

**Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), des Bayerischen
Katastrophenschutzgesetzes (BayKSG), 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 11. November 2021, Az. D4-2257-3-49 und G24-K9000-2020/134-252, geändert durch
Allgemeinverfügung vom 16. Dezember 2021, Az. D4-2257-3-49 und G24-K9000-2020/134-264**

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) 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 Infektionszahlen in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 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 Bewältigung besonderer regionaler Belastungssituationen und zur überregionalen Steuerung des Behandlungsgeschehens kann die Regierung für das Gebiet eines Zweckverbands für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF-Gebiet) die Einsetzung eines Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination anordnen, wenn in dem ZRF-Gebiet 10 % oder mehr der insgesamt belegten Intensivkapazitäten mit COVID-19-Patienten belegt sind. Sind in einem ZRF-Gebiet des Regierungsbezirks 15 % oder mehr der insgesamt belegten Intensivkapazitäten mit COVID-19-Patienten belegt, soll die Regierung eine Anordnung für dieses ZRF-Gebiet erlassen. Sind in einem ZRF-Gebiet 20 % oder mehr aller insgesamt belegten Intensivkapazitäten mit COVID-19-Patienten belegt, hat die Regierung eine Anordnung für dieses ZRF-Gebiet zu erlassen, es sei denn, besondere, gegenüber dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege darzulegende Gründe rechtfertigen im Einzelfall das Absehen von der Anordnung. Die Regierung hat Anordnungen nach den Sätzen 1 bis 3 auf weitere ZRF-Gebiete zu erstrecken, wenn dies zur überregionalen Patientensteuerung erforderlich ist. Die Anordnungen sind grundsätzlich bis zu dem Zeitpunkt zu befristen, zu dem in allen ZRF-Gebieten des Regierungsbezirks 14 Tage in Folge weniger als 10 % der insgesamt belegten Intensivkapazitäten mit COVID-19-Patienten belegt sind. In einzelnen ZRF-Gebieten kann der Einsatz der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination bereits vor diesem Zeitpunkt beendet werden. Das Staatsministerium

für Gesundheit und Pflege kann gegenüber der Regierung von den Sätzen 1 bis 6 abweichende Anordnungen treffen.

- 2.3 Nach Anordnung durch die Regierung wird der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung 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 Krankenhauskoordinierung ist die klinische Tätigkeit in der Akutmedizin, die fachliche Expertise für Krisenbewältigung sowie in der Regel mindestens die Funktion als Oberarzt. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung soll nach Möglichkeit über klinische Erfahrung in der Intensiv- und Notfallmedizin verfügen. Zur Vermeidung zeitlicher Inkompatibilitäten soll der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung nicht zugleich als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst fungieren. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung ist in Ausübung seiner Funktion nicht an Weisungen des ZRF gebunden.
- 2.4 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung 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 Krankenhauskoordinierung wird durch den Vorsitzenden des Zweckverbandes bestimmt. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung 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 Gleichzeitig mit der Anordnung zum Einsatz eines Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung bestellt die Regierung für den jeweiligen Regierungsbezirk einen Ärztlichen Koordinator zur Unterstützung der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung 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. Die Bestellung endet, sobald der Einsatz der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung in allen ZRF-Gebieten des Regierungsbezirks beendet ist.
- 2.7 Sofern dies zur überregionalen Patientensteuerung erforderlich ist, kann die Regierung auch dann einen Ärztlichen Koordinator bestellen, wenn die Voraussetzungen der Nr. 2.2 innerhalb des Regierungsbezirks noch nicht oder nicht mehr erfüllt sind. In diesem Fall entscheidet die Regierung nach ihrem Ermessen über den Zeitpunkt des Endes der Bestellung.
- 2.8 Sobald mehr als eine Regierung den Einsatz Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordinierung oder Ärztlicher Koordinatoren auf Regierungsebene angeordnet hat, bestimmt das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) aus dem Kreis seiner Mitarbeiter einen landesweiten Koordinator, der die Regierungen, die ZRF, die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung 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 Krankenhauskoordinierung; Stufenmodell**
- 3.1 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung 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, gegenüber denen die Aufnahme nicht mehr stationär behandlungsbedürftiger infektiöser Personen zur Entlastung zugelassener Krankenhäuser nach Nr. 3.4.6 angeordnet wird,
 - Einrichtungen, soweit sie nach Nr. 6.2 einen befristeten Auftrag zur akutstationären Versorgung erhalten haben,
 - Einrichtungen, soweit ihnen gegenüber nach Nr. 3.4.2.2 die Überlassung von Personal an andere Einrichtungen angeordnet wird.¹

