



# Colofon

## THEMA

Dieser Bericht gibt anhand einer Reihe von Kennzahlen einen **kurzen Überblick über die Arbeitsweise von Allgemeinkrankenhäusern**. In vier Kapiteln zu den Themen „Organisation“, „Pflegetätigkeiten“, „Finanzierung“ und „Qualität“ werden eine Reihe von Trends in Bezug auf die Arbeitsweise in diesem Sektor des Gesundheitswesens aufgezeigt.

## REDAKTIONSAUSSCHUSS

Die Mitglieder der Generaldirektion Gesundheitspflege, insbesondere die Dienste „Akutpflege und chronische Pflege“, „Krankenhausfinanzierung“ und „Management Office“ sowie „Daten und politische Informationen“ und Sciensano.

## VERANTWORTLICHER HERAUSGEBER

Tom Auwers,  
Place Victor Horta, 40 Postfach 10 - 1060 Brüssel.

## KONTAKTDATEN:



föderaler öffentlicher dienst

**VOLKSGESUNDHEIT,  
SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE  
UND UMWELT**

Generaldirektion Gesundheitspflege

Place Victor Horta 40, Postfach 10  
1060 Brüssel

T. +32 (0)2 524 97 97 (contact center)

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

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

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

Ablieferung von Pflichtexemplaren: D/2019/2196/42

## ORGANISATION DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT

	5
1. Arten von Krankenhäusern	6
2. Kategorisierung der Krankenhausaktivitäten	7
3. Beschäftigungsentwicklung im Sektor der allgemeinen Krankenhäuser	11

## PFLEGEAKTIVITÄT IN DEN ALLGEMEINEN KRANKENHÄUSERN

	12
1. Krankenhausaufenthalte	13
2. Häufigste Diagnosen in allgemeinen Krankenhäusern	20
3. Krankenpflegerische Versorgungsleistungen im allgemeinen Krankenhaus	21

## FINANZIERUNG DER ALLGEMEINEN KRANKENHÄUSER

	23
1. Finanzierungsquellen	24
2. Der Finanzmittelhaushalt	25
3. Gerechtfertigten Betten	26

## QUALITÄT

	27
1. Positive Entwicklung bei der Einhaltung der Richtlinien in Sachen Händehygiene	28
2. Unangemessener Einsatz von Antibiotika Hauptursache für Antibiotikaresistenz	29
3. Pay for performance	31
4. Medizinische Bildgebung	34

# EINLEITUNG

## SEHR GEEHRTE LESERINNEN UND LESER,

es wird manchmal gesagt, Daten seien „das neue Öl“. Auch wenn einige Erwartungen an die Möglichkeiten von Daten unrealistisch und utopisch sind, ist klar, dass ein intelligenter Ansatz für die Erhebung, Verarbeitung, Verknüpfung und Analyse von Daten zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Strategie eines jeden Unternehmens geworden ist; auch politische Organisationen stellen keine Ausnahme dar.

Die Generaldirektion Gesundheitspflege des Föderalen Öffentlichen Dienstes Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette verfügt historisch gesehen über einiges an Daten in Bezug auf die Bereiche der Krankenhäuser, die dringende medizinische Hilfeleistung, die Berufsfachkräfte im Gesundheitswesen und die geistige Gesundheitspflege. Wenn man die Metapher von Daten als „das neue Öl“ fortsetzt, hört man manchmal die Bemerkung und Kritik, dass in den letzten Jahrzehnten der Schwerpunkt teilweise mehr auf dem Hochpumpen des Öls als auf der Raffination und Aufbereitung für den Markt und seine Nutzer lag.

Im Jahr 2017 wurde unter anderem als Reaktion auf diese Kritik eine gründliche Untersuchung innerhalb der Generaldirektion Gesundheitspflege durchgeführt, um festzulegen, wie wir unsere Datenpolitik verbessern können. Eine der strategischen Orientierungen, die sich aus dieser Übung ergab, war eine bessere Erschließung und Nutzung unserer Daten. Ein gewünschtes neues Produkt innerhalb dieser Strategie war die Entwicklung von Policy Briefs – oder Kurzdossiers –, die Kernziffern in verständlicher Form enthalten und sie in Bezug auf die oben genannten Bereiche relativieren.

Ein solches Kurzdossier hat die Absicht, auf einer detaillierteren Ebene zu agieren als bereits bestehende Initiativen, wie der Bericht des Föderalen Fachzentrums für Gesundheitspflege (KCE, Partner des FÖD) über die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems, und gleichzeitig mit einer umfassenderen Sicht auf einen bestimmten Bereich als z. B. detaillierte Berichte unserer Generaldirektion oder anderer Organisationen, die auf ein bestimmtes

Phänomen innerhalb eines relevanten Bereichs eingehen.

Die erste Ausgabe eines solchen Kurzdossiers liegt vor Ihnen. Sein Schwerpunkt liegt auf den Krankenhäusern, genauer gesagt auf den allgemeinen Krankenhäusern. Es ist ein bescheidener erster Versuch, den Leserinnen und Lesern mit einem gewissen Vorwissen über die Gesundheitspflege und die Krankenhauslandschaft einen verständlichen Überblick über die uns vorliegenden Daten zu geben, um ihr Verständnis für unseren Krankenhaussektor zu verbessern. Unsere weitgefassete Zielgruppe reicht von politischen Entscheidungsträgern, Beamten auf verschiedenen Regierungsebenen, dem Arbeitsbereich von Pflegeeinrichtungen, über Berufsfachkräfte des Gesundheitswesens, Krankenkassen und Patientenorganisationen, Sozialpartner bis hin zu Forscherinnen und Forschern und Beraterinnen und Beratern etc.

Der Ansatz hat keinen wertenden oder normativen Charakter. Das Kurzdossier möchte an erster Stelle eine Reihe von Kennzahlen darstellen, sie ordnungsgemäß beschreiben und eine Reihe von Trends aufzeigen. Einige Zahlen erfordern eine zusätzliche Interpretation. Die Debatte über dieses Thema ist willkommen. In zukünftigen Ausgaben werden wir untersuchen, wie bestimmte dieser interpretativen Elemente integriert werden können, um den Mehrwert des Kurzdossiers weiter zu erhöhen.

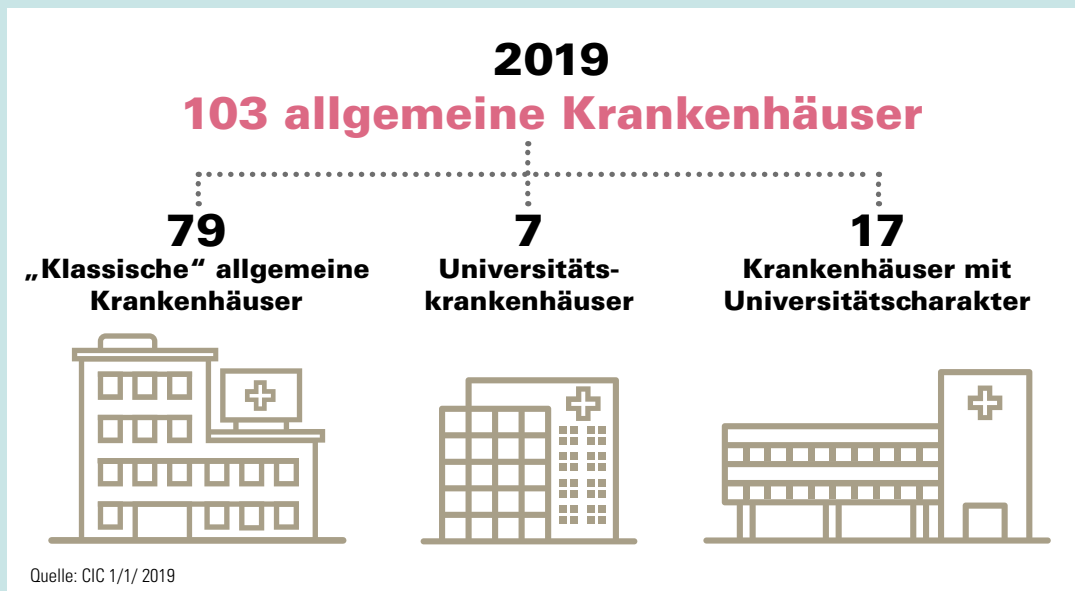
Schließlich will das Kurzdossier keine „Inselinitiative“ bleiben. Bestimmte Daten und Kennzahlen sind bei unseren Partnern in der Regierung und bei den Wissenseinrichtungen erhältlich. Gerne möchten wir zusammen schauen, wie unser Projekt mit ihren Initiativen im Geiste der Zusammenarbeit und des Austauschs verbunden werden kann.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und freuen uns über Ihre Reaktionen.

**Pedro Facon**  
Generaldirektor Gesundheitspflege

# ORGANISATION DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT

## HIGHLIGHTS

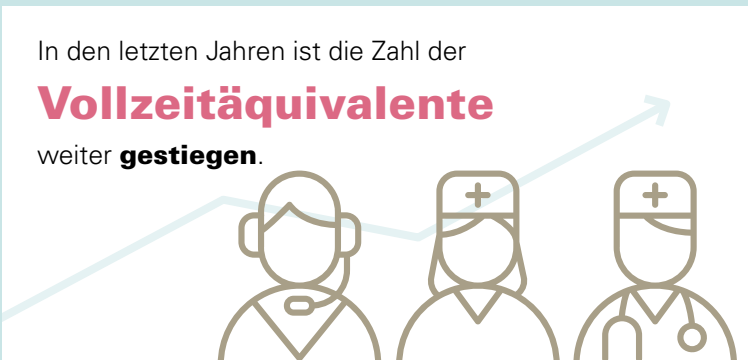


Der Anteil der **Akutbetten** an den gesamten Krankenhausbetten ist stetig zurückgegangen, zugunsten von mehr Betten für **chronische Patienten**.



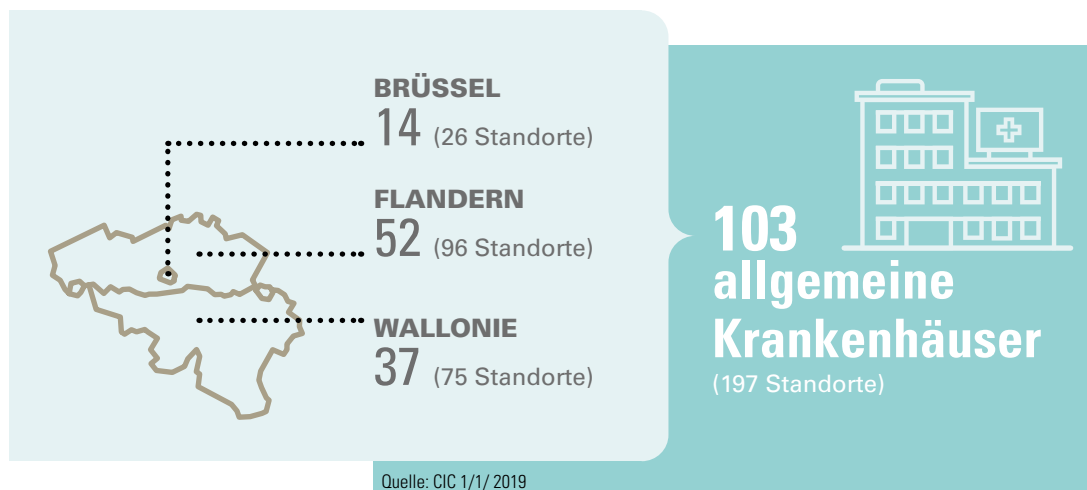
In **20 Jahren** ist die **Zahl der Betten** in allgemeinen Krankenhäusern kontinuierlich gesunken.

In den letzten Jahren ist die Zahl der **Vollzeitäquivalente** weiter **gestiegen**.

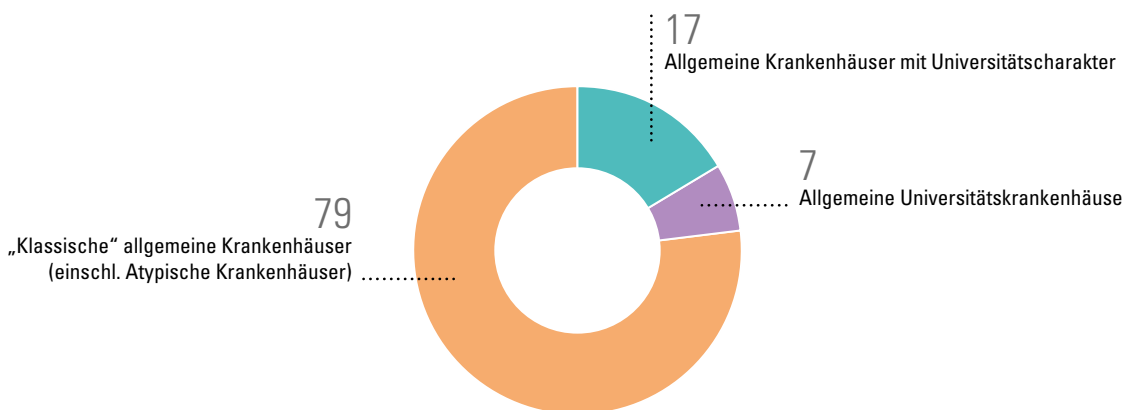


# 1. Arten von Krankenhäusern

Dieses Dokument konzentriert sich auf allgemeine Krankenhäuser. Es bezieht sich daher nicht auf psychiatrische Krankenhäuser (die ausschließlich Pflegeleistungen für Menschen mit psychischen Störungen anbieten) oder spezialisierte Krankenhäuser (die ausschließlich Pflegeleistungen in den Bereichen Geriatrie, Rehabilitation oder Palliativmedizin anbieten).



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



## KLASSISCHE“ ALLGEMEINE KRANKENHÄUSER

Dabei handelt es sich vor allem um Krankenhäuser, die Patienten sowohl tagsüber als auch nachts für eine spezialisierte medizinische Versorgung aufnehmen und Behandlungen der Chirurgie und der inneren Medizin anbieten, ergänzt durch verschiedene andere Disziplinen wie z. B. Geriatrie, Entbindungsdienst, Pädiatrie, Neuropsychiatrie oder Rehabilitation.

Zu dieser Kategorie gehören auch einige atypische Krankenhäuser. Bei der 6. Staatsreform wurde beschlossen, die Kompetenz über spezialisierte Krankenhäuser (die ausschließlich Rehabilitations- und/oder Geriatrieleistungen anbieten) auf die förderierten Gebietskörperschaften zu übertragen. Während sich einige der betroffenen Strukturen damals für die Fusion mit einem „klassischen“ allgemeinen Krankenhaus entschieden haben, zogen andere es vor, ihre Aktivitäten auszuweiten, in der Regel durch zusätzliche Dienstleistungen im Bereich der Psychiatrie. Standardmäßig sind diese Strukturen nun Teil der allgemeinen Krankenhäuser, obwohl sie keinen Dienst für Chirurgie oder innere Medizin haben.

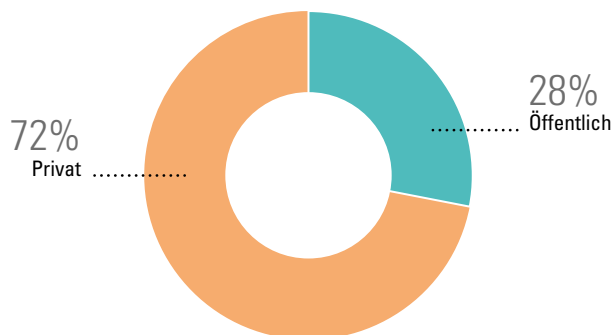
## ALLGEMEINE UNIVERSITÄTSKRANKENHÄUSER

Sie weisen die gleichen Dienstleistungen wie die klassischen allgemeinen Krankenhäuser auf, haben aber auch die Aufgabe, medizinisches Fachpersonal auszubilden, wissenschaftliche Forschung zu betreiben und neue Technologien zu entwickeln. Sie sind mit einer Universität mit einer medizinischen Fakultät verbunden, die ein vollwertiges Studium anbietet.

## ALLGEMEINE KRANKENHÄUSER MIT UNIVERSITÄTSCHARAKTER

Dies sind allgemeine Krankenhäuser, denen eine Reihe von Universitätsbetten zugewiesen wurden, die von einer Universität abhängig sind.

Von den 103 belgischen Krankenhäusern sind am 01.01.2019 28 % öffentlich, d. h. verwaltet von einer öffentlichen Behörde (Gemeinde, Interkommunale, Provinz, Region usw.), und 72 % privat und als VoG organisiert. Historisch gesehen waren Letztere das Ergebnis von Kongregationen, 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 gilt unterschiedslos sowohl für den öffentlichen als auch den privaten Sektor, und ihre Finanzierung durch die öffentlichen Behörden ist identisch.



