

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege



Vollzug des Bayerischen Katastrophenschutzgesetzes (BayKSG), des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) sowie des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) Notfallplan Corona-Pandemie: Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern

**Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration
und des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege**

vom 28. Januar 2021, Az. D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-208

Das Bayerische Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 Satz 1 des Bayerischen Katastrophenschutzgesetzes (BayKSG) und das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege auf der Grundlage von § 28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit § 65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV), auf der Grundlage von Art. 5 Abs. 2 Satz 1 und Art. 24 in Verbindung mit Art. 22 Abs. 1 Nr. 1 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) sowie auf der Grundlage von § 21 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit Art. 22 Abs. 1 Nr. 1 BayKrG erlassen, hinsichtlich der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, folgende

Allgemeinverfügung

1. Sicherstellung der stationären Versorgung

- 1.1 Alle nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhäuser sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrags verpflichtet, die stationäre Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Behandlung von COVID-19-Patienten sicherzustellen.
- 1.2 Sie haben bei der Belegung ihrer Einrichtung mit Patienten, bei denen eine Verschiebung der Behandlung aus medizinischer Sicht vertretbar ist, den steigenden COVID-19-Infektionszahlen Rechnung zu tragen. In Abhängigkeit vom aktuellen Belegungsdruck vor Ort sind verschiebbare Behandlungen ganz oder teilweise zurückzustellen, um COVID-19-Patienten behandeln zu können. Dies gilt je nach den Umständen des Einzelfalls sowohl für Intensivstationen mit Möglichkeit zur invasiven Beatmung als auch für Allgemeinstationen und sonstige Kapazitäten.

2. Organisation der Krankenhausbelegung; Zuständigkeit

- 2.1 Über die Steuerung der Patientenströme und die Belegung der Krankenhauskapazitäten mit COVID-19-Patienten ist möglichst dezentral in den Landkreisen und kreisfreien Städten innerhalb der regionalen Krankenhausstrukturen zu entscheiden.
- 2.2 Zur überregionalen Steuerung wird für das Gebiet eines jeden Zweckverbands für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) die Funktion eines Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination eingerichtet.
- 2.3 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination wird durch den Landrat oder den Oberbürgermeister ernannt, der zum Zeitpunkt der Bekanntgabe dieser

Allgemeinverfügung den Vorsitz des ZRF führt. Der Vorsitzende hat das Benehmen mit den übrigen Landräten bzw. Oberbürgermeistern im ZRF herzustellen. Fachliche Voraussetzung für die Ernennung zum Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination ist die klinische Tätigkeit in der Akutmedizin, die fachliche Expertise für Krisenbewältigung sowie in der Regel mindestens die Funktion als Oberarzt. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination soll nach Möglichkeit über klinische Erfahrung in der Intensiv- und Notfallmedizin verfügen. Zur Vermeidung zeitlicher Inkompatibilitäten soll der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination nicht zugleich als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst fungieren. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist in Ausübung seiner Funktion nicht an Weisungen des ZRF gebunden.

- 2.4 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination wird in die Struktur der Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK) einer Kreisverwaltungsbehörde des jeweiligen ZRF integriert und ist deren Mitglied. Er hat in seinem Aufgabenbereich ein fachliches Weisungsrecht auch im Zuständigkeitsbereich der anderen im Gebiet des ZRF bestehenden FüGK an den unteren Katastrophenschutzbehörden.
- 2.5 Der Sitz des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination wird durch den Vorsitzenden des Zweckverbandes bestimmt. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann innerhalb seines Zuständigkeitsbereichs landkreis- oder stadtbezogene Steuerungsverbände bilden und hierfür jeweils einen Leiter zum Betten- und Behandlungskapazitätenmanagement sowie zur Steuerung der Patientenströme aller relevanten Einrichtungen vor Ort bestellen.
- 2.6 Die Regierung bestellt für den jeweiligen Regierungsbezirk einen ärztlichen Koordinator zur Unterstützung der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination vor allem bei der überregionalen Steuerung von Behandlungskapazitäten und der Patientenströme. Er hat nach Möglichkeit die fachlichen Voraussetzungen gemäß Nr. 2.3 zu erfüllen. Der Ärztliche Koordinator der Regierung ist in die Struktur der Führungsgruppe Katastrophenschutz der Regierung integriert und ist deren Mitglied.
- 2.7 Es wird ein landesweiter Koordinator des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) bestimmt, der die Regierungen, die ZRF, die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination und die Pandemiebeauftragten der Krankenhäuser in allen mit dem Infektionsgeschehen zusammenhängenden Fragen berät. Er bringt insbesondere bei der Beurteilung und der Prognose des Infektionsgeschehens die überregionale Expertise des LGL ein und kann vom StMI in die Katastrophenschutzstruktur auf Landesebene eingebunden werden. In diesem Rahmen können auf Landesebene zu treffende Maßnahmen zur Patientensteuerung auf Vorschlag des landesweiten Koordinators des LGL vom StMI getroffen werden.

3. Aufgaben und Befugnisse des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination; Stufenmodell

- 3.1 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination hat die Aufgabe, innerhalb des jeweiligen ZRF-Gebiets auf die Gewährleistung der akutstationären Versorgung insbesondere der COVID-19-Erkrankten hinzuwirken. Er ordnet die erforderlichen Maßnahmen an, um Gefahren für Personen aufgrund einer drohenden oder bestehenden Überlastung der regulären Einrichtungen zur akutstationären Versorgung abzuwehren. Er stimmt sich eng mit der Integrierten Leitstelle (ILS), den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD) im Bereich des Rettungsdienstes und der COVID-19-Koordinierungsgruppe nach Nr. 3.4.1.2 ab. Eine enge Zusammenarbeit und Koordination ist darüber hinaus mit den im Gebiet des ZRF gelegenen Universitätsklinik, anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sicherzustellen.
- 3.2 Den Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder anderer nach dieser Allgemeinverfügung befugter Stellen haben im Rahmen ihres Versorgungsauftrags Folge zu leisten:
 - nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
 - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Verträgen nach § 111 SGB V,

- Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation, die von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden, oder mit Vertrag nach § 15 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX),
 - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Vertrag nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder die von der Gesetzlichen Unfallversicherung selbst betrieben werden sowie
 - sonstige Einrichtungen, gegenüber denen die Aufnahme nicht mehr stationär behandlungsbedürftiger infektiöser Personen zur Entlastung zugelassener Krankenhäuser nach Nr. 3.4.3.3 angeordnet wird.
- 3.3 Maßnahmen dürfen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nur insoweit und so lange angewendet werden, als die Erfüllung der Aufgaben dies erfordert. Unter mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen ist diejenige zu treffen, die den einzelnen und die Allgemeinheit am wenigsten beeinträchtigt. Ein durch die Maßnahme zu erwartender Schaden darf nicht erkennbar außer Verhältnis zu dem beabsichtigten Erfolg stehen. Maßnahmen sind zu beenden, wenn ihr Zweck erreicht ist oder sich zeigt, dass er nicht erreicht werden kann.
- 3.4 Die konkreten Anordnungen richten sich in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen einerseits und von der Belegung der im Gebiet des ZRF gelegenen Krankenhäuser andererseits nach dem folgenden Stufenmodell. In Betracht kommen in dieser Reihenfolge insbesondere:
- 3.4.1 Anordnungen der Stufe 1:
- 3.4.1.1 Benennung der für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten vorrangig zuständigen Krankenhäuser (COVID-19-Schwerpunktkrankenhäuser) nach Anhörung der im Gebiet des ZRF liegenden Krankenhäuser und in Abstimmung mit benachbarten Ärztlichen Leitern Krankenhauskoordination
- 3.4.1.2 Bildung von COVID-19-Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser und der Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge aus dem Kreis der Pandemiebeauftragten der Einrichtungen unter der Leitung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination. Je nach regionaler Notwendigkeit können auch kleinere (z. B. in Großstädten) oder größere (z. B. Landkreis und kreisfreie Stadt) Koordinierungsbezirke gebildet werden. Je nach regionalen Notwendigkeiten kann die Zahl der Mitglieder der COVID-19-Koordinierungsgruppe begrenzt oder festgelegt werden, welche Einrichtungen stets oder nur bei Bedarf in der COVID-19-Koordinierungsgruppe vertreten sind. Mitglied der COVID-19-Koordinierungsgruppe ist auch ein Vertreter der örtlichen ILS. Die Kreisverwaltungsbehörde, das Gesundheitsamt, der ÄLRD sowie die örtlichen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sind jederzeit berechtigt, an den Sitzungen der COVID-19-Koordinierungsgruppe teilzunehmen. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann im Rahmen seines Weisungsrechts gegenüber der COVID-19-Koordinierungsgruppe konkretisierende Vorgaben treffen sowie Entscheidungen der Koordinierungsgruppe ändern oder aufheben. Die COVID-19-Koordinierungsgruppe hat im Falle ihrer Einrichtung durch den Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination insbesondere folgende Aufgaben:
- 3.4.1.2.1 Unterstützung der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination bei der Organisation der Versorgungskapazitäten und der grundsätzlichen Steuerung der Patientenströme im Versorgungsgebiet.
- 3.4.1.2.2 Koordination und situationsbezogene Entscheidung über die Zusammenarbeit der zugelassenen Krankenhäuser sowie im Einzelfall der sonstigen Einrichtungen nach Nr. 3.2 (z. B. Entscheidung über Abordnung von Personal oder Überlassung von medizinischer Ausstattung, kurzfristige Übernahme von Patienten, etc.).
- 3.4.1.2.3 Kontinuierliche Beobachtung der Belegungsentwicklung und Information des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination bei sich abzeichnenden Kapazitätsengpässen.
- 3.4.1.2.4 Regelmäßige Unterrichtung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination, der Kreisverwaltungsbehörden, der ÄLRD sowie der regionalen Vertreter der Kassenärztlichen

Vereinigung über die aktuelle Lage, wichtige Entscheidungen auf Krankenhausebene und die Auslastung der Kapazitäten.

3.4.2 Anordnungen der Stufe 2:

3.4.2.1 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist zur Steuerung der Patientenströme befugt. Dazu gehört bei Bedarf auch die Verlegung von Patienten in andere Krankenhäuser oder, wenn kein Bedarf zur akutstationären Versorgung mehr besteht, zur rehabilitativen Behandlung in geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation. Patienten können zur akutstationären Versorgung auch in geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V verlegt werden. Bei seiner Tätigkeit stimmt sich der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination eng mit den ILS den ÄLRD und der COVID-19-Koordinierungsgruppe ab.

3.4.2.2 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V verpflichten, alle erforderlichen Vorkehrungen zu treffen, um im Bedarfsfall kurzfristig Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten oder zur Entlastung anderer Krankenhäuser, die vorrangig für COVID-19-Erkrankte herangezogen werden, auszubauen. Dies betrifft sowohl die Organisation des notwendigen Personals als auch die Schaffung zusätzlicher räumlich-technischer Kapazitäten. Er kann nach Maßgabe des Katastrophenschutzrechts in Ausnahmefällen den vorübergehenden Einsatz von Personal eines Krankenhauses, einer Einrichtung der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und im Einzelfall auch einer sonstigen Einrichtung nach Nr. 3.2 in einer anderen Einrichtung anordnen, wenn keine vorrangig anzustrebenden zivilrechtlichen Vereinbarungen der betroffenen Einrichtungen zum Personaleinsatz in der anderen Einrichtung zustande kommen.

3.4.2.3 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann Einrichtungen nach Nr. 3.2 zur herausgehobenen Kooperation und Kommunikation freier Behandlungskapazitäten untereinander verpflichten. Insbesondere können Krankenhäuser, geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und im Einzelfall auch andere Einrichtungen nach Nr. 3.2, die im ersten Schritt nicht für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten vorgesehen sind, verpflichtet werden, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags und der zur Verfügung stehenden Kapazitäten Patienten der für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten vorgesehenen Krankenhäuser zu übernehmen. Dies gilt mit Blick auf besondere Belastungslagen insbesondere in den Ballungsräumen auch in weiteren räumlichen Abständen und regional übergreifend. Die Verlegung von bereits aufgenommenen Intensivpatienten ist nur in medizinisch vertretbaren Fällen zu erwägen.

3.4.2.4 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination wirkt darauf hin, dass Krankenhäuser, die aufgrund ihrer vorrangigen Inanspruchnahme zur Versorgung von COVID-19-(Intensiv-)Patienten Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG erhalten, nach Möglichkeit durch andere Krankenhäuser, die keine solchen Ausgleichszahlungen erhalten können, insbesondere durch Aufnahme von Nicht-COVID-19-Patienten entlastet werden. Er kann hierzu auch die Durchführung aufschiebbarer Behandlungen untersagen, soweit die Kapazitäten zur Entlastung der nach § 21 Abs. 1a bestimmten Krankenhäuser notwendig sind. Gleiches gilt im Hinblick auf erforderliche akutstationäre Behandlungen gegenüber Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und im Einzelfall auch anderen Einrichtungen im Bezug auf deren reguläres Leistungsangebot.

3.4.3 Stufe 3 – Anordnungen zur Bereithaltung von Kapazitäten:

3.4.3.1 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann nach Nr. 8 bestimmte Krankenhäuser verpflichten, bestimmte Anteile ihrer stationären Kapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Patienten, anderen Notfallpatienten sowie solchen Patienten zu reservieren, deren elektive Behandlung aus medizinischen Gründen nicht verschoben werden kann; hierbei kann zwischen Intensivkapazitäten und anderen Bettenkapazitäten differenziert werden. Einrichtungen oder Abteilungen, die ein psychiatrisches oder psychosomatisches Leistungsangebot vorhalten, sind von Freihalteanordnungen ausgenommen. Die

Anordnung kann sich zunächst darauf beschränken, dass unter medizinischen Aspekten aufschiebbare elektive Behandlungen von Patienten so organisiert werden, dass bei steigenden COVID-19-Patientenzahlen binnen einer festgelegten Frist ein bestimmter Anteil an Behandlungskapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Patienten (zusätzlich) zur Verfügung gestellt werden kann. Auch hierbei kann zwischen Intensivkapazitäten und anderen Bettenkapazitäten differenziert werden. In Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen vor Ort kann auch die Unterlassung sämtlicher unter medizinischen Aspekten aufschiebbarer stationärer Behandlungen angeordnet werden, um die für die Versorgung von COVID-19-Patienten sowie anderen Notfällen erforderlichen Kapazitäten bereitzustellen. In der Regel sind Anordnungen zur Freihaltung stationärer Kapazitäten spätestens dann erforderlich, wenn eine Auslastung der Intensiv- oder anderen Kapazitäten eines nach Nr. 8 bestimmten Hauses zu mehr als 85 % besteht oder droht und in dem Krankenhaus COVID-19-Patienten behandelt werden.

