

Kurzdossier integrierte Versorgung

Volksgesundheit
Sicherheit der Nahrungsmittelkette
Umwelt

Impressum

Betreff:

Dieser Bericht vermittelt anhand einiger Kennzahlen einen Überblick über die Tätigkeiten des FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt im Bereich der integrierten Versorgung. Er enthält Informationen über die Geschichte und die konkrete Organisation der integrierten Versorgung in Belgien sowie über den Mehrwert der integrierten Versorgung.

Redaktionsausschuss:

Die Mitglieder der Generaldirektion Gesundheitspflege

Verantwortlicher Herausgeber:

Dirk Ramaekers, Galileelaan 5/2 - 1210 Brüssel.

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)

Jede 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.gezondbelgie.be/

Gesetzliche Hinterlegung: D/2026/2196/26

INHALT

Einleitung 4

Introduction 5

Organisation der integrierten Versorgung in Belgien 8

Entwicklung der integrierten Versorgung in Belgien 9

Wie eine integrierte Versorgung umgesetzt werden kann: das Regenbogenmodell 12

Ziele der integrierten Versorgung (außen) 13

Integration auf verschiedenen Niveaus (untergeordnete Ebenen) 14

Rahmenbedingungen für eine integrierte Versorgung (Grundebene) 28

Der Mehrwert einer integrierten Versorgung: Was bringt sie? 30

Internationale Evidenz 31

Nationale Evaluierungsinitiativen 32

Fazit und Zukunftsvision 36

VORWORT

Dieses Kurzdossier zum Thema integrierte Versorgung nimmt einen besonderen Platz in unserer Reihe von Kurzdossiers zum Thema Gesundheitspflege ein. Während frühere Ausgaben oft auf eine breite Palette von Kennzahlen zurückgreifen konnten, die innerhalb des FÖD VSNU verfügbar sind, trifft dies auf die integrierte Versorgung weniger zu. Das bedeutet nicht, dass die integrierte Versorgung weniger wichtig ist. Es zeigt vor allem, dass die integrierte Versorgung ein komplexes und transversales Thema ist, das sich nicht immer einfach anhand klassischer Indikatoren erfassen lässt.

Die integrierte Versorgung ist heute mehr denn je ein unverzichtbarer Ansatz für politische Entscheidungsträger und für unsere Bevölkerung. Vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung, zunehmender chronischer Erkrankungen und komplexerer Pflege- und Betreuungsbedürfnisse wächst der Bedarf an einem Versorgungssystem, das besser über Fachbereiche, Sektoren und Zuständigkeitsebenen hinweg zusammenarbeitet. Für die Bürger bedeutet eine integrierte Versorgung das Versprechen von mehr Kohärenz, mehr Kontinuität und einem Pflege- und Betreuungsangebot, das besser auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten ist.

Mit diesem Kurzdossier möchten wir vor allem die integrierte Versorgung bekannter machen, verdeutlichen, was integrierte Versorgung genau bedeutet, und aufzeigen, wie sie zu einer qualitativ hochwertigen, kontinuierlichen und gut koordinierten Versorgung beiträgt. Dabei stützen wir uns nicht nur auf die verfügbaren Daten, sondern beleuchten auch die Hintergründe der Konzepte, die politischen Entwicklungen sowie deren konkrete Umsetzung in der Praxis. Ich hoffe, dass diese Veröffentlichung zu einem besseren Verständnis dieser wichtigen Entwicklung und zur weiteren Debatte darüber beitragen kann, wie wir unsere Gesundheitspflege zukunftsorientiert gestalten können!

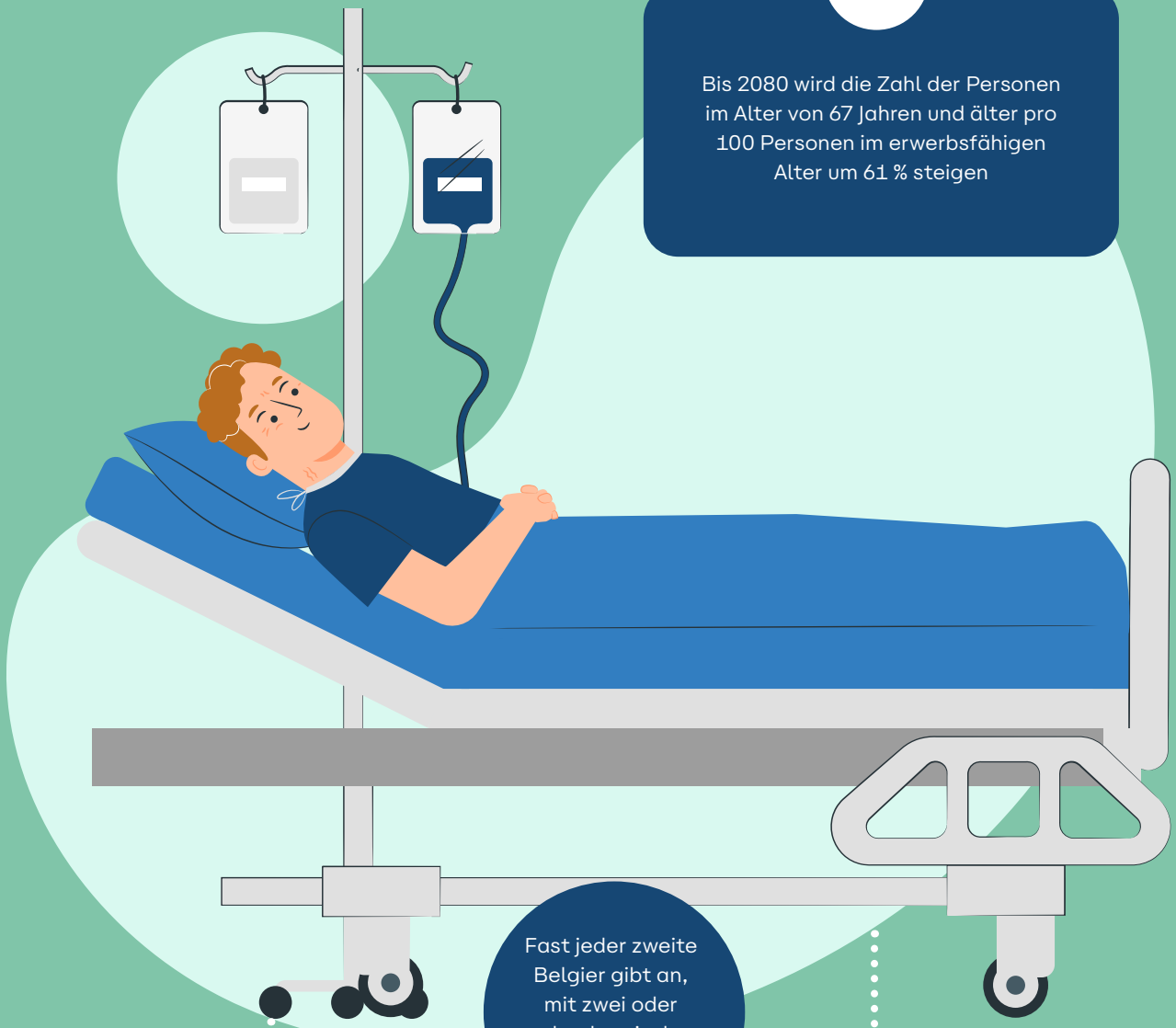
Sabine Stordeur,

Generaldirektorin, GD Gesundheitspflege

1 EINLEITUNG

61%

Bis 2080 wird die Zahl der Personen im Alter von 67 Jahren und älter pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter um 61 % steigen



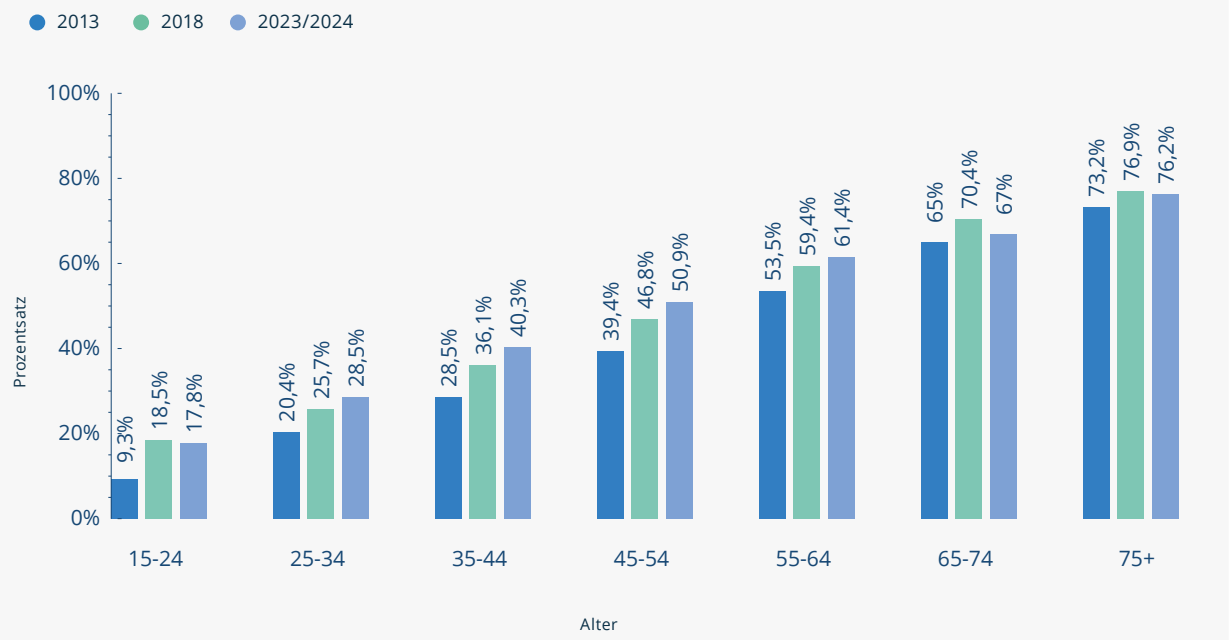
Fast jeder zweite Belgier gibt an, mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen zu leben

1 von 7 Belgiern verfügt über den offiziellen Status einer chronischen Erkrankung

Die Fragmentierung der Versorgung kann zusätzliche Kosten von mehr als 4.000 € pro Patient verursachen

Die belgische Gesundheitspflege entwickelt sich in einem sich wandelnden Umfeld weiter. Unsere Bevölkerung altert, und immer mehr Menschen leben mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung gibt es immer mehr Menschen im Alter von 67 Jahren und älter. Im Jahr 2080 würden auf jeweils 100 Personen im Alter von **18 bis 66 Jahren 45 Personen** im Alter von 67 Jahren und älter kommen; im Jahr 2025 lag diese Zahl bei 28. [1] **Darüber hinaus geben 48 % der belgischen Bevölkerung über 15 Jahren an, dass sie in den letzten 12 Monaten an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen gelitten haben**. Vor allem ältere Menschen leiden unter zwei oder mehr chronischen Erkrankungen, doch in den letzten Jahren ist vor allem bei den **25- bis 64-Jährigen** ein Anstieg zu verzeichnen.

Entwicklung des Anteils der Bevölkerung über 15 Jahren, der angibt, in den letzten 12 Monaten an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen gelitten zu haben (2013–2023/2024)



Diese Zahlen aus der belgischen Gesundheitsumfrage (2013-2024) basieren auf Selbstauskünften. Die verfügbaren objektiven Informationen über chronische Erkrankungen in Belgien beschränken sich oft auf bestimmte Erkrankungen. Wir wissen aber, dass die größte „Krankheitslast" durch Erkrankungen des Bewegungsapparats wie Rückenschmerzen, psychische Erkrankungen und Krebserkrankungen, [2] verursacht wird und dass etwa 15 % der belgischen Bevölkerung den Status einer chronischen Erkrankung haben – ein Status, der den Anspruchsberechtigten zuerkannt wird, wenn ihre Ausgaben für die Gesundheitsversorgung eine bestimmte Schwelle überschreiten.[3]

Diese Entwicklungen führen zu immer komplexeren Pflegebedürfnissen, während das Pflegeangebot durch Personalmangel und eine hohe Arbeitsbelastung unter Druck steht. Außerdem ist das Gesundheitswesen in Belgien historisch bedingt fragmentiert und in verschiedene Sektoren und Berufsgruppen gegliedert, was zu seiner derzeitigen Struktur und Arbeitsweise beiträgt. Dies erschwert es den Patienten mitunter, ihren Behandlungsverlauf nachzuvollziehen, und den Pflege- und Betreuungskräften, effizient zusammenzuarbeiten. Diese Fragmentierung führt zudem zu zusätzlichen Kosten: Analysen zufolge können diese auf **über 4.000 Euro pro Patient steigen.**[4]

1 Quelle: 1992–2024: Beobachtungsdaten, Statbel; 2025–2080: Prognosen des FPB und von Statbel. Abgerufen von https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten#news

2 Sciensano. Burden of disease: Disability-Adjusted Life Years, Health Status Report, 26 June 2025, Brussels, Belgium, https://www.healthybelgium.be/en/health-status/burden-of-disease/disability-adjusted-life-years

3 Quelle: http://www.ima-aim.be

4 OCDE (2023), Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en.

Gleichzeitig eröffnen die Digitalisierung und innovative Technologien in der Pflege neue Chancen. Digitale Hilfsmittel bieten beispielsweise die Möglichkeit, Informationen zwischen Pflege- und Betreuungskräften besser auszutauschen, Gesundheitsparameter besser zu überwachen und die Pflege effizienter zu organisieren. Hierfür sind Anstrengungen im Bereich der digitalen Kompetenzen sowie der Schaffung einer interoperablen digitalen Infrastruktur erforderlich.

Auch die Rolle des Patienten verändert sich. Wir entwickeln uns von Patienten, die eher „passive" Empfänger von Pflege sind, hin zu besser informierten Empfängern und „Mitentscheidern" im Pflege- und Betreuungsprozess. Das erfordert eine andere Art der Zusammenarbeit, bei der Pflege- und Betreuungskräfte, Patienten und deren Umfeld gemeinsam Entscheidungen treffen, gemeinsam planen und an einer zielgerichteten Versorgung arbeiten.

All diese Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit einer **integrierten Versorgung**. Das bedeutet, dass verschiedene Pflege- und Betreuungskräfte ihre Bemühungen aufeinander abstimmen, wobei die betroffene Person als Partner im Versorgungsprozess betrachtet wird. Es geht nicht nur um Gesundheitspflege, sondern auch um Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, soziale Unterstützung und die Einbindung von pflegenden Angehörigen.

Auf der Grundlage des Rahmens der Weltgesundheitsorganisation ‚[5] können wir integrierte Versorgung wie folgt definieren:

„Ein Ansatz zur Stärkung personenbezogener Gesundheitssysteme durch die Förderung einer hochwertigen Versorgung und Betreuung über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Diese Versorgung und Betreuung wurde auf der Grundlage der vielschichtigen Bedürfnisse der Bevölkerung und des Einzelnen konzipiert und wird von einem koordinierten, multidisziplinären Team erbracht, das einstellungs- und bereichsübergreifend arbeitet. Die Versorgung muss effektiv verwaltet werden, um optimale Ergebnisse zu gewährleisten und die Ressourcen auf angemessene Weise einzusetzen, und zwar auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Es muss Feedbackmechanismen geben, um die Leistungen kontinuierlich zu verbessern, die Ursachen für einen schlechten Gesundheitszustand zu bekämpfen und das Wohlbefinden durch sektorübergreifende und multisektorale Maßnahmen zu fördern."

Einfach ausgedrückt kann eine integrierte Versorgung für eine Person Folgendes bedeuten:

„Ich kann meine Versorgung gemeinsam mit Menschen planen, die zusammenarbeiten, mich verstehen und mir helfen, genau die Versorgung zu erhalten, die für mich am wichtigsten ist."

