



**Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG),  
des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) sowie des  
Bayerischen Katastrophenschutzgesetzes (BayKSG)**

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

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration sowie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 08.05.2020, Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134

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) sowie auf der Grundlage von Art. 5 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Art. 22 Abs. 1 Nr. 1 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) erlassen folgende

## **Allgemeinverfügung**

### **1. Verschiebung planbarer Behandlungs- und Versorgungsleistungen**

1.1. In den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommene Krankenhäuser,

Universitätsklinika,

Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),

Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),

Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Vertrag nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder die von der Gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden,

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

Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung (GewO), die nicht in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen sind und über keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen (reine Privatkliniken),

haben grundsätzlich, soweit medizinisch vertretbar, planbare stationäre Aufnahmen, stationäre Operationen und Eingriffe sowie stationäre Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen zu verschieben oder auszusetzen (Vorhaltepflicht), um möglichst umfangreiche Kapazitäten für die Versorgung von COVID-19 Patienten, und die Entlastung anderer Krankenhäuser freizumachen. Unbenommen bleibt die Aufnahme von Personen zur Kurzzeitpflege nach § 149 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in zugelassenen Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation.

- 1.2. Ausgenommen von der Vorhaltepflcht sind Einrichtungen nach Nr. 1.1.
  - 1.2.1. im Umfang ihres bestimmungsgemäß vorgehaltenen psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen oder suchtrehabilitativen Versorgungsangebots,
  - 1.2.2. im Umfang ihres bestimmungsgemäß vorgehaltenen psychosomatischen Versorgungsangebots sowie reine Privatkliniken, soweit in beiden Fällen nicht einzelne Einrichtungen nach der Anlage zu dieser Allgemeinverfügung weiter in die Vorhaltepflcht einbezogen bleiben oder soweit nicht die nach dem Standort der betroffenen Einrichtung zuständige Regierung mit Zustimmung der Krankenhausplanungsbehörde die weitere oder erneute Einbeziehung im Einzelfall anordnet. Mit der vollständigen Entlassung aus der Vorhaltepflcht erlischt der temporäre Versorgungsauftrag nach Nrn. 6 und 7 der Allgemeinverfügung vom 24. März 2020, Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134.
- 1.3. Im Übrigen wird abweichend von der Vorhaltepflcht nach Nr. 1.1 die Durchführung planbarer stationärer Behandlungen, stationärer Operationen und Eingriffe sowie von stationären Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen (planbare Leistungen) innerhalb des jeweiligen Versorgungsauftrags und unter Priorisierung nach medizinischer Dringlichkeit mit folgenden Maßgaben und stets widerruflich wieder gestattet:
  - 1.3.1. Plankrankenhäuser, Universitätsklinika und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V haben grundsätzlich 30 % ihrer vorhandenen Intensivkapazitäten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit sowie 25 % der Allgemein- / Normalpflegebetten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten verfügbar zu halten. Für die konkrete Berechnung der genannten Bettenkapazitäten sind die in IVENA am Tag vor Inkrafttreten dieser Allgemeinverfügung gemeldeten Bettenkapazitäten des jeweiligen Krankenhauses maßgeblich. Die Benennung von COVID-19-Schwerpunktkrankenhäusern nach Nr. 2.4. bleibt dadurch unberührt.

- 1.3.2. Das Krankenhaus muss in der Lage sein, innerhalb von maximal 48 Stunden weitere Behandlungskapazitäten für COVID-19-Erkrankte bereitzustellen, wenn ein Anstieg der Infektionszahlen dies erfordert. Als Richtgröße sollen binnen 24 Stunden mindestens weitere 10 % sowie innerhalb von 48 Stunden mindestens weitere 10 % Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit für die Versorgung von COVID-19-Patienten zur Verfügung stehen können.
- 1.3.3. Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge haben grundsätzlich 30 % ihrer Behandlungskapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten freizuhalten. Im Bedarfsfall ist die Bereitstellung weiterer Kapazitäten kurzfristig zu gewährleisten.
- 1.3.4. Die zuständige Regierung hat in enger Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Leitern Führungsgruppe Katastrophenschutz (Ärztlicher Leiter FÜGK) und den Einrichtungen vor Ort zu prüfen, ob und inwieweit die allgemeinen Vorgaben nach Nrn. 1.3.1. bis 1.3.3. den örtlichen Anforderungen entsprechen. Sie hat darüber hinaus das Infektionsgeschehen und den Versorgungsbedarf zusammen mit den Ärztlichen Leitern FÜGK laufend zu beobachten und dabei insbesondere auch die Expertise und die einschlägigen Ausarbeitungen des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in die Erwägungen einzubeziehen (kontinuierliches Monitoring). Die Krankenhäuser stellen den Ärztlichen Leitern FÜGK die hierzu benötigten Informationen zur Verfügung.
- 1.3.5. Die örtlich zuständige Regierung kann, bei zugelassenen Krankenhäusern mit Zustimmung der Krankenhausplanungsbehörde, gestatten, dass über das nach den Nrn. 1.3.1. und 1.3.3. allgemein genehmigte Maß hinaus planbare Leistungen stattfinden können. Ein Mindestanteil von 15 % der Kapazitäten (Intensivkapazitäten mit Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Allgemeinkapazitäten, Kapazitäten der Vorsorge und Rehabilitation) ist in jedem Fall für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten verfügbar zu halten. Abweichend hiervon entscheidet bei Universitätsklinik das Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst in Abstimmung mit dem Ärztlichen Leiter FÜGK. Eine geringere Verfügbarkeitspflicht ist

insbesondere für solche Einrichtungen zu erwägen, die wegen ihres spezifischen Versorgungsangebots bereits ohne planbare Leistungen eine hohe Auslastung der Intensivkapazitäten zu verzeichnen haben.

