



# Bayerisches Ministerialblatt

BayMBI. 2022 Nr. 444

2. August 2022

## **Vollzug des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) und des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)**

### **Notfallplan Corona-Pandemie: Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern**

**Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege**

**vom 2. August 2022, Az. G24-K9000-2022/480-1**

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege erlässt im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration, dem Staatsministerium der Finanzen und für Heimat sowie hinsichtlich der Universitätsklinika im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst auf der Grundlage von Art. 28 Abs. 1 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) sowie auf der Grundlage von § 28 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Verbindung mit § 65 Satz 2 Nr. 2 der Zuständigkeitsverordnung (ZustV) folgende

#### **Allgemeinverfügung**

#### **1. Sicherstellung der stationären Versorgung**

- 1.1 Alle nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die zur Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung zugelassenen Krankenhäuser sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrags verpflichtet, die stationäre Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Behandlung von COVID-19-Patienten sicherzustellen.
- 1.2 <sup>1</sup>Sie haben bei der Belegung ihrer Einrichtung mit Patienten, bei denen eine Verschiebung der Behandlung aus medizinischer Sicht vertretbar ist, den aufgrund der Infektionszahlen in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 zu erwartenden Patientenzahlen, drohenden oder bereits eingetretenen Personalausfällen sowie anderen kapazitätsbeanspruchenden Umständen Rechnung zu tragen. <sup>2</sup>In Abhängigkeit vom aktuellen Belegungsdruck vor Ort sind die Belegung der Krankenhausbehandlungskapazitäten zu koordinieren und die Patientenströme zu steuern.

#### **2. Organisation der Krankenhausbelegung; Zuständigkeit**

- 2.1 Über die Steuerung der Patientenströme und die Belegung der Krankenhauskapazitäten ist möglichst dezentral in den Landkreisen und kreisfreien Städten innerhalb der regionalen Krankenhausstrukturen zu entscheiden.
- 2.2 <sup>1</sup>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 dies unter Gesamtwürdigung der Belastungssituation der Krankenhäuser und nach Anhörung der Koordinierungsbeauftragten der Krankenhäuser zur Sicherstellung der geordneten stationären Versorgung erforderlich ist. <sup>2</sup>Die Regierung soll Anordnungen nach Satz 1 auf weitere ZRF-Gebiete erstrecken, wenn dies zur überregionalen Patientensteuerung erforderlich ist. <sup>3</sup>Die Anordnungen sind grundsätzlich zu befristen; die Geltungsdauer der Anordnungen kann bei Bedarf verlängert werden.

