

Kurzdossier Gesundheitspflege

Allgemeine Krankenhäuser

Volksgesundheit
Sicherheit der Nahrungsmittelkette
Umwelt

Impressum

Betreff:

Auf der Grundlage einiger Schlüsselzahlen gibt dieser Bericht einen kurzen Überblick über die Arbeitsweise von Allgemeinkrankenhäusern. In vier Kapiteln zu den Themen „Organisation“, „Aktivität“, „Finanzierung“ und „Zusammenarbeit: ein Motor für Qualität und Innovation“ werden einige Trends in diesem Sektor des Gesundheitswesens aufgezeigt.

Redaktionsausschuss:

Die Mitglieder der Generaldirektion Gesundheitspflege

Verantwortlicher Herausgeber:

Dirk Ramaekers, Galileelaan 5/2 - 1210 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.gezondheid.belgie.be

Gesetzliche Hinterlegung: D/2024/2196/19

INHALTSANGABE

Organisation 6

Krankenhäuser 6

Krankenhausaktivitäten 7

Partnerschaften zwischen Krankenhäusern 9

AKTIVITÄT 16

Finanzierung 20

Finanzierungsquellen 20

Der Finanzmittelhaushalt 21

Zusammenarbeit: eine Möglichkeit für Qualität und Innovation 25

Herz-Kreislauf-Erkrankungen 25

Schlaganfallpflege 29

Frühgeborene Babys 33

Allgemeine Informationen über Frühgeburten 33

Brustkrebs 37

Seltene Krankheiten 40

Organspende und -transplantation 43

Operation Zero 46

Schlussfolgerung 48

VORWORT

Mit großer Freude stelle ich Ihnen diese neue Ausgabe des „Kurzdossier Gesundheitspflege“ vor, in der wir einen detaillierten Überblick bieten über den Betrieb von Allgemeinkrankenhäusern in Belgien. In dieser Ausgabe wird die entscheidende Rolle der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Akteuren des Gesundheitswesens betrachtet, um eine hochwertige Pflege für alle Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten.

In den letzten Jahren wurden Schritte unternommen, um die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern zu fördern. Lokale, regionale Krankenhausnetzwerke wurden mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu stärken, die Aufgaben effizienter zu verteilen, die Gesundheitsversorgung besser zu koordinieren und den gesellschaftlichen sowie patientenbezogenen Nutzen zu maximieren. Wir arbeiten nach dem Prinzip **„Nahe Pflege wenn möglich, spezialisierte Pflege wenn nötig“** Schließlich sollten alle Bürgerinnen und Bürger Zugang zu einem wohnortnahen Krankenhaus habe.Spezialisierte Pflege sollte jedoch in Referenzzentren zentralisiert werden, damit dort das Fachwissen gebündelt werden kann.

Dieses Prinzip wurde bereits in mehreren Bereichen des Gesundheitswesens angewandt, wie z. B. in der Kardiologie, bei Transplantationen und bei Frühgeburten. Mit diesem Prinzip möchten wir die Effizienz und Qualität der Pflege durch Zusammenarbeit fördern und zu einem stärker integrierten und patientenzentrierten Ansatz beitragen.

In dieser Veröffentlichung stellen wir verschiedene Formen von Partnerschaften vor und erläutern ihre Organisation. Wir sind davon überzeugt, dass gemeinsame Verantwortung und ein gemeinsames Bestreben nach einer vorzüglichen Pflege die Eckpfeiler eines nachhaltigen Gesundheitssystems sind. Wir hoffen, dass die, in dieser Publikation enthaltenen Einblicke und Erkenntnisse zu einem besseren Verständnis des aktuellen Stands der Dinge beitragen und als Anregung für weitere Zusammenarbeit und Innovation in diesem Sektor dienen.

Wir wünschen Ihnen ein bereicherndes und inspirierendes Leseerlebnis.

Mit freundlichem Gruß

Sabine Stordeur

Generaldirektorin GD Gesundheitspflege

1 ORGANISATION

103

Am 1. Januar 2025 gab es in Belgien **103 Allgemeinkrankenhäuser.**

Die Krankenhausnetzwerke **Chorus** in der Region Brüssel-Hauptstadt und Elipse in der Provinz Lüttich zeichnen sich durch die **höchste Anzahl anerkannter Betten** aus.



23

Im Jahr 2025 bestehen in Belgien 23 **lokale und regionale Krankenhausnetzwerke.**

52.317

Am 1. Januar 2025 gab es **52.317 anerkannte Betten.** In den letzten 30 Jahren ist die Zahl der Akutbetten gesunken und die Zahl der anerkannten Betten für die Pflege geriatrischer Patientinnen und Patienten sowie für Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen und chronischen Problemen gestiegen.

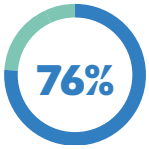
ORGANISATION



1.1 Krankenhäuser

Am 1. Januar 2025 gab es in Belgien 103 Krankenhäuser, darunter 78 traditionelle allgemeine Krankenhäuser, 7 Universitätskliniken und 18 Krankenhäuser mit Universitätscharakter. Ein Krankenhaus kann aus mehreren Standorten bestehen. In Belgien gibt es am 1. Januar 2025 189 Standorte.

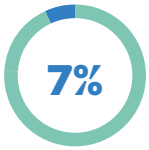
Bei den allgemeinen Krankenhäusern kann man 3 Arten von Krankenhäusern unterscheiden: [1]



„Klassische“ allgemeine Krankenhäuser (76%)

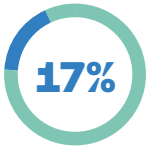
Das sind Krankenhäuser, die Tag und Nacht Patientinnen und Patienten für eine spezialisierte medizinische Versorgung aufnehmen. Um den Begriff des allgemeinen Krankenhauses [2] zu erfüllen, muss ein Krankenhaus über mindestens 150 anerkannte Betten verfügen und eine Abteilung für chirurgische Tätigkeiten und Innere Medizin anbieten, die durch mindestens ein weiteres Fachgebiet wie Geriatrie, Entbindungsstation, Pädiatrie, Neuropsychiatrie oder Rehabilitation ergänzt wird. Außerdem muss es über eine Anästhesiologie Abteilung und Radiologie Abteilung verfügen, sowie über Kernkompetenzen in der klinischen Biologie, einer Abteilung für Rehabilitation, über Grundlageneiner Krankenhausapotheke und über eine Abteilung Palliativversorgung. Darüber hinaus muss ein Arzt permanent anwesend sein.

Zu dieser Kategorie gehören auch einige untypische Krankenhäuser. Im Rahmen der sechsten Staatsreform wurde beschlossen, die Zuständigkeit für die spezialisierten Krankenhäuser (die ausschließlich geriatrische und/oder Rehabilitationsleistungen anbieten) an die föderierten Teilgebiete zu übertragen, mit Ausnahme des Krankenhauses Foyer Horizon (dieses Krankenhaus verfügt nur über Betten für die spezialisierte Palliativversorgung (SP4), für die die Zuständigkeit bei der föderalen Regierung blieb). Damals entschieden sich einige spezialisierte Krankenhäuser zu einer Fusionierung mit einem „klassischen“ Allgemeinkrankenhaus. Andere zogen es vor, ihre Aktivitäten zu erweitern, in der Regel durch zusätzliche psychiatrische Abteilungen. Diese Krankenhäuser gehören heute rechtlich zu den allgemeinen Krankenhäusern, obwohl sie über keine chirurgische oder internistische Abteilung verfügen.



Die Universitätskrankenhäuser (7%)

Die Universitätskrankenhäuser bieten mindestens die gleichen Leistungen an wie klassische allgemeine Krankenhäuser, nehmen aber darüber hinaus auch Patientinnen und Patienten auf, die eine hochspezialisierte Behandlung benötigen. Darüber hinaus hat ein Universitätskrankenhaus auch die Aufgabe, Gesundheitsdienstleister auszubilden, wissenschaftliche Forschung zu betreiben und neue Technologien zu entwickeln. Es ist mit einer Universität mit einer medizinischen Fakultät verbunden, die ein vollwertiges Studium anbietet.



Die allgemeinen Krankenhäuser mit Universitätscharakter (17%)

Dies sind allgemeine Krankenhäuser mit einer Reihe von Universitätsbetten.

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

2 Mit Ausnahme von Krankenhäusern, die nur über spezialisierte Abteilungen für Behandlung und Rehabilitation verfügen, unabhängig davon, ob sie mit Abteilungen für normale Krankenhausaufenthalte oder mit neuropsychiatrischen Abteilungen für die Behandlung erwachsener Patienten verbunden sind oder nicht.

1.2 Krankenhausaktivitäten

Die Aktivitäten der Krankenhäuser werden in, Dienste, Funktionen und Pflegeprogramme unterteilt.

Dienste vereinen diejenigen Aktivitäten, denen ein bestimmter Ort innerhalb des Krankenhauses zugeordnet ist. Es wird unterschieden zwischen Krankenhausdienst, in denen sich die Patientinnen und Patienten aufhalten, und medizinischer oder medizinisch-technischer Dienst, 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 u. a. medizinische Bildgebungsdienste, Humangenetikzentren, Strahlentherapieadienst und Nierendialysezentren.

Funktionen sind Krankenhausaktivitäten, die allen Krankenhausdiensten zur Verfügung stehen. Verschiedene Funktionen unterliegen spezifischen Normen und Kontrollen durch die zuständige Gemeinschaft oder zuständige Region. Zu den anerkannten Funktionen gehören unter anderem die Krankenhausapotheke, die Palliativmedizin, die Einheiten für Intensivpflege und die Notaufnahme.

Pflegeprogramme können als organisatorischer Rahmen für die Umsetzung von „Pflegeverläufen" für eine spezifische Zielgruppe von Patientinnen und Patienten definiert werden. Sie sind Kombinationen von Krankenhausdienst, medizinischen oder medizinisch-technischen Diensten und Funktionen, die für eine qualitativ hochwertige Pflege erforderlich sind.

Derzeit gibt es mehrere Pflegeprogramme:

- Das Pflegeprogramm „Herzpathologie"
- Das Pflegeprogramm „Reproduktionsmedizin"
- Das onkologische Pflegeprogramm einschließlich des spezialisierten Pflegeprogramme für Brustkrebs und pädiatrische Hämato-Onkologie
- Das Pflegeprogramm für Kinder
- Das Pflegeprogramm für geriatrische Patientinnen und Patienten
- Das Pflegeprogramm „Schlaganfallpflege"

Erfahren Sie mehr über den Standort und die Leistungen der verschiedenen Krankenhäuser:
https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen

Arten von KrankenhausdiensteAbteilung

Jeder Dienstinnerhalb eines Krankenhauses muss anerkannt sein und spezifische Standards erfüllen, einschließlich Mindestbettkapazität, erforderlicher Tätigkeitsumfang, technische Ausstattung sowie Art und Anzahl des medizinischen-, paramedizinischen- und des Pflegepersonals.

Jedem Dienstwird ein Kennbuchstabe zugeordnet, der die Untergruppe der Patientinnen und Patienten identifiziert. Für einen besseren Überblick unterteilen wir die verschiedenen Dienstenach der Art der Erkrankungen, die hier behandelt werden:

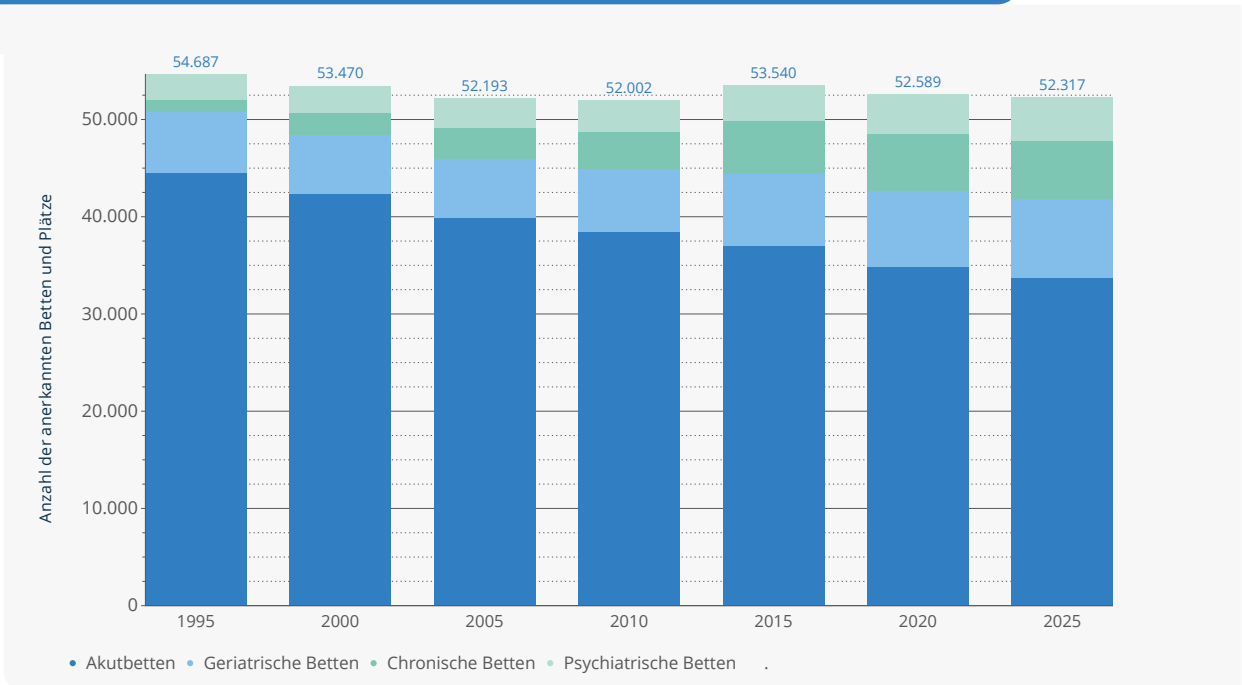
- **Akutbetten:** sind Betten für die Aufnahme von relativ kurzer Dauer: z. B. Betten für die Chirurgie (Kennbuchstabe C), die Innere Medizin (Kennbuchstabe D), die Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E), die Intensiv-Neonatologie (Kennbuchstabe NIC), die Entbindungsstation (Kennbuchstabe M), die Behandlung von Infektionskrankheiten (L) und von Tuberkulose (B).
- **Geriatrische Betten:** sind Betten für die Pflege von geriatrischen Patientinnen und Patienten (Kennbuchstabe G).
- **Chronische Betten:** sind Betten, die für längerfristige Krankenhausaufenthalte bestimmt sind oder für Patientinnen und Patienten, die eine chronische Behandlung benötigen: z. B. Rehabilitation (Kennbuchstabe S1 für kardiopulmonäre Erkrankungen, S2 für Bewegungsstörungen, S3 für neurologische Erkrankungen, S5 für chronische Mehrfachpathologien und S6 für psychogeriatrische Erkrankungen) sowie Betten, die für die Palliativpflege (Kennbuchstabe S4) bestimmt sind.
- **Psychiatrische Betten und Plätze:** sind Betten und Plätze, die für die Betreuung von Patientinnen und Patienten, mit psychischen Störungen bestimmt sind, möglicherweise nur tagsüber oder nachts: z. B. Betten oder Plätze zur Beobachtung und neuropsychiatrische Behandlung von Erwachsenen (Kennbuchstabe A, a1, a2, T und t1) oder von Kindern (Kennbuchstabe K, k1 und k2).

Entwicklung der Anzahl an anerkannten Krankenhausbetten

Am 1. Januar 2025 gab es in Belgien 52.317 anerkannte Betten. Die Alterung der Bevölkerung und die Fortschritte in der medizinischen Versorgung spiegeln sich in der Entwicklung der Zahl der anerkannten Krankenhausbetten wider. In den letzten 30 Jahren wurde in den belgischen Krankenhäusern ein Rückgang von insgesamt 2.370 anerkannten Betten oder 4 % beobachtet.[3]

„In den letzten 30 Jahren wurde in den belgischen Krankenhäusern ein Rückgang von 4 % der anerkannten Betten beobachtet.“

Entwicklung der Anzahl an anerkannten Krankenhausbetten in allgemeinen Krankenhäusern



3 Quelle: FÖD Volksgesundheit (2025, 1. Januar). *Hospital Infrastructure Repository* (HIR). [Datensatz]; die im Rahmen des so genannten 107-Artikels außer Betrieb genommenen psychiatrischen Betten sind in diesen Zahlen enthalten.

Seit 1995 ist die Zahl der anerkannten Akutbetten um 24 % zurückgegangen, was auf die kürzere Verweildauer der Patientinnen und Patienten bei bestimmten Erkrankungen und Behandlungen zurückzuführen ist. Entgegen diesem Trend in allgemeinen Krankenhäusern stieg die Anzahl der geriatrischen Betten um 30 %, die der chronischen Betten um ganze 371 % und die Anzahl der psychiatrischen Betten um 71 %. Dieser Anstieg lässt sich zum Teil durch die Fusionen von Allgemeinkrankenhäusern mit Fachkrankenhäusern infolge der sechsten Staatsreform im Jahr 2014 erklären. Außerdem wird die Zahl der anerkannten psychiatrischen Betten und Plätze angegeben. Diese Zahl ist höher als die tatsächliche Zahl der verfügbaren Plätze, da einige dieser Betten zugunsten der Finanzierung alternativer Pflegeformen, z. B. für mobile Teams für die spezialisierte Pflege in der häuslichen Umgebung oder für die Intensivierung der häuslichen Pflege, außer Betrieb genommen wurden.[4] Darüber hinaus ist es möglich, dass bei anderen Bettenarten die Zahl der anerkannten Betten höher ist als die tatsächliche Zahl der verfügbaren Betten, z. B. aufgrund von Personalmangel.

1.3 Partnerschaften zwischen Krankenhäusern



In einer Zeit, in der das Gesundheitswesen vor immer komplexeren Herausforderungen steht, wird die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern immer wichtiger. Diese Partnerschaften, die vom Wissensaustausch bis hin zu gemeinsamen Pflegeinitiativen reichen, bieten eine einzigartige Gelegenheit, die Qualität der Patientenpflege zu verbessern und die Effizienz innerhalb des Sektors zu steigern. In diesem Kapitel werden verschiedene Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern erörtert.

Krankenhausvereinigung

Eine Krankenhausvereinigung ist eine rechtlich formalisierte Partnerschaft zwischen zwei oder mehreren Krankenhäusern. In einer solchen Vereinigung schließen sie sich zusammen, um gemeinsam ein oder mehrere Pflegeprogramme, Krankenhausleistungen, Funktionen, , medizinische Leistungen, medizinisch-technische Leistungen oder technische Leistungen zu verwalten. Im Vereinigungsvertrag wird detailliert beschrieben, welche Tätigkeiten innerhalb der Vereinigung und in welchem Bereich der Pflege durchgeführt werden. Der Zweck einer Vereinigung besteht darin, die Nutzung der verfügbaren Ressourcen zu optimieren und ein doppeltes Pflegeangebot zu vermeiden. Dadurch wird die Qualität der Pflege sichergestellt und gleichzeitig der Betrieb und die Infrastruktur der teilnehmenden Krankenhäuser optimiert.

- Beispiel: Das AZ Klina in Brasschaat schließt sich mit dem AZ Voorkempen in Malle zusammen, um ein Dialysezentrum zu betreiben.
- Beispiel: Die Clinique CHC und das Hôpital de La Citadelle in Lüttich haben die Anerkennung für eine Vereinigung erhalten, in der sie gemeinsam eine Abteilung betreiben, in der ein PET-Scanner eingerichtet wurde.

Möchten Sie mehr erfahren?
Königlicher Erlass zur genaueren Beschreibung einer Krankenhausvereinigung und der besonderen Normen, denen sie entsprechen muss

4 Weitere Informationen hierzu finden Sie in der Veröffentlichung „Kurzdossier Gesundheitspflege – Geistige Gesundheitspflege“.

Krankenhausgruppierung

Eine Krankenhausgruppierung ist eine anerkannte dauerhafte Partnerschaft zwischen Krankenhäusern, die nicht weiter als 25 Kilometer voneinander entfernt sind. Innerhalb einer solchen Gruppierung vereinbaren die Krankenhäuser Arbeitsteilung und Komplementarität in Bezug auf Leistungsangebot, Disziplinen oder Ausstattung. Ziel ist es, den Bedürfnissen der Bevölkerung besser gerecht zu werden und die Qualität der Gesundheitspflege zu verbessern.

➔ Beispiel: Die Sint-Jozefskliniek Izegem und das AZ Groeninge Kortrijk haben seit dem 12. Februar 2024 eine Anerkennung als Krankenhausgruppierung.

➔ Beispiel: Die folgenden Krankenhäuser wurden am 21. März 2024 als Krankenhausgruppierung anerkannt: CHU Helora - Site Jolimont-Lobbes, CHU Helora - Site Constantinople Mons - Warquignies, CHU Helora - Site Nivelles-Tubize, CHU Helora - Hopital De Mons.

Möchten Sie mehr erfahren?
Königlicher Erlass zur Festlegung zusätzlicher Normen für die Anerkennung von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen sowie zur näheren Bestimmung von Krankenhausgruppierungen und der besonderen Normen, die sie erfüllen müssen.

Fusion

Bei einer Krankenhausfusion werden zwei oder mehr bisher getrennt anerkannte Krankenhäuser, die nicht mehr als 35 Kilometer voneinander entfernt sind, unter einer einzigen Verwaltungseinheit mit einer einzigen Anerkennung zusammengefasst. Die Regelungen gewährleisten eine ausgewogene Verteilung der Leistungen und Funktionen auf die verschiedenen Standorte der fusionierten Krankenhäuser.

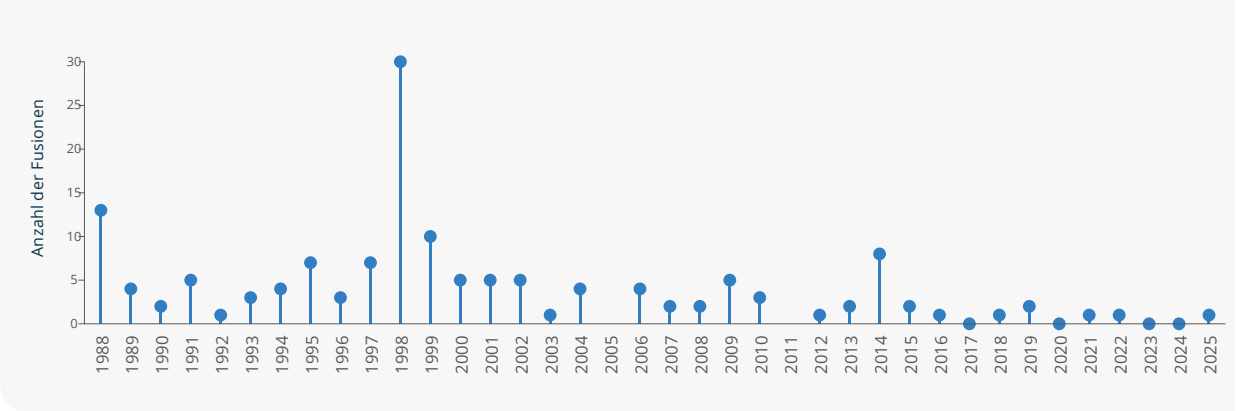
Im Laufe der Zeit kam es in Belgien zu mehreren Fusionswellen. Diese wurden u. a. durch Gesetzesänderungen angekurbelt. Im Jahr 1998 wurden die Krankenhäuser durch Folgendes zu einer freiwilligen Fusion ermutigt:

- die Abschaffung der Pflichtabgabe von 5 % der Gesamtbettenzahl;
- die Vergrößerung der zulässigen Entfernung zwischen fusionierenden Krankenhäusern von 10 km auf 35 km.

Im Jahr 2014 fusionierten einige Krankenhäuser im Zuge der sechsten Staatsreform.

Weitere Gründe für Fusionen sind die Vereinfachung der Zusammenarbeit, Kosteneinsparungen, Effizienzsteigerungen und die Verbesserung der Pflegequalität.

