



Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2021 Nr. 400

10. Juni 2021

Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) sowie des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

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

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

vom 10. Juni 2020, Az. G24-K9000-2020/134-234

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

Allgemeinverfügung

1. Sicherstellung der stationären Versorgung

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

2. Organisation der Krankenhausbelegung; Zuständigkeit

- 2.1 Über die Steuerung der Patientenströme und die Belegung der Krankenhauskapazitäten mit COVID-19-Patienten ist möglichst dezentral in den Landkreisen und kreisfreien Städten innerhalb der regionalen Krankenhausstrukturen zu entscheiden.
- 2.2 Zur überregionalen Steuerung wird für die Zeit bis zum Ablauf des 18. Juli 2021 für das Gebiet eines jeden Zweckverbands für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) die Funktion eines Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination eingerichtet. Bis zum 18. Juli 2021 kann die Regierung im Einvernehmen mit ihrem Ärztlichen Koordinator bei einer über zwei Wochen stabilen 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner von unter 50 sowie unter Gesamtwürdigung der Belegungssituation der Krankenhäuser im jeweiligen ZRF-Gebiet stets widerruflich das Ruhen des Einsatzes des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination anordnen.

- 2.3 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination wird durch den Landrat oder den Oberbürgermeister ernannt, der zum Zeitpunkt der Bekanntgabe dieser Allgemeinverfügung den Vorsitz des ZRF führt. Der Vorsitzende hat das Benehmen mit den übrigen Landräten bzw. Oberbürgermeistern im ZRF herzustellen. Fachliche Voraussetzung für die Ernennung zum Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination ist die klinische Tätigkeit in der Akutmedizin, die fachliche Expertise für Krisenbewältigung sowie in der Regel mindestens die Funktion als Oberarzt. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination soll nach Möglichkeit über klinische Erfahrung in der Intensiv- und Notfallmedizin verfügen. Zur Vermeidung zeitlicher Inkompatibilitäten soll der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination nicht zugleich als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst fungieren. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist in Ausübung seiner Funktion nicht an Weisungen des ZRF gebunden.
- 2.4 Der Sitz des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination wird durch den Vorsitzenden des Zweckverbandes bestimmt. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann innerhalb seines Zuständigkeitsbereichs landkreis- oder stadtbezogene Steuerungsverbände bilden und hierfür jeweils einen Leiter zum Betten- und Behandlungskapazitätenmanagement sowie zur Steuerung der Patientenströme aller relevanten Einrichtungen vor Ort bestellen.
- 2.5 Die Regierung bestellt für die Zeit bis zum Ablauf des 18. Juli 2021 für den jeweiligen Regierungsbezirk einen ärztlichen Koordinator zur Unterstützung der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination vor allem bei der überregionalen Steuerung von Behandlungskapazitäten und der Patientenströme. Er hat nach Möglichkeit die fachlichen Voraussetzungen gemäß Nr. 2.3 zu erfüllen.
- 2.6 Es wird für die Zeit bis zum 18. Juli 2021 ein landesweiter Koordinator des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) bestimmt, der die Regierungen, die ZRF, die Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination und die Pandemiebeauftragten der Krankenhäuser in allen mit dem Infektionsgeschehen zusammenhängenden Fragen berät. Er bringt insbesondere bei der Beurteilung und der Prognose des Infektionsgeschehens die überregionale Expertise des LGL ein.

3. Aufgaben und Befugnisse des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination; Stufenmodell

- 3.1 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination hat in der Zeit, in der er seine Funktion nach Nr. 2.2 ausübt, die Aufgabe, innerhalb des jeweiligen ZRF-Gebiets auf die Gewährleistung der akutstationären Versorgung insbesondere der COVID-19-Erkrankten hinzuwirken. Er ordnet die erforderlichen Maßnahmen an, um Gefahren für Personen aufgrund einer drohenden oder bestehenden Überlastung der regulären Einrichtungen zur akutstationären Versorgung abzuwehren. Er stimmt sich eng mit der Integrierten Leitstelle (ILS), den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD) im Bereich des Rettungsdienstes und der COVID-19-Koordinierungsgruppe nach Nr. 3.4.1.2 ab. Eine enge Zusammenarbeit und Koordination ist darüber hinaus mit den im Gebiet des ZRF gelegenen Universitätsklinik, anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sicherzustellen.
- 3.2 Den Anordnungen des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination oder anderer nach dieser Allgemeinverfügung befugter Stellen haben im Rahmen ihres Versorgungsauftrags Folge zu leisten:
- nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
 - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Verträgen nach § 111 SGB V,
 - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation, die von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden, oder mit Vertrag nach § 15 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX),
 - Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit Vertrag nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder die von der Gesetzlichen Unfallversicherung selbst betrieben werden.