## 2. Kategorisierung der Krankenhausaktivitäten

**Das Krankenhaus zeichnet sich durch seine Aktivität aus, die in Dienste, Funktionen und Pflegeprogramme unterteilt ist.**

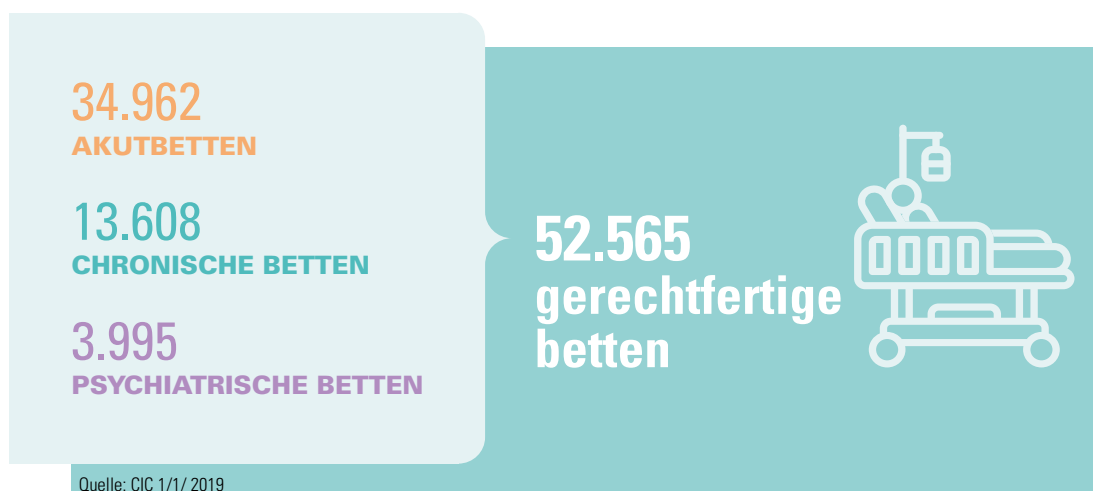
**Die Dienste** vereinen diejenigen Aktivitäten, denen ein bestimmter Ort innerhalb des Krankenhauses zugeordnet ist. Es wird unterschieden zwischen Krankenhausdiensten, in denen sich die Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes aufhalten, und medizinischen oder medizinisch-technischen Diensten, in denen bestimmte spezifische Leistungen erbracht werden, die besondere Fachkenntnisse oder Geräte erfordern. Zu den medizinischen Diensten gehören Transplantationszentren oder Zentren für Brandopfer. Zu den medizinisch-technischen Diensten gehören Dienste für bildgebende Diagnoseverfahren (CT-Scan, MRT, PET-Scanner etc.), Zentren für Humangenetik, Dienste für Strahlentherapie und Nierendialysezentren.

Bei **den Funktionen** handelt es sich um Krankenhausaktivitäten, die allen Krankenhausdiensten zur Verfügung stehen. Mehrere Funktionen unterliegen spezifischen Standards und der Kontrolle durch die Akkreditierungsbehörde (Gemeinschaft oder Region): Krankenhausapotheke, Funktion der Palliativpflege, Intensiv-/Notfallversorgung, Krankenhausblutbank, Mediation, Schmerzbehandlung, Labore für klinische Biologie ...

**Die Pflegeprogramme** können als organisatorischer Rahmen für die Umsetzung von „Pflegeverläufen“ für eine Zielgruppe von Patienten definiert werden. Sie ergeben sich aus einer Vereinbarung zwischen Krankenhausdiensten, medizinischen oder medizinisch-technischen Diensten und Funktionen, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung erforderlich sind.

**Derzeit gibt es mehrere Pflegeprogramme:**

- Das **Pflegeprogramm „Herzpathologie“**, das Patienten mit Herzrhythmusstörungen oder Herzinsuffizienz angeboten wird. Es umfasst mehrere Komponenten, die sich auf verschiedene Arten von Behandlungen beziehen: invasive oder interventionelle Verfahren, Elektrophysiologie, Herzschrittmacherplatzierung, Herztransplantation.
- Das **Pflegeprogramm für Reproduktionsmedizin**, das mehrere Aktivitäten umfasst, wie die Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeitsproblemen, einschließlich der Indikation für den Einsatz von Techniken der medizinisch assistierte Fortpflanzung.
- Das **Pflegeprogramm für onkologische Patienten**, das eine „Basisversion“ und eine spezialisiertere Version beinhaltet. Ein spezifisches Programm ist auch für die Behandlung von Brustkrebs vorgesehen.
- Das **Pflegeprogramm für Kinder**, das sich auf die Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Krankheiten bei Kindern konzentriert und Rahmen, Infrastruktur und Ausstattung vorsieht, die perfekt auf die Bedürfnisse von Kindern abgestimmt sind.
- Das **Pflegeprogramm für geriatrische Patienten**, das sich an die geriatrische Patientenpopulation mit einem Durchschnittsalter von über 75 Jahren richtet und aufgrund altersbedingter Komorbiditäten oder Schwächen einen spezifischen Ansatz erfordert. Das Programm konzentriert sich auf die Diagnose, den Therapieverlauf und die Rehabilitation des geriatrischen Patienten in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten, die direkt mit den Patienten arbeiten.
- Das **Pflegeprogramm bei Schlaganfällen**, unterteilt in 2 Unterprogramme: eines mit nicht-invasiver Pflege, das andere für invasive Behandlungen.



## 2.1. Arten von Krankenhausdiensten

Die Krankenhausdienste sind in jedem Krankenhaus in „Pflegeeinheiten“ gegliedert. Jede von ihnen bietet eine spezifische Form der Pflege an, die sich an eine Untergruppe von Patienten richtet. Jedem Dienst wird ein Kennbuchstabe zugeordnet, der die Untergruppe der Patienten identifiziert. Für die Klassifizierung dieser Dienste werden mehr als 25 spezifische Kennbuchstaben verwendet.

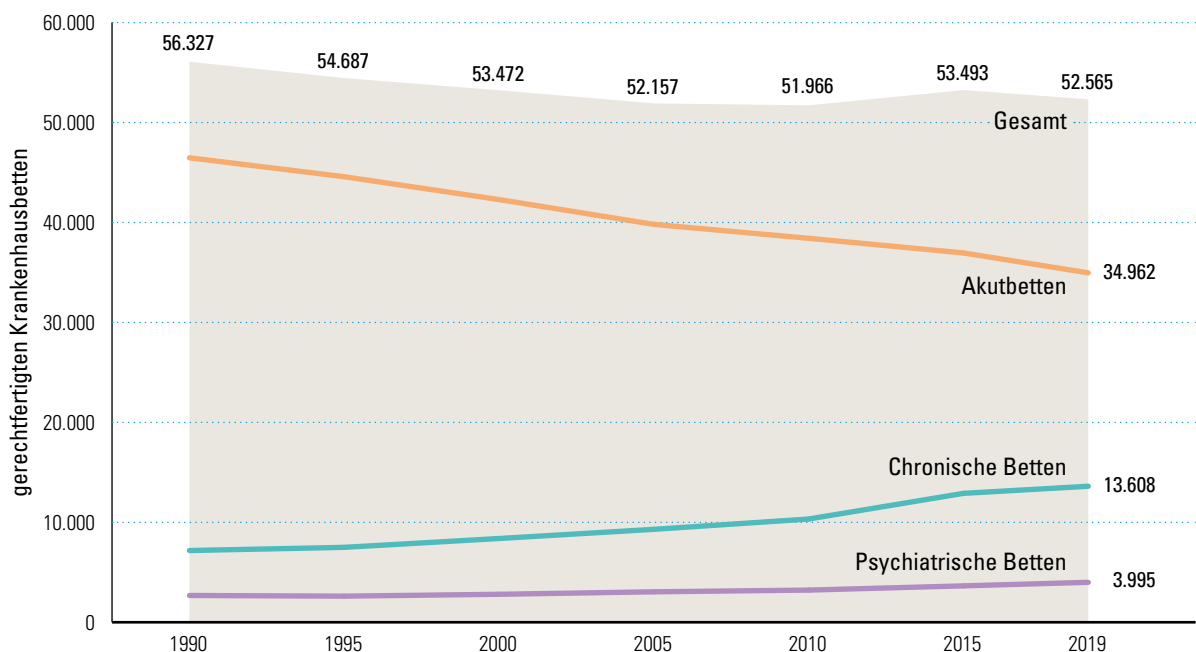


Jeder Dienst innerhalb des Krankenhauses muss akkreditiert sein und spezifische Standards erfüllen, einschließlich Mindestbettkapazität, Belegungsrate oder erforderlicher Aktivität, technische Ausstattung sowie Art und Anzahl des medizinischen, heilhilfsberuflichen Personals und des Pflegepersonals.

Um einen besseren Überblick zu erhalten, können wir die verschiedenen Arten von Krankenhausediensten gruppieren, je nachdem, ob sie eher akuter/chronischer oder eher somatischer/psychischer Natur sind.

- **„Akutbetten“:** bestimmt für Kurzaufenthalte, d. h. Aufenthalte, die keine Langzeitbehandlung erfordern: z. B. Chirurgie (Kennbuchstabe C), Innere Medizin (Kennbuchstabe D), Pädiatrie (Kennbuchstabe E), Pflege für Frühgeborene (Kennbuchstabe NIC), Entbindungsdienst (Kennbuchstabe M).
- **„Chronische“ Betten:** bestimmt für längerfristige Krankenhausaufenthalte oder für Patienten, die eine chronische Behandlung benötigen: Geriatrie (Kennbuchstabe G), Rehabilitation (Kennbuchstabe S1 für kardiopulmonäre Erkrankungen, S2 für Bewegungsstörungen, S3 für neurologische Erkrankungen, S5 für chronische Mehrfachpathologien und S6 für psychogeriatrische Erkrankungen), Palliativpflege (Kennbuchstabe S4).
- **„Psychiatrische“ Betten:** bestimmt für die Betreuung von Patienten, möglicherweise nur tagsüber oder nachts, mit psychischen Störungen: Beobachtung und neuropsychiatrische Behandlung für Erwachsene (Kennbuchstabe A, A1, A2, T und T1) oder für Kinder (Kennbuchstabe K, K1 und K2).

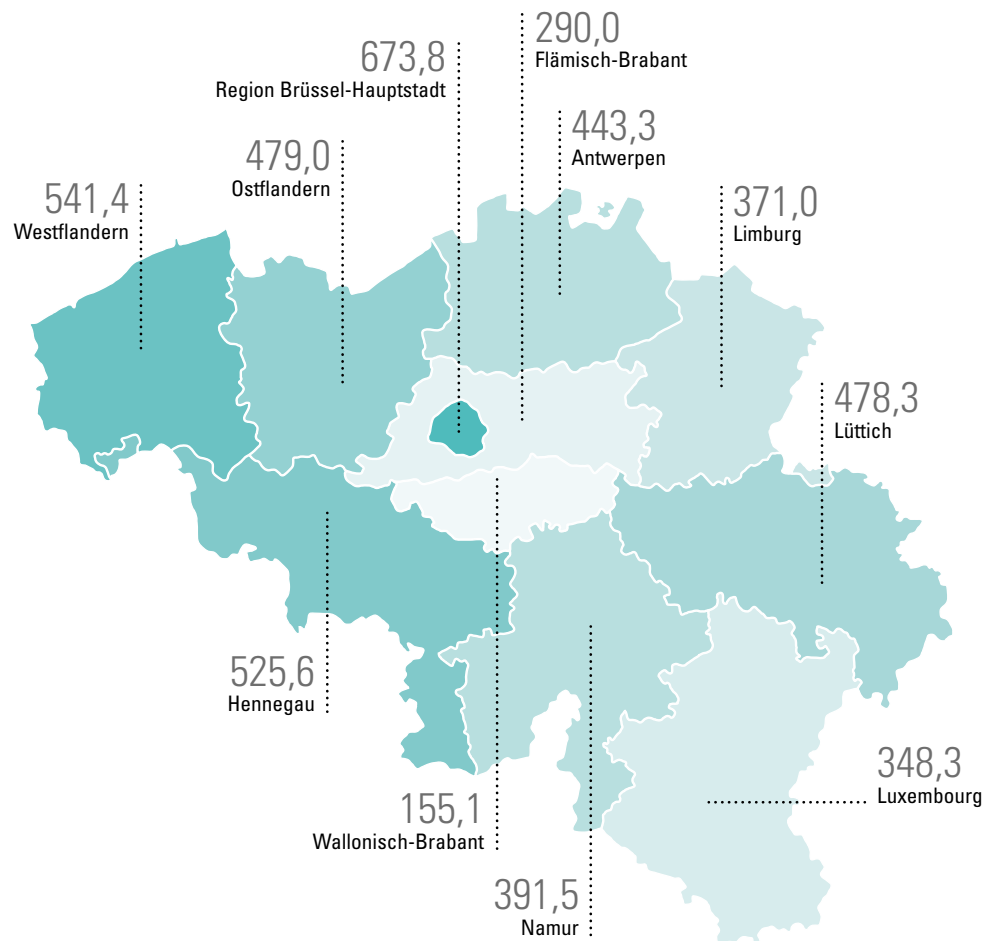
#### ENTWICKLUNG DER ANZAHL AN GERECHTFERTIGTEN KRANKENHAUSBETTEN



Die allgemeine Entwicklung der gerechtfertigten Bettenanzahl zwischen 1990 und 2019 ist rückläufig. Tatsächlich ist ein Rückgang um 3.762 gerechtfertigte Betten zu beobachten. Dennoch ist zwischen 2010 und 2015 ein Anstieg der gerechtfertigten Bettenzahl infolge von Fusionen zwischen allgemeinen und spezialisierten Krankenhäusern zu beobachten.

## 2.2. Geografische Verteilung der Anzahl an gerechtfertigten Krankenhausbetten

ANZAHL DER BETTEN (ALLE KENNBUCHSTABEN ZUSAMMENGENOMMEN)  
PRO 100.000 EINWOHNER PRO PROVINZ AM 01.01.2019 IN ALLGEMEINEN KRANKENHÄUSERN



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

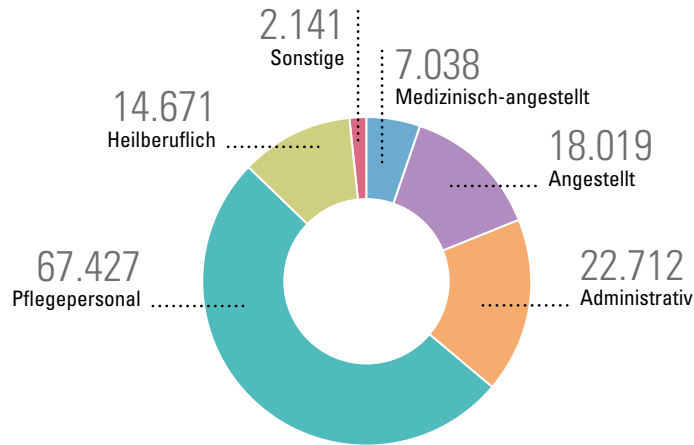
Möchten Sie mehr über den Standort und die Dienste der verschiedenen Krankenhäuser erfahren:

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



### 3. Beschäftigungsentwicklung im Sektor der allgemeinen Krankenhäuser

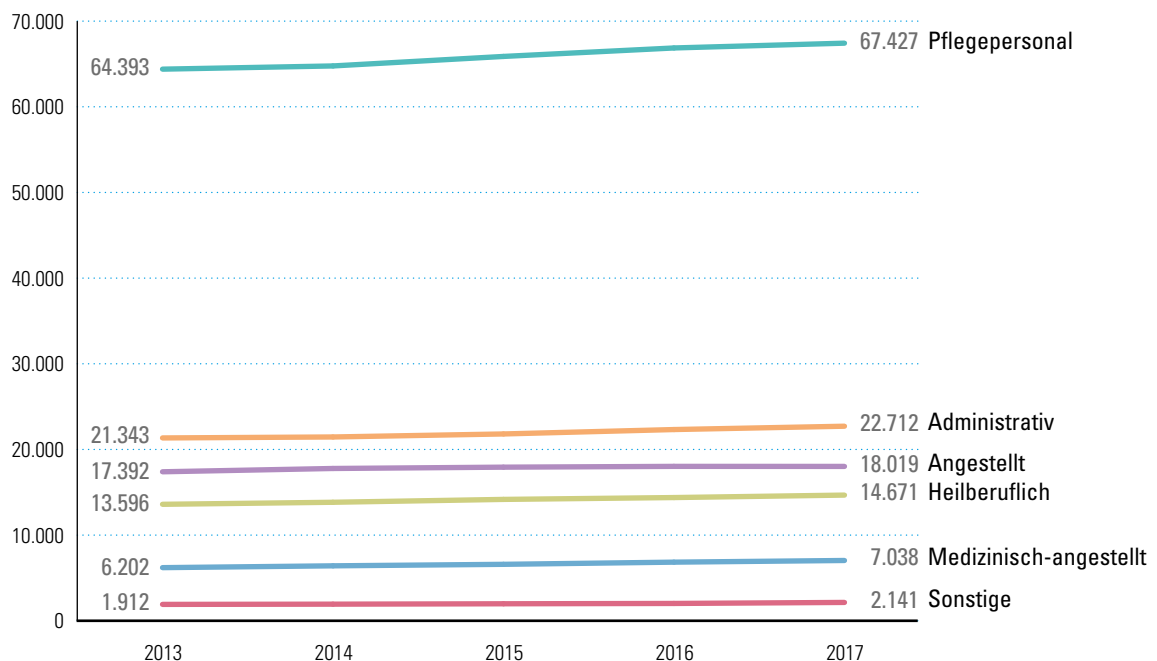
VERTEILUNG NACH BERUFSGRUPPEN (IN VZÄ) IM JAHR 2017



Insgesamt stellt das Pflegepersonal (Krankenschwestern und Pflegehelfer) etwas mehr als die Hälfte der Vollzeitkräfte in Krankenhäusern. Die in der folgenden Grafik dargestellten Zahlen <sup>[1]</sup> unterschätzen jedoch die medizinische Aktivität weitgehend, da viele Ärzte dort unter einem unabhängigen Status arbeiten und daher nicht als „Krankenhauspersonal“ ausgewiesen werden.

