

REGIERUNG DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT

65665 / 3 [Nummer Erlassregister]

Vorentwurf eines Erlasses der Regierung zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen

DIE REGIERUNG DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT,

Aufgrund des koordinierten Gesetzes vom 10. Juli 2008 über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen, Artikel 66;

Aufgrund des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen;

Aufgrund des Gutachtens des Krankenhausbeirats, das am 21. November 2018 abgegeben wurde;

Aufgrund der Berichterstattung der Generalversammlung des Rechnungshofes vom 19. Dezember 2018;

Aufgrund des Gutachtens des Finanzinspektors vom ...;

Aufgrund des Einverständnisses des Ministerpräsidenten, zuständig für den Haushalt, vom ...;

Aufgrund des Gutachtens Nr. [Nummer] des Staatsrates, das am [Datum] in Anwendung von Artikel 84 §1 Absatz 1 Nummer 2 der koordinierten Gesetze über den Staatsrat vom 12. Januar 1973 abgegeben wurde;

In Erwägung der gemeinsamen Erklärung vom 27. Juni 2016 über die Krankenhausnotfallplanung;

In Erwägung des Vereinbarungsprotokolls vom 24. Oktober 2016 zwischen der Föderalregierung und den in den Artikeln 128, 130, 135 und 138 der Verfassung erwähnten Behörden über den Krankenhausnotfallplan;

Auf Vorschlag des für Gesundheit zuständigen Ministers;

Nach Beratung,

Beschließt:

Artikel 1 – In Punkt 14 des Teils „A. Auf alle Einrichtungen anwendbare allgemeine Normen“ der Rubrik „III. Organisatorische Normen“ im Anhang des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen, werden die Absätze 3-5 wie folgt ersetzt:

"Der Generaldirektor ist für den Krankenhausnotfallplan verantwortlich unbeschadet der Zuständigkeiten des Chefarztes bezüglich der medizinischen Aspekte des Krankenhausnotfallplans (medizinischer Krankenhausnotfallplan – MED KNP) und unbeschadet der Zuständigkeiten des Technischen Leiters für die technischen Aspekte des Krankenhausnotfallplans (technischer Krankenhausnotfallplan – TEC KNP). Im Rahmen dieser Verantwortung:

- a) hat der Generaldirektor oder sein Stellvertreter den Vorsitz im ständigen Ausschuss;
- b) ist der Generaldirektor oder sein Stellvertreter Kontaktperson für die Behörden im Falle eines internen oder externen Katastrophenfalls. Zu diesem Zweck steht der Generaldirektor oder sein Stellvertreter 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche zur Verfügung;
- c) hat der Generaldirektor oder sein Stellvertreter im Falle der Umsetzung des Krankenhausnotfallplans den Vorsitz im Koordinationsbüro des Krankenhauses inne;
- d) bestimmt der Generaldirektor oder sein Stellvertreter die Behandlungskapazität des Krankenhauses. Er erwähnt die Behandlungskapazität im ICMS-Logbuch (Incident Crisis Management System). Die Behandlungskapazität bezieht sich an dieser Stelle auf die zum Zeitpunkt des Vorfalls verfügbaren Betten;
- e) darf der Generaldirektor in keinem Fall die Reflex- oder Aufnahmekapazität" des Krankenhauses während des Vorfalls ändern. Als "Reflex- oder Aufnahmekapazität" wird an dieser Stelle die Mindestzahl der Opfer bezeichnet, die der Krankenhausstandort innerhalb der ersten Stunde aufnehmen kann;
- f) kann der Generaldirektor oder sein Stellvertreter bei Auslösen des Krankenhausnotfallplans, nach Erreichen der Reflexkapazität und nach Rücksprache mit dem föderalen Hygieneinspektor beschließen, keine weiteren Notfallopfer mehr ins Krankenhaus aufzunehmen.