In dieser Ausgabe des Kurzdossiers Gesundheitspflege zeigen wir, wie die integrierte Versorgung in Belgien umgesetzt wird und wie diese Arbeitsweise zu einem zugänglichen, kohärenten und zukunftsfähigeren Gesundheitswesen in Belgien beitragen kann.



5 WHO Regional Office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016 https://iris.who.int/bitstreams/6eb1da76-189c-4bbd-ac79-62523037ffae/download

2 ORGANISATION DER INTEGRIERTEN VERSORGUNG IN BELGIEN

3

3 prioritäre Anwendungsbereiche

Perinatale Versorgung
Vulnerable Personen
Kinder und Jugendliche mit Adipositas

Mesostrukturen bilden die Brücke zwischen Politik und Praxis



Mehr als 50 % unserer Gesundheit werden nicht durch die Gesundheitsversorgung bestimmt. Lebensstil und Lebensbedingungen machen den Unterschied

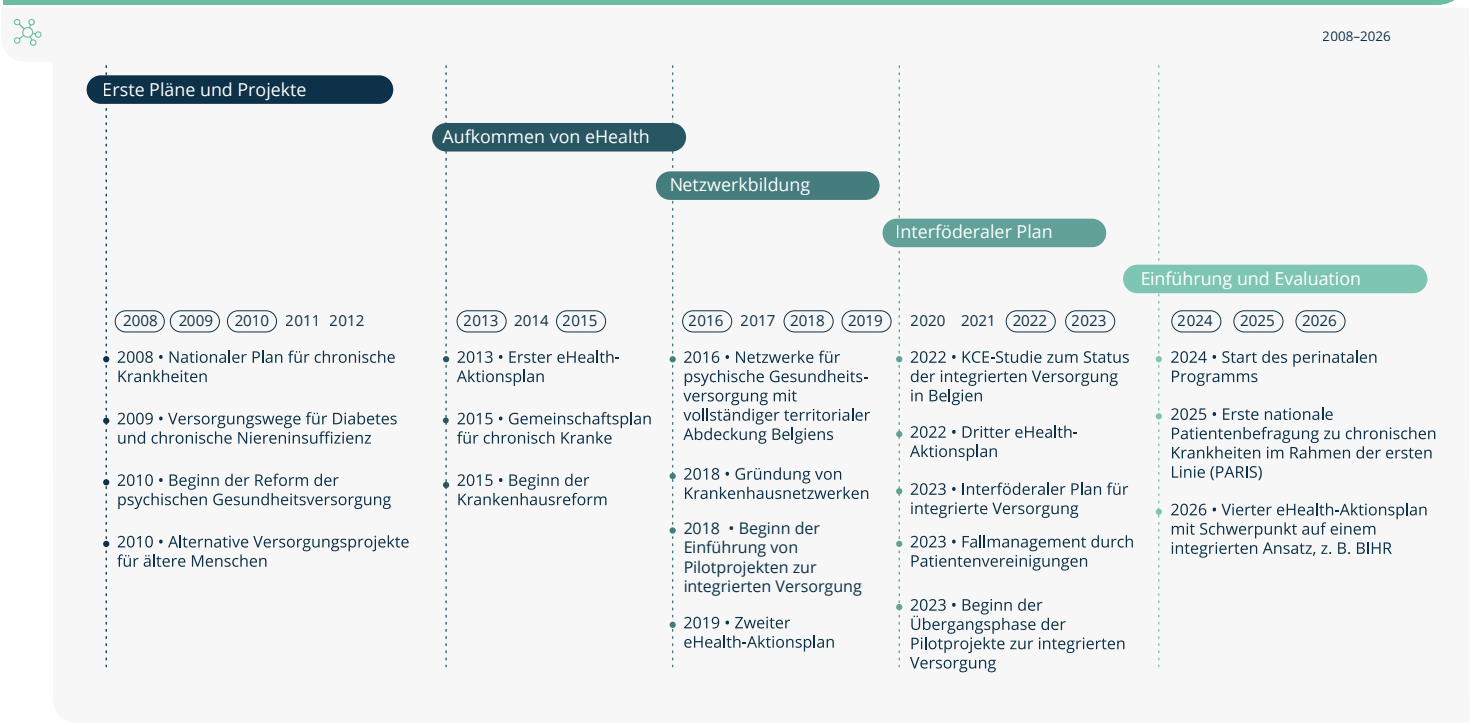
Die richtige Versorgung für jeden Bedarf: Für 80 % der Bevölkerung reichen Primärversorgung und Selbstmanagement aus; 15 % benötigen koordinierte Versorgung, und 5 % brauchen ein Fallmanagement

2.1 Entwicklung der integrierten Versorgung in Belgien

In Belgien arbeiten wir schon seit Jahren an einem Gesundheitssystem, in dem unter anderem Pflege- und Betreuungskräfte besser zusammenarbeiten können. In den letzten Jahren hat sich dieser Trend durch neue Pläne und Projekte sowohl auf föderaler als auch auf föderierter Ebene noch weiter verstärkt. Diese Entwicklung zielt darauf ab, die seit jeher bestehende Fragmentierung der Pflege, den Mangel an Pflege- und Betreuungskräften sowie die zunehmende Komplexität der Pflegebedürfnisse anzugehen, und steht im Einklang mit den internationalen Empfehlungen zur Kontinuität der Pflege und zur personenzentrierten Pflege.

Die nachstehende Zeitleiste gibt einen Überblick darüber, wie sich die föderalen Initiativen im Bereich der integrierten Versorgung in den letzten Jahren entwickelt haben.

Entwicklung politischer Initiativen auf föderaler Ebene im Rahmen der Entwicklung einer integrierten Versorgung



Die Zeitleiste zeigt unter anderem:

- Die zunehmende Verbreitung verschiedener Versorgungstrajekte, bei denen verschiedene Fachbereiche gemeinsam an einem individuellen Versorgungsplan für die Person arbeiten müssen (z. B. Versorgungstrajekte bei Diabetes und Niereninsuffizienz sowie Projekte zu alternativen Versorgungsformen für ältere Menschen).
- Die sich wandelnde Versorgungslandschaft, in der unterstützende Mesostrukturen wie die Netzwerke für psychische Gesundheit oder die Krankenhausnetzwerke auf regionaler Ebene eine immer wichtigere Rolle spielen, um die Zusammenarbeit und eine integrierte Versorgung vor Ort zu verwirklichen.
- Die kontinuierlichen digitalen Entwicklungen im Gesundheitsdienst im Rahmen der verschiedenen Aktionspläne zur eGesundheit. Dies soll schließlich zu einer einheitlichen elektronischen Patientenakte führen, nämlich dem Belgian Integrated Health Record (BIHR).

Das Föderale Fachzentrum für Gesundheitspflege (KCE) betont, dass die Umstellung auf eine stärker integrierte Versorgung notwendig ist. In einem Bericht aus dem Jahr 2022[6], erklärt das KCE, dass unser Gesundheitssystem noch zu sehr auf die Akutversorgung und die „leistungsbezogene" Vergütung ausgerichtet ist. Im aktuellen Kontext funktioniert das bei Themen wie der Alterung der Bevölkerung, chronischen Erkrankungen und Menschen mit mehreren Erkrankungen gleichzeitig nicht mehr gut. Aus diesem Grund schlägt das KCE drei Maßnahmen vor:

1) einen deutlichen politischen Rahmen für eine integrierte Versorgung
2) eine Abgrenzung der Versorgungsregionen in Belgien
3) eine Reform der Finanzierung

Möchten Sie mehr erfahren?
https://www.kce.fgov.be/nl/naar-meer-geintegreerde-zorg-in-belgie

Am 8. November 2023 wurde hierfür ein wichtiger Schritt unternommen: Der interföderale Plan für integrierte Versorgung wurde vorgestellt und von allen Ministern der Volksgesundheit Belgiens unterzeichnet. Dieser Plan trägt dazu bei, die Pflege und Betreuung besser zu organisieren und besser aufeinander abzustimmen. Er betrachtet die Person oder den Patienten als vollwertigen Partner im Pflege- und Betreuungsprozess, fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit, beispielsweise durch gemeinsame Pflegeplanung, und versucht, Barrieren zwischen Gesundheitsversorgung, Wohlfahrt und Sozialdiensten abzubauen.

In diesem Plan wurden acht Vereinbarungen zwischen den verschiedenen Behörden getroffen:

01 Der interföderale Plan für integrierte Versorgung bietet einen gemeinsamen Rahmen für Initiativen der verschiedenen Behörden, um gemeinsam an den Quintuple Aim-Zielen (siehe weiter unten) und an der integrierten Versorgung zu arbeiten.

02 Die strukturelle Zusammenarbeit zwischen den föderierten Teilgebieten und der Bundesregierung erfolgt über die Interadministrative Plattform. Diese Plattform fördert die qualitativ hochwertige Umsetzung und die Kohärenz der wichtigsten Bausteine der integrierten Versorgung.

03 Politische Initiativen basieren so weit wie möglich auf einer personenbezogenen und zielorientierten Pflege, mit einem breit angelegten und interdisziplinären Ansatz, der Pflege und Wohlbefinden miteinander verbindet.

04 Die föderierten Teilgebiete und die Föderalbehörde stimmen die Auslegung der Kernbegriffe der integrierten Versorgung auf die Definitionen im Interföderalen Plan für integrierte Versorgung ab. Gegebenenfalls kann dies auf asymmetrische Weise geschehen, wobei die Besonderheiten jedes föderierten Teilgebiets zu berücksichtigen sind.



6 Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussels: Federal Knowledge Centre for Health Care (KCE). 2022. KCE Reports 359As. D/2022/10.273/50.

05 Im Mittelpunkt steht die bürgernahe Arbeit auf der Grundlage eines bevölkerungsorientierten Ansatzes. Dabei ist sowohl die horizontale als auch die vertikale sektorübergreifende Zusammenarbeit von entscheidender Bedeutung. Dies erfordert eine starke und ansprechbare Mesoebene, die die Mikroebene unterstützt und innerhalb der politischen Rahmenbedingungen der Makroebene agiert.

06 Jedes föderierte Teilgebiet prüft gemeinsam mit der Föderalbehörde, wie bewährte Verfahren aus laufenden föderalen Initiativen nachhaltig auf der Mesoebene verankert und im Rahmen der Vereinbarung 8 (siehe unten) weiter ausgebaut und finanziert werden können.

07 Die föderierten Teilgebiete und die Föderalbehörden setzen sich für eine datengestützte Gesundheits- und Sozialpolitik ein, die Zusammenarbeit, Kommunikation und Datenaustausch fördert. Die Verknüpfung zwischen dem Interföderalen integrierte Versorgungsplan und dem Aktionsplan e-Gesundheit wird im Rahmen der interadministrativen Plattform überwacht und in konkrete Maßnahmen umgesetzt.

08 Die Föderalbehörde und die föderierten Teilstaaten sorgen für einen effizienten und abgestimmten Einsatz von Mitteln, die die integrierte Versorgung stärken. Dies geschieht durch einen koordinierten Ansatz und Finanzierungsformen, die eine integrierte Versorgung fördern, wobei jede Behörde im Rahmen ihrer eigenen Zuständigkeiten einen Beitrag leistet.

Möchten Sie mehr über den interföderalen Plan erfahren?
https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg

Der interföderale Plan bildet derzeit den gemeinsamen Rahmen für die weitere Umsetzung einer integrierten Versorgung zwischen den verschiedenen für das Gesundheitswesen zuständigen Behörden in Belgien. Er baut auf früheren Erfahrungen auf und konzentriert sich zunächst auf drei Anwendungsbereiche, nämlich:

- Perinatale Versorgung
- Gefährdete Personen
- Kinder und Jugendliche mit Adipositas

Das Perinatal Programm, das auf die frühzeitige Erkennung und einen interdisziplinären Ansatz für schwangere Frauen mit psychosozialen Risiken abzielt, wird derzeit in ganz Belgien eingeführt. Die ersten 1000 Tage sind nämlich entscheidend für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung eines Kindes. Investitionen in dieser Phase sind unerlässlich, um jedem Kind von Anfang an gleiche Chancen zu bieten. Aus Berichten des KCE geht hervor, dass die pränatale und postnatale Versorgung und Betreuung in Belgien nicht immer rechtzeitig, zugänglich oder auf die Bedürfnisse (zukünftiger) Mütter abgestimmt ist, insbesondere bei Frauen in einer psychosozial prekären Situation.

Möchten Sie mehr erfahren?
https://kce.fgov.be/nl/publicaties/rapporten-per-thema/focus-op-zwangerschap-en-geboorte

Die beiden anderen Programme werden noch entwickelt. Mit den integrierten Versorgungsprogrammen versuchen wir, Pflege und Wohlbefinden für bestimmte Zielgruppen stärker miteinander zu verknüpfen und mehr Kontinuität im Pflege- und Betreuungsprozess zu erreichen.

Insgesamt arbeitet Belgien also an einem Gesundheitsmodell, das einfacher, besser abgestimmt und besser organisiert ist. Ein Modell, das die Zusammenarbeit fördert, geht von den tatsächlichen Bedürfnissen der Menschen aus und ist zukunftsfähig.

2.2 Wie eine integrierte Versorgung umgesetzt werden kann: das Regenbogenmodell

Eine integrierte Versorgung kann nach dem Regenbogenmodell von Pim Valentijn organisiert werden. Dieses Modell zeigt, dass die integrierte Versorgung aus verschiedenen Ebenen besteht, die sich gegenseitig beeinflussen. Es hilft Pflege- und Betreuungskräften, Organisationen und politischen Entscheidungsträgern, besser zusammenzuarbeiten und die Pflege sinnvoll zu organisieren. Das Modell trägt der Tatsache Rechnung, dass das Gesundheitswesen komplex ist und dass eine Zusammenarbeit auf mehreren Ebenen erforderlich ist, um die besten Ergebnisse für die Patienten zu erzielen.

Das Regenbogenmodell von Pim Valentijn



Möchten Sie mehr über das Regenbogenmodell erfahren?
https://www.essenburgh.com/nl-regenboogmodel-voor-integrale-zorg/

Die verschiedenen Ebenen des Modells werden in diesem Kapitel näher erläutert.

Die Grundsätze der integrierten Versorgung kommen jedoch erst dann wirklich zum Tragen, wenn sie auf eine konkrete Situation angewendet werden. Ein Fallbeispiel veranschaulicht, wie sich integrierte Versorgung in die Praxis umsetzen lässt und wie die verschiedenen Ebenen des Regenbogenmodells – System, Organisation und Pflege – gemeinsam zu einer personenbezogenen und zielgerichteten Versorgung beitragen.



Nathalie (26 Jahre) lebt mit ihrem Partner Johan (28 Jahre) zusammen..

Das Paar hat zwei kleine Kinder: Luna (1,5 Jahre) und Timo (4 Jahre). Timo leidet an Autismus und nimmt an einem ambulanten Rehabilitationsprogramm teil. Nathalie ist mit ihrem dritten Kind schwanger. Nathalie arbeitet im örtlichen Supermarkt mit einem 4/5-Vertrag. Johan ist arbeitslos und bezieht deshalb Arbeitslosengeld. Die Arbeitssuche gestaltet sich schwierig. Sie wohnen in einer gemieteten privaten Zweizimmerwohnung. Die Familie hat finanzielle Schwierigkeiten. Das Paar hat zwei Monate Mietrückstand. Sie kommen finanziell nicht über die Runden und kaufen auch gerne regelmäßig „Kleinigkeiten" und Markenkleidung im Internet. Die finanziellen Probleme sorgen für Stress in der Familie. Zwischen Nathalie und Johan kommt es regelmäßig zu heftigen verbalen Auseinandersetzungen. Aufgrund dieser Sorgen (und der Geburt eines dritten Kindes) fühlt sich Nathalie psychisch nicht stabil. Nathalie hat einen Hausarzt, sieht diesen aber eigentlich kaum. Sie ist sich bewusst, dass es ihr psychisch nicht gut geht, traut sich aber nicht, zu einem Psychologen zu gehen, und weiß auch nicht, wie sie das angehen soll. Sie hat auch Angst vor der Reaktion ihres Mannes. Der einzige Pflegeerbringer, den sie derzeit regelmäßig aufsucht, ist ihr Frauenarzt, der meist wenig Zeit für ein richtiges Gespräch hat und zudem immer beide Elternteile gemeinsam empfängt.

