomische Zelle** berät über die sozioökonomischen Auswirkungen der getroffenen oder zu treffenden Maßnahmen.
- Die **„Economic Risk Management Group“ (ERMG)** ist für das Management der wirtschaftlichen und makroökonomischen Risiken im Zusammenhang mit der Ausbreitung des COVID-19-Virus in Belgien zuständig.

- Die **Informationszelle (INFOCEL)** wird gemeinsam vom FÖD VSNU und dem NCCN geleitet. Diese Zelle ist für die kohärente Kommunikation mit der Bevölkerung über die Pandemie zuständig.
- Die **juristischen Zellen** sorgen für die Ausarbeitung von Gesetzestexten und die Beantwortung zahlreicher Rechtsfragen, die im Rahmen dieses komplexen Krisenmanagements gestellt werden.
- Die **internationale Zelle** sorgt für einen guten Informationsfluss zwischen den entsprechenden Behörden für das Krisenmanagement in Europa.
- Darüber hinaus wurden zahlreiche Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen (z. B. Tests, Impfungen, persönliche Schutzausrüstung, Daten (z. B. [Data Technology against Corona](#)) zur Bekämpfung der Pandemie eingerichtet.

BERATENDE GREMIEN UND KRISENZELLEN



1.4. Beratende Gremien im Rampenlicht

In diesem Bericht wollen wir die Arbeitsweise von vier Konsultationsgremien genauer untersuchen:

AUSSCHUSS HOSPITAL & TRANSPORT SURGE CAPACITY

Der Ausschuss Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC-Ausschuss) hat einerseits die Aufgabe, die Anzahl und die Art der COVID-19-Patienten in den Allgemein- und Universitätskrankenhäusern zu überwachen. Andererseits muss sich der Ausschuss mit Fragen der Kapazität, der Aufnahmen, der Bewegung und der Entlassungen von Patienten in Krankenhäusern befassen. Darüber hinaus beaufsichtigt der Ausschuss die Organisation von (nicht-)dringenden Krankentransporten. Die Mitglieder des Ausschusses geben gegenüber der RMG Empfehlungen bezüglich der oben genannten Themen ab. Der HTSC-Ausschuss entwickelte unter anderem einen Stufenplan, um in den Krankenhäusern genügend Krankenhausbetten und Ressourcen für Patienten mit COVID-19 bereitzustellen. Außerdem erstellte er einen Verteilungsplan für die Patienten und führte Analysen im Zusammenhang mit dem Aufschub nicht notwendiger Behandlungen durch. Der Ausschuss wird von der Generaldirektion Gesundheitswesen des FÖD VSNU koordiniert. Der Ausschuss konzentriert sich auf die interföderale Zusammenarbeit, um die Kommunikation und die Herangehensweise zu Harmonisieren.

Mehr über den HTSC-Ausschuss erfahren:

[beratungsgremien.gesundheit.belgien.be](https://www.beratungsgremien.gesundheit.belgien.be)



AUSSCHUSS PRIMARY & OUTPATIENT CARE SURGE CAPACITY

Der Ausschuss Primary & Outpatient Care Surge Capacity (POCSC-Ausschuss) wurde auf Ersuchen der RMG gegründet, um die Arbeit des HTSC-Ausschusses zu ergänzen. Um die Krankenhäuser so weit wie möglich zu entlasten, war eine optimale Organisation der Primärversorgung erforderlich. Der POCSC-Ausschuss prüft die Organisation und die Verfügbarkeit der Versorgung außerhalb des Krankenhauses und übermittelt seine Stellungnahmen an die RMG. Die Föderalregierung, die verschiedenen regionalen Behörden und die Vertreter der Allgemeinmediziner bilden die Basis dieses Ausschusses. Je nach den zu erörternden Themen sind Vertreter der häuslichen Pflege, der Krankenhäuser, der Wohneinrichtungen oder der Verbände, die mit den am stärksten benachteiligten Personen arbeiten, beteiligt. Der Ausschuss muss sicherstellen, dass die Primärversorgung, die Krankenhausversorgung und die neuen Versorgungsformen (z. B. Telemonitoring, Triagezentren usw.) koordiniert und angemessen sind.

OUTBREAK MANAGEMENT GROUP

Auf Ersuchen der RMG wurde am 23. März 2020 die Outbreak Management Group (OMG) eingesetzt. Diese Arbeitsgruppe formulierte Ratschläge für den Umgang mit COVID-Maßnahmen und Kontaminationen in stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Aufnahmezentren für Migranten usw.

Das erste Ziel dieser Arbeitsgruppe bestand darin, eine gemeinsame Analyse der Situation in den oben genannten Einrichtungen auf der Grundlage der verschiedenen von den regionalen Behörden

zur Verfügung gestellten Daten vorzunehmen. Ein zweites Ziel war die Unterstützung der regionalen Behörden bei der Ausarbeitung der im Nationalen Sicherheitsrat oder später im Beratenden Ausschuss gefassten Beschlüsse. Diese Entscheidungen mussten nämlich in den Kontext von Heimen und insbesondere von Pflegeheimen übertragen werden, da diese am meisten betroffen waren. In der OMG wurden u.a. Ratschläge zu folgenden Fragen formuliert: „Wie soll das begrenzt verfügbare Schutzmaterial eingesetzt werden?“, „Wie kann die begrenzte Anzahl von Mitarbeitern eingesetzt werden?“, „Warum und auf welche Weise können eine oder mehrere Personen von anderen Personen isoliert werden?“, „Wie kann die Lebensqualität überwacht werden?“ usw. Diese Beratung führte unter anderem zur Bildung von „mobilen Teams“, die sich aus Fachleuten des Gesundheitswesens zusammensetzen, die den Heimen beratend zur Seite stehen und die Stärken und Entwicklungsbereiche der Organisation ermitteln. Damit sollen sie bei der Vorbereitung auf neue Infektionswellen unterstützt werden.

Im Oktober 2020 wurde beschlossen, die OMG aufzulösen, da die Zusammenarbeit es den regionalen Behörden ermöglichte, sich autonom und effizient zu organisieren, um auf die Pandemie in Heimen zu reagieren. Die positive Zusammenarbeit mit der OMG führte zur Einrichtung eines Pilotprojekts mit der Bezeichnung „Hospital Outbreak Support Team“ (siehe Abschnitt „Qualität“).

INTERMINISTERIELLE KONFERENZ VOLKSGESUNDHEIT

Die Interministerielle Konferenz (IMC) Volksgesundheit ist ein Beratungs- und Entscheidungsgremium, in dem alle für öffentliche Gesundheit zuständigen Minister unseres Landes vertreten sind. Die Hauptaufgabe der IMC besteht darin, die Konsultation und Zusammenarbeit zwischen der föderalen Regierung und den Teilstaaten sicherzustellen und zu fördern. Seit dem 1. März 2020 ist diese Konferenz mehr als 100 Mal in Videokonferenzen über die COVID-19-Krise zusammengekommen, um u.a.:

- die Entwicklung der Pandemie genau zu verfolgen;
- die Teststrategie zu regeln;
- die Impfstrategie zu koordinieren;
- die Kommunikation so weit wie möglich zu vereinfachen.

Seit Oktober 2020 arbeitet die IMC eng mit der Regierungskommission Corona zusammen.

Erfahren Sie mehr über
die Arbeitsweise der
Interministeriellen Konferenz
Volksgesundheit:

**[beratungsgremien.
gesundheit.belgien.be](https://www.beratungsgremien.gesundheit.belgien.be)**



2. Zentren, die zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie eingerichtet wurden

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden mehrere Zentren eingerichtet. Im Folgenden werden die Triage- und Entnahmezentren sowie die Übergangspflegezentren erläutert.

2.1. Triage- und Entnahmezentren

Die Triage- und Entnahmezentren haben eine doppelte Funktion^[2]:

- Die **Triagefunktion** soll verhindern, dass die Notaufnahmen unnötig überlastet werden und dass zu viele potentiell infizierte Patienten in der Hausarztpraxis vorstellig werden. Mit der Einrichtung der Triagezentren sollte das Risiko der Verbreitung des COVID-19-Virus verringert werden. Der Patient wird zunächst von einem Arzt untersucht, der feststellt, ob eine Einweisung in die Notaufnahme erforderlich ist oder ob der Patient, eventuell nach einem COVID-19-Test, zu Hause bleiben kann. Diese Funktion wird von den hausärztlichen Verbänden in enger Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten organisiert und kann unter bestimmten Bedingungen (vorübergehend) eingestellt werden, wenn der Bedarf nachlässt.
- Die **Entnahmefunktion** Die Entnahmefunktion wurde den Zentren als zweite Funktion zugewiesen, um den Bedürfnissen und Anforderungen des Bevölkerungs-Screenings besser gerecht zu werden. Schließlich musste es möglich sein, die Testfrage für jede Person zu beantworten, die die für den Test festgelegten Kriterien erfüllt. Dazu gehören sowohl Personen mit als auch Personen ohne Symptome, die einen Hochrisikokontakt hatten oder aus einer roten Zone zurückgekehrt waren. Aufgrund der Lockerung der Maßnahmen für Auslandsreisen wurden die Zentren gebeten, Reisende zu testen.



127 Triage- und Entnahmezentren wurden eingerichtet, und an **12 Orten** wurde ein **alternatives Entnahmezentrum** oder **Testdorf** eingerichtet^[3].

Es wurde vorgesehen ein Zentrum pro 100.000 Einwohner eingerichtet, wobei die medizinische Koordination einem Hausärzterverband (d. h. einem Zusammenschluss von Vertretern der Hausärzte in einer bestimmten Region) übertragen wurde. Die Triagefunktion befindet sich an einem Ort, aber die Entnahmefunktion kann an verschiedenen Orten organisiert werden, um die Zugänglichkeit der Entnahmefunktion und des Screenings zu verbessern.

2 Quelle: [Königlicher Erlass vom 13.05.2020 Nr. 20 über vorübergehende Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.](#)

3 Quelle: GD Gesundheitswesen, FÖD VSNU (31.05.2021)

Mehr über die Lage der Triage- und Entnahmezentren:

[doclr - Covid test](#)



Um die Kapazität der Probenanalyse und der Testmaterialien zu erfüllen, wurde zusätzlich zu den traditionellen Testkreisen, die in und von klinischen Labors durchgeführt werden, eine föderale Plattform eingerichtet. Die föderale Plattform ist für die Bereitstellung des Testmaterials, die Abholung und den Transport der durchgeführten Tests zu den Labors und die Übermittlung der Testergebnisse verantwortlich. Am 20. April 2021 nutzen insgesamt 60 Zentren die föderale Plattform. Die übrigen Zentren arbeiten mit einem Krankenhauslabor oder einem privaten Labor zusammen. In diesem Fall sind die Laboratorien selbst für die Lieferung des Testmaterials, den Transport der durchgeführten Tests und die Weiterleitung der Ergebnisse verantwortlich. Ein Zentrum kann auf die föderale Plattform wechseln, wenn das Labor die Analyse der Tests nicht mehr innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens bewältigen kann oder wenn die Nachfrage nach Analysen die Kapazität des Labors übersteigt. Sobald ein Zentrum zur föderalen Plattform gewechselt hat, wird diese Zusammenarbeit fortgesetzt, solange die Kapazität der herkömmlichen Kreisläufe überfordert ist.

