

Impressum

BETREFF

In dieser Veröffentlichung konzentrieren wir uns auf die Aufgaben, an denen die Generaldirektion Gesundheitswesen des Föderalen Öffentlichen Dienstes Gesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt während der Pandemie aktiv beteiligt war. Wir geben einen Überblick über die Aktivitäten und Initiativen in Bezug auf Organisation, Finanzierung und Qualität, zu denen unser Dienst beigetragen hat.

REDAKTIONSAUSSCHUSS

Die Mitglieder der Generaldirektion Gesundheitspflege

VERANTWORTLICHER HERAUSGEBER

Dirk Ramaekers,
Galileelaan 5/2 – 1210 Brussel.

KONTAKTDATEN



föderaler öffentlicher dienst

**VOLKSGESUNDHEIT,
SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE**

Director-General Healthcare

Galileelaan 5/2
1210 Brüssel
T. +32 (0)2 524 97 97 (Service Center
Gesundheit)

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

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

www.health.belgium.be

Dépôt légal : D/2022/2196/45

VORWORT 4

EINLEITUNG 5

ORGANISATION 6

1. Beratende Gremien und Krisenzellen 6
2. Zentren, die zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie eingerichtet wurden 13
3. Online-Gesundheitsportal meinegesundheit.be 17
4. Freisetzung von Kapazitäten in Allgemein- und Universitätskliniken 18

PFLEGETÄTIGKEIT 24

1. Epidemiologische Zahlen 24
2. Auswirkungen der Pandemie auf die Krankenhausaufenthalte in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern im Jahr 2020 37
3. Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallversorgung 40

FINANZIERUNG 44

1. Finanzierung der Krankenhäuser und ihres Personals 44
2. Finanzierung von Triage- und Entnahmezentren 46
3. Finanzierung der Übergangspflegezentren 47
4. Finanzierung der psychosozialen Unterstützung 47
5. Finanzierung von Rettungsdiensten 51

QUALITÄT 52

1. Unterstützung des psychosozialen Wohlbefindens 52
2. Belgisches Handbuch für medizinische Regulierung 52
3. Verteilung von Schutzausrüstungen an im ambulanten Sektor tätige Gesundheitsfachkräfte 53
4. Gewährleistung der Pflege 56
5. Unterstützung von Tests und Impfungen durch Apotheker 56
6. Vorübergehende Aufstockung der Zahl der Labormitarbeiter 57
7. Hospital Outbreak Support Team 58

VORWORT

Liebe LeserInnen,

Ich lege Ihnen hiermit eine aktualisierte Fassung des Kurzdossiers zu COVID-19 vor. Auch wenn wir uns gewünscht hätten, dass es anders wäre, hat das Virus immer noch Auswirkungen auf unser Leben. Die kälteren Herbst- und Wintermonate führen wieder zu einer Zunahme von Infektionen und Krankenhausaufenthalten.

Hinter den Kulissen sind unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen weiterhin damit beschäftigt, die Zahlen zu überwachen und Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister bei der Behandlung von COVID-19-Patienten und -Patientinnen und der Organisation der Gesundheitsversorgung zu unterstützen.

In dieser Ausgabe möchten wir wieder einige Aktivitäten hervorheben, an denen unsere Abteilungen der Generaldirektion Gesundheit des Föderalen Öffentlichen Dienstes Gesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt maßgeblich beteiligt sind. Die Elemente zu den Themen „Organisation“, „Tätigkeit“, „Finanzierung“ und „Qualität“ aus der vorherigen Ausgabe wurden wieder aufgenommen und aktualisiert. Darüber hinaus wurden in dieser Ausgabe einige epidemiologische Zahlen hinzugefügt, die die Merkmale der COVID-19-Patienten zeigen, die im Jahr 2020 in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe.

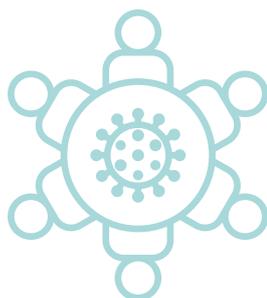
Annick Poncé

Generaldirektorin ad interim, GD Gesundheitswesen

EINLEITUNG

Die Bewältigung von Gesundheitskrisen ist ein fester Bestandteil der grundlegenden Aufgaben des Föderalen Öffentlichen Dienstes für Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (FÖD VSNU). Der FÖD VSNU ist für die Koordinierung und Umsetzung der integrierten Politik und des Managements von Gesundheitskrisen in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Partnern zuständig. Was bedeutet dies im Zusammenhang mit der COVID-19-Krise?

- Der FÖD VSNU verfolgt die Entwicklung der Pandemie genau, um die geeignetsten Maßnahmen vorschlagen zu können, die die politischen Entscheidungen **zum Schutz** der gesamten Bevölkerung unterstützen und die **Ausbreitung** des Virus stoppen oder zumindest **einschränken** sollen;
- Dieser Dienst ist für die **Organisation und Planung der Pflege** zuständig, die sowohl die psychosoziale Betreuung als auch die Notfallversorgung umfasst;
- Der FÖD VSNU ist für die **Gesundheitsüberprüfung von Schiffen** und bestimmten **Flugzeugen** aus Risikogebieten zuständig;
- Der FÖD VSNU ist für die **logistischen und medizinischen Aspekte der Aufnahme von aus dem Ausland zurückkehrenden Landsleuten** zuständig;
- Dieser Dienst hat die Aufgabe, die **Angehörigen der Gesundheitsberufe über die Risiken des Virus und die bei Zweifeln an der Infektion zu ergreifenden Maßnahmen zu informieren**;
- Als öffentlicher Dienst hat der FÖD VSNU die Pflicht, **die Bürger** so gut wie möglich **zu informieren**.



Alle Maßnahmen in diesem Zusammenhang wurden in Zusammenarbeit mit den betreffenden Partnerorganisationen durchgeführt. Im vorliegenden Bericht konzentrieren wir uns auf die Aktionen, an denen die Generaldirektion Gesundheitswesen des FÖD VSNU aktiv beteiligt war. Die Veröffentlichung ist in vier Kapitel unterteilt, in denen wir einige der oben genannten Aufgaben hervorheben. Das Kapitel „**Organisation**“ gibt zunächst einen Überblick über die verschiedenen beratenden Gremien und Krisenzellen, die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie eingerichtet wurden. Darüber hinaus werden einige der Zentren beschrieben, die zur Bewältigung der COVID-19-Krise eingerichtet wurden, sowie

einige der Systeme, die zur Information der Bürger über COVID-19 eingesetzt wurden. Das Kapitel „**Pflegetätigkeit**“ gibt einen Überblick über die vom Ausschuss Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) durchgeführten Maßnahmen. Es werden auch einige Beobachtungen zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallmaßnahmen vorgestellt. In den Kapiteln „**Finanzierung**“ und „**Qualität**“ werden einige der Initiativen erläutert, die während der Pandemie in Bezug auf diese Themen ergriffen wurden.

ORGANISATION

1. Beratende Gremien und Krisenzellen

Am 12. März 2020 wurde in Belgien die föderale Phase des Krisenmanagements ausgerufen, was bedeutet, dass die COVID-19-Pandemie von diesem Zeitpunkt an auf nationaler Ebene verwaltet wurde. Zu diesem Zweck wurden auf nationaler Ebene mehrere beratende Gremien eingerichtet, in denen die verschiedenen beteiligten Behörden und Experten vertreten waren. In diesen Gremien wurden die verschiedenen Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus vorbereitet und ergriffen.

1.1. Strategische und politische Gremien

- **Der Nationale Sicherheitsrat (NVR)** ist ein föderales Gremium, das im Wesentlichen aus dem Premierminister und den Vizepremierministern besteht. Im Zusammenhang mit der Krise wurde das Gremium um die Ministerpräsidenten der Regionen und Gemeinschaften erweitert. Dieses kollegiale Gremium traf zu Beginn der Pandemie die politischen Entscheidungen zur Bewältigung der Krise.
- Der **Beratende Ausschuss** ist ein Gremium, in dem alle Regierungen und ihre Premierminister – auf föderaler, kommunaler und regionaler Ebene – einen Sitz haben. Seit der Ernennung der Regierung De Croo (01.10.2020) werden hier die Entscheidungen bezüglich der COVID-19-Pandemie getroffen.
- Die **Interministerielle Konferenz (IMC) Volksgesundheit** (siehe unten).
- Der föderale Koordinierungsausschuss (COFECO), in dem das Nationale Krisenzentrum den Vorsitz führt, sorgt für die Vorbereitung der politischen Entscheidungen des Beratenden Ausschusses auf strategischer Ebene und für die Koordinierung der Umsetzung.
- Die **Regierungskommission Corona** ist unter anderem für die Koordinierung der Kommunikation zwischen der Föderalregierung und den Teilstaaten in der Gesundheitspolitik zuständig. Die Kommission sollte Beziehungen zu Experten und Sozialpartnern unterhalten. Darüber hinaus war die Kommission ermächtigt, Vorschläge zur Reform der verschiedenen Konsultationsstrukturen zu formulieren und so die Bekämpfung der Krise zu erleichtern. Zu guter Letzt sollte die Kommission auf strukturierte Weise neue Erkenntnisse über das Virus gewinnen und die sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen überwachen. Auf diese Weise unterstützte die Kommission die politischen Entscheidungen und deren Umsetzung. Der Auftrag der Kommission wurde am 8. April 2022 beendet.

1.2. Wissenschaftliche Gruppen

- Die **Risk Assessment Group (RAG)** analysiert das Risiko für die Bevölkerung auf der Grundlage epidemiologischer und wissenschaftlicher Daten. Die Gruppe wird von Sciensano geleitet und umfasst unter anderem Experten von u. a. Sciensano sowie von Bundes- und regionalen Gesundheitsbehörden. Dieses Gremium hat seit November 2020 die Funktion von Ceval (siehe unten) in Bezug auf die epidemiologische Risikoanalyse übernommen und hat seine Stellungnahmen bis zum 1. April 2022 der Regierungskommission Corona vorgelegt.
- Die **Risk Management Group (RMG)** trifft auf der Grundlage der Empfehlungen der RAG Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Diese Gruppe wird vom FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (FÖD VSNU) geleitet und besteht aus Vertretern der Gesundheitsbehörden, sowohl des Föderalstaats als auch der Teilstaaten. Im Zuge dessen entstanden der Ausschuss Hospital Transport & Surge Capacity und der Ausschuss Primary & Outpatient Care Capacity (siehe unten).
- Der **Wissenschaftliche Ausschuss Coronavirus** berät wissenschaftlich über die Entwicklung des Virus.
- Die **„Bewertungszelle“ (Ceval)** bestand aus mehreren Experten, die zunächst die Ratschläge der RAG, der RMG und des Wissenschaftlichen Ausschusses zusammenfassten. Auf dieser Grundlage beriet die Zelle die Behörden über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des COVID-19-Virus. Ende August 2020 wurde die Zusammensetzung von Ceval um Experten aus verschiedenen Bereichen erweitert, und die Zelle übernahm die Aufgabe des GEES (siehe unten). Die Bewertungszelle wurde Ende November 2020 aufgelöst. Die Funktion von Ceval wurde zum einen auf die RAG und den FÖD VSNU übertragen. Andererseits wurde beschlossen, spezielle Beratungsgruppen für aktuelle Beratungsfragen oder strategisch-politische Fragen einzurichten, da dies den Aufgabenbereich der RAG übersteigt.
- Die **„Expertengruppe für die Ausstiegsstrategie“ (GEES)** war eine Gruppe von 10 Experten, die den Auftrag hatte, Ratschläge zu erteilen, um das öffentliche und wirtschaftliche Leben nach der ersten Welle wieder in Gang zu bringen und die Ausbreitung des COVID-19-Virus zu stoppen. Diese Gruppe wurde im August 2020 aufgelöst.
- Der **„Expertenausschuss für die Managementstrategie“** oder die **„Expertengruppe für die Managementstrategie von COVID-19“ (GEMS)** wurde im Dezember 2020 als Nachfolger von Ceval und GEES eingerichtet und berät in Fragen der Krisenmanagementmaßnahmen. Gemeinsam mit dem Corona Kommission sind sie seit dem 8. April 2022 nicht mehr tätig.

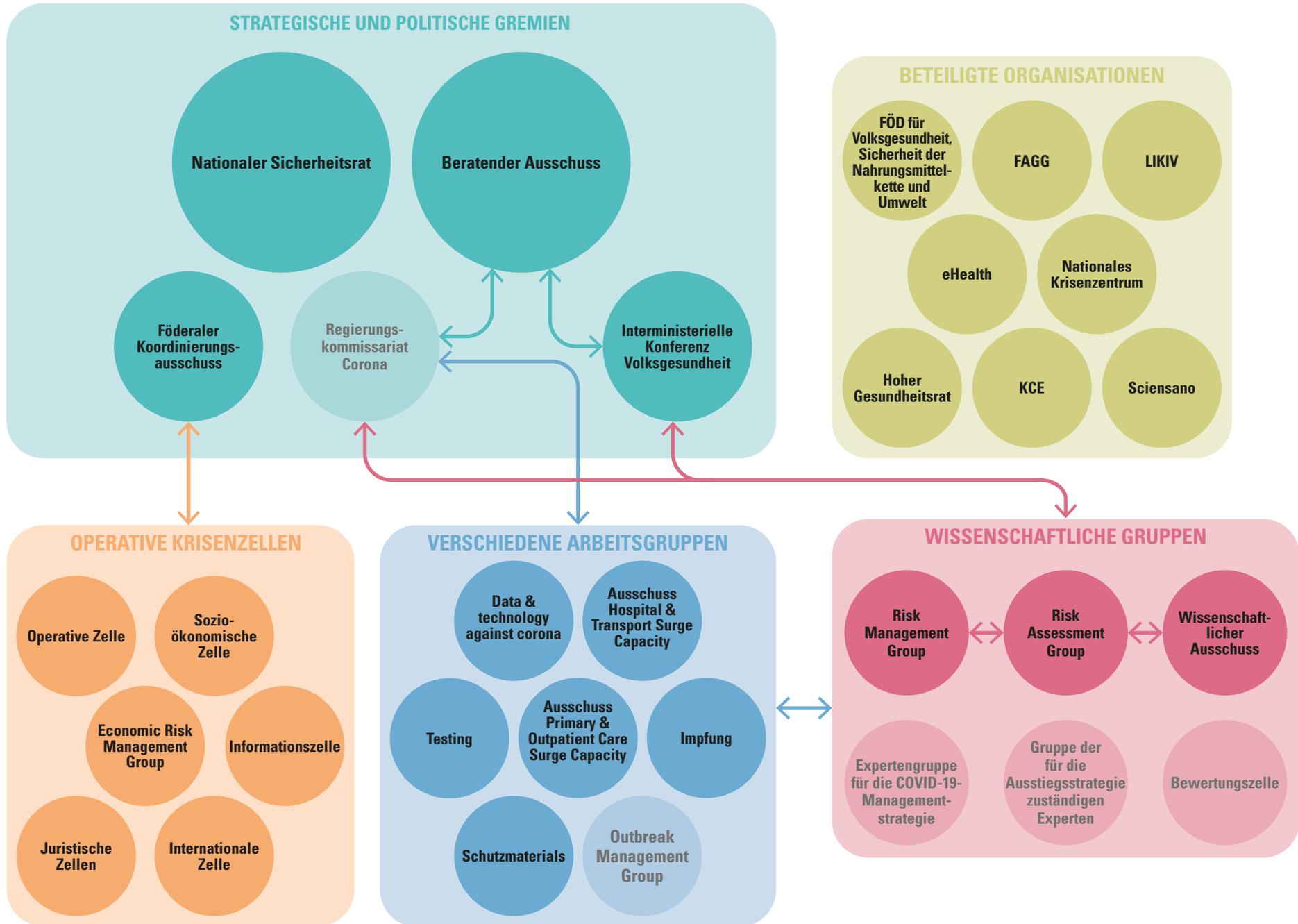
1.3. Operative Krisenzellen

Es wurden mehrere Krisenzellen eingerichtet, um das Krisenmanagement zu operationalisieren:

- Die **operative Zelle** wird vom Nationalen Krisenzentrum (NCCN) koordiniert. Diese Zelle ist für die Alarmierung der verschiedenen Krisenzellen zuständig, überwacht die Funktionsfähigkeit der Operation und soll den Informationsfluss zwischen den verschiedenen beteiligten Behörden erleichtern.
- Die **sozioökonomische Zelle** berät über die sozioökonomischen Auswirkungen der getroffenen oder zu treffenden Maßnahmen.
- Die **„Economic Risk Management Group“ (ERMG)** ist für das Management der wirtschaftlichen und makroökonomischen Risiken im Zusammenhang mit der Ausbreitung des COVID-19-Virus in Belgien zuständig.

- Die **Informationszelle (INFOCEL)** wird gemeinsam vom FÖD VSNU und dem NCCN geleitet. Diese Zelle ist für die kohärente Kommunikation mit der Bevölkerung über die Pandemie zuständig.
- Die **juristischen Zellen** sorgen für die Ausarbeitung von Rechtstexten und die Beantwortung zahlreicher Rechtsfragen, die im Rahmen dieses komplexen Krisenmanagements gestellt werden.
- Die **internationale Zelle** sorgt für einen guten Informationsfluss zwischen den entsprechenden Behörden für das Krisenmanagement in Europa.
- Darüber hinaus wurden zahlreiche **Arbeitsgruppen** zu spezifischen Themen (z. B. Tests, Impfungen, persönliche Schutzausrüstung, Daten (z. B. Data Technology against Corona) zur Bekämpfung der Pandemie eingerichtet.

BERATENDE GREMIEN UND KRISENZELLEN



1.4. Beratende Gremien im Rampenlicht

In diesem Bericht wollen wir die Arbeitsweise von vier Konsultationsgremien genauer untersuchen.

AUSSCHUSS HOSPITAL & TRANSPORT SURGE CAPACITY

Der Ausschuss Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC-Ausschuss) hat einerseits die Aufgabe, die Anzahl und die Art der COVID-19-Patienten in den Allgemein- und Universitätskrankenhäusern zu überwachen. Andererseits muss sich der Ausschuss mit Fragen der Kapazität und des Flusses von Patienten in Krankenhäusern befassen. Darüber hinaus beaufsichtigt der Ausschuss die Organisation von (nicht-)dringenden Krankentransporten. Die Mitglieder des Ausschusses geben gegenüber der RMG Empfehlung bezüglich der oben genannten Themen ab. Der HTSC-Ausschuss entwickelte unter anderem einen Stufenplan, um in den Krankenhäusern genügend Krankenhausbetten und Ressourcen für Patienten mit COVID-19 bereitzustellen. Außerdem erstellte er einen Verteilungsplan für die Patienten und führte Analysen im Zusammenhang mit dem Aufschub nicht notwendiger Behandlungen durch. Der Ausschuss wird von der Generaldirektion Gesundheitswesen des FÖD VSNU koordiniert. Der Ausschuss konzentriert sich auf die interföderale Zusammenarbeit, um die Kommunikation und den Ansatz zu harmonisieren.

Der HTSC-Ausschuss stellte im Frühjahr 2022 einen weiteren Rückgang der Zahl der Krankenhauseinweisungen von COVID-19-Patienten auf Intensiv- und Pflegestationen fest. Der Stufen- und Verteilungsplan konnte daher schrittweise abgewickelt werden. Das Komitee stellte fest, dass sich die Krankenhäuser während der Pandemie organisiert haben, um COVID-19-Patienten zu behandeln. Falls erforderlich, werden Probleme rechtzeitig vorhergesehen. Die Ausschussmitglieder sind der Meinung, dass die Krankenhäuser mehr Verantwortung bei der Organisation der COVID-19-Behandlung in ihrer Einrichtung und ihrem Netzwerk übernehmen können. Das Krankenhaus kann bei Bedarf auf den Stufenplan zurückgreifen, so dass stets eine ausreichende Anzahl von Betten und Ressourcen für COVID-19-Patienten zur Verfügung gestellt wird.

Zusätzlich zu seinem Auftrag, die Belegung mit COVID-19-Patienten in Allgemein- und Universitätskrankenhäusern zu überwachen, hat der Ausschuss noch eine weitere Aufgabe übernommen. Kurz nach Ausbruch des Krieges in der Ukraine wurde ein europäischer Evakuierungsmechanismus für pflegebedürftige Patienten eingerichtet. Angesichts (i) der interföderalen Zusammenarbeit, (ii) der Vertretung der Krankenhäuser durch die Dachverbände und (iii) der Kontakte mit den Berufsverbänden durch ein umfangreiches Netzwerk ist der HTSC-Ausschuss die ideale Plattform für die Darstellung des Versorgungsangebots. In der Zwischenzeit hat es bereits für den reibungslosen Rücktransport und die Hospitalisierung von mehreren ukrainischen Patienten gesorgt.

Mehr über den HTSC-Ausschuss erfahren:

overlegorganen.gezondheid.belgie.be



AUSSCHUSS PRIMARY & OUTPATIENT CARE SURGE CAPACITY

Der Ausschuss Primary & Outpatient Care Surge Capacity (POCSC-Ausschuss) wurde auf Ersuchen der RMG gegründet, um die Arbeit des HTSC-Ausschusses zu ergänzen. Um die Krankenhäuser so weit wie möglich zu entlasten, war eine optimale Organisation der Primärversorgung erforderlich. Der POCSC-Ausschuss prüft die Organisation und die Verfügbarkeit der Versorgung außerhalb des Krankenhauses und übermittelt seine Stellungnahmen an die RMG. Die Föderalregierung, die verschiedenen regionalen Behörden und die Vertreter der Allgemeinmediziner bilden die Basis dieses Ausschusses. Je nach den zu erörternden Themen sind Vertreter der häuslichen Pflege, der Krankenhäuser, der Wohneinrichtungen oder der Verbände, die mit den am stärksten benachteiligten Personen arbeiten, beteiligt. Der Ausschuss muss sicherstellen, dass die Primärversorgung, die Krankenhausversorgung und die neuen Versorgungsformen (z. B. Telemonitoring, Triagezentren usw.) koordiniert und angemessen sind.

In den vergangenen zwei Jahren wurden unter anderem folgende Themen behandelt:

- Die Organisation von Tests in Schulen und Unternehmen.
- Die Verringerung der hohen Arbeitsbelastung von Hausärzten.
- Die Erklärungen zur Finanzierung der alternativen Zentren (Testdörfer).
- Beratung zur Teststrategie, um die Primärversorgung zu entlasten, indem z. B. nur symptomatische Patienten getestet werden.

OUTBREAK MANAGEMENT GROUP (OMG)

Auf Ersuchen der RMG wurde am 23. März 2020 die Outbreak Management Group (OMG) eingerichtet. Diese Arbeitsgruppe formulierte Ratschläge für den Umgang mit COVID-Maßnahmen und Infektionen in stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Aufnahmezentren für Migranten usw.

Das erste Ziel dieser Arbeitsgruppe bestand darin, eine gemeinsame Analyse der Situation in den oben genannten Einrichtungen auf der Grundlage der verschiedenen von den regionalen Behörden zur Verfügung gestellten Daten vorzunehmen. Ein zweites Ziel war die Unterstützung der regionalen Behörden bei der Ausarbeitung der im Nationalen Sicherheitsrat oder später im Beratenden Ausschuss gefassten Beschlüsse. Diese Entscheidungen mussten nämlich in den Kontext von stationären Einrichtungen und insbesondere von Pflegeheimen übertragen werden, da diese am meisten betroffen waren. In der OMG wurden u. a. Ratschläge zu folgenden Fragen formuliert: „Wie soll das begrenzt verfügbare Schutzmaterial eingesetzt werden?“ „Wie kann die begrenzte Anzahl von Mitarbeitern eingesetzt werden?“ „Warum und auf welche Weise können eine oder mehrere Personen von anderen Personen isoliert werden?“ „Wie kann die Lebensqualität überwacht werden?“ usw. Diese Ratschläge führten unter anderem zur Bildung von „mobilen Teams“, die sich aus Fachleuten des Gesundheitswesens zusammensetzen und den Einrichtungen mit Ratschlägen zur Seite stehen und sowohl die Stärken als auch die entwicklungsbedürftigen Bereiche einer Organisation aufzeigen. Damit sollen sie bei der Vorbereitung auf neue Infektionswellen unterstützt werden.

Im Oktober 2020 wurde beschlossen, die OMG aufzulösen, da die Zusammenarbeit es den regionalen Behörden ermöglichte, sich autonom und effizient zu organisieren, um auf die Pandemie in Heimen zu reagieren. Die positive Zusammenarbeit mit der OMG führte zur Einrichtung eines Pilotprojekts mit der Bezeichnung „Hospital Outbreak Support Team“ (siehe Abschnitt „Qualität“).

INTERMINISTERIELLE KONFERENZ VOLKSGESUNDHEIT

Die Interministerielle Konferenz (IMK) Volksgesundheit ist ein Beratungs- und Entscheidungsgremium, in dem alle für öffentliche Gesundheit zuständigen Minister unseres Landes vertreten sind. Die Hauptaufgabe der IMK besteht darin, die Konsultation und Zusammenarbeit zwischen der föderalen Regierung und den Teilstaaten sicherzustellen und zu fördern.

Die IMK setzt ihre Koordinierungsfunktion und die Validierung der im Gesundheitsbereich getroffenen Maßnahmen unvermindert fort. In verschiedenen Konsultationen tauschen sie Informationen aus und treffen Entscheidungen zu den folgenden Themen:

- Die Entwicklung der Pandemie und der Stand der Impfkampagne.
- Die Strategie für das Pandemiemanagement (zur Gewährleistung einer besseren Reaktionsfähigkeit auf eine spätere Krise).
- Die Ausarbeitung einer (mittel-)langfristigen Strategie in Bezug auf Tests und den Nachweis von Infektionen sowie auf Isolierungs- und Quarantänemaßnahmen.

Erfahren Sie mehr über
die Arbeitsweise der
Interministeriellen Konferenz
Volksgesundheit:

[overlegorganen.gezondheid.
belgie.be](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be)



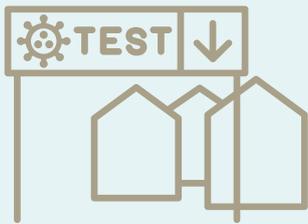
2. Zentren, die zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie eingerichtet wurden

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurden mehrere Zentren eingerichtet. Im Folgenden werden die Triage- und Entnahmezentren sowie die Übergangspflegezentren erläutert.