- 1.3.6. Die zuständige Regierung hat eine über das Ausmaß nach den Nrn. 1.3.1. bis 1.3.5. hinausgehende oder vollständige Vorhaltepflcht anzuordnen, wenn und soweit dies aufgrund des Versorgungsbedarfs im Einzelfall erforderlich ist. Dies ist insbesondere bei COVID-19-Schwerpunktkrankenhäusern zu prüfen. Bei Universitätsklinika obliegt die Entscheidung dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst.
- 1.3.7. Die einzuhaltenden Verfügbarkeitspflichten können im Wege der Kooperation auch jeweils für mehrere Krankenhäuser oder für mehrere Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation dergestalt gemeinsam erfüllt werden, dass ein höheres Maß der Freihaltung an einem Standort ein niedrigeres Maß an einem anderen Standort kompensieren kann. Einzelheiten sind in einer schriftlichen Vereinbarung der Einrichtungen untereinander festzulegen oder – insbesondere bei COVID-19-Schwerpunktkrankenhäusern – vom Ärztlichen Leiter FÜGK festzulegen.
- 1.3.8. Die Erlaubnis zur Durchführung planbarer Leistungen ist zu widerrufen, soweit infolge der Erlaubnis die Einrichtung eines sog. Hilfskrankenhauses für die Behandlung von COVID-19-Patienten oder anderen Patienten notwendig würde.
- 1.3.9. Zur Sicherstellung der kurzfristigen Abverlegungsmöglichkeit im Krisenfall sind entsprechende Absprachen bzw. Kooperationen mit (ggf. auch weiter entfernten) umliegenden Kliniken zu treffen (flexible Verlegungskonzepte). Dies gilt insbesondere für COVID-19-Schwerpunktkrankenhäuser. Abverlegungen von intensivbehandlungspflichtigen Patienten kommen nur in medizinisch indizierten Fällen in Betracht.
- 1.3.10. Aufgrund der schrittweisen Wiederaufnahme planbarer Behandlungen dürfen die mittlerweile zusätzlich geschaffenen Intensivbettenkapazitäten nicht reduziert werden. Dies gilt nicht für umgewandelte Aufwachräume bzw. -stationen und OP-Säle, wenn und soweit diese aufgrund der schritt-

weisen Wiederaufnahme der planbaren Leistungen in ihrer ursprünglichen Funktion benötigt werden. Im Bedarfsfall sind jedoch auch diese Kapazitäten jederzeit erneut für die intensivmedizinische Versorgung von COVID-19-Patienten einzusetzen.

- 1.3.11. Die Erlaubnis zur Durchführung planbarer Leistungen darf nicht dazu führen, dass notwendige personelle oder andere Ressourcen aus der Versorgung von COVID-Patienten abgezogen werden müssen. Dies gilt auch im Hinblick auf die bei planbaren Operationen erforderlichen Arzneimittel (insbesondere Opiate, Sedativa u. ä.) und Medizinprodukte (z. B. Perfusionsspritzen, Beatmungsschläuche).
- 1.3.12. Bei planbaren Leistungen mit absehbarer Notwendigkeit einer Rehabilitationsbehandlung im Anschluss ist die zeitnahe Aufnahme des Patienten in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen.
- 1.3.13. Die zuständige Regierung trifft die ihr nach dieser Nummer obliegenden Entscheidungen in enger Abstimmung mit den Ärztlichen Leitern FÜGK, dem Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst sowie dem LGL (vgl. Nr. 2). Sie bedarf bei Krankenhäusern der Zustimmung der Krankenhausplanungsbehörde.
- 1.4. Der Betrieb von Einrichtungen nach § 111a SGB V ist in dieser Funktion einzustellen. Die Kapazitäten sind nach Möglichkeit für die stationäre Behandlung von Krankenhauspatienten bereitzuhalten.

## **2. Organisation der Krankenhausbelegung**

- 2.1. Über die Steuerung der Patientenströme und die Belegung der stationären Kapazitäten mit COVID-19-Erkrankten ist möglichst dezentral in den Landkreisen und kreisfreien Städten innerhalb der regionalen Versorgungsstrukturen zu entscheiden.
- 2.2. Hierfür wird im Zuständigkeitsbereich eines jeden Zweckverbandes für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) die Funktion eines Ärztlichen Leiters Führungsgruppe Katastrophenschutz (Ärztlicher Leiter FÜGK) eingerichtet.

- 2.3. Der Ärztliche Leiter FÜGK hat die Aufgabe, das Betten- und Behandlungskapazitätenmanagement sowie die Patientenströme aller Einrichtungen in der jeweiligen Versorgungsregion für die Bekämpfung der Corona-Pandemie übergeordnet zu steuern. 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. 6 ab.
- 2.4. Der Ärztliche Leiter FÜGK bestimmt für seinen Zuständigkeitsbereich die für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten vorrangig zuständigen Krankenhäuser (COVID-19-Schwerpunktkrankenhäuser).
- 2.5. Der Ärztliche Leiter FÜGK wird durch den Landrat oder den Oberbürgermeister ernannt, der zum Zeitpunkt der Bekanntgabe dieser Allgemeinverfügung den Vorsitz des ZRF führt. Fachliche Voraussetzung für die Ernennung zum Ärztlichen Leiter FÜGK ist die klinische Tätigkeit in der Akutmedizin, die fachliche Expertise für Krisenbewältigung sowie mindestens die Funktion als Oberarzt.
- 2.6. Der Ärztliche Leiter FÜGK wird in die Struktur der Führungsgruppe Katastrophenschutz 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.
- 2.7. Der Sitz des Ärztlichen Leiters FÜGK wird durch den Vorsitzenden des Zweckverbandes bestimmt. Der Ärztliche Leiter FÜGK 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.
- 2.8. In jeder Einrichtung, die nach Nr. 1 der Vorhaltepflcht unterliegt (vorhaltepflchtige Einrichtung), sowie in Hilfskrankenhäusern in eigener Trägerschaft, ist ein Krisenstab einzurichten und ein Pandemiebeauftragter zu

benennen. Der Pandemiebeauftragte ist Koordinator in der jeweiligen Einrichtung und Ansprechpartner für den Ärztlichen Leiter FÜGK.

- 2.9. Die Koordination der Ärztlichen Leiter FÜGK auf Ebene der Regierungsbezirke obliegt dem Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst oder einem von diesem beauftragten Arzt. Er unterstützt die Ärztlichen Leiter FÜGK in den Zweckverbänden vor allem bei der überregionalen Steuerung von Behandlungskapazitäten und Patientenströmen.
- 2.10. Es wird ein Koordinator des LGL bestimmt, der insbesondere für den Austausch mit dem Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst 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.

### **3. Neukonzeption der IT-Steuerung und Meldepflichten**

- 3.1. Zur Unterstützung der Tätigkeit der Ärztlichen Leiter FÜGK wird bayernweit 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 nach Nr. 1.1. sowie für auf Veranlassung des Ärztlichen Leiters FÜGK genutzte Hilfskrankenhäuser 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.
- 3.2. Alle Einrichtungen nach Nr. 1.1. sowie auf Veranlassung des Ärztlichen Leiters FÜGK genutzte Hilfskrankenhäuser in Bayern werden verpflichtet, umgehend 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.