- 3.4.3.2 Sind aufgrund des Infektionsgeschehens Anordnungen veranlasst, die über das Gebiet eines ZRF hinausgehen, erteilt die Regierung die Anordnungen nach Nr. 3.4.3.1. Die Anordnungen werden insoweit im Benehmen mit den betroffenen Ärztlichen Leitern Krankenhauskoordinierung, den betroffenen FÜGK, dem Ärztlichen Koordinator der Regierung und dem LGL-Koordinator erteilt. Die Regierung kann Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung nach Nr. 3.4.3.1 ändern oder aufheben.
- 3.4.3.3 Die Kreisverwaltungsbehörde hat durch geeignete Maßnahmen die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Personen, die keiner akutstationären Versorgung mehr bedürfen, bei denen aber die Gefahr einer Erregerübertragung noch nicht auszuschließen ist, aus zugelassenen Krankenhäusern in ihrem Gebiet entlassen werden können. Sie kann in Abstimmung mit dem Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung die Aufnahme solcher Personen in geeignete Einrichtungen (z. B. Einrichtungen der Rehabilitation, Quarantänehotels) oder die Bereithaltung entsprechender Einrichtungen zur Aufnahme anordnen, sofern keine einvernehmlichen Regelungen getroffen werden können. Für derartige Anordnungen sind in der Regel folgende Voraussetzungen und Maßgaben zu beachten:
 - 3.4.3.3.1 Die Übernahme der Personen durch für deren Versorgung an sich zuständige Pflegeheime oder andere Einrichtungen oder die Rückführung der betroffenen Personen in ihr häusliches Umfeld kann nicht oder nicht in ausreichendem Maß erreicht werden.
 - 3.4.3.3.2 Die Zahl der Personen, deren Aufnahme angeordnet wird oder für deren Aufnahme die Bereithaltung angeordnet wird, soll insgesamt einen Umfang von 10 % der am jeweiligen ersten des betreffenden Monats in zugelassenen Krankenhäusern im Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde behandelten COVID-19 Patienten nicht überschreiten. Mehrere Kreisverwaltungsbehörden, insbesondere die eines ZRF, können sich auf die Nutzung einer oder mehrerer gemeinsamer Einrichtungen unter der Federführung einer dafür zu bestimmenden Kreisverwaltungsbehörde verständigen; in diesem Fall können die nach Satz 1 maßgeblichen Zahlenkontingente zusammengerechnet werden.
 - 3.4.3.3.3 Vorrangig vor dem Erlass entsprechender Anordnungen sollen einvernehmliche Regelungen mit den betroffenen Einrichtungen angestrebt werden.
 - 3.4.3.4 Für die Bereithaltung und die Übernahme der genannten Personen nach Nr. 3.4.3.3 wird der Einrichtung eine Entschädigung nach Maßgabe des Katastrophenschutzgesetzes geleistet, soweit nicht ein anderer Kostenträger, insbesondere aus dem Bereich der Sozialversicherung, vorrangig erstattungspflichtig ist. Zur Erstattung der anfallenden Kosten an die Kreisverwaltungsbehörde durch den Freistaat Bayern ergeht eine gesonderte Regelung.

4. Organisatorische Maßnahmen in stationären Einrichtungen

- 4.1 In jeder Einrichtung nach Nr. 3.2 ist ein Krisenstab einzurichten und ein Pandemiebeauftragter zu benennen. Der Pandemiebeauftragte ist Koordinator in der jeweiligen Einrichtung und Ansprechpartner für den Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung, für Behörden und den Rettungsdienst. Je nach lokalem Infektionsgeschehen und vorbehaltlich von Anordnungen nach Nr. 3.4.2 koordinieren die Pandemiebeauftragten zusammen mit den ILS die Belegung der Krankenhäuser mit

- COVID-19-Erkrankten und im Bedarfsfall die Entlastung von Krankenhäusern im Wege der Patientenübernahme.
- 4.2 Die in Nr. 3.2 genannten Einrichtungen, Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V und Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen sind und über keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen (reine Privatkliniken), sind, soweit sie Patienten stationär behandeln, und vorbehaltlich genauerer Anordnungen nach Nr. 3 verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes durchzuführen und die einschlägigen Hygiene- und Infektionsschutzvorgaben, insbesondere des Robert Koch-Instituts und des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zu beachten sowie Schutzkonzepte zu erstellen oder je nach Ausprägung des Infektionsgeschehens fortzuschreiben. Die Einrichtungen sind verpflichtet die Hygiene- und Schutzkonzepte auf Verlangen den Kreisverwaltungsbehörden als untere Behörde für Gesundheit (Gesundheitsämter) vorzulegen.
- 4.3 Notwendige Maßnahmen des Infektionsschutzes nach Nr. 4.2 sind im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V insbesondere:
- 4.3.1 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sowie Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen sind und über keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen (reine Privatkliniken), haben alle Patienten auf Testmöglichkeiten auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit ihrer Entlassung hinzuweisen.
- 4.3.2 Bei einer Verlegung von Patienten in ein Alten- oder Pflegeheim, in eine stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung, in eine Einrichtung nach Nr. 4.2 oder in eine ähnlich vulnerable Einrichtung müssen nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser im Zusammenwirken mit der jeweiligen Einrichtung für den Patienten auf dessen Wunsch hin ein Antigen-Schnelltestangebot organisieren. Diese Verpflichtung besteht nur, wenn der Krankenhausaufenthalt mindestens fünf Kalendertage betragen hat.¹
- 5. Konzeption der IT-Steuerung und Meldepflichten**
- 5.1 Bayernweit wird ein einheitliches, IT-gestütztes System zur Erfassung der Behandlungskapazitäten und COVID-19-Erkrankten genutzt. Die Fallzahlen und Belegungsdaten sind auf Grundlage des IT-Programms IVENA für alle Einrichtungen im Sinne von Nr. 4.2 in Bayern verbindlich, täglich bis 9 Uhr über einen Internetzugang zu erfassen. In IVENA ist ein Ansprechpartner für Rückfragen zu benennen. IVENA bündelt die Informationen für die Behandlungskapazitäten auf Ebene der ILS. Die Informationen sind allen Führungsebenen zur Verfügung zu stellen.
- 5.2 Alle Einrichtungen im Sinne von Nr. 4.2 in Bayern bleiben weiterhin verpflichtet, einen Ansprechpartner mit Kontaktdaten an den Hersteller und Betreiber des ausgewählten Systems zur Erfassung der Behandlungskapazitäten zu melden und nach Vorliegen der Zugangskennung umgehend die im System abgefragten Daten einzugeben und aktuell zu halten.
- 6. Befristete Ausweitung und Zuerkennung umfassender Versorgungsaufträge**
- 6.1 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die nach Nr. 3.4.2 zur Übernahme von akutstationären Behandlungen verpflichtet werden, sind hierzu, soweit sie nicht ohnehin mit entsprechenden Versorgungsaufträgen ausgestattet sind, im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V berechtigt. Bei Beendigung der Verpflichtung können zu diesem Zeitpunkt laufenden Behandlungsleistungen abgeschlossen werden; neue Behandlungen dürfen insoweit nicht mehr begonnen werden.
- 6.2 Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation nach Nr. 3.2 können auf Vorschlag des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege befristet zur akutstationären Versorgung zugelassen werden, wenn dies zur akutstationären Versorgung von COVID-19- oder anderen Patienten erforderlich ist, insbesondere um die zugelassenen Krankenhäuser durch die Übernahme von Patienten

¹ Nr. 4.3 eingefügt durch Bekanntmachung vom 18. Februar 2021.

zu entlasten. Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, die nach Nr. 3.4.2 zur Übernahme von akutstationären Behandlungen verpflichtet werden, sind insoweit zur akutstationären Versorgung zugelassen. Die Einrichtungen sind insoweit zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V und im Sinne des § 22 Abs. 1 Satz 1 KHG bestimmt. Nach Ablauf der Befristung können zu diesem Zeitpunkt laufende Behandlungsleistungen abgeschlossen werden; neue Behandlungen dürfen nicht mehr begonnen werden.

