



Kurzdossier Gesundheitspflege

Allgemeine Krankenhäuser



Volksgesundheit
Sicherheit der Nahrungsmittelkette
Umwelt

.be

Impressum

Betreff:

In dieser Veröffentlichung konzentrieren wir uns auf einer Reihe von Kennzahlen über die Arbeitsweise von Allgemeinkrankenhäusern. In vier Kapiteln zu den Themen „Organisation“, „Aktivität“, „Finanzierung“ und „Qualität und Innovation“ werden einige Trends in diesem Sektor des Gesundheitswesens aufgezeigt.

Redaktionsausschuss:

Die Mitglieder der Generaldirektion Gesundheitspflege

Verantwortlicher Herausgeber:

Dirk Ramaekers, Galileelaan 5/2 - 1210 Brussel.

Kontaktdaten:



Volksgesundheit
Sicherheit der Nahrungsmittelkette
Umwelt

FÖD 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.gezondheid.belgie.be

Ablieferung von Pflichtexemplaren: D/2023/2196/33

INHALT

Vorwort

4

Organisation

6

Krankenhausnetzwerke 6

Arten von Krankenhäusern 8

Krankenhausaktivitäten 9

Beschäftigungsentwicklung im Sektor der allgemeinen Krankenhäuser 12

Aktivität

14

Entwicklung und Merkmale des Krankenhausaufenthalts 14

Aufnahmen über die Notaufnahme 18

Die häufigsten Diagnosen 19

Versorgung durch Krankenpflegefachkräfte 20

Finanzierung

23

Finanzierungsquellen 23

Der Finanzmittelhaushalt 24

Qualität und Innovation

28

Antimicrobiële resistentie 28

Pay for Performance 33

Healthcare Quality und Outcomes-Programm 34

Medizinische Bildgebung 35

Elektronische Patientenakte 37

VORWORT

Mit der vorliegenden Veröffentlichung freuen wir uns, Ihnen eine breite Palette an Schlüsselzahlen und markanten Trends im Bereich der Gesundheitspflege anbieten zu können. Angesichts des Erfolgs der ersten Veröffentlichung im Jahre 2019 hat die Generaldirektion Gesundheitspflege des FÖD Volksgesundheit beschlossen, diese Berichte dauerhaft einzurichten. Ziel ist es, dem Leser einen Überblick über die aktuellsten Daten zur Nutzung verschiedener Bereiche der Gesundheitspflege zu geben. Ebenso möchten wir die Initiativen hervorheben, an denen sich Krankenhäuser beteiligen, um den Patienten eine sichere Umgebung und eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten.

Egal, ob Sie Pflegeerbringer, politischer Entscheidungsträger, Forscher oder ein Bürger sind, der sich für die Entwicklungen in diesem Bereich interessiert, die vorliegende Publikation soll Sie informieren und inspirieren.

Dieser Bericht deckt ein breites Spektrum an Themen ab, von der Organisation über die Finanzierung von allgemeinen Krankenhäusern bis hin zu diagnostischen und Pflegetätigkeiten. Neben den Zahlen werden wir kurz verschiedene politische Initiativen wie die Organisation von Krankenhausnetzwerken und Maßnahmen zur Förderung der Qualität erläutern. Wir werden uns bemühen, die Informationen auf eine zugängliche und didaktische Art und Weise darzustellen, indem wir Illustrationen, Grafiken und kurze Beschreibungen kombinieren. Hyperlinks werden es interessierten Lesern ermöglichen, auf Quelldaten oder eingehendere Berichte zuzugreifen.

Obwohl die COVID-19-Pandemie uns erschüttert hat und beispiellose Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Pflegeerbringer hatte, haben wir im Rahmen dieser Eckdaten eine Reihe neuer Schlüsselzahlen analysiert, um die neuesten Entwicklungen und Trends in diesem Bereich genau beschreiben zu können. Die Pandemie hat die Organisation der ordentlichen Pflege auf den Kopf gestellt. Daher werden Sie beim Lesen dieses Berichts feststellen, dass bewusst manchmal Daten wiedergegeben werden, welche die Situation vor der Pandemie darstellen.

Wir hoffen, dass diese Publikation Ihnen helfen wird, die komplexe Welt der Krankenhauspflege besser zu verstehen und das Engagement jeder Abteilung der Generaldirektion Gesundheitspflege zu veranschaulichen, um gemeinsam mit den Akteuren vor Ort die Gesundheit zu fördern und eine qualitativ hochwertige und für alle zugängliche Pflege zu gewährleisten.

Lassen Sie sich durch die Seiten führen, wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre über die sonderbare Welt der Krankenhäuser!

Sabine Stordeur,

Generaldirektorin, GD Gesundheitspflege



24

lokoregionale
Krankenhausnetzwerke
wurden seit 2019
aufgebaut.

→ p. 6

In den letzten Jahrzehnten haben wir
eine Verlagerung von allgemeinen
Betten hin zu Betten für spezialisierte
Pflege, Geriatrie und Psychiatrie erlebt.

→ p. 10

103

Im Jahr 2023 gibt es in
Belgien 103 allgemeine
Krankenhäuser, darunter 7
Universitätskrankenhäuser
und 17 Krankenhäuser mit
Universitätscharakter.

→ p. 8

ORGANISATION

Krankenhausnetzwerke

Um weiterhin ein umfassendes und qualitativ hochwertiges Gesundheitsangebot in Belgien anbieten zu können, hat die Regierung Maßnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern ergriffen. Die Schaffung lokoregionaler Krankenhausnetzwerke seit 2019 soll die Krankenhäuser dazu ermutigen, Ressourcen effizienter einzusetzen, Investitionen zu teilen und die Arbeitsteilung auf der Grundlage von Fachwissen zu fördern.



3 + 1 Netzwerke

3 von der COCOF und/oder dem COCOM und/oder der Französischen Gemeinschaft und/oder der Wallonischen Region anerkannte Netzwerke und 1 von der Flämischen Gemeinschaft anerkanntes Netzwerk.

13 Netzwerke

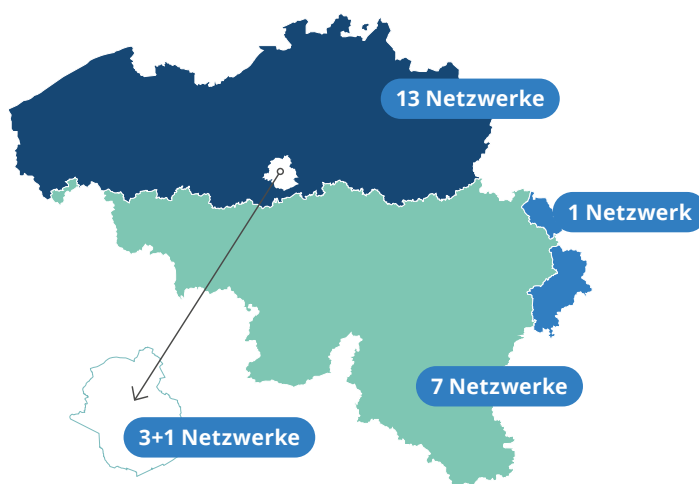
von der Flämischen Gemeinschaft anerkannt

7 Netzwerke

anerkannt von der Wallonischen Region.

1 Netzwerk

anerkannt von der deutschsprachigen Gemeinschaft und der Wallonischen Region.



Was sind lokoregionale Netzwerke?

Ein lokoregionales Krankenhausnetzwerk ist eine Kooperation zwischen mindestens zwei geografisch benachbarten Krankenhäusern im Bereich der (Grund-)Versorgung. Jedes Krankenhaus muss seit dem 1. Januar 2020 einem einzigen regionalen Krankenhausnetzwerk angehören. In Flandern dürfen maximal 13 Netzwerke gebildet werden, in der Wallonie acht und in Brüssel vier. Wie die Krankenhäuser die Verwaltung der lokoregionalen Versorgung innerhalb ihres Netzwerks organisieren, bestimmt das Krankenhausnetzwerk selbst.



Weitere Informationen finden Sie unter

https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-28-februari-2019_n2019040712.html

Gemeinsam an Pflegeaufgaben arbeiten

Die Reform hin zu lokoregionalen Krankenhausnetzwerken beruht auf zwei Säulen:

„Pflege in der Nähe, wo möglich, spezialisierte Pflege, wo nötig.“

Mit anderen Worten: Einerseits will die Regierung sicherstellen, dass die Pflege - soweit möglich - so nah wie möglich am Wohnort erfolgt. Andererseits will die Regierung unter dem Gesichtspunkt der Qualität die hochspezialisierte Versorgung eher konzentrieren. Dies wird auch zu einer effizienteren Nutzung der Ressourcen führen.

Es wurde eine Untergliederung der Pflege vorgenommen, die die Pflege in lokoregionale und überregionale Pflegeaufträge unterteilt.

1. Lokoregionale Pflegeaufträge

Dabei handelt es sich um Pflegeaufträge, die in jedem lokoregionalen Krankenhaus angeboten werden können, wie z. B. eine Notaufnahme, eine geriatrische oder pädiatrische Abteilung usw. Es handelt sich um Abteilungen, die die Grundversorgung bei klassischen, chirurgischen Eingriffen und medizinischen Erkrankungen gewährleisten. Andererseits umfasst die lokoregionale Pflege auch Erkrankungen, bei denen die Patienten über einen bestimmten Zeitraum regelmäßig das Krankenhaus aufsuchen müssen. Dazu gehören die Nierendialyse, das onkologische Versorgungsprogramm und die Schlaganfallbehandlung. Diese Leistungen sollten in jedem Krankenhausnetzwerk angeboten werden, aber nicht in jedem Krankenhaus.

2. Überregionale Pflegeaufträge

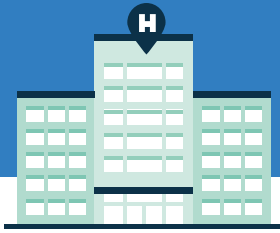
Hier geht es um Pflegeaufträge für eine kleine Gruppe von Patienten, die erhebliche Fachkenntnisse und/oder Investitionen erfordern. Diese Pflege sollte nicht in allen Netzwerken angeboten werden, sondern in überregionalen Referenzzentren konzentriert werden. Dazu gehören spezialisierte Schlaganfallbehandlungen, Verbrennungszentren, usw.

Ziel ist es, einen angepassten Rahmen zu schaffen, der die Zusammenarbeit in diesem Sektor fördert. In der nächsten Phase können die Krankenhäuser innerhalb des Netzwerks beschließen, verschiedene Abteilungen oder Versorgungspakete in Form von Shared Services zusammenzuführen. Auf diese Weise können die Ressourcen effizienter genutzt werden, z. B. durch gemeinsame Einkäufe oder den gemeinsamen Gebrauch von schwerem Gerät.

Lokoregionale Krankenhausnetzwerke werden für Gesundheitsdienstleister und Patienten attraktiver, da sie die Qualität und Spezialisierung verbessern. Die Zusammenarbeit untereinander von Referenzzentren, die eine überregionale Versorgung anbieten, bieten die Möglichkeit, dass Patienten nach einer Versorgung in einem lokoregionalen Krankenhaus weiterbehandelt werden können.

103 allgemeine Krankenhäuser

194 Standorte

**51 Flandern**

91 Standorte

14 Brüssel

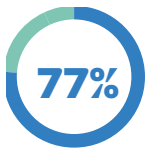
31 Standorte

38 Wallonie

72 Standorte

Arten von Krankenhäusern

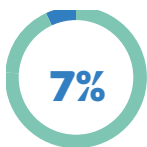
Bei den allgemeinen Krankenhäusern kann man 3 Arten von Krankenhäusern unterscheiden¹:



„Klassische“ allgemeine Krankenhäuser

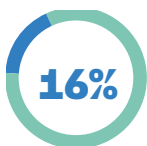
Das sind Krankenhäuser, die Tag und Nacht Patienten für eine spezialisierte medizinische Versorgung aufnehmen. Um den Begriff des Basiskrankenhauses zu erfüllen, muss ein Krankenhaus über mindestens 150 zugelassene Betten verfügen und eine Abteilung für chirurgische Tätigkeiten und Innere Medizin anbieten, die durch mindestens ein weiteres Fachgebiet wie Geriatrie, Entbindungsstation, Pädiatrie, Neuropsychiatrie oder Rehabilitation ergänzt wird. Außerdem muss es über eine anästhesiologische Funktion, eine Radiologie, eine Grundtätigkeit in der klinischen Biologie, eine Rehabilitation, eine Grundtätigkeit in der Krankenhausapotheke und eine Palliativversorgung verfügen, und es muss ständig ein Arzt anwesend sein.

Eine Ausnahme bilden atypische Krankenhäuser wie Krankenhäuser, die sich ausschließlich auf die Pflege älterer Menschen konzentrieren (Krankenhäuser mit einer isolierten G-Abteilung) oder Krankenhäuser, die sich ausschließlich auf die Rehabilitation konzentrieren. Diese liegen seit der sechsten Staatsreform mit Ausnahme des Krankenhauses Foyer Horizon nicht mehr in der föderalen Zuständigkeit. Letzteres umfasst nämlich nur Palliativbetten, die in der Zuständigkeit des Bundes verblieben sind.



Die allgemeinen Universitätskrankenhäuser

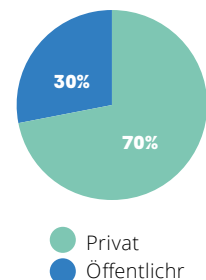
Allgemeine Universitätskrankenhäuser bieten mindestens die gleichen Leistungen wie klassische allgemeine Krankenhäuser, nehmen aber darüber hinaus auch Patienten auf, die eine hochspezialisierte Behandlung benötigen. Darüber hinaus hat ein Universitätskrankenhaus auch die Aufgabe, Gesundheitsdienstleister auszubilden, wissenschaftliche Forschung zu betreiben und neue Technologien zu entwickeln. Sie sind mit einer Universität verbunden, die über eine medizinische Fakultät verfügt, die einen vollständigen Studiengang anbietet.



Allgemeine Krankenhäuser mit Universitätscharakter

Dies sind allgemeine Krankenhäuser, denen eine Reihe von Universitätsbetten zugewiesen wurden.

Von den 103 belgischen Krankenhäusern sind am 01.01.2023 30 % öffentlich, d. h. verwaltet von einer öffentlichen Behörde (Gemeinde, Interkommunale, Provinz, Region usw.), und 70 % privat und als VoG organisiert. Historisch gesehen ist die letzte Kategorie das Ergebnis von religiösen Ordensgemeinschaften, Krankenkassen, freien Universitäten oder ehemaligen Betriebskrankenhäusern. Angesichts der großen Zahl von Fusionen zwischen Krankenhäusern in den letzten Jahrzehnten sind viele Institutionen jedoch heute ein Vermächtnis des öffentlichen und privaten Sektors. Das Krankenhausgesetz unterscheidet nicht zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor. Folglich ist die staatliche Finanzierung identisch.



¹ Dieser Bericht befasst sich mit den allgemeinen Krankenhäusern, die unter die föderale Zuständigkeit fallen. Psychiatrische Krankenhäuser (die ausschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen versorgen) sind ausgenommen.

Krankenhausaktivitäten

Die Aktivitäten von Krankenhäusern werden in Abteilungen, Funktionen und Pflegeprogramme unterteilt.

Abteilungen vereinen die Aktivitäten, denen ein bestimmter Ort innerhalb des Krankenhauses zugeordnet ist. Es wird unterschieden zwischen Krankenhausabteilungen, in denen sich die Patienten aufhalten, und medizinischen oder medizinisch-technischen Abteilungen, in denen bestimmte spezifische Leistungen erbracht werden, die besondere Fachkenntnisse oder Geräte erfordern. Zu den medizinischen Abteilungen gehören Transplantationszentren oder Zentren für Brandopfer. Zu den medizinisch-technischen Abteilungen gehören u. a. medizinische Bildgebungsdienste (CT, MRT, PET-Scanner usw.), Humangenetikzentren, Strahlentherapie und Nierendialysezentren.

Funktionen sind Krankenhausaktivitäten, die allen Krankenhausabteilungen zur Verfügung stehen. Verschiedene Funktionen unterliegen spezifischen Normen und Kontrollen durch die zuständige Gemeinschaft oder Region. Zu den Funktionen gehören unter anderem die Krankenhausapotheke, die Palliativmedizin, eine Intensivstation und eine Notaufnahme, eine Krankenhausblutbank, die Mediation, eine Schmerzbehandlung und ein klinisches Biologielabor.

