

**KURZDOSSIER**  
**GESUNDHEITSPFLEGE**

Ausgabe 2021

**Geistige  
Gesundheitspflege**



# Colofon

## THEMA

Anhand einiger Kennzahlen bietet dieser Bericht einen **Überblick über die Funktionsweise von psychiatrischen Krankenhäusern (PK) und Psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (PAAK).**

## REDAKTIONSAUSSCHUSS

Die Mitglieder der Generaldirektion Gesundheitspflege, insbesondere die Dienste „Daten und politische Informationen“ und „Psychosoziale Gesundheitsversorgung“

## 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](http://www.health.belgium.be)  
und [www.healthybelgium.be](http://www.healthybelgium.be)

Ablieferung von Pflichtexemplaren: D/2021/2196/14

## GEISTIGE GESUNDHEITSPFLEGE FÜR ERWACHSENE

6

1. Organisation des Versorgungsangebots für Erwachsene 6
2. Krankenhausaktivitäten in PK und PAAK für Erwachsene 16
3. Die am häufigsten vorkommende Hauptdiagnose in PK und PAAK für Erwachsene 21
4. Patientenströme in PK und PAAK 24

## GEISTIGE GESUNDHEITSPFLEGE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

26

1. Organisation des Versorgungsangebots für Kinder und Jugendliche 26
2. Krankenhausaktivitäten in PK und PAAK für Kinder und Jugendliche 31

## INITIATIVEN BEZÜGLICH ALTERNATIVEN ZU KRANKENHAUSAUFENTHALTEN

35

1. Außerbetriebsetzen oder Einfrieren von Betten 35
2. Psychologische Grundversorgung (PGV) 38

## FINANZIERUNG DER PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSER

40

## PERSONAL IN PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSERN

42

## FORENSISCHE VERSORGUNG

44

1. Internierung 44
2. Spezialisierte Versorgung für junge Straftäter mit psychiatrischen Problemen („For K“) 49

## SUCHTHILFE

50

# VORWORT

„Die Zahlen ermöglichen eine Analyse. Der Fokus liegt heute auf der Nutzung und Optimierung dieser Daten, ihrer Interpretation und Vergleichbarkeit.“

**Annick Poncé**

Eine der Herausforderungen für die Direction générale Soins de Santé (DGGS) (Generaldirektion Gesundheitsversorgung), wie auch für viele andere Institutionen, ist es, eine solidere Datenstrategie zu definieren. Sie ist vielschichtig: sowohl die technische Verwaltung der Daten als auch deren Zugänglichkeit und die Verwertung dieser Daten. Innerhalb der DGGS wurden mehrere Initiativen in dieser Hinsicht ergriffen. Vor zwei Jahren wurde eine strategische Übung durchgeführt: die Überprüfung der Aufgabe, der Vision, der Strategie, der Organisationsstruktur, des Kapazitätsaufbaus und der Verwaltung der aktuellen Daten in einem evolutionären Ansatz, unter Berücksichtigung der externen Partnerschaften von heute und morgen. Diese Übung führte nicht nur zur Entwicklung eines „Strategischen Daten- und Informationsdienstes“, sondern hatte vor allem das Verdienst, das Wesentliche herauszuarbeiten.

Wir besitzen eine enorme Menge an Daten, vor allem in den 4 Sektoren, in denen die DGGS aktiv ist: Krankenhäuser, Gesundheitsfachkräfte, Medizinische Soforthilfe und Psychosoziale Betreuung. Für 2019 haben wir daher beschlossen, für jeden der 4 Sektoren, in denen wir hauptsächlich tätig sind, einen periodischen zusammenfassenden Bericht zu veröffentlichen. Wir haben uns entschieden, die wichtigsten Eckdaten für jeden Bereich verständlich darzustellen.

In unserem ersten Bericht mit dem Titel „[Wichtigste Daten im Gesundheitswesen - Allgemeine Krankenhäuser](#)“ stellten wir Ihnen folgende Daten vor:

- Schlüsseldaten zur Organisation: Anzahl der Krankenhäuser, Art der Krankenhäuser etc.
- Schlüsseldaten der Finanzierung: z. B. Budget, Teile des Budgets etc.
- Schlüsseldaten in Bezug auf die Pflege: z. B. Pflegearten, Pflegevolumen usw.
- Schlüsseldaten in Bezug auf Qualität: z. B. Anzahl der Indikatoren, die uns im Rahmen von Qualitätsprogrammen zur Verfügung stehen (mehrfachjährige Qualitäts- und Sicherheitsprogramme, Bapcoc, Belmip, Ärztekammern, pharmazeutische Plattform, BFHI, P4Q etc.)

Die Begeisterung, die die erste Ausgabe der „wichtigsten Daten im Gesundheitswesen“ ausgelöst hat, bestärkt uns in unserer Überzeugung. Wir verfügen über eine Fülle von Daten. Dieses Wissen gehört allen. Dieser Reichtum an Wissen ist nur wertvoll, wenn er geteilt wird. Und genau das ist wichtig: teilen, die Daten verarbeiten und sich die Zeit nehmen, einen Nutzen daraus zu ziehen und es bei unseren nächsten Entscheidungen mit Nützlichkeit und Weisheit anzuwenden.

Der heutige Bericht ist der **psychischen Gesundheitsversorgung** gewidmet. Wir hinterfragen die Funktionsweise der **Psychiatrischen Krankenhäuser (PK)** und der **Psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinen Krankenhäuser (PAAK)**. Die Darstellung der Zahlen ist der erste und bescheidene Schritt in der Analyse, um ein umfassendes Bild von der Struktur und Funktionsweise eines Sektors zu erhalten.

Es ist unsere Absicht, diese „Wichtigsten Daten“ regelmäßig zu wiederholen, damit wir Entwicklungen und Trends aufzeigen können. Unser Bestreben ist es, diese Analysen mit Ihnen zu teilen und in Zukunft weiterzuentwickeln.

Viel Spaß beim Lesen,

**Annick Poncé**  
Generaldirektorin F.F.

# EINLEITUNG

Die Politik bezüglich der geistigen Gesundheitspflege (GGP) in Belgien liegt zum Teil in der Zuständigkeit der Gemeinden und Regionen und zum Teil in der Zuständigkeit der Föderalregierung. Um die Kohärenz zu fördern, wurde die Interministerielle Konferenz „Volksgesundheit“ (IMK Volksgesundheit) gegründet. Die Protokolle dieser IMK bilden die Grundlage für die verschiedenen Reformen in der geistigen Gesundheitspflege in Belgien.

Diese Reformen konzentrieren sich auf bestimmte Zielgruppen in verschiedenen Alterskategorien. So wurden die Reformen für „Erwachsene“ und „Kinder und Jugendliche“ bereits in Pilotprojekte umgesetzt, in denen diese neue Politik auf freiwilliger Basis schrittweise in die Praxis umgesetzt wird. Mit der Zeit sollten diese Projekte zu neuen Vorschriften und Finanzierungsmöglichkeiten führen. Derzeit werden Schritte unternommen, um eine neue GGP-Politik für die Zielgruppe „ältere Menschen“ zu entwickeln.

Zwei Themen ziehen sich wie ein roter Faden durch all diese Reformen, nämlich die **„Sozialisierung der geistigen Gesundheitspflege“** und die **„Zusammenarbeit in Netzwerken“**.

Sozialisierung bedeutet, dass auch bei schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen ein möglichst großer Teil der Pflege im unmittelbaren Umfeld der Patientinnen und Patienten angeboten wird. Wenn eine Krankenhausaufnahme unvermeidlich ist, sollte sie so kurz wie möglich sein. Die Nachsorge wird so schnell wie möglich an außerklinische Pflegebringer übertragen. Dieses Prinzip impliziert, dass die Krankenhausversorgung intensiviert wird.

Die Zusammenarbeit in Netzwerken impliziert, dass Pflegebringer und -akteure gemeinsam personalisierte Pflegeverläufe realisieren, die auf den individuellen Pflegebedürfnissen der Patientinnen und Patienten basieren.

In diesem Kurzdossier gehen wir nicht auf die Bandbreite von Pflegebringern ein, die Teil der geistigen Gesundheitspflege (GGP) ist, sondern richten unser Augenmerk auf den möglichen Effekt dieser Arbeitsweise auf die Krankenhauslandschaft sowie auf die Funktionsweise psychiatrischer Krankenhäuser (PK) und psychiatrischer Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern (PAAK).

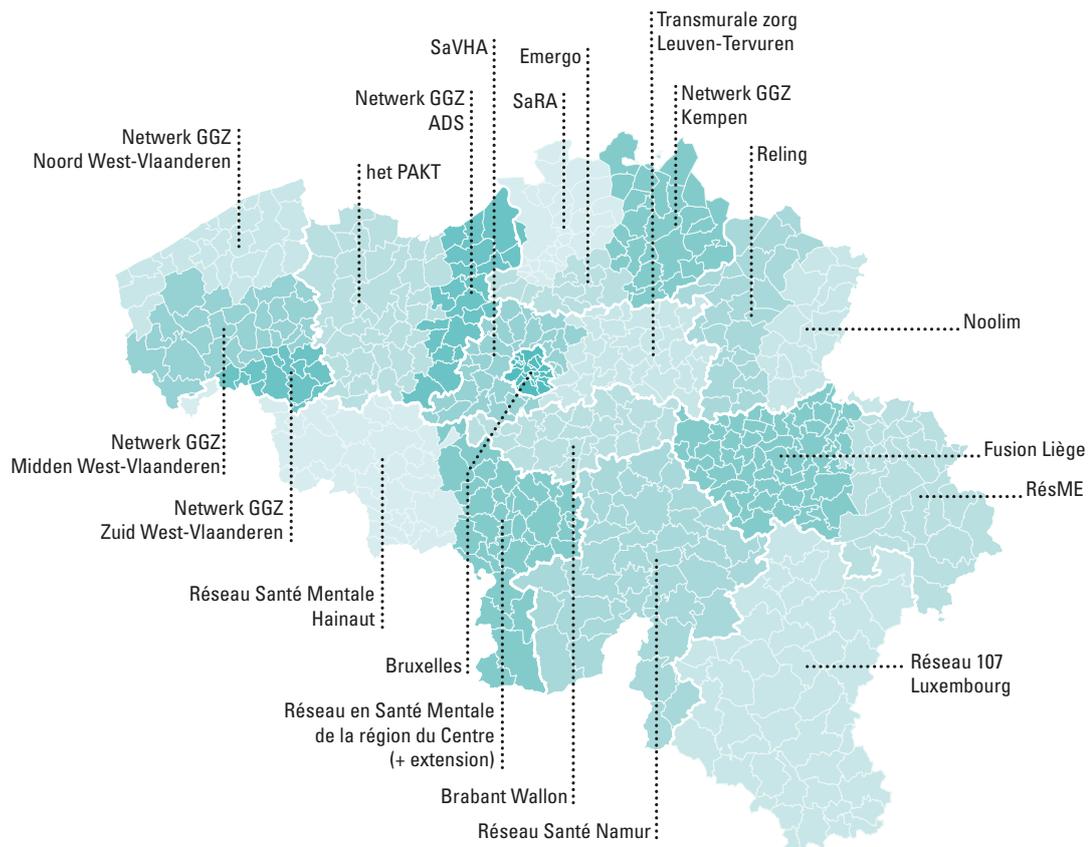
Das Pflegeangebot für „Erwachsene“ und „Kinder und Jugendliche“ ist so unterschiedlich und von unterschiedlicher Größenordnung, dass beschlossen wurde, die Daten entsprechend diesen Zielgruppen aufzuschlüsseln.

# GEISTIGE GESUNDHEITSPFLEGE FÜR ERWACHSENE

## 1. Organisation des Versorgungsangebots für Erwachsene

### 1.1. Netzwerke in der geistigen Gesundheitspflege für Erwachsene

Vor zehn Jahren gab die Interministerielle Konferenz (IMK) „Volksgesundheit“ den Startschuss für die Reform der geistigen Gesundheitspflege von Erwachsenen. Es wurden mehrere Pilotprojekte gestartet, wobei Netzwerke für die geistige Gesundheitspflege (GGP-Netzwerke) geschaffen und systematisch ausgebaut wurden. Im Jahr 2017 fand eine Überprüfung statt und eine Reihe von Netzwerken wurde umgestaltet, sodass letztendlich **20 GGP-Netzwerke für Erwachsene** übrig blieben. Zurzeit ist jede belgische Gemeinde Teil eines dieser 20 GGP-Netzwerke.



Nähere Auskünfte über die verschiedenen Initiativen hinsichtlich der geistigen Gesundheitspflege für Erwachsene:

[www.psy107.be](http://www.psy107.be)

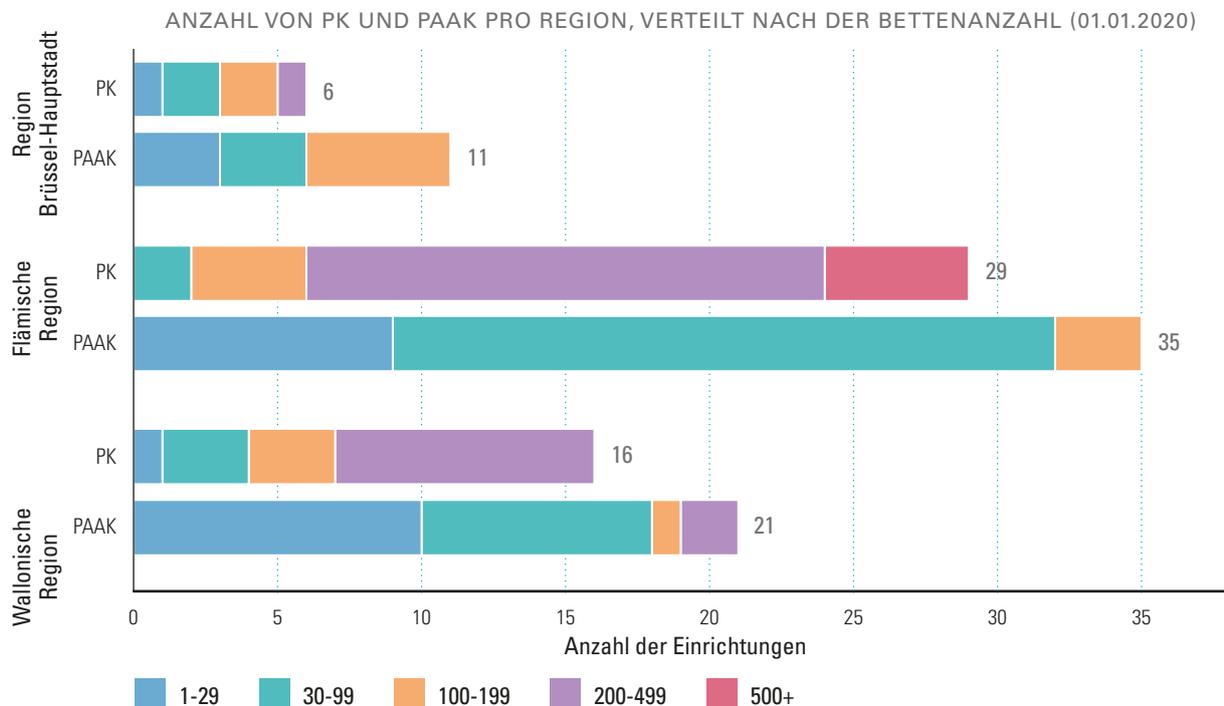


## 1.2. Krankenhäuser

Belgien zählt **51 psychiatrische Krankenhäuser (PK)** und **67 psychiatrische Abteilungen innerhalb von allgemeinen Krankenhäusern (PAAK)**, in denen Erwachsene mit psychiatrischen Problemen aufgenommen werden.<sup>[1]</sup>



Ein Drittel der PAAK hat ein begrenztes psychiatrisches Versorgungsangebot für Erwachsene und verfügt nur über 1 bis 30 Bett(en) für diesen Zweck. Dennoch gibt es in Belgien 11 allgemeine Krankenhäuser, die über 100 oder mehr psychiatrische Betten für Erwachsene verfügen. Darüber hinaus gibt es eine begrenzte Anzahl von PK mit einer sehr geringen Bettenzahl, die oft hauptsächlich Tagesaufnahmen anbieten.



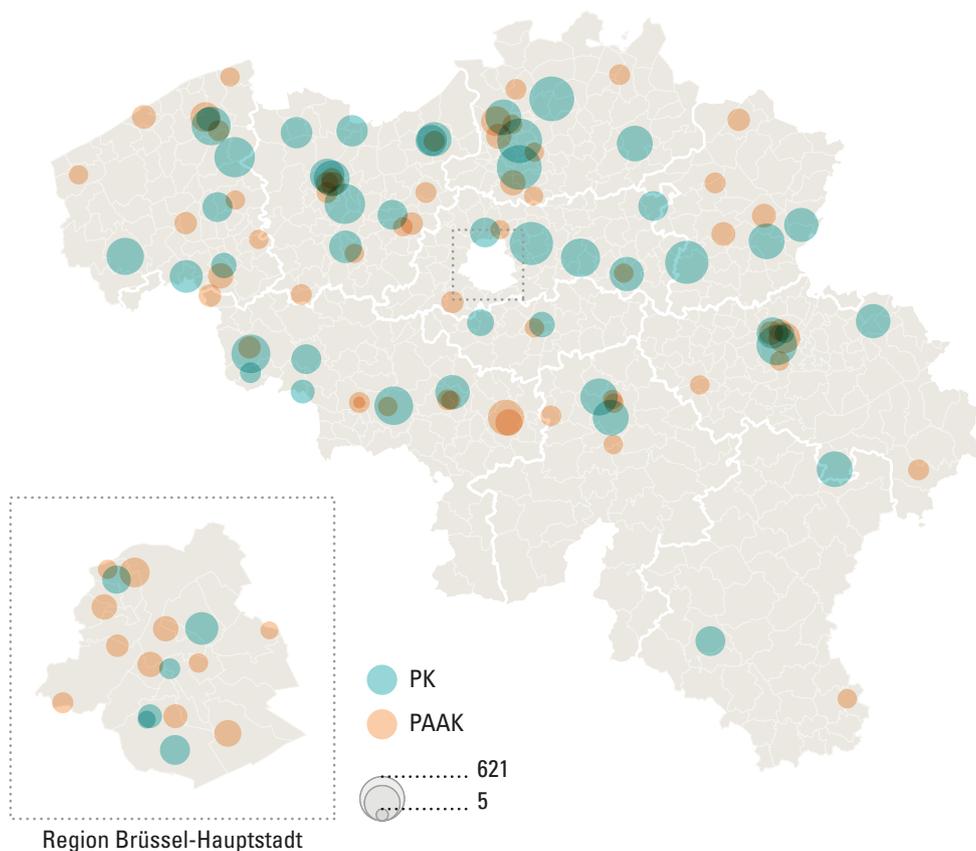
In der Flämischen Region gibt es deutlich mehr PK und PAAK als in den anderen Regionen. Es ist auch die einzige Region, die 5 PK mit Platz für mehr als 500 Patientinnen und Patienten hat. In der Region Brüssel-Hauptstadt gibt es fast doppelt so viele PAAK wie PK. Fast die Hälfte der PAAK hat 100 oder mehr Betten. Auch in der Wallonischen Region sind große PAAK zu finden, zwei davon sogar mit mehr als 200 Betten.

1 Quelle: KIZ, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (01.01.2020).

Sowohl das Angebot als auch die Verteilung der PAAK und PK unterscheidet sich von Region zu Region. In der Flämischen Region ist die Verteilung von PK und PAAK für Erwachsene am ausgewogensten. Man sieht Konzentrationen rund um Großstädte wie Gent, Antwerpen und Löwen. Dagegen ist das Angebot psychiatrischer Dienste für Erwachsene in der Westhoek, den Flämischen Ardennen und daran angrenzend dem Pajottenland und der Region der Kempen mit dem Norden Limburgs eher begrenzt. Dennoch kann man sagen, dass in einem Umkreis von 50 Kilometern von jedem Ort ein PK oder PAAK vorhanden ist.

In der Wallonischen Region ist die Situation eine gänzlich andere. Fast alle PK und PAAK für Erwachsene sind auf der Achse Doornik, Charleroi, Bergen, Lüttich, Verviers angesiedelt. In den Bezirken Thuin, Philippeville, Dinant, Marche-en-Famenne, Neufchâteau und Bastogne ist hingegen keine einzige PAAK und kein einziges PK vorhanden.

VERTEILUNG VON PK UND PAAK IN BELGIEN  
MIT ANGABE DER BETTENANZAHL FÜR ERWACHSENE (01.01.2020)



### 1.3. Arten von Krankenhausaufenthalten

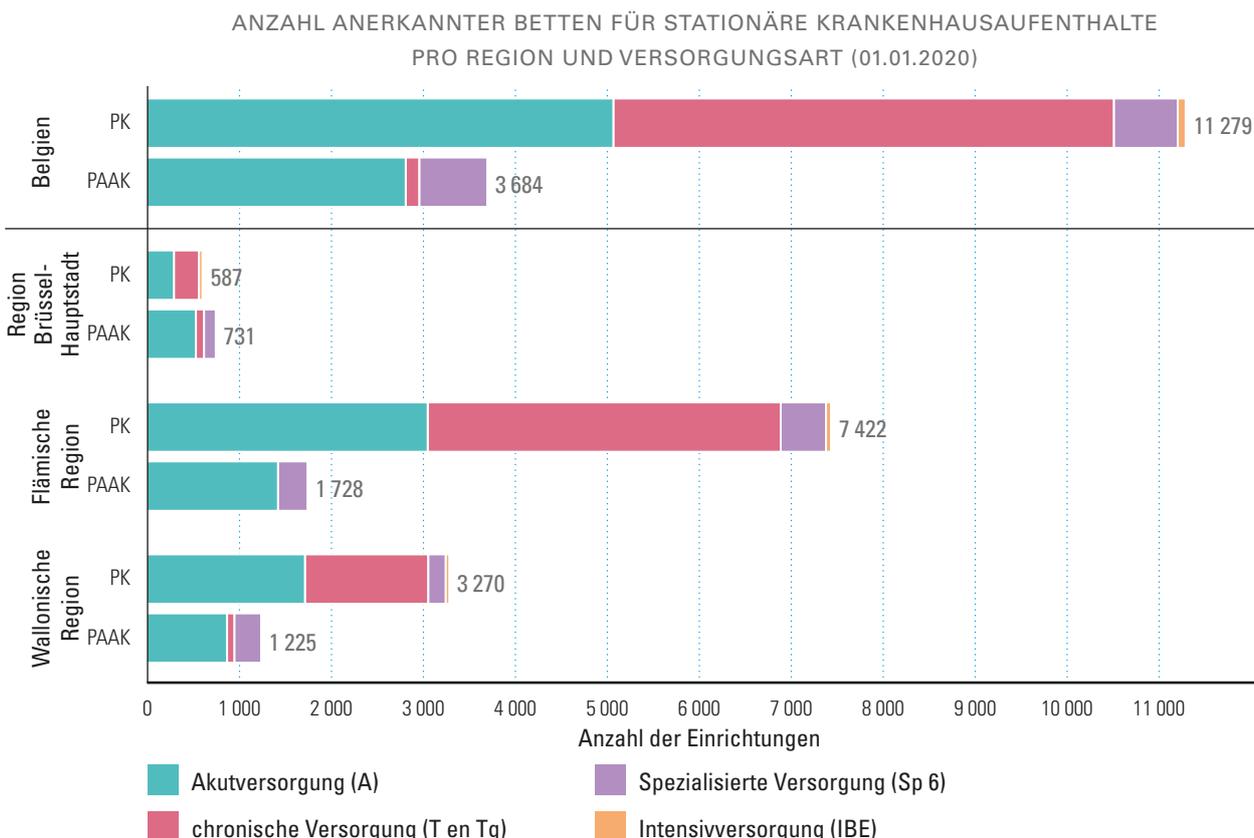
In der psychiatrischen Versorgung kann ein(e) Patient/in in einem psychiatrischen Dienst aufgenommen werden, wobei der Patient Tag und Nacht in der Einrichtung bleibt. Man spricht dann von einem stationären Krankenhausaufenthalt. Es kann auch sein, dass ein Patient nur tagsüber oder nur nachts in der Einrichtung bleibt. Dies nennt man dann einen teilstationären Krankenhausaufenthalt.

