

Es obliegt dem zuständigen Richter zu beurteilen, ob die Maßnahme, die in Anwendung der angefochtenen Bestimmung ergriffen wird, den gesetzlichen Erfordernissen und den Grundsätzen der guten Verwaltung entspricht.

B.11. Der Klagegrund ist unbegründet.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

weist die Klage vorbehaltlich des in B.9.3 und B.10 Erwähnten zurück.

Verkündet in niederländischer, französischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989, in der öffentlichen Sitzung vom 18. Dezember 2008.

Der Kanzler,  
P.-Y. Dutilleux.

Der Vorsitzende,  
M. Bossuyt.

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2009 — 196

[C - 2008/01066]

**23 OCTOBRE 1964. — Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. - Coordination officieuse en langue allemande**

Le texte qui suit constitue la coordination officieuse en langue allemande de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 novembre 1964), tel qu'il a été modifié successivement par :

- l'arrêté royal du 15 avril 1965 complétant l'arrêté royal en date du 23 octobre 1964, portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 15 mai 1965);

- l'arrêté royal du 19 novembre 1965 complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964, portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 17 décembre 1965);

- l'arrêté royal du 16 septembre 1966 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 21 octobre 1966);

- l'arrêté royal du 12 janvier 1970 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 11 février 1970);

- l'arrêté royal du 16 février 1971 complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 28 avril 1971);

- l'arrêté royal du 15 février 1974 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 5 mars 1974);

- l'arrêté royal du 24 avril 1974 complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 19 juillet 1974);

- l'arrêté royal du 13 juin 1974 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 12 septembre 1974);

- l'arrêté royal du 29 mars 1977 complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 3 mai 1977);

- l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> décembre 1977 complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 17 mars 1978);

- l'arrêté royal du 19 octobre 1978 complétant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 31 octobre 1978);

- l'arrêté royal du 18 juillet 1980 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 23 septembre 1980);

- l'arrêté royal du 12 avril 1984 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 28 avril 1984);

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2009 — 196

[C - 2008/01066]

**23 OKTOBER 1964. — Koninklijk besluit tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd. — Officiëuze coördinatie in het Duits**

De hierna volgende tekst is de officieuze coördinatie in het Duits van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 7 november 1964), zoals het achtereenvolgens werd gewijzigd bij :

- het koninklijk besluit van 15 april 1965 houdende aanvulling van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 15 mei 1965);

- het koninklijk besluit van 19 november 1965 houdende aanvulling van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 17 december 1965);

- het koninklijk besluit van 16 september 1966 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 21 oktober 1966);

- het koninklijk besluit van 12 januari 1970 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 11 februari 1970);

- het koninklijk besluit van 16 februari 1971 houdende aanvulling van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 28 april 1971);

- het koninklijk besluit van 15 februari 1974 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 5 maart 1974);

- het koninklijk besluit van 24 april 1974 houdende aanvulling van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 19 juli 1974);

- het koninklijk besluit van 13 juni 1974 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 12 september 1974);

- het koninklijk besluit van 29 maart 1977 houdende aanvulling van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 3 mei 1977);

- het koninklijk besluit van 1 december 1977 houdende aanvulling van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 17 maart 1978);

- het koninklijk besluit van 19 oktober 1978 houdende aanvulling van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 31 oktober 1978);

- het koninklijk besluit van 18 juli 1980 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 23 september 1980);

- het koninklijk besluit van 12 april 1984 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 28 april 1984);

- l'arrêté royal du 25 juin 1985 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 29 juin 1985);

- l'arrêté royal du 2 août 1985 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 9 août 1985);

- l'arrêté royal du 7 juillet 1986 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 12 juillet 1986);

- l'arrêté royal du 14 août 1987 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 définissant les normes que les hôpitaux et leurs services doivent respecter (*Moniteur belge* du 25 août 1987);

- l'arrêté royal du 15 août 1987 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 21 août 1987);

- l'arrêté royal du 7 novembre 1988 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 24 novembre 1988);

- l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée (*Moniteur belge* du 23 mars 1991);

- l'arrêté royal du 17 octobre 1991 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 6 décembre 1991);

- l'arrêté royal du 17 octobre 1991 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 14 novembre 1991);

- l'arrêté royal du 12 octobre 1993 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 19 octobre 1993);

- l'arrêté royal du 21 février 1994 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 10 mars 1994);

- l'arrêté royal du 20 avril 1994 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 1<sup>er</sup> juin 1994);

- l'arrêté royal du 12 août 1994 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 27 septembre 1994);

- l'arrêté royal du 16 décembre 1994 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 31 janvier 1995);

- l'arrêté royal du 13 novembre 1995 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 13 janvier 1996);

- l'arrêté royal du 20 août 1996 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 1<sup>er</sup> octobre 1996);

- l'arrêté royal du 15 juillet 1997 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 31 juillet 1997);

- l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée (*Moniteur belge* du 19 juin 1998);

- l'arrêté royal du 10 août 1998 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 21 octobre 1998);

- l'arrêté royal du 15 février 1999 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 28 avril 1999);

- het koninklijk besluit van 25 juni 1985 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 29 juni 1985);

- het koninklijk besluit van 2 augustus 1985 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 9 augustus 1985);

- het koninklijk besluit van 7 juli 1986 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 12 juli 1986);

- het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 25 augustus 1987);

- het koninklijk besluit van 15 augustus 1987 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 21 augustus 1987);

- het koninklijk besluit van 7 november 1988 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 24 november 1988);

- het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend (*Belgisch Staatsblad* van 23 maart 1991);

- het koninklijk besluit van 17 oktober 1991 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 6 december 1991);

- het koninklijk besluit van 17 oktober 1991 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 14 november 1991);

- het koninklijk besluit van 12 oktober 1993 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 19 oktober 1993);

- het koninklijk besluit van 21 februari 1994 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 10 maart 1994);

- het koninklijk besluit van 20 april 1994 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 1 juni 1994);

- het koninklijk besluit van 12 augustus 1994 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 27 september 1994);

- het koninklijk besluit van 16 december 1994 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 31 januari 1995);

- het koninklijk besluit van 13 november 1995 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 13 januari 1996);

- het koninklijk besluit van 20 augustus 1996 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 1 oktober 1996);

- het koninklijk besluit van 15 juli 1997 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 31 juli 1997);

- het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden (*Belgisch Staatsblad* van 19 juni 1998);

- het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 21 oktober 1998);

- het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 28 april 1999);

- l'arrêté royal du 25 mars 1999 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 octobre 1999);

- l'arrêté royal du 29 avril 1999 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 6 octobre 1999);

- l'arrêté royal du 20 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 19 avril 2000);

- l'arrêté royal du 19 février 2002 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 11 avril 2002);

- l'arrêté royal du 16 avril 2002 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 2 juillet 2002);

- l'arrêté royal du 17 février 2005 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 25 février 2005);

- l'arrêté royal du 10 novembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 décembre 2005);

- l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée (*Moniteur belge* du 16 août 2006);

- l'arrêté royal du 13 juillet 2006 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 28 août 2006);

- l'arrêté royal du 17 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 3 novembre 2006);

- l'arrêté royal du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17<sup>quater</sup> de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre (*Moniteur belge* du 30 janvier 2007);

- l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers (*Moniteur belge* du 7 mars 2007);

- l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 4 juin 2007);

- l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 juin 2007);

- l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 juin 2007);

- l'arrêté royal du 27 avril 2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux (*Moniteur belge* du 4 juin 2007);

- l'arrêté royal du 10 mars 2008 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (*Moniteur belge* du 7 avril 2008).

Cette coordination officieuse en langue allemande a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmédy.

- het koninklijk besluit van 25 maart 1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 7 oktober 1999);

- het koninklijk besluit van 29 april 1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 6 oktober 1999);

- het koninklijk besluit van 20 maart 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 19 april 2000);

- het koninklijk besluit van 19 februari 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 11 april 2002);

- het koninklijk besluit van 16 april 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 2 juli 2002);

- het koninklijk besluit van 17 februari 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 25 februari 2005);

- het koninklijk besluit van 10 november 2005 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 7 december 2005);

- het koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend (*Belgisch Staatsblad* van 16 augustus 2006);

- het koninklijk besluit van 13 juli 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 28 augustus 2006);

- het koninklijk besluit van 17 oktober 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 3 november 2006);

- het koninklijk besluit van 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel 17<sup>quater</sup> van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen (*Belgisch Staatsblad* van 30 januari 2007);

- het koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten (*Belgisch Staatsblad* van 7 maart 2007);

- het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 4 juni 2007);

- het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 7 juni 2007);

- het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 7 juni 2007);

- het koninklijk besluit van 27 april 2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen (*Belgisch Staatsblad* van 4 juni 2007);

- het koninklijk besluit van 10 maart 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (*Belgisch Staatsblad* van 7 april 2008).

Deze officieuze coördinatie in het Duits is opgemaakt door de Centrale dienst voor Duitse vertaling in Malmédy.



## FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

D. 2009 — 196

[C – 2008/01066]

**23. OKTOBER 1964 — Königlicher Erlass zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen — Inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache**

Der folgende Text ist die inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen, so wie er nacheinander abgeändert worden ist durch:

- den Königlichen Erlass vom 15. April 1965 zur Ergänzung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 19. November 1965 zur Ergänzung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 16. September 1966 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 12. Januar 1970 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 16. Februar 1971 zur Ergänzung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 15. Februar 1974 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 24. April 1974 zur Ergänzung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 13. Juni 1974 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 29. März 1977 zur Ergänzung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 1. Dezember 1977 zur Ergänzung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 19. Oktober 1978 zur Ergänzung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 18. Juli 1980 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 12. April 1984 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 25. Juni 1985 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 2. August 1985 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 7. Juli 1986 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 14. August 1987 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 15. August 1987 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 7. November 1988 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 4. März 1991 zur Festlegung der Normen, denen eine Krankenhausapotheke entsprechen muss, um zugelassen zu werden,
- den Königlichen Erlass vom 17. Oktober 1991 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 17. Oktober 1991 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 12. Oktober 1993 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 21. Februar 1994 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 20. April 1994 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 12. August 1994 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 16. Dezember 1994 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 13. November 1995 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 20. August 1996 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 15. Juli 1997 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 27. April 1998 zur Festlegung der Normen, denen eine Funktion Intensivpflege entsprechen muss, um zugelassen zu werden,
- den Königlichen Erlass vom 10. August 1998 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
- den Königlichen Erlass vom 15. Februar 1999 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,

- den Königlichen Erlass vom 25. März 1999 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 29. April 1999 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 20. März 2000 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 19. Februar 2002 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 16. April 2002 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 17. Februar 2005 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 10. November 2005 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 13. Juli 2006 zur Festlegung der Normen, denen ein Pflegeprogramm für Kinder entsprechen muss, um zugelassen zu werden, und zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 25. November 1997 zur Festlegung der Normen, denen die Funktion "Chirurgischer Tageskrankenhausaufenthalt" entsprechen muss, um zugelassen zu werden,
  - den Königlichen Erlass vom 13. Juli 2006 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 17. Oktober 2006 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 28. Dezember 2006 zur Festlegung der allgemeinen Mindestbedingungen, denen die in Artikel 17<sup>quater</sup> des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser erwähnte Krankenpflegeakte genügen muss,
  - den Königlichen Erlass vom 29. Januar 2007 zur Festlegung der Normen, denen ein Pflegeprogramm für Geriatriepatienten entsprechen muss, um zugelassen zu werden, einerseits und besonderer ergänzender Normen für die Zulassung von Krankenhäusern und Krankenhausdiensten andererseits,
  - den Königlichen Erlass vom 26. April 2007 zur Abänderung der Anlage zum Königlichen Erlass vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 26. April 2007 zur Abänderung der Anlage zum Königlichen Erlass vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 26. April 2007 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen,
  - den Königlichen Erlass vom 27. April 2007 über die qualitative Bewertung der krankenpflegerischen Aktivität in Krankenhäusern,
  - den Königlichen Erlass vom 10. März 2008 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen.
- Diese inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen in Malmedy erstellt worden.

## MINISTERIUM DER VOLKSGESUNDHEIT UND DER FAMILIE

### 23. OKTOBER 1964 — Königlicher Erlass zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen

**Artikel 1** - Die Normen mit Bezug auf die allgemeine Organisation der Krankenhäuser und die Organisation jeglicher Art von Diensten werden in der Anlage zum vorliegenden Erlass festgelegt.

**Art. 2** - Jede Dienstart ist durch einen Kennbuchstaben gekennzeichnet, der bei der Bezeichnung des jeweiligen Dienstes steht:

Gewöhnlicher Krankenhausdienst .....	H
Dienst für Diagnostik und medizinische Behandlung .....	D
Dienst für Diagnostik und chirurgische Behandlung .....	C
Entbindungsdienst .....	M
Dienst für Kinderheilkunde .....	E
Dienst für Ansteckungskrankheiten .....	L
[Dienst für neonatologische Intensivmedizin .....	NIC]
[...]	
Dienst für die Behandlung von Tuberkulose in allgemeinen Krankenhäusern .....	B
[...]	
[Spezialisierte Dienst für Behandlung und Rehabilitation (mit nachstehender Angabe des betreffenden Fachbereichs) .....	Sp]
[...]	
[...] .....	]
[Dienst für Intensivpflege .....	I]
[Neuropsychiatrischer Beobachtungs- und Behandlungsdienst .....	A
Neuropsychiatrischer Behandlungsdienst .....	T]
[Neuropsychiatrischer Dienst für Kinder .....	K]
[Geriatriedienst .....	G]

[Art. 2 abgeändert durch Art. 1 des K.E. vom 15. April 1965 (B.S. vom 15. Mai 1965), Art. 1 des K.E. vom 19. November 1965 (B.S. vom 17. Dezember 1965), Art. 1 des K.E. vom 16. September 1966 (B.S. vom 21. Oktober 1966), Art. 1 des K.E. vom 16. Februar 1971 (B.S. vom 28. April 1971), selbst aufgehoben durch Art. 4 des K.E. vom 29. März 1977 (B.S. vom 3. Mai 1977), durch Art. 1 § 1 und Art. 2 § 1 des K.E. vom 15. Februar 1974 (B.S. vom 5. März 1974), Art. 1 und 4 des K.E. vom 29. März 1977 (B.S. vom 3. Mai 1977), Art. 1 § 1 und Art. 2 des K.E. vom 12. April 1984 (B.S. vom 28. April 1984), Art. 1 des K.E. vom 12. Oktober 1993 (B.S. vom 19. Oktober 1993), Art. 1 des K.E. vom 21. Februar 1994 (B.S. vom 10. März 1994) und Art. 1 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996)]

**Art. 3** - Die unter den Kennbuchstaben C oder D zugelassenen Einrichtungen sind ermächtigt, alle Aktivitäten der chirurgischen oder medizinischen Fachbereiche auszuüben; die unter dem Kennbuchstaben S angeführten Normen sind nur auf Einrichtungen anwendbar, die ausschließlich Kranke aufnehmen, die unter einen bestimmten Fachbereich fallen.

[**Art. 3bis** - § 1 - Unbeschadet der Möglichkeit für einen mindestens 15 Jahre alten Minderjährigen, im Rahmen eines [Pflegeprogramms mit einem Dienst für Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E)] oder in einem neuropsychiatrischen Dienst für Kinder (Kennbuchstabe K) aufgenommen zu werden, darf ein Minderjähriger unter 15 Jahren weder in einem neuropsychiatrischen Beobachtungs- und Behandlungsdienst (Kennbuchstabe A), noch in einem neuropsychiatrischen Behandlungsdienst (Kennbuchstabe T), noch innerhalb der Gruppe von Diensten für Erwachsene, wie definiert in Artikel 1bis Nr. 5 des Königlichen Erlasses vom 30. Januar 1989 zur Festlegung zusätzlicher Normen für die Zulassung von Krankenhäusern und Krankenhausdiensten und zur näheren Bestimmung der Krankenhausgruppierungen und der besonderen Normen, denen sie entsprechen müssen, aufgenommen werden.

Die Behörde der betreffenden Gemeinschaft, die für die Zulassung von Krankenhäusern zuständig ist, kann eine Abweichung vorsehen für die Krankenhäuser, in denen ausschließlich für Minderjährige gleichzeitig chirurgische und andere medizinische Leistungen erbracht werden.

§ 2 - In Abweichung von § 1 können Minderjährige unter 15 Jahren jedoch in einem der in diesem Paragraphen erwähnten Dienste aufgenommen werden, unter der Bedingung, dass dies für eine der folgenden Behandlungen oder einen der folgenden Eingriffe geschieht:

- für die Behandlung schwerer Verbrennungen,
- für Knochenmarkstransplantationen,
- für Transplantationen,

- für Eingriffe, die vorgenommen werden in einem neurochirurgischen Dienst, wie definiert in Anlage 2 zum Königlichen Erlass vom 28. November 1986 zur Festlegung der Normen, denen ein mit einem transversal-axialen Tomographen ausgestatteter Dienst für bildgebende Diagnoseverfahren genügen muss, um als medizinisch-technischer Dienst im Sinne von Artikel 44 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser zugelassen zu werden,

- für die fachliche Behandlung von Lungenerkrankungen bei Kindern in Krankenhäusern, die über mindestens 300 zugelassene universitäre Betten verfügen,

unter der Bedingung, dass Krankenhäuser, die nicht über [ein Pflegeprogramm für Kinder, das einen Dienst für Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E) umfasst,] verfügen, ein Zusammenarbeitsabkommen mit einem Krankenhaus abgeschlossen haben, das über [ein solches Pflegeprogramm] verfügt, so dass sie auf einen Facharzt für Kinderheilkunde zurückgreifen können.

§ 3 - In Abweichung von § 1 können Minderjährige unter 15 Jahren jedoch in einem der in diesem Paragraphen erwähnten Dienste aufgenommen werden, um einen chirurgischen Eingriff im Rahmen eines chirurgischen Tageskrankenhausaufenthalts, wie erwähnt im Königlichen Erlass vom 25. November 1997 zur Anwendung gewisser Bestimmungen des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser auf die Funktion "Chirurgischer Tageskrankenhausaufenthalt", vornehmen zu lassen, und dort aufgenommen bleiben, um auf diese Eingriffe zurückzuführende medizinische Komplikationen behandeln zu lassen. Die vorerwähnte Aufnahme ist jedoch an die Bedingung geknüpft, dass Krankenhäuser, die nicht über [ein Pflegeprogramm für Kinder, das einen Dienst für Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E) umfasst,] verfügen, ein Zusammenarbeitsabkommen mit einem Krankenhaus abgeschlossen haben, das über [ein solches Pflegeprogramm] verfügt, so dass sie auf einen Facharzt für Kinderheilkunde zurückgreifen können.

§ 4 - In Abweichung von § 1 können Minderjährige unter 15 Jahren im Falle außergewöhnlicher Umstände im Rahmen eines Zusammenarbeitsabkommens unter der Aufsicht eines verantwortlichen Arztes und eines Kinderarztes in einem Dienst für Intensivpflege (Kennbuchstabe I) oder in einem Dienst für Ansteckungskrankheiten (Kennbuchstabe L) aufgenommen werden.

§ 5 - In Abweichung von § 1 können Minderjährige unter 15 Jahren in einem Dienst, der zur Gruppe der Dienste für Erwachsene gehört, aufgenommen werden, wenn es in einem Umkreis von 25 km kein Krankenhaus gibt, das über [ein Pflegeprogramm für Kinder, das einen Dienst für Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E) umfasst,] verfügt, unter der Bedingung, dass das Krankenhaus, in dem das Kind aufgenommen ist, ein Zusammenarbeitsabkommen mit einem Krankenhaus abgeschlossen hat, das über [ein Pflegeprogramm für Kinder, das einen Dienst für Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E) umfasst,] verfügt, so dass es jederzeit auf einen Facharzt für Kinderheilkunde zurückgreifen kann.]

[Art. 3bis eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 29. April 1999 (B.S. vom 6. Oktober 1999); § 1 abgeändert durch Art. 34 Nr. 1 Buchstabe a) des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 16. August 2006); § 2 abgeändert durch Art. 34 Nr. 1 Buchstabe b) des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 16. August 2006); § 3 abgeändert durch Art. 34 Nr. 1 Buchstabe b) des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 16. August 2006); § 5 abgeändert durch Art. 34 Nr. 1 Buchstabe c) des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 16. August 2006)]

**Art. 4** - Für Dienste, die vor dem 1. Januar 1964 in Krankenhäusern eingerichtet wurden, können Abweichungen von den Normen gewährt werden unter der Bedingung, dass diese Abweichungen den reibungslosen Betrieb dieser Dienste nicht gefährden.

**Art. 5** - In jeder Korrespondenz mit Bezug auf Patienten, die in zugelassenen Diensten aufgenommen und versorgt werden, müssen die Krankenhäuser den Namen und die Kennnummer der Einrichtung mit nachstehendem Kennbuchstaben des Dienstes angeben.

**Art. 6** - Der Ministerielle Erlass vom 26. November 1959 zur Festlegung der Modalitäten für die Einteilung der Krankenhäuser im Hinblick auf ihre Zulassung, abgeändert durch die Ministeriellen Erlasse vom 11. Juli 1960, 19. Dezember 1960 und 3. Oktober 1963, wird aufgehoben.

**Art. 7** - Unser Minister der Volksgesundheit und der Familie ist mit der Ausführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

## Anlage

**Auf alle Einrichtungen anwendbare allgemeine Normen**

Die auf alle Einrichtungen anwendbaren allgemeinen Normen betreffen alle Dienste ohne Unterschied, ungeachtet ihres Kennbuchstabens.

## I. Architektonische Normen

## A. Normen für die allgemeine Hygiene der Gebäude

1. Die Einrichtung muss an einem ruhigen und gesundheitlich zuträglichen Ort errichtet werden. In Ermangelung eines ruhigen Ortes müssen alle Maßnahmen zum Lärmschutz getroffen werden.

2. Die Gebäude müssen regelmäßig unterhalten und jegliche Feuchtigkeit und Infiltration bekämpft werden.

3. Die für den Neubau verwendeten Materialien müssen feuerfest sein. Es müssen alle Maßnahmen zur Verringerung der Brandgefahr getroffen werden:

a) durch den Schutz brennbarer Materialien (feuerfeste Böden und Wandverkleidungen),

b) durch das Anbringen einer ausreichenden Anzahl Löschgeräte und Hydranten,

c) durch die Ausfertigung aller vertikalen Bewegungsstrukturen in hartem und feuerfestem Material,

d) durch das Anlegen - im Bereich des Möglichen - von befahrbaren Zugangswegen für die Feuerwehrfahrzeuge.

4. Einrichtungen mit Stockwerken müssen über eine ausreichende Anzahl Aufzüge oder Patientenaufzüge verfügen, damit die vertikalen Bewegungen effizient verlaufen können.

5. Alle Böden und Wände müssen abwaschbar, undurchlässig und leicht desinfizierbar sein.

Das Mobiliar - vorzugsweise aus Metall - muss einfach, abwaschbar und leicht desinfizierbar sein.

6. Die Verbindung zwischen Wand und Boden muss gerundet sein.

7. Überflüssige Verzierungen, Leisten und Gegenstände, auf denen sich Staub ablagern kann, müssen vermieden werden.

8. Beheizung, Belüftung und Beleuchtung aller Räume und Gänge müssen gewährleistet sein, und zwar bei jedem Wetter und unter allen Umständen.

Es muss eine Notbeleuchtung geben.

9. Alle Leitungen müssen in leicht zugänglichen, in den Mauern vorgesehenen Schächten verlegt sein.

10. Im ganzen Gebäude muss es reichlich Trinkwasser guter Qualität geben.

11. Es müssen getrennte Sanitäranlagen in ausreichender Anzahl für die Patienten, Besucher und Personalmitglieder vorhanden sein.

12. Die Abwässer müssen in allen Fällen, in denen dies vom Abwasserreinigungsdienst vorgeschrieben ist, vor ihrer Ableitung nach draußen geklärt werden.

13. Feste Abfälle, insbesondere Küchenabfälle, müssen in hermetischen Behältern entsorgt werden, während schmutzige und infizierte Verbände verbrannt werden müssen.

14. Die allgemeinen Dienste, insbesondere die Küchen und Wäschereien, müssen so gelegen sein, dass entstehende Gerüche und Dämpfe nicht stören.

## B. Normen für stationäre Behandlungen

1. Die Krankenzimmer müssen im ruhigsten und bestgelegenen Teil des Gebäudes eingerichtet werden.

2. Die Fläche der Krankenzimmer muss mindestens 8 m<sup>2</sup> betragen; in Räumen mit mehreren Betten kann die Fläche bis auf 7 m<sup>2</sup> pro Bett gesenkt werden.

3. Das Volumen eines Krankenzimmers muss mindestens 25 m<sup>3</sup> betragen; in Räumen mit mehreren Betten kann das Volumen bis auf 20 m<sup>3</sup> pro Bett gesenkt werden.

4. Die für die natürliche Beleuchtung bestimmte Wandfläche muss mindestens 1/6 der Bodenfläche des Raums betragen.

5. Es muss vermieden werden, in einem Raum mehr als sechs Betten unterzubringen.

6. Die Betten müssen parallel zu den Fenstern stehen. Sie müssen vor Zugluft geschützt sein.

7. Jeder Kranke muss über ein Bett, einen Schrank und einen Nachttisch für seinen persönlichen Gebrauch verfügen. Diese drei Möbelstücke bilden das Mindestmobiliar.

8. Die Kranken müssen über ausreichende künstliche Beleuchtung verfügen. Die Krankenzimmer, Gänge und Pflegeräume müssen mit einer effizienten und diskreten Nachtbeleuchtung ausgestattet sein.