Pflegeprogramme können als organisatorischer Rahmen für die Umsetzung von „Pflegeverläufen“ für eine spezifische Zielgruppe von Patienten definiert werden. Sie sind Kombinationen von Krankenhausabteilungen, medizinischen oder medizinisch-technischen Abteilungen und Funktionen, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung erforderlich sind.

Derzeit gibt es mehrere Pflegeprogramme:

- Das Pflegeprogramm „Herzpathologie“
- Das Pflegeprogramm „Reproduktionsmedizin“
- Das Pflegeprogramm für Krebspatienten
- Das Pflegeprogramm für Kinder
- Das Pflegeprogramm für geriatrische Patienten
- Das Pflegeprogramm „Schlaganfallbehandlung“



Hier können Sie sich über den Standort und das Leistungsangebot der verschiedenen Krankenhäuser informieren:

<https://www.health.belgium.be>

Arten von Krankenhausabteilungen

Jede Abteilung innerhalb eines Krankenhauses muss akkreditiert sein und spezifische Standards erfüllen, einschließlich Mindestbettenkapazität, erforderliche Aktivität, technische Ausstattung sowie Art und Anzahl des medizinischen, paramedizinischen Personals und des Pflegepersonals.

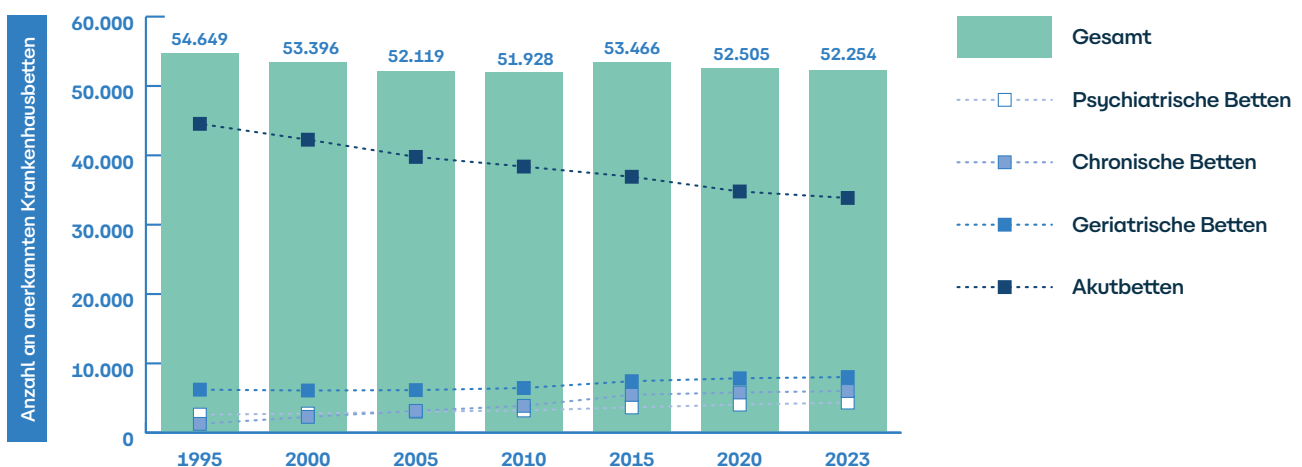
Jeder Abteilung wird ein Index oder Kennbuchstabe zugeordnet, der die Untergruppe der Patienten identifiziert. Für einen besseren Überblick können wir die verschiedenen Arten von Abteilungen nach der Art der Erkrankungen, die hier behandelt werden, gruppieren:

- **Akutbetten:** bestimmt für Kurzetaufenthalte: z. B. Betten für die Chirurgie (Kennbuchstabe C), die Innere Medizin (Kennbuchstabe D), die Pädiatrie (Kennbuchstabe E), Pflege für Frühgeborene (Kennbuchstabe NIC), Wochenstation (Kennbuchstabe M).
- **Geriatrische Betten:** bestimmt für die Pflege von geriatrischen Patienten (Index G).
- **Chronische Betten:** bestimmt für längerfristige Krankenhausaufenthalte oder für Patienten, die eine chronische Behandlung benötigen: z. B. Rehabilitation (Kennbuchstabe S1 für kardiopulmonäre Erkrankungen, S2 für Bewegungsstörungen, S3 für neurologische Erkrankungen, S5 für chronische Mehrfachpathologien und S6 für psychogeriatrische Erkrankungen) und Betten für die Palliativpflege (Kennbuchstabe S4).
- **Psychiatrische Betten und Plätze:** bestimmt für die Betreuung von Patienten, möglicherweise nur tagsüber oder nachts, mit psychischen Störungen: z. B. Betten oder Plätze zur Beobachtung und neuropsychiatrischen Behandlung von Erwachsenen (Kennbuchstabe A, A1, A2, T und T1) oder von Kindern (Kennbuchstabe K, K1 und K2).

Entwicklung der Anzahl an anerkannten Krankenhausbetten

Die Entwicklung der Bevölkerungsalterung und die Innovation in der Gesundheitspflege lassen sich in der Entwicklung der Zahl der anerkannten Krankenhausbetten ablesen. Seit 1995 ist die Zahl der anerkannten „Akut“-Krankenhausbetten zurückgegangen (-24 %). Der Grund dafür ist, dass die Patienten im Laufe der Jahre bei bestimmten Krankheiten und Eingriffen weniger Zeit im Krankenhaus verbringen müssen. Bei geriatrischen (+29 %), spezialisierten (+370 %) und psychiatrischen Betten (+67 %)² ist eine umgekehrte Entwicklung zu beobachten. Dort hat die Zahl der Betten seit 1995 zugenommen, was zum Teil auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist. Insgesamt ist in den belgischen Krankenhäusern ein Rückgang um 2.395 Betten (-4 %) zu verzeichnen. Zwischen 2010 und 2015 ist ein Anstieg der anerkannten Bettenzahl infolge von Fusionen zwischen allgemeinen und spezialisierten Krankenhäusern zu beobachten.³

Entwicklung der Anzahl an anerkannten Krankenhausbetten in allgemeinen Krankenhäusern

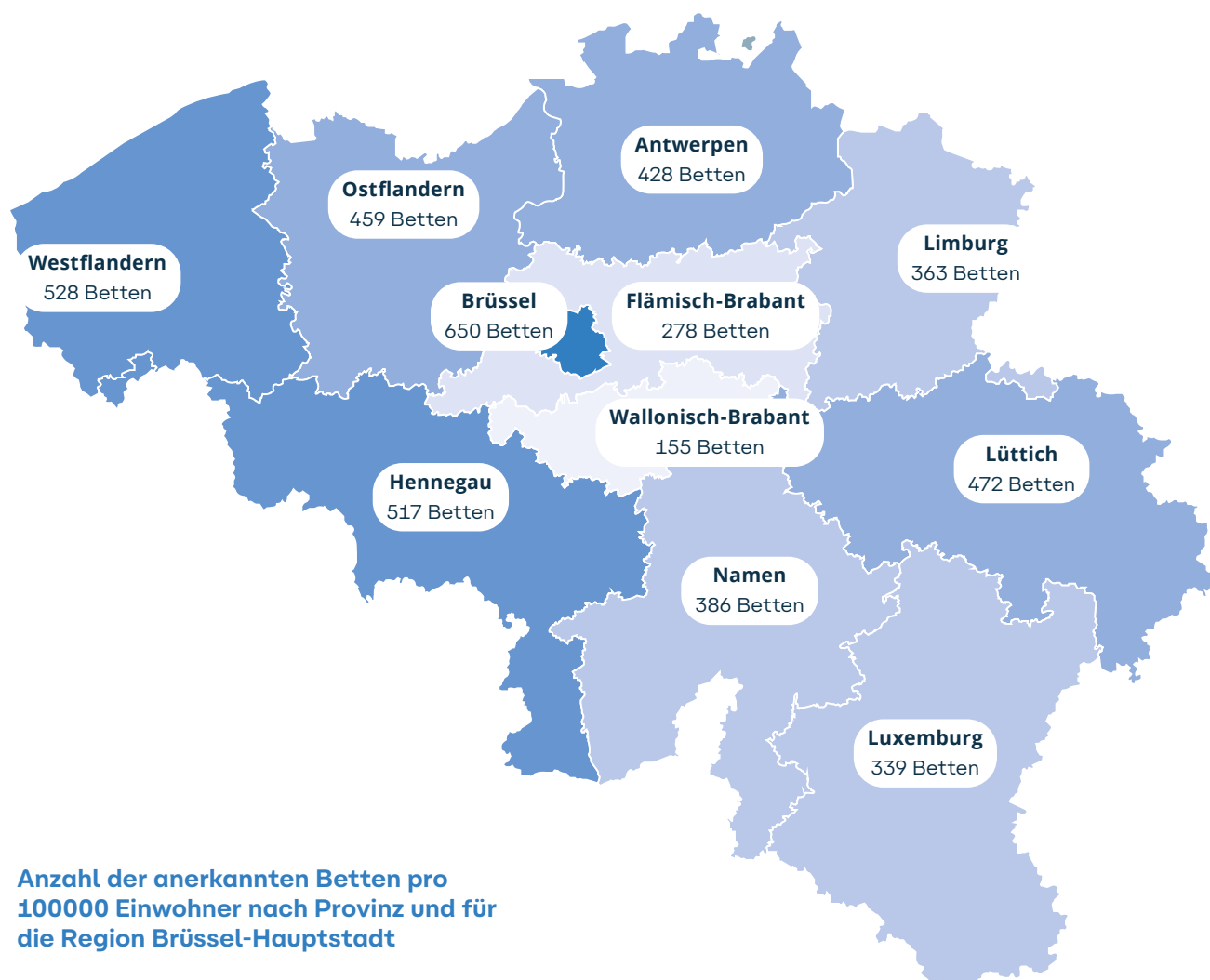


2 Die stillgelegten Betten werden gezählt, da die Anerkennung dafür beibehalten wird.

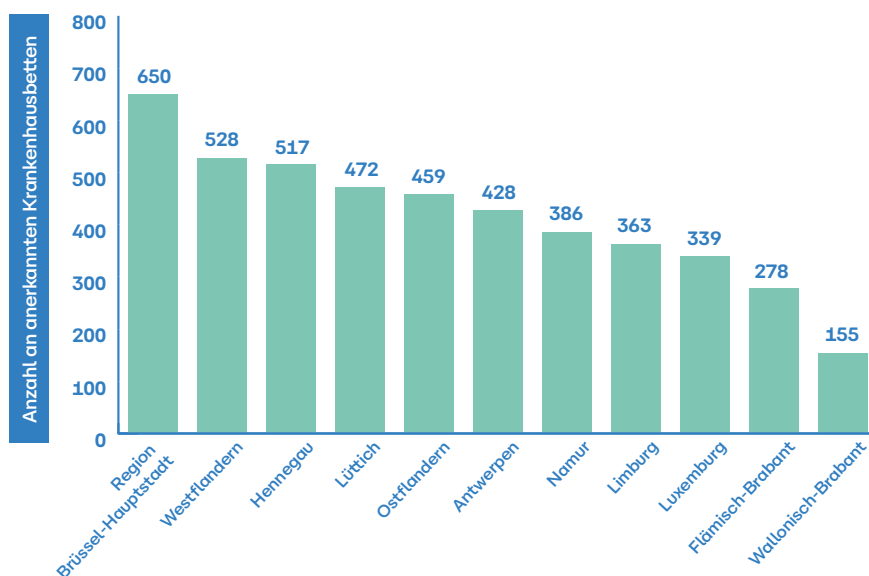
3 Quelle CIC: 01.01.2023

Geografische Verteilung der Anzahl anerkannter Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner

Die Region Brüssel-Hauptstadt hat die höchste Bettenzahl pro 100.000 Einwohner. Auf den Plätzen zwei und drei liegen die Regionen Westflandern und Hennegau. Wallonisch-Brabant und Flämisch-Brabant sind die Provinzen mit der geringsten Bettenzahl.



Anzahl der anerkannten Betten pro 100000 Einwohner nach Provinz und für die Region Brüssel-Hauptstadt



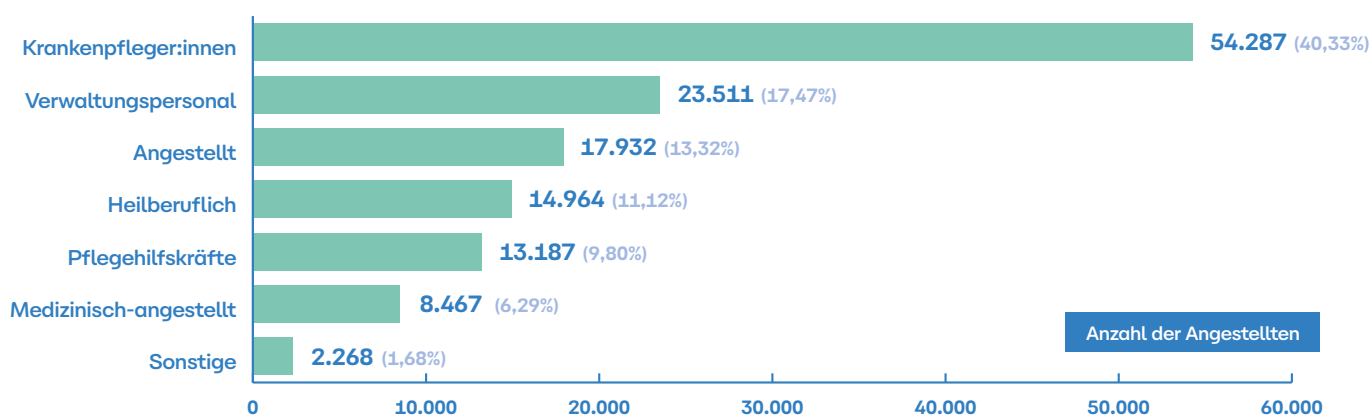
Beschäftigungsentwicklung im Sektor der allgemeinen Krankenhäuser

Krankenpflegekräfte stellen mit 54.287 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) im Jahr 2020 die größte Gruppe (40 %) des angestellten Personals in den Krankenhäusern dar. Die Zahlen⁴, die in der nachstehenden Abbildung dargestellt sind, unterschätzt jedoch die Tätigkeit des medizinischen Personals in den allgemeinen Krankenhäusern erheblich. Schließlich sind viele Ärzte selbständig tätig und werden daher nicht als angestellte Ärzte angegeben.



4 Quelle: Finhosta

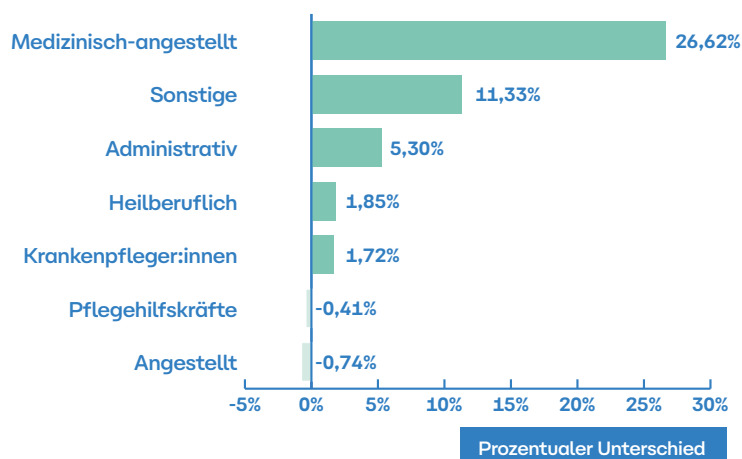
Anzahl und prozentsatz der mitarbeiter (in VZÄ) nach personalgruppen



Das Volumen der VZÄ stieg in den letzten fünf Jahren um 4.198 VZÄ (+3,22 %). Der größte Anstieg ist bei beim angestellten medizinischen Personal zu verzeichnen (+ 26,62 %). Dieser Anstieg ist hauptsächlich auf die Zunahme der Zahl der Assistenzärzte zurückzuführen.

VZÄ = Das Vollzeitäquivalent

Entwicklung der Zahl der VZÄ zwischen 2016 und 2020



02

AKTIVITÄT



Anstieg der Kontakte um 8,7 % in 10 Jahren mit abruptem Rückgang aufgrund der COVID-19-Pandemie.

→ p. 14

Über 6 Millionen Kontakte in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2021.