#### **4. Schaffung zusätzlicher Kapazitäten**

- 4.1. Soweit Einrichtungen nach Nr. 1. der Vorhaltepflcht unterliegen, haben sie sicherzustellen, dass diese Kapazitäten in vollem Umfang für die stationäre Versorgung, bei zugelassenen Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation auch für Kurzzeitpflege nach § 149 SGB XI, zur Verfügung stehen.
- 4.2. Die vorhaltepflchtigen Einrichtungen werden darüber hinaus verpflichtet, alle erforderlichen Vorkehrungen zu treffen, um im Bedarfsfall kurzfristig mit allen geeigneten Mitteln Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten oder zur Entlastung anderer Krankenhäuser, die vorrangig für COVID-19-Erkrankten herangezogen werden, auszubauen. Dies betrifft sowohl die Organisation des notwendigen Personals als auch die Schaffung zusätzlicher räumlich-technischer Kapazitäten, im Falle von zugelassenen Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation auch Kurzzeitpflege nach § 149 SGB XI.
- 4.3. Die vorhaltepflchtigen Einrichtungen haben ihre Anstrengungen zur Schaffung zusätzlicher Intensivkapazitäten mit Beatmungsmöglichkeit unverändert fortzusetzen.
- 4.4. Krankenhäuser, die vom Ärztlichen Leiter FÜGK für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten vorgesehen sind, sind bei Bedarf im Rahmen des medizinisch Vertretbaren verpflichtet, ihre Intensivkapazitäten für die Versorgung von COVID-19-Fällen einzusetzen. Dies gilt nicht, soweit Patienten aus medizinischen Gründen der besonderen Expertise und Infrastruktur eines Schwerpunkt- oder Maximalversorgers bedürfen. Der Versorgungsauftrag im Übrigen bleibt bei allen vorhaltepflchtigen Einrichtungen, insbesondere für Notfälle und andere medizinisch unaufschiebbare Fälle, unberührt. Es sind dabei auch alle Vorkehrungen zu treffen, damit die geburtshilfliche Versorgung uneingeschränkt aufrechterhalten wird.

- 4.5. Kommt es bei der ärztlichen Besetzung von Notarztstandorten – trotz aller Anstrengungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Ausschöpfung der personellen Ressourcen im Bereich niedergelassener Ärzte und der Möglichkeiten zur Optimierung und Reduzierung von Standorten – zu nicht hinnehmbaren Engpässen, kann der Ärztliche Leiter FÜGK in Abstimmung mit dem zuständigen ÄLRD geeignete Maßnahmen gegenüber niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten und Krankenhäusern ergreifen, um bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der erforderlichen Krankenhausversorgung die Besetzung des Notarzdienstes mit geeigneten Ärzten zu gewährleisten.

## **5. Pflicht zur Zusammenarbeit**

- 5.1. Die vorhaltepflchtigen Einrichtungen werden zur Kooperation untereinander verpflichtet. Insbesondere sind Krankenhäuser, die im ersten Schritt nicht für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten vorgesehen sind, verpflichtet, im Rahmen ihrer medizinischen Möglichkeiten und der zur Verfügung stehenden Kapazitäten, neu eintreffende Patienten der anderen, 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.
- 5.2. Die Verlegung von bereits aufgenommenen Intensivpatienten ist nur in medizinisch vertretbaren Fällen zu erwägen.
- 5.3. Eine Kooperationsleistung kann auch darin bestehen, zusätzlich oder anstelle der Übernahme von Patienten ärztliches oder pflegerisches Personal an andere Einrichtungen abzustellen, die vorrangig für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten vorgesehen sind.

## **6. COVID-19-Koordinierungsgruppen**

- 6.1. Zur möglichst effizienten Abstimmung unter den vorhaltepflchtigen Einrichtungen einschließlich etwaiger Hilfskrankenhäuser sind in Verantwortung der jeweiligen Träger grundsätzlich auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte COVID-19-Koordinierungsgruppen einzurichten, die mit den Pandemiebeauftragten der Einrichtungen nach Nr. 2.8. zu besetzen sind. Je nach regionaler Notwendigkeit können mit Zustimmung des Ärztlichen Leiters FÜGK auch kleinere (z.B. in Großstädten) oder größere (z. B. Landkreis und kreisfreie Stadt) Koordinierungsbezirke gebildet werden. Je nach regionalen Notwendigkeiten kann der Ärztliche Leiter FÜGK die Zahl der Mitglieder der COVID-19-Koordinierungsgruppe begrenzen oder festlegen, welche Einrichtungen stets oder nur bei Bedarf in der COVID-19-Koordinierungsgruppe vertreten sind. Der Koordinierungsstab kann vom Ärztlichen Leiter FÜGK als Steuerungsverbund nach Nr. 2.7. herangezogen werden.
- 6.2. Die COVID-19-Koordinierungsgruppen werden jeweils durch einen aus dem Kreis der vertretenen Einrichtungen gewonnenen ärztlichen Koordinator geleitet und unterstützt. Der ärztliche Koordinator ist Ansprechpartner der COVID-19-Koordinierungsgruppe für Dritte und steht insbesondere für den Austausch und die Zusammenarbeit mit den ILS, dem Ärztlichen Leiter FÜGK und dem LGL zur Verfügung.
- 6.3. Mitglied der COVID-19-Koordinierungsgruppe ist auch ein Vertreter der örtlichen ILS.
- 6.4. Der Ärztliche Leiter FÜGK, die Kreisverwaltungsbehörde, das Gesundheitsamt, der ÄLRD, das LGL sowie die örtlichen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sind jederzeit berechtigt, an den Sitzungen der COVID-19-Koordinierungsgruppe teilzunehmen. Der Ärztliche Leiter FÜGK hat gegenüber der COVID-19-Koordinierungsgruppe ein Weisungsrecht; er kann Entscheidungen der COVID-19-Koordinierungsgruppe ändern oder aufheben.

6.5. Die COVID-19-Koordinierungsgruppe hat insbesondere folgende Aufgaben:

6.5.1. Koordination und situationsbezogene Entscheidung über die Zusammenarbeit der Einrichtungen nach Nr. 5. (z. B. Entscheidung über Abordnung von Personal oder Überlassung von medizinischer Ausstattung, kurzfristige Übernahme von Patienten, etc.).

6.5.2. Kontinuierliche Beobachtung der Belegungsentwicklung und Information des Ärztlichen Leiters FÜGK bei sich abzeichnenden Kapazitätsengpässen.

6.5.3. Regelmäßige Unterrichtung der Kreisverwaltungsbehörden, der ÄLRD sowie der regionalen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung über die aktuelle Lage, wichtige Entscheidungen auf Krankenhausebene sowie der weiteren vorhaltepflchtigen Einrichtungen einschließlich etwaig geschaffener Hilfskrankenhäuser und die Auslastung der Kapazitäten.