- 6.3 Es wird festgestellt, dass nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (inklusive Einrichtungen nach Nr. 6.2), die nach Nr. 3.4.2 zur Übernahme von akutstationären Behandlungen verpflichtet werden oder die ohne ausdrückliche Verpflichtung nach Nr. 3.4.2 COVID-19-Patienten behandeln, soweit sie nicht ohnehin einer benannten Stufe nach § 3 Abs. 1 oder der speziellen Notfallversorgung nach Abschnitt VI der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V zugeordnet sind, für diesen Zeitraum für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind.

7. Beihilferechtliche Betrauung

- 7.1 Die Einrichtungen nach Nr. 3.2 werden im Sinne des Beschlusses 2012/21/EU (DAWI-Freistellungsbeschluss), mit der Freihaltung, der Schaffung und dem Ausbau von Kapazitäten zur Versorgung von COVID-19-Erkrankten im Sinne dieser Allgemeinverfügung betraut.
- 7.2 Soweit für die Erstattung von Kosten für die Erbringung der Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse die Systeme der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung sowie der Beamtenbeihilfe und andere Träger in Anspruch genommen werden können, entfällt die Zahlung von Ausgleichsleistungen aufgrund dieser Betrauung. Darüber hinaus ist eine Überkompensation im Einklang mit Art. 5 und 6 des DAWI-Freistellungsbeschlusses ausgeschlossen.
- 7.3 Die betrauten Einrichtungen haben sämtliche Unterlagen im Zusammenhang mit dieser Betrauung während des Betrauungszeitraums und mindestens zehn Jahre ab Ende des Betrauungszeitraums aufzubewahren. Die Einrichtungen sind verpflichtet, in ihrer Buchführung die Kosten und Einnahmen in Verbindung mit der Erbringung der Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse von allen anderen Tätigkeiten getrennt auszuweisen.

8. Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG

- 8.1 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) vereinbart haben, sind nach Maßgabe des § 21 Abs. 1a KHG und der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unter folgenden Bedingungen jeweils zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt:
- 8.1.1 Im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner über 70 und
- 8.1.2 im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach der Meldung des Robert Koch-Instituts nach § 21 Abs. 1a Satz 8 KHG in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich unter 25 %; ab dem 17. Dezember 2020 gilt diese Voraussetzung nicht, wenn die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt über 200 liegt; ab dem 15. Januar 2021 genügt hierfür eine 7-Tage-Inzidenz von 150.
- 8.1.3 Der Krankenausträger, im Fall eines Universitätsklinikums dieses selbst, erklärt gegenüber dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege schriftlich oder per E-Mail, dass er etwaigen Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder der

- Regierung nach Nr. 3.4.3 Folge leisten wird. Diese Voraussetzung gilt nicht, soweit das Vorliegen einer Katastrophe nach Art. 4 Abs. 1 BayKSG festgestellt ist.
- 8.2 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben, können auf zu begründenden Vorschlag des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt werden, wenn
- 8.2.1 die Voraussetzungen nach Nr. 8.1.1 und 8.1.2 zwar nicht für den Landkreis oder die kreisfreie Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, erfüllt sind, aber für einen angrenzenden Landkreis oder eine angrenzende kreisfreie Stadt und sich dort kein Krankenhaus befindet, das die Voraussetzungen nach Nr. 8.1 erfüllt, und
- 8.2.2 der Krankenausträger, im Fall eines Universitätsklinikums dieses selbst, gegenüber dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege schriftlich oder per E-Mail erklärt, dass er etwaigen Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder der Regierung nach Nr. 3.4.3 Folge leisten wird. Diese Voraussetzung gilt nicht, soweit das Vorliegen einer Katastrophe nach Art. 4 Abs. 1 BayKSG festgestellt ist.
- 8.3 Unter den Voraussetzungen der Nrn. 8.1.1 und 8.1.2 oder 8.2 können auch nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a bestimmt werden, die noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben, aber eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach Feststellung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung entspricht. Voraussetzung ist, dass der Krankenausträger, im Fall eines Universitätsklinikums dieses selbst, gegenüber dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege schriftlich oder per E-Mail erklärt, dass er etwaigen Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder der Regierung nach Nr. 3.4.3 Folge leisten wird. Diese Voraussetzung gilt nicht, soweit das Vorliegen einer Katastrophe nach Art. 4 Abs. 1 BayKSG festgestellt ist.
- 8.4 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
- die für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben,
 - die noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben, aber eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach Feststellung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung entspricht (ab 17. Dezember 2020), oder
 - die in der vom Bundesministerium für Gesundheit übermittelten Übersicht nach § 2 Abs. 3 der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeführt sind (ab 15. Januar 2021),
- können auf zu begründenden Vorschlag des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, unter folgenden Voraussetzungen nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt werden:
- 8.4.1 Im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner über 70 und

- 8.4.2 im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach der Meldung des Robert Koch-Instituts nach § 21 Abs. 1a Satz 8 KHG in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich unter 25 % und es befindet sich in dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt kein Krankenhaus, das für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 des KHEntgG vereinbart hat oder eine Versorgungsstruktur aufweist, die nach Feststellung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung entspricht, oder
- 8.4.3 im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach der Meldung des Robert Kochs-Instituts nach § 21 Abs. 1a Satz 8 KHG in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich unter 15 % und
- 8.4.4 der Krankenhausträger, im Fall eines Universitätsklinikums dieses selbst, erklärt gegenüber dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege schriftlich oder per E-Mail, dass er etwaigen Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder der Regierung nach Nr. 3.4.3 Folge leisten wird. Diese Voraussetzung gilt nicht, soweit das Vorliegen einer Katastrophe nach Art. 4 Abs. 1 BayKSG festgestellt ist.
- 8.4.5 Ab dem 17. Dezember 2020 gelten die Voraussetzungen nach Nrn. 8.4.2 und 8.4.3 nicht, wenn die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt über 200 liegt; ab dem 15. Januar 2021 genügt hierfür eine 7-Tage-Inzidenz von 150.
- 8.5 Unter den jeweiligen Voraussetzungen der Nrn. 8.1 bis 8.4 können auch Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt werden, die nach den §§ 23 bis 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V (G-BA-Regelungen) in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B 4), zuletzt geändert am 14. Mai 2020 (BAnz AT 29.05.2020 B8) als spezielle Notfallversorger einer der in Nrn. 8.1 bis 8.4 genannten Notfallstufen zugeordnet werden. Einrichtungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 3 der G-BA-Regelungen, deren zwingende Notwendigkeit für die Gewährleistung der Notfallversorgung außerhalb Nr. 6.3 festgestellt wurde, werden insoweit der Stufe der Basisnotfallversorgung zugeordnet, soweit sie nicht eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach dem Umfang ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und ihrer Erfahrung in der intensivmedizinischen Beatmungsbehandlung die Zuordnung zu einer höheren Notfallstufe rechtfertigt; eine Feststellung nach Nr. 6.3 genügt insoweit nicht. Krankenhäuser nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 und nach § 25 der G-BA-Regelungen kommen in der Regel nicht für Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG in Betracht.
- 8.6 Bestimmungen nach den Nrn. 8.1, 8.2, 8.3, 8.4 oder 8.5 gelten, nachdem die Voraussetzungen nach den Nrn. 8.1.1 oder 8.1.2, nach Nr. 8.2.1 oder nach den Nrn. 8.4.1, 8.4.2 oder 8.4.3 vierzehn Tage in Folge nicht mehr erfüllt sind, ab dem Folgetag als aufgehoben. Auf Antrag wird die Aufhebung von der zuständigen Behörde schriftlich bestätigt.
- 8.7 Die Bestimmung eines Krankenhauses ist stets widerruflich. Sie kann gegenüber einem Krankenhaus widerrufen werden, wenn die Bestimmung unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten, nach dem Umfang der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten oder insbesondere infolge eines nicht nur unerheblich und nicht nur kurzzeitig veränderten Versorgungsbedarfs, nicht mehr erforderlich ist oder wenn Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder der Regierung nach Nr. 3.4.3 nicht beachtet werden. Im Falle eines Widerrufs endet der Anspruch auf die Ausgleichszahlung am vierzehnten Tag nach dem im Widerruf bestimmten Zeitpunkt. § 21 Abs. 1a Satz 6 und 7 KHG bleibt unberührt.