→ p. 14



Flämische Personen haben weniger Kontakte zum Krankenhaus als Menschen in der Wallonie und Brüssel und haben mehr Tageskrankenhausaufenthalte. Die Einwohner von Brüssel haben am häufigsten ambulante Kontakte zur Notaufnahme.

→ p. 18



Seit 2014 gibt es mehr Tageskrankenhausaufenthalte als klassische Krankenhausaufenthalte.

→ p. 14



Ein Viertel der Tageskrankenhausaufenthalte steht im Zusammenhang mit Chemo- und Immuntherapie.

→ p. 19

Wie kann ich
Ihnen helfen?



AKTIVITÄT⁵

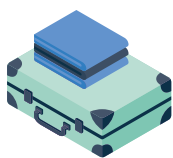
Entwicklung und Merkmale des Krankenhausaufenthalts

Es gibt mehrere Arten von Krankenhausaufenthalten oder Kontakten mit dem Krankenhaus. Bei einem Tageskrankenhausaufenthalt kommt der Patient ins Krankenhaus, ohne dort zu übernachten. Bei einem klassischen Krankenhausaufenthalt bleibt der Patient mindestens eine Nacht im Krankenhaus und es wird ein Pflegetagesatz angerechnet. Bei einem Aufenthalt über die Notaufnahme kann es sich sowohl um einen Kontakt ohne Krankenhausaufenthalt (nachfolgend „ambulante Kontakte mit der Notaufnahme“ genannt) als auch einen Kontakt gefolgt von einem (Tages- oder klassischem) Krankenhausaufenthalt handeln.

- 5 Quelle der Zahlen: Minimale Krankenhausdaten (MKD). Für die folgenden Analysen wurden nur Aufenthalte in allgemeinen Krankenhäusern ausgewählt. Darüber hinaus wurden folgende Arten von Aufenthalten nicht aufgenommen: unbeendete Aufenthalte (mit Ausnahme des ersten Teils eine Langzeitaufenthalts), komplett psychiatrische Aufenthalte, Aufenthalte von Neugeborenen, für die der Aufenthalt nicht in Rechnung gestellt wurde, Aufenthalte, bei denen das Geschlecht des Patienten nicht bestimmt werden kann, Tagesaufenthalte im Krankenhaus, für die eine minimale oder keine Pauschale berechnet wurde.

Entwicklung der Anzahl der Aufenthalte und Kontakte

Im Jahr 2012 betrug die Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte (einschließlich klassischer oder Tageskrankenhausaufenthalte und der ambulanten Inanspruchnahme der Notaufnahme) 5.693.465. Diese Zahl ist im Jahr 2019 auf 6.522.643 gestiegen. Danach ist aufgrund der Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ein atypischer Rückgang zu beobachten. Dieser Rückgang ist auch im Jahr 2021 mit 6.190.205 Aufenthalten noch zu beobachten. Nur die Zahl der Tageskrankenhausaufenthalte ist höher als vor der Pandemie.



**Klassischer
Krankenhausaufenthalt**

1.662.115



**Tageskrankenhau-
aufenthalt**

2.193.158



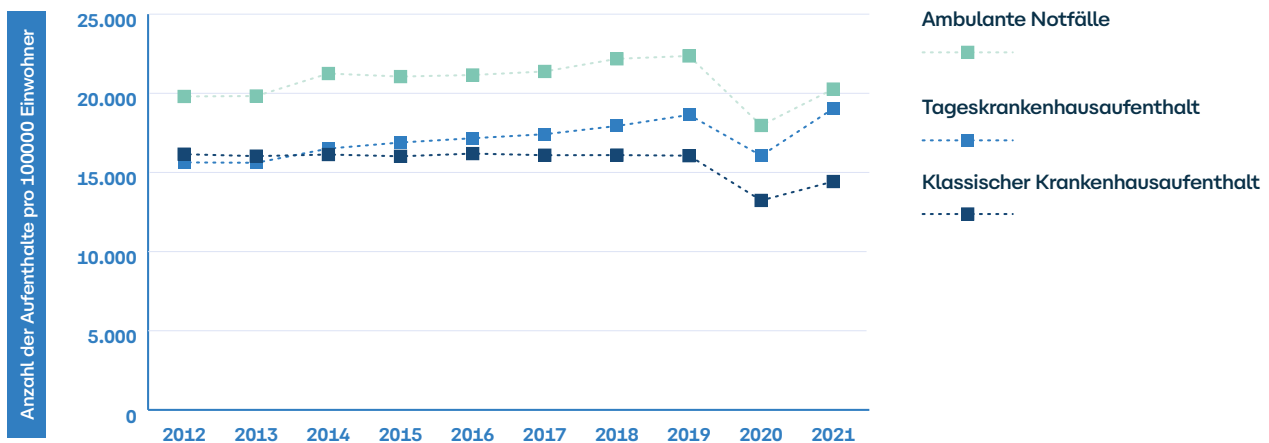
**Ambulante
Inanspruchnahme
der Notaufnahme**

2.334.932

Um diese Entwicklung im Verlauf der Zeit richtig vergleichen zu können, ist es notwendig, die Anzahl der Aufenthalte/Kontakte pro 100.000 Einwohner zu betrachten. Von 2012 bis 2019 stieg diese Zahl um 10,6 %. Dies ist vor allem auf eine höhere Zahl von Tageskrankenhausaufenthalten (+ 19,2 %) und die gestiegene Inanspruchnahme der ambulanten Notaufnahme (+ 12,9 %) zurückzuführen. Außerdem stellen wir fest, dass ab 2014 die Tageskrankenhausaufenthalte die klassischen Krankenhausaufenthalte übertreffen. Dies steht im Einklang mit den Krankenhausreformen.

Ziel ist es nämlich, die Zahl der unnötigen Krankenhausübernachtungen zu reduzieren, wenn dies medizinisch sicher möglich und für den Patienten sozial vertretbar ist. Dank medizinischer Innovationen sind die Eingriffe auch weniger invasiv, so dass die Patienten schneller genesen und das Krankenhaus verlassen können. Die Verlagerung zu mehr Tageskrankenhausaufenthalten hat mehrere Vorteile: z.B. ein geringeres Risiko von Krankenhausinfektionen aufgrund kürzerer Aufenthalte und potenziell niedrigere Kosten für die Patienten und die Gesellschaft. Außerdem können die Krankenpflegekräfte anderswo eingesetzt werden, wenn die mit einer Übernachtung verbundene Pflege reduziert wird.

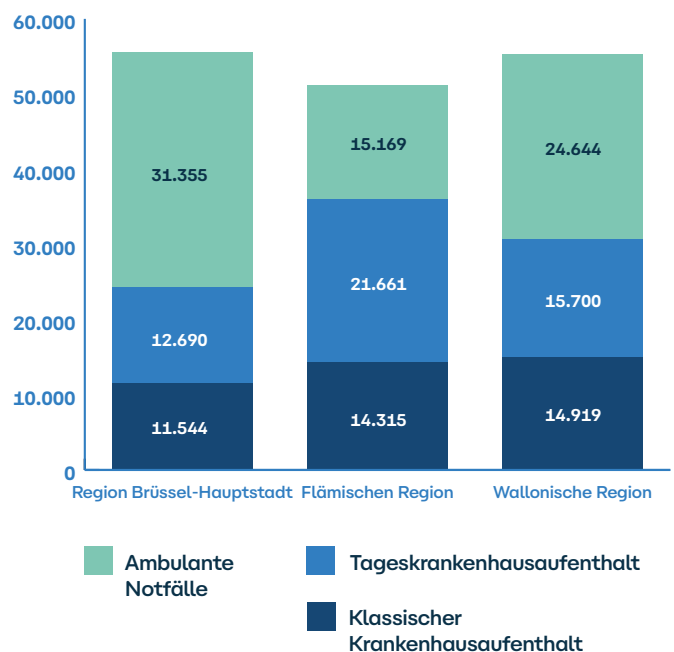
Entwicklung der Anzahl der Kontakte und Aufenthalte pro 100 000 Einwohner nach Art des Krankenhausaufenthalts



Anzahl der Krankenhausaufenthalte/ Kontakte nach Regionen⁶

Im Jahr 2021 betrug die Gesamtzahl der Aufenthalte pro 100.000 Einwohner 51.145 in Flandern, 55.589 in Brüssel und 55.263 in der Wallonie. Ein genauerer Blick auf die 3 Regionen zeigt einige Unterschiede zwischen ihnen. Allgemein wird in Flandern nämlich weniger Krankenhausversorgung in Anspruch genommen als in den beiden anderen Regionen. Allerdings ist die Zahl der Tageskrankenhausaufenthalte deutlich höher und die Zahl der ambulanten Kontakte mit der Notaufnahme geringer. Zwischen der Region Flandern und der Region Brüssel-Hauptstadt ist die Inanspruchnahme der Notaufnahmen doppelt so hoch. In der Region Brüssel-Hauptstadt werden weniger klassische Krankenhausaufenthalte in Anspruch genommen.

Anzahl der Aufenthalte pro 100 000 Einwohner nach Art des Krankenhausaufenthalts und Patientenregion (2021)



⁶ Herkunftsregion des Patienten.



Weitere Informationen über die Herkunft der Patienten:

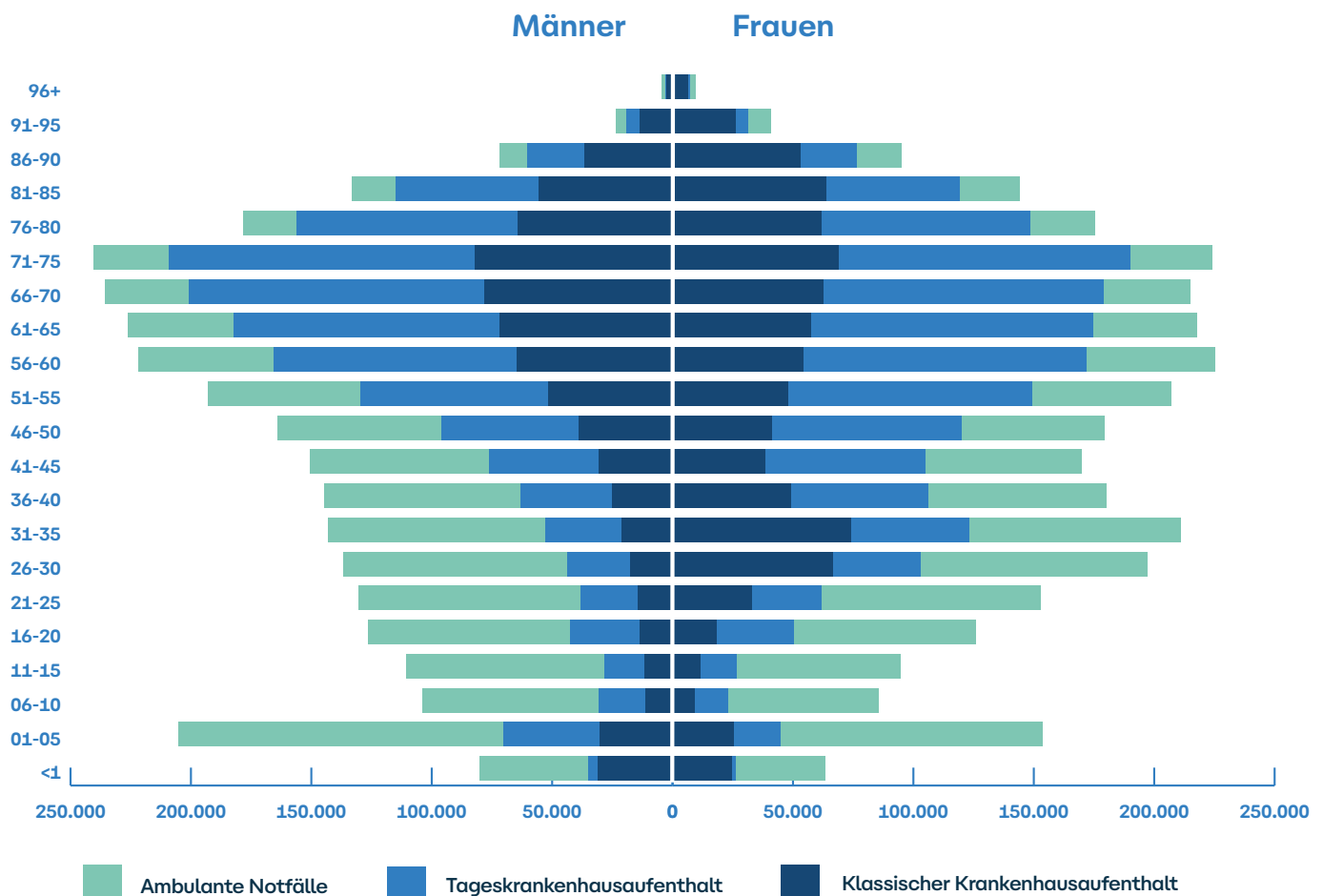
<https://www.health.belgium.be/nl/mzg-herkomst-van-de-patienten>

Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten

Bei Kindern ist die Zahl der Krankenhauskontakte im Alter von 1 bis 5 Jahren höher, was vor allem auf eine intensivere Inanspruchnahme der ambulanten Notaufnahme zurückzuführen ist. Etwa ein Fünftel der Patienten ist zwischen 55 und 70 Jahre alt. Nach dem 80. Lebensjahr stellen wir bei Frauen eine höhere Gesamtzahl von Krankenhausaufenthalten fest als bei Männern. Dies ist auf ihre längere Lebenserwartung zurückzuführen. Die höhere Nutzung der Krankenhauspflege von Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren im Vergleich zu Männern in dieser Altersgruppe ist hauptsächlich auf die Geburt zurückzuführen.



Anzahl der Aufenthalte und Kontakte nach Art des Krankenhausaufenthalts, Alter und Geschlecht (2021)

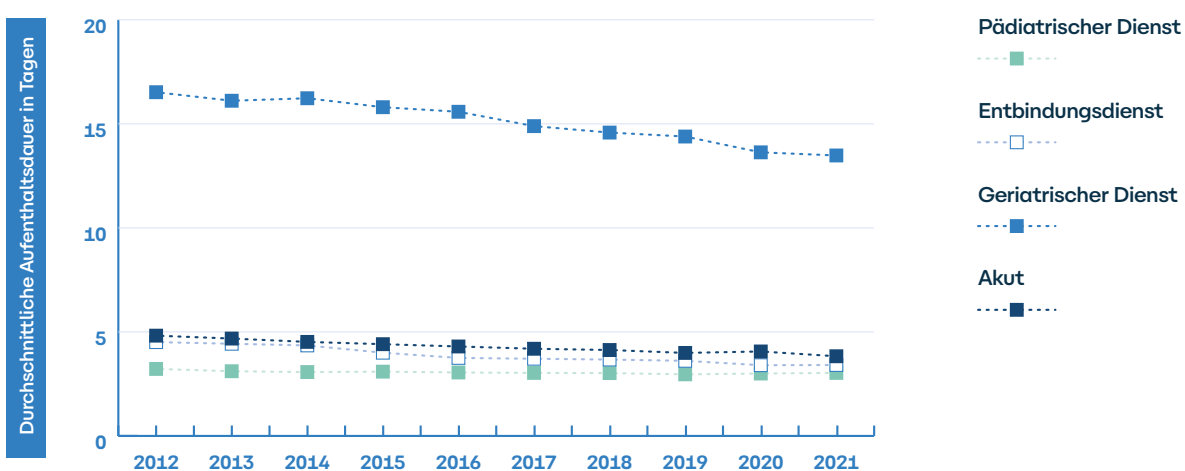


Durchschnittliche Dauer klassischer Krankenhausaufenthalte

Seit Jahren fördert die Gesundheitspolitik die Verkürzung der Verweildauer, um Effizienz und eine angemessene Nutzung der Krankenhauskapazitäten zu gewährleisten. Dies soll erreicht werden, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen und unter Berücksichtigung der spezifischen Situation jedes einzelnen Patienten.