2.2.1 Ziele der integrierten Versorgung (außen)

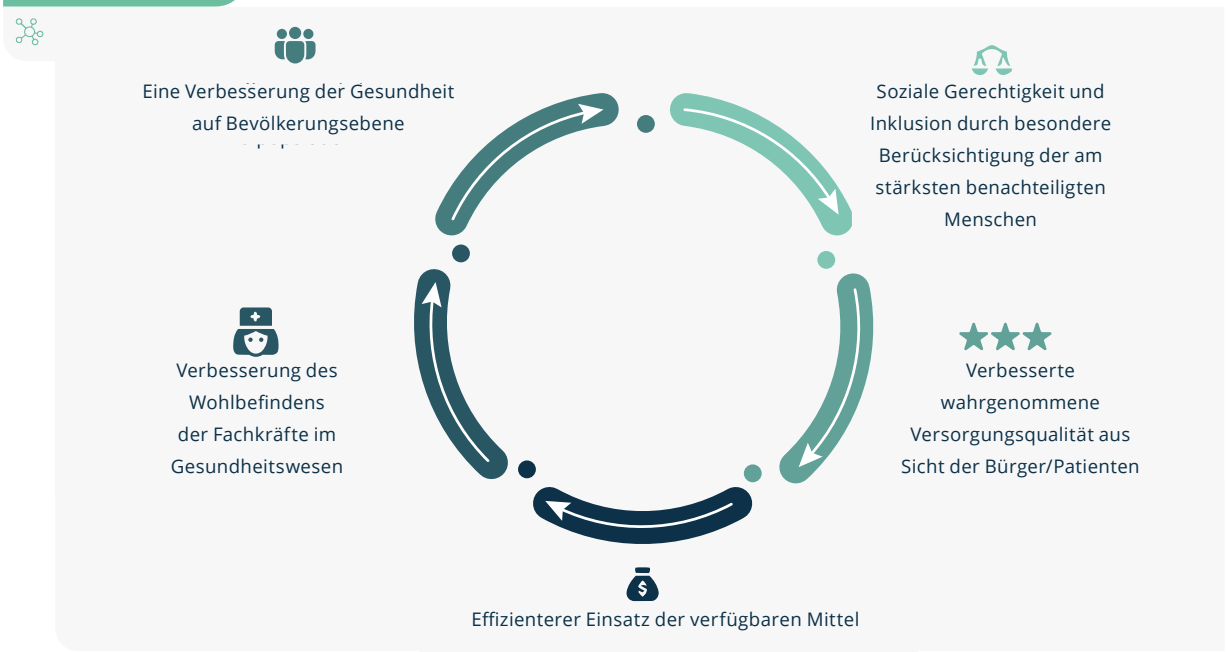
Das Regenbogenmodell geht außen von den Zielen aus, die wir mit der integrierten Pflege verfolgen, nämlich:

- eine bessere öffentliche Gesundheit in Belgien
- ein besseres Erlebnis der Versorgungsqualität für die Bürger
- ein effizienterer Einsatz der verfügbaren Mittel

Im Laufe der Jahre wurden zwei weitere wichtige Ziele der integrierten Versorgung identifiziert, nämlich

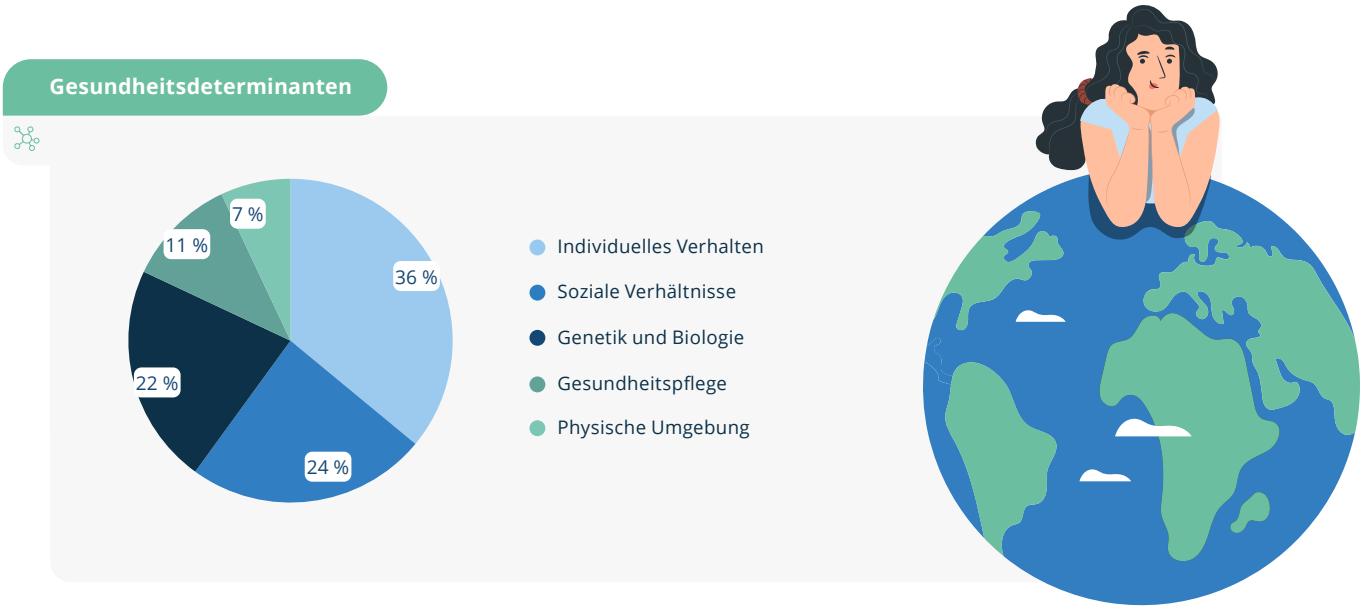
- mehr Wohlbefinden für Fachkräfte, die im Gesundheits- und Sozialwesen tätig sind
- mehr gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung verwirklichen

Quintuple aim



Im Jahr 2025 erweiterte das „Institute for Healthcare Improvement“ die Ziele um ein sechstes Ziel, nämlich die Berücksichtigung von Nachhaltigkeit und Umweltaspekten im Gesundheitswesen.[7]

Es ist wichtig, alle Faktoren zu berücksichtigen, die die Gesundheit beeinflussen, wie beispielsweise das soziale Umfeld oder die Wohnverhältnisse einer Person. Aus Studien geht hervor, dass die Gesundheitsversorgung lediglich 11 % der Gesundheitsergebnisse bestimmt. Gesundheitsverhalten (z. B. Rauchen, Ernährungsgewohnheiten, Alkoholkonsum oder körperliche Aktivität) sowie soziale und physische Lebensbedingungen (wie Einkommen, Bildungsstand, Wohnumfeld und soziales Netzwerk) machen zusammen mehr als 50 % aus.[8] Indem man Menschen aktiv in ihre Gesundheitsversorgung einbezieht und die Arbeit in isolierten „Silos“ – sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens – aufgibt, lassen sich somit weitaus größere Gesundheitsgewinne erzielen. Dieser Kerngedanke bildet auch eine der Grundlagen des interföderalen Plans für eine integrierte Versorgung.



2.2.2 Integration auf verschiedenen Niveaus (untergeordnete Ebenen)

Die unteren Ebenen des Regenbogenmodells zeigen die verschiedenen Niveaus, auf denen die Pflege integriert werden muss, um eine qualitativ hochwertige und kohärente Pflege zu erreichen. Jede Ebene wird im Folgenden von außen nach innen erläutert.

2.2.2.1. Systemintegration

Eine integrierte Versorgung beginnt mit der Systemintegration. Für eine gute, integrierte Versorgung ist es wichtig, dass das System abgestimmt ist. Das bedeutet: klare Regeln, eine durchdachte Politik und eine Finanzierung, die den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. Dadurch wird sichergestellt, dass Gesundheitsorganisationen und Pflegeerbringer auf dieselben Ziele hinarbeiten können.

Die Systemintegration erfolgt auf der „**Makroebene**“. Dies ist die Ebene der verschiedenen Behörden, die für die Gesundheits- und Sozialpolitik zuständig sind. Sie legen die Rechtsvorschriften und die Finanzierung fest und bieten Unterstützung, beispielsweise in Form von methodischen Leitlinien oder digitaler Unterstützung für eine integrierte Versorgung vor Ort. Dank einer guten Unterstützung auf dieser Ebene können die darunterliegenden Ebenen einheitlich und qualitativ hochwertig zusammenarbeiten.

7 Alami H, Lehoux P, Miller FA, Shaw SE, Fortin JP. An urgent call for the environmental sustainability of health systems: A ‘sextuple aim’ to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. Int J Health Plann Manage. 2023 Mar;38(2):289-295. doi: 10.1002/hpm.3616. Published online 3 Feb. 2023. PMID: 36734815.

8 Determinants of health. Goinvo. 2020. Geraadpleegd van https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health

In Belgien wird die übergeordnete Ebene für die Koordinierung der Politik im Bereich der integrierten Versorgung durch die Verwaltungen der folgenden Behörden vertreten:

- **Föderalbehörde:** FÖD Volksgesundheit und LIKIV
- **Flämische Gemeinschaft:** Departement Zorg
- **Wallonische Region:** Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)
- **Region Brüssel-Hauptstadt:** Vivalis, Iriscare und die Kommission der Französischen Gemeinschaft (COCOF)
- **Deutschsprachige Gemeinschaft:** Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
- **Französische Gemeinschaft:** Office de la naissance et de l'enfance (ONE)

Je nach Thema können dabei weitere Behörden einbezogen werden.



Wie wird die Systemintegration im Fall von Nathalie und ihrer Familie umgesetzt?

Über das Perinatal Programm. Dies ist ein interföderales Programm, das einen gemeinsamen politischen Rahmen für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen schafft, in dem diese unabhängig von den jeweiligen Zuständigkeitsniveaus bei der Betreuung einer Familie (wie der von Nathalie) zusammenarbeiten können. Das Programm ermutigt Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, gemeinsam eine kontinuierliche und integrierte Versorgung anzustreben, die auf die Bedürfnisse von schwangeren Frauen mit psychosozialer Vulnerabilität und deren Familien zugeschnitten ist.

2.2.2.2 Organisatorische und professionelle Integration

Unterhalb der Systemebene befindet sich die Ebene der Organisationen sowie der Pflege- und Betreuungskräfte.

- **Organisatorische Integration** bedeutet, dass die Arbeitsweise von Gesundheits- und Sozialorganisationen (z. B. Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, ÖSHZ usw.) besser aufeinander abgestimmt wird. Dies kann von Vereinbarungen über die Überweisung bis hin zu gemeinsamen Projekten oder einer langfristigen Zusammenarbeit im Rahmen bestimmter Themen, Zielgruppen oder Prozesse reichen.
- **Bei der professionellen** Integration geht es um die Koordination und Zusammenarbeit zwischen einzelnen Pflege- und Betreuungskräften, z. B. durch Absprachen, die Aufgabenteilung oder andere Formen der Zusammenarbeit, die sich über verschiedene Patienten hinweg erstrecken.



Die organisatorische und fachliche Integration wird auf der **Mesoebene** getragen und unterstützt. Dies ist die Zwischenebene zwischen Individuen (Fachkräften, Bürgern) auf der Mikroebene und der Politik bzw. dem System auf der Makroebene. Die Mesoebene organisiert die integrierte Versorgung auf lokoregionalem Niveau. Sie bringt Organisationen, Einrichtungen, Netzwerke, Krankenkassen, Kommunalverwaltungen, Pflege- und Betreuungskräfte, Patientenverbände, pflegende Angehörige und Freiwillige zusammen. Auf dieser Ebene werden Vereinbarungen getroffen, um die Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Betreuungskräften zu verbessern. Oft handelt es sich dabei um ein interdisziplinäres Koordinierungsgremium, in dem verschiedene Organisationen oder Fachkräfte vor Ort vertreten sind.

Im interföderalen Plan für die integrierte Versorgung wurden dieser Mesoebene fünf wichtige Aufgaben zugewiesen:

01 **Bevölkerungsmanagement:** dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung und die Unterstützung in einer Region auf die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung abzustimmen. Auf der Grundlage von Daten und Erkenntnissen werden Maßnahmen ergriffen, um die Gesundheit zu verbessern und zukünftige Bedürfnisse vorherzusagen.

02 **Förderung der Integration:** Fachkräfte aus dem Pflege- und Sozialbereich zusammenbringen, den Aufbau von Netzwerken unterstützen, Absprachen zwischen Organisationen erleichtern und die interdisziplinäre sowie transmurale Zusammenarbeit fördern.

03 **Unterstützung des Veränderungsmanagements:** Beitrag zur Förderung einer Kultur der integrierten Versorgung durch die Verbreitung bewährter Verfahren, die Organisation von Intervisionen, die Information von Pflege- und Betreuungskräften sowie die Sammlung von Erfahrungen.

04 **Unterstützung bei der Umsetzung:** Begleitung der Umsetzung konkreter Initiativen, wie beispielsweise föderalübergreifender Programme zur integrierten Versorgung.

05 **Bewertung und Überwachung**: Verfolgung der Umsetzung von Initiativen, Erkennung von Engpässen, Sammlung von Rückmeldungen aus der Praxis und Weiterleitung dieser Rückmeldungen auf Mikro- und Makroebene.

In jedem föderierten Teilgebiet gibt es derzeit eine Organisation auf Mesoebene, die eine zentrale Rolle bei der Unterstützung der integrierten Versorgung spielt. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Organisationen auf Mesoebene in den einzelnen föderierten Teilgebieten, die für die Organisation, Umsetzung und Überwachung der integrierten Versorgung von Bedeutung sind.

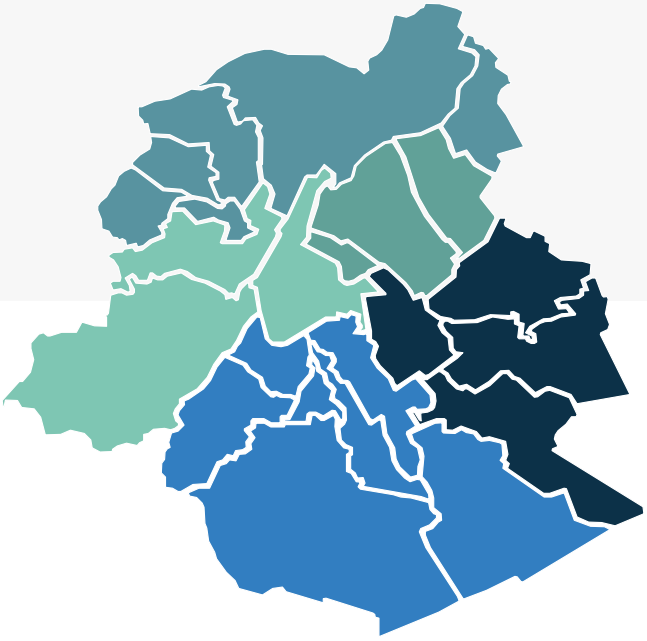
- Region Brüssel-Hauptstadt: **Versorgungsgebiete**
- Wallonische Region: **Organisations Loco-régionales de Santé (OLS),** die sich noch in der Einrichtungsphase befinden
- Flämische Gemeinschaft: **Zorgraden (ZR)**, die in den Primärversorgungszonen tätig sind. Darüber hinaus wurde kürzlich eine Abgrenzung regionaler Versorgungszonen als übergeordneter Baustein und Rahmen für die strategische Abstimmung festgelegt.
- Deutschsprachige Gemeinschaft: In der Deutschsprachigen Gemeinschaft gibt es aufgrund der Größenordnung keine separaten Mesostrukturen. Die Aufgaben werden dort vom Ministerium selbst wahrgenommen.