Weitere Informationen über das aktuelle Verfahren, wann und wo man sich testen lassen kann, finden Sie unter

[www.info-coronavirus.be](#)



2.2. Übergangspflegezentren

Ein Übergangspflegezentrum bildete ein „Bindeglied“ (eine Zwischenstufe) zwischen dem Krankenhaus und der Rückkehr in ein autonomes Leben ^[4]. Diese Zentren wurden eingerichtet, um ausreichende Kapazitäten in den Krankenhäusern sicherzustellen. Patienten, bei denen COVID-19 nachgewiesen wurde, erhielten Unterstützung durch ein Übergangspflegezentrum. Die Patienten in diesen Zentren:

- waren zuvor in ein Krankenhaus aufgenommen worden;
- oder wurden zuvor in einem Triage- und Entnahmezentrum oder einer Notaufnahme untersucht, wo entschieden wurde, dass eine Einweisung in ein Krankenhaus nicht erforderlich ist.

Es stellte sich jedoch heraus, dass diese Patienten entweder nicht in der Lage waren, die strengen Regeln der Isolierung, der Hygiene und des Fernhaltens von Risikopersonen einzuhalten, wenn sie in ihre normale Lebenssituation zurückkehrten, oder diese Patienten benötigten noch eine besondere Betreuung. Aus diesen Gründen konnten sie für einen Aufenthalt von bis zu drei Wochen in ein Übergangspflegezentrum eingewiesen werden. Dort konnten sie sich erholen und erhielten die notwendige Pflege und Unterstützung, bevor sie nach Hause zurückkehrten.

4

Quelle: [Königlicher Erlass vom 13.05.2020 Nr. 20 über vorübergehende Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.](#)

Die Übergangspflegezentren waren mit (Allgemein-)Ärzten, Krankenschwestern und Pflegeexperten besetzt und wurden vom LIKIV finanziert. Die Teilstaaten waren für die Bereitstellung der erforderlichen zusätzlichen Unterstützung zuständig. Zu diesem Zweck bildeten sie Partnerschaften mit den Sozialdiensten der Gemeinden oder der Abteilung für Sozialarbeit mehrerer Krankenkassen.

Im Zeitraum von März-April bis Mai-Juni 2020 waren 6 Zentren in Flandern und 1 in der Wallonie aktiv. Um den neuen Bedarf zu decken, wurden im November 2020 8 neue Zentren in Flandern und 3 in der Wallonie eröffnet.

3. Online-Gesundheitsportal meinegesundheit.be

Das Portal meinegesundheit.be bietet - seit Oktober 2020 - Informationen über COVID-19.

Diese Informationen sind in 2 Rubriken unterteilt:

- **Informationen:** Diese Rubrik enthält Links zu anderen Webseiten mit offiziellen Informationen über COVID-19
- **Personenbezogene Daten:** In dieser Rubrik sind verschiedene Funktionen zu finden, die je nach Situation ergänzt werden.
 - Anwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung eines Tests: z. B. Vereinbarung eines Termins, Einsicht in das Testergebnis oder Beantragung einer Quarantänebescheinigung;
 - Informationen zur Impfung: z. B. „Meine Impfdaten“ oder „Meldung einer Nebenwirkung“;
 - Funktionen im Zusammenhang mit Auslandsreisen: z. B. „Europäisches COVID-Zertifikat“ oder „Antrag auf kostenlosen PCR-Test“

In einem Zeitraum von 7 Monaten⁵⁾ wurden fast 5 Millionen Besucher auf der Website registriert und mehr als 4 Millionen Klicks auf die Anwendungen im Zusammenhang mit COVID-19 erfolgten in diesem Zeitraum.



5

Im Zeitraum von November 2020 bis Anfang Juni 2021

PFLEGETÄTIGKEIT

Während der COVID-19-Pandemie arbeiteten mehrere Mitarbeiter des Gesundheitswesens tagaus, um Patienten mit COVID-19 zu empfangen und zu behandeln. In diesem Kapitel werden die vom HTSC ergriffenen Maßnahmen zur Sicherung der Kapazitäten in den Krankenhäusern und die Schritte für den Transport von COVID-19-Patienten beschrieben. Außerdem werden die Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallversorgung erörtert.

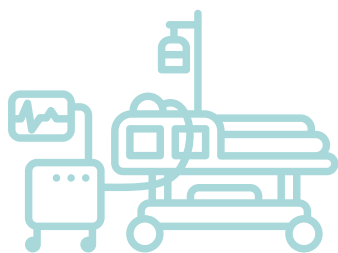
In Anbetracht der bereits sehr umfangreichen Berichte über die epidemiologischen Zahlen zur Verbreitung von COVID-19 in Belgien haben wir uns dafür entschieden, diese nicht in diesen Bericht aufzunehmen, sondern verweisen auf die Website von Sciensano.

Erfahren Sie mehr über die epidemiologischen Zahlen in Zusammenhang mit COVID-19:

covid-19.sciensano.be



1. Freisetzung von Kapazitäten in Allgemein- und Universitätskliniken



Als Mitte März 2020 festgestellt wurde, dass der Zustrom von COVID-19-Patienten in die Krankenhäuser exponentiell anstieg, ergriff der HTSC-Ausschuss (siehe Abschnitt „Organisation“) Maßnahmen, indem er in regelmäßigen Abständen nationale Leitlinien für Allgemein- und Universitätskrankenhäuser herausgab.

Allgemeine Krankenhäuser und Universitätskliniken wurden aufgerufen, sich solidarisch zu zeigen und die Verantwortung zu übernehmen, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um eine größtmögliche Zahl von COVID-19-Patienten nach Maßgabe ihrer Kapazitäten und ihrer Kompetenz zu behandeln. Die Krankenhäuser wurden außerdem aufgefordert, innerhalb ihrer Netzwerke Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zu treffen, um den Zustrom von Patienten zu bewältigen.

Um die Situation in den belgischen Krankenhäusern angemessen überwachen zu können, war ein täglicher Überblick über die Aufnahmezahlen erforderlich. Die Erfassung der Aufnahmezahlen und der freien Kapazitäten erfolgte durch die Krankenhäuser über die von Sciensano bereitgestellten Anwendungen bzw. über das Sicherheitsportal des Incident & Crisis Management Systems. Auf dieser Grundlage wurden visuelle, dynamische Dashboards erstellt, um politische Entscheidungen zu unterstützen.

1.1. Verteilungsplan

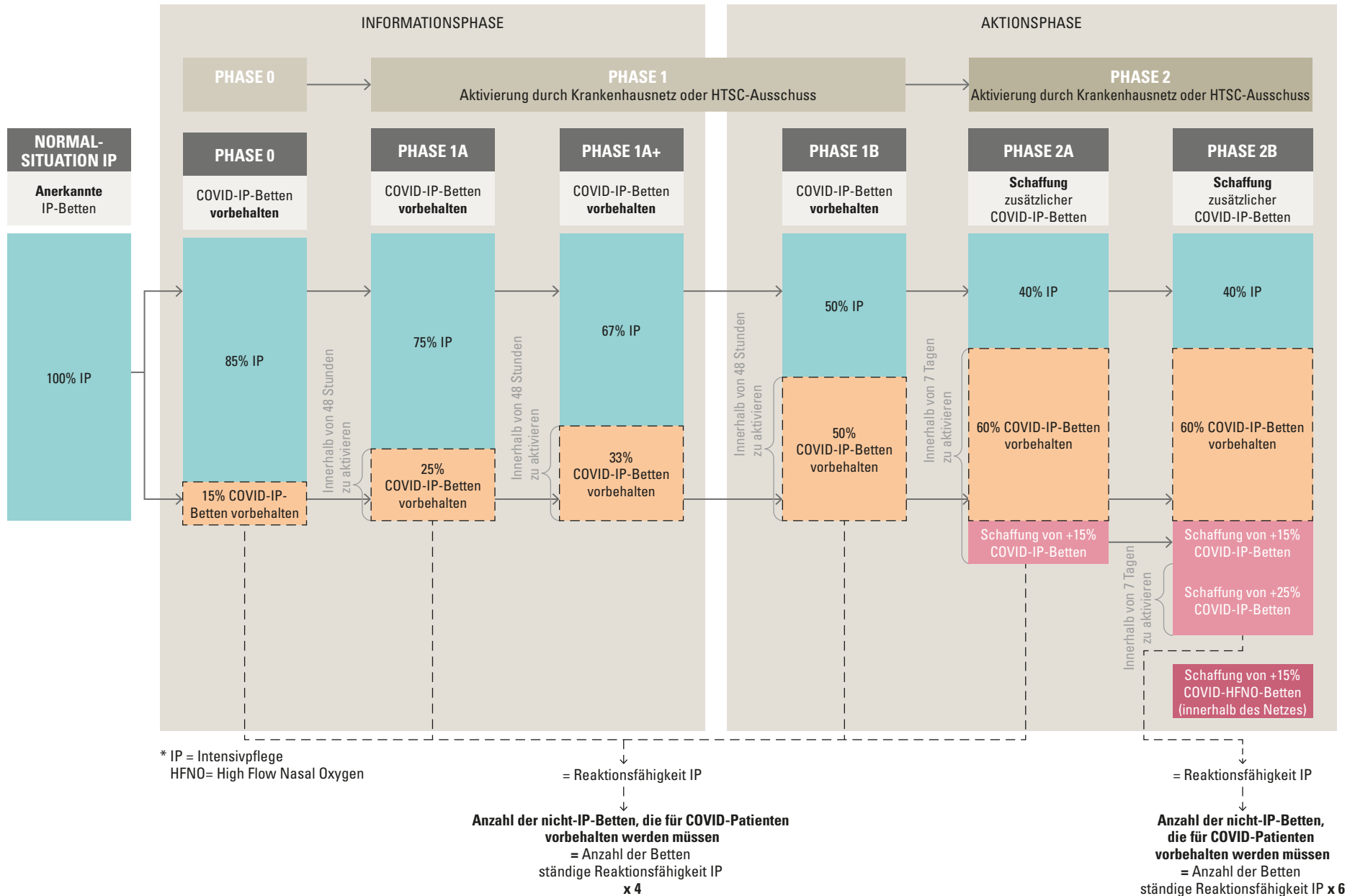
Der HTSC-Ausschuss entwickelte während der ersten COVID-19-Welle einen Verteilungsplan mit dem Ziel, den Krankenhäusern klare Leitlinien an die Hand zu geben, um ausreichende Krankenhauskapazitäten für die nachfolgenden Wellen sicherzustellen.

Der Plan ist in **zwei große Phasen** unterteilt:

1. Das Krankenhaus nutzt nur die Anzahl der bereits vor der Pandemie vorhandenen Intensivbetten für die Versorgung von COVID-19-Patienten, die eine Intensivbehandlung benötigen. Darüber hinaus werden in den regulären Pflegestationen Betten für COVID-19-Patienten freigehalten.
2. Das Krankenhaus muss zusätzliche Intensivbetten für die Behandlung von COVID-19-Patienten, die einer Intensivpflege benötigen, schaffen und dafür ausreichendes Personal bereitstellen. Darüber hinaus werden in den anderen stationären Einrichtungen Betten für COVID-19-Patienten freigehalten (mehr als in der ersten Phase).

Der Verteilungsplan wurde während der Pandemie mehrmals überprüft und überarbeitet, um den Erfordernissen der jeweils aktuellen Situation gerecht zu werden.