#### ARTEN VON BETTEN FÜR DEN STATIONÄREN KRANKENHAUSAUFENTHALT

Psychiatrische Einrichtungen werden je nach angebotener Therapie oder der Pathologie häufig in verschiedene Einheiten eingeteilt. In jeder Einheit sind eine Anzahl Betten verfügbar, die mit einem spezifischen Kennbuchstaben versehen sind, der die angebotene Art der Versorgung widerspiegelt:

- **Betten für die Akutversorgung (Kennbuchstabe A):** neuropsychiatrischer Dienst zur Beobachtung und Behandlung (Tag und Nacht) von erwachsenen Patientinnen und Patienten, die dringend Hilfe benötigen;
- **Betten für die chronische Versorgung (Kennbuchstabe T):** neuropsychiatrischer Behandlungsdienst (Tag und Nacht) für langwierige und chronische Probleme bei Erwachsenen, gerichtet auf die soziale Wiedereingliederung. In dieser Publikation werden **Betten für die neuropsychiatrische Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten (Kennbuchstabe Tg)** mit zu dieser Kategorie gezählt;
- **Betten für die spezialisierte Versorgung (Kennbuchstabe Sp 6):** spezialisierter Behandlungs- und Rehabilitationsdienst für Patientinnen und Patienten mit psychogeriatrischen und chronischen Erkrankungen;
- **Betten für die Intensivversorgung (Kennbuchstabe IBE: Pilotprojekt seit 2009):** intensive Behandlungseinheit für schwer verhaltensgestörte und/oder aggressive, erwachsene Patientinnen und Patienten.

Die öffentlichen PK in Geel und Lierneux verfügen ebenfalls über Betten und Plätze für die „Familienunterbringung oder psychiatrische Versorgung von Familien“ (Kennbuchstabe Tf). Diese sind untypisch für die belgische Krankenhauslandschaft und werden in dieser Publikation außer Betracht gelassen.



Die obigen Zahlen zeigen die Anzahl der psychiatrischen Betten für Erwachsene in absoluten Zahlen. Es ist zu beobachten, dass PAAK hauptsächlich Betten für die Akutversorgung haben (Kennbuchstabe A).

Außerdem sieht man eine große Diskrepanz zwischen den verschiedenen Regionen. Werden die Zahlen jedoch in Abhängigkeit von der Einwohnerzahl ausgedrückt, stellt man fest, dass der Unterschied zwischen den Regionen weniger ausgeprägt ist, die Flämische Region aber mit 138 Betten pro 100.000 Einwohner immer noch an der Spitze liegt. Im Durchschnitt gibt es in Belgien in PK und PAAK zusammen 130 stationäre Betten pro 100.000 Einwohner.

ANZAHL ANERKANNTER BETTEN FÜR STATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALTE  
PRO 100.000 EINWOHNER JE REGION (01.01.2020)



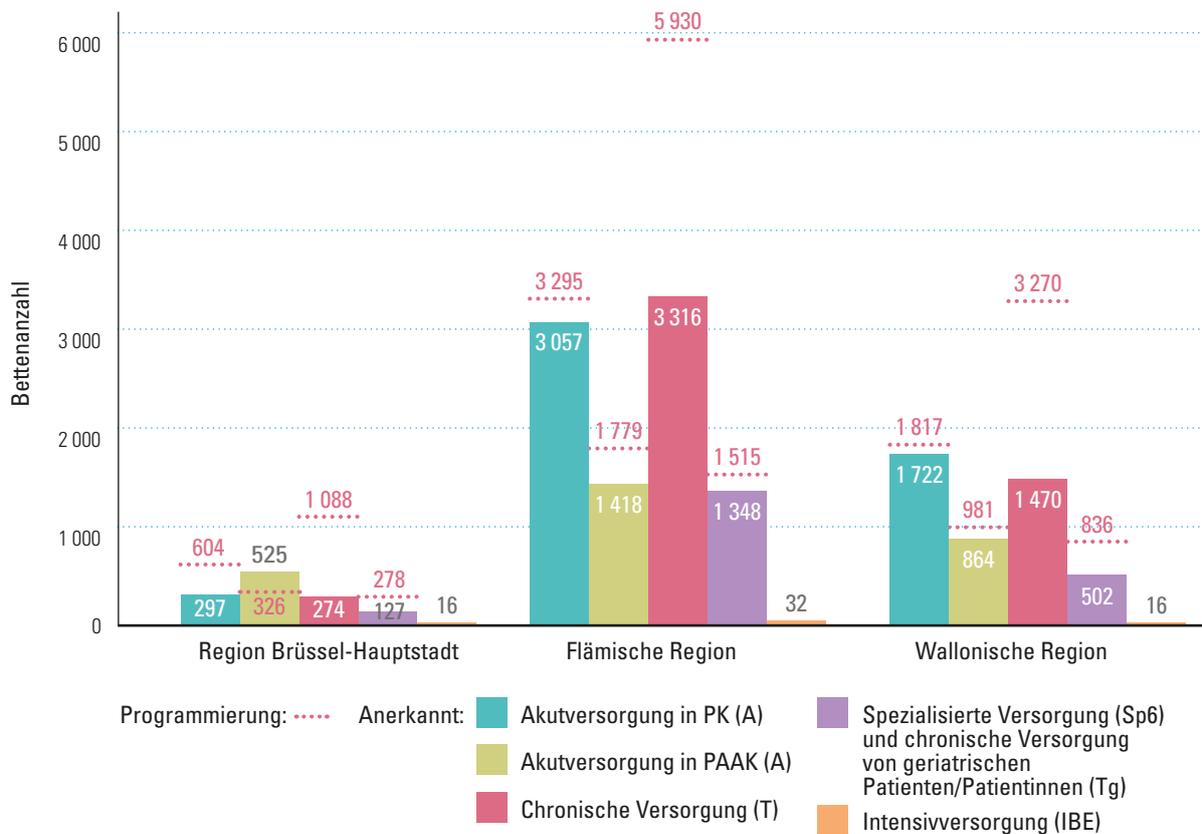
Durchschnittlich verfügen wir  
in Belgien über

**130 stationäre Betten**  
in PK und PAAK zusammen  
**pro 100.000 Einwohner**

Die Anzahl der Betten und deren Verteilung ist historisch gewachsen. Um eine gleichmäßige Verteilung zu erreichen, wurden von der Föderalregierung Programmierungskriterien eingeführt<sup>[2]</sup>.

Kennbuchstabe	Programmierungskriterium
A (PK)	<b>0,50</b> Betten pro 1.000 Einwohner
A (PAAK)	<b>0,27</b> Betten pro 1.000 Einwohner
T	<b>0,90</b> Betten pro 1.000 Einwohner
Sp6 + Tg	<b>0,23</b> Betten pro 1.000 Einwohner
IBE	<b>64</b> Betten für Belgien

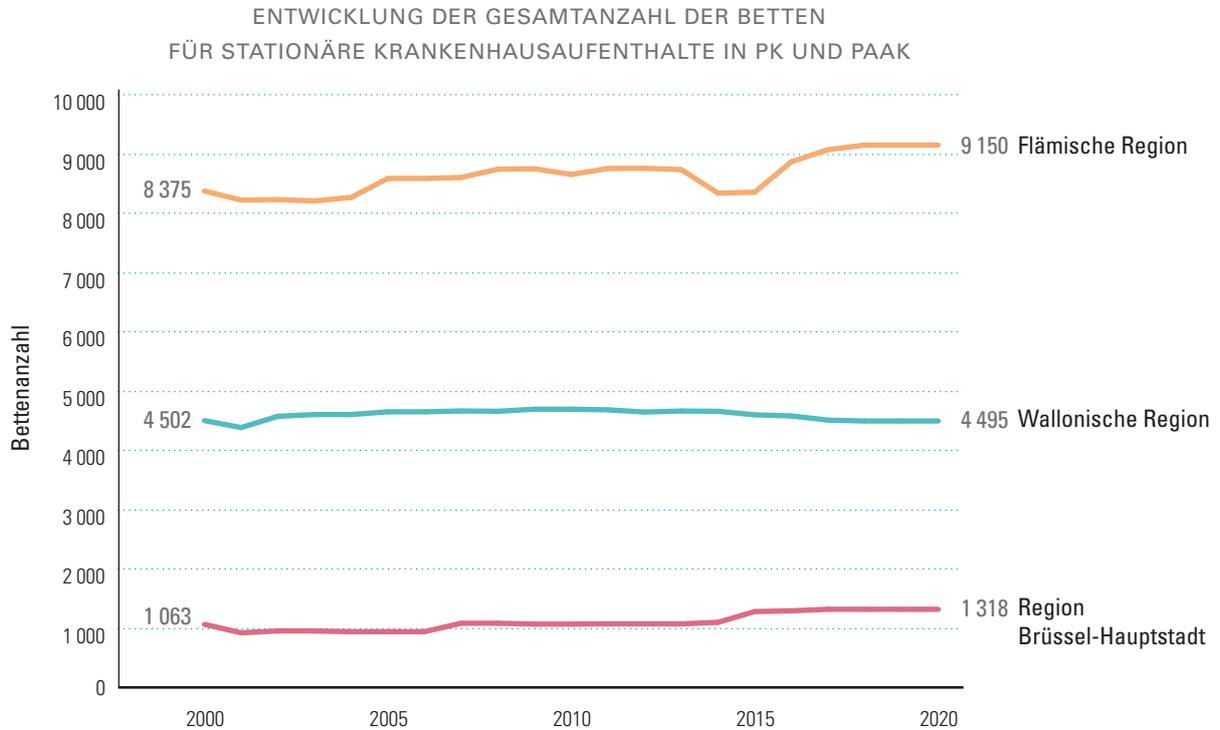
ANZAHL IN DER PROGRAMMIERUNG VORGESEHENER UND ANZAHL ANERKANTER BETTEN FÜR STATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALTE JE REGION (01.01.2020)



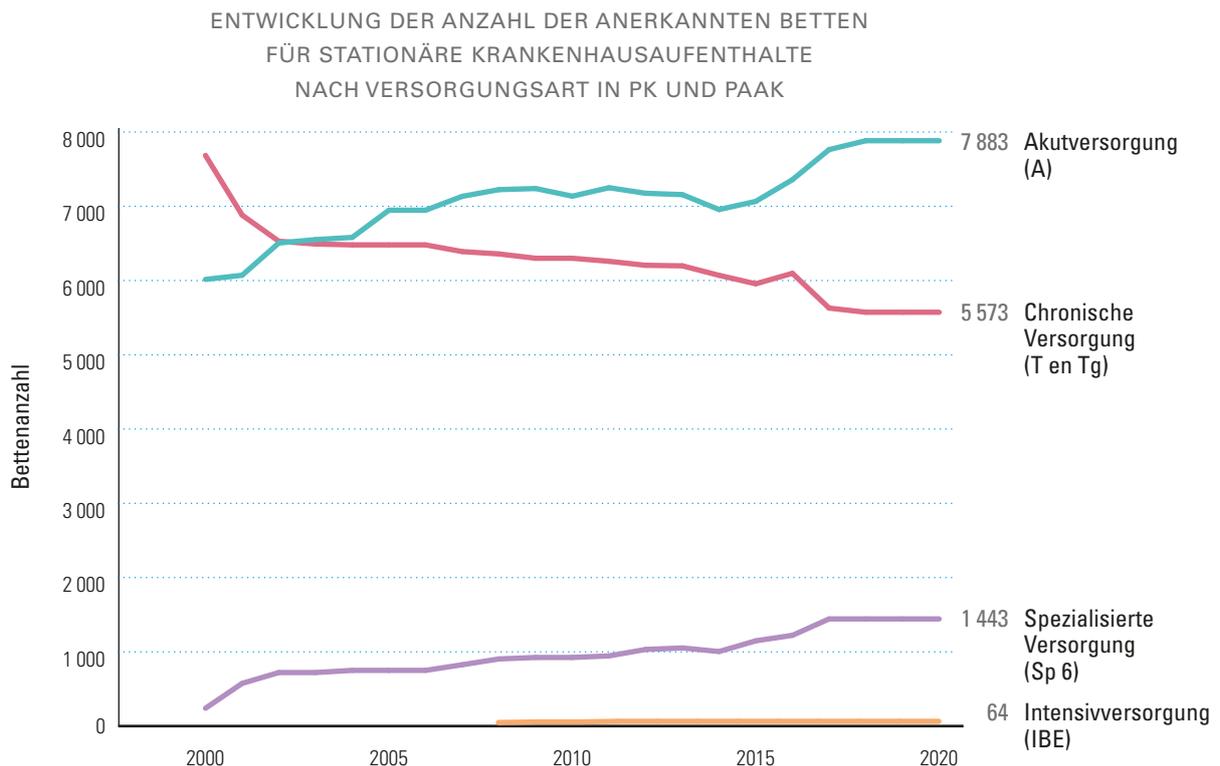
Die Region Brüssel-Hauptstadt verfügt über mehr stationäre Betten für die Akutversorgung (Präfix A) in PAAK pro 1.000 Einwohner als im Programmierungskriterium vorgesehen. Allerdings verfügt die Region über weniger stationäre Betten für die Akutversorgung (Kennbuchstabe A) pro 1.000 Einwohner in PK, was untypisch für die allgemeine Angebot an psychiatrischen Krankenhausbetten ist.

2 Weitere Informationen zu den Programmierungszahlen finden Sie auf der folgenden Website: [Zahlen zur Programmierung von Krankenhausbetten](#) und [Erläuterungen zur Programmierung von Krankenhausbetten](#) (beide auf Niederländisch).

Die Gesamtzahl der psychiatrischen Betten für Erwachsene in PK und PAAK für stationäre Aufenthalte schwankt im Zeitverlauf nur wenig. Wenn wir die letzten 20 Jahre betrachten, sehen wir einen Status Quo in der Wallonischen Region, einen Anstieg von 9,3 % in der Flämischen Region und von 24,0 % in der Region Brüssel-Hauptstadt.



Wenn wir uns die Entwicklung der Bettenzahl nach Versorgungsart ansehen, stellen wir fest, dass es ab 2015 eine Verschiebung der Betten für die chronische Versorgung zu Betten für die Akutversorgung gab. Dies spiegelt die Bemühungen im Rahmen der Reform der geistigen Gesundheitspflege wider. Hier wurde festgelegt, dass ohne den Abbau der Bereitstellung anderer Betten keine neuen Betten geschaffen werden können.



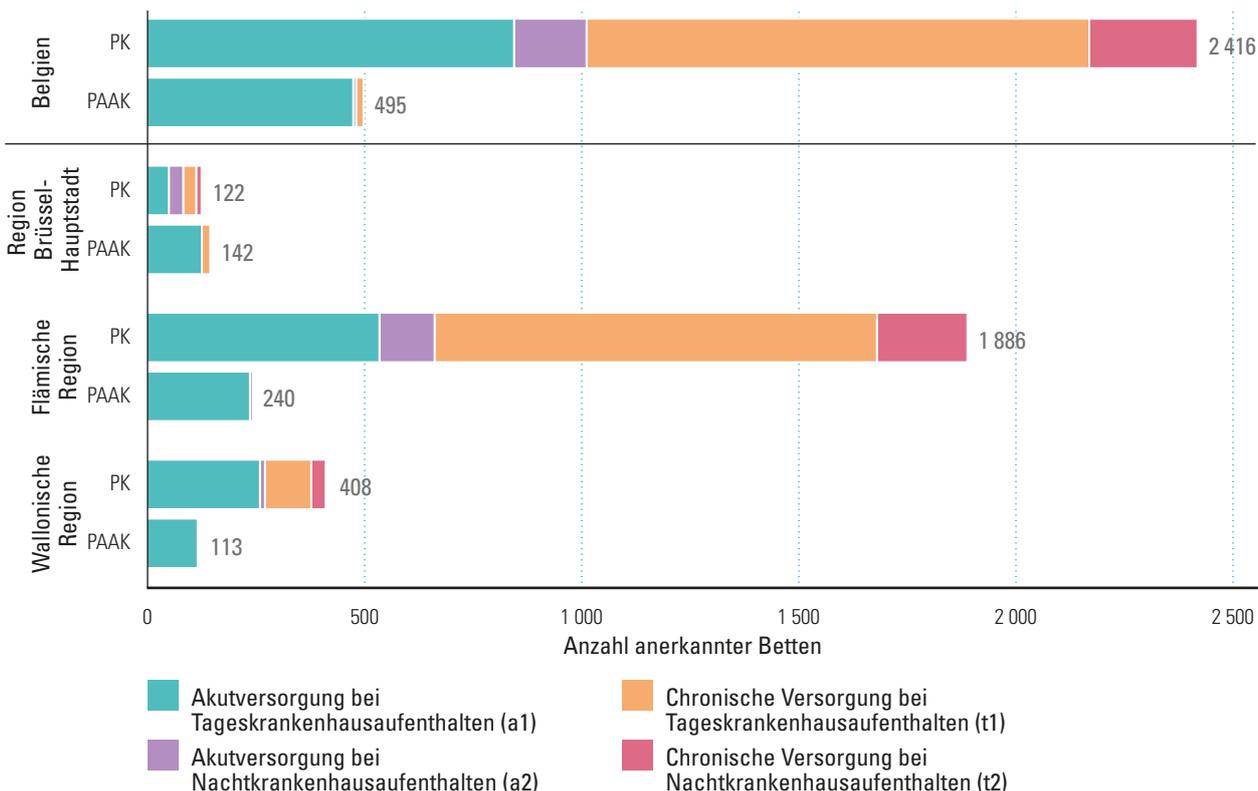
## ARTEN DER BETTEN UND PLÄTZE FÜR TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Bei einem teilstationären Aufenthalt wird zwischen den folgenden Arten von Betten und Plätzen unterschieden:

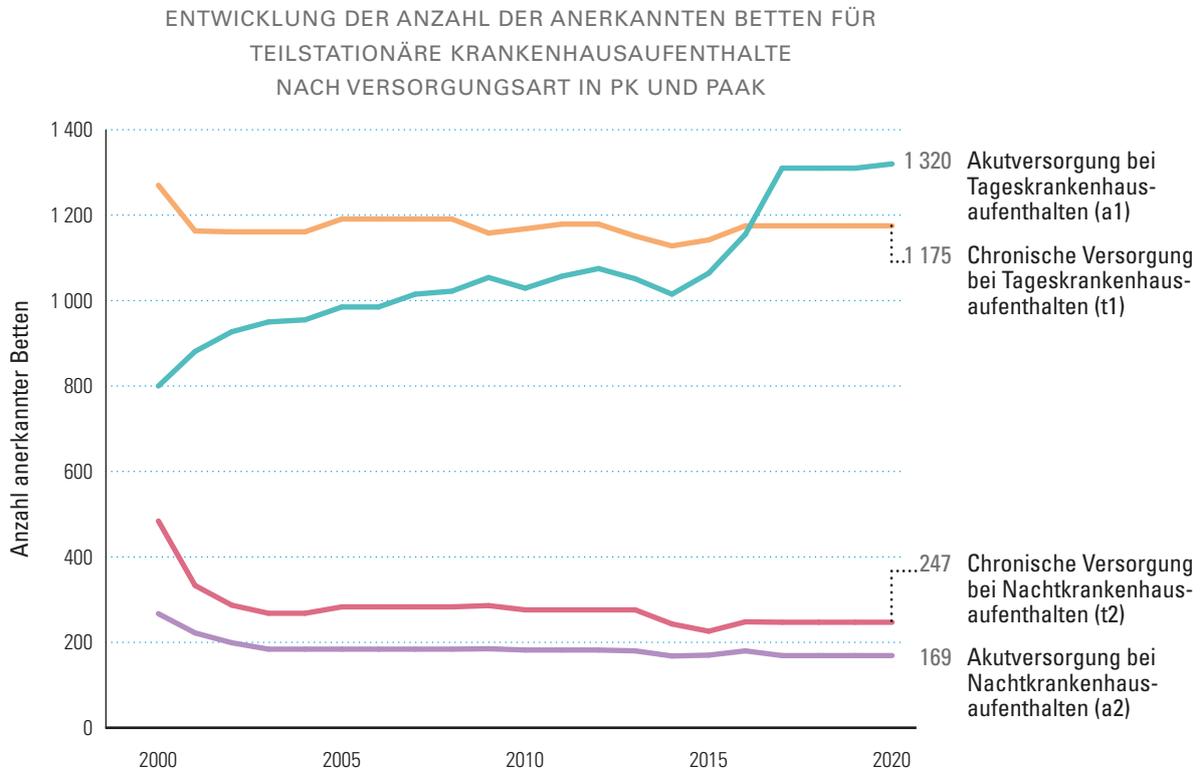
- **Plätze für die Akutversorgung bei Tageskrankenhausaufenthalten (Kennbuchstabe a1):** neuropsychiatrischer Dienst zur Beobachtung und Behandlung bei Tageskrankenhausaufenthalten von erwachsenen Patientinnen und Patienten, die dringend Hilfe benötigen;
- **Betten für die Akutversorgung bei Nachtkrankenhausaufenthalten (Kennbuchstabe a2):** neuropsychiatrischer Dienst zur Beobachtung und Behandlung bei Nachtkrankenhausaufenthalten von erwachsenen Patientinnen und Patienten, die dringend Hilfe benötigen;
- **Plätze für die chronische Versorgung bei Tageskrankenhausaufenthalten (Kennbuchstabe t1):** neuropsychiatrischer Dienst bei Tageskrankenhausaufenthalten von Erwachsenen mit langfristigen und chronischen Problemen.
- **Betten für die chronische Versorgung bei Nachtkrankenhausaufenthalten (Kennbuchstabe t2):** neuropsychiatrischer Dienst bei Nachtkrankenhausaufenthalten von Erwachsenen mit langfristigen und chronischen Problemen.

Die Dienste für teilstationäre Aufenthalte sind vor allem in PK angesiedelt. In PAAK werden keine Betten für Nachtkrankenhausaufenthalte angeboten, mit Ausnahme von 2 Betten für die Akutversorgung bei Nachtkrankenhausaufenthalten (a2-Betten) in der Flämischen Region. Im Bereich der Tageskrankenhausaufenthalte werden in PAAK hauptsächlich Dienste für die Akutversorgung (a1-Betten) angeboten. Es gibt nur eine PAAK in der Region Brüssel-Hauptstadt, die 17 Plätze für die chronische Versorgung bei Tageskrankenhausaufenthalten anbietet (t1-Betten).

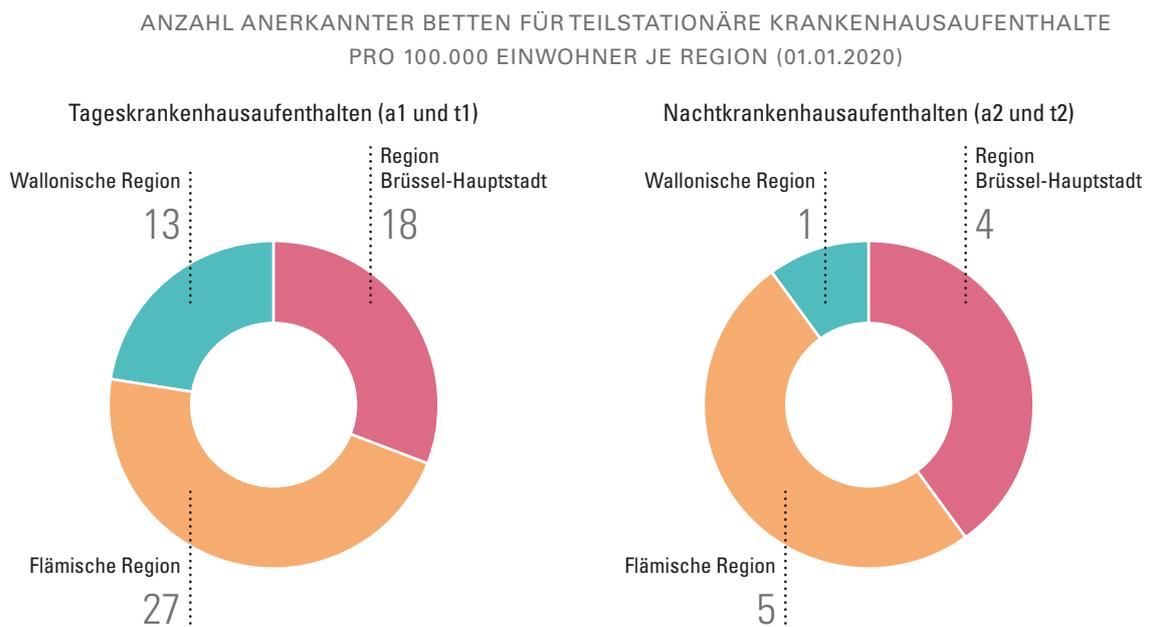
ANZAHL ANERKANNTER BETTEN FÜR TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALTE  
PRO REGION UND VERSORGUNGSART (01.01.2020)



Im Laufe der Jahre haben wir einen leichten Rückgang des Platzangebots für Nachtkrankenhausaufenthalte festgestellt. Die Zahl der Plätze für akute Tageskrankenhausaufenthalte (a1) nimmt deutlich zu. In der Praxis bedeutet dies eine Umstellung des Angebots von einer eher chronischen Versorgung auf eine Akutbehandlung oder Tagestherapie.