Sie sorgen für eine effiziente Organisation der medizinischen Grundversorgung in einer abgegrenzten Region, in Abstimmung mit den dazugehörigen Bereichen und der Region, damit das Versorgungs- und Unterstützungsangebot gut auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt ist.

Region Brüssel-Hauptstadt [9]

Mesostruktur	Versorgungsgebiete (bassins d'aide et de soins / zorgzones)
Anzahl	5 Versorgungsgebiete
Größe/ Wirkungsbereich	Max. 350.000 Einwohner (mindestens 5 Stadtteile) pro Gebiet
Zusammensetzung	Aktionsrat pro Versorgungsgebiet mit Vertretung von: • Öffentlichen Akteuren wie den Gemeinden und dem ÖSHZ. • Dem Vereinssektor (unabhängig davon, welche Stelle ihn anerkennt). • Freiberuflern und paramedizinischen Fachkräften, sowohl selbstständig als auch angestellt. • Bürger (oder deren Vertreter)
Kontaktdaten Mesostrukturen	Koordination der Versorgungsgebiete durch Brusano https://www.brusano.brussels/nl/zorgzones/

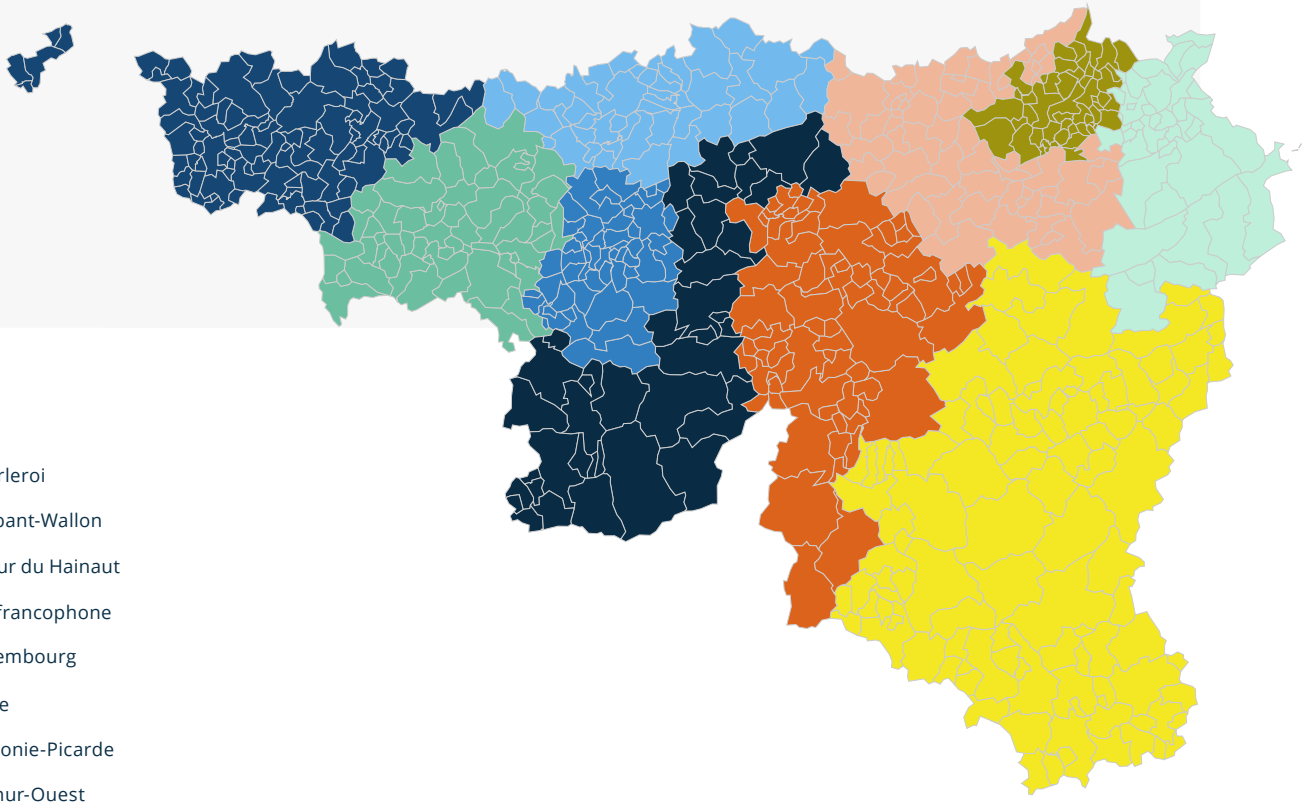
- Versorgungsgebiet Süd
- Versorgungsgebiet Zentrum-West
- Versorgungsgebiet Nord
- Versorgungsgebiet Südost
- Versorgungsgebiet Nordost



9 https://www.brusano.brussels/nl/de-hulp-en-zorgzones/

Wallonische Region

Mesostruktur	Organisations loco-régionales de santé
Anzahl	10 lokoregionale Gebiete
Größe/ Wirkungsbereich	Zwischen 200.000 und 550.000 Einwohner pro Gebiet.
Zusammensetzung	Die Transitionskonsortien wurden im Rahmen einer Ausschreibung ausgewählt. Die Konsortien umfassen verschiedene Akteure der Primärversorgung und unterhalten Partnerschaften beispielsweise mit Krankenhäusern.
Kontaktdaten Mesostrukturen	https://www.aviq.be/fr/actualites/organisation-premiere-ligne-daccompagnement-et-de-soins



- Charleroi
- Brabant-Wallon
- Coeur du Hainaut
- Est-francophone
- Luxembourg
- Liège
- Wallonie-Picarde
- Namur-Ouest
- Namur-Est
- Huy-Waremme

Flämische Gemeinschaft [10]

Mesostruktur

Zorgraden

Anzahl

60 zorgraden, davon 59 in Flandern und 1 in Brüssel. Jeder Gesundheitsrat ist in einem Primärversorgungsgebiet tätig.

Größe/ Wirkungsbereich

Mindestens 60.000 Einwohner pro Gebiet und eine oder mehrere Städte oder Gemeinden.

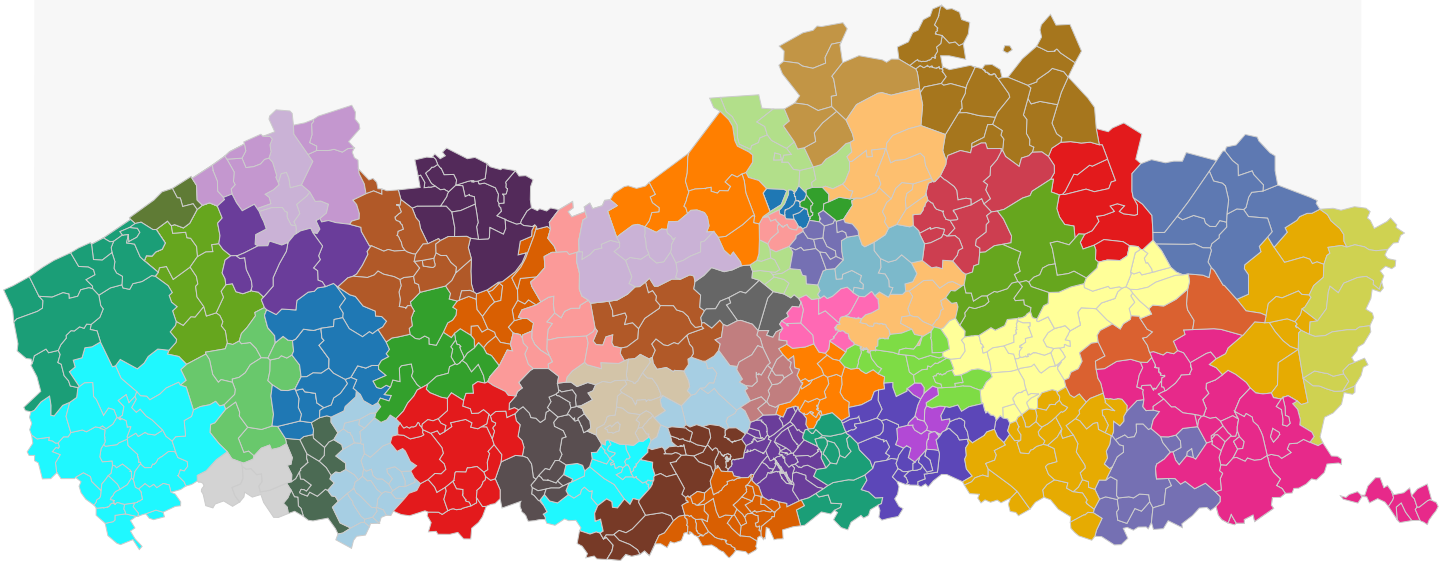
Zusammensetzung

Leitung durch den Pflegebeirat, der mindestens aus folgenden Mitgliedern besteht:

- Lokale Verwaltungen.
- Anbieter von Primärversorgung.
- Vereinigungen von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf.
- Anerkannte Vereinigungen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige.
- Einrichtungen, die von der Flämischen Agentur für Menschen mit Behinderung und der Agentur „Opgroeien“ anerkannt, zugelassen oder gefördert werden

Kontaktdaten Mesostrukturen

https://www.eerstelijnszone.be/



- AMALO
- Antwerpen Centrum
- Antwerpen Noord
- Antwerpen Oost
- Antwerpen Zuid
- Baldermore
- Bonstato
- BraViO
- Brugge
- BruZEL
- Dender
- Dender Zuid
- Demerland
- Druivenstreek
- Gent
- Haspengouw
- Herkenrode
- Houtland en Polder
- Kemp en Duin
- Kempenland
- Klein-Brabant Vaartland
- Kortrijk-Kuurne-Harelbeke
- Leuven
- Leuven Noord
- Leuven Zuid
- Maasland
- Mechelen-Katelijne
- Middenkempen
- Middenkust
- Midden WVL
- MidWestLim
- Noorderkempen
- Noord-Limburg
- Oostkust
- Oostende-Bredene
- Oost-Meetjesland
- Pajottenland
- Pallieterland
- Panacea
- Regio Aalst
- Regio Grimbergen
- Regio Menen
- Regio Waregem
- RITS
- Rupelaar
- Schelde en Leie
- Scheldekracht
- Vlaamse Ardennen
- Voorkempen
- Waasland Noord Oost
- Waasland Zuid-West
- WE40
- Westhoek
- Westkust & Polder
- West-Limburg
- West-Meetjesland
- Zennevallei
- ZORA
- Zuid-Oost Hageland
- Zuid-Oost Limburg
- Zuiderkempen

10 https://www.departementzorg.be/nl/eerstelijnszones-en-zorgraden

Darüber hinaus gibt es in Belgien auch andere Mesostrukturen, die in einem nachhaltigen politischen Rahmen verankert sind. Im Folgenden wird eine (nicht erschöpfende) Übersicht über bestehende Mesostrukturen gegeben, deren Auftrag mit der integrierten Versorgung verbunden ist.

Krankenhausnetzwerke [11]

Beschreibung

- Seit dem 1. Januar 2020
- Jedes Krankenhaus ist Teil eines Krankenhausnetzwerks
- Ziel: Effizienterer Einsatz von Ressourcen, gemeinsame Investitionen und Förderung von Fachwissen durch Aufgabenteilung

Anzahl

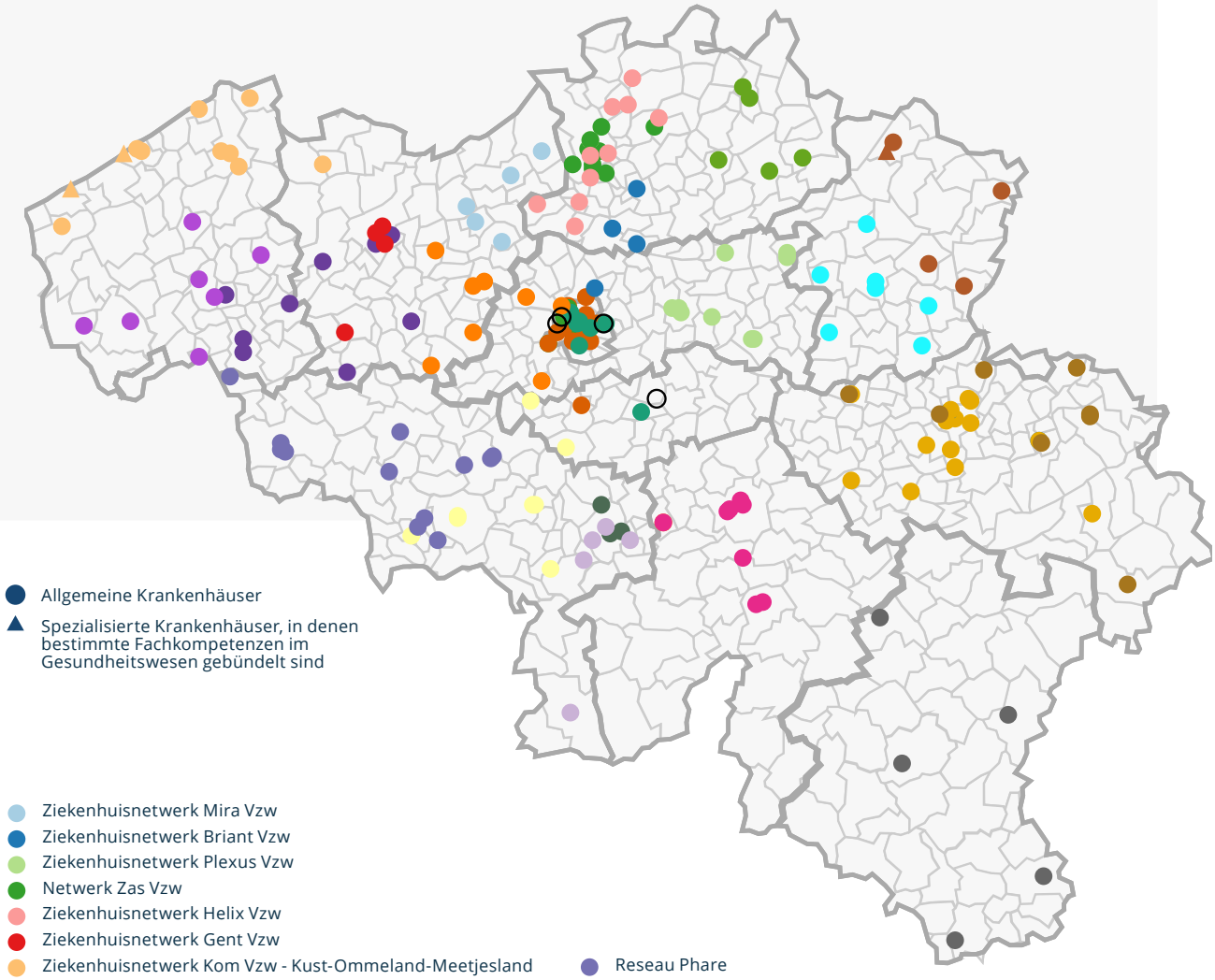
Im Jahr 2026 gibt es in Belgien 23 lokoregionale Krankenhausnetzwerke.