Darüber hinaus nimmt im Laufe der Zeit das Volumen der von den Krankenhäusern eingestellten Vollzeitäquivalente in allen Berufsgruppen zu. Dies mag angesichts des Rückgangs der gerechtfertigten Bettenzahl seltsam erscheinen, aber es ist zu beachten, dass die Zahl der Krankenhausaufenthalte und damit die Zahl der aufgenommenen Patienten im Laufe der Zeit weiter steigt (siehe auch – Kapitel Pflegeaktivität). Insgesamt ist der Personalbestand in den allgemeinen und Universitätskrankenhäusern in 4 Jahren um 7,171 Vollzeitäquivalente (+ 6 %) gestiegen.

ENTWICKLUNG DES VZÄ-VOLUMENS



1 Quelle: Finhosta

# PFLEGEAKTIVITÄT IN DEN ALLGEMEINEN KRANKENHÄUSERN

## HIGHLIGHTS

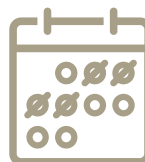


Wir können bei den Kontakten einen **Anstieg** um **13,9 %** über einen **10-jährigen Zeitraum** beobachten.



In **Flandern** wohnhafte Patienten heben insgesamt **weniger Kontakte** mit Krankenhäusern als Personen, die in der Wallonie oder Brüssel wohnhaft sind.

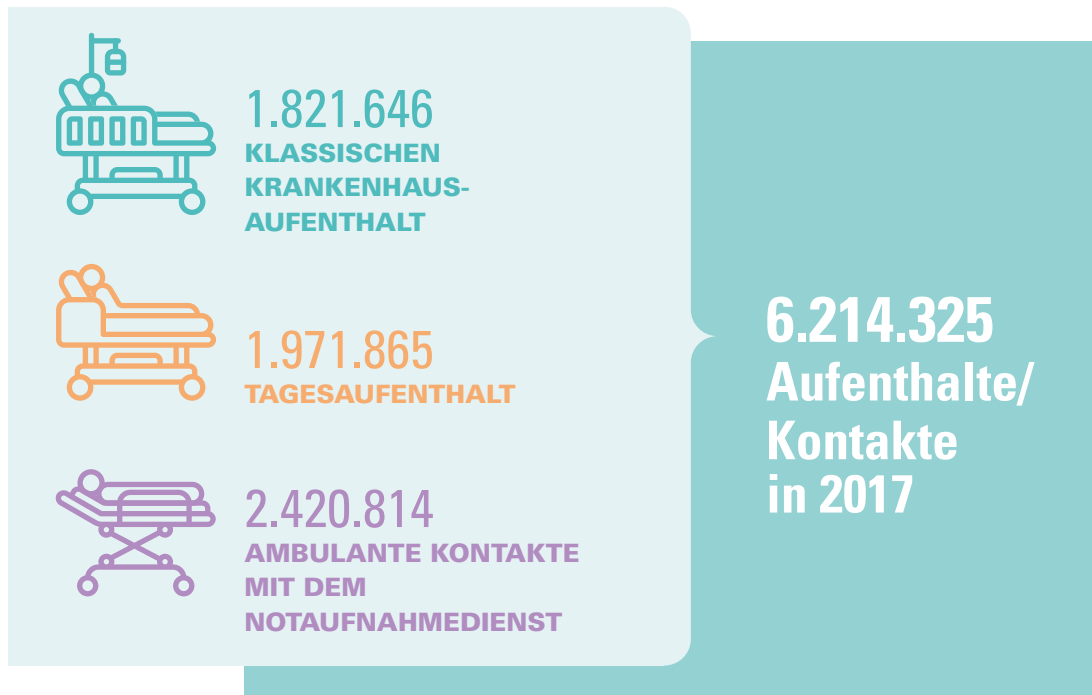
Beschwerden bezüglich des **Verdauungstraktes**, das Anwenden von **Chemo- und Immuntherapie** und Beschwerden mit dem **Nervensystem** sind die meist vorkommenden Gründe für **klassische Tageskrankenhausaufenthalte**.



Die durchschnittliche **Aufenthaltsdauer** sank in den letzten 10 Jahren um **einen Tag**.

Ab dem Jahr **2013** ist die Anzahl der **Tageskrankenhausaufenthalte** **höher** als die der **klassischen Krankenhausaufenthalte**.

# 1. Krankenhausaufenthalte<sup>[2]</sup>



Es gibt mehrere Arten von Krankenhausaufenthalten oder Kontakte mit dem Krankenhaus. Bei einem **Tagesaufenthalt** kommt der/die Patient/-in ins Krankenhaus, ohne dort zu übernachten, im Gegensatz zum **klassischen Krankenhausaufenthalt**, bei dem er/sie mindestens eine Nacht im Krankenhaus bleibt und/oder bei dem ein Tagespflegesatz angerechnet wird. Bei einem **Aufenthalt über die Notaufnahme** kann es sich sowohl um einen Kontakt ohne Krankenhausaufenthalt (nachfolgend „ambulante Kontakte mit dem Notaufnahmedienst“ genannt) als auch einen **Kontakt gefolgt von einem** (Tages- oder klassischem) **Krankenhausaufenthalt** handeln. In einigen Fällen kann ein Patient, um eine bestimmte Krankheit (z. B. eine Krebs-Chemotherapie) zu behandeln oder aufgrund verschiedener Ursachen, mehrere Aufenthalte im Jahr haben.

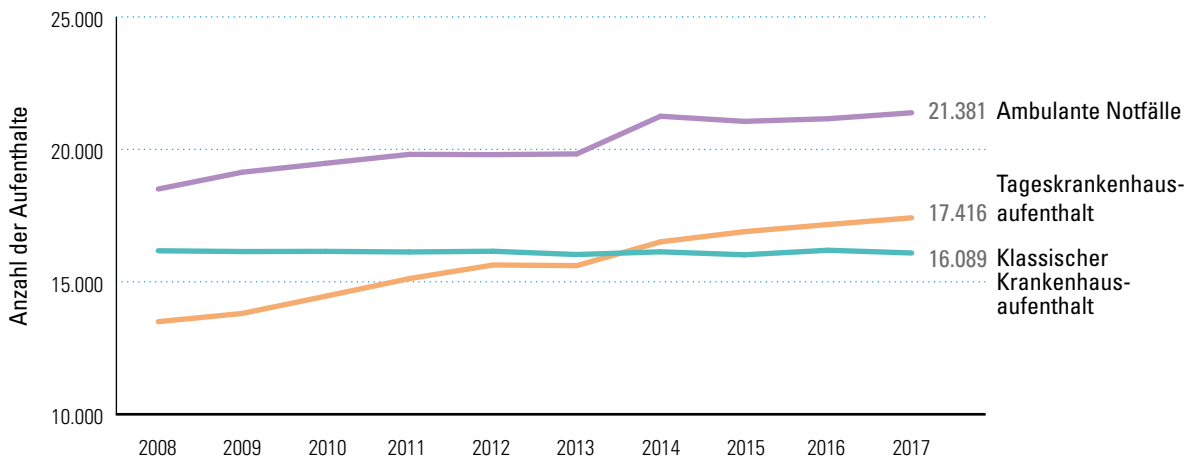
## 1.1. Entwicklung der Anzahl der Aufenthalte/Kontakte

Im Jahr 2008 betrug die Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte (einschließlich klassischer oder Tageskrankenhausaufenthalte und der ambulanten Inanspruchnahme der Notaufnahme) 5.138.177. Diese Zahl ist im Jahr 2017 auf 6.214.325 gestiegen.

Um diese Entwicklung im Verlauf der Zeit richtig vergleichen zu können, ist es notwendig, die Anzahl der Aufenthalte pro 100.000 Einwohner zu betrachten. Von 2008 bis 2017 stieg diese Zahl um 13,9 %. Dies ist vor allem auf eine höhere Zahl von Tageskrankenhausaufenthalten (+ 29 %) und die gestiegene Inanspruchnahme der ambulanten Notaufnahme (+ 15,5 %) zurückzuführen. Eine weitere Lektion ist, dass ab 2013 die Tageskrankenhausaufenthalte die klassischen Krankenhausaufenthalte übertreffen werden.

<sup>2</sup> 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, 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/KONTAKTE  
PRO 100.000 EINWOHNER PRO KRANKENHAUSAUFENTHALTSTYP (2017)

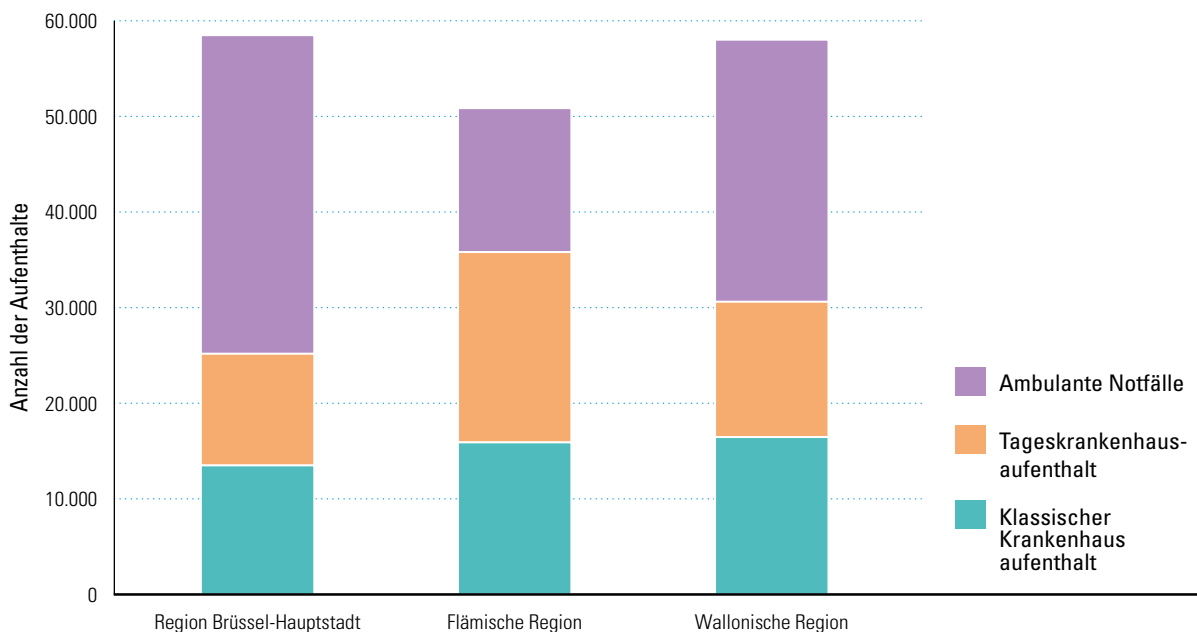


## 1.2. Anzahl der Aufenthalte nach Regionen <sup>[3]</sup>

Im Jahr 2017 betrug die Gesamtzahl der Aufenthalte pro 100.000 Einwohner in Flandern 50.862 (+14,4 % seit 2008), in Brüssel 58.495 (+9,4 % seit 2008) und in der Wallonie 58.023 (+14,4 % seit 2008). Ein genauerer Blick auf die 3 Regionen zeigt einige Unterschiede zwischen ihnen.

Im Allgemeinen ist die Rate der Inanspruchnahme der Krankenhauspflege in Flandern niedriger als in den beiden anderen Regionen, wobei jedoch die Inanspruchnahme der Tageskrankenhausaufenthalte deutlich öfter erfolgt. Zwischen der Region Flandern und der Region Brüssel-Hauptstadt ist die Inanspruchnahme der Notaufnahmedienste doppelt so hoch. In allen drei Regionen zeigt der traditionelle Krankenhausaufenthalt eine recht stabile Entwicklung, wobei er in der Region Brüssel-Hauptstadt etwas seltener ist.

ANZAHL DER AUFENTHALTE PRO 100,000 EINWOHNER  
NAH ART DES KRANKENHAUSAUFENTHALTES UND REGION (2017)



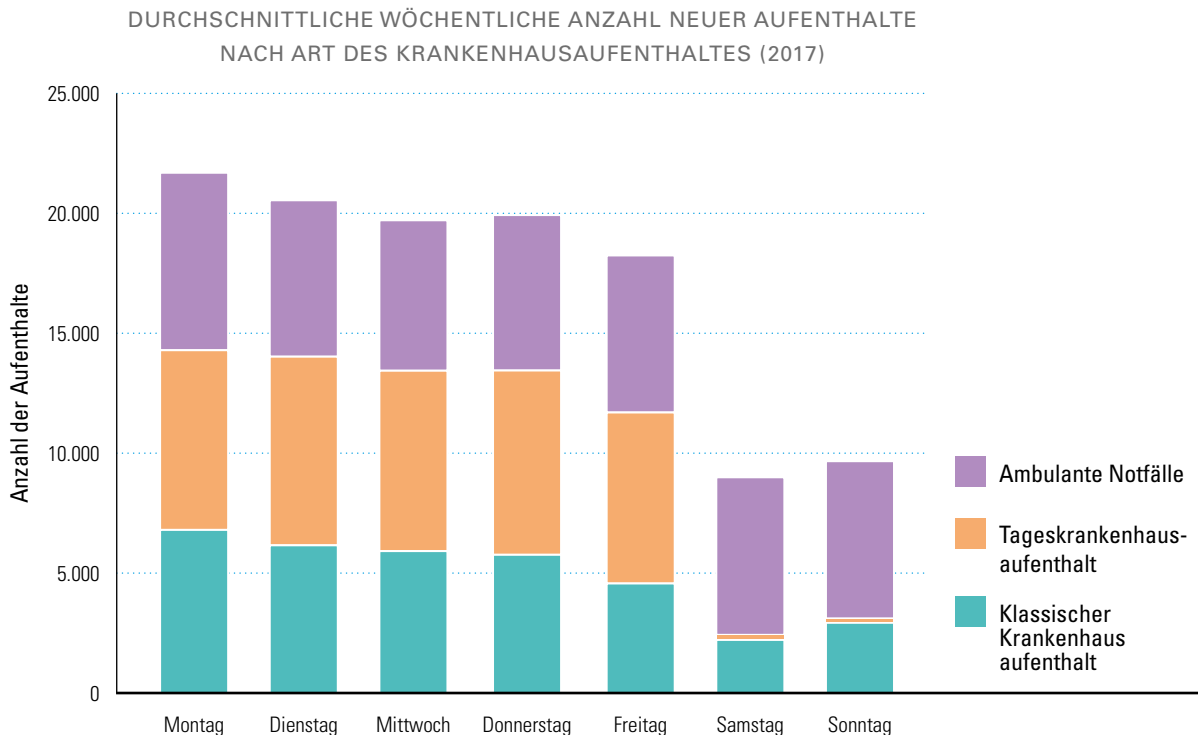
3 Herkunftregion des Patienten.

### 1.3. Neue Krankenhausaufenthalte unter der Woche

**16.947**  
Aufenthalte/Kontakte pro Tag

Im Jahr 2017 lag die Anzahl neuer Krankenhausaufenthalte und der Kontakte mit den Notaufnahmediensten pro Tag durchschnittlich bei 16.947. Dieser Durchschnittswert variiert jedoch je nach Wochentag. Die ambulanten Kontakte mit dem Notaufnahmedienst bleiben recht stabil, während bei den Aufenthalten in klassischen Krankenhäusern jedoch ein allmählicher Rückgang von Montag bis Samstag und erneuter Anstieg ab Sonntag zu beobachten ist. Dieser leichte Anstieg am Sonntag ist auf Aufenthalte für chirurgische Eingriffe am nächsten Morgen zurückzuführen.