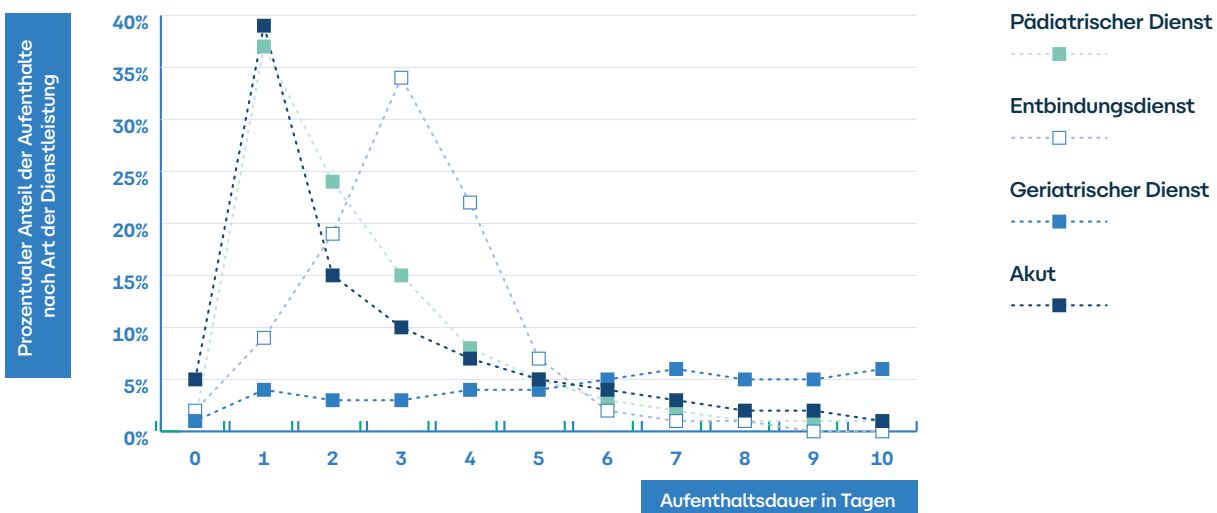
Im Jahr 2021 betrug die durchschnittliche Verweildauer in einer Akutabteilung 4 Tage, in einer geriatrischen Abteilung 13 Tage und in einer Entbindungs- und pädiatrischen Abteilung 3 Tage. Zwischen 2012 und 2021 ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilung Akutversorgung und Entbindung um einen Tag und in der geriatrischen Abteilung um drei Tage gesunken. In der Abteilung Pädiatrie blieb die durchschnittliche Aufenthaltsdauer stabil.

Durchschnittliche Dauer klassischer Krankenhausaufenthalte pro Abteilung



Betrachtet man die Anzahl der Tage, die Patienten in einer bestimmten Abteilung bleiben, so stellt man fest, dass fast 60 % der Aufenthalte in der Akutversorgung nicht länger als 2 Tage dauern. Für die Entbindungsabteilung beträgt die Dauer in 64 % der Fälle nicht mehr als 3 Tage und bei 86 % der Aufenthalte nicht mehr als 4 Tage.⁷ In der Geriatrie ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer länger als in den anderen Abteilungen. 54 % der Patienten bleiben dort länger als 10 Tage. In der Pädiatrie verbringen 62 % der Kinder nicht mehr als zwei Tage im Krankenhaus.

Prozentualer Anteil der Aufenthalte nach Aufenthaltsdauer und Bettenindex (2021)



⁷ Psychiatrische und chronische Aufenthalte sind in diesen Grafiken nicht enthalten. Aufenthalte von mehr als 10 Tagen sind in der zweiten Grafik aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

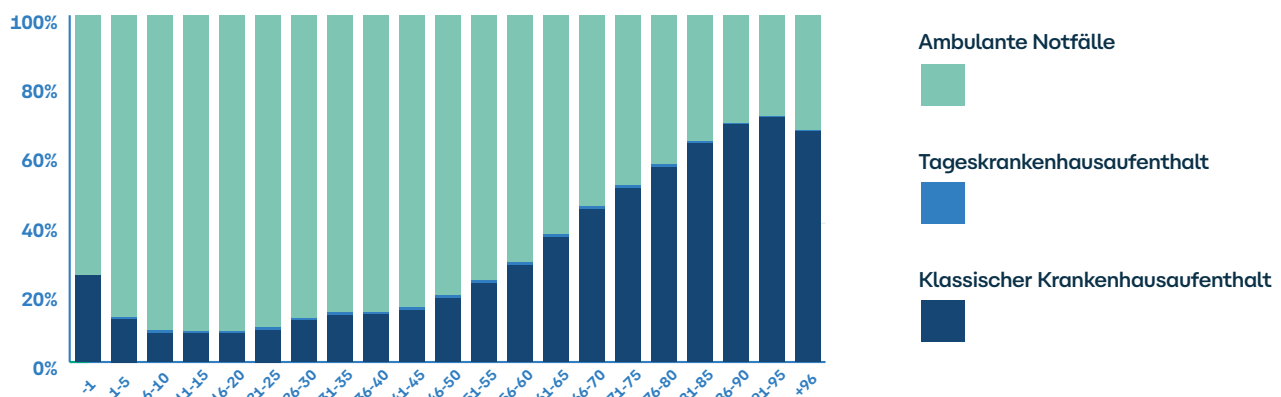
Aufnahmen über die Notaufnahme

Die folgenden Grafiken zeigen die Krankenhausaufenthalte nach einem Besuch in der Notaufnahme im Vergleich zu der Anzahl ambulanter Kontakte mit der Notaufnahmeabteilung (ohne Aufnahme).

Verteilung nach Alter

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen führt ein ambulanter Kontakt in einer Notaufnahme im Jahr 2021 nur in 1 von 10 Fällen zu einer Aufnahme. Nur Kinder unter 1 Jahr werden bei einem Viertel der Besuche in der Notaufnahme ins Krankenhaus aufgenommen. Das ist doppelt so viel wie bei Kindern im Alter zwischen 1 und 18 Jahren. Bei älteren Menschen ist eine Aufnahme nach einem Besuch in der Notaufnahme jedoch häufiger. Nach dem 75. Lebensjahr erfolgt in mehr als der Hälfte der Fälle ein klassischer Krankenhausaufenthalt nach einem Kontakt mit der Notaufnahme. Ein Tageskrankenhausaufenthalt nach einem Besuch in der Notaufnahme erfolgt nur selten.

Prozentsatz der Art der Krankenhauseinweisung nach einem Besuch in der Notaufnahme nach Altersgruppe (2021)



Verteilung nach Regionen

In Flandern wird die Notaufnahme weniger in Anspruch genommen. Fast 60 % der Aufenthalte mit klassischer Krankenhausaufnahme erfolgen nicht über die Notaufnahme. Etwa die Hälfte der Kontakte mit einem Krankenhaus sind ambulante Kontakte mit der Notaufnahme in der Region Brüssel-Hauptstadt (51,3 %) und in der Region Wallonien (46,3 %).

Verhältnis von Kontakten mit der Notaufnahme und klassischen Krankenhausaufenthalten nach Region (2021)

Region Brüssel-Hauptstadt



Flämische Region



Wallonische Region



● Klassische Krankenhausaufnahme nach Kontakt mit der Notaufnahme

● Klassische Krankenhausaufnahme ohne Kontakt mit der Notaufnahme

● Ambulante Kontakte mit der Notaufnahme

Anmerkung: Die Aufenthalte in der Tagesklinik machen nur einen geringen Anteil aus und sind aus Gründen der Lesbarkeit nicht in der Grafik enthalten.

Die häufigsten Diagnosen

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der Aufenthalte für die fünf Hauptdiagnosegruppen gemäß der ICD-10-CM-Klassifikation⁸ für jede Arte der Krankenhausaufnahme.

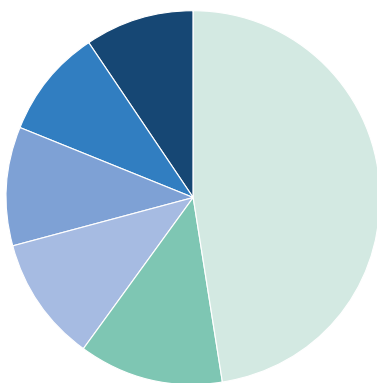
Bei der klassischen Krankenhausaufnahme sind die drei häufigsten Gründe für die Einweisung: Einweisung aufgrund von Störungen des Herz-Kreislauf-Systems, Störungen des Verdauungssystems und Einweisung aufgrund von Verletzungen.

Ein Viertel der Tageskrankenhausaufenthalte steht im Zusammenhang mit Chemo- und Immuntherapie. Fast ein Fünftel der Tageskrankenhausaufenthalte sind auf Erkrankungen des Verdauungssystems zurückzuführen.



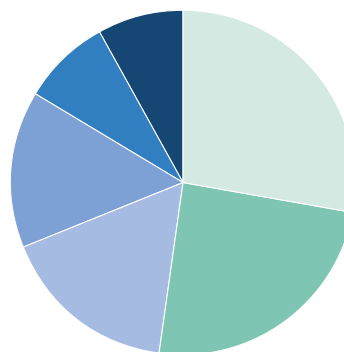
⁸ Kapitel ICD-10-BE, wobei nur Chemo- und Immuntherapie für Kapitel XXI berücksichtigt werden. Die anderen Aufenthalte aus diesem Kapitel sind nicht in der Analyse enthalten (N=237 198) Darüber hinaus wurden 10 475 Aufenthalte, die zu keinem Kapitel gehören, nicht in die Auswahl einbezogen.

Klassischer Krankenhausaufenthalt



- Kreislauksystem (12,5%)
- Verdauungssystem (10,7%)
- Verletzungen (10,3%)
- Atmungssystem (9,5%)
- Muskeln, Knochen und Gelenke (9,3%)

Tageskrankenhausaufenthalt



- Chemotherapie und Immuntherapie (24,0%)
- Verdauungssystem (16,9%)
- Nervensystem (14,6%)
- Muskeln, Knochen und Gelenke (8,2%)
- Tumore (8,0%)
- Sonstige (28,0%)



Hier finden Sie weitere Informationen über die Prävalenz von Krankheiten:

<https://www.health.belgium.be/nl/mzg-publicaties-het-voorkomen-van-ziektebeelden-een-ziekenhuis>

Versorgung durch Krankenpflegefachkräfte

Die nachstehende Grafik zeigt die zehn häufigsten registrierten Versorgungen durch Krankenpflegefachkräfte im Jahr 2021. Die verschiedenen Versorgungen durch Krankenpflegefachkräfte werden in 6 Bereiche eingeteilt:

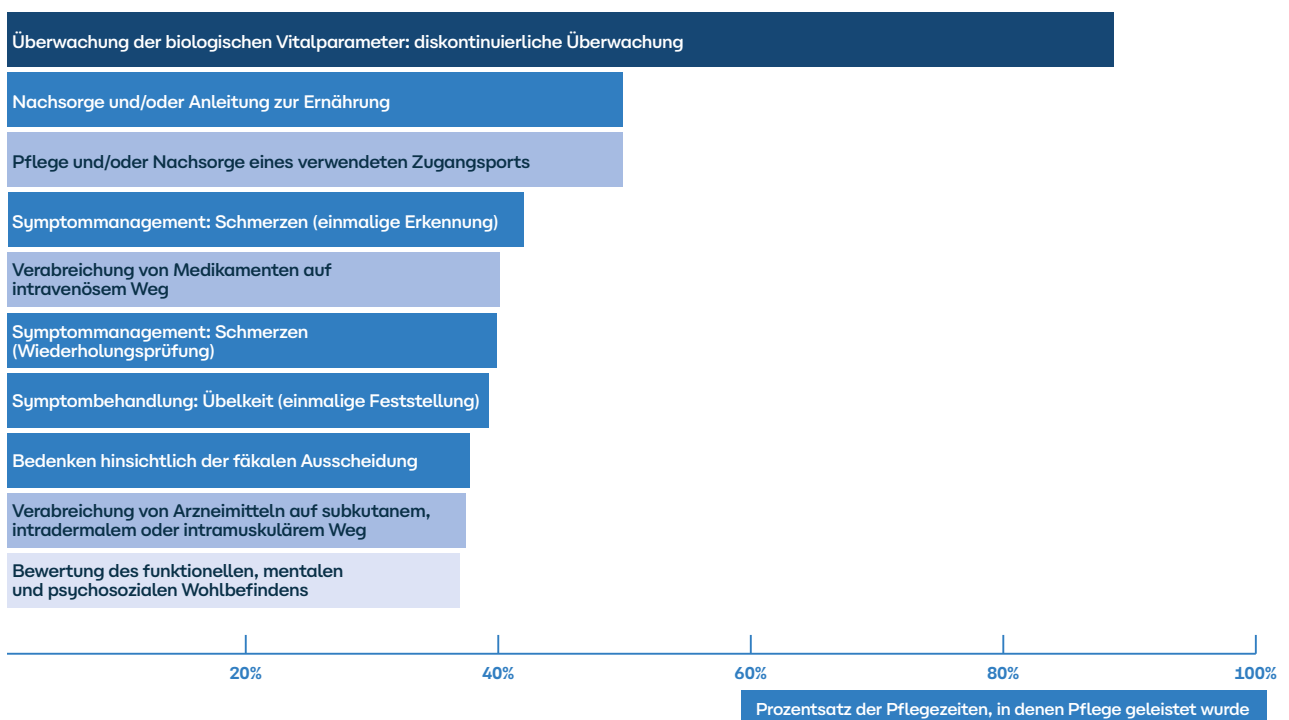
- | | |
|--|---|
| ● Bereiche 1: Pflege bei grundlegenden, physiologischen Funktionen, Bereiche | ● Bereiche 4: Sicherheit |
| ● Bereiche 2: Pflege bei komplexen, physiologischen Funktionen | ● Bereiche 5: Familie und Verwandte |
| ● Bereiche 3: Verhalten | ● Bereiche 6: Gesundheitspolitik |



Die Überwachung biologischer und lebenswichtiger Parameter wird in 90 % der Pflegezeiten aufgezeichnet. Diese Pflege zielt darauf ab, Komplikationen zu erkennen oder zu verhindern, z. B. durch die Messung von Körpertemperatur, Blutdruck oder Atemfrequenz.

Fünf der zehn häufigsten Versorgungen fallen in den ersten Bereich, in dem alle pflegerischen Versorgungen zusammengefasst sind, die die Grundbedürfnisse des Patienten betreffen.

Die 10 häufigsten pflegerischen Sorgen in einer Pflegezeit im Jahr 2021



An zweiter Stelle stehen die Pflegeaktivitäten im Zusammenhang mit der Ernährung. In 60 % der Betreuungszeiträume wird der Patient bei der Nahrungsaufnahme beobachtet oder angeleitet. Dazu gehören beispielsweise die Bewertung der Nahrungsaufnahme, die Beratung von Müttern beim Stillen und/oder der Verabreichung von Flaschennahrung oder die Überwachung eines Patienten, der nüchtern bleiben muss.

An vierter, sechster und siebter Stelle stehen drei Maßnahmen zur Förderung des körperlichen Wohlbefindens der Patienten, z. B. die Schmerzbehandlung. Diese Versorgungen werden in etwa 40 % der Betreuungszeiten durchgeführt.



Schmerzen: Ein Fokuspunkt für eine bessere Versorgung

Schmerzerfassung und -bewertung sind wesentliche Aspekte der Pflege.⁹

Krankenpflegefachkräfte spielen eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Schmerzbehandlung. Schmerzen haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patienten. Die Forschung hat gezeigt, dass eine unzureichende Schmerzbehandlung zu schlechter Wundheilung, thromboembolischen Ereignissen, pulmonalen Komplikationen, längeren Aufenthalten auf der Intensivstation und im Krankenhaus sowie einem erhöhten Risiko der Entwicklung chronischer Schmerzen führt.

Leider leiden 80 % der postoperativen Patienten immer noch unter Schmerzen, wie aus dem Überwachungsbericht der Pflegeinspektion hervorgeht. Außerdem erfüllen nicht alle Patientenakten die Mindestanforderung von zwei Schmerzaufzeichnungen pro Tag. Auffallend ist auch, dass Schmerzwerte im Vergleich zu anderen Vitalparametern wie Blutdruck, Puls und Temperatur weniger konsequent ausgefüllt werden.

Für diese Probleme gibt es mehrere Gründe. Einerseits ist die Schmerzerfassung ein relativ neuer Vitalparameter, so dass es den Pflegekräften an Wissen über die Schmerzbehandlung, den angemessenen Einsatz von Analgetika, die Bewertung von Schmerzen und falsche Vorstellungen über Opioide und Sucht mangeln kann. Andererseits gaben die Patienten an, dass sie nicht ausreichend über die zu erwartenden Schmerzen und die Schmerzbehandlung aufgeklärt wurden.