9. Die Zimmer müssen auf natürliche Weise belüftet werden können, ohne dass Zugluft entsteht.

10. Die Zimmer müssen so beheizbar sein, dass bei jedem Wetter eine Temperatur von 20° C erreicht werden kann. Es muss ein System angewandt werden, mit dem offenes Feuer und Gas- oder Staubbildung sowie die Verwendung von Kaminen in den Krankenzimmern vermieden werden.

11. Die Krankenzimmer müssen mit mindestens einem Waschbecken mit fließendem Trinkwasser ausgestattet sein.

12. In den Krankenhauseinheiten müssen ausreichend Sanitäranlagen vorhanden sein. Sie umfassen zumindest: eine Toilette für 10 Kranke, einen Bettpfannenspüler für 30 Kranke und einen Bade- oder Duschaum für 30 Kranke.

13. Es darf keine einzige Leitung durch Krankenzimmer führen, es sei denn, es ist unbedingt erforderlich. Es müssen alle Vorkehrungen getroffen werden, damit diese Leitungen nicht zu Staubfängern werden.

14. Es muss eine Anrichteküche für die Verteilung von Nahrung und Getränken und für die Zubereitung von kleinen Mahlzeiten eingerichtet werden. In diesem Raum dürfen keine gesundheitsschädlichen oder gefährlichen Tätigkeiten verrichtet werden.

15. Die Pflegeeinheit muss außerdem über einen Raum für den/die Krankenpfleger(in) verfügen.

16. Wenn in einer Pflegeeinheit mehr als 1/4 der Kranken in Gemeinschaftszimmern versorgt werden, ist es angebracht, über einen Untersuchungs- und Behandlungsraum zu verfügen.

17. Es muss eine ausreichende Anzahl Einbettzimmer vorgesehen sein, um jederzeit Patienten aufnehmen zu können, die isoliert werden müssen.

## II. Funktionelle Normen

1. Die Einrichtung muss für Krankenwagen leicht zugänglich sein.

Es müssen Parkplätze zur Verfügung stehen für Ärzte, die dringend angefordert werden könnten.



Es muss einen getrennten Zugang für die allgemeinen Dienste (Leichenhalle, Küche usw.) geben.

2. Die technischen Abteilungen und die Einheiten für stationäre Behandlung müssen leicht zugänglich sein und es muss eine effektive Trennung zwischen den einzelnen Diensten geben.

3. Die vertikalen Bewegungsstrukturen müssen von den Einheiten für stationäre Behandlung getrennt sein.

4. Die Dienste der Poliklinik für ambulante Patienten dürfen sich nicht in den Einheiten für stationäre Behandlung befinden.

Durch besondere Vorrichtungen müssen stationäre und ambulante Patienten in der Konsultationsabteilung voneinander getrennt sein.

5. Die Lage der Küche muss eine bequeme und schnelle Verteilung der Nahrung an die Kranken aller Einheiten ermöglichen.

Die Zubereitung der Mahlzeiten und ihre Verteilung müssen unter Einhaltung strengster Sauberkeits- und Hygieneregeln erfolgen. Die Mahlzeiten müssen den Kranken warm serviert werden.

6. Für jeden Kranken muss ständig eine medizinische Akte und eine Fieberkurve fortgeschrieben werden.

Die Anweisungen, die die Ärzte täglich für die verschiedenen Kranken erteilen, müssen in einem Register oder auf Karten festgehalten werden.

7. Alle Krankenzimmer müssen mit einem diskreten, aber effizienten Rufsystem ausgestattet sein.

8. Das für die Kranken benutzte medizinische Material (Spritzen, Verbände usw.) muss sorgfältig sterilisiert werden.

[[9.] - [...]]

*[Römisch II frühere zweite Nummer 8 eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 14. August 1987 (B.S. vom 25. August 1987), unnummeriert zu Nr. 9 durch Art. 8 § 1 und aufgehoben durch Art. 8 § 2 des K.E. vom 28. Dezember 2006 (B.S. vom 30. Januar 2007)]*

### III. Organisatorische Normen

1. Die Leitung der Krankenbehandlung wird ausschließlich von Ärzten wahrgenommen.

Die Einrichtung muss ständig und binnen kürzester Zeit auf die kompetente Hilfe erfahrener Ärzte zurückgreifen können.

[1bis. ]Jedes Krankenhaus, das über [ ein zugelassenes Pflegeprogramm für Kinder, das einen zugelassenen Dienst für Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E) umfasst, verfügt,] sowie jedes Krankenhaus, das nicht über einen solchen Dienst verfügt, in Anwendung des vorliegenden Erlasses aber ermächtigt ist, Kinder zu behandeln, muss nach einer multidisziplinären Beratung innerhalb der Einrichtung ein Protokoll verabschieden, in dem die Leitlinien für die spezifische Betreuung von im Krankenhaus aufgenommenen oder ambulant versorgten Kindern festgelegt werden; für die Einhaltung dieser Verpflichtung ist der Krankenhausverwalter verantwortlich.

In diesem Protokoll muss insbesondere Folgendes festgehalten werden:

- spezifische Maßnahmen in Sachen Information, Beratung und psychologische Unterstützung der Kinder, ihrer Eltern oder gesetzlichen Vertreter,
- Initiativen im Hinblick auf eine möglichst umfangreiche Einbeziehung der Eltern in die Pflege ihres Kindes,
- Initiativen im Hinblick auf einen erhöhten Komfort für die aufgenommenen Kinder, unter anderem, was die Einrichtung der Räume, die Mahlzeiten und die Besuchszeiten betrifft,
- spezifische Maßnahmen zur Gewährleistung der Aufsicht über die Kinder und zu ihrer Sicherheit sowohl im Krankenhaus als auch in der unmittelbaren Umgebung (Parkplatz usw.),
- Maßnahmen zur Konzertierung zwischen einem Kinderarzt und dem verantwortlichen Arzt des Dienstes für Erwachsene, in dem ein Kind über 14 Jahren aufgenommen ist,
- Maßnahmen zur Konzertierung zwischen den Fachkrankenschwestern für Pädiatrie und den Krankenschwestern der anderen Dienste.

Dieses Protokoll wird den anderen Personalmitgliedern des Krankenhauses mitgeteilt und den Kindern, ihren Eltern oder gesetzlichen Vertretern zur Verfügung gestellt.]]

2. [In jedem Krankenhaus wird die Verantwortung für die krankenschwesternliche Aktivität einem graduierten Krankenschwester oder einer Hebamme, einem Bachelor in Krankenschwesternpflege oder einem Bachelor in Entbindungspflege in der Eigenschaft als Chef der Krankenschwesternabteilung übertragen. Er muss eine zusätzliche Ausbildung universitären Niveaus - Master in Krankenschwesternpflege und Geburtshilfe[, Master im Bereich Management und Politik der Gesundheitspflege] oder Master in Volksgesundheit - absolviert haben.

Unbeschadet des in Artikel 8 Nr. 2 und in Artikel 12 des Gesetzes über die Krankenhäuser erwähnten Auftrags des Krankenhausdirektors wirkt der Chef der Krankenschwesternabteilung an der Integrierung der krankenschwesternlichen Tätigkeiten in die Gesamtheit der Krankenhausaktivität mit, und das in enger Zusammenarbeit mit dem Chefarzt und den Verantwortlichen der unterschiedlichen Bereiche der Krankenhausaktivität.

Um die Bereiche Organisation und Inhalt der Krankenschwesternpflege zu unterstützen, muss in allgemeinen Krankenhäusern ein aus dienstleistenden Krankenschwestern zusammengesetzter Zwischenkader eingerichtet werden. Der Zwischenkader setzt sich pro 150 Betten zusammen aus mindestens einem graduierten Krankenschwester oder einer Hebamme, oder einem Bachelor in Krankenschwesternpflege oder einem Bachelor in Entbindungspflege, der eine zusätzliche Ausbildung universitären Niveaus - Master in Krankenschwesternpflege und Geburtshilfe[, Master im Bereich Management und Politik der Gesundheitspflege] oder Master in Volksgesundheit - absolviert hat.

In allen psychiatrischen Krankenhäusern muss ein aus dienstleistenden Krankenschwestern zusammengesetzter Zwischenkader eingerichtet werden. Der Zwischenkader setzt sich zusammen aus mindestens einem graduierten Krankenschwester oder einer Hebamme bzw. einem Bachelor in Krankenschwesternpflege oder einem Bachelor in Entbindungspflege, der außerdem eine zusätzliche Ausbildung universitären Niveaus - Master in Krankenschwesternpflege und Geburtshilfe[, Master im Bereich Management und Politik der Gesundheitspflege] oder Master in Volksgesundheit - absolviert hat.

In psychiatrischen Krankenhäusern mit 150 oder mehr Betten wird die Anzahl Zwischenkader verhältnismäßig bestimmt, und zwar auf der Grundlage eines graduierten Krankenschwesterns oder einer Hebamme bzw. eines Bachelors in Krankenschwesternpflege oder eines Bachelors in Entbindungspflege, der eine zusätzliche Ausbildung universitären Niveaus - Master in Krankenschwesternpflege und Geburtshilfe[, Master im Bereich Management und Politik der Gesundheitspflege] oder Master in Volksgesundheit - absolviert hat, pro 150 Betten.



Je nach der internen Organisation des Krankenhauses können dem Zwischenkader spezifische Aufgaben anvertraut werden, insbesondere der Empfang und die Ausbildung des Personals, die Probleme in Zusammenhang mit der Krankenhaushygiene, die qualitative Bewertung der Krankenpflege, die Patientenaufklärung und die Einführung neuer Arbeitsverfahren und -methoden.

Der Chef der Krankenpflegeabteilung des Krankenhauses konzertiert sich jährlich mindestens zehn Mal mit den dienstleitenden Krankenpflegern, um

- die strategische Vision der Krankenpflegeabteilung zu definieren,
- deren Kohärenz mit der allgemeinen Strategie des Krankenhauses zu bewerten, insbesondere, was die Verbesserung der Pflegequalität betrifft,
- deren Umsetzung und Entwicklung zu überwachen.

Das Krankenhaus muss ein Organigramm der Krankenpflegeabteilung erstellen, in dem die Verantwortlichen der Abteilung und der verschiedenen Dienste und Pflegeeinheiten angegeben sind.

Neben diesem Organigramm muss das Krankenhaus eine Liste aller Krankenpfleger des Krankenhauses unter Angabe ihres Diploms oder Brevets und ihrer besonderen Qualifikationen führen.

Die Anzahl der mit der Pflege beauftragten Personen muss den besonderen Bedingungen, die für die verschiedenen Dienste gestellt werden, entsprechen.]

[Der für die Volksgesundheit zuständige Minister kann die Liste der Diplome, die für die Ausübung der in den Absätzen 1, 3, 4 und 5 erwähnten Funktion eines Chefs der Krankenpflegeabteilung oder eines Krankenpflegers des Zwischenkaders in Betracht kommen, ändern.]

3. Das Personal muss einer regelmäßigen ärztlichen Aufsicht unterstellt werden und die allgemeinen Regeln in Sachen Aseptik und Hygiene beachten.

4. Krankenbesuche müssen durch eine Geschäftsordnung geregelt werden. Auf ärztlichen Beschluss können Krankenbesuche eingeschränkt werden.

Es müssen angemessene Vorkehrungen zur Vermeidung einer zu großen Anzahl Besucher in einem Zimmer getroffen werden.

5. [Diener der Kulte und Laienvertreter, die von Patienten gerufen werden, müssen freien Zugang zur Einrichtung haben: Sie müssen dort eine für die Ausübung ihres Auftrags angemessene Atmosphäre und Ausstattung vorfinden. Einem jeden muss völlige Freiheit in Sachen Lebensanschauung, Religionszugehörigkeit und politische Meinung garantiert werden.]

6. Die Bewegungen innerhalb der Einrichtung müssen analysiert und graphisch ausgearbeitet werden. (Dabei müssen die Bedürfnisse des Personals, der Kranken und der Besucher sowie die Bedingungen für die Nahrungsverteilung usw. in Betracht gezogen werden.)

7. Die Einrichtung muss jederzeit in der Lage sein, Telefonanrufe entgegenzunehmen und zu beantworten.

8. Jede aufdringliche Werbung, Kundenjagd oder Reklame mit Mitteln, die der Kodex der ärztlichen Berufspflichten verbietet, ist verboten.

9. Es werden sämtliche Vorkehrungen zur Vorbeugung von Ansteckungskrankheiten getroffen und in allen Zweifelsfällen muss der Hygiene-Inspektor des Staates zu Rate gezogen werden.

Jede ansteckende Krankheit muss dem Hygiene-Inspektor aufgrund der bestehenden Rechtsvorschriften unverzüglich mitgeteilt werden.

[9bis. [Krankenhaushygiene

a) Allgemeines

In jedem Krankenhaus ist die Förderung der Krankenhaushygiene Aufgabe:

- des Chefarztes,
- des Chefs der Krankenpflegeabteilung,
- eines Teams für Krankenhaushygiene,
- eines Ausschusses für Krankenhaushygiene.

b) Das Team für Krankenhaushygiene

Das Team für Krankenhaushygiene besteht aus:

- einem oder mehreren Ärzten für Krankenhaushygiene,
- einem oder mehreren Krankenpflegern für Krankenhaushygiene.

Der Arzt für Krankenhaushygiene untersteht bei der Ausübung seiner Funktion innerhalb des Teams dem Chefarzt des Krankenhauses, unter dessen unmittelbarer Aufsicht er arbeitet.

Der Krankenpfleger für Krankenhaushygiene untersteht bei der Ausübung seiner Funktion innerhalb des Teams dem Chef der Krankenpflegeabteilung, unter dessen unmittelbarer Aufsicht er arbeitet.

Das Team für Krankenhaushygiene ist auf operationeller Ebene unabhängig, erstattet dem Ausschuss für Krankenhaushygiene, dem Chefarzt und dem Chef der Krankenpflegeabteilung jedoch Bericht. Die operationellen Beschlüsse des Teams für Krankenhaushygiene werden nach Konzertierung mit dem Chefarzt und dem Chef der Krankenpflegeabteilung in deren Auftrag und unter deren Verantwortung ausgeführt. Das Team für Krankenhaushygiene kann direkt mit anderen Ausschüssen und Instanzen des Krankenhauses zusammenarbeiten.

Der Arzt für Krankenhaushygiene koordiniert die Arbeit des Teams für Krankenhaushygiene.

Die Mitglieder des Teams müssen eine wie in den nachfolgenden Absätzen erwähnte, angemessene Ausbildung universitären Niveaus absolviert haben.

Der Krankenpfleger für Krankenhaushygiene muss Inhaber des Diploms eines Bachelors in Krankenpflege sein, das durch einen Master in Krankenpflege oder in Volksgesundheit ergänzt worden ist.

Um seine Funktion effizient ausüben zu können, muss er außerdem den Nachweis erbringen, dass er eine Ausbildung in zumindest folgenden Bereichen erfolgreich absolviert hat:

- nosokomiale Infektionen: Vorbeugung und Kontrolle; mikrobiologische und infektiologische Aspekte; epidemiologische Aspekte,

- Rechtsvorschriften in Sachen Krankenhaushygiene.

Diese Ausbildung muss mindestens 250 Kontaktstunden umfassen.

In Abweichung von den vorhergehenden Absätzen muss ein Krankenpfleger, der am Datum des Inkrafttretens des Königlichen Erlasses vom 26. April 2007 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen, in Anwendung der zu diesem Zeitpunkt geltenden Zulassungsnormen diensttuender Krankenpfleger für Krankenhaushygiene ist, die in Sachen Ausbildung festgelegten Bedingungen nicht erfüllen.

Der Hygienearzt ist ein Arzt oder Apotheker-klinischer Biologe, der eine Ausbildung absolviert hat, die der nachstehend beschriebenen Ausbildung eines Arztes für Krankenhaushygiene entspricht.

Um seine Funktion effizient ausüben zu können, muss er außerdem den Nachweis erbringen, dass er eine Ausbildung in zumindest folgenden Bereichen erfolgreich absolviert hat:

- nosokomiale Infektionen: Vorbeugung und Kontrolle; mikrobiologische und infektiologische Aspekte; epidemiologische Aspekte,
- Rechtsvorschriften in Sachen Krankenhaushygiene,
- Agenzien zur Vorbeugung bakterieller Infektionen und Einsatz von Antibiotika.

Diese Ausbildung muss mindestens 300 Kontaktstunden umfassen.

In Abweichung von den vorhergehenden Absätzen muss ein Arzt oder Apotheker-Biologe, der am Datum des Inkrafttretens des Königlichen Erlasses vom 26. April 2007 zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen, in Anwendung der zu diesem Zeitpunkt geltenden Zulassungsnormen diensttuender Arzt für Krankenhaushygiene ist, die in Sachen Ausbildung festgelegten Bedingungen nicht erfüllen.

Das Team für Krankenhaushygiene nimmt folgende Aufgaben wahr:

1. die Ausarbeitung, Einführung und Überwachung innerhalb des Krankenhauses einer Strategie in Bezug auf:
  - a) die Standardmaßnahmen im Hinblick auf die Vorbeugung der Übertragung infektiöser Keime,
  - b) die Isolierung infizierter Patienten zur Eindämmung der Übertragung infektiöser Krankheiten,
  - c) die Überwachung nosokomialer Infektionen anhand von Indikatoren, die es ermöglichen, die Auswirkungen dieser Krankheiten in der Einrichtung zu verfolgen und zu reduzieren,
2. die Ausarbeitung einer Strategie zur Bekämpfung von Epidemien,
3. die Überwachung der hygienebezogenen Aspekte im Rahmen der Krankenhausaktivitäten, wie:
  - a) die Bau- oder Umbauarbeiten,
  - b) die Tätigkeiten im Operationsbereich oder im Kreißaal,
  - c) den Ankauf von Materialien,
4. die Umsetzung der von offiziellen Instanzen wie zum Beispiel dem Hohen Gesundheitsrat ausgearbeiteten Leitlinien und Empfehlungen,
5. den Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen im Rahmen einer Zusammenarbeitsplattform in Sachen Krankenhaushygiene im Sinne von Artikel 56 § 3 des Königlichen Erlasses vom 25. April 2002 über die Festlegung und die Ausgleiche des Finanzmittelhaushalts der Krankenhäuser.

Das Team erstellt einen allgemeinen strategischen Plan sowie ein jährliches Aktionsprogramm, einen jährlichen Tätigkeitsbericht und einen jährlichen Bericht über die Arbeitsweise des Teams.

c) Der Ausschuss für Krankenhaushygiene

Der Ausschuss für Krankenhaushygiene setzt sich mindestens zusammen aus:

1. dem Krankenhausdirektor,
2. dem Team für Krankenhaushygiene,
3. einem Krankenhausapotheker,
4. einem Mikrobiologen,
5. dem Chefarzt,
6. dem Chef der Krankenpflegeabteilung,
7. drei in der Einrichtung beschäftigten Ärzten, die vom Ärzterat bestimmt werden,
8. drei in der Einrichtung beschäftigten Krankenpflegern, die vom Chef der Krankenpflegeabteilung bestimmt werden.

Der Ausschuss für Krankenhaushygiene nimmt mindestens folgende Aufgaben wahr:

1. die Besprechung und Billigung des allgemeinen strategischen Plans und des jährlichen Aktionsprogramms, die vom Team erstellt wurden,
2. die Besprechung und Billigung des vom Team erstellten jährlichen Tätigkeitsberichts,
3. die Besprechung und Billigung des Jahresberichts über die Arbeitsweise des Teams,
4. die Besprechung und Billigung der Budgets und Kostenschätzungen,
5. die Koordinierung der Zuweisung von Aufträgen in Bezug auf:
  - a) die Kontrolle der Sterilisationstechniken,
  - b) den Einsatz von Antibiotika,
  - c) die Ausarbeitung von Leitlinien und die Überwachung in Sachen:
    - Verfahren für das Waschen und Verteilen der Wäsche,
    - Hygiene bei der Zubereitung und Verteilung von Nahrung, sowohl in der Küche als auch in der Milchküche,
    - Methoden der Sammlung und Entsorgung des Krankenhausmülls,
  - d) die Erstellung einer Geschäftsordnung für den Operationsbereich, die Entbindungsabteilung und gegebenenfalls für die Risikodienste.

Alle im Ausschuss gefassten Beschlüsse werden in einem Register festgehalten und dem Krankenhausdirektor zur Kenntnisnahme vorgelegt. Das Register kann außerdem vom zuständigen Arzt-Inspektor eingesehen werden.

Der Ausschuss versammelt sich jährlich mindestens vier Mal.

Der Ausschuss bestimmt unter seinen Arzt-Mitgliedern einen Präsidenten.

Der Ausschuss kann die vom behandelten Themenbereich betroffenen Dienstleiter einladen.

Der Ausschuss kann auf Berater zurückgreifen.]]

*9ter.* Lokale Ethik-Kommission des Krankenhauses

Jedes Krankenhaus muss über eine lokale Ethik-Kommission des Krankenhauses, nachstehend "die Kommission" genannt, verfügen.

Im Falle einer zugelassenen Krankenhausgruppierung, wie bestimmt in Artikel 69 Nr. 3 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, kann sich entschieden werden für:

1. entweder eine gemeinsame Kommission für alle Krankenhäuser der Gruppierung,
2. oder eine getrennte Kommission für jedes Krankenhaus der Gruppierung.
3. Unter Vorbehalt der Anwendung von Nr. 1 werden die Krankenhäuser, die in Artikel 5 §§ 4 und 5 des Königlichen Erlasses vom 10. August 1987 zur Festlegung der Regeln für die Zusammensetzung und die Arbeitsweise des Ärzterates erwähnt sind, von der Verpflichtung, eine Kommission einzurichten, befreit, unter der Bedingung, dass jedes dieser Krankenhäuser sich an die Kommission eines anderen Krankenhauses bindet, und zwar über eine Vereinbarung, auf deren Grundlage es sich für alle Aufträge, die unter der Rubrik «Aufträge» des vorliegenden Erlasses definiert sind, an diese Kommission wenden kann.

## Zusammensetzung

Die Kommission setzt sich aus mindestens 8 und höchstens 15 Mitgliedern zusammen, die beide Geschlechter vertreten und von denen:

- die Mehrheit an das Krankenhaus oder an die Krankenhausgruppierung gebundene Ärzte sind,
- mindestens ein Mitglied ein nicht an das Krankenhaus oder an die Krankenhausgruppierung gebundener Hausarzt ist,
- mindestens ein Mitglied auch Mitglied des Krankenpflegepersonals des Krankenhauses oder der Krankenhausgruppierung ist,
- ein Mitglied Jurist ist.

Interessenten, die zum Krankenhaus oder zur Krankenhausgruppierung gehören, oder von außerhalb können als Mitglieder der Kommission bestimmt werden.

Die Eigenschaft als Mitglied der Kommission ist unvereinbar mit der Funktion:

- des Krankenhausdirektors,
- des Chefarztes,
- des Präsidenten des Ärzterats,
- des Chefs der Krankenpflegeabteilung.

## Arbeitsweise

Die Kommission legt ihre Geschäftsordnung fest. Das Mandat eines Kommissionsmitglieds hat eine Dauer von vier Jahren und ist erneuerbar.

Die Kommissionsmitglieder werden vom Verwalter des Krankenhauses oder der Krankenhausgruppierung bestimmt:

- was die Ärzte betrifft: auf Vorschlag des Ärzterats des Krankenhauses oder der Ärzteräte der Krankenhausgruppierung,
- was den/die Krankenpfleger betrifft: auf Vorschlag des Chefs der Krankenpflegeabteilung des Krankenhauses oder der Chefs der Krankenpflegeabteilungen der Krankenhausgruppierung.

Die Kommission versammelt sich mindestens ein Mal pro Quartal unter Ausschluss der Öffentlichkeit.

Sie erstellt einen jährlichen Tätigkeitsbericht, der mindestens Folgendes umfassen muss:

- eine quantitative Bewertung der Tätigkeit der Kommission,
- die Liste der behandelten Themen.

## Aufträge

Die Kommission übt folgende Funktionen aus, wenn sie darum gebeten wird:

1. eine begleitende und Rat gebende Funktion in Bezug auf ethische Aspekte der Ausübung der Krankenhauspflege,
2. eine unterstützende Funktion in Bezug auf ethische Entscheidungen in individuellen Fällen,
3. eine Stellung nehmende Funktion in Bezug auf alle Protokolle in Sachen Experimente am Menschen.

Der Antrag kann von jedem Personalmitglied des Krankenhauses oder der Krankenhausgruppierung und von jedem Arzt ausgehen.

Die Stellungnahmen und Ratschläge der Kommission sind vertraulich und nicht bindend und werden in einem mit Gründen versehenen Bericht festgehalten, der ausschließlich an den Antragsteller übermittelt wird und die verschiedenen Standpunkte der Kommissionsmitglieder umfasst.

Die Kommission kann durch einen mit Gründen versehenen Beschlusses sich weigern, einem Antrag Folge zu leisten.]