2.1. Triage- und Entnahmezentren

Die Triage- und Entnahmezentren haben eine doppelte Funktion^[1]:

- Die **Triagefunktion** soll verhindern, dass die Notaufnahmen unnötig überlastet werden und dass zu viele – potenziell infizierte – Patienten in der Hausarztpraxis vorstellig werden. Mit der Einrichtung der Triagezentren sollte das Risiko der Verbreitung des COVID-19-Virus verringert werden. Der Patient wird zunächst von einem Arzt untersucht, der feststellt, ob eine Einweisung in die Notaufnahme erforderlich ist oder ob der Patient, eventuell nach einem COVID-19-Test, zu Hause bleiben kann. Diese Funktion wird von den hausärztlichen Verbänden in enger Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten organisiert und kann unter bestimmten Bedingungen (vorübergehend) eingestellt werden, wenn der Bedarf nachlässt.
- Die **Entnahmefunktion** wurde den Zentren als zweite Funktion zugewiesen, um den Bedürfnissen und Anforderungen des Bevölkerungs-Screenings besser gerecht zu werden. Schließlich muss es möglich sein, die Testfrage für jede Person zu beantworten, die die für den Test festgelegten Kriterien erfüllt. Dazu gehören sowohl Personen mit als auch Personen ohne Symptome, die einen Hochrisikokontakt hatten oder aus einer roten Zone zurückgekehrt sind. Aufgrund der Lockerung der Maßnahmen für Auslandsreisen werden die Zentren gebeten, Reisende zu testen.



139 Triage- und Entnahmezentren wurden eingerichtet, und an **12 Orten** wurde ein **alternatives Entnahmezentrum** oder **Testdorf** eingerichtet^[2].

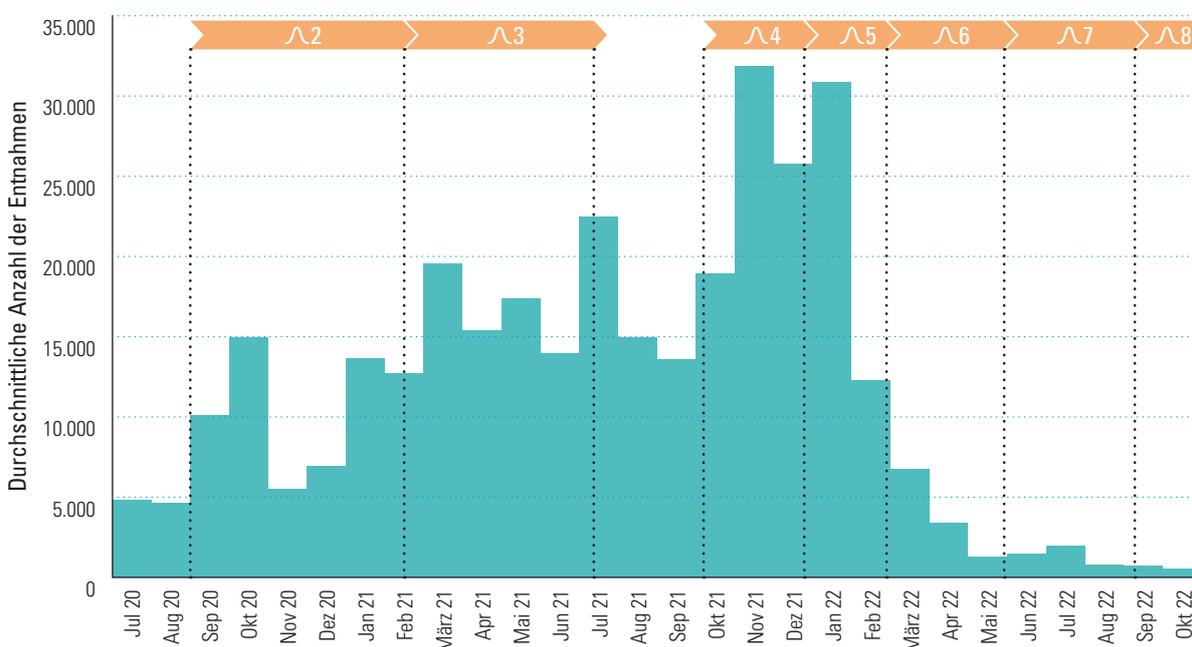
1 Quelle: [Königlicher Erlass vom 13.05.2020 Nr. 20 über vorübergehende Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.](#)

2 Quelle: GD Gesundheitswesen, FÖD VSNU (31.10.2022)

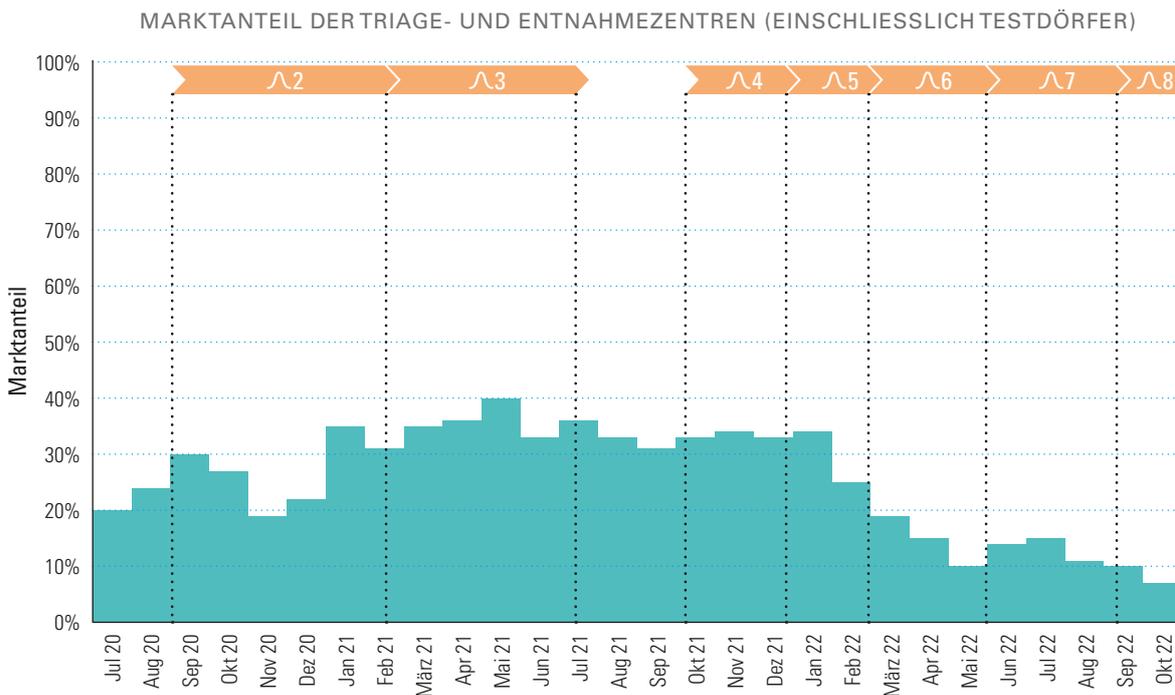
Es wird ein Zentrum pro 100.000 Einwohner eingerichtet, wobei die medizinische Koordination einem Hausärzterverband (d. h. einem Zusammenschluss von Vertretern der Hausärzte in einer bestimmten Region) übertragen wird. Die Triagefunktion befindet sich an einem Ort, aber die Entnahmefunktion kann an verschiedenen Orten organisiert werden, um die Zugänglichkeit der Entnahmefunktion und des Screenings zu verbessern.

Als die epidemiologische Situation günstiger wurde, wurde die Anzahl der Zentren reduziert. Die höchste Aktivität in den Zentren war zwischen November 2021 und Januar 2022 zu verzeichnen. In diesem Zeitraum waren etwa 100 Zentren aktiv, die durchschnittlich 29.532 Tests pro Tag durchführten. Dies entspricht einem Drittel aller in diesem Zeitraum durchgeführten Tests (34 %). Zwischen Juli und Oktober 2022 wurden in den 33 aktiven Zentren durchschnittlich 1.001 Tests pro Tag durchgeführt. Dies entspricht etwa 10 % aller in diesem Zeitraum durchgeführten Tests.

DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL DER ENTNAHMEN PRO TAG IN TRIAGE- UND SAMMELZENTREN (EINSCHLIESSLICH TESTDÖRFER)



Die Grafik oben zeigt die durchschnittliche Anzahl der Testentnahmen pro Tag in den Triage- und Entnahmezentren und den Testdörfern. Die meisten Tests wurden in den Wellen 4 und 5 durchgeführt. Der Grund dafür ist die Tatsache, dass die Testkapazität zu diesen Zeiten am höchsten war. Darüber hinaus war die Omikron-Variante – die in der 5. Welle vorherrschte – sehr ansteckend. Infolgedessen wurden mehr Menschen mit COVID-19 infiziert, und es wurden mehr Tests durchgeführt. Im Gegensatz zu anderen Wellen wurden zu diesen Zeitpunkten keine Einschränkungen hinsichtlich der zu testenden Personen festgelegt. Sowohl symptomatische Personen als auch nicht-symptomatische Personen mit Hochrisikokontakten wurden systematisch getestet. In der 2. und 3. Welle ist auch ein Anstieg der Anzahl der durchgeführten Tests zu verzeichnen. Darüber hinaus sehen wir eine Zunahme der Testentnahmen im Sommer 2021 als Folge der Tests für Reisende. Seit Februar 2022 beobachten wir einen starken Rückgang der Anzahl von Tests in den Testzentren.



Die Grafik oben zeigt den Anteil der Tests in Triage- und Entnahmezentren im Vergleich zur Gesamtzahl der in Belgien durchgeführten Tests. Wir sehen, dass dieser Anteil zwischen 10 % und 40 % schwankt. Der durchschnittliche Marktanteil für den Zeitraum 29.7.2020 bis 31.10.2022 beträgt 26 %. Wir stellen auch fest, dass der Anteil an Montagen, Sonntagen und Feiertagen höher ist. Das liegt zum Teil daran, dass viele Menschen bis nach dem Wochenende warten, um ihren Arzt aufzusuchen, und dann am Montag eine Überweisung für einen Test erhalten. Der Grund für den höheren Marktanteil an Sonn- und Feiertagen liegt darin, dass zu dieser Zeit an anderen Orten (z. B. in Arztpraxen und Krankenhäusern) weniger oder keine Tests durchgeführt werden.

Mehr über die Standorte der Triage- und Entnahmezentren:

doclr - Covid test



Um die Kapazität der Probenanalyse und der Testmaterialien zu erfüllen, wurde zusätzlich zu den traditionellen Testkreisen, die in und von klinischen Labors durchgeführt werden, eine föderale Plattform eingerichtet. Die föderale Plattform ist für die Bereitstellung des Testmaterials, die Abholung und den Transport der durchgeführten Tests zu den Labors und die Übermittlung der Testergebnisse verantwortlich. Insgesamt 63 von 139 Triage- und Entnahmezentren sowie alternative Entnahmezentren nutzten diese Plattform. Die übrigen Zentren arbeiten mit einem Krankenhauslabor oder einem privaten Labor zusammen. In diesem Fall sind die Laboratorien selbst für die Lieferung des Testmaterials, den Transport der durchgeführten Tests und die Weiterleitung der Ergebnisse verantwortlich. Ein Zentrum kann auf die föderale Plattform wechseln, wenn das Labor die Analyse der Tests nicht mehr innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens bewältigen kann oder wenn die Nachfrage nach Analysen die Kapazität des Labors übersteigt. Sobald ein Zentrum zur föderalen Plattform gewechselt hat, wird diese Zusammenarbeit fortgesetzt, solange die Kapazität der herkömmlichen Kreisläufe überschritten wird.

Weitere Informationen über das aktuelle Verfahren, wann man sich testen lassen muss und wo dies möglich ist, finden Sie unter

www.info-coronavirus.be



2.2. Übergangspflegezentren

Ein Übergangspflegezentrum bildete ein „Bindeglied“ (einen Zwischenschritt) zwischen dem Krankenhaus und der Rückkehr in ein unabhängiges Leben³⁾. Diese Zentren wurden eingerichtet, um ausreichende Kapazitäten in den Krankenhäusern sicherzustellen. Patienten, bei denen COVID-19 nachgewiesen wurde, erhielten Unterstützung durch ein Übergangspflegezentrum. Die Patienten in diesen Zentren:

- waren zuvor in ein Krankenhaus aufgenommen worden;
- oder wurden zuvor in einem Triage- und Entnahmezentrum oder einer Notaufnahme untersucht, wo entschieden wurde, dass eine Einweisung in ein Krankenhaus nicht erforderlich ist.

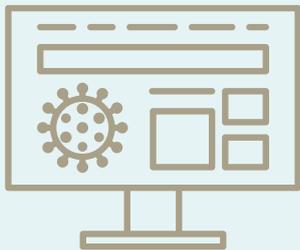
Es stellte sich jedoch heraus, dass diese Patienten entweder nicht in der Lage waren, die strengen Regeln der Isolierung, der Hygiene und des Fernhaltens von Hochrisikopersonen einzuhalten, wenn sie in ihre normale Lebenssituation zurückkehrten. Oder diese Patienten benötigten noch eine besondere Betreuung. Aus diesen Gründen konnten sie für einen Aufenthalt von bis zu drei Wochen in ein Übergangspflegezentrum aufgenommen werden. Dort konnten sie sich erholen und erhielten die notwendige Pflege und Unterstützung, bevor sie nach Hause zurückkehrten.

Die Übergangspflegezentren waren mit (Allgemein-)Ärzten, Krankenschwestern und Pflegeexperten besetzt und wurden vom LIKIV finanziert. Die Teilstaaten waren für die Bereitstellung der erforderlichen zusätzlichen Unterstützung zuständig. Zu diesem Zweck bildeten sie Partnerschaften mit den Sozialdiensten der Gemeinden oder der Abteilung „Sozialarbeit“ mehrerer Krankenkassen.

In der Zeit vom 2. April 2020 bis zum 30. Mai 2021 waren insgesamt 18 Übergangspflegezentren geöffnet. Diese 18 Einrichtungen nahmen 605 Patienten auf (476 in Flandern und 129 in der Wallonie). Der Betrieb unterschied sich sowohl in Bezug auf die Öffnungsdauer der Zentren als auch in Bezug auf die Anzahl der Patienten. Einige Zentren behandelten nur 4 oder 5 Patienten, während eine der Einrichtungen 123 Patienten aufnahm. Die Tätigkeit der Zentren konzentrierte sich auf zwei Zeiträume: von April bis Mai 2020 und von November 2020 bis Mai 2021.

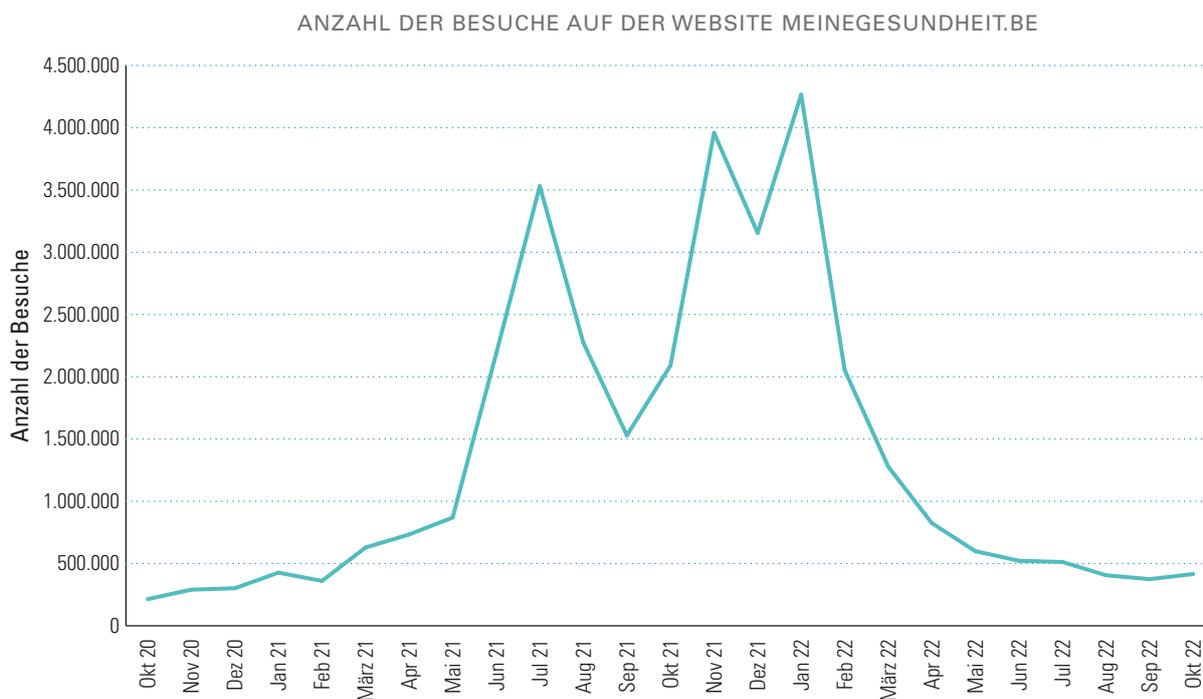
3 Quelle: [Königlicher Erlass vom 13.05.2020 Nr. 20 über vorübergehende Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.](#)

3. Online-Gesundheitsportal meinegesundheit.be



Seit der Einführung des **COVID-19-Bereichs** auf der Website **meinegesundheit.be** wurde die Website **mehr als 33 Millionen Mal** aufgerufen.

In der folgenden Grafik können wir einige Höhepunkte bei den Website-Besuchen beobachten. Einerseits stehen diese Höhepunkte im Zusammenhang mit neuen Funktionen auf der Website, wie z. B. der Abfrage von Testergebnissen, der Beantragung eines PCR-Tests, der Beantragung des digitalen COVID-Zertifikats der EU usw. Andererseits stehen diese Höhepunkte im Zusammenhang mit den COVID-19-Wellen.



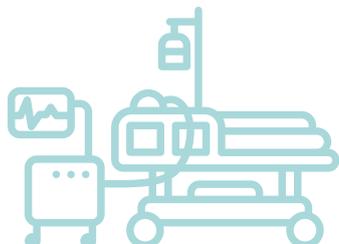
Im Januar 2022 stieg die durchschnittliche Zahl der täglichen Besucher auf ± 58.000 , verglichen mit ± 7.000 täglichen Besuchen im Januar 2021.

Einige Verbesserungen wurden bereits in die Website integriert:

- Die Rubriken, die sich auf COVID-19 beziehen, wurden in 4 Hauptthemen unterteilt, damit die Informationen leicht zu finden sind:
 - Tests und Ergebnisse
 - Quarantäne
 - Impfung
 - Digitale Covid-Zertifikate der EU

- Die Rubrik „Häufig gestellte Fragen“ wurde weiter aktualisiert, um den Bedürfnissen der Bürger besser gerecht zu werden.

4. Freisetzung von Kapazitäten in Allgemein- und Universitätskliniken



Als Mitte März 2020 festgestellt wurde, dass der Zustrom von COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern exponentiell anstieg, ergriff der HTSC-Ausschuss (siehe oben) Maßnahmen, indem er in regelmäßigen Abständen nationale Leitlinien für Allgemein- und Universitätskrankenhäuser herausgab.

Allgemeine Krankenhäuser und Universitätskliniken wurden aufgefordert, sich solidarisch zu zeigen und die Verantwortung zu übernehmen, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um eine größtmögliche Zahl von Patienten mit einer COVID-19-Infektion nach Maßgabe ihrer Kapazitäten und ihrer Kompetenz zu behandeln. Die Krankenhäuser wurden außerdem aufgefordert, innerhalb ihrer Netzwerke Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zu treffen, um den Zustrom von Patienten zu bewältigen.

Um die Situation in den belgischen Krankenhäusern angemessen überwachen zu können, war ein täglicher Überblick über die Aufnahmezahlen erforderlich. Die Erfassung der Aufnahmezahlen und der freien Kapazitäten erfolgte durch die Krankenhäuser über die von Sciensano bereitgestellten Anwendungen bzw. über das Sicherheitsportal des Incident & Crisis Management Systems. Auf dieser Grundlage wurden visuelle, dynamische Dashboards erstellt, um politische Entscheidungen zu unterstützen.

4.1. Verteilungsplan

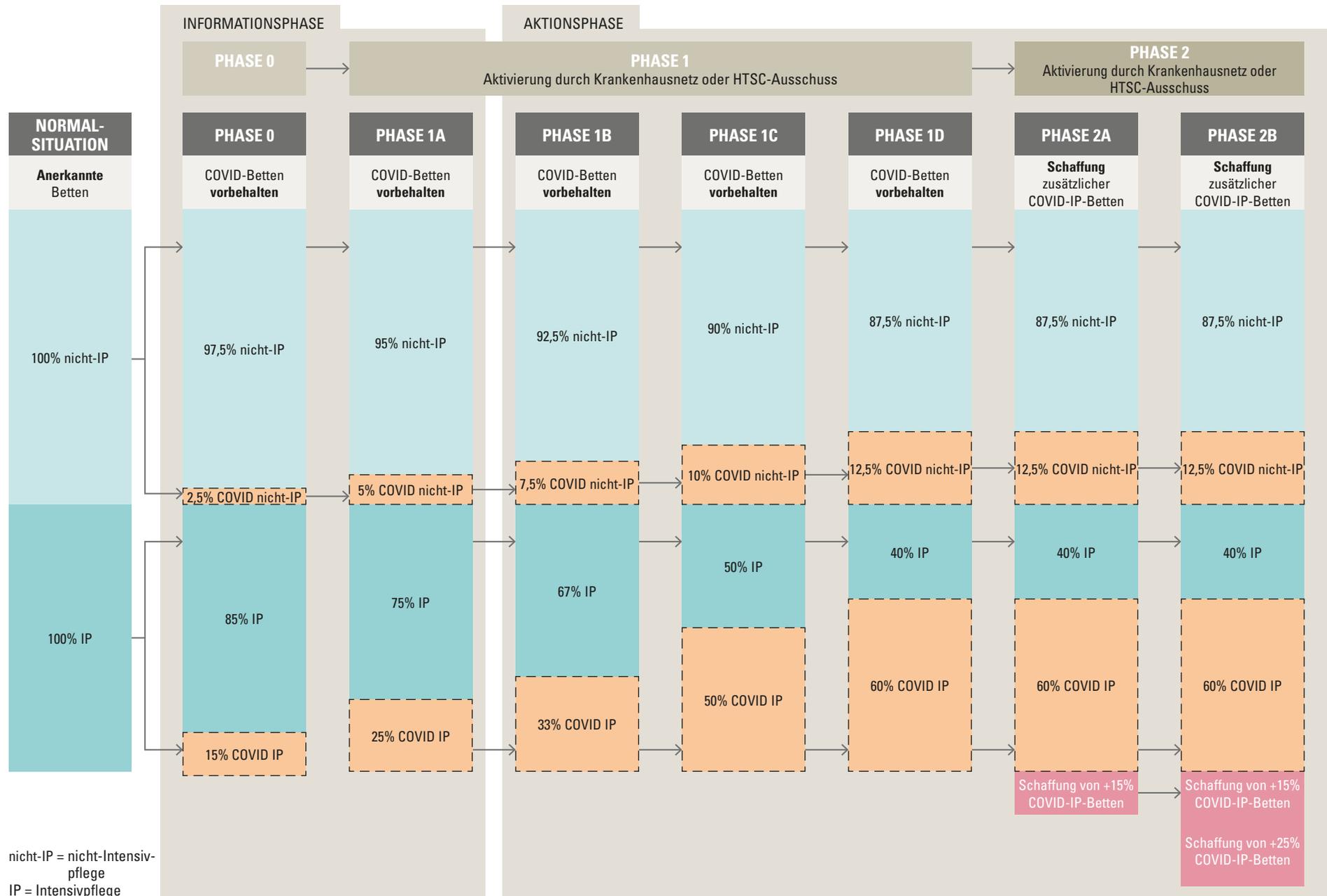
Der HTSC-Ausschuss entwickelte während der ersten COVID-19-Welle einen Verteilungsplan mit dem Ziel, den Krankenhäusern klare Leitlinien an die Hand zu geben, um ausreichende Krankenhauskapazitäten für die nachfolgenden Wellen sicherzustellen.

Der Plan wurde ursprünglich in **zwei große Phasen** unterteilt:

1. Das Krankenhaus nutzt nur die Anzahl der bereits vor der Pandemie vorhandenen Intensivbetten für die Versorgung von COVID-19-Patienten, die eine Intensivbehandlung benötigen. Darüber hinaus werden in den regulären Pflegestationen Betten für COVID-19-Patienten freigehalten.
2. Das Krankenhaus muss zusätzliche Intensivbetten für die Behandlung von COVID-19-Patienten, die eine intensive Betreuung benötigen, schaffen und dafür ausreichend Personal bereitstellen. Darüber hinaus werden in den anderen stationären Einrichtungen Betten für COVID-19-Patienten freigehalten (mehr als in der ersten Phase).

Der Verteilungsplan wurde während der Pandemie mehrmals überprüft und überarbeitet, um den Erfordernissen der jeweils aktuellen Situation gerecht zu werden.

VERTEILUNGSPLAN - AUSFÜHRUNG 31/08/2022



4.2. Verringerung nicht unbedingt notwendiger Behandlungen

Mitte März 2020 wurden die Krankenhäuser – über den HTSC-Ausschuss – darüber informiert, dass alle nicht notwendigen Behandlungen abgesagt werden müssen. Besonderes Augenmerk musste auf Maßnahmen gelegt werden, die sich auf die Bettenbelegung der Intensivstationen auswirkten.

Diese Entscheidung wurde aus mehreren Gründen getroffen:

- Entlastung der Intensivstationen.
- Bereitstellung von Pflegekräften speziell für die Betreuung von COVID-19-Patienten.
- Optimale Nutzung von medizinischer Ausrüstung.
- Verringerung des Verbrauchs von Schutzmaterialien, an denen es zu dieser Zeit mangelte.

Es versteht sich von selbst, dass dringende und notwendige Behandlung weiterhin erfolgten. Anfang Mai 2020 wurde mitgeteilt, dass die Wiederaufnahme der nicht dringenden, planbaren Behandlung in Phasen und nur unter strengen Bedingungen erfolgen kann. Unter anderem musste jedes Krankenhaus die Kapazität aufrechterhalten, um die Patienten der 1. Welle zu behandeln und bereit zu sein, die Patienten der 2. Welle aufzunehmen. Darüber hinaus wurden organisatorische Maßnahmen ergriffen, um eine Überfüllung zu vermeiden und einen räumlichen Abstand zwischen den Patienten zu gewährleisten.

Für die Wiederaufnahme wurden folgende Phasen formuliert:

- Wiederaufnahme der Konsultationen, der Heimtherapie und der Aktivitäten mobiler Teams
- Wiederaufnahme von nicht-chirurgischen tagesklinischen Aktivitäten (z. B. Geriatrie, Psychiatrie)
- Wiederaufnahme der Aktivitäten chirurgischer Tageskliniken, die keine Intensivpflege erfordern
- Wiederaufnahme der klassischen Krankenhausaufenthalte, die keine Intensivbehandlung erfordern
- Wiederaufnahme der Aktivitäten, die Intensivpflege erfordern

In Vorbereitung auf die Wiedereinführung der Pflege hat der Verband der belgischen Fachärzterverbände einen Referenzrahmen über die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Pflege entwickelt, der dem Arzt als Orientierungshilfe dienen kann.