8.8 Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege veröffentlicht in seinem Internetauftritt wöchentlich, erstmalig nach dem 4. Dezember 2020, eine Liste der für Ausgleichszahlungen bestimmten Krankenhäuser mit tagesgenauen Angaben über Beginn und Ende der jeweiligen Bestimmungen.

9. Sofortvollzug

Diese Allgemeinverfügung ist, soweit sie auf das IfSG gestützt ist, kraft Gesetzes sofort vollziehbar; im Übrigen wird die sofortige Vollziehung angeordnet.

10. Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Fortgeltung

Diese Allgemeinverfügung tritt am 29. Januar 2021 in Kraft und mit Ablauf des 28. Februar 2021 außer Kraft. Die Allgemeinverfügung vom 23. Dezember 2020 Az. D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-178 (BayMBI. 2020 Nr. 811) wird mit Ablauf des 28. Januar 2021 aufgehoben. Die auf Grundlage der Allgemeinverfügungen vom 2. und vom 23. November 2020 sowie vom 9. und vom 23. Dezember 2020 (BayMBI. 2020 Nrn. 618, 663, 733 und 811) erfolgten Bestellungen zum Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination (Nr. 2.3), zum Ärztlichen Koordinator der Regierung (Nr. 2.6) oder zum landesweiten Koordinator des LGL (Nr. 2.7) sowie die Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG (Nr. 8) gelten weiter.

Begründung

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 hat sich in kurzer Zeit weltweit verbreitet. Nur durch weitgehende staatliche Maßnahmen konnten die Infektionszahlen in Bayern im Frühjahr 2020 auf ein für das Gesundheitswesen und insbesondere für die Krankenhäuser zu bewältigendes Maß gesenkt und die Krankenhäuser auf die Pandemielage vorbereitet werden. Die stationären Einrichtungen hatten die Lage auch auf dem Höhepunkt der Infektionszahlen Mitte April 2020 ebenso wie in sogenannten „Hotspots“ stets unter Kontrolle. Der zunächst positive Verlauf des Infektionsgeschehens und der konstante Rückgang von COVID-19-Fällen in Krankenhäusern, der trotz zahlreicher gesellschaftlicher Erleichterungen zu verzeichnen war, haben es der Staatsregierung im Juni 2020 erlaubt, das Ende des Katastrophenfalls nach Art. 4 Abs. 1 des Bayerischen Katastrophenschutzgesetzes BayKSG festzustellen.

Seit Ende der Ferienzeit erhöhen sich jedoch die Infektionszahlen in Bayern ebenso wie die Zahlen der COVID-19-Erkrankten in den bayerischen Krankenhäusern wieder erheblich. Wurden noch am 10. September 2020 lediglich 121 COVID-19-Erkrankte in den Krankenhäusern behandelt, waren dies am 1. November 2020 bereits 1301 Patienten; noch am 14. Oktober 2020 waren lediglich 313 stationäre Patienten zu verzeichnen gewesen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, rechtzeitig die erforderlichen Maßnahmen zur Abstimmung der Inanspruchnahme der stationären Versorgungsangebote und zur Organisation potentiell größerer Patientenströme in die Wege zu leiten. Mit der vorliegenden Allgemeinverfügung werden deshalb bewährte Organisations- und Entscheidungsstrukturen wiederhergestellt, die in der Hochphase des Krisengeschehens von März bis Juni 2020 einen in allen Landesteilen geordneten und stets der aktuellen Situation angepassten Krankenhausbetrieb ermöglicht haben.

Kernstück ist neben der erneuten Einberufung der Pandemiebeauftragten der Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen die Wiedereinsetzung Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination auf Ebene des Gebietes der Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) mit Weisungsrecht gegenüber den stationären Einrichtungen vor Ort.

Durch die Festlegung der Organisationsstruktur mit klaren Entscheidungsbefugnissen wird verhindert, dass im Zuge der Infektionszahlen unabgestimmte und schwer beherrschbare Versorgungsszenarien entstehen.

Nachdem im Dezember 2020 die Infektionszahlen und die damit korrespondierenden Belastungen der Krankenhäuser weiterhin auf hohem Niveau erhalten blieben, wurde am 9. Dezember 2020 erneut das Vorliegen einer Katastrophe nach Art. 4 BayKSG festgestellt. Die Allgemeinverfügungen vom 2. und vom 23. November 2020 werden mit der vorliegenden Allgemeinverfügung hieran angepasst. Wesentliche Änderungen sind die Einbindung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination in die Katastrophenschutzstruktur, die durch Anwendung des Katastrophenschutzgesetzes möglich gewordene Erweiterung seiner Anordnungsbefugnisse gegenüber Krankenhäusern und die Aufgabe der Kreisverwaltungsbehörden, ggf. im Wege der Anordnung durch die Schaffung entsprechender

Einrichtungen die Möglichkeiten zur Entlassung solcher Personen aus Krankenhäusern sicherzustellen, die zwar keiner akutstationären Behandlung mehr bedürfen, bei denen aber die Gefahr der Erregerübertragung noch nicht ausgeschlossen werden kann.

Nach Erlass der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2020 und der ersten Verordnung zur Änderung dieser Verordnung vom 26. Januar 2021 (in Kraft getreten am 28. Januar 2021) war die Allgemeinverfügung hieran anzupassen (Nr. 8). In Übereinstimmung mit der bundesseitig vorgesehenen Laufzeit der Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG wurde die Geltung der Allgemeinverfügung bis 28. Februar 2021 verlängert (Nr. 10).

Zur Begründung im Einzelnen:

Zu Nr. 1:

Alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrags verpflichtet, die stationäre Versorgung aller Patienten sicherzustellen. Bei der Aufnahme von Patienten, deren stationäre Behandlung vertretbarerweise verschoben werden kann, haben sie sich an der aktuellen Infektionslage und dem jeweils abzusehenden Belegungsdruck durch COVID-19-Patienten zu orientieren. Soweit absehbar ist, dass die Kapazitäten anderweit in Kürze nicht mehr ausreichen würden, haben sie aufschiebbare Behandlungen je nach den Umständen vor Ort ganz oder teilweise zurückzustellen.

Zu Nr. 2:

Zur möglichst dezentralen Steuerung der Patientenströme wird für jeden Zuständigkeitsbereich eines ZRF in Bayern ein Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination mit umfassenden Weisungsrechten eingesetzt, der als weisungsunabhängiger Beauftragter auf Ebene der ZRF tätig wird. Die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination werden durch den ZRF-Vorsitzenden bestellt. Der ZRF- Vorsitzende hat das Benehmen mit den übrigen Landräten bzw. Oberbürgermeistern im ZRF herzustellen. Die Anforderungen an die persönliche Qualifikation ergeben sich aus der Aufgabenstellung. Die fachliche Expertise in Fragen der Krisenbewältigung kann sich z. B. aus der Redaktionsverantwortung für den Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan ergeben.

Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination wird mit Eintritt des Katastrophenfalls in die Struktur der Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK) einer Kreisverwaltungsbehörde des jeweiligen ZRF integriert und ist deren Mitglied. Er hat in seinem Aufgabenbereich ein fachliches Weisungsrecht auch im Zuständigkeitsbereich der anderen im Gebiet des ZRF bestehenden FüGK an den unteren Katastrophenschutzbehörden.