*9quater.* Schutz des Privatlebens bei der Verarbeitung personenbezogener Daten von Patienten, insbesondere medizinischer Daten

a) Jedes Krankenhaus muss, was die Verarbeitung personenbezogener Daten von Patienten, insbesondere medizinischer Daten, betrifft, über eine Regelung in Bezug auf den Schutz des Privatlebens verfügen.

b) Die Bestimmungen dieser Regelung in Bezug auf die persönlichen Rechte müssen den Patienten mitgeteilt werden; gleichzeitig müssen ihnen die Daten notifiziert werden, die in Artikel 4 des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten erwähnt sind.

c) Für jede Verarbeitung wird in der Regelung zumindest Folgendes angegeben:

- die Zweckbestimmung der Verarbeitung,
- gegebenenfalls das Gesetz, das Dekret, die Ordonnanz oder der Verordnungsakt mit dem Beschluss zur Durchführung der automatisierten Verarbeitung,
- die Identität und die Adresse des Dateiverwalters und der Person, die in seinem Namen auftreten kann,
- der Name des unter Buchstabe f) erwähnten Arztes,
- der Name des unter Buchstabe g) erwähnten Sicherheitsberaters,



- die Identität und die Adresse des (der) Bearbeiter(s),
- die Rechte und Pflichten des (der) Bearbeiter(s),
- die Kategorien Personen, die Zugang haben zu den personenbezogenen medizinischen Daten der Verarbeitung oder ermächtigt sind, diese zu erhalten;
- die Kategorien Personen, deren Daten Gegenstand einer Verarbeitung sind,
- die Art der verarbeiteten Daten und die Weise ihrer Erhebung,
- die Organisation der Verbindung der zu verarbeitenden medizinischen Daten,
- das Verfahren, nach dem die Daten bei Bedarf anonymisiert werden,
- die Sicherungsverfahren, um eine zufällige oder unerlaubte Vernichtung von Daten, einen zufälligen Verlust von Daten oder den unerlaubten Zugang zu Daten und die unerlaubte Änderung oder Verbreitung von Daten zu vermeiden,
- der Zeitraum, über den hinaus Daten gegebenenfalls nicht mehr aufbewahrt, verwendet oder verbreitet werden dürfen,
- die Kombinationen und Verknüpfungen von Daten oder jede andere Form des Vergleichs von Daten, die verarbeitet werden,
- die Querverbindungen und das Abrufen von Daten,
- die Fälle, in denen Daten gelöscht werden,
- die Art und Weise, wie die Patienten ihre im Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten erwähnten Rechte ausüben können.

d) In der in § 1 erwähnten Regelung ist auch die vom Ausschuss für den Schutz des Privatlebens zugeteilte Kennnummer der Verarbeitung, auf die sich die Regelung bezieht, angegeben und diese Kennnummer wird dem Ausschuss für die Überwachung und Auswertung statistischer Daten im Zusammenhang mit den medizinischen Aktivitäten in Krankenhäusern binnen 30 Tagen nach Inkrafttreten des vorliegenden Artikels übermittelt. Alle an der vorerwähnten Regelung vorgenommenen Änderungen müssen dem Ausschuss für die Überwachung und Auswertung statistischer Daten im Zusammenhang mit den medizinischen Aktivitäten in Krankenhäusern binnen 30 Tagen nach ihrer Ratifizierung durch die zuständigen Instanzen des Organisationsträgers übermittelt werden.

e) Der Ausschuss für die Überwachung und Auswertung statistischer Daten im Zusammenhang mit den medizinischen Aktivitäten in Krankenhäusern stellt dem Ausschuss für den Schutz des Privatlebens die unter Buchstabe a) erwähnten Regelungen bereit und lässt ihm alle sechs Monate die aktualisierte Liste der erhaltenen Regelungen und der Änderungen von Regelungen, die er bereits erhalten hat, zukommen.

f) Der Dateiverwalter bestimmt den Arzt, der die in Artikel 7 Absatz 1 [sic, zu lesen ist: Artikel 7 § 4 Absatz 1] des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten erwähnte Verantwortung und Überwachung ausübt.

g) Der Dateiverwalter bestimmt einen Sicherheitsberater, der mit der Sicherheit der Daten beauftragt ist. Der Sicherheitsberater berät den für die tägliche Geschäftsführung Verantwortlichen, was alle Aspekte der Datensicherheit betrifft. Der Auftrag des Sicherheitsberaters kann von Uns näher beschrieben werden.]

[9quinquies. Transfusionsausschuss des Krankenhauses

a) Einrichtung

Jedes allgemeine Krankenhaus muss über einen Transfusionsausschuss - nachstehend "der Ausschuss" genannt - verfügen, der mit der Festlegung, der Überwachung und der Verbesserung der Transfusionspolitik des Krankenhauses beauftragt ist.

Der Krankenhausverwalter kann beschließen, den Transfusionsausschuss in den medizinisch-pharmazeutischen Ausschuss, wie erwähnt in Artikel 24 § 1 des Königlichen Erlasses vom 4. März 1991 zur Festlegung der Normen, denen eine Krankenhausapotheke entsprechen muss, um zugelassen zu werden, zu integrieren. Gegebenenfalls werden die Befugnisse des Transfusionsausschusses durch den vorerwähnten medizinisch-pharmazeutischen Ausschuss ausgeübt.

Im Falle einer zugelassenen Gruppierung, wie erwähnt in Artikel 69 Nr. 3 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser, kann sich entschieden werden für:

1. entweder einen gemeinschaftlichen Ausschuss für alle Krankenhäuser der Gruppierung
2. oder einen getrennten Ausschuss für jedes Krankenhaus der Gruppierung.

Unbeschadet der Anwendung des vorhergehenden Absatzes werden die Krankenhäuser, die in Artikel 5 §§ 4 und 5 des Königlichen Erlasses vom 10. August 1987 zur Festlegung der Regeln für die Zusammensetzung und die Arbeitsweise des Ärzterates in Ausführung der Artikel 24, 25 und 26 des Gesetzes vom 23. Dezember 1963 über die Krankenhäuser erwähnt sind, von der Verpflichtung, einen Ausschuss zu errichten, befreit, unter der Bedingung, dass das betreffende Krankenhaus sich auf der Grundlage eines mit einem anderen Krankenhaus abgeschlossenen Abkommens an den Ausschuss dieses anderen Krankenhauses bindet und dieser Ausschuss somit auch für das betreffende Krankenhaus zuständig wird.

b) Zusammensetzung und Arbeitsweise

1. Der Ausschuss setzt sich zusammen aus:

- dem Chefarzt,
- dem Chef der Krankenpflegeabteilung,
- [der Person, die die Leitung der Krankenhausblutbank, wie erwähnt in Artikel 1 Nr. 1 des Königlichen Erlasses vom 17. Februar 2005 zur Festlegung der Normen, denen eine Krankenhausblutbank entsprechen muss, um zugelassen zu werden, innehat und für die Lagerung und die Abgabe von Blut und Blutderivaten im Krankenhaus sorgt,]

- mindestens drei Ärzten verschiedener Fachbereiche, die im Krankenhaus arbeiten und für einen auf Vorschlag des Ärzterates erneuerbaren Zeitraum von vier Jahren im Krankenhaus bestimmt sind,

- dem Krankenhausapotheker-Inhaber,

- dem Vertreter des Bluttransfusionszentrums, das für die normale Bevorratung des Krankenhauses sorgt.

2. Der Ausschuss bestimmt unter seinen Mitgliedern einen Präsidenten.

3. Der Ausschuss legt eine Geschäftsordnung fest.

4. Der Ausschuss versammelt sich jährlich mindestens zwei Mal.

5. Der Ausschuss ist verpflichtet, die vom behandelten Themenbereich betroffenen Dienstleiter einzuladen.

6. Der Ausschuss kann auf Berater zurückgreifen.

## c) Aufträge

Der Ausschuss hat folgende Aufträge:

1. durch die Anwendung von Leitlinien, die er selbst aufgestellt hat, im Rahmen des Krankenhauses für eine wissenschaftlich begründete, sichere und qualitätsbetonte Transfusionspolitik zu sorgen.

Diese Leitlinien betreffen unter anderem:

- 1) die Indikationen und die damit verbundenen Verschreibungen,
- 2) die Blutprobeentnahmen,
- 3) die Verfahren in Sachen Entgegennahme labiler Blutprodukte, die Konservierungsbedingungen und den krankenhausesinternen Transport,
- 4) die Verabreichung labiler Blutprodukte (Verfahren vor der Transfusion, Beobachtung während der Transfusion, Informationen in Bezug auf kritische Symptome),
- 5) die Meldung vermiedener und tatsächlicher Abweichungen von den für Transfusionen vorgeschriebenen Verfahren,
- 6) die Information von Patient und Hausarzt über die in Nr. 5 erwähnten tatsächlichen Abweichungen,
- 7) die Überwachung der Empfänger nach der Transfusion und die Information von Patienten und Hausärzten,
2. die in Nr. 1 erwähnten Leitlinien in einem Transfusionshandbuch zu sammeln,
3. allen betroffenen Personen im Krankenhaus das unter Nummer 2 erwähnte Transfusionshandbuch zukommen zu lassen oder zur Verfügung zu stellen,
4. die Durchführung wissenschaftlicher Studien in Sachen Transfusionspolitik zu fördern und daran teilzunehmen,
5. Informationen aus der nationalen und internationalen Fachliteratur zu verbreiten, insbesondere die wissenschaftlichen Informationen in Sachen Transfusion, die die Praxis verändern,
6. eine Qualitätskontrolle, insbesondere ein Hämovigilanzsystem zu organisieren. Dabei geht es unter anderem darum:
  - a) die Daten des Krankenhauses in Bezug auf die Nebenwirkungen, die auf labile Blutprodukte oder angewandte Verfahren zurückzuführen sind, zu analysieren,
  - b) die betroffenen Personen über besagte Nebenwirkungen zu informieren.

Das setzt voraus, dass der medizinischen Akte des Patienten ein Dokument beigelegt wird, wie erwähnt in Artikel 2 § 1 Nr. 10 des Königlichen Erlasses vom 3. Mai 1999 zur Festlegung der allgemeinen Mindestbedingungen, denen die in Artikel 15 des am 7. August 1987 koordinierten Gesetzes über die Krankenhäuser erwähnte medizinische Akte genügen muss,

7. das Personal auf dem Gebiet der Transfusion aus- und fortzubilden.

d) Kontrolle der Aktivitäten des Ausschusses

Die vom Ausschuss getroffenen Maßnahmen müssen in einem Register, das vom zuständigen Arzt-Inspektor eingesehen werden kann, festgehalten werden.]

[9sexies. Jedes allgemeine Krankenhaus muss über ein System verfügen, das es ermöglicht, jede einzelne Einheit Blut oder Blutderivat, die das Krankenhaus erhält, eindeutig zu identifizieren und dadurch jede Einheit Blut oder Blutderivat vom Spender bis zur endgültigen Bestimmung und umgekehrt zu verfolgen. Jedes allgemeine Krankenhaus muss außerdem über ein Verfahren verfügen für die Registrierung und Notifizierung der vermuteten ersten unerwünschten Reaktionen, die während und nach der Transfusion bei Patienten auftreten und auf die Qualität oder Sicherheit des Bluts oder der Blutderivate zurückzuführen sind, und für die Registrierung und Notifizierung ernster Zwischenfälle im Zusammenhang mit der Lagerung, Verteilung und Kompatibilitätstestung von Blut und Blutderivaten, wenn diese Zwischenfälle die Qualität oder Sicherheit des Bluts oder der Blutderivate beeinträchtigen können.

Für Blut und Blutderivate, die in Zusammenhang mit einer oben erwähnten Notifizierung gebracht werden können, muss außerdem ein schnelles und überprüfbares Verfahren ausgearbeitet werden, das es ermöglicht, das Blut oder die Blutderivate aus dem Verkehr zu ziehen.]

10. Es muss täglich eine Arztvisite stattfinden.

11. Die Direktion der Einrichtung muss sich von einem Doktor der Medizin beistehen lassen, der vorzugsweise von seinen Kollegen ausgewählt wird; er ist technischer Berater der Direktion und ihr gegenüber für den technischen Betrieb, für die Sicherheitsmaßnahmen für Personal und Patienten und für die Anwendung der deontologischen Regeln und der Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen verantwortlich.

12. [Pro Pflegeeinheit wird ein Chefkrankenschwäger bestimmt. Der Chefkrankenschwäger ist graduiertes Krankenschwäger oder Hebammen oder Bachelor in Krankenpflege oder Bachelor in Entbindungspflege und hat eine zusätzliche Ausbildung als Führungskraft im Gesundheitswesen oder eine zusätzliche Ausbildung universitären Niveaus - Master in Krankenpflege und Geburtshilfe[, Master im Bereich Management und Politik der Gesundheitspflege] oder Master in Volksgesundheit - absolviert.

Diese Ausbildung muss im Zusammenhang stehen mit der Leitung eines Krankenschwägerenteams.

Der Chefkrankenschwäger arbeitet an der Integrierung der krankenschwägerischen Tätigkeit in die Gesamtheit der Krankenhausaktivität mit und erfüllt seinen Auftrag unter der hierarchischen Amtsgewalt des Chefs der Krankenschwägerabteilung und in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Personen, die für die unterschiedlichen Aspekte der krankenschwägerischen Aktivität der Einheit verantwortlich sind.

An allen Tagen im Jahr muss neben der Anwesenheit des Chefkrankenschwägers ständig pro Einheit und für höchstens 30 Patienten die Anwesenheit eines graduierten oder brevetierten Krankenschwägers oder eines Bachelors in Krankenpflege oder eines Bachelors in Entbindungspflege gewährleistet sein, damit die Kontinuität und die Qualität der Pflege gesichert bleiben.

Das Verhältnis zwischen Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung muss in Absprache mit dem Chef der Krankenschwägerabteilung des Krankenhauses festgelegt werden, damit die Kontinuität und die Qualität der Pflege gesichert bleiben.

Die Krankenschwägerarbeit innerhalb der Einheiten muss so organisiert werden, dass jederzeit feststellbar ist, welcher Krankenschwäger für einen bestimmten Patienten zuständig ist.]

[Der für die Volksgesundheit zuständige Minister kann die Liste der Diplome erweitern, die für die Ausübung der in Absatz 1 erwähnten Funktion des Chefkrankenschwägers in Betracht kommen.]

[12bis. [...]]

[12ter. Die Stundenplanregelungen für Krankenpfleger, in denen auch der krankenhausinterne Bereitschaftsdienst rund um die Uhr unter der Leitung eines Vorgesetzten festgelegt wird, müssen schriftlich aufgestellt werden. Außerdem muss es ein schriftlich festgehaltenes Verfahren geben, in dem die Handlungsweise bei internen Notfällen festgelegt wird.]

[12quater. [Der Chef der Krankenpflegeabteilung, die dienstleitenden Krankenpfleger und die Chefkrankenschwestern müssen an einer Weiterbildung teilnehmen, die über einen Zeitraum von vier Jahren mindestens 60 Stunden umfasst, um ihre Kenntnisse und Kompetenzen in folgenden Bereichen zu unterhalten:

- im Bereich der Rechtsvorschriften über die Krankenhäuser, darin einbegriffen die Rechtsvorschriften in Bezug auf die Finanzierung der Krankenhäuser,
- im Bereich der auf das Personal bezogenen Organisation und Verwaltung, darin einbegriffen das Coaching,
- im Bereich der sozialen Rechtsvorschriften,
- im Bereich der Grundsätze der Betriebsführung,
- im Bereich der Epidemiologie,
- im Bereich der Verwaltung von Krankenhausdaten,
- im Bereich der Effizienz und Qualität der Pflege.]

[12quinquies. § 1 - Jedes Krankenhaus verfügt über ein mobiles Personalmitgliederteam, das nicht an eine architektonische, strukturelle oder funktionelle Einheit gebunden ist.

§ 2 - Dieses mobile Team, das sich aus Krankenpflegern und Pflegehelfern zusammensetzt, wird der Krankenpflegeabteilung zugewiesen und steht unter der Verantwortung des Chefs der Krankenpflegeabteilung.

§ 3 - Das mobile Team besteht zu mindestens 70 % aus Krankenpflegern.

Das Personal des mobilen Teams wird über die bestehenden Zulassungs- und Finanzierungsnormen hinaus angeworben.

Personal, für das eine andere öffentliche Finanzierung vorgesehen ist, kommt für die Bildung des mobilen Teams nicht in Betracht.

Das mobile Team darf auf keinen Fall dazu dienen, die Mindestbetreuungsnormen der Dienste, Funktionen, Abteilungen, Pflegeprogramme und der medizinisch-technischen und technischen Dienste zu erreichen.

Die Anwerbung der Mitglieder des mobilen Teams wird wie folgt festgelegt:

1. zum 1. Januar 1999:

a) was die allgemeinen Krankenhäuser betrifft: 0,5 Personalmitglied pro Gruppe von 30 C-, D-, E-, H\*- und Sp-Betten,

b) was die psychiatrischen Krankenhäuser betrifft: 0,5 Personalmitglied pro Gruppe von 30 T-Betten,

2. zum 1. Januar 2000:

unbeschadet der in Nr. 1 erwähnten Bestimmungen: 0,5 Personalmitglied zusätzlich nach den in Nr. 1 beschriebenen Kriterien.

§ 4 - Der Chef der Krankenpflegeabteilung erstellt den Entwurf eines Zuweisungsplans mit Bezug auf Umfang, Zusammensetzung, Ort und Modus der Zuweisung des besagten mobilen Teams und legt dem Betriebsrat oder, in Ermangelung dessen, der Gewerkschaftsvertretung, für die privaten Einrichtungen, oder dem betreffenden Konzertierungsausschuss, für die öffentlichen Einrichtungen, diesen Entwurf zur Stellungnahme vor.

Der Zuweisungsplan wird bei der Bildung des mobilen Teams und danach auf Jahresbasis sowie bei Änderungen von Umfang, Zusammensetzung, Ort und Modus der Zuweisung des mobilen Teams vom Chef der Krankenpflegeabteilung erstellt.

Der Chef der Krankenpflegeabteilung erstattet dem Betriebsrat oder, in Ermangelung dessen, der Gewerkschaftsvertretung, für die privaten Einrichtungen, oder dem betreffenden Konzertierungsausschuss, für die öffentlichen Einrichtungen, Bericht über den Zuweisungsplan. Dieser Bericht kann von den Behörden, die für die Zulassung zuständig sind, angefordert werden.

§ 5 - Alle Personalmitglieder des oben erwähnten mobilen Teams müssen in den Pflegeeinheiten, im Operationsbereich, in der Funktion "spezialisierte Notfallpflege" oder im Gipsbereich eingesetzt werden. Ort und Modus der Zuweisung können vom Chef der Krankenpflegeabteilung nach dem in § 4 erwähnten Verfahren frei bestimmt werden, und zwar in Anbetracht der Notwendigkeit:

1. Personal dauerhafter in den vorerwähnten Diensten und Funktionen mit einem höheren Bedarf an Pflege, der eine höhere Arbeitsbelastung mit sich bringt, einzusetzen,
2. einen plötzlichen Anstieg des Pflegebedarfs und der Arbeitslast zu bewältigen,
3. Krankenpfleger und Pflegehelfer, die krank oder in der Ausbildung sind, zu ersetzen und spezifische krankenschwernerische Funktionen, wie zum Beispiel die Bezugskrankenpfleger, zu ersetzen und ihnen beizustehen.]
13. Es muss ausreichend Unterhaltungspersonal vorhanden sein.

[14. Jedes Krankenhaus muss über einen Aktionsplan verfügen, um interne schwerwiegende Unfälle bewältigen zu können.

Außerdem muss jedes Krankenhaus - mit Ausnahme der psychiatrischen Krankenhäuser, der Krankenhäuser, die nur Dienste für die Behandlung von Patienten mit langwierigen Erkrankungen (Kennbuchstabe V) haben, und der Krankenhäuser, die nur spezialisierte Dienste (Kennbuchstabe S) mit oder ohne vorerwähnte V-Dienste oder gewöhnliche Krankenhausdienste (Kennbuchstabe H) oder neuropsychiatrische Dienste für die Behandlung Erwachsener (Kennbuchstabe T) haben - über einen Aktionsplan verfügen, um schwerwiegende Unfälle außerhalb des Krankenhauses bewältigen zu können.

In jedem Krankenhaus muss ein ständiger Ausschuss unter der Leitung des Chefarztes mit der Aufstellung, Aktualisierung und Validierung des Plans beauftragt sein.

Dieser Aktionsplan mit der allgemeinen Bezeichnung "Alarmierung der Krankenhausdienste" muss dem Gouverneur der Provinz, in der die Einrichtung sich befindet, zur Billigung vorgelegt werden. Der Plan muss auf folgende Punkte eingehen:



a) auf die Bildung, Zusammensetzung und Arbeitsweise eines Koordinierungs- und Kommandobüros, das beauftragt ist, den Einsatz zu leiten, Informationen über das Unglück zu sammeln, über das Erwidervermögen der Einrichtung zu entscheiden, den Plan gegebenenfalls anzupassen und die Beziehungen mit den Familien, den Behörden und der Presse zu gewährleisten,

b) auf die Ebenen und verschiedenen Phasen des internen Einsatzes und den entsprechendem Personalbestand, die Art und Weise der Erwidern und die damit verbundenen logistischen Mittel sowie auf die Bestimmung der Personen, die ermächtigt sind, den Plan oder eine Phase des Plans einzuschalten,

c) auf die Bestimmung der Räumlichkeiten für die Sichtung, die Überwachung und die Behandlung der Opfer je nach Dringlichkeitsgrad sowie auf die Bestimmung der Räumlichkeiten für die Presse, die Familien, die Behörden und die sterblichen Überreste der Opfer,

d) auf die Modalitäten für die Identifizierung der Opfer,

e) auf das Organigramm und die Modalitäten der Arbeitseinteilung und -neuzuweisung für die Personalbestände je nach Ebene und Phase der Erwidern,

f) auf die Liste einerseits der Krankenhausärzte und aller Kategorien von Krankenhausbediensteten, die abrufbar und sofort verfügbar sein müssen, und andererseits der Ärzte und aller Kategorien von Bediensteten, die abrufbar sind, sowie auf die für deren Abruf geltenden Modalitäten,

g) auf die logistischen Maßnahmen zur Anwendung des Plans und insbesondere auf den Einsatz von Material, Arzneimitteln und Notvorräten, auf die Maßnahmen in Sachen Vorräte an Blut und Blutderivaten sowie auf die Maßnahmen mit Bezug auf den Notdienst, den Dienst für Intensivbehandlung, den Operationsbereich, den Radiologiedienst und das Labor,

h) auf die Maßnahmen zum Schutz der Opfer, des Personals, der Räumlichkeiten und des Materials bei Kontaminationen sowie auf die nachfolgend anzuwendenden Dekontaminationsverfahren und -techniken,

i) auf die Vorschriften mit Bezug auf die Bewegungsabläufe innerhalb der Einrichtung und die Kontrolle der unmittelbaren Umgebung,

j) auf die praktischen Modalitäten für die Einrichtung eines Büros für den Empfang und die psychosoziale Betreuung der Familien,

k) auf die Möglichkeit, die Kommunikationsmittel auszuweiten, deren Netze auszubauen und den Empfang und die Verbreitung von Informationen zu zentralisieren,

l) auf die Vorschriften in Sachen Zusammenarbeit mit der Gemeinde- und Provinzbehörde im Hinblick auf die Integrierung der Einrichtung in den kommunalen oder provinziellen Noteinsatzplan, wie vorgesehen in den Rechtsvorschriften in Sachen Zivilschutz,

m) auf die Beschreibung der Anwendung des Plans in Form einer synoptischen Tabelle,

n) auf einen Leitfaden mit den Anweisungskarten für die verschiedenen Arten von Krankenhausdiensten und Krankenhauspersonal,

o) auf die Mittel für die Ausbildung der Ärzte und aller anderen Personalmitglieder,

p) auf die Modalitäten und die Periodizität der Übungen, die eine Validierung oder Anpassung des Plans ermöglichen,

q) auf die Vorschriften, nach denen die im Krankenhaus aufgenommenen Patienten und das Personal in Sicherheit gebracht und krankenhausintern oder -extern evakuiert werden,

r) auf die Kapazität zur Aufnahme von Opfern, ausgedrückt in tatsächlicher Versorgungs- und Behandlungskapazität, sowie auf die Unterbringungskapazität.

Jeder Dienst und jedes Personalmitglied muss über seine Anweisungskarten verfügen und auch über seinen Auftrag im Rahmen dieses Plans informiert sein.]

[Römisch III:

- Nr. 1bis eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 1. Juli 1976 (B.S. vom 14. September 1976), aufgehoben durch Art. 29 des K.E. vom 4. März 1991 (B.S. vom 23. März 1991) und wieder aufgenommen durch Art. 2 des K.E. vom 29. April 1999 (B.S. vom 6. Oktober 1999); Abs. 1 abgeändert durch Art. 34 Nr. 2 des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 16. August 1996);

- Nr. 2 ersetzt durch Art. 1 des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 28. August 2006); Abs. 1 abgeändert durch Art. 1 Nr. 1 des K.E. vom 26. April 2007 (I) (B.S. vom 4. Juni 2007) und Art. 1 Nr. 1 des K.E. vom 26. April 2007 (II) (B.S. vom 7. Juni 2007); Abs. 3 abgeändert durch Art. 1 Nr. 2 des K.E. vom 26. April 2007 (I) (B.S. vom 4. Juni 2007) und Art. 1 Nr. 2 des K.E. vom 26. April 2007 (II) (B.S. vom 7. Juni 2007); Abs. 4 abgeändert durch Art. 1 Nr. 3 des K.E. vom 26. April 2007 (I) (B.S. vom 4. Juni 2007) und Art. 1 Nr. 3 des K.E. vom 26. April 2007 (II) (B.S. vom 7. Juni 2007); Abs. 5 abgeändert durch Art. 1 Nr. 4 des K.E. vom 26. April 2007 (I) (B.S. vom 4. Juni 2007) und Art. 1 Nr. 4 des K.E. vom 26. April 2007 (II) (B.S. vom 7. Juni 2007); Abs. 11 eingefügt durch Art. 1 Nr. 5 des K.E. vom 26. April 2007 (I) (B.S. vom 4. Juni 2007) und Art. 1 Nr. 5 des K.E. vom 26. April 2007 (II) (B.S. vom 7. Juni 2007);

- Nr. 5 ersetzt durch Art. 1 des K.E. vom 12. Januar 1970 (B.S. vom 11. Februar 1970);

- Nr. 9bis eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 24. April 1974 (B.S. vom 19. Juli 1974) und ersetzt durch Art. 1 des K.E. vom 26. April 2007 (III) (B.S. vom 7. Juni 2007);

- Nr. 9ter eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 12. August 1994 (B.S. vom 27. September 1994);

- Nr. 9quater eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 16. Dezember 1994 (B.S. vom 31. Januar 1995);

- Nr. 9quinquies eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 16. April 2002 (B.S. vom 2. Juli 2002); Unterteilung b) Nr. 1 dritter Gedankenstrich ersetzt durch Art. 1 des K.E. vom 17. Februar 2005 (B.S. vom 25. Februar 2005);

- Nr. 9sexies eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 17. Oktober 2006 (B.S. vom 3. November 2006);

- Nr. 12 ersetzt durch Art. 2 des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 28. August 2006); Abs. 1 abgeändert durch Art. 2 Nr. 1 des K.E. vom 26. April 2007 (I) (B.S. vom 4. Juni 2007) und Art. 2 Nr. 1 des K.E. vom 26. April 2007 (II) (B.S. vom 7. Juni 2007); Abs. 7 eingefügt durch Art. 2 Nr. 2 des K.E. vom 26. April 2007 (I) (B.S. vom 4. Juni 2007) und Art. 2 Nr. 2 des K.E. vom 26. April 2007 (II) (B.S. vom 7. Juni 2007);

- Nr. 12bis eingefügt durch Art. 3 des K.E. vom 14. August 1987 (B.S. vom 25. August 1987) und aufgehoben durch Art. 13 des K.E. vom 27. April 2007 (B.S. vom 4. Juni 2007);
- Nr. 12ter eingefügt durch Art. 3 des K.E. vom 14. August 1987 (B.S. vom 25. August 1987);
- Nr. 12quater eingefügt durch Art. 3 des K.E. vom 14. August 1987 (B.S. vom 25. August 1987) und ersetzt durch Art. 3 des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 28. August 2006);
- Nr. 12quinquies eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 15. Februar 1999 (B.S. vom 28. April 1999);
- Nr. 14 eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 17. Oktober 1991 (B.S. vom 6. Dezember 1991)]

#### **Sondernormen für gewöhnliche Krankenhausdienste (Kennbuchstabe H)**

Die Zulassung bestimmter Einrichtungen kann unter diesem besonderen Kennbuchstaben erfolgen, sofern diese Einrichtungen den auf alle Einrichtungen anwendbaren architektonischen, funktionellen und organisatorischen Normen genügen.