VERTEILUNGSPLAN - AUSFÜHRUNG 11/03/2021



1.2. Verringerung nicht unbedingt notwendiger Behandlungen

Mitte März 2020 wurden die Krankenhäuser - über den HTSC-Ausschuss - darüber informiert, dass alle nicht lebensnotwendigen Behandlungen abgesagt werden mussten. Besonderes Augenmerk musste auf Maßnahmen gelegt werden, die sich auf die Bettenbelegung der Intensivstationen auswirkten.

Diese Entscheidung wurde aus mehreren Gründen getroffen:

- Entlastung der Intensivstationen;
- Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistern speziell für die Betreuung von COVID-19-Patienten;
- Optimale Nutzung der Ausrüstung;
- Verringerung des Verbrauchs von Schutzmaterialien, an denen es zu dieser Zeit mangelte.

Es versteht sich von selbst, dass dringende und notwendige Behandlung weiterhin erfolgten. Anfang Mai 2020 wurde mitgeteilt, dass die Wiederaufnahme der nicht dringenden, planbaren Behandlung in Phasen und nur unter strengen Bedingungen erfolgen konnten. Unter anderem musste jedes Krankenhaus die Kapazität aufrechterhalten, um die Patienten der ersten Welle zu behandeln und bereit sein, die Patienten der zweiten Welle aufzunehmen. Darüber hinaus wurden organisatorische Maßnahmen ergriffen, um eine Überfüllung zu vermeiden und einen räumlichen Abstand zwischen den Patienten zu gewährleisten.

Für den Neustart wurden die folgenden Schritte formuliert:

- Wiederaufnahme der Konsultationen, der Heimtherapie und der Aktivitäten mobiler Teams
- Wiederaufnahme von nicht-chirurgischen tagesklinischen Aktivitäten (z. B. Geriatrie, Psychiatrie)
- Wiederaufnahme der Aktivitäten chirurgischer Tageskliniken, die keine Intensivpflege erfordern
- Klassische Krankenhausaufenthalte, die keine Intensivbehandlung erfordern
- Aktivitäten, die Intensivpflege erfordern

In Vorbereitung auf die Wiedereinführung der Pflege hat der Verband der belgischen Fachärzterverbände einen Referenzrahmen über die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Pflege entwickelt, der dem Arzt als Orientierungshilfe dienen kann.

Erfahren Sie mehr über diesen Referenzrahmen:

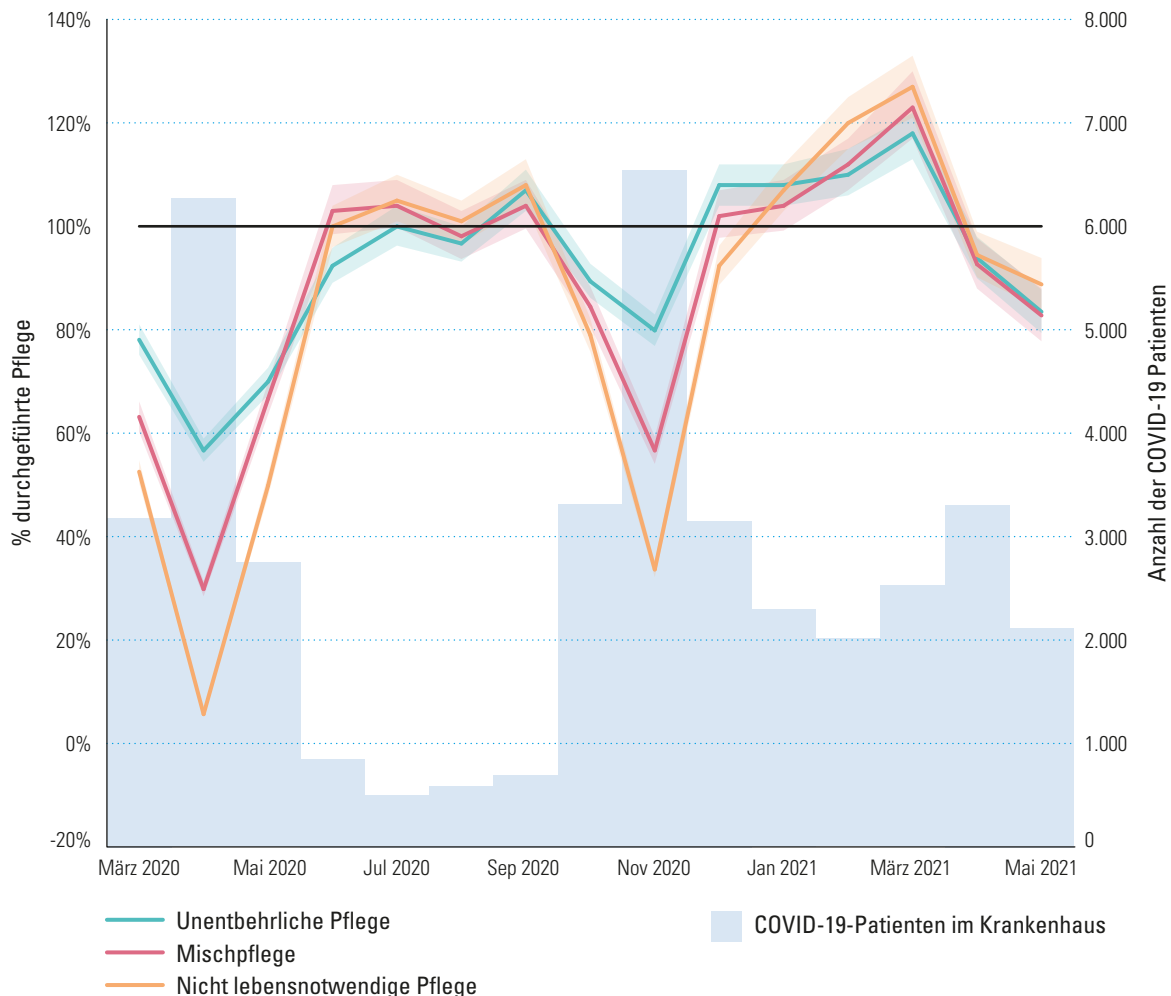
www.vbs-gbs.org



Im Vorfeld der zweiten Welle (Herbst 2020) wurden diese Phasen in umgekehrter Reihenfolge deaktiviert, wobei alle notwendigen und dringenden Leistungen weiterhin erbracht wurden. Dabei wurde versucht, die nicht wesentlichen Belange so weit wie möglich weiterlaufen zu lassen. In der dritten Welle (Frühjahr 2021) bestand ebenfalls die Notwendigkeit, nicht unbedingt notwendige Behandlungen zu verschieben. In dieser Phase wurde die Krankenhausleitung gebeten, abhängig von der konkreten Situation einzuschätzen, welche Versorgung fortgesetzt werden konnte und welche nicht.

In der ersten Welle - als Ergebnis der Maßnahmen - sahen wir eine Verringerung der als nicht wesentlich eingestuften chirurgischen Versorgung um 94 %. Darüber hinaus stellten wir fest, dass 57 % der wesentlichen chirurgischen Behandlungen fortgesetzt wurden, was nicht unbedingt zu erwarten war. In der zweiten Welle war ein Rückgang von 66 % bei den nicht lebensnotwendigen chirurgischen Eingriffen und von 20 % bei den lebensnotwendigen chirurgischen Eingriffen zu verzeichnen. Der Rückgang der grundlegenden chirurgischen Versorgung verdeutlicht die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und das Zögern der Patienten, die notwendige Versorgung in Anspruch zu nehmen.

ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER DURCHFÜHRTEN NICHT-COVID-19-LEISTUNGEN ^[6]

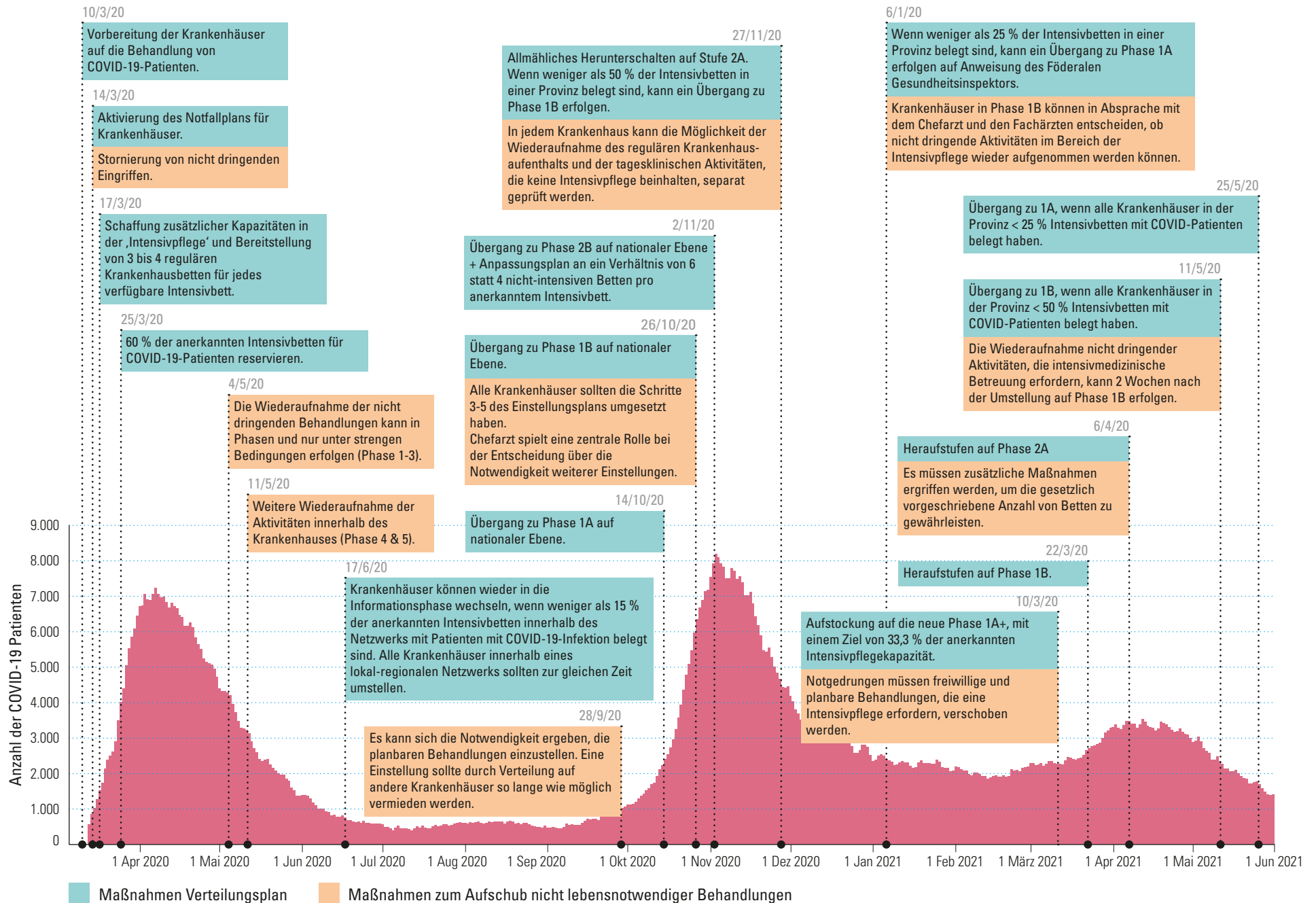


Erfahren Sie mehr:

www.riziv.fgov.be

⁶ Die schwarze Linie stellt eine fortgeschrittene Schätzung der voraussichtlichen Zahl der Leistungen auf der Grundlage der Daten für 2019 dar. Es wurde eine Klassifizierung nach nicht wesentlichen, gemischten und wesentlichen chirurgischen Leistungen vorgenommen. Die gemischte Kategorie umfasst Sachleistungen, die je nach Kontext entweder wesentlich oder nicht wesentlich sein können.