Erfahren Sie mehr über diesen Referenzrahmen:

www.vbs-gbs.org

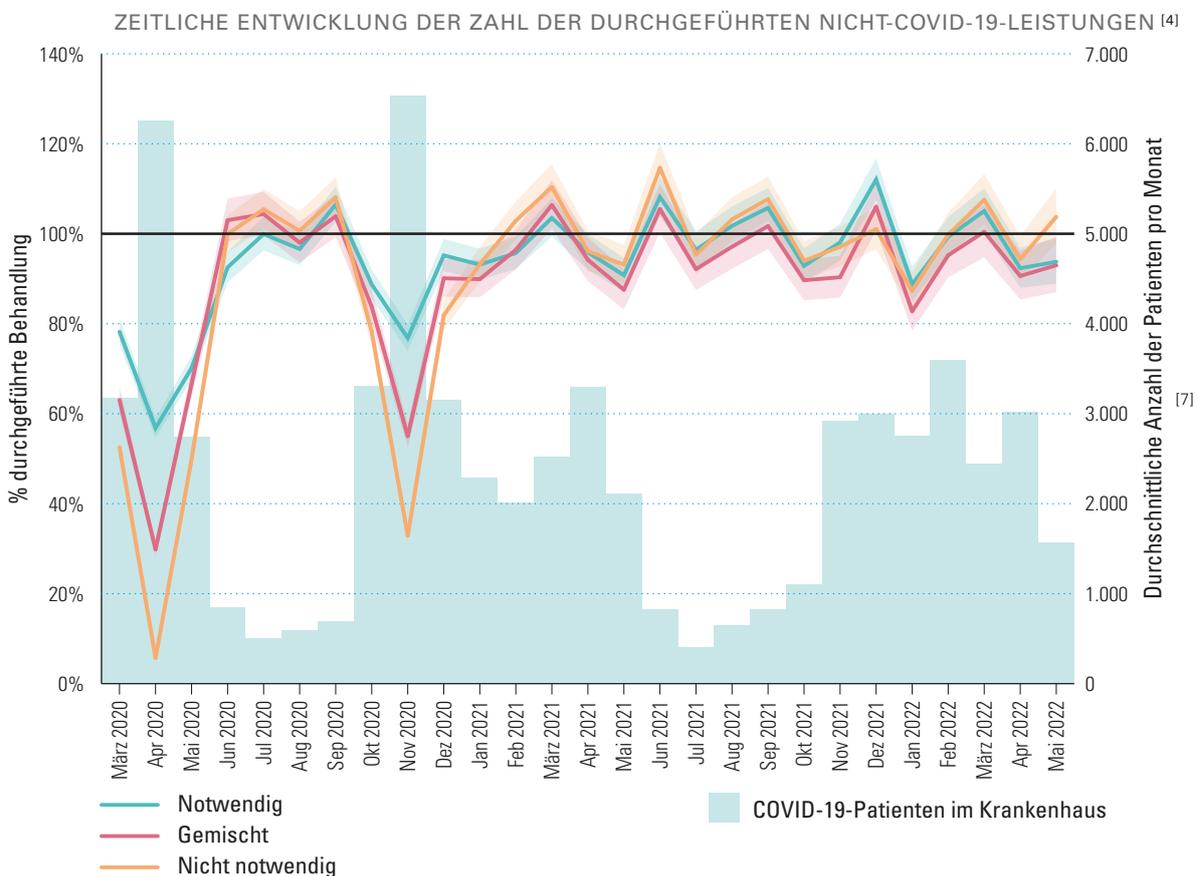


Im Vorfeld der zweiten Welle (Herbst 2020) wurden diese Phasen in umgekehrter Reihenfolge deaktiviert. Die notwendigen und dringenden Behandlungen konnten weiterhin erbracht werden. Es wurde ebenfalls versucht, die nicht dringenden Behandlungen so weit wie möglich weiterlaufen zu lassen. In der dritten Welle (Frühjahr 2021) bestand erneut die Notwendigkeit, nicht notwendige Behandlungen zu verschieben. In dieser Phase wurde die Krankenhausleitung gebeten, abhängig von der konkreten Situation einzuschätzen, welche Versorgung fortgesetzt werden kann und welche

nicht. In den folgenden Wellen wurden die Krankenhäuser erneut aufgefordert, Solidarität zu zeigen. Darüber hinaus mussten sie die geforderte Bettenkapazität bereitstellen. Wenn das Krankenhaus diese Bedingungen erfüllte, konnte es selbst entscheiden, welche Aktivitäten aufgeschoben werden sollten.

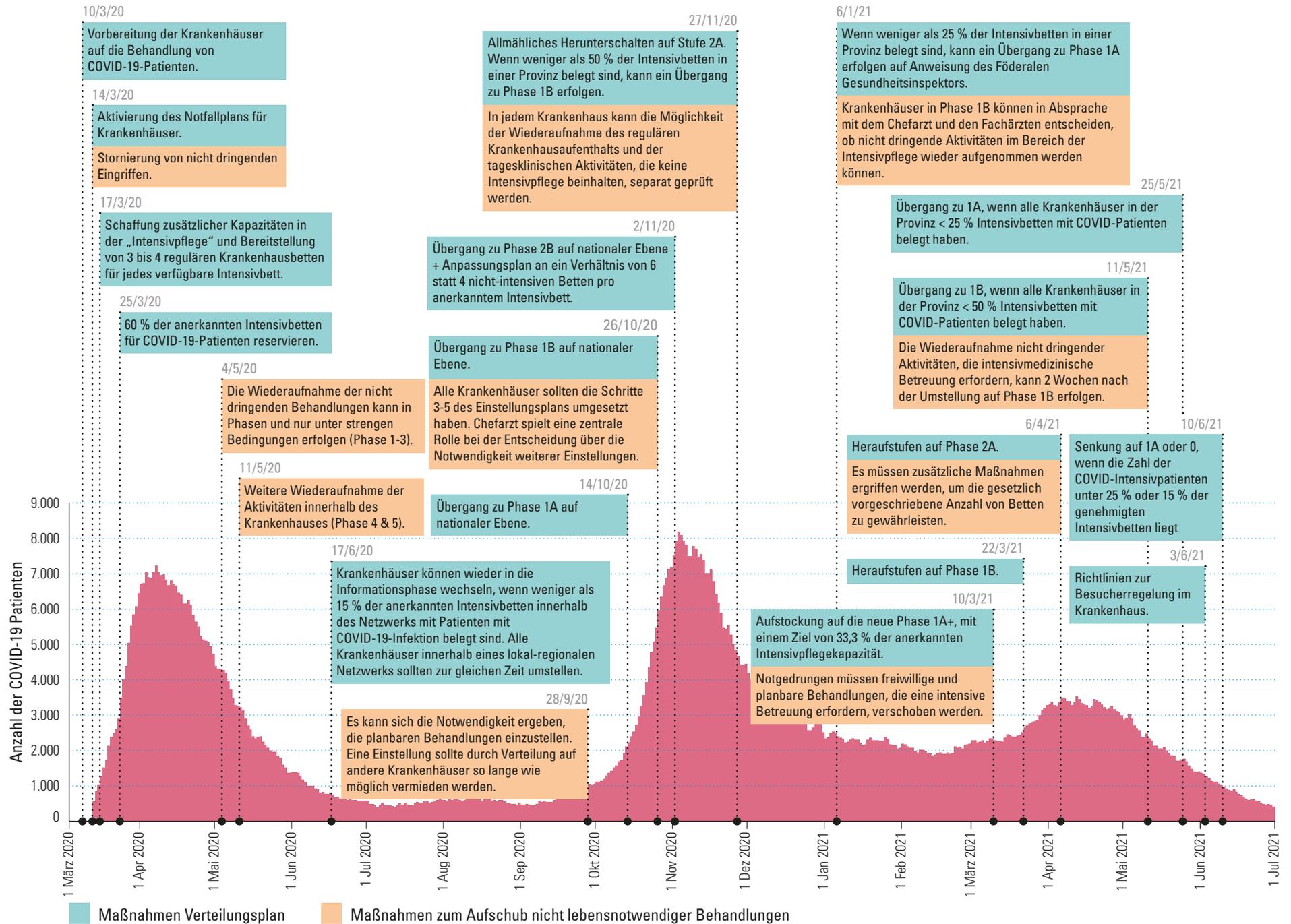
In der ersten Welle – als Ergebnis der Maßnahmen – sehen wir eine Verringerung der als nicht wesentlich eingestuften chirurgischen Versorgung um 94 %. Darüber hinaus stellen wir fest, dass 57 % der notwendigen chirurgischen Behandlungen im Vergleich zu den erwarteten Behandlungen fortgesetzt wurden. In der zweiten Welle ist ein Rückgang von 66 % bei den nicht notwendigen chirurgischen Eingriffen und von 20 % bei den notwendigen chirurgischen Eingriffen zu verzeichnen. Der Rückgang der grundlegenden chirurgischen Versorgung verdeutlicht die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und das Zögern der Patienten, die notwendige Versorgung in Anspruch zu nehmen.

In den Jahren 2021 und 2022 beobachten wir einen relativ geringen Rückgang der Leistungen. Die zwischenzeitlichen Aufholbewegungen sind stärker ausgeprägt. Während der dritten Welle im April/Mai 2021 sank die Zahl der Leistungen auf einen Höchstwert von 87,5 %. Hier ist der Rückgang bei den nicht notwendigen chirurgischen Leistungen zum ersten Mal ähnlich oder weniger stark ausgeprägt als bei den notwendigen und gemischten Leistungen. Während der vierten Welle im November/Dezember 2021 war der Rückgang bei den gemischten chirurgischen Leistungen am größten; sie fielen auf 89,7 % des normalerweise erwarteten Niveaus. Also ein Rückgang von 10,3 %. Sowohl im Februar-März als auch im Juni und September 2021 gibt es einige Monate mit ziemlich beträchtlichen Aufholbewegungen von hauptsächlich nicht notwendigen chirurgischen Leistungen, die bis zu 10-14,5 % über den Schätzungen liegen, die auf der Aktivität in der Zeit vor COVID-19 basieren (schwarze 100 %-Linie). Wir stellen fest, dass vor allem die nicht notwendigen chirurgischen Aktivitäten aufgeholt haben. Dies ist jedoch nicht das, was wir aufgrund der medizinischen Prioritätensetzung erwarten. Im Dezember 2021 ist festzustellen, dass die notwendigen chirurgischen Leistungen mit 12 % am stärksten aufgeholt haben. Zwischen der 5ten und 6ten Welle ist erneut zu beobachten, dass die nicht notwendigen Leistungen den größten Aufholbedarf aufweisen.

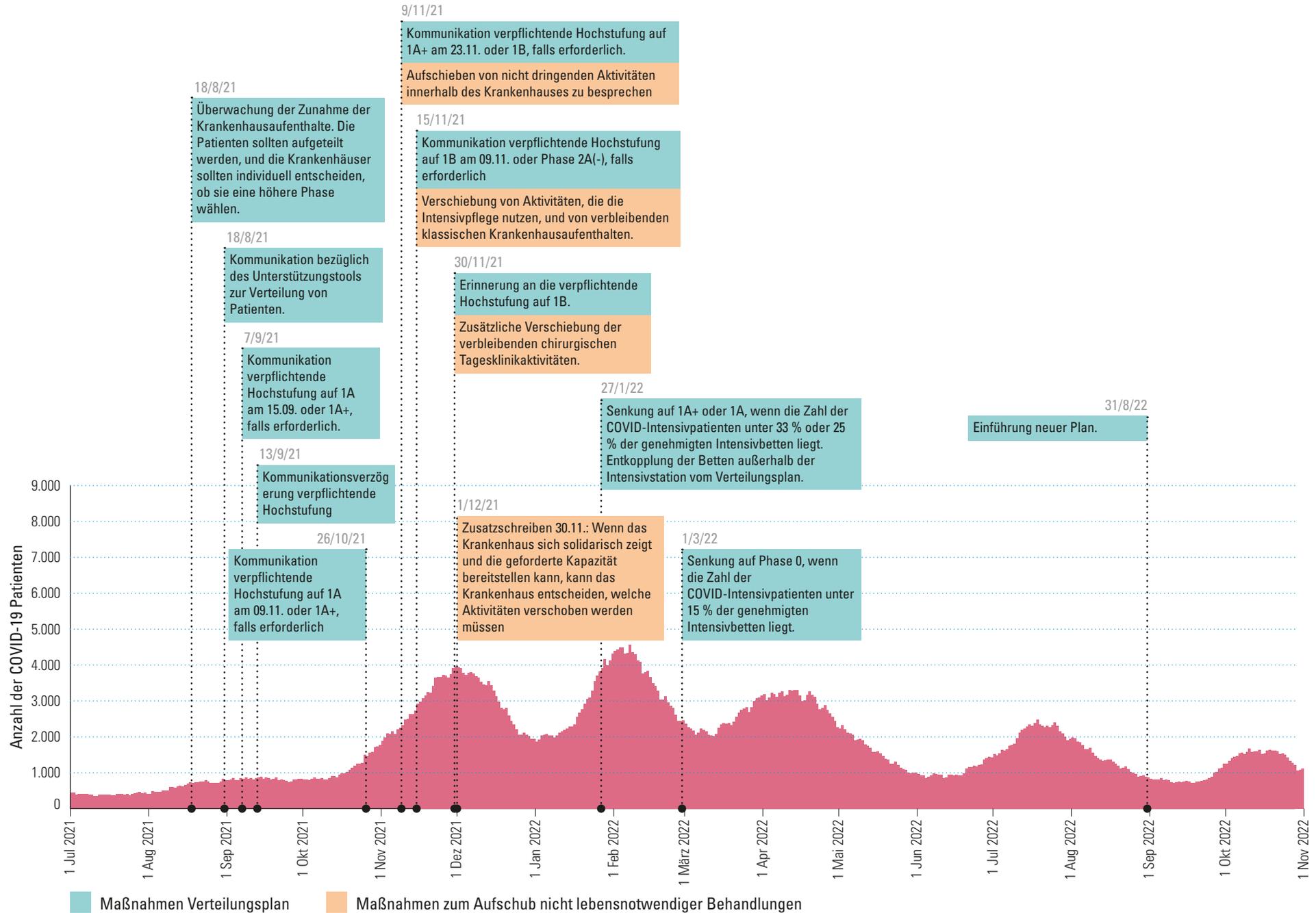


4 Quelle: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/Covid5L2NL/Covid5L2NL.html>. Die schwarze Linie stellt eine fortgeschrittene Schätzung der voraussichtlichen Zahl der Leistungen auf der Grundlage der Daten für 2019 dar. Es wurde eine Klassifizierung nach nicht wesentlichen, gemischten und wesentlichen chirurgischen Leistungen vorgenommen. Die gemischte Kategorie umfasst Sachleistungen, die je nach Kontext entweder wesentlich oder nicht wesentlich sein können.

ÜBERSICHT ÜBER DIE MASSNAHMEN FÜR DEN VERTEILUNGSPLAN
UND DEN AUFSCHUB NICHT LEBENSNOTWENDIGER BEHANDLUNGEN SOWIE DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER COVID-PATIENTEN



ÜBERSICHT ÜBER DIE MASSNAHMEN FÜR DEN VERTEILUNGSPLAN
UND DEN AUFSCHBUB NICHT LEBENSNOTWENDIGER BEHANDLUNGEN SOWIE DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER COVID-PATIENTEN

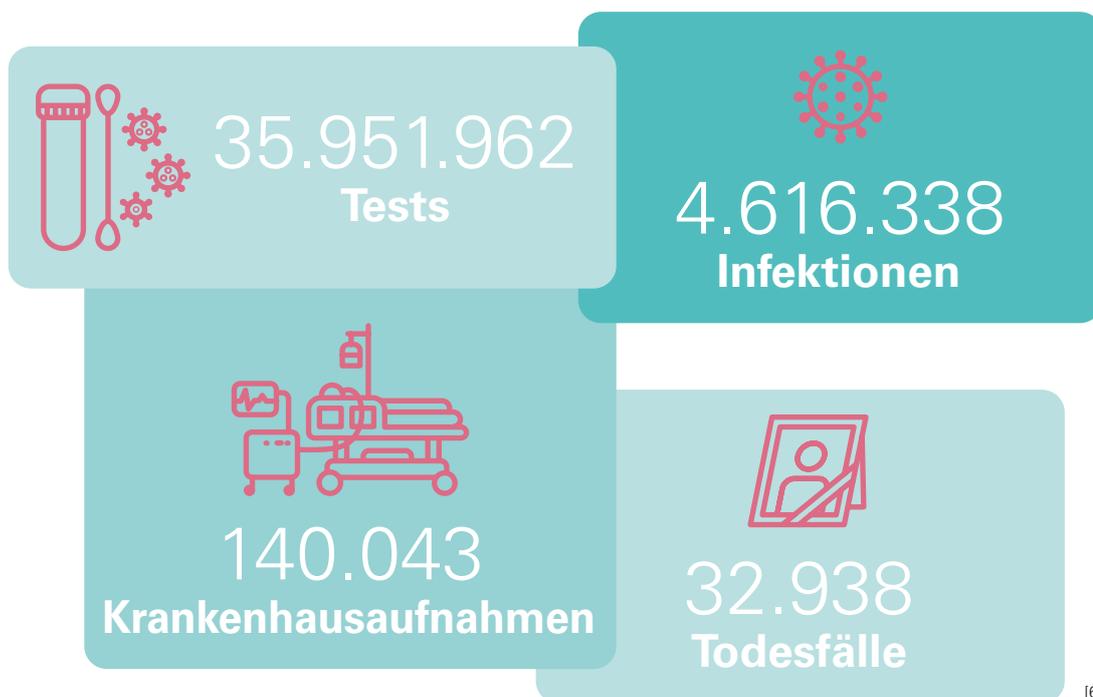


PFLEGETÄTIGKEIT

In diesem Kapitel werden einige epidemiologische Zahlenangaben vorgestellt. Darüber hinaus werden die Auswirkungen der Pandemie auf die Krankenhausaufenthalte in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern sowie auf das Funktionieren der Notdienste untersucht. Die Daten werden anhand der verschiedenen Wellen der Pandemie betrachtet. Dabei lassen sich bis heute acht Wellen unterscheiden^[5]:



1. Epidemiologische Zahlen



[6]

1.1. Anzahl der Neuinfektionen und Anzahl der Tests

In jeder COVID-19-Welle ist ein deutlicher Spitzenwert bei der Zahl der Infektionen und der Positivitätsrate zu erkennen^[7].

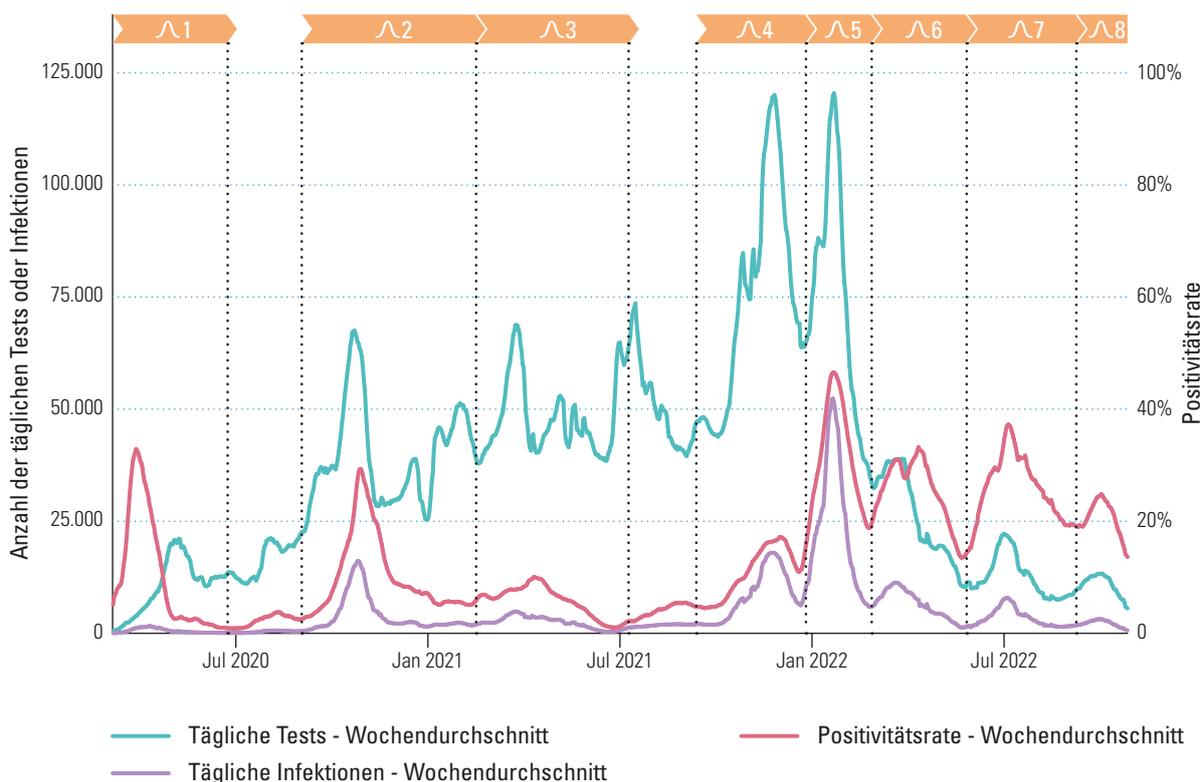
Die höchste Zahl an Infektionen wurde in der 5. Welle mit einem Spitzenwert von durchschnittlich mehr als 50.000 Infektionen pro Tag festgestellt.

5 Quelle: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ_NL_final.pdf

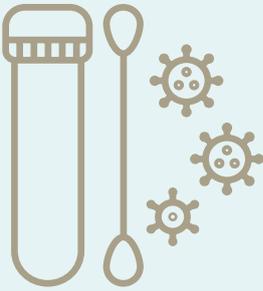
6 Quelle: Sciensano. Dies gilt für Daten für den Zeitraum vom Beginn der Pandemie bis zum 31.10.2022.

7 Quelle: Sciensano

TÄGLICHE ANZAHL NEUER COVID-19-INFEKTIONEN UND DURCHFÜHRTER TESTS^[8]



Die Zahl der getesteten Personen hat seit Beginn der Pandemie einen Aufwärtstrend gezeigt, mit einem ersten Spitzenwert von durchschnittlich mehr als 65.000 Tests pro Tag in der 2. Welle. Dies entspricht einer Verdreifachung der Anzahl der Tests pro Tag im Vergleich zur ersten Welle. Damals wurden weniger Tests durchgeführt, weil die Testkapazitäten zu dieser Zeit begrenzt waren. Folglich wurden weniger Infektionen festgestellt. Die Teststrategie wurde während der Pandemie mehrmals geändert. Dies wirkte sich auf die Anzahl der durchgeführten Tests aus. So wurden beispielsweise zwischen dem 21.10.2020 und dem 22.11.2020 nur Personen mit Symptomen getestet und keine Tests bei Personen mit Hochrisikokontakten durchgeführt, ab dem 2.2.2021 wurden auch Kinder über 6 Jahren getestet usw. Während der vierten und fünften Welle war die Testkapazität maximal und es wurden durchschnittlich 120.000 Tests pro Tag durchgeführt.



Höchste Anzahl von durchgeführten **Tests** in der **4. und 5. Welle** mit Spitzenwerten von durchschnittlich **120.000 Tests** pro Tag.

Nach der fünften Welle ist ein drastischer Rückgang der Zahl der durchgeführten Tests zu beobachten.

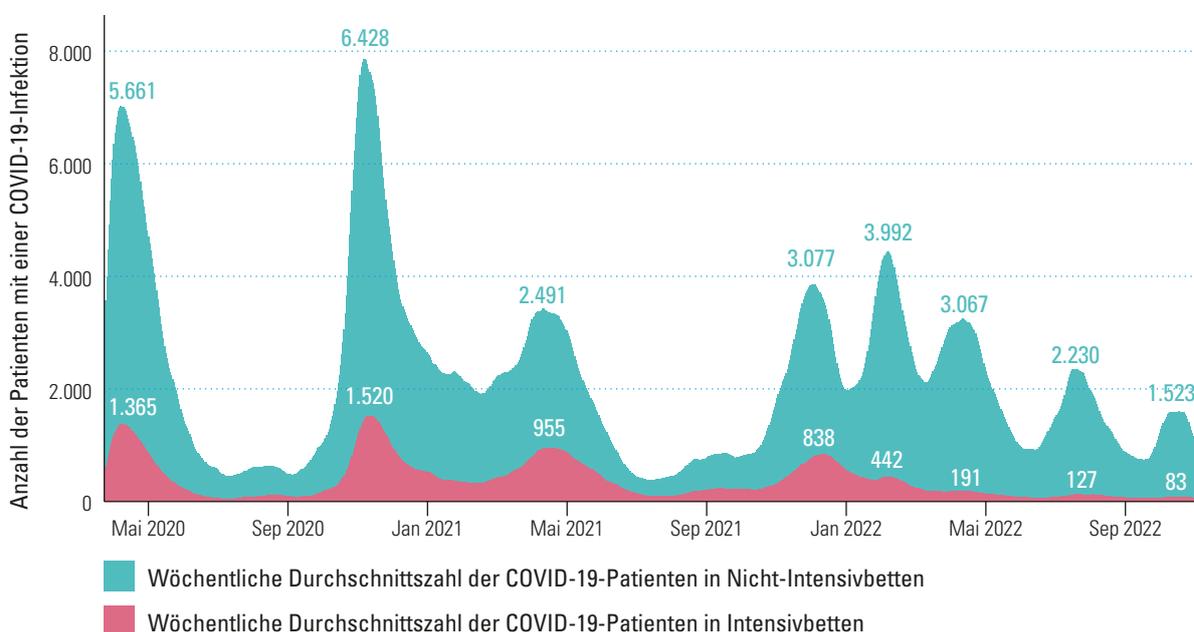
⁸ Die Positivitätsquote gibt die Anzahl der positiven Patienten im Verhältnis zur Gesamtzahl der getesteten Personen an.