- 3.3 Maßnahmen dürfen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nur insoweit und so lange angewendet werden, als die Erfüllung der Aufgaben dies erfordert. Unter mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen ist diejenige zu treffen, die den einzelnen und die Allgemeinheit am wenigsten beeinträchtigt. Ein durch die Maßnahme zu erwartender Schaden darf nicht erkennbar außer Verhältnis zu dem beabsichtigten Erfolg stehen. Maßnahmen sind zu beenden, wenn ihr Zweck erreicht ist oder sich zeigt, dass er nicht erreicht werden kann.
- 3.4 Die konkreten Anordnungen richten sich in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen einerseits und von der Belegung der im Gebiet des ZRF gelegenen Krankenhäuser andererseits nach dem folgenden Stufenmodell. In Betracht kommen in dieser Reihenfolge insbesondere:
- 3.4.1 Anordnungen der Stufe 1:
- 3.4.1.1 Benennung der für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten vorrangig zuständigen Krankenhäuser (COVID-19-Schwerpunktkrankenhäuser) nach Anhörung der im Gebiet des ZRF liegenden Krankenhäuser und in Abstimmung mit benachbarten Ärztlichen Leitern Krankenhauskoordination
- 3.4.1.2 Bildung von COVID-19-Koordinierungsgruppen der Krankenhäuser und der Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge aus dem Kreis der Pandemiebeauftragten der Einrichtungen unter der Leitung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination. Je nach regionaler Notwendigkeit können auch kleinere (z. B. in Großstädten) oder größere (z. B. Landkreis und kreisfreie Stadt) Koordinierungsbezirke gebildet werden. Je nach regionalen Notwendigkeiten kann die Zahl der Mitglieder der COVID-19-Koordinierungsgruppe begrenzt oder festgelegt werden, welche Einrichtungen stets oder nur bei Bedarf in der COVID-19-Koordinierungsgruppe vertreten sind. Mitglied der COVID-19-Koordinierungsgruppe ist auch ein Vertreter der örtlichen ILS. Die Kreisverwaltungsbehörde, das Gesundheitsamt, der ÄLRD sowie die örtlichen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sind jederzeit berechtigt, an den Sitzungen der COVID-19-Koordinierungsgruppe teilzunehmen. Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann im Rahmen seines Weisungsrechts gegenüber der COVID-19-Koordinierungsgruppe konkretisierende Vorgaben treffen sowie Entscheidungen der Koordinierungsgruppe ändern oder aufheben. Die COVID-19-Koordinierungsgruppe hat im Falle ihrer Einrichtung durch den Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination insbesondere folgende Aufgaben:
- 3.4.1.2.1 Unterstützung der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination bei der Organisation der Versorgungskapazitäten und der grundsätzlichen Steuerung der Patientenströme im Versorgungsgebiet.
- 3.4.1.2.2 Koordination und situationsbezogene Entscheidung über die Zusammenarbeit der zugelassenen Krankenhäuser sowie im Einzelfall der sonstigen Einrichtungen nach Nr. 3.2 (z. B. Entscheidung über Abordnung von Personal oder Überlassung von medizinischer Ausstattung, kurzfristige Übernahme von Patienten, etc.).
- 3.4.1.2.3 Kontinuierliche Beobachtung der Belegungsentwicklung und Information des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination bei sich abzeichnenden Kapazitätsengpässen.
- 3.4.1.2.4 Regelmäßige Unterrichtung des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination, der Kreisverwaltungsbehörden, der ÄLRD sowie der regionalen Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung über die aktuelle Lage, wichtige Entscheidungen auf Krankenhausebene und die Auslastung der Kapazitäten.
- 3.4.2 Anordnungen der Stufe 2:
- 3.4.2.1 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist zur Steuerung der Patientenströme befugt. Dazu gehört bei Bedarf auch die Verlegung von Patienten in andere Krankenhäuser. Dies gilt bei entsprechendem Versorgungsbedarf unabhängig von der Belegungssituation der aufnehmenden Klinik und unabhängig von Belegungsmeldungen im IVENA-Meldesystem. Bei seiner Tätigkeit stimmt sich der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination eng mit den ILS, den ÄLRD und der COVID-19-Koordinierungsgruppe ab.
- 3.4.2.2 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser verpflichten, alle erforderlichen Vorkehrungen zu treffen, um im Bedarfsfall kurzfristig Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten oder zur Entlastung anderer