#### **Sondernormen für Dienste für Diagnostik und medizinische Behandlung (Kennbuchstabe D)**

##### I. Architektonische Normen

Über die allgemeinen Normen hinaus müssen die Dienste über einen Untersuchungsraum für den Facharzt verfügen.

##### II. Funktionelle Normen

1. Ein Dienst für Diagnostik und medizinische Behandlung muss verfügen über:

- a) eine ortsfeste Anlage für Radiodiagnostik mit angemessenen Schutzvorrichtungen,
  - b) ein Labor für klinische Analysen,
  - c) die Apparatur für gewöhnliche ärztliche Diagnoseverfahren, durch die es unter anderem möglich ist, eine elektrokardiologische Untersuchung, eine Messung des Basisstoffwechsels usw. vorzunehmen.
2. Die Patienten müssen mit Diätkost versorgt werden können.
3. Es muss jederzeit möglich sein, allen Patienten Sauerstoff zu verabreichen; außerdem müssen Patienten binnen kürzester Frist eine Bluttransfusion bekommen können.

##### III. Organisatorische Normen

Die Patienten müssen unter der regelmäßigen Überwachung eines Facharztes für innere Medizin stehen.

Bei unvorhergesehener Verschlechterung muss Notfallpflege gewährleistet sein.

#### **Sondernormen für Dienste für Diagnostik und chirurgische Behandlung (Kennbuchstabe C)**

##### I. Architektonische Normen

Über die allgemeinen Normen hinaus muss der Dienst für Chirurgie über einen Operationsbereich verfügen, der vom Hospitalisationsbereich und von den internen Bewegungsstrukturen der Einrichtung getrennt ist.

1. Der Operationsbereich muss Folgendes umfassen:

- a) mindestens zwei Operationssäle, wobei einer den schwierigen oder aseptischen Fällen und der andere den leichteren oder septischen Fällen vorbehalten ist.

Diese Säle werden aus harten, feuerfesten, undurchlässigen und abwaschbaren Materialien gefertigt.

Vorsorglich müssen alle Maßnahmen getroffen werden gegen die von den betäubenden Gasen ausgehende Explosionsgefahr.

Die Heizung muss so ausgelegt sein, dass bei jedem Wetter eine Temperatur von 25 bis 28° C erreicht werden kann; in diesen Sälen sind offenes Feuer oder mit Schornsteinen funktionierende Systeme verboten.

Neben Tageslicht muss eine künstliche Beleuchtung vorhanden sein, die das Operieren ohne Schlagschatten ermöglicht; diese Beleuchtung wird durch eine Notbeleuchtung ergänzt, die bei Stromausfall eingesetzt wird und ständig einsatzbereit sein muss,

- b) einen Sterilisationsraum,
- c) einen dem Unterhalt und der Lagerung des Materials vorbehaltenen Raum,
- d) einen der Ärzteschaft vorbehaltenen Raum (Umkleideraum, Gesprächsraum),
- e) einen Aufenthaltsraum für das Krankenpflegepersonal.

2. Es ist ausdrücklich verboten, im Operationsbereich Wandtapeten anzubringen.

##### II. Funktionelle Normen

1. Die Sterilisation der Instrumente und des Verbandmaterials muss auf einwandfreie Weise erfolgen durch Anlagen, die zuverlässig und einwandfrei funktionieren; für die Sterilisationsgeräte müssen der Inspektion Funktionstüchtigkeitsbescheinigungen zur Verfügung stehen.

2. Das Wasser, das zu egal welchem Zweck im Operationsbereich gebraucht wird, muss trinkbar oder steril sein; für die Einrichtungen, die nicht über einen öffentlichen Wasserverteilungsdienst gespeist werden, muss dreimonatlich eine Wasseranalyse durch eine offizielle Einrichtung vorgenommen und das Resultat dieser Analyse in einem der Inspektion zur Verfügung stehenden Register festgehalten werden.

3. Die Einrichtung muss über ein ortsfestes und gegebenenfalls über ein bewegliches Röntgendiagnostikgerät verfügen.

4. Die Einrichtung muss Reanimationen, Bluttransfusionen und Sauerstoffbehandlungen durchführen können.

5. Sie muss auf die Dienste eines Laboratoriums für klinische Analysen zurückgreifen können.

6. Sie muss Diätkost gewährleisten können.

##### III. Organisatorische Normen

[1. Die Leitung des Dienstes muss einem Facharzt für Chirurgie anvertraut werden, der beauftragt ist, zu gegebener Zeit die für eine zielgerichtete Versorgung der Patienten notwendigen Leitlinien auszuarbeiten, und der für die Notfallmedizin eintreten muss, unter anderem durch die Aufstellung des Bereitschaftsdienstes der Chirurgen und Anästhesisten, auf die der Dienst jederzeit zurückgreifen können muss.

2. Der Dienst muss ständig über Fachpersonal für die Operationssäle und die Sterilisation verfügen.

3. Der mit der Leitung des Dienstes beauftragte Facharzt für Chirurgie trifft mit dem Verantwortlichen für die Krankenpflege alle zur Vermeidung von Infektionen notwendigen Maßnahmen.]

[Römisch III Nr. 1 bis 3 ersetzt durch Art. 1 des K.E. vom 18. Juli 1980 (B.S. vom 23. September 1980)]

**[Sondernormen für Entbindungsdienste**

*[Rubrik ersetzt durch Art. 2 des K.E. vom 15. August 1987 (B.S. vom 21. August 1987)]*

**I. Architektonische Normen****A. Betten und Standardpflegeeinheiten**

1. Pro Dienst muss es mindestens eine Pflegeeinheit geben.

2. Die Betten dürfen nur in Ein- oder Zweibettzimmern aufgestellt werden.

3. Es muss eine ausreichende Anzahl Einbettzimmer eingerichtet werden, um bestimmte Patientinnen isolieren zu können.

Die Einbettzimmer müssen über die verschiedenen Einheiten verteilt werden.

4. Die Neugeborenen müssen in den Zimmern so isoliert werden können, dass die Mütter ihr Kind sehen und beaufsichtigen können.

5. Die Zimmer müssen mit einer Toilette und mit sanitärer Ausrüstung versehen sein, durch die jegliche Körperpflege von Mutter und Kind ermöglicht wird.

**B. Räume der Pflegeeinheiten**

Pro Pflegeeinheit oder pro Gruppe zweier nebeneinander liegender Pflegeeinheiten müssen folgende technische Räumlichkeiten vorhanden sein:

1. ein Raum für die Hebammen und Krankenpfleger;

Dieser Raum ist unter anderem bestimmt:

1.1 für den Bereitschaftsdienst der Krankenpflege;

1.2 für die Sekretariatsarbeit im Pflegebereich:

- Es muss ein Rufsystem vorgesehen sein, sofern ein solches nicht zentral besteht.

- Das Sekretariat muss über das für die Sekretariatsarbeiten der Einheit notwendige Material verfügen. Dieses Material umfasst unter anderem ein Telefon, ein Telefonregister und eine Liste der aufgenommenen Patienten;

1.3 als Arbeitsraum für die Hebammen und Krankenpfleger:

- für die Erstellung und Fortschreibung der Patientenakten; diese Akten stehen unter ständiger Aufsicht, damit das Berufsgeheimnis gewahrt wird,

- für die Vorbereitung und Aufbewahrung der Arzneimittel, die in einem Arzneimittelschrank oder in einem Kühlschrank unter ständiger Aufsicht aufbewahrt werden;

1.4 als getrennter Arbeitsraum für die Chefhebamme (nötigenfalls für die Chefkrankenpflegerin);

2. ein Untersuchungs- und Behandlungsraum:

Dieser Raum kann von den Ärzten für die Untersuchung und die Durchführung von bestimmten Behandlungen oder Eingriffen für in der Einheit aufgenommene Patientinnen genutzt werden. Der Raum kann auch von den Hebammen und Krankenpflegerinnen für die Durchführung bestimmter Krankenpflegetechniken genutzt werden;

3. ein Raum für die Ärzte:

Werden die ärztlichen Akten der in der Einheit aufgenommenen Patienten in diesem Raum aufbewahrt, stehen sie unter ständiger Aufsicht, damit das Berufsgeheimnis gewahrt wird;

4. ein Lagerraum für Pflegematerial:

Dieser Raum wird für die Lagerung von Pflegematerial und sauberer Wäsche genutzt sowie für die Vorbereitung der Pflegewagen und Pflorgetechniken;

5. ein Wäscheraum:

Dieser Raum wird unter anderem für die zeitweilige Lagerung von Schmutzwäsche, verschmutztem Material, Urinproben und Abfällen benutzt. Er muss mit einem Waschbecken ausgestattet sein;

6. ein Lagerraum:

In der Einheit muss ausreichend Lagerraum vorgesehen sein. Der Lagerraum kann sich in einem Raum befinden oder über verschiedene Räume, die eventuell noch eine andere Funktion haben, verteilt sein.

Für das Unterhaltungsmaterial muss ein getrennter Lagerraum vorgesehen werden;

7. eine Verteilerküche für Mutter und Kind:

Selbst wenn es ein zentrales Verteilungssystem für die Mahlzeiten gibt, muss eine bestimmte Fläche vorgesehen werden, die mit einem Kühlschrank ausgestattet ist und es ermöglicht, verschobene Mahlzeiten, Getränke und Imbisse zwischen den Mahlzeiten zu servieren, das Geschirr zu räumen und gegebenenfalls es zu spülen.

Neben der Verteilerküche für die Mütter, von dieser jedoch getrennt, muss ein abgegrenzter als lokale Milchküche dienender Raum mit eigenem Kühlschrank vorgesehen sein, der zur Zubereitung von Milchzusätzen und zum Aufwärmen vorbereiteter Fläschchen dient.

Keimfreie Sauger müssen jederzeit zur Verfügung stehen;

8. ein Aufenthaltsraum:

Dieser Raum ist für nicht bettlägerige Patientinnen einer oder mehrerer Pflegeeinheiten bestimmt und dient zur Entspannung, als Speisesaal und als Besucherraum. In diesem Raum darf nicht geraucht werden;

9. ein Badezimmer:

Jede Pflegeeinheit verfügt über ein Badezimmer mit Dusche;

10. ein begrenzter Ort für die Aufbewahrung der persönlichen Gegenstände des Personals (Handtaschen usw.);

11. getrennte Toiletten für Personal und Besucher;

12. ein Bereich eigens für Ausbildungen, Gruppenkonversationen und sonstige Gespräche.

Bei der Verteilung solcher Räume innerhalb einer Pflegeeinheit ist ihr funktioneller Zusammenhang zu berücksichtigen.



## II. Funktionelle Normen

1. Ein M-Dienst ist Teil eines allgemeinen Akutkrankenhauses und muss unter anderem über folgende Nebenfunktionen verfügen:

- 1.1 eine Milchküche (siehe Anlage),
- 1.2 eine Entbindungsabteilung (siehe Anlage),
- 1.3 [...].

2. Gibt es keine administrativen oder juristischen Hindernisse, müssen Fälle des Ablebens einer Mutter und perinatale Sterbefälle Anlass geben zu einer Autopsie.

3. [Der M-Dienst muss Teil eines Krankenhauses mit einer Funktion «Lokale neonatale Pflege»(N\*-Funktion) sein, zugelassen gemäß den Normen, die festgelegt sind im Königlichen Erlass vom 20. August 1996 zur Festlegung der Normen, denen eine Funktion «Lokale neonatale Pflege» (N\*-Funktion) entsprechen muss, um zugelassen zu werden.]

[4. Jede Schwangere erhält am Tag ihrer Aufnahme im M-Dienst eine Aufnahmebroschüre, die unter anderem die Besuchsregelung enthält.]

[Römisch II Nr. 1.3 aufgehoben durch Art. 2 Nr. 1 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996); Nr. 3 ersetzt durch Art. 2 Nr. 2 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996); Nr. 4 eingefügt durch Art. 2 Nr. 3 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996)]

## III. Organisatorische Normen

### 1. Ärztstab

1.1 Die Leitung des Dienstes wird von einem anerkannten Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, der seine Krankenhausstätigkeit ausschließlich in der Einrichtung ausübt, wahrgenommen.

Der dienstleitende Arzt ist verantwortlich für den reibungslosen Betrieb und das wissenschaftliche Niveau seines Dienstes mit allen damit verbundenen Rechten und Pflichten. Durch Erkundigungen, Vereinbarungen, Koordinierungsschritte und bestimmte Interventionen in Bereichen, die den reibungslosen Betrieb des Dienstes direkt oder indirekt beeinflussen, sorgt er für eine optimale Behandlung im Rahmen einer möglichst kurzen Aufenthaltsdauer.

Diese Maßnahmen werden in einer Geschäftsordnung festgehalten.

1.2 Es obliegt dem dienstleitenden Arzt, alle Maßnahmen im Hinblick auf die Kontinuität der ärztlichen Versorgung der Patientinnen zu treffen.

1.2.1 Der dienstleitende Arzt stellt den Bereitschaftsdienst auf, der im Dienst selbst, in der Entbindungsabteilung und in der neonatalen Pflegeabteilung ausgehängt und dem Arzt, der den Bereitschaftsdienst im Krankenhaus wahrnimmt, übermittelt wird.

1.2.2 Der Dienst muss jederzeit einen Gynäkologen-Geburtshelfer, einen Facharzt für Anästhesiologie und einen Kinderarzt abrufen und über sie verfügen können.

[...]

1.3 Bei der Entlassung von Patientinnen sorgt der dienstleitende Arzt dafür, dass die Hebamme dem Bezugsarzt sofort einen Bericht zukommen lässt.

1.4 Der dienstleitende Arzt sichert sich die Mitarbeit eines zugelassenen Kinderarztes für die Versorgung der Neugeborenen und eines zugelassenen Arztes für Anästhesie-Reanimation.

1.5 Unter der Verantwortung des dienstleitenden Arztes wird für jeden Patienten, also sowohl für die Mutter als auch für das Neugeborene, eine medizinische Akte fortgeschrieben.

Unter der Verantwortung des dienstleitenden Arztes muss ein Identifizierungssystem angewandt werden, durch das jegliche Verwechslung von Säuglingen ausgeschlossen wird.

1.6 Unter der Verantwortung des dienstleitenden Arztes wird die perinatale Registrierung fortgeschrieben. Zum Jahresende werden die wichtigsten Elemente wie perinatale und mütterliche Sterblichkeit in einem Jahresbericht festgehalten.

1.7 Jeder Fall mütterlicher oder perinataler Sterblichkeit ist Gegenstand einer besonderen Besprechung und Evaluation.

Der schriftliche Bericht wird der medizinischen Akte beigefügt.

### 2. Hebammen, Pflege- und Krankenpflegepersonal

2.1 Pro Pflegeeinheit müssen mindestens eine Chefhebamme (gegebenenfalls ein/e Chefkrankenpfleger(in)) und eine ausreichende Anzahl Hebammen vorgesehen sein, um einen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr garantieren zu können. Der Dienst muss auch je nach Krankenpflege- und Versorgungsbedarf über ausreichend qualifiziertes Krankenpflegepersonal und Pflegepersonal verfügen.

2.2 Die Krankenpfleger und das Pflegepersonal müssen über besondere Erfahrung in der Versorgung Neugeborener verfügen.

[Römisch III Nr. 1.2.2 früherer Absatz 2 aufgehoben durch Art. 2 Nr. 4 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996)]

---

## Anlage 1

[Anlage 1 ersetzt durch Art. 2 des K.E. vom 15. August 1987 (B.S. vom 21. August 1987)]

### [Die Milchküche

Die Nahrung der Neugeborenen und Säuglinge muss in der Milchküche zubereitet werden.

Die Milchküche umfasst zwei getrennte Räume, einen für die Reinigung und den anderen für die Zubereitung der Fläschchen nach erfolgter Sterilisation.

Die Milchküche muss mit einem Kühlschrank ausgestattet sein.]

## Anlage 2

[Anlage 2 ersetzt durch Art. 2 des K.E. vom 15. August 1987 (B.S. vom 21. August 1987)]

**[Die Entbindungsabteilung]**

## I. Architektonische Normen und Baunormen

§ 1 – Die Entbindungsabteilung muss zumindest Folgendes umfassen:

1. zwei Kreißsäle pro Abteilung und einen Vorwehenraum, in dem erforderlichenfalls Entbindungen stattfinden können,

2. einen Raum für die Vorbereitung der Geburtshelfer.

Dieser Raum kann für zwei Kreißsäle vorgesehen werden.

Er muss mit einem Waschbecken ausgestattet sein, dessen Wasserhahn mit Ellbogen- oder Fußbedienung versehen ist,

3. einen Raum für die Versorgung und für die Reanimation von Neugeborenen,

4. Sanitäranlagen und Duschen für das Personal,

5. ausreichend Lagerraum,

6. einen Raum, in dem verschiedene Aktivitäten des Dienstes durchgeführt werden können,

7. der Eingang der Entbindungsabteilung muss mit einer Übergangszone mit Untersuchungsraum und kleinem Wartezimmer ausgestattet sein.

§ 2 – Die Entbindungsabteilung muss über das traditionelle für Entbindungen notwendige Material hinaus über die notwendige Apparatur im Hinblick auf die Gewährleistung der Sicherheit von Mutter und Kind verfügen, je nach Stand der Wissenschaft.

## II. Funktionelle Normen

1. In einer Geschäftsordnung, die im gemeinsamen Einverständnis zwischen dem Dienstleiter und dem Ausschuss für Krankenhaushygiene erstellt wird, müssen zumindest folgende Bestimmungen enthalten sein:

a) die Bedingungen für den Zugang zu den verschiedenen Zonen der Entbindungsabteilung sowohl für die Ärzte, das Personal, die Patientinnen und ihre Ehepartner als auch für das Material, damit die Regeln in Sachen Hygiene und Asepsis bestmöglich befolgt werden,

b) die Modalitäten für den Materialtransport und die Fortbewegung von Patienten und Personal in der Entbindungsabteilung,

c) alle Maßnahmen, die zu treffen sind, damit verschmutztes oder nicht steriles Material mit sauberem oder sterilem Material nicht in Berührung kommt,

d) die Reinigungstechniken für die Entbindungsabteilung,

e) die Maßnahmen, die bei einer eventuellen Kontaminierung eines Raums in der Entbindungsabteilung zu treffen sind.

2. Jede Entbindung wird in einem Register festgehalten. Dabei werden zumindest angegeben: Identität der Patientin und/oder Nummer ihrer medizinischen Akte, Name des oder der Geburtshelfer und des oder der Anästhesisten, Datum, Uhrzeit und Art der Entbindung sowie Gewicht und Geschlecht des Neugeborenen.

3. Ein Bericht zum Ablauf der Entbindung muss in die medizinische Akte der Mutter aufgenommen werden. Ein Kinderarzt muss einen Untersuchungsbericht über das Neugeborene, der der medizinischen Akte des Kindes beigefügt wird, erstellen; dieser Bericht muss die APGAR-Zahl und die biometrischen Grunddaten enthalten.

4. Der Grad der Asepsis der Entbindungsabteilung wird mindestens dreimonatlich anhand von angemessenen bakteriologischen Untersuchungen kontrolliert.

5. Die Zuverlässigkeit der anästhesiologischen Apparate und der Reanimationsapparate muss mindestens zwei Mal jährlich getestet werden.]

## III. Organisatorische Normen

## 1. Ärztetab

1.1 Der dienstleitende Arzt achtet auf die Einhaltung aller in der Geschäftsordnung enthaltenen Bestimmungen.

1.2 Der dienstleitende Arzt erstellt einen Jahresbericht über die Aktivitäten der Entbindungsabteilung, der unter anderem die Daten mit Bezug auf die perinatale und mütterliche Sterblichkeit umfasst.

## 2. Hebammen

2.1 Die täglichen Aktivitäten finden unter der Aufsicht der Chefhebamme statt.

2.2 In der Entbindungsabteilung muss eine ausreichende Anzahl Hebammen für die Gewährleistung des Bereitschaftsdienstes rund um die Uhr vorgesehen sein.]

## Anlage 3

[...]

*[Anlage 3 aufgehoben durch Art. 2 Nr. 5 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996)]***Sondernormen für Dienste für Kinderheilkunde**

[Ein Dienst für Kinderheilkunde (Kennbuchstabe E) darf nur betrieben werden als Behandlungsmöglichkeit im Rahmen eines zugelassenen Pflegeprogramms für Kinder, wie erwähnt im Königlichen Erlass vom 13. Juli 2006 zur Festlegung der Normen, denen ein Pflegeprogramm für Kinder entsprechen muss, um zugelassen zu werden, und zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 25. November 1997 zur Festlegung der Normen, denen die Funktion «Chirurgischer Tageskrankenhausaufenthalt» entsprechen muss, um zugelassen zu werden.]

*[Rubrik ersetzt durch Art. 34 Nr. 3 des K.E. vom 13. Juli 2006 (B.S. vom 16. August 2006)]***Sondernormen für Dienste für Ansteckungskrankheiten****I. Architektonische Normen**

Über die allgemeinen Normen hinaus muss der Dienst folgenden Normen entsprechen:

1. Er muss über isolierte Räume, die von außen direkt zugänglich sind, verfügen. Die Wandbekleidungsmaterialien in diesen Räumen müssen nass abgewaschen werden können und den gängigen desinfizierenden Agenzien standhalten.

2. Die allgemeine Baugestaltung muss zwei getrennte Versorgungswege vorsehen: einen äußeren Weg, auf dem die Patienten in ihre Zimmer gebracht werden, und einen inneren Weg, der dem für die Versorgung der Patienten zuständigen Personal vorbehalten ist.

3. Es muss ein Raum für dringende chirurgische Eingriffe vorgesehen werden.

4. In den Desinfektionsschleusen muss es eine ausreichende Anzahl Waschbecken geben, um bei den Untersuchungen und bei der ärztlichen Versorgung der Patienten die strikte Einhaltung der Regeln der Asepsis gewährleisten zu können.

5. Der Dienst muss über einen Raum und über das Material verfügen, um Kleidungsstücke, Wäsche und Bettwäsche vor ihrer eventuellen Weitergabe an die zentrale Wäscherei desinfizieren zu können.

6. In der Abteilung für Ansteckungskranke sind Wohnbereiche oder Wohnungen für egal welche Personalmitglieder nicht geduldet.

7. Müll wird vor Ort verbrannt; flüssige Abfälle werden vor ihrer Entsorgung einem Reinigungsverfahren unterworfen.

**II. Funktionelle Normen**

1. Solange von den Patienten eine Ansteckungsgefahr ausgeht, dürfen sie ihr Krankenzimmer unter keinen Umständen verlassen.

Angesichts dessen müssen Diagnose- und Behandlungstechniken so angepasst werden, dass diese Bedingung erfüllt bleibt.

2. Die Verteilung der Nahrungsmittel erfolgt so, dass eine Kontamination sowohl innerhalb der Einrichtung als auch vom Innern der Einrichtung nach außen hin ausgeschlossen ist.

3. Innerhalb des Hospitalisationsbereichs werden nur die dort arbeitenden Personen zugelassen.

4. Wäsche und Kleidung werden nach angemessener Desinfektion nach draußen abgegeben.

**III. Organisatorische Normen**

1. Ein verantwortlicher Arzt beaufsichtigt die Versorgung der in diesem Dienst aufgenommenen Patienten.

Er muss alle Anweisungen geben im Hinblick auf diese Versorgung der Patienten und im Hinblick auf die Prävention von Kontaminationen innerhalb des Krankenhauses.

Er wacht sorgfältig über die Durchführung seiner Anweisungen.

2. Das in dieser Abteilung beschäftigte Pflegepersonal muss ausschließlich für die Pflege dieser Patienten eingesetzt werden.