Weisungen der Katastrophenschutzbehörden auf Vorschlag des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination an sonstige Einrichtungen oder Personen, deren Mitwirken im Einzelfall bei der Bewältigung hoher Patientenzahlen in Krankenhäusern erforderlich wird, bleiben unberührt; die Katastrophenschutzbehörden haben sich insoweit eng mit den Ärztlichen Leitern Krankenhauskoordination abzustimmen.

- 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 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:

¹ Nr. 3.2 vierter Spiegelstrich angefügt durch Bekanntmachung vom 16.12.2021.

- 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 (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 die Zuweisung von Patienten und die Verlegung von Patienten in andere Krankenhäuser. Dies gilt bei entsprechendem Versorgungsbedarf unabhängig von der Belegungssituation der aufnehmenden Klinik und unabhängig von Belegungsmeldungen im IVENA-Meldesystem. Bei seiner Tätigkeit stimmt sich der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination eng mit den ILS, den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst und der COVID-19-Koordinierungsgruppe ab.
- 3.4.2.2 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 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 den vorübergehenden Einsatz von Personal eines Krankenhauses, einer Einrichtung der Vorsorge und Rehabilitation mit Vertrag nach § 111 SGB V, einer Einrichtung der Vorsorge und Rehabilitation, die von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben wird, oder mit Vertrag nach § 15 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), einer Einrichtung der Vorsorge und Rehabilitation mit Vertrag nach § 34 Abs. 8 Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) in Verbindung mit § 38 SGB IX oder die von der Gesetzlichen Unfallversicherung selbst betrieben wird, in einer anderen Einrichtung anordnen.²
- 3.4.2.3 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zur herausgehobenen Kooperation und Kommunikation freier Behandlungskapazitäten untereinander verpflichten. Insbesondere können Krankenhäuser, 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. Die Verlegung von bereits aufgenommenen Intensivpatienten ist nur in medizinisch vertretbaren Fällen zu erwägen.
- 3.4.3 Anordnungen der Stufe 3 – Bereithaltung von Kapazitäten:
- 3.4.3.1 Stufe 3a – COVID-19-Krankenhäuser
- Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann für die Versorgung von COVID-19-Patienten vorrangig genutzte Krankenhäuser verpflichten, bestimmte Anteile ihrer stationären Kapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Patienten, 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 Bereithalteneanordnungen ausgenommen; für psychiatrische

² 3.4.2.2 Satz 3 neugefasst durch Bekanntmachung vom 16.12.2021.

Leistungsangebote sind Ausnahmen hiervon befristet und mit Zustimmung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zulässig.³ Die Anordnung kann sich zunächst darauf beschränken, unter medizinischen Aspekten 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 oder Notfallpatienten zusätzlich zur Verfügung gestellt werden kann; auch hierbei kann zwischen Intensivkapazitäten und anderen Bettenkapazitäten differenziert werden. In Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen vor Ort sowie von der Notwendigkeit zur überregionalen Übernahme von Patienten kann auch die Unterlassung sämtlicher unter medizinischen Aspekten aufschiebbarer stationärer Behandlungen angeordnet werden, um die für die Versorgung von COVID-19-Patienten sowie von Notfällen erforderlichen Kapazitäten bereitzustellen. In der Regel sind Anordnungen zur Einschränkung elektiver Behandlungen spätestens dann erforderlich, wenn eine Auslastung der Intensiv- oder anderen Kapazitäten des Krankenhauses zu mehr als 85 % besteht oder droht. Die Krankenhäuser haben dem Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung und im Fall von Nr. 3.4.4 der Regierung auf Anforderung Einsicht in sämtliche Unterlagen der Leistungsplanung wie zum Beispiel OP-Belegungspläne oder Personaleinsatzpläne zu gewähren.