Entwicklung der Fusionen von Allgemeinkrankenhäusern in Belgien



Möchten Sie mehr erfahren?
Königlicher Erlass zur genaueren Beschreibung einer Krankenhausfusion und der besonderen Normen, denen sie entsprechen muss

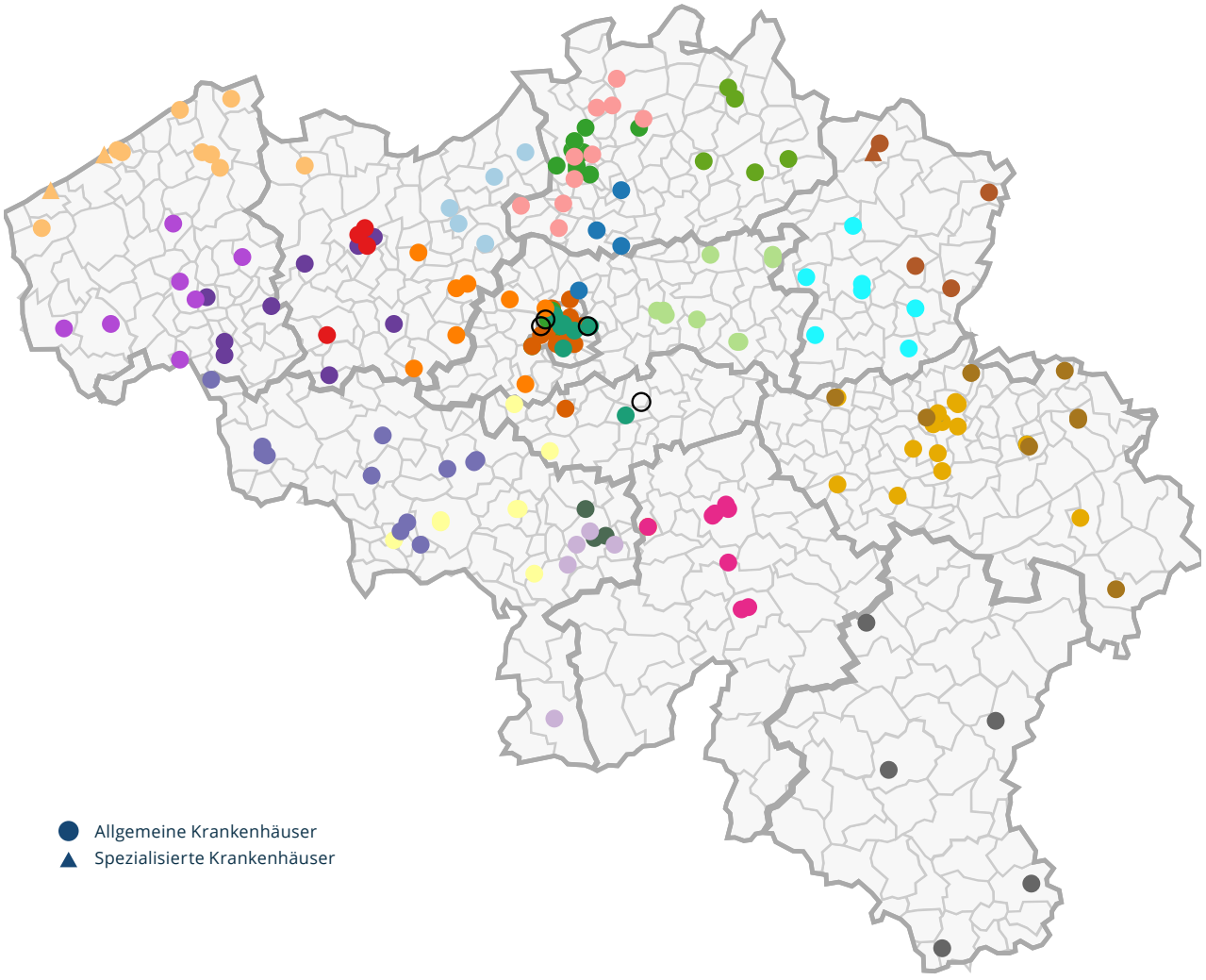
Krankenhausnetzwerke

Die Schaffung lokoregionaler Krankenhausnetzwerke soll die Krankenhäuser dazu ermutigen, Ressourcen effizienter einzusetzen, Investitionen zu teilen und die Arbeitsteilung auf der Grundlage von Fachwissen zu fördern.

Was sind lokoregionale Netzwerke?

Seit dem 1. Januar 2020 muss jedes Allgemeinkrankenhaus einem einzigen lokoregionalen Krankenhausnetzwerk angehören.[5] In Flandern dürfen maximal 13 Netzwerke gebildet werden, in der Wallonie acht und in Brüssel vier. Das lokoregionale Krankenhausnetzwerk hat den Auftrag, das lokoregionale Versorgungsangebot innerhalb seines Netzwerks zu organisieren.

Im Jahr 2025 gibt es in Belgien 23 annerkannte lokoregionale Krankenhausnetzwerke.



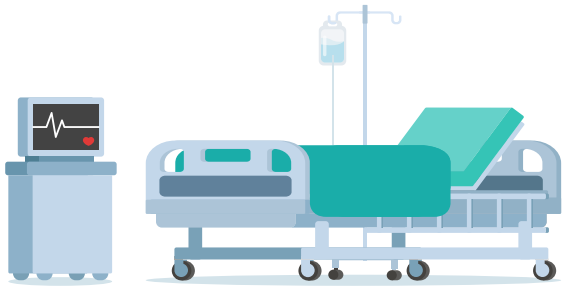
- Allgemeine Krankenhäuser
- Spezialisierte Krankenhäuser

- Ziekenhuisnetwerk Mira Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Briant Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Plexus Vzw
- Netwerk Zas Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Helix Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Gent Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kom Vzw - Kust-Ommeland-Meetjesland
- Ziekenhuisnetwerk Curoz Vzw
- Reseau Humani Sante
- E17 Ziekenhuisnetwerk Vzw
- Reseau Hospitalier Helora
- Ziekenhuisnetwerk Noord-Oost Limburg Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Andreaz
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional H.Uni
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional Chorus
- Reseau Phare
- Reseau Hospitalier Namurois (Rhn)
- Ziekenhuisnetwerk Kempen Vzw
- Elipse, Reseau Hospitalier Universitaire
- Reseau Move
- Reseau Rhcl Vivalia
- Reseau Hospitalier De Charleroi Metropole
- Ziekenhuisnetwerk Triaz Vzw
- Nicht zu einem Netzwerk gehörig

5 Ausgenommen sind psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser, die nur psychiatrische Krankenhausabteilungen (Kennbuchstabe A, T oder K) zusammen mit spezialisierten Behandlungs- und Rehabilitationsabteilungen (Kennbuchstabe SP) oder einer geriatrischen Abteilung (Kennbuchstabe G) anbieten. Zwei Krankenhäuser, die der föderalen Befugnist unterliegen, fallen unter die letztgenannte Ausnahme und sind nicht Teil eines lokoregionalen Krankenhausnetzwerks. Dies betrifft die Krankenhäuser Silva Médical und Valisana.

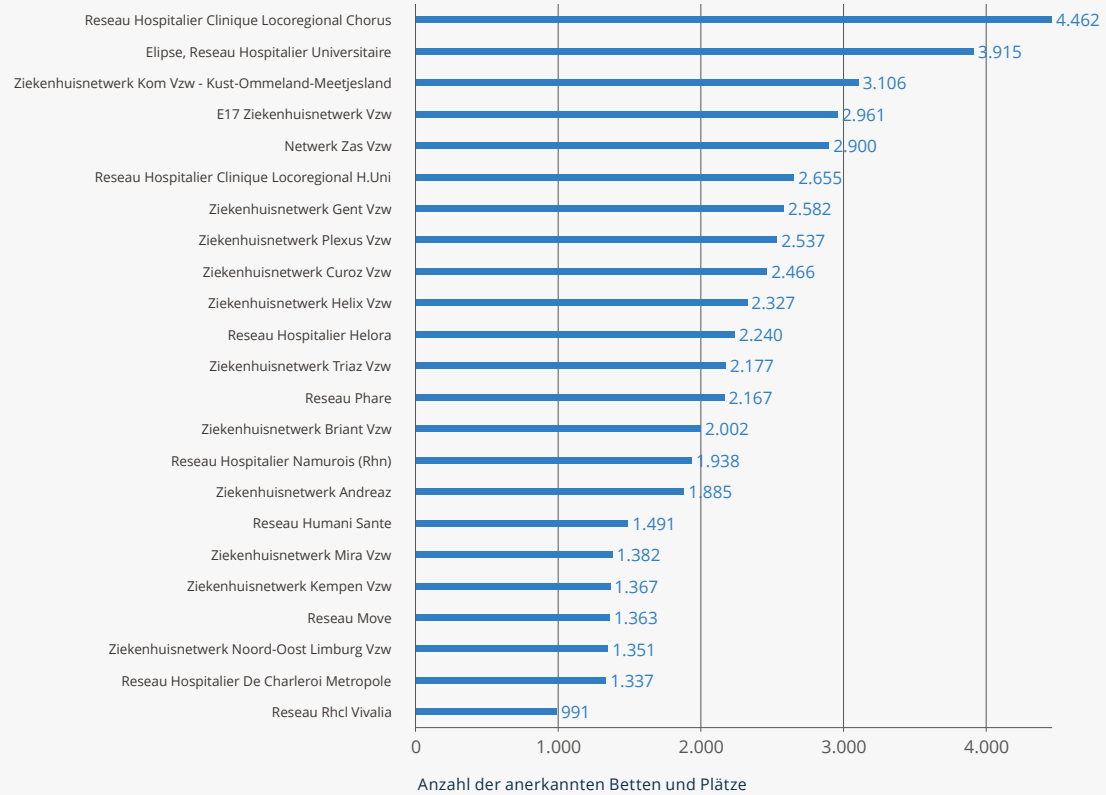
Ziel der Arbeit mit lokoregionalen Netzwerken ist es, einen angepassten Rahmen zu schaffen, der die Zusammenarbeit in diesem Sektor fördert. Es wird angestrebt, dass die Krankenhäuser weiterhin die für ihren Versorgungsbereich erforderliche Versorgung anbieten, und zwar in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern ihres Netzwerks. Die Krankenhäuser innerhalb eines Netzwerks können sich dafür entscheiden, verschiedene Dienste und Pflegepakete in Form von Shared Services zusammenzufassen, wodurch sichergestellt wird, dass die Ressourcen effizienter genutzt werden können, indem z. B. gemeinsame Einkäufe getätigt oder schwere Geräte oder Infrastrukturen gemeinsam betrieben werden.

Die Maßnahmen zielen darauf ab, die Attraktivität lokaler Krankenhausnetzwerke für Fachkräfte sowie Patientinnen und Patienten durch Verbesserung der Qualität und Spezialisierung zu erhöhen. Durch die Zusammenarbeit mit Referenzzentren, die eine überregionale Versorgung anbieten, können Patientinnen und Patienten nach einer komplexen Behandlung in einem lokoregionalen Krankenhaus in der Nähe ihres Wohnorts weiterbehandelt werden.



Das nachstehende Diagramm zeigt die Größe der einzelnen Netzwerke nach der Anzahl der anerkannten Betten. Die Netzwerke Chorus und Elipse verfügten am 1. Januar 2025 mit 4.462 bzw. 3.915 Betten über die höchste Zahl an anerkannten Betten.[6]

Anzahl der anerkannten Betten pro lokoregionalem Krankenhausnetzwerk



Möchten Sie mehr erfahren?

Integration des Gesetzes zur Änderung des koordinierten Gesetzes vom 10. Juli 2008 über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die klinische Vernetzung von Krankenhäusern

6 Der in der Grafik dargestellte Anzahl gibt die Anzahl der anerkannten Betten im Krankenhausnetzwerk im Verhältnis zur Gesamtzahl der anerkannten Betten in allen belgischen allgemeinen Krankenhäusern unter föderaler Zuständigkeit an, die Teil eines lokoregionalen Krankenhausnetzwerks sind. Das Krankenhausnetzwerk KOM und das Krankenhausnetzwerk Nordost-Limburg verfügen in Wirklichkeit über mehr Betten, da spezialisierte Krankenhäuser, die nicht unter föderale Zuständigkeit fallen, ebenfalls Teil des Krankenhausnetzwerks sind.

Gemeinsam an Pflegeaufgaben arbeiten

„Nahe Pflege wenn möglich, spezialisierte Pflege wenn nötig“



Die Reform hin zu lokoregionalen Krankenhausnetzwerken beruht auf zwei Säulen: **„Nahe Pflege wenn möglich, spezialisierte Pflege wenn nötig“**. Mit anderen Worten: Die Regierung möchte sicherstellen, dass die Pflege so nah wie möglich am Wohnort erbracht wird, wo immer dies möglich ist, aber auch, dass unter Qualitätsgesichtspunkten die hochspezialisierte Pflege eher konzentriert wird. Hierfür wurde eine Untergliederung der Pflege vorgenommen, die die Pflege in lokoregionale und überregionale Pflegeaufträge unterteilt.

1. Lokoregionale Pflegeaufträge

Dies sind die Pflegeaufträge, die in jedem regionalen Krankenhausnetzwerk angeboten werden müssen. Darunter verstehen wir zum einen allgemeine Pflegeaufträge für klassische Operationen und Erkrankungen, wie z. B. eine Notaufnahme, einen Dienst für Geriatrie oder Pädiatrie usw., die in jedem Krankenhaus angeboten werden können. Andererseits umfasst die lokoregionale Pflege spezialisierte Pflegeaufträge, bei denen die Patientinnen und Patienten über einen bestimmten Zeitraum regelmäßig das Krankenhaus aufsuchen müssen. Dazu gehören die Nierendialyse, das onkologische Versorgungsprogramm und die Schlaganfallpflege. Diese Leistungen müssen in jedem Krankenhausnetzwerk angeboten werden, aber nicht in jedem Krankenhaus.

2. Überregionale Pflegeaufträge

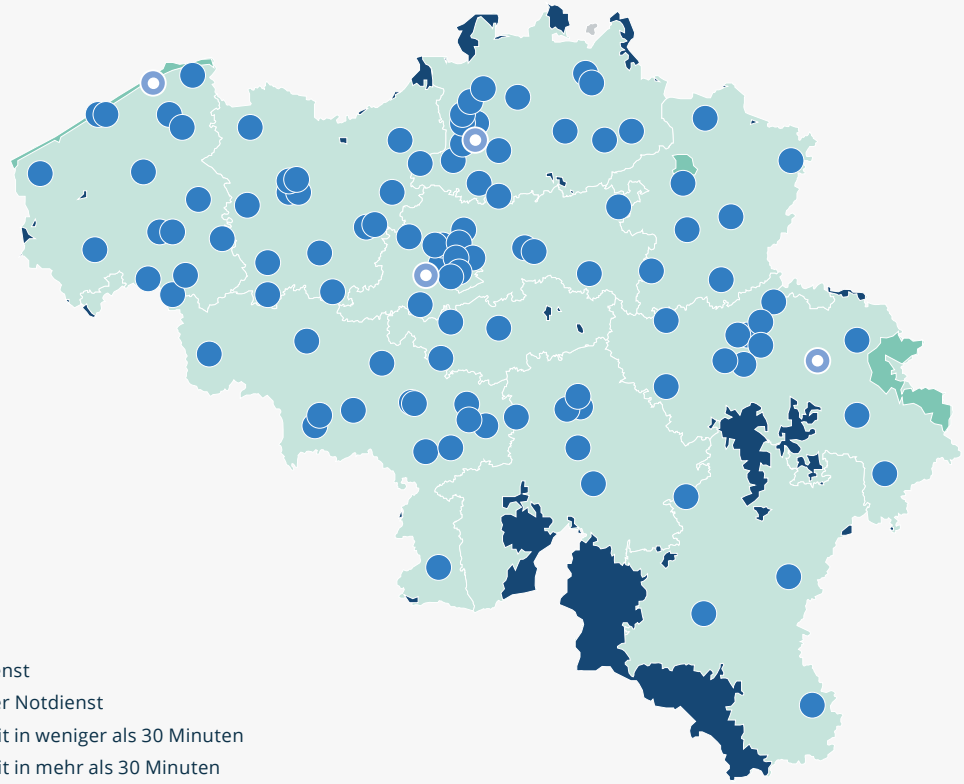
Hier geht es um Pflegeaufträge für eine kleine Gruppe von Personen, die erhebliche Fachkenntnisse und/oder Investitionen erfordern. Diese Pflege darf nicht in allen Netzwerken angeboten werden, sondern muss in überregionalen Referenzzentren konzentriert werden. Dazu gehören spezialisierte Schlaganfallpflege,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

Im 2022 wurde der Königliche Erlass veröffentlicht, in dem die lokoregionalen und überregionalen Pflegeaufträge für Krankenhausnetzwerke aufgeführt sind. Mit diesem KE über die Qualifizierung von Pflegeaufträgen wird auch ein organischer, föderaler Anerkennungsstandard geschaffen. Dieser Standard besagt, dass es möglich sein muss, lokoregionale Pflegeaufträge mit einer Anfahrtszeit von 30 Minuten für 90 % der Einwohnerinnen und Einwohner im Einzugsbereich des Krankenhausnetzwerkes anbieten zu können.



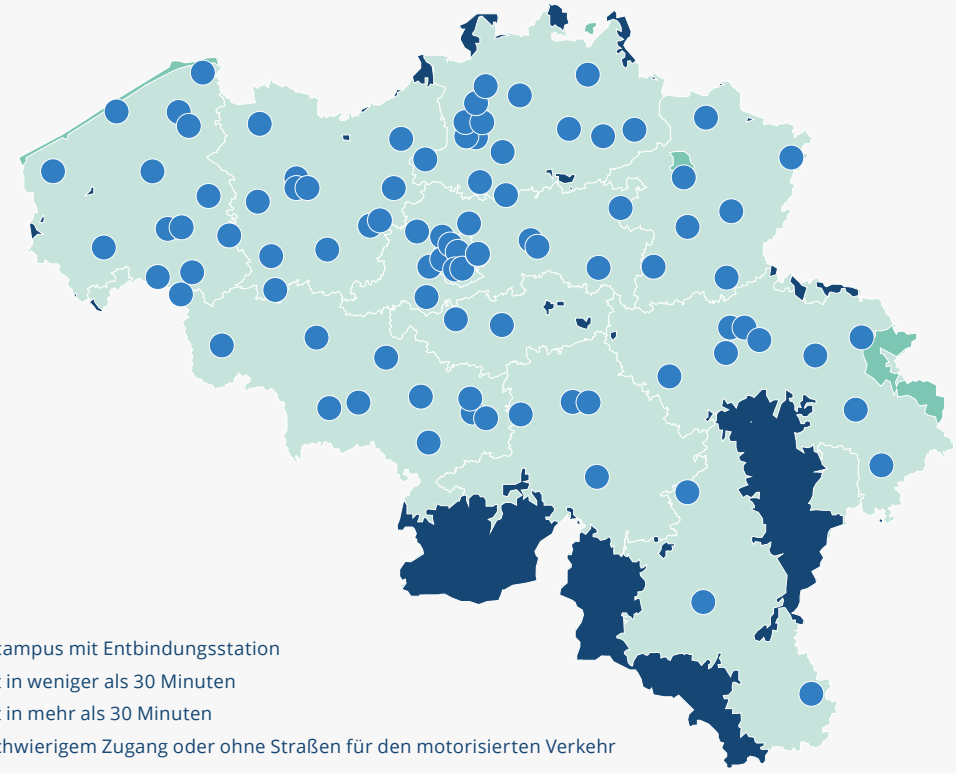
Die beiden nachstehenden Karten veranschaulichen die Erreichbarkeit von lokoregionalen Pflegeaufträgen im Bereich der Entbindungs- und Notfallpflege. Es ist festzustellen, dass insbesondere in den Grenzgebieten sowie in einigen Gebieten im Süden des Landes die Erreichbarkeit dieser Aufträge nicht innerhalb von 30 Minuten gewährleistet werden kann.

Erreichbarkeit der Notaufnahme innerhalb von 30 Minuten (12.05.2025)



- Erster Notdienst
- Spezialisierter Notdienst
- Erreichbarkeit in weniger als 30 Minuten
- Erreichbarkeit in mehr als 30 Minuten
- Gebiete mit schwierigem Zugang oder ohne Straßen für den motorisierten Verkehr

Erreichbarkeit der Entbindungsstation innerhalb von 30 Minuten (12.05.2025)



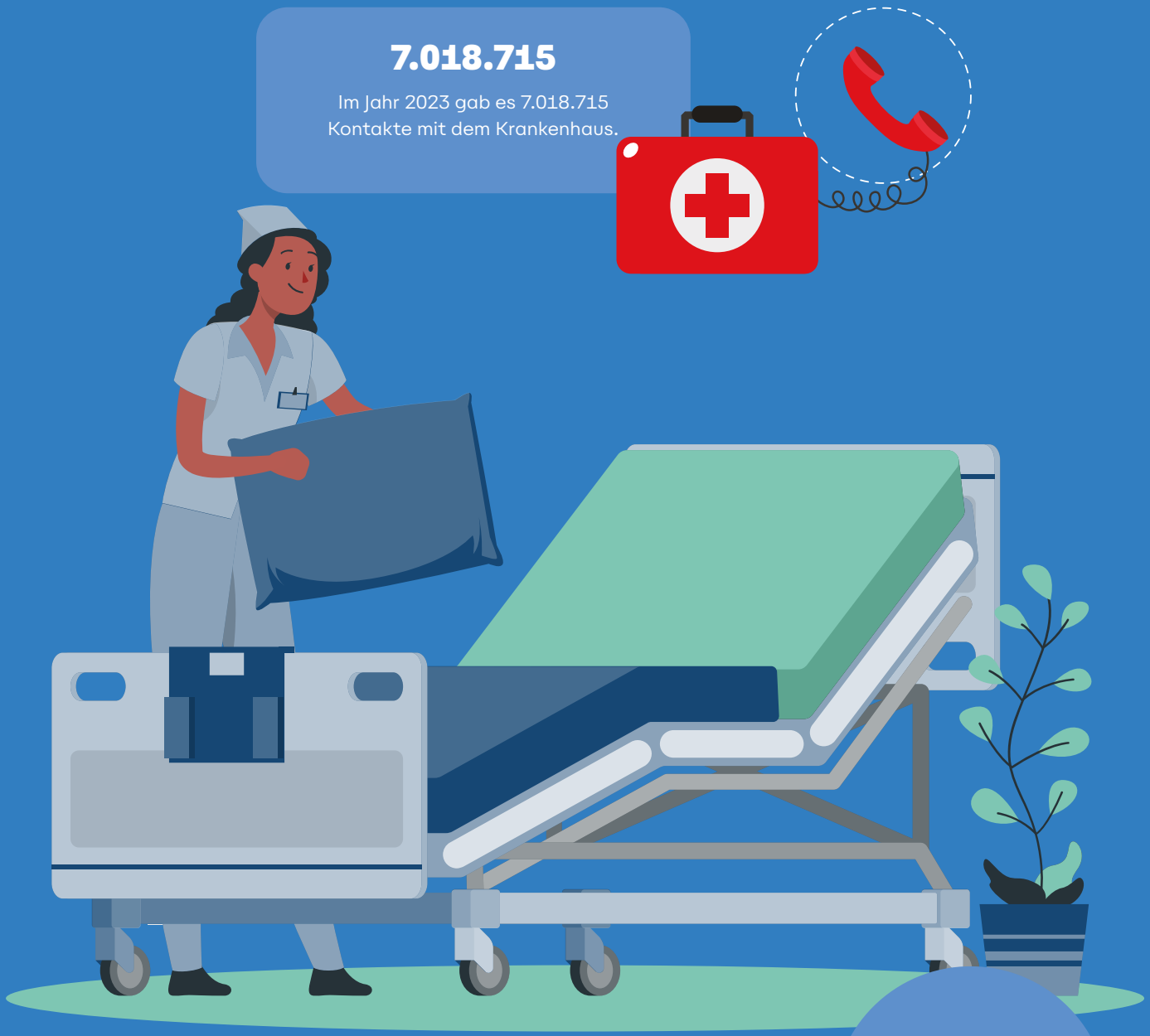
- Krankenhauscampus mit Entbindungsstation
- Erreichbarkeit in weniger als 30 Minuten
- Erreichbarkeit in mehr als 30 Minuten
- Gebiete mit schwierigem Zugang oder ohne Straßen für den motorisierten Verkehr

Möchten Sie mehr erfahren?
https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2022/11/23/2022033610/justel

2 AKTIVITÉ

7.018.715

Im Jahr 2023 gab es 7.018.715 Kontakte mit dem Krankenhaus.



Im Jahr 2023 gab es **1.749.272** klassische Krankenhausaufenthalte, **2.509.933** Tagesklinikaufenthalte und **2.759.510** ambulante Kontakte mit der Notaufnahme.