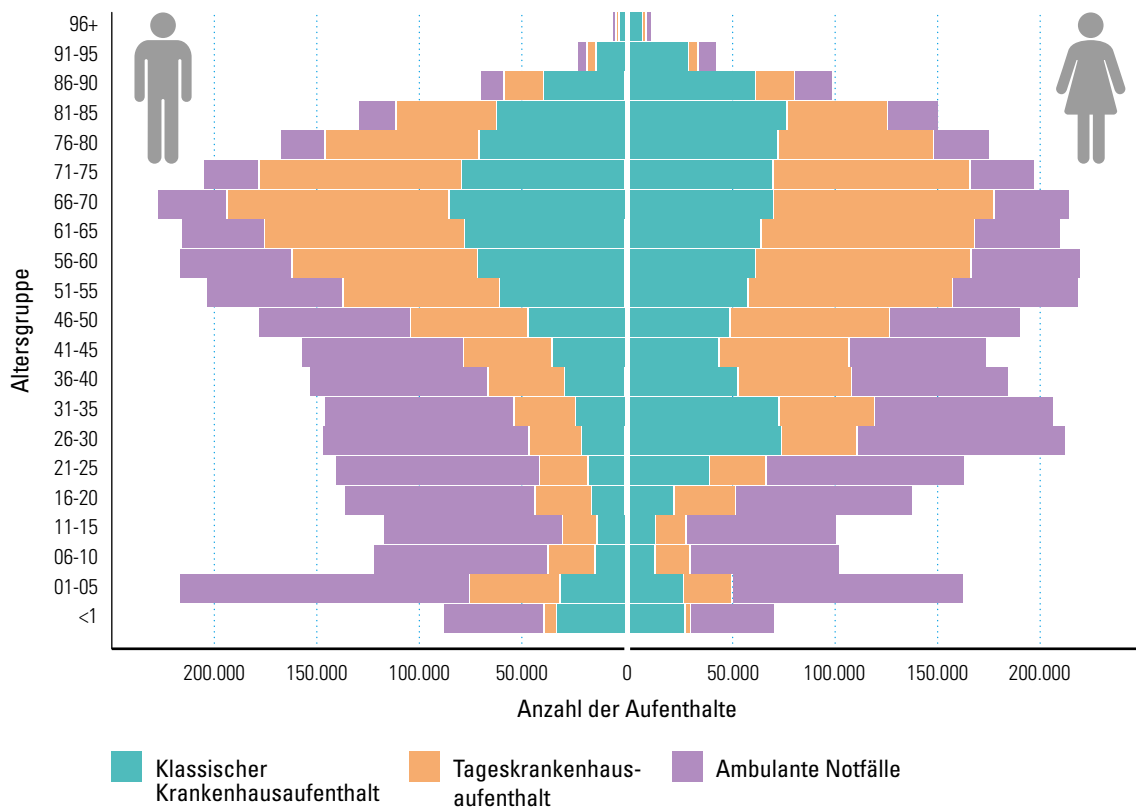
Krankenhausaufenthalte an Wochentagen sind einzeln genommen höher als andere Arten von Aufenthalten und an Wochenenden fast nicht vorhanden.



### 1.4. Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten

20% der Aufenthalte für Patienten im Alter zwischen 55 und 70 Jahren

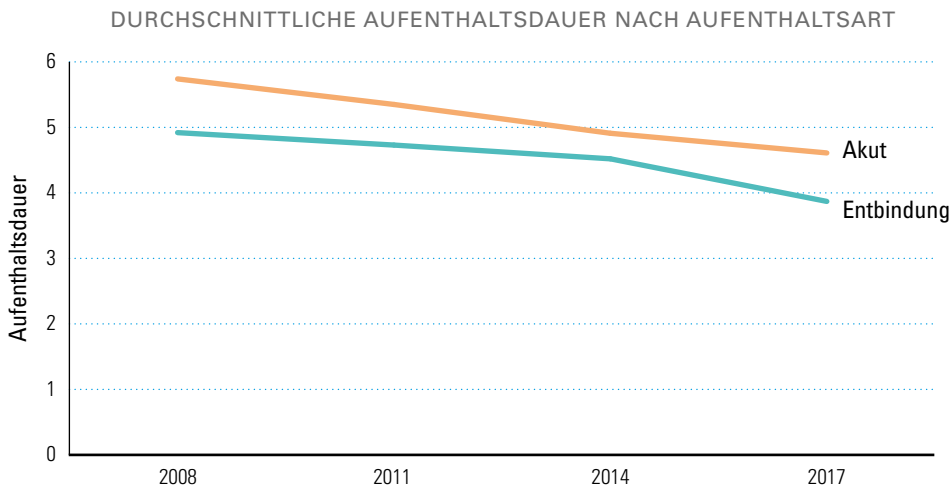
Etwa ein Fünftel der Nutzer von Krankenhausdiensten ist zwischen 55 und 70 Jahre alt. Auch für Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren gibt es einen Hochpunkt, was vor allem auf die stärkere Inanspruchnahme der ambulanten Notaufnahme zurückzuführen ist. Nach dem 80. Lebensjahr haben Frauen aufgrund der längeren Lebenserwartung eine höhere Gesamtzahl von Krankenhausaufenthalten. 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.





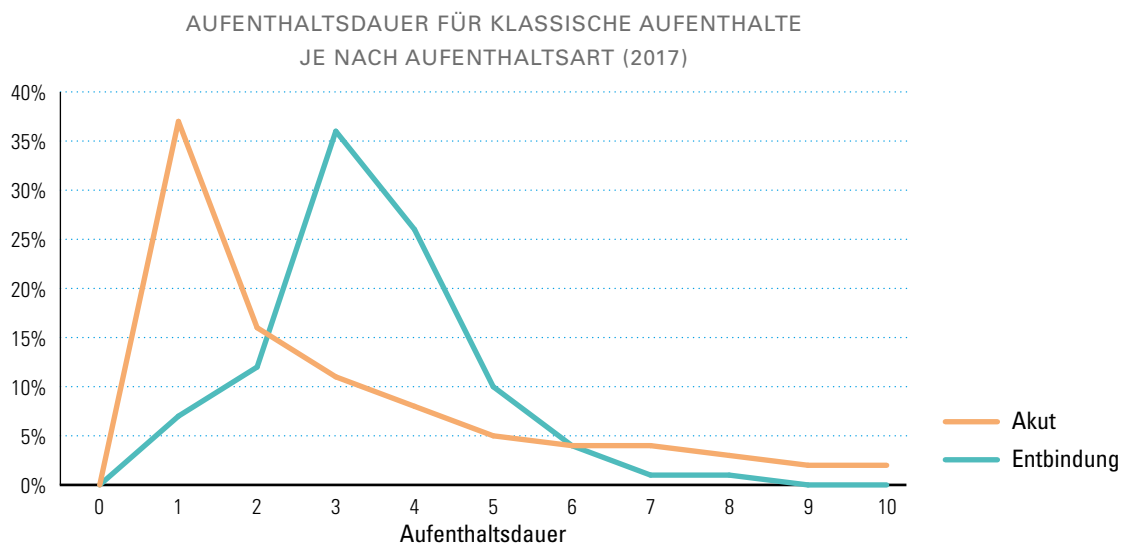
## 1.5. Durchschnittliche Dauer klassischer Krankenhausaufenthalte

Seit mehreren Jahren fördert die Gesundheitspolitik die Verkürzung der Aufenthaltsdauer, um die Effizienz und die angemessene Nutzung der Krankenhausinfrastruktur zu gewährleisten, ohne die Qualität der Pflege zu beeinträchtigen und die spezielle Situation der Patienten zu berücksichtigen. Dabei untersuchen wir einerseits die Entwicklung der Dauer von Aufenthalten, die in einem akuten Dienst beginnen (im Entbindungsdienst beginnende Aufenthalte werden dabei nicht berücksichtigt)<sup>[4]</sup> und andererseits von Aufenthalten, die im Entbindungsdienst beginnen. Zwischen 2008 und 2017 verringerte sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in diesen Diensten um einen Tag<sup>[5]</sup>



Eine genauere Analyse der Anzahl der Krankenhaustage für die Akutversorgung und Entbindung zeigt, dass sich etwas mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten für die Akutversorgung nicht länger als 2 Tage im Krankenhaus aufhält und das die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die Akutversorgung 4,6 Tage beträgt.

Für die Entbindung beträgt die Dauer in 55 % der Fälle nicht mehr als 3 Tage und 80 % der Aufenthalte nicht mehr als 4 Tag<sup>[6]</sup>.



4 Dabei werden Aufenthalte berücksichtigt, die in einem Dienst für chirurgische Behandlungen (Kennbuchstabe C), innere Medizin (Kennbuchstabe D), Pädiatrie (Kennbuchstabe E) und Nicht-Intensivpflege für Neugeborene (Kennbuchstabe NIC) beginnen.  
 5 Zufällig entsprechen 81 % der traditionellen Krankenhausaufenthalte der Akutversorgung (ohne Aufenthalte, die im Entbindungsdienst beginnen), was 2017 fast 1,5 Millionen Krankenhausaufenthalte ausmacht. Aufenthalte im Entbindungsdienst machen 7,6 % der Aufenthalte aus.  
 6 Psychiatrische und chronische Aufenthalte sind in diesen Grafiken nicht enthalten. Länger als 10 Tage währende Aufenthalte (9 % der Akutaufenthalte, 2 % der Entbindungsaufenthalte) werden in dieser Grafik aus Gründen der Lesbarkeit nicht dargestellt.

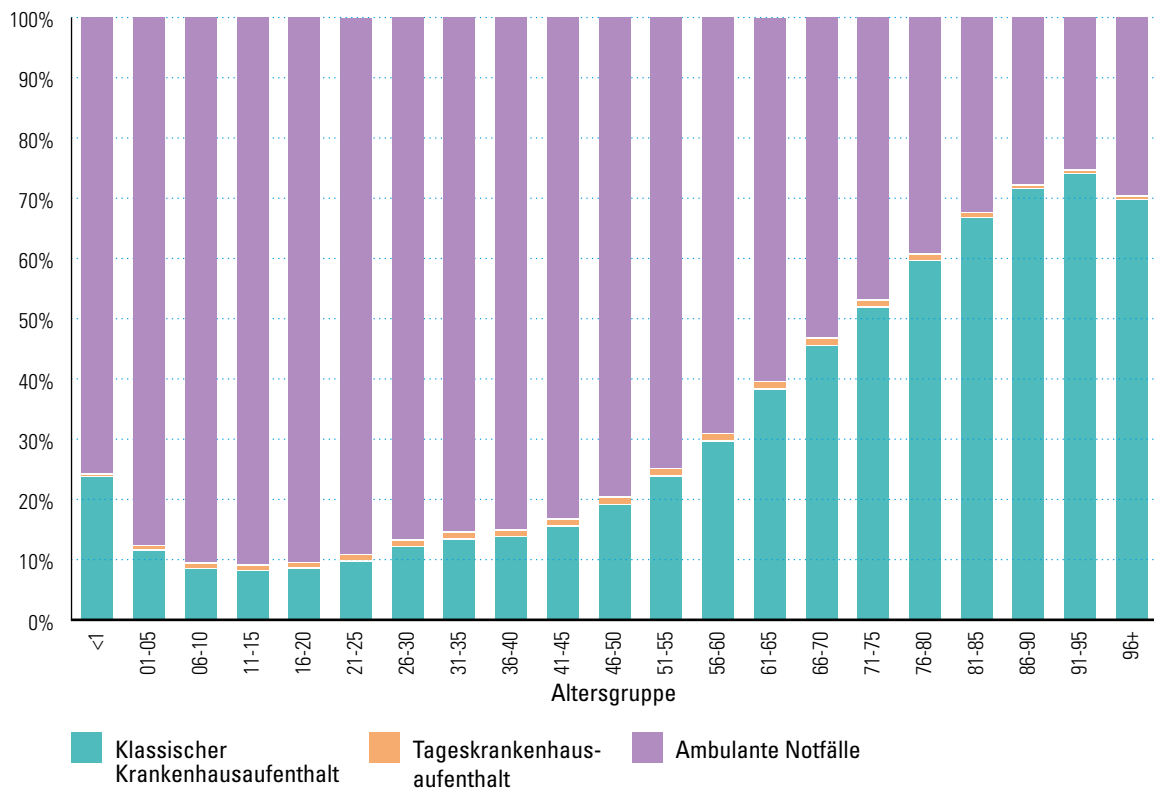
## 1.6. Notfallaufnahme

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

### VERTEILUNG NACH ALTER

Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen führt ein ambulanter Kontakt in einem Notaufnahmedienst selten zu einer Aufnahme. Bei älteren Menschen ist eine Aufnahme nach einem Besuch in der Notaufnahme jedoch häufiger. Nach dem 70. Lebensjahr erfolgt in mehr als der Hälfte der Fälle ein klassischer Krankenhausaufenthalt nach einem Kontakt mit dem Notaufnahmedienst. Ein Tageskrankenhausaufenthalt nach einem Besuch in der Notaufnahme erfolgt nur selten.

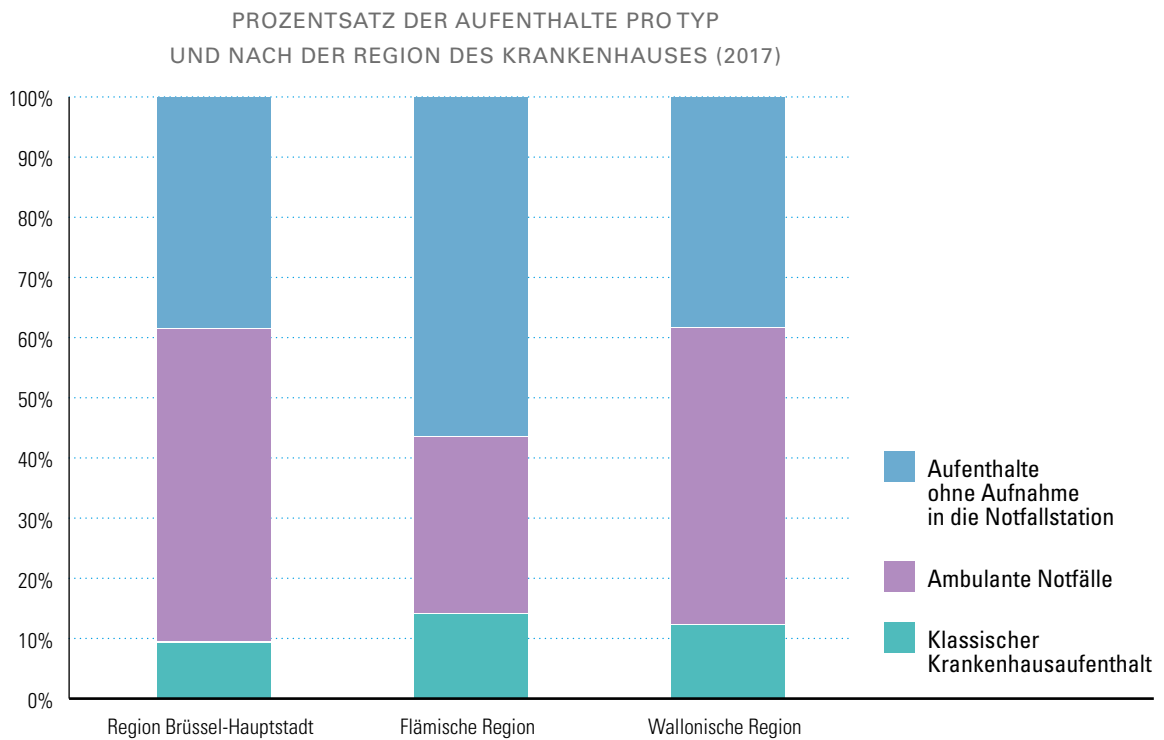
PROZENTSATZ DER ART DES AUFENTHALTS NACH EINEM BESUCH IN DER NOTAUFNAHME NACH ALTERSGRUPPE (2017)



## VERTEILUNG NACH REGIONEN

Fast 45 % der Kontakte mit einem Krankenhaus in der flämischen Region beginnen mit einem Besuch in der Notaufnahme, verglichen mit etwas mehr als 60 % in der Region Brüssel-Hauptstadt und der wallonischen Region, was mit der Verteilung der Aufenthalte je nach Region auf die unten genannten 100.000 Einwohner zusammenhängt.

In Flandern werden die Notdienste proportional pro 100.000 Einwohnern betrachtet weniger genutzt, und bei einem Drittel der Besuche in der Notaufnahme erfolgt ein Krankenhausaufenthalt. Dieser Anteil ist höher als in den anderen 2 Regionen. In der Wallonie und Brüssel gehen vier von fünf Patienten nach ihrem Besuch in der Notaufnahme wieder nach Hause. Diese Ergebnisse spiegeln die unterschiedliche Nutzung der Notaufnahme wider.