- 2.3 <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Der Vorsitzende hat das Benehmen mit den übrigen Landräten und Oberbürgermeistern im ZRF herzustellen. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung soll nach Möglichkeit über klinische Erfahrung in der Intensiv- und Notfallmedizin verfügen. <sup>5</sup>Zur Vermeidung zeitlicher Inkompatibilitäten soll der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung nicht zugleich als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst fungieren. <sup>6</sup>Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung ist in Ausübung seiner Funktion nicht an Weisungen des ZRF gebunden.
- 2.4 <sup>1</sup>Der Sitz des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung wird durch den Vorsitzenden des Zweckverbandes bestimmt. <sup>2</sup>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.
- 2.5 <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Er hat nach Möglichkeit die fachlichen Voraussetzungen gemäß Nr. 2.3 zu erfüllen. <sup>3</sup>Die Bestellung endet, sobald der Einsatz der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung in allen ZRF-Gebieten des Regierungsbezirks beendet ist.
- 2.6 <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>In diesem Fall entscheidet die Regierung nach ihrem Ermessen über den Zeitpunkt des Endes der Bestellung.
- 2.7 <sup>1</sup>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 Koordinierungsbeauftragten der Krankenhäuser in allen mit dem Infektionsgeschehen zusammenhängenden Fragen berät. <sup>2</sup>Er bringt insbesondere bei der Beurteilung und der Prognose des Infektionsgeschehens die überregionale Expertise des LGL ein.
- 3. Aufgaben und Befugnisse des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung; Stufenmodell**
- 3.1 <sup>1</sup>Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordinierung hat die Aufgabe, innerhalb des jeweiligen ZRF-Gebiets auf die Gewährleistung der geordneten akutstationären Versorgung der Patienten hinzuwirken. <sup>2</sup>Er ordnet die erforderlichen Maßnahmen an, um Gefahren für Personen aufgrund einer drohenden oder bestehenden Überlastung der Einrichtungen zur akutstationären Versorgung abzuwehren. <sup>3</sup>Er stimmt sich eng mit der Integrierten Leitstelle (ILS), den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD) im Bereich des Rettungsdienstes und der Koordinierungsgruppe nach Nr. 3.4.1.2 ab. <sup>4</sup>Eine enge Zusammenarbeit und Koordination ist darüber hinaus mit dem im Gebiet des ZRF gelegenen Universitätsklinikum, anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sicherzustellen.
- 3.2 Nach § 108 SGB V sowie zur Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung zugelassene Krankenhäuser haben den Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung oder anderer nach dieser Allgemeinverfügung befugter Stellen im Rahmen ihres Versorgungsauftrags Folge zu leisten.
- 3.3 <sup>1</sup>Maßnahmen dürfen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nur insoweit und so lange angewendet werden, als die Erfüllung der Aufgaben dies erfordert. <sup>2</sup>Unter mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen ist diejenige zu treffen, die den einzelnen und die

Allgemeinheit am wenigsten beeinträchtigt. <sup>3</sup>Ein durch die Maßnahme zu erwartender Schaden darf nicht erkennbar außer Verhältnis zu dem beabsichtigten Erfolg stehen. <sup>4</sup>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 von der Belastung der im Gebiet des ZRF gelegenen Krankenhäuser 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 bestimmter Patientengruppen vorrangig zuständigen Krankenhäuser (Schwerpunktkrankenhäuser) nach Anhörung der im Gebiet des ZRF liegenden Krankenhäuser und in Abstimmung mit benachbarten Ärztlichen Leitern Krankenhauskoordination.
- 3.4.1.2 <sup>1</sup>Bildung von Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser aus dem Kreis der Koordinierungsbeauftragten der Einrichtungen unter der Leitung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination. <sup>2</sup>Je nach regionaler Notwendigkeit können auch kleinere (z. B. in Großstädten) oder größere (z. B. Landkreis und kreisfreie Stadt) Koordinierungsbezirke gebildet werden. <sup>3</sup>Je nach regionalen Notwendigkeiten kann die Zahl der Mitglieder der Koordinierungsgruppe begrenzt oder festgelegt werden, welche Einrichtungen stets oder nur bei Bedarf in der Koordinierungsgruppe vertreten sind. <sup>4</sup>Mitglieder der Koordinierungsgruppe sind auch ein Vertreter der örtlichen ILS und der ÄLRD. <sup>5</sup>Die Kreisverwaltungsbehörde, ein Vertreter des Gesundheitsamts sowie die örtlichen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sind jederzeit berechtigt, an den Sitzungen der Koordinierungsgruppe teilzunehmen. <sup>6</sup>Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann im Rahmen seines Weisungsrechts gegenüber der Koordinierungsgruppe konkretisierende Vorgaben treffen sowie Entscheidungen der Koordinierungsgruppe ändern oder aufheben. <sup>7</sup>Die 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 (z. B. Überlassung von medizinischer Ausstattung, kurzfristige Übernahme von Patienten, etc.).
- 3.4.1.2.3 Kontinuierliche Beobachtung der Kapazitäts- und 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 <sup>1</sup>Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist zur Steuerung der Patientenströme befugt. <sup>2</sup>Dazu gehört bei Bedarf auch die Verlegung von Patienten in andere Krankenhäuser. <sup>3</sup>Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist bei Bedarf auch zur Zuweisung von Rettungsdienstpatienten an Krankenhäuser befugt, die sich von der Notfallversorgung abgemeldet haben, aber trotz der Abmeldung zur Versorgung des betroffenen Patienten diagnostisch und medizinisch in der Lage sind. <sup>4</sup>Bei seiner Tätigkeit stimmt sich der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination eng mit den ILS, den ÄLRD und der Koordinierungsgruppe ab. <sup>5</sup>Die Krankenhäuser haben dem Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination und im Fall von Nr. 3.4.3 der Regierung auf Anforderung Einsicht in sämtliche Unterlagen der Leistungsplanung wie zum Beispiel OP-Belegungspläne oder Personaleinsatzpläne zu gewähren.
- 3.4.2.2 <sup>1</sup>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 Patienten oder zur Entlastung anderer