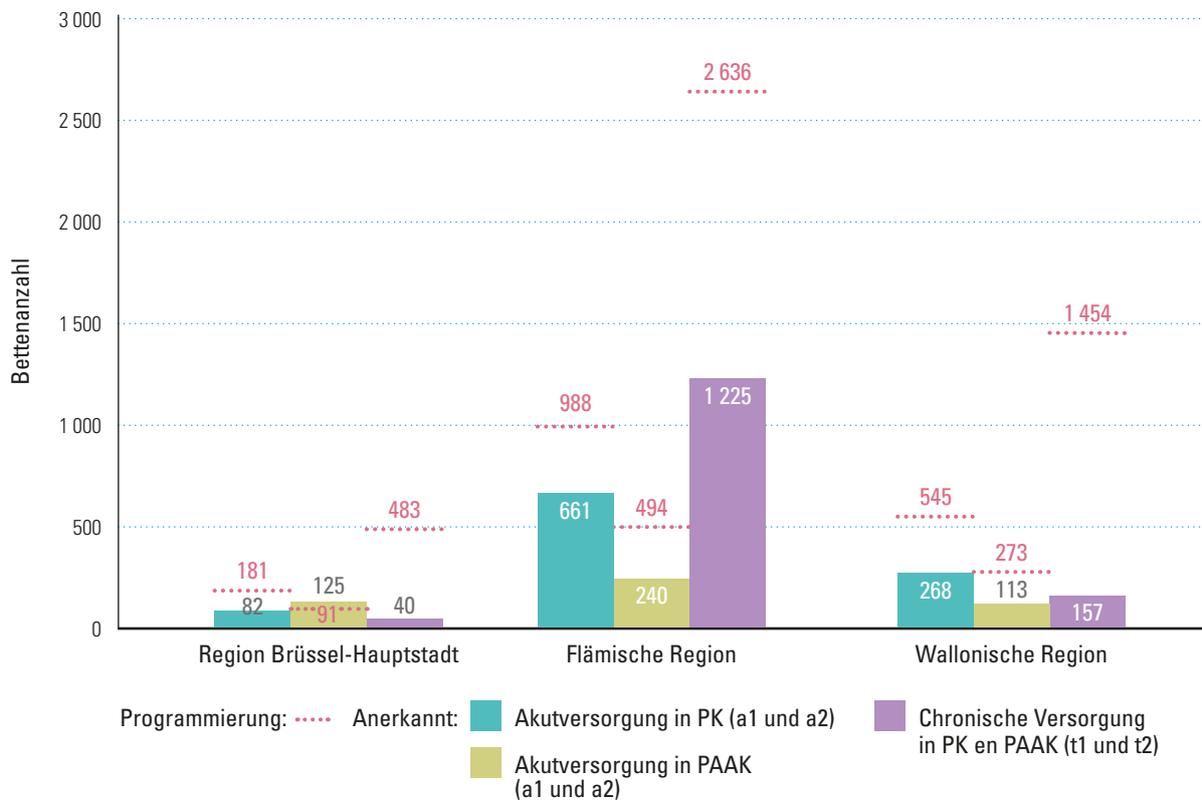
Im Verhältnis zur Einwohnerzahl werden in der Flämischen Region mehr Plätze für teilstationäre Aufenthalte angeboten, sowohl was die Tages- als auch die Nachtkrankenhausaufenthalte angeht. Das Angebot an Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalten ist am niedrigsten in der Wallonischen Region.



In der Region Brüssel-Hauptstadt stellen wir fest, dass in PAAK mehr Betten bzw. Plätze für Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalte zur Verfügung stehen als in den Programmierungszahlen beschrieben. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei weniger als der Hälfte der Betten bzw. Plätze in PK um „anerkannte Betten/Plätze“ als in den Programmierungszahlen beschrieben.

Kennbuchstabe	Programmierungskriterium
a1 + a2 (PK)	<b>0,15</b> Betten pro 1.000 Einwohner
a1 + a2 (PAAK)	<b>0,075</b> Betten pro 1.000 Einwohner
t1 + t2	<b>0,40</b> Betten pro 1.000 Einwohner

ANZAHL IN DER PROGRAMMIERUNG VORGEGEHENER UND ANZAHL ANERKANTER BETTEN FÜR TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSAUFENTHALTE JE REGION (01.01.2020)<sup>[3]</sup>

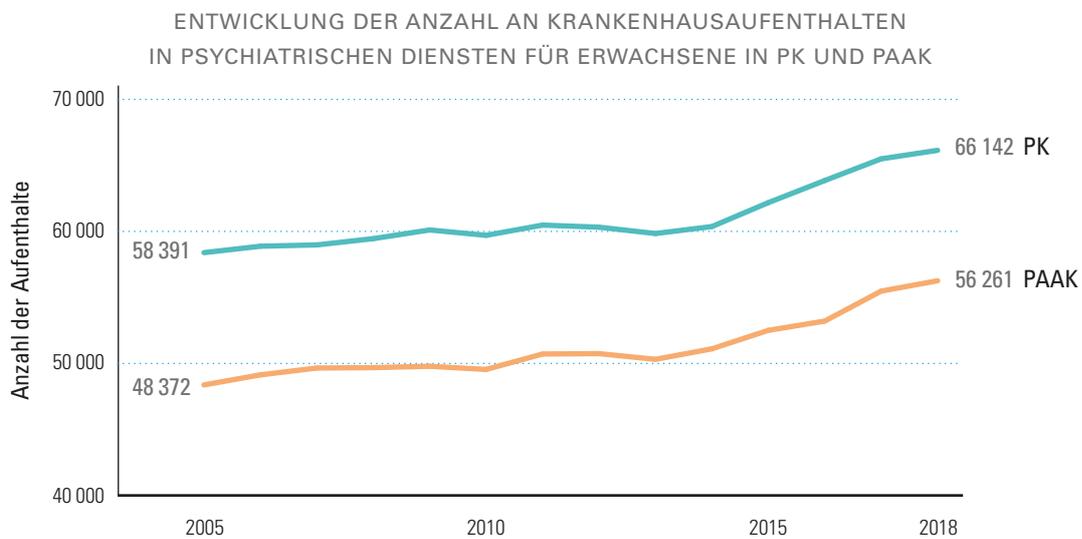


3 Weitere Informationen zu den Programmierungszahlen finden Sie auf der folgenden Website: [Zahlen zur Programmierung von Krankenhausbetten](#) und [Erläuterungen zur Programmierung von Krankenhausbetten](#) (beide auf Niederländisch).

## 2. Krankenhausaktivitäten in PK und PAAK für Erwachsene

### 2.1. Krankenhausaufenthalte

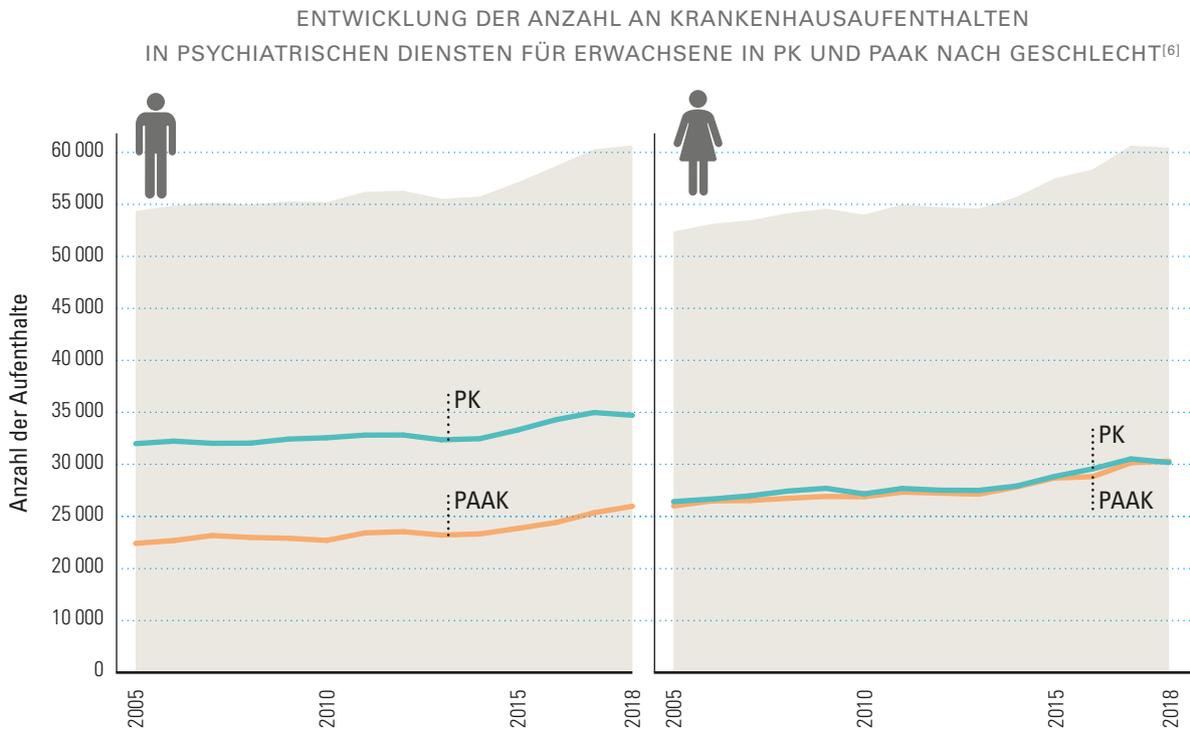
Im Jahr 2018 wurden insgesamt 122.403 Aufenthalte (stationär und teilstationär) in psychiatrischen Diensten für Erwachsene in PK und PAAK erfasst. 66.142 davon wurden in PK und 56.261 in PAAK durchgeführt<sup>[4],[5]</sup>. Im Vergleich zu 2005 bedeutet dies einen Anstieg der Aufenthaltswahlen um 13,3 % in PK und 16,3 % in PAAK. Darüber hinaus stellen wir fest, dass die Entwicklung der Anzahl der Aufenthalte in PAAK fast parallel zu der in PK verläuft.



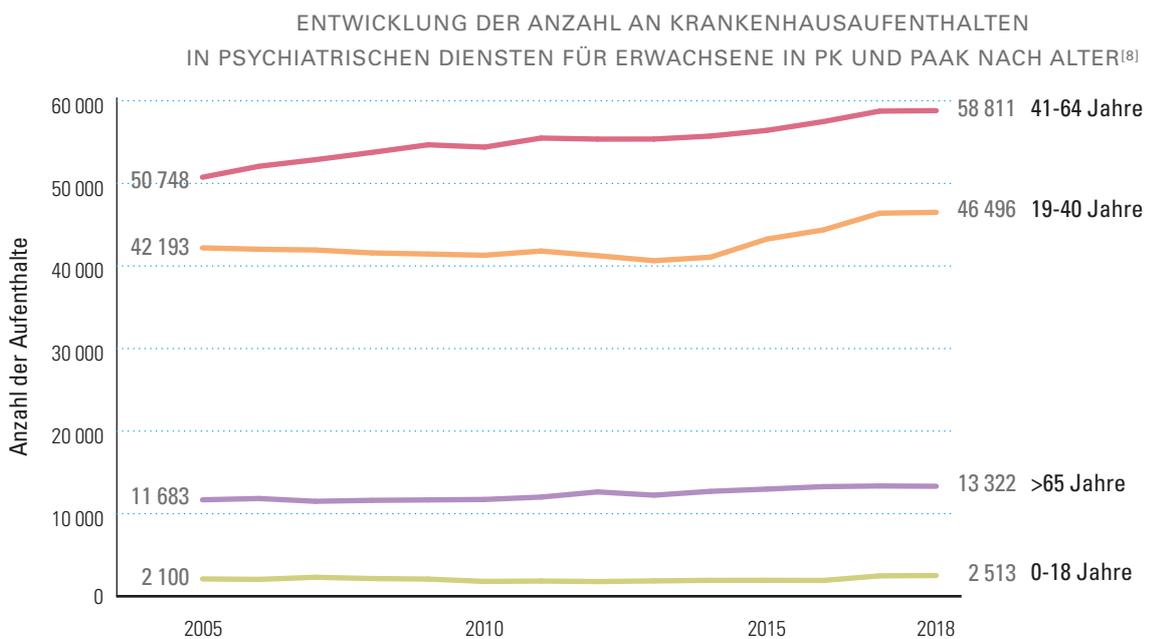
4 Quelle: Psychiatrische Mindestdaten (RPM/MPG), FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

5 Dies betrifft die Anzahl der registrierten, stationären und teilstationären Aufenthalte in Betten für Erwachsene (alle Kennbuchstaben außer K, k1, k2, Tf) im jeweiligen Jahr, unabhängig vom Jahr der Aufnahme oder ob der/die Patient/-in bereits entlassen wurde.

Wir stellen fest, dass die Gesamtzahl der Aufenthalte für Männer und Frauen ähnlich ist. Wir bemerken einen deutlichen Unterschied in der Art der Einrichtung, in der Männer bzw. Frauen wegen ihrer Probleme behandelt werden: Frauen werden eher in PAAK aufgenommen, während bei Männern der Aufenthalt in PK wahrscheinlich ist.



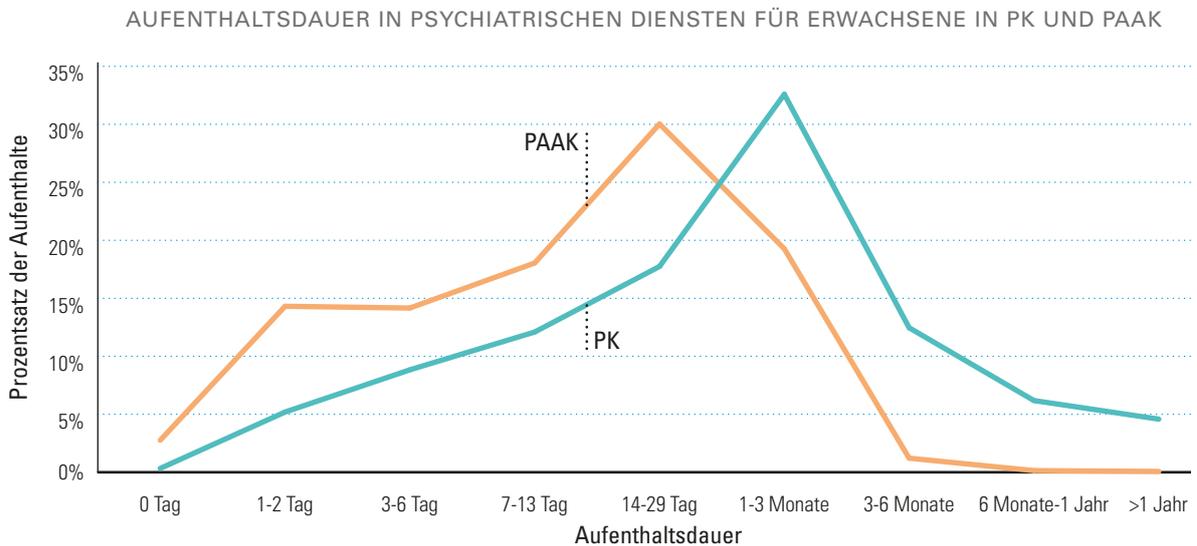
Der Anstieg der Zahl der Aufenthalte in PK und PAAK ist in der aktiven Bevölkerung (19–64 Jahre) angesiedelt, wobei wir zwischen 2013 und 2016 einen starken Anstieg in der Gruppe der 19- bis 40-Jährigen beobachten<sup>[7]</sup>.



6 Aufenthalte, bei denen das Geschlecht des Patienten unbekannt ist, wurden nicht berücksichtigt.  
 7 Der Vollständigkeit halber wird auch die Kategorie der 0- bis 18-Jährigen erwähnt. In Ausnahmefällen können Kinder und Jugendliche nämlich in psychiatrischen Diensten für Erwachsene aufgenommen werden. Außerdem könnten Aufenthalte in der Kategorie der 0- bis 18-Jährigen möglicherweise das Ergebnis einer falschen Registrierung sein.  
 8 Aufenthalte, bei denen das Alter des Patienten unbekannt ist, wurden nicht berücksichtigt.

## 2.2. Aufenthaltsdauer

Drei Viertel der Aufenthalte in psychiatrischen Diensten für Erwachsene in PK dauern fast 3 Monate. Etwa 14,4 % der Aufenthalte in PK dauern weniger als eine Woche. In den psychiatrischen Diensten für Erwachsene in PAAK dauern fast 80 % der Aufenthalte weniger als einen Monat. Ein Drittel der Aufenthalte dauert sogar weniger als eine Woche. Weiterhin ist zu beobachten, dass in PK wenige Aufenthalte am gleichen Tag beendet werden, während dies in PAAK regelmäßiger vorkommt.



Psychiatrische Diensten für Erwachsene in PK

Drei Viertel der Aufenthalte dauern weniger als 3 Monate

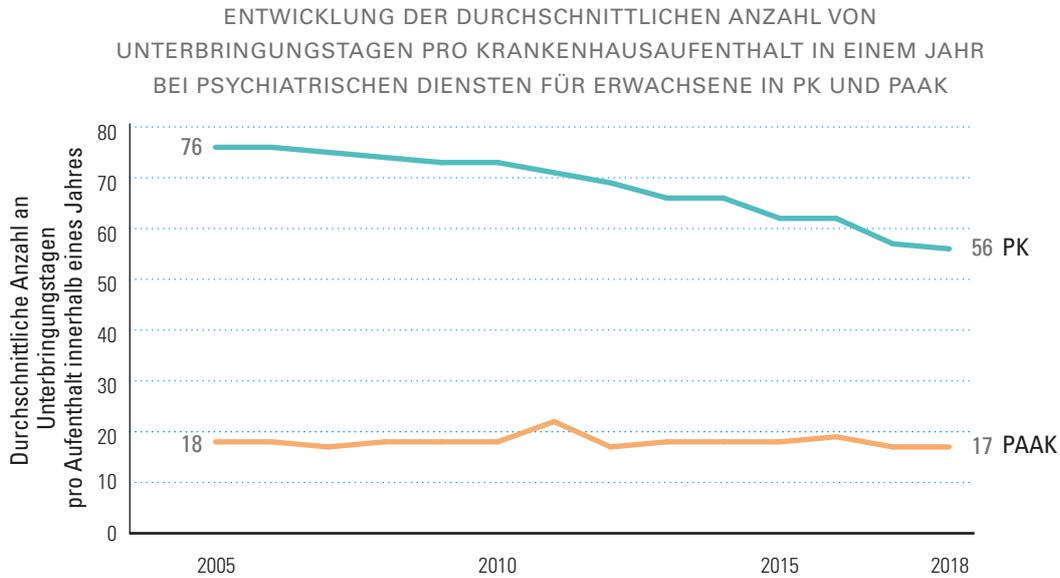
80% der Aufenthalte dauern weniger als ein Monat

psychiatrische Diensten für Erwachsene in PAAK

Die durchschnittliche Anzahl der Unterbringungstage pro Jahr<sup>9)</sup> in PAAK ist deutlich geringer als in PK. Dies hat mit der in PAAK vorherrschenden Akutbehandlung der Patientinnen und Patienten zu tun. Darüber hinaus blieb die durchschnittliche Anzahl der Unterbringungstage pro Jahr über die

9 Die durchschnittliche Anzahl der Unterbringungstage wurde berechnet als die Gesamtzahl der Unterbringungstage im Verhältnis zur Anzahl der Krankenhausaufenthalte in einem bestimmten Jahr. Es handelt sich also nicht um die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, da die Anzahl der Unterbringungstage aus dem Vorjahr nicht berücksichtigt wurde. Bei dieser Berechnung wurden sowohl teilstationäre als auch stationäre Aufenthalte berücksichtigt.

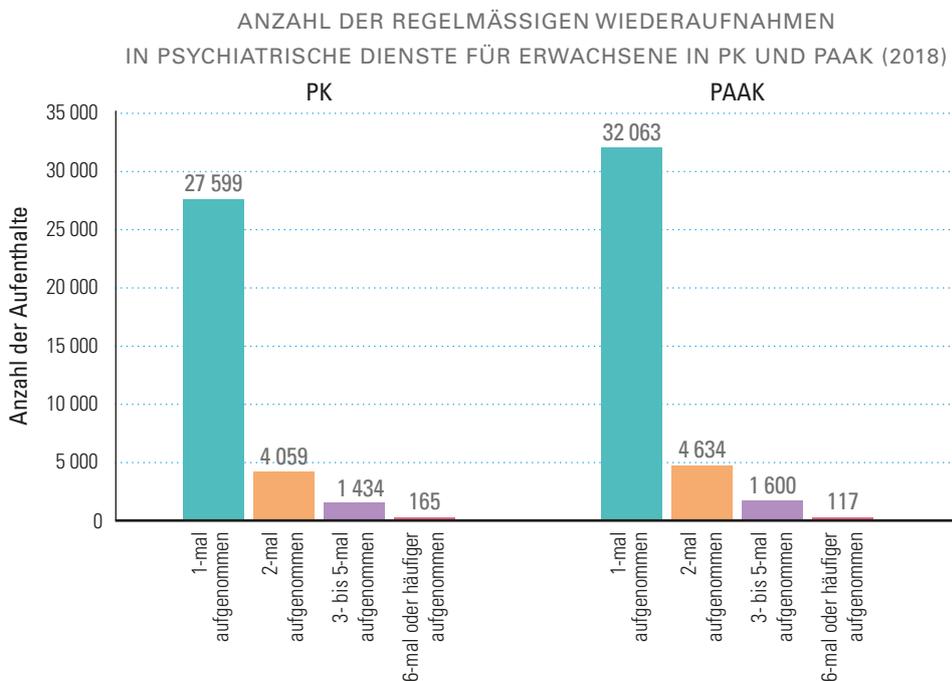
Jahre hinweg mehr oder weniger gleich, während in PK die durchschnittliche Anzahl der Tage im Vergleich zu 2005 um 20 Tage (26 %) reduziert wurde.



### 2.3. Wiederaufnahmen

Einerseits stellen wir eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer fest, andererseits stellen wir fest, dass die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung, noch im selben Jahr, wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen werden.