Krankenhäuser, die vorrangig für COVID-19-Erkrankte herangezogen werden, auszubauen. Dies betrifft sowohl die Organisation des notwendigen Personals als auch die Schaffung zusätzlicher räumlich-technischer Kapazitäten.

- 3.4.2.3 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination kann Einrichtungen nach Nr. 3.2 zur herausgehobenen Kooperation und Kommunikation freier Behandlungskapazitäten untereinander verpflichten. Insbesondere können Krankenhäuser, die im ersten Schritt nicht für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten vorgesehen sind, verpflichtet werden, im Rahmen ihres Versorgungsauftrags und der zur Verfügung stehenden Kapazitäten Patienten der für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten vorgesehenen Krankenhäuser zu übernehmen. Dies gilt mit Blick auf besondere Belastungslagen insbesondere in den Ballungsräumen auch in weiteren räumlichen Abständen und regional übergreifend. Die Verlegung von bereits aufgenommenen Intensivpatienten ist nur in medizinisch vertretbaren Fällen zu erwägen.
- 3.4.2.4 Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination wirkt darauf hin, dass Krankenhäuser, die aufgrund ihrer vorrangigen Inanspruchnahme zur Versorgung von COVID-19-(Intensiv-)Patienten Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG erhalten oder erhielten, nach Möglichkeit durch andere Krankenhäuser, die keine solchen Ausgleichszahlungen erhalten können oder konnten, insbesondere durch Aufnahme von Nicht-COVID-19-Patienten entlastet werden.

4. Organisatorische Maßnahmen in stationären Einrichtungen

- 4.1 In jeder Einrichtung nach Nr. 3.2 ist ein Krisenstab einzurichten und ein Pandemiebeauftragter zu benennen. Der Pandemiebeauftragte ist Koordinator in der jeweiligen Einrichtung und Ansprechpartner für den Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination, für Behörden und den Rettungsdienst. In Abstimmung mit den Hygienebeauftragten der Kliniken überwachen die Pandemiebeauftragten die Einhaltung der Schutz- und Hygienevorgaben. Je nach lokalem Infektionsgeschehen und vorbehaltlich von Anordnungen nach Nr. 3.4.2 koordinieren die Pandemiebeauftragten zusammen mit den ILS die Belegung der Krankenhäuser mit COVID-19-Erkrankten und im Bedarfsfall die Entlastung von Krankenhäusern im Wege der Patientenübernahme.
- 4.2 Die in Nr. 3.2 genannten Einrichtungen, Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V und Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen sind und über keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen (reine Privatkliniken), sind, soweit sie Patienten stationär behandeln, und vorbehaltlich genauerer Anordnungen nach Nr. 3 verpflichtet, die notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes durchzuführen und die einschlägigen Hygiene- und Infektionsschutzvorgaben, insbesondere des Robert Koch-Instituts und des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, zu beachten sowie Schutzkonzepte zu erstellen oder je nach Ausprägung des Infektionsgeschehens fortzuschreiben. Die Einrichtungen sind verpflichtet, die Hygiene- und Schutzkonzepte auf Verlangen den Kreisverwaltungsbehörden als untere Behörde für Gesundheit (Gesundheitsämter) vorzulegen.
- 4.3 Notwendige Maßnahmen des Infektionsschutzes nach Nr. 4.2 sind im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V insbesondere:
- 4.3.1 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sowie Privatkliniken mit Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung, die nicht in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern aufgenommen sind und über keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen (reine Privatkliniken), haben alle Patienten auf Testmöglichkeiten auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit ihrer Entlassung hinzuweisen.
- 4.3.2 Bei einer Verlegung von Patienten in ein Alten- oder Pflegeheim, in eine stationäre Einrichtung für Menschen mit Behinderung, in eine Einrichtung nach Nr. 4.2 oder in eine ähnlich vulnerable Einrichtung müssen nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser im Zusammenwirken mit der jeweiligen Einrichtung für den Patienten auf dessen Wunsch hin ein Antigen-Schnelltestangebot organisieren. Diese Verpflichtung besteht nur, wenn der Krankenhausaufenthalt mindestens fünf Kalendertage betragen hat.