Anmerkung: Die Tageskrankenhausaufenthalte liegen unter 1% und werden daher nicht in der Abbildung berücksichtigt.

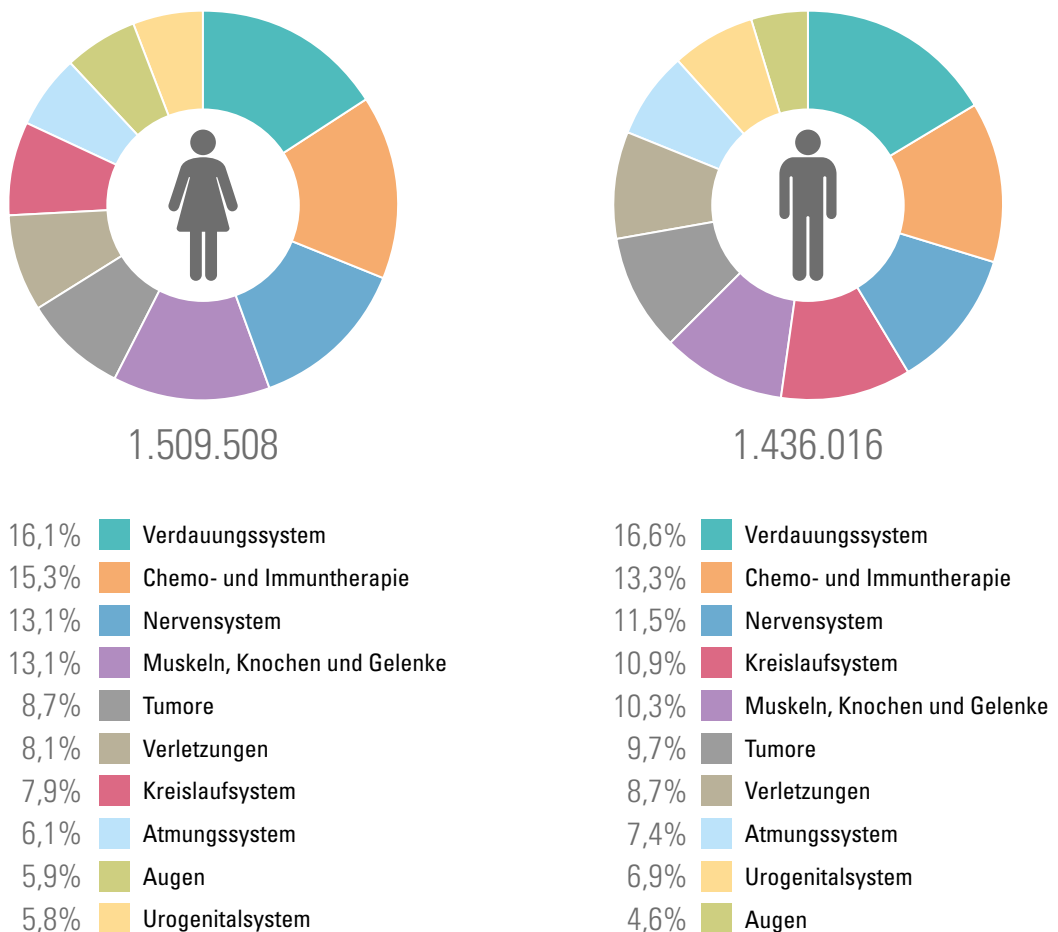
## 2. Häufigste Diagnosen in allgemeinen Krankenhäusern

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der Aufenthalte (klassischer und Tageskrankenhausaufenthalt kombiniert) für die zehn Hauptdiagnosegruppen gemäß der ICD-10-CM-Klassifikation<sup>[7]</sup> für alle Altersgruppen. Es ist zu beachten, dass ein(e) Patient/-in im gleichen Jahr aus demselben Grund oder aus unterschiedlichen Gründen mehrere Aufenthalte im Krankenhaus haben kann.

Mit diesem Wissen im Hinterkopf stehen Krankheiten des Verdauungsapparates ganz oben auf der Liste, wobei in dieser Gruppe Zahn-, Magen- oder Darmprobleme die häufigsten Diagnosen sind. Auf Platz 2 stehen Aufenthalte im Zusammenhang mit Chemo- und Immuntherapie. Erkrankungen des Nervensystems stehen auf Platz 3, wobei die häufigsten Diagnosen die Behandlung von chronischen Schmerzen, Schlafstörungen oder Epilepsie sind.

Es werden mehr Frauen als Männer wegen Störungen des osteoartikulären Systems behandelt; bei Erkrankungen des Kreislaufsystems ist dieses Geschlechterverhältnis umgekehrt.

DIE 10 AM HÄUFIGSTEN VORKOMMENDEN DIAGNOSEGRUPPEN (2017)



7 Kapitel ICD-10-BE, wobei nur Chemo- und Immuntherapie für Kapitel XXI (62 %) berücksichtigt werden. De andere verblijven uit dit hoofdstuk werden niet opgenomen in de analyse..

### 3. Krankenpflegerische Versorgungsleistungen im allgemeinen Krankenhaus<sup>[8]</sup>

Die krankenpflegerische Versorgung in den belgischen Krankenhäusern ist äußerst divers. Um einen besseren Einblick in diese Menge an Informationen rund um die krankenpflegerischen Versorgungsleistungen zu erhalten, versuchen wir, die Sammlung der dem Patienten angebotenen Versorgungsleistungen in 5 große Gruppen der „Arten“ von krankenpflegerischen Versorgungsleistungen einzuteilen. Wenn wir uns die erbrachten Versorgungsleistungen, die jeweils während des Krankenhausaufenthaltes an Patienten ansehen, stellen wir sofort fest, dass es zwei große Gruppen gibt. Die Gruppe mit sehr „technischen“ Versorgungsleistungen (etwa 10 % der Pflegezeiträume) und eine Gruppe, in der weniger technische Versorgungsleistungen, als eine große Varianz an „Grund“-Versorgungsleistungen erbracht werden (die restlichen 90 %). Die Grundversorgungsleistungen können als krankenpflegerische Unterstützung bei der Befriedigung der Bedürfnisse des allgemeinen täglichen Lebens (ATL-Behandlung) beschrieben werden, wie z. B. Hilfe bei der Ernährung, Hilfe bei der hygienischen Versorgung, Hilfe bei der Fortbewegung ... Technische Handlungen hingegen sind Leistungen, die von der Blutabnahme bis zur Beatmung des Patienten reichen.

Wenn man die Gruppen der Grundversorgung von niedrig bis hochtechnisch klassifiziert, stellt man einen Anstieg der Zahl der krankenpflegerischen Handlungen und der Versorgungslast im Hinblick auf die erforderliche Kompetenz des Krankenpflegers/der Krankenpflegerin und den Zeitaufwand für diese Versorgung fest.

Diese fünf großen Kategorien entsprechen in etwa dem Gruppierungssystem Nursing Related Groups (NRG). Dies ist eine Grundlage die für die Finanzierung der chirurgischen, internen und pädiatrischen krankenpflegerischen Versorgungsleistungen dient. Weitere Informationen diesbezüglich finden Sie [hier](#).

#### GRUNDVERSORGUNG

NIEDRIG	MITTEL	HOCH
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darunter fallen auch Patienten, die relativ selbstständig sind und nur von einem/einer Krankenpfleger/-in betreut werden.</li> <li>• Charakteristisch für die Dienste Entbindung, Rehabilitation, Ansteckungskrankheiten und die Dienste für Diagnose und Behandlung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darunter fallen auch Patienten, die bei Aktivitäten wie beim Waschen oder Essen begleitet werden.</li> <li>• Charakteristisch für den Aufwachraum, den Arbeits- und Kreißsaal und die allgemeinen Dienste für Diagnose und Behandlung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darunter fallen auch Patienten, die oft volle Hilfe erhalten, z. B. beim Waschen, Anziehen und Essen. Das Erteilen einer eher technischen Versorgung ist begrenzt.</li> <li>• Charakteristisch für die Dienste Neonatologie, Geriatrie, Pädiatrie und palliative Pflegeeinheiten.</li> <li>• Diese Art der Versorgung wird vor allem bei Kleinkindern und Senioren angewandt.</li> </ul>

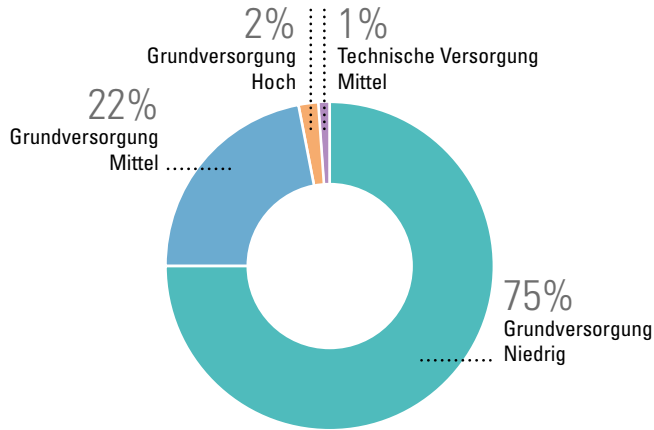
#### TECHNISCHE VERSORGUNG

MITTEL UND HOCH
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darunter fallen auch Patienten, die sich dadurch auszeichnen, dass sie eine hohe Anzahl an technischen Pflegeleistungen erhalten. Diesen Patienten werden viele Medikamente verabreicht, sie werden eventuell beatmet und von einem/einer Krankenpfleger/-in betreut. Diese Patienten erhalten auch oft Grundversorgungsleistungen.</li> <li>• Charakteristisch für Abteilungen der intensiven Pflege und Brandwundenzentren.</li> </ul>

8 Quelle numerische Daten: MKD 2017

### 3.1. Krankenpflegerische Versorgung im Entbindungsdienst und in geriatrischen Diensten

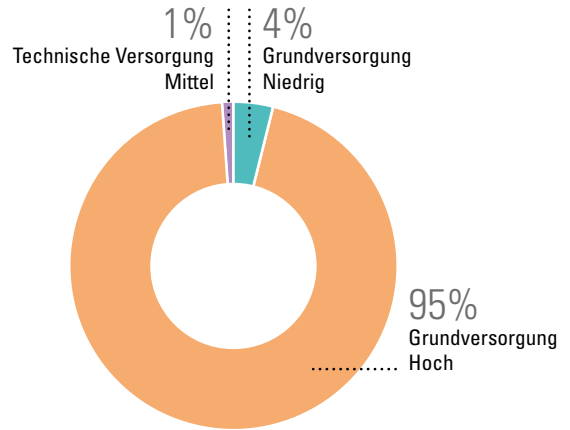
**VERSORGUNG FÜR MÜTTER  
IM ENTBINDUNGSDIENST (59%)**



**Die charakteristischsten  
krankenpflegerische Handlungen:**

- Spezifische postpartale Versorgungsleistungen (z. B. Überwachung der Gebärmutterhöhe, Wochenfluss, Laktation etc.)
- Strukturierte spezifische Aufklärung (z. B. Aufklärung über das Stillen, über das Waschen des Babys in einer Babywanne ...)
- Wundversorgung an Nähten

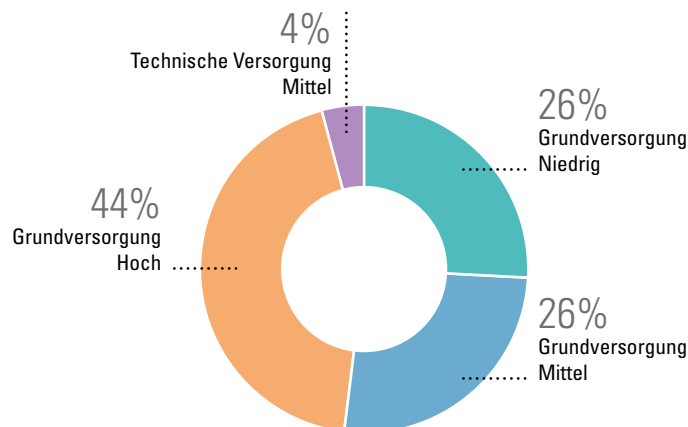
**VERSORGUNG FÜR BABYS  
IM ENTBINDUNGSDIENST (41%)**



**Die charakteristischsten  
krankenpflegerische Handlungen:**

- Versorgungsleistungen in Bezug auf Urin- und Fäkalienausscheidung
- Versorgungsleistungen bei der Mobilität
- Überwachung des Nährstoff- und Feuchtigkeitshaushaltes
- Wundversorgung an Nähten oder Einstichstellen (z. B. Nabelstumpf)
- Känguru-Pflege

**VERSORGUNG  
IN GERIATRISCHEN DIENSTEN**



**Die charakteristischsten  
krankenpflegerische Handlungen:**

- Versorgungsleistungen in Bezug auf Urin- und Fäkalienausscheidung
- Versorgungsleistungen bei der Mobilität
- Hilfe beim Essen und/oder Trinken
- Unterstützung der hygienischen Versorgungsleistungen
- Prävention von Dekubituswunden

# FINANZIERUNG DER ALLGEMEINEN KRANKENHÄUSER

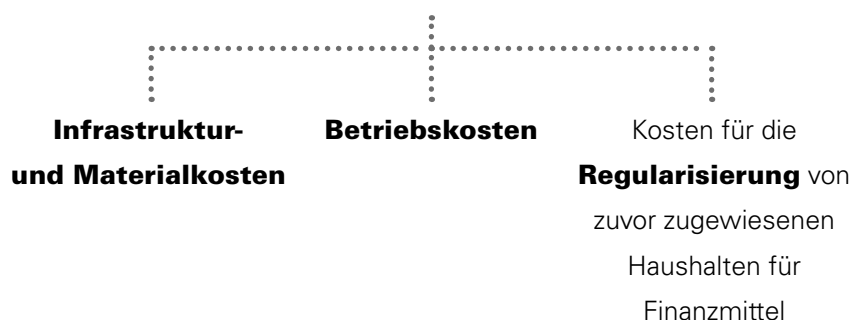
## HIGHLIGHTS

Der **Umsatz** der allgemeinen Krankenhäuser betrug **2017** ca. **18,2 Milliarden Euro**.



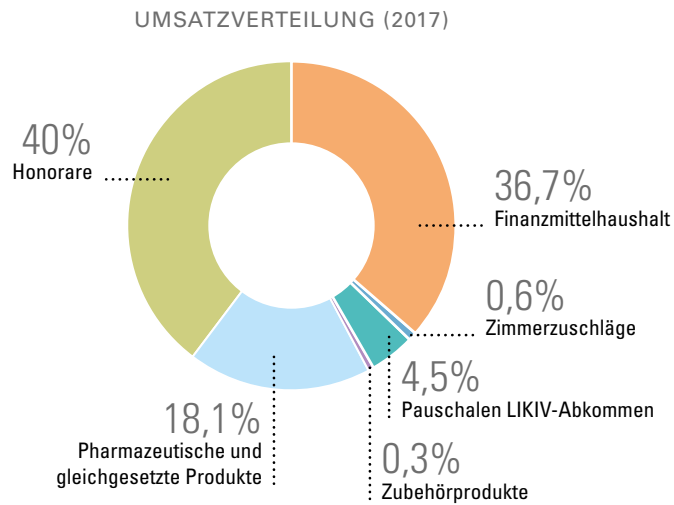
Der **Finanzmittelhaushalt** wird teils **pauschal** und teils auf der Grundlage der **gerechtfertigten Aktivität** der einzelnen Krankenhäuser zugewiesen.