1.2. COVID-19-Patienten in allgemeinen Krankenhäusern

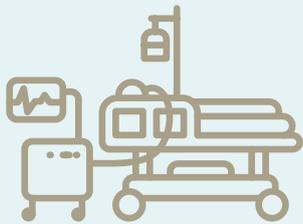
ANZAHL COVID-19-PATIENTEN IN ALLGEMEINEN KRANKENHÄUSERN

Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte von COVID-19-Patienten war in der ersten und zweiten Welle am höchsten. Am Höhepunkt der folgenden Wellen wurden im Vergleich zur zweiten Welle durchschnittlich halb so viele Patienten in Nicht-Intensivbetten und ein Drittel weniger Patienten in Intensivbetten aufgenommen. Die Einweisungen in Intensivbetten sind in der 5. Welle deutlich geringer. Es gibt mehrere Faktoren, die sich auf die Zahl der Krankenhausaufnahmen ausgewirkt haben: u. a. die Impfung, mehr Wissen und Erfahrung in der Behandlung bei den Gesundheitsdienstleistern, was zu kürzeren Krankenhausaufenthalten führt, eine andere Mutation des Virus, eine bessere Organisation der Primärversorgung usw.

ANZAHL DER PATIENTEN MIT EINER COVID-19-INFEKTION IM KRANKENHAUS ^[9]



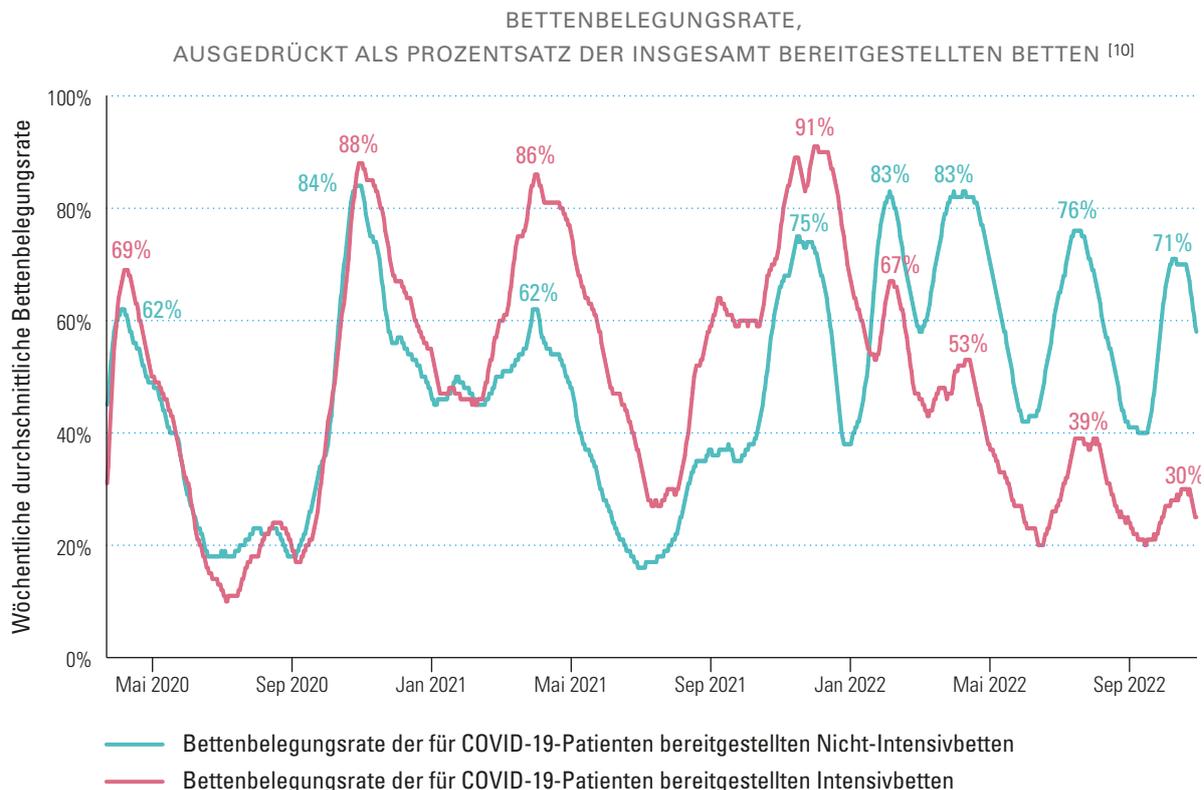
AUSLASTUNG DER FÜR COVID-19-PATIENTEN BEREITGESTELLTEN BETTEN IN ALLGEMEINEN KRANKENHÄUSERN



Die **Auslastung** der für COVID-19-Patienten reservierten Intensivbetten lag in der **zweiten, dritten und vierten Welle** durchweg über **85 %**.

9 Quelle: Sciensano

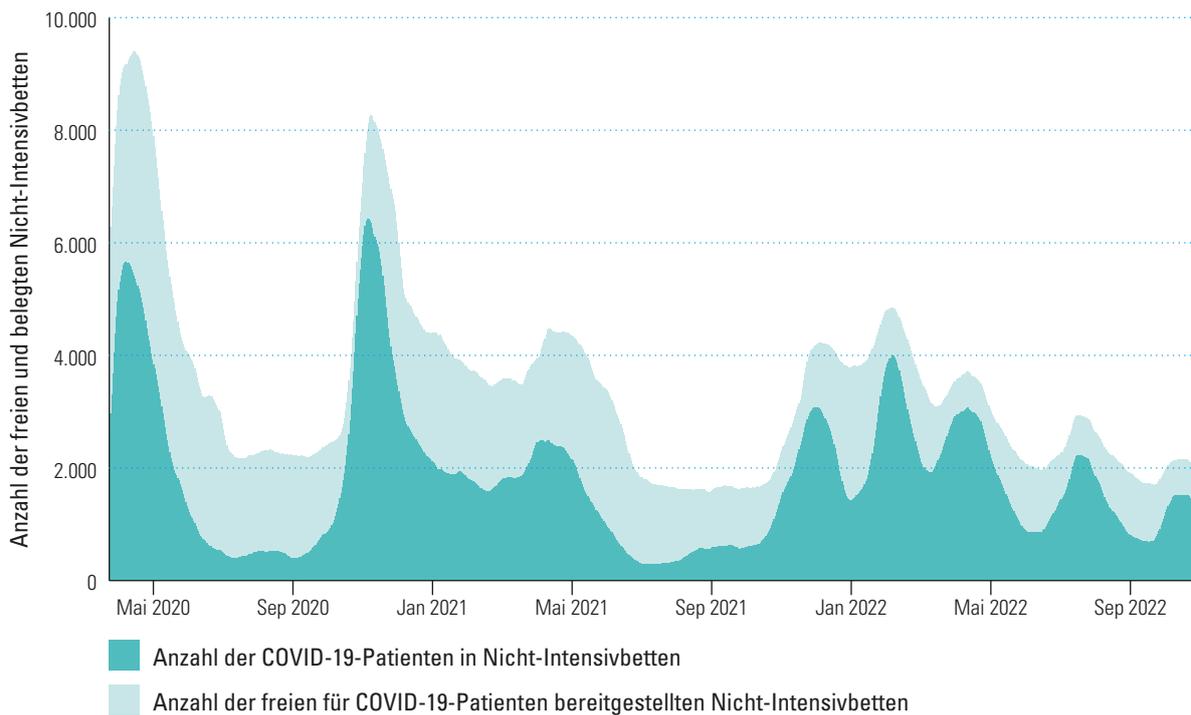
Die folgende Grafik zeigt die Auslastung der für COVID-19-Patienten bereitgestellten Intensiv- und Nicht-Intensivbetten. In den Spitzenzeiten der 1. und 2. Welle ist die Auslastung für beide Arten von Betten ähnlich, nämlich etwa 65 % bzw. 85 %. Dies ändert sich in den 3. und 4. Welle, in denen die Auslastung bei den Intensivbetten mit 86 % bis 91 % deutlich höher ist als bei den Nicht-Intensivbetten. In Welle 5 ist das Gegenteil der Fall: Die Auslastung der Nicht-Intensivbetten ist mit einem Spitzenwert von 83 % höher als die der Intensivbetten (Spitzenwert von 67 %). Dieser Trend setzt sich in den folgenden Wellen fort, wobei der Spitzenwert im Oktober 2022 mit 71 % bei den Nicht-Intensivbetten und 30 % bei den Intensivbetten erreicht wird.



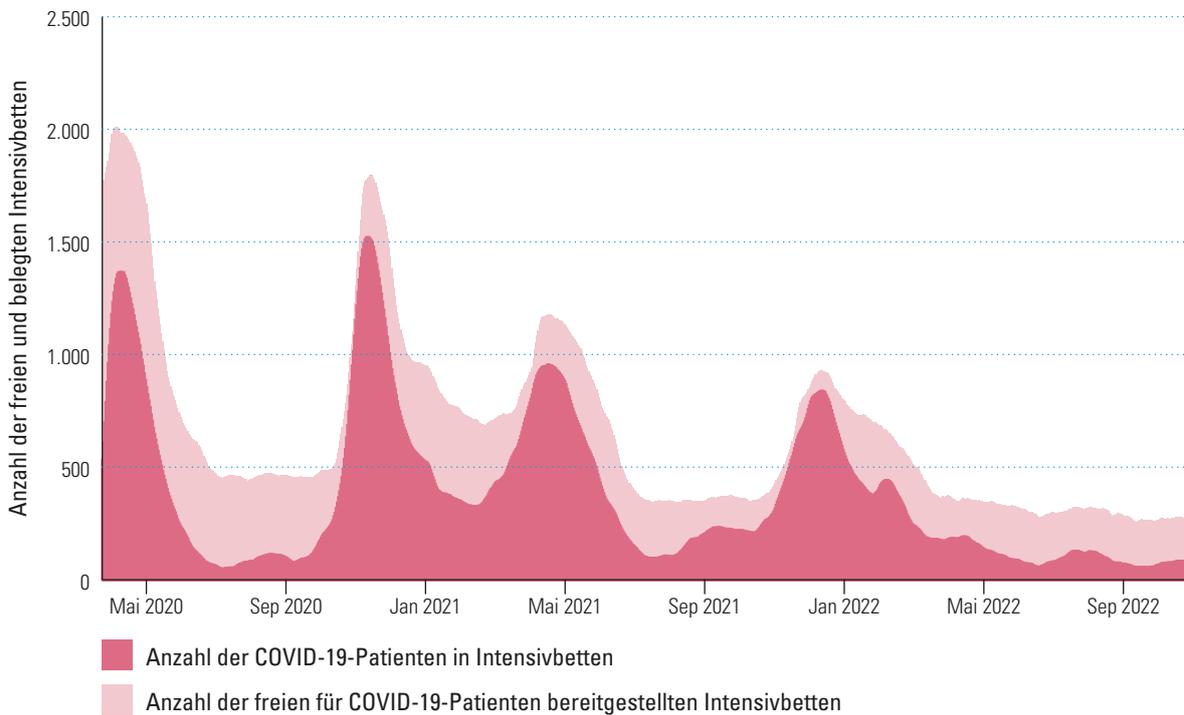
Die folgenden Grafiken zeigen die Anzahl der verfügbaren Nicht-Intensiv- und Intensivbetten für COVID-19-Patienten sowie die Anzahl der COVID-19-Patienten, die in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Hier ist deutlich zu erkennen, dass in den 1. beiden Wellen deutlich mehr Betten für COVID-19-Betten reserviert waren als in den folgenden Wellen. Um diese Zahlen besser zu verstehen, muss man berücksichtigen, dass von der föderalen Regierung ein Verteilungsplan erstellt wurde, der ein System zur Bereitstellung von Betten vorsieht (siehe oben). Dieses Modell informierte die Krankenhäuser über die Anzahl der Betten, die sie angesichts der damaligen Situation für COVID-19-Patienten zur Verfügung stellen mussten. Bei der ersten Welle war dieses Modell noch nicht verfügbar. Alle nicht notwendigen Behandlungen wurden eingestellt und die verbleibenden Betten wurden für COVID-19-Patienten reserviert. Dies erklärt die niedrigere Belegungsrate in diesem Zeitraum. Es handelt sich um die Anfangszeit der Pandemie, in der es nur wenige Kenntnisse und Erfahrungen mit dem COVID-19-Virus gab und in der das Virus in unserem Land und den umliegenden Ländern schwer zuschlug. In den folgenden Wellen wurde versucht, ein Gleichgewicht zwischen der regulären Versorgung und der Bewältigung des Zustroms von COVID-19-Patienten herzustellen. Außerdem standen in den späteren Wellen weniger Betten zur Verfügung, weil das Personal unter anderem wegen der ständigen hohen Arbeitsbelastung und Infektionen ausfiel.

10 Quelle: Sciensano und ICMS

ANZAHL DER FÜR COVID-19-PATIENTEN BEREITGESTELLTEN NICHT-INTENSIVBETTEN



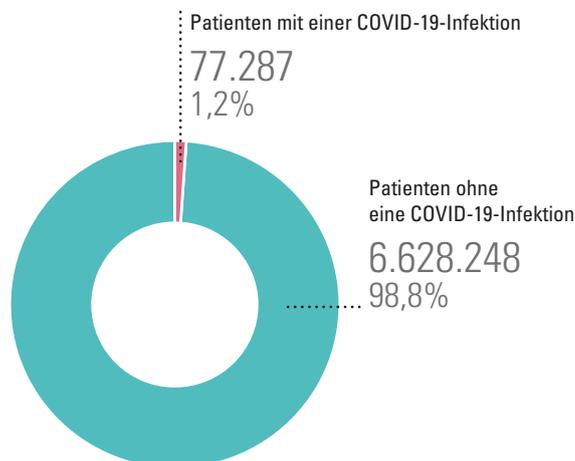
ANZAHL DER FÜR COVID-19-PATIENTEN BEREITGESTELLTEN INTENSIVBETTEN



PROFIL DES COVID-19-PATIENTEN^[11]

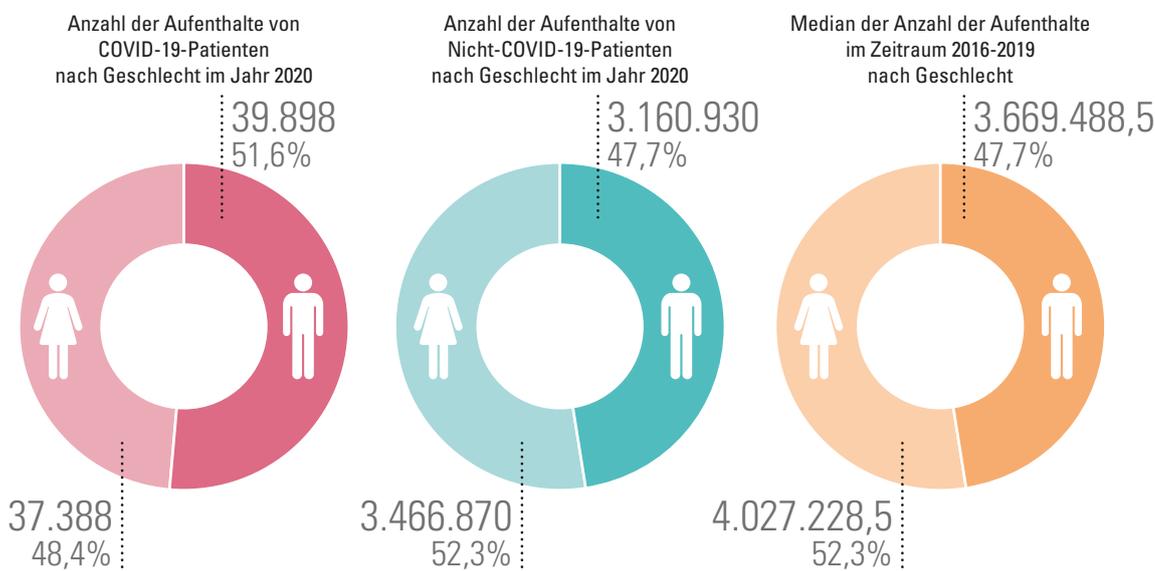
Im Jahr 2020 waren 1,2 % aller Aufenthalte (d. h. klassische Krankenhausaufenthalte, Tagesklinikaufenthalte und ambulante Kontakte mit der Notaufnahme) Aufenthalte eines COVID-19-Patienten.

ANZAHL DER AUFENTHALTE VON PATIENTEN MIT UND OHNE COVID-19-INFEKTION IM JAHR 2020



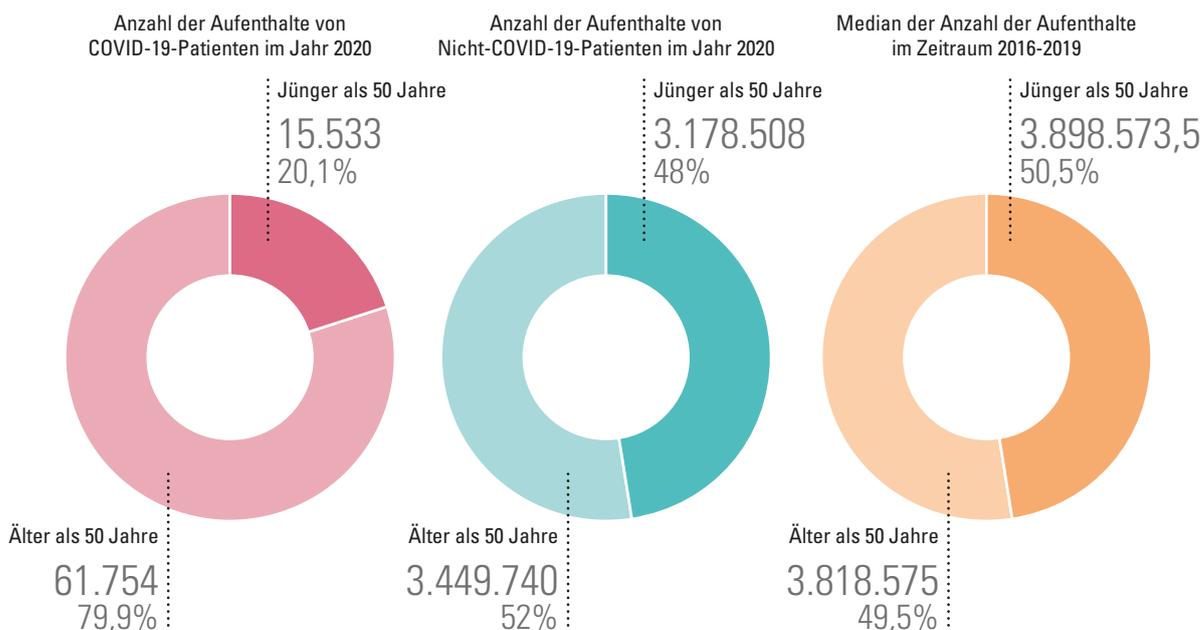
Alter und Geschlecht

Vergleicht man die Merkmale der Aufenthalte von COVID-19-Patienten mit den Aufenthalten von Nicht-COVID-19-Patienten im Jahr 2020 und den Aufenthalten im Zeitraum von 2016 bis 2019, so stellt man fest, dass die Zahl der hospitalisierten Männer und Frauen ähnlich ist.



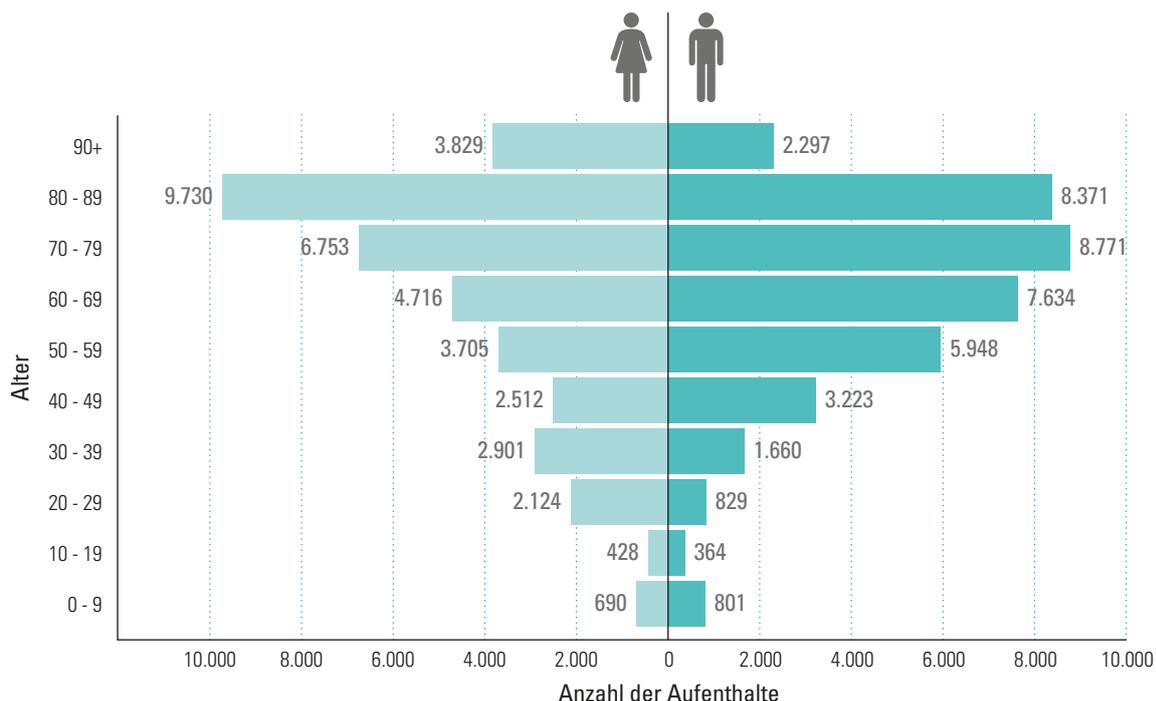
Darüber hinaus waren 79,9 % der Patienten, die im Jahr 2020 mit einer COVID-19-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert wurden, 50 Jahre alt oder älter. Dies steht in starkem Kontrast zum Alter der Patienten ohne COVID-19-Infektion im Jahr 2020 (52,0 %) und zum Alter der Patienten im Zeitraum von 2016 bis 2019 (49,5 %).

11 Quelle: MKD, Informationsdienst für Daten und Politik, FÖD VSU Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung verfügen unsere Dienste nur über Daten aus dem Jahr 2020, um ein Profil des COVID-Patienten zu erstellen. Alle Patienten, bei denen eine COVID-Infektion festgestellt oder vermutet wurde, sind in den Zahlen enthalten, unabhängig vom Grund der Aufnahme. Außerdem ist es möglich, dass ein Patient, der während seines Krankenhausaufenthalts in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde, in den Zahlen doppelt gezählt wurde.



In den Altersgruppen zwischen 40 bis 79 Jahren werden im Jahr 2020 mehr Männer mit einer COVID-19-Infektion stationär aufgenommen als Frauen. Wir stellen auch fest, dass in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen sowie in der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren mehr Frauen als Männer stationär aufgenommen werden. Die höhere Anzahl von Frauen in der ersten Gruppe lässt sich möglicherweise teilweise dadurch erklären, dass dies das Alter ist, in dem Frauen normalerweise schwanger werden. Die leichte COVID-19-Infektion wurde in diesem Fall möglicherweise entdeckt, als die Frau wegen ihrer Entbindung aufgenommen wurde¹². Andererseits ist es möglich, dass diese Frauen als Vorsichtsmaßnahme im Falle einer COVID-19-Infektion während der Schwangerschaft aufgenommen wurden. In der zweiten Altersgruppe ab 80 Jahren lässt sich die höhere Zahl der hospitalisierten Frauen dadurch erklären, dass die weibliche Bevölkerung in dieser Altersgruppe zahlenmäßig stärker vertreten ist.

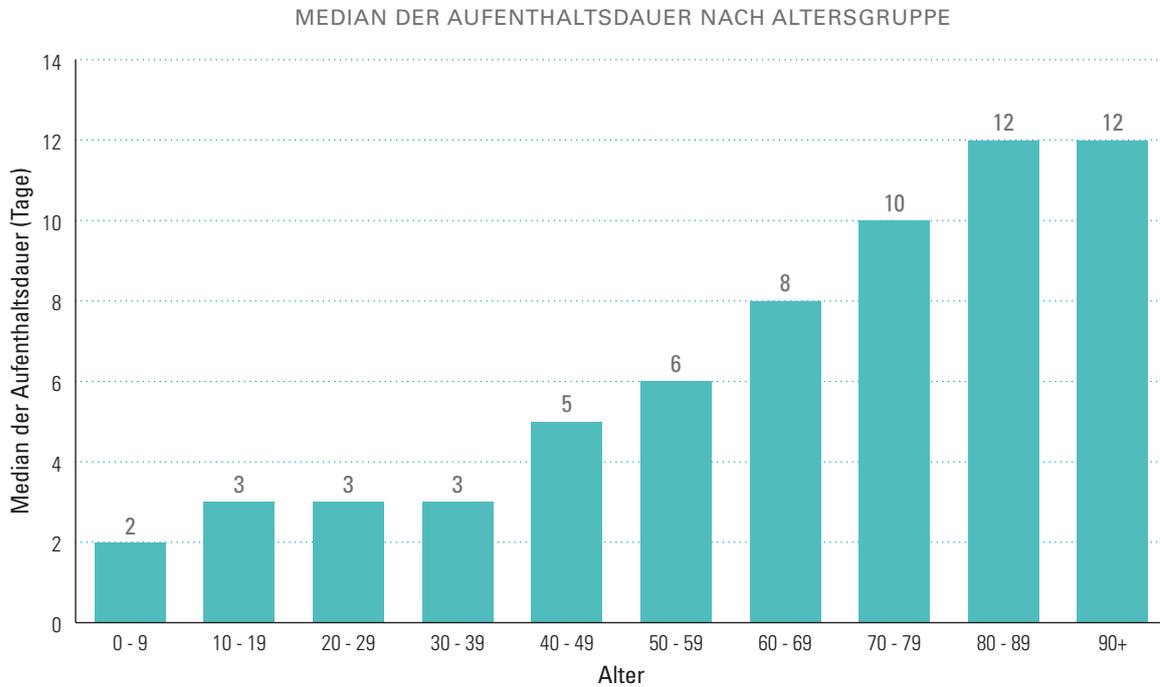
ANZAHL DER AUFENTHALTE VON COVID-19-PATIENTEN NACH GESCHLECHT UND ALTER IM JAHR 2020



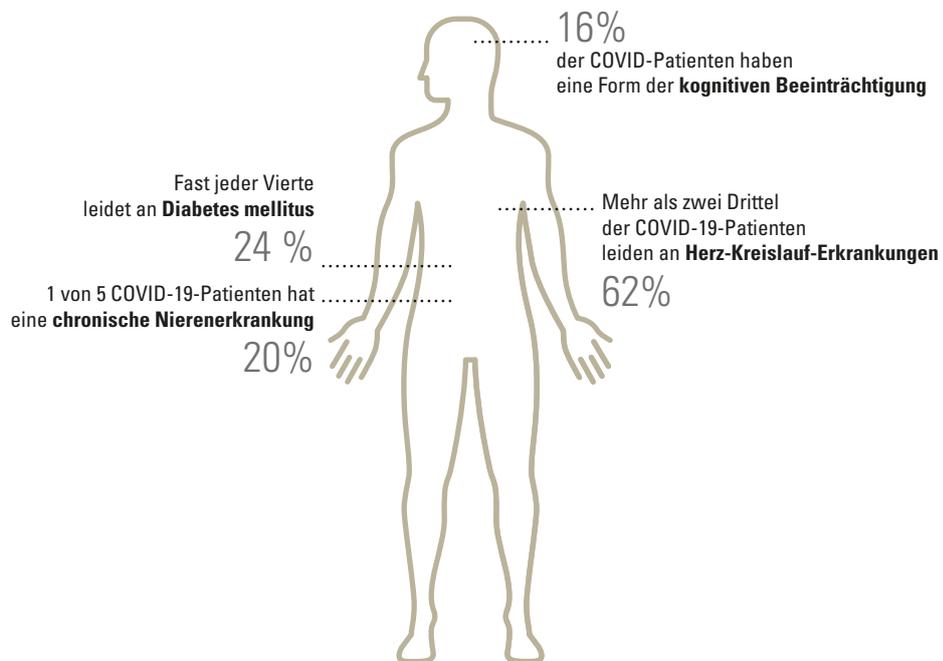
12 Es lässt sich nicht feststellen, ob die Person wegen einer COVID-19-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert wurde oder wegen einer anderen Erkrankung, bei der eine COVID-19-Infektion nur durch die vorgeschriebene Kontrolle bei der Aufnahme festgestellt wurde.