Die übergeordnete Steuerung erfolgt auf Ebene der Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung, da hier bereits die Belegung und Zuweisung von Patienten an Krankenhäuser koordiniert wird. Auf diese Weise werden eine straff organisierte Weisungskette, kurze Entscheidungswege und eine rasche Umsetzung der angeordneten Maßnahmen sichergestellt. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination als zentrale regionale Entscheidungsinstanz steht in enger Abstimmung mit den ILS des Rettungsdienstes, denen weiterhin die operative Steuerung konkreter Patienten nach Maßgabe der Anordnungen des ärztlichen Leiters obliegt, sowie im Falle deren Einsetzung mit den COVID-19-Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser.

Zur überregionalen Kapazitätssteuerung werden die Ärztlichen Leiter ihrerseits durch einen einzusetzenden Ärztlichen Koordinator auf Ebene der Regierungen unterstützt. Auch der Ärztliche Koordinator der Regierung ist in die Katastrophenschutzstruktur auf Regierungsebene integriert.

Es wird darüber hinaus ein landesweiter Koordinator des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) bestimmt, der die Regierungen, die ZRF, die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination und die Pandemiebeauftragten der Krankenhäuser in allen mit dem Infektionsgeschehen zusammenhängenden Fragen berät. Er bringt insbesondere bei der Beurteilung und der Prognose des Infektionsgeschehens die überregionale Expertise des LGL ein und kann vom StMI in die Katastrophenschutzstruktur auf Landesebene eingebunden werden. In diesem Rahmen können etwaige auf Landesebene zu treffende Maßnahmen zur Patientensteuerung auf Vorschlag des landesweiten Koordinators des LGL vom StMI getroffen werden.

Besonders enge Absprachen sind vor allem mit den im Gebiet des jeweiligen ZRF gelegenen Universitätsklinik, aber auch den anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung und der Schwerpunktversorgung anzustreben.

Zu Nr. 3:

Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist beauftragt, auf die Gewährleistung der akutstationären Versorgung hinzuwirken, soweit diese akut durch die Versorgung von COVID-19-Erkrankten gefährdet ist. Er hat Weisungsbefugnis gegenüber zugelassenen Krankenhäusern und Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge (Einrichtungen nach Nr. 3.2, 1. bis 3. Spiegelstrich).

Die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination haben nach einem Stufenmodell in Abhängigkeit vom Infektions- und Belegungsgeschehen vor Ort insbesondere die Aufgaben,

- laufend die durch die Kliniken verpflichtend gepflegte IVENA-Sonderlage zu sichten,
- COVID-19-Schwerpunktkrankenhäuser mit Erweiterung der dort vorgehaltenen Aufnahmekapazitäten in der Notaufnahme und (Intensiv-) Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten zu bestimmen,
- COVID-19-Koordinierungsgruppen aus dem Kreis der Pandemiebeauftragten einzurichten und zu leiten und darauf hinzuwirken, dass die wichtigsten Weichenstellungen und auch kurzfristige Entscheidungen von den Betroffenen vor Ort selbst getroffen werden, kurze Entscheidungswege eingehalten werden und flexibel auf aktuelle Bedarfslagen reagiert werden kann,
- Absprachen mit den Pandemiebeauftragten der Krankenhäuser bzw. der COVID-19-Koordinierungsgruppe der Krankenhäuser zur Verteilung der Patientenströme und ggf. zur erforderlichen Verlagerung von Ausstattung und Personal zu treffen und hierüber zu entscheiden,
- die notwendigen Behandlungskapazitäten zur Aufrechterhaltung der Behandlung von nicht an COVID-19 erkrankten bzw. verletzten Patienten insbesondere zur Entlastung der COVID-19-Schwerpunktkrankenhäuser zu koordinieren,
- Einrichtungen nach Nr. 3.2 zur Zusammenarbeit und im Bedarfsfall zur Übernahme von Patienten aus anderen Krankenhäusern oder gegen Entgelt zur Überlassung von Personal an andere Einrichtungen zu verpflichten, und
- mit dem zuständigen ÄLRD zur überregionalen Koordination regelmäßig in Austausch zu treten.

Die Befugnis der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination zur Steuerung der Patientenströme erstreckt sich neben der aktiven erstmaligen Zuweisung von Patienten auch auf die Abverlegung von COVID-19- oder anderen Patienten aus Krankenhäusern in andere Krankenhäuser oder, wenn keine Notwendigkeit zur akutstationären Behandlung mehr besteht, in Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation.

Durch die Ergänzungen in Nr. 3.4.2 werden Reha-Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V stärker ins das akutstationäre Versorgungsgeschehen eingebunden. Der Ärztliche Leiter kann diese Einrichtungen auch ohne deren Einverständnis bei der Steuerung der akutstationären Patientenströme mit einbeziehen, die Vorhaltung von Behandlungskapazitäten sowie die Bereitstellung von Personal anordnen und Patienten zur akutstationären Versorgung dorthin verlegen. Die Einrichtungen erhalten insoweit den erforderlichen Versorgungsauftrag nach Nr. 6.2 sowie die Bestimmung i.S.d. § 22 Abs. 1 S. 1 KHG, um die akutstationären Behandlungen entsprechend abrechnen zu können. In einzelnen Ausnahmefällen kann der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination auch sonstigen Einrichtungen i.S.d. Nr. 3.2 Einschränkungen in ihrem regulären Versorgungsspektrum auferlegen, um akutstationäre Behandlungen zu ermöglichen.

Mit der Allgemeinverfügung erhalten – gestützt auf § 21 Abs. 1a KHG – der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination und, für den Fall, dass aufgrund des Infektionsgeschehens überregionale Maßnahmen angezeigt sind, die Regierungen die Möglichkeit, gegenüber den für Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmten Krankenhäusern die Freihaltung von Behandlungskapazitäten für nicht aufschiebbare Behandlungen anzuordnen. Denkbar ist je nach Entwicklung des Belegungsdrucks zunächst die Anordnungen an die genannten Krankenhäuser, unter medizinischen Aspekten an sich aufschiebbare elektive Behandlungen von Patienten so zu organisieren, dass bei steigenden COVID-19-Patientenzahlen binnen einer festgelegten Frist ein bestimmter Anteil an Behandlungskapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Patienten (zusätzlich) zur Verfügung gestellt werden kann. In Fällen besonderen Belegungsdrucks kann aber

auch die Anordnungen zur Zurückstellung sämtlicher aufschiebbarer Behandlungen gerechtfertigt sein. In der Regel sind solche Anordnungen spätestens dann erforderlich, wenn die Intensivkapazitäten oder die anderen Kapazitäten eines nach Nr. 8 bestimmten Krankenhauses zu mehr als 85 % ausgelastet sind bzw. ausgelastet zu werden drohen und in dem Krankenhaus COVID-19-Patienten behandelt werden. Die Anordnungen sind auf den Zeitraum zu beschränken, innerhalb dessen die Bestimmung nach § 21 Abs. 1a KHG (Nrn. 8.1 bis 8.3) gilt.

Bei seinen Anordnungen soll der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination darauf hinwirken, dass Krankenhäuser, die nach Nr. 8 für Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt sind, nach Möglichkeit durch andere Krankenhäuser, die keine solchen Ausgleichszahlungen erhalten können, entlastet werden. Unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit (Nr. 3.3) kann auch ein Verbot aufschiebbarer Behandlungen in solchen (nicht nach § 21 Abs. 1a bestimmten) Krankenhäusern angeordnet werden.