Zur Verbesserung der Schmerzbehandlung werden die folgenden Empfehlungen ausgesprochen:

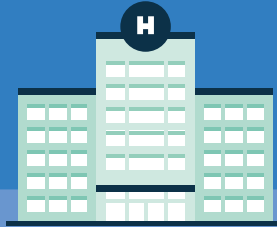
- Sensibilisierung der Gesundheitsdienstleister für alle Aspekte der Schmerzproblematik.
- Verbesserung der Kenntnisse der Pflegekräfte über Symptome, Komplikationen und Interventionen im Zusammenhang mit nicht behandelten Schmerzen durch Schulungsprogramme.
- Entwicklung, Umsetzung und Bewertung eines wissenschaftlichen krankenhausweiten Algorithmus für die Schmerzbehandlung.
- Bewertung der Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung anhand der HCAHPS-Bewertungen (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) vor und nach der Einführung des Schulungsprogramms und des Algorithmus.

⁹ Quelle: Improving Patient Satisfaction With Better Pain Management in Hospitalized Patients The Journal for Nurse Practitioners Volume 13, Issue 1, January 2017, Pages e23-e27
https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/rapport_az.pdf

21,3

Der Umsatz der allgemeinen Krankenhäuser betrug 2021 ca. 21,3 Milliarden Euro.

→ p. 23



Im Januar 2023 wurde ein Finanzmittelhaushalt von 9 935 557 653 Euro für allgemeine Krankenhäuser bereitgestellt.

→ p. 24



Der Finanzmittelhaushalt besteht aus drei Hauptkomponenten: einem Haushalt für kurzfristige Kreditkosten (Teil A2), einem Betriebskostenhaushalt (Teil B) und einem Haushalt für die Regularisierung der Nachfinanzierung der verschiedenen Teile des Finanzmittelhaushalts (Teil C).

→ p. 24

Der Finanzmittelhaushalt wird teils pauschal und teils auf der Grundlage der gerechtfertigten Aktivität der einzelnen Krankenhäuser zugewiesen.

→ p. 24



Der Finanzmittelhaushalt und die Arzthonorare machen im Jahr 2021 jeweils ein Drittel der Gesamteinnahmen aus.

→ p. 23

FINANZIERUNG

Finanzierungsquellen

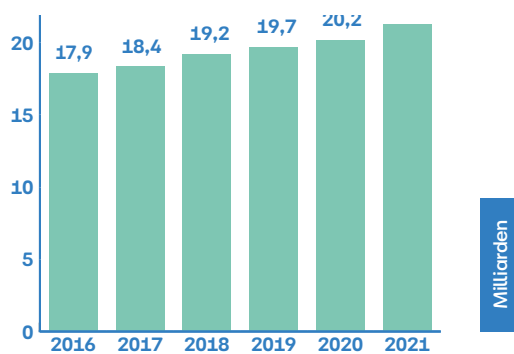
Der allgemeine Krankenhaussektor beläuft sich auf 21,3 Milliarden Euro¹⁰, gemessen am Gesamtumsatz im Jahr 2021.

Die Hauptfinanzierungsquellen für Krankenhäuser sind der Finanzmittelhaushalt (36,5 %), die Überweisung von Honoraren für Ärzte, Zahnärzten und bestimmten Kategorien von medizinischem und paramedizinischem Personal (31,5 %), LIKIV-Pauschalen (4,4 %), Pharmazeutische und gleichgesetzte Produkte (20,8 %), Zimmerzuschläge (0,5 %) und der Zubehörprodukte (0,2%).

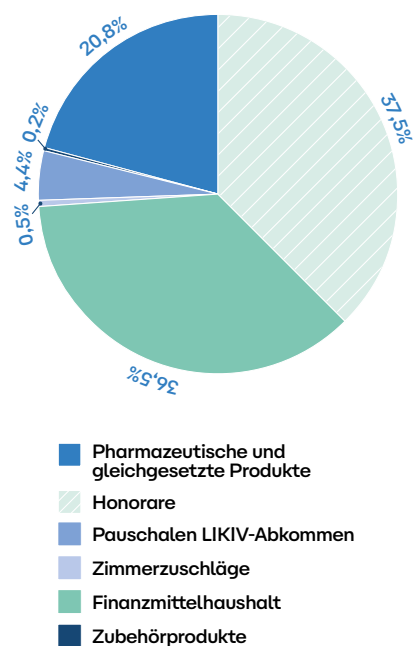


¹⁰ Quelle: Finhosta

Umsatzentwicklung allgemeine Krankenhäuser



Umsatzverteilung (2021)



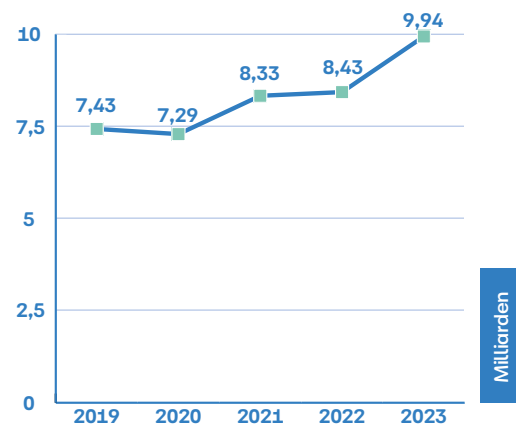
Der Finanzmittelhaushalt

Verteilung der Haushaltsmittel

Die Finanzierung eines Krankenhauses aus dem Finanzmittelhaushalt ist das Ergebnis der individuellen Zuweisung des gesamten Krankenhaushaushalts an alle Krankenhäuser.¹¹ Im Januar 2023 wurden dieses Gesamthaushaltsmittel auf einen Höchstbetrag von 9.935.557.653 Euro für die allgemeinen Krankenhäuser festgelegt. Der Finanzmittelhaushalt ist in den letzten 5 Jahren um 34 % gestiegen, von 7,4 Milliarden im Jahr 2019 auf 9,9 Milliarden im Jahr 2023.

¹¹ Die Verteilung erfolgt auf der Grundlage der Verfahren, die im Königlichen Erlass vom 25. April 2002 über die Festlegung und die Ausgleichung des Finanzmittelhaushalts der Krankenhäuser festgelegt sind.

Entwicklung BFM allgemeine Krankenhäuser am 1. Januar



Der Finanzmittelhaushalt besteht aus drei Hauptkomponenten: einem Haushalt für kurzfristige Kreditkosten (Teil A2), einem Betriebskostenhaushalt (Teil B) und einem Haushalt für die Regularisierung der Nachfinanzierung der verschiedenen Teile des Finanzmittelhaushalts (Teil C). Die Krankenhausfinanzierung basiert im Wesentlichen auf Pauschalbeträgen, tatsächlichen Kosten oder Sachleistungen pro Handlung.

Die Teile des Finanzmittelhaushalts		% (Januar 2023)
A2	Kurzfristige Kreditkosten	0,59 %
B: Betriebskosten	B1 Kosten für gemeinschaftliche Abteilungen	18,85 %
	B2 Kosten für klinische Abteilungen	36,29 %
	B3 Betriebskosten der medizinisch-technischen Dienste NMR - Strahlentherapie - PET	1,11 %
	B4 Recycling und Forfaitierung	15,42 %
	B5 Betriebskosten der Krankenhausapotheke	1,57 %
	B6 Kosten Sozialabkommen Mitarbeitende außerhalb des Finanzmittelhaushalts	1,16 %
	B7 Kosten im Zusammenhang mit Hochschulfunktionen	1,93 %
	B8 Kosten im Zusammenhang mit dem sozialen Charakter der Patientenpopulation	0,32 %
	B9 Kosten Sozialabkommen	17,00 %
C: Korrekturen	C2 Aufgehobene Beträge	5,90 %
	C3 Teilweise Rückforderung von Zimmerzuschlägen	-0,13 %

Finanzmittelhaushalt im Fokus



Die **Erstattung des Pflegekräftefonds** erfolgt über den Teil B9 des Finanzmittelhaushalts. Sie zielt darauf ab, die Beschäftigung und Ausbildung von Pflege- und Hilfskräften zu verbessern. Auf diese Weise kann man die effektive Zeit für die Patientenversorgung am Krankenbett erhöhen. Im Januar 2023 wurden **336 Millionen Euro** für allgemeine Krankenhäuser bereitgestellt.

Mit der Reform des Tageskrankenhauses werden zwei Ziele verfolgt: die Förderung innovativer Techniken und die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte. Um dies zu fördern, werden zwei finanzielle Maßnahmen ergriffen:

- Am 1. Januar 2023 wurde die Liste der Nomenklaturcode des LIKIV für chirurgische Tageskrankenhausaufenthalte aktualisiert. Die so genannte **Liste A** enthält **551 Nomenklaturcode oder Eingriffe**. Zuvor waren es nur 246 Eingriffe. Diese Eingriffe dürfen in einer chirurgischen Tagesklinik durchgeführt werden und führen zu einer Finanzierung durch den Finanzmittelhaushalt. Die Erweiterung deckt zum Beispiel Eingriffe wie Gallenblasenoperationen, Blinddarmentfernungen oder den Kniegelenkersatz ab.
- Die **Liste B** wird ab 2023 wieder genutzt. Es handelt sich um eine Liste von 189 Eingriffen, die in einer Tagesklinik durchgeführt werden müssen, z. B. die Entfernung von Krampfadern, eine Beschneidung oder die Entfernung der Mandeln bei einem Kind. Ein Krankenhaus erhält für die in dieser Liste aufgeführten Eingriffe nur eine Erstattung, die einer Tagesaufnahme entspricht. Wenn der Patient trotzdem länger im Krankenhaus bleibt, wird dafür keine zusätzliche Erstattung durch den Finanzmittelhaushalt gewährt. Dies wird dann als **unzulässiger Aufenthalt angesehen**. Diese Regelung gilt nur für Personen unter 75 Jahren und ohne zusätzliche Gesundheitsprobleme. Diese Liste soll sicherstellen, dass die Krankenhäuser kein Interesse daran haben, Patienten länger als nötig aufzunehmen.

Die föderale Regierung beschloss 2020 sowohl den Krankenhäusern als auch den Leistungserbringern im Rahmen der **COVID-19-Pandemie** einen finanziellen Ausgleich zu gewähren. Zu diesem Zweck wurden Vorschüsse in Höhe von 2 Milliarden Euro an allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser gezahlt. 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 endgültige Finanzierung wird im Jahr 2023 auf der Grundlage der tatsächlichen Auswirkungen von COVID-19 auf die einzelnen Krankenhäuser festgelegt.

Gerechtfertigte Betten

Für allgemeine Krankenhäuser basiert die Finanzierung im Wesentlichen auf den patientenbezogenen Aktivitäten. Für jedes Krankenhaus wird eine „gerechtfertigte Aktivität“ festgelegt, auf deren Grundlage man versucht, die Kosten für das Pflege- und Betreuungspersonal und die Verwendung von medizinischen Produkten zu decken.

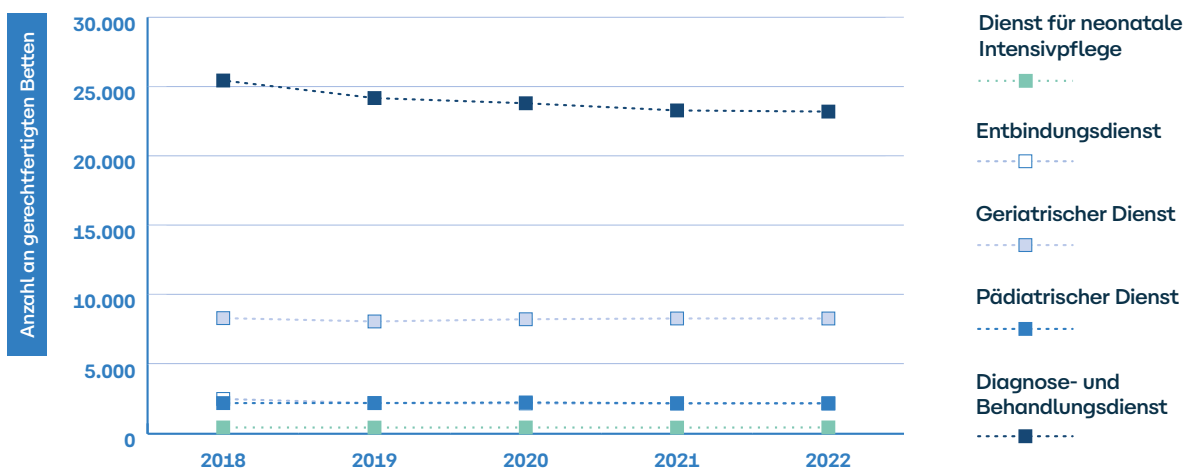
Die gerechtfertigte Aktivität wird auf der Grundlage der Zahl der Krankenhauseinweisungen berechnet, gemessen mit der nationalen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer nach Pathologiegruppen. Bei der Berechnung wird stets der Schweregrad des Patienten berücksichtigt. Wenn die durchschnittliche Verweildauer für eine bestimmte Patientengruppe im Krankenhaus kürzer ist als der nationale Durchschnitt, ist dies für das Krankenhaus von Vorteil (weil das Krankenhaus mehr Pflegetage finanziert bekommt, als es realisiert hat). Wenn die durchschnittliche Verweildauer einer Patientengruppe länger ist als der nationale Durchschnitt, ist dies zum Nachteil des jeweiligen Krankenhauses.

Die Gesamtzahl der gerechtfertigten Tage im Krankenhaus wird durch eine normative Belegungszahl multipliziert mit 365 geteilt, um eine **gerechtfertigte Anzahl von Krankenhausbetten** zu erhalten.

Die Zahl der gerechtfertigten Betten ist in den letzten fünf Jahren um 6,7 % gesunken. Der stärkste Rückgang ist bei der Entbindung zu verzeichnen (-13,3 %). Dies könnte auf die Projekte zum Thema „Geburt mit verkürztem Krankenhausaufenthalt“ zurückgeführt werden, bei denen die Betreuung vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt optimiert wurde.

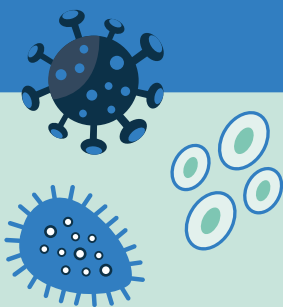


Entwicklung der anzahl gerechtfertigter betten



03

QUALITÄT UND INNOVATION



Vermeidung von Antibiotikaresistenzen (AMR) durch „Infection prevention and control“ (IPC) und „Antimicrobial Stewardship“ (AMS)

→ p. 28



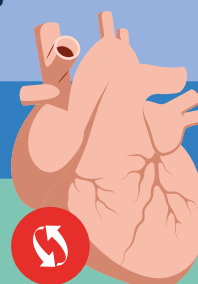
Einhaltung der Händehygiene in 80,4 % der Fälle in 2021

→ p. 30



24 HOST-Teams in 2021 und 2022 eingerichtet

→ p. 31



Krankenhausaufenthalte wegen Herzinsuffizienz sind in Belgien um ein Drittel niedriger als im EU-Durchschnitt.