Krankenhäuser, die vorrangig für bestimmte Patientengruppen herangezogen werden, auszubauen. <sup>2</sup>Dies betrifft sowohl die Organisation des notwendigen Personals als auch die Schaffung zusätzlicher räumlich-technischer Kapazitäten.

- 3.4.2.3 <sup>1</sup>Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zur herausgehobenen Kooperation und Kommunikation freier Behandlungskapazitäten untereinander verpflichten. <sup>2</sup>Insbesondere können Krankenhäuser, die im ersten Schritt nicht für die Behandlung bestimmter Patientengruppen vorgesehen sind, verpflichtet werden, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags und der zur Verfügung stehenden Kapazitäten Patienten der für die Versorgung bestimmter Patientengruppen vorgesehenen Krankenhäuser zu übernehmen. <sup>3</sup>Die Verlegung von bereits aufgenommenen Intensivpatienten ist nur in medizinisch vertretbaren Fällen zu erwägen.
- 3.4.3 <sup>1</sup>Sind aufgrund der Belastungslage Anordnungen veranlasst, die über das Gebiet eines ZRF hinausgehen, erteilt die Regierung die Anordnungen nach Nr. 3.4.1 und Nr. 3.4.2. <sup>2</sup>Die Anordnungen werden insoweit im Benehmen mit den betroffenen Ärztlichen Leitern Krankenhauskoordination, dem Ärztlichen Koordinator der Regierung und dem LGL-Koordinator erteilt. <sup>3</sup>Die Regierung kann unbeschadet von Satz 1 Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination nach Nr. 3.4.1 und Nr. 3.4.2 ändern oder aufheben.
- 3.4.4 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination teilt der Regierung Anordnungen nach Nr. 3.4.2.2 sowie den Zeitraum der Geltungsdauer der Anordnungen formlos mit.

#### 4. Organisatorische Maßnahmen in stationären Einrichtungen

- 4.1 <sup>1</sup>In jedem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus ist ein Krisenstab und die Funktion eines diensthabenden Koordinierungsbeauftragten einzurichten, der jederzeit telefonisch erreichbar sein muss. <sup>2</sup>Der Koordinierungsbeauftragte ist Koordinator in der jeweiligen Einrichtung und Ansprechpartner für den Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination, für Behörden und den Rettungsdienst. <sup>3</sup>Je nach lokalem Belastungsgeschehen und vorbehaltlich von Anordnungen nach Nr. 3.4.2 koordinieren die Koordinierungsbeauftragten zusammen mit den ILS die Belegung der Krankenhäuser und im Bedarfsfall die Entlastung von Krankenhäusern im Wege der Patientenübernahme.
- 4.2 <sup>1</sup>Unabhängig vom Einsatz eines Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination sind
- nach § 108 SGB V sowie die zur Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung zugelassenen 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,
  - 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),
- 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. <sup>2</sup>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 <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Diese Verpflichtung besteht nur, wenn der Krankenhausaufenthalt mindestens drei Kalendertage betragen hat. <sup>3</sup>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 <sup>1</sup>Bayernweit wird ein einheitliches, IT-gestütztes System zur Erfassung der Behandlungskapazitäten und COVID-19-Erkrankten genutzt. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>In IVENA ist ein Ansprechpartner für Rückfragen zu benennen. <sup>4</sup>IVENA bündelt die Informationen für die Behandlungskapazitäten auf Ebene der ILS. <sup>5</sup>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**
- <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Bei Beendigung der Verpflichtung können zu diesem Zeitpunkt laufende Behandlungsleistungen abgeschlossen werden; neue Behandlungen dürfen insoweit nicht mehr begonnen werden.
- 7. Beihilferechtliche Betrauung**
- 7.1 Die in Nr. 4.2 genannten Einrichtungen 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 <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Darüber hinaus ist eine Überkompensation im Einklang mit Art. 5 und 6 des DAWI-Freistellungsbeschlusses ausgeschlossen.
- 7.3 <sup>1</sup>Die betrauten Einrichtungen haben sämtliche Unterlagen im Zusammenhang mit dieser Betrauung während des Betrauungszeitraums und mindestens zehn Jahre ab Ende des Betrauungszeitraums aufzubewahren. <sup>2</sup>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 3. August 2022 in Kraft und mit Ablauf des 31. März 2023 außer Kraft.