Aufenthaltsdauer

Die mediane ^[13] Aufenthaltsdauer steigt mit dem Alter der Patienten von 2 Tagen bei 0-9-Jährigen auf 12 Tage bei 80-Jährigen und Älteren.



Komorbidität



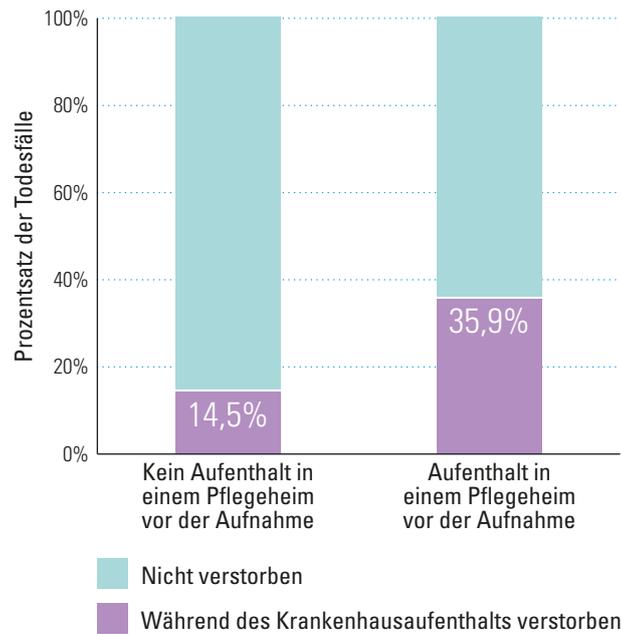
13 Man hat sich für die Angabe des Medians entschieden, weil diese Statistik weniger von Extremwerten beeinflusst wird als der Mittelwert. Der Median ist der Wert, der genau in der Mitte eines Datensatzes liegt, wenn man die Werte von unten nach oben anordnet. Es handelt sich um einen Mittelwert, der die untersten 50 % der Werte von den obersten 50 % trennt.

Mortalität in allgemeinen Krankenhäusern

17 % aller Patienten, bei denen im Krankenhaus eine COVID-19-Infektion diagnostiziert wurde, starben im Jahr 2020 im Krankenhaus.

Die Sterblichkeitsrate ist höher, wenn die Personen aus einem Pflegeheim ins Krankenhaus eingeliefert wurden (35 % gegenüber 14,5 %).

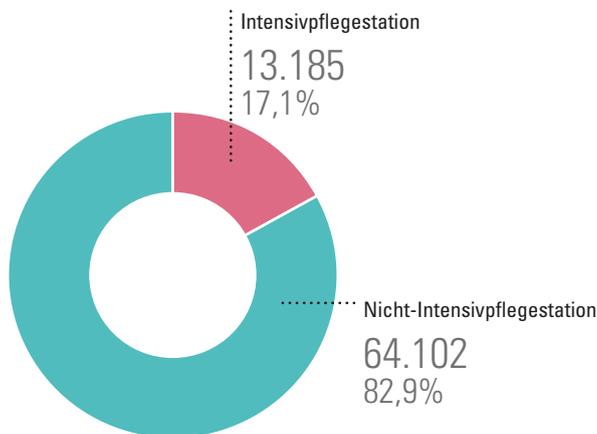
PROZENTSATZ DER TODESFÄLLE IM KRANKENHAUS IN ABHÄNGIGKEIT DAVON, OB DER PATIENT VOR DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT IN EINEM PFLEGEHEIM UNTERGEBRACHT WAR



PROFIL DES COVID 19-PATIENTEN AUF DER INTENSIVSTATION

Im Jahr 2020 wurden 17,1 % der Patienten mit einer COVID-19-Infektion, die in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, auf die Intensivstation verlegt.

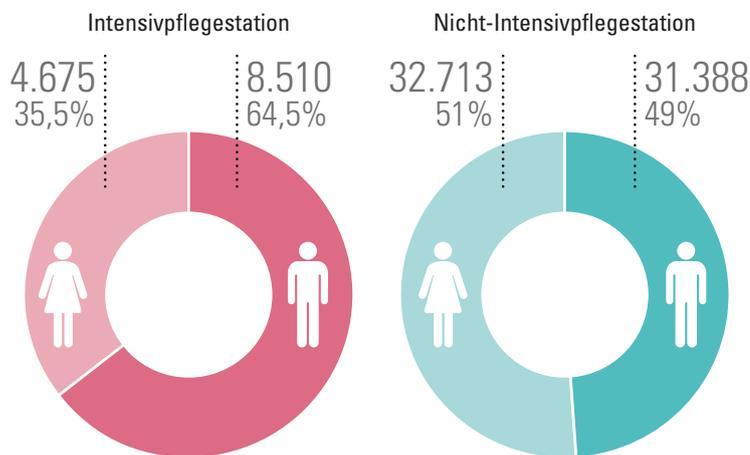
ANZAHL DER AUFENTHALTE VON COVID-19-PATIENTEN AUF DER (NICHT-)INTENSIVSTATION



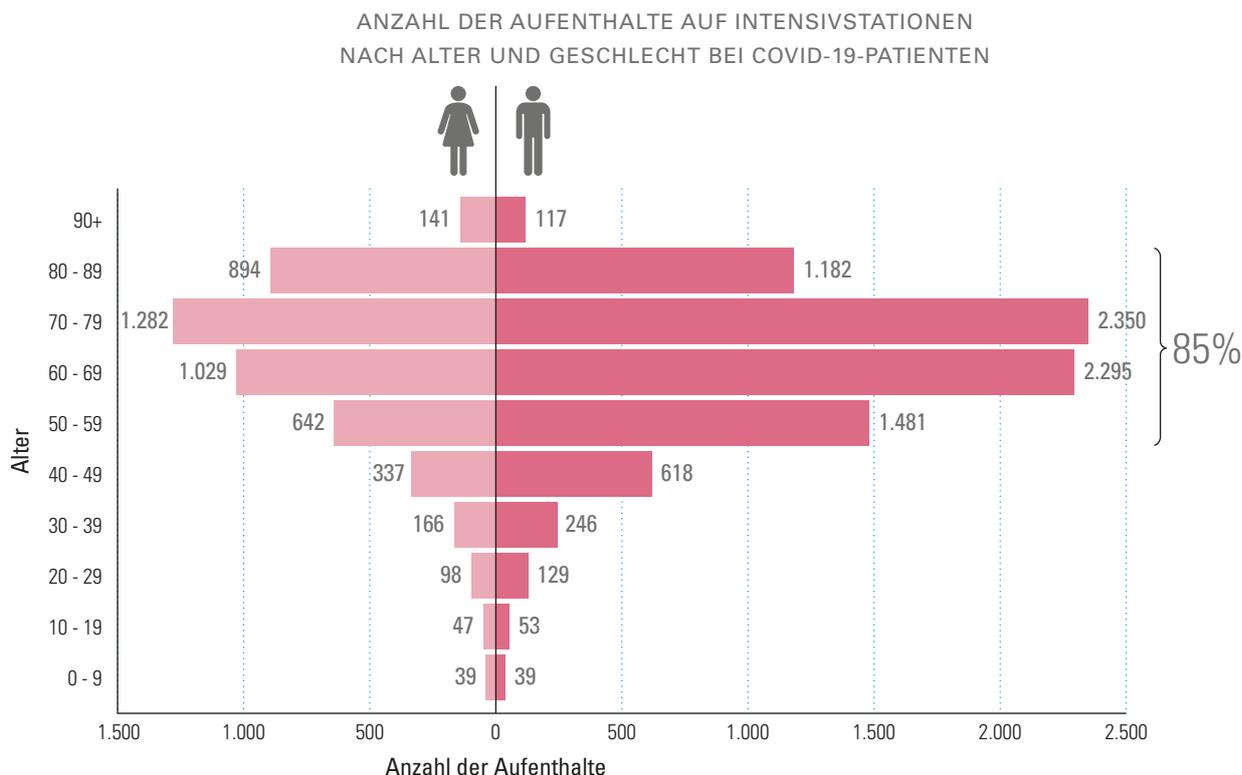
Alter und Geschlecht

64,5 % aller Patienten mit einer COVID-19-Infektion, die auf die Intensivstation aufgenommen wurden, waren männlich.

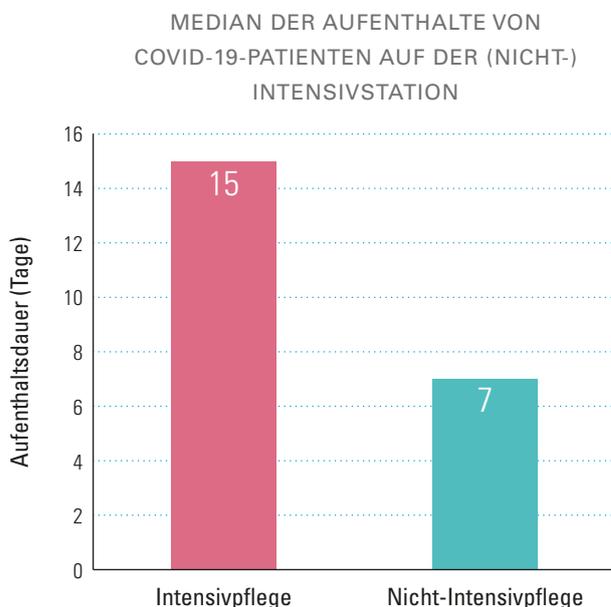
PROZENTUALER ANTEIL DER AUFENTHALTE AUF (NICHT-)INTENSIVSTATIONEN NACH GESCHLECHT BEI COVID-19-PATIENTEN



85 % aller Aufenthalte von Patienten mit einer COVID-19-Infektion auf einer Intensivstation betrafen im Jahr 2020 Patienten im Alter zwischen 50 und 89 Jahren.



Aufenthaltsdauer

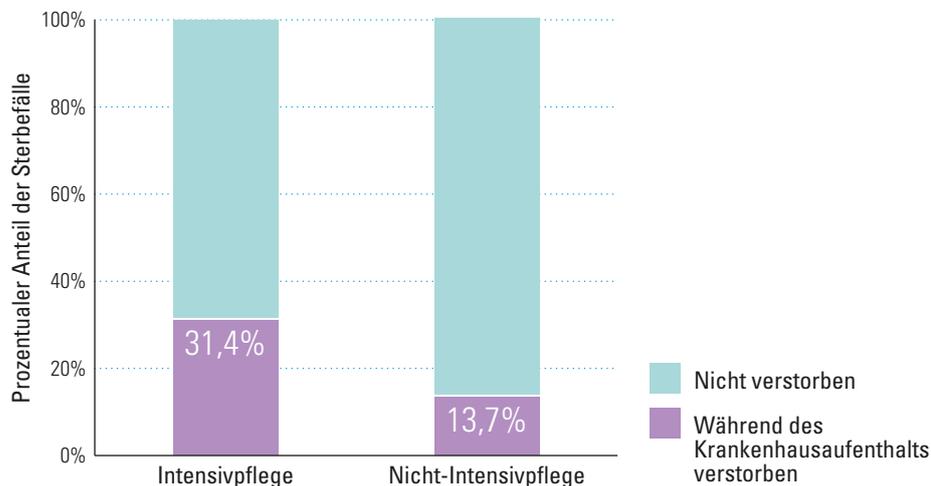


Der Medianwert der gesamten Krankenhausaufenthalte betrug im Jahr 2020 15 Tage, wenn der COVID-19-Patient auf einer Intensivstation aufgenommen wurde. Bei Patienten, die auf einer Normalstation stationär behandelt wurden, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eine Woche.

Mortalität in allgemeinen Krankenhäusern

Ein Drittel der COVID-19-Patienten, die auf einer Intensivstation aufgenommen wurden, starb im Jahr 2020 im Krankenhaus. COVID-19-Patienten, die nicht auf eine Intensivstation kamen, starben nur in 13,7 % der Fälle.

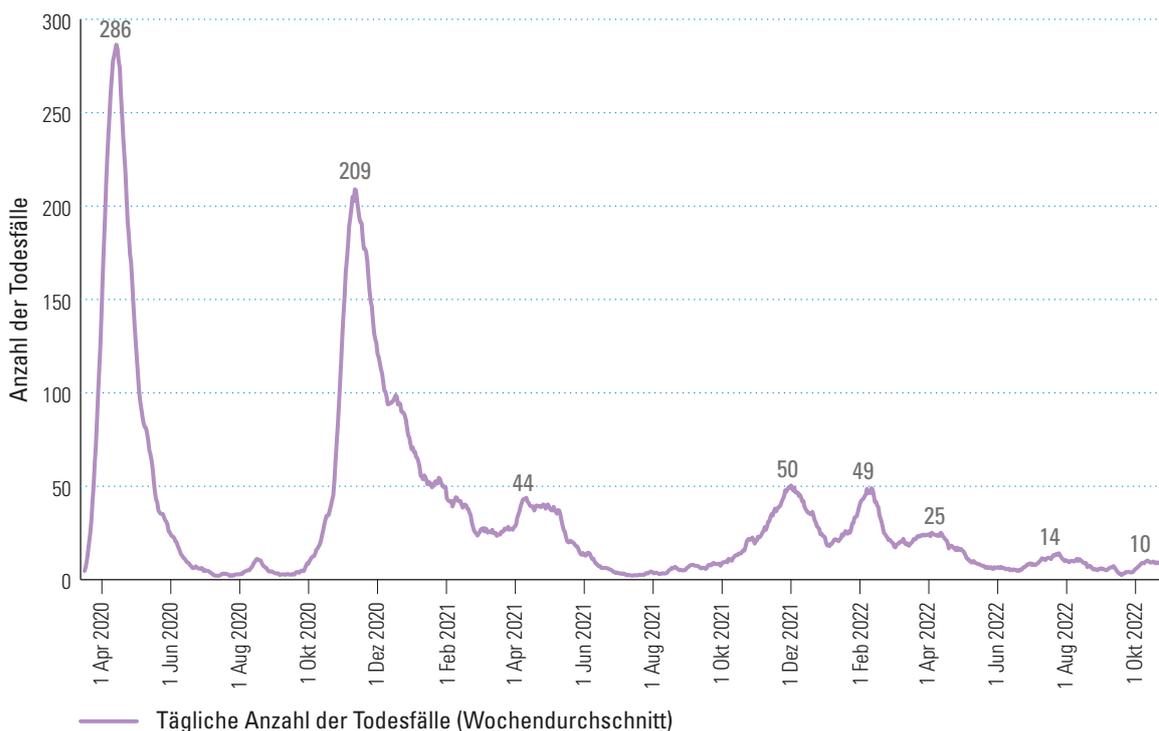
PROZENTUALER ANTEIL DER STERBEFÄLLE AUF (NICHT-)INTENSIVSTATIONEN BEI COVID-19-PATIENTEN



1.3. Gesamtzahl der Todesfälle aufgrund von COVID-19

In der 1. und 2. Welle gab es durchschnittlich mehr als 200 Todesfälle pro Tag innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser. Diese Zahl ging in den folgenden Wellen deutlich zurück, wobei sich die durchschnittliche Anzahl der täglichen Todesfälle in der vierten und fünften Welle um die 50 Todesfälle bewegte. Seit Mai 2022 schwankt die durchschnittliche Zahl der Todesfälle zwischen 4 und 14 pro Tag.

TÄGLICHE ANZAHL VON TODESFÄLLEN AUFGRUND EINER COVID-19-INFEKTION [14]



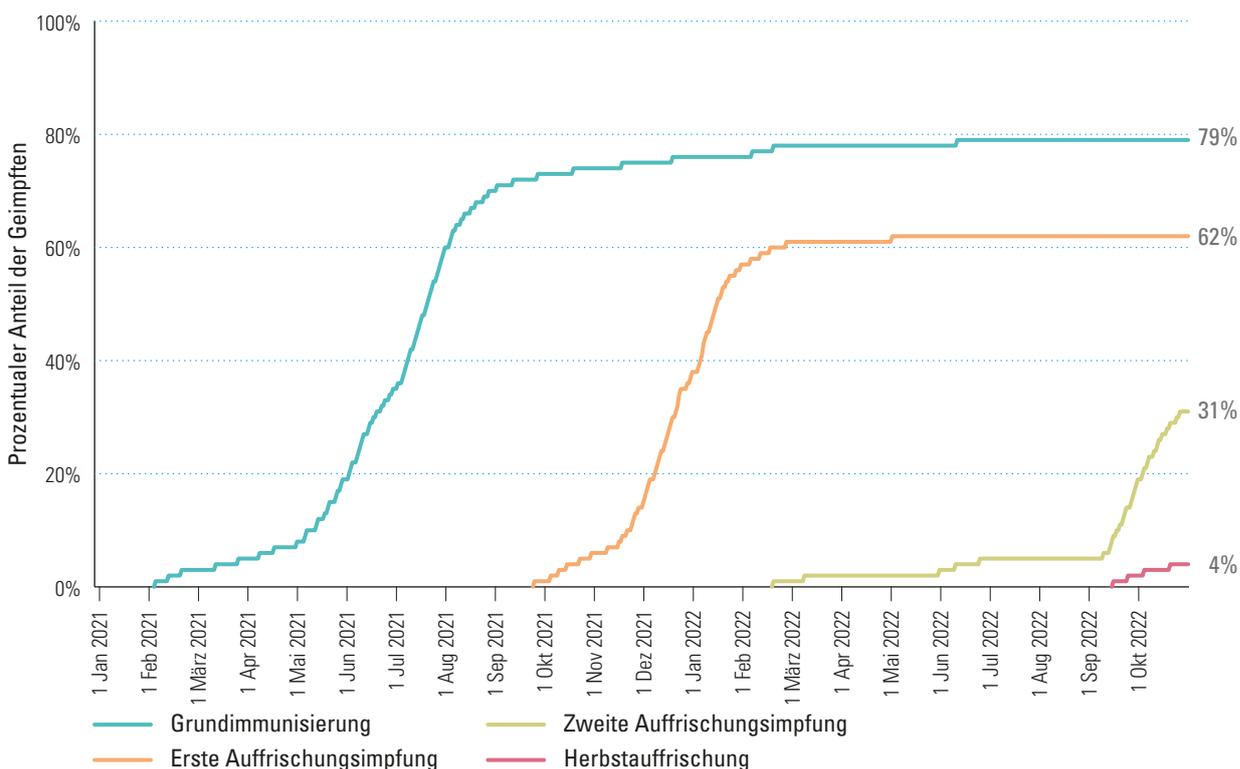
1.4. Impfung

Die Impfkampagne war in mehrere Phasen unterteilt:

Anfang Januar 2021	Grundimmunisierung von Bewohnern von Pflegeheimen, Pflegepersonal, Personen über 65 Jahren und Risikopatienten.
Juni 2021	Grundimmunisierung der breiten Bevölkerung in erster Instanz für Personen ab 18 Jahren und anschließend für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren.
September 2021	Auffrischkampagne für Personen mit geschwächtem Immunsystem, Bewohner von Pflegeheimen, Personen ab 65 Jahren und Pflegepersonal.
Dezember 2021	Auffrischungsimpfung für die breite Bevölkerung in erster Instanz für Personen ab 18 Jahren und anschließend für Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren und Möglichkeit für die Impfung von Kindern zwischen 5 und 11 Jahren.
Frühjahr 2022	Zweite Auffrischungsimpfung für Personen mit einem geschwächtem Immunsystem und Bewohner von Pflegeheimen, Personen ab 80 Jahren.
Herbst 2022	Auffrischungsimpfung im Herbst, zu der alle über 50-Jährigen, Pflegepersonal und Personen mit eingeschränkter Immunität aktiv eingeladen werden. Auch andere Personen können ebenfalls eine Auffrischungsimpfung erhalten.

In der folgenden Grafik sind die Daten aller geimpften Personen zusammengefasst. Bis zum 31. Oktober 2022 hatten 79 % der belgischen Gesamtbevölkerung ihre Grundimmunisierung erhalten. Darüber hinaus hatten 62 % eine erste Auffrischungsimpfung, 31 % eine 2. Auffrischungsimpfung und 4 % eine Herbstauffrischung erhalten.

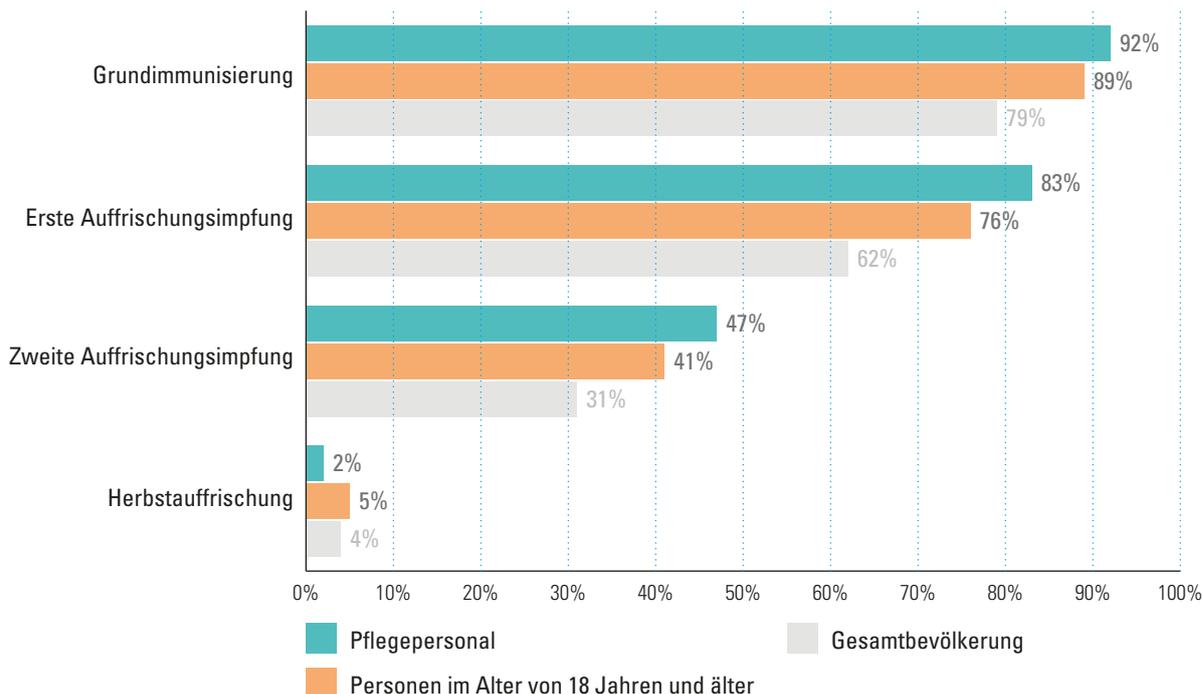
PROZENTUALER ANTEIL DER GEIMPFTEN NACH ART DER IMPFUNG^[15]



15 Quelle: Sciensano

Im Folgenden Schema wird der Prozentsatz der geimpften Personen ab 18 Jahren und der Prozentsatz der geimpften Beschäftigten im Gesundheitswesen am 31.10.2022 verglichen. Hier zeigt sich, dass der Prozentsatz der Personen, die eine vollständige Grundimmunisierung erhalten haben, ähnlich ist. Größere Unterschiede gibt es jedoch beim Prozentsatz der Personen, die eine erste und zweite Auffrischungsimpfung erhalten haben. Hier zeigt sich, dass ein höherer Prozentsatz des Pflegepersonals eine Auffrischungsimpfung erhalten hat. Bei der Auffrischungsimpfung im Herbst zeigt sich jedoch zum ersten Mal, dass die Allgemeinbevölkerung die Auffrischungsimpfung eher in Anspruch nimmt als das Pflegepersonal. Diese Zahl könnte jedoch noch steigen.