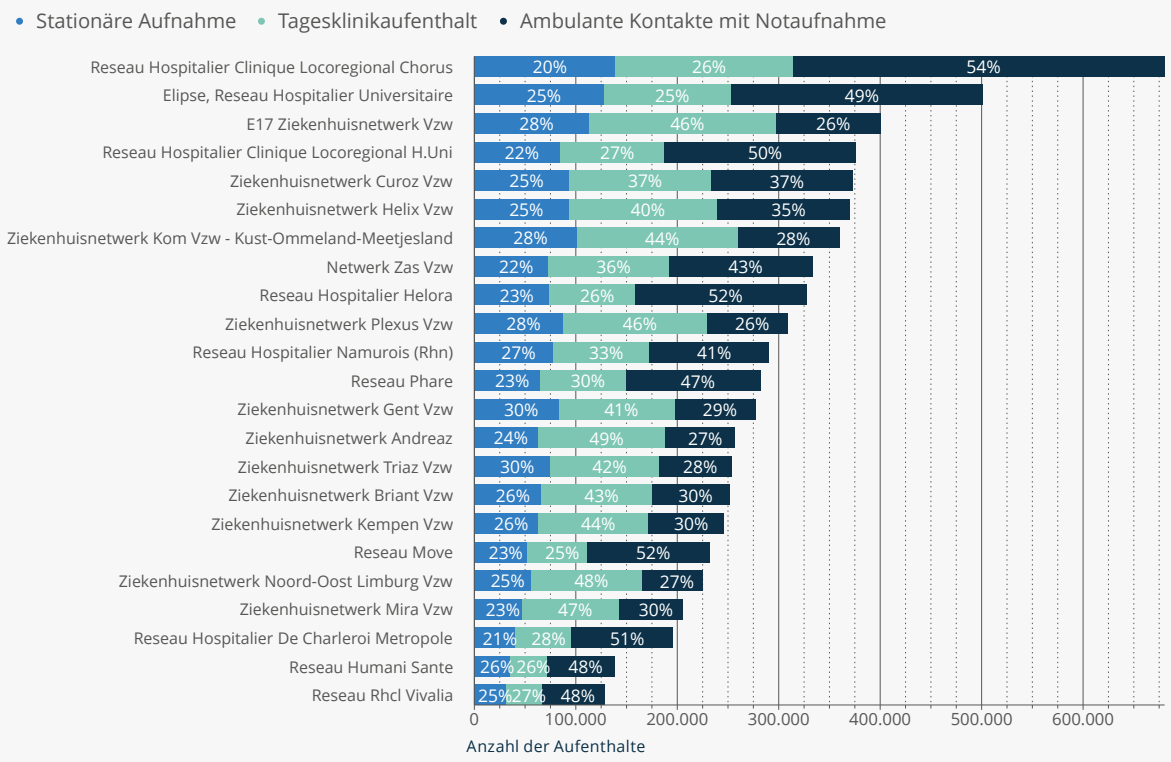
Die Aktivität in den Krankenhausnetzwerken Chorus und Elipse war am höchsten.

Ungefähr die Hälfte der Krankenhausaktivitäten dieser beiden Netzwerke entfällt auf ambulante Kontakte mit der Notfallaufnahme.

AKTIVITÄT

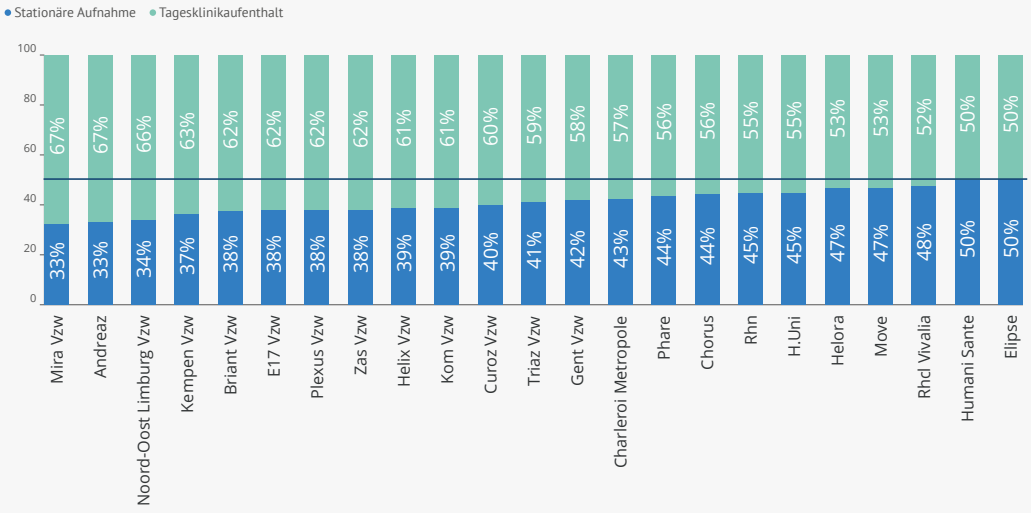
Im Jahr 2023 wurden insgesamt 7.018.715 Kontakte mit dem Krankenhaus verzeichnet. Dabei unterscheiden wir 1 749 272 klassische Krankenhausaufenthalte, 2.509.933 Tagesklinikaufenthalte und 2.759.510 ambulante Kontakte mit der Notaufnahme.[7] Die Netzwerke Chorus und Elipse verzeichnen die höchste Anzahl an Patientenkontakten. Dies sind auch die Krankenhausnetzwerke mit der höchsten Anzahl an anerkannten Betten. Die Hälfte der Krankenhausaktivitäten dieser beiden Netzwerke besteht aus ambulanten Kontakten mit der Notaufnahme.

Anzahl der Aufenthalte nach Art des Krankenhausaufenthalts pro Krankenhausnetzwerk im Jahr 2023



Vergleicht man den Anteil der klassischen und der tagesklinischen Aufenthalte, so stellt man fest, dass die Krankenhausnetzwerke im Jahr 2023 einen Anteil von tagesklinischen Behandlungen zwischen 50 % und 67 % verzeichneten.

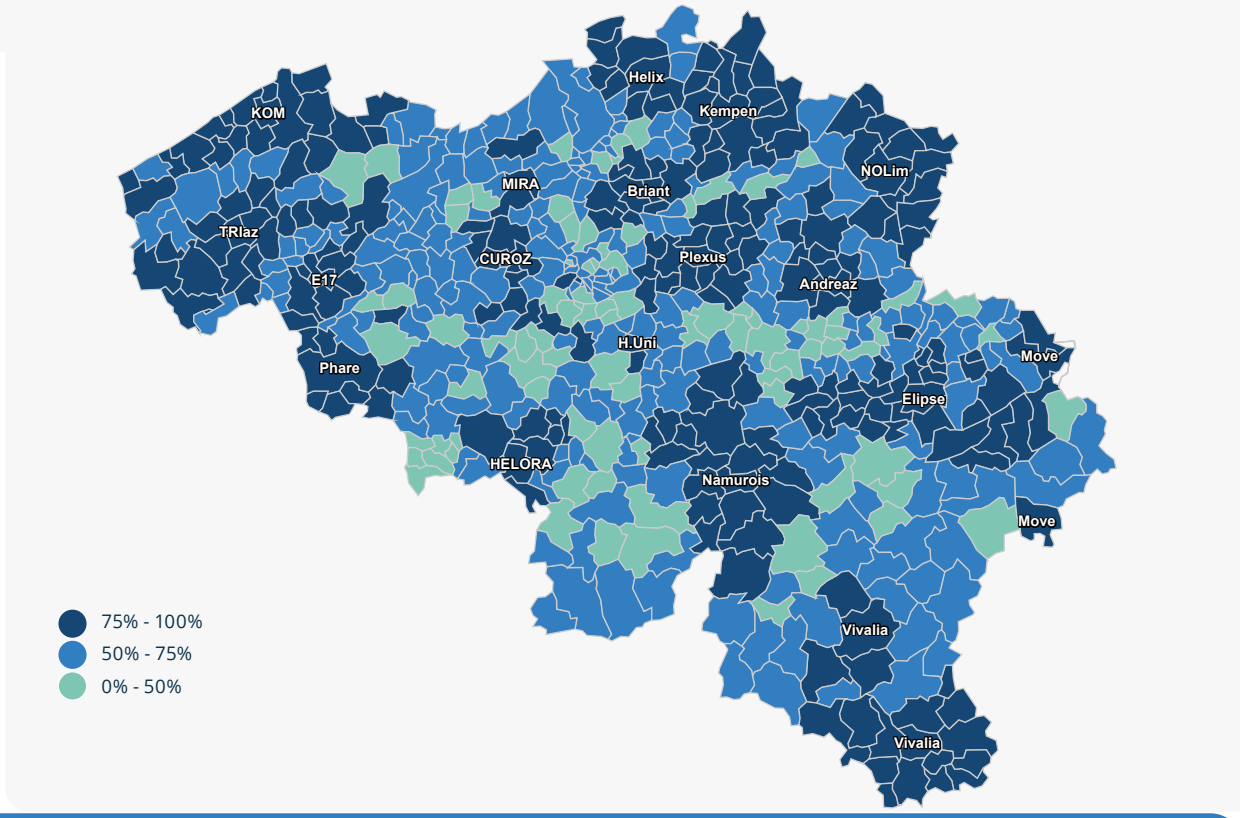
Anteil der stationären Aufnahme im Vergleich zur Tagesklinikaufenthalt pro Krankenhausnetzwerk



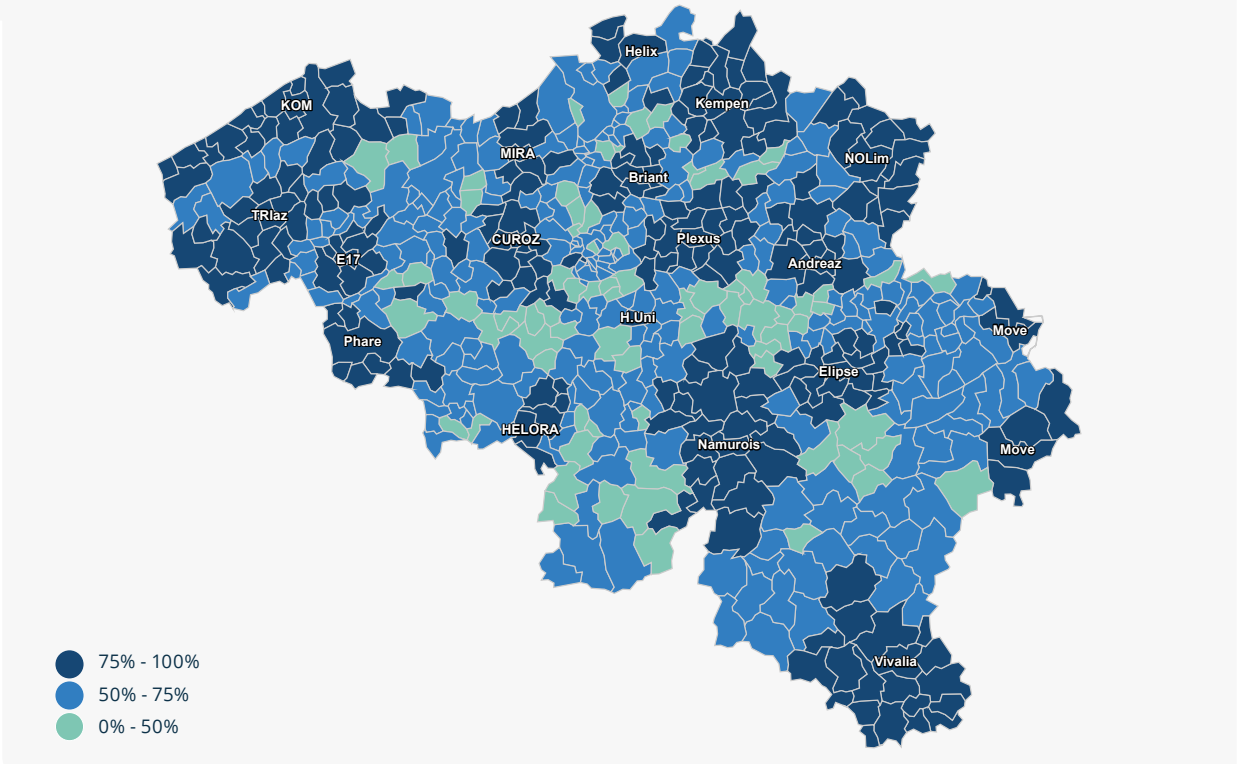
7 Quelle: FÖD Volksgesundheit. (ohne Datum) *Minimale Krankenhausdaten* (MKD). [Datensatz Folgende Arten von Aufenthalten wurden nicht aufgenommen: unbeendete Aufenthalte (mit Ausnahme des ersten Teils eine Langzeitaufenthalts), komplett psychiatrische Aufenthalte, Aufenthalte von Neugeborenen, für die der Aufenthalt nicht in Rechnung gestellt wurde, Aufenthalte, bei denen das Geschlecht des Patienten nicht bestimmt werden kann, Tagesaufenthalte im Krankenhaus, für die eine minimale oder keine Pauschale berechnet wurde. Außerdem wurden ambulante Kontakte mit dem Krankenhaus außerhalb der Notaufnahme nicht in die Zahlen aufgenommen.

Es ist zu beobachten, dass in bestimmten Regionen die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten dasselbe lokoregionale Krankenhausnetzwerk aufsucht. Die Bewohnerinnen und Bewohner der dunkelblauen Zonen in der Karte unten gehen in 75 bis 100 % der Fälle in das gleiche Krankenhausnetzwerk. In den hellblaue und grüne Zonen ist die Auswahl an Netzwerken vielfältiger. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in ein und derselben Region Krankenhäuser verschiedener Netzwerke angesiedelt sind.

Prozentsatz der Patientinnen und Patienten, die innerhalb einer Gemeinde für eine klassische Hospitalisierung dasselbe Krankenhausnetzwerk aufsuchen.

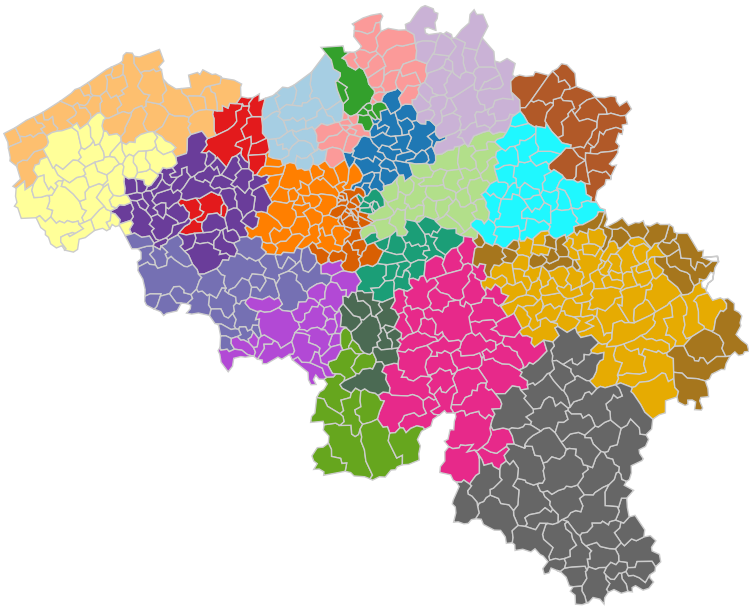


Prozentsatz der Patientinnen und Patienten, die innerhalb einer Gemeinde für eine Tagesklinikaufenthalt dasselbe Krankenhausnetzwerk aufsuchen.



Die nachstehende Karte zeigt pro Gemeinde an, an welches Krankenhausnetzwerk sich die meisten Patientinnen und Patienten wenden.

Geografische Darstellung des regionalen Krankenhausnetzwerks mit dem größten Marktanteil für eine klassische Hospitalisierung



- Ziekenhuisnetwerk Mira Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Briant Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Plexus Vzw
- Netwerk Zas Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Helix Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Gent Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kom Vzw - Kust-Ommeland-Meetjesland
- Ziekenhuisnetwerk Curoz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kempen Vzw
- E17 Ziekenhuisnetwerk Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Triaz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Noord-Oost Limburg Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Andreaz
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional H.Uni
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional Chorus
- Reseau Phare
- Reseau Hospitalier Namurois (Rhn)
- Reseau Humani Sante
- Elipse, Reseau Hospitalier Universitaire
- Reseau Move
- Reseau Rhcl Vivalia
- Reseau Hospitalier De Charleroi Metropole
- Reseau Hospitalier Helora

Geografische Darstellung des regionalen Krankenhausnetzwerks mit dem größten Marktanteil für eine Tagesklinikaufenthalt



- Ziekenhuisnetwerk Mira Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Briant Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Plexus Vzw
- Netwerk Zas Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Helix Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Gent Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kom Vzw - Kust-Ommeland-Meetjesland
- Ziekenhuisnetwerk Curoz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Kempen Vzw
- E17 Ziekenhuisnetwerk Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Triaz Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Noord-Oost Limburg Vzw
- Ziekenhuisnetwerk Andreaz
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional H.Uni
- Reseau Hospitalier Clinique Locoregional Chorus
- Reseau Phare
- Reseau Hospitalier Namurois (Rhn)
- Reseau Humani Sante
- Elipse, Reseau Hospitalier Universitaire
- Reseau Move
- Reseau Rhcl Vivalia
- Reseau Hospitalier De Charleroi Metropole
- Reseau Hospitalier Helora

Möchten Sie diese Daten auf interaktive Weise detaillierter betrachten?
https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/activiteit

3 FINANZIERUNG

25 Milliarden Euro

Der Umsatz der allgemeinen Krankenhäuser betrug 2023 ca. **25 Milliarden Euro.**



Der Finanzmittelhaushalt (FMH) und die Arzthonorare machen im Jahr 2023 jeweils mehr als **ein Drittel** des Gesamtumsatzes aus.

Der Finanzmittelhaushalt besteht aus drei Hauptkomponenten: **einen Haushalt für die Kosten für Infrastruktur und Material (Teil A)**, **einem Betriebskostenhaushalt** (Teil B) und **einem Haushalt für die Regularisierung** der Nachfinanzierung der verschiedenen Teile des Finanzmittelhaushalts (Teil C).

9,62 Milliarden

Im Januar 2025 wurde ein Finanzmittelhaushalt von 9,62 Milliarden Euro für allgemeine Krankenhäuser bereitgestellt



FINANZIERUNG

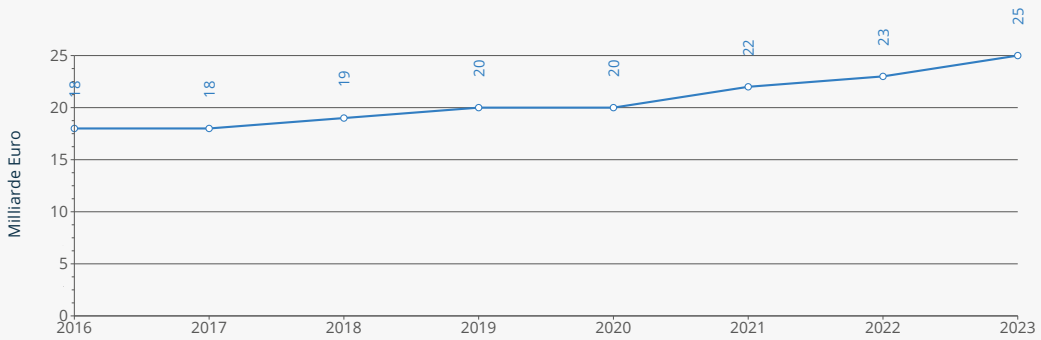
3.1Finanzierungsquellen

Der allgemeine Krankenhaussektor hatte im Jahr 2023 einen Gesamtumsatz von 25 Milliarden Euro.[8] Dies entspricht einem Anstieg von 23,5 % seit 2016.

„Der allgemeine Krankenhaussektor hatte im Jahr 2023 einen Gesamtumsatz von 25 Milliarden Euro."

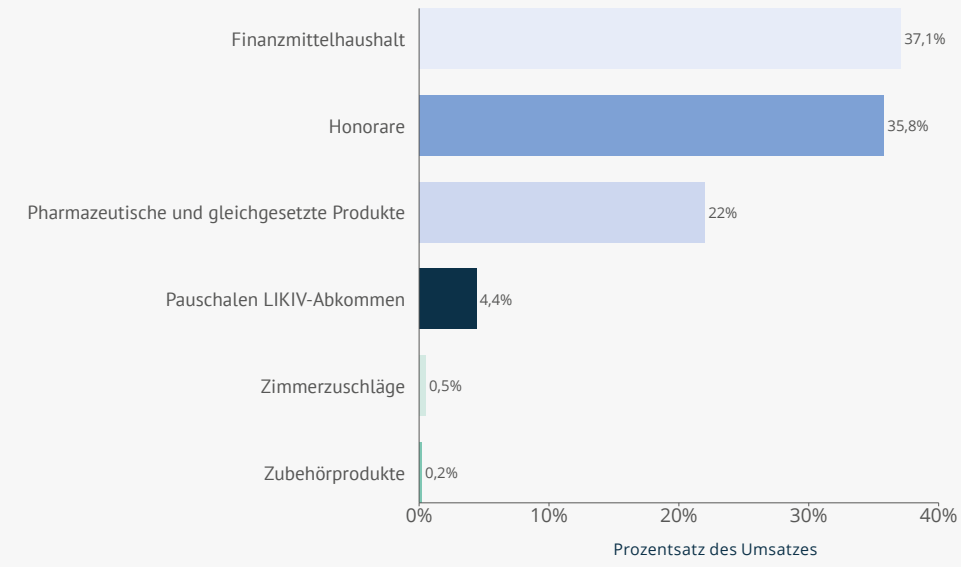


Umsatzentwicklung allgemeine Krankenhäuser



Die Hauptfinanzierungsquellen für Krankenhäuser sind der Finanzmittelhaushalt (37,1 %), die Überweisung von Honoraren für Ärzte, Zahnärzten und bestimmten Kategorien von medizinischem und paramedizinischem Personal (35,8 %), LIKIV-Pauschalen (4,4 %), pharmazeutische und gleichgesetzte Produkte (22 %), Zimmerzuschläge (0,5 %) und zusätzliche Produkte (0,2 %).

Umsatzverteilung (2023)



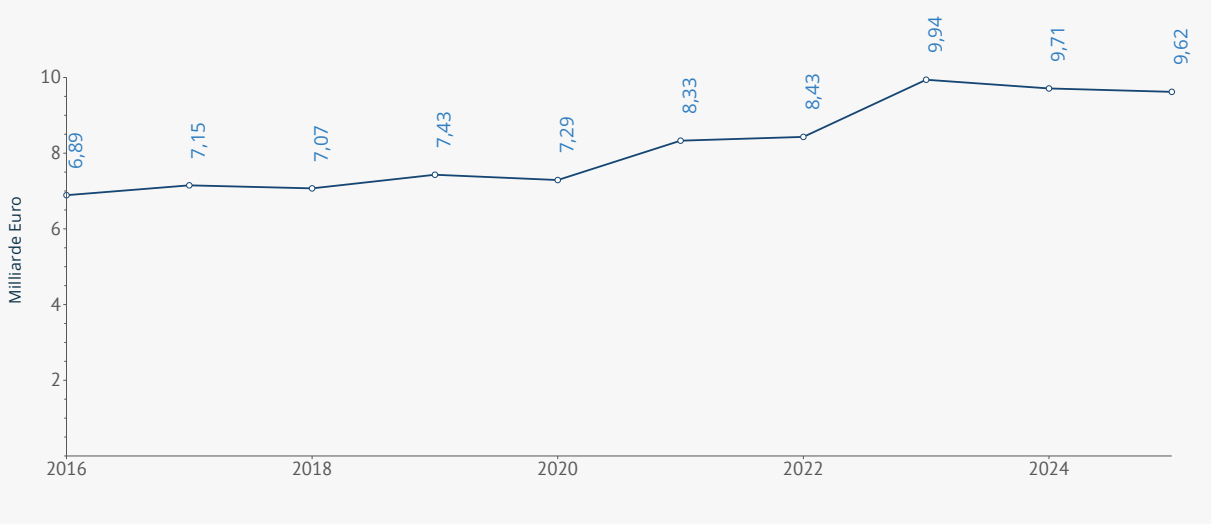
8 Quelle: FÖD Volksgesundheit. (ohne Datum) *Finhosta*. [Datensatz]

3.2 Der Finanzmittelhaushalt

9,62 Milliarden

Die Finanzierung eines Krankenhauses aus dem Finanzmittelhaushalt ist das Ergebnis der individuellen Zuweisung des gesamten Krankenhaushaushalts an alle Krankenhäuser.[9] Im Januar 2025 wurden dieses Gesamthaushaltsmittel auf einen Höchstbetrag von 9,62 Milliarden Euro für die allgemeinen Krankenhäuser festgelegt. Der Finanzmittelhaushalt ist in den letzten 10 Jahren um 40 % gestiegen, von 6,89 Milliarden im Jahr 2016 auf 9,62 Milliarden im Jahr 2025.

Entwicklung Finanzmittelhaushalt allgemeine Krankenhäuser am 1. Januar





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

Der Finanzmittelhaushalt besteht aus drei Hauptkomponenten: einem Infrastruktur- und Materialhaushalt (Teil A)[10] , einem Betriebskostenhaushalt (Teil B) und einem Haushalt für die Regularisierung der Nachfinanzierung der verschiedenen Teile des Finanzmittelhaushalts (Teil C). Die Krankenhausfinanzierung basiert im Wesentlichen auf Pauschalbeträgen, tatsächlichen Kosten oder Sachleistungen pro Handlung.