Jedes Krankenhaus ernennt einen Notfallplankoordinator. Der Notfallplankoordinator fungiert sowohl intern als auch extern als Anlaufstelle für den Krankenhausnotfallplan. Der Notfallplankoordinator übernimmt sowohl präventive als auch operative Aufgaben im Zusammenhang mit dem Krankenhausnotfallplan. Der Notfallplankoordinator ist für die Koordination und Überwachung der Qualität aller Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Krankenhausnotfallplan zuständig. Zu diesem Zweck unterstützt und kooperiert der Notfallplankoordinator bei den folgenden Vorgängen:

- a) Entwicklung und Durchführung von Notfallverfahren auf der Grundlage einer Risikoanalyse unter Berücksichtigung der Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter;
- b) Entwicklung eines an alle Abteilungen des Krankenhauses angepassten Notfallplans;
- c) Integration der kommunalen und provinziellen Notfallpläne in den Krankenhausnotfallplan;
- d) Verbreitung des Krankenhausnotfallplans innerhalb des Krankenhauses;
- e) Überwachung der erforderlichen Anpassungen aufgrund der Veränderungen in der Organisation des Krankenhauses;
- f) Organisation von Notfallplanübungen;
- g) Schulung der Schlüsselpersonen im Rahmen des Krankenhausnotfallplans;
- h) Bereitstellung von Informationen für das Krankenhauspersonal und Einrichtung einer Kommunikationsschnittstelle mit den Krankenhausabteilungen und den externen Instanzen;
- i) Bewertung der Situationen, in denen der Krankenhausnotfallplan angewandt wurde.

In Notsituationen, in denen der Krankenhausnotfallplan ausgelöst wird, spielt der Notfallplankoordinator eine Rolle innerhalb des Koordinationsbüros des Krankenhauses : Er überwacht die Vorgänge und unterstützt den Generaldirektor. Die Arbeitszeit des Notfallplankoordinators wird durch das Krankenhaus aufgrund der Größe der Einrichtung und der durchgeführten Risikoanalyse festgelegt. Die Funktion des Notfallplankoordinators ist mit einer anderen Funktion innerhalb des Krankenhauses vereinbar. Wenn der Krankenhausnotfallplan ausgelöst wird, wird immer versucht, den Notfallplankoordinator zu erreichen, wenn dieser sich nicht im Krankenhaus befindet, insofern er verfügbar ist.

In jedem Krankenhaus ist ein ständiger Ausschuss unter der Leitung des Generaldirektors für die Erstellung, Aktualisierung und Validierung des Krankenhausnotfallplans zuständig. Innerhalb des ständigen Ausschusses wird ein Präsidium eingerichtet, das sich mindestens aus dem Chefarzt, dem Notfallplankoordinator, dem leitenden Arzt der Notaufnahme und einer Sekretariatsfunktion zusammensetzt. Die Sekretariatsfunktion kann durch eine der Pflichtfunktionen des Präsidiums wahrgenommen werden. Die Beziehung zwischen dem Präsidium und dem ständigen Ausschuss wird in einer Geschäftsordnung festgelegt. Diese Geschäftsordnung legt zumindest die Aufgaben, die Häufigkeit der Sitzungen und das Beschlussfassungsverfahren des Präsidiums fest. Das Präsidium ist für die Verfahrensvorbereitung zuständig und unterstützt den ständigen Ausschuss bei der Umsetzung von Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Krankenhausnotfallplan.

Der Krankenhausnotfallplan muss dem Bürgermeister der Gemeinde, in der sich das Krankenhaus befindet, zur Stellungnahme vorgelegt werden. Der Krankenhausnotfallplan wird zu diesem Zweck an den Bürgermeister übermittelt, der ihn zur Beratung an das kommunale Sicherheitsbüro weiterleitet. Bei der Formulierung der Stellungnahme bezieht das kommunale Sicherheitsbüro einerseits die Provinz, in der sich das Krankenhaus befindet, und andererseits die föderale Hygieneinspektion ein. Zu diesem Zweck werden der provinzielle Notfallplankoordinator und die föderale Hygieneinspektion der Provinz zur Diskussion des Krankenhausnotfallplans innerhalb des kommunalen Sicherheitsbüros eingeladen. Wenn die Provinzvertreter nicht auf die Einladung reagieren, gibt das kommunale Sicherheitsbüro selbstständig die Stellungnahme ab, die dem provinziellen Notfallplankoordinator, der föderalen Hygieneinspektion und dem Bürgermeister zur Information übermittelt wird. Der provinzielle Notfallplankoordinator und die föderale Hygieneinspektion können dem Bürgermeister ihre Bemerkungen zu dieser Stellungnahme übermitteln. Erfolgt innerhalb von zwei Monaten nach Übermittlung der Stellungnahme keine Rückmeldung, so gilt das Gutachten des kommunalen Sicherheitsbüros als endgültig. Auf Grundlage dieser Stellungnahme, mit oder ohne die Bemerkungen des provinziellen Notfallplankoordinators und/oder der föderalen Hygieneinspektion, stellt der Bürgermeister eine Bescheinigung in Bezug auf die Stellungnahme zum Krankenhausnotfallplan aus. Kommentare können auf der Bescheinigung des Bürgermeisters abgegeben werden. Die Bescheinigung des Bürgermeisters wird dem Krankenhaus übermittelt, das diese wiederum an den für Gesundheit zuständigen Minister weiterleitet. Auf Grundlage dieser Bescheinigung befindet der Minister über die Genehmigung des Krankenhausnotfallplans. Die Genehmigung gilt für einen Zeitraum von fünf Jahren.