9.2 Die Allgemeinverfügung vom 11. Mai 2022, Az. G24-K9000-2020/134-278 (BayMBl. Nr. 288), tritt mit Ablauf des 2. August 2022 außer Kraft.

**Begründung**

Das Coronavirus SARS-CoV-2 hat die Gesundheitssysteme weltweit in mehreren pandemischen Wellen vor größte Herausforderungen gestellt. Nur durch weitgehende staatliche Maßnahmen konnten die Infektionszahlen in Bayern 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 trotz aller damit verbundenen Schwierigkeiten auch auf den Höhepunkten der Infektionszahlen ebenso wie in sogenannten „Hotspots“ stets unter Kontrolle.

Die positive Entwicklung des Infektionsgeschehens und die entgegen ersten Befürchtungen durchschnittlich geringere Fallschwere bei Infektionen mit der Omikron-Variante des Virus haben es erlaubt, die Organisationsstruktur der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung zum 15. Juni 2022 zu beenden (siehe Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 11. Mai 2022, BayMBl. Nr. 288).

Seit Ende Juni 2022 sind jedoch – offensichtlich aufgrund der nochmals infektiöseren Variante Omikron BA.5 – 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 der bayerischen Krankenhäuser am 16. Mai 2022, als die bayernweite 7-Tage-Inzidenz 483,4 betrug, 1.960 COVID-19-Erkrankte stationär behandelt, sank die Zahl bis zum 20. Juni 2022 bei einer 7-Tage-Inzidenz von 357,7 auf 1.729. Am 1. August 2022 wurden bereits wieder 3.177 COVID-19-Patienten in bayerischen Krankenhäusern stationär behandelt, die 7-Tage-Inzidenz lag bei 695,4.

Nach Mitteilungen der Krankenhäuser handelt es sich bei den infizierten Patienten überwiegend um solche, die wegen anderer Erkrankungen als COVID-19 behandelt werden müssen und bei denen die COVID-19-Erkrankung lediglich als Nebendiagnose festgestellt wird. Anders als im Herbst und Winter des Jahres 2021 stehen deshalb zwar weniger die schweren Krankheitsverläufe und Belastungen der Intensivstationen im Vordergrund. Allerdings führen die erhebliche Zahl infizierter Patienten wegen des erforderlichen Isolationsaufwands und vor allem der von den Krankenhäusern übereinstimmend gemeldete pandemiebedingt massive Personalausfall zu einer ganz erheblichen Belastung der Kapazitäten, die bereits vielerorts zu Absagen elektiver Eingriffe geführt hat. Mehrere Berichte gehen auch dahin, dass Krankenhäuser teilweise infizierte Patienten abweisen und an andere, ebenfalls bereits überlastete Einrichtungen verweisen.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die erforderlichen Maßnahmen zur Abstimmung der Inanspruchnahme der stationären Versorgungsangebote und zur Organisation der Patientenströme vorzubereiten und bereits frühzeitig in die Wege zu leiten. Hierfür steht mit Art. 28 Abs. 1 des Bayerischen Krankenhausgesetzes eine neue Rechtsgrundlage zur Verfügung, die die Einsetzung der hierfür bewährten Organisationsstrukturen und die Übertragung von Weisungsbefugnissen auf die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung und die Regierungen bereits unterhalb der Schwelle des Katastrophenfalls ermöglicht.