ÜBERSICHT ÜBER DIE MASSNAHMEN FÜR DEN VERTEILUNGSPLAN UND DEN AUFSCHEB NICHT LEBENSNOTWENDIGER BEHANDLUNGEN SOWIE DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER COVID-PATIENTEN

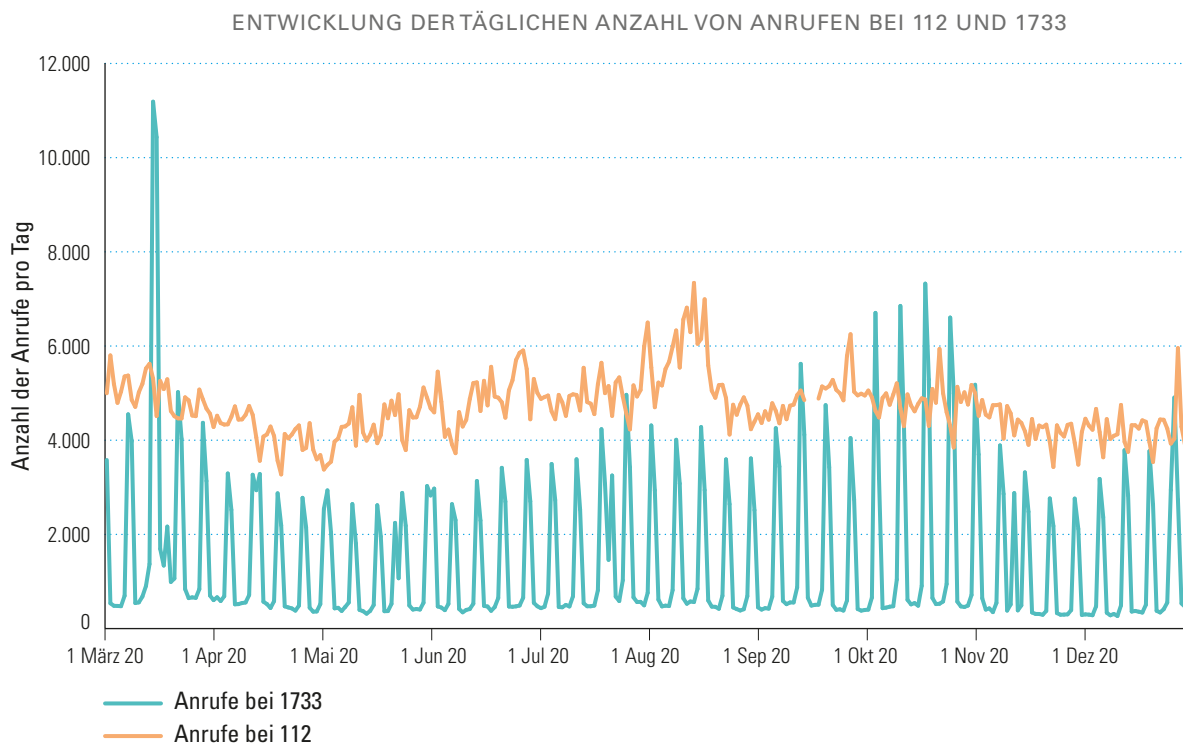


2. Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallversorgung

2.1. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf 112-Anrufe und den hausärztlichen Dienst 1733

Telefonanrufe im Rahmen der nicht planbaren Pflege in Belgien werden über 2 zentrale Rufnummern entgegengenommen. Die über die 112 eingehenden medizinischen Notrufe werden von einem Mitarbeiter einer Notrufzentrale entgegengenommen. Nicht dringende medizinische Anrufe unter der Nummer 1733 werden von einer Vermittlung in einer Notrufzentrale entgegengenommen oder an einen diensthabenden Arzt weitergeleitet.^{[7][8]}

Die Zahl der Anrufe unter der Nummer 1733 erreichte am Wochenende vom 14. und 15. März 2020 einen noch nie dagewesenen Höchststand.^{[9][10]} Der Grund für diesen Spitzenwert war, dass viele Bürger diese Nummer anriefen, um zusätzliche Informationen über COVID-19 zu erhalten und nicht, weil sie ein medizinisches Problem hatten. An diesem Wochenende waren die Notrufzentralen komplett überlastet. Es wurden alle Anstrengungen unternommen, um alle Anrufe zu beantworten. Es wurde zusätzliches Personal eingesetzt, die ärztlichen Direktionen haben Unterstützung geleistet und es wurden Beratungsstellen mit Allgemeinmedizinern eingerichtet.



Nach dem Wochenende vom 14. März 2020 wurde beschlossen, Anrufe in den Notrufzentralen an die 0800-Corona-Informationsnummer weiterzuleiten. Dadurch wurden die bei den Notrufzentralen eingehenden Anrufe von denjenigen getrennt, bei denen lediglich Informationen über COVID-19 eingeholt werden sollten. Wir stellen fest, dass die Menschen noch lange Zeit die Notrufnummern nutzten, um sich über COVID-19 zu informieren und Fragen zu Impfungen, Testergebnissen usw. zu stellen.

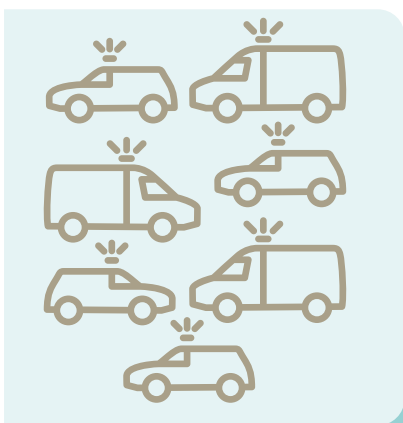
7 Weitere Informationen über die Funktionsweise der Notdienste und die Telefonnummern 112 und 1733 finden Sie im Abschnitt „Notfall, medizinische und psychosoziale Hilfe“.

8 Die Nummer 1733 ist momentan noch nicht in ganz Belgien eingeführt.

9 Quelle: FÖD Inneres, Daten vom 1.03.2020 bis 31.12.2020

10 In den Zahlen bezüglich der Anzahl der Anrufe bei 1733 kann man den Wochenend-Effekt deutlich erkennen. Am Wochenende gibt es logischerweise mehr Anrufe, da der Hausarzt unter der Woche tagsüber direkt kontaktiert werden kann.

2.2. COVID-19-bezogene Einsätze von Rettungsdiensten

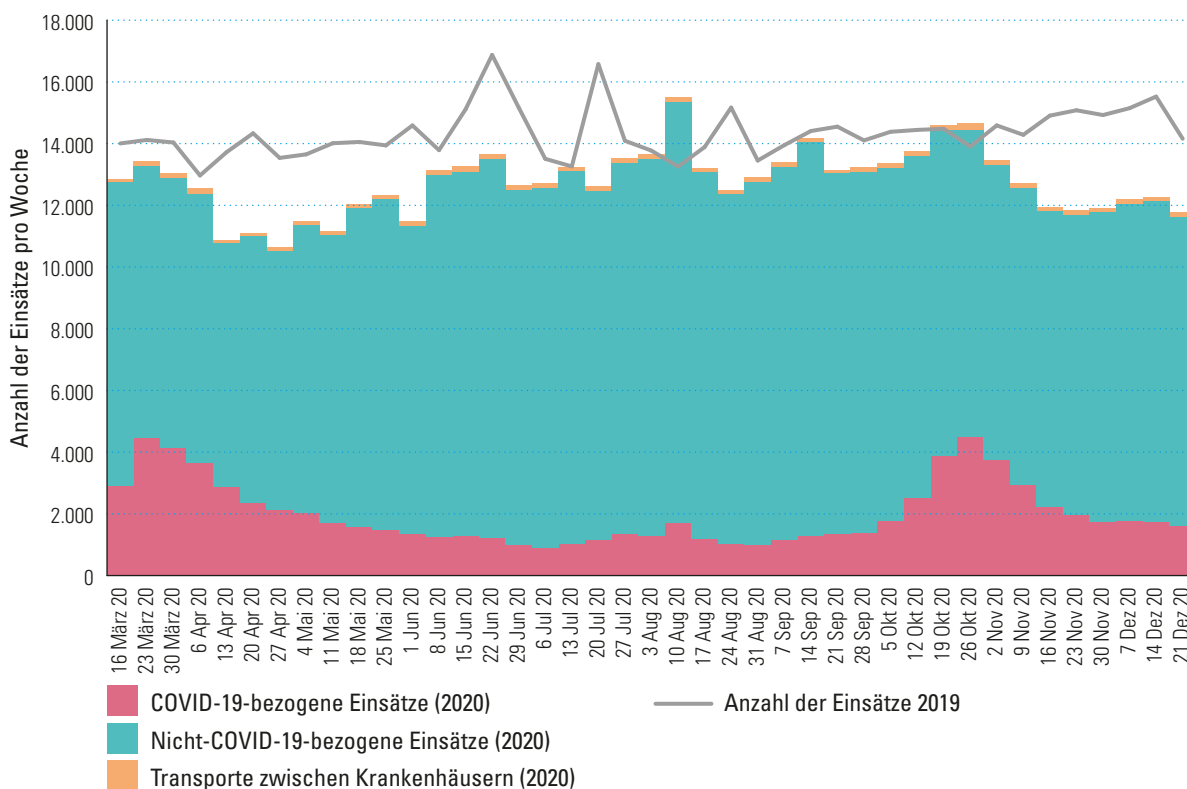


Im Zeitraum vom 16.03.2020 bis 27.12.2020 wurden **526.054 Primäreinsätze** im Rahmen der **Hilfe in dringenden Notfällen** registriert^[11].

In der ersten und zweiten Welle ist eine deutliche Zunahme der COVID-bezogener Einsätze zu beobachten.

Wir stellen außerdem fest, dass die Gesamtzahl der Einsätze im ausgewählten Zeitraum im Jahr 2020 geringer ist als im Jahr 2019. Die durchschnittliche Anzahl der Einsätze pro Tag betrug 1.823 bzw. 2.047. Die Zahl der Eingriffe nimmt vor allem in der Hochphase der ersten und zweiten COVID-19-Welle ab. Dafür gibt es mehrere Gründe: Die Verschärfung der Maßnahmen führte beispielsweise zu einem geringeren Verkehrsaufkommen und damit zu weniger Unfällen; während der ersten Welle wurden die Bautätigkeiten gestoppt, was zu weniger Arbeitsunfällen führte usw. Außerdem lässt sich der Rückgang der Zahl der Eingriffe dadurch erklären, dass die Menschen ihre (nicht unbedingt notwendigen) Behandlungen auf Anraten ihres Arztes aufgeschoben haben, um den Druck auf das Gesundheitswesen zu verringern oder aus Angst, ins Krankenhaus zu gehen.