Durch die Allgemeinverfügung vom 9. Dezember 2020 erhalten die Kreisverwaltungsbehörden die Aufgabe, die Voraussetzungen für die Möglichkeit der Entlassung solcher Personen aus Krankenhäusern zu schaffen, die keiner akutstationären Behandlung mehr bedürfen, bei denen aber die Gefahr der Erregerübertragung noch nicht ausgeschlossen werden kann und die deshalb noch nicht in ihr Pflegeheim, eine andere Einrichtung oder in ihr häusliches Umfeld zurück können. Hierfür können Anordnungen gegenüber geeigneten Einrichtungen oder Organisationen getroffen werden (z. B. Einrichtungen der Rehabilitation, Quarantänehotels). Vorrangig vor dem Erlass entsprechender Anordnungen sollen einvernehmliche Regelungen mit den betroffenen Einrichtungen angestrebt werden. Anordnungen oder einvernehmliche Maßnahmen sollen in aller Regel nach ihrem Umfang insgesamt nicht über 10 % der am jeweiligen ersten des betreffenden Monats in der Kreisverwaltungsbehörde vollstationär behandelten COVID-19-Patienten liegen. Im Interesse der Schaffung gleichermaßen leistungsfähiger wie effizienter Strukturen können sich mehrere Kreisverwaltungsbehörden auch über die Grenzen der ZRF hinaus auf die Nutzung gemeinsamer Einrichtungen verständigen. Zur Entschädigung der Einrichtungen wird eine Entschädigung nach Maßgabe des Katastrophenschutzgesetzes geleistet, soweit nicht ein anderer Kostenträger, insbesondere aus dem Bereich der Sozialversicherung vorrangig erstattungspflichtig ist. Hierzu wird das Staatsministerium des Innern Regelungen im Rahmen der Einsatzkosten-Erstattungsrichtlinie treffen.

Zu Nr. 4:

Wie bereits im Frühjahr 2020 ist erneut in jedem Krankenhaus und jeder Einrichtung der Vorsorge und Rehabilitation ein Krisenstab einzurichten und ein Pandemiebeauftragter zu benennen. Der Pandemiebeauftragte ist Koordinator in der jeweiligen Einrichtung und Ansprechpartner für den Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination, für Behörden und den Rettungsdienst.

Mit Nr. 4.2 werden die Maßgaben für den Infektionsschutz beim Betrieb stationärer Einrichtungen dem Grunde nach beibehalten. Betroffen sind über die Einrichtungen nach Nr. 3.2 hinaus weiterhin die sonstigen Einrichtungen nach Nr. 1.1 der Allgemeinverfügung vom 8. Mai 2020 (Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134; BayMBI. 2020 Nr. 253); insoweit besteht kein Anlass für eine etwaige Beendigung der Schutzmaßnahmen. Detailliertere Schutzkonzepte, die auf die individuelle Lage vor Ort zugeschnitten sind, sind von den Einrichtungen in Absprache mit oder auf Anweisung von dem Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination zu erarbeiten oder fortzuschreiben.

Mit Nr. 4.3 werden aufgrund des verstärkten Auftretens hochinfektöser Varianten des Coronavirus SARS-CoV-2 die bereits vorhandenen Schutzkonzepte gegen die Verbreitung des Virus erweitert.

Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege stellt den Krankenhäusern das für Nr. 4.3.1 erforderliche Informationsmaterial zur Verfügung.

Patienten, die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern sowie Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen sind und über keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen (reine Privatkliniken), in ihr privates Umfeld entlassen werden und sich aufgrund der bereitgestellten Hinweise auf das Coronavirus testen lassen möchten, können im Rahmen des Bayerischen Testangebots („Jedermann-Testung“) bei niedergelassenen Ärzten oder lokalen Testzentren eine Testung durchführen lassen.

Bei einer Rückverlegung oder Verlegung von Patienten der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in eine unter 4.3.2. genannte Einrichtung sind zur Vermeidung des Viruseintrags in die

jeweilige Einrichtung im Zusammenwirken aller Beteiligten niederschwellige Testangebote, vorrangig in Form von Antigen-Schnelltests, zu realisieren. Eine Verpflichtung der entlassenden Einrichtung zur Organisation einer Testung bei Entlassung besteht erst ab einer Krankenhausaufenthaltsdauer von fünf Tagen, da bei einem kürzeren Aufenthalt nicht mit einem positiven Antigen-Schnelltest-Nachweis gerechnet werden kann, selbst wenn es im Krankenhaus zu einer Ansteckung gekommen sein sollte. Ein freiwilliges Testangebot durch die entlassende Einrichtung auch bei einem kürzeren Krankenhausaufenthalt als fünf Kalendertage ist hiervon unbenommen. Wird die Testung durch das entlassende Krankenhaus vorgenommen, erfolgt die Finanzierung über § 26 KHG.²

Zu Nr. 5:

Mit Nr. 5 wird die bestehende Pflicht zur Meldung im Meldesystem IVENA unverändert aufrechterhalten. Betroffen sind neben den Einrichtungen nach Nr. 3.2 nach wie vor auch die weiteren Einrichtungen nach Nr. 1.1. der Allgemeinverfügung vom 8. Mai 2020 (Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134; BayMBL. 2020 Nr. 253). Dadurch wird der bereits bisher veranlasste, umfassende Informationsfluss zur jederzeitigen Beurteilung der Gesamtlage aufrechterhalten.

Zu Nr. 6:

Um eine flexible Zusammenarbeit der verschiedenen zugelassenen Krankenhäuser überhaupt rechtlich zu ermöglichen, ist es notwendig, die im Normalbetrieb geltende Bindung an krankenhauplanerische Versorgungsaufträge in Krisenzeiten auszusetzen. Nach Nr. 6 ist es sämtlichen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern nach Nr. 3.2 auch krankensicherungsrechtlich gestattet, Patienten in sämtlichen Fachrichtungen akutstationär zu behandeln, soweit sie hierzu vom Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination angehalten wurden (vgl. Nr. 3.4.2).

Soweit der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination auch geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation oder zugelassene Krankenhäuser außerhalb ihres eigentlichen Versorgungsauftrags zur akutstationären heranziehen möchte, ist die vorherige Erteilung eines entsprechenden Versorgungsauftrags nach § 108 Nr. 2 SGB V durch das StMGP als Krankenhausplanungsbehörde erforderlich. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination hat insoweit in Abstimmung mit dem LGL-Koordinator entsprechende Vorschläge an das StMGP zu richten, das hierüber im Lichte der Umstände vor Ort entscheidet. Maßgeblich ist, ob der Versorgungsauftrag für die akutstationäre Versorgung von COVID-19- oder anderen Patienten erforderlich ist, insbesondere um die zugelassenen Krankenhäuser durch die Übernahme von Patienten zu entlasten. Im Rahmen des Katastrophenfalls wird der akutstationäre Versorgungsauftrag auch Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V erteilt, die von entsprechenden Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination betroffen sind.

Im Hinblick auf die Notfallabschlüsse, die nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 des SGB V regulär von den Kostenträgern vorzunehmen wären, ist festzustellen, dass die Maßnahmen nach Nr. 3 und diese Allgemeinverfügung gerade das Ziel haben, die akutstationäre Versorgung während der Dauer der Corona-Krise zu sichern. Einrichtungen, die nach Nr. 3.4.2 verpflichtet wurden oder die ohne ausdrückliche Verpflichtung COVID-19-Patienten behandeln, sind daher auch für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich. Zudem würde die geforderte Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen bei einer finanziellen Ungleichbehandlung der verschiedenen Einrichtungen erheblich erschwert. Hierzu käme es, wenn eine andere Einrichtung die Krankenhausbehandlung im Rahmen der Steuerung der Patientenströme übernimmt, aber die Voraussetzungen für die Teilnahme am gestuften System von Notfallstrukturen regulär nicht erfüllen würde.

Zu Nr. 7:

Durch Nr. 7 wird die beihilferechtliche Betrauung der Einrichtungen nach Nr. 3.2 beibehalten.

Zu Nr. 8:

Mit Nr. 8 werden die Vorgaben des mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite eingefügten § 21 Abs. 1a KHG, der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs.