Dies ist normalerweise auf eine einzige Wiederaufnahme im selben Jahr beschränkt, aber häufigere Wiederaufnahmen kommen immer öfter vor.<sup>[10]</sup>



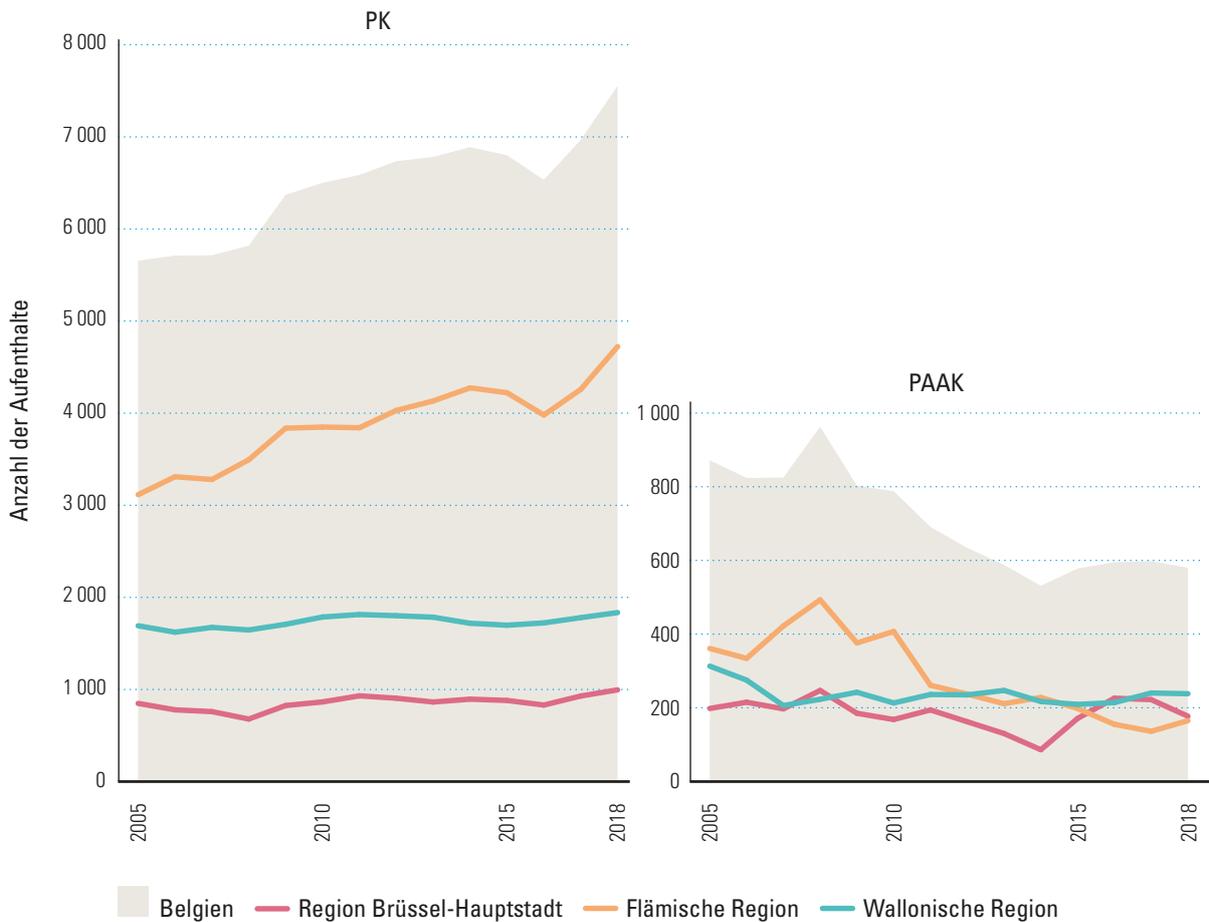
10 Es ist zu beachten, dass es innerhalb der Psychiatrischen Mindestdaten keine eindeutige Patientenidentifikationsnummer gibt. Dies bedeutet, dass ein(e) Patient/-in nur innerhalb desselben Krankenhauses weiterbehandelt werden kann und Wiederaufnahmen in andere Krankenhäuser nicht abgerechnet werden können. Dies kann dazu führen, dass die geschätzte Anzahl der Wiederaufnahmen zu niedrig ist.

## 2.4. Zwangsaufnahmen

Eine Zwangsaufnahme, manchmal auch Kollokation genannt, ist als Schutzmaßnahme gedacht. Ein(e) Patient/-in kann von einem Richter zur Aufnahme in ein Krankenhaus gezwungen werden, wenn er bzw. sie eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellt. Meistens werden diese Patientinnen und Patienten in PK aufgenommen.

Die Zahl der Zwangsaufnahmen hat deutlich zugenommen, vor allem in der Flämischen Region. Diese Beobachtung bestärkt uns in der Überzeugung, dass die Krisenpsychiatrie, sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting, mehr als notwendig ist.

ENTWICKLUNG DER ANZAHL AN ZWANGSAUFNAHMEN  
IN PSYCHIATRISCHEN DIENSTEN FÜR ERWACHSENE NACH REGION IN PK UND PAAK



Weitere Informationen zu  
Aufenthalten in PK und PAAK:

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

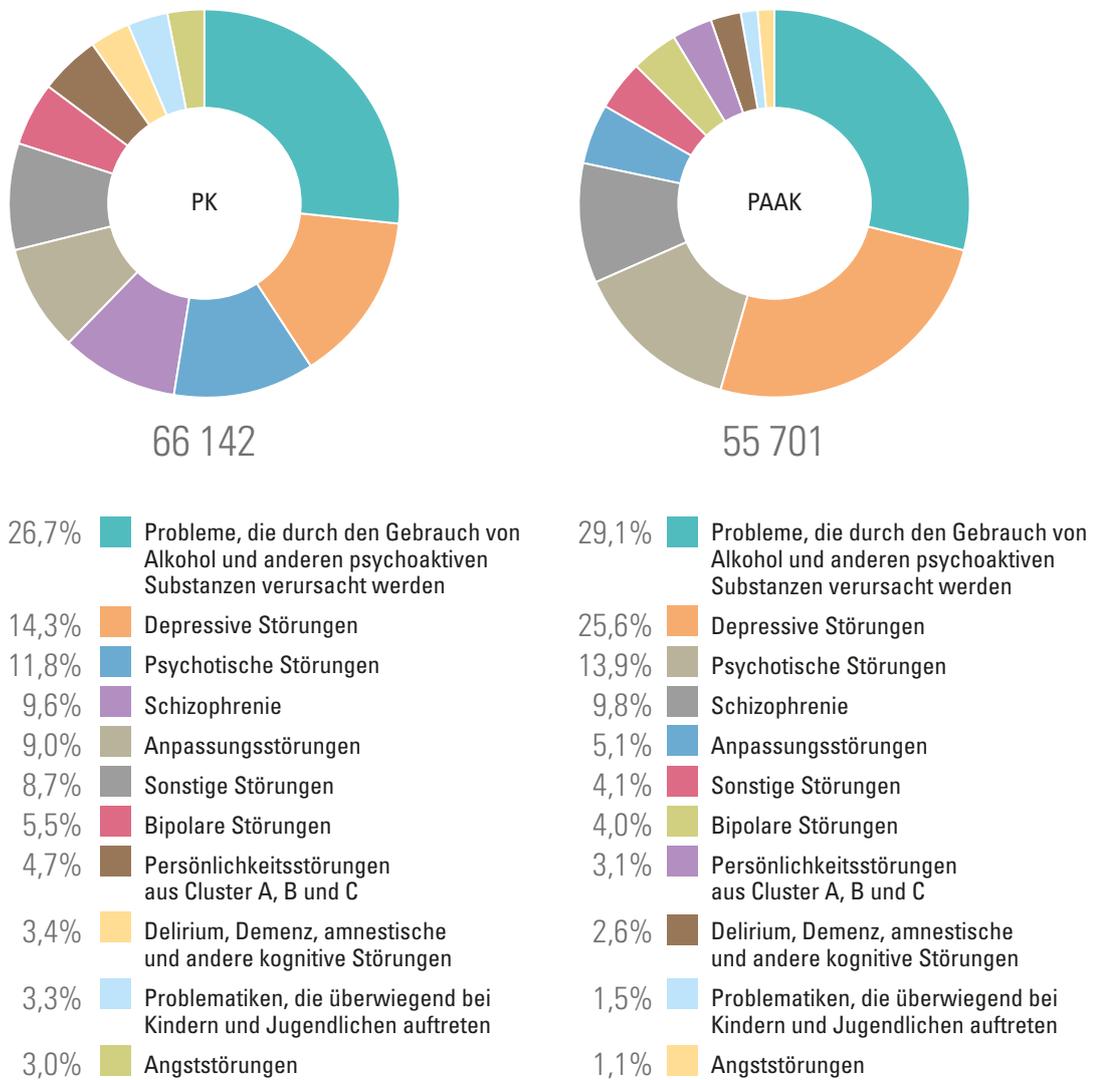


### 3. Die am häufigsten vorkommende Hauptdiagnose in PK und PAAK für Erwachsene

Diagnosen bei psychiatrischen Aufnahmen sind selten eindeutig. Meist liegt eine Kombination verschiedener Problematiken vor. Ausgehend von den Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten in PK und PAAK stellen wir fest, dass Problematiken aufgrund des Konsums von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen am häufigsten sind. Dies ist ebenfalls die häufigste Nebendiagnose. Depressive Störungen folgen auf Platz 2 als Hauptdiagnose.

Neben der Feststellung, dass es proportional mehr Aufnahmen wegen depressiver Störungen in PAAK gibt, können wir feststellen, dass die 10 am häufigsten vorkommenden Problematiken, für die Menschen in ein PK oder PAAK aufgenommen werden, ähnlich sind.<sup>[11]</sup>

HAUPTDIAGNOSE BEI DER AUFNAHME VON PATIENTINNEN/PATIENTEN IN PSYCHIATRISCHEN DIENSTEN FÜR ERWACHSENE IN PK UND PAAK (2018)<sup>[12]</sup>

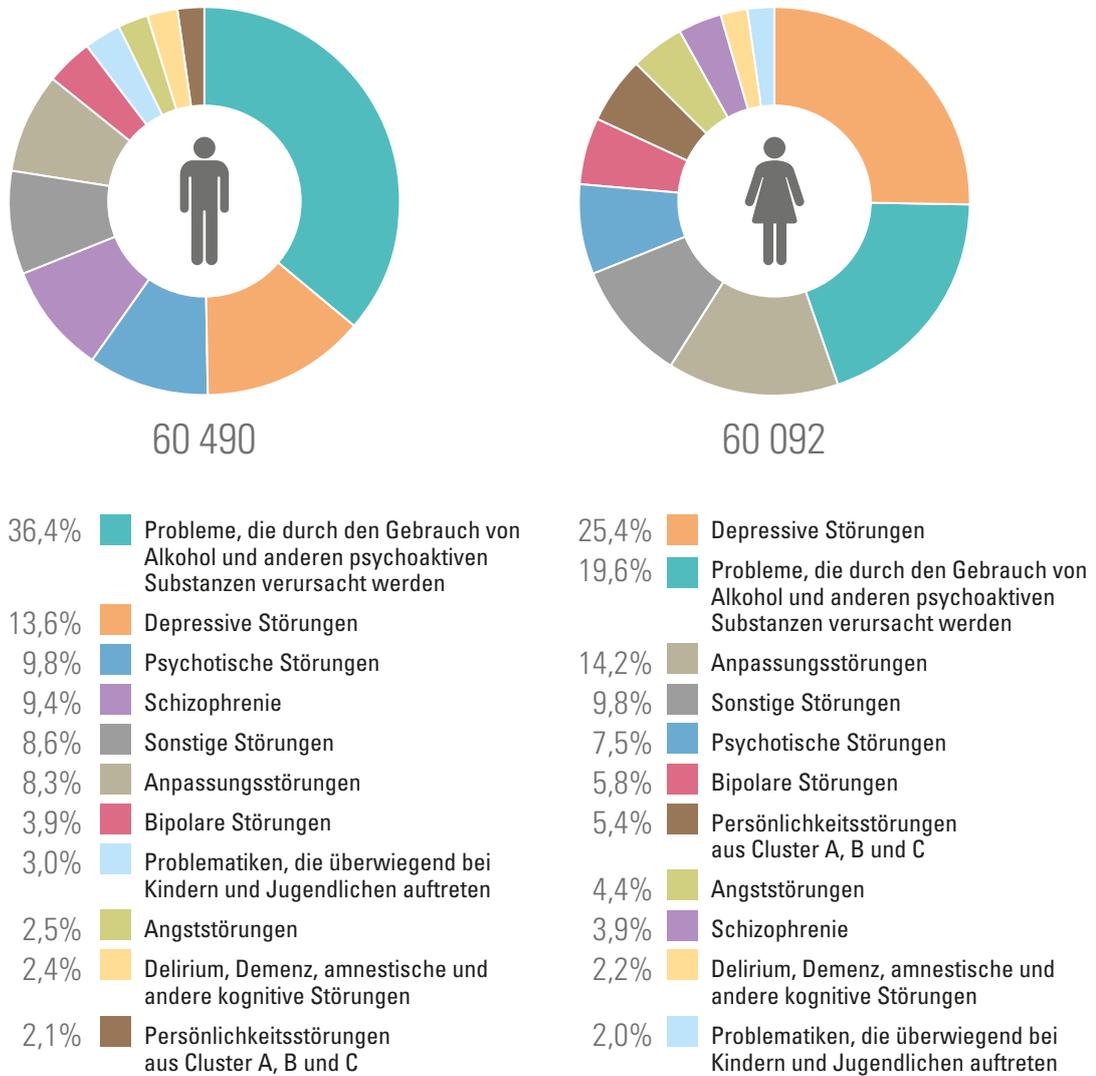


11 Persönlichkeitsstörung aus Cluster A umfasst paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörungen, Cluster B umfasst Borderline-, antisoziale, narzisstische und histrionische Persönlichkeitsstörungen und Cluster C umfasst abhängige, vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen.

12 Aufenthalte, bei denen die Hauptdiagnose des Patienten unbekannt ist, wurden nicht berücksichtigt.

Wir beobachten einen deutlichen Unterschied zwischen den Problematiken bei Männern und Frauen. Betrachtet man die beiden am häufigsten vorkommenden Hauptdiagnosen (Probleme durch den Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen und depressive Störungen) genauer, so stellt man fest, dass substanzbedingte Probleme vor allem bei Männern auftreten, während die Diagnose einer depressiven Störung hauptsächlich bei Frauen gestellt wird.

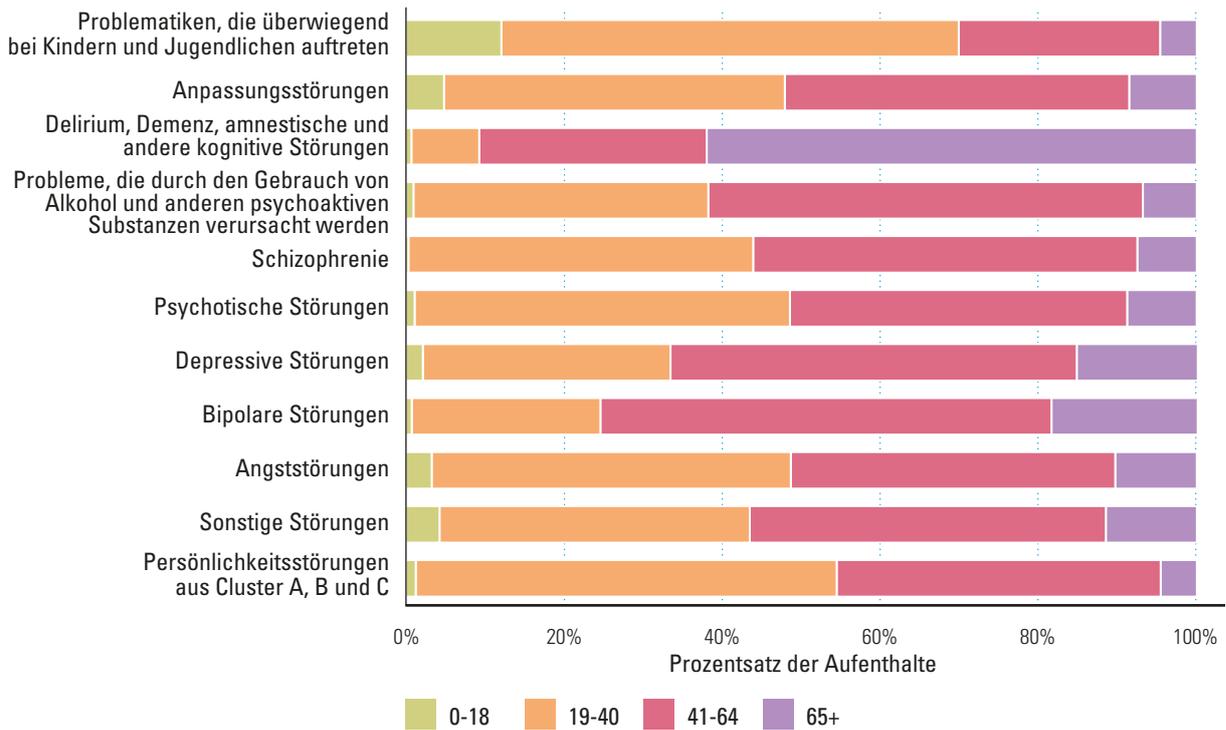
VORKOMMEN VON HAUPTDIAGNOSEN NACH GESCHLECHT  
IN PSYCHIATRISCHEN DIENSTEN FÜR ERWACHSENE IN PK UND PAAK (2018)<sup>[13]</sup>



13 Die Aufenthalte, bei denen die Hauptdiagnose und das Geschlecht des Patienten unbekannt ist, wurden nicht berücksichtigt.

Wir können zudem feststellen, dass bestimmte Pathologien in Abhängigkeit vom Alter des Patienten bzw. der Patientin häufiger auftreten. Problematiken, die bei Kindern und Jugendlichen<sup>14)</sup> überwiegen, werden am häufigsten in den jüngsten Altersgruppen diagnostiziert, während Delirium, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen hauptsächlich in der Altersgruppe der über 65-Jährigen diagnostiziert werden. Die Hauptdiagnose „bipolare Störung“ ist häufiger bei Patienten und Patientinnen mittleren und höheren Alters zu finden.

VORKOMMEN VON HAUPTDIAGNOSEN  
NACH ALTER IN PSYCHIATRISCHEN DIENSTEN FÜR ERWACHSENE IN PK UND PAAK (2018)



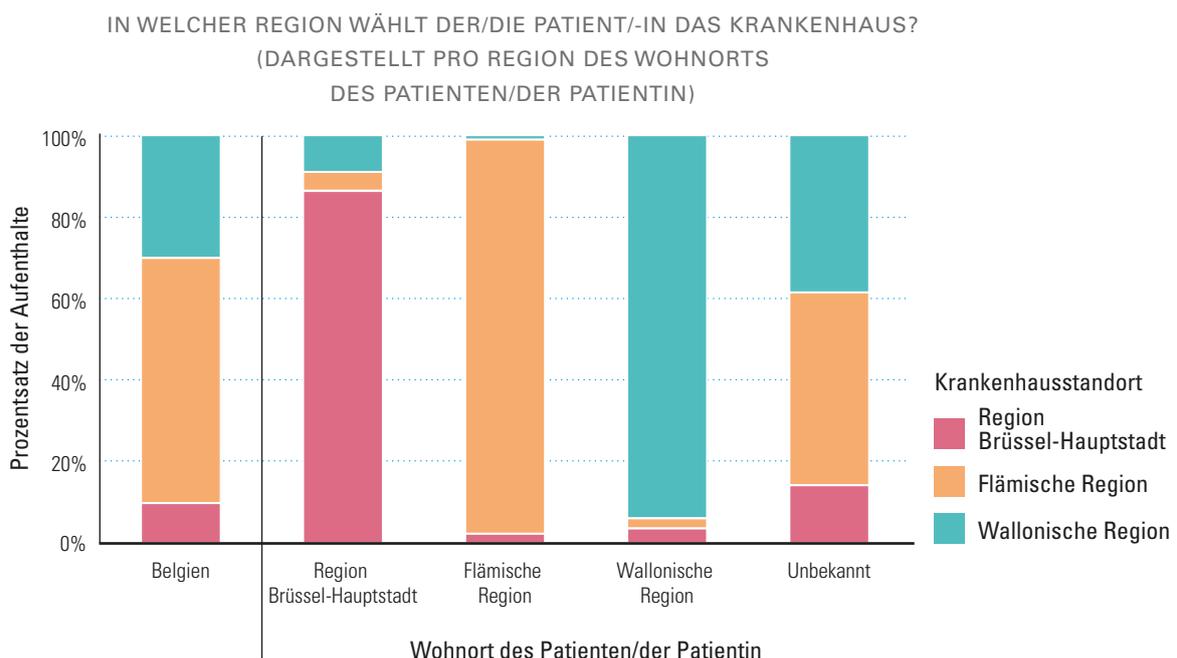
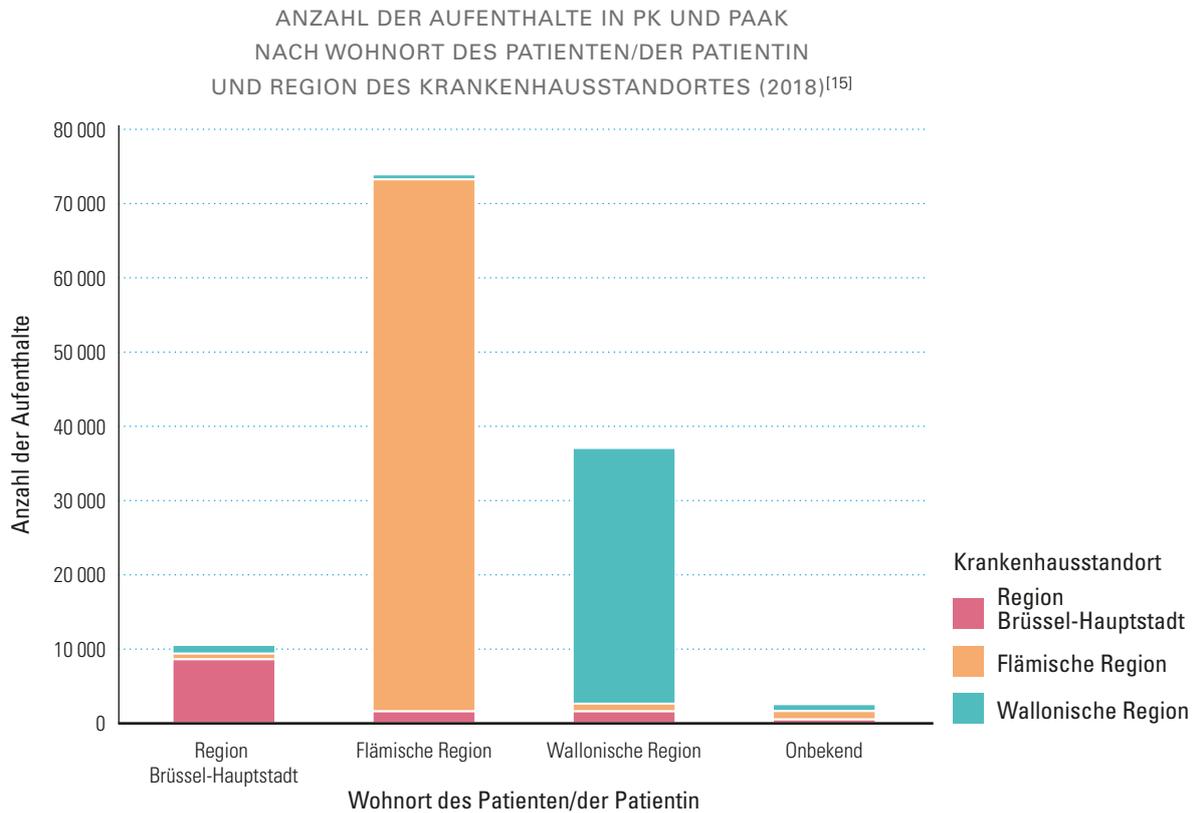
Weitere Informationen zu den Diagnosen, die bei der Aufnahme in PK oder PAAK gestellt wurden:  
[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)



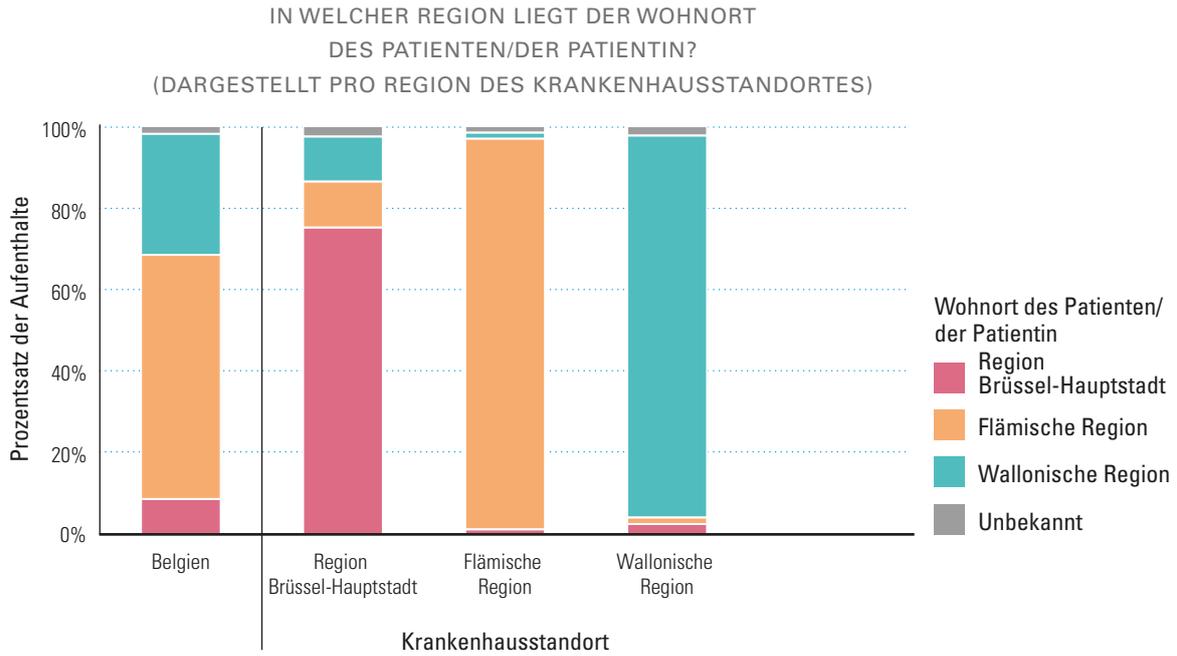
14 Zu dieser Gruppe gehören Entwicklungsstörungen, Autismus, Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen, Beziehungsstörungen und andere kinderpsychiatrische Probleme.