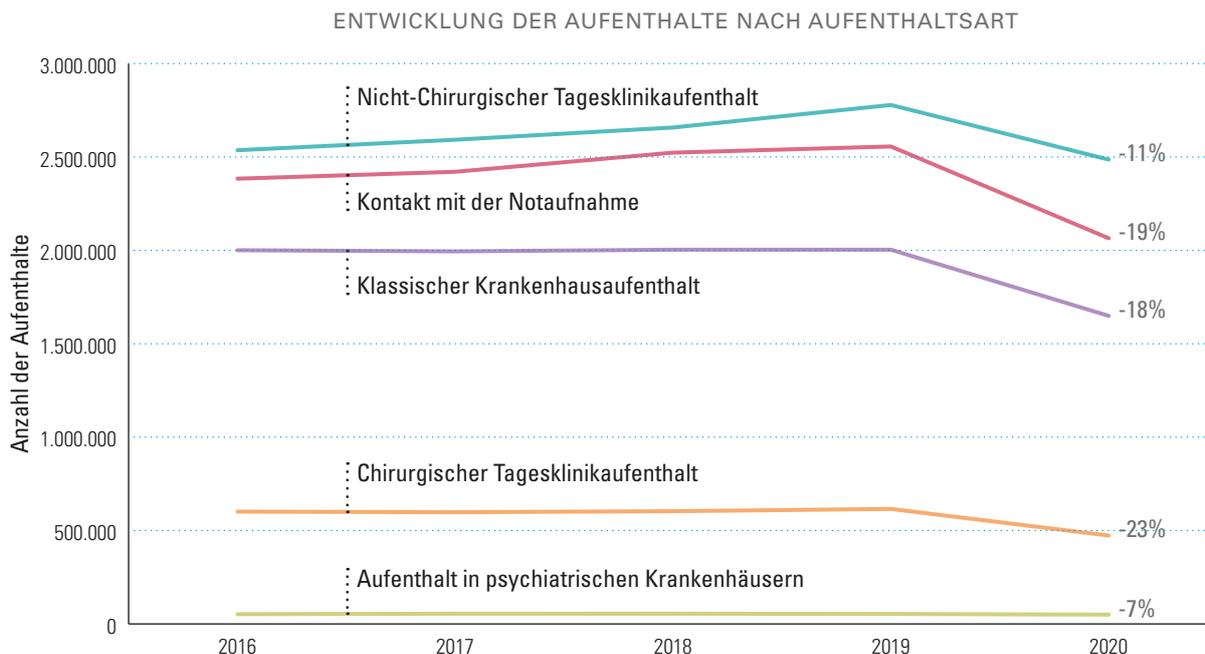
IMPfQUOTE BEI PFLEGEPERSONAL UND PERSONEN ÜBER 18 JAHREN
(31.10.2022)



2. Auswirkungen der Pandemie auf die Krankenhausaufenthalte in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern im Jahr 2020

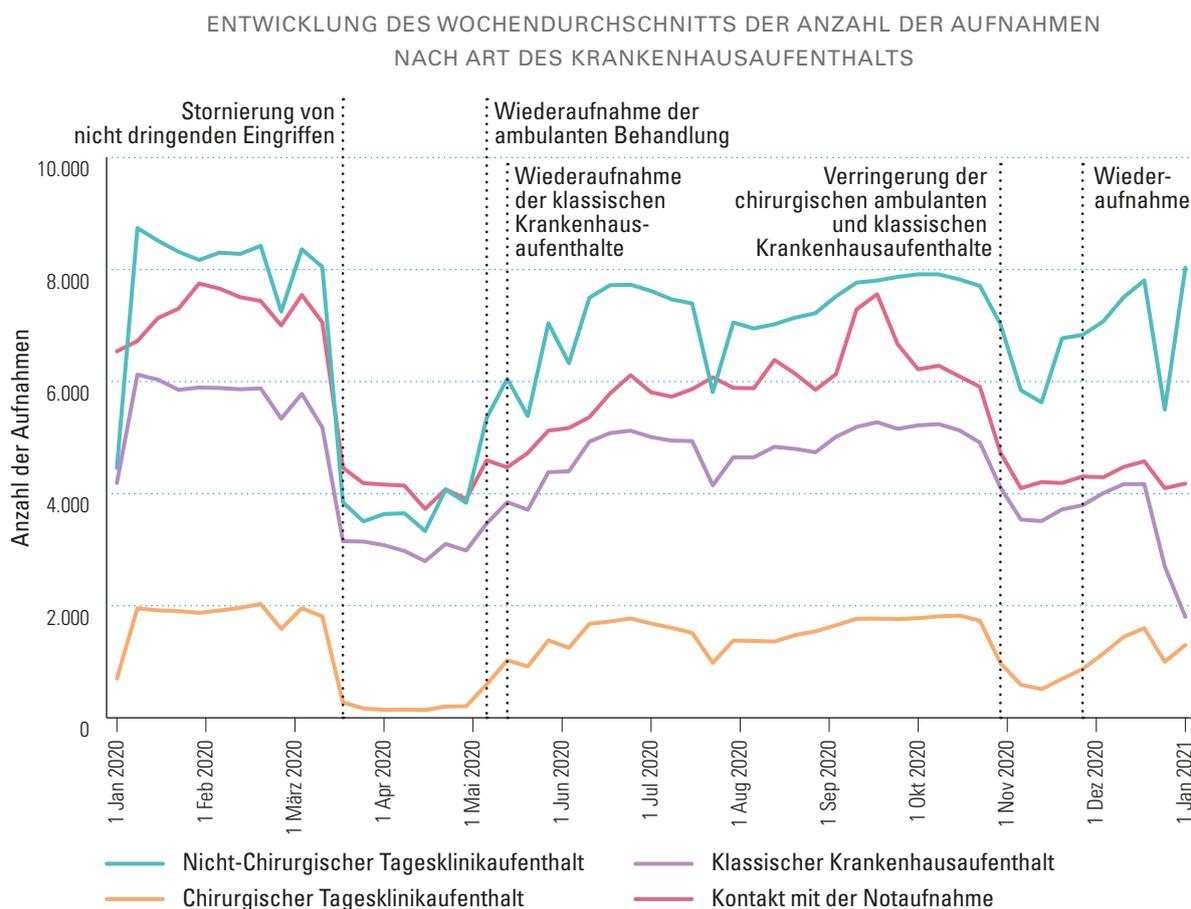
Die Verschiebung der nicht unbedingt notwendigen Versorgung und die Behandlung von COVID-19-Patienten hatte erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhausaktivität im Jahr 2020. Wir stellen fest, dass die Zahl der Aufenthalte in den allgemeinen Krankenhäusern um 16 % und in den psychiatrischen Krankenhäusern um 7 % zurückgegangen ist¹⁶. Der stärkste Rückgang ist bei der Zahl der chirurgischen Tagesklinikaufenthalte mit 23 % zu verzeichnen. Der starke Rückgang der Zahl der ambulanten Kontakte mit der Notaufnahme könnte indirekt auf die im Jahr 2020 ergriffenen Maßnahmen zurückzuführen sein. Vor allem während der ersten Welle wurden die sozialen Kontakte stark eingeschränkt, die Arbeit im Homeoffice wurde zur Norm, und in einigen Bereichen wurde die Arbeit ganz eingestellt. Infolgedessen ereigneten sich weniger Unfälle, was zu einer geringeren Zahl von Kontakten mit der Notaufnahme führte.

16 Quelle: MZG und MKD, Informationsdienst für Daten und Politik, FÖD VSU Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung liegen unseren Diensten nur Daten für das Jahr 2020 über alle Aufenthalte (sowohl COVID-19-bezogene als auch nicht COVID-19-bezogene) in allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern vor.



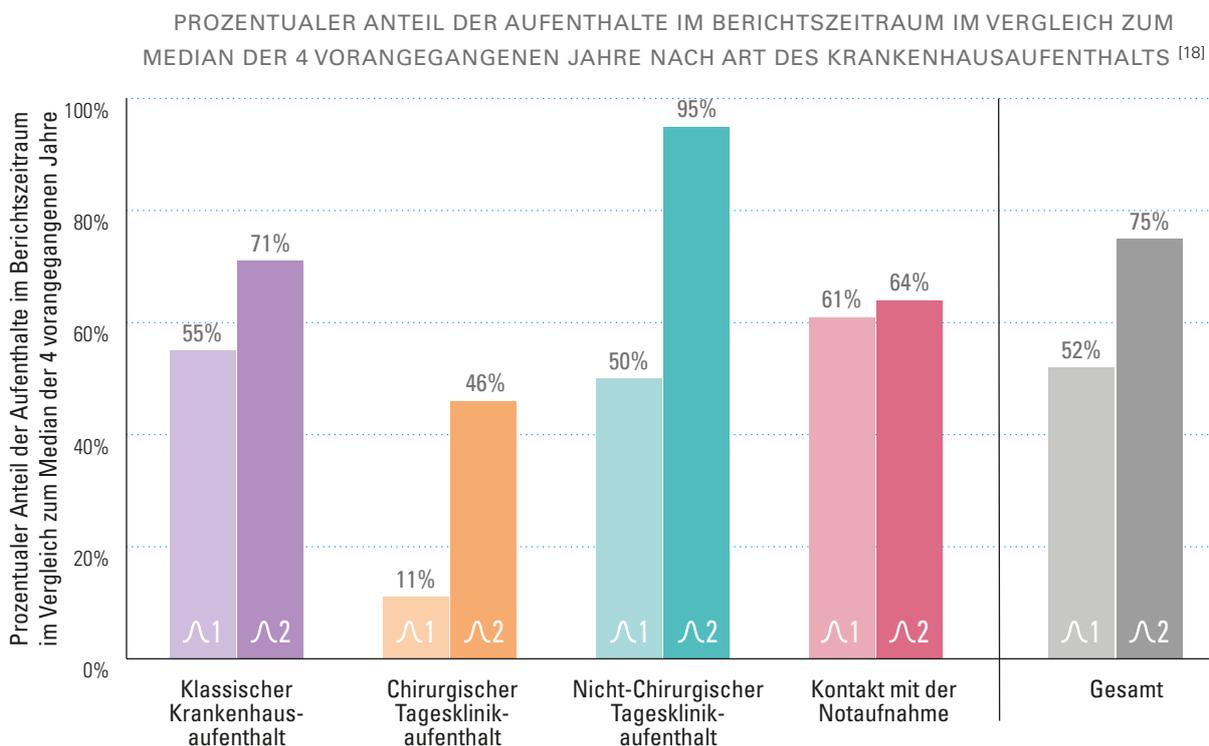
Wir sehen sowohl im März als auch im November 2020 eine deutliche Auswirkung der ergriffenen Maßnahmen in Bezug auf den Aufschub nicht notwendiger Pflege. Die Zahl der Aufenthalte ist bei allen Arten von Krankenhausaufenthalten stark rückläufig. Mit der Wiederaufnahme der tagesklinischen und klassischen Krankenhausbehandlung im Mai 2020 bleibt die Zahl der Aufenthalte unter der Zahl der Aufenthalte im Januar und Februar 2020.

Im November 2020 – als die 2. COVID-19-Welle einsetzte – beobachten wir erneut einen starken Rückgang der Aktivität als Folge der ergriffenen Maßnahmen. Obwohl dies seinerzeit nicht zu den Maßnahmen gehörte, ist auch ein Rückgang der nicht-chirurgischen Tagesklinikaufenthalte zu verzeichnen.



Im Zeitraum vom 14.3.2020 bis 4.5.2020 ^[17] sahen wir, dass sich die Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte im Jahr 2020 im Vergleich zum Median der Jahre 2016 bis 2019 etwa halbiert hat. Der stärkste Rückgang war bei den chirurgischen Tagesklinikaufenthalten zu verzeichnen, wo nur 11 % der erwarteten Aufenthalte stattfanden. Die klassischen Krankenhausaufenthalte, die nicht-chirurgischen Tagesklinikaufenthalte und die ambulanten Kontakte über die Notaufnahme gingen im Vergleich zu den Aktivitäten der letzten vier Jahre auf 55,8 %, 50 % bzw. 61 % zurück.

Im Zeitraum vom 26.10.2020 bis 27.11.2020 fanden 75 % der erwarteten Aufenthalte statt, verglichen mit der Aktivität im Zeitraum von 2016 bis 2019. Auch hier ist der größte Rückgang bei den chirurgischen Tagesklinikaufenthalten zu verzeichnen, wo 46,5 % der erwarteten Aufenthalte stattfanden, gefolgt von ambulanten Kontakten mit der Notaufnahme (64 %), traditionellen Krankenhausaufenthalten (71 %) und nicht-chirurgischen Tagesklinikaufenthalten (95 %).



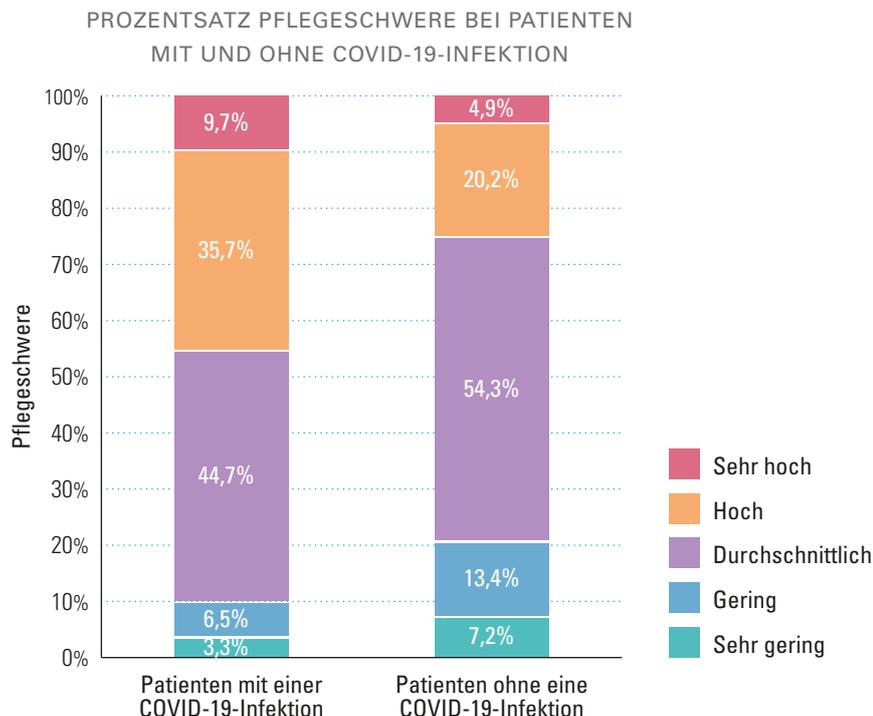
In den beiden Zeiträumen, in denen nicht notwendige Behandlungen verschoben wurden, betraf ein Drittel der Krankenhausaufenthalte von Nicht-COVID-19-Patienten einen Kontakt zur Chemo- oder Immuntherapie (28 %), 11 % einen Aufenthalt im Zusammenhang mit einer Form von chronischen Schmerzen und 6 % der Aufenthalte betrafen eine Entbindung.

17 Die gewählten Referenzzeiträume beziehen sich auf die Zeiträume, in denen über den HTSC-Ausschuss ein Antrag auf Zurückstellung der nicht notwendigen Versorgung gestellt wurde. Diese Zeiträume beschreiben also nicht die gesamte COVID-19-Welle. Aufgrund der Art der Registrierung können diese Zahlen nicht für die Entwicklung der Zahl der Aufenthalte in PK angegeben werden.

18 Bei den Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern kann aufgrund der Registrierungsmethode kein Vergleich auf der Grundlage der Anzahl der Aufenthalte in den gewählten Referenzzeiträumen vorgenommen werden. Aus diesem Grund sind diese Aufenthalte in dieser Tabelle nicht enthalten.

2.1. Auswirkungen der Pandemie auf die Schwere der Pflegebedürftigkeit

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über den Gesamtpflegeschweregrad bei Patienten, bei denen COVID-19 diagnostiziert wurde und bei denen wo dies nicht der Fall war. Der Gesamtpflegeschweregrad gibt einen Überblick über den Pflegebedarf des Patienten. Dieser wird danach bestimmt, wie viele pflegerische Maßnahmen ergriffen wurden, wie viel Zeit die Durchführung der Maßnahmen in Anspruch genommen hat oder wie hoch die pflegerische Kompetenz war, die für die Pflege erforderlich war.



Bei 46 % der COVID-19-Patienten ist der Schweregrad der Pflege hoch bis sehr hoch, d. h. der Schweregrad der Pflege ist mehr als 150 % so hoch wie der Schweregrad der Pflege bei einem durchschnittlichen Patienten¹⁹. Hier ist der Pflegeschweregrad bei 10 % der Patienten sogar mehr als dreimal so hoch wie beim Durchschnittspatienten. Im Vergleich dazu stellen wir fest, dass nur 25 % der Patienten ohne COVID-19-Infektion als hoch bis sehr hoch eingestuft werden.

3. Auswirkungen der Pandemie auf die Notfallversorgung

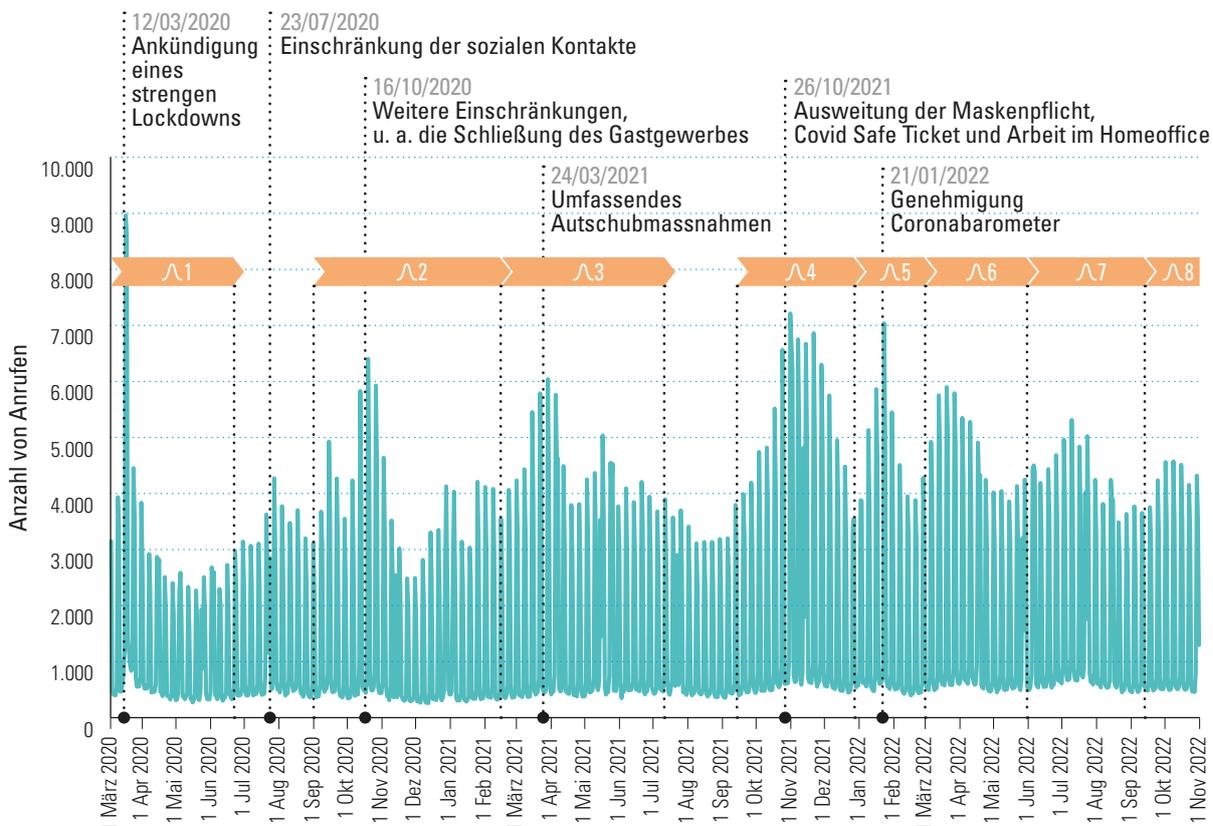
3.1. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf 1733-Anrufe

Telefonanrufe im Rahmen der nicht planbaren Pflege in Belgien werden über 2 zentrale Rufnummern entgegengenommen. Die über die 112 eingehenden medizinischen Notrufe werden von einem Mitarbeiter einer Notrufzentrale entgegengenommen. Nicht dringende medizinische Anrufe unter

19 Die Patienten werden in 5 Kategorien eingeteilt: „sehr gering“: Der Schweregrad der Pflege beträgt maximal 25 % der Pflegestufe des Durchschnittspatienten, „gering“: die Pflegestufe beträgt 25 bis 50 % der Pflegestufe des Durchschnittspatienten, „durchschnittlich“: die Pflegestufe beträgt 50 bis 150 % der Pflegestufe des Durchschnittspatienten, „hoch“: die Pflegestufe beträgt 150 bis 300 % der Pflegestufe des Durchschnittspatienten, „sehr hoch“: die Pflegestufe beträgt mehr als 300 % der Pflegestufe des Durchschnittspatienten.

der Nummer 1733 werden von einer Vermittlung in einer Notrufzentrale entgegengenommen oder an einen diensthabenden Arzt weitergeleitet.

ENTWICKLUNG DER TÄGLICHEN ANZAHL VON ANRUFEN BEI 1733



Die Zahl der Anrufe unter der Nummer 1733 erreichte am Wochenende vom 14. und 15. März 2020 einen noch nie dagewesenen Höchststand. Der Grund für diesen Spitzenwert war, dass viele Bürger diese Nummer anriefen, um zusätzliche Informationen über COVID-19 zu erhalten und nicht, weil sie ein medizinisches Problem hatten. An diesem Wochenende waren die Notrufzentralen komplett überlastet. Es wurden alle Anstrengungen unternommen, um alle Anrufe zu beantworten. Es wurde zusätzliches Personal eingesetzt, die ärztlichen Direktionen wurden unterstützt und es wurden Beratungsstellen mit Allgemeinmedizinerinnen eingerichtet.

Nach dem Wochenende vom 14. März 2020 wurde beschlossen, Anrufe in den Notrufzentralen an die 0800-Corona-Informationsnummer weiterzuleiten. Dadurch werden die bei den Notrufzentralen eingehenden Anrufe von denjenigen getrennt, bei denen lediglich Informationen über COVID-19 eingeholt werden sollen. Wir stellen fest, dass die Menschen noch lange Zeit die Notrufnummern nutzten, um sich über COVID-19 zu informieren und Fragen zu Impfungen, Testergebnissen usw. zu stellen.

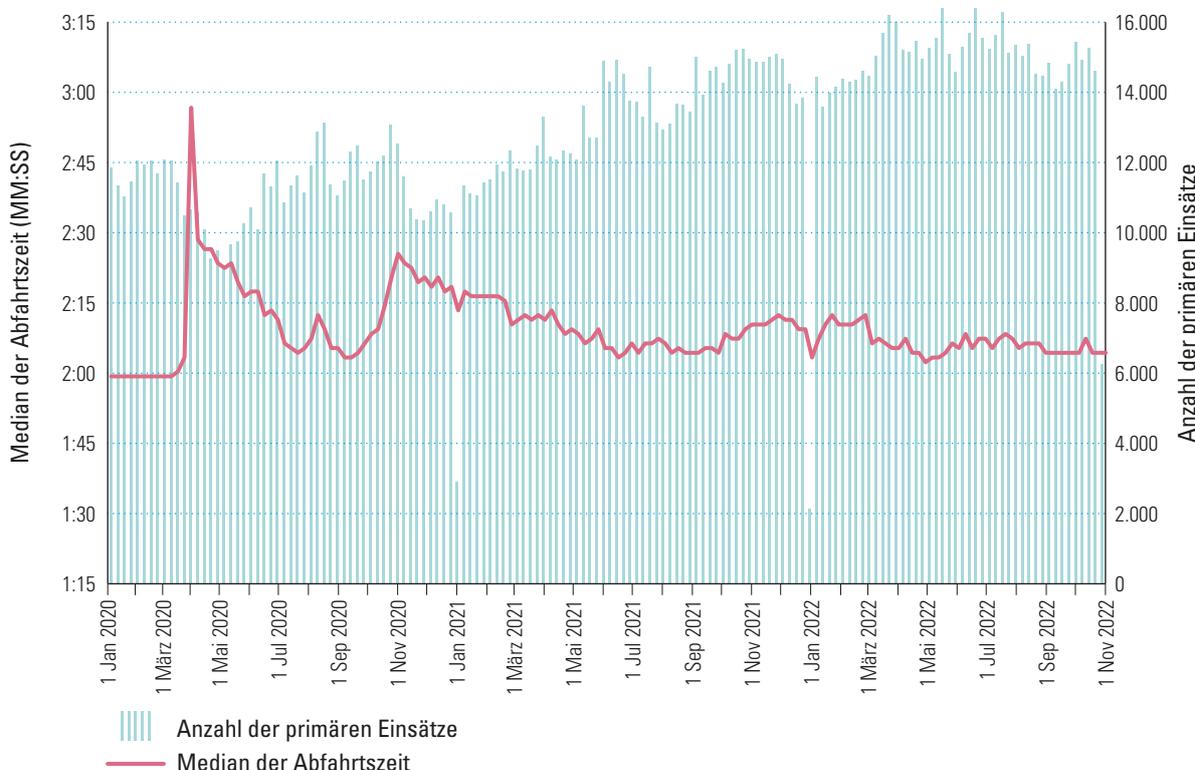
Nach dem Spitzenwert im März 2020 ist ein weiterer Anstieg der Zahl der Anrufe unter der Nummer 1733 zu beobachten. Diese Zeitpunkte fallen häufig mit einem Anstieg der Infektionszahlen und mit der Zeit zusammen, in der der Beratende Ausschuss Entscheidungen getroffen und mitgeteilt hat.

3.2. Einfluss der Pandemie auf die Einsatzzeiten der Krankenwagen

Nach Eingang eines Notrufs bei einer Notrufzentrale (112) wird ein Rettungsdienst gerufen, der den Patienten am Einsatzort abholt und ins Krankenhaus bringt. Es wurde festgestellt, dass – vor allem während der ersten COVID-19-Welle – die durchschnittliche Abfahrtszeit des Krankenwagens (d. h. die Zeit zwischen dem Notruf 112 und der Abfahrt des Krankenwagens zum Einsatzort) für einen kurzen Zeitraum erheblich anstieg^[20] Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Einsatzkräfte ihre Schutzkleidung kurz vor der Abfahrt anziehen mussten, was aufgrund der COVID-19-Maßnahmen mehr Zeit in Anspruch nahm. Mit zunehmender Erfahrung und sinkender Zahl der COVID-19-Infektionen verkürzte sich die Abfahrtszeit erneut. Nach einem leichten Anstieg in der zweiten COVID-19-Welle blieb die Abfahrtszeit stabil.