## **7. Befristete Ausweitung und Zuerkennung umfassender Versorgungsaufträge**

7.1. Vorhaltepflchtige Einrichtungen sowie auf Veranlassung des Ärztlichen Leiters FÜGK genutzte Hilfskrankenhäuser sind, soweit sie nicht ohnehin mit entsprechenden Versorgungsaufträgen ausgestattet sind, mit sofortiger Wirkung bzw. ab dem Zeitpunkt der erneuten Einbeziehung nach Nrn. 1.2.2. und 1.3.6. bis auf Weiteres im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V berechtigt, nicht aufschiebbare akutstationäre Krankenhausleistungen sämtlicher Fachrichtungen mit der hierfür erforderlichen und damit auch über die in einem Versorgungsauftrag vorgesehene Bettenzahl hinaus zu erbringen. Gleiches gilt für vorhaltepflchtige Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die hiermit zur stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V bedürfen, berechtigt werden. Soweit vorhaltepflchtige Einrichtungen zu einem späteren Zeitpunkt ganz

oder teilweise ausgenommen werden, können zu diesem Zeitpunkt laufenden Behandlungsleistungen abgeschlossen werden; neue Behandlungen dürfen insoweit nicht mehr begonnen werden.

7.2. Den Einrichtungen nach Nr. 7.1. obliegt

7.2.1. die Sicherstellung der notwendigen fachlichen Expertise, ggf. in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Krankenhäusern, sowie

7.2.2. die medizinische Beurteilung, in welchen Fällen Behandlungen außerhalb des eigentlichen Versorgungsauftrags in Frage kommen.

7.3. Es wird festgestellt, dass die vorhaltepflchtigen Einrichtungen sowie auf Veranlassung des Ärztlichen Leiters FÜGK genutzte Hilfskrankenhäuser, 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, im Zeitraum vom 16. März 2020 bis auf Weiteres für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind.

7.4. Eine Befreiung von der erforderlichen medizinischen Sorgfalt ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden. Unbeschadet von Nr. 7.3. sind weitere, über die Berechtigung zur Abrechnung erbrachter Behandlungsleistungen hinausgehende Rechtsfolgen mit dem Versorgungsauftrag nach Nr. 7.1. nicht verbunden.

## **8. Beihilferechtliche Betrauung**

8.1. Die vorhaltepflchtigen Einrichtungen sowie auf Veranlassung des Ärztlichen Leiters FÜGK genutzte Hilfskrankenhäuser werden im Sinne des Beschlusses 2012/21/EU der Kommission vom 20. Dezember 2011 über die Anwendung von Art. 106 Abs. 2 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung

von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind (ABl. L 7 vom 11. Januar 2012, S. 3 – DAWI-Freistellungsbeschluss), mit der Freihaltung, der Schaffung und dem Ausbau von Kapazitäten zur Versorgung von COVID-19-Erkrankten im Sinne dieser Allgemeinverfügung betraut. Für Einrichtungen sowie auf Veranlassung des Ärztlichen Leiters FüGK genutzte Hilfskrankenhäuser, die von den Verpflichtungen dieser Verfügung ausgenommen werden, gelten diese Betrauung sowie die Betrauung in Nr. 7 der Allgemeinverfügung vom 24. März 2020 (Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134) fort, solange für die Einrichtungen noch Belastungen mit den zuvor bestehenden Verpflichtungen verbunden sind.

- 8.2. Soweit für die Erstattung von Kosten für die Erbringung der Dienstleistungen von allgemeinen 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 DAWI-Freistellungsbeschluss ausgeschlossen.
- 8.3. 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 DAWI von allen anderen Tätigkeiten getrennt auszuweisen.

## **9. Organisatorische Maßnahmen im Krankenhaus**

Alle Einrichtungen nach Nr. 1.1. sowie auf Veranlassung des Ärztlichen Leiters FüGK genutzte Hilfskrankenhäuser sind, soweit sie Patienten stationär behandeln, 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. Im Besonderen sind folgende Maßgaben zu erfüllen:

- 9.1. Durchführung eines präklinischen oder – vorzugswürdig – unmittelbar mit der Aufnahme des Patienten stattfindenden Screenings auf COVID-19, um die Infektionsgefahr bestmöglich zu minimieren.
- 9.2. Nach Möglichkeit Durchführung eines Abstrichs unmittelbar vor Aufnahme in das Krankenhaus mit anschließender (häuslicher) Isolierung oder – vorzugswürdig – Durchführung des Tests bei Aufnahme im Krankenhaus mit anschließender Isolierung des Patienten bis zum Vorliegen des Testergebnisses.
- 9.3. Schaffung möglichst separater Zugänge für COVID-19-(Verdachts-)Fälle einerseits und für andere Patienten andererseits. Planung und Steuerung der Patientenströme im Krankenhaus, v. a. auch in den Wartebereichen.
- 9.4. Patienten, die zur Durchführung planbarer Leistungen aufgenommen werden, sind von den COVID-Patienten bzw. -Verdachtsfällen auf der Station strikt zu trennen. Nach Möglichkeit sollte die Versorgung, auch im Intensivbereich, auf getrennten Stationen erfolgen.
- 9.5. Im Regelfall getrenntes Personal für Patienten, die zur Durchführung planbarer Leistungen aufgenommen werden, einerseits und COVID-Stationen andererseits. Ausnahmen sind nur in einzelnen, besonders zu begründenden Fällen zulässig. Konstante Personaleinsatzplanung, um Infektionsrisiko zu minimieren.
- 9.6. Personal mit Kontaktpersonenstatus I, das mit Erlaubnis des Gesundheitsamts in der Patientenversorgung eingesetzt wird, darf nicht in der Versorgung von Patienten, die zur Durchführung planbarer Leistungen aufgenommen wurden, eingesetzt werden.
- 9.7. Nach Möglichkeit Bereitstellung separater Geräte zur Vermeidung unnötiger Patiententransporte.
- 9.8. Bereitstellung entsprechender Schutzvorkehrungen bei unvermeidbaren Patiententransporten.

- 9.9. In einem einrichtungsindividuellen Pandemieplan sind zudem die Maßnahmen darzulegen, die bei Auftreten eines Infektionsverdachtsfalles oder eines bestätigten Infektionsfalles in der Einrichtung ergriffen werden, um das Risiko einer Ausbreitung der Infektion zu minimieren.
- 9.10. Für den Bereich der geburtshilflichen Versorgung ist in Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten zu prüfen, ob bestimmte Kreißsäle ausschließlich für die Entbindung von Müttern mit COVID-19 reserviert werden sollen.
- 9.11. Bei Patienten aus Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sollte möglichst eine Schutzisolation während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden.