Die Teile des Finanzmittelhaushalts

			% (Januar 2025)
A: Kosten für Infrastruktur und Material	A1	Finanzielle Belastungen im Zusammenhang mit Investitionen und Vorabgewinnungskosten	4,60%
	A2	Kurzfristige Kreditkosten	0,56%
	A3	Finanzielle Belastungen im Zusammenhang mit Investitionen in medizinisch-technische Leistungen	0,05%
B: Betriebskosten	B1	Kosten für gemeinschaftliche Dienste	19,66%
	B2	Kosten für klinische Dienste	37,34%
	B3	Betriebskosten der medizinisch-technischen Dienste NMR - Strahlentherapie - PET	1,21%
	B4	Recycling und Forfaitierung	16,16%
	B5	Betriebskosten der Krankenhausapotheke	1,63%
	B6	Kosten Sozialabkommen Mitarbeitende außerhalb des Finanzmittelhaushalts	1,20%
	B7	Kosten im Zusammenhang mit Hochschulfunktionen	2%
	B8	Kosten im Zusammenhang mit dem sozialen Charakter der Patientenpopulation	0,31%
	B9	Kosten Sozialabkommen	17,89%
C: Korrekturen	C2	Aufgehobene Beträge	-2,48%
	C3	Teilweise Rückforderung von Zimmerzuschlägen	-0,13%

10 Wir stellen fest, dass die Zuständigkeit für die Infrastrukturfinanzierung (Abschnitte A1 und A3) im Rahmen der sechsten Staatsreform auf die Gemeinden und Regionen übertragen wurden. Diese Budgets werden über den FMH ausgezahlt, gehen aber zu Lasten der föderierten Teilgebiete.

Im Finanzmittelhaushalt sind derzeit keine spezifischen Finanzmittel für die Ebene der lokoregionalen Netzwerke vorgesehen. Der Sektor hat schließlich in einem Gutachten des Föderalen Rats für Krankenhauseinrichtungen angegeben, dass vor der Erwägung einer strukturellen Finanzierung auf Netzwerkebene Folgendes erreicht werden muss:

- Präzisierung lokoregionaler und überregionaler Pflegeaufträge
- Stabilisierung der Verwaltung innerhalb der bestehenden Netzwerke
- Integration von Elementen im Zusammenhang mit der aktuellen Reform der Krankenhausfinanzierung.

Andererseits werden bereits mehrere Projekte über den Finanzmittelhaushalt finanziert. Diese Projekte funktionieren auf der Ebene von Netzwerken oder fördern die Konsultation und Koordination zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Nachstehend finden Sie eine Auswahl dieser Projekte:

HOST

17,1 Millionen Euro

Die Hospital Outbreak Support Trams wurden eingerichtet, um die Teams für Infektionskontrolle und antimikrobiellen Einsatz zu stärken. Sie zielen darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern innerhalb des lokoregionalen Netzwerks zu stärken und den Wissenstransfer zwischen allen beteiligten Partnern zu fördern.

Datenfähigkeiten

20 Millionen Euro

Dieses Projekt soll Krankenhäuser dazu ermutigen, Prozesse zur Förderung der Zusammenarbeit in Netzwerken einzurichten. Es zielt darauf ab, Krankenhäuser bei ihrer gemeinsamen digitalen Transformation zu unterstützen. Die Projekte müssen sich darauf konzentrieren, Rohdaten in wertvolle Informationen umzuwandeln, die einen Mehrwert für Patientinnen und Patienten und die Volksgesundheit schaffen.

Schulung im Bereich Stillen

401.000 euro

Seit 2023 werden allen lokoregionalen Netzwerken Mittel zur Unterstützung der Ausbildung von Entbindungspflegekräften in den Bereichen Stillen und entwicklungsorientierte Pflege zur Verfügung gestellt. Ziel ist es, den Austausch von Erfahrungen und Fachwissen in diesem Bereich zwischen den Krankenhäusern zu fördern und eine Aufteilung bestimmter Kosten im Zusammenhang mit dieser Ausbildung zu ermöglichen.

4 ZUSAMMENARBEIT: EINE MÖGLICHKEIT FÜR QUALITÄT UND INNOVATION



Frühgeborene Babys

Eine enge Zusammenarbeit zwischen lokoregionalen und überregionalen Zentren gewährleistet, dass ein frühgeborenes Baby die bestmögliche Pflege erhält.

Schlaganfallpflege

Die Einrichtung spezialisierter Pflegeprogramme für die Schlaganfallversorgung wird die Qualität der Behandlung für die betroffenen Patientinnen und Patienten verbessern.



94

94 belgische Teams sind **Mitglieder der Europäischen Referenznetzwerke** (ERN) für seltene Krankheiten.

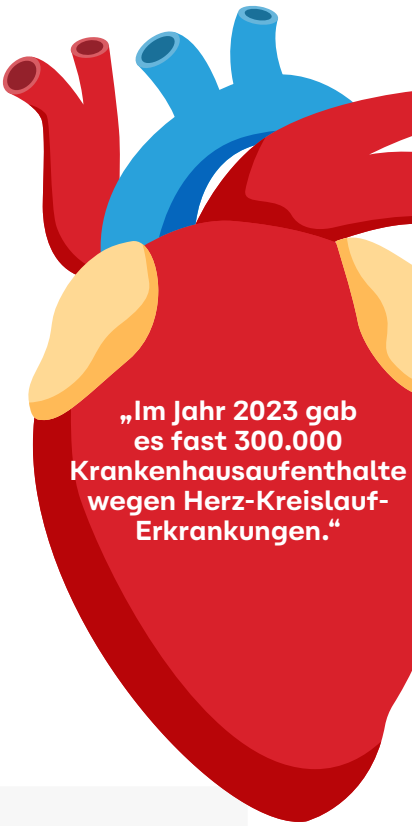
31

Mit 31 Personen pro Million Einwohner, die mindestens ein Organ gespendet haben, hat Belgien die höchste Spenderzahl aller acht Mitgliedsländer des Eurotransplant-Netzwerks.

ZUSAMMENARBEIT: EINE MÖGLICHKEIT FÜR QUALITÄT UND INNOVATION

In diesem Kapitel konzentrieren wir uns auf einige spezifische Erkrankungen, für die sowohl in Belgien als auch auf internationaler Ebene Rahmen geschaffen wurden, um die transmurale Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens zu optimieren. Angesichts der raschen Entwicklung der Gesundheitspflege, der Überalterung der Bevölkerung und des technologischen Fortschritts in der Gesundheitspflege erfordert das Gesundheitssystem schließlich immer mehr Koordination, Integration und Kontinuität. Diese transmuralen Kooperationen wurden ins Leben gerufen, um die Qualität der Pflege für bestimmte Patientengruppen zu verbessern. Diese beruhen auf wissenschaftlichen Richtlinien und Expertenbeiträgen. Durch den Rahmen wird die Pflege standardisiert und die multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren der Pflege aufeinander abgestimmt.

Abschließend besprechen wir den nationalen Aktionsplan „Operation Zero“, bei dem die Behörden auf föderaler, gemeinschaftlicher und regionaler Ebene zusammenarbeiten, um die CO_2-Emissionen im belgischen Gesundheitswesen zu senken.

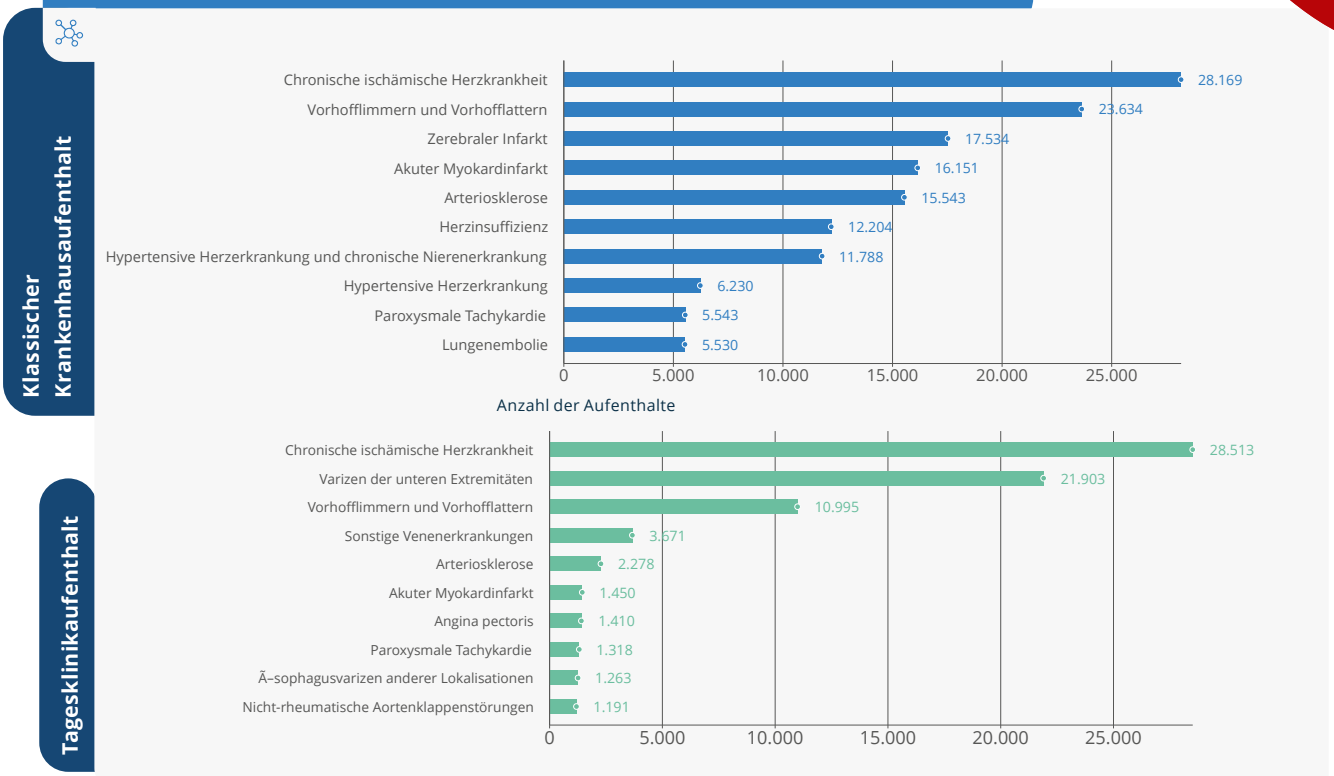


4.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Allgemeine Informationen über Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Im Jahr 2023 gab es fast 300.000 Krankenhausaufenthalte wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Betrachtet man die Top 10 der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die im Jahr2023 zu klassischen Krankenhausaufenthalten und Tagesklinikaufenthalten führten, so steht die chronisch ischämische Herzkrankheit an der Spitze der Rangliste. Eine chronische ischämische Krankheit ist eine Erkrankung des Herzens, die auf Arterienverkalkung oder Anomalien in den Koronararterien zurückzuführen ist. Ein weiterer häufiger Grund für die Einweisung mit kardialer Pathologie sind Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern und Vorhofflattern.

Anzahl der Aufenthalte mit der Hauptdiagnose Herz-Kreislauf-Erkrankung im Jahr 2023



Möchten Sie mehr über die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Belgien erfahren?

https://www.health.belgium.be/nl/mzg-publicaties-Prevalentie-van-ziektebeelden-in-een-ziekenhuis

Pflegeprogramm Herzpathologie

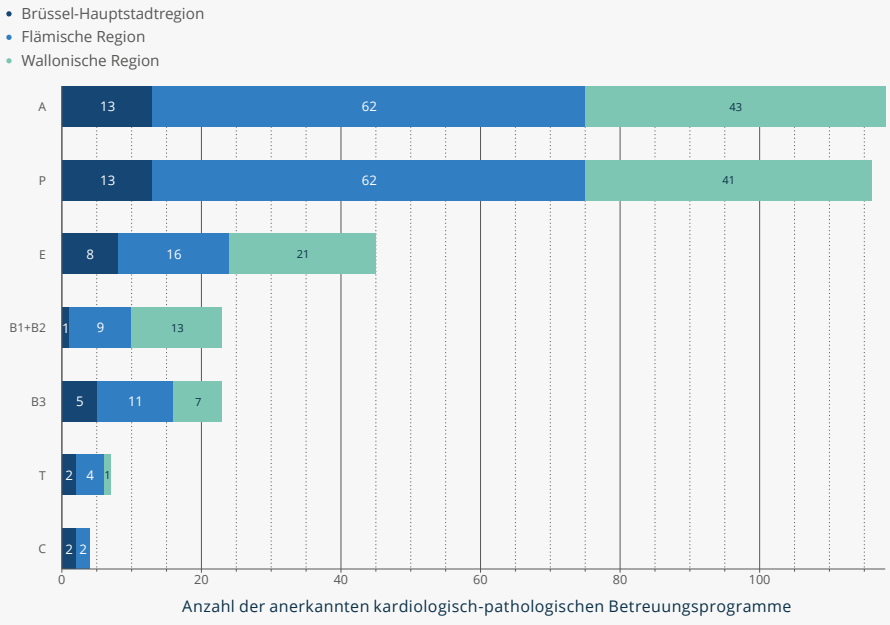
Innerhalb des kardiologisch-pathologischen Pflegeprogramms können mehrere Unterpflegeprogramme unterschieden werden. Jedes Pflegeprogramm zeichnet sich durch seine Zielpopulation, das Angebot an Pflege und Interventionen, die erforderliche Infrastruktur, die Qualitätsstandards sowie das erforderliche Fachwissen und Personal aus. Jedes Pflegeprogramm muss die gesetzlich vorgeschriebenen Standards erfüllen, um anerkannt zu werden.

A	Nicht-invasive Diagnose, Nachsorge und Rehabilitation bei Herzproblemen.	
B	Invasive Herzbehandlung ergänzend zu den Aktivitäten des Pflegeprogramms A	B1 Invasive diagnostische Kardiologie B2 Interventionelle, nicht-chirurgische Kardiologie B3 Herzchirurgie
P	Herzschrittmacher-Therapie	
E	Umfassende elektrophysiologische Untersuchung	
T	Auswahl, Vorbereitung und Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz für eine Herz(lungen)transplantation.	
C	Angeborene Herzfehler bei Kindern	

Möchten Sie mehr erfahren?
Königlicher Erlass vom 15. Juli 2004 zur Festlegung der Normen, denen die Pflegeprogramme „Herzpathologie" entsprechen müssen, um zugelassen zu werden

Die meisten anerkannten Pflegeprogramme betreffen die Pflegeprogramme A für die kardiologische Grundpflege und P für die Pflege von Patientinnen und Patienten mit einem (Bedarf an einem) Herzstimulator. Es ist festzustellen, dass in der Region Flandern und in der Region Brüssel-Hauptstadt mehr Pflegeprogramme für invasive kardiochirurgische Eingriffe (B3) als für invasive Diagnostik in Kombination mit interventioneller, nicht-chirurgischer Therapie anerkannt werden. In der Wallonischen Region ist dies genau umgekehrt. Darüber hinaus stellen wir fest, dass es nur in der Region Brüssel-Hauptstadt und in der Flämischen Region anerkannte Pflegeprogramme für angeborene Herzfehler bei Kindern gibt.

Anzahl der anerkannten kardiologisch-pathologischen Pflegeprogramme nach Art und Region



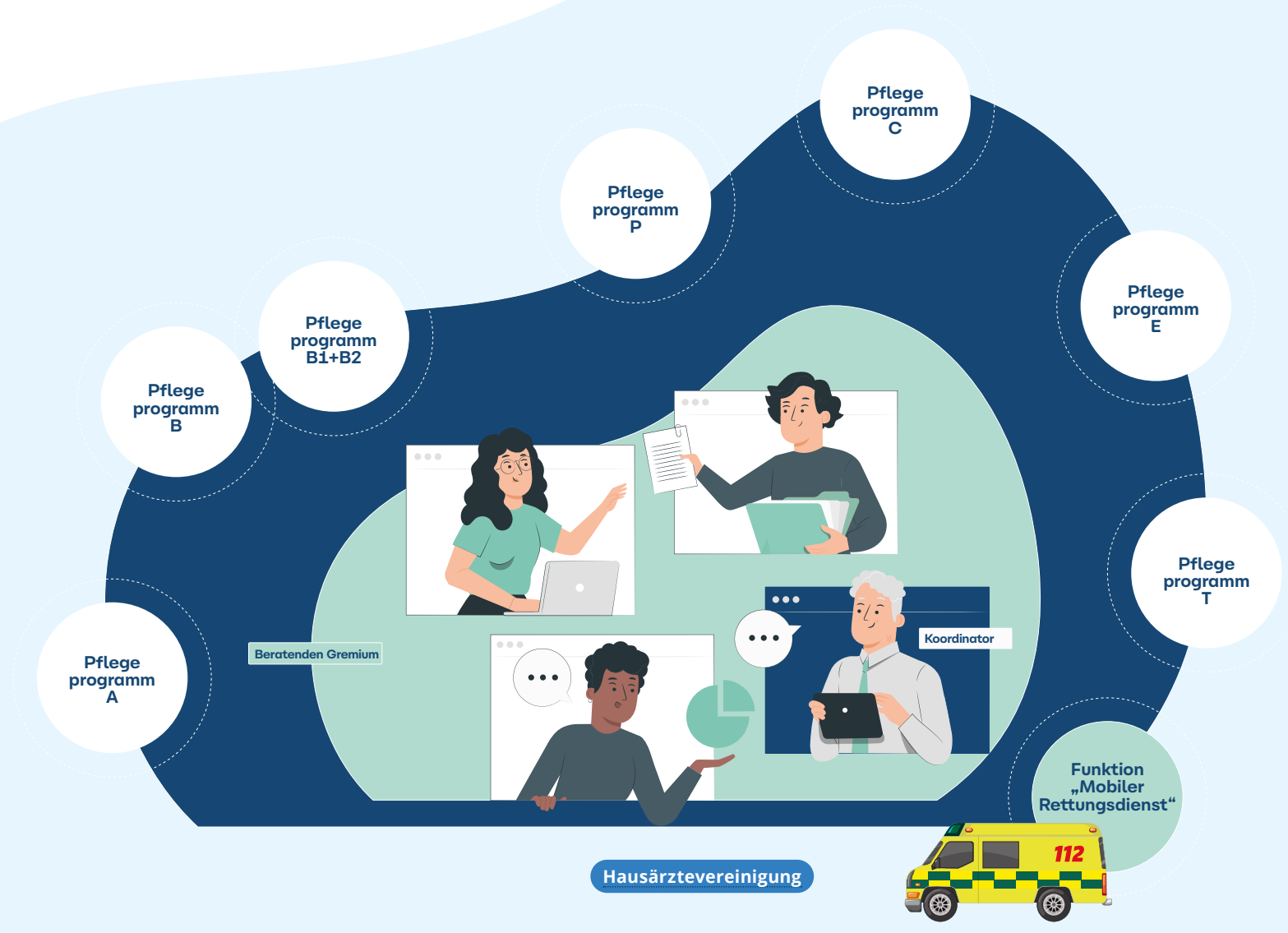
Netzwerk für Herzpathologie

Ein Netzwerk „Herzpathologie“ ermöglicht das Angebot von Pflegekreisläufen für Patientinnen und Patienten mit Herzpathologie in einem bestimmten geografischen Gebiet. Der Pflegekreislauf umfasst eine Reihe von Pflegeaktivitäten, die auf die spezifische Zielgruppe der Patientinnen und Patienten zugeschnitten sind.

Ein Netzwerk „Herzpathologie“ besteht mindestens aus:

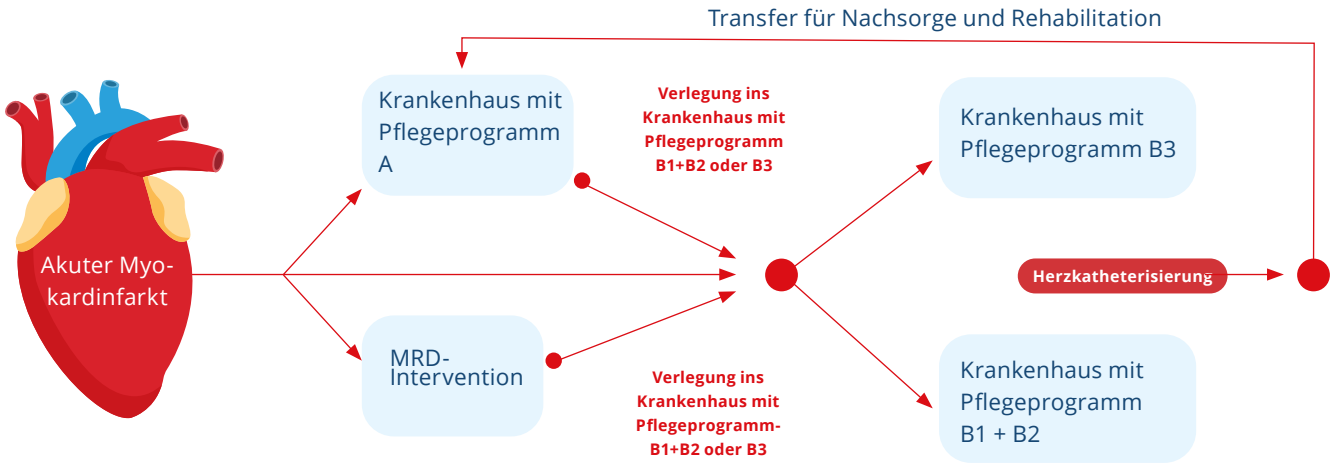
- einem Krankenhaus, das nur ein Pflegeprogramm „Herzpathologie“ A;
- einem Krankenhaus mit einem Pflegeprogramm „Herzpathologie“ B oder einer Anerkennung für die Teilprogramme B1 und B2 ohne B3;
- einem Krankenhaus mit einem Pflegeprogramm „Herzpathologie“ P;
- einem Krankenhaus mit einem Pflegeprogramm „Herzpathologie“ E;
- einem Krankenhaus mit einem Pflegeprogramm „Herzpathologie“ T;
- einem Krankenhaus mit einem Pflegeprogramm „Herzpathologie“ C;
- einem Krankenhaus mit einer Funktion „Mobiler Rettungsdienst“ (MRD);
- einer Hausärztevereinigung
- einem Koordinator;
- einem beratenden Gremium

Ein Krankenhaus oder ein Pflegedienstleister kann Teil von mehreren Netzwerken sein. Die Zusammenführung der verschiedenen Pflegedienstleister muss zu einer Harmonisierung der Patientenversorgung und einer Verbesserung der Qualität der Pflege führen.



Pflegekreislauf akuter Myokardinfarkt mit ST-Hebung

Jedes kardiologische Pathologienetzwerk muss mindestens einen Pflegekreislauf [11] für Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt mit ST-Hebung (STEMI) anbieten. Im Jahr 2022 gab es 54.048 Aufenthalte mit dieser Diagnose.[12]



Hyperakut

Besteht der Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt, muss der Rettungsdienst so schnell wie möglich alarmiert werden. Eine rasche Einweisung ins Krankenhaus ist schließlich wichtig, da eine rechtzeitige Behandlung die Heilungschancen erhöht. Die Patientinnen und Patienten werden nach Kontaktaufnahme mit der MRD-Funktion in ein für die kardiologisch-pathologischen Pflegeprogramme B1+B2 oder B3 zugelassenes Krankenhaus gebracht. Im Jahr 2022 wurden nach einem Kontakt mit der Notfallversorgung und einer MRD-Funktion 1.456 Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus transportiert, das für ein B3-Pflegeprogramm anerkannt ist, und 743 Patientinnen und Patienten wurden in ein Krankenhaus transportiert, das für ein B1-B2-Pflegeprogramm anerkannt ist., nachdem sie einen Kontakt mit der Notfallversorgung und einer MRD-Funktion hatten.



In der Notaufnahme kann die Diagnose anhand eines Elektrokardiogramms (EKG) gestellt werden. Darüber hinaus ist eine Blutentnahme entscheidend, um den Schweregrad des Herzinfarkts zu beurteilen.

Wenn die Patientin oder der Patient in einem Krankenhaus diagnostiziert wurde, das nur für das Pflegeprogramm Herzpathologie A anerkannt ist, muss die Patientin oder der Patient in ein Krankenhaus innerhalb des Netzwerks verlegt werden, das für das Pflegeprogramm B1+B2 oder B3 anerkannt ist. Im Jahr 2022 wurden 470 Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser mit B3-Anerkennung und 156 in Krankenhäuser mit B1- und B2-Anerkennung verlegt.

Akut

Das Herzkatheterlabor wird über die Ankunft der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus informiert. Im Jahr 2022 wurden 27.957 Aufenthalte für Herzkatheteruntersuchungen wegen koronarer Erkrankungen verzeichnet. Darüber hinaus gab es 10.040 Aufenthalte für perkutane Koronareingriffe mit akutem Myokardinfarkt.