ANZAHL DER (NICHT-)COVID-19-BEZOGENEN EINSÄTZE ZWISCHEN DEM 15.03.2020 UND DEM 31.12.2020



11 Quelle: Föderaler öffentlicher Dienst für innere Angelegenheiten und Abteilung für Brandbekämpfung und medizinische Notfallhilfe in Brüssel Hauptstadt

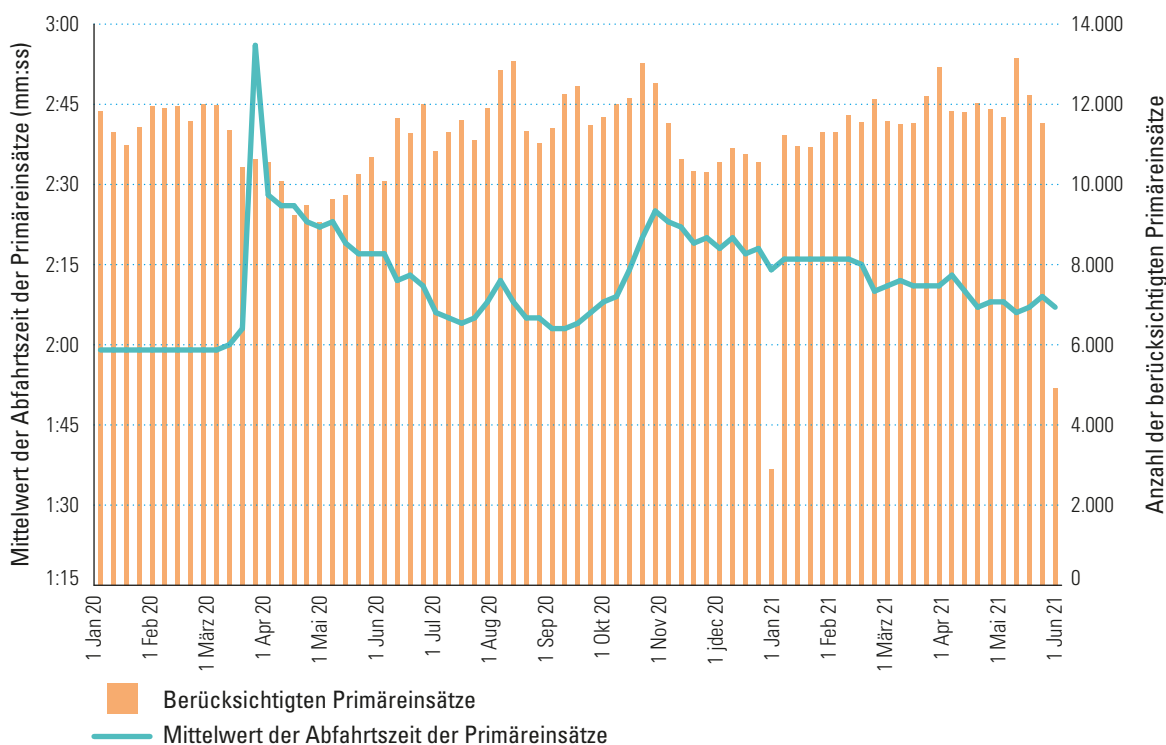
2.3. Einfluss der Pandemie auf die Einsatzzeiten der Krankenwagen

Nach Eingang eines Notrufs bei einer Notrufzentrale (112) wird ein Rettungsdienst gerufen, der den Patienten am Einsatzort abholt und ins Krankenhaus bringt. Es wurde festgestellt,



dass - vor allem während der ersten COVID-19-Welle - die mittlere Abfahrtszeit des Krankenwagens (d. h. die Zeit zwischen dem Notruf 112 und der Abfahrt des Krankenwagens zum Einsatzort) für einen kurzen Zeitraum erheblich anstieg^[12]. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Einsatzkräfte ihre Schutzkleidung kurz vor der Abfahrt anziehen mussten, was aufgrund der COVID-19-Maßnahmen mehr Zeit in Anspruch nahm. Mit zunehmender Erfahrung und sinkender Zahl der COVID-19-Infektionen verkürzte sich die Abfahrtszeit erneut^[13].

EINFLUSS VON COVID-19 AUF DIE ABFAHRTSZEITEN VON KRANKENWAGEN

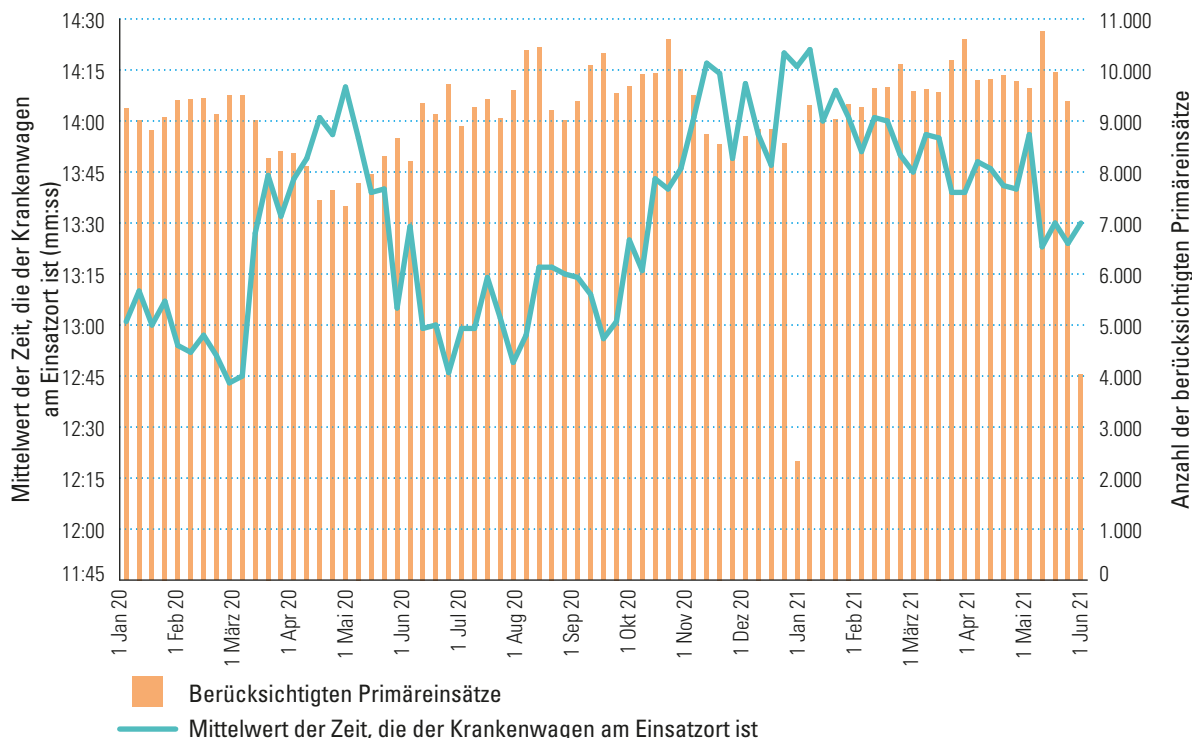


12 Quelle: AMBUREG, Daten- und Politikinformationsdienst, FÖD VSNU (7,29 % der Primärinterventionen wurden aufgrund fehlender Werte nicht berücksichtigt)

13 Es ist zu beachten, dass die Einsätze bis zum 31.05.2021 berücksichtigt wurden. Daher wurden im letzten Balken des Diagramms nur einige Tage (d. h. 28.05.2021 - 31.05.2021) statt einer ganzen Woche berücksichtigt. Es ist auch festzustellen, dass die Zahl der Einsätze im Segment 30.12.2020 abnimmt. Dies liegt daran, dass in diesem Segment nur 2 Tage berücksichtigt wurden, nämlich der 30.12.2020 und der 31.12.2020.

Darüber hinaus stellen wir fest, dass der wöchentliche Mittelwert für die Dauer der Anwesenheit einer Krankenwagenbesatzung am Einsatzort im Vorfeld der ersten und zweiten Welle von COVID-19 deutlich ansteigt.^{[14][15]}

EINFLUSS VON COVID-19 AUF DER ZEIT, DIE DER KRANKENWAGEN AM EINSATZORT IST



Dies wiederum lässt sich dadurch erklären, dass aufgrund des höheren Infektionsrisikos und der vorherrschenden COVID-19-Maßnahmen ein vorsichtigerer Herangehensweise im Umgang mit den Patienten gewählt wurde. Dies wirkt sich auf die Dauer der Einsätze vor Ort aus. Eine andere Erklärung könnte sein, dass es bei den COVID-19-Wellen weniger nicht wesentliche Einsätze gab. Folglich könnte man annehmen, dass es mehr Einsätze bei Patienten mit schwereren Pathologien gab, was den Anstieg des wöchentlichen Durchschnitts erklären könnte.

2.4. Transport zwischen Krankenhäusern

Der Verteilungsplan ist ein wesentlicher Bestandteil der Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität der Pflege und zur Aufteilung der Pflegelast zwischen den Einrichtungen.

Aus diesem Grund werden die Krankenhäuser gebeten, die Patienten so weit wie möglich innerhalb ihres eigenen Krankenhausnetzes oder innerhalb der Provinz zu verteilen. Die Krankenhäuser sind aufgefordert, so weit wie möglich ihre eigenen Transportmittel zu nutzen, was Vorteile in bezüglich der Ausstattung und der Bereitstellung von Transportmitteln hat. Die Krankenhäuser registrierten im Zeitraum vom 15.03.2020 bis 31.12.2020 2.460 Transporte von COVID-Patienten in ein nahe gelegenes Krankenhaus^[16]. Wenn kein privater Transport zur Verfügung steht, können Krankenwagen über die 112 angerufen werden. Im Zeitraum vom 15.03.2020 bis zum 31.12.2020 wurden 6.291

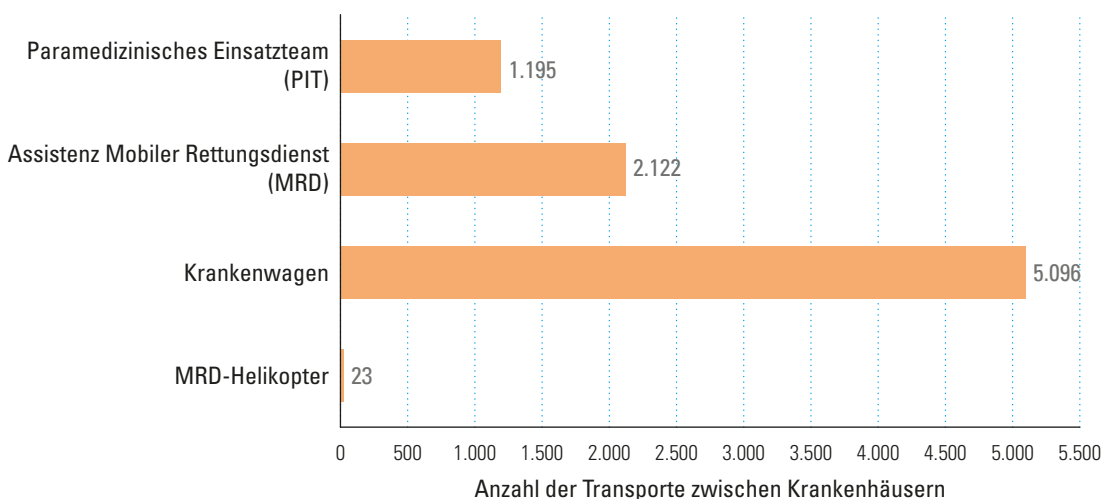
14 Quelle: AMBUREG, Daten- und Politikinformationsdienst, FÖD VSNU (24,55 % der Primärinterventionen wurden aufgrund fehlender Werte nicht berücksichtigt)

15 Es ist zu beachten, dass die Einsätze bis zum 31.05.2021 berücksichtigt wurden. Daher wurden im letzten Balken des Diagramms nur einige Tage (d. h. 28.05.2021 - 31.05.2021) statt einer ganzen Woche berücksichtigt. Es ist auch festzustellen, dass die Zahl der Einsätze im Segment 30.12.2020 abnimmt. Dies liegt daran, dass in diesem Segment nur 2 Tage berücksichtigt wurden, nämlich der 30.12.2020 und der 31.12.2020.