## 4. Patientenströme in PK und PAAK

Psychiatrische Patientinnen und Patienten werden nicht unbedingt in ein Krankenhaus (PK oder PAAK) in ihrer Region aufgenommen. Es ist zum Beispiel möglich, dass ein Patient mit Wohnsitz in der Flämischen Region in ein Krankenhaus in der Region Brüssel-Hauptstadt aufgenommen wird. Krankenhäuser, die strukturell eine große Anzahl von Patientinnen und Patienten von außerhalb ihres Gebiets anziehen, könnten dadurch einen größeren Bedarf an Krankenhausbetten haben.



15 Wir können feststellen, dass 1,5 % der Patientinnen und Patienten, die in einer psychiatrischen Abteilung in PK oder PAAK aufgenommen wurden, einen unbekanntem oder keinen belgischen Wohnort haben. Jede Region nimmt dabei einen gleichen Anteil dieser Gruppe auf.



Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten wird in einem Krankenhaus innerhalb ihrer Region aufgenommen. In der Region Brüssel-Hauptstadt kommt fast ein Viertel der Patienten von außerhalb der Region. Der Anteil der flämischen oder wallonischen Patienten ist dabei praktisch gleich groß.

Bei der Aufnahme von Brüsseler Patienten außerhalb der Region Brüssel-Hauptstadt gehen 8,8 % von ihnen in die Wallonische Region und 4,6 % in die Flämische Region.

Von den Patienten, die aus der Wallonischen Region stammen, werden 3,6 % in der Region Brüssel-Hauptstadt und 2 % in der Flämischen Region hospitalisiert.

Weniger als 2,5 % der flämischen Patienten werden außerhalb der Flämischen Region hospitalisiert.

Mehr zu  
Patientenströmen:

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)



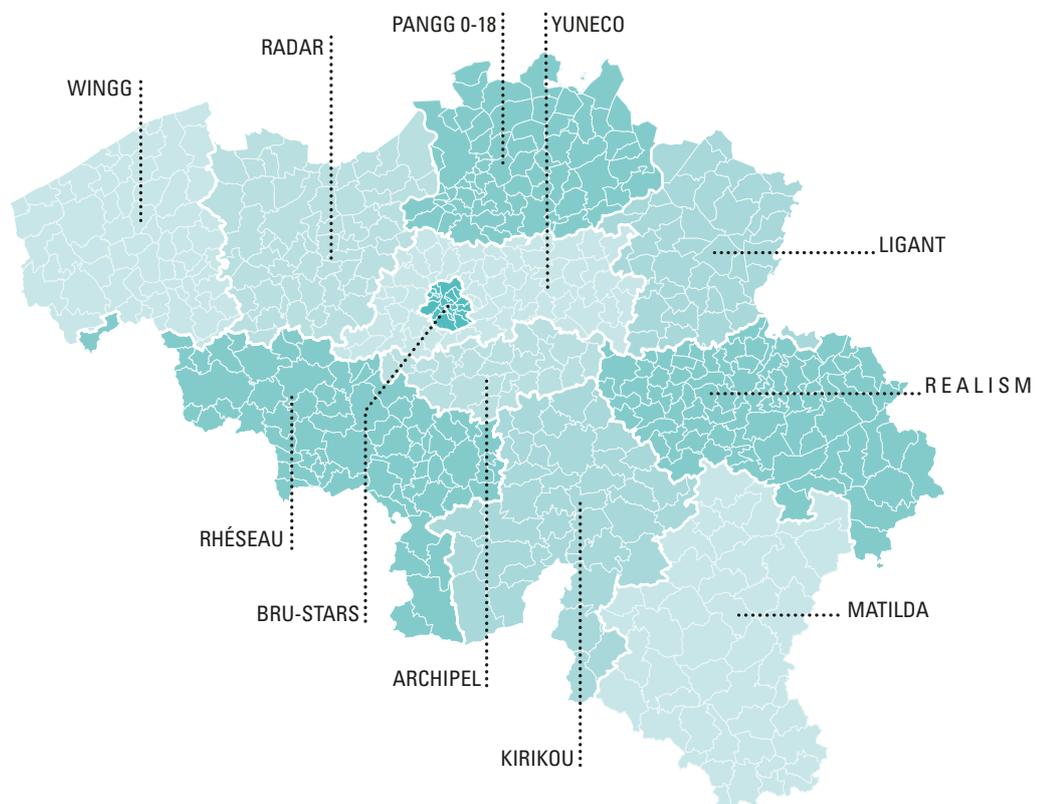
# GEISTIGE GESUNDHEITSPFLEGE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

## 1. Organisation des Versorgungsangebots für Kinder und Jugendliche

### 1.1. Netzwerke in der geistigen Gesundheitspflege für Kinder und Jugendliche

Am 30. März 2015 verabschiedete die Interministerielle Konferenz „Volksgesundheit“ (IMK) den „Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren“ (kurz: GGKJ; zu Deutsch: Leitfaden für eine neue Politik zur geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen). Fast sofort entstanden 11 GGKJ-Netzwerke, die sich an Kinder und Jugendliche in ihren jeweiligen Einsatzgebieten richten.

Die Einsatzgebiete dieser Netzwerke decken sich mit den Territorien der Provinzen und der Region Brüssel-Hauptstadt<sup>[16]</sup>.



16 Obwohl in der Deutschsprachigen Gemeinschaft ein spezielles Pilotprojekt zur Überwachung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychiatrischen Problemen von der Föderalregierung finanziert wird, stellt diese Maßnahme kein separates GGKJ-Netzwerk dar, sondern ist Teil von REALiSM, dem GGKJ-Netzwerk der Provinz Lüttich.

Ein GGKJ-Netzwerk bietet ein ganzheitliches und integriertes Leistungsangebot für alle Kinder und Jugendlichen von 0 bis 23 Jahren mit psychischen und/oder psychiatrischen Problemen. Ziel ist es, möglichst schnell und kontinuierlich auf die Bedürfnisse dieser Kinder, Jugendlichen und ihres Umfeldes bzw. Lebensumfeldes zu reagieren. Jedes Netzwerk besteht aus allen relevanten Akteuren, Diensten, Institutionen, Pflegeanbietern usw. der beteiligten Sektoren, die zusammenarbeiten und ihre Maßnahmen aufeinander abstimmen.

Um die Versorgung zu optimieren, wird in die Entwicklung einer Reihe von Programmen investiert, die von der Föderalregierung finanziert werden, nämlich Krisenversorgung, Langzeitversorgung, intersektorale Beratung und Verbindung (Expertise und Wissensaustausch) und Doppeldiagnose (geistige Behinderung kombiniert mit psychischen Problemen). Mehr als 300 zusätzliche Vollzeit-äquivalente werden den Netzwerken zur Verfügung gestellt<sup>[17]</sup>.

Nähere Auskünfte über die verschiedenen Initiativen hinsichtlich der geistigen Gesundheitspflege für Kinder und Jugendliche:

[www.psy0-18.be](http://www.psy0-18.be)



## 1.2. Krankenhäuser

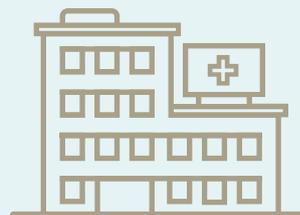
Betten, die Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen vorbehalten sind, werden unter dem Buchstaben **K** (stationärer Krankenhausaufenthalt), **k1** (Tageskrankenhausaufenthalt) und **k2** (Nachtkrankenhausaufenthalt) geführt.

**51**  
Krankenhäuser  
mit einem Dienst  
für Kinder und  
Jugendliche  
mit psychiatrischen  
Problemen

**25**  
PK



**26**  
PAAK



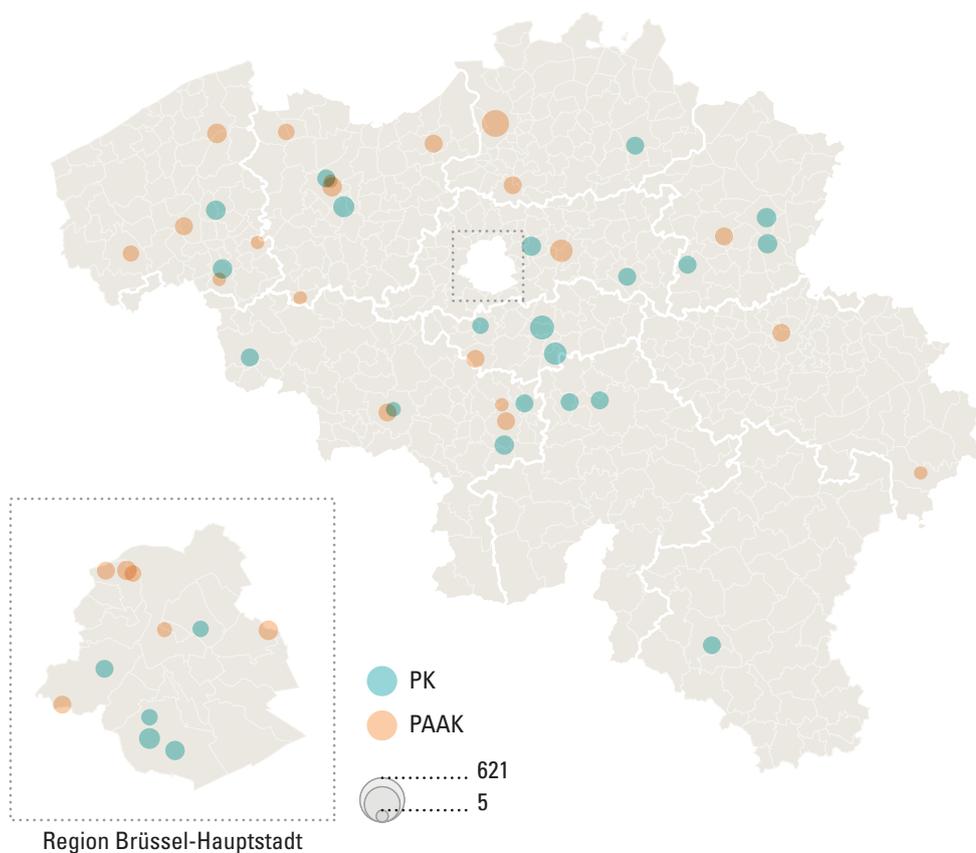
Insgesamt 51 Krankenhäuser, darunter 26 allgemeine Krankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung (PAAK) und 25 psychiatrische Krankenhäuser (PK) verfügen über einen dieser K-Dienste. Sechs dieser PAAK und 8 der PK verfügen nicht über einen psychiatrischen Dienst für Erwachsene. Darüber hinaus verfügen 3 weitere dieser PAAK nicht über eine pädiatrische Abteilung für die somatische Versorgung, während eine Abteilung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen vorhanden ist.

17 Diese Finanzierung erfolgt nicht durch das Einfrieren von Betten (siehe Abschnitt Außerbetriebsetzen oder Einfrieren von Betten).

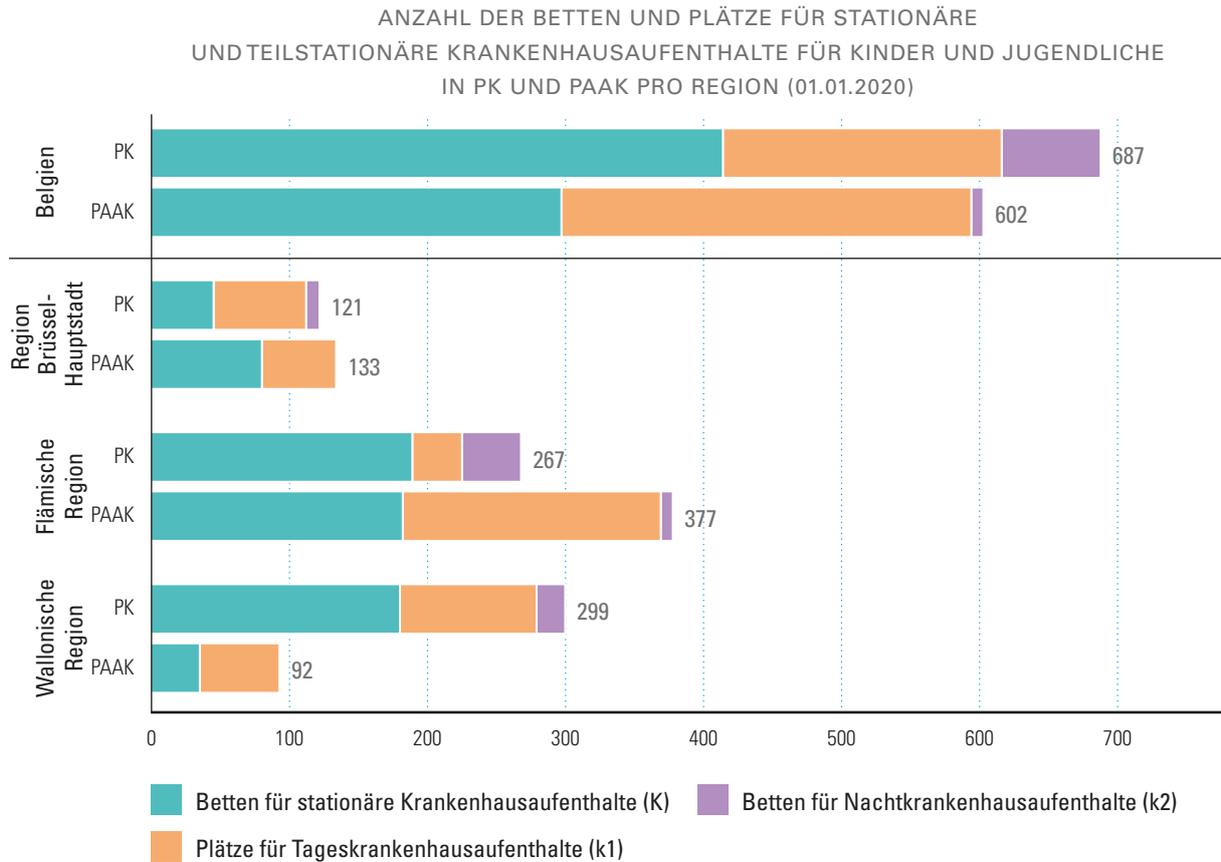
Die Anzahl der Betten in K-Diensten ist im Allgemeinen begrenzter im Vergleich zu Diensten für Erwachsene. Dennoch gibt es 2 PAAK und 2 PK mit mehr als 50 Betten, die Kindern und Jugendlichen vorbehalten sind (K, k1, k2).

Im Gegensatz zu den Diensten für Erwachsene besteht bei den psychiatrischen Dienste für Kinder und Jugendliche innerhalb der PAAK und PK eine bessere Balance hinsichtlich der Verteilung der Bettenkapazität. In Bezug auf die geografische Verteilung ist die Konzentration der K-Dienste in den Regionen um Charleroi und Namur sowie in der Provinz Wallonisch-Brabant besonders auffällig, während der Rest der Wallonischen Region ein äußerst begrenztes Angebot hat.

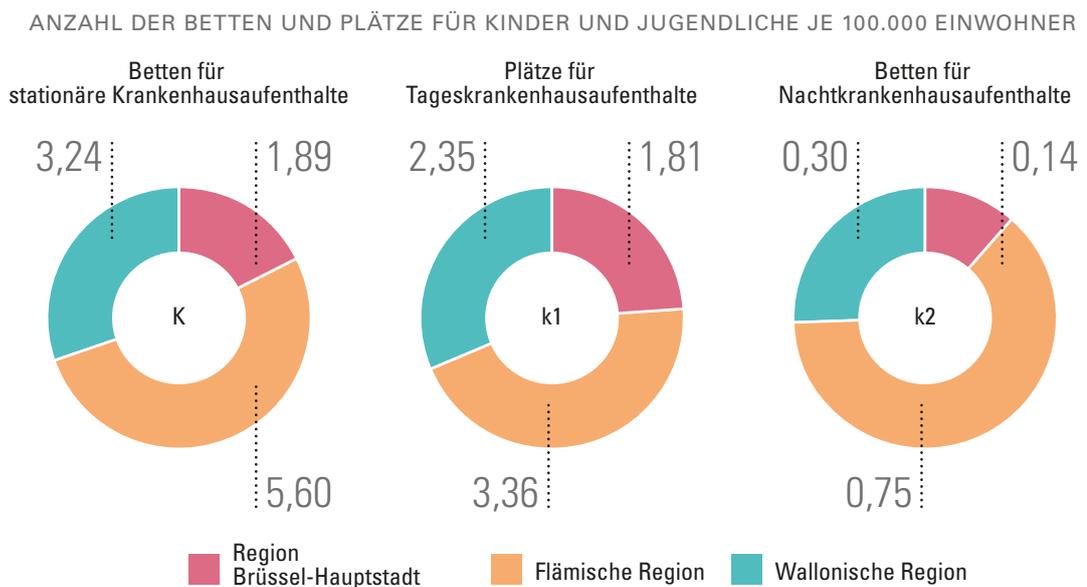
VERTEILUNG VON PK UND PAAK IN BELGIEN  
MIT ANGABE DER BETTENANZAHL FÜR KINDER UND JUGENDLICHE (01.01.2020)



### 1.3. Arten von Betten für stationäre und teilstationäre Krankenhausaufenthalte

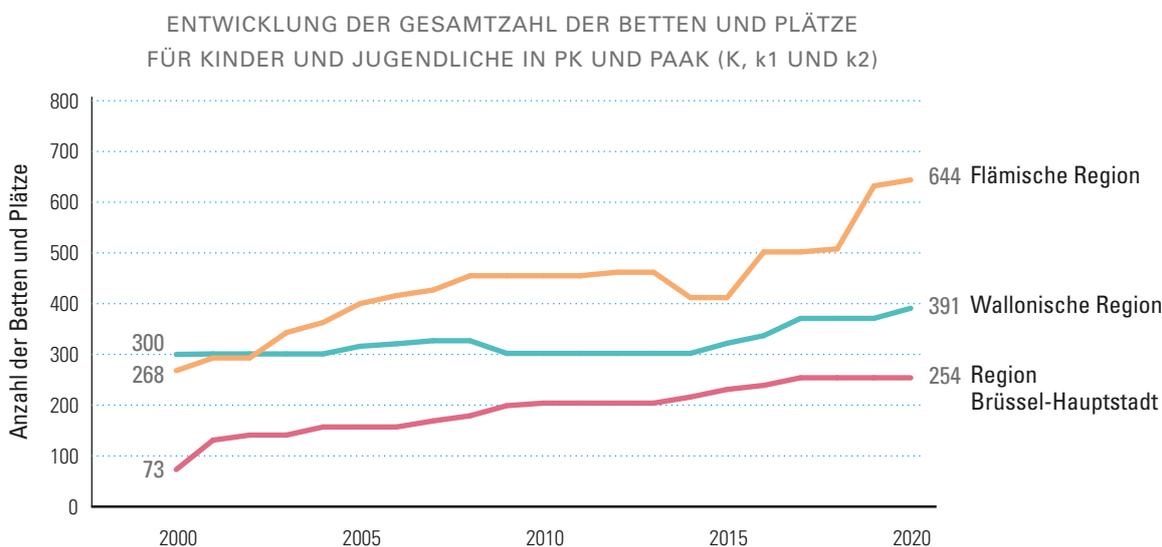


Im Vergleich zu den anderen Regionen befinden sich die Betten für die Kinderpsychiatrie in der Wallonischen Region hauptsächlich in PK. In der Flämischen Region sind in PAAK deutlich mehr Plätze für Tageskrankenhausaufenthalte vorgesehen als in PK. Wie bei Erwachsenen gibt es im Allgemeinen weniger Plätze für Nacht- als für Tageskrankenhausaufenthalte.



## ENTWICKLUNG DER ANZAHL AN K-BETTEN UND ORTE

Bis heute steigt die Anzahl der Betten für stationäre Krankenhausaufenthalte, obwohl bereits mehr Betten pro 1.000 Einwohner anerkannt wurden als in den Programmierungszahlen beschrieben. Auch die Anzahl der Betten und Plätze für Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalte (Kennbuchstaben k1 und k2) nimmt zu, aber im Gegensatz zu den stationären Betten (Kennbuchstabe K) ist dafür in der Wallonischen und Flämischen Region programmierungstechnisch noch Raum.

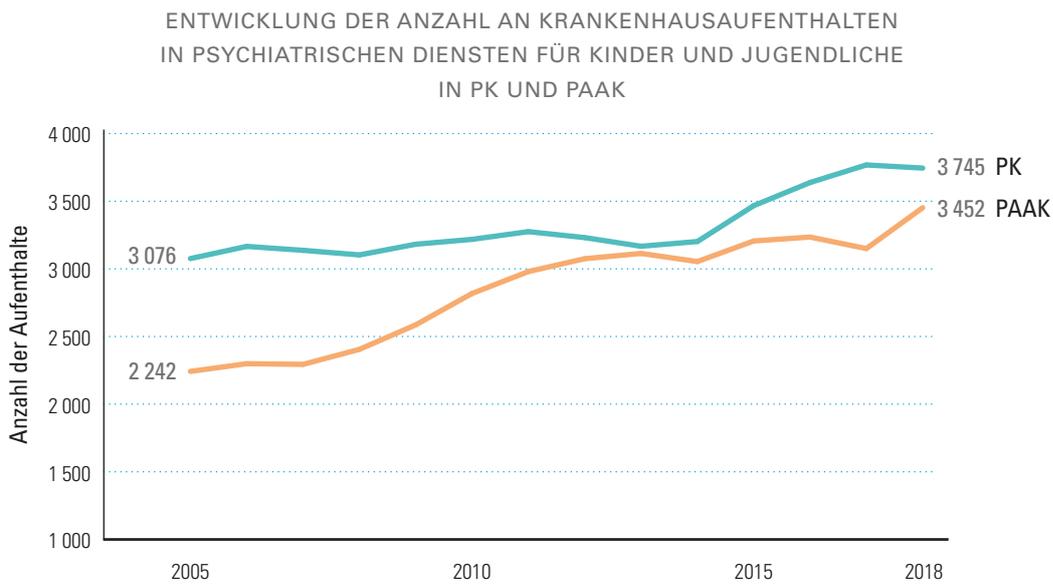


Dieser Trend kann auf einen erhöhten Bedarf an Betreuung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen hinweisen. Eine Anpassung der Programmierungskriterien scheint daher nicht ungerechtfertigt zu sein. Die Betreuung von Jugendlichen verdient besondere Aufmerksamkeit. Jugendliche ab 15 Jahren können nach den geltenden Bestimmungen in der Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen werden. Dennoch ist diese Zielgruppe derart spezifisch, dass eine Lösung innerhalb der Jugendpsychiatrie Vorrang gegeben werden sollte. Experten sprechen von einem Transitionsalter, das bis zum 23. Lebensjahr reichen kann. Bei der Programmierung wird jedoch nur die Anzahl der Kinder im Alter bis zu 14 Jahren berücksichtigt.