→ p. 34



57 Millionen Euro für die Einführung von EPA im Jahr 2022 verteilt

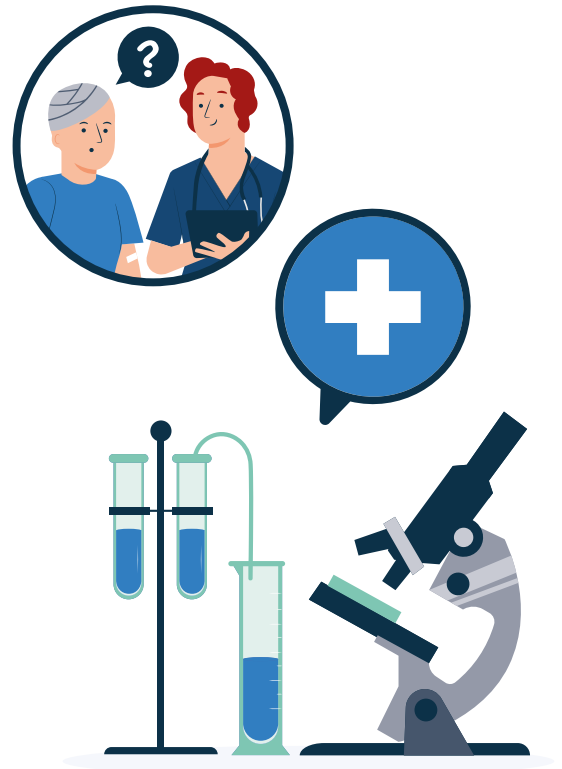
→ p. 37

QUALITÄT UND INNOVATION

Der Bereich der Pflegequalität umfasst ein breites Spektrum von Dimensionen: die Wahl der für den Patienten am besten geeigneten Technologien und Behandlungen, die Effizienz der Pflege, ein Umfeld, das die Sicherheit, die Zufriedenheit des Patienten, den integrierten Charakter der Maßnahmen für eine bessere Kontinuität garantiert etc. Um auf diesen verschiedenen Ebenen tätig zu werden, werden zahlreiche Initiativen von verschiedenen föderalen Behörden und wissenschaftliche Einrichtungen (FÖD Volksgesundheit, LIKIV, KCE, Sciensano, Hoher Gesundheitsrat und FAAG) oder auf der Ebene der förderierten Gebietskörperschaften, im Rahmen privater Initiativen (wissenschaftliche Verbände, Akkreditierungsstellen etc.), aber auch internationaler Initiativen (OECD, EU, WHO etc.) ergriffen. Diese Initiativen nehmen verschiedene Formen an, darunter die Ausarbeitung von Leitlinien, Sensibilisierungskampagnen, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und die Überwachung vor Ort, Benchmarking, Peer-Reviews und die Bereitstellung eines Systems finanzieller Anreize, nämlich Pay for Performance.

In diesem Kapitel werden beispielhaft einige Initiativen vorgestellt, die in den letzten Jahren zur Messung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitspflege in Belgien ergriffen wurden.

Darüber hinaus sind Innovation und Digitalisierung zu unverzichtbaren Faktoren im heutigen Gesundheitswesen geworden. Sie verändern die Prozesse und verbessern die Patientenversorgung auf unvergleichliche Weise. In diesem Kapitel wurde ein Abschnitt über die Bedeutung und Umsetzung der elektronischen Patientenakte (EPA) hinzugefügt, ein Beispiel für technologische Innovation im Gesundheitswesen.



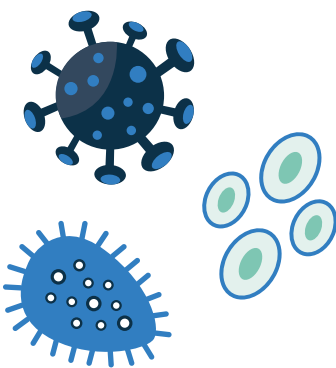
Antimikrobielle Resistenz

Kontext

Die antimikrobielle Resistenz (AMR) ist eine der größten Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit von heute und morgen. Bakterien können unempfindlich gegenüber Antibiotika werden. Die Antibiotika können dann die Bakterien nicht mehr abtöten oder hemmen.

Das European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)¹² hat die gesundheitliche Belastung durch Infektionen mit antibiotikaresistenten Bakterien in der EU/EWR untersucht. In Belgien wurde die Zahl der Infektionen mit antibiotikaresistenten Bakterien im Jahr 2020 auf 13.991 geschätzt. Die geschätzte Zahl der Todesfälle aufgrund von Infektionen mit antibiotikaresistenten Bakterien im Jahr 2020 wurde auf 616 geschätzt.

Im pessimistischsten Szenario wird es in Zukunft keine wirksamen Antibiotika mehr geben, chirurgische Eingriffe werden sehr viel riskanter und vorher behandelbare Infektionen werden wieder tödlich sein.



¹² <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data>

Daher wurde - im Einklang mit den laufenden Initiativen zu Antibiotika - ein nationaler Maßnahmenplan „One World, One Health“ zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenz gestartet. Ein sektorübergreifender und multidisziplinärer Ansatz ist für den rationellen Einsatz von antimikrobiellen Mitteln nach wie vor erforderlich. Der Nationale Maßnahmenplan AMR konzentriert sich auf die sinnvolle Reduzierung und Verbesserung des Einsatzes von antimikrobiellen Mitteln (insbesondere Antibiotika), um die Entwicklung und Verbreitung resistenter Mikroben bei Menschen, Tieren, Pflanzen und in der Umwelt zu verhindern. In Krankenhäusern wird die Resistenz gegen antimikrobielle Mittel mit Programmen wie „Infection Prevention and Control“ (IPC) und „Antimicrobial Stewardship“ (AMS) bekämpft, die darauf abzielen, die Übertragung von Infektionen bestmöglich zu verhindern und einen vernünftigen Einsatz von Antibiotika zu unterstützen und zu fördern.

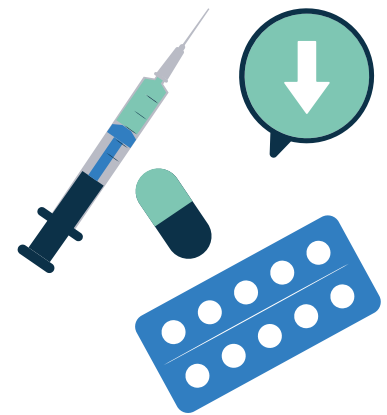


Weitere Informationen über den nationalen Maßnahmenplan:

<https://www.health.belgium.be/nl/openbare-raadpleging-over-het-ontwerp-van-het-belgisch-nationaal-actieplan-one-health-voor-de>

Überwachung des Antibiotikaverbrauchs

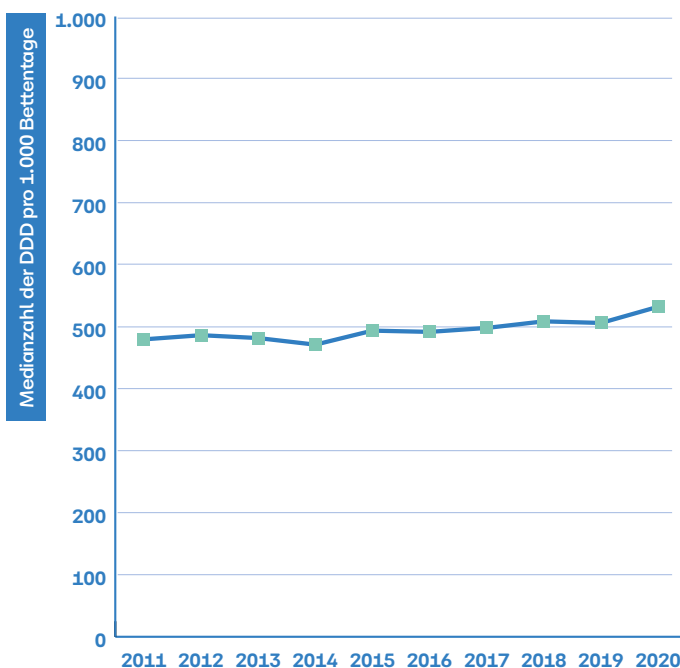
Sciensano hat eine zugängliche Online-Plattform entwickelt, auf der Sie sehen können, wie sich der Einsatz von antimikrobiellen Mitteln, insbesondere der am häufigsten verwendeten, in belgischen allgemeinen Akutkrankenhäusern entwickelt¹³. Der Verbrauch von antibakteriellen Mitteln zur systemischen Anwendung, gemessen in Tagesdosen (DDD) pro 1.000 stationäre Tage, zeigt einen leichten Aufwärtstrend, während ihr Einsatz pro 1.000 Aufenthalte bis 2019 leicht rückläufig ist, mit einem Anstieg im Jahr 2020¹⁴.



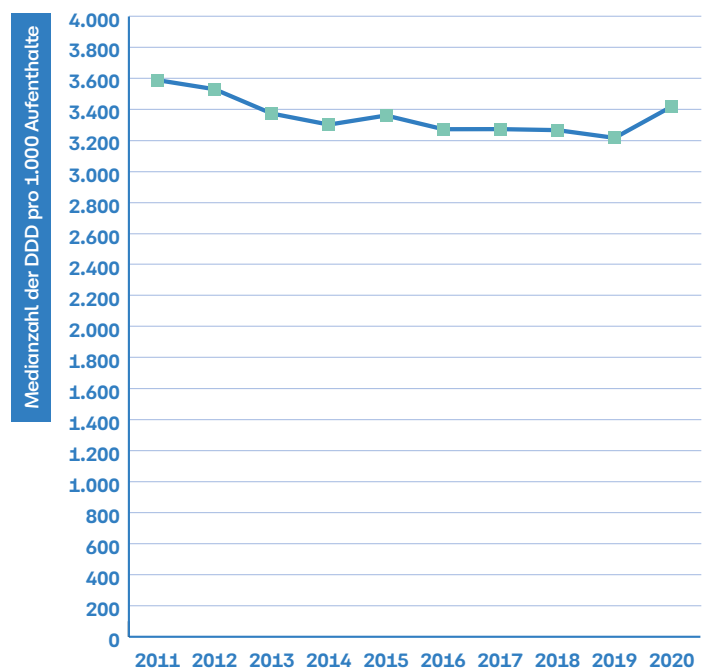
¹³ Quelle: <https://www.healthstat.be/#/main>

¹⁴ Die Auswahl der antibakteriellen Wirkstoffe für die systemische Anwendung erfolgte anhand von ATC-Code J01. Berücksichtigt wurde nur der Verbrauch in belgischen Akutkrankenhäusern ohne psychiatrische Abteilungen und Tagesklinikaufenthalte.

Entwicklung des Verbrauchs von antibakteriellen Mitteln zur systemischen Anwendung ausgedrückt in Anzahl DDD pro 1.000 Bettentage



Entwicklung des Verbrauchs von antibakteriellen Mitteln zur systemischen Anwendung ausgedrückt in Anzahl DDD pro 1.000 Aufenthalten



Der rückläufige Trend lässt sich möglicherweise durch eine Änderung der epidemiologischen Situation erklären, wonach mehr Einweisungen (und damit ein größerer Nenner) zu einem Rückgang des Antibiotikaverbrauchs führen, wenn dieser in DDD pro 1.000 Einweisungen ausgedrückt wird. Andererseits kann eine kürzere Verweildauer (mit weniger Krankenhaustage und somit einem kleineren Nenner) zu einem Aufwärtstrend beitragen, wenn der Antibiotikaverbrauch in DDD pro 1.000 Bettentage ausgedrückt wird. Obwohl die aktuellen Zahlen eine gute Schätzung des Antibiotikaverbrauchs in belgischen Krankenhäusern darstellen, sind genauere Untersuchungen erforderlich.

Die Online-Plattform von ESAC-Net ermöglicht auch einen Vergleich des Antibiotikaverbrauchs mit den umliegenden Ländern.¹⁵ Belgien liegt im Jahr 2021 mit 1,4 pro 1.000 Einwohner pro Tag (DID) unter dem europäischen Durchschnitt von 1,5 DID und Frankreich mit 1,7 DID. Belgische Krankenhäuser haben den absoluten Einsatz von antibakteriellen Mitteln von 2012 bis 2021 um 17 % reduziert, wobei der stärkste Rückgang zwischen 2019 und 2020 zu verzeichnen ist. Trotz dieses Rückgangs bleibt das Verschreibungsverhalten in belgischen Krankenhäusern höher als in niederländischen Krankenhäusern (0,7 DID im Jahr 2021).

Die Verwendung von Breitspektrum-Antibiotika in Belgien machte im Jahr 2021 31 % des gesamten Antibiotikaverbrauchs im Krankenhaussektor aus. Dieser Prozentsatz ist jedoch von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich. Es ist wichtig, sich weiterhin für eine verantwortungsvolle Verschreibung von Antibiotika auf der Grundlage von Leitlinien und Diagnoseergebnissen einzusetzen. Dadurch wird sichergestellt, dass Breitspektrum-Antibiotika bei komplexen Fällen sorgfältig eingesetzt werden. Die Rolle des Infektiologen ist hier entscheidend.

15 <https://www.ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>



Möchten Sie mehr erfahren? Lesen Sie den BELMAP-Bericht!

BELMAP 2022 | FPS Public Health (belgium.be)

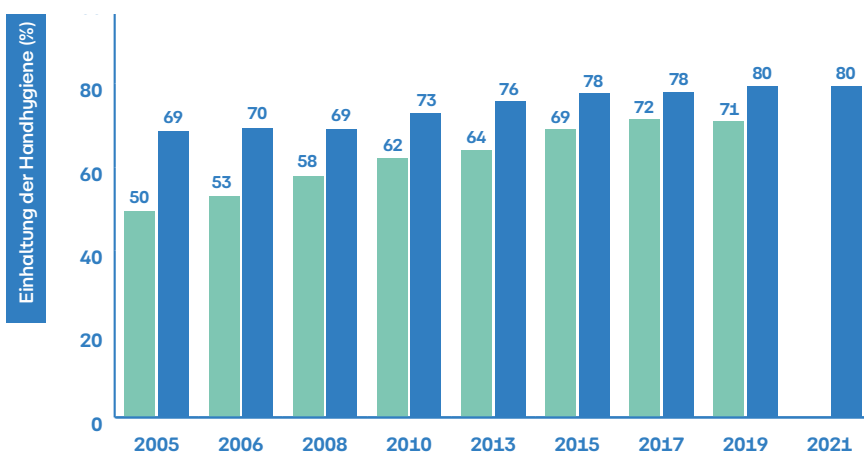
Infektionsprävention

Die Einhaltung der Händehygiene durch das Gesundheitspersonal gilt als wichtigster Faktor zur Verhinderung der Übertragung von pflegeassoziierten Infektionen bei Patienten. Seit 2005 organisiert der FÖD Volksgesundheit in Zusammenarbeit mit Sciensano in belgischen Krankenhäusern Kampagnen zur Händehygiene, um Personal, Patienten und Besucher für gute Praktiken zu sensibilisieren und die Händedesinfektion zu fördern.

Im Zeitraum von 2005 bis 2019 lässt sich jedes Mal ein deutlicher Effekt der Kampagne auf die Einhaltung der Händehygiene feststellen. Außerdem ist im Laufe der Zeit ein Aufwärtstrend zu beobachten.

Im Jahr 2021 wurde die 9te Kampagne zur Händehygiene gestartet. Bei dieser Kampagne wurde keine Messung im Vorfeld durchgeführt. Nach der Kampagne zeigt sich, dass in 80,4 % der analysierten Situationen die Regeln der Händehygiene eingehalten wurden.

Entwicklung bei der Einhaltung der Richtlinien in Sachen Händehygiene (%)



Vor der
Kampagne

Nach der
Kampagne



Der Schwerpunkt dieser neunten Kampagne lag auf der Verbesserung der Einhaltung für die folgenden Indikationen:

- Händehygiene bei venösem/arteriellem Kontakt (79,3 % nach der Kampagne im Jahr 2021 gegenüber 80 % im Jahr 2019)
- Händehygiene bei Kontakt mit den Harnwegen (82,7 % nach der Kampagne im Jahr 2021 gegenüber 87,9 % im Jahr 2019)

Wie bei früheren Kampagnen, erzielten Krankenpflegefachkräfte im Vergleich zu anderen Gesundheitsdienstleistern die besten Ergebnisse, nach der Kampagne (87 %).

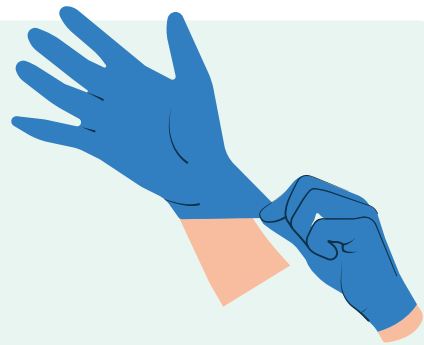


Möchten Sie mehr über die Ergebnisse erfahren?

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/sciensano_resultaten_nationaal_hh_campagne_2021_20220909_nl_versie_1.0.pdf

„Handschuhe rational benutzen, das ist wichtig“

Ist das Thema der 10. Kampagne zur Händehygiene im Krankenhaus 2023. Das Ausziehen von kontaminierten Handschuhen ist ein risikoreicher Vorgang, weshalb die rationale und ordnungsgemäße Verwendung von sterilen und nicht sterilen Handschuhen als Thema gewählt wurde.



Möchten Sie mehr erfahren?