² Abs. 3 bis 6 eingefügt mit Bekanntmachung vom 18. Februar 2021.

1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2020 sowie der ersten Verordnung zur Änderung dieser Verordnung vom 26. Januar 2021 (in Kraft getreten am 28. Januar 2021) umgesetzt. Danach werden Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung in Abhängigkeit von den Inzidenz- und Belegungsvoraussetzungen nach § 21 Abs. 1a Satz 2 Nr. 1 generell für die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG bestimmt, sofern sie erklärt haben, etwaigen Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder der Regierung nach Nr. 3.4.3 Folge zu leisten. Damit wird sichergestellt, dass die Patientenströme effektiv gesteuert werden können und dass die wichtigsten Notfallversorger rasch Ausgleichszahlungen für coronabedingte Leerstände erhalten können und dadurch tatsächlich und wirtschaftlich in die Lage versetzt werden, ihre Kräfte für die Behandlung nicht aufschiebbarer Fälle zu bündeln und Kapazitäten insbesondere auf den Intensivstationen im erforderlichen Umfang bereitzuhalten.

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung können demgegenüber erst auf Vorschlag und mit besonderer Begründung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination im Einzelfall bestimmt werden. Dies ist aus Rechtsgründen notwendig, um dem gesetzlich normierten Nachrang der Basisnotfallversorger (§ 21 Abs. 1a Satz 2 Nr. 2 und Satz 4 KHG) Rechnung tragen zu können und Bestimmungen nur dort vorzunehmen, wo dies im Einzelfall für eine geordnete Patientenversorgung notwendig erscheint. Die Begründung hat die Notwendigkeit darzulegen, aus welchen Gründen das betreffende Krankenhaus der Basisnotfallversorgung neben den vorhandenen Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung zur Bewältigung des Krisengeschehens heranzuziehen ist.

Mit Allgemeinverfügung vom 28. Januar 2021 wird den Vorgaben der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Rechnung getragen. Danach können zum einen ab 17. Dezember 2020 Krankenhäuser unabhängig von Auslastungswerten als Berechtigte für Ausgleichszahlungen bestimmt werden, wenn die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt über 200 liegt. Ab dem 15. Januar 2021 genügt hierfür eine 7-Tage-Inzidenz von 150. Ebenfalls können ab dem 17. Dezember 2020 unter den Voraussetzungen des § 21 Abs. 1a Satz 2 Nr. 2 und Satz 4 KHG Krankenhäuser bestimmt werden, die noch keine Zu- oder Abschlüsse für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben, aber eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach Feststellung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung entspricht. Ab dem 15. Januar 2021 können zum anderen unter denselben Voraussetzungen zudem Krankenhäuser bestimmt werden, die nach den Meldungen nach § 21 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG und § 5 Abs. 3 PpUGV besondere Erfahrung in der Langzeitbeatmung und gleichzeitig besondere Expertise in der kardiologischen oder herzchirurgischen Versorgung oder in der Lungenheilkunde belegen können.

Auf Nachfrage des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zur Auslegung des § 21 Abs. 1a KHG hat das Bundesministerium für Gesundheit mitgeteilt, dass auch Krankenhäuser an den Ausgleichszahlungen partizipieren können, die an der Speziellen Notfallversorgung nach den §§ 23 ff der G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V teilnehmen. Im Ergebnis können damit bei Bedarf weitere, insbesondere Krankenhäuser nach §§ 24, 26 Abs. 2 Nrn. 2 und 3 sowie §§ 27 und 28 der G-BA-Regelungen in die Systematik der Ausgleichszahlungen mit einbezogen werden. Hingegen werden Krankenhäuser mit der Einstufung nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 und § 25 der G-BA-Regelungen regelmäßig nicht partizipieren können. Dieser für die Versorgung der COVID-19-Patienten in Bayern wichtige Sachverhalt wurde durch Einfügung einer neuen Nr. 8.5 in der Allgemeinverfügung berücksichtigt. Krankenhäuser mit der Einstufung nach § 21 Abs. 2 Nr. 3 der G-BA-Regelungen, deren zwingende Notwendigkeit für die Gewährleistung der Notfallversorgung außerhalb Nr. 6.3 festgestellt wurde, werden insoweit der Stufe der Basisnotfallversorgung zugeordnet, soweit sie nicht eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach dem Umfang ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und ihrer Erfahrung in der intensivmedizinischen Beatmungsbehandlung die Zuordnung zu einer höheren Notfallstufe rechtfertigt.

Bestimmungen sowohl nach Nr. 8.1 als auch nach den Nrn. 8.2, 8.3, 8.4 und 8.5 enden am Tag, nachdem die Voraussetzungen vierzehn Tage ununterbrochen nicht mehr vorgelegen haben, ohne

dass es einer gesonderten Aufhebung der Bestimmung bedarf. Auf Antrag kann die Einrichtung eine Bestätigung der Aufhebung erhalten.

Zur tagesgenauen Übersicht veröffentlicht das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege auf seiner Website wöchentlich eine aktuelle Liste, aus der für alle bestimmten Krankenhäuser tagesgenau der Beginn und ggf. das Ende der Bestimmung ersichtlich wird.

Zu Nr. 9

Gemäß § 28 Abs. 3 IfSG in Verbindung mit § 16 Abs. 8 IfSG ist diese Allgemeinverfügung, soweit sie auf das IfSG gestützt ist, kraft Gesetzes sofort vollziehbar. Soweit die Allgemeinverfügung auf das BayKrG gestützt ist, wird die sofortige Vollziehung gemäß § 80 Abs. 2 Nr. 4 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) angeordnet. Die sofortige Geltung liegt im öffentlichen Interesse. Die angeordneten Maßnahmen sind notwendig, um im Interesse der öffentlichen Sicherheit die Patientenversorgung sowie deren Koordinierung effektiv sicherzustellen. Die Eindämmung der Corona-Pandemie erfordert entschlossenes Handeln, weshalb eine Entscheidung über mögliche Rechtsbehelfe nicht abgewartet werden kann; das öffentliche Interesse am effektiven Schutz von Gesundheit und Menschenleben überwiegt das Interesse von den Anordnungen Betroffener die Maßnahmen erst nach einer rechtskräftigen Entscheidung durchzuführen oder zu dulden.

Zu Nr. 10

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten sowie die Befristung der Allgemeinverfügung. Sie gilt zunächst vom 29. Januar 2021 bis einschließlich 28. Februar 2021 und ersetzt die Allgemeinverfügung vom 23. Dezember 2020 (Az. D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-178; BayMBI. 2020 Nr. 733). Nr. 8.1 war wegen § 21 Abs. 1a Satz 1 KHG bereits rückwirkend zum 18. November 2020 in Kraft getreten. Ebenso werden die Maßgaben der Verordnung zu § 21 Abs. 1a KHG in der Fassung vom 22. Dezember 2020 bei Vorliegen der Voraussetzungen rückwirkend zum 17. Dezember 2020 und die Maßgaben der Verordnung zu § 21 Abs. 1a KHG in der Fassung vom 28. Januar 2021 bei Vorliegen der Voraussetzungen rückwirkend zum 15. Januar 2021 umgesetzt. Die auf Grundlage der Allgemeinverfügungen vom 2. und vom 23. November sowie vom 9. und vom 23. Dezember 2020 erfolgten Bestellungen zum Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination (Nr. 2.3), zum Ärztlichen Koordinator der Regierung (Nr. 2.6) oder zum landesweiten Koordinator des LGL (Nr. 2.7) gelten weiter. Dasselbe gilt für Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG (Nr. 8).

gez.
Karl Michael Scheufele
Ministerialdirektor

gez.
Dr. Winfried Brechmann
Ministerialdirektor