Größe/ Wirkungsbereich

Auf der Grundlage der Anzahl der zugelassenen Betten und Plätze pro Krankenhaus. Die Zahl schwankt zwischen 991 und 4462 zugelassenen Betten und Plätzen.

Zusammensetzung

Allgemeine Universitätskrankenhäuser



11 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation

Netzwerke in der geistigen Gesundheitspflege (GGP) für Erwachsene [12]

Beschreibung

- Start der Reform der geistigen Gesundheitspflege im Jahr 2010 mit der Schaffung von Netzwerken für Erwachsene, einschließlich der Zielgruppe der älteren Menschen
- Fünf Aufgabenbereiche: (1) Förderung der geistigen Gesundheit, Prävention, Früherkennung und Frühintervention; (2) mobile Behandlungsteams; (3) psychosoziale Rehabilitation; (4) intensive spezialisierte stationäre Einrichtungen für psychische Gesundheitspflege; und (5) spezifische Wohnformen und Unterbringungsangebote.

Anzahl

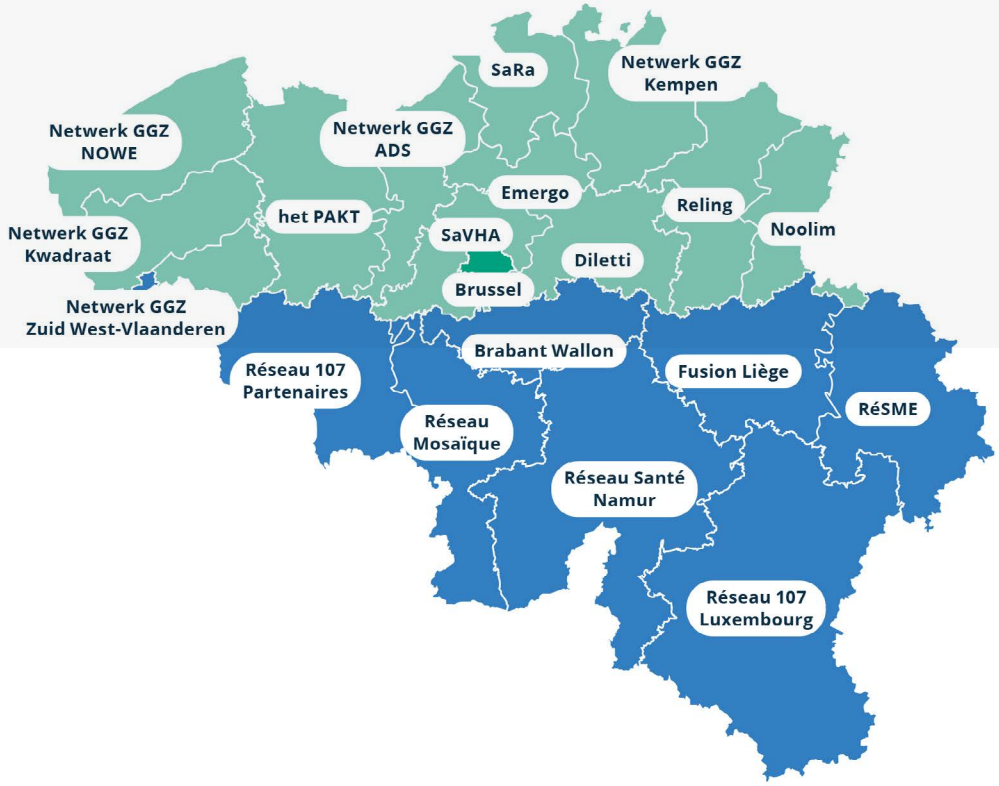
20 Netzwerke für geistige Gesundheitspflege für Erwachsene

Größe/ Wirkungsbereich

Der Wirkungsbereich wird vom Netzwerk auf der Grundlage des Bedarfs und des verfügbaren Angebots festgelegt.

Zusammensetzung

Ein Netzwerk umfasst das gesamte Angebot im Bereich der geistigen Gesundheitspflege sowie verwandte Bereiche innerhalb eines von ihnen festgelegten Wirkungsbereichs. Für jedes Netzwerk wird ein Netzwerkkoordinator ernannt.



12 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-de-sante-mentale-pour-adultes/reseaux-dans-les-soins-de-sante-mentale-pour-adultes

Netzwerke in der geistigen Gesundheitspflege für Kinder und Jugendliche [13]

Beschreibung

Netzwerke für die geistige Gesundheitspflege von Kindern und Jugendlichen (GGKJ-Netzwerke), die sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 23 Jahren richten.

Anzahl

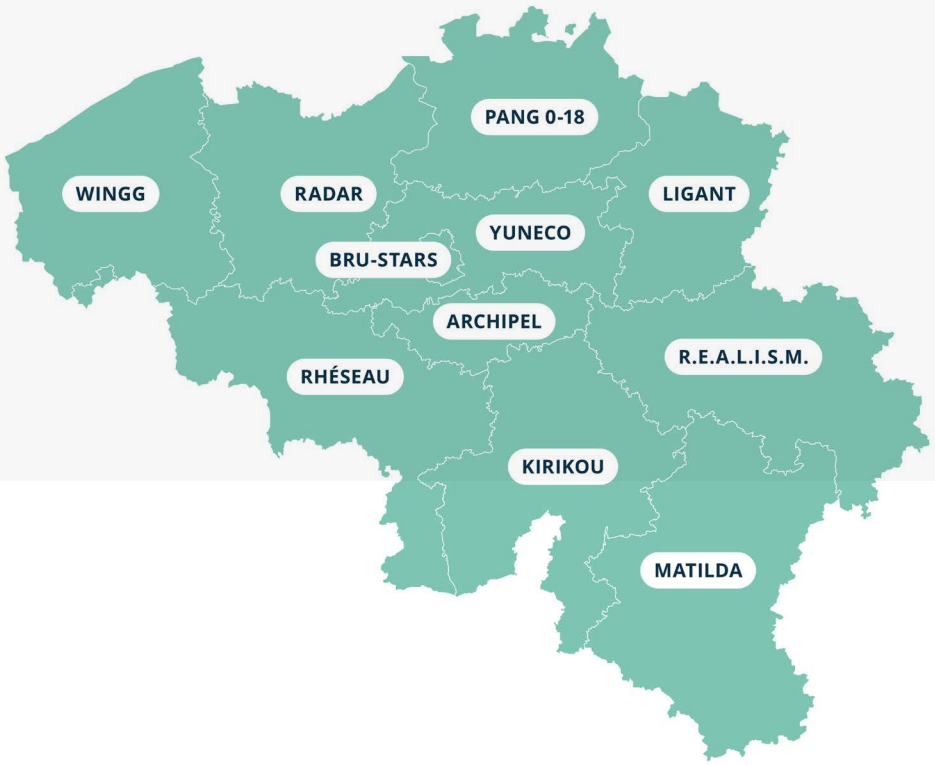
11 GGKJ-Netzwerke.

Größe/ Wirkungsbereich

Die Wirkungsbereiche decken sich mit den Territorien der Provinzen und der Region Brüssel-Hauptstadt.

Zusammensetzung

Jedes Netzwerk setzt sich aus allen relevanten Akteuren, Diensten, Einrichtungen, Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen usw. der betroffenen Bereiche (geistige Gesundheitspflege, das Gesundheitswesen im weiteren Sinne und der soziale Bereich) zusammen, die zusammenarbeiten und ihre Strategien aufeinander abstimmen.



13 https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/soins-en-sante-mentale-pour-les-enfants-et-les-adolescents/reseaux-dans-les-soins-de-sante-mentale-pour-enfants-et-adolescents



Welche Rolle spielt die Mesonebene im Fall von Nathalie und ihrer Familie?

Um eine integrierte Versorgung für Nathalie und ihre Familie zu ermöglichen, ist eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich.

Die zuvor genannten Organisationen auf Mesoebene – Brusano und die Zorgzones, die Organisations loco-régionales de santé (OLS) sowie die Eerstelijnszones (ELZ) – spielen dabei eine unterstützende und verbindende Rolle. Zur Umsetzung des Perinatalprogramms organisieren die Mesostrukturen auf lokaler Ebene Arbeitsgruppen mit allen relevanten Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, um klare Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zu treffen. In diesen Arbeitsgruppen wird untersucht, welche Rolle die verschiedenen Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen für Schwangere und ihre Familien übernehmen können. Im Fall von Nathalie sorgt die Arbeit auf der Mesoebene dafür, dass die Pflege- und Betreuungskräfte in Nathalies Umfeld sich bereits kennen, eine Beziehung zueinander aufgebaut haben und reibungslos zusammenarbeiten können.

Auf der Mesoebene werden die verfügbaren Zahlenangaben herangezogen, um die Situation innerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs zu erfassen. Dadurch erhalten sie beispielsweise einen Überblick darüber, wie viele Frauen jährlich in ihrer Region entbinden, in welchem Krankenhaus diese Frauen entbinden und welche psychosozialen Risikofaktoren am häufigsten auftreten. Zudem gewinnen sie viele Informationen aus Gesprächen mit den örtlichen Pflege- und Betreuungskräften sowie den schwangeren Frauen selbst. Auf der Grundlage dieser Informationen kann die Mesoebene die Pflege und Unterstützung in ihrer Region optimal auf die ermittelten Bedürfnisse abstimmen.

Abschließend geben Fachkräften, die auf der Mesoebene tätig sind, einige Tipps, um eine integrierte Versorgung zu verwirklichen:

Empfehlungen auf Mesoebene für die Organisation einer integrierten Versorgung

- Gehen Sie so weit wie möglich von den Pflege- und Unterstützungsbedürfnissen der Bürger in der Region aus, damit das Angebot genau auf das abgestimmt ist, was die Menschen wirklich brauchen.
- Streben Sie einen klaren Überblick über das regionale Versorgungsangebot an, damit Zusammenarbeit und Abstimmung erleichtert werden.
- Bringen Sie verschiedene Sektoren zusammen und loten Sie aus, wo gemeinsame Ziele und geteilte Verantwortung entstehen können.
- Fördern Sie die interdisziplinäre Teamarbeit, damit Fachwissen besser genutzt wird.
- Ermutigen Sie Patienten und pflegende Angehörige zur Mitwirkung, damit ihre Erfahrungen und Erkenntnisse in die Ausrichtung der Maßnahmen einfließen können.
- Fördern Sie die Qualitätsverbesserung vor Ort, indem Sie Raum für Lernen, Reflexion und Kurskorrekturen schaffen.

Zu beachtende Punkte auf Mesoebene für die Organisation einer integrierten Versorgung

- Versuchen Sie, zusätzliche Strukturen (wie beispielsweise neue gemeinnützige Vereine) nur dann zu schaffen, wenn dies wirklich notwendig ist, und denken Sie vor allem im Sinne eines Netzwerkansatzes.
- Vermeiden Sie einen zu stark von oben nach unten gerichteten Prozess und beziehen Sie die lokale Ebene aktiv in die Entscheidungen und deren Umsetzung ein.
- Gehen Sie nicht von einem einheitlichen Ansatz aus, sondern lassen Sie Raum für regionale Unterschiede und maßgeschneiderte Lösungen.
- Versuchen Sie, sektorale Silos aufzubrechen, indem Sie die Zusammenarbeit und gemeinsame Perspektiven fördern.

2.2.2.3 Klinische Integration

Auf der untersten Ebene des Regenbogens befindet sich die Integration von „Diensten“, also die Koordination der eigentlichen Pflege und Betreuung einer bestimmten Person. Verschiedene Interventionen werden aufeinander abgestimmt, beispielsweise mithilfe interdisziplinärer Leitlinien, Versorgungspfade oder interföderaler Programme.

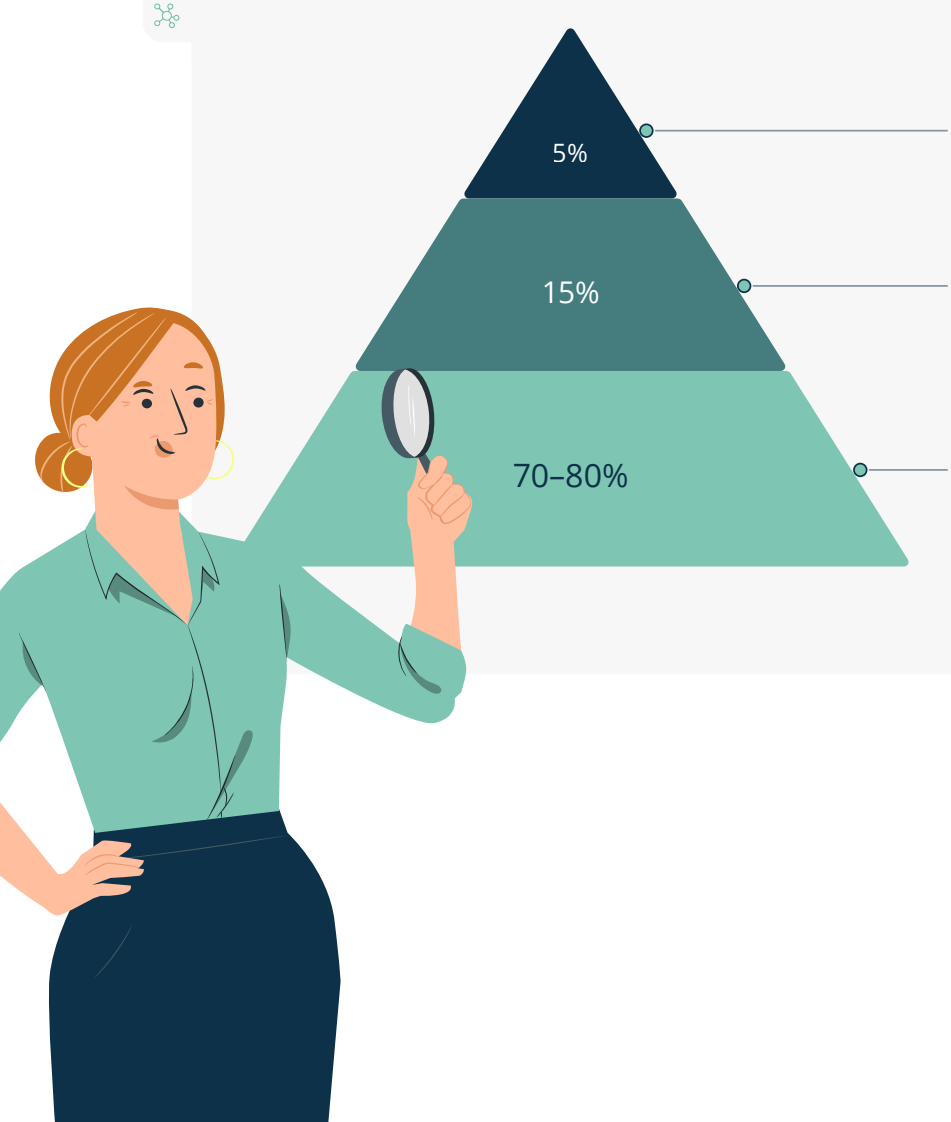
Die Integration von Diensten bzw. der tatsächlichen Pflege und Betreuung erfolgt auf der **Mikroebene.** Auf der Mikroebene geht es um die Pflege und Betreuung, die direkt für und gemeinsam mit einzelnen Personen oder lokalen Gruppen organisiert wird. Auf dieser Ebene arbeitet das interdisziplinäre Team mit der betroffenen Person selbst und ihrem Umfeld zusammen. Auch Nachbarschafts- und Stadtteilteams arbeiten auf dieser Ebene. Im Mittelpunkt steht hier immer der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und Zielen. Pflege- und Betreuungskräfte stimmen ihre Unterstützung aufeinander ab, um so integriert, personenbezogen und zielgerichtet wie möglich zu arbeiten.