11 Die Abbildung zeigt die Modalitäten, die im K.B. van 12 juni 2012 für den Pflegeverlauf bei akutem Myokardinfarkt vorgesehen sind. Darüber hinaus ist es aber auch möglich, dass die Patientin oder der Patient die Diagnose in der Primärversorgung erhält. Die Verlegung zur Rehabilitation und Nachsorge kann auch in ein für S1 anerkanntes Krankenhaus erfolgen.

12 Quelle: FÖD Volksgesundheit. (ohne Datum) *Technische Zelle*. [Datensatz]. Dies betrifft verknüpfte Zahlen von MKD und LIKIV. Dabei wurden alle Aufenthalte ausgewählt, die den folgenden APR-DRGs zugeordnet sind: DRG 190 (Akuter Myokardinfarkt), 191 (Herzkatheteruntersuchung bei Koronarerkrankungen) und 192 (Herzkatheteruntersuchung bei anderen nicht koronaren Erkrankungen).

Genesung und Rehabilitation

Nach der Behandlung wird die Patientin oder der Patient idealerweise wieder in ein Krankenhaus mit einem anerkannten kardiopathologischen A-Pflegeprogramm oder in eine der 20 anerkannten spezialisierten Behandlungsdienst für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (S1) verlegt. Dies erfolgt im Hinblick auf die Nähe zur häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten. 1 087 Patientinnen und Patienten wurden nach einem Aufenthalt in einem Dienstmit Pflegeprogramm B in einem Dienst mit Pflegeprogramm B oder eine S1-Diensten verlegt.

4.2 Schlaganfallpflege

„In Belgien werden jedes Jahr im Durchschnitt etwa 29.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung ins Krankenhaus aufgenommen “

Allgemeine Informationen zu Schlaganfällen

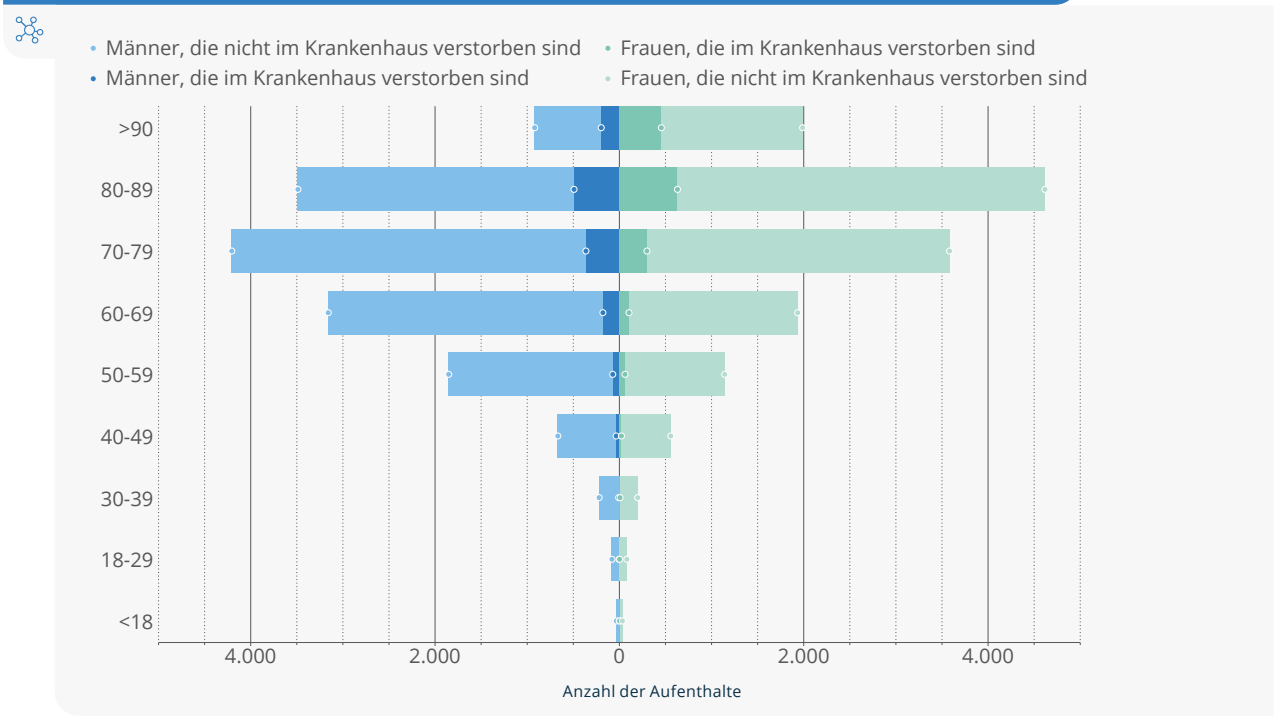
In diesem Kapitel wird näher auf den Schlaganfall eingegangen, eine spezifische Erkrankung innerhalb der breiteren Gruppe der zerebrovaskulären Erkrankungen, die ihrerseits zur Gruppe der Herz Kreislauf-Erkrankungen gehören.

In Belgien werden jedes Jahr im Durchschnitt etwa 29.000 Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung ins Krankenhaus aufgenommen. Diese Zahlen umfassen Patientinnen und Patienten mit einem ischämischen oder hämorrhagischen Schlaganfall sowie Personen mit einer kleinen, vorübergehenden Durchblutungsstörung oder anderen Erkrankungen wie Verengungen der Hirngefäße ohne Infarkt.

Ab dem Alter von 40 Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Patientinnen und Patienten mit dieser Art von Erkrankungen zu beobachten. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist begrenzt (51 % Männer gegenüber 49 % Frauen), wobei in den Altersgruppen von 40 bis 79 Jahren mehr Männer als Frauen aufgrund einer zerebrovaskulären Erkrankung hospitalisiert werden.

Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung nach Geschlecht und Altersgruppe.

Anzahl der Aufenthalte mit der Hauptdiagnose Schlaganfall nach Geschlecht und Altersgruppe



Im Jahr 2022 verstarben 2.934 Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung (10,2 %) in belgischen Krankenhäusern.

Ein Schlaganfall, auch Stroke oder zerebrovaskulärer Insult genannt, ist eine akute Form einer zerebrovaskulären Erkrankung, bei der Teile des Gehirns infolge eines Sauerstoffmangels geschädigt werden.

13 Quelle: FÖD Volksgesundheit. (ohne Datum) *Technische Zelle*. [Datensatz]. Eingeschlossen wurden folgende Patientinnen und Patienten: Personen mit einer Hauptdiagnose (ICD 10 BE) einer Subarachnoidalblutung (I60), einer intrazerebralen Blutung (I61), einer sonstigen nicht traumatischen intrakraniellen Blutung (I62), eines Hirninfarkts / ischämischen Schlaganfalls (I63), eines Schlaganfalls ohne nähere Angabe, ob Blutung oder Infarkt (I64), eines Verschlusses oder einer Stenose zerebraler Arterien ohne Hirninfarkt (I66), einer transitorischen ischämischen Attacke und verwandter Syndrome (G45) oder mit einem der folgenden APR DRG Codes: zerebrovaskulärer Insult und präzerebrale arterielle Okklusion mit zerebralem Infarkt (DRG 045), zerebrovaskulärer Insult und präzerebrale arterielle Okklusion ohne zerebralem Infarkt (DRG 046), transitorische ischämische Attacke und präzerebrale arterielle Okklusion ohne Infarkt (DRG 047).

Ein zerebrovaskulärer Insult kann durch zwei unterschiedliche Mechanismen entstehen:

➔ **Ischämischer Schlaganfall**

Hierbei wird der Sauerstoffmangel durch eine Verengung oder einen Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn verursacht. Dies wird auch als Hirninfarkt oder Thrombose bezeichnet. Diese Form ist mit etwa 85 % der Fälle die häufigste Ursache eines Schlaganfalls.

➔ **Hämorrhagischer Schlaganfall**

Hier entsteht der Sauerstoffmangel infolge einer spontanen Blutung im Gehirn.

Weitere Informationen finden Sie unter
https://www.belgianstrokecouncil.be/

Die Symptome eines zerebrovaskulären Insults treten in der Regel plötzlich auf. Ihre Ausprägung hängt eng mit dem betroffenen Hirnareal zusammen, weshalb sie gleichzeitig oder einzeln auftreten können. Zu den häufigsten Anzeichen zählen Kraftverlust oder Lähmungen auf einer Körperseite, häufig im Gesicht sowie im Arm und/oder Bein derselben Seite. Diese einseitige Beeinträchtigung äußert sich zunächst als Kraftverlust und kann sich bis zu einer vollständigen Lähmung entwickeln.

Auch Sprachstörungen treten häufig auf. Sie können sich in Schwierigkeiten beim Verstehen oder Produzieren von Sprache oder in Problemen bei der korrekten Artikulation von Wörtern äußern.

Darüber hinaus können weitere Symptome auftreten, wie Sehstörungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen oder starke Kopfschmerzen.

Die Schwere eines Schlaganfalls hängt vom Ausmaß der Hirnschädigung sowie vom Zeitintervall zwischen dem Auftreten des Insults und dem Beginn der Behandlung ab. Dieses Prinzip wird häufig mit dem Ausdruck „Time is brain“ zusammengefasst.

Bei einem ischämischen Schlaganfall ist es entscheidend, so rasch wie möglich eine Behandlung zur Auflösung oder Entfernung des Blutgerinnsels einzuleiten, etwa durch Thrombolyse oder Thrombektomie. Je früher die Behandlung beginnt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Erholung. Eine vollständige Genesung kann jedoch nicht garantiert werden. Ein erheblicher Teil der Betroffenen behält bleibende körperliche oder kognitive Einschränkungen oder verstirbt.

Pflegeprogramm Schlaganfallpflege

Wissenschaftliche Untersuchungen[14] haben gezeigt, dass die Einrichtung spezialisierter Schlaganfall-Behandlungseinheiten – so genannter Stroke Units – die Genesung der Patientinnen und Patienten deutlich verbessert. Dazu gehören eine Verringerung des Sterberisikos, eine Verringerung des Risikos der Einweisung in eine Rehabilitationseinrichtung und eine Verringerung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus.

Seit 2014 gibt es einen rechtlichen Rahmen für die Einrichtung von Pflegeprogrammen für die Schlaganfallpflege. Darin wird eine abgestufte Organisation der Pflege je nach Komplexität und Schwere des Schlaganfalls beschrieben. Dies ist mit einer Reihe von Qualitätsrahmen verbunden, die erfüllt werden müssen.

Innerhalb des Moduls „Akutversorgung im Krankenhaus“ werden 3 Typen unterschieden:

- S0 – Krankenhaus ohne ZVU_ S1- oder ZVU_ S2-Anerkennung, aber mit Schlaganfallpflegeprotokoll;
- ZVU_S1 – Basispflegeprogramm „Akute Schlaganfallpflege“
- ZVU_S2 – Spezialisiertes Pflegeprogramm „Akute Schlaganfallpflege mit invasiven Verfahren“. Jede Anerkennungsbehörde darf nicht mehr als acht Zentren anerkennen Und es dürfen insgesamt maximal 15 ZVU_S2-Zentren in Belgien anerkannt werden.

Möchten Sie mehr erfahren?
Königlicher Erlass vom 19. April 2014 zur Festlegung der Standards, die Pflegeprogramme „Schlaganfallpflege“ erfüllen müssen, um anerkannt zu werden,

Möchten Sie mehr erfahren?
Königlicher Erlass vom 16. Dezember 2018 zur Festlegung der Höchstzahl von spezialisierten Pflegeprogrammen „Akute Schlaganfallpflege mit invasiven Verfahren“

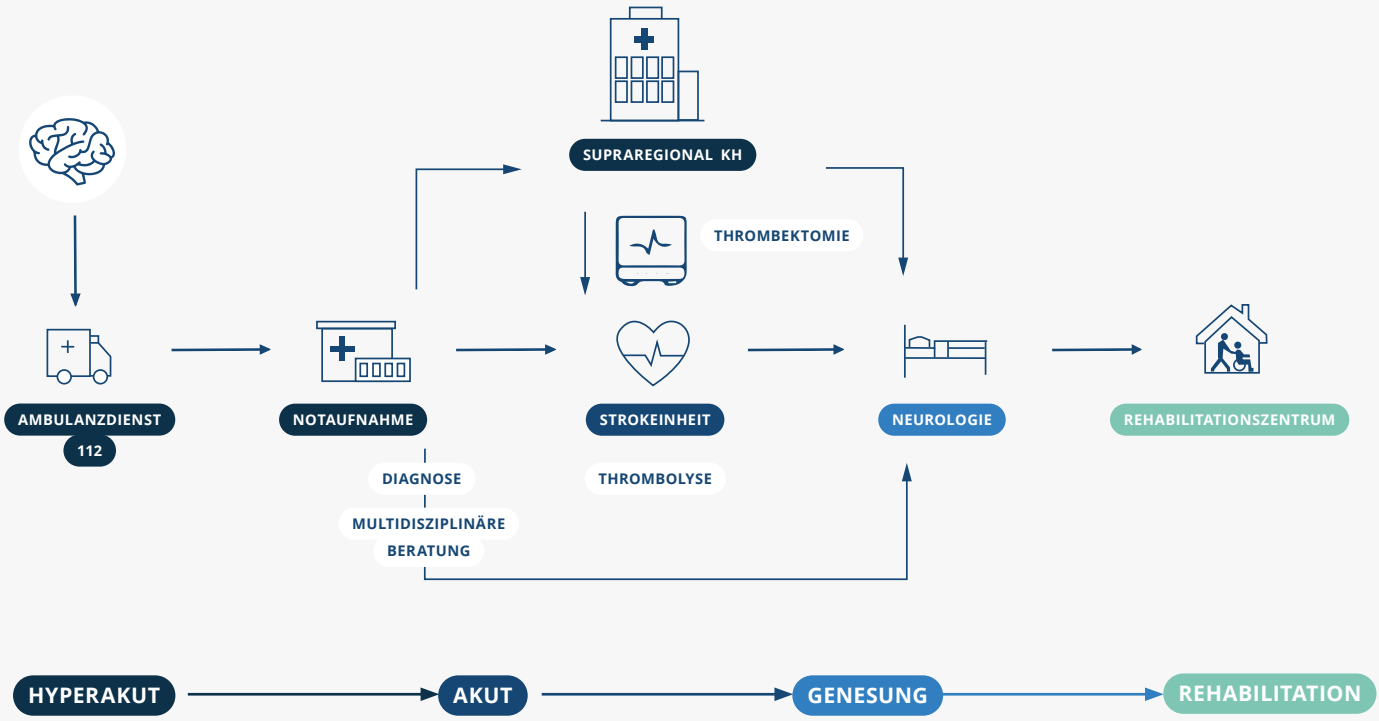
Die Konzentration der invasiven Schlaganfallversorgung ist ein wichtiges Ziel im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens, um eine ausreichende Qualität für die Patienten gewährleisten zu können. Mit dem Königlichen Erlass vom 20. September 2022 wurden einige Änderungen an dieser Regelung vorgenommen, um Volumenvorgaben, eine geografische Verteilung sowie eine Aufteilung der maximalen Anzahl von Zentren für invasive Schlaganfallversorgung auf die verschiedenen anerkennenden Behörden einzuführen. Diese Änderungen wurden jedoch nach der Einlegung einer Klage beim Staatsrat für nichtig erklärt. [15]

14 Michiels Dominik, Sun Ying, Thys Vincent, Saka Rasit Omer, Hemelsoet Dimitri, Eyssen Marijke, Paulus Dominique. Stroke units: Doeltreffendheid en kwaliteitsindicatoren. Health Services Research (HSR). Brüssel Föderales Fachzentrum für Gesundheitspflege (KCE). 2012. KCE Reports 181A. DOI: 10.57598/R181A.

15 Vgl. die gemäß Artikel 3quater des Erlasses des Regenten vom 23. August 1948 über die Regelung des Verfahrens vor der Abteilung Verwaltungsrechtsprechung des Staatsrates vorgeschriebenen Mitteilungen, veröffentlicht im Belgischen Staatsblatt am 10. Januar 2023, 14. Februar 2023 und 12. April 2023. Diese sind jeweils unter folgenden Links verfügbar:
www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2023-01-10&lg_txt=N&numac_search=2022043265;
www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2023-02-14&lg_txt=N&numac_search=2023040505;
www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2023-04-12&lg_txt=N&numac_search=2023040509

Um ein ZVU_S1- oder ZVU_S2-Pflegeprogramm zu betreiben, muss ein Krankenhaus von der zuständigen Behörde anerkannt werden. Im Vorgriff auf die Genehmigungen haben die Krankenhäuser bereits eine umfassende Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb ihres Netzwerks aufgebaut. Eine enge Zusammenarbeit sowohl mit der Notfallversorgung als auch mit anerkannten Rehabilitationszentren ist schließlich von großer Bedeutung.

Der Pflegeverlauf der Patientin oder des Patienten



HYPERAKUT

Wenn der Verdacht auf einen Schlaganfall besteht, ist es sehr wichtig, so schnell wie möglich den Rettungsdienst zu verständigen. Dieser bringt die Patientin oder den Patienten so schnell wie möglich in ein Krankenhaus, wo sie oder er angemessen behandelt wird. Man wird immer das am besten geeignete Krankenhaus auswählen und dabei die Fahrzeit zu diesem Krankenhaus berücksichtigen.

Wenn die Patientin oder der Patient in der Notaufnahme eintrifft, wird immer zuerst eine diagnostische Untersuchung durchgeführt, und die erste medikamentöse Behandlung wird so schnell wie möglich eingeleitet.

AKUT

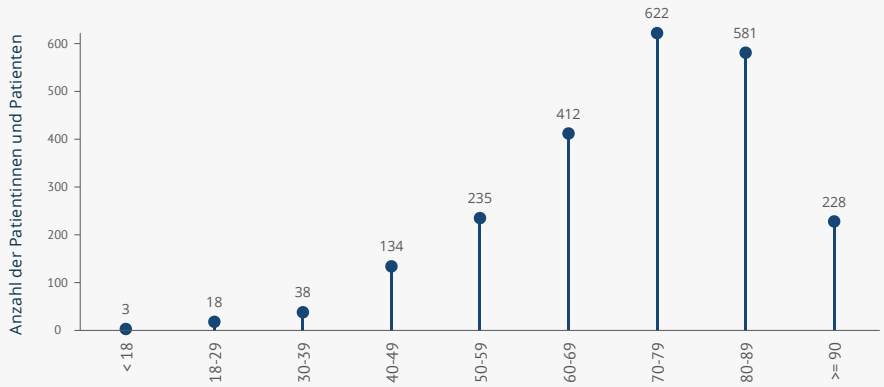
Je nach Schwere des Schlaganfalls und dem Grad der Spezialisierung des Krankenhauses wird im Rahmen einer multidisziplinären Konsultation entschieden, ob die Patientin oder der Patient einerseits im bisherigen Krankenhaus weiterbehandelt werden kann oder ob sie oder er andererseits zur Durchführung einer Thrombolyse oder Thrombektomie in ein spezialisierteres Zentrum verlegt werden muss.

Je nach Zustand der Patientin oder des Patienten wird sie oder er zur intensiveren Nachsorge und Überwachung in die spezialisierte Schlaganfallbehandlungseinheit – die Stroke Unit – aufgenommen. Wenn der Zustand der Patientin oder des Patienten eher beruhigend ist, kann eine sofortige Einweisung in die Neurologie zur weiteren Genesung erfolgen.

Thrombolyse

Um eine dauerhafte Schädigung des Hirngewebes zu verhindern, ist es bei einer Gruppe von Patientinnen und Patienten wichtig, die Behandlung mit blutverdünnenden Medikamenten so schnell wie möglich, auf jeden Fall aber innerhalb von 30 Minuten nach Eintreffen im Krankenhaus [16] zu beginnen. Etwa 20 % der Schlaganfallpatienten benötigen diese Behandlung[17] Eine 2017 in 44 europäischen Ländern durchgeführte Studie ergab, dass nur 7 % der Schlaganfallpatienten eine Thrombolyse erhielten. Im Jahr 2022 erhielten 2.271 Patientinnen und Patienten mit einem ischämischen Schlaganfall eine Behandlung mit blutverdünnenden Medikamenten (Thrombolyse). Dies entspricht 14,4 % aller Patientinnen und Patienten, die in diesem Jahr einen ischämischen Schlaganfall erlitten hatten (15.808 Patientinnen und Patienten), und liegt damit deutlich unter dem empfohlenen Wert von 20 %. [18]

Anzahl der Patientinnen und Patienten mit ischämischem Schlaganfall (I63), die mit Thrombolyse behandelt wurden.



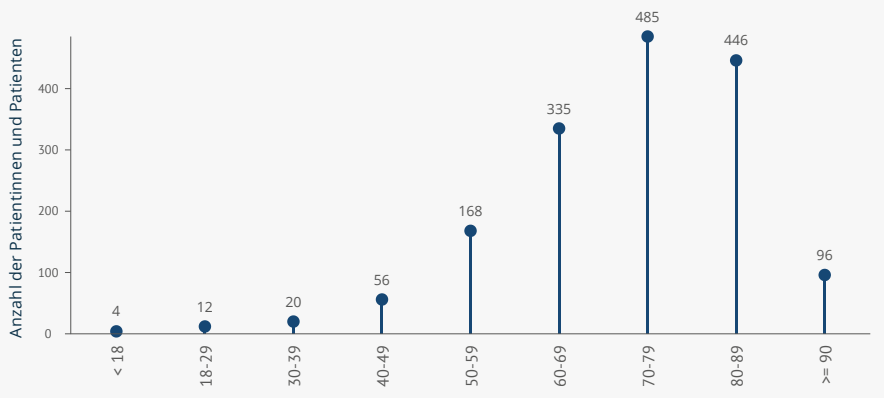
2.271 Patientinnen und Patienten, und liegt damit deutlich unter dem empfohlenen Wert von 20 %

Thrombektomie

Wenn die Thrombolyse aufgrund der Größe der Blockade nicht ausreicht, kann beschlossen werden, den Thrombus durch Katheterisierung oder Thrombektomie zu entfernen. Etwa 5-10 % der Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkten kommen hierfür in Betracht.

Im Jahr 2022 wurden in belgischen Krankenhäusern 1.622 Patientinnen und Patienten mit einem ischämischen Schlaganfall mittels Thrombektomie behandelt. Dies entspricht 10,2 % aller Patientinnen und Patienten, die in diesem Jahr einen ischämischen Schlaganfall erlitten haben (15.808 Patientinnen und Patienten).

Anzahl der Patientinnen und Patienten mit ischämischem Schlaganfall (I63), die mit Thrombektomie behandelt wurden.



16 Quelle: Federatie Medisch Specialisten. (2019). *Herseninfarct en hersenbloeding*. Abgerufen von https://richtlijnendatabase.nl/

17 Quelle: Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. (2024). *Thema: Beroertezorg.* Abgerufen von https://www.zorgkwaliteit.be/beroertezorg

18 Diese Zahlen sind möglicherweise zu niedrig angesetzt, da die Behandlungen nicht vollständig erfasst werden.

GENESUNG UND REHABILITATION

Die Art und Intensität der Nachbehandlung hängt vom Zustand der Patientin oder des Patienten ab. So kann beispielsweise nach einer Behandlung im Krankenhaus beschlossen werden, die Patientin oder den Patienten zur Nachsorge in ein Rehabilitationszentrum zu überweisen. Dabei kann es sich um ein Zentrum handeln, das dem Krankenhaus angegliedert ist, in dem die Patientin oder der Patient untergebracht ist, oder um ein anderes Rehabilitationszentrum in der Nähe des Wohnortes oder um ein Rehabilitationszentrum, das auf die besonderen Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten spezialisiert ist.

4.3 Frühgeborene Babys

Allgemeine Informationen über Frühgeburten

Im Jahr 2022 wurden in unseren belgischen Krankenhäusern 119.235 Säuglinge geboren. In dieser Gruppe von Neugeborenen wurden 11.092 mit einem Gestationsalter von weniger als 37 Wochen geboren. Dabei handelt es sich um 9,3 % aller Neugeborenen. Offiziell spricht man dann von Frühgeburtlichkeit.[19]

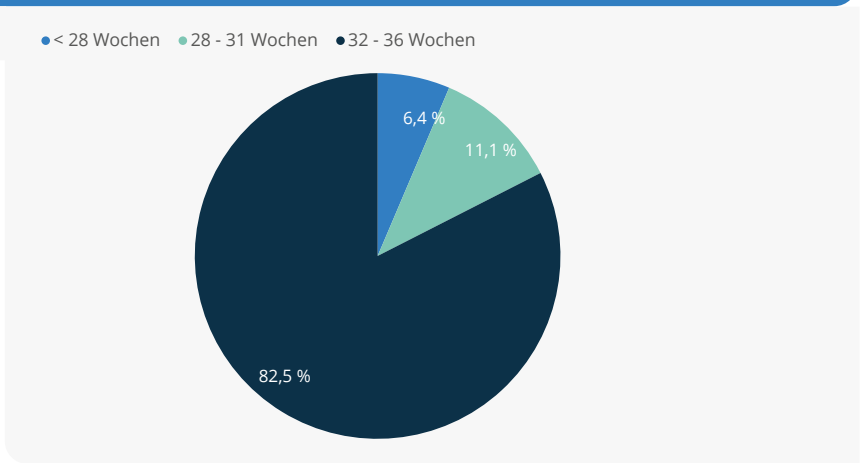
„Im Jahr 2022 wurden 9,3 % aller Säuglinge mit einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 Wochen geboren."