5. Konzeption der IT-Steuerung und Meldepflichten

- 5.1 Bayernweit wird ein einheitliches, IT-gestütztes System zur Erfassung der Behandlungskapazitäten und COVID-19-Erkrankten genutzt. Die Fallzahlen und Belegungsdaten sind auf Grundlage des IT-Programms IVENA für alle Einrichtungen im Sinne von Nr. 4.2 in Bayern verbindlich, täglich bis 9 Uhr über einen Internetzugang zu erfassen. In IVENA ist ein Ansprechpartner für Rückfragen zu benennen. IVENA bündelt die Informationen für die Behandlungskapazitäten auf Ebene der ILS. Die Informationen sind allen Führungsebenen zur Verfügung zu stellen.
- 5.2 Alle Einrichtungen im Sinne von Nr. 4.2 in Bayern bleiben weiterhin verpflichtet, einen Ansprechpartner mit Kontaktdaten an den Hersteller und Betreiber des ausgewählten Systems zur Erfassung der Behandlungskapazitäten zu melden und nach Vorliegen der Zugangskennung umgehend die im System abgefragten Daten einzugeben und aktuell zu halten.

6. Befristete Ausweitung und Zuerkennung umfassender Versorgungsaufträge

- 6.1 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die nach Nr. 3.4.2 zur Übernahme von akutstationären Behandlungen verpflichtet werden, sind hierzu, soweit sie nicht ohnehin mit entsprechenden Versorgungsaufträgen ausgestattet sind, im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V berechtigt. Bei Beendigung der Verpflichtung können zu diesem Zeitpunkt laufende Behandlungsleistungen abgeschlossen werden; neue Behandlungen dürfen insoweit nicht mehr begonnen werden.
- 6.2 Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation nach Nr. 3.2 können auf Vorschlag des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordinierung und im Einvernehmen mit der Einrichtung vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege befristet zur akutstationären Versorgung zugelassen werden, wenn dies zur akutstationären Versorgung von COVID-19- oder anderen Patienten erforderlich ist, insbesondere um die zugelassenen Krankenhäuser durch die Übernahme von Patienten zu entlasten. Die Einrichtungen sind insoweit zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V und im Sinne des § 22 Abs. 1 Satz 1 KHG bestimmt. Nach Ablauf der Befristung können zu diesem Zeitpunkt laufende Behandlungsleistungen abgeschlossen werden; neue Behandlungen dürfen nicht mehr begonnen werden.
- 6.3 Es wird festgestellt, dass nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die COVID-19-Patienten behandeln, soweit sie nicht ohnehin einer benannten Stufe nach § 3 Abs. 1 oder der speziellen Notfallversorgung nach Abschnitt VI der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V zugeordnet sind, für diesen Zeitraum für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind.

7. Beihilferechtliche Betrauung

- 7.1 Die Einrichtungen nach Nr. 3.2 in der Fassung der Allgemeinverfügung vom 28. Januar 2021 (BayMBl. 2021 Nr. 260) werden im Sinne des Beschlusses 2012/21/EU (DAWI-Freistellungsbeschluss), mit der Freihaltung, der Schaffung und dem Ausbau von Kapazitäten zur Versorgung von COVID-19-Erkrankten im Sinne dieser Allgemeinverfügung betraut.
- 7.2 Soweit für die Erstattung von Kosten für die Erbringung der Dienstleistungen von 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 des DAWI-Freistellungsbeschlusses ausgeschlossen.
- 7.3 Die betrauten Einrichtungen haben sämtliche Unterlagen im Zusammenhang mit dieser Betrauung während des Betrauungszeitraums und mindestens zehn Jahre ab Ende des Betrauungszeitraums aufzubewahren. Die Einrichtungen sind verpflichtet, in ihrer Buchführung die Kosten und Einnahmen in Verbindung mit der Erbringung der Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse von allen anderen Tätigkeiten getrennt auszuweisen.

8. Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG

- 8.1 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vereinbart haben, sind nach Maßgabe des § 21 Abs. 1a KHG und der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unter folgenden Bedingungen jeweils zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt:
- 8.1.1 Im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner über 50 und
- 8.1.2 im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach der Meldung des Robert Koch-Instituts nach § 21 Abs. 1a Satz 8 KHG in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich unter 25 %; dies gilt nicht, wenn die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt über 150 liegt.
- 8.2 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben, können auf zu begründenden Vorschlag des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt werden, wenn die Voraussetzungen nach Nr. 8.1.1 und 8.1.2 zwar nicht für den Landkreis oder die kreisfreie Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, erfüllt sind, aber für einen angrenzenden Landkreis oder eine angrenzende kreisfreie Stadt und sich dort kein Krankenhaus befindet, das die Voraussetzungen nach Nr. 8.1 erfüllt.
- 8.3 Unter den Voraussetzungen der Nrn. 8.1.1 und 8.1.2 oder 8.2 können auch nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt werden, die noch keine Zu- oder Abschlüsse für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben, aber eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach Feststellung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung entspricht.
- 8.4 Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
- die für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben,
 - die noch keine Zu- oder Abschlüsse für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vereinbart haben, aber eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach Feststellung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung entspricht, oder
 - die in der vom Bundesministerium für Gesundheit übermittelten Übersicht nach § 2 Abs. 3 der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeführt sind,
- können auf zu begründenden Vorschlag des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, unter folgenden Voraussetzungen nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt werden:

- 8.4.1 Im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner über 50 und
- 8.4.2 im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach der Meldung des Robert Koch-Instituts nach § 21 Abs. 1a Satz 8 KHG in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich unter 25 % und es befindet sich in dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt kein Krankenhaus, das für das Jahr 2019 oder das Jahr 2020 einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 des KHEntgG vereinbart hat oder eine Versorgungsstruktur aufweist, die nach Feststellung des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, im Fall der Universitätsklinik im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung entspricht, oder
- 8.4.3 im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt, in dem oder in der sich das Krankenhaus befindet, liegt der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach der Meldung des Robert Kochs-Instituts nach § 21 Abs. 1a Satz 8 KHG in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich unter 15 %.
- 8.4.4 Es gelten die Voraussetzungen nach Nrn. 8.4.2 und 8.4.3 nicht, wenn die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt über 150 liegt.
- 8.5 Unter den jeweiligen Voraussetzungen der Nrn. 8.1 bis 8.4 können auch Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmt werden, die nach den §§ 23 bis 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V als spezielle Notfallversorger einer der in Nrn. 8.1 bis 8.4 genannten Notfallstufen zugeordnet werden. Einrichtungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 3 der G-BA-Regelungen, deren zwingende Notwendigkeit für die Gewährleistung der Notfallversorgung außerhalb Nr. 6.3 festgestellt wurde, werden insoweit der Stufe der Basisnotfallversorgung zugeordnet, soweit sie nicht eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach dem Umfang ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und ihrer Erfahrung in der intensivmedizinischen Beatmungsbehandlung die Zuordnung zu einer höheren Notfallstufe rechtfertigt; eine Feststellung nach Nr. 6.3 genügt insoweit nicht. Krankenhäuser nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 und nach § 25 der G-BA-Regelungen kommen in der Regel nicht für Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG in Betracht.
- 8.6 Bestimmungen nach den Nrn. 8.1, 8.2, 8.3, 8.4 oder 8.5 gelten, nachdem die Voraussetzungen nach den Nrn. 8.1.1 oder 8.1.2, nach Nr. 8.2 oder nach den Nrn. 8.4.1, 8.4.2 oder 8.4.3 vierzehn Tage in Folge nicht mehr erfüllt sind, ab dem Folgetag als aufgehoben. Sie gelten im Übrigen spätestens mit Ablauf der Frist nach § 21 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 2a Satz 4 KHG als aufgehoben. Auf Antrag wird die Aufhebung nach Satz 1 von der zuständigen Behörde schriftlich bestätigt.
- 8.7 Die Bestimmung eines Krankenhauses ist stets widerruflich. Sie kann gegenüber einem Krankenhaus widerrufen werden, wenn die Bestimmung unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten, nach dem Umfang der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten oder insbesondere infolge eines nicht nur unerheblich und nicht nur kurzzeitig veränderten Versorgungsbedarfs, nicht mehr erforderlich ist. Im Falle eines Widerrufs endet der Anspruch auf die Ausgleichszahlung am vierzehnten Tag nach dem im Widerruf bestimmten Zeitpunkt. § 21 Abs. 1a Satz 6 und 7 KHG bleibt unberührt.
- 8.8 Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege veröffentlicht in seinem Internetauftritt wöchentlich, letztmalig nach Ablauf der Frist nach § 21 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 2a Satz 4 KHG, eine Liste der für Ausgleichszahlungen bestimmten Krankenhäuser mit tagesgenauen Angaben über Beginn und Ende der jeweiligen Bestimmungen. Nach Ablauf der Frist nach § 21 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 2a Satz 4 KHG wird der letzte Stand der Bestimmungszeiträume abschließend im Bayerischen Ministerialblatt veröffentlicht.