Mit der vorliegenden Allgemeinverfügung erhalten die Regierungen deshalb die Möglichkeit, zeitlich befristet und regional begrenzt oder auch für das gesamte Bezirksgebiet die bewährten Organisations- und Entscheidungsstrukturen wiederherzustellen, die in den Hochphasen des Krisengeschehens von März bis

Juni 2020, von November 2020 bis Juni 2021 und von Oktober 2021 bis Mai 2022 einen in allen Landesteilen geordneten und stets der aktuellen Situation angepassten Krankenhausbetrieb ermöglicht haben.

Kernstück ist neben der fortgesetzten Einberufung der Koordinierungsbeauftragten der Krankenhäuser die Wiedereinsetzung Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination auf Ebene der ZRF mit Weisungsrecht gegenüber den stationären Einrichtungen vor Ort. Die Organisationsbefugnis bezieht sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund des pandemiebedingten Personalmangels ausdrücklich auf sämtliche Patientengruppen.

Die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination werden als weisungsunabhängige Beauftragte auf Ebene der ZRF eingesetzt.

Durch die Festlegung der Organisationsstruktur mit klaren Entscheidungsbefugnissen bereits zu einem frühen Zeitpunkt wird verhindert, dass im Zuge steigender Infektionszahlen und noch weitergehenden Personalausfällen in Krankenhäusern unabgestimmte und schwer beherrschbare Versorgungsszenarien entstehen.

Zur Begründung im Einzelnen:

Zu Nr. 1:

Alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind weiterhin 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-Erkrankte wie auch durch andere Patienten zu orientieren.

Zu Nr. 2:

Zur Bewältigung besonderer regionaler Belastungssituationen kann die Regierung für einzelne oder mehrere ZRF-Gebiete die Einsetzung Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination anordnen, wenn dies unter Gesamtwürdigung der Belastungssituation der Krankenhäuser und nach Anhörung der Koordinierungsbeauftragten der Krankenhäuser zur Sicherstellung der geordneten stationären Versorgung erforderlich ist. Die Anordnungen sind grundsätzlich zu befristen, bei Bedarf jedoch jederzeit verlängerbar.

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.

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 Krankenhauskoordination obliegt, sowie im Falle deren Einsetzung mit den Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser.

Zur überregionalen Kapazitätssteuerung werden die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination 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 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.

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 oder anderer Patienten gefährdet ist. Er hat Weisungsbefugnis gegenüber zugelassenen Krankenhäusern.

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,
- bei Bedarf Schwerpunktkrankenhäuser zu bestimmen, die für die Behandlung bestimmter Patientengruppen schwerpunktmäßig zuständig sind; hierbei kann es sich je nach Bedarf um Schwerpunktkrankenhäuser zur Versorgung COVID-19-infizierter Patienten, zur Versorgung z. B. ukrainischer Kriegsversehrter und anderer ukrainischer Patienten oder zur Versorgung anderer Krankheitsbilder oder Patientengruppen handeln,
- Koordinierungsgruppen aus dem Kreis der Koordinierungsbeauftragten 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 Koordinierungsbeauftragten der Krankenhäuser bzw. der Koordinierungsgruppe der Krankenhäuser zur Verteilung der Patientenströme und ggf. zur erforderlichen Verlagerung von Ausstattung 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 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 Verlegung von Patienten aus Krankenhäusern in andere Krankenhäuser. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist bei Bedarf auch zur Zuweisung von Rettungsdienstpatienten an abgemeldete Krankenhäuser befugt, sofern diese trotz Abmeldung zur Versorgung des betroffenen Patienten diagnostisch und medizinisch in der Lage sind. Anders als die fehlende Verfügbarkeit notwendiger diagnostischer Geräte oder die aktuelle Überlastung der Zentralen Notaufnahme insgesamt steht die vollständige Belegung der verfügbaren Betten als solche also einer sog. „Zwangsbelegung“ der abgemeldeten Klinik mit dem versorgungsbedürftigen Notfallpatienten im Bedarfsfall nicht entgegen.