Es muss ausreichend Personal vorgesehen sein, um Kontaminationen innerhalb des Krankenhauses zu vermeiden, wobei die Anzahl der im Dienst aufgenommenen Patienten in Betracht gezogen werden muss.

Bei der Ankunft im Dienst und beim Verlassen des Dienstes muss das Personal die Kleidung vollständig wechseln.

Beim Verlassen des Dienstes muss das Personal duschen. Diese Verpflichtungen werden durch die Einrichtung von Umkleieräumen mit doppeltem Ausgang erleichtert.

3. Dem Personal müssen alle individuellen Maßnahmen zur Vorbeugung von Ansteckungskrankheiten auferlegt werden.

4. Besucher werden durch Glasscheiben von den Patienten getrennt und bleiben außerhalb des Hospitalisationsbereichs; diese Bestimmungen werden für jede dem Dienst fremde Person gut sichtbar ausgehängt.

**[Sondernormen für den Dienst für neonatologische Intensivmedizin, Kennbuchstabe NIC***[Rubrik ersetzt durch Art. 3 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996)]***I. Allgemeine Bestimmungen**

1. Der NIC-Dienst dient ausschließlich der Aufnahme und Behandlung von Neugeborenen, die an einer spezifischen Krankheit leiden oder deren Zustand lebensbedrohlich ist.

Die Neugeborenen bleiben so lange im NIC-Dienst bis sie sich so weit erholt haben, dass sie ohne unnötige Risiken für ihre weitere Behandlung in das Bezugskrankenhaus rücküberwiesen werden können.

2. Wenn die Funktion «Lokale neonatale Pflege» (N\*-Funktion), wie beschrieben im Königlichen Erlass vom 20. August 1996 zur Festlegung der Normen, denen eine Funktion «Lokale neonatale Pflege» (N\*-Funktion) entsprechen muss, um zugelassen zu werden, im NIC-Dienst integriert ist, müssen die Funktion und der Dienst deutlich voneinander getrennt sein und die Intensivpflege muss den zugelassenen NIC-Betten vorbehalten sein.

3. [Ein NIC-Dienst muss mindestens drei der nachfolgenden Aktivitätsnormen entsprechen:

1. Jährlich werden mindestens 50 Neugeborene mit einem Gewicht unter 1500 Gramm aufgenommen.

2. Jährlich betreffen mindestens 20 % der Aufnahmen intrauterine oder extrauterine Transfers.

3. Jährlich werden im Dienst von mindestens 5000 Entbindungen die Neugeborenen mit Bedarf an Intensivpflege über Zusammenarbeitsabkommen mit M-Diensten und N\*-Funktionen behandelt.

4. Jährlich werden mindestens 50 % der NIC-Patienten nach intrauterinem oder extrauterinem Transfer an die Bezugseinrichtung zurückverwiesen.]

[Römisch I Nr. 3 ersetzt durch Art. 1 des K.E. vom 10. März 2008 (B.S. vom 7. April 2008)]

## II. Architektonische Normen

1. Der Dienst muss über mindestens 15 Betten verfügen.

Die Räume des Dienstes bilden ein von den anderen Krankenhausdiensten oder -einheiten der Einrichtung deutlich getrenntes Ganzes.

2.1 Der Dienst muss folgende Räume umfassen:

1. eine Eingangsschleuse für die Krankenpflegeabteilung mit der für das Händewaschen notwendigen Ausrüstung und allen anderen Vorrichtungen, die für die Einhaltung der Hygieneregeln notwendig sind,

2. einen oder mehrere der Intensivpflege vorbehaltene Räume.

Dort müssen die Inkubatoren und Betten installiert werden.

Die Temperatur dieser Räume muss auf 25° C angehoben werden können. Das Klimatisierungssystem darf die Verbreitung von Keimen nicht fördern,

3. einen Raum mit zwei Isolationsmöglichkeiten.

Dieser Raum, der den in Nr. 2 erwähnten Kriterien entsprechen muss, dient zur Isolation und Beobachtung von Kindern, bei denen eine Infektion vermutet wird.

Er ist mit einer Schleuse ausgestattet, die es ermöglicht, sich die Hände zu waschen und den Arbeitskittel zu wechseln.

2.2 Der Dienst muss auch über folgende technische Räumlichkeiten verfügen:

1. einen Untersuchungsraum,

2. ein Büro für die Ärzte,

3. einen Raum für das Krankenpflegepersonal,

4. zwei getrennte Räume für die Lagerung und Handhabung von sauberem Material und sauberer Wäsche einerseits und für die Lagerung und Handhabung von verschmutztem Material und verschmutzter Wäsche andererseits,

5. eine Milchküche, in der die Nahrung für die Neugeborenen vorbereitet wird.

Die Küche muss zwei getrennte Räume umfassen: einen Raum für die Reinigung der Fläschchen und einen für deren Zubereitung nach erfolgter Sterilisation.

Keimfreie Sauger müssen jederzeit zur Verfügung stehen.

2.3 Die in Nr.2.2 erwähnten Räume dürfen sich außerhalb des Dienstes befinden.

Die Räume der Milchküche dürfen gegebenenfalls gemeinschaftlich mit denen des Entbindungsdienstes benutzt werden.

2.4 Die Entnahme und Konservierung von Muttermilch muss unter optimalen Bedingungen erfolgen können.

## III. Funktionelle Normen

1. Für jedes Bett müssen Sauerstoffverabreichung, Druckluft Einsatz und Absaugen gewährleistet sein.

Der Dienst muss jederzeit in der Lage sein, unter den bestmöglichen Bedingungen mit der notwendigen Apparatur kardiopulmonale Reanimationen vorzunehmen und lang anhaltende künstliche Beatmungen durchzuführen.

2. Der Dienst muss in der Lage sein, auf lange Sicht parenterale Nahrung zu verabreichen. Um dieses Ziel zu erreichen, muss er über eine große Anzahl Perfusionspumpen verfügen.

3. Der Dienst muss binnen kürzester Zeit über die Resultate der biologischen Analysen verfügen können, die für die Kontrolle der vorerwähnten Therapien notwendig sind. Diese Untersuchungen müssen mikrotechnisch durchgeführt werden können.

Der Dienst muss dringend ein Gerät zur Messung des Ph-Wertes und der Blutgase und ein Gerät zur Messung des Blutzuckerspiegels benutzen können.

4. Im Dienst müssen kleine chirurgische Eingriffe durchgeführt werden können.

5. Der Dienst muss binnen kürzester Zeit über die Resultate der in der Einrichtung vorgenommenen Röntgenuntersuchungen, die für die Kontrolle der vorerwähnten Therapien notwendig sind, verfügen können.

Der Dienst muss über ein bewegliches Röntgengerät und ein Echographiegerät verfügen können.

6. Die Anmerkungen und Feststellungen des medizinischen, krankenschwängerischen und heilhilfsberuflichen Personals müssen aufgezeichnet und der Akte des Patienten beigefügt werden.

Die Akte muss fortgeschrieben werden und den qualifizierten Personen ständig zur Verfügung stehen.

7. Die Ärzte müssen täglich für jedes Neugeborene Anweisungen und Leitlinien geben, die auf einem Blatt festgehalten werden: Dieses Blatt wird der medizinischen Akte des Kindes beigefügt, wenn es das Krankenhaus verlässt.

8. Der Dienst muss über einen mit einem Transportinkubator und einem Monitoring- und Reanimationssystem ausgestatteten Krankenwagen, der für den Transport Neugeborener ausgerüstet ist, verfügen können.

Der Dienst muss in der Lage sein, nach einem Anruf sofort unter den bestmöglichen Bedingungen einen Transport unter ärztlicher und krankenschwängerischer Aufsicht zu gewährleisten.

Der das Neugeborene begleitende Arzt muss daher über praktische Erfahrung im Bereich der Behandlung und Reanimation von Neugeborenen verfügen.

9. Der Dienst muss gemäß den Leitlinien, die von dem für die Zulassung der Krankenhäuser zuständigen Minister herausgegeben werden, an der perinatalen Registrierung teilnehmen.

[10. Der Dienst ist verantwortlich für die Organisation einer Standardbetreuung sogenannter Neugeborener mit erhöhtem Risiko, d.h. Neugeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm oder deren Geburt vor der 32. Schwangerschaftswoche stattgefunden hat.]

[Römisch III Nr. 10 eingefügt durch Art. 3 des K.E. vom 20. August 1996 (B.S. vom 1. Oktober 1996)]



#### IV. Organisatorische Normen

##### 1. Ärztstab

1.1 Ein zugelassener Facharzt für Pädiatrie mit besonderer Erfahrung in der Neonatologie, der seine Krankenhausstätigkeit ausschließlich in der Einrichtung ausübt, leitet den Dienst.

Unter einem zugelassenen Facharzt für Pädiatrie mit besonderer Erfahrung in der Neonatologie versteht man einen Facharzt für Pädiatrie,

- der entweder Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines Facharztes für Neonatologie ist,
- oder der, solange diese besondere Qualifikation nicht durch eine besondere Berufsbezeichnung bestätigt wird, bei der Kommission für die Zulassung von Fachärzten für Pädiatrie als in der Neonatologie besonders erfahren angesehen ist. Die Feststellung dieses allgemeinen Ansehens muss aus einer Stellungnahme der Zulassungskommission hervorgehen.

Der dienstleitende Arzt ist verantwortlich für den reibungslosen Betrieb und das wissenschaftliche Niveau seines Dienstes mit allen damit verbundenen Rechten und Pflichten.

Durch Erkundigungen, Vereinbarungen, Koordinierungsschritte und bestimmte Interventionen in Bereichen, die den reibungslosen Betrieb des Dienstes direkt oder indirekt beeinflussen, sorgt er für eine optimale Behandlung im Rahmen einer möglichst kurzen Aufenthaltsdauer.

Diese Maßnahmen werden in der Geschäftsordnung festgehalten.

1.2 Es obliegt dem dienstleitenden Arzt, alle Maßnahmen im Hinblick auf die Kontinuität der ärztlichen Versorgung der Neugeborenen zu treffen.

1.3 Es muss ein zugelassener Facharzt für Pädiatrie mit besonderer Erfahrung in der Neonatologie, der für seine Krankenhausstätigkeit ausschließlich an das Krankenhaus gebunden ist, sich rund um die Uhr im Krankenhaus befinden.

Dieser Bereitschaftsdienst kann auch von einem Arzt wahrgenommen werden, der seine Ausbildung in der Pädiatrie bekommt, sofern er eine Postgraduatsausbildung von mindestens zwei Jahren hat, der Dienst, in dem er die Bereitschaft wahrnimmt, in seinem Praktikumsprogramm aufgenommen ist und er mit allen Aspekten der dringenden Behandlung und der Reanimation in seinem Fachbereich vertraut ist.

Wird der Bereitschaftsdienst von einem Facharzt in der Ausbildung wahrgenommen, muss ein Arzt desselben Fachbereichs rund um die Uhr abrufbar sein.

1.4 Die Zusammenarbeit zwischen Fachärzten, deren Präsenz für die Behandlung der Neugeborenen erforderlich ist, muss jederzeit binnen kürzester Frist gewährleistet werden können.

1.5 Der Dienstleiter erstellt eine Liste der Bereitschaftsdienste, die im Dienst ausgehängt und dem Arzt, der im Krankenhaus die Bereitschaftsdienste für die anderen Krankenhausdienste erstellt, übermittelt wird.

1.6 Für fünf zugelassene NIC-Betten muss der Dienst über einen Facharzt für Pädiatrie mit besonderer Erfahrung in der Neonatologie verfügen, dessen Beschäftigung einem Vollzeitbeschäftigungsgleichwert von 1 entspricht. Der Dienstleiter muss ausschließlich im betreffenden NIC-Dienst vollzeitbeschäftigt sein; die Mitarbeiter müssen mindestens eine Dreiviertelzeitbeschäftigung haben, die sie ausschließlich im NIC-Dienst ausüben.

##### 2. Krankenpflegepersonal, Pflegepersonal und sonstiges Personal

2.1 Der Chefkrankenschwäger bzw. die Chefkrankenschwägerin ist graduiertes Krankenpfleger bzw. graduierte Krankenpflegerin, vorzugsweise graduiertes Kinderkrankenschwäger bzw. graduierte Kinderkrankenschwägerin oder Hebamme mit besonderer Erfahrung in der Neonatologie.

Unter einem graduierten Kinderkrankenschwäger bzw. einer graduierten Kinderkrankenschwägerin mit besonderer Erfahrung in der Neonatologie versteht man graduierte Kinderkrankenschwäger bzw. Kinderkrankenschwägerinnen,

- die entweder Inhaber der besonderen beruflichen Qualifikation in der Neonatologie sind,
- oder die, solange keine besondere Qualifikation spezifisch validiert worden ist, beim Nationalen Rat für Krankenpflege als in der Neonatologie besonders erfahren angesehen sind, nachdem sie ein sowohl theoretisches als auch praktisches Ausbildungsprogramm absolviert haben. Die Feststellung dieses allgemeinen Ansehens muss aus einer Stellungnahme des Nationalen Rates für Krankenpflege hervorgehen.

Unter Hebammen mit besonderer Erfahrung in der Neonatologie versteht man Hebammen,

- die entweder Inhaber der besonderen beruflichen Qualifikation in der Neonatologie sind,
- oder die, solange keine besondere Qualifikation spezifisch validiert worden ist, beim Nationalen Rat für Hebammen als in der Neonatologie besonders erfahren angesehen sind, nachdem sie ein sowohl theoretisches als auch praktisches Ausbildungsprogramm absolviert haben. Die Feststellung dieses allgemeinen Ansehens muss aus einer Stellungnahme des Nationalen Rates für Hebammen hervorgehen.

2.2 Der Chefkrankenschwäger ist für den reibungslosen Ablauf der krankenschwägerischen Aktivität des NIC-Dienstes verantwortlich. Durch Erkundigungen, Vereinbarungen, Koordinierungsschritte und bestimmte Interventionen in Bereichen, die die krankenschwägerische Aktivität direkt oder indirekt beeinflussen, sorgt er für eine optimale Behandlung der Neugeborenen während einer möglichst kurzen Aufenthaltsdauer.

2.3 Der Chefkrankenschwäger achtet auf die Einhaltung der Geschäftsordnung, unter anderem in Bezug auf die Bedingungen für den Zugang zu den Räumen, in denen die Neugeborenen untergebracht sind, in Bezug auf die auf Personal und Besucher anwendbaren Regeln der Asepsis sowie Regeln bezüglich der periodischen Untersuchungen des Personals und Maßnahmen, die das Personal bei endemischen Infektionen treffen muss.

2.4 Der Chefkrankenschwäger ist während des gesamten Aufenthalts des Neugeborenen im NIC-Dienst für die Organisation der krankenschwägerischen Registrierung und für die individuelle krankenschwägerische Akte verantwortlich.

2.5 Der Chefkrankenschwäger ist für die Organisation des Empfangs der Eltern verantwortlich.

2.6 Pro belegtes NIC-Bett muss der Dienst über graduierte Krankenpfleger, vorzugsweise graduierte Kinderkrankenschwäger und Hebammen verfügen, deren Beschäftigung einem Vollzeitbeschäftigungsgleichwert von 2,5 entspricht; mindestens 60 % dieses Personals muss besondere Erfahrung in der Neonatologie haben.

2.7 Mindestens ein Verwaltungsbediensteter, dessen Beschäftigung einem Vollzeitbeschäftigungsgleichwert von 1 entspricht, muss an den NIC-Dienst gebunden sein. Das Reinigungspersonal muss zahlreich genug sein, um eine tägliche Reinigung des Dienstes - auch am Wochenende und an Feiertagen - zu gewährleisten.

### 3. Sonstige organisatorische Normen

3.1 Gleich am ersten Tag der Aufnahme in den NIC-Dienst erhalten die Eltern eine Broschüre, die unter anderem die Besuchsregelung enthält.

3.2 Die Eltern müssen schnell und in zunehmendem Maße an der Versorgung ihres Kindes beteiligt werden.

3.3 Die Eltern müssen stets die Möglichkeit haben, ihr Neugeborenes bzw. ihre Neugeborenen zu besuchen. Tagsüber müssen die Besuchsmöglichkeiten möglichst großzügig gehandhabt werden, nachts kann das Krankenhaus diese an die vorherige Erlaubnis des verantwortlichen Krankenpflegers knüpfen.

3.4. In perinatalen Sterbefällen muss auf eine angemessene Begleitung der Eltern geachtet werden.]

[...]

[Rubrik aufgehoben durch Art. 2 § 1 des K.E. vom 15. Februar 1974 (B.S. vom 5. März 1974)]

### **Sondernormen für die in allgemeinen Krankenhäusern eingerichteten Abteilungen für die Behandlung von Tuberkulose**

Jede Einrichtung, die zugelassen ist für die Aufnahme, Diagnose und Chirurgie, kann, sofern sie über eine die nachstehenden Normen erfüllende besondere Abteilung verfügt, auch für die Aufnahme tuberkulosekranker Patienten zugelassen werden.

Unter einer besonderen Abteilung, die der Diagnose und Behandlung von Tuberkulosekranken vorbehalten ist, versteht man einen Pavillon, ein Stockwerk oder den Teil eines Stockwerks, der/das sich zusammensetzt aus Krankenzimmern und technischen Räumlichkeiten, die eine funktionelle Einheit bilden; diese Abteilung darf keine Übergangsfunktion haben.

Für die Behandlung und Versorgung tuberkulosekranker Patienten dürfen nur Einrichtungen zugelassen werden, die folgende Bedingungen erfüllen:

#### I. Architektonische Normen

Nur Abteilungen, die die allgemeinen Bedingungen erfüllen und sich in den unter den Kennbuchstaben C und D zugelassenen Einrichtungen befinden, können zugelassen werden.

Außerdem müssen die Patienten in dieser Abteilung über Folgendes verfügen:

- a) über einen Speiseraum mit Anrichteküche,
- b) über einen ärztlichen Untersuchungen vorbehaltenen Raum, der mit einem Röntgendurchleuchtungsgerät ausgestattet ist,
- c) über mindestens ein Sprechzimmer,
- d) gegebenenfalls über jeglichen Raum, der sich aufgrund der in römisch II und III erwähnten Verpflichtungen als notwendig erweist.

Mindestens ein Drittel des Bettenbestandes muss für die Isolierung von Patienten in Einzelzimmern vorgesehen sein.

#### II. Funktionelle Normen

Über die unter dem Kennbuchstaben D) erwähnten Anlagen hinaus muss die Einrichtung, ohne die tuberkulosekranken Patienten in eine andere Einrichtung bringen zu müssen, über Folgendes verfügen:

- a) über eine Anlage für Tomographien,
- b) über die Geräte für funktionelle Untersuchungen,
- c) über die Räumlichkeiten und Geräte für Bronchoskopien.

Die Einrichtung muss auch über ein Labor verfügen, das in der Lage ist, Kulturen und Tests zur Feststellung der Antibiotikaempfindlichkeit und Analysen der klinischen Biologie durchzuführen, oder sie muss einen Vertrag mit einem solchen Labor abschließen, um sich dessen Mitarbeit zu sichern.

#### III. Organisatorische Normen

- a) Ein Tuberkulosearzt und/oder Pneumologe muss mit der Leitung dieser Abteilung beauftragt werden.
- b) Im Prinzip darf die Abteilung nur Patienten über 14 Jahre aufnehmen.
- c) Bei einer unvorhergesehenen Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Patienten muss Notfallpflege gewährleistet werden können.
- d) Alle Mitglieder des medizinischen Personals, des Pflegepersonals und des Hauspersonals, die entweder ständig oder zeitweilig in dieser Abteilung beschäftigt sind, müssen allergisch gegen Tuberkulin sein und dürfen nicht an fortschreitender Tuberkulose oder an Ansteckungskrankheiten leiden.

Vor ihrer Zuweisung zu dieser Abteilung müssen sie sich einer Auswahluntersuchung einschließlich einer Radiographie unterziehen.

Außerdem muss ihr Gesundheitszustand regelmäßig überprüft werden und müssen sie sich zumindest alle sechs Monate einer klinischen und radiologischen Untersuchung unterziehen.

e) Für jeden Kranken muss eine vollständige medizinische Akte angelegt und den Arzt-Inspektoren zur Verfügung gestellt werden.

f) In der Abteilung muss es Geräte zur Desinfizierung der septischen Produkte und der Verbände geben.

g) Jeder Kranke muss in den Genuss einer Beschäftigungstherapie kommen können.

h) Das für die Abteilung bestimmte Geschirr muss in der Abteilung selbst gespült und eingeräumt werden. Es ist ausschließlich dieser Abteilung vorbehalten und muss eine andere Farbe als das für den Rest des Krankenhauses benutzte Geschirr haben. Gabel, Löffel und Messer müssen ständig mit einem eigenen Kennzeichen versehen sein. Gibt es nur eine gemeinschaftliche Küche für diese und andere Abteilungen, müssen die Mittel zum Transport der Nahrung bis zum Krankenbett, die Wärmewagen, die Wärmebehälter und die individuellen Kochtöpfe sich von denen der anderen Abteilungen unterscheiden und ständig mit einem eigenen Kennzeichen versehen sein. Der Transport wird vom Personal der Abteilung durchgeführt.

i) Die Wäsche der Abteilung, darin einbegriffen die Decken, muss sich von der anderen Wäsche unterscheiden. Wäsche und Decken müssen ständig mit einem eigenen Kennzeichen versehen sein. Die Wäscherei kann gemeinschaftlich benutzt werden, sofern das Einweichen und die Desinfizierung der Wäsche in der Abteilung vorgenommen werden können. Die Wäsche wird an festgelegten Tagen gewaschen und gebügelt.

j) Das Kleinmaterial der Abteilung (Spucknapfe, Bettpfannen, Magensonden, Urinflaschen usw.) muss unterscheidbar und ständig mit einem eigenen Kennzeichen versehen sein. Dieses medizinische Material muss in den dazu bestimmten Räumen aufbewahrt werden.

k) Es müssen alle nützlichen Maßnahmen zur Verhinderung jeglicher Kontaminationsmöglichkeit getroffen werden, insbesondere bei der Benutzung gemeinschaftlichen Materials oder gemeinschaftlicher Räume.

### Sondernormen für Geriatrie- und Rehabilitationsdienste

[...]

[Rubrik aufgehoben durch Art. 2 des K.E. vom 12. April 1984 (B.S. vom 28. April 1984)]

#### [Sondernormen für den spezialisierten Dienst für Behandlung und Rehabilitation - Kennbuchstabe Sp

[Rubrik ersetzt durch Art. 2 des K.E. vom 12. Oktober 1993 (B.S. vom 19. Oktober 1993)]

1. [Der spezialisierte Dienst für Behandlung und Rehabilitation ist bestimmt für Patienten mit kardiopulmonalen, neurologischen, lokomotorischen, psychogeriatrischen und chronischen Erkrankungen (chronische Pathologien und Polypathologien, die Kurativpflege und Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich machen).

Besagte Patienten brauchen eine spezialisierte medizinische Behandlung, Krankenpflege, Rehabilitation und Reaktivierung im Krankenhausmilieu und machen eine aktive und längere Betreuung, deren Dauer jedoch begrenzt ist, erforderlich.

Außerdem kann dieser Dienst auch für Patienten bestimmt sein, die an einer unheilbaren Krankheit im Endstadium leiden und Palliativpflege brauchen.]

2. Das ärztliche, fachärztliche, krankenpflegerische [...] und multidisziplinäre Profil des Krankenhausdienstes muss durch Registrierung nachweisbar sein.

3. Pro Einheit von 20 Betten widmet sich der Sp-Dienst einem selben Fachbereich. [Die für Patienten mit einem Bedarf an Palliativpflege bestimmte Einheit umfasst jedoch mindestens 6 und höchstens 12 Betten. Pro Krankenhaus darf es nur eine Einheit dieser Art geben.] Im Zulassungsbeschluss muss der Fachbereich des Dienstes vermerkt sein.

4. Patienten werden entweder direkt oder aber nach einer ersten Behandlung in einem ihrer Erkrankung entsprechenden Dienst aufgenommen; dabei handelt es sich um Patienten mit einer spezifischen Pathologie, die einen Krankenhausaufenthalt im Hinblick auf eine angemessene Behandlung und Rehabilitation erforderlich macht.

[...]

[5.] Außer Patienten in der akuten Phase ihrer Krankheit nimmt der Dienst über längere Zeit auch Patienten auf, die sich in einer fortschreitenden und nicht stabilisierten Phase ihrer Krankheit befinden, die eine spezialisierte [jedoch zeitlich begrenzte] Versorgung erforderlich macht.

[6.] Der Betrieb des Dienstes ist aus medizinischer, krankenpflegerischer und heilhilfsberuflicher Sicht auf eine aktive Behandlung ausgerichtet, die auf die Genesung oder aber auf einen größtmöglichen Erhalt der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten des Patienten ausgerichtet ist.

[7.] Befindet sich dieser Dienst nicht in einem allgemeinen Krankenhaus, muss er eine funktionelle Verbindung haben mit einem allgemeinen Krankenhaus, das zumindest über die Dienste verfügt, die erwähnt sind in Artikel 2 des Königlichen Erlasses vom 30. Januar 1989 zur Festlegung zusätzlicher Normen für die Zulassung von Krankenhäusern und Krankenhausdiensten und zur näheren Bestimmung der Krankenhausgruppierungen und der besonderen Normen, denen sie entsprechen müssen.

[8.] Vorerwähnte funktionelle Verbindung muss Gegenstand eines schriftlichen Abkommens sein. In diesem Abkommen werden die Modalitäten für die Zusammenarbeit und insbesondere die Betriebsregeln in Notfällen oder bei Verlegungen festgelegt.]

[9.] Unbeschadet der Anwendung der spezifischen Normen mit Bezug auf die verschiedenen Fachbereiche des Sp-Dienstes, die in römisch IIIbis erwähnt sind, sind die in römisch I, II und III festgelegten Normen auf alle Sp-Dienste anwendbar.]

