



**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 24.03.2020, 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. Organisation der Krankenhausbelegung

1.1. Über die Steuerung der Patientenströme und die Belegung der Krankenhauskapazitäten mit COVID-19-Patienten ist möglichst dezentral in den

Landkreisen und kreisfreien Städten innerhalb der regionalen Krankenhausstrukturen zu entscheiden.

- 1.2. Hierfür wird im Zuständigkeitsbereich eines jeden Zweckverbandes für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) die Funktion eines Ärztlichen Leiters Führungsgruppe Katastrophenschutz (Ärztlicher Leiter FÜGK) eingerichtet.
- 1.3. 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 Krankenhaus nach Nr. 5 ab.
- 1.4. Der Ärztliche Leiter FÜGK bestimmt für seinen Zuständigkeitsbereich die für die Behandlung von COVID-19-Patienten vorrangig zuständigen Krankenhäuser (COVID-19-Schwerpunktkrankenhäuser).
- 1.5. 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.
- 1.6. 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.

- 1.7. 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.
- 1.8. In jeder Einrichtung nach Nr. 3.1. ist ein Krisenstab einzurichten und ein Pandemiebeauftragter zu benennen. Der Pandemiebeauftragte ist Koordinator in der jeweiligen Einrichtung und Ansprechpartner für den Ärztlichen Leiter FÜGK.
- 1.9. 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.
- 1.10. Auf Ebene der Regierungsbezirke wird ein Koordinator des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) bestimmt, der insbesondere für den Austausch mit dem Ärztlichen Bezirksbeauftragten Leiter Rettungsdienst und bei Bedarf mit den nachgeordneten Strukturen zur Verfügung steht.

2. Neukonzeption der IT-Steuerung und Meldepflichten

- 2.1. Zur Unterstützung der Tätigkeit der Ärztlichen Leiter FÜGK wird bayernweit schnellstmöglich ein einheitliches, IT-gestütztes System zur Erfassung der Behandlungskapazitäten und COVID-19-Patienten eingeführt. Die Fallzahlen und Belegungsdaten sind auf Grundlage des IT-Programms IVENA für alle Einrichtungen verbindlich und fortlaufend über einen Internetzugang zu erfassen. IVENA bündelt die Informationen für die Behandlungskapazitäten auf Ebene der ILS. Die Informationen sind allen Führungsebenen zur Verfügung zu stellen.

- 2.2. Alle Einrichtungen nach Nr. 3.1. 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.

3. Schaffung zusätzlicher Kapazitäten

- 3.1. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen sind, Universitätsklinika und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und solche mit Versorgungsvertrag nach § 111 und § 111a SGB V sowie Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung (GewO) haben sicherzustellen, dass ihre vorhandenen Kapazitäten in vollem Umfang für die stationäre Versorgung zur Verfügung stehen.
- 3.2. Sie werden darüber hinaus verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Patienten oder zur Entlastung anderer Krankenhäuser, die vorrangig für COVID-19-Patienten herangezogen werden, auszubauen. Dies betrifft sowohl die Organisation des notwendigen Personals als auch die Schaffung zusätzlicher räumlich-technischer Kapazitäten. Besonderes Augenmerk ist auf die Schaffung zusätzlicher Beatmungsplätze zu legen.
- 3.3. Krankenhäuser, die vom Ärztlichen Leiter FügK für die Versorgung von COVID-19-Patienten vorgesehen sind, sind im Rahmen des medizinisch Vertretbaren verpflichtet, die Intensivkapazitäten für die Versorgung von COVID-19-Fällen freizuhalten. 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 Einrichtungen nach Nr. 3.1., insbesondere für

Notfälle und andere medizinisch unaufschiebbare Fälle, unberührt. Es sind dabei auch alle Vorkehrungen zu treffen, damit die geburtshilfliche Versorgung uneingeschränkt aufrechterhalten wird.

- 3.4. 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.