Sind aufgrund der Belastungslage Anordnungen veranlasst, die über das Gebiet eines ZRF hinausgehen, erteilt die Regierung anstelle der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination die Anordnungen nach Nr. 3.4.1 und Nr. 3.4.2. Die Regierung kann unabhängig davon jederzeit Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination ändern oder aufheben.

Wie auch in früheren pandemischen Wellen haben die Krankenhäuser dem Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination oder der Regierung auf Anforderung Einsicht in sämtliche Unterlagen der Leistungsplanung wie zum Beispiel OP-Belegungspläne oder Personaleinsatzpläne zu gewähren.

Zu Nr. 4:

In jedem Krankenhaus ist ein Krisenstab und die Funktion eines diensthabenden Koordinierungsbeauftragten einzurichten, der jederzeit telefonisch erreichbar sein muss. Der Koordinierungsbeauftragte 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 krankenhauplanerische Versorgungsaufträge in Krisenzeiten auszusetzen. Nach Nr. 6 ist es sämtlichen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern auch krankenversicherungsrechtlich gestattet, Patienten in sämtlichen Fachrichtungen akutstationär zu behandeln, soweit sie hierzu vom Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination angehalten wurden (vgl. Nr. 3.4.2).

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 BayKrG gestützt ist, wird die sofortige Vollziehung der Allgemeinverfügung 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 derzeit weiter 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 Sicherstellung der stationären Versorgung in Zeiten angespannter Kapazitätslagen 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. 9

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten sowie die Befristung der Allgemeinverfügung. Sie gilt zunächst vom 3. August 2022 bis einschließlich 31. März 2023 und ersetzt die Allgemeinverfügung vom 11. Mai 2022 (Az. G24-K9000-2020/134-278; BayMBl. Nr. 288).

Dr. Winfried Brechmann  
Ministerialdirektor

## **Impressum**

### **Herausgeber:**

Bayerische Staatskanzlei, Franz-Josef-Strauß-Ring 1, 80539 München

Postanschrift: Postfach 220011, 80535 München

Telefon: +49 (0)89 2165-0, E-Mail: direkt@bayern.de

### **Technische Umsetzung:**

Bayerische Staatsbibliothek, Ludwigstraße 16, 80539 München

### **Druck:**

Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech, Hindenburgring 12, 86899 Landsberg am Lech

Telefon: +49 (0)8191 126-725, Telefax: +49 (0)8191 126-855, E-Mail: druckerei.ll@jv.bayern.de

**ISSN 2627-3411**

### **Erscheinungshinweis / Bezugsbedingungen:**

Das Bayerische Ministerialblatt (BayMBl.) erscheint nach Bedarf, regelmäßiger Tag der Veröffentlichung ist Mittwoch. Es wird im Internet auf der Verkündungsplattform Bayern [www.verkuendung.bayern.de](http://www.verkuendung.bayern.de) veröffentlicht. Das dort eingestellte elektronische PDF/A-Dokument ist die amtlich verkündete Fassung. Die Verkündungsplattform Bayern ist für jedermann kostenfrei verfügbar.

Ein Ausdruck der verkündeten Amtsblätter kann bei der Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech gegen Entgelt bestellt werden. Nähere Angaben zu den Bezugsbedingungen können der Verkündungsplattform Bayern entnommen werden.