EINFLUSS VON COVID-19 AUF DIE ABFAHRTSZEITEN VON KRANKENWAGEN

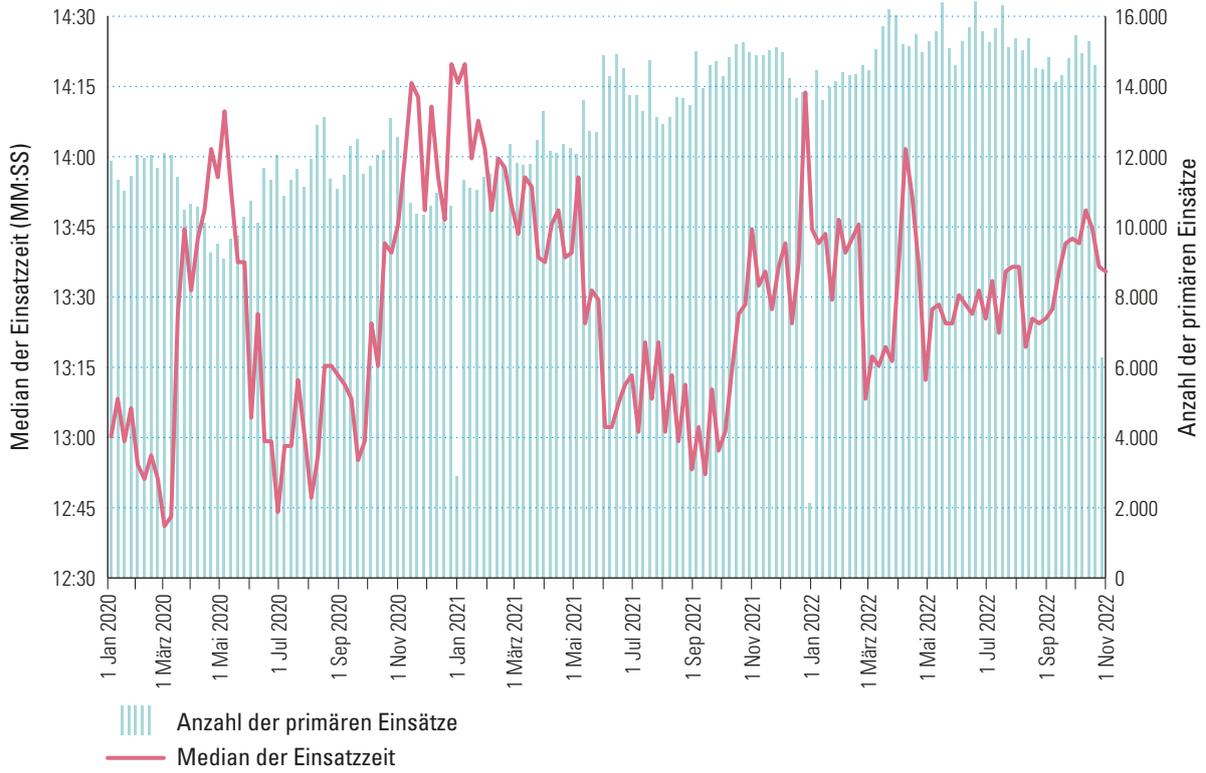


Darüber hinaus stellen wir fest, dass der wöchentliche Mittelwert für die Dauer der Anwesenheit einer Krankenwagenbesatzung am Einsatzort im Vorfeld der verschiedenen Wellen von COVID-19 deutlich ansteigt^{[20],[21]} Dies wiederum lässt sich dadurch erklären, dass aufgrund des höheren Infektionsrisikos und der vorherrschenden COVID-19-Maßnahmen ein vorsichtigerer Ansatz im Umgang mit den Patienten gewählt wurde. Dies wirkt sich auf die Dauer der Einsätze vor Ort aus. Eine andere Erklärung könnte sein, dass es bei den COVID-19-Wellen weniger nicht notwendige Einsätze gab. Folglich könnte man annehmen, dass es mehr Eingriffe bei Patienten mit schwereren Pathologien gab, was den Anstieg des wöchentlichen Durchschnitts erklären könnte.

20 Quelle: AMBUREG, Daten- und Politikinformationsdienst, FÖD VSNU (6,48 % der Primärinterventionen wurden aufgrund fehlender Werte nicht berücksichtigt).
Es ist zu beachten, dass die Einsätze bis zum 31.10.2022 berücksichtigt wurden. Daher wurden im letzten Balken des Diagramms nur einige Tage (d. h. 29.10.2022 – 31.10.2022) statt einer ganzen Woche berücksichtigt. Es ist auch festzustellen, dass die Zahl der Einsätze im Segment 30.12.2020 und 31.12.2021 abnimmt. Dies liegt daran, dass in diesem Segment nur ein Tag oder wenige Tage berücksichtigt wurden, nämlich einerseits der 30.12.2020 und der 31.12.2020 und andererseits der 31.12.2021.

21 Quelle: AMBUREG, Daten- und Politikinformationsdienst, FÖD VSNU (23,60 % der Primärinterventionen wurden aufgrund fehlender Werte nicht berücksichtigt).

EINFLUSS VON COVID-19 AUF DIE VERWEILDAUER
EINES KRANKENWAGENS AM EINSATZORT



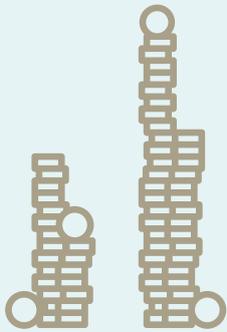
FINANZIERUNG

Während der COVID-19-Pandemie wurde von der föderalen Regierung finanzielle Unterstützung gewährt, um die spezifischen Kosten im Zusammenhang mit der Pandemie im Gesundheitssektor zu decken. Im Folgenden Kapitel sind einige Initiativen aufgeführt, an denen die Direktion Gesundheitswesen des FÖD VSNU aktiv beteiligt war.

1. Finanzierung der Krankenhäuser und ihres Personals

Die COVID-19-Pandemie hat erhebliche Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleister. Die Krankenhäuser mussten kurzfristig Notfallpläne aktivieren. Sowohl die Erhöhung der Aufnahmekapazität als auch die Erhöhung der Kapazität der Intensivstation führten zu erheblichen Mehrkosten.

Darüber hinaus wurden nicht unbedingt notwendige Behandlungen mehrfach verschoben, was zu geringeren Einnahmen für das Krankenhaus und die betroffenen Leistungserbringer in Form von Honoraren und Pauschalbeträgen führte.



2020 wurde ein
**Vorschuss von
 2 Milliarden
 Euro** für **allgemeine
 und psychiatrische
 Krankenhäuser** in Belgien
 gewährt.

Aus diesem Grund beschloss die föderale Regierung 2020, sowohl den Krankenhäusern als auch den Leistungserbringern einen finanziellen Ausgleich zu gewähren. Zu diesem Zweck wurden Vorschüsse in Höhe von 2 Milliarden Euro an allgemeine und psychiatrische Krankenhäuser gezahlt.

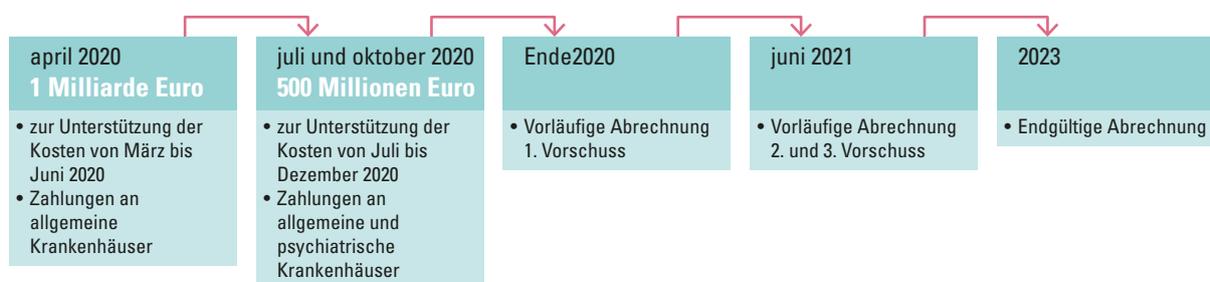
Mit den Vorschüssen sollen die Krankenhäuser dabei unterstützt werden, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen, d. h. aktive Mitarbeiter zu bezahlen und Rechnungen von Lieferanten und Dienstleistern fristgerecht zu begleichen.

Die pauschalen Interventionen dienen der Unterstützung folgender Maßnahmen:

- Außergewöhnliche Kosten aufgrund der COVID-19-Pandemie
- Laufende Kosten
- Zusätzliche Aktivitäten der Pflegeerbringer
- Kosten im Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Verfügbarkeit für die COVID-19-Behandlung in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes der Kapazität

Die endgültige Finanzierung wird 2023 anhand der tatsächlichen Auswirkungen von COVID-19 auf die einzelnen Krankenhäuser festgelegt und in Zusammenarbeit zwischen dem FÖD VSNU und dem LIKIV berechnet und ausgezahlt.

ZEITPLAN DER FINANZIERUNG DER KRANKENHÄUSER



Weitere Informationen über die besonderen Regeln für die Gewährung von Finanzhilfen:

www.ejustice.just.fgov.be



Ein Arbeitnehmer, der zwischen dem 1. September und dem 30. November 2020 in einem allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhaus tätig war, hat Anspruch auf eine einmalige Leistungsprämie von 985 € brutto^[22]. Darüber hinaus hat das Pflegepersonal aus dem föderalen Sektor (z.B. Krankenhäuser, Bezirkskrankenhäuser, Hauskrankenpflege usw.) als Ausgleich für die COVID-Bemühungen Anspruch auf Verzehr Gutscheine im Wert von 300 € pro Person, die im Gastronomie- und Veranstaltungsbereich eingelöst werden können^[23].

22 Quelle: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/faq_aanmoedigingspremie_voor_het_ziekenhuispersoneel-15_januari_2021.pdf

23 Quelle: [Königlicher Erlass vom 22.12.2020 zur Festlegung der Finanzierung und der Modalitäten für die Einführung einer Solidaritätsprämie in den föderalen Gesundheitssektoren](#)

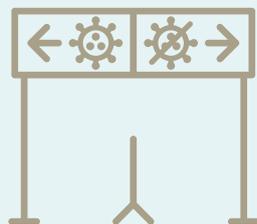
Erfahren Sie mehr über die föderale Unterstützung für Krankenhäuser:

www.health.belgium.be



Um weiterhin einen optimalen Krankenhausbetrieb zu gewährleisten, wurden die Krankenhäuser aufgefordert, die Bettenbelegung zu kontrollieren. Die Patienten mussten optimal auf die Krankenhäuser und ihre Standorte verteilt werden. Außerdem mussten die Patienten, die keine Krankenhausbehandlung mehr benötigten, das Krankenhaus so schnell wie möglich verlassen. Die Krankenhäuser hatten Anspruch auf Ausgleichszahlungen für Krankentransporte, um die oben genannten Ziele zu erreichen. In den Jahren 2020 und 2021 wurden 21.106 bzw. 21.363 Fahrten von den Krankenhäusern verzeichnet. Dies umfasst Fahrten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses sowie den Transport von COVID-19- und Nicht-COVID-19-Patienten. Jährlich wurden durchschnittlich etwas mehr als 2 Mio. € an die Krankenhäuser verteilt, um sich an den Kosten für diesen Krankentransport zu beteiligen. Diese Beträge wurden über den Finanzmittelhaushalt (FMH) ausgezahlt.

2. Finanzierung von Triage- und Entnahmezentren^[24]



2020 und 2021 wurden

56.479.000 €

bzw. 79.212.00 €

vom LIKIV und vom FÖD VSNU

für die **Finanzierung von Triage- und Entnahmezentren** bereitgestellt^[24].

Das LIKIV und die föderale Regierung finanzieren sowohl die Anlaufkosten für die Triage- und Entnahmezentren als auch die medizinischen Kosten, zu denen die medizinische Koordination und die Vergütung der Ärzte und Krankenschwestern gehören. Außerdem werden Mittel für Verwaltungs- und Hilfskräfte bereitgestellt. Darüber hinaus wurde ein Zuschuss für persönliche Schutzausrüstung vorgesehen. Die Teilstaaten gewähren Zuschüsse für den weiteren Betrieb der Zentren^[25].

24 Quelle: LIKIV

25 Quelle: [Protokollvereinbarung zwischen der föderalen Regierung und den in den Artikeln 128, 130, 135 und 138 des Grundgesetzes genannten Behörden über die Einrichtung, Organisation und Finanzierung von Triage- und Entnahmezentren im Rahmen der Bewältigung der COVID-19-Gesundheitskrise](#)

3. Finanzierung der Übergangspflegezentren

Das LIKIV finanziert pauschal die Leistungen von Ärzten (Koordination, Nachsorge, Verfügbarkeit und direkte Betreuung), Pflege- und Behandlungspersonal. Die Vergütung der Zentren erfolgt auf der Grundlage der geleisteten Arbeitsstunden. Wenn eine andere Versorgung als die durch Ärzte und Pflegepersonal erforderlich ist, wird sie über die üblichen Kanäle organisiert. Die Krankenkasse des Patienten erhält Informationen über den Aufenthalt in einem solchen Zentrum.



4. Finanzierung der psychosozialen Unterstützung

4.1. Protokollvereinbarung zur Stärkung der psychosozialen Versorgung

Um auf die Zunahme psychosozialer Probleme im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie zu reagieren, wurde eine Ausweitung der Kostenerstattung für die psychologische Grundversorgung genehmigt. Hierdurch hilft man neben Erwachsenen auch Kindern, Jugendlichen und Menschen über 65 Jahren bei leichten bis mittelschweren psychischen Problemen einen Primärversorger aufzusuchen.

Darüber hinaus schlossen die zuständigen Minister im Rahmen der Interministeriellen Konferenz für öffentliche Gesundheit (IMC) eine Vereinbarung über ein koordiniertes Konzept zur Stärkung der psychologischen Dienste in der Primärversorgung. In der Vereinbarung werden einige vorrangige Zielgruppen definiert, wie z. B. Kinder und Eltern in gefährdeten Familien, junge Erwachsene, Menschen mit bestehenden psychischen Problemen usw. Für diese Verstärkung sind zusätzliche Mittel in Höhe von 112,5 Millionen Euro vorgesehen. Dies betrifft insgesamt 1.986 Vollzeitäquivalente (VZÄ) von Anbietern psychologischer Betreuung.

Weitere Informationen über
die Protokollvereinbarung zur
Stärkung der psychosozialen
Versorgung:

www.health.belgium.be





Für die **Verstärkung der psychologischen Versorgung in der Grundversorgung** sind **112,5 Millionen Euro** vorgesehen.

Dieses neue Übereinkommen über die psychologische Primärversorgung ergänzt das Spektrum der Versorgungsakteure, indem es zugängliche und schnelle Hilfe für gefährdete Gruppen mit leichten bis mittelschweren Problemen bietet. Schließlich möchte man den Bedarf an psychologischer Hilfe so früh wie möglich erkennen. Das ergänzende Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche, aber auch an Erwachsene und ältere Menschen.

Die Vereinbarung zielt darauf ab, den Zugang zur Betreuung zu verbessern.

- Einerseits durch die Erleichterung des finanziellen Zugangs. In diesem Rahmen werden daher zwei Versorgungsfunktionen finanziert:
 - die psychologische Primärversorgung zur Unterstützung bei leichten bis mittleren Beschwerden
 - die spezialisierte psychologische Primärversorgung zur Unterstützung bei leichten bis mittleren Beschwerden
- Andererseits soll der Zugang zu einem klinischen Psychologen oder Heilpädagogen erleichtert werden, indem er in der unmittelbaren Umgebung des Bürgers verfügbar ist (d. h. ortsbezogenes Arbeiten). Damit soll sichergestellt werden, dass diese Betreuungspersonen neben der Erbringung von Dienstleistungen in ihrer Praxis auch allgemeine Betreuungsleistungen oder sogar Freizeitaktivitäten an Orten erbringen, zu denen die gefährdete Bevölkerung mit einem anderen Zweck als der Beantragung von psychosozialer Unterstützung geht, z. B. zu einer materiellen oder sozialen Hilfsorganisation. Schließlich möchte man Hilfe an einem nicht stigmatisierenden Ort anbieten. An einem Ort, an dem eine sektorübergreifende und multidisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern stattfinden kann. Dazu gehören ÖSHZ, Kind & Familie, Hilfe in einem offenen Umfeld, Hausaufgabenschulen, Gemeindezentren, CLB-Zentren, Arztpraxen usw.

Im Jahr 2022 werden die verschiedenen Netzwerke für psychische Gesundheit neue Vereinbarungen mit Gesundheitsdienstleistern auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse ihres Arbeitsbereichs im Rahmen der Protokollvereinbarung abschließen. Inzwischen ist festzustellen, dass die Zahl der Personen, die das Angebot der psychologischen Primärversorgung in Anspruch genommen haben, zunimmt.

Weitere Informationen über die Kostenerstattungsvereinbarung für psychologische Betreuung:

www.riziv.fgov.be



4.2. Vorübergehende Maßnahmen während der Pandemie

Da die Ausarbeitung dieser Konvention einige Zeit in Anspruch nimmt, wurde bereits eine Reihe von vorübergehenden Maßnahmen für gefährdete Zielgruppen ergriffen. Mehrere Studien zeigen, dass das psychische Wohlbefinden von jungen Menschen und Studenten, Alleinstehenden und Personen, die in Berufen arbeiten, die am stärksten von der Pandemie betroffen sind (z. B. Gesundheitswesen, Gastgewerbe, Kultursektor), am meisten gefährdet ist.



Um speziell auf die psychologischen Bedürfnisse dieser besonders gefährdeten Gruppen einzugehen, wurden die folgenden Maßnahmen ergriffen:

- Psychologische Betreuung von Selbstständigen mit psychischen Bedürfnissen, u. a. durch eine kostenlose Beratungsstelle und/oder ein Warnsystem, der von Beratern (z. B. Treuhändern, Banken, Unternehmensbüros, Sozialversicherungskassen für Selbstständige, Sozialsekretariaten, Gesundheitsdienstleistern usw.) oder klinischen Psychologen und Heilpädagogen, die regelmäßig mit Selbstständigen in Kontakt kommen, aktiviert wird. Hierfür wurde ein Jahresbudget von 55,5 Millionen Euro bereitgestellt. Diese Maßnahme lief bis zum 28. Februar 2022.
- Vom 15. April 2021 bis zum 31. Dezember 2021 wurden 1,5 Millionen Euro für die Betreuung von Studierenden an Hochschulen und Universitäten bereitgestellt. Es wurden Gruppensitzungen organisiert, deren Schwerpunkt auf der Stresskontrolle und der Stärkung der Selbstwirksamkeit lag, um die Entwicklung psychischer Probleme zu verhindern.
- Seit Februar 2021 wurde die Maßnahme zur schnelleren Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit akuten psychischen Problemen oder jungen Menschen in Krisensituationen ergriffen, indem die mobilen Krisenteams der Netzwerke für Kinder- und Jugendpsychiatrie (GGKJ) verstärkt wurden.
 - Das Gesamtbudget für die mobilen Teams wurde um 50 % erhöht.
 - Die Betriebsmittel der Netzwerke um 75 %.
 - Der Rahmen des Psychiaternetzes um 25 %.

Auf diese Weise wurde die Kapazität für die mobile Krisenhilfe auf der Grundlage eines zusätzlichen Budgets von 4,7 Mio. Euro, was etwa 50 Vollzeitäquivalenten entspricht, kurzfristig erheblich erweitert.

- Darüber hinaus wurde im April 2021 beschlossen, das stationäre Betreuungsangebot für Kinder und Jugendliche mit schweren und komplexen psychischen Problemen durch eine Aufstockung des Personals der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste zu intensivieren. Eine solche Intensivierung ermöglicht es dem Personal, für die Übertragung der Pflege von der stationären Einrichtung auf die häusliche Umgebung bzw. die häusliche Ersatzunterbringung zu sorgen. Daher möchten sie die Kontinuität der Betreuung von Kindern und ihren Familien optimieren und die Aufenthaltsdauer im kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst (K-Dienst) verkürzen. Insgesamt wurden 212 Vollzeitäquivalente finanziert. Gleichzeitig wurde beschlossen, die Betreuungskapazitäten für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen in nicht-psychiatrischen Krankenhausdiensten zu erhöhen, indem z. B. sogenannte Liaison-Teams aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Pädiatrie eingesetzt werden. Insgesamt wurden 23 Teams mit je 2,70 Vollzeitäquivalenten finanziert. Für diese Maßnahmen wurde ein zusätzliches Jahresbudget von knapp über 21 Millionen Euro freigegeben.
- Darüber hinaus wurden die GGKJ-Netzwerke um Partizipationscoaches erweitert, die es den jungen Menschen und ihrem Umfeld ermöglichen, sich stärker an der Ausarbeitung ihrer eigenen Betreuungskonzepte und Strategien auf Ebene der Einrichtungen, Netzwerke und Regierungen zu beteiligen. Dafür sind jährlich 522.500 Euro vorgesehen.
- Außerdem wurde beschlossen, die mobile Hilfe der Netzwerke für psychische Gesundheit von Erwachsenen für die ältere Zielgruppe um 25 % zu verstärken. Besonderes Augenmerk wird dabei auf sozial und wirtschaftlich schwache Menschen sowie auf diejenigen gelegt, die eher zu den betreuungsscheuen Menschen gehören. Zu diesem Zweck werden mobile, ambulante und multidisziplinäre Betreuung angeboten. Hierfür wurden jährlich mehr als 20 Millionen Euro bereitgestellt, so dass die mobilen Teams um 244 Vollzeitäquivalente aufgestockt werden konnten.

Die vier letztgenannten Maßnahmen werden derzeit unvermindert fortgesetzt.

Darüber hinaus wurden während der Pandemie zahlreiche weitere Maßnahmen ergriffen, um die psychosoziale Versorgung zu verbessern, unter anderem:

- Erstattung der Kosten für Videosprechstunden von Psychiatern;
- Nachbehandlung in psychiatrischen Krankenhäusern per Fernüberwachung^[27];
- Möglichkeit einer teilweisen Heimbehandlung des Patienten^[28];
- Sensibilisierung von Fachkräften der medizinischen Grundversorgung, um den angemessenen Einsatz von Psychopharmaka zu fördern;
- Schulung von Krankenhauspersonal zur Verbesserung der Betreuung von Menschen mit Alkoholproblemen;
- Psychologische Unterstützung für das Krankenhauspersonal.
- Darüber hinaus wurden dem Flämischen Kreuz zusätzliche Mittel für die Zusammenarbeit bei der Bewältigung der Gesundheitskrise gewährt, u. a. für die Einrichtung einer psychosozialen Betreuung im COVID-19-Callcenter, das sich an die breite Öffentlichkeit richtet.

27 Weitere Informationen über die Fernnachsorge unter [Fernnachsorge durch psychiatrische Krankenhäuser – LIKIV \(fgov.be\)](#)

28 Weitere Informationen über die partielle Heimbehandlung über [COVID-19: Psychiatrische Versorgung: partielle Heimbehandlung – LIKIV \(fgov.be\)](#)

4.3. Projektaufrufe

Im Frühjahr 2022 wurde ein Aufruf an die GGKJ-Netzwerke gestartet, um 6 neue Einrichtungen für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zu schaffen. Die GGKJ-Netzwerke können Vorschläge zum Ausbau der Hilfen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in ihrem Wirkungsbereich einreichen. Zu diesem Zweck werden rund 35 Millionen Euro bereitgestellt. Man möchte in der Lage sein, auf die dringendsten Bedürfnisse in jeder Provinz zu reagieren. Die freigegebenen Mittel können flexibel dort investiert werden, wo der Bedarf am größten ist. Auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse wird entschieden, wie die zusätzlichen Ressourcen, die das bereits vorhandene lokale Angebot und die Initiativen ergänzen, konkret eingesetzt werden.

Weitere Informationen über diesen Aufruf:

www.health.belgium.be



Außerdem wurde ein Projektaufruf an die Erwachsenennetzwerke gerichtet, um Projektvorschläge zum Thema „Intensivierung der stationären Betreuung“ einzureichen, damit in jedem Netzwerk mindestens ein High-Intensive-Care-Service (HIC-Service) entwickelt wird. Mit diesem Aufruf wird der Regierungsbeschluss vom 30. September 2020 umgesetzt, die Personalausstattung in bestimmten psychiatrischen Versorgungsprogrammen über die aktuellen Personalstandards hinaus zu erhöhen. Eine Investition von 15 Millionen Euro ist für den zusätzlichen Einsatz von 150 Mitarbeitern und für die Aufstockung von 193 Stunden medizinischer Tätigkeit vorgesehen.

Weitere Informationen:

Arbeitsgruppe Intensivierung der stationären Pflege



5. Finanzierung von Rettungsdiensten



Im Rahmen des Kampfes gegen die Pandemie haben im Jahr 2022, 22 Rettungsdienste einen Zusatzvertrag zu ihrer Vereinbarung mit dem FÖD VSNU hinzugefügt. Auf der Grundlage dieses Zusatzvertrag wurde eine Pauschalvergütung in Höhe von ± 12.000 € für jede Stelle im Rettungsdienst gewährt, die für einen Zeitraum von 8 Wochen rund um die Uhr zur Verfügung gestellt wurde. Darüber hinaus wurde im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ein einmaliger Betrag von 8 Millionen Euro an die Rettungsdienste verteilt.

QUALITÄT

1. Unterstützung des psychosozialen Wohlbefindens

Im Rahmen des psychosozialen Interventionsplans (PSIP)^[29] wurde vom FÖD VSNU als Reaktion auf die COVID-19-Pandemie ein **psychosozialer Koordinierungsausschuss (PSCC)** eingerichtet.

Ziel dieses Ausschusses ist es, Vertreter aller beteiligten Dienste und Einrichtungen zusammenzubringen, sich auf eine **gemeinsame Strategie** zu einigen und **als Team** zusammenzuarbeiten, um einen psychosozialen Unterstützungsdienst einzurichten. Über den PSCC sollten die Initiativen so koordiniert werden, dass immer die gleiche Botschaft vermittelt wird und die Maßnahmen nicht nebeneinander, sondern miteinander laufen.

Übergeordnetes Ziel war es, die Selbstfürsorge zu fördern, sich umeinander zu kümmern und an der Resilienz des Einzelnen und der Gesellschaft zu arbeiten.

Es wurde viel Wert auf eine **eindeutige Kommunikation** gelegt:

- Eine **Kommunikationskampagne mit Tipps** zur Stressbewältigung wurde sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für die spezielle Gruppe der Pflegedienstleister gestartet.
- Zur Unterstützung der psychosozialen Dienstleister wurde ein **E-Learning** entwickelt.
- Die Informationen wurden zentral über feste Kanäle weitergegeben, um den Überblick über alle Initiativen zu behalten. Das Portal für Informationen über Corona und psychosoziales Wohlbefinden ist daher die Website www.info-coronavirus.be. Auf [der Website des FÖD VSNU](#) wurden Informationen speziell für Pflegedienstleister zusammengetragen.

Weitere Informationen über die Organisationen und Initiativen zum psychosozialen Wohlbefinden in Zeiten von COVID-19:

www.info-coronavirus.be



2. Belgisches Handbuch für medizinische Regulierung

Anrufe bei den Nummern 112 und 1733^[30], die eine medizinische Intervention erfordern, werden von Leitstellendisponenten der 112 Notrufzentralen anhand des belgischen Handbuchs für medizinische Regulierung bearbeitet. Dieses Handbuch enthält eine Reihe integrierter medizinischer Protokolle zur einheitlichen Bestimmung des Schweregrads von Notrufen durch die Leitstellendisponenten

29 Weitere Informationen über den psychosozialen Interventionsplan finden Sie im Kurzdossier zum Thema [„Dringende, medizinische und psychosoziale Hilfe“](#)

30 1733 ist eine zentrale Telefonnummer in Belgien, unter der man einen Bereitschaftsarzt für nicht dringende medizinische Hilfe erreichen kann (siehe auch Kapitel „Pflegetätigkeit“)

der Notrufzentralen und zur Aufrechterhaltung der Qualität der Bearbeitung. Es bietet dem Personal eine Anleitung, welche Mittel (NEF, PIT, Krankenwagen, Wache, Hausbesuch oder eigener Hausarzt^[31]) zu entsenden sind oder welche Maßnahmen in einer bestimmten Situation zu empfehlen sind.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitskrise wurde vorübergehend ein neues Protokoll ausgearbeitet, um auf Anrufe von potenziell mit COVID-19 infizierten Personen zu reagieren. Entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Virus wurde dieses medizinische Protokoll unter Berücksichtigung der Sciensano-Leitlinien mehrfach überprüft und korrigiert.