[Nr. 1 ersetzt durch Art. 1 Nr. 1 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); Nr. 2 abgeändert durch Art. 1 Nr. 2 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); Nr. 3 abgeändert durch Art. 1 Nr. 3 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); frühere Nummer 5 aufgehoben durch Art. 1 Nr. 4 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); frühere Nummer 6 unnummeriert zu Nr. 5 durch Art. 1 Nr. 5 und abgeändert durch Art. 1 Nr. 6 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); ; frühere Nummer 7 unnummeriert zu Nr. 6 durch Art. 1 Nr. 5 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); frühere Nummer 8 unnummeriert zu Nr. 7 durch Art. 1 Nr. 5 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); frühere Nummer 9 unnummeriert zu Nr. 8 durch Art. 1 Nr. 5 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); neue Nummer 9 eingefügt durch Art. 1 Nr. 7 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996)]

#### I. Architektonische Normen

1. a) Die Sp-Dienste befinden sich am Niederlassungsort eines Akutkrankenhauses, außer wenn sie aus der Umwandlung eines V-Dienstes oder eines S-Dienstes [...] hervorgegangen sind.

b) Die Pflegeeinheiten des Dienstes müssen ein funktionelles Ganzes bilden.

c) Die Mindestbettenkapazität eines Sp-Dienstes umfasst 20 Betten.

2. In Anbetracht der Gebrechen der Patienten muss der Dienst leicht zugänglich gemacht werden. In den Fluren und Gängen des Dienstes sind jegliche Unebenheiten des Bodens wie Stufen, Treppen und andere Hindernisse zu vermeiden. Außerdem muss jeglicher Ausrutschgefahr vorgebeugt werden.

3. Damit die Patienten sich innerhalb des Dienstes besser fortbewegen können, müssen Geländer und Handläufe angebracht werden. Auch die Sanitäreanlagen müssen mit diesen Vorrichtungen ausgestattet sein. In den Fluren müssen ausreichend Ruheplätze vorgesehen sein.

4. In allen Räumen muss ein effizientes Rufsystem oder eine angemessene Überwachungsanlage vorhanden sein.
5. Die für die Patienten bestimmten Sanitäranlagen müssen möglichst nahe bei den Zimmern sowie in Nähe der Aufenthalts- und Übungsräume eingerichtet werden.

Die Toiletten müssen so angelegt sein, dass sie für Patienten leicht erreichbar sind.

6. Der Dienst muss über einen Untersuchungsraum verfügen, der auch als Verbandsraum dienen kann, und über einen Raum für gemeinsame Übungen [sowie über einen Speiseraum].

7. Die Pflegeeinheiten müssen über eine ausreichende Anzahl Sauerstofftherapie- und Absauggeräte verfügen.

[Römisch I Nr. 1 Buchstabe a) abgeändert durch Art. 1 des K.E. vom 15. Juli 1997 (B.S. vom 31. Juli 1997); Nr. 6 abgeändert durch Art. 1 Nr. 8 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996)]

## II. Funktionelle Normen

1. Der Dienst muss über die notwendige Ausrüstung verfügen für die Anwendung der dem Fachbereich des Dienstes eigenen krankenpflegerischen und heilhilfsberuflichen Techniken.

Für die Anwendung der ergotherapeutischen, heilgymnastischen und logopädischen Techniken muss die der Pathologie angemessene Ausrüstung vorhanden sein.

2. Für jeden Patienten wird ab seiner Aufnahme eine detaillierte Akte angelegt, die Folgendes umfasst:

- die medizinischen, krankenpflegerischen, heilhilfsberuflichen und sozialen Daten,
- eine Bewertung der Möglichkeiten und Erfordernisse für eine Rückkehr nach Hause oder in ein angepasstes Umfeld,
- ein Programm mit den Spezialbehandlungen und Rehabilitationsmöglichkeiten.

3. Die Akte des Patienten muss regelmäßig mit einem Bericht über die Entwicklung seines Gesundheitszustandes vervollständigt werden. Diese Entwicklung wird mit dem Programm und der Zeitplanung, die bei der Aufnahme des Patienten [und in den späteren Phasen seiner Behandlung] erstellt wurden, verglichen.

Zu diesem Zweck müssen [wöchentliche] multidisziplinäre Versammlungen [organisiert werden.]

[Römisch II Nr. 3 Abs. 1 abgeändert durch Art. 1 Nr. 9 erster Gedankenstrich des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); Nr. 3 Abs. 2 abgeändert durch Art. 1 Nr. 9 zweiter Gedankenstrich des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996)]

## III. Organisatorische Normen

1. Die medizinische Organisation des Dienstes wird einem Arzt anvertraut, der eine spezifische Kompetenz in dem Fachbereich bzw. in den Fachbereichen besitzt, für den/die der Dienst anerkannt ist.

Diese Kompetenz muss aus Belegen, die der Arzt vorlegen können muss, hervorgehen.

2. Der in Nummer 1 erwähnte Arzt muss bei Bedarf jederzeit die Mitarbeit der an der Behandlung beteiligten Ärzte oder, wenn das nicht möglich ist, die Mitarbeit des allgemeinen Krankenhauses oder eines der allgemeinen Krankenhäuser, mit dem eine funktionelle Verbindung besteht, anfordern können.

3. Die Krankenpflege muss von Krankenpflegepersonal, dem ausreichend [Pflegepersonal] zur Seite steht, ausgeübt werden.

[Der in der Rubrik «Auf alle Einrichtungen anwendbare allgemeine Normen» römisch III «Architektonische Normen» Nr. 12 der vorliegenden Anlage erwähnte Krankenpflegebereitschaftsdienst muss pro Pflegeeinheit von mindestens 20 Betten gewährleistet werden.]

4. Der Dienst muss über Heilgymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungsberater, Sozialassistenten oder graduierte Sozialkrankenschwäger und Psychologen verfügen, deren Anzahl von der Anzahl Betten des Dienstes abhängt.]

[Römisch III Nr. 3 Abs. 1 abgeändert durch Art. 1 Nr. 10 erster Gedankenstrich des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); Nr. 3 Abs. 2 eingefügt durch Art. 1 Nr. 10 zweiter Gedankenstrich des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996)]

[IIIbis. [Spezifische Normen pro Fachbereich]

[Römisch IIIbis eingefügt durch Art. 1 Nr. 11 des K.E. vom 13. November 1995 (B.S. vom 13. Januar 1996); Überschrift von römisch IIIbis ersetzt durch Art. 2 Nr. 1 des K.E. vom 15. Juli 1997 (B.S. vom 31. Juli 1997)]

### [A. Spezifische Normen für den Sp-Dienst (psychogeriatrische Erkrankungen)]

[Unterteilung A eingefügt durch Art. 2 Nr. 2 des K.E. vom 15. Juli 1997 (B.S. vom 31. Juli 1997)]

1. Als Sp-Dienste für Patienten mit psychogeriatrischen Erkrankungen werden Dienste zugelassen, die betagte Patienten aufnehmen, die im Hinblick auf ihre Genesung oder aber auf einen größtmöglichen Erhalt ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten eine psychiatrische und somatische Diagnose und/oder Behandlung sowie eine multidisziplinäre Betreuung brauchen.

2. In Abweichung von römisch I Nr. 1 Buchstabe a) kann ein oben erwähnter Dienst sich auch am Niederlassungsort eines psychiatrischen Krankenhauses befinden; in diesem Fall sind alle Maßnahmen zu treffen, um den Dienst architektonisch von den anderen Diensten des Krankenhauses zu trennen.

3. Um die Kontinuität der Betreuung und Pflege zu garantieren, wird eine funktionelle Verbindung hergestellt mit krankenhausexternen Einrichtungen und Diensten zur Beherbergung von Patienten mit psychogeriatrischen Erkrankungen oder zu ihrer Versorgung zu Hause, d.h. mit psychiatrischen Pflegeheimen, Alten- und Pflegeheimen, Zentren für Geistesgesundheit und Diensten für Hauskrankenpflege.

Diese funktionelle Verbindung muss Gegenstand eines schriftlichen Abkommens sein.

4. Die architektonische und funktionelle Organisation des Dienstes muss den Patienten eine größtmögliche Bewegungsfreiheit innerhalb des Dienstes einräumen, wobei sichergestellt sein muss, dass die Patienten den Dienst nicht ohne Aufsicht verlassen können.

5. Die Zimmer und die gemeinschaftlichen Räume müssen auf für die Patienten möglichst geeignete Art gekennzeichnet sein.

6. Es wird davon ausgegangen, dass folgende Ärzte über die in römisch III Nummer 1 erwähnte spezifische Kompetenz verfügen: Fachärzte für innere Medizin und Geriatrie, Fachärzte für Neuropsychiatrie, für Psychiatrie oder für Neurologie.

Verfügt der mit der medizinischen Organisation des Dienstes beauftragte Arzt nicht über die erforderlichen somatischen oder psychiatrischen Kompetenzen, muss er bei Bedarf jederzeit auf die Mitarbeit von Ärzten mit den erforderlichen Kompetenzen zurückgreifen können.



7. Pro Pflegeeinheit muss der Dienst über einen Chefkrankenschwäger oder eine Chefkrankenschwägerin verfügen, der/die vorzugsweise Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines graduierten Krankenschwägers bzw. einer graduierten Krankenschwägerin für Geistesgesundheit oder eines graduierten Krankenschwägers bzw. einer graduierten Krankenschwägerin für Geriatrie ist.

Pro Gruppe von 30 belegten Betten muss der Dienst über den Chefkrankenschwäger oder die Chefkrankenschwägerin hinaus mindestens über 8 graduierte Krankenschwäger bzw. Krankenschwägerinnen, die vorzugsweise Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines graduierten Krankenschwägers bzw. einer graduierten Krankenschwägerin für Geriatrie oder Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines graduierten Krankenschwägers bzw. einer graduierten Krankenschwägerin für Geistesgesundheit oder Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines Krankenschwägers bzw. einer Krankenschwägerin für Geistesgesundheit sind, und über 6 Pflegepersonalmitglieder verfügen.

8. Pro Gruppe von 30 Betten muss der Dienst mindestens über einen halbtägäquivalenten Heilgymnasten und mindestens über einen volltägäquivalenten Ergotherapeuten, Logopäden oder anderen Heilhilfsberufler verfügen.

Pro Gruppe von 90 Betten und in entsprechendem Verhältnis dazu, wenn der Dienst weniger Betten hat, muss der Dienst über einen volltägäquivalenten Psychologen und über einen volltägäquivalenten Sozialassistenten oder Krankenschwäger, der Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines graduierten Krankenschwägers bzw. einer graduierten Krankenschwägerin für Volksgesundheit ist, verfügen.

9. Um eine möglichst hohe Pflegequalität zu garantieren, muss eine regelmäßige Konzertierung der Teammitglieder untereinander organisiert werden, in der für jeden Patienten bewertet wird, inwieweit die therapeutischen Maßnahmen und die Beziehung mit dem Patienten auf integrierte Weise erfolgt sind.]

### [B. Spezifische Normen für den Sp-Dienst (Palliativpflege)]

[Unterteilung B mit den Nummern 1 bis 16 eingefügt durch Art. 2 Nr. 3 des K.E. vom 15. Juli 1997 (B.S. vom 31. Juli 1997)]

1. Der Sp-Dienst (Palliativpflege) ist bestimmt für Patienten, die an einer unheilbaren Krankheit im Endstadium leiden und Palliativpflege brauchen.

Dieser Dienst ist auf spezifische Aktivitäten wie die Kontrolle der Symptome, die psychologische Betreuung sowie die Vorbereitung auf und die Begleitung während des Trauerprozesses ausgerichtet.

2. Die Betten des betreffenden Dienstes sind auf mehrere Krankenhausdienste verteilt oder bilden eine architektonisch getrennte und erkennbare Einheit.

In Abweichung von römisch I («Architektonische Normen») Nummer 1 Buchstabe *a*) kann der Dienst sich außerhalb des Niederlassungsortes eines Akutkrankenhauses befinden, sofern er aus der Umwandlung von C-, D-, H- oder G-Betten hervorgeht.

3. In Abweichung von römisch I («Architektonische Normen») Nummer 1 Buchstabe *c*) verfügt ein Sp-Dienst (Palliativpflege) über mindestens 6 und höchstens 12 Betten.

Pro Bett muss eine ausreichende Fläche vorhanden sein. Die Zimmer müssen geräumig und behaglich sein und mit einer Sanitäreinrichtung und angepasstem Mobiliar, insbesondere einem höhenverstellbaren Bett, ausgestattet sein.

Mindestens die Hälfte der Zimmer müssen Einbettzimmer, die übrigen können Zweibettzimmer sein.

4. Der Dienst muss über eine ausreichende Anzahl Bäder verfügen, in denen die Patienten im Liegen baden können.

5.1 Der Dienst muss über folgende gemeinschaftliche Räumlichkeiten verfügen:

- einen behaglichen Aufenthaltsraum,
- eine Küche, die auch für die Familien zugänglich ist,
- ein Büro für das Krankenschwägereteam.

5.2 Der Dienst muss so konzipiert sein, dass es möglich ist, stets eine ruhige Atmosphäre aufrechtzuerhalten, multidisziplinäre Versammlungen zu organisieren und die Familienmitglieder zu empfangen.

Letztere müssen außerdem die Möglichkeit haben, im Dienst zu übernachten.

6. Jedes Zimmer verfügt über ein Telefon, einen Radio- und Fernsehanschluss und ein Rufsystem.

7. Der Dienst verfügt über die notwendigen technischen Mittel zur Schmerzbekämpfung.

8. Jede Woche müssen interdisziplinäre Teamversammlungen stattfinden.

9. Die multidisziplinäre Vorgehensweise muss aus der in römisch II Nummer 2 erwähnten Akte ersichtlich sein.

10. Besuche von Familienmitgliedern und Nahestehenden müssen rund um die Uhr möglich sein.

11. Der Dienst muss dem Palliativpflegeverband der betreffenden geographischen Zone angehören.

12. Die Teammitglieder nehmen mindestens zwei Tage pro Jahr an einer Weiterbildung teil.

13. Die Aktivitäten müssen regelmäßig über die Registrierung der medizinischen, medizinisch-technischen und krankenschwägerischen Handlungen bewertet werden.

Aus dieser Registrierung muss ersichtlich sein, dass die durchgeführten technischen Handlungen angezeigt und begrenzt sind und dass der Aufenthalt des Patienten im Dienst von kurzer Dauer ist.

In der Registrierung muss vermerkt sein, wohin der Patient nach Verlassen des Dienstes geht.

Der für die Volksgesundheit zuständige Minister kann zusätzliche Regeln mit Bezug auf diese Registrierung festlegen.

14. [Die medizinische Leitung des Dienstes wird von einem Facharzt mit besonderer Erfahrung in der Palliativpflege oder von einem Allgemeinmediziner mit besonderer Erfahrung in der Palliativpflege wahrgenommen.]

Der Dienst muss jederzeit auf Fachärzte für Onkologie, Anästhesiologie und Geriatrie zurückgreifen können. Diese Ärzte müssen über besondere Erfahrung in der Palliativpflege verfügen.

15. [Pro zugelassenes Bett muss der Dienst über 1,50 Krankenschwäger - den Chefkrankenschwäger einbegriffen - verfügen, denen ausreichend Pflegepersonal zur Seite steht.]

Der Krankenschwägerkader setzt sich zu zwei Dritteln aus graduierten Krankenschwägern zusammen.

Mindestens 66 % der graduierten Krankenschwäger/Krankenschwägerinnen sind Inhaber der besonderen beruflichen Qualifikation eines Krankenschwägers für Palliativpflege.

16. Der Dienst muss zurückgreifen können auf einen Heilgymnasten, einen Sozialassistenten, einen philosophischen Berater und auf Konsultanten, darunter einen Psychologen und einen Facharzt für Psychiatrie oder für Neuropsychiatrie.]

[Unterteilung B Nr. 14 Abs. 1 ersetzt durch Art. 1 Nr. 1 des K.E. vom 19. Februar 2002 (B.S. vom 11. April 2002); Unterteilung B Nr. 15 Abs. 1 ersetzt durch Art. 1 Nr. 2 des K.E. vom 19. Februar 2002 (B.S. vom 11. April 2002)]

### **[C. Spezifische Normen für den Sp-Dienst (kardiopulmonale Erkrankungen)**

[Unterteilung C mit den Nummern 1 bis 9 eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 10. August 1998 (B.S. vom 21. Oktober 1998)]

1. Als Sp-Dienste für Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen werden Dienste zugelassen, die Patienten aufnehmen, die im Hinblick auf ihre Genesung oder aber auf einen größtmöglichen Erhalt ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten eine längere Behandlung kardiopulmonaler Art und eine multidisziplinäre Betreuung brauchen.

Der Pflegeplan muss einen Aktionsplan umfassen, der die Risiken eines Rückfalls durch gezielte Informationen, insbesondere, was die Lebens- und Ernährungsgewohnheiten betrifft, mindern soll.

2. Wenn der für Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen bestimmte Sp-Dienst sich nicht am Niederlassungsort eines allgemeinen Krankenhauses befindet oder wenn der Dienst für Diagnostik und medizinische Behandlung des Krankenhauses nicht über ein Ärzteteam mit Fachärzten für Kardiologie oder Pneumologie verfügt, wird eine funktionelle Verbindung mit einem Krankenhaus, das über ein solches Team verfügt, hergestellt. Diese funktionelle Verbindung zielt darauf ab, die Kontinuität der Betreuung und Pflege zu garantieren.

Eine funktionelle Verbindung wird ebenfalls hergestellt mit krankenhausexternen Einrichtungen und Diensten zur Beherbergung von Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen oder zu ihrer Pflege zu Hause, d.h. mit Alten- und Pflegeheimen und Diensten für koordinierte Hauskrankenpflege.

Diese funktionellen Verbindungen müssen in schriftlichen Abkommen festgelegt sein.

3. Die Funktion «funktionelle Rehabilitation» des Krankenhauses, in dem sich der Sp-Dienst für kardiopulmonale Erkrankungen befindet, muss ausgerüstet sein, um den Rehabilitationsbedürfnissen der Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen entsprechen zu können.

4. Die architektonische und funktionelle Organisation des Dienstes muss den Patienten angesichts der längeren Dauer ihres Aufenthalts die notwendige Lebensqualität garantieren.

5. Der Dienst muss über das Material und die notwendigen Pflegeverfahren verfügen, um stets in der Lage zu sein, den Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen Notfallpflege zukommen zu lassen.

Bei allen Betten des Dienstes muss es sich um fahrbare höhenverstellbare Gelenkbetten handeln.

Der Dienst muss über eine ausreichende Anzahl Rollstühle, Gehhilfen und Zubehör zur Erleichterung der Mobilität verfügen.

Es müssen Pflegeverfahren und ausreichend Material zur Vorbeugung von Dekubituswunden vorhanden sein.

6. Es wird davon ausgegangen, dass die Fachärzte für Kardiologie oder innere Medizin oder Pneumologie über die in römisch III Nummer 1 erwähnte spezifische Kompetenz verfügen.

Der mit der medizinischen Organisation des Dienstes beauftragte Arzt muss auf der Grundlage seiner spezifischen Kompetenz in der Lage sein, nötigenfalls jederzeit auf die Mitarbeit von Ärzten mit den erforderlichen Kompetenzen zurückzugreifen.

7. Pro Pflegeeinheit und zumindest pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80 % muss der Dienst über einen Chefkrankenpfleger mit besonderer Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit kardiopulmonalen Erkrankungen verfügen.

Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80 % muss der Dienst über den Chefkrankenpfleger hinaus mindestens über 8 vollzeitäquivalente Krankenpfleger verfügen, von denen mindestens 5 graduierte Krankenpfleger sind, und über 7 vollzeitäquivalente Pflegepersonalkräfte.

8. Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80 % muss der Dienst mindestens über einen vollzeitäquivalenten Ergotherapeuten, Logopäden oder Heilhilfsberufler mit besonderer Erfahrung im Bereich der funktionellen Rehabilitation verfügen.

Der Dienst muss auf einen Ernährungsberater mit besonderer Erfahrung in der Mitteilung ernährungstechnischer Informationen zurückgreifen können.

9. Im Hinblick auf eine bestmögliche Garantie der Pflegequalität muss eine regelmäßige Konzertierung der Teammitglieder untereinander organisiert werden, um für jeden Patienten zu bewerten, inwieweit die therapeutischen Maßnahmen und die Beziehung mit dem Patienten auf integrierte Weise erfolgt sind.]

### **[D. Spezifische Normen für den Sp-Dienst (neurologische Erkrankungen)**

[Unterteilung D mit den Nummern 1 bis 9 eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 10. August 1998 (B.S. vom 21. Oktober 1998)]

1. Als Sp-Dienste für Patienten mit neurologischen Erkrankungen werden Dienste zugelassen, die Patienten aufnehmen, die im Hinblick auf ihre Genesung oder aber auf einen größtmöglichen Erhalt ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten eine längere Behandlung neurologischer Art und eine multidisziplinäre Betreuung brauchen.

2. Wenn der für Patienten mit neurologischen Erkrankungen bestimmte Sp-Dienst sich nicht am Niederlassungsort eines allgemeinen Krankenhauses befindet oder wenn der Dienst für Diagnostik und medizinische Behandlung des Krankenhauses nicht über ein Ärzteteam mit zumindest einem Facharzt für Neurologie verfügt, wird eine funktionelle Verbindung mit einem Krankenhaus, das über ein solches Team verfügt, hergestellt.

Diese funktionelle Verbindung zielt darauf ab, die Kontinuität der Betreuung und Pflege zu garantieren.

Eine funktionelle Verbindung wird ebenfalls hergestellt mit krankenhausexternen Einrichtungen und Diensten zur Beherbergung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen oder zu ihrer Pflege zu Hause, d.h. mit Alten- und Pflegeheimen und Diensten für koordinierte Hauskrankenpflege.

Diese funktionellen Verbindungen müssen in schriftlichen Abkommen festgelegt sein.

3. Die Funktion «funktionelle Rehabilitation» des Krankenhauses, in dem sich der Sp-Dienst für neurologische Erkrankungen befindet, muss ausgerüstet sein, um den Rehabilitationsbedürfnissen der Patienten mit neurologischen Erkrankungen entsprechen zu können.

4. Die architektonische und funktionelle Organisation des Dienstes muss den Patienten angesichts der längeren Dauer ihres Aufenthalts die notwendige Lebensqualität garantieren.

Die für die Patienten bestimmten Räume müssen - auch für Patienten im Rollstuhl - möglichst zugänglich sein.

Damit die Patienten sich innerhalb des Dienstes besser fortbewegen können, müssen Handläufe in den Fluren und in den Sanitäranlagen vorgesehen werden.

5. Der Dienst muss über das Material und die notwendigen Pflegeverfahren verfügen, um stets in der Lage zu sein, den Patienten mit neurologischen Erkrankungen Notfallpflege zukommen zu lassen.

Bei allen Betten des Dienstes muss es sich um fahrbare höhenverstellbare Gelenkbetten handeln.

Der Dienst muss über eine ausreichende Anzahl Rollstühle, Gehhilfen und Zubehör zur Erleichterung der Mobilität verfügen.

Es müssen Pflegeverfahren und ausreichend Material zur Vorbeugung von Dekubituswunden vorhanden sein.

6. [Es wird davon ausgegangen, dass die Fachärzte für Neurologie, für innere Medizin, für physikalische Medizin und Rehabilitation und für Neuropsychiatrie über die in römisch III Nummer 1 erwähnte spezifische Kompetenz verfügen.]

Der mit der medizinischen Organisation des Dienstes beauftragte Arzt muss auf der Grundlage seiner Kompetenz in der Lage sein, nötigenfalls jederzeit auf die Mitarbeit von Ärzten mit den erforderlichen Kompetenzen zurückzugreifen.

Er muss ebenfalls auf einen Facharzt für Urologie zurückgreifen können.

7. Pro Pflegeeinheit und zumindest pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80 % muss der Dienst über einen Chefkrankenschwäger mit besonderer Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen verfügen.

Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80 % muss der Dienst über den Chefkrankenschwäger hinaus mindestens über 8 vollzeitäquivalente Krankenschwäger verfügen, von denen mindestens 5 graduierte Krankenschwäger sind, und über 6 vollzeitäquivalente Mitglieder des Pflegepersonals.

8. Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80 % muss der Dienst mindestens über zwei vollzeitäquivalente Ergotherapeuten, Logopäden oder Heilhilfsberufler mit besonderer Erfahrung im Bereich der funktionellen Rehabilitation verfügen.

Der Dienst muss auf einen Psychologen zurückgreifen können.

9. Im Hinblick auf eine bestmögliche Garantie der Pflegequalität muss eine regelmäßige Konzertierung der Teammitglieder untereinander organisiert werden, um für jeden Patienten zu bewerten, inwieweit die therapeutischen Maßnahmen und die Beziehung mit dem Patienten auf integrierte Weise erfolgt sind.]

[Unterteilung D Nr. 6 Abs. 1 ersetzt durch Art. 1 des K.E. vom 10. November 2005 (B.S. vom 7. Dezember 2005)]

#### **[E. Spezifische Normen für den Sp-Dienst (lokomotorische Erkrankungen)]**

[Unterteilung E mit den Nummern 1 bis 9 eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 10. August 1998 (B.S. vom 21. Oktober 1998)]

1. Als Sp-Dienste für Patienten mit lokomotorischen Erkrankungen werden Dienste zugelassen, die Patienten aufnehmen, die im Hinblick auf ihre Genesung oder aber auf einen größtmöglichen Erhalt ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten eine längere Behandlung lokomotorischer Art und eine multidisziplinäre Betreuung brauchen.