Welche Pflege und Unterstützung für wen?

Der Grundgedanke ist einfach: Nicht jeder benötigt gleich viel oder gleich intensive Pflege, und Pflege funktioniert am besten, wenn sie verhältnismäßig und zielgerichtet eingesetzt wird.

Kaiser Permanente, eine US-amerikanische Gesundheitsorganisation, hat ein Modell entwickelt, das aufzeigt, wie die Gesundheitsversorgung für eine Bevölkerungsgruppe unter Berücksichtigung der Versorgungsbedürfnisse am besten organisiert wird.

Verteilung der Bevölkerung und Organisation einer koordinierten Versorgung



Personen mit hochkomplexen Pflege- und Betreuungsbedürfnissen (5 %) > Case Management

Personen mit mäßig komplexen Pflege- und Betreuungsbedürfnissen (15 %) > Einbindung einer koordinierten Versorgung

Personen mit geringem Pflege- und Unterstützungsbedarf (70–80 %) > Selbstmanagement durch die betroffene Person selbst und/oder pflegende Angehörige sowie Primärversorgung

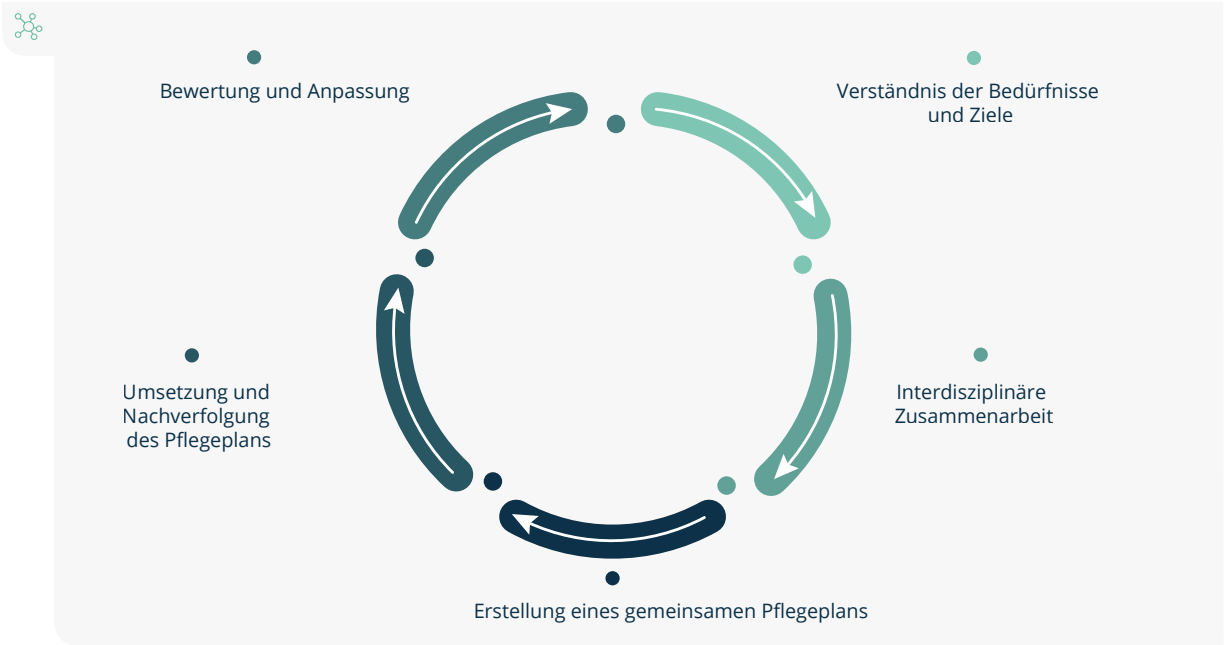
Diese Pyramide besteht aus drei Ebenen. In der untersten Ebene der Pyramide befindet sich die größte Gruppe von Menschen, nämlich die **gesunde Bevölkerung und Personen mit geringem Bedarf an Pflege und Unterstützung.** Diese Menschen benötigen in der Regel nur wenig Pflege und haben nur gelegentlich Kontakt zu Fachkräften der Primärversorgung. Bei dieser Gruppe sollte der Schwerpunkt auf Prävention, Selbstversorgung und Selbstmanagement liegen, mit dem Ziel, Probleme zu vermeiden oder unter Kontrolle zu halten, damit eine intensivere Versorgung vermieden werden kann. Sie koordinieren ihre Pflege und Betreuung selbst. Es ist wichtig, so viel wie möglich auf Gesundheitsförderung und Prävention zu setzen, damit die Menschen so lange wie möglich in der untersten Ebene der Pyramide bleiben können.

In der mittleren Ebene befinden sich **Menschen mit einem höheren Pflege- und Unterstützungsbedarf** (z. B. Personen mit mehreren Gesundheitsproblemen, instabilen chronischen Erkrankungen oder einer Kombination aus medizinischen, psychologischen und sozialen Bedürfnissen). Diese Personen benötigen regelmäßige Betreuung und werden oft von verschiedenen Fachbereichen unterstützt. Innerhalb dieser Gruppe ist es wichtig, eine Zersplitterung zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass Pflege- und Betreuungskräfte gemeinsam daran arbeiten, das zu erreichen, was für die betroffene Person wichtig ist. Damit soll vermieden werden, dass sich die Situation der Person verkompliziert. Die Koordination der Pflege und Betreuung übernimmt eine Pflege- oder Betreuungskraft.

An der Spitze der Pyramide befindet sich eine kleine, aber schutzbedürftige Gruppe von **Menschen mit hochkomplexen Bedürfnissen**. Hier besteht Bedarf an intensiver, oft spezialisierter und interdisziplinärer Versorgung. In solchen Situationen ist es besonders wichtig, Stabilität zu schaffen, die Lebensqualität zu verbessern und unnötige Krisen und Eskalationen zu vermeiden. Die Gruppe an der Spitze der Pyramide ist möglicherweise am stärksten in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt und verursacht einen Großteil der Ausgaben unserer belgischen Krankenversicherung.[14] Hier ist oft eine intensive Pflegekoordination oder ein intensives Fallmanagement erforderlich.

Integrierte Versorgung einer Person in einfacher Sprache

Im Folgenden **erläutern wir die integrierte Versorgung einer Person anhand von 5 einfachen Schritten.** Die Beschreibung basiert auf dem interföderalen Plan für integrierte Versorgung, der betont, dass Pflege- und Betreuungskräfte gemeinsam auf die Person ausgerichtet arbeiten, mit einem gemeinsamen Pflegeplan und einem integrierten Ansatz.



14 Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2025. De concentratie van de gezondheidsuitgaven in 2023 en de evolutie ervan sinds 2014. Abgerufen von https://www.mloz.be/sites/default/files/ressources/20250401_Studie_De%20concentratie_van_de_gezondheidsuitgaven_in_2023_en_de_evolutie_ervan_sinds_2014.pdf



Verständnis der Bedürfnisse und Ziele

Eine integrierte Versorgung ist stets personenbezogen und zielorientiert. Das bedeutet, dass in der integrierten Versorgung sowohl die Bedürfnisse als auch die Ziele der Person im Mittelpunkt stehen. Pflege und Unterstützung werden auf der Grundlage der individuellen Bedürfnisse und Ziele jeder einzelnen Person gestaltet.

Eine personenzentrierte Pflege geht von der Person selbst aus: von ihren Bedürfnissen, Möglichkeiten, Werten und Vorlieben. Dabei wird stets von einer biopsychosozialen Perspektive ausgegangen. Das bedeutet, dass man über die rein medizinischen Aspekte oder die Diagnose hinausblickt und die psychologischen, sozialen und kontextuellen Faktoren berücksichtigt, die das Funktionieren und das Wohlbefinden des Menschen beeinflussen. Diese Perspektive erkennt den Zusammenhang zwischen Gesundheitsproblemen und sozialen Problemen an.

Die zielorientierte Pflege ergänzt dies, indem sie sich ausdrücklich darauf konzentriert, was die Person erreichen möchte. Die Pflege- und Lebensziele werden gemeinsam mit der betroffenen Person (und gegebenenfalls mit Angehörigen sowie Pflege- und Betreuungskräften) festgelegt und geben die Richtung für die Pflege und Unterstützung vor. Dabei geht es nicht nur um medizinische Ziele, sondern auch um Ziele in Bezug auf Lebensqualität, Teilhabe, Selbstständigkeit und die Bewältigung des Alltags. Indem diese Ziele explizit formuliert werden, wird die Pflege nicht nur auf das abgestimmt, was notwendig ist, sondern auch auf das, was für den Menschen von Bedeutung ist. Die Lebensziele geben den Pflegezielen eine Richtung vor.



Bei komplexeren Bedürfnissen sind verschiedene Pflege- und Betreuungskräfte beteiligt. Gemeinsam mit der betroffenen Person (und ihrem Umfeld) bilden sie ein Betreuungsteam, arbeiten zusammen und tauschen Informationen aus, um eine personenbezogene und zielgerichtete Betreuung zu gewährleisten.



[redacted] die betroffene Person oder der pflegende Angehörige dies wünscht, wird ein gemeinsamer Pflegeplan erstellt. Dieser Plan beschreibt:

- Pflege- und Lebensziele
- Maßnahmen
- Rollen und Verantwortlichkeiten
- Timing

Der Pflegeplan bietet allen Beteiligten Klarheit und Orientierung hinsichtlich der zu erbringenden Pflege und Unterstützung.

[redacted] Das Pflegeteam setzt den Plan um und überwacht dessen Umsetzung. Dabei spielt die Koordinierung der Pflege eine wichtige Rolle: Sie sorgt dafür, dass die Pflege kohärent bleibt und nicht fragmentiert wird. Die Pflegekoordination kann erfolgen durch:

- die Person selbst
- eine Betreuungsperson;
- ein Pflege- oder Betreuungskraft aus dem Pflegeteam

Wenn die Bedürfnisse komplex sind und die betroffene Person oder der pflegende Angehörige diese Aufgabe nicht selbst übernehmen kann, wird ein Pflegekoordinator benannt. Diese Pflege- oder Betreuungskraft behält den Überblick und sorgt dafür, dass die Pflege gut auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt ist.

In sehr komplexen Situationen kann ein Case Manager hinzugezogen werden.



Ein Case Manager:

- ist eine externe Funktion und somit kein Teil des Pflegeteams
- hilft vorübergehend (so kurz wie möglich und so lange wie nötig) durch die Analyse der Gesamtsituation
- sorgt für eine klare Problemstellung
- unterstützt das Team und die betroffene Person bei der Suche nach Lösungen

Ein Case Manager kann auch hinzugezogen werden, wenn noch kein Betreuungsteam vorhanden ist (Initiatorfunktion). Beide Funktionen zielen auf eine gut organisierte und koordinierte Pflege und Betreuung ab.



Bewertung und Anpassung

Das Betreuungsteam überprüft regelmäßig, wie die Umsetzung des Pflegeplans verläuft. Bei Bedarf wird der Pflegeplan angepasst, um den sich ändernden Bedürfnissen besser gerecht zu werden. Sollte der Betreuungs- und Unterstützungsprozess ins Stocken geraten, wird die Betreuungskoordination angepasst (z. B. durch die Weiterleitung an einen Betreuer oder einen Sozialarbeiter) oder ein Case Manager hinzugezogen.



Was bedeutet integrierte Versorgung konkret für Nathalie und ihre Familie?

Eine integrierte Versorgung erfordert nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Betreuungskräften, sondern auch die Zusammenarbeit mit Nathalies Familie. Die Pflege und Betreuung muss sich an den Bedürfnissen und Zielen der Familie orientieren.

Die Hebamme im Krankenhaus screent Nathalie mithilfe von Born in Belgium Pro, einem digitalen Screening-Tool für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, auf psychosoziale Risikofaktoren. Folgende Schwachstellen treten zutage: finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme und psychische Probleme. Nathalie hat das Gefühl, dass man ihr zuhört und dass ihre psychischen und finanziellen Schwierigkeiten anerkannt werden.

Im Rahmen eines Beratungsgesprächs werden die Ergebnisse des Screenings besprochen und gemeinsam mit Nathalie geprüft, wie und von wem die Schwierigkeiten angegangen werden können. Die erforderliche Pflege und Betreuung wird entsprechend den ermittelten Bedürfnissen bereitgestellt. Dadurch hat Nathalie das Gefühl, dass die Pflege und Betreuung auf ihre Bedürfnisse abgestimmt und somit persönlich und zielgerichtet ist.

Die Hebamme schlägt während des Beratungsgesprächs vor, einen Betreuungskoordinator zu benennen. Nathalie ist damit einverstanden, dass die Pflegekoordination von einer Sozialassistentin im Krankenhaus übernommen wird, da sie sich selbst nicht in der Lage sieht, diese Aufgabe zu übernehmen. Die Pflegekoordinatorin sorgt dafür, dass Nathalie die passende, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Pflege und Unterstützung erhält. Dadurch erlebt Nathalie Kontinuität in ihrer Versorgung.

Auf der Grundlage ihrer Bedürfnisse und der Ergebnisse der Voruntersuchungen wird ein Betreuungsteam für Nathalie zusammengestellt: Nathalie wird an das ÖSZH ihrer Gemeinde überwiesen, um dort eine soziale und finanzielle Erstbeurteilung vornehmen zu lassen. Außerdem erhält sie die Kontaktdaten eines Psychologen in der Primärversorgung in ihrer Nähe. Die Pflegekoordinatorin überwacht den Verlauf der Pflege und Betreuung und passt diese an, wenn sich die Bedürfnisse ändern, beispielsweise im weiteren Verlauf der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Entbindung.

Im dritten Trimester von Nathalies Schwangerschaft findet ein zweites Beratungsgespräch statt. In diesem Gespräch wird geprüft, wie die Pflege und Betreuung verläuft und wie sich die zuvor festgestellten Schwierigkeiten entwickelt haben. Im Rahmen dieses Gesprächs werden auch die Geburt und die Zeit nach der Geburt besprochen und vorbereitet.

Der Fall von Nathalie zeigt, dass integrierte Versorgung keine isolierte Maßnahme ist, sondern eine Arbeitsweise, bei der Pflege und Unterstützung auf die Bedürfnisse einer Person und ihrer Familie abgestimmt werden, wobei Kontinuität, Zusammenarbeit und Eigenverantwortung im Vordergrund stehen.

Abschließend werden einige Tipps für Pflege- und Betreuungskräfte gegeben, damit sie eine integrierte Versorgung gewährleisten können:

Empfehlungen auf Mikroebene

- Versuchen Sie, so weit wie möglich von den biopsychosozialen Bedürfnissen der Person und ihres Umfelds auszugehen, damit Pflege und Unterstützung gut auf ihre Lebenswelt abgestimmt sind.
- Beziehen Sie die Person als aktiven Partner in den Pflege- und Betreuungsprozess ein und geben Sie ihr, wo immer möglich, Raum für Eigenverantwortung und Selbstständigkeit.
- Arbeiten Sie interdisziplinär mit anderen Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zusammen, damit sich Fachwissen und Perspektiven gegenseitig ergänzen.
- Bemühen Sie sich, so evidenzbasiert wie möglich zu arbeiten, und achten Sie dabei darauf, was sich in der Praxis als wirksam erweist.
- Suchen Sie aktiv nach Verbindungen zwischen Pflege und Wohlbefinden, damit Unterstützung umfassender und integrierter angeboten werden kann.