## **10. Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

- 10.1. Diese Allgemeinverfügung tritt am 9. Mai 2020 in Kraft und mit Ablauf des 31. Juli 2020 außer Kraft. Sie ist, soweit sie auf das IfSG gestützt ist, kraft Gesetzes sofort vollziehbar; im Übrigen wird die sofortige Vollziehung angeordnet.
- 10.2. Mit Ablauf des 8. Mai 2020 treten
- die Allgemeinverfügung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration sowie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 24. März 2020, Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134, betreffend den Notfallplan Corona-Pandemie: Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern, die durch die Allgemeinverfügung vom 1. April 2020, Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134 geändert worden ist, sowie
  - die Allgemeinverfügung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 19. März 2020, Az. G24-K9000-2020/125, betreffend die Corona-Pandemie: Verschiebung elektiver Eingriffe und geplanter Behandlungen in Krankenhäusern



außer Kraft. Die auf Grundlage der Allgemeinverfügung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration sowie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 24. März 2020, Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134, betreffend den Notfallplan Corona-Pandemie: Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern erfolgten Benennungen von Funktionsträgern (Ärztliche Leiter Führungsgruppe Katastrophenschutz, Pandemiebeauftragte) und Einrichtungen von Krisenstäben und COVID-19-Koordinierungsgruppen bleiben weiterhin gültig.

### **Begründung**

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 hat sich in kurzer Zeit weltweit verbreitet. Das Robert Koch-Institut und das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) befürchten bei nachlassenden Vorkehrungen des Infektionsschutzes nach wie vor eine extrem rasche Verbreitung des Virus. In Abhängigkeit davon, welchen Erfolg die bereits ergriffenen Maßnahmen des Infektionsschutzes (Schulschließungen, Ausgangsbeschränkungen etc.) zur Verteilung der Infektionen auf einen möglichst langen Zeitraum haben, stehen die stationären Kapazitäten im Freistaat Bayern weiterhin vor einer andauernden erheblichen Herausforderung.

Vor diesem Hintergrund müssen alle geeigneten Maßnahmen ergriffen werden, um die Krankenhäuser auf die weiterhin möglichen massiven Fallzahlsteigerungen vorzubereiten und die Patientenströme so geordnet und effizient wie möglich zu lenken. Gerade angesichts besonders schwerer und lebensbedrohlicher Krankheitsverläufe und den Erfahrungen mit erheblichen Engpässen in anderen Staaten bedarf es im Besonderen einer optimalen Kooperation und der Mitwirkungsbereitschaft aller Einrichtungen zur stationären Versorgung.

Der Bund flankiert die bayerischen Maßnahmen über das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz, wonach die dort genannten Einrichtungen, die sich aufgrund staatlicher Vorgaben an der Bewältigung der Corona-Krise beteiligen, eine

finanzielle Unterstützung angesichts der drohenden Erlösausfälle erhalten können. Für den Freistaat Bayern hat der Ministerrat am 21.04.2020 ein eigenes Hilfsprogramm im Umfang von knapp 140 Millionen Euro beschlossen, das insoweit greifen soll, als die Maßnahmen des Bundes für die Kompensation entstandener finanzieller Einbußen nicht ausreichen.

Gleichzeitig geben die Entwicklung der Infektionszahlen und die bislang gute Bewältigung der COVID-19-Fallzahlen in den bayerischen Krankenhäusern Anlass, die strikten Verbote aufschiebbarer planbarer Leistungen schrittweise zu lockern und den stationären Einrichtungen eine moderate Rückkehr zum Regelbetrieb zu gestatten. Dies erfolgt stets widerruflich sowie unter ständiger Beobachtung des Infektionsgeschehens und des örtlichen Versorgungsbedarfs.

Die bisher gesonderten Allgemeinverfügungen betreffend den Notfallplan Corona-Pandemie: Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern und betreffend die Corona-Pandemie: Verschiebung elektiver Eingriffe und geplanter Behandlungen in Krankenhäusern werden im Sinne einer einheitlichen Regelung in dieser Allgemeinverfügung zusammengeführt.

Zur Begründung im Einzelnen:

#### Zu Nr. 1: Verschiebung planbarer Behandlungs- und Versorgungsleistungen

Die Allgemeinverfügung richtet sich wie bereits die Allgemeinverfügungen vom 19.03.2020 (Az. G24-K9000-2020/125) und vom 24.03.2020 (Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134) an Krankenhäuser, Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation und solche nach § 111a SGB V sowie reine Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 GewO. Die Bezeichnungen der betroffenen Einrichtungen wurden präzisiert.

Die Regelung nach Nr. 1.1. stellt sicher, dass grundsätzlich sämtliche im Freistaat Bayern zur Verfügung stehenden Kapazitäten bereitstehen, um einen drohenden, in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland bislang beispiellosen Notstand in der stationären Versorgung zu bewältigen.

Angesichts der weiterhin nicht ausgeschlossenen massiven Belastung der Krankenhäuser ist im Grundsatz sicherzustellen, dass diejenigen Patienten zuerst behandelt werden, bei denen ein Aufschub aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Ein wichtiger Schritt ist deshalb auch weiterhin die Verschiebung bzw. Aussetzung von planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe bis auf Weiteres, soweit medizinisch vertretbar. Auf diese Weise können personelle und räumlich-technische Kapazitäten entweder zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten oder aber zur Entlastung anderer Krankenhäuser verwendet werden.

Ausgenommen werden Einrichtungen im Umfang eines psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen oder suchtrehabilitativen Versorgungsangebots.

Soweit es das Infektions- und Versorgungsgeschehen erlaubt, soll reinen Privatkliniken (Klinik ohne Zulassung oder Vertrag im Bereich der Sozialversicherungsträger) und Einrichtungen im Umfang eines psychosomatischen Versorgungsangebots mit sofortiger Wirkung die Rückkehr in deren ursprüngliche Tätigkeit gestattet werden, mit Ausnahme derer, die nach Auskunft der Regierungen nach deren Absprache mit den Ärztlichen Leitern FÜGK, den Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst und dem LGL ausdrücklich noch in Bereitschaft gehalten werden sollen und die deshalb nach der Anlage von der Freistellung ausdrücklich ausgenommen werden. Zugleich bleibt die erneute Heranziehung der Einrichtung im Rahmen des Notfallplans Corona-Pandemie jederzeit möglich. Soweit reine Privatkliniken und psychosomatische Kapazitäten mit dieser Allgemeinverfügung aus der Pflicht zur Freihaltung entlassen werden, erlischt der Versorgungsauftrag nach Nr. 6 der Allgemeinverfügung vom 24.03.2020 (Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134) bzw. nach Nr. 7.