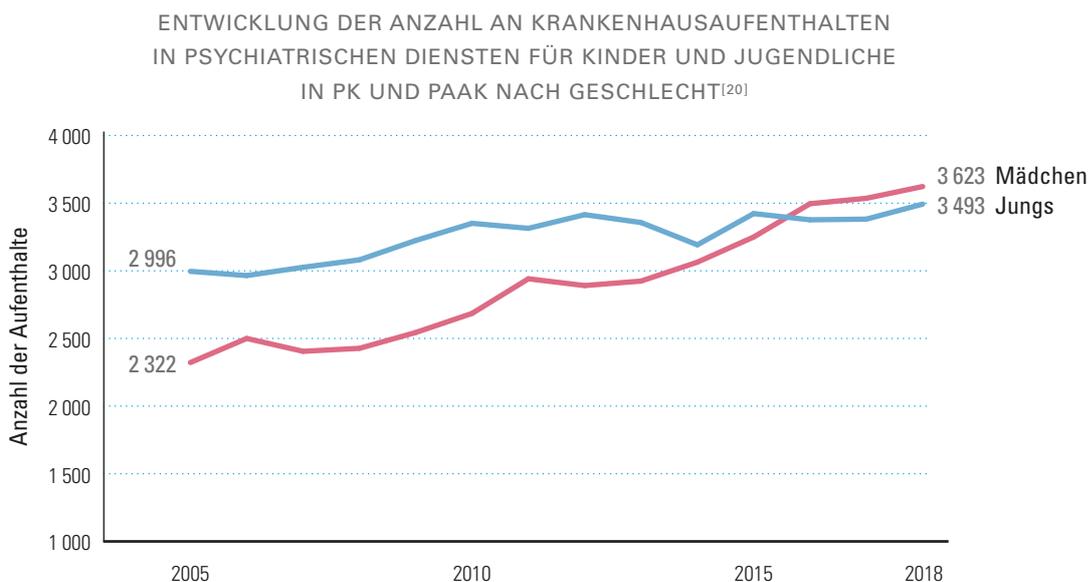
## 2. Krankenhausaktivitäten in PK und PAAK für Kinder und Jugendliche

### 2.1. Krankenhausaufenthalte

Die Zahl der Aufenthalte in psychiatrischen Diensten für Kinder- und Jugendliche (K, k1 und k2) hat in den letzten Jahren stark zugenommen, sowohl in PAAK als auch in PK.<sup>[18],[19]</sup>



Außerdem kann festgestellt werden, dass anfänglich mehr Jungen aufgenommen wurden. In den letzten Jahren sieht man einen stetigen Anstieg der Aufnahmen von Mädchen, sodass 2018 mehr Mädchen als Jungen in PK und PAAK aufgenommen wurden.



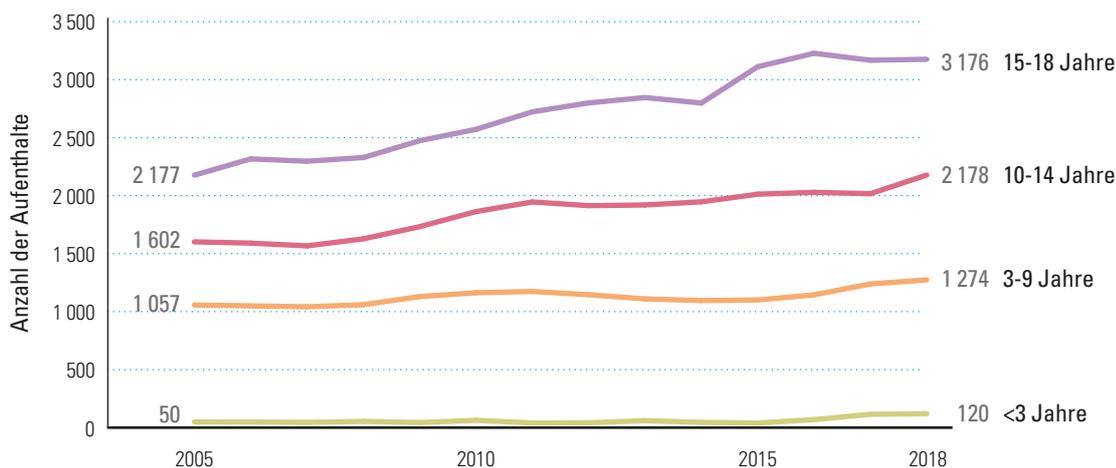
18 Quelle: Psychiatrische Mindestdaten (RPM/MPG), FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

19 Es handelt sich um die Anzahl der registrierten, stationären und teilstationären Aufenthalte in Betten für Kinder (Kennbuchstabe K, k1, k2) im jeweiligen Jahr, unabhängig vom Jahr der Aufnahme und unabhängig davon, ob der/die Patient/-in bereits entlassen wurde.

20 Aufenthalte, bei denen das Geschlecht des Patienten unbekannt ist, wurden nicht berücksichtigt.

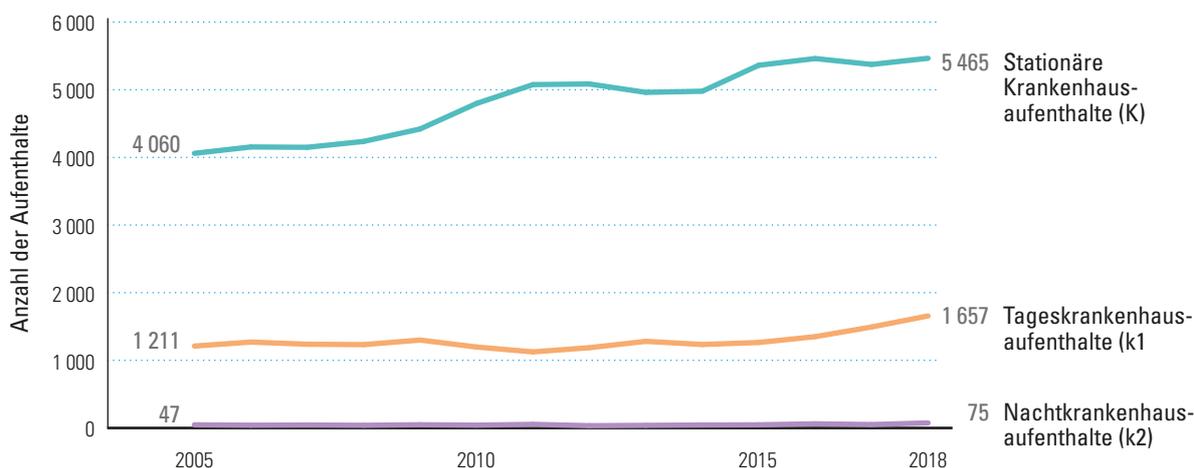
Die meisten Aufnahmen finden in den Alterskategorien der 10- bis 14- und 15- bis 18-Jährigen statt. Obwohl Jugendliche ab dem 15. Lebensjahr in der Erwachsenenpsychiatrie zugelassen sind und dort aufgenommen werden können, wird dennoch häufig ein Dienst für Kinder und Jugendliche (K, k1 oder k2) gewählt. In manchen Fällen bleiben Patientinnen und Patienten auch nach ihrem 18. Geburtstag in einem Dienst für Kinder und Jugendliche aufgenommen. Es wird angenommen, dass dieses Transitionsalter bis zum 23. Lebensjahr akzeptabel ist.

ENTWICKLUNG DER ANZAHL AN KRANKENHAUSAUFENTHALTEN IN PSYCHIATRISCHEN DIENSTEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE IN PK UND PAAK NACH ALTER<sup>[21][22]</sup>



Es ist auffällig, dass Kinder und Jugendliche einen zunehmenden Bedarf an stationärer, psychiatrischer Versorgung haben.

ENTWICKLUNG DER ANZAHL AN AUFENTHALTEN IN PSYCHIATRISCHEN DIENSTEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE IN PK UND PAAK NACH AUFENTHALTSART



Sowohl die Zahl der stationären Aufnahmen als auch die Zahl der Tageskrankenhausaufenthalte (k1), bei denen Kinder oder Jugendliche oft während der Wochenenden zu Hause sind, ist gestiegen.

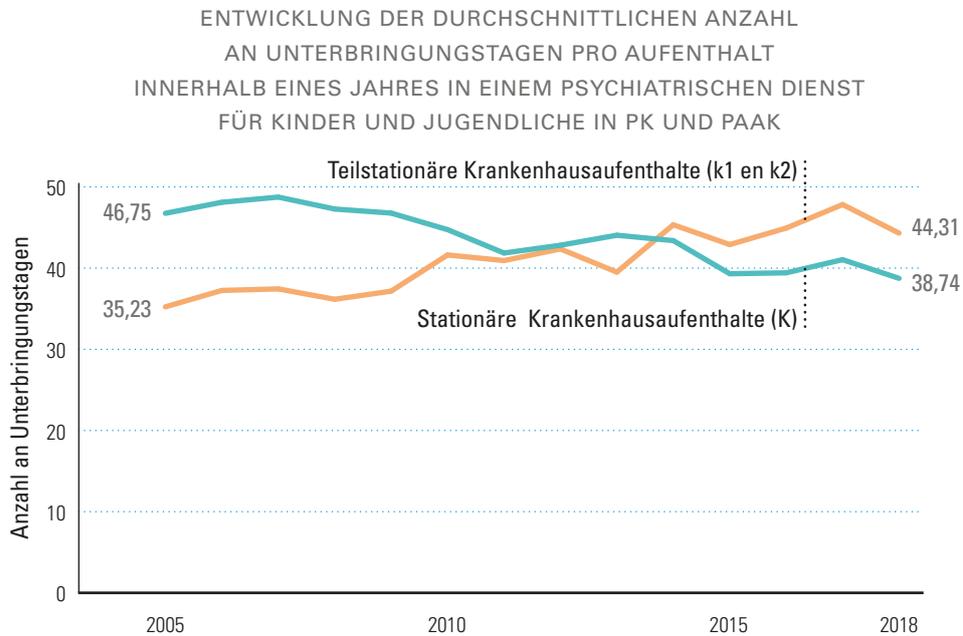
Es gibt nur wenige Aufnahmen, bei denen Kinder oder Jugendliche nur abends und nachts im Krankenhaus bleiben, ansonsten aber ein Tagesprogramm außerhalb des Krankenhauses absolviert (k2).

21 Die Anzahl der Aufenthalte von Personen über 18 Jahren ist in dieser Grafik nicht enthalten. In Ausnahmefällen ist es möglich, dass Personen über 18 Jahre in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht werden. Außerdem ist es Es ist auch möglich, dass diese Aufenthalte fälschlicherweise registriert wurden.

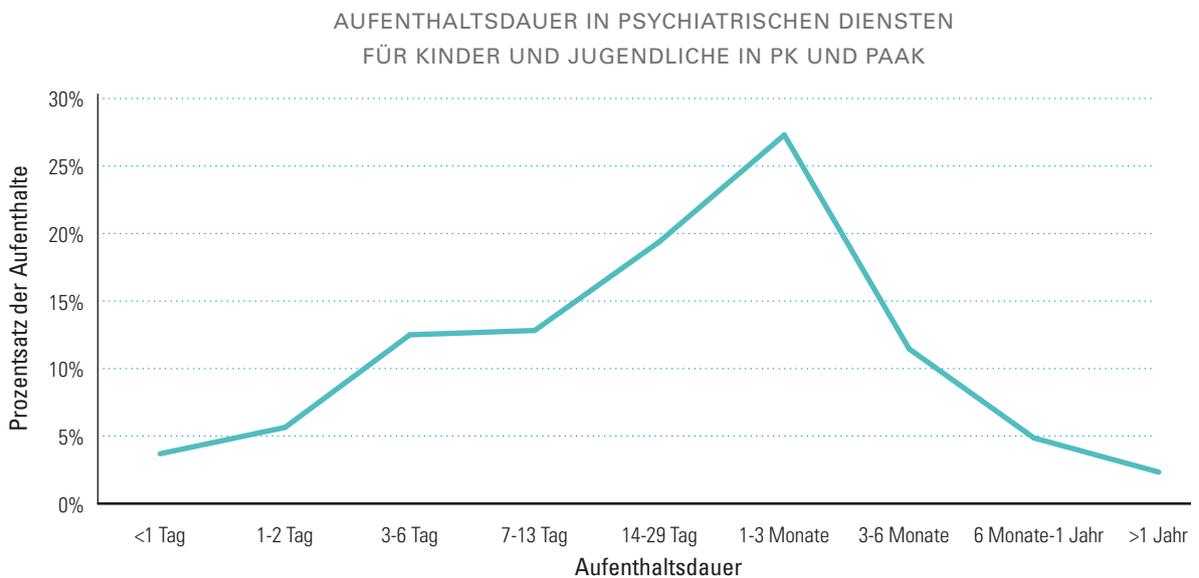
22 Aufenthalte, bei denen das Alter des Patienten unbekannt ist, wurden nicht berücksichtigt.

## 2.2. Aufenthaltsdauer

Obwohl die Zahl der Aufnahmen steigt, sehen wir – wie auch in der Erwachsenenpsychiatrie –, dass die durchschnittliche Zahl der Unterbringungstage pro stationärem Aufenthalt in einem K-Dienst sinkt. Auf der anderen Seite ist zu erkennen, dass die durchschnittliche Anzahl der Unterbringungstage von Tages- oder Nachtaufnahmen in einem Jahr, steigt.

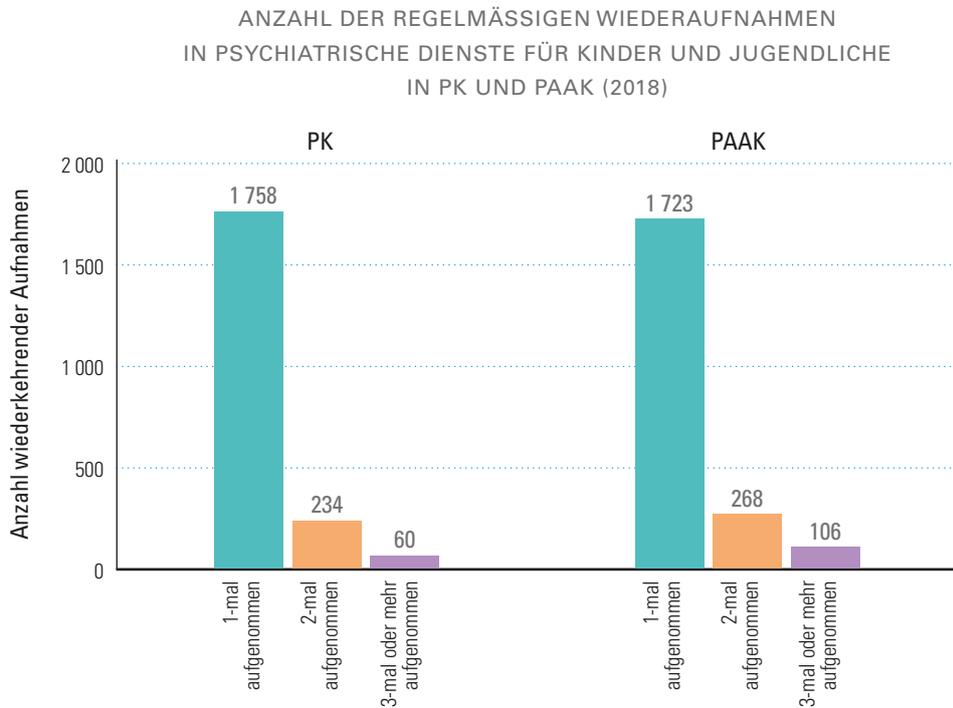


Mehr als 80 % aller beendeten Aufenthalte für Kinder und Jugendliche in PK und PAAK dauern kürzer als 3 Monate. 2,4 % dauern länger als ein Jahr.



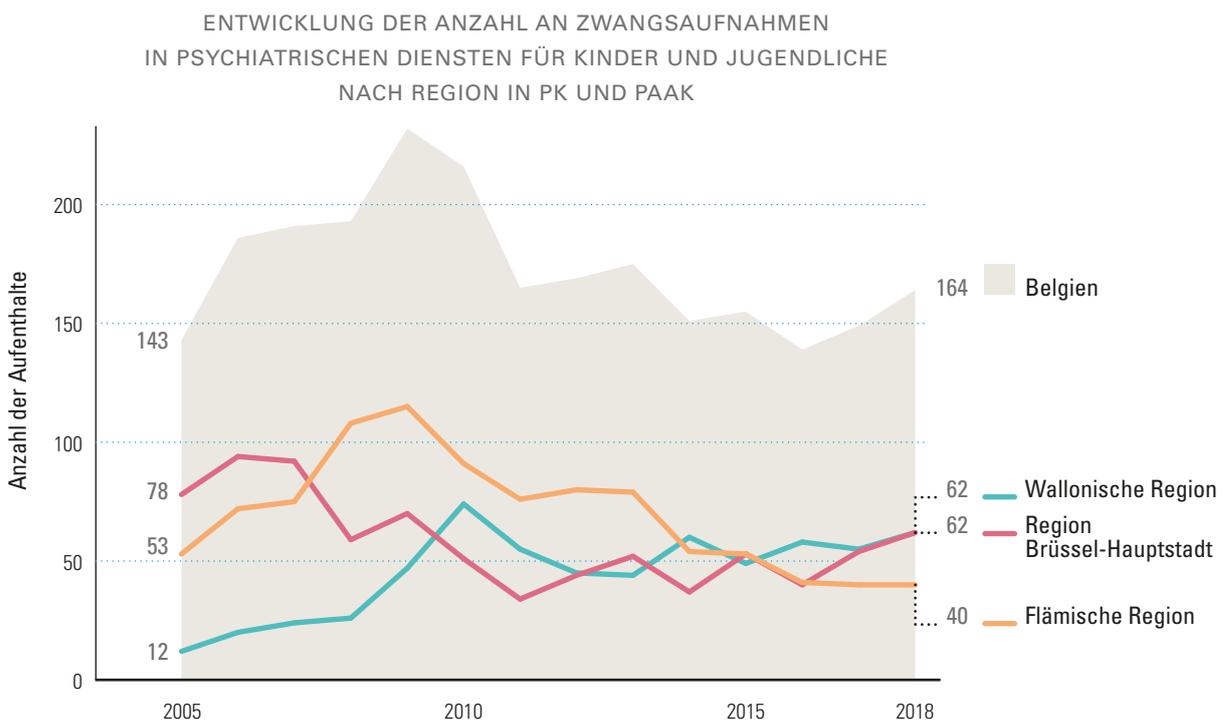
### 2.3. Wiederaufnahmen

Ungefähr 16 % der Kinder und Jugendlichen, die aus einem PAAK oder PK entlassen wurden, wurden noch im gleichen Jahr wieder im selben Krankenhaus aufgenommen.<sup>[23]</sup>



### 2.4. Zwangsaufnahmen

Von den 7.197 Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2018 waren 164 Zwangsaufnahmen (2,28 %). Während diese rechtliche Maßnahme in der Wallonischen Region zunehmend angewandt wird, ist sie in der Region Brüssel-Hauptstadt und in der Flämischen Region rückläufig.



23 Die Zahlen beziehen sich nur auf Wiederaufnahmen in ein und dasselbe Krankenhaus, was zu einer zu niedrigen Schätzung der tatsächlichen Anzahl von Wiederaufnahmen führen kann.

# INITIATIVEN BEZÜGLICH ALTERNATIVEN ZU KRANKENHAUSAUFENTHALTEN

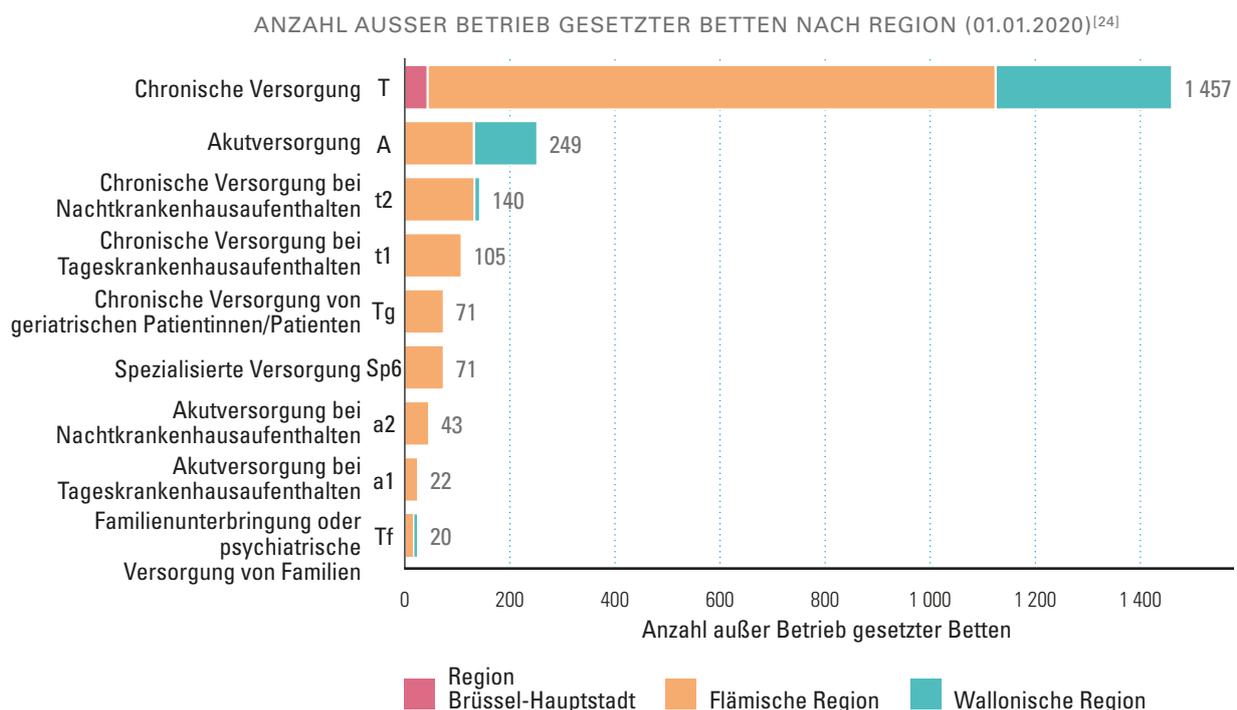
Wir haben bereits erwähnt, dass die Reform der GGP in Belgien darauf abzielt, Krankenhausaufnahmen so weit wie möglich zu vermeiden. Falls eine solche Aufnahme unvermeidlich ist, sollte sie so kurz wie möglich gehalten werden.

Um diese Aufgabe zu bewältigen, stehen den Patientinnen und Patienten eine Reihe von Alternativen zur Verfügung.

## 1. Außerbetriebsetzen oder Einfrieren von Betten

Die GGP-Reform für Erwachsene wird oft als „Projekt 107“ bezeichnet und bezieht sich auf Artikel 107 des Krankenhausgesetzes, in dem es heißt: „Der König kann spezifische Finanzierungsmethoden vorsehen, um auf experimenteller Basis und zeitlich begrenzt eine prospektive und programmorientierte Finanzierung von Versorgungskreisen und -netzwerken zu ermöglichen.“

Konkret bedeutet dies, dass Krankenhäuser einen Teil ihrer Betten vorübergehend außer Betrieb setzen oder einfrieren können. Dieses „Einfrieren von Betten“ erfolgt auf freiwilliger Basis nach Absprache zwischen den Netzwerkpartnern und vorbehaltlich der Genehmigung durch die Föderalregierung. Diese Genehmigung impliziert, dass dem Krankenhaus, das Betten außer Betrieb setzt, eine Budgetgarantie gegeben wird. Am 01.01.2020 waren 2.178 außer Betrieb gesetzt.



24 Quelle: Dienst Psychosoziale Gesundheitspflege, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

Das durch das Außerbetriebsetzen der Betten frei werdende Personal kann in alternativen Pflegeangeboten eingesetzt werden. In der Praxis handelt es sich um mobile Teams für die spezialisierte Versorgung in der häuslichen Umgebung (siehe 1.1.) oder um die Intensivierung der stationären Pflege (siehe 1.2.).

## 2.178 Betten wurden bereits **außer Betrieb genommen** zugunsten von **mobilen Teams** und einer **Intensivierung der Pflege**.

### 1.1. Mobile Arbeitsweise

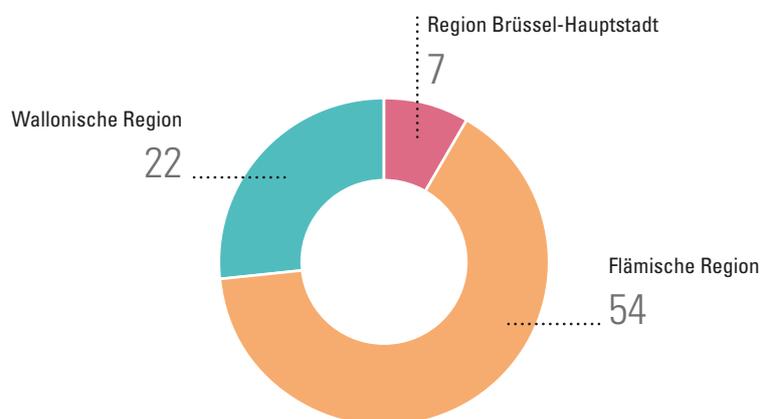
Ein Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus (PK) oder in einer psychiatrischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses (PAAK) ist oft ein einschneidendes Ereignis. Die Patientinnen und Patienten finden sich in einer fremden, klinischen Umgebung mit unbekanntem Leidensgenossen und Leistungserbringern wieder und verlieren vorübergehend ihre sozialen Kontakte. Deshalb ist es wichtig, dass einerseits die stationäre Aufnahme so kurz und intensiv wie möglich verläuft und andererseits die notwendige Nachsorge schnell und effizient in Anspruch genommen werden kann.