Von dieser Gruppe der Frühgeborenen wurden 82,5 % mit einem Gestationsalter von 32-36 Wochen geboren, 11,1 % mit einem Gestationsalter von 28-31 Wochen und 6,4 % mit einem Gestationsalter von weniger als 28 Wochen.

Die meisten Frühgeburten treten spontan auf. Manchmal liegt ein medizinischer Grund zugrunde, z. B. eine Infektion. Darüber hinaus ist in einigen Fällen eine frühzeitige Einleitung der Wehen oder ein Kaiserschnitt aufgrund anderer Schwangerschaftskomplikationen erforderlich. So werden beispielsweise mehr Frühgeburten bei Mehrlingsschwangerschaften oder bei chronischen Erkrankungen der Mutter wie Herz-, Lungen- und Nierenkrankheiten diagnostiziert. Auch Schwangerschaftsdiabetes und Bluthochdruck während der Schwangerschaft erhöhen das Risiko einer Frühgeburt.[20,21,22]



Prozentsatz der Frühgeburten nach Schwangerschaftsdauerkategorie (2022)



19 Quelle: FÖD Volksgesundheit. (ohne Datum) *Minimale Krankenhausdaten* (MKD). [Datensatz].

20 Bron: Shaw, J., Steegers, E. A., & Verbiest, S. (2020). *Preconception health and care: A life course approach*. Springer.

21 Quelle: Vats, H., Saxena, R., Sachdeva, M. P., Walia, G. K., & Gupta, V. (2021). Impact of maternal pre-pregnancy body mass index on maternal, fetal and neonatal adverse outcomes in the worldwide populations: A systematic review and meta-analysis. Obesity Research & Clinical Practice, 15(6), 536-545. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.10.005

22 Quelle: Cobo, T., Kacerovsky, M., & Jacobsson, B. (2020). Risk factors for spontaneous preterm delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 150*(1), 17–23. https://doi.org/10.1002/ijgo.13184

Häufige Diagnosen bei Säuglingen, die in belgischen Krankenhäusern mit einem Gestationsalter von weniger als 32 Wochen geboren werden, sind Atemstörungen, Unreife des autonomen Nervensystems, Anämie und Neugeborenengelbsucht.[23]

Weltweit ist die Frühgeburt die häufigste Todesursache bei Kindern unter fünf Jahren. Diese hohe Zahl ist weitgehend auf die unzureichende Versorgung in Ländern mit niedrigem Einkommen zurückzuführen.[24] In Ländern mit hohem Einkommen überleben fast alle Frühgeborenen. Es besteht jedoch ein höheres Risiko von Komplikationen und bleibenden Folgen für das Kind. So treten bei Frühgeborenen im späteren Leben häufiger Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Lernschwierigkeiten, sozial-emotionale Schwierigkeiten und eine schlechtere psychische Gesundheit auf.[25,26,27,28]

Pflegeverlauf für Frühgeborene

In einem Krankenhaus gibt es mehrere Dienste, die eine optimale Versorgung von Neugeborenen gewährleisten.

In einer Entbindungsstation werden die Säuglinge nach der Geburt gemeinsam mit ihren Müttern betreut. Am 1.1.2025 verfügten wir in Belgien über 98 Standorte mit Entbindungsstation und nicht-intensiver Neugeborenenpflege.

Wenn das Neugeborene zusätzliche Pflege benötigt, kann es in ein N*-Dienst aufgenommen werden, wo es genau überwacht wird. Diese Funktion für nicht-intensive Neugeborenenpflege ist in jeder Entbindungsstation in Belgien verfügbar. Ab einem Gestationsalter von 32 Wochen kann das Neugeborene in diesem N*-Dienst betreut werden. Wenn ein Säugling nach einer Schwangerschaft von weniger als 32 Wochen geboren wird oder wenn er intensive Pflege benötigt, wird er zur spezialisierten Nachsorge an eine NIC-Dienst überwiesen.



Die spezialisierten, überregionalen Zentren haben eine Perinatalpflegefunktion oder P*-Funktion. Diese Funktion besteht zusätzlich zu einer Entbindungsstation mit N*-Funktion aus einer MIC- und NIC-Dienst.

- Ein MIC-Dienst ist eine Dienst, in dem Frauen mit (Hoch-) Risikoschwangerschaften genau überwacht werden.
- Ein NIC- Dienst ist ein Dienst für die Intensivpflege von Neugeborenen. Schwerstkranke oder Neugeborene im Notzustand werden in einem NIC-Dienst betreut, in der spezialisiertes Personal arbeitet.

Campus mit einer MIC-Abteilung müssen auch über NIC-Betten verfügen, um eine sichere Versorgung von Säuglingen nach Risikoschwangerschaften zu gewährleisten.[29] Umgekehrt kann ein Campus, der eine NIC-Abteilung hat, auch ohne eine MIC-Abteilung existieren. In Belgien gibt es 19 Campus mit einem MIC-Dienst und 19 mit einem NIC-Dienst.

23 Quelle: FÖD Volksgesundheit. (ohne Datum) *Minimale Krankenhausdaten (MKD)*. [Datensatz].

24 Quelle Weltgesundheitsorganisation. (2023). *Preterm birth*. Abgerufen von https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

25 Twilhaar, E. S., De Kieviet, J. F., Van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J. (2020). Neurocognitive processes underlying academic difficulties in very preterm born adolescents. *Child Neuropsychology, 26(2), 274-287.*

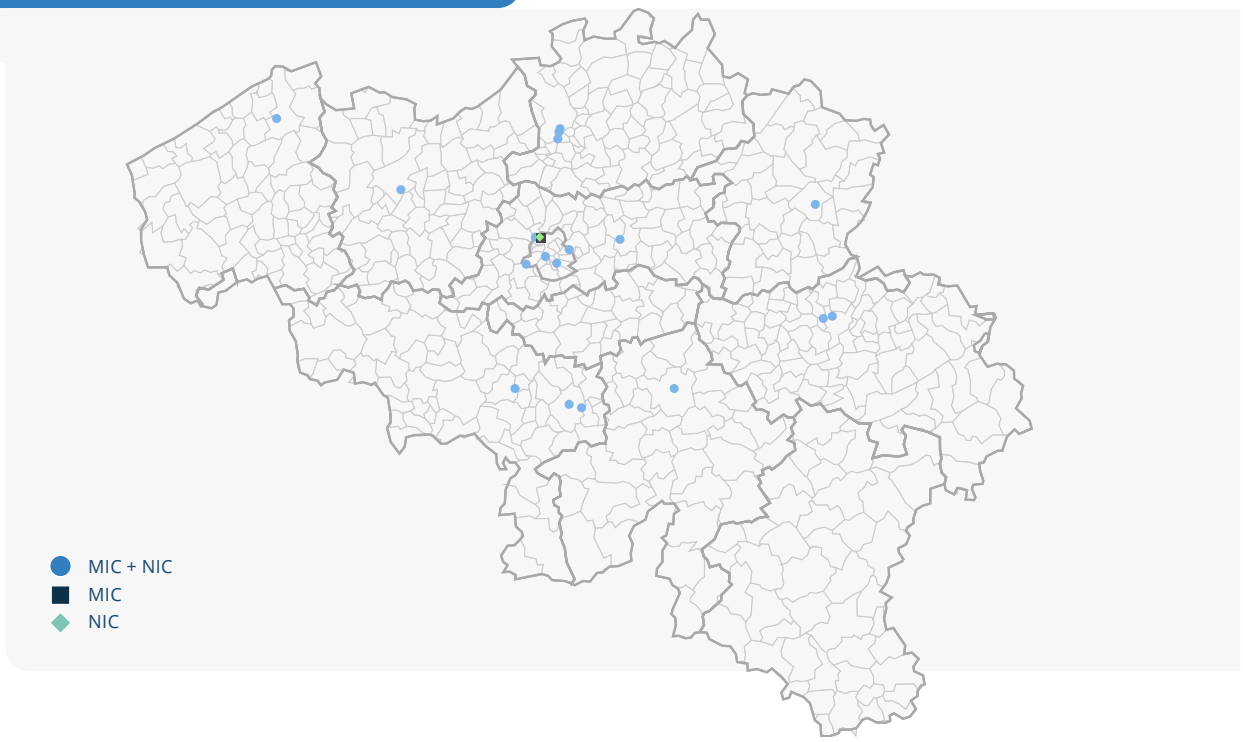
26 Roberts, G., Lim, J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2011). High rates of school readiness difficulties at 5 years of age in very preterm infants compared with term controls. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 32(2), 117-124.27*

27 Montagna, A., & Nosarti, C. (2016). Socio-emotional development following very preterm birth: Pathways to psychopathology. *Frontiers in Psychology, 7, 80.*

28 Johnson, S., O'Reilly, H., Ni, Y., Wolke, D., & Marlow, N. (2019). Psychiatric symptoms and disorders in extremely preterm young adults of 19 years of age and longitudinal findings from middle childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58(8), 820-826.*

29 Ein Krankenhaus in der Region Brüssel-Hauptstadt bildet hier eine Ausnahme.

Verteilung der MIC- und NIC-Dienste (01.01.2025)



Die Krankenhäuser mit einer P*-Funktion schließen Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern, die nur eine Entbindungs- und N*-Funktion haben. Eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Diensten ist schließlich von entscheidender Bedeutung für eine optimale Perinatalpflege in Belgien. Wird bei einer pränatalen Beratung festgestellt, dass eine Schwangerschaft mit erhöhten Risiken verbunden ist, kann eine Schwangere in einem überregionalen Krankenhaus mit MIC-Dienst weiter betreut werden. Dadurch wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gynäkologen und Kinderärzten der MIC- und NIC-Diensten gewährleistet. Die Kooperationsvereinbarungen stellen andererseits sicher, dass ein intensivpflegebedürftiges Neugeborenes reibungslos von einem N*-Dienst in einen NIC-Dienst verlegt werden kann. Die häufigsten Gründe für die externe Verlegung eines Neugeborenen aus einem Krankenhaus ohne NIC- Dienst in einen NIC- Dienst sind Atemstörungen, Frühgeburtlichkeit und Sauerstoffmangel bei der Geburt.[30]

Lokoregionales Zentrum

Entbindungsstation

Nicht-Intensivpflege Neugeborenenpflege

(N*)

Supraregionales Zentrum

Entbindungsstation

Nicht-Intensivpflege Neugeborenenpflege

(N*)

Hochrisiko-schwangerschaftspflege (MIC)

Neonatale Intensivpflege (NIC)

Kranke Neugeborene bleiben so lange im NIC-Dienst, bis sie sich so weit erholt haben, dass sie ohne übermäßiges Risiko zur weiteren Versorgung in das überweisende Krankenhaus zurückverlegt werden können.

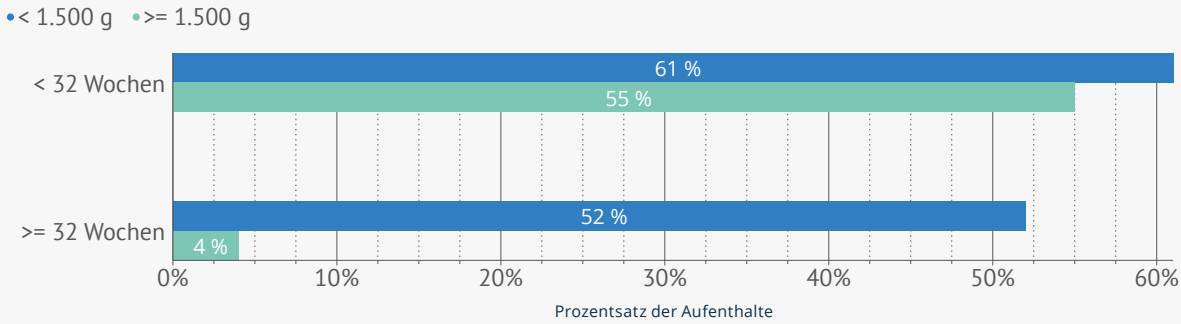
30 Quelle: Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., De Coen, K., Bogaerts, A. & Roelens, K. (2023). Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jahr 2022. Brüssel: Studienzentrum für perinatale Epidemiologie.

Aktivität in einer NIC-Abteilung

Im Jahr 2022 wurden 6.238 Patientinnen und Patienten in einen NIC-Dienst aufgenommen. Die Aufenthaltsdauer ist sehr unterschiedlich und beträgt im Durchschnitt 19 Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 45 Tage für Neugeborene mit einem Gestationsalter von weniger als 32 Wochen und 8 Tage bei einem Gestationsalter von 32 Wochen und mehr.

Sowohl Frühgeburtlichkeit als auch niedriges Geburtsgewicht sind Indikationen für die Aufnahme in einen NIC-Dienst. Grundsätzlich werden Säuglinge, die mit einem Gestationsalter von weniger als 32 Wochen geboren werden, oder einem Geburtengewicht von weniger als 1.500 gramm, standardmäßig an eine NIC-Abteilung überwiesen. Wir stellen fest, dass 55 - 61 % der Neugeborenen im Jahr 2021 mit einem Gestationsalter von weniger als 32 Wochen während ihres Aufenthalts in einem NIC-Dienst aufgenommen wurden. Nur die Hälfte (52 %) der Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm und einem Gestationsalter von 32 Wochen oder mehr werden in einem NIC-Dienst aufgenommen.[31]

Prozentsatz der Aufenthalte nach Geburtsgewicht und Schwangerschaftsdauer mit Aufenthalt auf einer neonatologischen Intensivstation



Rooming-in

In den NIC-Diensten werden alle möglichen Anstrengungen unternommen, um es den Müttern zu ermöglichen, so nah wie möglich bei ihren Säuglingen zu bleiben. Schließlich ist die Umgebung für die Entwicklung eines Frühgeborenen sehr wichtig.[32] In Belgien ist es jedoch noch nicht üblich, dass die Mütter während der Aufnahmezeit in den NIC-Dienst bei ihren Säuglingen bleiben.

Um die Nähe zwischen Eltern und Babys zu stärken, wird heute versucht, das Frühgeborene, sobald es keine Intensivpflege mehr benötigt, in eine N*-Abteilung in der Nähe des Wohnortes zu verlegen. Diese lokoregionalen Zentren prüfen, wie sie mehr Rooming-in-Zimmer anbieten können, um die Nähe zwischen Mutter und Kind zu gewährleisten. Die Forschung zeigt, wie wichtig dies vom ersten Moment nach der Geburt an ist. Zusammen mit einer entwicklunsorientierten Pflege trägt es zur Förderung der Bindung und der optimalen Entwicklung des Frühgeborenen bei.[33] Auch für die Mütter führt diese Nähe und Beteiligung an der Pflege zu einer positiven Reduzierung des Stressniveaus.[34] Der FÖD Volksgesundheit unterstützt die Ausbildung von Fachkräften in der entwicklungsorientierten Pflege durch verschiedene Ausbildungsverträge.

Weitere Informationen finden Sie unter Weitere Informationen finden Sie unter
www.babyhospital.be

31 Bei 0,42 % der Aufenthalte von Neugeborenen ist das Schwangerschaftsalter unbekannt. Bei 0,09 % der Aufenthalte ist das Geburtsgewicht unbekannt.

32 Kuhn, P., Dufour, A., Zores, C. et al. (2017). The Auditory Sensitivity of Preterm Infants Toward Their Atypical Auditory Environment in the NICU and Their Attraction to Human Voices. In: Filippa, M., Kuhn, P., Westrup, B. (eds) Early Vocal Contact and Preterm Infant Brain Development. Springer, Cham. doi.org/10.1007/978-3-319-65077-7_7

33 Klemming, S., Lilliesköld, S & Westrup, B. (2021). Mother-Newborn Couplet Care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatrica*, 110:2951–2957. doi: 10.1111/apa.15997

34 Van Veenendaal, N.R., van Kempen, M.W., Birit B.F.P. et al. (2022). Association of a Zero-Separation Neonatal Care Model With Stress in Mothers of Preterm Infants. *Journal of American Medical Association,* 5(3):e224514. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.4514

4.4 Brustkrebs

Allgemeine Informationen über Brustkrebs

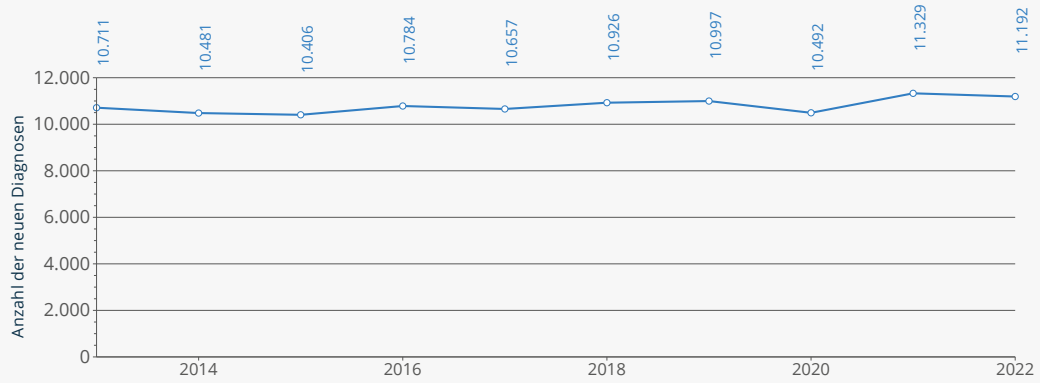
In Belgien ist Brustkrebs mit durchschnittlich 11.000 Neudiagnosen pro Jahr die häufigste Krebsart bei Frauen.[35] Diese Krebsart tritt auch bei Männern auf, wenn auch in geringerem Ausmaß mit durchschnittlich 100 Neuerkrankungen pro Jahr. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 88.512Frauen mit Brustkrebs diagnostiziert. Dies entspricht 1,5 % der weiblichen Bevölkerung Belgiens.[36]

„Durchschnittlich 11.000 neue Brustkrebsdiagnosen pro Jahr bei Frauen."

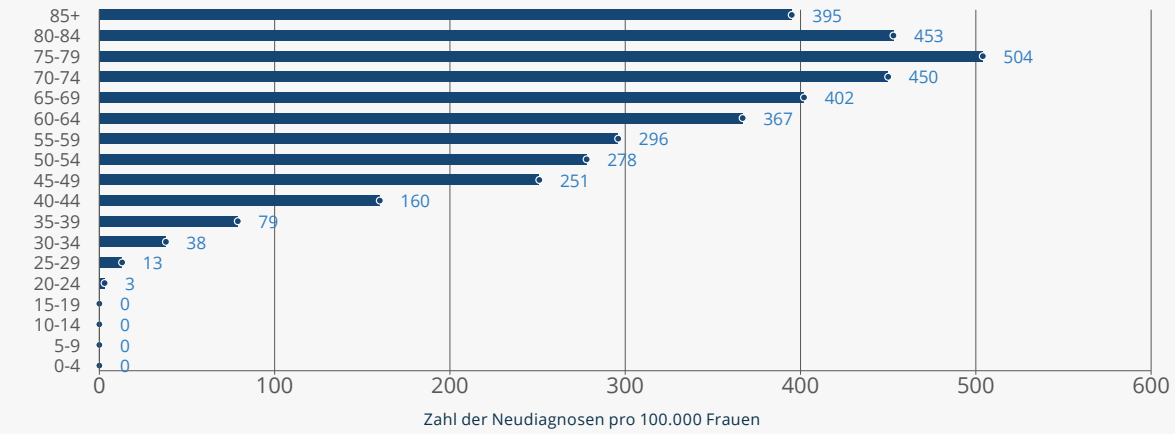
Mehr als 80 % der Diagnosen werden nach dem 50. Lebensjahr gestellt. Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 64 Jahren.

42 % der Diagnosen werden bereits in einem frühen Stadium gestellt. Mit der Einrichtung von Screening-Programmen wird versucht, dies zu erreichen. In Belgien nahmen im Jahr 2021 59 % der Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren an organisierten Brustkrebs-Screenings teil.[37]

Entwicklung der Anzahl neuer Brustkrebsdiagnosen bei Frauen



Anzahl der neuen Brustkrebsdiagnosen pro 100 000 Frauen und Altersgruppe im Jahr 2022

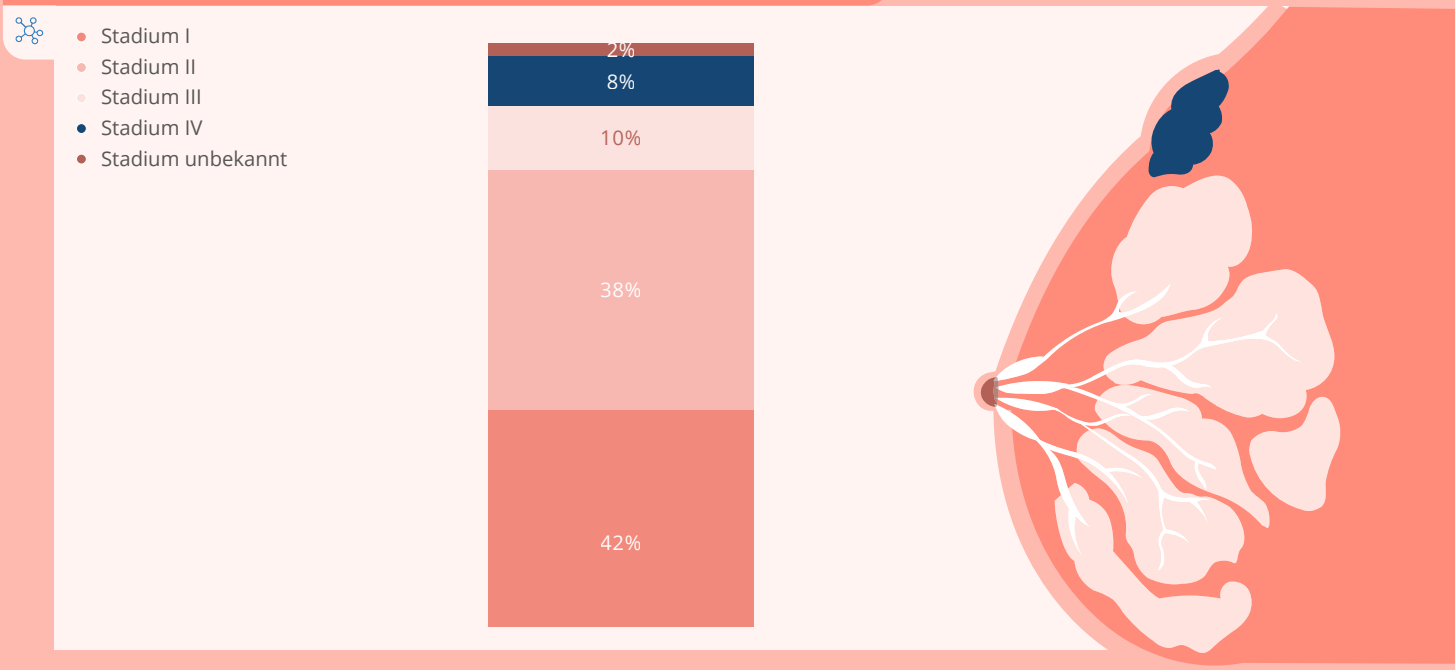


35 Quelle: Krebsregister (2024). *Cancer Fact Sheet: Breast Cancer.* Abgerufen von https://kankerregister.org/nl/publicaties/cancer-fact-sheet-borstkanker-2022

36 Sciensano (2024). Nicht-übertragbare Krankheiten: Krebs. *Health Status Report.* Abgerufen von https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/kanker

37 Gerkens Sophie, Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Levy Muriel, Maertens de Noordhout Charline, Obyn Caroline, Devos Carl, Scohy Aline, Vlayen Annemie, Yaras Harun, Janssens Christophe, Meeus Pascal. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 376A. DOI: 10.57598/R376A.

Prozentualer Anteil der Frauen mit Brustkrebs nach Stadium bei der Diagnose



Die Überlebensrate nach einer Brustkrebsdiagnose beträgt 93 % nach 5 Jahren. In der Altersgruppe der 15- bis 69-Jährigen liegt die Überlebensrate bei 95 %. Bei Frauen über 70 Jahren sinkt diese Quote auf 90,6 %.