Der **Finanzmittelhaushalt** besteht aus **3 Hauptkomponenten**

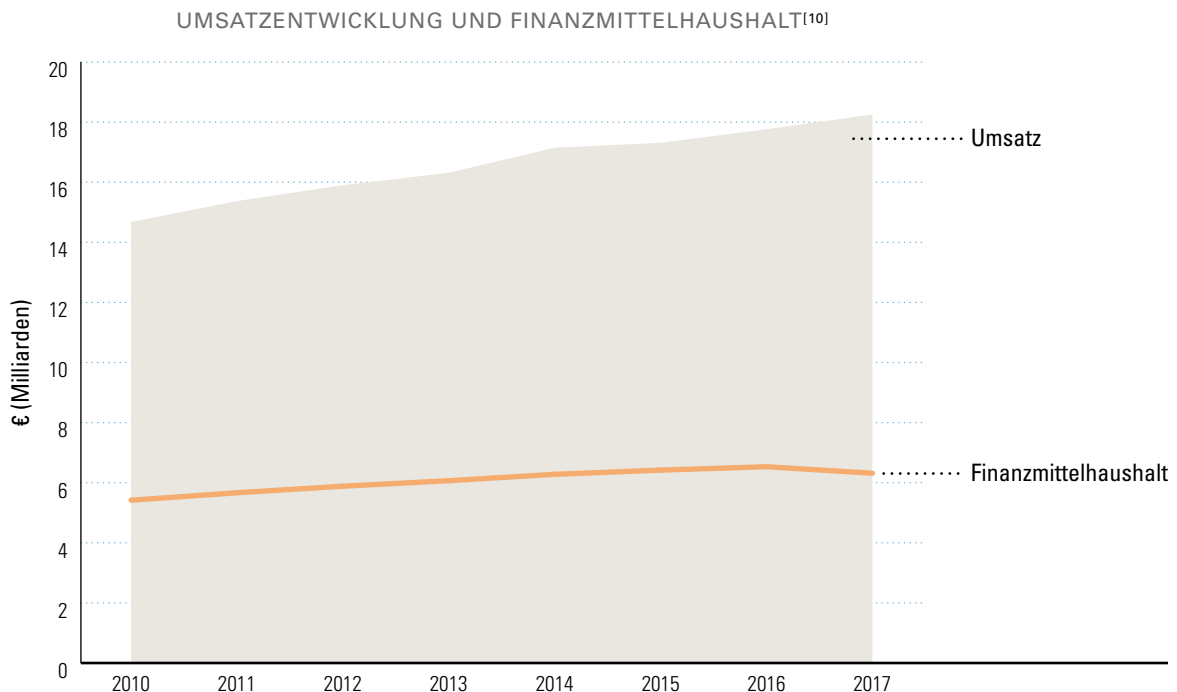


# 1. Finanzierungsquellen

Der allgemeine Krankenhaussektor beläuft sich auf 18,2 Milliarden Euro, gemessen am Gesamtumsatz im Jahr 2017<sup>[9]</sup>.



Die Hauptfinanzierungsquellen für Krankenhäuser sind der Finanzmittelhaushalt, die Honorare von Ärzten, Zahnärzten und bestimmten Kategorien von medizinischem und heilberuflichem Personal, LIKIV-Pauschalen, pharmazeutische und gleichgesetzte Produkte, Zimmerzuschläge und der Patientenanteil.



9 Quelle: Finhosta

10 Um die Entwicklung aufzeigen zu können, wurden die Kategorien A1 und A3 aufgenommen.



## 2. Der Finanzmittelhaushalt

Die Finanzierung eines Krankenhauses aus dem **Finanzmittelhaushalt** stammt aus der individuellen Zuweisung des gesamten Krankenhaushaushalts an alle Krankenhäuser<sup>11)</sup>. Für das Jahr 2019 wurde dieser Gesamthaushalt auf einen Höchstbetrag von 6.251.249.619 Euro für allgemeine Krankenhäuser festgelegt<sup>12)</sup>.

Der Finanzmittelhaushalt besteht aus drei Hauptkomponenten: einem Infrastruktur- und Materialhaushalt (**TEIL A**), 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.

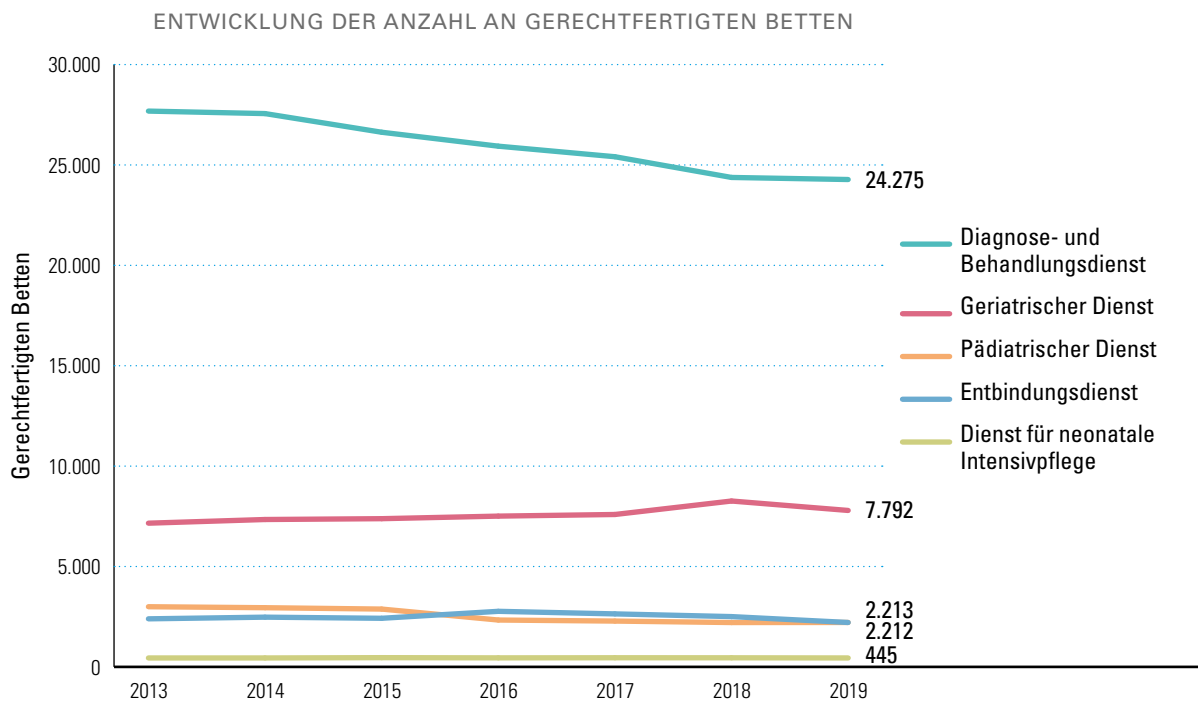
DIETEILE DES FINANZMITTELHAUSHALTS	% (juli 2019)
<b>A: INFRASTRUKTUR- UND MATERIALHAUSHALT</b>	
<b>A1:</b> Investitionskosten	
<b>A2:</b> Kurzfristige Kreditkosten	0,56%
<b>A3:</b> Investitionskosten medizinisch-technische Dienste NMR - Radiotherapie - PET-Scan	
<b>B: BETRIEBSKOSTENHAUSHALT</b>	
<b>B1:</b> Kosten der gemeinsamen Dienste	23,58%
<b>B2:</b> Kosten der klinischen Dienste	42,87%
<b>B3:</b> Betriebskosten der medizinisch-technischen Dienste NMR - Radiotherapie - PET-Scan	1,02%
<b>B4:</b> Recycling und Pauschalbeträge	17,24%
<b>B5:</b> Kosten für den Betrieb der Krankenhausapotheke	1,72%
<b>B6:</b> Kosten für die Sozialvereinbarung des Personals, das nicht unter den Finanzmittelhaushalt fällt	1,19%
<b>B7:</b> Kosten hinsichtlich der universitären Funktionen	1,93%
<b>B8:</b> Kosten hinsichtlich des sozialen Charakters der Patientenpopulation	0,33%
<b>B9:</b> Kosten für die Sozialvereinbarung	8,34%
<b>C: KORREKTUREN</b>	
<b>C2:</b> Nachzahlungsbeträge	1,37%
<b>C3:</b> Teilrückgewinnung von Zimmerzuschlägen	-0,16%

11 Die Zuweisung 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.

12 Wir bemerken, dass die Zuständigkeit bezüglich der Finanzierung der Infrastruktur (Teil A1 und A3) im Rahmen der sechsten Staatsreform an die Gemeinschaften en Regionen übertragen wurde. Hier wurden die Kategorien A1 und A3 nicht berücksichtigt.

### 3. Gerechtfertigte Betten

Für Akutkrankenhäuser basiert die Finanzierung im Wesentlichen auf der patientenbezogenen Tätigkeit: Es wird eine „gerechtfertigte Aktivität“ für jedes Krankenhaus ermittelt. Die Aktivität eines jeden Krankenhauses ist abhängig von der Anzahl und Art der Aufnahmen innerhalb eines Bezugsjahrs. Jeder Aufnahme wird eine entsprechend ihrer Pathologie gerechtfertigte Aufenthaltsdauer gewährt. Die Gesamtzahl der gerechtfertigten Tage im Krankenhaus wird durch eine normative Belegungszahl multipliziert mit 365 geteilt, um eine **gerechtfertigte Anzahl von Krankenhausbetten** zu erhalten.

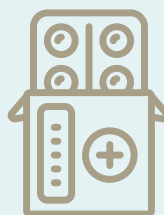


# QUALITÄT

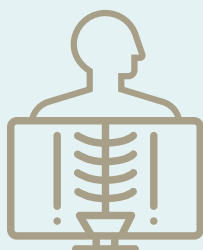
## HIGHLIGHTS



Im Jahr **2017** wurde festgestellt, dass in mehr als **70 %** der Fälle die **Richtlinien in Sachen Händehygiene** eingehalten wurden.



Um die **Antibiotika-resistenz** zu **begrenzen**, sollte ein **unnötiger Einsatz von Antibiotika** vermieden werden.



Die Kampagne **„Medizinische Bildaufnahmen sind keine Urlaubsfotos“** führt zu einem **Rückgang** der **CT-Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen**.

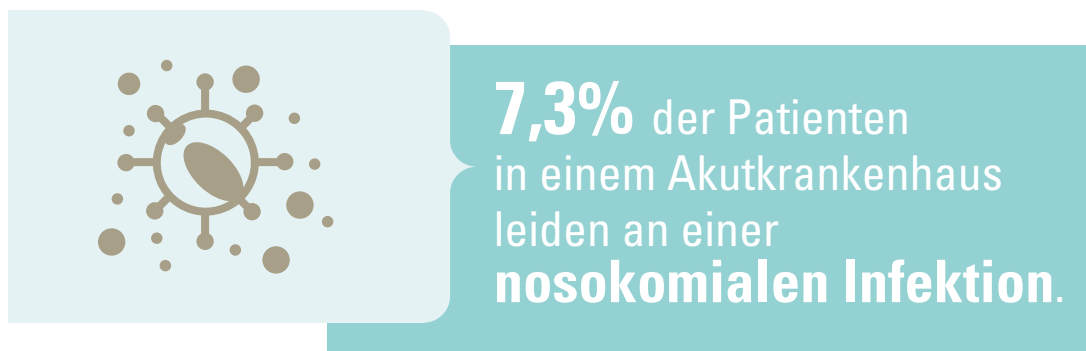


Erste Schritte zur **Belohnung** des **Krankenhauses** werden unternommen, wenn es im Rahmen einiger Indikatoren über das **Pay-for-Performance-Programm** positive Ergebnisse erzielt.

Die Frage 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 Förderalbehörden (FÖD Volksgesundheit, aber auch LIKIV, KCE, Sciensano, Hoher Gesundheitsrat etc.) oder auf der Ebene der föderierten Gebietskörperschaften (VIP<sup>2</sup> auf der niederländischsprachigen Seite, PAQS auf der französischsprachigen Seite etc.), oder sogar im Rahmen privater Initiativen (wissenschaftliche Verbände, Akkreditierungsstellen etc.), aber auch internationaler Initiativen (OECD, EU, WHO etc.) ergriffen. Diese Initiativen nehmen verschiedene Formen an: von der Entwicklung von Leitlinien über Sensibilisierungskampagnen, die Definition von Messindikatoren und die Ergreifung von Maßnahmen vor Ort, bis hin zu Benchmarking, Peer Reviews und finanziellen Anreizen.

In diesem Kapitel werden beispielhaft einige Initiativen der letzten Jahre zur Messung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung in Belgien hervorgehoben. Weitere Initiativen könnten des Weiteren im Zusammenhang mit der klinischen Apotheke in Krankenhäusern, der Pflege für Neugeborene, der Verwendung von Blutprodukten, dem Einsatz von Psychopharmaka, der bereichsübergreifenden und integrierten Pflege usw. ergriffen werden.

## 1. Positive Entwicklung bei der Einhaltung der Richtlinien in Sachen Händehygiene



Mit der Pflege assoziierte Infektionen (Infektionen, die 48 Stunden nach dem Tag des Krankenhausaufenthalts auftreten) gelten als eine große Bedrohung für die Patientensicherheit. Die Ergebnisse einer europäischen Studie zeigen, dass in Belgien zu jedem Zeitpunkt etwa 7,3 % der Patientinnen und Patienten in Akutkrankenhäusern an einer mit der Pflege assoziierten Infektion leiden (2017)<sup>[13]</sup>.

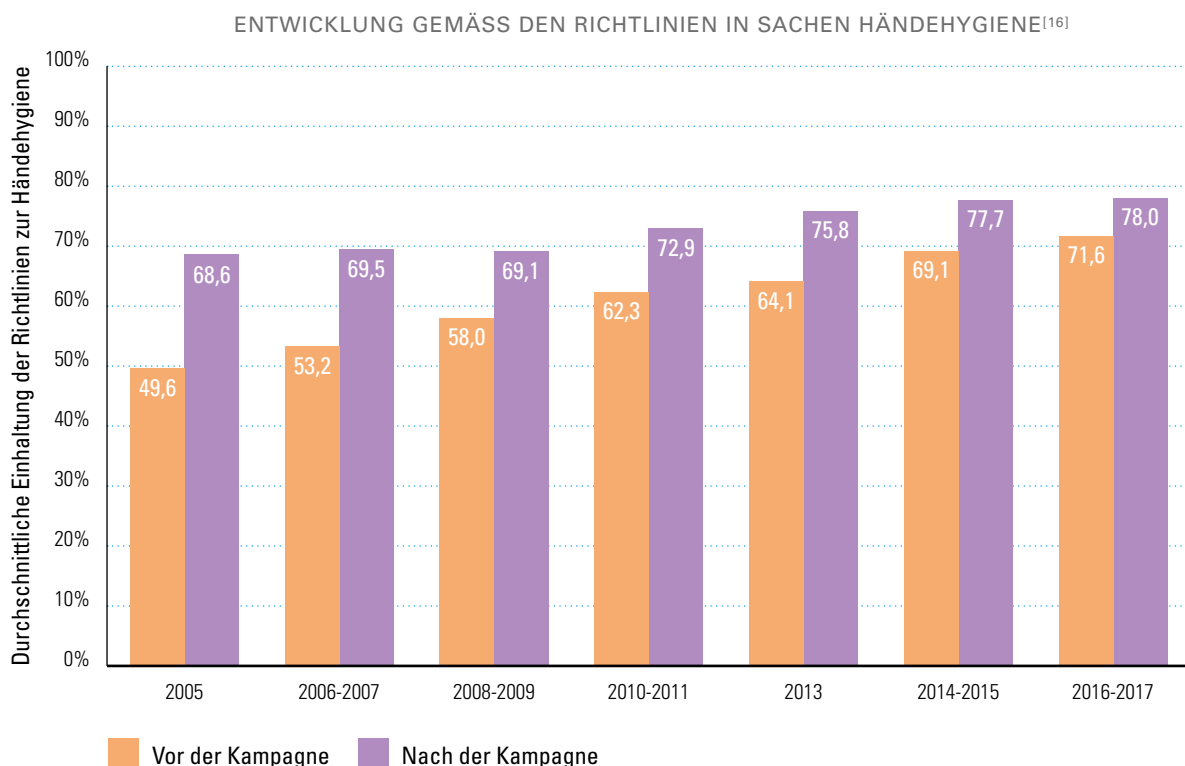
Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollte eine gute Händehygiene als eine der wichtigsten Maßnahmen gefördert werden, um mit der Pflege assoziierte Infektionen bei Patientinnen und Patienten zu vermeiden<sup>[14]</sup>. In den letzten Jahren wurden in belgischen Krankenhäusern mehrere Kampagnen durchgeführt, um die Bedeutung der Händehygiene hervorzuheben und den Einsatz von Alkoholgel für die Hände zu verbessern. Vor und nach jeder Kampagne wurde in den Krankenhäusern überprüft, inwieweit Pflegeerberbringer die Vorschriften für saubere Hände einhalten (Prozentsatz der Einhaltung der Händehygiene)<sup>[15]</sup>.

13 Vandael E., Catry B., Latour K.: Point Prevalence Study of healthcare-associated infections and antimicrobial use in Belgian acute care hospitals: Results of the ECDC PPS 2017. Brüssel, Belgien: Sciensano; 2018. 34 S. Report Number: D/2018/14.440/37. Abrufbar unter: [http://www.nsih.be/ecdcpps/download\\_nl.asp](http://www.nsih.be/ecdcpps/download_nl.asp)

14 Weltgesundheitsorganisation (WHO). Antimicrobial resistance: Global report on surveillance. Genf 2014. Abrufbar unter [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1)

15 Weitere Informationen zur Methodik und zu den Ergebnissen der Händehygiene-Kampagne finden Sie im nationalen Bericht auf der NSIH-Website ([http://www.nsih.be/surv\\_hh/inleiding\\_nl.asp](http://www.nsih.be/surv_hh/inleiding_nl.asp), auf Niederländisch und Französisch).