4. Pflicht zur Zusammenarbeit

- 4.1. Sämtliche Einrichtungen nach Nr. 3.1. werden zur Kooperation untereinander verpflichtet. Insbesondere sind Krankenhäuser, die im ersten Schritt nicht für die Behandlung von COVID-19-Patienten 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-Patienten vorgesehenen Krankenhäuser zu übernehmen. Dies gilt mit Blick auf besondere Belastungslagen insbesondere in den Ballungsräumen auch in weiteren räumlichen Abständen und regional übergreifend.
- 4.2. Die Verlegung von bereits aufgenommenen Intensivpatienten ist nur in medizinisch vertretbaren Fällen zu erwägen.
- 4.3. 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-Patienten vorgesehen sind.

5. COVID-19-Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser

- 5.1. Zur möglichst effizienten Abstimmung unter den Krankenhäusern sind in Verantwortung der Krankenhausträger grundsätzlich auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte COVID-19-Koordinierungsgruppen der Krankenhausträger einzurichten, die mit den Pandemiebeauftragten der Einrichtungen nach Nr. 1.8. zu besetzen sind. Je nach regionaler Notwendigkeit können mit Zustimmung des Ärztlichen Leiter 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. 1.7. herangezogen werden.
- 5.2. 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 und dem Ärztlichen Leiter FÜGK zur Verfügung.
- 5.3. Mitglied der COVID-19-Koordinierungsgruppe ist auch ein Vertreter der örtlichen ILS.
- 5.4. Der Ärztliche Leiter FÜGK, die Kreisverwaltungsbehörde, das Gesundheitsamt, der ÄLRD sowie die örtlichen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sind jederzeit berechtigt, an den Sitzungen der COVID-19-Koordinierungsgruppe teilzunehmen. Der Ärztliche Leiter FÜGK hat gegenüber der COVID-19-Koordinierungsgruppe ein Weisungsrecht; er kann Entscheidungen der COVID-19-Koordinierungsgruppe ändern oder aufheben.

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

5.5.1. Koordination und situationsbezogene Entscheidung über die Zusammenarbeit der Einrichtungen nach Nr. 4. (z. B. Entscheidung über Abordnung von Personal oder Überlassung von medizinischer Ausstattung, kurzfristige Übernahme von Patienten, etc.).

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

5.5.3. Regelmäßige Unterrichtung der Kreisverwaltungsbehörden, der ÄLRD sowie der regionalen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung über die aktuelle Lage, wichtige Entscheidungen auf Krankenhausebene und die Auslastung der Kapazitäten.

6. Befristete Ausweitung und Zuerkennung umfassender Versorgungsaufträge

6.1. Sämtliche Einrichtungen nach Nr. 3.1. sind, soweit sie nicht ohnehin mit entsprechenden Versorgungsaufträgen ausgestattet sind, mit sofortiger Wirkung bis auf Weiteres im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V berechtigt, in Notfällen stationäre Krankenhausleistungen sämtlicher Fachrichtungen zu erbringen.

6.2. Dem Krankenhaus obliegt,

- die Sicherstellung der notwendigen fachlichen Expertise, ggf. in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Krankenhäusern,
- die medizinische Beurteilung, in welchen Fällen Behandlungen außerhalb des eigentlichen Versorgungsauftrags in Frage kommen.

6.3. Eine Befreiung von der erforderlichen medizinischen Sorgfalt ist mit dieser Maßnahme nicht verbunden.

7. Beihilferechtliche Betrauung

- 7.1. Sämtliche Einrichtungen nach Nr. 3.1. werden im Sinne des Beschlusses 2012/21/EU der Kommission vom 20. 12. 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. 01. 2012, S. 3 – DAWI-Freistellungsbeschluss) mit der Freihaltung, der Schaffung und dem Ausbau von Kapazitäten zur Versorgung von COVID-19-Patienten im Sinne dieser Allgemeinverfügung betraut.
- 7.2. 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.
- 7.3. Die betrauten Einrichtungen haben sämtliche Unterlagen im Zusammenhang mit dieser Betrauung während des Betrauungszeitraums und mindestens zehn Jahre ab Ende des Betrauungszeitraums aufzubewahren. Die Einrichtungen sind verpflichtet, in ihrer Buchführung die Kosten und Einnahmen in Verbindung mit der Erbringung der DAWI von allen anderen Tätigkeiten getrennt auszuweisen.
- 7.4. Diese Betrauung mit den o.g. Regelungen gilt, soweit nicht bereits erfolgt, ebenso für Nr. 1 der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 19.03.2020 (Az. G24-K9000-2020/125).