Im Rahmen der praktischen Umsetzung des Krankenhausnotfallplans obliegt es dem Krankenhaus, einen Mehrjahresplan zu entwickeln, der die Organisation von mindestens einer Übung pro Jahr vorsieht. Die Umsetzung des Mehrjahresplans wird durch das kommunale Sicherheitsbüro überprüft. Eine reale Notfallsituation, begleitet durch die Auslösung des Krankenhausnotfallplans, kann die jährliche Übung ersetzen, insofern dem Einsatz ein qualitatives Debriefing mit allen betroffenen Akteuren gefolgt ist und die daraus resultierenden Verbesserungsmöglichkeiten implementiert wurden.

Der Krankenhausnotfallplan besteht aus zwei Phasen: die Phase "Information" und die Phase "Aktion". Die Notrufzentrale 112 spielt eine entscheidende Rolle bei der Festlegung der Phase des Krankenhausnotfallplans. Die Phase "Aktion" besteht ebenfalls aus zwei Stufen: Stufe I und Stufe II. Das Koordinationsbüro des Krankenhauses legt die Stufe fest.

Während der Phase "Information":

a) ist eine Notsituation bekannt, entweder weil das Krankenhaus durch die Notrufzentrale 112 über das Auslösen des medizinischen Einsatzplans (MEP) informiert wurde oder weil aufgrund ein und desselben Ereignisses ein spontaner und nicht angekündigter erheblicher Zustrom von Patienten stattfindet. Im letzteren Fall wird das Krankenhaus selbst die Notrufzentrale 112 benachrichtigen;

b) wird der Notarzt benachrichtigt. Der Notarzt erkundigt sich nach der Art der Notfallsituation, der Anzahl der zu erwartenden Opfer, der Art der gesundheitlichen Schäden und den Ankunftszeiten. Aufgrund dieser Informationen entscheidet der Notarzt nach interner Absprache, in die Phase „Aktion“ überzugehen oder nicht.

Während der Phase „Aktion“ entspricht "Stufe I" einem minimalen Anstieg der betroffenen Mitarbeiter, welcher durch interne Personalverschiebungen bewältigt wird. Es wird kein zusätzliches Personal angefordert. „Stufe I“ entspricht einer zu erwartenden Anzahl von Opfern, die die Reflexkapazität nicht übersteigt.

„Stufe II“ entspricht einer hohen Anzahl von zu erwartenden Opfern, die die Reflexkapazität übersteigt. Es ist notwendig, zusätzliches Personal anzufordern.

Der Krankenhausnotfallplan enthält Verfahren für die Evakuierung, Verlegung, Aufnahme und Isolierung der Opfer und behandelt folgende Angelegenheiten:

a) Die Bildung, Zusammensetzung und Funktionsweise eines Koordinationsbüros des Krankenhauses, die für die Leitung der Operationen, die Sammlung von Informationen über die Notfallsituation, die Entscheidung über den Umfang der Maßnahmen der Einrichtung, ggf. die Anpassung des Krankenhausnotfallplans und die Gewährleistung des Kontaktes zu den Familien, den Behörden und der Presse zuständig ist;

b) die Stufen, die Phasen und die intern mobilisierbaren Mitarbeiter, die Verfahren und die Logistik der Maßnahmen sowie die Benennung der Personen, die befugt sind, über die Auslösung des Krankenhausnotfallplans oder eine seiner Phasen zu entscheiden;

c) die Bezeichnung der Räumlichkeiten, die je nach Dringlichkeitsgrad für die Einweisung, Überwachung und Behandlung von Opfern vorbehalten sind, sowie der Räumlichkeiten, die der Presse, den Familien, den Behörden sowie den sterblichen Überresten vorbehalten sind;

d) die Verfahren zur Identifizierung der Opfer;

e) das Organisationsschema, die Arbeitsorganisation und die Bezeichnung der Personalmitglieder ausgehend von der jeweiligen Phase bzw. Stufe;