Die folgende Abbildung zeigt einen deutlichen Anstieg im Verlauf der Zeit und nach jeder Kampagne des Maßes, in dem die Richtlinien in Sachen Händehygiene eingehalten werden. Während der letzten Kampagne stieg die Einhaltung der Händehygiene (nationaler gewichteter Durchschnitt) von 71,6 % vor der Kampagne (170 teilnehmende Krankenhäuser) auf 78,0 % nach der Kampagne (147 teilnehmende Krankenhäuser). Eine Verbesserung wurde bei allen Pflegeerbringern (durchschnittlich +7,5 %) beobachtet, wobei die besten Ergebnisse von Krankenpfleger/-innen erzielt wurden.



## 2. Unangemessener Einsatz von Antibiotika Hauptursache für Antibiotikaresistenz

In Europa sterben jedes Jahr etwa  
**33.000 Menschen**  
 an den Folgen einer **Infektion mit  
 antibiotikaresistenten Bakterien**

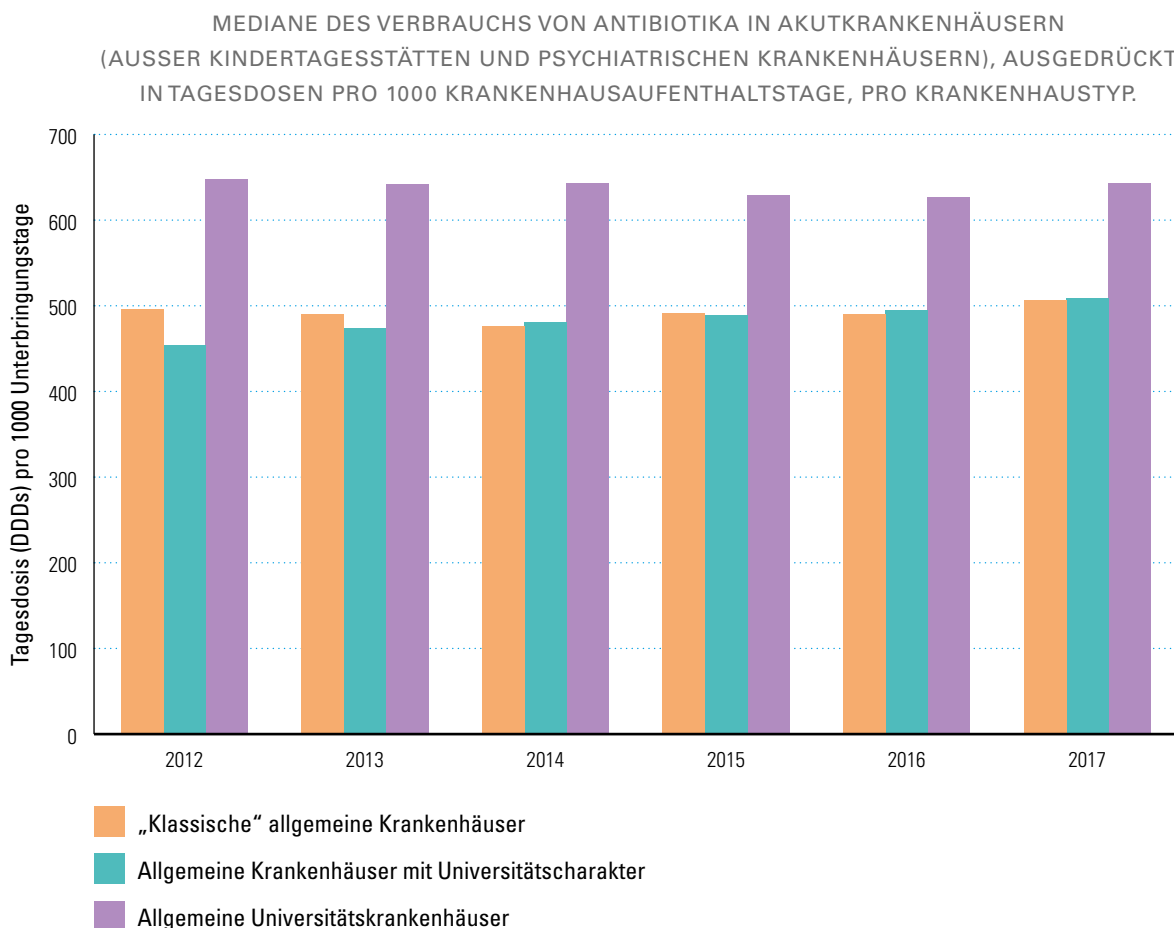
Bakterien können resistent gegen die Wirkung von Antibiotika werden, sodass sie nicht mehr von diesen Medikamenten getötet werden können. Diese Resistenz ist zu einem großen Problem im Gesundheitswesen geworden. In Europa sterben jedes Jahr etwa 33.000 Menschen an den Folgen einer Infektion mit antibiotikaresistenten Bakterien. In Belgien gibt es schätzungsweise 530

16 Quelle: Nationaler Bericht der 7. Händehygiene-Kampagne (auf Niederländisch) – [www.nsih.be](http://www.nsih.be)

Todesfälle jährlich.<sup>[17]</sup> Der unangemessene Einsatz von Antibiotika ist eine der Hauptursachen für die Entwicklung einer Antibiotikaresistenz durch Bakterien. Deshalb muss der Einsatz von Antibiotika angemessen überwacht und gegebenenfalls angepasst werden<sup>[18]</sup>.

Die Ergebnisse einer Studie über den Einsatz von Antibiotika in belgischen Akutkrankenhäusern ab 2017 zeigen, dass schätzungsweise 28,1 % der Patienten in einem Akutkrankenhaus zu einem bestimmten Zeitpunkt mit mindestens einem Antibiotikum behandelt werden. Am höchsten ist dieser Wert in den universitären allgemeinen Krankenhäusern (30,8 %) und auf der Intensivstation (52,7 %). Das ist zu erwarten, da sich mehr Patienten mit schwerwiegenden Problemen in universitären allgemeinen Krankenhäusern und auf der Intensivstation befinden. Die Prävalenz in allen teilnehmenden europäischen Krankenhäusern betrug 30,5 % (Streuung zwischen den europäischen Ländern: 15,9–55,6 %) <sup>[19]</sup>.

Die folgende Abbildung zeigt den Antibiotikaverbrauch (Median) pro Krankenhaustyp für den Zeitraum 2012–2017. Es kann festgestellt werden, dass der Antibiotikaverbrauch (Median) im Laufe der Zeit relativ stabil bleibt, wobei es jedoch große Unterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt.<sup>[20]</sup>



17 Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2019;19(1):56-66.

18 OECD (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Publishing, Paris. Abrufbar unter: <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>

19 Plachouras D, Karki T, Hansen S, Hopkins S, Lyytikäinen O, Moro ML, et al. Antimicrobial use in European acute care hospitals: results from the second point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. *Euro Surveill* 2018;23(46). doi: 10.2807/1560-7917.

20 Quelle: Belgian Hospitals - Surveillance of Antimicrobial Consumption, Sciensano

Um die Antibiotikaresistenz zu begrenzen, sollte ein unnötiger Einsatz von Antibiotika vermieden werden. Wenn eine Antibiotikabehandlung notwendig ist, ist es gemäß den Richtlinien empfehlenswert, Antibiotika mit einem engen Spektrum zu verwenden (nur bei einer bestimmten Gruppe von Bakterien wirksam). So können Breitspektrumantibiotika für komplizierte Fälle bewahrt werden, in denen Antibiotika mit einem engen Spektrum nicht ausreichen oder nicht mehr wirken. Dennoch ist der Einsatz von Breitspektrumantibiotika nach wie vor hoch (etwa 30 % des gesamten Antibiotikaverbrauchs in Belgien, Streuung zwischen den europäischen Ländern: 16–62 % <sup>[21]</sup>). Die großen Unterschiede im Antibiotikaverbrauch zwischen den Akutkrankenhäusern und der hohe Verbrauch von Breitspektrumantibiotika sind Punkte, bei denen Verbesserungsbedarf besteht. Das KCE hat eine Reihe von Empfehlungen für eine effektivere Antibiotika-Politik in Belgien ausgesprochen. Weitere Informationen finden Sie auf der [website](#).

### 3. Pay for performance

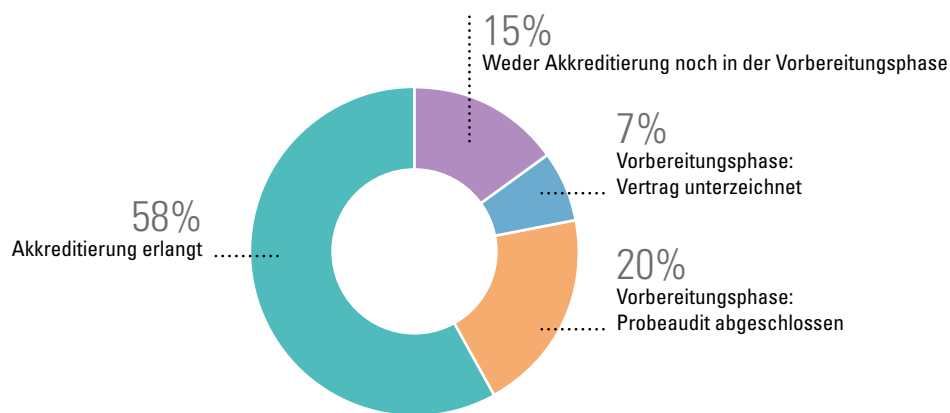
Die Einführung eines **Pay-for-Performance-Programms** (P4P)<sup>[22]</sup> ist eine klare Priorität im Rahmen der Reform der Krankenhausfinanzierung. „Pay for Performance“ ist ein System, das Krankenhäuser finanziell belohnt, wenn sie bei einem ausgewählten Satz von Indikatoren gute Ergebnisse erzielen. Diese Indikatoren sind ein Maß für die Organisation und Prozesse im Krankenhaus, die erbrachte Versorgung und die Gesundheitsergebnisse der behandelten Patienten.

In den Jahren 2018 und 2019 wurden die ersten P4P-Indikatorensätze für belgische Krankenhäuser entwickelt, die aus einer Reihe von krankenhausesweiten und pathologiegebundenen Indikatoren bestehen. Dies kann als ein erster Schritt zu einem vollwertigen P4P-Programm angesehen werden. Ein bescheidener Start, Pragmatismus, die Verfügbarkeit nationaler Daten und die kurzfristige Machbarkeit sind vier Elemente, die bei der Auswahl der Indikatoren eine Rolle spielten. Der Indikatorensatz wird in den kommenden Jahren optimiert.

Im Folgenden werden einige Indikatoren hervorgehoben. Detailliertere Informationen über das „Pay for performance-Programm“ und alle Indikatoren finden Sie [hier](#).

#### ISQUA-AKKREDITIERUNG

ISQUA-AKKREDITIERUNG P4P-PROGRAMM 2019 (N = 100 KRANKENHÄUSER)



21 In Belgien wird der Einsatz von Antibiotika auf der Grundlage einer nationalen Überwachung verfolgt. (BeH-SAC: Belgian Hospitals – Surveillance of Antimicrobial Consumption). Weitere Informationen sind auf [www.nsih.be/surv\\_gm/introduction\\_fr.asp](http://www.nsih.be/surv_gm/introduction_fr.asp) und [www.healthstat.be](http://www.healthstat.be) zu finden.

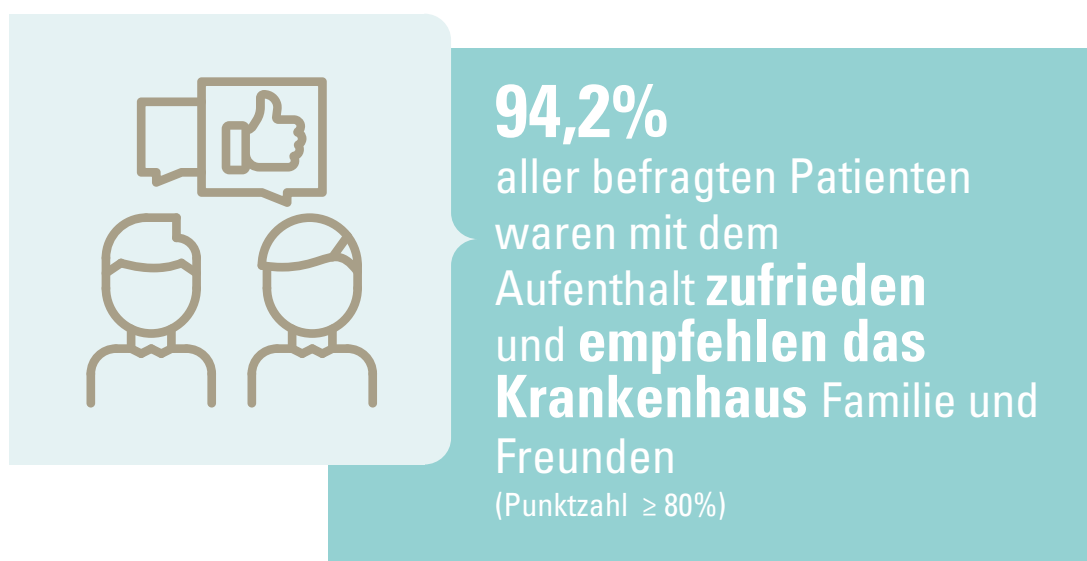
22 Annemans L., Boeckxstaens P., Borgermans L., De Smedt D., Duchesnes C., Heyrman J., Remmen R., Sermeus W., Van Den Broecke C., Van Herck P., Vanmeerbeek M., Willems S., De Gauquier K.: Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van “Pay for Quality” programma’s in België. Health Services Research (HSR). Brüssel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (Föderales Fachzentrum für Gesundheitspflege, KCE). 2009. KCE Reports Vol. 118A. D/2009/10.273/50.

In einer krankenhausesweiten ISQua (International Society for Quality in Health Care)<sup>1231</sup>-Akkreditierung wird die tatsächliche Versorgungsqualität überprüft und mit definierten hohen Normen und Standards abgeglichen. Die Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen ist eine im Allgemeinen freiwillige externe Bewertungsmethode, die sich auf einen professionellen Schritt bezieht, durch den eine Gesundheitseinrichtung nachweist, dass sie bei ihrer Arbeitsweise und ihren Praktiken eine Reihe von formalisierten Anforderungen erfüllt, die in Form eines Handbuchs, d. h. des von einer Akkreditierungsstelle empfohlenen „Referenzsystems“, dargestellt werden. Die Akkreditierungsstelle und ihr Handbuch werden von einer unabhängigen externen Stelle, ISQua, validiert, die auf internationaler Ebene von Krankenhausfachleuten anerkannt ist. Es ist eine tiefgreifende Übung, die sich auf alle Abteilungen und alle Ebenen im Krankenhaus auswirkt. Pflegeeinrichtungen unternehmen große Anstrengungen, um ein Qualitätszertifikat der ISQua-Akkreditierung zu erhalten. Sowohl Krankenhäuser, die das Zertifikat bereits erhalten haben, als auch solche, die sich noch in der Vorbereitungsphase befinden, werden im Rahmen des P4P-Programms finanziell belohnt.

## PATIENTENERFAHRUNGEN

Die Messung der Patientenerfahrungen ist wichtig. Die Patientinnen und Patienten sollten als aktive Partner einbezogen werden, um die Pflege zu verbessern. Pflegeeinrichtungen können ihr Feedback nutzen, um die Qualität ihrer Pflegeerbringung zu verbessern.

Das P4P-Programm 2019 wertet die Erfahrungen der Patienten auf zwei Arten aus: das Maß der Zufriedenheit eines Patienten mit dem Krankenhausaufenthalt und das Maß, in dem ein Patient das Krankenhaus Familie und Freunden empfehlen würde.