16 Quelle: Sciensano

Transporte zwischen Krankenhäusern bei den Notfallzentralen registriert¹⁷. Dabei kann es sich um Transporte für COVID- und Nicht-COVID-Patienten handeln. Um die Teams in den Notfallzentren in Spitzenzeiten zu unterstützen, wurde ein Patient Evacuation Coordination Centre (PECC) geöffnet. Dabei handelt es sich um eine Stelle, die innerhalb des FÖD Verteidigung eingerichtet wurde. Das PECC prüft, welche Krankenhäuser über freie Betten verfügen und organisiert dann den Transport. Über die Zahl der Transporte zwischen Krankenhäusern über das PECC liegen keine Zahlen vor.

ANZAHL DER TRANSPORTE ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN NACH ART DES TRANSPORTMITTELS DURCH DIE NOTRUFZENTRALE VOM 15.03.2020 BIS 31.12.2020




Im Zeitraum vom 15.03.2020 bis zum 31.12.2020 wurden **6.291** Transporte zwischen Krankenhäusern bei den Notrufzentralen registriert.

Außerdem wurden während der Pandemie 32 Patienten von Belgien nach Deutschland und 17 Patienten von Frankreich nach Belgien zur weiteren Behandlung verlegt¹⁸.

Erfahren Sie mehr über die Maßnahmen des Verteidigungsministeriums im Kampf gegen COVID-19:

beldefnews.mil.be



17 Quelle: FÖD Inneres; die Gesamtzahl der Transporte zwischen Krankenhäusern ist die Summe der Einsätze mit einem Krankenwagen und einer PIT-Funktion, da ein MRD immer zur Unterstützung gerufen wird und den Patienten nicht transportiert.
 18 Quelle: PECC; die Zahlen beziehen sich auf den Zeitraum vom 1.03.2020 bis 31.05.2021

FINANZIERUNG

Während der COVID-19-Pandemie wurde von der föderalen Regierung finanzielle Unterstützung gewährt, um die spezifischen Kosten im Zusammenhang mit der Pandemie im Gesundheitssektor zu decken. Im folgenden Abschnitt sind einige Initiativen aufgeführt, an denen die Direktion Gesundheitswesen des FÖD VSNU aktiv beteiligt war.

1. Finanzierung der Krankenhäuser und ihres Personals

Die COVID-19-Pandemie hat erhebliche Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister. Die Krankenhäuser mussten kurzfristig Notfallpläne aktivieren. Sowohl die Erhöhung der Aufnahmekapazität als auch die Erhöhung der Kapazität der Intensivstation führen zu erheblichen Mehrkosten.

Darüber hinaus wurden nicht unbedingt notwendige Behandlungen mehrfach verschoben, was zu geringeren Einnahmen für das Krankenhaus und die betroffenen Leistungserbringer in Form von Honoraren und Pauschalbeträgen führte.

Aus diesem Grund beschloss die föderale Regierung 2020, sowohl den Krankenhäusern als auch den Leistungserbringern einen finanziellen Ausgleich zu gewähren. Zu diesem Zweck wurden Vorschüsse in Höhe von 2 Milliarden Euro an allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser gezahlt.



2020 wurde ein
**Vorschuss von
 2 Milliarden
 Euro** für **allgemeine
 und psychiatrische
 Krankenhäuser** in Belgien
 gewährt.

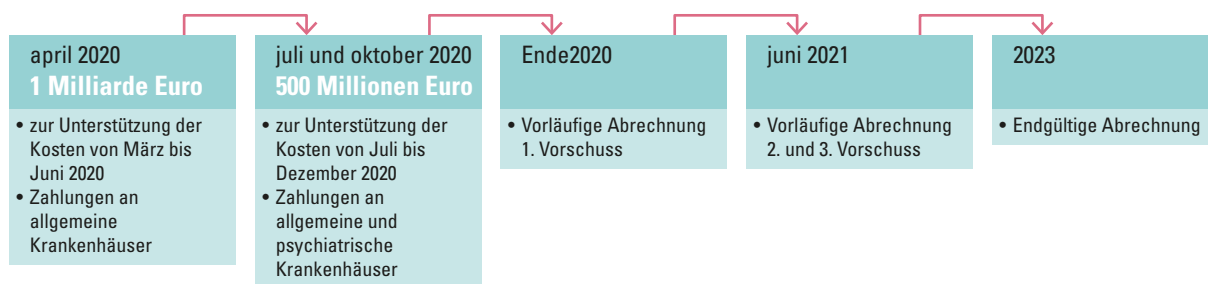
Mit den Vorschüssen sollen die Krankenhäuser dabei unterstützt werden, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen, d. h. aktive Mitarbeiter zu bezahlen und Rechnungen von Lieferanten und Dienstleistern fristgerecht zu begleichen.

Die pauschalen Interventionen dienen der Unterstützung folgender Maßnahmen:

- Außergewöhnliche Kosten aufgrund der COVID-19-Pandemie
- Laufende Kosten
- Zusätzliche Aktivitäten der Pflegedienstleister
- Kosten im Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Verfügbarkeit für die COVID-19-Behandlung in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes der Kapazität

Die endgültige Finanzierung wird 2023 anhand der tatsächlichen Auswirkungen von COVID-19 auf die einzelnen Krankenhäuser festgelegt und in Zusammenarbeit zwischen dem FÖD VSNU und dem LIKIV berechnet und ausgezahlt.

ZEITPLAN DER FINANZIERUNG DER KRANKENHÄUSER



Weitere Informationen über die besonderen Regeln für die Gewährung von Finanzhilfen:

www.ejustice.just.fgov.be



Ein Arbeitnehmer, der zwischen dem 1. September und dem 30. November 2020 in einem allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhaus tätig war, hat Anspruch auf eine einmalige Leistungsprämie von 985 € brutto^[19]. Darüber hinaus hat das Pflegepersonal aus dem föderalen Sektor (z.B. Krankenhäuser, Ärztehaus, Hauskrankenpflege usw.) als Ausgleich für die COVID-Bemühungen Anspruch auf Verzehrgutscheine im Wert von 300 € pro Person, die im Gastronomie- und Veranstaltungsbereich eingelöst werden können.^[20]

19 Quelle: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/faq_aanmoedigingspremie_voor_het_ziekenhuispersoneel-15_januari_2021.pdf

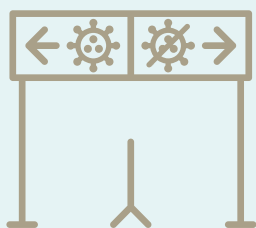
20 Quelle: [Königlicher Erlass vom 22.12.2020 zur Festlegung der Finanzierung und der Modalitäten für die Einführung einer Solidaritätsprämie in den föderalen Gesundheitssektoren](#)

Erfahren Sie mehr über die
föderale Unterstützung für
Krankenhäuser:

www.health.belgium.be



2. Finanzierung von Triage- und Entnahmezentren



2020 wurden

56.421.000 €

vom LIKIV und vom FÖD VSNU
für die **Finanzierung von
Triage- und Entnahmezentren**
bereitgestellt ^[21].

Das LIKIV und die föderale Regierung finanzieren sowohl die Anlaufkosten für die Triage- und Entnahmezentren als auch die medizinischen Kosten, zu denen die medizinische Koordination und die Vergütung der Ärzte und Krankenpflegern gehören. Außerdem werden Mittel für Verwaltungs- und Hilfskräfte bereitgestellt. Darüber hinaus wurde ein Zuschuss für persönliche Schutzausrüstung vorgesehen. Die Teilstaaten gewähren Zuschüsse für den weiteren Betrieb der Zentren^[22].

3. Finanzierung der Übergangspflegezentren

Das LIKIV finanziert pauschal die Leistungen von Ärzten (Koordination, Nachsorge, Verfügbarkeit und direkte Betreuung), Pflege- und Behandlungspersonal. Die Vergütung der Zentren erfolgt auf der Grundlage der geleisteten Arbeitsstunden. Wenn eine andere Versorgung als die durch Ärzte und Pflegepersonal erforderlich ist, wird sie über die üblichen Kanäle organisiert. Die Krankenkasse des Patienten erhält Informationen über den Aufenthalt in einem solchen Zentrum.

717.000 Euro wurden
vom LIKIV 2020 zur **Finanzierung der
Übergangspflegezentren** ausgezahlt ^[23].

21 Quelle: LIKIV

22 Quelle: Protokollvereinbarung zwischen der föderalen Regierung und den in den Artikeln 128, 130, 135 und 138 des Grundgesetzes genannten Behörden über die Einrichtung, Organisation und Finanzierung von Triage- und Entnahmezentren im Rahmen der Bewältigung der COVID-19-Gesundheitskrise

23 Quelle: LIKIV

4. Finanzierung der psychosozialen Unterstützung

Um auf die Zunahme psychosozialer Probleme im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zu reagieren, wurde eine Ausweitung der Kostenerstattung für die psychologische Grundversorgung genehmigt. Zusätzliche Mittel in Höhe von 16,7 Mio. EUR werden es Kindern, Jugendlichen und Menschen über 65 Jahren ermöglichen, bei den häufigsten psychischen Problemen einen Primärversorger aufzusuchen.



16,7 Millionen Euro wurden für die **Erstattung der psychologischen Grundversorgung** freigegeben.

Weitere Informationen über die psychologische Grundversorgung:



Algemeine information



Einen Psychologen für die Grundversorgung finden

Darüber hinaus wurden während der Pandemie Maßnahmen ergriffen, um die psychosoziale Versorgung zu verbessern, unter anderem:

- Erstattung der Kosten für Videosprechstunden von Psychiatern;
- Nachbehandlung in psychiatrischen Krankenhäusern per Fernüberwachung^[24];
- Möglichkeit einer teilweisen Heimbehandlung des Patienten^[25];
- Sensibilisierung von Fachkräften der medizinischen Grundversorgung, um den angemessenen Einsatz von Psychopharmaka zu fördern;
- Schulung von Krankenhauspersonal zur Verbesserung der Betreuung von Menschen mit Alkoholproblemen;
- Psychologische Unterstützung für das Krankenhauspersonal.

Darüber hinaus beschlossen die zuständigen Minister im Rahmen der Interministeriellen Konferenz für öffentliche Gesundheit (IMC) eine Vereinbarung über ein koordiniertes Konzept zur Stärkung

24 Weitere Informationen über die Fernsorge unter [Fernsorge durch psychiatrische Krankenhäuser - LIKIV \(fgov.be\)](#)

25 Weitere Informationen über die partielle Heimbehandlung über [COVID-19: Psychiatrische Versorgung: partielle Heimbehandlung - LIKIV \(fgov.be\)](#)

der psychosozialen Dienste in der Primärversorgung im Zusammenhang mit dieser Pandemie. In der Vereinbarung werden einige vorrangige Zielgruppen definiert, wie z. B. Kinder und Eltern in gefährdeten Familien, junge Erwachsene, Menschen mit bestehenden psychischen Problemen usw. Für diese Verstärkung sind zusätzliche Mittel in Höhe von 112,5 Millionen Euro vorgesehen. Dies betrifft insgesamt 1.986 Vollzeitäquivalente (VZÄ) von Anbietern psychologischer Betreuung.