<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/omgevingsinvloeden/handhygiene>



Möchten Sie mehr erfahren?

www.noso-info.be

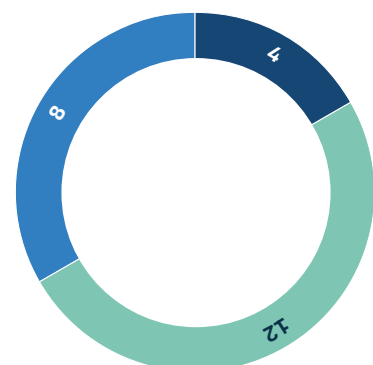
Hospital Outbreak Support Teams (HOST)

Der FÖD Volksgesundheit hat die Hospital Outbreak Support Teams (HOST) als Pilotprojekte ins Leben gerufen, um die IPC- (Infection Prevention & Control) und AMS-Teams (Antimicrobial Stewardship) in den Krankenhäusern zu verstärken. Darüber hinaus möchte der FÖD mit diesen Teams die Verfügbarkeit von IPC- und AMS-Fachwissen für Pflegeeinrichtungen und Akteure an vorderster Front erhöhen.

Die HOST-Pilotprojekte arbeiten mit zwei sich ergänzenden Schwerpunkten:

- einem lokal-regionalen Ansatz, der sich auf die gemeinsame Nutzung von Ressourcen und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern innerhalb eines lokoregionalen Netzwerks konzentriert;
- einem transversalen Ansatz mit Wissenstransfer zwischen allen beteiligten Partnern.

Anzahl der HOST-Projekte nach Regionen



■ Wallonische Region
■ Flämische Region
■ Region Brüssel-Hauptstadt

„24 HOST-Pilotprojekte wurden in den Jahren 2021 und 2022 in Belgien gestartet“

In den Jahren 2021 und 2022 wurden auf der Grundlage eines eingereichten und genehmigten Projektvorschlags 24 HOST-Pilotprojekte gestartet, davon 4 in der Region Brüssel-Hauptstadt, 12 in der Flämischen Region und 8 in der Wallonischen Region. Regionale Krankenhausnetzwerke haben ein koordinierendes Krankenhaus bestimmt, das eine Vereinbarung mit dem FÖD Volksgesundheit unterzeichnet hat.

Die Krankenhausnetzwerke haben HOST-Teams eingerichtet, die sich aus Fachleuten für Infektionskrankheiten, medizinische Mikrobiologie, klinische Arzneimittel sowie Infektionsprävention und -kontrolle zusammensetzen.

Die Aktivitäten im Jahr 2022 und darüber hinaus werden auf der Grundlage von narrativen Fortschrittsberichten zu den folgenden Themen analysiert:

- Ausarbeitung lokaler IPC/AMS-Leitlinien, Instrumente und Verfahren;
- Schulung und Ausbildung;
- Überwachung, Kontrolle und Feedback;
- Umsetzung multimodaler Strategien zur Verbesserung von IPC und AMS

Besonderes Augenmerk wurde auf die Überwachung gelegt, für die im Jahr 2022 ein Budget von 120.000 Euro pro Netzwerk bereitgestellt wird, um die umfassende epidemiologische Überwachung, die Analyse und die Rückmeldung von Daten über die Verwendung von antimikrobiellen Mitteln und Infektionen im Zusammenhang mit der Gesundheitspflege in den teilnehmenden Krankenhausnetzwerken zu verbessern.

Die Integration der HOST-Teams in die bestehenden IPC- und AMS-Strukturen ist mit Herausforderungen verbunden, verbessert sich jedoch systematisch dank der Einbeziehung der wichtigsten Akteure in den Krankenhäusern, der Besprechungen in regionalen und nationalen Plattformen und der Bemühungen um eine bessere Interoperabilität der IPC-, AMS- und AMR-Datenbanken innerhalb des Netzwerks.

Ein Schlüsselkonzept der HOST-Projekte ist die gegenseitige Bereicherungen von Erfahrungen und Erkenntnissen aus den verschiedenen HOST-Projekten. In diesem Zusammenhang wurde im Oktober 2022 ein Intervisionstag organisiert. Anlässlich dieser Veranstaltung wurden verschiedene laufende Projekte der HOST-Teams vorgestellt, und es wurden Erfolge, Misserfolge und Erfahrungen zwischen den Teams ausgetauscht. Der schrittweise Ansatz ermöglicht es den Teams, in der komplexen Landschaft und den vielfältigen Realitäten von IPC und AMS in unserer Gesundheitspflege zu wachsen und Fortschritte zu machen. Derartige Intervisionstage werden auch in den Jahren 2023 und 2024 organisiert.



Möchten Sie mehr erfahren?

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/pilootproject-hospital-outbreak-support-teams-host>

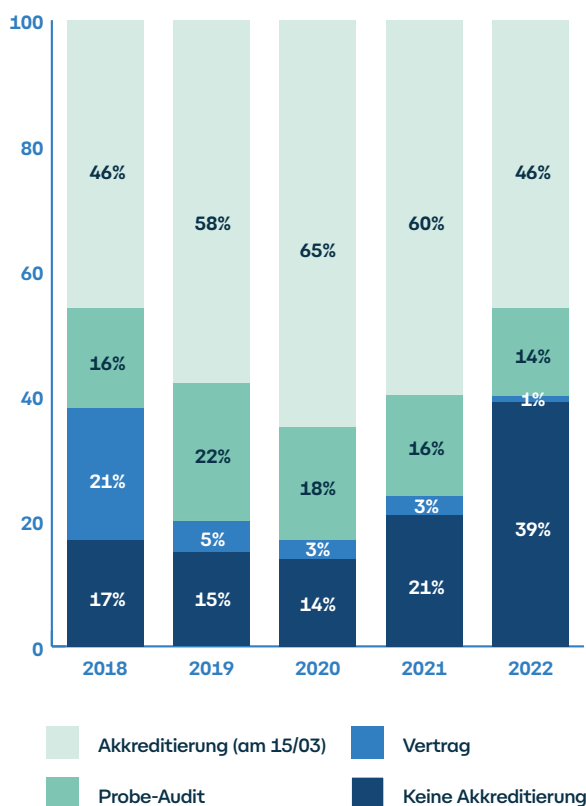
Pay for Performance

Das Pay-for-Performance-Programm (P4P) wurde 2018 im Rahmen der Reform der Krankenhausfinanzierung für allgemeine Krankenhäuser eingeführt. Ziel dieses Programms ist es, Krankenhäuser finanziell zu belohnen, die gute Ergebnisse bei einer Reihe von krankenhausesweiten und pathologiebezogenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erzielen. Zu diesen Indikatoren gehören der Erhalt eines ISQua-Akkreditierungszertifikats und die Einführung eines Managementsystems für die Patientensicherheit. Außerdem konzentrierte man sich auf onkologische Indikatoren wie die korrekte und vollständige Übermittlung von Daten über das klinische und pathologische Stadium von Tumoren sowie der Mortalitätsindikatoren. In den letzten Jahren hat sich das Augenmerk verstärkt auf die Erfahrungen der Patienten gerichtet. Die Krankenhäuser erhalten einen finanziellen Anreiz, der sich nach dem Ergebnis der Indikatoren und der verantwortlichen Aktivität (Anzahl der gerechtfertigten Betten) richtet.

Der Qualitätsindikator für die ISQua-Akkreditierung (International Society for Quality in Healthcare) ist seit seinem Start im Jahr 2018 Teil des P4P-Programms. Mit der ISQua-Akkreditierung wird das Krankenhaus von einer externen, unabhängigen Organisation daraufhin geprüft, ob es den Patienten eine hochwertige und sichere Versorgung bietet. Das Erreichen der Akkreditierungszertifizierung erfordert große Anstrengungen seitens des Krankenhauses.

Krankenhäuser werden im Rahmen von P4P finanziell belohnt, sowohl für das Erreichen der ISQua-Akkreditierungszertifizierung als auch für den Vorbereitungsprozess auf die krankenhausesweite Akkreditierung.

Entwicklung Prozentsatz Krankenhäuser nach Stufe der Akkreditierung



„Anstieg von 17 auf 39 Krankenhäuser ohne ISQua-Akkreditierung im Zeitraum von 2018 bis 2022.“

Im Rahmen des P4P-Programms 2018 wurden 46 Krankenhäuser ISQua-akkreditiert. Im Jahr 2020 waren es 65. Ab dem Jahr 2021 ist jedoch ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Immer mehr (flämische) Krankenhäuser entscheiden sich gegen eine erneute Akkreditierung. So haben beispielsweise 4 flämische Krankenhäuser beschlossen, zwischen 2020 und 2021 ihr ISQua-Akkreditierungsverfahren zu beenden. Zwischen 2021 und 2022 erhöhte sich diese Zahl auf 15 Krankenhäuser, was fast einer Vervielfachung entspricht. In Brüssel gab es nur ein Krankenhaus, das zwischen 2020 und 2021 beschloss, nicht mehr an der ISQua-Akkreditierung teilzunehmen. Dies steht im Gegensatz zu der Wallonie, wo kein Krankenhaus die ISQua-Akkreditierung aufgegeben hat. Im Gegenteil: Die Zahl der wallonischen Krankenhäuser mit ISQua-Akkreditierung stieg von 4 Krankenhäusern im Jahr 2018 auf 13 Krankenhäuser im Jahr 2022.

Healthcare Quality und Outcomes-Programm

Das OECD-Programm Healthcare Quality and Outcomes (HCQO) zielt darauf ab, internationale Vergleiche zur Qualität der Gesundheitspflege zu ermöglichen. Zu diesem Zweck werden Indikatoren entwickelt und berichtet.

In diesem Programm werden unter anderem Krankenhauseinweisungen aufgrund von vier häufigen chronischen Erkrankungen untersucht: Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), kongestive Herzerkrankung und Diabetes.

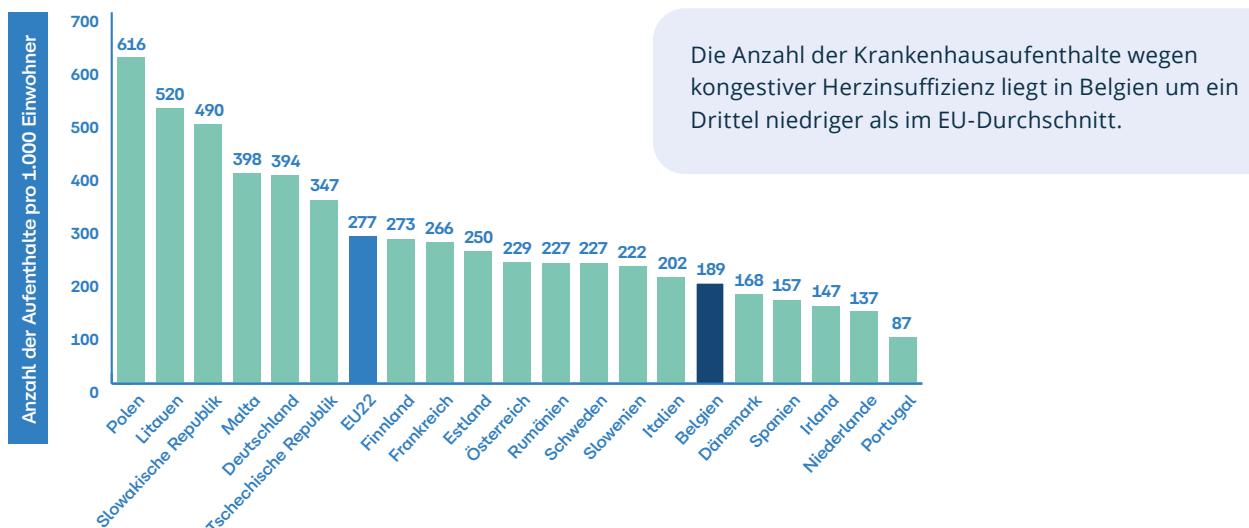
Bei diesen Erkrankungen kann ein gut funktionierendes Primärversorgungssystem kostspielige und unerwünschte Krankenhauseinweisungen vermeiden.¹⁶

Nachstehend vergleichen wir die Zahl der Krankenhauseinweisungen für diese kongestiven Herzkrankheiten und Diabetes in einigen europäischen Ländern.¹⁷ Die Zahl der Einweisungen pro 100 000 Einwohner gibt Aufschluss über das Funktionieren des primären Gesundheitsspflegesystems. Es gibt große Unterschiede zwischen den europäischen Ländern.

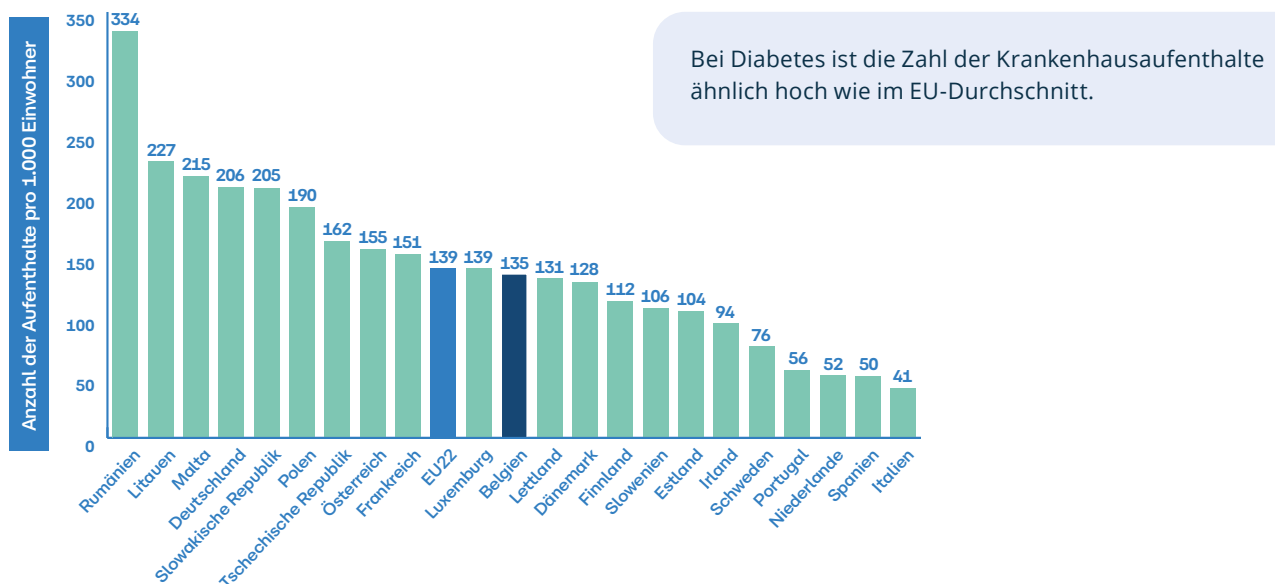
16 OESO (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

17 Quelle: OECD, Health Statistics 2022

Anzahl der Krankenhausaufenthalte wegen kongestiver Herzinsuffizienz pro 100 000 Einwohner (2019 oder letztes verfügbares Jahr)



Anzahl der Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes pro 100 000 Einwohner (2019 oder letztes verfügbares Jahr)



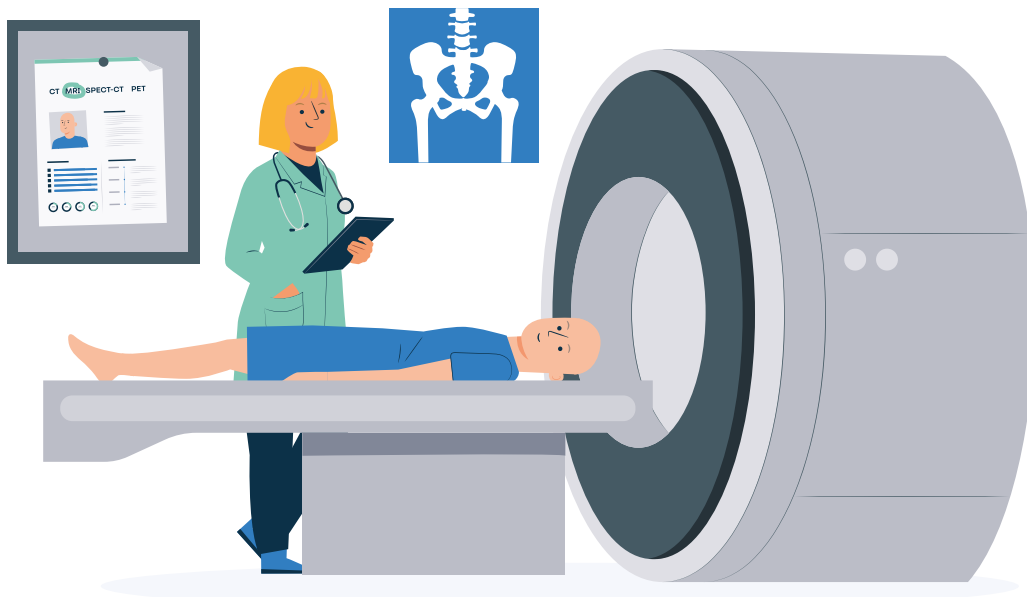
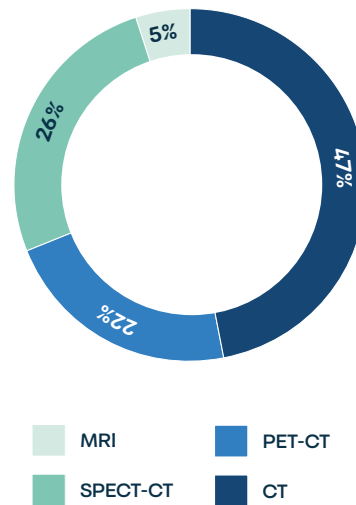
Medizinische Bildgebung

Was ist medizinische Bildgebung?