Zugelassenen Krankenhäusern und Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation wird die Durchführung planbarer stationärer Aufnahmen, stationärer Operationen und Eingriffe sowie stationärer Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen (planbare Leistungen) zunächst nur teilweise und stets widerruflich wieder gestattet. Maßgabe ist, dass bei Krankenhäusern weiterhin mindestens 30 % der Intensivkapazitäten mit Möglichkeit zur invasiven Beatmung (ICU: Intensive Care Unit - Intensivpflegebett mit invasiver Beatmung) und 25 % der Normalkapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten zur Verfügung gestellt werden. Diese Anteile beziehen sich jeweils auf die bereits derzeit mit COVID-19-Erkrankten belegten und die zusätzlich freizuhaltenden Kapazitäten. Für die konkrete Berechnung der genannten Bettenkapazitäten sind die in IVENA am Tag vor Inkrafttreten dieser Allgemeinverfügung gemeldeten Bettenkapazitäten des jeweiligen Krankenhauses maßgeblich. Wesentliche Grundlage für diese Freigabe ist das aktuell in allen Teilen Bayerns vorliegende Infektionsgeschehen, nach dem sich bereits seit mehreren Tagen eine weitere Abflachung abzeichnet. Mit der anteiligen Freigabe soll dieser Entwicklung differenziert und mit der gebotenen Sorgfalt Rechnung getragen werden, aber auch die Grundlage dafür geschaffen werden, einer befürchteten etwaigen „zweiten Welle“ im Sinne der Patientinnen und Patienten, aber auch der behandelnden Einrichtungen rechtzeitig und effektiv entgegenzutreten.

Das Prinzip der Benennung von COVID-19-Schwerpunktkrankenhäusern nach Nr. 2.4. bleibt dadurch unberührt. Insbesondere bei diesen Krankenhäusern sind die Regierungen in besonderer Verantwortung, je nach Bedarf auch umfangreichere Verfügbarkeitspflichten anzuordnen.

Von den Krankenhäusern ist stets einzufordern, dass planbare Behandlungen mit Augenmaß vorgenommen werden, sodass Raum bleibt, die Intensivkapazitäten und bei Bedarf auch die Normalkapazitäten kurzfristig zugunsten von COVID-19-Erkrankten und anderen Notfällen wieder deutlich zu erhöhen. Maßstab ist insoweit ein jederzeit möglicher Aufwuchs von 10 % in 24 Stunden sowie von insgesamt 20 % innerhalb von 48 Stunden.

Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge haben grundsätzlich 30 % ihrer Behandlungskapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten zur Verfügung zu stellen. Maßgeblich sind insoweit die für die Sozialversicherung zugelassenen und tatsächlich betriebsbereiten Behandlungskapazitäten.

Die Regierungen können den Einrichtungen im Einzelfall unter enger Abstimmung mit den Ärztlichen Leitern FÜGK, den Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst und dem LGL weitergehende Lockerungen bis zu einem Mindestwert von 15 % in jedem Fall für COVID-Erkrankten zur Verfügung zu stellender Kapazitäten gestatten.

Sie haben andererseits das Infektionsgeschehen und den örtlichen Versorgungsbedarf laufend zu beobachten und im Bedarfsfall wieder strengere Freihaltungspflichten anzuordnen. Dies gilt insbesondere, soweit aufgrund wieder stattfindender planbarer Leistungen Hilfskrankenhäuser in Betrieb genommen werden müssten oder für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten oder anderen Notfällen nicht mehr ausreichend Personal zur Verfügung stünde.

Die Entscheidungen der Regierungen bedürfen bei Akutkrankenhäusern der Zustimmung der Krankenhausplanungsbehörde.

Die einzuhaltenden Verfügbarkeitspflichten können regional im Wege der Kooperation auch jeweils für mehrere Krankenhäuser oder für mehrere Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation dergestalt gemeinsam erfüllt werden, dass ein höheres Maß der Freihaltung an einem Standort ein niedrigeres Maß an einem anderen Standort kompensieren kann. Einzelheiten sind in einer schriftlichen Vereinbarung der Einrichtungen untereinander festzulegen oder – insbesondere bei COVID-19-Schwerpunktkrankenhäusern – vom Ärztlichen Leiter FÜGK festzulegen. Regionaler Bezug ist grundsätzlich der räumliche Bereich der Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung; zweckmäßige bereichsübergreifende Kooperationen sind ebenfalls zulässig.

Bei planbaren Leistungen mit absehbarer Notwendigkeit einer Rehabilitationsbehandlung im Anschluss ist grundsätzlich die zeitnahe Aufnahme des Patienten in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser nach Möglichkeit vorab oder zumindest zeitnah nach Aufnahme des Patienten zu klären haben, wohin der Patient nach Abschluss der akutstationären Phase zur Anschlussheilbehandlung verlegt werden kann.

Vor dem Hintergrund fortbestehender erheblicher Infektionsrisiken ist der Betrieb von Einrichtungen nach § 111a SGBV in dieser Funktion weiterhin einzustellen. Die dadurch freiwerdenden Kapazitäten könnten bei Bedarf für die Behandlung akut Erkrankter zur Verfügung gestellt werden

#### Zu Nr. 2: Organisation der Krankenhausbelegung

Zur Organisation der Krankenhausbelegung werden die mit Allgemeinverfügung vom 24. März 2020 (Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134) geschaffenen Strukturen fortgeführt.

Zur möglichst dezentralen Steuerung der Patientenströme wird für jeden Zuständigkeitsbereich einer Integrierten Leitstelle (ILS) in Bayern ein Ärztlicher Leiter mit umfassenden Weisungsrechten eingesetzt, der in die Struktur der Führungsgruppe Katastrophenschutz eingebunden wird (Ärztlicher Leiter FÜGK). Die übergeordnete Steuerung erfolgt auf Ebene der Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF), da hier bereits die Belegung und Zuweisung von Patienten an Krankenhäuser in der Zuständigkeit der ILS erfolgt. Auf diese Weise werden eine straff organisierte Weisungskette, kurze Entscheidungswege und eine rasche Umsetzung der angeordneten Maßnahmen sichergestellt. Der Ärztliche Leiter FÜGK 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 mit den COVID-19-Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser.

Zur überregionalen Kapazitätssteuerung werden die Ärztlichen Leiter ihrerseits durch den Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst auf Ebene der Regierungsbezirke koordiniert

Die Ärztlichen Leiter haben insbesondere die Aufgaben,

- laufende 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,
- den in den FÜGK angemeldeten zusätzlichen Materialbedarf zu überwachen und das entsprechende Material freizugeben,
- die Abläufe zum Screening auf COVID-19 in den Krankenhäusern mit dem Pandemiebeauftragten festzulegen,
- 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 und,
- mit dem zuständigen ÄLRD zur überregionalen Koordination regelmäßig in Austausch zu treten.

Der Ärztliche Leiter FÜGK wird durch seine Mitgliedschaft in der FÜGK in die Strukturen des Katastrophenschutzes eingebunden. Aufgrund seiner über den Zuständigkeitsbereich einer Kreisverwaltungsbehörde oder kreisfreien Stadt hinausgehenden Tätigkeit wird er lediglich einer FÜGK zugewiesen, über die er auch Zugang zu sämtlichen katastrophenschutzrelevanten Informationen seines Aufgabenbereiches erhält.

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.