Ziel der Reform der GGP ist es, die Versorgung so nah wie möglich an die Menschen heranzubringen und ihre Bedürfnisse so optimal wie möglich zu erfüllen. Zu diesem Zweck wurden multidisziplinäre mobile Teams eingerichtet, die eine spezialisierte Versorgung im häuslichen Umfeld von Patientinnen und Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen anbieten.

Ein schnelles Eingreifen des Krisenteams ermöglicht die Aufnahme der Behandlung in der häuslichen Umgebung, wodurch ein Krankenhausaufenthalt möglicherweise vermieden werden kann.

Nach einer mehrwöchigen Versorgung durch das Krisenteam kann die Nachsorge von einem Team für die Langzeitversorgung übernommen werden. Dies ist auch unmittelbar nach einer Aufnahme möglich. Dadurch kann die Aufnahmedauer im Krankenhaus auf ein Minimum reduziert werden, sodass die Verbindung zum Lebensumfeld schneller wiederhergestellt werden kann.

ANZAHL DER KRISENTEAMS PRO REGION (01.01.2020)<sup>[25]</sup>



25 Quelle: Dienst Psychosoziale Gesundheitspflege, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

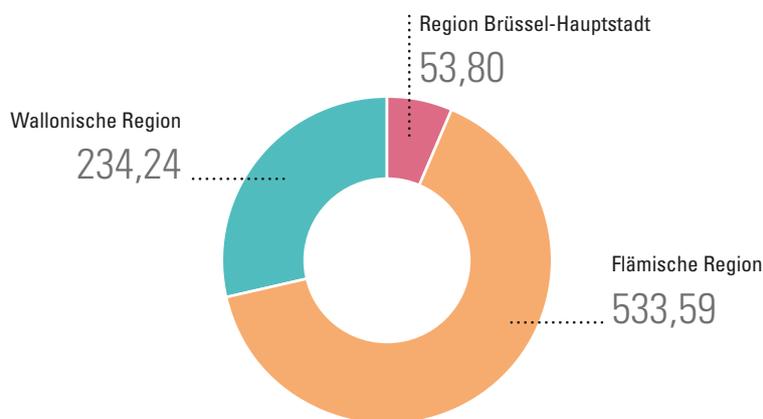
Im Jahr **2018** wurden **8.894** Patienten von einem **Krisenteam** und **8.204** Patienten von einem **Team für die Langzeitversorgung** nachbetreut<sup>[26]</sup>

Sowohl das Krisenteam als auch das Team für die Langzeitversorgung entstanden durch Anwendung von Artikel 107 des Krankenhausgesetzes, das sogenannte Einfrieren von Betten. Das Personal, das nicht mehr zur Behandlung von stationär aufgenommenen Patienten eingesetzt werden muss, kann in einem dieser mobilen Teams eingesetzt werden.

Wir haben bereits erwähnt, dass die Versorgungslandschaft in GGP-Netzwerke aufgeteilt wurde. Jede Pflegeeinrichtung innerhalb desselben geografischen Gebietes ist Teil des GGP-Netzwerkes. Die Zusammenarbeit kann verschiedene Formen annehmen. So kommt es vor, dass Partner (auch ohne das Einfrieren von Betten) den mobilen Teams Personal zur Verfügung stellen.

Die Einrichtungen innerhalb der einzelnen GGP-Netzwerke sind nicht gleichmäßig verteilt. Einige Netzwerke haben einfach nicht genug Mittel, um selbst ausreichend große mobile Teams zu bilden. In diesem Fall können die Netzwerke von einer finanziellen Unterstützung durch die Föderalregierung profitieren, um zusätzliches Personal einzustellen.

ANZAHL DER VOLLZEITÄQUIVALENTEN (VZÄ) PRO REGION (01.01.2020)<sup>[27]</sup>



## 1.2. Stationäre Einheiten HIC und ID zur Intensivbehandlung

In Krisensituationen reichen Gespräche mit dem Leistungserbringer eines mobilen Krisenteams oder eines Zentrums für geistige Gesundheit (ZGG) manchmal nicht aus, um psychische Symptome zu beheben. Die Aufnahme und Behandlung in einem PK oder einer PAAK ist dann die sinnvollste Lösung.

Hier arbeitet ein multidisziplinäres Team von spezialisierten Leistungserbringern mit dem Patienten bzw. der Patientin zusammen, um ein geeignetes Behandlungsprogramm (sowohl für akute als auch für chronische Probleme) zu entwickeln und die Rückkehr nach Hause sowie die Nachsorge vorzubereiten.

26 Quelle: Jahresberichte Pilotprojekte „Artikel 107“

27 Quelle: Dienst Psychosoziale Gesundheitspflege, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

Eine Krisenaufnahme ist in einem Intensivdienst (ID) möglich, in dem sowohl ein einzel- als auch ein gruppentherapeutisches Programm angeboten wird – so kurz wie möglich, aber so lange wie nötig.

Wenn die Problematik derart schwerwiegend ist, dass eine ID-Aufnahme nicht ausreicht, ist eine HIC-Einheit (High & Intensive Care) eine Alternative. Der Patient bzw. die Patientin hat dort einen geschützten Raum in einer beruhigenden Umgebung mit der Möglichkeit zu Einzelbehandlungen, wobei der Schwerpunkt auf der Wiedererlangung von Autonomie und Selbstständigkeit liegt. Zwangsmaßnahmen müssen in jedem Fall, wenn irgend möglich, vermieden werden.

## 2. Psychologische Grundversorgung (PGV)

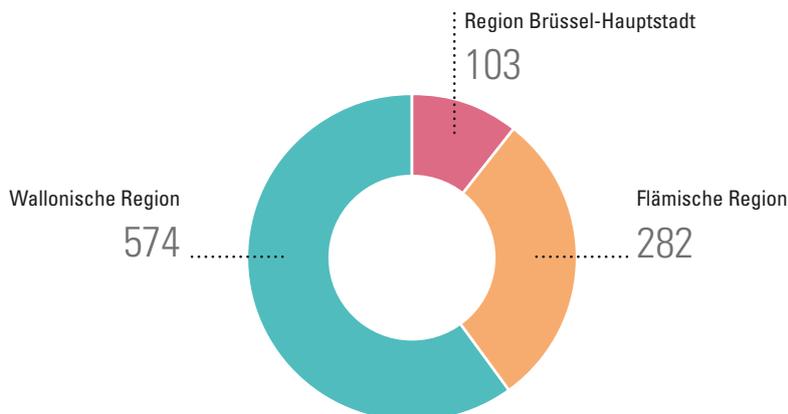
Im April 2019 startete ein Pilotprojekt, bei dem Ärzte Patientinnen und Patienten mit leichten und mittelschweren psychischen Problemen an einen klinischen Psychologen oder klinischen Heilpädagogen für eine kurzfristige psychologische Erstbehandlung überweisen können, die größtenteils von der Krankenkasse erstattet wird.

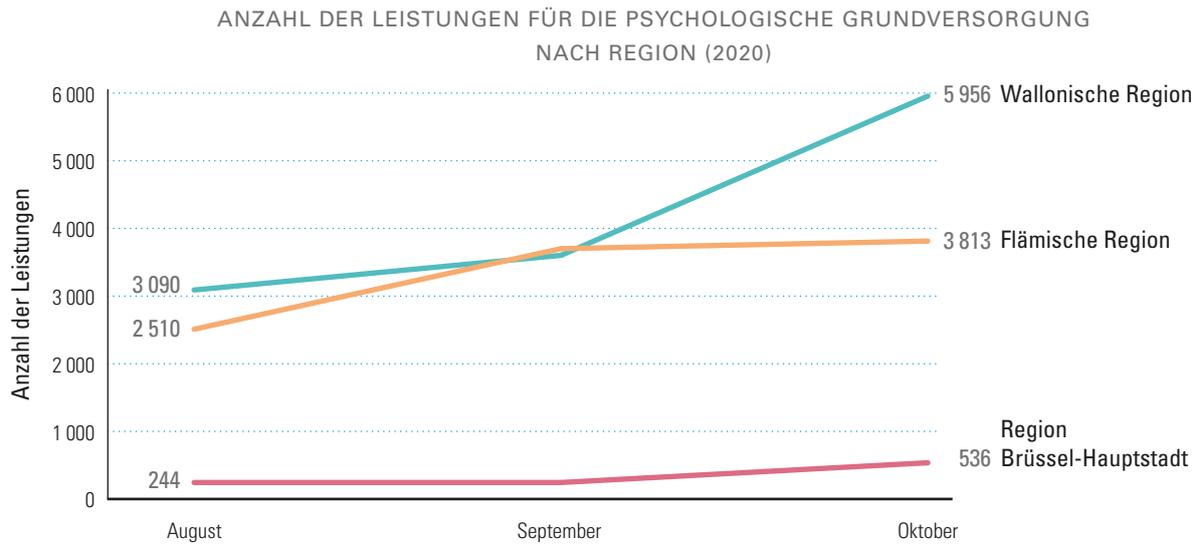
Ursprünglich war dies nur für die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen vorgesehen. Seit dem 2. April 2020 werden Sitzungen für Personen aller Altersgruppen erstattet.

Die Behandlung besteht aus einer Reihe von individuellen Gesprächssitzungen. Nach einem Aufnahmegespräch mit Diagnose der psychischen Probleme des Patienten oder der Patientin folgen Behandlungsgespräche, die auf allgemeine psychologische Betreuung, eine lösungsorientierte Behandlung etc. abzielen. Außerdem kann der Leistungserbringer den Patienten, wenn er eine intensivere, längerfristige Betreuung benötigt, an einen anderen Leistungserbringer verweisen, der möglicherweise einen günstigeren Tarif bietet oder auch nicht.

Leichte und mittelschwere psychische Probleme werden definiert als psychische Probleme im Bereich Angst, depressive Stimmung, mäßiger Alkoholge- bis Alkoholmissbrauch oder Missbrauch von schlaffördernden Medikamenten und Sedativa. Bei jungen Menschen können dies Verhaltens- oder soziale Probleme und die Abhängigkeit von Bildschirmen sein. Das Projekt befindet sich noch in der Anfangsphase.

ANZAHL DER ANBIETER FÜR DIE PSYCHOLOGISCHE GRUNDVERSORGUNG (01/11/2020)





Kürzlich wurde in der IMK Volksgesundheit eine Vereinbarung getroffen, die vor allem die Stärkung der Versorgung im Bereich der Grundversorgung betrifft. Am 2. Dezember 2020 wurde das Vereinbarungsprotokoll über den koordinierten Ansatz zur Konsolidierung des psychiatrischen Versorgungsangebots im Rahmen der COVID-19-Pandemie verabschiedet. Die Vereinbarung definiert einige vorrangige Zielgruppen, wie z. B. Kinder und Eltern in gefährdeten Familien, junge Erwachsene und Menschen mit bereits bestehenden psychischen Gesundheitsproblemen. Für diese Konsolidierung wurden zusätzliche, wiederkehrende Budgets festgelegt. Es finden intensive Absprachen mit dem Sektor statt, wie diese Mittel effizient eingesetzt werden können.

# FINANZIERUNG DER PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSER

Dieses Kapitel befasst sich mit der Finanzierung von psychiatrischen Krankenhäusern (PK). Die Finanzierung anderer Einrichtungen in der psychischen Gesundheitspflege wird in dieser Publikation außer Betracht gelassen.

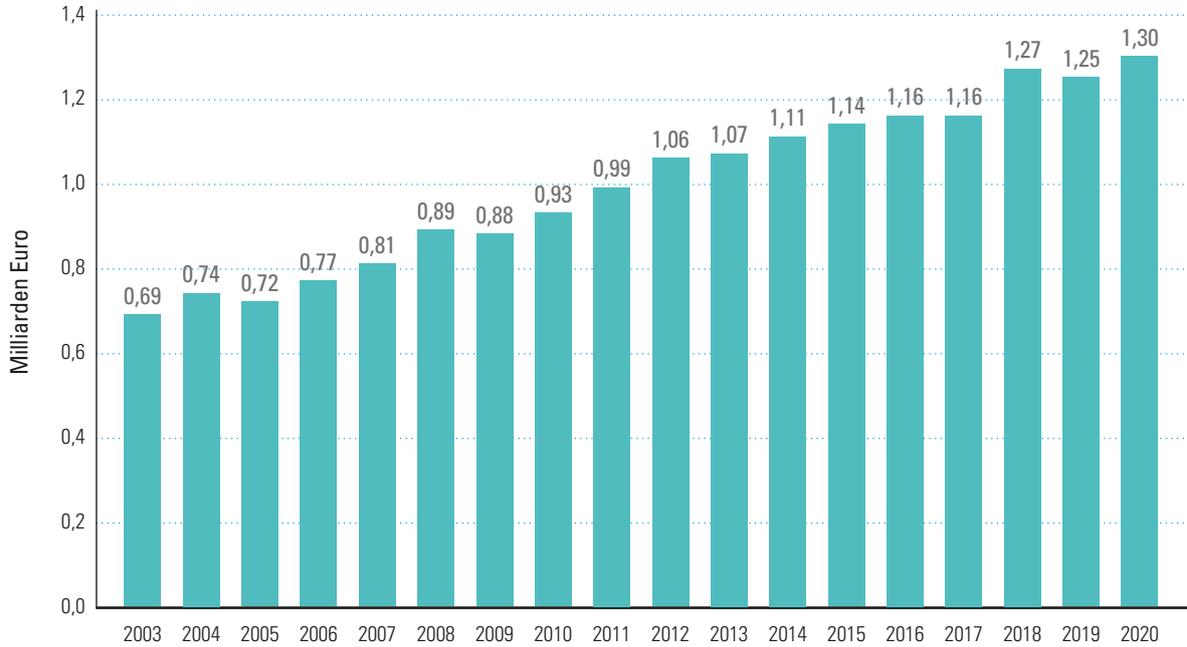


Für die PK liegen die Hauptfinanzierungsquellen zum einen im **Finanzmittelhaushalt (FMH)** und zum anderen in den Arzthonoraren. Hinzu kommen Erstattungen für Arznei- und Verbrauchsmittel, LIKIV-Pauschalen und Zimmerzuschläge.

Wir werden uns im Weiteren mit dem FMH beschäftigen. Der FMH besteht aus einem Budget für Infrastrukturen und Materialien, einem für Betriebskosten und einem für Korrekturen oder Nachzahlungsbeträge.

Das Gesamtbudget für die PK betrug 2020 1,30 Mrd. Euro – das ist etwa doppelt so hoch wie 2003 mit nur 0,69 Mrd. Euro. Der den PK zugewiesene Betrag entspricht 6,8 % des Gesamtbudgets für allgemeine Krankenhäuser (18,66 Mrd. €)<sup>[28]</sup>

ENTWICKLUNG DES FINANZMITTELHAUSHALTS (FMH)  
DER PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSER



Nähere Auskünfte  
über der Finanzierung  
von psychiatrischen  
Krankenhäusern:

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

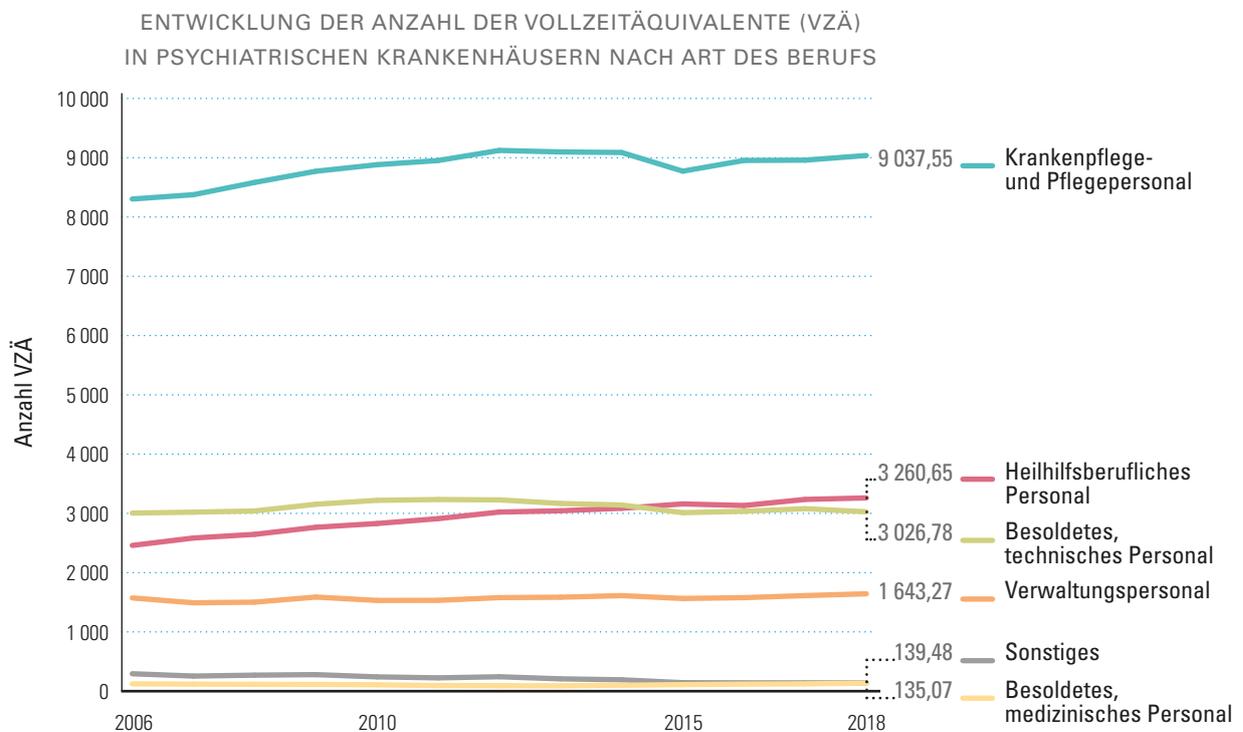


28 Quelle: Finanzmittelhaushalt (FMH), FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

# PERSONAL IN PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSERN

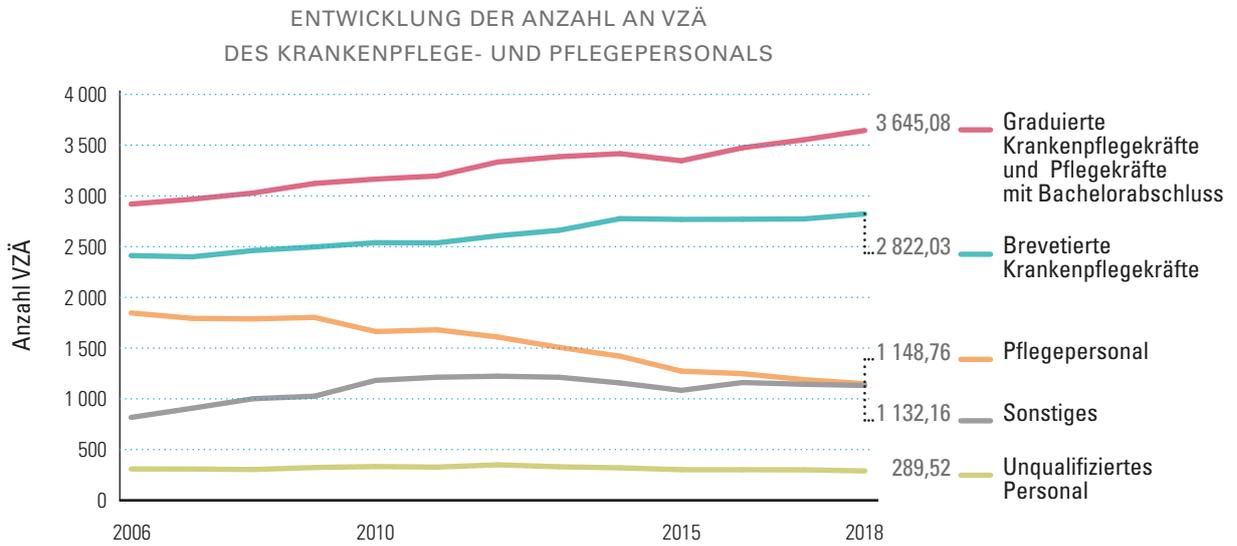
Seit 2006 ist die Anzahl an Vollzeitäquivalenten in psychiatrischen Krankenhäusern (PK) um 9,4 % gestiegen.<sup>[29]</sup>

Mehr als die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Kategorie „Krankenpflege- und Pflegepersonal“ zu finden.



29 Quelle: Finhosta, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

Wenn wir uns die Qualifikation des Krankenpflege- und Pflegepersonals ansehen, stellen wir fest, dass 71 % von ihnen Krankenpflegefachkräfte sind. Wir sehen, dass die Zahl des Pflegepersonals abnimmt und die Zahl der graduierten Pflegekräfte oder Pflegekräfte mit Bachelorabschluss steigt.



# FORENSISCHE VERSORGUNG

## 1. Internierung

Im Jahr 2013 befanden sich noch 1.169 Internierte in einem belgischen Gefängnis. Inzwischen ist diese Zahl auf 609 gesunken.

Die Internierung ist eine vom Strafgericht angeordnete Sicherheitsmaßnahme für Personen mit psychischen Erkrankungen, die eine Straftat begangen haben, aber über die das Strafgericht urteilt, dass sie keine Kontrolle über ihre Handlungen hatten und darüber hinaus eine Gefahr für die Gesellschaft darstellen. Diese strafrechtliche Internierungsmaßnahme ist nicht zu verwechseln mit der zivilrechtlichen Zwangsaufnahme, bei der es keine Straftaten betrifft.

Viele Jahre lang war es gängige Praxis, dass Internierte auf unbestimmte Zeit in den psychiatrischen Abteilungen von Strafanstalten oder sogar normalen Gefängnissen blieben. Weil die Versorgung an diesen Orten unzureichend war, wurde Belgien vom Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe regelmäßige Rügen ausgesprochen. Letztendlich wurde der belgische Staat vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte mehrfach verurteilt.

Eine **Verringerung** von **1.169**  
auf **609 Internierte** in  
den belgischen Gefängnissen **seit 2013**

Unter diesem europäischen Druck investierten die Behörden in die forensische Versorgung und nach einer neuen Investitionsrunde der Minister der Justiz und der Volksgesundheit entstanden die sogenannten „Masterpläne“.

Der „Masterplan Internierung“ befasst sich mit der forensisch-psychiatrischen Versorgung. Er legt fest, dass jede(r) Internierte das Recht auf einen Platz in einer geeigneten Struktur hat. Daher wurde in die Einrichtung von Zentren für forensische Psychiatrie (ZFP) investiert. ZFP sind für die Aufnahme von Internierten in einem in Netzwerken realisierten forensischen Versorgungsprozess verantwortlich. Dabei arbeiten die Zentren für forensische Psychiatrie mit den regulären psychiatrischen Krankenhäusern (PK) zusammen.

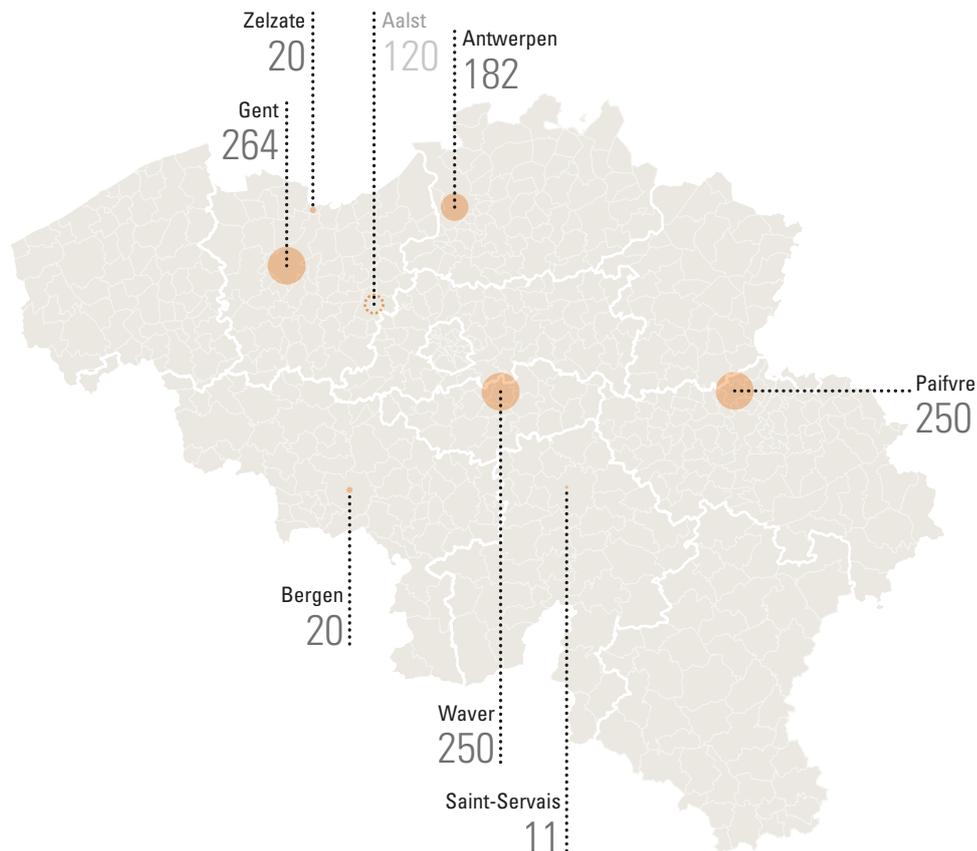
Im Jahr 2014 wurde das erste ZFP, das Platz für 264 männliche Patienten bietet, in Gent eingeweiht. Drei Jahre später, im Jahr 2017, wurde ein zweites ZFP in Antwerpen eröffnet, das 182 Patienten, davon 18 weibliche, aufnehmen kann.