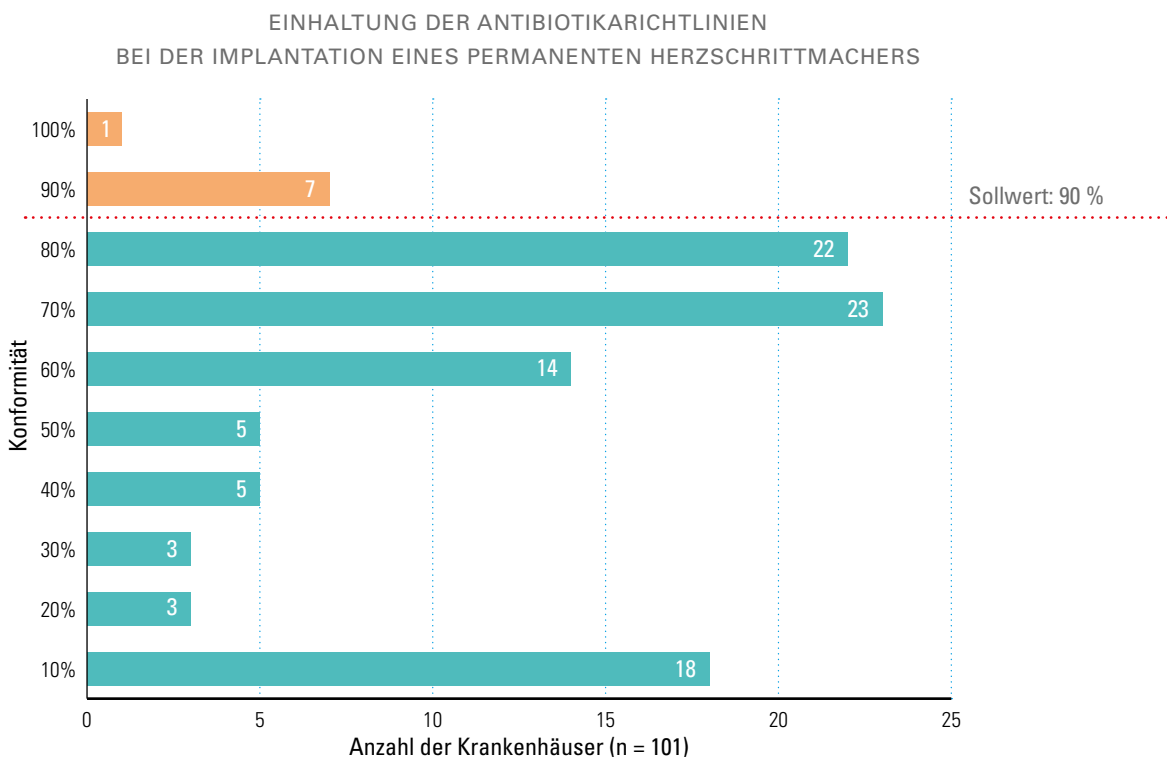




## ANTIBIOTIKAPROPHYLAXE BEI DER IMPLANTATION EINES (PERMANENTEN) HERZSCHRITTMACHERS

Die Antibiotikapolitik und Infektionskontrolle sind grundlegende Säulen für die Qualität der Pflege und tragen ebenfalls zur Patientensicherheit bei. Das Strategiepapier des BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) 2014–2019 unterstreicht die Bedeutung einer kontinuierlichen Überwachung einiger Qualitätsindikatoren in Krankenhäusern, einschließlich des Indikators „Wahl des Antibiotikums im Rahmen der chirurgischen Prophylaxe.“ Für die Optimierung des Antibiotikagebrauchs ist es wichtig, sowohl das Infektionsrisiko auf Ebene des einzelnen Patienten zu vermeiden als auch das Risiko einer Bakterienresistenz für die allgemeine Bevölkerung zu reduzieren. Nachfolgend wird ein Indikator bezüglich der Antibiotikaprophylaxe näher erläutert. Dieser Indikator misst, ob die **Wahl** und **Dosierung** des Antibiotikums den Antibiotika-Leitlinien für das Einsetzen eines (permanenten) Herzschrittmachers entspricht<sup>[24]</sup>; Zeitpunkt und Dauer der Prophylaxe werden dabei nicht berücksichtigt. Das bevorzugte Antibiotikum ist Cefazolin (min. 1 Gramm bis max. 2 Gramm pro Tag), eine Alternative ist Cefuroxim (1,5 Gramm pro Tag).

Bei durchschnittlich 53,7 % der Krankenhausaufenthalte in den Jahren 2012, 2013 und 2014 mit der Implantation eines (permanenten) Herzschrittmachers erfolgte die Antibiotikaprophylaxe gemäß den Antibiotika-Leitlinien. Wir beobachten eine große Variation zwischen den Krankenhäusern, wobei 8 % der Krankenhäuser den Sollwert von durchschnittlich 90 % erreichen.



24 Sanford, J. P., Gilbert, D. N., Chambers, H. F., Eliopoulos, G. M., Moellering, R. C., Saag, M. S.: The Sanford guide to antimicrobial therapy 2012–2013 (Belgian/Luxembourg edition), 189-197)

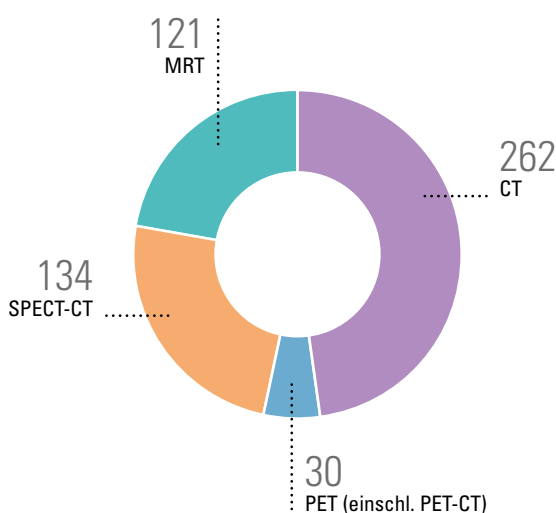
## 4. Medizinische Bildgebung

„Medizinische Bildgebung“ ist ein Sammelbegriff für verschiedene Techniken, um den Körper abzubilden. 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:** Bei der Computertomographie werden Röntgenstrahlen verwendet, um einen Querschnitt des Körperinneren zu machen. Der Patient wird damit sozusagen „gescannt“. Daher wird dieses Gerät umgangssprachlich auch „Scanner“ genannt.
- **MRT:** Bei der Magnetresonanztomographie (auf Englisch: Magnetic Resonance Imaging) wird ein starkes Magnetfeld und Radiowellen genutzt, um das Körperinnere abzubilden.
- **SPECT-CT:** Hier wird ein radioaktives Produkt verwendet, das injiziert wird. Die Strahlung wird dann mit Detektoren gemessen, die sich um den Patienten drehen. Die Messungen werden dann zu den CT-Bildern hinzugefügt, um gut sehen zu können, wo sich das eingespritzte Produkt verteilt.
- **PET** (einschließlich PET-CT und PET-MRT): Wie bei SPECT-CT wird ein radioaktives Produkt verwendet. Das bei PET verwendete radioaktive Produkt hat die besondere Eigenschaft, dass es jeweils in zwei Richtungen gemessen werden kann. Durch die Kombination der Informationen aus 2 Messungen erhalten Ärzte ein sehr genaues Bild von der Verteilung des injizierten Produkts.

ANZAHL DER GERÄTE FÜR SCHWERE MEDIZINISCHE BILDGEBUNG IN BELGIEN (01/01/2018) <sup>[25]</sup>

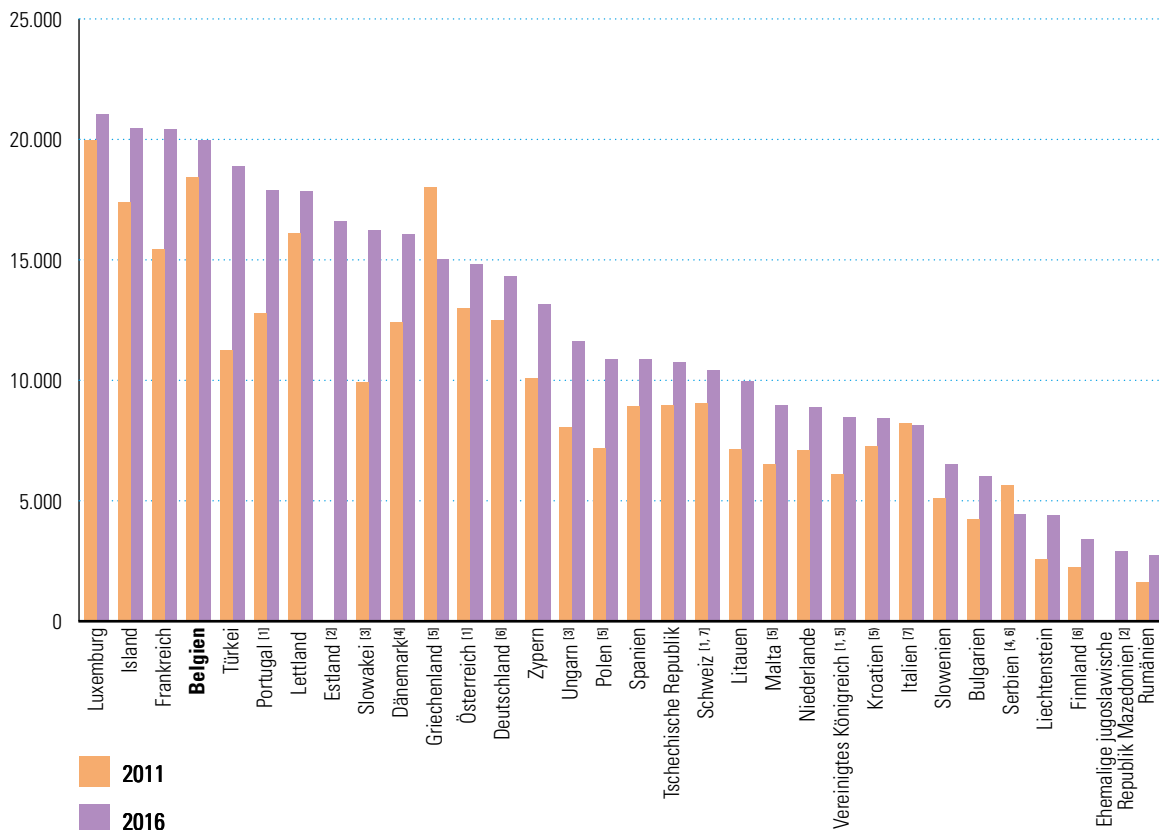


Die oben genannten Techniken haben jeweils ihre Stärken und Schwächen. Es gibt daher keine allgemein gültige Technik. Was für die eine Erkrankung eine gute Bildgebungstechnik ist, muss es nicht unbedingt auch für eine andere sein.

25 Dies betrifft Geräte, die über die erforderlichen Zulassungen und Genehmigungen verfügen und dem FÖD Volksgesundheit gemeldet wurden. Quelle: Kataster Medizinische Bildgebung für schwere Geräte.

Die medizinische Bildgebung hat enorme Fortschritte in der modernen Medizin ermöglicht und spielt eine zunehmend wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem. Allerdings gibt es auch einen Nachteil der häufigen Nutzung von Techniken wie CT-Scans, nämlich die erhöhte Exposition gegenüber ionisierender Strahlung. Im Vergleich zu anderen Ländern werden in unserem Land viele CT-Untersuchungen durchgeführt.

ANZAHL DER COMPUTERTOMOGRAPHIE-SCANS PRO 100.000 EINWOHNER, 2011 UND 2016



Anmerkung: Die Daten für Irland und Schweden sind nicht verfügbar.  
<sup>[1]</sup> Nur Krankenhäuser. <sup>[2]</sup> 2011: nicht verfügbar. <sup>[3]</sup> 2011: abweichende Definition. <sup>[4]</sup> Entwicklungseinbruch. <sup>[5]</sup> 2012 anstatt 2011.  
<sup>[6]</sup> 2015 anstatt 2016. <sup>[7]</sup> 2013 anstatt 2011.  
 Quelle: Eurostat (Code Online-Daten: hlth\_co\_exam)

### MEDIZINISCHE BILDAUFNAHMEN SIND KEINE URLAUBSFOTOS

Um den Sektor und die Bevölkerung über die Bedeutung des richtigen Einsatzes der medizinischen Bildgebung zu informieren, startete der FÖD Volksgesundheit zwischen 2012 und 2016 jährlich die Kampagne mit dem Titel „Medizinische Bildaufnahmen sind keine Urlaubsfotos“.

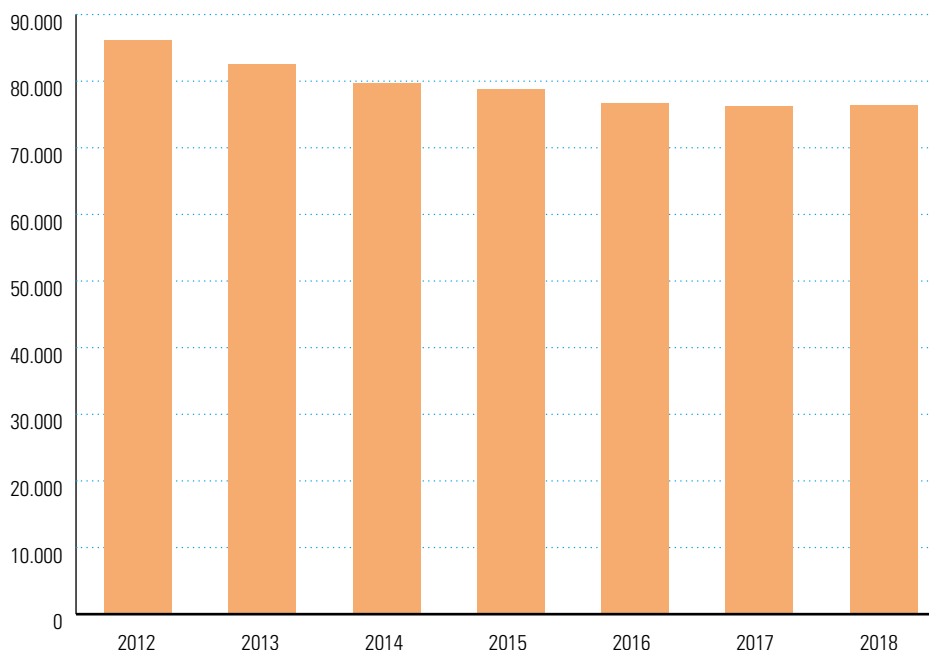
Die Kampagnen hatten eine große Reichweite, sodass die Bürgerinnen und Bürger besser informiert und geneigt waren, sich schneller mit Fragen an ihren Arzt zu wenden <sup>[26]</sup>. Dies zeigte sich unter anderem in einem Rückgang der Zahl der CT-Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren.



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

26 Weitere Informationen zu den Ergebnissen der Umfrage finden Sie hier:  
[http://www.becaremagazine.be/nl\\_NL/2479/39752/belgian\\_medical\\_imaging\\_platform\\_belmip.html](http://www.becaremagazine.be/nl_NL/2479/39752/belgian_medical_imaging_platform_belmip.html)

ANZAHL DER CT-UNTERSUCHUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN  
(0–20 JAHRE)<sup>[27]</sup>



Insgesamt steigt jedoch der Verbrauch von CT-Scans in unserem Land weiter an. Die große Anzahl von CT-Untersuchungen trägt zur Strahlenbelastung der belgischen Bevölkerung bei. Da MRT-Untersuchungen (im Gegensatz zu CT-Untersuchungen) kein Strahlenrisiko darstellen und bei bestimmten Indikationen eine Alternative zu CT-Scans sein können, arbeitet der FÖD Volksgesundheit mit dem LIKIV und Experten aus dem Sektor zusammen, um eine Verlagerung der Nutzung von CT- auf MRT-Untersuchungen zu erreichen. Dabei ist es wichtig, dass das Angebot gut auf die Bedürfnisse abgestimmt ist. Um das Angebot an medizinischen Bildgebungsgeräten objektiv bestimmen zu können, wurde das Verhältnis der Geräteanzahl pro 100.000 Einwohner pro Region berechnet. Um dieses Verhältnis zwischen den verschiedenen Landesteilen auszugleichen, wurde die Anzahl der MRT-Geräte im Jahr 2014 um 12 erhöht ([Vereinbarungsprotokoll vom 24. Februar 2014](#)). Nach Auswertung dieser Erweiterung wurde 2018 beschlossen, die Anzahl der MRT-Geräte erneut zu vergrößern – diesmal um 18 Geräte ([Folgeprotokoll vom 5. November 2018](#)). Innerhalb von zwei bis drei Jahren werden diese neuen Geräte in den Krankenhäusern einsatzbereit sein.

27 Quelle: Rechnungsangaben LIKIV.



## ERFAHREN SIE MEHR ÜBER DATEN IM ZUSAMMENHANG MIT QUALITÄTSINITIATIVEN:

- [BeCare Magazine](#)
- Belgische Kommission für die Koordinierung der Antibiotika-Politik (BAPCOC):
  - [Beratungsgremien](#)
  - [Händehygiene](#)
  - [Sie sind in guten Händen](#)
  - [Antibiotika korrekt verwenden](#)
- [Auf die Entwicklung ausgerichtete Pflege](#)
- [Initiative für ein babyfreundliches Krankenhaus](#)
- [Patientensicherheit](#)
- [ÄrztKollegien](#)
- [Belgisches Handbuch für klinische Audits in der medizinischen Bildgebung](#)
- [Richtlinien für die korrekte Verwendung medizinischer Bildgebung](#)
- [Belgian Quality in Transfusion\(Be-Quint\)](#)
- [Pharmazeutische Pflege](#)
- [Qualité des soins](#)
- [PAQS](#)
- [OECD](#)
- [World Health Organisation](#)



föderaler öffentlicher dienst

**VOLKSGESUNDHEIT,  
SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE  
UND UMWELT**