9. Übergangsregelung

Die auf Grundlage der Allgemeinverfügungen vom 2. und vom 23. November 2020, vom 9. und vom 23. Dezember 2020 sowie vom 28. Januar 2021 (BayMBl. 2020 Nrn. 618, 663, 733 und 811, BayMBl. 2021 Nr. 78), erfolgten Bestellungen zum Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination (Nr. 2.3), zum Ärztlichen Koordinator der Regierung (Nr. 2.5) oder zum landesweiten Koordinator des LGL (Nr. 2.6) sowie die Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG (Nr. 8) gelten weiter.

10. Sofortvollzug

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

11. Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Fortgeltung

11.1 Diese Allgemeinverfügung tritt am 11. Juni 2021 in Kraft und mit Ablauf des 31. Oktober 2021 außer Kraft. Abweichend von Satz 1 treten Nrn. 2, 3, 6.1 und 6.2 mit Ablauf des 18. Juli 2021 außer Kraft; Nr. 6.3 wird mit Wirkung vom 19. Juli 2021 Nr. 6.

11.2 Die Allgemeinverfügung vom 28. Januar 2021, Az. D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-208 (BayMBl. 2021 Nr. 78), zuletzt geändert durch Allgemeinverfügung vom 8. April 2021, Az. D4-2257-3-43 und Az. G24-K9000-2020/134-226 (BayMBl. 2021 Nr. 260), tritt mit Ablauf des 10. Juni 2021 außer Kraft.

Begründung

Das neuartige 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 auch auf den Höhepunkten der Infektionszahlen ebenso wie in sogenannten „Hotspots“ stets unter Kontrolle.

Die positive Entwicklung des Infektionsgeschehens in den vergangenen Wochen in breiter Hinsicht hat Anlass zur Erleichterung gesellschaftlicher ebenso wie versorgungstechnischer Restriktionen gegeben.

Der Fortschritt der Impfkampagne, der insbesondere dadurch erreichte positive Verlauf des Infektionsgeschehens und der konstante Rückgang von COVID-19-Fällen in Krankenhäusern, der trotz zahlreicher gesellschaftlicher Erleichterungen zu verzeichnen ist, haben es nunmehr erlaubt, das Ende des bayernweiten Katastrophenfalls mit Ablauf des 6. Juni 2021 nach Art. 4 Abs. 1 Satz 1 BayKSG festzustellen.

Mit der vorliegenden Allgemeinverfügung werden die bislang geltenden Regelungen der deutlich gebesserten Pandemielage, der damit korrespondierenden allmählichen Normalisierung des Krankenhausbetriebs und der Feststellung des Endes der Katastrophe nach Art. 4 Abs. 1 Satz 1 BayKSG angepasst. Insbesondere werden die Bestellungen der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination, der Ärztlichen Koordinatoren der Regierungen und des landesweiten Koordinators des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit spätestens mit Ablauf des 18. Juli 2021 und damit sechs Wochen, nachdem zum 7. Juni 2021 das Ende des Katastrophenfalls nach Art. 4 Abs. 1 Satz 1 BayKSG festgestellt wurde, beendet. Damit einhergehend werden die auf das Katastrophenschutzrecht gegründeten Anordnungsbefugnisse der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordination und der Regierungen nicht mehr in die Allgemeinverfügung aufgenommen.

Die eintretende Entspannung im Krankenhausbetrieb ermöglicht es überdies, die zuvor krisenbedingt notwendige Heranziehung von Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie den Einsatz sogenannter Abstromeinrichtungen mit sofortiger Wirkung zu beenden. Ebenfalls werden die Bestimmungen ausgleichszahlungsberechtigter Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a KHG korrespondierend mit dem bundesrechtlich bestimmten Ende der Ausgleichszahlungen aufgehoben.