3.4.3.2 Stufe 3b – weitere Krankenhäuser

Ergänzend zu Nr. 3.4.3.1 können auch Krankenhäuser, in denen COVID-19-Patienten bislang nicht oder nur im untergeordneten Umfang behandelt werden, zur Bereithaltung von Kapazitäten verpflichtet werden, wenn ansonsten die Behandlung von Notfallpatienten, COVID-19-Patienten sowie solcher Patienten, deren elektive Behandlung aus medizinischen Gründen nicht verschoben werden kann, nicht mehr sichergestellt ist. Nr. 3.4.3.1 Satz 1 bis 4 und 6 gilt entsprechend. Die zur Bereithaltung angeordneten Kapazitäten sind nach Weisung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung durch die Integrierten Leitstellen im Rahmen der Patientensteuerung vorrangig zu belegen.

3.4.4 Sind aufgrund des Infektionsgeschehens Anordnungen veranlasst, die über das Gebiet eines ZRF hinausgehen, erteilt die Regierung die Anordnungen nach Nr. 3.4.1, Nr. 3.4.2 und Nr. 3.4.3. Die Anordnungen werden insoweit im Benehmen mit den betroffenen Ärztlichen Leitern Krankenhauskoordinierung, dem Ärztlichen Koordinator der Regierung und dem LGL-Koordinator erteilt. Die Regierung kann unbeschadet von Satz 1 Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung nach Nr. 3.4.1, Nr. 3.4.2 und Nr. 3.4.3 ändern oder aufheben.

3.4.5 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung teilt der Regierung Anordnungen nach Nr. 3.4.2.2 und Nr. 3.4.3 sowie den Zeitraum der Geltungsdauer der Anordnungen formlos mit.

3.4.6 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, abgegrenzte Bereiche in Krankenhäusern) oder die Bereithaltung solcher Einrichtungen zur Aufnahme anordnen, sofern keine einvernehmlichen Regelungen getroffen werden können. Für derartige Anordnungen sind in der Regel folgende Voraussetzungen und Maßgaben zu beachten:

3.4.6.1 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.

3.4.6.2 Die Zahl der Personen, deren Aufnahme angeordnet wird oder für deren Aufnahme die Bereithaltung angeordnet wird, umfasst höchstens einen Umfang von 10 % der am jeweiligen ersten des betreffenden Monats in zugelassenen Krankenhäusern im Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde behandelten COVID-19-Patienten; im Einvernehmen mit der Regierung ist ein Überschreiten dieses Umfangs zulässig. Mehrere Kreisverwaltungsbehörden, insbesondere die eines ZRF, können sich auf die Nutzung einer oder mehrerer gemeinsamer

³ 3.4.2.1 Satz 2 geändert durch Bekanntmachung vom 16.12.2021.

Einrichtungen unter der Federführung einer dafür zu bestimmenden Kreisverwaltungsbehörde verständigen; in diesem Fall können die nach Satz 1 maßgeblichen Zahlenkontingente zusammengerechnet werden.

- 3.4.6.3 Vor dem Erlass entsprechender Anordnungen sollen vorrangig einvernehmliche Regelungen mit den betroffenen Einrichtungen angestrebt werden. Die Nrn. 3.4.6.1 und 3.4.6.2 gelten insoweit entsprechend.⁴
- 3.4.6.4 Für die Bereithaltung und die Übernahme der genannten Personen nach Nr. 3.4.6 wird der Einrichtung eine Entschädigung 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 jedem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, das in einem ZRF-Gebiet gelegen ist, für das ein Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination eingesetzt ist, ist 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. 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 in der Fassung der Allgemeinverfügung vom 28. Januar 2021 (BayMBl. Nr. 78) genannten Einrichtungen, Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V und Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen sind und über keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen (reine Privatkliniken), sind unabhängig vom Einsatz eines Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination, 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 LGL, zu beachten sowie Schutzkonzepte zu erstellen oder je nach Ausprägung des Infektionsgeschehens fortzuschreiben. Die Einrichtungen sind verpflichtet, die Hygiene- und Schutzkonzepte auf Verlangen der zuständigen unteren Behörde für Gesundheit (Gesundheitsamt) 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 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. Die Verpflichtung besteht nicht bei genesenen oder geimpften Personen im Sinne der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung.

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

⁴ Satz 2 eingefügt durch Bekanntmachung vom 16.12.2021.