Die ärztlichen Direktion und/oder stellvertretenden ärztlichen Direktion von 112 und die Regulationskrankenschwäger, die zur Abteilung Notfallhilfe des FÖD VSNU gehören, sind in den Notfallzentralen anwesend, um die Leitstellendisponenten zu unterstützen und zu beraten. Während der gesamten Krise begleiteten die medizinischen Direktionen die Leitstellendisponenten der 112 Notrufzentralen bei der Überwachung der Entwicklung der COVID-19-Protokolle, um eine effiziente und wirksame Bearbeitung von Hilferufen im Zusammenhang mit dem Coronavirus zu gewährleisten.

Weitere Informationen über
das belgische Handbuch zur
medizinischen Regulierung:

www.health.belgium.be



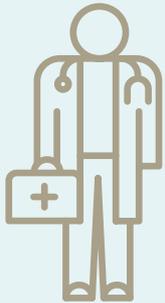
3. Verteilung von Schutzausrüstungen an im ambulanten Sektor tätige Gesundheitsfachkräfte

3.1. Identifizierung von Angehörigen der Gesundheitsberufe

Während der COVID-19-Pandemie benötigen Gesundheitsfachkräfte Schutzausrüstungen, damit sie die Patienten sicher versorgen können. Die Verteilung dieser Schutzmaterialien erfolgt sowohl innerhalb der Krankenhäuser als auch durch die Arbeitgeber innerhalb der Gesundheitseinrichtungen. Es ist jedoch auch notwendig, den im ambulanten Sektor tätigen Gesundheitsfachkräften die erforderlichen Materialien zur Verfügung zu stellen.

Um eine effiziente Verteilung dieser Materialien zu gewährleisten, mussten zunächst diese Gesundheitsfachkräfte identifiziert werden. Die Abteilung „Gesundheitsberufe und Berufsausübung“ des FÖD VSNU hat eine Liste der im ambulanten Sektor tätigen Gesundheitsfachkräfte erstellt. Zu diesem Zweck wurden verschiedene Datenquellen des FÖD VSNU, des LIKIV, des Landesinstituts der Sozialversicherungen für Selbständige (LISVS) und des Nationalen Amtes für soziale Sicherheit (NSSO) zusammengeführt.

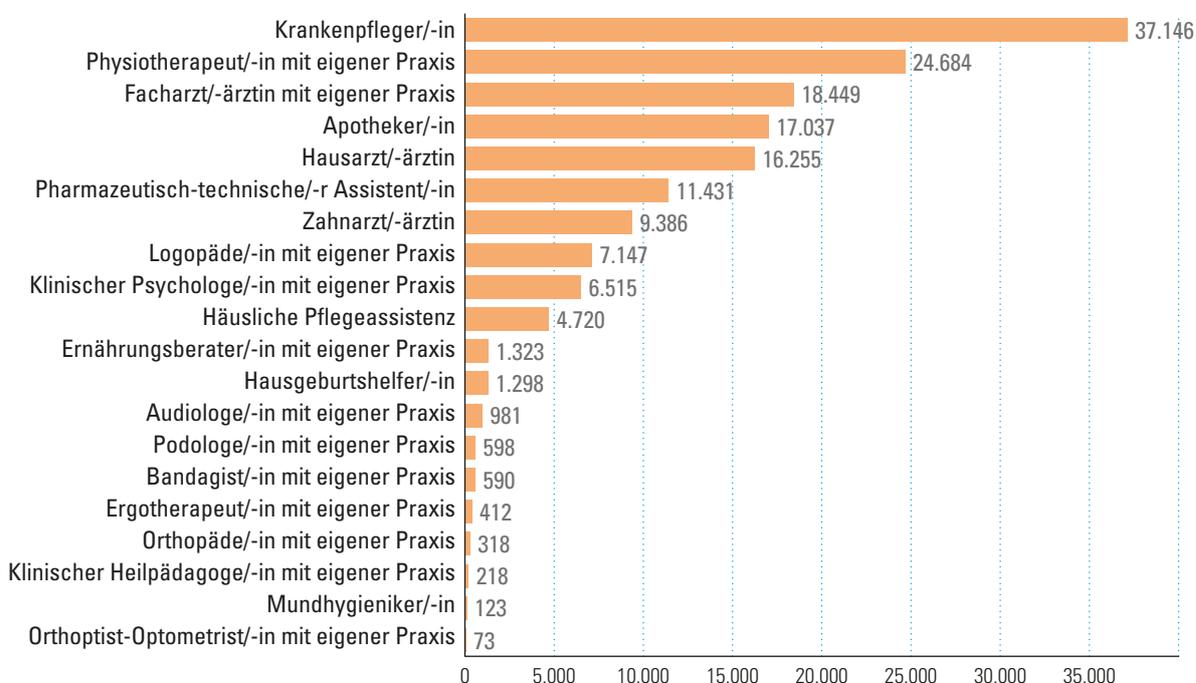
31 Weitere Informationen über die Auswirkungen der verschiedenen Mittel finden Sie unter [„Kurzdossier Dringende, medizinische und psychosoziale Hilfe“](#).



2021 gab es **158.704** im ambulanten Sektor tätige Gesundheitsfachkräfte.

Auf dieser Grundlage wurde eine Liste von 158.704 im ambulanten Sektor tätigen Gesundheitsfachkräfte erstellt.

ANZAHL DER IN DER AMBULANTEN PFLEGE TÄTIGEN PFLEGEKRÄFTE (MÄRZ/APRIL 2021)

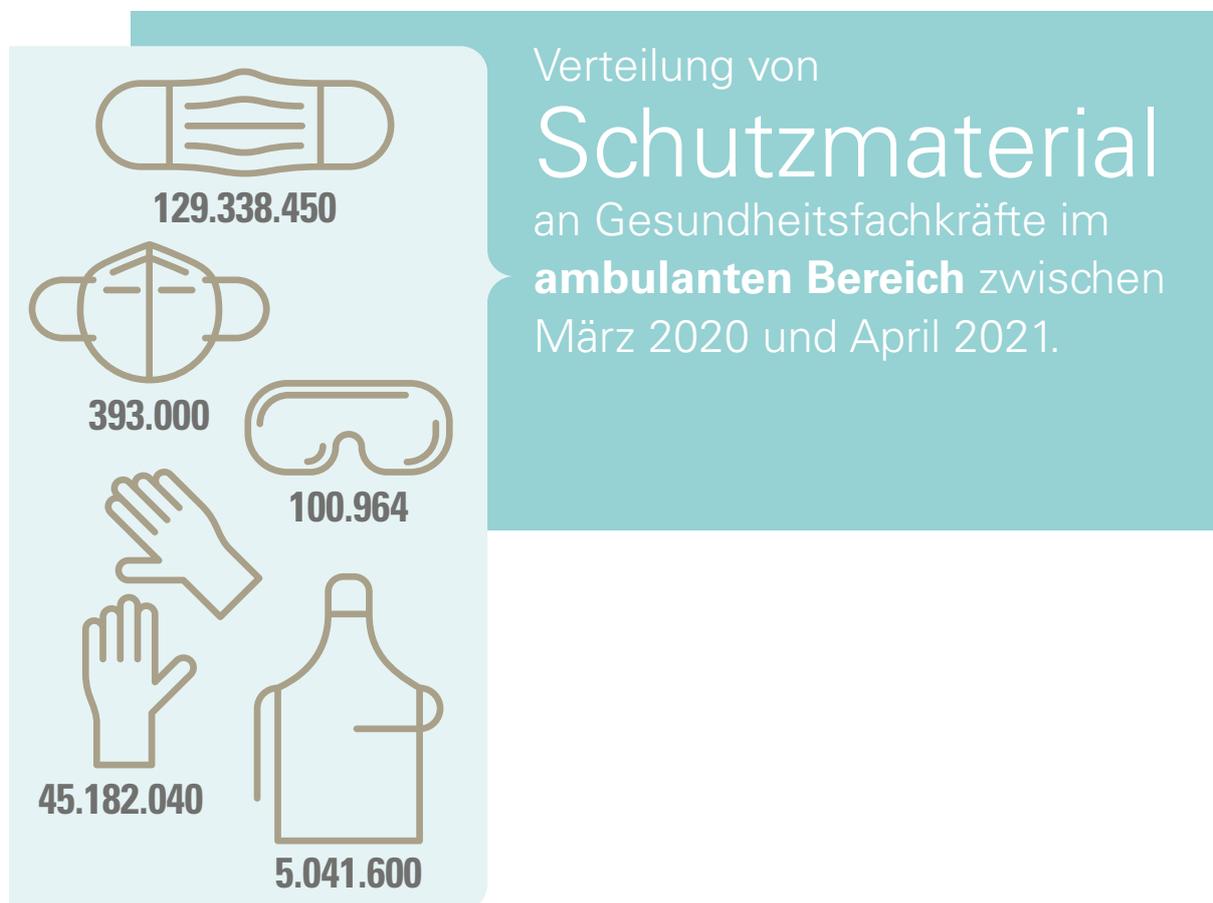


Um die Identifizierung von aktiven Gesundheitsfachkräfte in Zukunft zu vereinfachen, sieht das [Gesetz über die Qualität der Gesundheitsberufe](#) (22. April 2019) die Einrichtung eines Registers vor (Art. 42). Dazu gehört eine allgemeine Beschreibung der von den einzelnen Gesundheitsfachkräfte erbrachten Gesundheitsleistungen, des Ortes, an dem diese Leistungen erbracht werden, und etwaiger Partnerschaften mit anderen Berufsgruppen. Das Register wird alle in Belgien zugelassenen Gesundheitsfachkräfte enthalten und wird es letztendlich ermöglichen, zu erfahren, wer in welchen Bereichen und an welchem Ort tätig ist.

Es wird geeignete Kommunikationsmittel für den Krisenfall enthalten. Auf diese Weise können Fachkräfte, die in einer künftigen Krise direkt betroffen sind, leicht kontaktiert und mobilisiert werden.

3.2. Verteilung des Schutzmaterials

Die Abteilung Public Health Emergencies innerhalb des FÖD VSNU koordinierte die Verteilung des Schutzmaterials. Zu Beginn der Pandemie wurde das Material nur denjenigen Gesundheitsfachkräften zur Verfügung gestellt, die noch aktiv waren. Seit Mai 2020 wird das Material an alle Gesundheitsfachkräfte verteilt, damit die ambulante Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann.



Das Material wurde vom Verteidigungsministerium bereitgestellt, das es an alle Provinzen lieferte, woraufhin die Gouverneure für die weitere Verteilung auf lokaler Ebene sorgten. Außerdem wurde ein strategischer Vorrat angelegt. Der Inhalt des Vorrats wurde auf der Grundlage der Empfehlungen der beratenden Gremien für jeden Gesundheitsberuf festgelegt.

Die Bestandsverteilung wurde zunächst für die am stärksten gefährdeten Berufe vorgenommen und dann nach einem detaillierten Plan auf alle Gesundheitsberufe ausgedehnt. In diesem Zusammenhang wurde eine Anwendung entwickelt, in der sich jede Gesundheitsfachkraft kann, um Materialien zu erhalten.

Weitere Informationen
über Empfehlungen und
strategische Versorgung mit
Schutzausrüstung in der
ambulanten Pflege:
www.health.belgium.be



4. Gewährleistung der Pflege

Das Pflegepersonal und andere Gesundheitsfachkräfte stehen seit Beginn der COVID-19-Pandemie unter großem Druck. Aufgrund des anhaltenden Zustroms von COVID-19-Patienten bestand die Gefahr von Personalengpässen in der Pflege.

Aus diesem Grund wurde beschlossen, dass bestimmte Pflegeleistungen auch von Personen ausgeübt werden können, die dazu nicht gesetzlich befugt sind, z. B. Studenten, Zahnärzte, Hebammen usw. Dies ist eine außergewöhnliche und vorübergehende Maßnahme während der COVID-19-Pandemie. Diese Tätigkeiten können nur unter strengen, gesetzlichen Bedingungen ausgeübt werden^[32]. Die Aktivitäten können zum Beispiel nur unter der Aufsicht einer koordinierenden Pflegekraft stattfinden, es musste eine Ausbildung absolviert werden usw. Auf diese Weise wurde die Kontinuität, Qualität und Sicherheit der Pflege so weit wie möglich gewährleistet.

Einige dieser Ausnahmemaßnahmen wurden durch das Gesetz vom Dezember 2021^[33] bis zum 1. Juli 2022 verlängert, wobei die Maßnahmen auf bestimmte Leistungen (einschließlich das Testen von Patienten und die Verabreichung von Impfungen) beschränkt wurden

5. Unterstützung von Tests und Impfungen durch Apotheker

Ein Gesetz^[34] wurde geändert, in dem neue Handlungen formuliert wurden, die Apotheker, die in einer öffentlichen Apotheke arbeiten, ausführen dürfen. In diesem Gesetz sind die Bedingungen und strengen Modalitäten festgelegt, unter denen Handlungen vorgenommen werden können, zu denen auch die Teilnahme an einer Ausbildung gehört.

Seitdem sind Apotheker berechtigt, den COVID-19-Impfstoff zu verschreiben und zu verabreichen. Der Impfstoff darf jedoch nur verschrieben werden, wenn er sofort in der Apotheke verabreicht wird. Außerdem sind Apotheker befugt, Adrenalin zu verschreiben und subkutan oder intramuskulär zu verabreichen, falls ein Patient nach der Verabreichung des Impfstoffs einen anaphylaktischen Schock erleiden sollte.

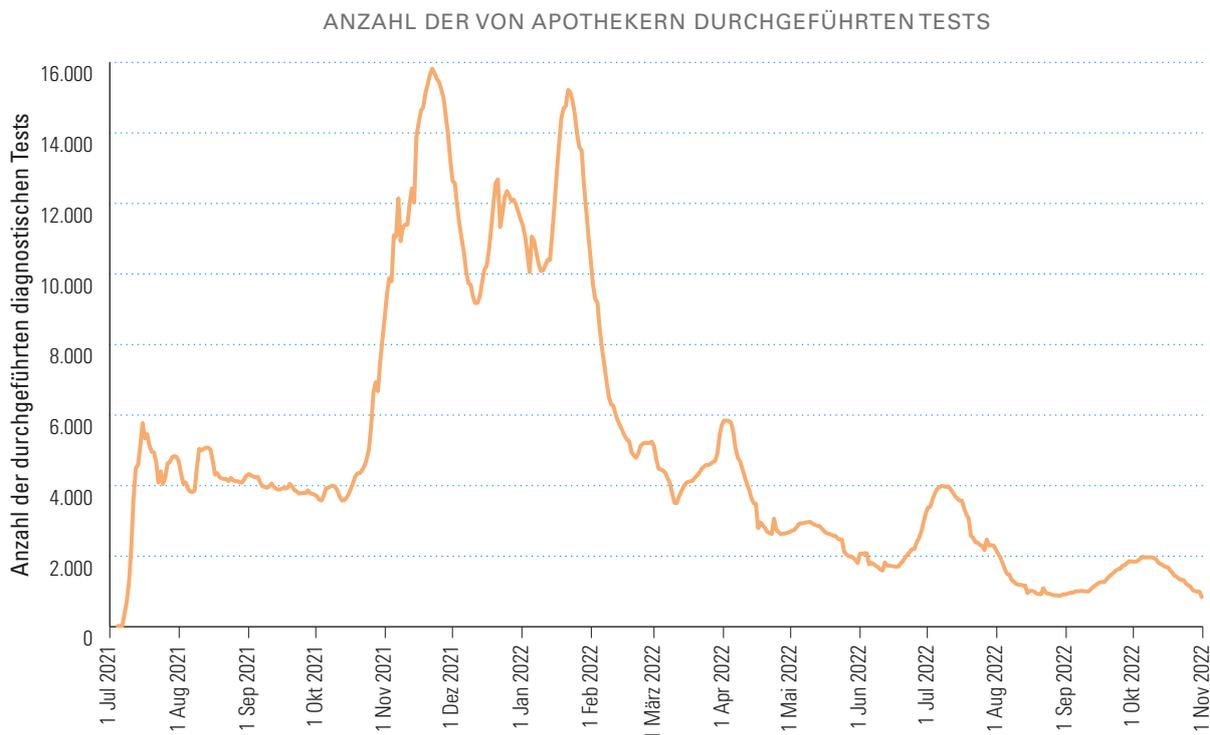
Darüber hinaus sind Apotheker seit Mitte Juli 2021 vorübergehend berechtigt, eine Probenentnahme zur Durchführung eines Antigen-Schnelltests durchzuführen und die Ergebnisse an die zuständige Organisation zu übermitteln. Dies gilt nur für Personen ab 6 Jahren, die keine COVID-19-Symptome zeigen und die für eine Reise oder Veranstaltung eine COVID-19-Bescheinigung benötigen. Seit dem 1. November 2021 können Apotheker auch Tests bei Rückreisenden aus einer roten Zone und bei Personen mit COVID-19-Symptomen durchführen. Auch pharmazeutisch-technische Assistenten dürfen diese Tätigkeiten unter der Verantwortung und Aufsicht eines Apothekers ausüben.

32 [Wet van 4/11/2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie](#)

33 [Wet van 23 december 2021 tot wijziging van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie](#)

34 [Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen](#)

Die nachstehende Grafik zeigt die Anzahl der von Apothekern durchgeführten Tests. Hier war von November 2021 bis Anfang Februar 2022 eine erhöhte Aktivität zu beobachten.



6. Vorübergehende Aufstockung der Zahl der Labormitarbeiter

Mit jeder neuen COVID-19-Welle stieg die Notwendigkeit, ausreichende Testkapazitäten bereitzustellen, um die erforderlichen Maßnahmen rechtzeitig zu ergreifen. Aus diesem Grund wurde beschlossen, ausnahmsweise Personen zur Durchführung von Tests zur Diagnose von COVID-19 zu berechtigen.^[35] Auch hier gilt, dass dies nur unter strengen Bedingungen möglich ist. Die betreffenden Personen müssen u. a. über ein bestimmtes Diplom verfügen und eine zusätzliche Ausbildung absolvieren. Darüber hinaus müssen die Maßnahmen von einem auf klinische Biologie spezialisierten Arzt oder Apotheker in Auftrag gegeben und unter dessen Aufsicht durchgeführt werden.

Diese Maßnahme schafft die Möglichkeit, mehr Menschen in den Laboratorien zu beschäftigen. Auf diese Weise kann der hohe und außergewöhnliche Bedarf an Analysen während der COVID-19-Pandemie gedeckt werden.

35 [Königlicher Erlass vom 21. September 2021 zur Ermächtigung von Personen, die nicht zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt sind, bestimmte Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Epidemie COVID-19 durchzuführen](#)

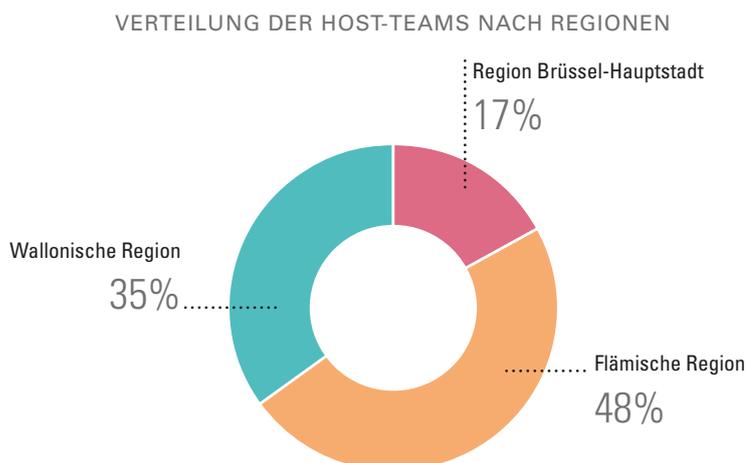
7. Hospital Outbreak Support Team

7.1. Kontext

Der Kampf gegen die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, stationären Einrichtungen und primären Gesundheitsdienstleistern verstärkt werden muss.

Zu diesem Zweck hat der FÖD VVWL im März 2021 einen Aufruf veröffentlicht, in dem allgemeine Krankenhäuser und Universitätskliniken zur Teilnahme an einem Pilotprojekt „Hospital Outbreak Support Team (HOST)“ eingeladen werden, um einerseits das Management von Epidemien und Clusterausbrüchen zu verbessern und andererseits Hygieneteams und Antibiotikatherapie-Managementgruppen bei der Infektionsprävention und -kontrolle sowie dem antimikrobiellen Management zu unterstützen.

Im Jahr 2021 wurden bereits 21 Pilotprojekte mit multidisziplinären HOST-Teams eingerichtet. Im Jahr 2022 wurden drei weitere Pilotprojekte gestartet, wodurch die gesamte belgische Krankenhauslandschaft abgedeckt wird.



7.2. Ergebnisse im ersten Jahr des Pilotprojekts

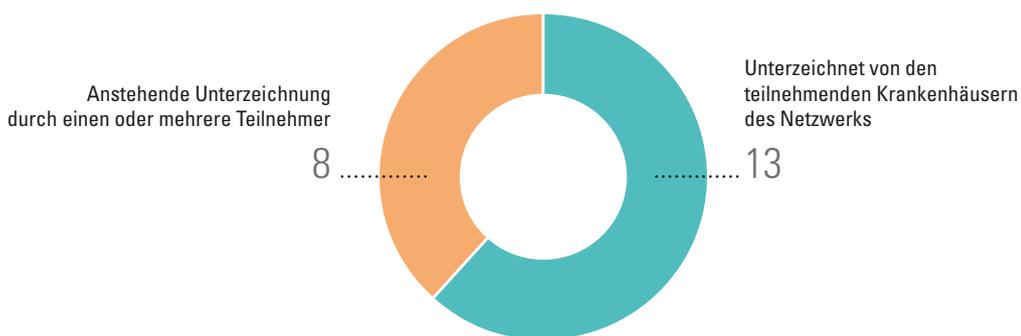
Im ersten Jahr des Pilotprojekts lag der Schwerpunkt auf den folgenden Themen:

- Konkretisierung der Koordination zwischen den beteiligten Krankenhäusern durch Kooperationsprotokolle.
- Die Einrichtung eines multidisziplinären HOST-Teams, das die Mindestkriterien für die Zusammensetzung erfüllt^[36].
- Die Einrichtung einer Telefon-Hotline, die sowohl für Krankenhäuser als auch für andere stationäre Pflegeeinrichtungen erreichbar ist.

Trotz des schwierigen Starts aufgrund des großen Andrangs während der COVID-19-Pandemie haben die meisten teilnehmenden Netzwerke die oben genannten Ziele erreicht. Alle gaben an, bereits eine Kooperationsvereinbarung ausgearbeitet zu haben, und bei zwei von drei Projekten wurde sie bereits von allen beteiligten Krankenhäusern unterzeichnet.

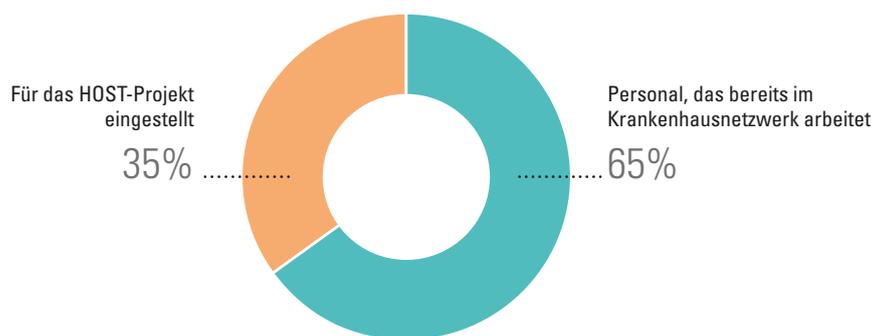
36 Ein Projektleiter (0,5 VZÄ), ein HOST-Koordinator (1 VZÄ), eine Pflegekraft (1 VZÄ), ein Krankenhausapotheker (0,5 VZÄ).

VORLIEGEN EINER KOOPERATIONSVEREINBARUNG



Hinsichtlich der Einrichtung eines HOST-Teams gaben alle teilnehmenden Netzwerke an, dass es ihnen gelungen sei, ein Team zusammenzustellen: In 16 Netzwerken wurden die Mindestanforderungen dafür erfüllt, in 8 Netzwerken wurden zusätzliche Anforderungen erfüllt. Im Jahr 2021 wurden 35 % der gesuchten Profile eingestellt. Die anderen Profile wurden von Personen ausgefüllt, die bereits innerhalb des Krankenhausnetzwerks arbeiteten.

PROZENTSATZ DER NEUEINSTELLUNGEN



Die Mehrheit der HOST-Teams gab an, dass sie eine permanente Hotline eingerichtet haben. Allerdings laufen derzeit noch Gespräche zwischen den föderalen Behörden und den föderalen Einrichtungen, um die Reichweite und den Umfang dieser Permanenz zu klären. Dabei werden zum einen die Kompetenzen jedes Einzelnen respektiert, zum anderen wird versucht, ein Angebot zu schaffen, das den Bedürfnissen der verschiedenen Regionen und Heimstrukturen gerecht wird.

ANWESENHEIT EINER PERMANENTEN HOTLINE



7.3. Zusammenarbeit und Austausch

Ein Schlüsselement für den Erfolg dieses Pilotprojekts liegt in der Kommunikation zwischen den Akteuren am Arbeitsplatz, in der Krankenhausverwaltung und in den regionalen und föderalen Behörden. Die Pandemie machte es im ersten Jahr des Projekts jedoch unmöglich, dass die verschiedenen Akteure zusammenkamen. Aus diesem Grund wurden von der Belgischen Kommission für die Koordinierung Antibiotikapolitik (BAPCOC) einzelne Interventionen eingerichtet, bei denen die HOST-Teams unterstützt wurden. Diese Initiative führte zur Veröffentlichung einer Website mit häufig gestellten [Fragen](#).

Andererseits wurde ein Dialog zwischen dem BAPCOC-Team und den verschiedenen Regionen organisiert, um ihre spezifischen Rollen und Aufgaben zu definieren. Dabei wurde insbesondere die Komplementarität zwischen dem OST- und dem HOST-Team ermittelt. Die regionalen Behörden setzten sich ebenfalls mit den neu eingerichteten HOST-Teams in Verbindung, um gemeinsam zu überlegen, wie die Zusammenarbeit am besten gestaltet werden kann, um den spezifischen lokalen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Erfahren Sie mehr:

**Die dem Projekt gewidmete
BAPCOC-Seite**





föderaler öffentlicher dienst

**VOLKSGESUNDHEIT,
SICHERHEIT DER NAHRUNGSMITTELKETTE
UND UMWELT**