In jeder vorhaltepflchtigen Einrichtung sowie in eigenständigen Hilfskrankenhäusern, die nicht einen regulären Versorger angebunden sind, ist ein Krisenstab einzurichten und ein Pandemiebeauftragter zu benennen. Der Pandemiebeauftragte ist Koordinator in der jeweiligen Einrichtung und Ansprechpartner für den Ärztlichen Leiter FÜGK.

Auf Ebene der Regierungsbezirke wird ein Koordinator des LGL bestimmt, der insbesondere für den Austausch mit dem Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst und bei Bedarf mit den nachgeordneten Strukturen zur Verfügung steht.

### Zu Nr. 3: Neukonzeption der IT-Steuerung und Meldepflichten

Eine laufend aktualisierte Information über vorhandene Behandlungskapazitäten sowie ein Überblick über die in allen Einrichtungen versorgten Patienten ist eine zentrale Voraussetzung für eine funktionierende Steuerung der Patientenströme im Zusammenhang mit der Bewältigung der Corona-Pandemie. Dies lässt sich am besten auf der Grundlage eines von allen Einrichtungen zur verwendenden und laufend zu aktualisierenden internetgestützten Computerprogramms zum Behandlungskapazitäten-Nachweis erfüllen.

Mit der Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 24. März 2020, Az. D4-2484-2-7 und G24 - K9000 - 2020/134 wurde, nachdem sofortiges Handeln notwendig war, als entsprechend funktionales Programm das IVENA-Modul „Sonderlage“ in allen Kliniken und Integrierten Leitstellen (ILS) eingeführt und alle Einrichtungen nach Nr. 11. sowie etwaige Hilfskrankenhäuser zur entsprechenden Datenmeldung verpflichtet. Die Auswahl



des IVENA- Moduls erfolgte, weil es schon bisher von vielen Einrichtungen und ILS genutzt wurde und sich bewährt hatte. Die technischen Voraussetzungen für einen landesweiten Einsatz waren somit bereits vorhanden. Außerdem war die Struktur der zu erhebenden Daten bereits an die Belange des Freistaates angepasst und bedurfte keiner Änderung.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI IntensivRegister-Verordnung) vom 08.04.2020 auf der Grundlage von § 5 Abs. 2 Nr. 7 des Infektionsschutzgesetzes bundeseinheitlich die Krankenhäuser verpflichtet, sich bis zum 16.04.2020 auf der Website des DIVI IntensivRegisters zu registrieren und die für die Kapazitätsermittlung erforderlichen Daten zur Anzahl der verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten täglich an das DIVI IntensivRegister zu übermitteln. Die Regelung in Nr. 2.3 der Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 24. März 2020 kann daher entfallen.

Die Erfassung der Fallzahlen und Belegungsdaten auf Grundlage von IVENA bleibt weiterhin verpflichtend. Die parallele Erhebung von Daten für das IVENA- und das DIVI-IntensivRegister ist erforderlich, um den unterschiedlichen Bedarfsträgern – einerseits den ILS und den Gesundheits- und Katastrophenschutzbehörden in Bayern und andererseits den Institutionen und Einrichtungen des Bundes (vor allem dem Robert Koch-Institut – RKI) und anderer Länder – die jeweils benötigten Informationen in aufbereiteter Form umgehend zur Verfügung stellen zu können. Ein Verzicht auf die IVENA-Daten unter Beschränkung auf die DIVI-Daten ist nicht möglich, weil IVENA Daten zur Verfügung stellt, die für die Planung und den Ausbau der Krankenhauskapazitäten in Bayern unverzichtbar sind und diese Daten von DIVI nicht erhoben werden (DIVI erhebt, anders als IVENA, z. B. nur Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit, aber keine Betten mit lediglich Monitoring oder Allgemeinbetten).

Zu Nr. 4: Kurzfristige Schaffung zusätzlicher Kapazitäten

Die Krankenhäuser haben im Rahmen ihrer Bereitschaft nach Nr. 1 dafür Sorge zu tragen, vorhandene Personal- und Raumkapazitäten bereitzustellen. Es sind darüber hinaus Vorkehrungen zu treffen, um im Bedarfsfall kurzfristig mit allen geeigneten Mitteln Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten oder zur Entlastung anderer Krankenhäuser, die vorrangig für COVID-19-Erkrankten herangezogen werden, ausbauen zu können. Dies betrifft je nach Bedarf auch die personelle Verstärkung, z. B. durch den Einsatz von Medizinstudenten, von im Ruhestand befindlichem Personal oder durch Unterbrechung von Elternzeiten. Die Bemühungen, weitere Beatmungsplätze auf Intensivstationen zu schaffen, sind unverändert fortzusetzen.

Kommt es trotz aller Anstrengungen der Kassenärztlichen Vereinigung zu nicht hinnehmbaren Engpässen bei der Besetzung von Notarztstandorten, kann der Ärztliche Leiter FÜGK stets in Abwägung des Interesses an einem funktionierenden Rettungsdienst einerseits und des Interesses an einer funktionierenden ambulanten und stationären Versorgung andererseits geeignete Maßnahmen zur Rekrutierung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten treffen.

#### Zu Nr. 5: Pflicht zur Zusammenarbeit

Die vorhaltepflchtigen Einrichtungen sind zur eingehenden Kooperation verpflichtet. Nur durch arbeitsteiliges Ineinandergreifen der Strukturen kann der bevorstehende Patientenandrang bewältigt werden. Einrichtungen, die im ersten Schritt nicht mit der Behandlung von COVID-19-Erkrankten betraut werden, sind verpflichtet, die anderen Einrichtungen im Rahmen des medizinisch und kapazitiv Möglichen zu entlasten und insbesondere im Bereich der intensivmedizinischen Behandlungen auszuhelfen. Verlegungen von bereits aufgenommenen Intensivpatienten sollen nur in Ausnahmefällen und bei medizinischer Vertretbarkeit erwogen werden.

Eine Kooperationsleistung kann es auch sein, andere Einrichtungen mit Personal, technischer Ausstattung und Schutzbekleidung zu unterstützen.

#### Zu Nr. 6: COVID-19-Koordinierungsgruppen

Steuergremien im Kooperationsprozess unter den vorhaltepflchtigen Einrichtungen einschließlich etwaiger Hilfskrankenhäuser sind regionale COVID-19-Koordinierungsgruppen, die in der Regel für das Gebiet eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt verpflichtend einzusetzen sind. Die COVID-19-Koordinierungsgruppen sind ausschließlich mit entscheidungsbefugten Pandemiebeauftragten der stationären Einrichtungen zu besetzen. Auf diese Weise ist sichergestellt, 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. Die COVID-19-Koordinierungsgruppen stehen jeweils unter der Leitung eines ärztlichen Koordinators, der aus dem Kreis der vertretenen Einrichtungen gewonnen wird. Der ärztliche Koordinator ist Ansprechpartner des COVID-19-Koordinierungsgruppe für Dritte und stellt die Verbindung zum Ärztlichen Leiter FÜGK und zu den Kreisverwaltungsbehörden als Katastrophenschutzbehörden her.