„Medizinische Bildgebung“ ist ein Sammelbegriff für verschiedene Techniken, die zur bildlichen Darstellung des Körpers verwendet werden. In Krankenhäusern wird die medizinische Bildgebung eingesetzt, um Krankheiten frühzeitig zu diagnostizieren, zu erkennen und zu überwachen, medizinische Eingriffe zu unterstützen und Behandlungen zu bewerten.

Es lassen sich die folgenden hochleistungsfähigen medizinischen Bildgebungsgeräte unterscheiden: CT, MRI, SPECT-CT und PET. Diese Techniken haben jeweils ihre Stärken und Schwächen. Es gibt daher keine allgemein gültige Technik. Was für die eine Erkrankung eine gute Bildgebungstechnik ist, muss es nicht unbedingt auch für eine andere sein.

Anzahl der Geräte für die klinische Anwendung in Belgien (01.01.2023)



Möchten Sie mehr erfahren?

<https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/medische-beeldvorming>

Nutzung der medizinischen Bildgebung in Belgien und Europa

Die medizinische Bildgebung hat enorme Fortschritte in der modernen Medizin ermöglicht und spielt eine zunehmend wichtige Rolle in unserer Gesundheitspflege. Allerdings gibt es auch einen Nachteil der häufigen Nutzung von Techniken wie Computertomographie, nämlich die erhöhte Exposition gegenüber ionisierender Strahlung. Verglichen mit der durchschnittlichen Zahl der Untersuchungen pro 1.000 Einwohner in den EU-Ländern werden in unserem Land viele CT-Scans Untersuchungen durchgeführt.

Im Jahr 2019¹⁸ lag der Einsatz von CT-Untersuchungen in Österreich, Frankreich, Luxemburg und Belgien um etwa 40 % über dem Durchschnitt der EU-Länder. Bei der MRT ist die Zahl der Untersuchungen pro 1000 Einwohner in unserem Land (98) deutlich niedriger als in Frankreich (123), Österreich (148) und Deutschland (150).

Maßnahmen für eine bessere Verwendung der medizinischen Bildgebung

Um eine bessere Verwendung der medizinischen Bildgebung zu erreichen, führt unser FÖD mehrere Maßnahmen durch, die sich sowohl an Ärzte als auch an die breite Öffentlichkeit richten.

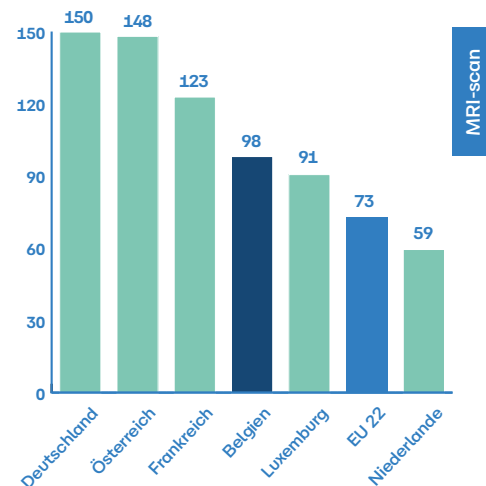
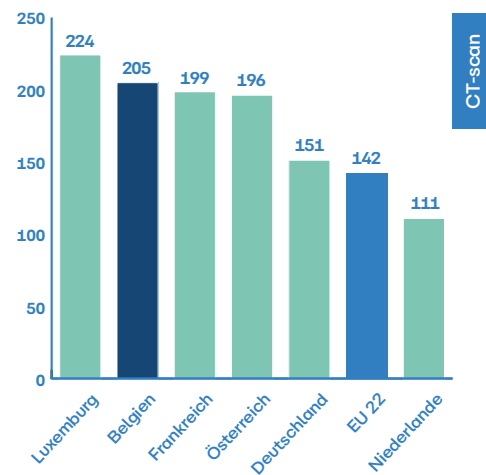
So arbeiten das LIKIV, der FÖD Volksgesundheit und die Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP) gemeinsam an dem Projekt „Prescription Search Support for Radiology (PSSR)“. Ziel dieses Projekts ist es, evidenzbasierte Entscheidungsregeln in die elektronische Verschreibungsumgebung von Ärzten zu integrieren, um sie auf benutzerfreundliche Weise bei der Entscheidung zu unterstützen, ob eine radiologische Untersuchung notwendig ist und wenn ja, welches bildgebende Verfahren dem Patienten am besten hilft. Die Einführung dieses Projekts wird im Herbst 2024 beginnen.

Die Bürger werden auch über Situationen informiert, in denen zu oft noch unnötigerweise auf einen Scanner bestanden wird. Ein Beispiel hierfür sind Rückenschmerzen. CT-Untersuchungen des unteren Rückens werden immer noch zu häufig verschrieben, obwohl sie nicht immer angebracht sind, was wiederum zu einer hohen Strahlenbelastung der Bevölkerung beiträgt und das Gesundheitsbudget stark belastet.

Mit der Kampagne „Kein Scan ohne Plan“ möchten wir ein Bewusstsein dafür schaffen, dass die Bürger wissen, dass es bei Schmerzen im unteren Rücken besser ist, ihren Arzt nicht unnötig unter Druck zu setzen, um eine Untersuchung durchzuführen. Viele Patienten haben nämlich das Gefühl, dass ihre Beschwerden nicht richtig untersucht oder gar ernst genommen werden können, wenn keine Untersuchung durchgeführt wird. Dies führt zu unnötigen Untersuchungen. Die Frage des Patienten ist auf seine Sorge zurückzuführen. Daher ist es für die Bürger wichtig zu wissen, dass auch ohne medizinische Bildgebung ein Behandlungsplan erstellt werden kann, der sich auf das konzentriert, was wirklich hilft, nämlich sich weiter zu bewegen. In Ausnahmefällen, in denen eine radiologische Untersuchung dennoch angebracht ist, wird der Arzt diese Untersuchung immer in einen größeren Behandlungsplan einbetten. Daher auch der Slogan der Kampagne: „Kein Scan ohne Plan“ Kein Scan ohne Plan.

¹⁸ „17 Quelle: OECD, Health Statistics 2022; Eurostat Database“

Anzahl der Untersuchungen pro 1.000 Einwohner CT- und MRT-Untersuchungen in der EU im Jahr 2019



Möchten Sie mehr erfahren? Besuchen Sie

www.geenscanzonderplan.be oder wenden Sie sich an Ihren Haus- oder Facharzt.

Elektronische Patientenakte

Eine elektronische Patientenakte (EPA) ist eine Längsschnittdatei der Gesundheitsinformationen eines Patienten, die nach dem Kontakt mit den Akteuren des Gesundheitswesens erstellt wird. Die Akte enthält idealerweise Daten von allen an der Behandlung eines Patienten beteiligten Ärzten.

Seit vielen Jahren hat die belgische Regierung die Notwendigkeit einer breiten Einführung von EPAs erkannt, damit Informationen leicht zwischen Gesundheitsdienstleistern und Organisationen ausgetauscht werden können. Ein belgischer eHealth-Maßnahmenplan wurde vor einigen Jahren ins Leben gerufen. Eine der Maßnahmen bezieht sich auf die Einführung von EPAs in Krankenhäusern.



Erfahren Sie mehr über den eHealth-Maßnahmenplan:

<https://www.ehealth.fgov.be/nl/page/roadmap-4.0>

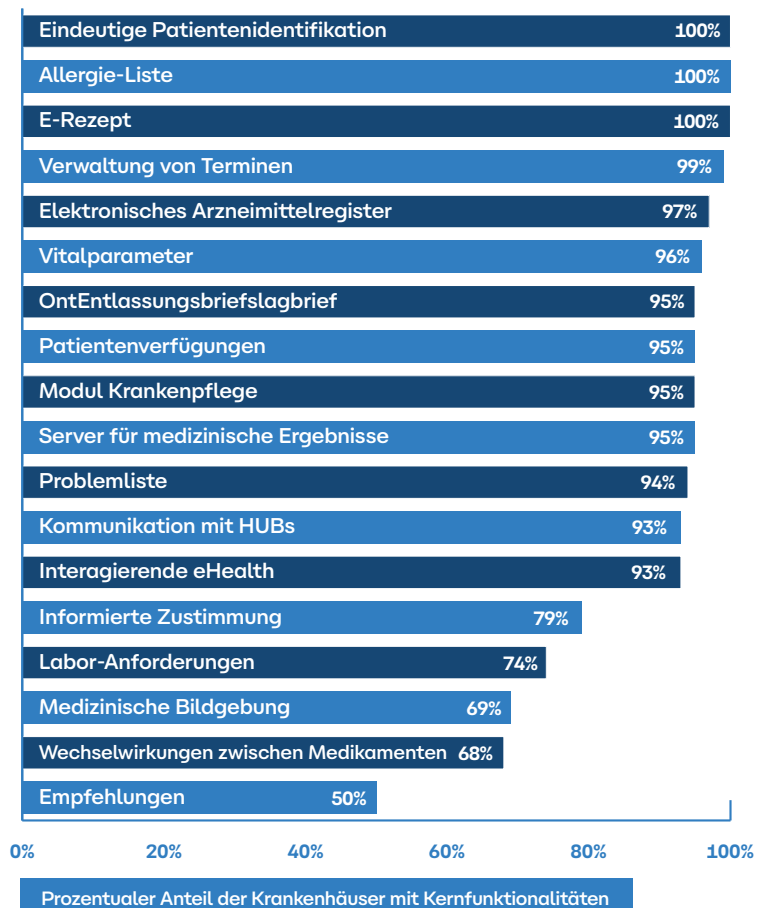
Ziel ist es, eine integrierte EPA zu erstellen, in de

- Berichte zwischen den Systemen ausgetauscht werden;
- verschiedene Funktionen in einem integrierten System implementiert werden.

In jedem Fall sollten die Kernfunktionen integriert sein und die Daten nach dem Original Source Principle erfasst und verwaltet werden. Das bedeutet, dass die Informationen nicht dupliziert, sondern aus der Originalquelle abgerufen werden.

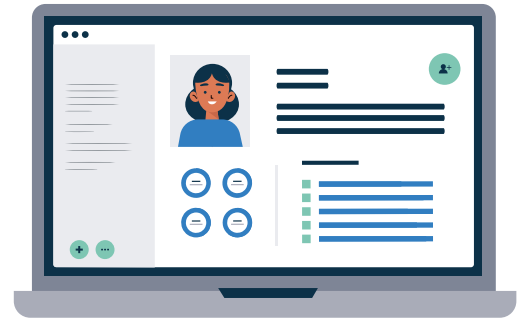
Die nachstehende Grafik gibt einen Überblick über die Kernfunktionen und den Stand der Umsetzung bis Dezember 2022 in allgemeinen Krankenhäusern.

Einführung von Kernfunktionen in allgemeinen Krankenhäusern (%)



Ein wirksamer Datenaustausch ist notwendig, um die Qualität der Versorgung zu fördern und den digitalen Wandel in der Gesundheitspflege zu beschleunigen. Dies ist wichtig, um zwei wichtige Engpässe zu beseitigen:

- den hohen Registrierungsanfall für Gesundheitsdienstleister;
- ein Informationsdefizit, mit dem Gesundheitsdienstleister und Patienten heute konfrontiert sind



Darüber hinaus ist die Umstellung auf eine stärker datengesteuerte Organisation von entscheidender Bedeutung, um innovative Lösungen auf der Grundlage von klinischer Entscheidungshilfe, maschinellem Lernen (ML) und künstlicher Intelligenz zu ermöglichen.

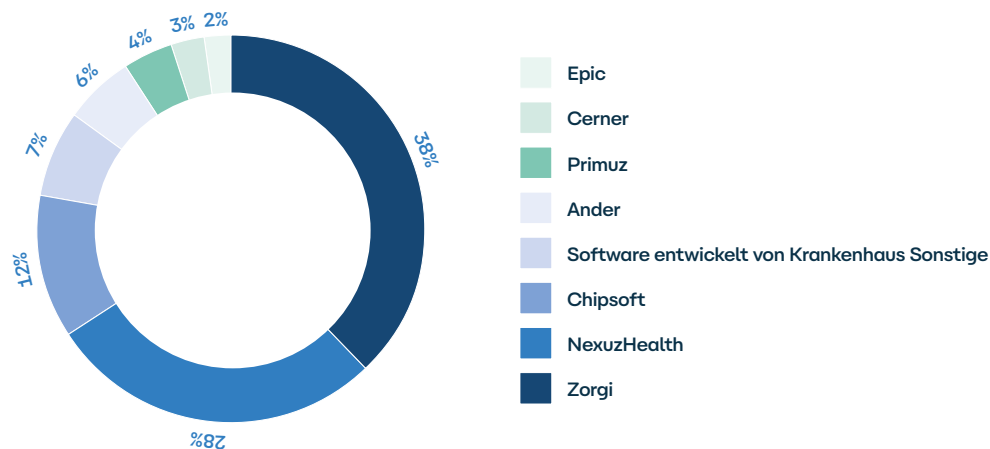
Ein finanzielles Anreizprogramm wurde entwickelt, um die Einführung von EPAs zu fördern. Zu diesem Zweck wurde in Absprache mit den Krankenhäusern eine Reihe von belgischen Meaningful Use Criteria festgelegt. Im Juli 2022 wurden 57 Millionen an allgemeine Krankenhäuser verteilt. Die Mittel wurden nach dem Grad der Nutzung der verschiedenen Funktionen der EPA aufgeteilt.

Das Abrufen, Zusammenstellen und Umwandeln von Informationen in wertvolle Erkenntnisse ist in den meisten Bereichen immer noch ein langwieriger und manueller Prozess. Dies ist auf verschiedene Hindernisse beim Datenaustausch zwischen den Informationssystemen der verschiedenen Anbieter zurückzuführen. Interoperabilität ist unter anderem deshalb so wichtig, weil Patienten in der Praxis häufig mehrere Gesundheitsdienstleister während eines Behandlungspfads in Anspruch nehmen und der Informationsaustausch mit anderen Gesundheitsdienstleistern für eine optimale Behandlung entscheidend ist.

Die nachstehende Grafik zeigt den Anteil der Softwareanbieter für EPA in Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser.¹⁹ Zorgi und Nexuzhealth sind derzeit die größten Anbieter, die zwei Drittel des Marktes mit Software versorgen.

¹⁹ Die Größe der Krankenhäuser richtet sich nach der Zahl der zugelassenen Betten.

Anteil der Softwareanbieter für EPA in Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser



Mehr über Qualitätsinitiativen erfahren

- [BeCare-Magazin](#)
- Belgische Kommission für die Koordinierung der Antibiotika-Politik (BAPCOC):
 - <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/BAPCOC>
 - <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/omgevingsinvloeden/handhygiene>
 - <https://www.ubentingoedehanden.be/nl>
 - <https://www.gebruikantibioticacorrect.be/nl>
- [Entwicklungsgerichtete Betreuung](#)
- [Initiative babyfreundliches Krankenhaus](#)
- [Patientensicherheit](#)
- [Richtlinien für die Verwendung medizinischer Bildgebung](#)
- [Belgian Quality in Transfusion\(Be-Quint\)](#)

- www.zorgkwaliteit.be
- www.PAQS.be

- [OECD](#)
- [Weltgesundheitsorganisation](#)





Volksgesundheit
Sicherheit der Nahrungsmittelkette
Umwelt