Die Wallonische Region hat 2 ZFP, eines in Paifve und eines in Wavre, mit jeweils 250 Plätzen. Und schließlich ist die Einrichtung eines „Long Stay“-ZFP in Aalst vorgesehen, in dem 120 Internierte langfristig untergebracht werden können.

Für internierte Frauen mit einem hohen Risiko<sup>[30]</sup> und Sicherheitsprofil<sup>[31]</sup> (High Risk / High Security) wurde im psychiatrischen Zentrum Sint-Jan-Baptist in Zelzate die Spezialeinheit Levanta eingerichtet. Levanta hat Platz für 20 internierte Frauen, darunter 2 Krisenbetten. Auch das Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon in Saint-Servais und das Le Chêne aux Haies in Bergen mit jeweils einer Spezialeinheit mit 11 bzw. 20 Betten können solche Patienten aufnehmen.

Die anderen Einrichtungen für Internierte in regulären PK fallen eher in die Rubrik „Medium Risk / Medium Security“ (Mittleres Risiko / Mittlere Sicherheit). Sie werden für die Aufnahme dieser Internierten personell aufgerüstet.

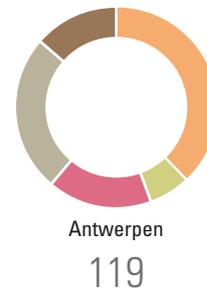
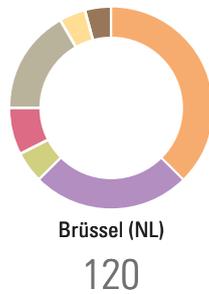
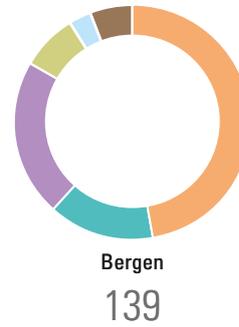
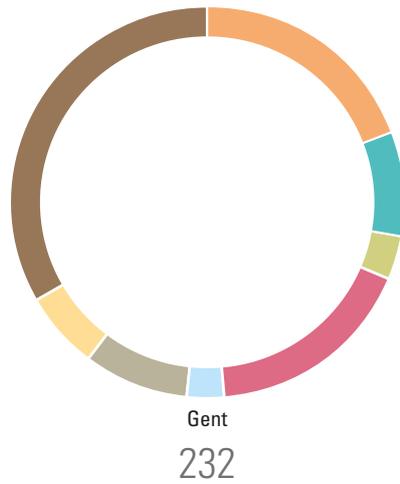
#### ÜBERSICHT ÜBER DIE FORENSISCHE PSYCHIATRISCHE PFLEGE IN BELGIEN



30 Rückfallrisiko

31 Sicherheitsbedarf

ANZAHL DER EINER BESTIMMTEN ZIELGRUPPE VORBEHALTENEN BETTEN IN PK  
PRO APPELLATIONSHOF<sup>[32]</sup>

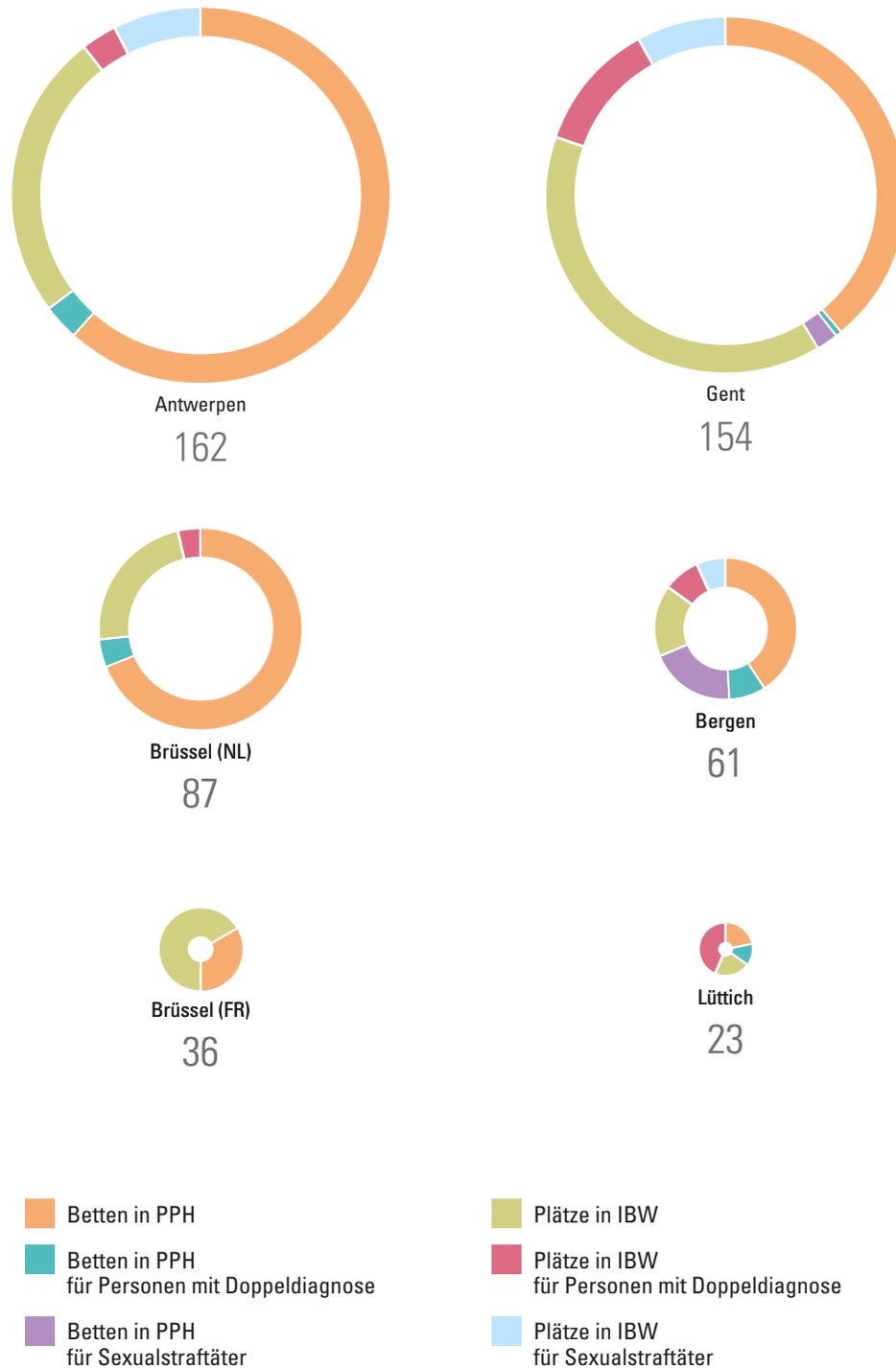


- Medium-Risk-Betten (für mittleres Risiko)
- Betten für internierte Frauen
- Betten für Langzeitaufenthalte (Long Stay)
- Krisenbetten/Timeout
- Betten für Personen mit einer Doppeldiagnose Sucht
- Betten für Personen mit einer Doppeldiagnose Geistige Behinderung
- Betten für Personen mit einer geistigen Behinderung
- Betten für Personen mit einer nicht-angeborenen Hirnverletzung Korsakow-Syndrom
- Betten für Sexualstraftäter

32 Quelle: Dienst Psychosoziale Gesundheitspflege, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

Auch psychiatrischen Pflegeheimen (PPH) und Initiativen des begleiteten Wohnens (IBW) wird eine personelle Aufrüstung für eine Anzahl von Betten oder Plätzen zur Aufnahme von Internierten gewährt.

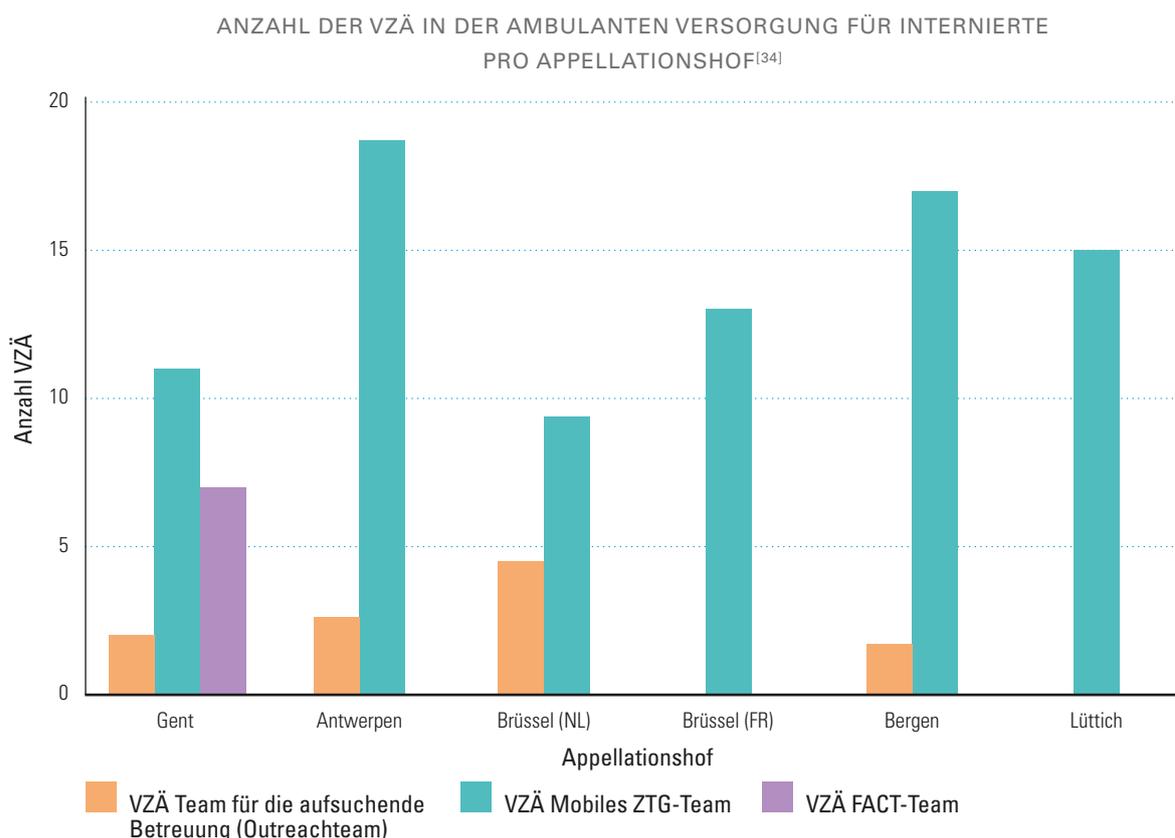
ANZAHL DER BETTEN IN INITIATIVEN DES BEGLEITETEN WOHNENS (IBW) UND PSYCHIATRISCHEN PFLEGEHEIMEN (PPH) FÜR DIE AUFNAHME VON INTERNIERTEN PRO APPELLATIONSHOF<sup>[33]</sup>



33 Quelle: Dienst Psychosoziale Gesundheitspflege, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

Und schließlich wird ein ambulantes Versorgungsangebot für Internierte aufgebaut:

- Die **aufsuchende Betreuung** ist eine spezifische Form der außerklinischen Betreuung und kann vor einer Krankenhausaufnahme (psychiatrische Abteilung eines Gefängnisses, Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft) oder im Anschluss daran (ambulantes Versorgungsnetz) stattfinden.
- Das **mobile Team „Zorgtraject voor geïnterneerden“** (kurz: ZTG, zu Deutsch: Pflegeverlauf für Internierte) hat die Aufgabe, die Integration in die reguläre Gesundheitsversorgung zu steuern und erstellt in Zusammenarbeit mit den Justizbehörden einen maßgeschneiderten Betreuungsplan für jeden Internierten. Das Team berät, bietet Orientierungshilfe, sorgt für die Nachbereitung und unterstützt die Partner im Gesundheitswesen, in der Justiz etc. Die Appellationshöfe von Gent, Antwerpen, Brüssel (NL und FR), Bergen und Lüttich haben jeweils einen Vollzeit-Koordinator angestellt.
- Ein **FACT-Team (Flexible Assertive Community Treatment)** konzentriert sich auf Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung und bietet Behandlung und Begleitung in verschiedenen Bereichen der Genesung an, indem es psychische und somatische Symptome reduziert, das soziale Funktionieren und die soziale Teilhabe fördert und persönliche Genesung und Lebensqualität realisiert.



Zusätzlich zu den Versorgungseinrichtungen außerhalb der Gefängnismauern wurden Initiativen entwickelt, um die Qualität der Versorgung in den psychiatrischen Abteilungen der Gefängnisse zu verbessern. Zudem wurde das Internierungsgesetz geändert, um ein flexibleres Gerichts- und Vollstreckungsverfahren zu ermöglichen, das den spezifischen Versorgungsbedürfnissen der Internierten besser gerecht wird.

34 Quelle: Dienst Psychosoziale Gesundheitspflege, FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt.

## 2. Spezialisierte Versorgung für junge Straftäter mit psychiatrischen Problemen („For K“)

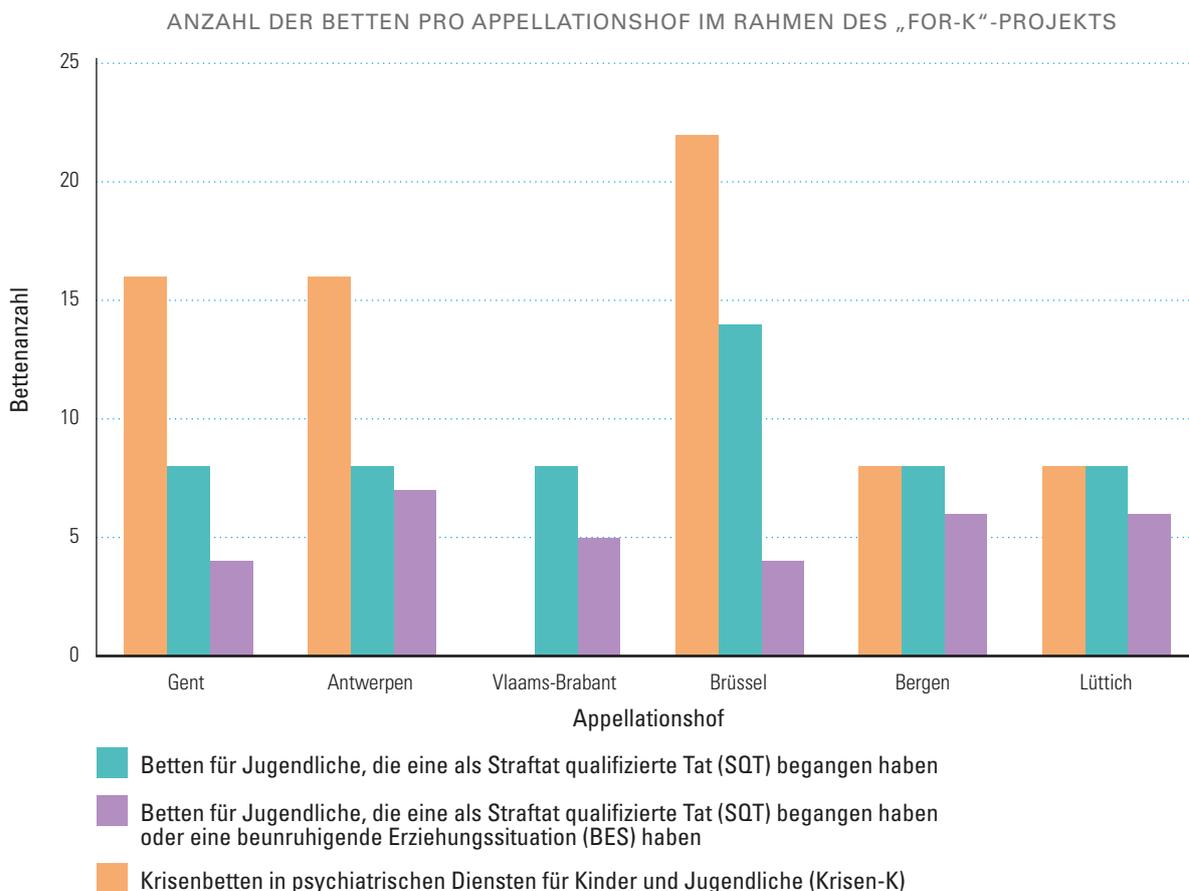
Das Pilotprojekt „For K“ des Appellationshofes sieht die Entwicklung eines Pflegeverlaufs speziell für junge Menschen mit psychiatrischen Problemen vor, die sich in einer gerichtlichen Maßnahme befinden.

# 156 Betten

 für von einer gerichtlich angeordneten Maßnahme betroffene Jugendliche mit psychiatrischer Problematik

Für Jugendliche, die eine als Straftat qualifizierte Tat (SQT) begangen haben oder für Jugendliche mit beunruhigenden Erziehungssituationen (BES) wurden intensive Behandlungseinheiten geschaffen.

Darüber hinaus verfügt jedes Projekt über eine Anzahl von K-Krisenbetten, die nicht in die Anzahl der anerkannten K-Betten eingerechnet werden.



In Brüssel wird dieses Angebot durch eine Form des Begleiteten Wohnens (8 Plätze) für straffällig gewordene Jugendliche mit psychiatrischen Problemen ergänzt.

# SUCHTHILFE

Im Kapitel „Die am häufigsten vorkommenden Hauptdiagnosen in PK und PAAK für Erwachsene“ haben wir bereits angemerkt, dass substanzinduzierte Erkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen) die Hauptdiagnose bei den in PK und PAAK aufgenommenen Patientinnen und Patienten sind. Darüber hinaus werden substanzinduzierte Erkrankungen auch häufig als Nebendiagnosen bei anderen Diagnosen genannt. Beim FÖD Volksgesundheit laufen eine Reihe von Projekten, um dieses Problem anzugehen:

## TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI)

TDI ist die Registrierung von Behandlungsfragen im Zusammenhang mit dem Missbrauch von Alkohol oder der Abhängigkeit von illegalen Drogen. Ungefähr 115 Krankenhäuser registrieren jährlich 20 epidemiologische Variablen. Diese obligatorische Registrierung (K. E. vom 15.10.2015) erfolgt innerhalb eines europäischen Rahmens (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, EMCDDA) und wird von Sciensano verwaltet. Deren Finanzierung wurde in den Finanzmittelhaushalt (FMH) integriert.

Weitere Informationen zu diesem Projekt:

[workspaces.wiv-isp.be](https://workspaces.wiv-isp.be)



## KRISENEINHEITEN FÜR SUBSTANZMISSBRAUCH

Neun Kriseneinheiten mit jeweils 4 Betten nehmen Patientinnen und Patienten in Krisen für einen auf 5 Tage begrenzten Zeitraum auf. Ein intensivmedizinisch arbeitendes und multidisziplinäres Team (11 VZÄ) betreut jährlich ca. 3.500 Patienten und Patientinnen. Das Besondere an diesem Projekt ist, dass die Nachsorge durch ein sogenanntes Case Management erfolgt und dass eine gewisse Affinität zur Zielgruppe der Patienten, die psychoaktive Substanzen konsumieren, besteht.

## PILOTPROJEKT „DRUGS & DETENTIE (DROGEN & HAFT)“

Trotz der täglichen Bemühungen der Pflegerbringer und der vielen Anstrengungen des Justizministeriums bleibt der Drogen- und Medikamentenkonsum in den belgischen Gefängnissen hoch. Dieser Zustand ist buchstäblich und im übertragenen Sinne nicht gesund, denn der Drogenkonsum birgt verschiedene Gesundheitsrisiken und kann die Sicherheit innerhalb von Gefängnissen beeinträchtigen. Jüngsten internationalen Überblicksstudien zufolge konsumieren schätzungsweise 20 bis 45 Prozent aller Gefangenen im Gefängnis illegale Drogen, wobei die Zahlen in Belgien sehr ähnlich sind.

Daher hat der Föderalminister der Volksgesundheit bei der Interministeriellen Konferenz „Volksgesundheit“ am 20. November 2017 die Entwicklung eines angepassten Modells der Drogenhilfe

für Inhaftierte vorgeschlagen. Zu diesem Zweck wurden im Dezember 2017 Pilotprojekte in den Gefängnissen von Sint-Gillis/ Berkendael, Hasselt und Lantin ins Leben gerufen. Mithilfe der Erfahrungen aus der Praxis soll ein umfassendes Hilfemodell entwickelt werden, das alle Schritte vom Screening und der Früherkennung bis hin zu Motivationsgesprächen und der Behandlung umfasst.

In jedem der drei Gefängnisse wurde zusätzliches Versorgungspersonal eingestellt und das vorhandene Versorgungs- und Gefängnispersonal wurde zusätzlich geschult, sodass Inhaftierten mit einem Drogenproblem eine individuellere Betreuung geboten werden kann. Darüber hinaus werden Inhaftierte nun bei ihrer Ankunft systematisch auf ihren Drogenkonsum überprüft (Screening), damit sie bei Bedarf schneller an die richtige Hilfe verwiesen werden können. Zudem stehen die Leistungserbringer innerhalb und außerhalb der Gefängnismauern in engem Kontakt zueinander, was dazu beiträgt, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten.

Drei Vereinigungen ohne Gewinnerzielungsabsicht, die sich auf die Drogenhilfe spezialisiert haben, bieten Begleitung in diesem Bereich an: iCare (Sint-Gillis/Berkendael), CAD Limburg (Hasselt) und Fédito Wallonne (Lantin).

## BELPEP (BELGISCH PSYCHOTROPICS EXPERTS PLATFORM)

BelPEP ist eine multidisziplinäre Plattform, die aus 3 Arbeitsgruppen von Experten besteht und das Ziel hat, den rationalen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten in Belgien zu fördern. In einem allgemeinen Visionspapier wurde ein Überblick über die Geschichte, den Status, den Kontext, die verschiedenen Probleme und Prioritäten der Plattform gegeben.

Weitere Informationen zum  
allgemeinen Visionspapier:

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)



Nachfolgend finden Sie eine kurze Auflistung einer Reihe von Maßnahmen, die bereits durchgeführt wurden:

- Es wurden verschiedene Instrumente entwickelt, um Fachleute in der Praxis zu unterstützen. So wurden zwei Websites erstellt, um aktuelle wissenschaftliche Informationen zu sammeln:
  - Eine Website über die Diagnose und Behandlung von ADHS / ADHD ([www.trajet-tdah.be](http://www.trajet-tdah.be)).
  - Eine Website zur adäquaten Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln ([www.slaapenkalmemiddelen-hulpmiddelenboek.be](http://www.slaapenkalmemiddelen-hulpmiddelenboek.be)).
- Online-Schulungen ([www.e-learninghealth.be](http://www.e-learninghealth.be)) und Schulungen in den LOK<sup>[35]</sup> zum rationalen Einsatz von Benzodiazepinen, aber auch zum optimalen Umgang mit Depressionen werden Hausärzten zur Verfügung gestellt. (Siehe <https://www.domusmedica.be/vorming> für das niederländischsprachige Angebot, <https://dmgulb.be/formation-specifique/> für das französischsprachige Angebot).

35 Lokale Qualitätsgruppe: eine Gruppe von Ärzten oder Apotheker-Biologen, die sich über ihre medizinische Praxis austauschen und sie kritisch bewerten, um die Qualität der Versorgung zu verbessern.



föderaler öffentlicher dienst

**VOLKSGESUNDHEIT,  
SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE  
UND UMWELT**