Für die Stärkung des **psychologischen Versorgungsangebots in der Primärversorgung** werden **112,5 Millionen Euro** bereitgestellt.

Kürzlich wurde eine LIKIV-Vereinbarung ausgearbeitet, in der die praktischen Modalitäten und die neue Vereinbarung über die Kostenerstattung für psychologische Leistungen dargelegt werden. In diesem Zusammenhang wurde bereits eine Reihe von befristeten Maßnahmen für gefährdete Zielgruppen ergriffen. Mehrere Studien zeigen, dass das psychische Wohlbefinden von jungen Menschen und Studenten, Alleinstehenden und Personen, die in Berufen arbeiten, die am stärksten von der Pandemie betroffen sind (z. B. *Gesundheitswesen, Gastgewerbe, Kultursektor*), am meisten gefährdet sind. Um speziell auf die psychologischen Bedürfnisse dieser besonders gefährdeten Gruppen einzugehen, wurden die folgenden Maßnahmen ergriffen:

- Psychologische Betreuung von Selbstständigen mit psychischen Problemen, u. a. durch eine kostenlose Beratungsstelle, für die jährlich 55,5 Mio. EUR bereitgestellt werden.
- Ambulante, proaktive, psychologische (Gruppen-)Interventionen für Studenten. Hierfür wurden 1,5 Mio. EUR bereitgestellt.
- Verstärkung der mobilen Krisenhilfe. Hierfür wurden 4,7 Mio. EUR bereitgestellt.
- Ausweitung des Einsatzes mobiler Teams in den Netzwerken für psychische Gesundheit für die sozioökonomisch gefährdete Zielgruppe, einschließlich älterer Menschen, die oft nicht selbst Hilfe suchen. Hierfür sind jährlich 20 Millionen Euro vorgesehen.
- Intensivierung der stationären Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit schweren und komplexen psychischen Problemen und Ausbau der Betreuungskapazitäten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen in nicht-psychiatrischen Krankenhausdiensten. Zu diesem Zweck wurden rund 20 Millionen Euro bereitgestellt.

Weitere Informationen über die Protokollvereinbarung zur Stärkung der psychosozialen Versorgung:

www.health.belgium.be



Die Vereinbarung über die Kostenerstattung für psychologische Betreuung gilt ab September 2021 für drei Jahre. Die Vereinbarung ist ein historischer Schritt zur Öffnung der psychologischen Versorgung für die Bevölkerung und ermöglicht die Weiterentwicklung zweier psychologischer Funktionen, nämlich der *psychologischen Grundversorgung* und der *spezialisierten psychologischen Versorgung* im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Weitere Informationen über die
Kostenerstattungsvereinbarung
für psychologische Betreuung:

www.riziv.fgov.be



Darüber hinaus wurden dem flämischen Kreuz zusätzliche Mittel für die Zusammenarbeit bei der Bewältigung der Gesundheitskrise gewährt, u. a. für die Einrichtung einer psychosozialen Betreuung im COVID-19-Callcenter, das sich an die breite Öffentlichkeit richtet.

5. Finanzierung von Rettungsdiensten



Im Rahmen des Kampfes gegen die Pandemie haben 22 Rettungsdienste Zusatzvereinbarung unterschrieben mit dem FÖD VSNU hinzugefügt. Auf der Grundlage dieser Zusatzvereinbarung wurde eine Pauschalvergütung in Höhe von ± 12.000 € für jede Stelle im Rettungsdienst gewährt, die für einen Zeitraum von 8 Wochen rund um die Uhr zur Verfügung gestellt wurde. Darüber hinaus wurde im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie ein einmaliger Betrag von 8 Millionen Euro an die Rettungsdienste verteilt.

QUALITÄT

In diesem Abschnitt werden einige der Initiativen zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung erörtert, an denen die Generaldirektion Gesundheitswesen aktiv beteiligt war.

1. Unterstützung des psychosozialen Wohlbefindens

Im Rahmen des psychosozialen Interventionsplans (PSIP)^[26] wurde vom FÖD VSNU als Reaktion auf die COVID-19-Pandemie ein **psychosozialer Koordinierungsausschuss (PSCC)** eingerichtet.

Ziel dieses Ausschusses ist es, Vertreter aller beteiligten Dienste und Einrichtungen zusammenzubringen, sich auf eine **gemeinsame Strategie** zu einigen und **als Team zusammenzuarbeiten**, um einen psychosozialen Unterstützungsdienst einzurichten. Über den PSCC sollten die Initiativen so koordiniert werden, dass immer die gleiche Botschaft vermittelt wird und die und dass die Aktionen koordiniert ablaufen, statt nebeneinander.

Übergeordnetes Ziel war es, die Selbstfürsorge zu fördern, sich umeinander zu kümmern und an der Resilienz des Einzelnen und der Gesellschaft zu arbeiten.

Es wurde viel Wert auf eine **eindeutige Kommunikation** gelegt:

- Eine **Kommunikationskampagne mit Tipps** zur Stressbewältigung wurde sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für die spezielle Gruppe der Pflegedienstleister gestartet;
- Zur Unterstützung der psychosozialen Dienstleister wurde ein **E-Learning** entwickelt;
- Die Informationen wurden zentral über feste Kanäle weitergegeben, um den Überblick über alle Initiativen zu behalten. Das Portal für Informationen über Corona und psychosoziales Wohlbefinden ist daher die Website www.info-coronavirus.be. Auf [der Website des FÖD VSNU](#) wurden Informationen speziell für Pflegedienstleister zusammengetragen.

Weitere Informationen über die Organisationen und Initiativen zum psychosozialen Wohlbefinden in Zeiten von COVID-19:

www.info-coronavirus.be



26 Weitere Informationen über den psychosozialen Interventionsplan finden Sie im Kurzdossier zum Thema „[Dringende, medizinische und psychosoziale Hilfeleistung](#)“:

2. Belgisches Handbuch für medizinische Regulierung

Anrufe bei den Nummern 112 und 1733^[27], die eine medizinische Intervention erfordern, werden von den Leitstellendisponenten der 112-Zentren anhand des belgischen Handbuchs für medizinische Regulierung bearbeitet. Dieses Handbuch enthält eine Reihe integrierter medizinischer Protokolle zur einheitlichen Bestimmung des Schweregrads von Notrufen durch die Leitstellendisponenten der Notrufzentralen und zur Aufrechterhaltung der Qualität der Bearbeitung. Es bietet dem Personal eine Anleitung, welche Mittel (MRD, PIT, Krankenwagen, Wachposten, Hausbesuch oder eigener Hausarzt^[28]) zu entsenden sind oder welche Maßnahmen in einer bestimmten Situation zu empfehlen sind.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitskrise wurde vorübergehend ein neues Protokoll eingeführt, um auf Anrufe von potenziell mit COVID-19 infizierten Personen zu reagieren. Entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Virus wurde dieses medizinische Protokoll unter Berücksichtigung der Sciensano-Leitlinien mehrfach überprüft und korrigiert.

Die ärztlichen Leiter und/oder stellvertretenden ärztlichen Leiter von der 112 und die Regulationskrankenpfleger, die zur Abteilung Notfallhilfe des FÖD VSNU gehören, sind in den Notfallzentralen anwesend, um die Leitstellendisponenten zu unterstützen und zu beraten. Während der gesamten Krise begleiteten die medizinischen Direktionen die Leitstellendisponenten der 112 Notrufzentralen bei der Überwachung der Entwicklung der COVID-19-Protokolle, um eine effiziente und wirksame Bearbeitung von Hilferufen im Zusammenhang mit dem Coronavirus zu gewährleisten.

Weitere Informationen über
das belgische Handbuch zur
medizinischen Regulierung:

www.health.belgium.be



3. Projekt „Digitale Plattform 112 Support“

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie wurde ein Mangel an regulären 112-Ressourcen und eine begrenzte Verfügbarkeit von Personal befürchtet.

Um dies zu verhindern und eine maximale Kontinuität der 112-Einsätze zu gewährleisten, wurde auf Initiative des belgischen Berufsverbands der Rettungsdienste (Belgambu) und des FÖD VSNU eine digitale Plattform entwickelt. Die digitale Plattform dient dem Zweck, eine Unterstützungsanfrage der 112 Notrufzentrale effizient mit einem Unterstützungsangebot des Rettungsdienstes zu beantworten.

Bei der Entwicklung der Plattform stand immer die Qualität für den Patienten im Vordergrund, sodass nur Ambulanzdienste und qualitativ hochwertiges Personal, die bestimmte Bedingungen erfüllen, eingesetzt werden konnten.

27 1733 ist eine zentrale Telefonnummer in Belgien, unter der man einen Bereitschaftsarzt für nicht dringende medizinische Hilfe erreichen kann (siehe auch Kapitel „Pflegetätigkeit“)

28 Weitere Informationen über die Auswirkungen der verschiedenen Mittel finden Sie unter „Kurzdossier Dringende, medizinische und psychosoziale Hilfeleistung“.

Am 2. April 2020 wurde die Testphase für die Plattform in Westflandern gestartet. Auf dieser Grundlage wurde die Plattform weiterentwickelt und war Ende Juni 2020 voll funktionsfähig.

Bisher war es nicht notwendig, die Plattform einzusetzen, da die Ausfälle begrenzt waren und der Bedarf in erster Linie durch den Einsatz von Ressourcen des Roten Kreuzes gedeckt wurde. In Zukunft könnte diese Plattform auch für die Organisation nicht dringender Krankentransporte genutzt werden.

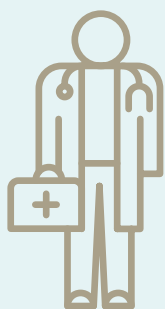
4. Verteilung von Schutzausrüstung an Fachkräfte des Gesundheitswesens, die im Ambulanten Sektor tätig sind

4.1. Identifizierung von Gesundheitsfachkräften

Während der COVID-19-Pandemie benötigen Gesundheitsfachkräfte Schutzausrüstungen, damit sie die Patienten sicher versorgen können. Die Verteilung dieser Schutzmaterialien erfolgt sowohl innerhalb der Krankenhäuser als auch durch die Arbeitgeber innerhalb der Gesundheitseinrichtungen. Es ist jedoch auch notwendig, den im ambulanten Sektor tätigen Gesundheitsfachkräfte die erforderlichen Materialien zur Verfügung zu stellen.