2. Um die Kontinuität der Betreuung und Pflege zu garantieren, wird eine funktionelle Verbindung hergestellt mit krankenhausexternen Einrichtungen und Diensten zur Beherbergung von Patienten mit lokomotorischen Erkrankungen oder zu ihrer Pflege zu Hause, d.h. mit Alten- und Pflegeheimen und Diensten für koordinierte Hauskrankenpflege.

Es wird auch eine funktionelle Verbindung mit einem Umschulungszentrum hergestellt.

Diese funktionellen Verbindungen müssen in schriftlichen Abkommen festgelegt sein.

3. Die Funktion «funktionelle Rehabilitation» des Krankenhauses, in dem sich der Sp-Dienst für lokomotorische Erkrankungen befindet, muss ausgerüstet sein, um den Rehabilitationsbedürfnissen der Patienten mit lokomotorischen Erkrankungen entsprechen zu können.

4. Die architektonische und funktionelle Organisation des Dienstes muss den Patienten angesichts der längeren Dauer ihres Aufenthalts die notwendige Lebensqualität garantieren.

5. Der Dienst muss über das Material und die notwendigen Pflegeverfahren verfügen, um stets in der Lage zu sein, den Patienten mit lokomotorischen Erkrankungen Notfallpflege zukommen zu lassen.

Bei allen Betten des Dienstes muss es sich um fahrbare höhenverstellbare Gelenkbetten handeln.

Der Dienst muss über eine ausreichende Anzahl Rollstühle, Gehhilfen und Zubehör zur Erleichterung der Mobilität verfügen.

Es müssen Pflegeverfahren und ausreichend Material zur Vorbeugung von Dekubituswunden vorhanden sein.

6. Es wird davon ausgegangen, dass die Fachärzte für Neurologie oder orthopädische Chirurgie oder physikalische Medizin und für Rehabilitation oder Rheumatologie über die in römisch III Nummer 1 erwähnte spezifische Kompetenz verfügen.

Der mit der medizinischen Organisation des Dienstes beauftragte Arzt muss auf der Grundlage seiner spezifischen Kompetenz in der Lage sein, nötigenfalls jederzeit auf die Mitarbeit von Ärzten mit den erforderlichen Kompetenzen zurückzugreifen.

Er muss ebenfalls auf einen Facharzt für Urologie zurückgreifen können.

7. Pro Pflegeeinheit muss der Dienst über einen Chefkrankenschwäger mit besonderer Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit lokomotorischen Erkrankungen verfügen.

Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80 % muss der Dienst über den Chefkrankenschwäger hinaus mindestens über 8 vollzeitäquivalente Krankenschwäger verfügen, von denen mindestens 5 graduierte Krankenschwäger sind, und über 6 vollzeitäquivalente Pflegepersonalkräfte.

8. Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80% muss der Dienst mindestens über zwei vollzeitäquivalente Ergotherapeuten, Logopäden oder Heilhilfsberufler mit besonderer Erfahrung im Bereich der funktionellen Rehabilitation verfügen.

Der Dienst muss auf einen Psychologen zurückgreifen können.

9. Im Hinblick auf eine bestmögliche Garantie der Pflegequalität muss eine regelmäßige Konzertierung der Teammitglieder untereinander organisiert werden, um für jeden Patienten zu bewerten, inwieweit die therapeutischen Maßnahmen und die Beziehung mit dem Patienten auf integrierte Weise erfolgt sind.]

#### **[F. Spezifische Normen für den Sp-Dienst (chronische Erkrankungen)]**

*[Unterteilung F mit den Nummern 1 bis 9 eingefügt durch Art. 1 des K.E. vom 10. August 1998 (B.S. vom 21. Oktober 1998)]*

1. Als Sp-Dienste für Patienten mit chronischen Erkrankungen werden Dienste zugelassen, die Patienten aufnehmen, die im Hinblick auf ihre Genesung oder aber auf einen größtmöglichen Erhalt ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten eine längere Behandlung und eine multidisziplinäre Betreuung brauchen.

2. Um die Kontinuität der Betreuung und Pflege zu garantieren, wird eine funktionelle Verbindung hergestellt mit krankenhausexternen Einrichtungen und Diensten zur Beherbergung von Patienten mit chronischen Erkrankungen oder zu ihrer Pflege zu Hause, d.h. mit Alten- und Pflegeheimen und Diensten für koordinierte Hauskrankenpflege.

Diese funktionelle Verbindung muss in einem schriftlichen Abkommen festgelegt sein.

3. Die Funktion «funktionelle Rehabilitation» des Krankenhauses, in dem sich der Sp-Dienst für chronische Erkrankungen befindet, muss ausgerüstet sein, um den Rehabilitationsbedürfnissen der Patienten mit chronischen Erkrankungen entsprechen zu können.

4. Die architektonische und funktionelle Organisation des Dienstes muss den Patienten angesichts der längeren Dauer ihres Aufenthalts die notwendige Lebensqualität garantieren.

5. Der Dienst muss über das Material und die notwendigen Pflegeverfahren verfügen, um stets in der Lage zu sein, den Patienten mit chronischen Erkrankungen Notfallpflege zukommen zu lassen.

Bei allen Betten des Dienstes muss es sich um fahrbare höhenverstellbare Gelenkbetten handeln.

Der Dienst muss über eine ausreichende Anzahl Rollstühle, Gehhilfen und Zubehör zur Erleichterung der Mobilität verfügen.

Es müssen Pflegeverfahren und ausreichend Material zur Vorbeugung von Dekubituswunden vorhanden sein.

6. Es wird davon ausgegangen, dass Fachärzte über die in römisch III Nummer 1 erwähnte spezifische Kompetenz verfügen.

7. Pro Pflegeeinheit muss der Dienst über einen Chefkrankenpfleger mit besonderer Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen verfügen.

Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80% muss der Dienst über den Chefkrankenpfleger hinaus mindestens über 8 vollzeitäquivalente Krankenpfleger verfügen, von denen mindestens 5 graduierte Krankenpfleger sind, und über 7 vollzeitäquivalente Pflegepersonalkräfte.

8. Pro Gruppe von 30 Betten mit einem Belegungsgrad von 80% muss der Dienst mindestens über einen vollzeitäquivalenten Ergotherapeuten, Logopäden oder Heilhilfsberufler mit besonderer Erfahrung im Bereich der funktionellen Rehabilitation verfügen.

Der Dienst muss auf einen Psychologen zurückgreifen können.

9. Im Hinblick auf eine bestmögliche Garantie der Pflegequalität muss eine regelmäßige Konzertierung der Teammitglieder untereinander organisiert werden, um für jeden Patienten zu bewerten, inwieweit die therapeutischen Maßnahmen und die Beziehung mit dem Patienten auf integrierte Weise erfolgt sind.]

#### **IV. Übergangsbestimmung**

Der für die Zulassung der Krankenhäuser zuständige Minister kann für einen Zeitraum von maximal 2 Jahren nach Inkrafttreten des vorliegenden Erlasses Abweichungen von den in Nr. 3 und römisch I Nummer 1 Buchstabe c) vorgesehenen Bestimmungen gewähren.]

#### **Spezifische Normen für neuropsychiatrische Dienste: Kennbuchstabe P**

[...]

*[Rubrik aufgehoben durch Art. 2 § 2 des K.E. vom 15. Februar 1974 (B.S. vom 5. März 1974)]*

#### **[Spezifische Normen für Dienste für die Behandlung von Patienten mit langwierigen Erkrankungen]**

[...]

*[Rubrik eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 15. April 1965 (B.S. vom 15. Mai 1965) und aufgehoben durch Art. 2 § 2 des K.E. vom 21. Februar 1994 (B.S. vom 10. März 1994)]*

#### **[Spezifische Normen für offene psychiatrische Dienste: Kennbuchstabe O]**

[...]

*[Rubrik eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 19. November 1965 (B.S. vom 17. Dezember 1965) und aufgehoben durch Art. 2 § 2 des K.E. vom 15. Februar 1974 (B.S. vom 5. März 1994)]*

#### **[Spezifische Normen für psychiatrische Krankenhausdienste für Nachtaufenthalte: Kennbuchstabe Q]**

[...]

*[Rubrik eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 19. November 1965 (B.S. vom 17. Dezember 1965) und aufgehoben durch Art. 2 § 2 des K.E. vom 15. Februar 1974 (B.S. vom 5. März 1994)]*

#### **[Spezifische Normen für Dienste für Intensivpflege: Kennbuchstabe I]**

[...]

*[Rubrik eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 16. September 1966 (B.S. vom 21. Oktober 1966) und aufgehoben durch Art. 23 § 1 des K.E. vom 27. April 1998 (B.S. vom 19. Juni 1998)]*



**[Spezifische Normen für neuropsychiatrische Beobachtungs- und Behandlungsdienste für Kinder:  
Kennbuchstabe K**

*[Rubrik eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 16. Februar 1971 (B.S. vom 28. April 1971)]*

Der K-Dienst ist bestimmt für junge Patienten, die entweder dringende Hilfe in einer Krisensituation, eine Beobachtung oder eine aktive Behandlung brauchen.

Der K-Dienst kann einen Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalt, einen Tageskrankenhausaufenthalt oder einen Nachtkrankenhausaufenthalt anbieten.

Der Dienst muss über mindestens 20 Plätze verfügen und darf höchstens 60 Plätze umfassen.

Es werden Gruppen mit mindestens 6 und höchstens 10 Patienten vorgesehen.

Kinder und Jugendliche werden getrennt, es sei denn, eine Trennung ist nicht im Interesse der Patienten.

**I. Architektonische Normen**

Zur Sicherung seiner Autonomie muss der Dienst tatsächlich von den anderen Krankenhausdiensten getrennt sein.

Der Dienst muss sich außerhalb jeglicher Einrichtung für Personen mit Behinderung befinden.

Die Tages- und Nachträume und die technischen Räumlichkeiten dürfen sich in verschiedenen Gebäuden befinden, unter der Bedingung, dass der funktionelle Zusammenhang gewährleistet ist.

**A. Normen für die allgemeine Hygiene der Gebäude**

Die allgemeinen Normen sind anwendbar, mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 5, 6 und 7 erwähnt sind.

**B. Sondernormen für stationäre Behandlungen**

Die allgemeinen Normen für stationäre Behandlungen im Krankenhaus sind anwendbar, mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 2, 3, 11 und 12 erwähnt sind.

Diese Normen werden wie folgt ergänzt:

1. Es müssen Nachträume in ausreichender Zahl vorhanden sein. Ausnahmsweise kann der Aufenthalt eines Familienmitglieds des Patienten vorgesehen werden, wenn dies sich positiv auf die Behandlung des Patienten auswirkt.

2. Die Einbettzimmer und Gemeinschaftszimmer müssen so eingerichtet sein, dass die Patienten unter gleichzeitiger Wahrung ihrer Intimität leicht überwacht werden können. Zu diesem Zweck werden, gut überlegt, gläserne Trennwände und Paneele angebracht. Bei dem verwendeten Glas muss es sich um Sicherheitsglas handeln.

3. Die Fenster werden mit Sicherheitsvorrichtungen versehen, die eine Belüftung ermöglichen, aber den Öffnungsgrad der Fenster einschränken.

4. Die Einbettzimmer müssen eine Fläche von mindestens 8 m<sup>2</sup> haben. Die Gemeinschaftszimmer müssen eine Fläche von mindestens 6 m<sup>2</sup> pro Bett für Kinder über 10 Jahre haben; für Kinder unter 10 Jahren muss eine Fläche von 5 m<sup>2</sup> pro Kind und für Kinder unter 3 Jahren eine Fläche von 3 m<sup>2</sup> pro Kind vorgesehen sein. Pro Zimmer sind höchstens 4 Betten erlaubt.

5. Das Zimmer für den Nachtschichtbereitschaftsdienst muss sich in der Nähe der Schlafzimmer befinden.

6. Die Sanitäreanlagen müssen mindestens 1 Waschbecken mit fließendem Wasser für 2 Patienten, 1 Badezimmer oder 1 Dusche für 10 Patienten und 1 Toilette für 5 Patienten umfassen. Die Türen der Toiletten und Badezimmer müssen nach außen öffnen und mit Sicherheitsverschlüssen versehen sein, die von außen vom Personal bedient werden können. Die Wasserspülung der Toiletten darf nicht mit Kettenzug bedient werden.

7. Die Speise- und Tagessäle müssen Raum für alle Patienten bieten; die Tagessäle müssen eine Gesamtfläche von mindestens 4 m<sup>2</sup> pro Patient haben, darin einbegriffen 1 m<sup>2</sup> für den Speisesaal.

8. In der Nähe der Aufenthaltsräume müssen Garderoben und Sanitäreanlagen in ausreichender Zahl vorhanden sein.

9. Der Dienst muss über einen Garten, eine Terrasse und einen den Bedürfnissen der Patienten angepassten Hof verfügen.

10. Der Dienst muss ein einladendes und häusliches Umfeld bieten, das den psychologischen Bedürfnissen der Patienten entspricht.

11. Die Einrichtung oder der Dienst muss über Folgendes verfügen:

a) über Räume mit der notwendigen Ausrüstung für Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter und für die individuellen Therapien,

b) über Räume mit angepasstem Material für Gruppentherapien wie Psychotherapie, Ergotherapie, Heilgymnastik, kreative Aktivitäten und pädagogische Aktivitäten,

c) über Beobachtungszimmer, um unruhige Patienten mit Verhaltensstörungen oder Patienten mit Ansteckungskrankheiten isolieren zu können. Diese Zimmer müssen sich in der Nähe des Bereitschaftszimmers befinden. Die Zimmer müssen so eingerichtet sein, dass die Sicherheit der Patienten gewährleistet ist.

**II. Funktionelle Normen**

Die allgemeinen Normen sind anwendbar mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 6 und 7 erwähnt sind.

Diese Normen werden wie folgt ergänzt:

1. Die Arzneimittel müssen in einem für die Patienten unzugänglichen Raum in einem Schrank unter Verschluss aufbewahrt werden.

2. In die medizinische Akte muss systematisch eine detaillierte Beschreibung des geistigen und körperlichen Zustands des Kranken bei seiner Aufnahme eingetragen werden; auch die spätere Entwicklung und die durchgeführten Behandlungen müssen in der Akte festgehalten werden.

Diese Akten werden in der Einrichtung klassiert und in einem Schrank unter Verschluss aufbewahrt.

3. Die Einrichtung muss auf einen radiologischen Dienst, ein Labor für klinische Biologie und einen Dienst für Elektroenzephalographie zurückgreifen können.

4. Es muss eine enge funktionelle Verbindung mit einem zugelassenen E-Dienst für Kinderheilkunde oder D-Dienst für innere Medizin, mit einem neuropsychiatrischen A-Dienst für Erwachsene, mit den krankenhausexternen Diensten für Geistesgesundheit des Gebietes sowie mit angepassten Einrichtungen für Personen mit Behinderung hergestellt werden.

Ein ausschließlich für Tageskrankenhausaufenthalte bestimmter Dienst muss in enger funktioneller Verbindung mit einem für Tages- und Nachtkrankenhausaufnahme bestimmten K-Dienst stehen.

Die Bedingungen für die Zusammenarbeit mit diesen Diensten müssen in einem schriftlichen Abkommen, das der für die Volksgesundheit zuständige Minister billigt, festgelegt sein.

5. Ein K-Dienst mit mindestens 40 Patienten muss im Hinblick auf die Aufnahme von dringenden Fällen jederzeit auf einen Facharzt für Neuropsychiatrie oder für Pädiatrie zurückgreifen können.

### III. Organisatorische Normen

[...]

[...]

1. Das Ärzteteam wird von einem in der Kinderpsychiatrie qualifizierten Facharzt für Neuropsychiatrie geleitet. In jedem Fall müssen mindestens zwei Ärzte an die Einrichtung gebunden sein; der zweite Arzt muss je nach Alter und Gesundheitszustand der aufgenommenen Patienten Facharzt für Neuropsychiatrie, Pädiatrie oder innere Medizin sein.

2. Wenn der Zustand eines Patienten es erforderlich macht, muss die Zusammenarbeit mit Fachärzten gewährleistet sein.

3. Um das medizinisch-psycho-soziale Team zu vervollständigen, muss es für 20 Patienten mindestens einen Lizienten der Psychologie und einen Sozialassistenten oder graduierten Sozialkrankenschwäger geben.

4. Das zur Gewährleistung einer ständigen Anwesenheit notwendige Personal muss sich pro Gruppe von 20 Kranken folgendermaßen zusammensetzen:

a) bei Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalten: aus 2 Teams von 6 Personen, darunter ein Krankenschwäger; von den anderen Teammitgliedern müssen 3 Inhaber des Diploms eines Krankenschwägers, Ergotherapeuten, Erziehers oder Psychologieassistenten oder des Brevets eines Krankenhaushilfsschwägers sein, während die beiden anderen Inhaber des Brevets eines Familien- und Gesundheitshelfers sein oder eine den Bedürfnissen des Dienstes angepasste Ausbildung haben müssen. Zumindest zwei Personen, von denen eine Krankenschwäger/in ist, nehmen nachts die Bereitschaft im Dienst wahr,

b) bei ausschließlichen Tageskrankenhausaufenthalten: aus zwei Personen, die Inhaber des Diploms eines Krankenschwägers, Ergotherapeuten, Psychologie- oder Pädagogikassistenten oder des Brevets eines Krankenhaushilfsschwägers sind. Im Dienst muss es mindestens einen Krankenschwäger geben,

c) bei Nachtkrankenhausaufenthalten: aus 2 Teams von 3 Personen, darunter ein Krankenschwäger; von den anderen Teammitgliedern muss eines Inhaber des Diploms eines Krankenschwägers, Psychologieassistenten, Erziehers oder Ergotherapeuten oder des Brevets eines Krankenhaushilfsschwägers sein, während das andere Inhaber des Brevets eines Familien- und Gesundheitshelfers sein oder eine den Bedürfnissen des Dienstes angepasste Ausbildung haben muss. Nachts nehmen zwei Personen, von denen eine Krankenschwäger/in ist, die Bereitschaft im Dienst wahr; am Tag wird der Bereitschaftsdienst von einer Person wahrgenommen.

5. Um alle Betreuungsarten zu gewährleisten, wird dieses Team pro Gruppe von 20 Patienten außerdem vervollständigt durch:

a) 2 Personen bei Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalten,

b) 4 Personen bei Tageskrankenhausaufenthalten,

c) 2 Personen bei Nachtkrankenhausaufenthalten.]

[6. Das ständig für die Versorgung der und die Aufsicht über die Patienten notwendige Personal wird bei Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalten um 5 Vollzeitstellen pro 20 Betten, die zu 70 % belegt sind, erhöht.

Diese Personen müssen Inhaber eines Diploms des nichtuniversitären Hochschulunterrichts krankenschwägerischer, heilhilfsberuflicher, sozialer, psychologischer, pädagogischer oder künstlerischer Ausrichtung wie etwa des Diploms eines graduierten Krankenschwägers, Heilgymnasten oder Ergotherapeuten, Sozialassistenten, Psychologieassistenten oder Fachlehrers in Leibeseziehung oder des Diploms eines Erziehers, Lehrers oder Regenten sein.]

[Römisch III früherer Absatz 1 aufgehoben durch Art. 3 des K.E. vom 15. Februar 1999 (B.S. vom 28. April 1999); früherer Absatz 2 einleitende Bestimmung aufgehoben durch Art. 3 des K.E. vom 15. Februar 1999 (B.S. vom 28. April 1999); Nr. 6 eingefügt durch Art. 2 des K.E. vom 25. März 1999 (B.S. vom 7. Oktober 1999)]

### **[Sondernormen für neuropsychiatrische Beobachtungs- und Behandlungsdienste für erwachsene Patienten: Kennbuchstabe A**

[Rubrik eingefügt durch Art. 1 § 1 des K.E. vom 15. Februar 1974 (B.S. vom 5. März 1974)]

Der A-Dienst ist bestimmt für erwachsene Patienten, die entweder dringende Hilfe in einer Krisensituation, eine Beobachtung oder eine aktive Behandlung brauchen. [Für die Anwendung der Bestimmungen der vorliegenden Rubrik versteht man unter «erwachsene Patienten» Patienten von 15 Jahren oder mehr.]

Der A-Dienst muss Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalte und kann Tages- oder Nachtkrankenhausaufenthalte anbieten.

Der Dienst muss mindestens 30 Betten umfassen.

[Abs. 1 ergänzt durch Art. 4 vom 29. April 1999 (B.S. vom 6. Oktober 1999)]

#### I. Architektonische Normen

Zur Sicherung seiner Autonomie muss der Dienst von den anderen Krankenhausdiensten tatsächlich getrennt sein.

Die Tages- und Nachträume und die technischen Räumlichkeiten dürfen sich in verschiedenen Gebäuden befinden, unter der Bedingung, dass der funktionelle Zusammenhang gewährleistet ist.

#### A. Normen für die allgemeine Hygiene der Gebäude

Die allgemeinen Normen sind anwendbar mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 5, 6 und 7 erwähnt sind.

#### B. Sondernormen für stationäre Behandlungen

Die allgemeinen Normen für stationäre Behandlungen im Krankenhaus sind anwendbar, mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 2, 3, 11 und 12 erwähnt sind.

Diese Normen werden wie folgt ergänzt:

1. Die Einbettzimmer und Gemeinschaftszimmer müssen so eingerichtet sein, dass die Patienten unter gleichzeitiger Wahrung ihrer Intimität leicht überwacht werden können.

Zu diesem Zweck werden, gut überlegt, gläserne Trennwände und Paneele angebracht.

Bei dem verwendeten Glas muss es sich um Sicherheitsglas handeln.

2. Die Fenster werden mit Sicherheitsvorrichtungen versehen, die eine Belüftung ermöglichen, aber den Öffnungsgrad der Fenster einschränken.

3. Die Einbettzimmer müssen eine Fläche von mindestens 8 m<sup>2</sup> haben.

Die Gemeinschaftszimmer müssen eine Fläche von 6 m<sup>2</sup> pro Bett haben.

Es sind höchstens 6 Betten pro Zimmer erlaubt.

4. Das Zimmer für den Nachtbereitschaftsdienst muss sich in der Nähe der Gemeinschaftszimmer befinden.

5. Die Sanitäranlagen müssen mindestens 1 Waschbecken mit fließendem Wasser für 2 Patienten, 1 Badezimmer oder 1 Dusche für 10 Patienten und eine Toilette für 10 Patienten umfassen.

Die Türen der Toiletten und Badezimmer müssen nach außen öffnen und mit Sicherheitsverschlüssen versehen sein, die von außen vom Personal bedient werden können.

Die Wasserspülung der Toiletten darf nicht mit Kettenzug bedient werden.

6. Die Speise- und Tagessäle müssen Raum für alle Patienten bieten; die Tagessäle müssen eine Gesamtfläche von mindestens 4 m<sup>2</sup> pro Patient haben, darin einbezogen 1 m<sup>2</sup> für den Speisesaal.

7. In der Nähe der Aufenthaltsräume müssen Garderoben und Sanitäranlagen in ausreichender Zahl vorhanden sein.

8. Der Dienst sollte, wenn möglich, über einen Garten oder eine Terrasse verfügen.

9. Es muss dafür gesorgt werden, dass die gesamte Einrichtung einladend wirkt.

10. Die Einrichtung oder der Dienst muss über Folgendes verfügen:

a) über Räume mit der notwendigen Ausrüstung für Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter,

b) über Räume mit der notwendigen Ausrüstung für individuelle therapeutische Aktivitäten wie Psychotherapie und Heilgymnastik,

c) über Räume mit angepasstem Material für Gruppentherapien wie Psychotherapie, Ergotherapie und kreative Aktivitäten,

d) über Säle mit angepassten Geräten für biologische Behandlungsverfahren,

e) über Beobachtungszimmer, um unruhige Patienten isolieren zu können; diese Zimmer müssen sich in der Nähe des Bereitschaftszimmers befinden und ausreichend beleuchtet, komfortabel und belüftet sein. Die Zimmer müssen so eingerichtet sein, dass die Sicherheit der Patienten gewährleistet ist,

f) über ein Labor für geläufige Untersuchungen,

g) über einen Dienst für Elektroenzephalographie.

## II. Funktionelle Normen

Die allgemeinen Normen sind anwendbar mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 6 und 7 erwähnt sind.

Diese Normen werden wie folgt ergänzt:

1. Die Arzneimittel müssen in einem für die Patienten unzugänglichen Raum in einem Schrank unter Verschluss aufbewahrt werden.

2. Die Krankenzimmer müssen je nach Bedarf mit einem diskreten, aber effizienten Rufsystem ausgestattet sein.

3. In die medizinische Akte muss obligatorisch eine detaillierte Beschreibung des geistigen und körperlichen Zustands des Kranken bei seiner Aufnahme eingetragen werden; auch die spätere Entwicklung und die durchgeführten Behandlungen müssen in der Akte festgehalten werden.

Diese Akten werden klassiert und in einem Schrank unter Verschluss aufbewahrt.

4. Die Einrichtung muss auf einen radiologischen Dienst und ein Labor für klinische Biologie zurückgreifen können.

5. Es muss eine enge funktionelle Verbindung der Einrichtung oder des Dienstes mit einem D-Dienst für Diagnostik und medizinische Behandlung, einem T-Dienst sowie mit den krankenhausexternen Diensten für Geistesgesundheit des Gebietes hergestellt werden.

Die Bedingungen für die Zusammenarbeit mit diesen Diensten müssen in einem schriftlichen Abkommen, das der für die Volksgesundheit zuständige Minister billigt, festgelegt sein.

6. Ein A-Dienst mit mindestens 60 Patienten muss:

- jederzeit ein Behandlungsteam zum Wohnort eines Patienten, der dringende Hilfe braucht, schicken können,

- im Hinblick auf die Aufnahme von dringenden Fällen jederzeit auf einen Facharzt für Neuropsychiatrie zurückgreifen können.

## III. Organisatorische Normen

[...]