Zu beachtende Punkte auf der Mikroebene

- Behalten Sie den weiteren Lebenskontext der betroffenen Person und der pflegenden Angehörigen im Blick, damit die Pflege nicht losgelöst von ihrer alltäglichen Realität stattfindet.
- Beschränken Sie den Informationsaustausch mit der Person nicht auf das absolut Notwendige, sondern schaffen Sie Raum für Dialog und Klärung.
- Konzentrieren Sie sich nicht ausschließlich auf die kurative Versorgung, sondern berücksichtigen Sie auch Prävention, Wohlbefinden und langfristige Unterstützung.
- Betrachten Sie die Pflegeplanung nicht nur als Verwaltungsaufwand, sondern als Hilfsmittel, um eine zielgerichtete und abgestimmte Pflege zu gewährleisten.
- Treffen Sie keine Entscheidungen anstelle der betroffenen Person, sondern unterstützen Sie sie dabei, eine aktive Rolle im Pflege- und Betreuungsprozess zu übernehmen.

2.2.3 Rahmenbedingungen für eine integrierte Versorgung (Grundebene)

Unter dem Regenbogen werden die Rahmenbedingungen genannt, die für eine erfolgreiche Umsetzung der integrierten Versorgung erforderlich sind.

Funktionale oder feste Rahmenbedingungen

Dabei handelt es sich um die praktischen und technischen Aspekte der Organisation der integrierten Versorgung, wie zum Beispiel:

- Miteinander vernetzte IT-Systeme
- Gemeinsame Finanzierung
- Personalpolitik
- Planung und Koordination

In Belgien gibt es drei wichtige Punkte, die bei den strengen Rahmenbedingungen zu beachten sind:

1. Es gibt keine einheitliche, integrierte digitale Patientenakte.
2. Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist nach wie vor vorwiegend leistungsorientiert.
3. Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten oft noch getrennt voneinander, in isolierten Einheiten oder Einzelpraxen.

Diese Hindernisse lassen sich unter anderem durch die Einrichtung von Versorgungspfaden und -verläufen mit einer angepassten Finanzierung und Organisation der Versorgung überwinden, die die Fragmentierung durchbrechen, sowie durch die Bereitstellung der erforderlichen digitalen Hilfsmittel. Um dem gerecht zu werden, werden verschiedene Initiativen ergriffen.

Normative oder weiche Rahmenbedingungen

Dabei handelt es sich um gemeinsame Werte und eine gemeinsame Vision zwischen Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen sowie Organisationen. Dies umfasst:

- Vertrauen und Offenheit
- Gemeinsame Mission und Ziele
- Eine informelle, kooperative Kultur

Hilfreich ist eine Mesoebene, die die Netzwerkbildung und die Entwicklung gemeinsamer Visionen unter den Akteuren einer bestimmten Region erleichtert.



Auf welche Rahmenbedingungen stützen wir uns im Fall von Nathalie und ihrer Familie?

- **Strenge Rahmenbedingungen**
  - *Digitales Screening-Tool (Born in Belgium Pro), das Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen zugänglich ist und Möglichkeiten zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch sowie zur angemessenen Weitervermittlung an Pflege- und Unterstützungsangebote bietet*
  - *Zur Verfügung stehende Mittel für Vorsorgeuntersuchungen, Beratungsgespräche, Koordination und Zusammenarbeit*

- **Weiche Rahmenbedingungen**
  - *Verbesserung der Pflege und Betreuung von schwangeren Frauen mit psychosozialer Vulnerabilität als gemeinsames Ziel*
  - *Bereitstellung von Implementierungscoaches, die Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen vor Ort beibringen, zusammenzuarbeiten und das Programm mit einer integrierten Denkweise anzuwenden.*

3 DER MEHRWERT EINER INTEGRIERTEN VERSORGUNG: WAS BRINGT SIE?

Eine fundierte Bewertung der integrierten Versorgung kombiniert objektive Daten, die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachkräften und organisatorische Erkenntnisse

Nur jede zweite Primärversorgungspraxis in Belgien scheint auf eine optimale Koordination der Versorgung vorbereitet zu sein

€

Eine unzureichende Finanzierung bleibt das größte Hindernis für den Ausbau der integrierten Versorgung

Integrierte Versorgung wirkt: bessere Lebensqualität, weniger Krankenhausaufenthalte und weniger ungedeckte Versorgungsbedürfnisse



Die Bewertung der integrierten Versorgung ist komplex, da sie verschiedene Auswirkungen hat (z. B. klinische, soziale, finanzielle und organisatorische). Das in Kapitel 2 erläuterte „Quintuple Aim" dient als Orientierungshilfe bei der Bewertung der integrierten Versorgung.

Ergebnisse für Patienten (z. B. in Bezug auf Gesundheitsergebnisse und Zufriedenheit) werden häufig herangezogen, um den Mehrwert einer integrierten Versorgung zu belegen. Auch die Auswirkungen integrierter Versorgungsprogramme auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z. B. die Anzahl der Notaufnahmen) oder organisatorische Auswirkungen (z. B. Veränderungen in der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdienstleistern, Erstellung von Versorgungsplänen) werden häufig gemessen. Eine fundierte Bewertung der integrierten Versorgung verbindet konkrete Zahlen, Erfahrungen von Patienten sowie von Pflege- und Betreuungskräften und organisatorische Erkenntnisse.

Das Handbook of Integrated Care [15] betont jedoch, dass es schwierig bis unmöglich ist, die integrierte Versorgung als Gesamtpaket zu bewerten. Der Begriff integrierte Versorgung ist weit gefasst, und es gibt zahlreiche (externe) Faktoren, die zu ihrem Erfolg beitragen. Zudem sind die Daten oft fragmentiert, da Informationen verschiedener Gesundheits- und Sozialdienstleister oder Organisationen aus unterschiedlichen Systemen zusammengeführt werden müssen. Es wird empfohlen, zunächst die Auswirkungen der Kernelemente zu messen, die zur Verwirklichung einer integrierten Versorgung beitragen, wie beispielsweise die Stärkung der Primärversorgung, die transmurale Versorgung, die zielgerichtete Versorgung, proaktives Screening oder die Versorgungskoordination. Die WHO nennt fünf Kernstrategien im Zusammenhang mit einer personenzentrierten und integrierten Versorgung: Stärkung der Eigenverantwortung und Einbindung der Betroffenen, Stärkung der Steuerung und des Verantwortungsbewusstseins, Neuausrichtung des Versorgungsmodells, Koordinierungsdienste und Schaffung eines günstigen Umfelds [16].



3.1 Internationale Evidenz

Die verfügbare internationale Evidenz spricht sich eindeutig positiv für eine integrierte Versorgung aus, was die Zugänglichkeit und Kontinuität der Versorgung in der Primärversorgung, die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen sowie die Behandlungsergebnisse und Erfahrungen der Patienten betrifft. Eine Meta-Auswertung von 27 systematischen Übersichtsarbeiten ergab, dass in den meisten dieser Übersichtsarbeiten positive Auswirkungen der integrierten Versorgung festgestellt wurden, darunter eine geringere Anzahl von Krankenhausaufnahmen und Wiederaufnahmen, eine bessere Therapietreue der Patienten sowie eine Verbesserung der empfundenen Lebensqualität.[17]

Was die finanziellen Auswirkungen betrifft, gibt es weniger Belege dafür, dass die Einführung einer integrierten Versorgung zu einer Senkung der Kosten führt. Eine integrierte Versorgung erfordert einen Kulturwandel vor Ort, wofür anfangs oft zusätzliche Mittel erforderlich sind, um diesen Wandel zu verwirklichen. Eine Kostensenkung war vor allem bei Studien zu verzeichnen, die länger als ein Jahr dauerten.[18]

In den Vereinigten Staaten wurden im Rahmen der „Accountable Care Systems" erhebliche Kosteneinsparungen festgestellt . „Accountable Care Systems" [19] sind Zusammenschlüsse von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdienstleistern, die eine Vereinbarung mit einer Krankenkasse abschließen und zusammenarbeiten, um den Versicherten dieser Krankenkasse eine koordinierte, hochwertige Versorgung zu bieten. Die durch die koordinierte, hochwertige Versorgung erzielten Kosteneinsparungen werden unter den verschiedenen Partnern aufgeteilt. Auf diese Weise werden Gesundheitsdienstleister nicht nur für die Versorgung ihrer Patienten bezahlt, sondern auch für die proaktive Pflege, die sie leisten, um Krankheiten, Komplikationen oder Rückfälle zu verhindern.

Auch in Europa gibt es bereits Beispiele für Kosteneinsparungen. In Deutschland führte das Konzept von „Gesundes Kinzigtal" für eine integrierte Versorgung zu Kosteneinsparungen, ohne dass die Qualität der erbrachten Leistungen

15 E. Nolte, Evidence supporting integrated care, editors V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte, R. Balicer (Eds.), Handbook integrated care, Springer International Publishing, Cham (2021), pp. 39-52

16 World Health Organization. (2015). People-centred and integrated health services: An overview of the evidence. Interim Report. Geneva: World Health Organization.

17 Nahara Anani Martínez-González, Peter Berchtold, Klara Ullman, André Busato, Matthias Egger, Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review, International Journal for Quality in Health Care, Volume 26, Issue 5, October 2014, Pages 561–570, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071

18 Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A. et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. Eur J Health Econ 21, 1211–1221 (2020). https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5

19 https://www.advisory.com/daily-briefing/2025/09/09/aco-savings

20 Healthy Kinzigtal Programme in Germany: case study. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023.

darunter litt. Dabei werden die Gesundheitsdienstleister dazu angeregt, die Prävention und die Koordinierung der Versorgung zu verbessern, und die eingesparten Kosten („Shared Savings“) werden auch unter den beteiligten Gesundheitsdienstleistern aufgeteilt.[20]

3.2 Nationale Evaluierungsinitiativen



Auch in Belgien wird bereits seit Jahren Wert auf die Bewertung der integrierten Versorgung gelegt.

Diese Studie ergab jedoch, dass die integrierte Versorgung nach Ansicht der befragten Fachkräfte in Belgien noch in den Kinderschuhen steckt. Die aktuellen Finanzierungsmechanismen des Gesundheitssystems wurden dabei von den Fachkräften als größtes Hindernis identifiziert. [21] Leistungsorientierte Finanzierungen fördern nämlich weder eine interdisziplinäre noch eine personenzentrierte oder gesundheitsorientierte Arbeitsweise. Aus den Patientenbefragungen des KCE ging jedoch hervor, dass mehr als 60 % der Befragten mit der Organisation der Gesundheitsversorgung in Belgien zufrieden sind. Andererseits gab die Mehrheit der Befragten an, dass sie (fast) nie nach ihren eigenen Zielen oder den von ihnen empfundenen Nebenwirkungen im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses gefragt wurden. Viele erhielten zudem nur begrenzte Informationen oder Behandlungsmöglichkeiten. Dies lässt vermuten, dass die Befragten nur wenig integrierte Versorgung erfahren haben.

Eine weitere Initiative, bei der Patienten zu ihren Erfahrungen mit der integrierten Versorgung befragt wurden, ist **die Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS).** [22] PaRIS ist eine internationale Initiative der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), an der Belgien teilnimmt. Die Studie konzentriert sich auf das, was bisher in den Gesundheitssystemen fehlte: **systematische Daten darüber, inwieweit die erbrachte Primärversorgung den Bedürfnissen von Menschen mit chronischen Erkrankungen gerecht wird.** Im Rahmen der Studie werden mithilfe von Fragebögen Erfahrungen und Gesundheitsergebnisse von Personen mit chronischen Erkrankungen im Alter von über 45 Jahren erfasst, die in den vergangenen sechs Monaten mindestens einmal einen Hausarzt aufgesucht haben. Die Studie gibt damit Menschen mit chronischen Erkrankungen eine Stimme, was sowohl politischen Entscheidungsträgern als auch Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen ermöglichen soll, die Qualität unserer Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Die PaRIS-Studie aus dem Jahr 2025 zeigt, dass es zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede gibt, was die Fähigkeit von Menschen mit chronischen Erkrankungen, digitale Gesundheitsinformationen zu nutzen, wie die Versorgung koordiniert wird und inwieweit Menschen mit chronischen Erkrankungen in ihre eigene Versorgung einbezogen werden, betrifft. Zudem zeigen sich Unterschiede bei den Erfahrungen und Gesundheitsergebnissen je nach sozioökonomischer Situation, Geschlecht und Anzahl der Erkrankungen. Die Ergebnisse ermutigen die Länder, ihre Gesundheitssysteme besser auf die Bedürfnisse von Menschen mit chronischen Erkrankungen abzustimmen und dabei von erfolgreichen Beispielen aus anderen Ländern zu lernen.

In Belgien nahmen 59 Hausarztpraxen an der Studie teil, und es wurden insgesamt 4687 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet. Die belgischen Ergebnisse der Studie zeigen, dass

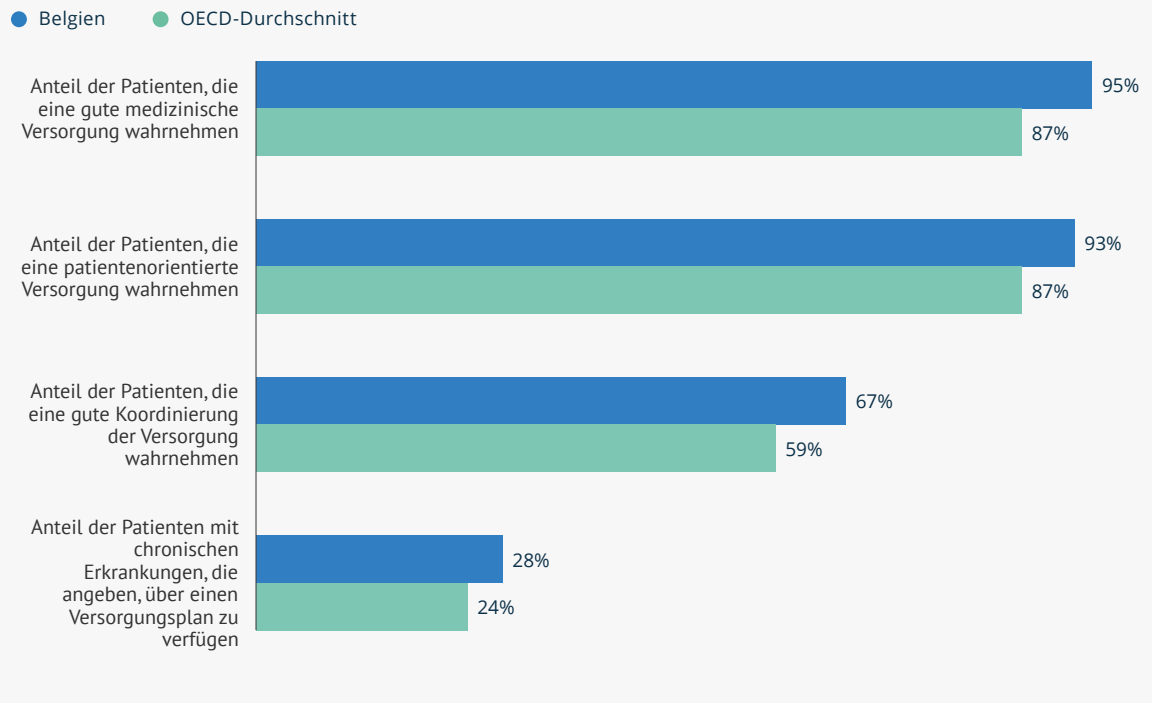
- mehr als 95 % der belgischen Befragten die Qualität der medizinischen Versorgung als gut empfinden
- mehr als zwei Drittel der belgischen Befragten die Koordination der Versorgung als gut empfinden, aber nur eine kleine Gruppe angibt, dass tatsächlich eine gute Abstimmung zwischen den Leistungserbringern besteht. Dies führt häufig zu Verzögerungen oder Wiederholungen von Untersuchungen.
- Personen mit chronischen Erkrankungen, für die ein Pflegeplan vorliegt („Eine schriftliche Vereinbarung zwischen einer Person und ihrem Pflegeanbieter, in der festgelegt wird, welche Art von Pflege über einen längeren Zeitraum geleistet wird, wie diese Pflege organisiert wird und welche Verantwortlichkeiten die Person selbst bei der Verwaltung ihrer Pflege übernimmt.“) ein höheres Maß an personenzentrierter Pflege erleben. Die Pflegeplanung scheint jedoch keine gängige Praxis zu sein.
- weniger als die Hälfte der Befragten angibt , immer ausreichende Informationen erhalten zu haben, wenn sie diese zur Steuerung ihrer eigenen Gesundheit und ihres Wohlbefindens benötigten.