f) eine Liste der Ärzte und aller Kategorien von Krankenhauspersonal, die abrufbar und sofort verfügbar sein müssen, sowie der Ärzte und aller Kategorien von Personal, die abrufbar sind, sowie die geltenden Abrufmodalitäten;

g) die logistischen Vorkehrungen zur Anwendung des Krankenhausnotfallplans, insbesondere der Einsatz von Ausrüstung, Arzneimitteln und Reserven, die Vorkehrungen für Blutreserven und deren Derivate sowie die Vorkehrungen die die Notaufnahme, die Intensivstation, die Operationssäle, den radiologischen Dienst und das Labor betreffen;

h) die Maßnahmen zum Schutz der Opfer, des Personals, der Räumlichkeiten und der Ausrüstung im Falle einer Kontamination sowie die anzuwendenden Dekontaminationsverfahren und -techniken;

i) die Verfahren bezüglich des internen Verkehrs und zur Kontrolle der Umgebung des Krankenhauses;

- j) die Funktionsweise einer psychosozialen Aufnahme- und Betreuungsstruktur für Familien;
- k) die Möglichkeit der Ausweitung aller Kommunikationsmittel, der Ausbau der Kommunikationsnetze und die Zentralisierung eingehender Informationen und deren Verbreitung;
- l) die Vorgehensweise zur Zusammenarbeit mit der kommunalen und provinziellen Behörde im Hinblick auf die Einbeziehung des Krankenhauses in die kommunalen oder provinziellen Notfallpläne;
- m) eine Beschreibung zur Anwendung des Krankenhausnotfallplans in Form einer Übersichtstabelle;
- n) ein Handbuch das die Anleitungen für die verschiedenen Arten von Krankenhausdiensten und -personal sammelt;
- o) die Mittel, die für die Ausbildung der Ärzte und des gesamten Personals zugeteilt werden;
- p) den mehrjährigen Übungsplan, der dazu dient, den Krankenhausnotfallplan zu validieren bzw. anzupassen;
- q) die Vorkehrungen für die sichere Unterbringung, die interne oder externe Evakuierung der hospitalisierten Patienten und des Krankenhauspersonals;
- r) die Aufnahmekapazität ausgedrückt in tatsächlicher Behandlungskapazität sowie die Reflexkapazität.

Der Krankenhausnotfallplan muss sich insbesondere mit Ereignissen befassen, die große Risiken bergen und zumindest mit Ausfällen von IT-Geräten, Ausfällen von Versorgungseinrichtungen, Bränden, Risiken chemischer, biologischer, radiologischer und/oder nuklearer Natur, Sprengstoffen (CBRNe), Seuchen sowie Risiken, für die ein Notfallplan gemäß den Vorschriften erstellt werden muss.

Jede Abteilung und jeder Mitarbeiter muss über die ihn betreffenden Anleitungen verfügen und über seinen Auftrag im Rahmen des Krankenhausnotfallplans informiert sein.“

Art. 2 – Vorliegender Erlass tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2019 in Kraft.

Art. 3 – Der Minister für Gesundheit wird mit der Durchführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

Eupen, den ...

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft,

Der Ministerpräsident
O. PAASCH

Der Minister für Familie, Gesundheit und Soziales
A. ANTONIADIS

REGERING VAN DE DUITSTALIGE GEMEENSCHAP

[Nummer Erlassregister]

65665/3

Voorontwerp van een besluit van de Regering 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

DE REGERING VAN DE DUITSTALIGE GEMEENSCHAP,

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 66;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd;

Gelet op het advies van de Adviescommissie voor de ziekenhuizen, gegeven op 21 november 2018;

Gelet op het verslag van de algemene vergadering van het Rekenhof, uitgebracht op 19 december 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op ...;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister-President, bevoegd voor Begroting, d.d. ...;

Gelet op advies ... van de Raad van State, gegeven op ..., met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende de Gemeenschappelijke Verklaring van 27 juni 2016 over de ziekenhuisnoodplanning;

Overwegende het Protocolakkoord van 24 oktober 2016 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in art. 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de ziekenhuisnoodplanning;

Op de voordracht van de Minister van Gezondheid;

Na beraadslaging,

Besluit:

Artikel 1 – In de bepaling onder 14° van deel "A. Algemene normen die op al de inrichtingen van toepassing zijn", rubriek "III. Organisatorische normen" 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, worden het derde tot het vijfde lid vervangen als volgt:

"De algemeen directeur is eindverantwoordelijke voor het ziekenhuisnoodplan, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer betreffende de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan – ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur betreffende de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan ZNP TEC). Vanuit deze verantwoordelijkheid:

- a) is de algemeen directeur of diens vervanger voorzitter van het permanent comité;
- b) is de algemeen directeur of diens vervanger contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De algemeen directeur of diens vervanger is daartoe 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar;
- c) is de algemeen directeur of diens vervanger voorzitter van de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ), bij toepassing van het ziekenhuisnoodplan;
- d) bepaalt de algemeen directeur of diens vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het logboek van het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit: de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;
- e) kan de algemeen directeur de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder reflex- of huisvestigingscapaciteit: het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;
- f) kan de algemeen directeur of diens vervanger, in het geval dat het ziekenhuisnoodplan werd afgekondigd, beslissen om, nadat de reflexcapaciteit werd bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Hiertoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan volgende processen:

- a) de ontwikkeling en uitvoering van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;
- b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;
- c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale rampenplanning binnen het ziekenhuisnoodplan;
- d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;
- e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen in functie van de wijzigende ziekenhuisorganisatie;
- f) de organisatie van oefeningen;
- g) de opleiding van de sleutelfiguren binnen het ziekenhuisnoodplan;
- h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;
- i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is een rol in de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ): hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de algemeen directeur. De job-time van de noodplancoördinator wordt bepaald door het ziekenhuis, in functie van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is zal men, zo deze niet in het ziekenhuis is, steeds proberen de noodplancoördinator op te roepen, voor zover hij/zij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis moet een permanent comité, onder leiding van de algemeen directeur, belast worden met het opstellen, het actualiseren en het valideren van het ziekenhuisnoodplan. Binnen het permanent comité wordt er een bureau opgericht, waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariatsfunctie deel uitmaken. De secretariatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dit huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het bureau vastgelegd. Het bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité inzake de uitvoering van de beslissingen inzake het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan moet voor advies worden voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis gelegen is. Hiertoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die het ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dit advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis is gesitueerd en anderzijds de federale gezondheidsinspectie. Daartoe worden de provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie van de provincie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies overmaken aan de burgemeester. Als er binnen twee maanden na het overmaken van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies van de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dit advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspectie, het advies met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, die het op zijn beurt bezorgt aan de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De minister keurt, op basis van dit attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. Een goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Het ziekenhuis moet, voor wat betreft het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, een meerjarenplan opmaken, waarbij minimaal 1 keer per jaar een oefening wordt voorzien. De controle op de uitvoering van het meerjarenplan gebeurt door de gemeentelijke veiligheidscel. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als jaarlijkse oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd: de fase 'informatie' en de fase 'actie'. De noodcentrale 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase 'actie' zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. Het coördinatiecomité van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase 'informatie':

a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) werd afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van een zelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de noodcentrale 112 hiervan in kennis stellen;

b) wordt de spoedgevallenarts verwittigd. De spoedgevallenarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van deze informatie beslist de spoedgevallenarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase 'actie'.

In de fase 'actie' correspondeert 'niveau I' met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. 'Niveau I' stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

'Niveau II' stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en moet op volgende aangelegenheden betrekking hebben:

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatie- en commandocel ziekenhuis, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie inzake de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen en niveau's met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen evenals de aanwijzing van de personen bevoegd om over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fases te beslissen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften ter identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het betrokken niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de terzake geldende oproepmodaliteiten;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften inzake de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

- l) de voorschriften betreffende de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;
- m) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;
- n) een handleiding met de instructiefiches bestemd voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;
- o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;
- p) het meerjarenplan betreffende de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;
- q) de voorschriften inzake het in veiligheid brengen, de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;
- r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de reflexcapaciteit.

De incidenten die grote risico's inhouden en op zijn minst uitval van IT-voorzieningen, uitval van nutsvoorzieningen, brand, risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard, explosieven (CBRNe), pandemie, alsook risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, moeten in het ziekenhuisnoodplan specifiek behandeld worden.

Iedere dienst en ieder personeelslid moet beschikken over de instructiefiches die hem aanbevelen en moet eveneens ingelicht zijn over zijn opdracht binnen het ziekenhuisnoodplan."

Art. 2 – Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2019.

Art. 3 – De minister bevoegd voor Gezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Eupen,

Voor de Regering van de Duitstalige Gemeenschap,

De Minister-President
O. PAASCH

De Minister van Gezin, Gezondheid en Sociale Aangelegenheden
A. ANTONIADIS