[...]

1. Das Ärzteteam wird von einem Facharzt für Neuropsychiatrie, dessen Ernennung vom Minister der Volksgesundheit gebilligt wird, geleitet.

Für 30 Patienten gibt es mindestens einen Neuropsychiater.

In jedem Fall müssen mindestens zwei Ärzte an die Einrichtung gebunden sein, von denen der eine Facharzt für Neuropsychiatrie und der andere Facharzt für Neuropsychiatrie oder innere Medizin sein muss.

2. Wenn der Zustand eines Patienten es erforderlich macht, muss die Zusammenarbeit mit Fachärzten gewährleistet sein.

3. Um das medizinisch-psycho-soziale Team zu vervollständigen, muss es für 60 Patienten mindestens einen Lizienten der Psychologie und einen graduierten Sozialkrankenpfleger oder Sozialassistenten geben.

4. Das zur Gewährleistung einer ständigen Anwesenheit notwendige Personal muss sich pro Gruppe von 30 Kranken folgendermaßen zusammensetzen:

a) in Diensten, die Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalte anbieten: aus 11 Personen, darunter 6 Krankenpfleger, die vorzugsweise Psychiatriekrankenpfleger sind; von den anderen Personalmitgliedern müssen 2 Inhaber des Diploms eines Krankenpflegers, Ergotherapeuten, Erziehers oder Psychologieassistenten oder des Brevets eines Krankenpflegers oder Krankenhaushilfspflegers sein; die drei anderen müssen Inhaber des Brevets eines Familien- und Gesundheitshelfers sein oder eine den Bedürfnissen des Dienstes angepasste Ausbildung haben; mindestens zwei Personen, von denen eine Krankenpfleger/in ist, nehmen nachts die Bereitschaft im Dienst wahr,

b) in Diensten, die zusätzlich Tageskrankenhausaufenthalte anbieten: aus 3 Krankenpflegern,

c) in Diensten, die zusätzlich Nachtkrankenhausaufenthalte anbieten: aus 7 Personen, von denen 5 Krankenpfleger sind; die beiden anderen Mitglieder müssen Inhaber des Brevets eines Familien- und Gesundheitshelfers sein oder eine den Bedürfnissen des Dienstes angepasste Ausbildung haben; nachts nehmen zwei Personen, von denen eine Krankenpfleger/in ist, den Bereitschaftsdienst wahr; am Tag wird der Bereitschaftsdienst von einer Person wahrgenommen.

5. Um alle Betreuungsarten zu gewährleisten, wird dieses Team pro Gruppe von 30 Patienten außerdem vervollständig durch:

a) 4 Personen bei Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalten,

b) 6 Personen bei Tageskrankenhausaufenthalten,

c) 3 Personen bei Nachtkrankenhausaufenthalten.

Diese Personen müssen Inhaber des Diploms eines Lizienten oder Inhaber eines Diploms des nichtuniversitären Hochschulunterrichts heilhilfsberuflicher, sozialer, pädagogischer oder künstlerischer Ausrichtung wie etwa der Psychologie, Kriminologie, Leibeserziehung, Heilgymnastik oder Ergotherapie oder Inhaber des Diploms eines Erziehers, Lehrers oder Regenten sein.]

[*Römisch III früherer Absatz 1 aufgehoben durch Art. 3 des K.E. vom 15. Februar 1999 (B.S. vom 28. April 1999); früherer Absatz 2 einleitende Bestimmung aufgehoben durch Art. 3 des K.E. vom 15. Februar 1999 (B.S. vom 28. April 1999)*]

#### **[Sondernormen für neuropsychiatrische Dienste für die Behandlung erwachsener Patienten: Kennbuchstabe T**

[*Rubrik eingefügt durch Art. 1 § 2 des K.E. vom 15. Februar 1974 (B.S. vom 5. März 1974)*]

Der T-Dienst ist bestimmt für erwachsene Patienten und muss seine Aktivität auf eine größtmögliche soziale Rehabilitation der Patienten ausrichten. [Für die Anwendung der Bestimmungen der vorliegenden Rubrik versteht man unter «erwachsene Patienten» Patienten von 15 Jahren oder mehr.]

Ein T-Dienst kann entweder Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalte oder Tageskrankenhausaufenthalte oder Nachtkrankenhausaufenthalte anbieten.

Ein Dienst, der Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalte anbietet, muss mindestens 60 Patienten aufnehmen können.

Ein Dienst, der nur Nachtkrankenhausaufenthalte anbietet, muss mindestens 30 Patienten aufnehmen können.

[*Abs. 1 ergänzt durch Art. 5 des K.E. vom 29. April 1999 (B.S. vom 6. Oktober 1999)*]

##### **I. Architektonische Normen**

Zur Sicherung seiner Autonomie muss der Dienst tatsächlich von den anderen Krankenhausdiensten getrennt sein.

Die Tages- und Nachträume und die technischen Räumlichkeiten dürfen sich in verschiedenen Gebäuden befinden, unter der Bedingung, dass der funktionelle Zusammenhang gewährleistet ist.

##### **A. Normen für die allgemeine Hygiene der Gebäude**

Die allgemeinen Normen sind anwendbar, mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 5, 6 und 7 erwähnt sind.

##### **B. Sondernormen für stationäre Behandlungen**

Die allgemeinen Normen für stationäre Behandlungen im Krankenhaus sind anwendbar, mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 2, 3, 11 und 12 erwähnt sind.

Diese Normen werden wie folgt ergänzt:

1. Es müssen Nachträume in ausreichender Zahl vorhanden sein.

2. Die Einbettzimmer und Gemeinschaftszimmer müssen so eingerichtet sein, dass die Patienten unter gleichzeitiger Wahrung ihrer Intimität leicht überwacht werden können.

Zu diesem Zweck werden, gut überlegt, gläserne Trennwände und Paneele angebracht. Bei dem verwendeten Glas muss es sich um Sicherheitsglas handeln.

3. Die Fenster werden mit Sicherheitsvorrichtungen versehen, die eine Belüftung ermöglichen, aber den Öffnungsgrad der Fenster einschränken.

4. Die Einbettzimmer müssen eine Fläche von mindestens 8 m<sup>2</sup> haben.

Die Gemeinschaftszimmer müssen eine Fläche von mindestens 6 m<sup>2</sup> pro Bett haben.

Es sind höchstens 6 Betten pro Zimmer erlaubt.

5. Das Zimmer für den Nachtbereitschaftsdienst muss sich in der Nähe der Gemeinschaftszimmer befinden.

6. Die Sanitäreinrichtungen müssen mindestens 1 Waschbecken mit fließendem Wasser für 2 Patienten, 1 Badezimmer oder 1 Dusche für 10 Patienten und 1 Toilette für 10 Patienten umfassen.

Die Türen der Toiletten und Badezimmer müssen nach außen öffnen und mit Sicherheitsverschlüssen versehen sein, die von außen vom Personal bedient werden können.

Die Wasserspülung der Toiletten darf nicht mit Kettenzug bedient werden.

7. Die Speise- und Tagessäle müssen Raum für alle Patienten bieten; die Tagessäle müssen eine Gesamtfläche von mindestens 4 m<sup>2</sup> pro Patient haben, darin einbezogen 1 m<sup>2</sup> für den Speisesaal.

8. In der Nähe der Aufenthaltsräume müssen Garderoben und Sanitäreinrichtungen in ausreichender Zahl vorhanden sein.

9. Der Dienst sollte, wenn möglich, über einen Garten oder eine Terrasse verfügen.

10. Es muss dafür gesorgt werden, dass die gesamte Einrichtung einladend wirkt.



11. Die Einrichtung oder der Dienst muss über Folgendes verfügen:

- a) über Räume mit der notwendigen Ausrüstung für Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter,
- b) über Räume mit der notwendigen Ausrüstung für individuelle therapeutische Aktivitäten wie Psychotherapie und Heilgymnastik,
- c) über Räume mit angepasstem Material für Gruppentherapien wie Psychotherapie, Ergotherapie und kreative Aktivitäten,
- d) über Säle mit angepassten Geräten für biologische Behandlungsverfahren,
- e) über Beobachtungszimmer, um unruhige Patienten isolieren zu können; diese Zimmer müssen sich in der Nähe des Bereitschaftszimmers befinden und ausreichend beleuchtet, komfortabel und belüftet sein. Die Zimmer müssen so eingerichtet sein, dass die Sicherheit der Patienten gewährleistet ist,
- f) über ein Labor für geläufige Untersuchungen,
- g) über Räume für Sozialtherapie, wie einen Clubraum, einen Festsaal, Werkstätten und Sportanlagen.

## II. Funktionelle Normen

Die allgemeinen Normen sind anwendbar, mit Ausnahme derjenigen, die unter den Nummern 6 und 7 erwähnt sind.

Diese Normen werden wie folgt ergänzt:

1. Die Arzneimittel müssen in einem für die Patienten unzugänglichen Raum in einem Schrank unter Verschluss aufbewahrt werden.

2. Die Krankenzimmer müssen je nach Bedarf mit einem diskreten, aber effizienten Rufsystem ausgestattet sein.

3. In die medizinische Akte muss obligatorisch eine detaillierte Beschreibung des geistigen und körperlichen Zustands des Kranken bei seiner Aufnahme eingetragen werden; auch die spätere Entwicklung und die durchgeführten Behandlungen müssen in der Akte festgehalten werden.

Diese Akten werden klassiert und in einem Schrank unter Verschluss aufbewahrt.

4. Die Einrichtung muss auf einen Dienst für Elektroenzephalographie, einen radiologischen Dienst und ein Labor für klinische Biologie zurückgreifen können.

5. Es muss eine enge funktionelle Verbindung der Einrichtung oder des Dienstes mit einem D-Dienst für Diagnostik und medizinische Behandlung, einem A-Dienst und mit den krankenhausexternen Diensten für Geistesgesundheit des Gebietes hergestellt werden.

Die Bedingungen für die Zusammenarbeit mit diesen Diensten müssen in einem schriftlichen Abkommen, das der für die Volksgesundheit zuständige Minister billigt, festgelegt sein.

## III. Organisatorische Normen

[...]

[...]

1. Das Ärzteteam wird von einem Facharzt für Neuropsychiatrie, dessen Ernennung vom Minister der Volksgesundheit gebilligt wird, geleitet.

Für 120 Patienten gibt es mindestens einen Neuropsychiater.

In jedem Fall müssen mindestens zwei Ärzte an die Einrichtung gebunden sein, von denen der eine Facharzt für Neuropsychiatrie und der andere Neuropsychiater, Internist oder Allgemeinmediziner sein muss.

2. Wenn der Zustand eines Patienten es erforderlich macht, muss die Zusammenarbeit mit Fachärzten gewährleistet sein.

3. Um das medizinisch-psycho-soziale Team zu vervollständigen, muss es für 120 Patienten mindestens einen Lizienten der Psychologie und einen graduierten Sozialkrankenpfleger oder Sozialassistenten geben.

4. Das zur Gewährleistung einer ständigen Anwesenheit notwendige Personal muss sich pro Gruppe von 60 Kranken folgendermaßen zusammensetzen:

a) in Diensten, die Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalte anbieten: aus 11 Personen, darunter 6 Krankenpfleger, die vorzugsweise Psychiatriekrankenpfleger sind; von den anderen Personalmitgliedern müssen 2 Inhaber des Diploms eines Krankenpflegers, Ergotherapeuten, Erzieher oder Psychologieassistenten oder des Brevets eines Krankenpflegers oder Krankenhaushilfspflegers sein; die drei anderen müssen Inhaber des Brevets eines Familien- und Gesundheitshelfers sein oder eine den Bedürfnissen des Dienstes angepasste Ausbildung haben; mindestens zwei Personen, von denen eine Krankenpfleger/in ist, nehmen den nächtlichen Bereitschaftsdienst wahr,

b) in Diensten, die nur Tageskrankenhausaufenthalte anbieten: aus 3 Krankenpflegern,

c) in Diensten, die nur Nachtkrankenhausaufenthalte anbieten: aus 7 Personen, von denen 5 Krankenpfleger sind; die beiden anderen Mitglieder müssen Inhaber des Brevets eines Familien- und Gesundheitshelfers sein oder eine den Bedürfnissen des Dienstes angepasste Ausbildung haben; nachts nehmen mindestens zwei Personen, von denen eine Krankenpfleger ist, den Bereitschaftsdienst wahr; am Tag wird der Bereitschaftsdienst von einer Person übernommen.

Für 30 Kranke reichen 5 Personen, von denen 3 Krankenpfleger/in sind, aus.

5. Um alle Betreuungsarten zu gewährleisten, wird dieses Team pro Gruppe von 60 Patienten außerdem vervollständigt durch:

a) 4 Personen bei Tages- und Nachtkrankenhausaufenthalten,

b) 6 Personen bei Tageskrankenhausaufenthalten,

c) 3 Personen bei Nachtkrankenhausaufenthalten.

Diese Personen müssen Inhaber des Diploms eines Lizienten oder Inhaber eines Diploms des nichtuniversitären Hochschulunterrichts heilhilfsberuflicher, sozialer, pädagogischer oder künstlerischer Ausrichtung wie etwa der Psychologie, Kriminologie, Leibeserziehung, Heilgymnastik oder Ergotherapie oder Inhaber des Diploms eines Erziehers, Lehrers oder Regenten sein.]

[Römisch III früherer Absatz 1 aufgehoben durch Art. 3 des K.E. vom 15. Februar 1999 (B.S. vom 28. April 1999); früherer Absatz 2 einleitende Bestimmung aufgehoben durch Art. 3 des K.E. vom 15. Februar 1999 (B.S. vom 28. April 1999)]

### [Sondernormen für den Geriatriedienst

[Rubrik eingefügt durch Art. 1 § 2 des K.E. vom 12. April 1984 (B.S. vom 28. April 1984)]

1. [Als Geriatriedienst kann der Dienst eines allgemeinen Krankenhauses zugelassen werden, der sich mit der Erstellung geriatrischer Diagnosen, der Behandlung, der funktionellen Rehabilitation und der Pflege und stationären Versorgung von Geriatriepatienten unter den bestmöglichen Bedingungen befasst.

Ein isolierter Geriatriedienst muss - ob er an einen spezialisierten Dienst für Behandlung und Rehabilitation (Kennbuchstabe Sp) gebunden ist oder nicht - über eine funktionelle Verbindung mit dem Geriatriedienst des nächstgelegenen Krankenhauses verfügen. Diese funktionelle Verbindung muss festgehalten sein in einem schriftlichen Abkommen, in dem unter anderem Folgendes verdeutlicht wird:

- die Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen den Geriatriediensten, insbesondere, was die Politik der Aufnahme und Verlegung von Geriatriepatienten betrifft,
- die Modalitäten für die Inanspruchnahme der medizinisch-technischen Dienste,
- die Modalitäten für die ärztliche, krankenpflegerische und heilhilfsberufliche Zusammenarbeit, insbesondere im Rahmen einer ständigen Konzertierungs- und Weiterbildungspolitik.

Die vorerwähnte funktionelle Verbindung muss in einem schriftlichen Abkommen festgehalten sein, wenn beide Geriatriedienste nicht vom selben Organisationsträger abhängen.]

2. Geriatriepatienten werden entweder direkt in den Dienst aufgenommen oder nach einer ersten Behandlung in einem ihrer Erkrankung entsprechenden Dienst.

Geriatriepatienten haben mehrere Erkrankungen, die, wenn sie nicht angemessen behandelt werden, den Patienten invalidisieren oder zu einer Verlängerung seines Krankenhausaufenthalts führen.

3. Außer der Aufnahme von Geriatriepatienten in der akuten Phase ihrer Erkrankung kümmert sich dieser Dienst auch um die verlängerten Krankenhausaufenthalte von Geriatriepatienten in subakuten, sich noch entwickelnden und nicht stabilisierten Phasen der Erkrankung, für die spezialisierte Versorgung erforderlich ist.

Das Durchschnittsalter der Patienten eines Geriatriedienstes muss mindestens 75 Jahre betragen.

4. Der gesamte Betrieb des Dienstes ist aus ärztlicher, krankenpflegerischer und heilhilfsberuflicher Sicht immer auf die Anwendung einer aktiven Behandlung des Patienten ausgerichtet, die darauf abzielt, ihn nach einer optimalen Wiedererlangung seiner körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten so schnell wie möglich zu entlassen.

Ein Krankenhausaufenthalt in einem G-Dienst darf auf keinen Fall ein Langzeitaufenthalt für Betagte sein.

Grundsätzlich darf die Durchschnittsdauer eines Aufenthalts in einem G-Dienst [45 Tage nicht überschreiten.]

5. Ein G-Dienst muss vor Ort über das Personal und die Ausrüstung verfügen, damit er diese Aufgabe möglichst rasch und unter den besten Bedingungen erfüllen kann.

[Nr. 1 ersetzt durch Art. 34 Nr. 1 des K.E. vom 29. Januar 2007 (B.S. vom 7. März 2007); Nr. 4 Abs. 3 abgeändert durch Art. 34 Nr. 1 des K.E. vom 29. Januar 2007 (B.S. vom 7. März 2007)]

#### I. Architektonische Normen

1. Die Einheiten für stationäre Behandlung des Dienstes müssen ein funktionelles Ganzes bilden, das von den Räumen für stationäre Behandlung der anderen Dienste vollständig getrennt ist, und direkt erreichbar sein. Sie müssen auch für Rollstühle zugänglich sein.

2. In den Fluren und Gängen des Dienstes sind jegliche Unebenheiten des Bodens wie Stufen, Treppen und andere Hindernisse zu vermeiden. Außerdem muss jeglicher Ausrutschgefahr vorgebeugt werden.

3. Damit die Patienten sich innerhalb des Dienstes besser fortbewegen können, müssen Geländer und Handläufe angebracht werden. Auch die Sanitäreanlagen müssen mit diesen Vorrichtungen ausgestattet sein. In den Fluren müssen ausreichend Ruheplätze vorgesehen sein.

4. In allen Räumen muss ein effizientes Rufsystem vorhanden sein.

5. Die für die Patienten bestimmten Sanitäreanlagen müssen möglichst nahe bei den Zimmern sowie in Nähe der Aufenthalts- und Übungsräume eingerichtet sein.

Die Toiletten müssen geräumig und mit einer Tür versehen sein, die so breit ist, dass ein Rollstuhl hineinfahren kann und Platz vorhanden ist für das Personal, das dem Patienten beim Besuch der Toilette gegebenenfalls behilflich ist.

6. Der Dienst muss zumindest über eine Einheit mit mindestens 24 Betten verfügen.

7. Jede Einheit für stationäre Behandlung muss über einen Untersuchungsraum verfügen, der auch als Verbandsraum dienen kann.

8. Die Pflegeeinheiten müssen auf jedem Stockwerk über einen Gesprächsraum und über einen Speisesaal, der als Aufenthaltsraum benutzt werden kann, verfügen. Außerdem muss jeder Dienst, wenn möglich auf demselben Stockwerk, über einen Saal für gemeinsame Übungen verfügen.

9. Die Funktion der verschiedenen Räume muss auf einheitliche Weise angezeigt werden. Architektur und Inneneinrichtung sollten auf ein möglichst häusliches Ambiente ausgerichtet sein.

10. Die Einheiten für stationäre Behandlung müssen mit Leitungen für Sauerstoff- und Absauggeräte ausgestattet sein.

11. Es muss für eine angemessene Belüftung aller Räume gesorgt sein.

#### II. Funktionelle Normen

1. Der Dienst muss über die für die Anwendung der dem Dienst eigenen krankenpflegerischen und heilhilfsberuflichen Techniken notwendige Ausrüstung verfügen.

Diese Ausrüstung muss zumindest Folgendes umfassen:

a) in jeder Einheit für stationäre Behandlung: eine ausreichende Anzahl fahrbarer höhenverstellbarer Gelenkbetten,

- ausreichend Material zur Dekubitusvorbeugung,

- Seitengitter für einige Betten,

- angepasste Sessel in verschiedenen Höhen,

- eine ausreichende Anzahl Nachtstühle,

- eine ausreichende Anzahl Rollstühle,

- eine ausreichende Anzahl Gehhilfen, Krücken und Handstöcke;

b) im Übungsraum des Dienstes oder des Stockwerks:

- Parallelbarren,
- ein Übungsfahrrad,
- eine Übungstreppe,
- eine Sprossenwand.

2. Das erforderliche Material für die Anwendung von logopädischen, heilgymnastischen und ergotherapeutischen Techniken muss vorhanden sein.

3. Für jeden Patienten wird ab seiner Aufnahme eine detaillierte Akte angelegt, die die sozialen, medizinischen, heilhilfsberuflichen und krankenschwägerischen Daten umfasst.

4. Der Arzt hält die Schlussfolgerungen der ersten kompletten medizinischen Untersuchung bei der Aufnahme ins Krankenhaus in der Patientenakte fest. Schon ab der Aufnahme wird in Absprache mit dem Sozialassistenten oder Sozialkrankenschwäger eine Bewertung der Möglichkeiten und Erfordernisse für eine Rückkehr nach Hause oder in ein angepasstes Umfeld, das als Zuhause dient, vorgenommen.

[In Absprache mit den Personen, die die Behandlung mitmachen, erstellt der Arzt ein Behandlungsprogramm, in dem sowohl die spezielle medizinische, krankenschwägerische, heilhilfsberufliche und psychologische Behandlung als auch die Möglichkeiten einer funktionellen Rehabilitation erwähnt sind.]

Die Akte des Patienten muss regelmäßig mit einem Bericht über die Entwicklung seines Gesundheitszustands vervollständigt und auf dieser Grundlage mit dem bei der Aufnahme des Patienten erstellten und im nachhinein angepassten Behandlungsprogramm und -zeitplan verglichen werden.

Zu diesem Zweck muss das Team, das sich aus dem Arzt, dem Chefkrankenschwäger, dem Heilgymnasten und gegebenenfalls dem Ergotherapeuten, [dem Psychologen], dem Sozialassistenten und dem Logopäden zusammensetzt, wöchentlich zusammenkommen.

Der Bericht dieser Zusammenkunft wird der Akte beigelegt.]

*[Römisch II Nr. 4 Abs. 2 ersetzt durch Art. 35 Nr. 1 des K.E. vom 29. Januar 2007 (B.S. vom 7. März 2007); Nr. 4 Abs. 4 abgeändert durch Art. 35 Nr. 2 des K.E. vom 29. Januar 2007 (B.S. vom 7. März 2007)]*

### III. Organisatorische Normen

1. [Die medizinische Leitung des Geriatriedienstes wird einem zugelassenen Facharzt für innere Medizin mit einer besonderen beruflichen Qualifikation in der Geriatrie oder einem zugelassenen Facharzt für Geriatrie anvertraut.]

Der dienstleitende Arzt muss Vollzeitig - d.h. zu mindestens acht Zehnteln der normalen Berufstätigkeit - im Krankenhaus arbeiten.

2. Der dienstleitende Arzt muss, immer wenn es erforderlich ist, auf die in der Behandlung eines Patienten eingebundenen Fachärzte zurückgreifen können.

3. [Pro Gruppe von 24 zugelassenen Betten muss der Dienst mindestens über 14,13 vollzeitäquivalente Mitglieder des Krankenpflege-, Heilhilfsberufs- und/oder Pflegepersonals verfügen, wobei dieses Personal sich wie folgt zusammensetzen muss:

1. Pro Einheit muss es einen Chefkrankenschwäger geben, der Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines Fachkrankenschwägers für Geriatrie ist.

2. Pro Gruppe von 24 zugelassenen G-Betten muss es fünf vollzeitäquivalente Krankenpflegefachkräfte geben.

3. Pro Gruppe von 24 G-Betten muss es vier Krankenpfleger geben, die Inhaber der besonderen Berufsbezeichnung eines Fachkrankenschwägers für Geriatrie oder der besonderen beruflichen Qualifikation eines Krankenpflegers mit besonderer Fachkenntnis im Bereich Geriatrie sind.

4. Pro Pflegeeinheit muss mindestens ein Krankenpfleger bzw. eine Krankenpflegerin ständig anwesend sein.

5. 1,33 vollzeitäquivalente Personalmitglieder müssen die Qualifikation eines Graduierten/Bachelors der Ergotherapie, eines Graduierten/Bachelors der Logopädie, eines Lizienten/Masters der Logopädie oder eines Lizienten/Masters der Psychologie haben.]

4. Der Dienst muss über einen Heilgymnasten verfügen. Er muss darüber hinaus auf die Hilfe von [...], Ernährungsberatern, Sozialassistenten oder graduierten Sozialkrankenschwägern, deren Anzahl von der Bettenanzahl des Dienstes abhängt, zurückgreifen können.

5. Es muss ausreichend Unterhaltspersonal vorgesehen sein.

6. Im Dienst muss ein psychologisch vorteilhaftes Klima geschaffen werden, das auf die Bedürfnisse von Geriatriepatienten ausgerichtet ist.

Nach diesen Bedürfnissen richten sich außerdem die Erstellung der Arbeitsstundenpläne, der Rhythmus der verschiedenen Aktivitäten und Beschäftigungen, die Verteilung der Arbeit unter den verschiedenen Personalmitgliedern usw.

Wenn es möglich ist, sollten die Patienten in Gruppen im Speisesaal essen.

Auch die Heilgymnastik und Ergotherapie sollten möglichst in Gruppen stattfinden.

Es werden ebenfalls soziokulturelle Aktivitäten organisiert.]

*[Römisch III Nr. 1 Abs. 1 ersetzt durch Art. 36 Nr. 1 des K.E. vom 29. Januar 2007 (B.S. vom 7. März 2007); Nr. 3 ersetzt durch Art. 36 Nr. 2 des K.E. vom 29. Januar 2007 (B.S. vom 7. März 2007); Nr. 4 abgeändert durch Art. 33 Nr. 3 des K.E. vom 29. Januar 2007 (B.S. vom 7. März 2007)].*