21 Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Groote J, Schoonaert L, Vercruysse H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussels: Federal Knowledge Centre for Health Care (KCE). 2022. KCE Reports 359As. D/2022/10.273/50.

22 D. Annaert, R. Ekelson, S. Bensemmane, A. Van Vyve, R. De Schreye. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Insights from Belgium. Focused on people living with chronic conditions. Brussels, Belgium: Sciensano. 2025, June. Report number: D/2025.14.440/15.

Im Folgenden werden einige Kennzahlen aus der PaRIS-Studie für Belgien im Vergleich zum OECD-Durchschnitt dargestellt:

Wahrgenommene Qualität der Primärversorgung bei Personen mit mindestens einer chronischen Erkrankung anhand von vier Indikatoren (Vergleich Belgien – OECD)



Neben Personen mit chronischen Erkrankungen wurden auch die betroffenen Hausarztpraxen selbst befragt. Aus dieser Umfrage geht hervor, dass weniger als die Hälfte der teilnehmenden Hausarztpraxen gut auf eine effektive Versorgungskoordination vorbereitet war. **Zudem ist die Beteiligung von Nicht-Ärzten in der Langzeitpflege nach wie vor begrenzt und liegt bei 46 % gegenüber einem OECD-Durchschnitt von 83 %.**



Bei den Patientenerfahrungen geht es nicht nur um Zahlen, sondern auch darum, sich die Geschichten der Menschen anzuhören. Im Folgenden wird der Erfahrungsbericht eines Patienten über seine Erfahrungen mit der integrierten Versorgung im Rahmen eines integrierten Versorgungsprojekts für ältere Menschen wiedergegeben, das ergotherapeutische und psychologische Unterstützung sowie Fallmanagement umfasst.

Erfahrungsbericht eines Patienten

„Seit ich mich für das integrierte Pflegeprojekt für Senioren des LIKIV angemeldet habe , fühlt sich mein Leben viel leichter an.[23] Der integrierte Ansatz hat mein tägliches Leben wirklich verändert. Dank der Hilfe des Case Managers, meines Ansprechpartners, bin ich mit einem häuslichen Pflegedienst in Kontakt gekommen. Die Haushaltshilfe, die jeden Dienstag gegen 10 Uhr vorbeikommt, bringt nicht nur praktische Unterstützung, sondern auch Ruhe mit sich. Da ich nicht mehr Auto fahren kann, erledigen sie meine Einkäufe und übernehmen gerne das Bügeln für mich. Aber es geht noch darüber hinaus: Ihr Kommen gibt mir Halt, und ihre Anwesenheit vermittelt mir ein Gefühl der Vertrautheit. Manchmal unterhalten wir uns einfach nur ein bisschen, und das bedeutet mehr, als ihnen vielleicht selbst bewusst ist.

Als mein Mann noch lebte, fiel mir bereits auf, wie gut die Pflegekräfte zusammenarbeiteten. Die Ergotherapeutin erklärte uns ausführlich die Hilfsmittel und zeigte ihm, wie er leichter ins Bett und wieder heraussteigen kann. Sie kümmerte sich auch einen Rollator und einen Rollwagen. Alles wurde für uns organisiert. Eine Firma kam zu uns nach Hause, um die Maße zu nehmen, und wir mussten uns um nichts kümmern. Eine solche Betreuung, bei der

23 https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/ouderenzorg/alternatieve-vormen-van-ouderenzorg-projecten

man spürt, dass wirklich mitgedacht wird, ist Gold wert. Ebenso wurde ich mit Hilfe der Ergotherapeutin an die Psychologin verwiesen, da ich mehr als nur ein offenes Ohr brauchte.

Seit dem Tod meines Mannes kommt die Psychologin alle zwei Wochen zu Besuch. Ich kannte sie schon von früher, als sie meinen Mann in seinen schwierigen Zeiten begleitete und mich dabei unterstützte. Sie hört mir zu und gibt mir Tipps, wie ich mit meiner Trauer umgehen kann. Ihre Besuche tun mir wirklich gut.

Außerdem gehe ich jede Woche im Restaurant in der Nachbarschaft essen. Es ist schön, dort Menschen zu treffen, die ich schon seit meiner Kindheit kenne. Nach dem Essen spiele ich manchmal Uno oder Karten im Gemeinschaftsraum. Dieser kleine Moment des sozialen Kontakts gibt mir ein Gefühl von Wärme und Verbundenheit.

Das für mich vielleicht noch Wichtigste ist, einen einzigen Ansprechpartner zu haben. Das gibt mir ein Gefühl der Sicherheit. Ich muss meine Geschichte nicht jedes Mal aufs Neue erzählen. Mein Betreuer weiß, was los ist, und leitet mich bei Bedarf an die richtige Person weiter. Ich weiß, dass dahinter ein starkes Team steht, das sich regelmäßig trifft, um meine Situation zu besprechen. Danach bekomme ich immer ein klares Feedback, sowohl ich selbst als auch meine Kinder. Das schafft Vertrauen. Das Gefühl, dass man nicht auf sich allein gestellt ist."

Die PaRIS-Ergebnisse zeigen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Betreuungskräften sowie die Koordination der Versorgung in der Primärversorgung verbessert werden können. Im Folgenden geben wir den Erfahrungsbericht eines Psychologen wieder, mit dem bereits eine gute Zusammenarbeit und der Aufbau eines Netzwerks gelungen sind.

Aussage eines Psychologen

„Als selbstständige Psychologin mit eigener Praxis gerät man schnell in die Isolation und hat Schwierigkeiten, mit den verschiedenen Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in Kontakt zu treten, die an einem Fall beteiligt sind. Die vom Netzwerk für psychische Gesundheit organisierten lokalen Treffen haben enorm dazu beigetragen, das „Eis zu brechen". Als Psychologe in der Primärversorgung werde ich seitdem regelmäßig vom Gesundheitszentrum des Stadtteils und vom ÖSHZ kontaktiert. Solche Formen der Zusammenarbeit innerhalb eines lokalen Netzwerks finden mittlerweile viel spontaner statt und bedeuten für mich einen frischen Wind. Wir haben im Laufe der Jahre daher einen langen Weg zurückgelegt: von „jeder in seinem eigenen Bereich" hin zu einer echten interdisziplinären Zusammenarbeit."

„Als Psychologe habe ich oft mit jungen Teenagern zu tun, die auf Veranlassung einer Einrichtung oder der Eltern selbst zusammen mit diesen zu mir kommen, ohne dass der Jugendliche selbst einen konkreten Hilfsbedarf geäußert hat. Als ein Jugendzentrum mit einem Sportraum uns um Hilfe bat, rund Themen wie Ängste, zunehmender Substanzkonsum und Konflikte innerhalb von Familien gab, sah ich eine Chance, durch das Angebot von Gruppensitzungen vor Ort und in Zusammenarbeit mit einem Jugendbetreuer an das anzuknüpfen, was die Jugendlichen selbst interessiert – und zwar in ihrem eigenen sicheren Lebensraum.

Dank der Wirkung der Gruppe, die als unterstützend empfunden wird, gibt es deutlich weniger individuellen Widerstand, und die Jugendlichen machen sich gegenseitig proaktiv Vorschläge zum Thema Resilienz. Dabei achten wir darauf, was in der Gruppe geschieht, aber auch darauf, wie jeder einzelne Teilnehmer reagiert. Manche Jugendliche bitten daraufhin spontan um individuelle Betreuung. Andere sprechen wir selbst mit dem Vorschlag für einen individuellen Plan an.



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine integrierte Versorgung einen potenziellen Mehrwert für Patienten und ihr Umfeld, für Pflege- und Betreuungskräfte sowie für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft bietet. Die Organisation und der Mehrwert werden in Belgien vor allem von den zuständigen Stellen auf Makroebene (KCE, Sciensano), aber auch von wissenschaftlichen Experten und aus der Praxis anhand von Erhebungen zur Patientenzufriedenheit, zur wahrgenommenen Koordination und Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Betreuungskräften sowie anhand von Ergebnisindikatoren (und in geringerem Maße auch Kosteneinsparungen) für bestimmte Bevölkerungsgruppen erfasst. In Zukunft wird weiter nach Indikatoren gesucht, die eine „gute integrierte Versorgung" am besten widerspiegeln und für die qualitativ hochwertige Daten erhoben werden können.

4 FAZIT UND ZUKUNFTSVISION



Der FÖD Volksgesundheit möchte gemeinsam mit den anderen Behörden die Gesundheitsversorgung weiter reformieren, damit eine integrierte Versorgung zur Norm wird. Das bedeutet, dass die Pflege von den Bedürfnissen des Einzelnen ausgeht und nicht von bestehenden Strukturen oder Sektoren. Die weitere Ausrichtung auf die funktionalen und normativen Rahmenbedingungen des Regenbogenmodells ist dabei von entscheidender Bedeutung, um letztendlich eine Integration auf den verschiedenen Ebenen zu erreichen:

Funktionale (feste) Rahmenbedingungen

1. Einfachere und gemeinsame Organisation der Pflege:

Behörden müssen besser zusammenarbeiten, um eine Zersplitterung zu vermeiden. Der interföderale Plan war in dieser Hinsicht ein erster wichtiger Schritt. Die Bemühungen müssen jedoch durch einen nachhaltigen und solideren rechtlichen Rahmen untermauert werden, wie beispielsweise ein Kooperationsabkommen zur integrierten Pflege und Betreuung, das von den verschiedenen Parlamenten verabschiedet wurde.

2. Angepasstes Finanzierungssystem:

Das System, das hauptsächlich auf „leistungsbezogenen“ Zahlungen basiert, fördert die Zusammenarbeit nicht. Neue Modelle müssen Zusammenarbeit, Prävention und Qualität durch gemeinsame Budgets und eine pauschale, bevölkerungsbezogene Finanzierung belohnen. In diesem Zusammenhang arbeiten beispielsweise der FÖD Volksgesundheit und das LIKIV an der Reform der Nomenklatur und der Krankenhausfinanzierung. Bereits in der Vergangenheit wurde großer Wert auf die Reform der psychischen Gesundheitsversorgung gelegt. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, entstehen verschiedene Initiativen.

Normative (weiche) Rahmenbedingungen

1. Kultur der Zusammenarbeit und neue Kompetenzen:

Pflege- und Betreuungskräfte müssen in interdisziplinären Teams enger zusammenarbeiten. Ausbildung, Vertrauen und gemeinsame Entscheidungsfindung sind wichtig. Dies muss bereits während der Ausbildung von Pflege- und Betreuungskräften vermittelt werden. Integrierte Versorgung ist eine Denk- und Arbeitsweise. Außerdem wird verstärkt Wert auf die Kommunikation zum Thema integrierte Versorgung gelegt, aber auch auf die Unterstützung bei deren Umsetzung, beispielsweise durch Umsetzungscoaches im Rahmen des Perinatalprogramms. Mesostrukturen spielen dabei eine wichtige Rolle.

2. Mehr Fokus auf Prävention und nachbarschaftsorientierte Pflege:

Durch eine schnellere Unterstützung und die Organisation der Pflege näher am Wohnort lässt sich ein höherer Pflegebedarf vermeiden. Lokale Netzwerke und Primärversorgungsbereiche spielen dabei eine Schlüsselrolle. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den föderalen Teilgebieten.

Funktionale (feste) Rahmenbedingungen

3. **Eine verstärkte Digitalisierung als Katalysator für Datenerfassung, Kommunikation und Zusammenarbeit:**

Ein reibungsloser und sicherer Datenaustausch zwischen Gesundheits- und Sozialdienstleistern ist von entscheidender Bedeutung. Die Menschen müssen mehr Zugang zu ihren eigenen Daten und mehr Kontrolle darüber erhalten. Derzeit wird an einer „Belgian Integrated Health Record" gearbeitet, und in den vergangenen Jahrzehnten wurden bereits wichtige Schritte zugunsten einer stärkeren Digitalisierung des Gesundheitswesens unternommen, z. B. die Erstellung der Aktionspläne eGesundheit, die Einführung von meinGesundheit (und seit kurzem auch der dazugehörigen App) mit Online-Zugang für Bürger zu ihrer elektronischen Patientenakte sowie verpflichtende elektronische Verfahren für Pflege- und Betreuungskräfte, meist unterstützt durch entsprechende europäische Rechtsvorschriften.

4. **Schwerpunkt auf Chancengleichheit für alle:**

Eine integrierte Gesundheitsversorgung muss sowohl den individuellen Bedürfnissen als auch den Unterschieden zwischen Stadtteilen und Gemeinschaften Rechnung tragen, damit jeder die richtige Versorgung erhält. Die Hürden bestehender und künftiger politischer Maßnahmen werden durch eine ausreichende geografische Streuung der Initiativen auf der Grundlage lokaler Bedürfnisse, durch finanzielle Maßnahmen und durch sozialen Schutz im Rahmen einer soliden Krankenversicherung gesenkt.

Normative (weiche) Rahmenbedingungen

3. **Der Patient als aktiver Partner im Prozess:**

Von den Patienten wird erwartet, dass sie eine aktivere Rolle in ihrem Versorgungs- und Betreuungsprozess übernehmen. Zu diesem Zweck werden verschiedene Maßnahmen ergriffen, darunter Kampagnen zum Thema Gesundheitskompetenz, verstärkte Unterstützung für pflegende Angehörige sowie eine stärkere Fokussierung auf die Erfragung der Lebensziele der Patienten und die gemeinsame Entscheidungsfindung mit ihnen.

Möchten Sie mehr über die aktuelle Kampagne des FÖD Volksgesundheit zum Thema Gesundheitskompetenz erfahren?
https://www.health.belgium.be/de/nachrichten/2026-4-gesundheitskompetenz-neue-nationale-kampagne-startet

Wir kommen zu dem Schluss, dass die Politik im Bereich der integrierten Versorgung in Belgien zwar durchaus in die richtige Richtung geht und das Potenzial hat, unser Gesundheitssystem zukunftssicherer zu machen, der Übergang zu einem vollständig integrierten Versorgungsmodell jedoch noch lange nicht abgeschlossen ist. In den kommenden Jahren wird daher weiterhin auf Initiativen gesetzt, die darauf abzielen, die Kluft zwischen Vision und Praxis schrittweise zu schließen, ausgehend von einem gemeinsamen politischen Rahmen, dem sich alle Behörden in Belgien verpflichtet haben. Nach und nach hoffen wir, erfolgreiche Versuche im Bereich der integrierten Versorgung in eine strukturelle Politik umzusetzen. Nur durch langfristige Anstrengungen und Investitionen, die auf klaren und kohärenten politischen Entscheidungen beruhen, kann eine Kultur der Zusammenarbeit etabliert und eine integrierte Versorgung tatsächlich verwirklicht werden. Zusammenfassend lässt sich sagen: Belgien hat wichtige erste Schritte unternommen, doch es liegt noch ein langer Weg vor uns, bis die integrierte Versorgung nicht mehr nur ein Ziel ist, sondern ein selbstverständlicher Bestandteil unseres Gesundheitssystems.



Volksgesundheit
Sicherheit der Nahrungsmittelkette
Umwelt