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 oder in sonstiger Weise nach Nr. 3.4 zur akutstationären Versorgung herangezogen werden, sind hierzu, soweit sie nicht ohnehin mit entsprechenden Versorgungsaufträgen ausgestattet sind, im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V berechtigt.⁵ Bei Beendigung der Verpflichtung können zu diesem Zeitpunkt laufende Behandlungsleistungen abgeschlossen werden; neue Behandlungen dürfen insoweit nicht mehr begonnen werden. Soweit psychiatrische Krankenhäuser im Ausnahmefall mit Zustimmung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege nach Nr. 3.4.3 zur Behandlung von Patienten mit somatischen Erkrankungen herangezogen werden, sind sie hierzu im Umfang der Heranziehung mit dem notwendigen somatischen Versorgungsauftrag ausgestattet.⁶
- 6.2 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 reine Privatkliniken können mit ihrem Einverständnis 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 zu entlasten. Die nach Satz 1 zugelassenen 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 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 in der Fassung der Allgemeinverfügung vom 28. Januar 2021 (BayMBl. Nr. 78) 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.

⁵ Satz 1 geändert durch Bekanntmachung vom 16.12.2021.

⁶ Satz 3 angefügt durch Bekanntmachung vom 16.12.2021.

- 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. Sofortvollzug

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

9. Inkrafttreten, Außerkrafttreten

- 9.1 Diese Allgemeinverfügung tritt am 12. November 2021 in Kraft und mit Ablauf des 30. Juni 2022 außer Kraft.
- 9.2 Die Allgemeinverfügung vom 30. September 2021, Az. G24-K9000-2020/134-241 (BayMBl. 2021 Nr. 709) tritt mit Ablauf des 11. November 2021 außer Kraft.

Begründung

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 hat sich seit eineinhalb Jahren weltweit verbreitet. Nur durch weitgehende staatliche Maßnahmen konnten die Infektionszahlen in Bayern in den bislang drei pandemischen Wellen jeweils 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 Anfang 2021 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 2021 erlaubt, das Ende des Katastrophenfalls nach Art. 4 Abs. 1 des Bayerischen Katastrophenschutzgesetzes (BayKSG) festzustellen.

Seit Mitte der Sommerferien 2021 sind die Infektionszahlen in Bayern zuletzt ebenso wie die Zahlen der COVID-19-Erkrankten in den bayerischen Krankenhäusern wieder erheblich gestiegen. Wurden nach den IVENA-Meldungen noch am 20. Juli 2021 lediglich 160 COVID-19-Erkrankte in den Krankenhäusern behandelt, waren dies am 8. November 2021 bereits 2643 Patienten; noch am 25. August 2021 waren lediglich 516 stationäre Patienten zu verzeichnen. Zu diesem Szenario treten aktuell besondere regionale Belastungslagen hinzu, die insbesondere die stationären Intensivkapazitäten in einzelnen Regionen vor besondere Herausforderungen stellen. Mit Stand 8. November 2021 liegt der Anteil der COVID-19-Patienten in Intensivstationen bayernweit bei rund 23 %. Von 26 ZRF-Gebieten liegen lediglich 12 unter diesem Schnitt, 20 bei mindestens 15 % und 3 bei 30 % oder mehr, wobei hier teilweise über 40 % der auf den Intensivstationen behandelten Patienten COVID-19-Patienten sind.

Vor diesem Hintergrund hat die Staatsregierung ab 11. November 2021 erneut das Vorliegen einer Katastrophe nach Art. 4 Abs. 1 des Bayerischen Katastrophenschutzgesetzes (BayKSG) festgestellt. Die Allgemeinverfügung vom 30. September 2021 (Az. G24-K9000-2020/134-241, BayMBl. 2021 Nr. 709) war hieran anzupassen und im Lichte des drastisch gestiegenen Patientenaufkommens in den Krankenhäusern neu zu fassen. 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 Entlassung solcher Personen aus Krankenhäusern zu ermöglichen, die zwar keiner akutstationären Behandlung mehr bedürfen, bei denen aber die Gefahr der Erregerübertragung noch nicht ausgeschlossen werden kann.

Mit der Allgemeinverfügung behalten die Regierungen die Möglichkeit – und bei fortschreitendem Belegungsdruck die Verpflichtung –, zeitlich befristet und regional begrenzt oder auch für das gesamte Bezirksgebiet bewährte Organisations- und Entscheidungsstrukturen einzusetzen, die in der Hochphase des Krisengeschehens von März bis Juni 2020 und von November 2020 bis Juni 2021 einen in allen Landesteilen geordneten und stets der aktuellen Situation angepassten Krankenhausbetrieb ermöglicht haben.