8. Organisatorische Maßnahmen im Krankenhaus

- 8.1. Jede Einrichtung nach Nr. 3.1. hat präklinische oder soweit dies organisatorisch und baulich möglich ist, im Zugangsbereich des Krankenhauses oder der Notaufnahme ein Screening auf COVID-19 einzurichten, um die Infektionsgefahr bestmöglich zu minimieren.
 - 8.2. Patienten mit COVID-19 sind möglichst in abgetrennten Bereichen des Krankenhauses zu versorgen. Soweit möglich, sind sie insbesondere auch in der Intensivversorgung in von anderen Patienten getrennten Versorgungsbereichen zu behandeln. Dabei ist auch das Personal entsprechend zuzuteilen, um das Ausbreitungsrisiko im Krankenhaus zu minimieren. 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.
 - 8.3. Wenn es aufgrund der örtlichen Gegebenheiten möglich ist, sind separate Zugangsmöglichkeiten zu den Bereichen zu schaffen, in denen COVID-19-Patienten behandelt werden.
 - 8.4. Nach Möglichkeit sollten für die Behandlung zusätzlich notwendige Geräte auf den Intensivstationen bereitstehen, um Patiententransporte zu den Funktionsbereichen auf ein Minimum zu beschränken.
9. Diese Allgemeinverfügung tritt am 25.03.2020 in Kraft und mit Ablauf des 15.05.2020 außer Kraft. Sie ist, soweit sie auf das IfSG gestützt ist, kraft Gesetzes sofort vollziehbar; im Übrigen wird die sofortige Vollziehung angeordnet.

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 eine extrem rasche Verbreitung des Virus und im finalen Szenario eine Infektionsrate von über 50 % der Bevölkerung. 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 vor einer seit Kriegsende nicht dagewesenen Herausforderung.

Vor diesem Hintergrund müssen alle geeigneten Maßnahmen ergriffen werden, um die Krankenhäuser auf die zu erwartenden massiven Fallzahlsteigerungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht auf die Akutkrankenhäuser beschränkt bleiben werden, 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.

Hinsichtlich der Finanzierung hat die Bundesregierung die kurzfristige Vorlage eines Gesetzentwurfs angekündigt, wonach Krankenhäuser, die sich aufgrund staatlicher Vorgaben an der Bewältigung der Corona-Krise beteiligen, eine umfassende Refinanzierung etwaiger Erlösausfälle erwarten können. Auch im Freistaat Bayern wird mit Hochdruck an einem Rettungsschirm für Krankenhäuser gearbeitet, mit dem zunächst die Liquidität der Einrichtungen sichergestellt wird und der nach Rückgang der Infektionszahlen insoweit greifen soll, als die Maßnahmen des Bundes für die Kompensation entstandener finanzieller Einbußen nicht ausreichen.

Zur Begründung im Einzelnen:

Zu Nr. 1: Organisation der Krankenhausbelegung

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-Patienten 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 jedem Krankenhaus 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. 2: Neukonzeption der IT-Steuerung und Meldepflichten

Eine laufend aktualisierte Information über vorhandene Behandlungskapazitäten sowie ein Überblick über die dort versorgten Patienten ist Voraussetzung für eine funktionierende Steuerung der Patientenströme. Dies lässt sich am besten auf der Grundlage eines von allen Krankenhäusern zur verwendenden und laufend zu aktualisierenden internetgestützten Computerprogramms zum Behandlungskapazitäten-Nachweis erfüllen. Als entsprechend funktionales Programm wird das Sondermodul IVENA in allen Kliniken und (ILS) eingeführt. Die Krankenhäuser werden zur entsprechenden Datenmeldung verpflichtet.

Zu Nr. 3: Schaffung zusätzlicher Kapazitäten

Die Allgemeinverfügung richtet sich darüber hinaus wie bereits die Allgemeinverfügung vom 19.03.2020 (Az. G24-K9000-2020/125) an sämtliche Plankrankenhäuser, Hochschulklinika, Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V, an Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und solche mit Verträgen nach §§ 111 und 111a SGB V sowie an reine Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 GewO.