#### Zu Nr. 7: Befristete Ausweitung und Zuerkennung umfassender Versorgungsaufträge

Um eine flexible Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen überhaupt rechtlich zu ermöglichen, ist es notwendig, die im Normalbetrieb geltende Bindung an krankenhauplanerische Versorgungsaufträge in Krisenzeiten auszusetzen.

Nach der bis 31.07.2020 befristeten Anordnung ist es vorhaltepflchtigen Krankenhäusern gestattet, nicht aufschiebbare akutstationäre Patienten in sämtlichen Fachrichtungen mit der hierfür erforderlichen Bettenzahl und damit auch über die in einem Versorgungsvertrag vorgesehene Bettenzahl hinaus stationär zu behandeln. Die bundesgesetzliche Regelung im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz aufgreifend werden klarstellend die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur vollstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V

bedürfen, in sämtlichen Fachrichtungen und mit der hierfür erforderlichen Bettenzahl bestimmt.

Damit können je nach Erfordernis im Einzelfall z. B. auch Intensivkapazitäten chirurgischer Krankenhäuser oder die Kapazitäten von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten erschlossen werden, ohne dass ein gesondertes Verfahren durchlaufen werden muss. Ebenso werden Kooperationen im Sinn von Nr. 5 erleichtert, indem Krankenhäuser flexibel und ohne Bindung an zuvor eingeschränkte Versorgungsaufträge die am stärksten belasteten COVID-19-Einrichtungen entlasten können.

Im Hinblick auf die Notfallabschläge, die nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) regulär von den Kostenträgern vorzunehmen wären, ist festzustellen, dass die Maßnahmen nach Nr. 7.1. und diese Allgemeinverfügung gerade das Ziel haben, die akutstationäre Versorgung während der Dauer der Corona-Krise zu sichern. Die Einrichtungen sind daher auch für die Gewährleistung der Notfallversorgung, und sei es durch Entlastung anderer Häuser im Rahmen der gebotenen Zusammenarbeit, 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.

Ziel der in Nr. 7 getroffenen Maßnahmen ist die Bewältigung der Corona-Pandemie. Aufgrund der vorübergehenden Natur und begrenzten Dauer der Maßnahmen sind weitergehende Rechtsfolgen mit der Ausweitung des Versorgungsauftrags bzw. der Befreiung vom Notfallabschlag nicht verbunden.

### Zu Nr. 8: Beihilferechtliche Betrauung

Die EU-beihilferechtliche Betrauung nach dem Beschluss 2012/21/EU der Kommission vom 20. 12. 2011 über die Anwendung von Art. 106 Abs. 2 AEUV auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse betraut sind (ABl. L 7 vom 11. 01. 2012, S. 3 – sog. DAWI-Freistellungsbeschluss) ist erforderlich, um Rechtssicherheit hinsichtlich etwaiger staatlicher Mittelzuflüsse an die betreffenden Einrichtungen zu ermöglichen. Die Regelung zur Subsidiarität dieser Mittelzuflüsse im Verhältnis zu vorrangigen Leistungen aus den bestehenden Sozialversicherungssystemen und anderen Mittelzuflüssen vermeidet eine Überkompensation. Die weiteren Vorgaben konkretisieren die nach dem DAWI-Freistellungsbeschluss erforderlichen Parameter. Die Befristung der Betrauung ergibt sich aus der Befristung nach Nr. 10 dieser Allgemeinverfügung.

### Zu Nr. 9: Organisatorische Maßnahmen

Oberste Priorität bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 muss es sein, eine weitere Verbreitung des Coronavirus in den Einrichtungen zu verhindern. Dies dient dem Schutz des medizinischen und pflegerischen Personals, das das Rückgrat bei der Bekämpfung des Virus bildet. Überdies sind auch andere Patienten vor Infektionen zu schützen. Bereits durch Allgemeinverfügung vom 24. März 2020 (Az. D4-2484-2-7 und G24-K9000-2020/134) wurde jedes Krankenhaus verpflichtet, ein verpflichtendes präklinisches, für die Klinik praktikables Screening auf COVID-19 einzurichten, um die Infektionsgefahr bestmöglich zu minimieren.

Soweit möglich, sind auch räumliche Maßnahmen zu ergreifen, um eigene Zugangswege zu Bereichen mit infizierten Patienten zu schaffen. Gesonderte Behandlungsbereiche für COVID-19-Patienten sind auszuweisen. Insbesondere eine genaue Zuteilung des Personals für infektiöse und nicht-infektiöse Bereiche ist zu gewährleisten, um die Einrichtungen auch dann handlungsfähig zu erhalten,

wenn sich Personal infizieren sollte. Im Bereich der Geburtshilfe ist in Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten zu prüfen, ob eigene Kreißsäle für Entbindungen infizierter Mütter mit COVID-19-Erkrankungen vorgehalten werden sollen. Ziel ist der Schutz anderer Mütter vor einer Infektion mit SARS-CoV-2.

Zur Festlegung der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen sollte die Krankenhaushygienikerin oder der Krankenhaushygieniker frühzeitig herangezogen werden.

Bei der besonders vulnerablen Gruppe der Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen leben, sollte möglichst eine Schutzisolation bei nicht COVID-19-Patienten durchgeführt werden.

#### Zu Nr. 10: Inkrafttreten; Sofortvollzug

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten sowie die Befristung der Allgemeinverfügung. Sie gilt zunächst vom 09.05.2020 bis einschließlich 31.07.2020. 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 Nr. 4 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 sofortiges entschlossenes Handeln, weshalb die Durchführung der angeordneten Maßnahmen keinen Aufschub duldet. Eine Entscheidung über mögliche Rechtsbehelfe kann nicht abgewartet werden; 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.

Die auf Grundlage der Allgemeinverfügung vom 24.03.2020 erfolgten Benennungen von Funktionsträgern (Ärztliche Leiter Führungsgruppe Katastrophenschutz, Pandemiebeauftragte) und Einrichtungen von Krisenstäben und COVID-19-Koordinierungsgruppen bleiben weiterhin gültig.

Zur Anlage:

In der Anlage sind diejenigen psychosomatischen Einrichtungen und reinen Privatkliniken aufgeführt, die auf Vorschlag der Regierungen gegenüber dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege entgegen Nr. 1.2.2. zunächst weiterhin der Vorhaltepflcht nach Nr. 1.1. unterliegen sollen. Die genannten Einrichtungen werden zumindest zunächst weiterhin für die Bewältigung des Krisengeschehens benötigt.

gez.  
Karl Michael Scheufele  
Ministerialdirektor

gez.  
Dr. Winfried Brechmann  
Ministerialdirektor