Kernstück ist neben der Möglichkeit zur Einberufung der Pandemiebeauftragten der Krankenhäuser die Einsetzung Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination auf Ebene der ZRF mit Weisungsrecht gegenüber den stationären Einrichtungen vor Ort.

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 Bewältigung besonderer regionaler Belastungssituationen kann die Regierung ab einem Anteil von 10 % an COVID-19-Patienten in den Intensivkapazitäten in einem ZRF-Gebiet für einzelne oder mehrere ZRF-Gebiete die Einsetzung Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination anordnen. Ab einem Anteil von 15 % soll die Regierung eine entsprechende Anordnung erlassen. Ab einem Anteil von 20 % ist die Anordnung verpflichtend, es sei denn, besondere, darzulegende Gründe rechtfertigen im konkreten Fall ein Absehen von der Anordnung. Die Anordnung ist in Abhängigkeit vom Anteil der COVID-19-Patienten in den Intensivkapazitäten zu befristen. Wenn der Anteil der COVID-19-Patienten in den Intensivkapazitäten in allen ZRF-Gebieten 14 Tage in Folge unter 10 % liegt, endet grundsätzlich der Einsatz der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination und der anderen geregelten Organisationsstrukturen.

Um jedoch in der dargestellten, sich erneut zuspitzenden Situation jederzeit handlungsfähige Strukturen bereitzuhalten und die rasche Abverlegung von Patienten gerade in Rettungsdienstbereiche mit weniger COVID-19-Patienten organisieren zu können, soll auch unabhängig von den in Nr. 2.2 festgelegten Voraussetzungen die Möglichkeit zum Einsatz Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination bestehen. Die bestehende Regelung wird deshalb um einen Satz 7 ergänzt, wonach das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gegenüber der Regierung von den Regelungen der Nr. 2.2 Sätze 1 bis 6 abweichende Anordnungen treffen kann. Dies betrifft insbesondere die Weisung, den Einsatz Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination auch dann anzuordnen, wenn der Anteil der COVID-19-Patienten auf den Intensivstationen eines ZRF-Gebiets noch unter 10 % liegt bzw. damit korrespondierend, die grundsätzliche Befristung nach Nr. 2.2 Satz 5 und 6 auszusetzen.

Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination wird vom Vorsitzenden des jeweiligen ZRF im Benehmen mit den übrigen Landräten bzw. Oberbürgermeistern im ZRF ernannt. Er erhält umfassende Weisungsrechte und wird als weisungsunabhängiger Beauftragter auf Ebene der ZRF tätig. 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 ZRF, 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 gleichzeitig einzusetzenden Ärztlichen Koordinator auf Ebene der Regierungsbezirke unterstützt. Bereits vor Vorliegen der Voraussetzungen nach Nr. 2.2 kann die Regierung auch dann einen Ärztlichen Koordinator bestellen, wenn dies zur überregionalen Patientensteuerung erforderlich ist.

Im Fall des Einsatzes Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination in mehr als einem Regierungsbezirk bestimmt das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) einen landesweiten Koordinator aus dem Kreis seiner Mitarbeiter, der insbesondere für den Austausch mit dem Ärztlichen Koordinator der Regierung und bei Bedarf mit den nachgeordneten Strukturen zur Verfügung steht. 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 Universitätsklinika, 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, Entlastungseinrichtungen nach Nr. 3.4.6 sowie solchen Einrichtungen, die nach Nr. 6.2 befristete Versorgungsaufträge zur akutstationären Versorgung erhalten haben.

Etwaige Anordnungen an andere Einrichtungen, deren Mitwirken bei der Bewältigung hoher Patientenzahlen in Krankenhäusern erforderlich wird, trifft die zuständige Katastrophenschutzbehörde nach Maßgabe des Katastrophenschutzrechts in enger Abstimmung mit dem Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination.

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,
- nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser 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.