Weitere Zahlen?
belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/

Pflegeprogramme Brustkrebs

Aktuelle Pflegeprogramme

Um die Qualität und den Zugang zur bestmöglichen Pflege der Patientinnen zu gewährleisten, wurde 2007 ein Königlicher Erlass veröffentlicht, der die Normen festlegt, denen das auf Brustkrebs spezialisierte onkologische Pflegeprogramm entsprechen muss, um zugelassen zu werden.[38] Dieser KE definiert die Kriterien, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um als „Brustklinik" anerkannt zu werden. Die Kriterien beruhen hauptsächlich auf der Anwesenheit und der Zusammensetzung des multidisziplinären Teams und dem Mindestumfang der Tätigkeit. Eine Brustklinik ist also eine spezialisierte Abteilung innerhalb eines Krankenhauses, die sich ausschließlich mit der Behandlung von onkologischen Brusterkrankungen befasst. Dieser KE schließt jedoch nicht aus, dass Patientinnen in einer Klinik behandelt werden, die die oben genannten Kriterien nicht erfüllt. Die Brustkrebspflege wird derzeit durch die Zusammenarbeit zwischen koordinierenden Brustkliniken und Satelliten-Brustkliniken organisiert. Insgesamt gibt es 2025 76 offiziell anerkannte Brustkliniken.

Möchten Sie mehr über die Standorte der Brustkliniken erfahren?
https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/gezondheidszorginstellingen

38 Königlicher Erlass vom 15. Dezember 2013, veröffentlicht am 23. Dezember 2013, zur Änderung des königlichen Erlasses vom 26. April 2007 zur Festlegung der Normen, denen das auf Brustkrebs spezialisierte onkologische Pflegeprogramm entsprechen muss, um zugelassen zu werden Abgerufen von http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2013/12/15/2013024439/staatsblad

Koordinierende Brustkliniken

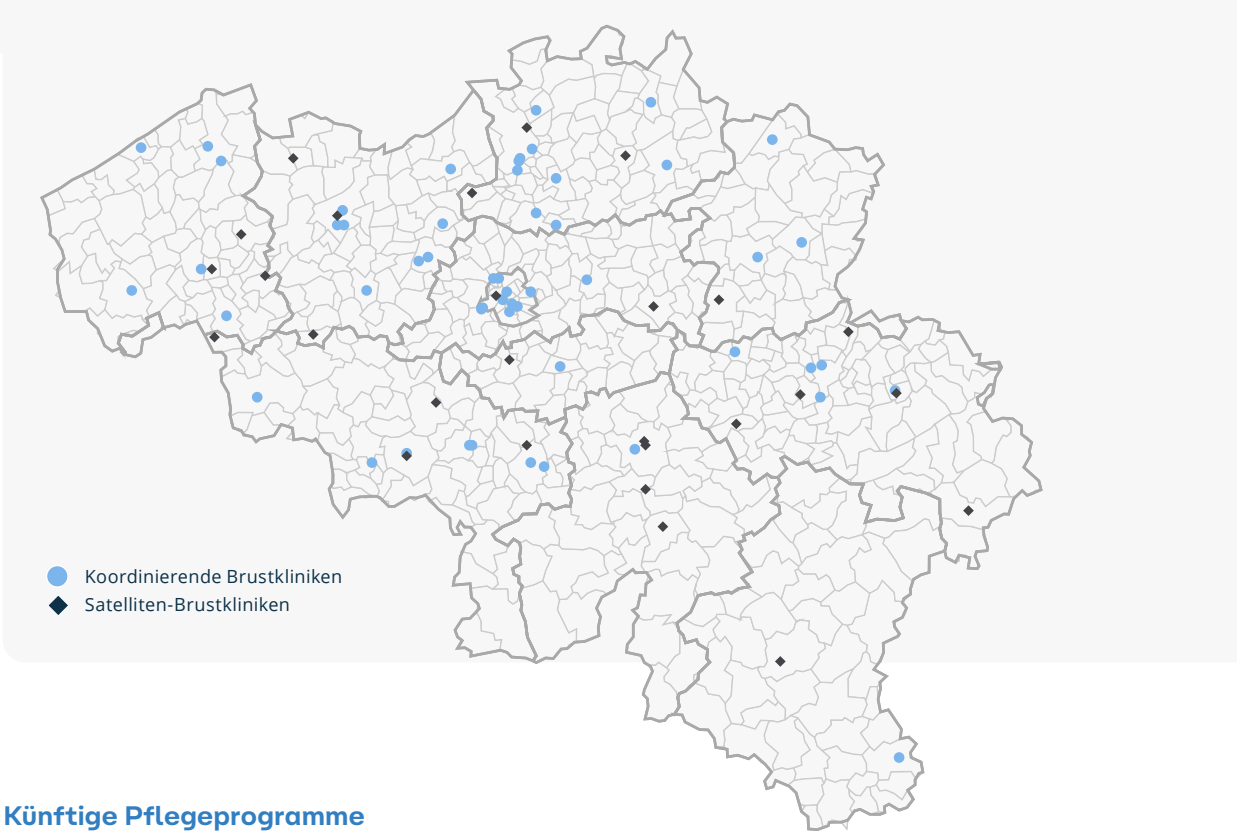
In diesen Kliniken müssen jährlich mindestens 125 neue Fälle von Brustkrebs diagnostiziert und behandelt werden. Ein spezialisiertes Team bietet eine umfassende multidisziplinäre medizinische und paramedizinische Versorgung. Alle komplexen Phasen der Patientenpflege müssen in einer der Koordinationskliniken durchgeführt werden, einschließlich Diagnose, Erstellung des Behandlungsplans, Operation und Rehabilitation.

Satelliten-Brustkliniken

Diese Kliniken arbeiten eng mit einer koordinierenden Brustklinik zusammen. In diesen Kliniken müssen jährlich mindestens 60 neue Fälle von Brustkrebs diagnostiziert und behandelt werden. Auch Folgebehandlungen wie Chemo- oder Strahlentherapie können in diesen Kliniken durchgeführt werden.

Diese beiden Arten von Brustkliniken müssen eng zusammenarbeiten, um die Qualität der Pflege sicherzustellen und gleichzeitig den Wohnort der Patientinnen zu berücksichtigen. Idealerweise finden die spezialisierten und komplizierten Aspekte der Pflege in der koordinierenden Brustklinik statt, während die Standard-Folgepflege in der Satellitenklinik in der Nähe des Wohnortes der Patientin erfolgt.

Verteilung der koordinierenden und Satelliten-Brustzentren (01.01.2025)



Künftige Pflegeprogramme

Im Anschluss an den KCE-Bericht „Brustkrebs: Machen akkreditierte Brustkliniken einen Unterschied?“ wurden die Vorschriften für Brustkrebspflegeprogramme im Jahr 2023 reformiert. Der Bericht zeigt, dass die Konzentration der spezialisierten Pflege in Referenzzentren, die über das notwendige Fachwissen und ein multidisziplinäres Team verfügen, zu einer besseren Qualität der Pflege führt. Im Gegensatz dazu ist das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, für Patientinnen, die in nicht akkreditierten Kliniken behandelt werden, um 30 % höher.

Weitere Informationen finden Sie unter
https://kce.fgov.be/nl/borstkankerzorg-in-centra-met-en-zonder-erkenning-voor-borstkanker-is-er-een-verschil

Auf der Grundlage dieses Berichts und im Hinblick auf die Konzentration der Pflegeleistungen wurden die geltenden Rechtsvorschriften geändert.

Alle chirurgischen Eingriffe (brusterhaltende Chirurgie, Mastektomie, Lymphknotenchirurgie, rekonstruktive Chirurgie) dürfen in Zukunft nur noch in einer koordinierenden Brustklinik durchgeführt werden. Darüber hinaus muss für jede Patientin eine multidisziplinäre onkologische Beratung in der koordinierenden Brustklinik stattfinden. Zusätzlich wird der medizinische und pflegerische Rahmen gestärkt. Die spezifischen Bedingungen, die erforderlich sind, um eine koordinierende Brustklinik als solche zu definieren, sind ebenfalls in den Rechtsvorschriften festgelegt.

Darüber hinaus sind auch bei den Satelliten-Brustkliniken Änderungen geplant. Diese werden durch angeschlossene Brustkliniken ersetzt. Diese angeschlossenen Brustkliniken werden sich auf diagnostische Verfahren, Strahlentherapie, ergänzende systemische Behandlungen und die Nachsorge von bösartigen Brusterkrankungen konzentrieren. Die Behandlung wird im individuellen Pflegeplan der Patientin festgelegt, der im Rahmen des koordinierenden Pflegeprogramms erstellt wird, mit dem die angeschlossene Brustklinik eine vorgeschriebene Kooperationsvereinbarung hat. Die vorgeschriebene Unterzeichnung eines Kooperationsabkommens wird einen klaren Rahmen für die Zusammenarbeit in allen Aspekten der Patientinnenpflege schaffen.

Jede Brustklinik muss ein Mindestmaß an Aktivität aufrechterhalten und ein Mindestmaß an Supervision für das Personal gewährleisten.

Um dieses neue Organisationsmodell funktionsfähig zu machen, ist eine Übergangszeit vorgesehen. Die Änderungen werden am 1. Januar 2026 in Kraft treten.



Möchten Sie mehr erfahren?
Königlicher Erlass vom 26. April 2007 zur Festlegung der Normen, denen das koordinierende auf Brustkrebs spezialisierte onkologische Pflegeprogramm und das auf Brustkrebs spezialisierte onkologische Pflegeprogramm entsprechen müssen, um zugelassen zu werden

4.5 Seltene Krankheiten

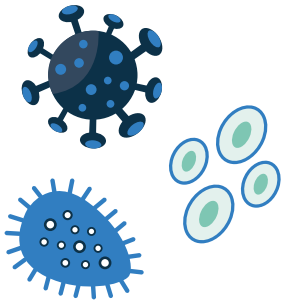
Allgemeine Informationen über seltene Krankheiten

„Bis heute sind zwischen 6.000 und 8.000 seltene Krankheiten identifiziert worden."

Eine Krankheit gilt als „selten", wenn sie weniger als 1 von 2.000 Menschen betrifft. Bis heute sind zwischen 6.000 und 8.000 seltene Krankheiten identifiziert worden. Es ist wichtig zu betonen, dass die Prävalenz der verschiedenen Krankheiten sehr unterschiedlich sein kann. Bei den 400 häufigsten seltenen Krankheiten geht man davon aus, dass etwa 98 % der Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Krankheit an dieser leiden, während andere Krankheiten als extrem selten gelten, mit einer Prävalenz von etwa 10 Patientinnen und Patienten pro 1 Million. Die bekanntesten Krankheiten sind Mukoviszidose, Spinale Muskelatrophie, Chorea Huntington und Duchenne-Muskeldystrophie.

Als Beispiele sind nachfolgend einige der bekanntesten seltenen Krankheiten aufgeführt:[39,40]

- **Mukoviszidose:** betrifft etwa 1 von 3.000 Neugeborenen in Europa und 1 von 5.000 in Belgien.
- **Spinale Muskelatrophie:** betrifft etwa 1 von 30.000 Geburten in Europa.
- **Chorea Huntington:** geschätzte Prävalenz von 1 von 20.000 bis 1 von 10.000 Personen.
- **Duchenne-Muskeldystrophie:** tritt hauptsächlich bei Jungen auf, die Prävalenz liegt zwischen 1:3.500 und 1:9.300 Jungen.
- **Amyotrophe Lateralsklerose:** Die Prävalenz liegt bei etwa 1: 20.000, wobei Männer etwas häufiger betroffen sind (Verhältnis von etwa 1,5 Männern zu 1 Frau).
- **Hämophilie:** betrifft 1 von 5.000 Jungen bei der Geburt und 1 von 12.000 Menschen in der Allgemeinbevölkerung.



Bei den meisten dieser Krankheiten handelt es sich um schwere, komplexe genetische Krankheiten, die auch chronisch und fortschreitend sein können. Rund 75 % davon betreffen Kinder. Von den Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten sterben 30 % vor dem Alter von 5 Jahren. In Belgien leiden schätzungsweise mehr als 660.000 Menschen an einer seltenen Krankheit.

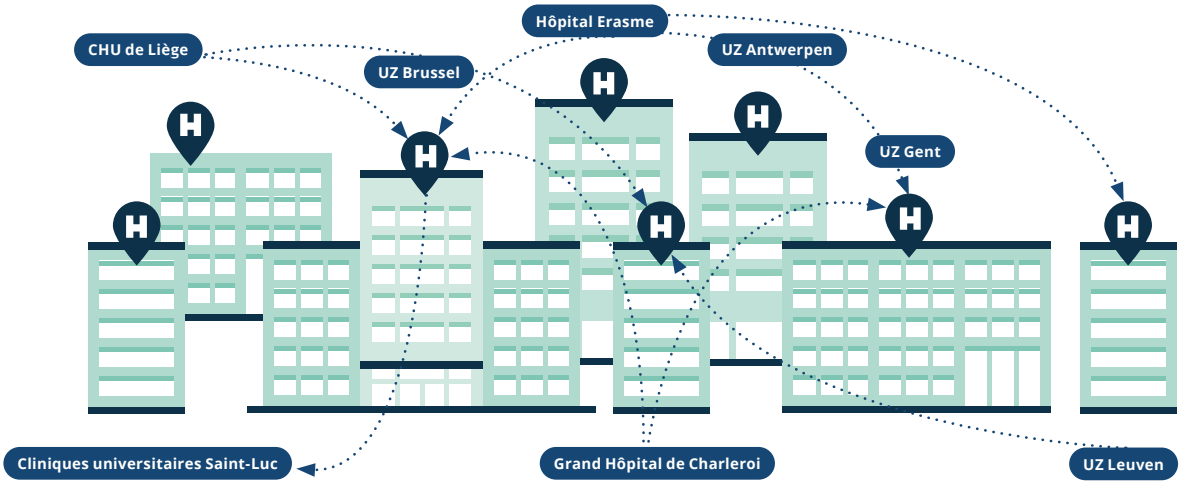
Diese Krankheiten haben auch erhebliche wirtschaftliche und berufliche Folgen für die Patientinnen und Patienten sowie ihre Familien. Im Durchschnitt müssen 36 % der Patientinnen und Patienten ihre berufliche Tätigkeit erheblich einschränken oder ganz aufgeben. In 26 % der Fälle muss auch ein Familienmitglied seinen Arbeitsplatz aufgeben, um sich der Pflege zu widmen.[41]

In den meisten Fällen gibt es keine Heilung, aber die Behandlung der Symptome kann die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern und ihre Lebenszeit verlängern.

Die große Zahl, die Vielfalt und die Seltenheit dieser Krankheiten werfen eine Reihe von Problemen bei ihrer Behandlung auf. Im Durchschnitt dauert es 5 Jahre, bis die richtige Diagnose gestellt wird. Aufgrund der Merkmale dieser Krankheiten kann das für ihre Behandlung erforderliche Fachwissen unmöglich überall in Belgien verfügbar sein. Netzwerke zur Bündelung des Fachwissens in diesem Bereich sind daher bei diesen Krankheiten besonders wichtig.

Bestehende Netzwerke für seltene Krankheiten in Belgien

Die Behandlung seltener Krankheiten erfordert eine hochspezialisierte Pflege. Haus- und Fachärzte können ihre Patientinnen und Patienten an eines der acht Krankenhäuser mit der Anerkennung „Abteilungen seltene Krankheiten“ überweisen. Diese Anerkennung garantiert die Qualität der Pflege, diagnostisches Fachwissen, spezialisierte multidisziplinäre Pflege, Zugang zu innovativen Behandlungen und die Möglichkeit zur Teilnahme an der Forschung. Die Krankenhäuser, die diese Anerkennung erhalten haben, sind: Cliniques universitaires Saint-Luc, CHU de Liège, UZ Brussel, Hôpital Erasme, UZ Antwerpen, UZ Leuven, UZ Gent sowie das Grand Hôpital de Charleroi in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pathologie und Genetik (IPG).



39 Quelle: Sciensano. (2004) *Seltene Krankheiten*. Abgerufen von https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/zeldzame-ziekten

40 Quelle: Orphanet. (2024). *Access to aggregated data from Orphanet.* Abgerufen von https://www.orphadata.com.

41 Quelle: Fonds für seltene Krankheiten und Orphan-Arzneimittel. (2011). Empfehlungen und Vorschläge für Maßnahmen für einen belgischen Plan für seltene Krankheiten. Abgerufen von https://www.departementzorg.be/nl/zeldzame-ziekten-0

In Flandern wurde 2017 die Vereinigung „Vlaamse Netwerken Zeldzame Ziekten“ (Flämische Netzwerke für seltene Krankheiten) gegründet. Diese Struktur erleichtert die Einrichtung von Netzwerken für seltene Krankheiten in Flandern. Inzwischen gibt es 23 Netzwerke, die auf denselben Krankheitsgruppen basieren wie die europäischen Referenznetzwerke. Die Teilnahme an diesen Netzwerken ist freiwillig.

Europäische Referenznetzwerke für seltene Krankheiten (ERN)

Die große Zahl der verschiedenen seltenen Krankheiten, die Seltenheit jeder einzelnen Krankheit und ihre Komplexität stellen eine große Herausforderung dar. Das für die Behandlung einer Krankheit erforderliche Fachwissen ist nicht immer verfügbar, manchmal nicht einmal im Wohnsitzland der Patientin oder des Patienten, und das Gleiche gilt für Behandlungen. Die Merkmale dieser Krankheiten führen auch zu einem Mangel an Ressourcen in den Gesundheitssystemen: z. B. die oft (sehr) hohen Behandlungskosten oder die Schwierigkeiten bei der Durchführung von Forschungsarbeiten aufgrund der geringen Anzahl von Patientinnen und Patienten und des Mangels an Daten und Ressourcen. In Europa leiden schätzungsweise 30 Millionen Menschen an einer seltenen Krankheit.

„In Europa leiden schätzungsweise 30 Millionen Menschen an einer seltenen Krankheit.“

„94 belgische Teams sind Mitglieder der ERNs.“

Um diese Herausforderungen zu bewältigen, hat die Europäische Kommission gemeinsam mit den EU-Mitgliedstaaten und Norwegen 2017 die Europäischen Referenznetzwerke für seltene Krankheiten, auch ERN genannt, eingerichtet.

Dabei handelt es sich um virtuelle Netzwerke, die darauf abzielen, das europäische Fachwissen über seltene Krankheiten zusammenzuführen. Derzeit gibt es 24 ERN, wobei jedes Netzwerk auf eine bestimmte Art von Krankheit spezialisiert ist. An diesen Netzwerken sind Expertenteams aus ganz Europa beteiligt, deren Ziel es ist, Fachwissen und nicht Patientinnen und Patienten zu verbreiten. Diese Netzwerke arbeiten an virtuellen Konsultationen, der Einrichtung spezifischer Register, der Erstellung von Behandlungsleitlinien und der Organisation von Fortbildungsveranstaltungen zum Wissensaustausch.

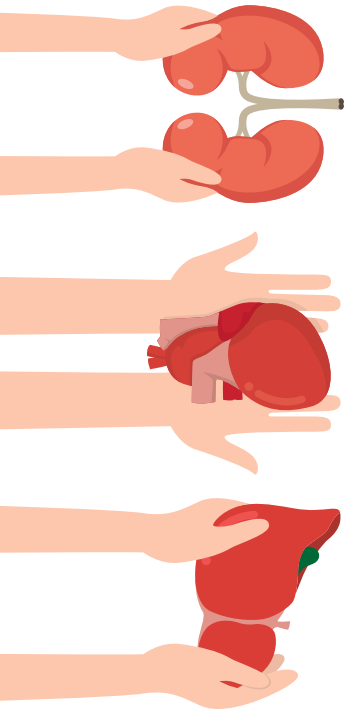
Ein Pflegedienstleister kann auf das Wissen der fachkundigen Mitglieder eines ERN zurückgreifen. Die versammelten Experten analysieren den konkreten Fall der Patientin oder des Patienten. Falls erforderlich, können zusätzliche Untersuchungen angefordert und nach Möglichkeit im Wohnsitzland der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden. Ziel dieses virtuellen Beratungsgremiums ist es, die richtige Diagnose zu stellen und die am besten geeignete Behandlung vorzuschlagen. Wenn eine spezialisierte Intervention erforderlich ist, wird so weit wie möglich dafür gesorgt, dass das Fachwissen in das Land der Patientin des Patienten gebracht wird und nicht umgekehrt. Dies ist nicht immer möglich.

Diese Arbeit ermöglicht es Gesundheitsfachkräften, die bisher seltene und komplexe Fälle isoliert behandelt haben, ihre Kolleginnen und Kollegen um eine zweite Meinung zu bitten.

Möchten Sie mehr erfahren?
https://health.ec.europa.eu/rare-diseases-and-european-reference-networks/european-reference-networks_en

4.6 Organspende und -transplantation

Eurotransplant



In der Welt der Organspende und -transplantation ist die Zusammenarbeit von unschätzbarem Wert. Nicht nur innerhalb der Grenzen unseres Landes, sondern auch über internationale Grenzen hinweg. Belgien hat sich zu einer engen Zusammenarbeit mit Eurotransplant verpflichtet. Dies ist eine internationale gemeinnützige Organisation, die die Kommunikation zwischen Spenderkrankenhäusern und Transplantationszentren vereinfacht. Die Organisation erleichtert die Zuteilung und den Austausch von Spenderorganen zwischen den acht teilnehmenden Ländern.

Patientinnen und Patienten, die auf eine Organtransplantation warten, werden in einer zentralen Eurotransplant-Datenbank registriert. Sobald ein Spender verfügbar ist, werden seine Merkmale in derselben Datenbank registriert. Ein Computerprogramm sucht dann für jedes zur Verfügung gestellte Organ nach einer möglichen Übereinstimmung. Bei jeder Vergabe werden die internationalen und nationalen Gesetze zur Organspende beachtet.

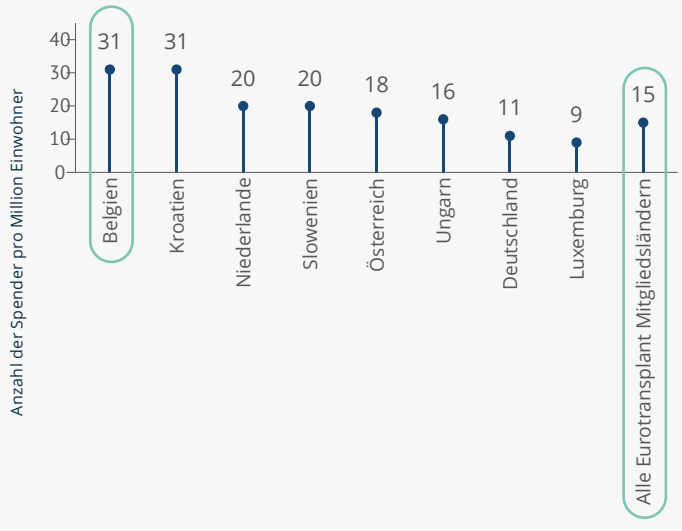
Die internationale Zusammenarbeit erhöht die Wahrscheinlichkeit einer positiven Übereinstimmung zwischen einem Spender und einer Patientin oder einem Patienten auf der Transplantationswarteliste. Die Region Eurotransplant, zu der Belgien, die Niederlande, Luxemburg, Deutschland, Österreich, Slowenien, Kroatien und Ungarn gehören, hat mehr als 130 Millionen Einwohner. Diese breite Basis bietet ein beträchtliches Potenzial für Organspenden, wobei die Zahl der Transplantationen natürlich von der Zahl der verfügbaren Spender abhängt.

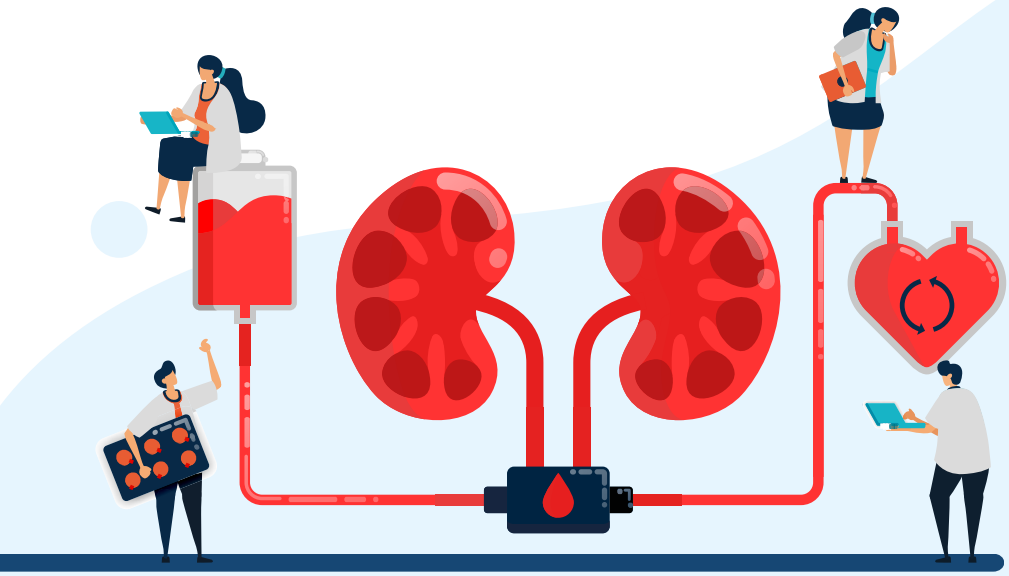
Weitere Informationen finden Sie unter
https://www.eurotransplant.org/

Organspende

Die Zahl der Spenderpatienten pro Million Einwohner, die mindestens ein Organ gespendet haben, liegt in den Ländern, die dem Eurotransplant-Netzwerk angehören, zwischen 9 und 31.