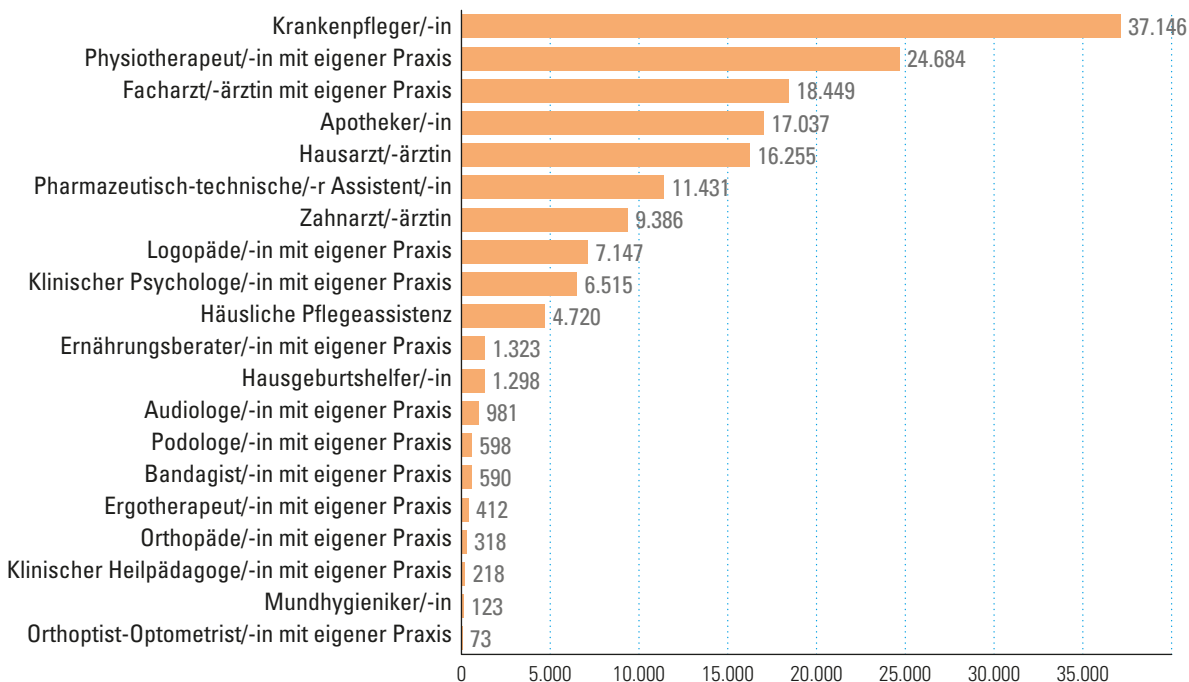
Um eine effiziente Verteilung dieser Materialien zu gewährleisten, mussten zunächst diese Gesundheitsfachkräfte identifiziert werden. Die Abteilung „Gesundheitsberufe und Berufsausübung“ des FÖD VSNU hat eine Liste der im ambulanten Sektor tätigen Gesundheitsfachkräfte erstellt. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Datenquellen des FÖD VSNU, des LIKIV, des Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige (LISVS) und des Nationalen Amtes für soziale Sicherheit (NSSO) zusammengeführt.

Auf dieser Grundlage wurde eine Liste von 158.704 im ambulanten Sektor tätigen Gesundheitsfachkräfte erstellt.



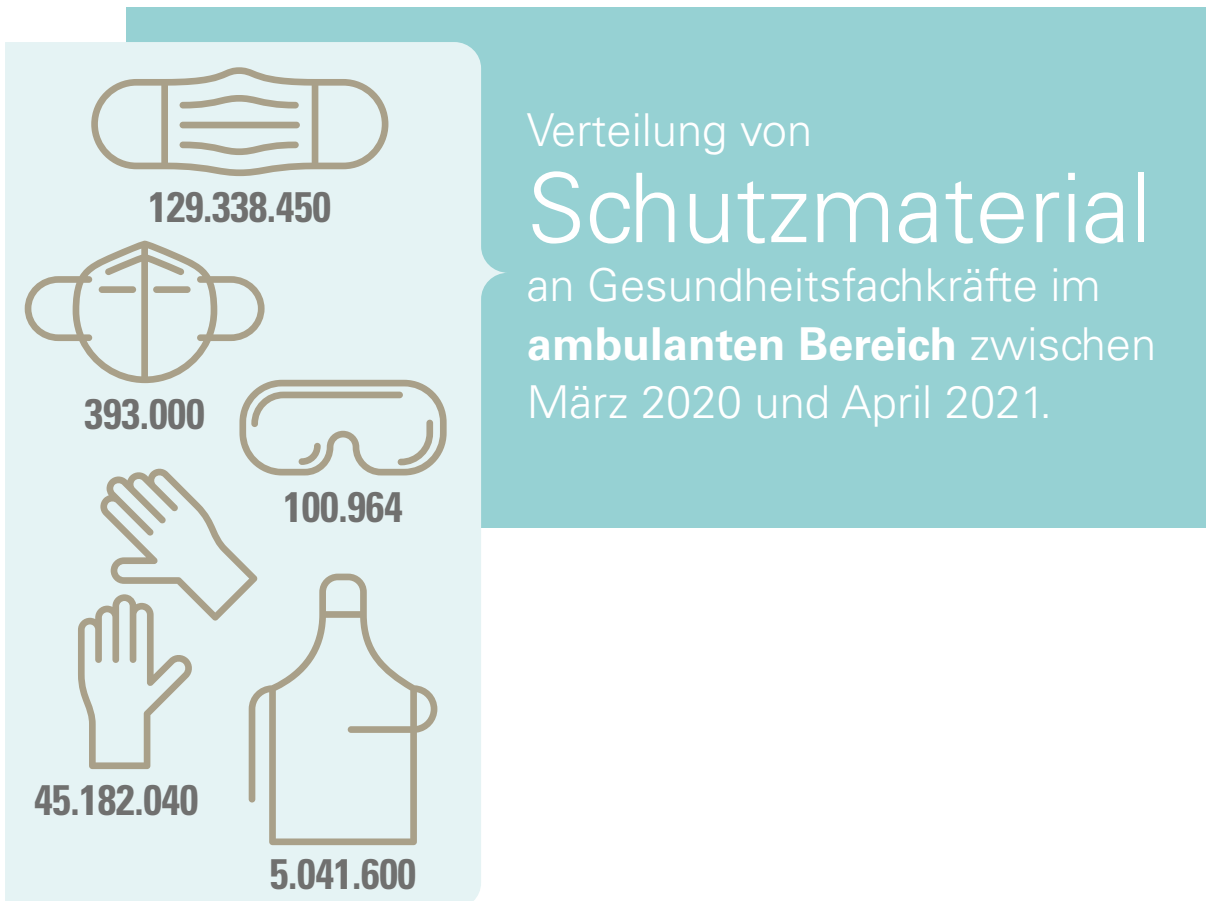
2021 gab es **158.704**
im ambulanten Sektor tätige
Gesundheitsfachkräfte.

ANZAHL DER IN DER AMBULANTEN PFLEGE TÄTIGEN PFLEGEKRÄFTE (MÄRZ/APRIL 2021)



4.2. Verteilung des Schutzmaterials

Die Abteilung Public Health Emergencies innerhalb des FÖD VSNU koordinierte die Verteilung des Schutzmaterials. Zu Beginn der Pandemie wurde das Material nur denjenigen Gesundheitsfachkräften zur Verfügung gestellt, die noch aktiv waren. Seit Mai 2020 wird das Material an alle Gesundheitsfachkräfte verteilt, damit die ambulante Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann.



Das Material wurde vom Verteidigungsministerium bereitgestellt, das es an alle Provinzen lieferte, woraufhin die Gouverneure für die weitere Verteilung auf lokaler Ebene sorgten. Außerdem wurde ein strategischer Vorrat angelegt. Der Inhalt des Vorrats wurde auf der Grundlage der Empfehlungen der beratenden Gremien für jeden Gesundheitsberuf festgelegt.

Die Bestandsverteilung wurde zunächst für die am stärksten gefährdeten Berufe vorgenommen und dann nach einem detaillierten Plan auf alle Gesundheitsberufe ausgedehnt. In diesem Zusammenhang wurde eine Anwendung entwickelt, in der sich jede Gesundheitsfachkraft registrieren kann, um Materialien zu erhalten.

Weitere Informationen
über Empfehlungen und
strategische Versorgung mit
Schutzausrüstung in der
ambulanten Pflege:

www.health.belgium.be



5. Gewährleistung der Pflege

Pflegepersonal und andere Gesundheitsfachkräfte stehen seit Beginn der Pandemie unter großem Druck. Es bestand das Risiko, dass aufgrund des anhaltenden Zustroms von COVID-19-Patienten nicht genügend Personal für die Pflege zur Verfügung stehen würde.

Aus diesem Grund wurde beschlossen, die Möglichkeit vorzusehen, dass bestimmte Pflegetätigkeiten von Personen ausgeübt werden können, die dazu nicht gesetzlich befugt sind. Auf diese Weise soll die Qualität und Sicherheit der Pflege auch während der Pandemie so weit wie möglich gewährleistet werden. Es handelt sich um eine außergewöhnliche, zeitlich begrenzte Maßnahme angesichts der besonderen Umstände, die durch die COVID-19-Pandemie entstanden sind. Die Tätigkeiten dürfen nur unter strengen, gesetzlich festgelegten Bedingungen ausgeübt werden^[29]: z. B. ist die Aufsicht einer koordinierenden Pflegekraft erforderlich, bevor die Tätigkeiten ausgeübt werden können, es muss ein Schulungskurs absolviert werden usw.

6. Hospital Outbreak Support Teams

Der Kampf gegen die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, stationären Einrichtungen und primären Gesundheitsdienstleistern verstärkt werden muss.

Zu diesem Zweck veröffentlichte der FÖD VSNU einen Aufruf zum Start eines Pilotprojekts „Hospital Outbreak Support Teams (HOST)“. Ziel ist es, die bereits bestehenden Teams IPC (Infection, Prevention & Control) und AMS (Antimicrobial Stewardship) während und nach der Pandemie zu unterstützen. Diese Projekte arbeiten auf zwei sich ergänzenden Achsen. Einerseits eine regionale Achse, die sich auf die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern konzentriert. Auf der anderen Seite eine einrichtungsübergreifende Achse, die das Fachwissen der Krankenhäuser den stationären Einrichtungen und anderen Fachleuten des Gesundheitswesens zur Verfügung stellen will.

29 [Gesetz vom 4.11.2020 über verschiedene soziale Maßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie und Gesetz vom 6.11.2020 zur Erlaubnis der Ausübung von Pflegetätigkeiten durch nicht gesetzlich zugelassene Personen im Rahmen der Coronavirus-COVID-19-Epidemie.](#)

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans gegen antimikrobielle Resistenz (NAP-AMR) werden die teilnehmenden Krankenhausnetzwerke ein HOST-Team einrichten, das sich aus Experten aus den Bereichen Infektionskrankheiten, medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene zusammensetzt. Die Aufgabe des Teams wird darin bestehen, die Prävention und Kontrolle von Infektionen zu verbessern. Darüber hinaus wird das HOST-Team die Kommunikation mit den Akteuren in Heimen, stationären Einrichtungen und der ambulanten Pflege sicherstellen. Zu diesem Zweck bieten sie eine ständig besetzte Telefonleitung und ein spezielles Schulungsprogramm an.

Obwohl es Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Heimen gibt, hat die Pandemie deren Grenzen aufgezeigt. Darüber hinaus zeigt die hohe Antwortquote auf die Aufforderung zur Einreichung von Pilotprojekten hinreichend, dass eine bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen erforderlich ist. An dem laufenden Projekt sind bereits 21 belgische Krankenhausnetze beteiligt.



föderaler öffentlicher dienst

**VOLKSGESUNDHEIT,
SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE
UND UMWELT**