Im Rahmen der Behandlung von kritisch erkrankten Patientinnen und Patienten kommt diesen Einrichtungen eine entscheidende Rolle zu. Dies gilt insbesondere für die Intensivstationen. Die Krankenhäuser haben daher im Rahmen ihrer Möglichkeiten dafür Sorge zu tragen, vorhandene Personal- und Raumkapazitäten in vollem Umfang bereitzustellen. Sie haben darüber hinaus alle geeigneten Mittel einzusetzen, um sich personell zu verstärken, z. B. durch den Einsatz von Medizinstudenten, von im Ruhestand befindlichem Personal oder durch Unterbrechung von Elternzeiten. Dies umfasst z. B. auch, Fachpersonal aus der Forschung, Verwaltung und anderen patientenfernen Bereichen kurzfristig abzustellen und qualifikationsgemäß einzusetzen. Ebenso müssen Möglichkeiten für eine räumliche und technische Ausweitung der Behandlungskapazitäten geprüft und

wo immer möglich umgesetzt werden. Dies gilt insbesondere für Beatmungsplätze auf Intensivstationen. Ggf. müssen Räumlichkeiten hierfür kurzfristig umfunktioniert werden.

Zu Nr. 4: Pflicht zur Zusammenarbeit

Sämtliche Krankenhäuser sind zur eingehenden Kooperation verpflichtet. Nur durch arbeitsteiliges Ineinandergreifen der Strukturen kann der bevorstehende Patientenandrang bewältigt werden. Krankenhäuser, die im ersten Schritt nicht mit der Behandlung von COVID-19-Patienten betraut werden, sind verpflichtet, die anderen Kliniken 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 Krankenhäuser mit Personal, technischer Ausstattung und Schutzbekleidung zu unterstützen.

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: COVID-19-Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser

Steuergremien im Kooperationsprozess unter den Krankenhäusern 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. 6: Befristete Ausweitung und Zuerkennung umfassender Versorgungsaufträge

Um eine flexible Zusammenarbeit der verschiedenen Krankenhäuser überhaupt rechtlich zu ermöglichen, ist es notwendig, die im Normalbetrieb geltende Bindung an krankenhauplanerische Versorgungsaufträge in Krisenzeiten auszusetzen. Nach der bis 15.05.2020 befristeten Anordnung ist es sämtlichen Krankenhäusern im Sinne dieser Allgemeinverfügung in Notfällen gestattet, Patienten in sämtlichen Fachrichtungen stationär zu behandeln.

Damit können je nach Erfordernis im Einzelfall z. B. auch Intensivkapazitäten chirurgischer Krankenhäuser oder die Kapazitäten von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen oder von reinen Privatkliniken für die Behandlung von COVID-19-Patienten erschlossen werden, ohne dass ein gesondertes Verfahren durchlaufen werden muss. Ebenso werden Kooperationen im Sinn von Nr. 4 erleichtert, indem Krankenhäuser flexibel und ohne Bindung an zuvor eingeschränkte Versorgungsaufträge die am stärksten belasteten COVID-19-Einrichtungen entlasten können.

Zu Nr. 7: 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. 9 dieser Allgemeinverfügung.

Die Betrauung bezieht sich auch auf die Nr. 1 der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 19.03.2020 (Az. G24-K9000-2020/125), um für eine mögliche Kostenerstattung für die Erbringung der dort beschriebenen DAWI ebenso eine EU-beihilfekonforme Rechtsgrundlage zu schaffen.

Zu Nr. 8: Organisatorische Maßnahmen im Krankenhaus

Oberste Priorität bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 in Krankenhäusern 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. Jedes Krankenhaus hat ab sofort ein verpflichtendes präklinisches, für die Klinik praktikables Screening auf COVID-19 einzurichten, um die Infektionsgefahr bestmöglich zu minimieren.

Soweit möglich, sind überdies 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 Krankenhäuser 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.

Zu Nr. 9: Inkrafttreten; Sofortvollzug

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten sowie die Befristung der Allgemeinverfügung. Sie gilt zunächst vom 25.03.2020 bis einschließlich 15.05.2020. 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.

gez.

Karl Michael Scheufele
Ministerialdirektor

gez.

Dr. Winfried Brechmann
Ministerialdirektor