Anzahl der Spender pro Million Einwohner in den Mitgliedsländern von Eurotransplant im Jahr 2024





„Mit 31 Personen pro Million Einwohner, die mindestens ein Organ gespendet haben, hat Belgien die höchste Spenderzahl aller acht Mitgliedsländer des Eurotransplant-Netzwerks."

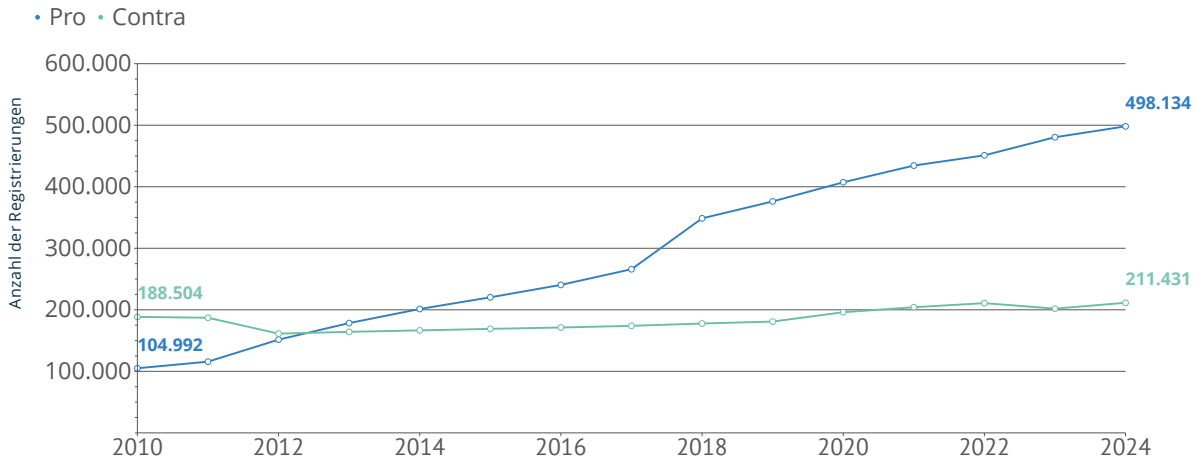
Entscheidung für Organspende registrieren? https://www.klikvoororgaandonatie.be/de/startseite/

Belgien hat unter den Ländern des Eurotransplant-Netzwerks die höchste Anzahl von Spendern pro Million Einwohner. Spanien – das nicht an Eurotransplant beteiligt ist – ist jedoch mit 47 Spendern pro Million Einwohner bis 2022 ein Spitzenreiter in Europa.[42]

In Belgien gibt es dank des bestehenden Rechtsrahmens und der Bemühungen der Krankenhäuser und der Regierung eine hohe Zahl von Spendern. Die Gesetzgebung sieht ein Opting-out-System vor, bei dem die Bevölkerung automatisch als Spender gilt, sofern sie nicht widerspricht. Dies steht im Gegensatz zu dem von einigen anderen Ländern verwendeten Opting-in-System, das die ausdrückliche Zustimmung des Einzelnen oder seiner Familie erfordert.

Unabhängig vom Opting-out-System in Belgien gibt es ein nationales Register, in das alle Bürgerinnen und Bürger ihre Entscheidung für eine Organspende eintragen können. Im Jahr 2024 gab es 709.565 Registrierungen in diesem Register. 70 % der Registrierungen waren positive Registrierungen, bei denen die Patientinnen und Patienten angaben, dass sie ihre Organe für eine Spende zur Verfügung stellen. Die Zahl der Registrierungen ist seit 2010 stark gestiegen, wobei vor allem die Zahl der positiven Registrierungen (+374 %) gegenüber der Zahl der negativen Registrierungen (+12 %) gestiegen ist. Lässt sich die Patientin oder der Patient nicht in das Register eintragen, wird die Frage nach einer Organspende an die nächsten Angehörigen gestellt.

Entwicklung der Zahl der Registrierungen im nationalen Organspenderegister



42 Quelle: Council of Europe Organización Nacional de Trasplantes (2023). International figures on donation and transplantation 2022. *Newsletter transplant, EDQM, 28* (2023). Abgerufen von https://www.transplant-observatory.org/summary/

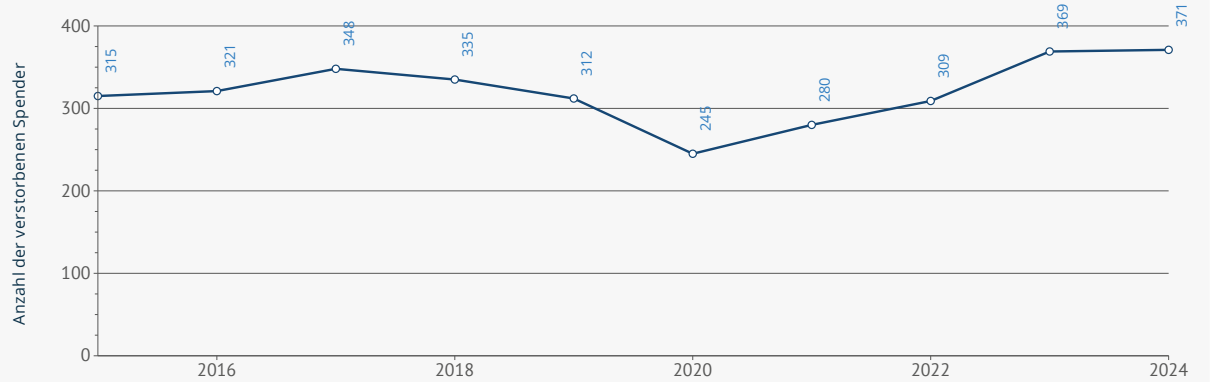
Organtransplantation

Mit 33 Transplantationsprogrammen für verschiedene Organe in 8 Transplantationszentren im ganzen Land, darunter 7 Universitätskliniken und 1 Herztransplantationsklinik, hat Belgien eine moderne Infrastruktur für Organspenden und -transplantationen aufgebaut. Diese Zentren arbeiten eng mit rund 100 Krankenhäusern im Land zusammen, in denen lokale medizinische und pflegerische Spenderkoordinatoren ernannt wurden. Diese Koordinatoren spielen eine entscheidende Rolle bei der Ermittlung potenzieller Spender und der Gewährleistung eines reibungslosen Spendenprozesses.

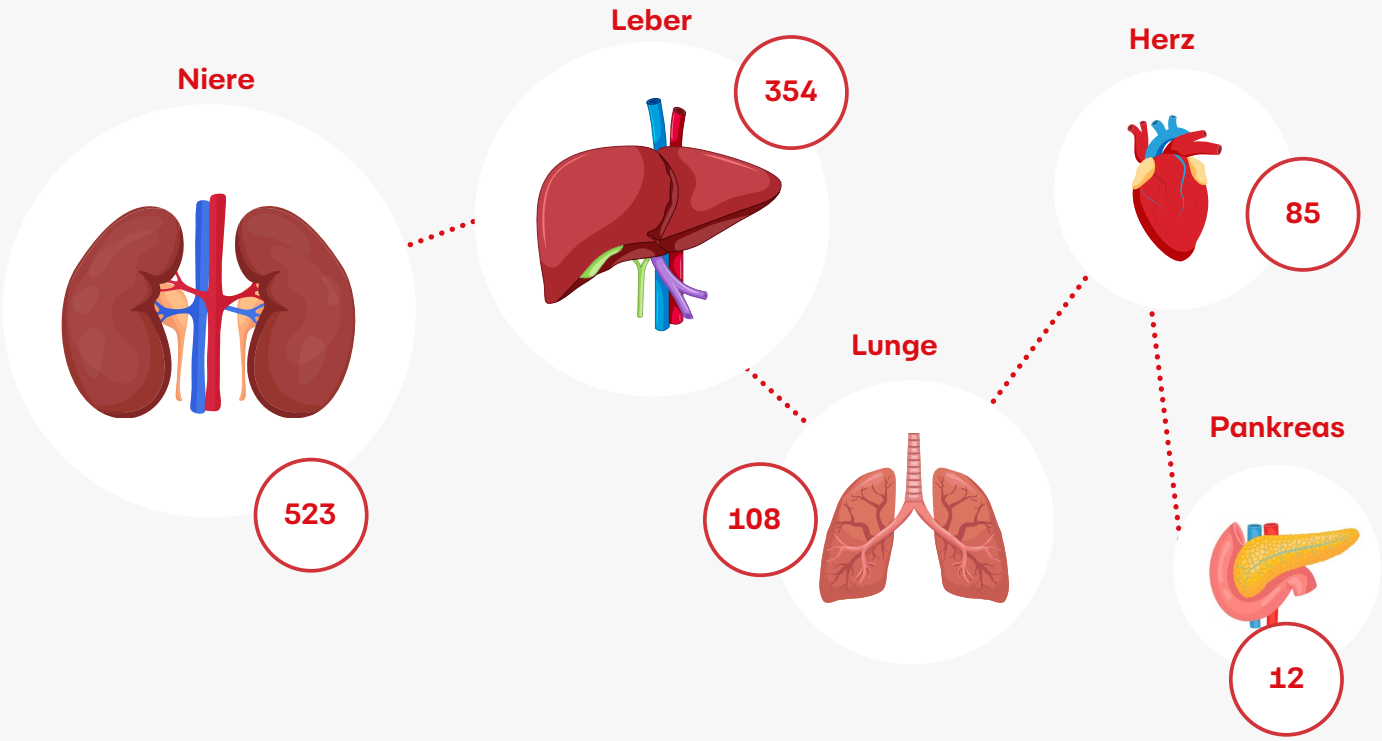
Die effektive Zusammenarbeit zwischen Transplantationszentren und Krankenhäusern hat nicht nur die Zahl der Spender erhöht, sondern auch internationales Interesse geweckt. Andere Länder interessieren sich für das belgische Modell der Zusammenarbeit und Koordinierung, was deutlich zeigt, dass gemeinsame Anstrengungen auf nationaler und internationaler Ebene für die Verbesserung der Organspende- und Transplantationsprojekte weltweit unerlässlich sind.

In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der jährlichen Organspenden von belgischen Patientinnen und Patienten von 315 auf 371 gestiegen (+18 %).

Entwicklung der Zahl der verstorbenen Spender, die in Belgien mindestens ein Organ gespendet haben



Anzahl der Transplantationen in Belgien im Jahr 2024

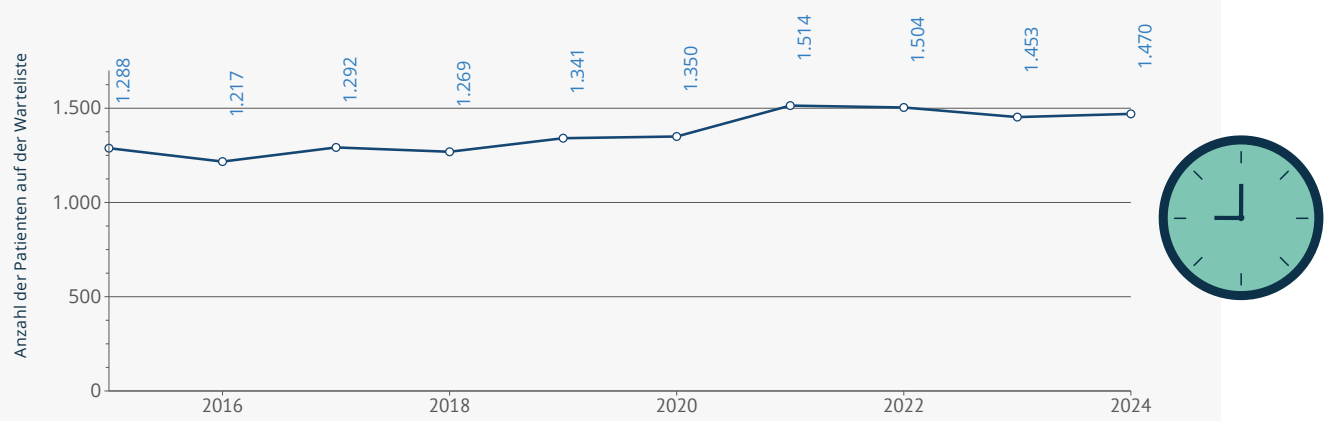


Im Jahr 2024 wurden in Belgien 1 082 Transplantationen durchgeführt. Bei der Hälfte der Transplantationen handelt es sich um Nierentransplantationen und bei einem Drittel um Lebertransplantationen.

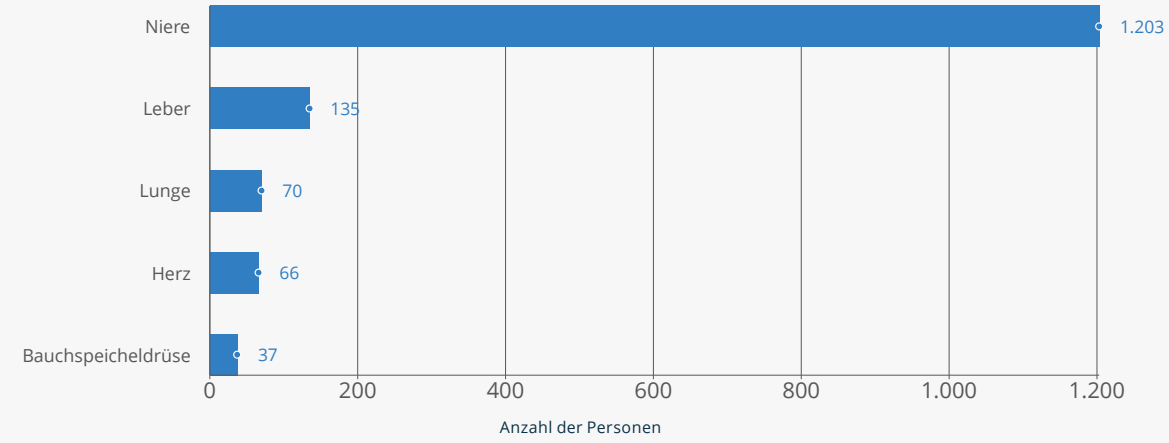
Warteliste Organtransplantation

Im Jahr 2024 standen in Belgien 1.470 Menschen auf der Warteliste für eine Organtransplantation. Diese Zahl ist seit 2015 um 14 % gestiegen.

Entwicklung der Zahl der aktiven Patientinnen und Patienten auf der Warteliste für Organtransplantationen in Belgien



Anzahl der Personen auf der Warteliste nach Art des Organs im Jahr 2024



Weitere Informationen finden Sie unter
https://www.health.belgium.be/de/gesundheit/sorgen-sie-fuer-sich-selbst/lebensanfang-und-lebensende/organspende

4.7 Operation Zero

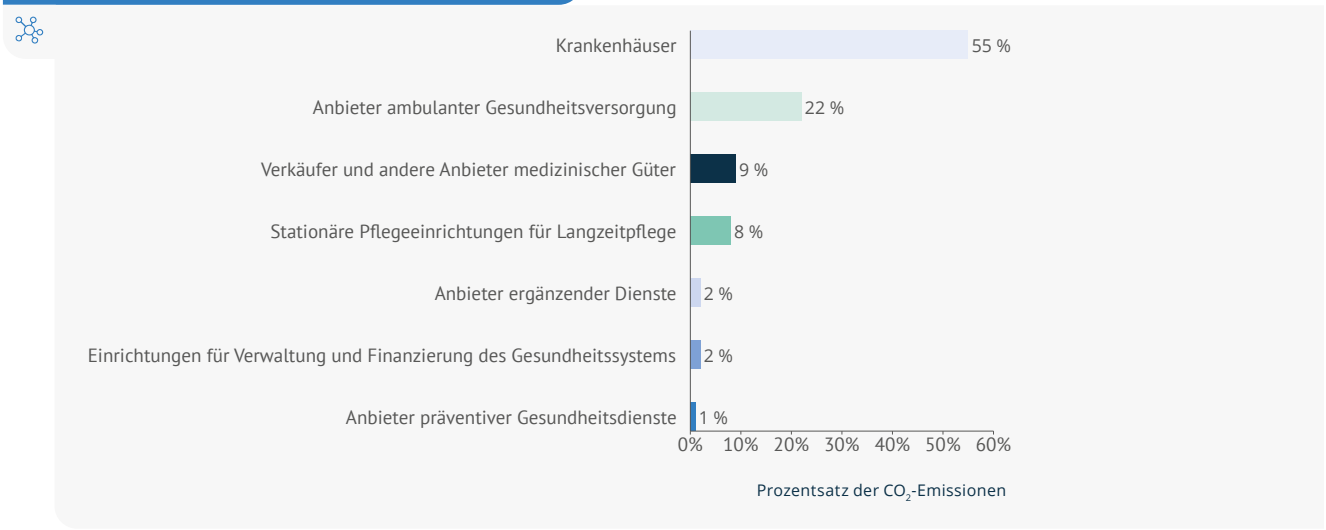
Der Klimawandel hat einen immer größeren Einfluss auf unser tägliches Leben. Die Notwendigkeit von Klimaschutzmaßnahmen in allen Sektoren, einschließlich des Gesundheitswesens, wird immer deutlicher. Der Gesundheitssektor trägt in erheblichem Maße zu den CO_2-Emissionen bei und spielt daher eine entscheidende Rolle im Kampf gegen den Klimawandel.

Der belgische Gesundheitssektor, einschließlich Krankenhäuser, Pflegeheime, präventive Medizin und ambulante Versorgung, ist für 5 % der Gesamtemissionen verantwortlich. Dies entspricht 9 901 Kilotonnen CO_2-Äquivalent pro Jahr. Ohne tiefgreifende Maßnahmen wird bis 2050 ein Anstieg um 61 % erwartet, vor allem aufgrund der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen infolge der Alterung der Bevölkerung und der Folgen der Klimaerwärmung.

Um diese Herausforderung anzugehen, haben die föderalen, regionalen und gemeinschaftlichen Behörden den Nationalen Aktionsplan Umwelt-Gesundheit (NEHAP) entwickelt. Daraus entstand die Studie „Operation Zero“, die einen detaillierten Einblick in die Verteilung der CO_2-Emissionen im Gesundheitssektor bietet.

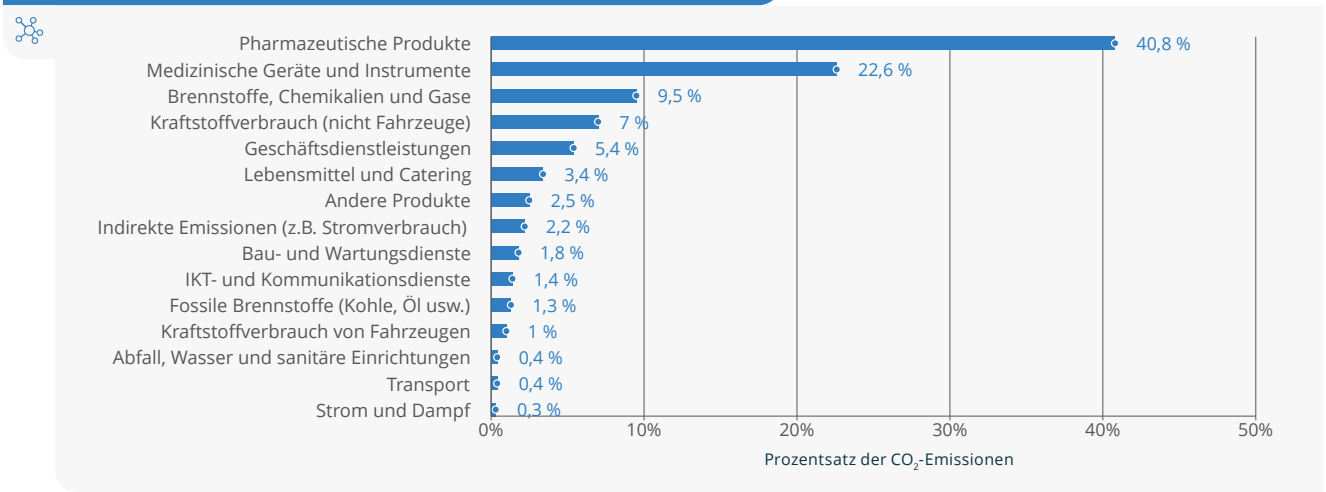
Krankenhäuser sind für 55 % der Gesamtemissionen verantwortlich.

Emissionen nach Art der Gesundheitseinrichtung



Güter und Dienstleistungen, wie medizinisches Material, Lebensmittel, Büromaterial und Medikamente, machen mehr als 80 % der Emissionen in Krankenhäusern aus. Pharmazeutische Produkte allein sind für 40,8 % der gesamten Emissionen verantwortlich, unter anderem durch Narkosegase und Dosieraerosole, die Treibhausgase freisetzen. Ein Fünftel der Emissionen stammt aus der Nutzung von medizinischen Geräten und Instrumenten.

Prozentsatz der CO□-Emissionen in Krankenhäusern nach Kategorie



Viele Gesundheitseinrichtungen ergreifen bereits aktive Maßnahmen, um Nachhaltigkeit zu integrieren und ihren ökologischen Fußabdruck zu verkleinern. Dies geschieht unter anderem durch:

- Umstellung auf erneuerbare Energien
- Nachhaltiges und energieeffizientes Bauen
- Abfallmanagement und Kreislaufwirtschaft im Gesundheitswesen
- Lokale und nachhaltige Verpflegung

Durch internationale Kooperationen wird Wissen geteilt, um von den Lösungen in anderen Ländern zu lernen.

Auf der Klimakonferenz 2021 hat sich Belgien verpflichtet, den Gesundheitssektor bis 2050 klimaneutral zu gestalten. Dank „Operation Zero“ haben wir nun einen detaillierten Überblick über die CO_2-Emissionen im Gesundheitswesen, der sowohl Behörden als auch Gesundheitseinrichtungen bei der Umsetzung gezielter Maßnahmen unterstützt.

Mehr erfahren?
https://www.leefmilieu-gezondheid.be/nl/nieuws/operation-zero-eerste-stap-naar-de-vergroening-van-de-gezondheidszorg

SCHLUSSFOLGERUNG

In dieser Veröffentlichung haben wir verschiedene Formen der Zusammenarbeit aufgezeigt, die bereits zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitspflege im allgemeinen Krankenhaussektor eingeleitet wurden. Diese Initiativen zeugen von einem gemeinsamen guten Willen, unser Gesundheitssystem zu stärken. Die Fortschritte sind zwar ermutigend, aber es bleibt noch viel zu tun.

Die Einrichtung von Krankenhausnetzwerken erfordert eine Neuorganisation der Tätigkeiten, die Ausarbeitung neuer Finanzierungsformen und die Anpassung des rechtlichen Rahmens. Der Erfolg dieser Innovationen hängt von dem kontinuierlichen Engagement und der Beteiligung aller Akteure des Sektors ab. Von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen bis hin zu den politischen Entscheidungsträgern muss jeder eine entscheidende Rolle beim weiteren Aufbau und der Stärkung dieser Netzwerke spielen. Eine gemeinsame Anstrengung zur Überwindung von Hindernissen und zur Nutzung von Chancen ist unerlässlich.

Der Schwerpunkt muss weiterhin auf Zusammenarbeit und gemeinsamer Verantwortung liegen. Ein nachhaltiges, effizientes und patientenzentriertes Gesundheitssystem kann nur durch gemeinsame Anstrengungen und mit einer gemeinsamen Vision entstehen. Mit vereinten Kräften können wir aktuelle und künftige Herausforderungen meistern, damit alle Bürgerinnen und Bürger gleichberechtigten Zugang zu einer hochwertigen Pflege erhalten.

Mit Zuversicht für die Zukunft und Dankbarkeit für die bereits unternommenen Anstrengungen schließen wir diese Veröffentlichung mit einem Aufruf zur weiteren Zusammenarbeit und gemeinsamen Verantwortung ab.

Gemeinsam können wir ein widerstandsfähiges Gesundheitssystem aufbauen, das auf die Bedürfnisse von morgen vorbereitet ist und eine hervorragende Pflege für alle bietet.



Volksgesundheit
Sicherheit der Nahrungsmittelkette
Umwelt