Mit der Allgemeinverfügung erhalten der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination und, für den Fall, dass aufgrund des Infektionsgeschehens überregionale Maßnahmen angezeigt sind, die Regierungen die

Möglichkeit, gegenüber den Krankenhäusern, die vorrangig zur Behandlung von COVID-19-Patienten genutzt werden, die Freihaltung von Behandlungskapazitäten für nicht aufschiebbare Behandlungen anzuordnen. Denkbar ist je nach Entwicklung des Belegungsdrucks zunächst die Anordnung an die genannten Krankenhäuser, unter medizinischen Aspekten 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 Krankenhauses zu mehr als 85 % ausgelastet sind bzw. ausgelastet zu werden drohen. Von einer vorrangigen Nutzung für die Behandlung von COVID-19-Patienten ist auszugehen, wenn in einem Krankenhaus COVID-19-Patienten regelmäßig in gewissem Umfang und nicht nur gelegentlich aufgenommen werden. Maßgeblich sind insoweit auch die organisatorischen Planungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination.

Ergänzend können auch Krankenhäuser, in denen COVID-19-Patienten bislang nicht oder nur im untergeordneten Umfang behandelt werden, zur Freihaltung von Kapazitäten verpflichtet werden, wenn ansonsten die Behandlung von Notfallpatienten, COVID-19-Patienten sowie solcher Patienten, deren elektive Behandlung aus medizinischen Gründen nicht verschoben werden kann, nicht sichergestellt ist. Die zur Bereithaltung angeordneter Kapazitäten sind vom Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination und den Integrierten Leitstellen im Rahmen der Patientensteuerung vorrangig zu belegen.

Zum Vollzug etwaiger Entschädigungsleistungen sind Anordnungen zur Abordnung von Personal an andere Einrichtungen sowie zur Freihaltung von Kapazitäten bzw. zur Zurückstellung aufschiebbarer Behandlungen (Nrn. 3.4.2.2 und 3.4.3) vom Ärztlichen Leiter inklusive der Geltungsdauer der Anordnung formlos an die Regierung zu melden.

Durch die Allgemeinverfügung erhalten die Kreisverwaltungsbehörden erneut 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 zurückkehren können. Hierfür können Anordnungen gegenüber geeigneten Einrichtungen oder Organisationen getroffen werden (z. B. Einrichtungen der Rehabilitation, Quarantänehotels, aber auch Krankenhäusern bzgl. abgegrenzter Bereiche, die zu diesem Zweck aus der akutstationären Versorgung genommen werden). 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. Für die Bereithaltung und die Übernahme der genannten Personen nach Nr. 3.4.6 wird der Einrichtung eine Entschädigung 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.

Zu Nr. 4:

Wie bereits für die bisherigen pandemischen Wellen ist erneut in jedem Krankenhaus, das in einem ZRF-Gebiet gelegen ist, für das ein Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination eingesetzt ist, 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 in den vorherigen Fassungen der Allgemeinverfügung geregelten Maßgaben für den Infektionsschutz beim Betrieb stationärer Einrichtungen beibehalten. 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 die notwendigen Maßnahmen im Zusammenhang mit Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 geregelt.

Zu Nr. 5:

Mit Nr. 5 wird die bestehende Pflicht zur Meldung im Meldesystem IVENA unverändert aufrechterhalten. 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 krankenhauserplanerische Versorgungsaufträge in Krisenzeiten auszusetzen. Nach Nr. 6 ist es sämtlichen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern auch krankensicherungsrechtlich gestattet, Patienten in sämtlichen Fachrichtungen akutstationär zu behandeln, soweit sie hierzu vom Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung angehalten wurden (vgl. Nr. 3.4.2).

Soweit geeignete Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie reine Privatkliniken zur Übernahme akutstationär behandlungsbedürftiger Patienten bereit sind, ist die vorherige Erteilung eines entsprechenden Versorgungsauftrags nach § 108 Nr. 2 SGB V durch das StMGP als Krankenhausplanungsbehörde erforderlich. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung hat insoweit 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 Hinblick auf die Notfallabschläge, 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-Pandemie zu sichern. Einrichtungen (inklusive solcher nach Nr. 6.2), 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 der Allgemeinverfügung in der Fassung vom 28. Januar 2021 (BayMBl. Nr. 78) beibehalten.

Zu Nr. 8

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 BayKSG und das BayKrG gestützt ist, wird die sofortige Vollziehung gemäß § 80 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) im öffentlichen Interesse angeordnet. Die getroffenen Regelungen und hiermit ermöglichten Maßnahmen sind unter Berücksichtigung der angespannten Entwicklung der Auslastung der Krankenhäuser mit COVID-19-Patienten geboten, 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 der von den Anordnungen Betroffenen, die Maßnahmen erst nach einer rechtskräftigen Entscheidung durchzuführen oder zu dulden.

Zu Nr. 9

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten sowie die Befristung der Allgemeinverfügung. Sie gilt zunächst vom 12. November 2021 bis einschließlich 30. Juni 2022 und ersetzt die Allgemeinverfügung vom 30. September 2021 (Az. G24-K9000-2020/134-241; BayMBl. 2021 Nr. 709).

Begründung der Änderungsbekanntmachung vom 16.12.2021

Das Pandemiegeschehen ist nach wie vor von hoher Dynamik gekennzeichnet. Krankenhäuser und Intensivstationen in allen Landesteilen haben ihre Belastungsgrenzen erreicht und teilweise bereits überschritten. Überlastet sind insoweit nicht die räumlich-technischen Kapazitäten, sondern die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen insbesondere in der Pflege. In dieser alarmierenden Lage sind weitere Maßnahmen erforderlich, die die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten.

Mit der vorliegenden Allgemeinverfügung wird deshalb die Befugnis des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination zur Abordnung von Personal erweitert. Mit Nrn. 1.1 und 1.2 (Änderung der Nrn. 3.2 und 3.4.2.2) kann künftig auch der Einsatz von Personal der Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation in Krankenhäusern angeordnet werden. Für das reibungslose Funktionieren in der Praxis wird sich eine solche Anordnung in der Regel nur insoweit anbieten, als alle Beteiligten (Klinikträger und betroffene Beschäftigte) signalisiert haben, der Anordnung Folge zu leisten. Zu Kompensationen für betroffene Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation ergeht eine gesonderte Zuwendungsrichtlinie.

Durch Nr. 1.3 (Änderung der Nr. 3.4.3.1) wird es ermöglicht, in Ausnahmefällen auch psychiatrische Krankenhäuser zur akutstationären Behandlung von Patienten mit somatischen Erkrankungen heranzuziehen und entsprechende Freihalteanordnungen zu treffen. Durch die Änderung wird insbesondere für eine derzeit noch nicht absehbare, eventuelle Verschlimmerung des Pandemiegeschehens durch die Virusvariante Omikron vorgesorgt. Psychiatrische Einrichtungen dürfen weiterhin nur im echten Ausnahmefall herangezogen werden, d.h. wenn anderweit die Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann und wenn in der Einrichtung die somatische Behandlung unter den Bedingungen der Pandemie mit dem erforderlichen Fachpersonal gewährleistet ist. Hierüber haben sich die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination bzw. die Regierungen vor Antragstellung beim Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hinreichende Gewissheit zu verschaffen. Die Erfüllung der Aufnahmeverpflichtung nach Art. 8 Abs. 2 BayPsychKHG darf durch eine Bereithalteanordnung nicht gefährdet werden. Einrichtungen der Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bleiben weiterhin von Freihalteanordnungen ausgenommen.

Mit den Nrn. 1.4 und 1.5.1 wird aufgrund von Nachfragen aus der Praxis klargestellt, dass die Maßgaben bei der Bestellung von Entlastungseinrichtungen für hoheitliche Anordnungen und einvernehmliche Vereinbarungen gleichermaßen gelten (Nr. 3.4.6.3) und dass die erweiterten Versorgungsaufträge zur stationären Versorgung nach Nr. 6.1 generell den Anordnungen nach 3.4 folgen und insoweit nicht im engeren Sinne zwischen den Anordnungsstufen unterschieden werden muss.

Mit Nr. 1.5.2 wird psychiatrischen Krankenhäusern, die nach Nr. 3.4.3 im Ausnahmefall zur Behandlung von Patienten mit somatischen Erkrankungen herangezogen werden, im Umfang der Heranziehung der dafür erforderliche somatische Versorgungsauftrag erteilt. Damit ist es den Einrichtungen ohne gesondertes krankenausplanerisches Verfahren krankensicherungsrechtlich gestattet, Patienten in sämtlichen erforderlichen Fachrichtungen akutstationär zu behandeln (§ 108 Nr. 2 SGB V). Sie gelten im Umfang der Heranziehung darüber hinaus auch hinsichtlich allfälliger Entschädigungsleistungen des Freistaats Bayern als somatische Krankenhäuser, nicht jedoch hinsichtlich der bundesrechtlichen Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG.

Karl Michael S c h e u f e l e
Ministerialdirektor

Dr. Winfried B r e c h m a n n
Ministerialdirektor