Es bleibt jedoch bei Vorkehrungen, mit denen unter Nutzung der behördlichen Strukturen, der Kenntnisse des Rettungsdienstes sowie unter Einbeziehung der Krankenhausträger auch weiterhin im lokalen Bedarfsfall eine geordnete Organisation der Patientenströme gewährleistet wird. In diesem Zusammenhang ist auch klarzustellen, dass sämtliche stationäre Einrichtungen, die im Lauf des Krisengeschehens mit

Mitwirkungspflichten belegt worden sind, jederzeit gewärtig sein müssen, bei einem erheblichen Wiederanstieg der Infektionszahlen und entsprechendem Bedarf erneut zur Bewältigung der Pandemie herangezogen zu werden.

Erhalten bleiben die über die gesamte Krisenzeit hinweg bewährten täglichen Meldungen im Meldesystem IVENA, die neben der Belegungssteuerung als solcher auch ein laufendes Monitoring des Infektionsgeschehens ermöglicht haben und so auch zur etwaigen Frühwarnung vor einer weiteren pandemischen Welle beitragen können. Ebenfalls aufrecht erhalten bleiben die beihilferechtlichen Betrauungen und die organisatorischen Maßgaben für den Infektionsschutz in stationären Einrichtungen.

Hierzu 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-Patienten zu orientieren. Soweit absehbar ist, dass die Kapazitäten anderweit in Kürze nicht mehr ausreichen würden, haben sie aufschiebbar Behandlungen je nach den Umständen vor Ort ganz oder teilweise zurückzustellen.

Zu Nr. 2:

Zur möglichst dezentralen Steuerung der Patientenströme bleibt für einen Übergangszeitraum bis sechs Wochen nach Feststellung des Endes der Katastrophe nach Art. 4 Abs. 1 Satz 1 BayKSG (Ablauf des 18. Juli 2021) für jeden Zuständigkeitsbereich eines ZRF in Bayern ein Ärztlicher Leiter Krankenhauskoordination mit umfassenden Weisungsrechten eingesetzt, der als weisungsunabhängiger Beauftragter auf Ebene der ZRF tätig wird. Bis zum 18. Juli 2021 kann die Regierung im Einvernehmen mit ihrem Ärztlichen Koordinator stets widerruflich das Ruhen der Funktion des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination anordnen, wenn die 7-Tage-Inzidenz in dem jeweiligen ZRF-Gebiet seit mindestens zwei Wochen stabil unter 50 liegt und eine Gesamtwürdigung der Belegungslage der Krankenhäuser in der Region das Ende des Einsatzes des Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination rechtfertigt.

Auf Landesebene wird ebenfalls noch bis 18. Juli 2021 ein Koordinator des LGL bestimmt, der insbesondere für den Austausch mit dem Ärztlichen Koordinator der Regierung und bei Bedarf mit den nachgeordneten Strukturen zur Verfügung steht.

Zur überregionalen Kapazitätssteuerung werden die Ärztlichen Leiter bis zum 18. Juli 2021 ihrerseits durch den Ärztlichen Koordinator auf Ebene der Regierungsbezirke unterstützt.

Zu Nr. 3:

Der Ärztliche Leiter Krankenhauskoordination ist beauftragt, auf die Gewährleistung der akutstationären Versorgung hinzuwirken, soweit diese akut durch die Versorgung von COVID-19-Erkrankten gefährdet ist. Es bleibt für den Übergangszeitraum bis 18. Juli 2021 in Stufe 1 der möglichen Maßnahmen (Nr. 3.4.1) bei den Aufgaben und Befugnissen, die bereits vor Feststellung der Katastrophe geregelt waren. In Stufe 2 entfallen die Eingriffsbefugnisse gegenüber den Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation. Hierzu korrespondiert das Ende der entsprechenden Entschädigungsleistungen (Vorhaltepauschalen) mit Ablauf des 31. Mai 2021. Gleichzeitig wird die zuvor auf Katastrophenschutzrecht gestützte Befugnis des Ärztlichen Leiters, bei Bedarf Personal von stationären Einrichtungen in andere Krankenhäuser abzuziehen, mit Feststellung des Endes der Katastrophe nicht mehr in die Allgemeinverfügung aufgenommen.

Zudem wird die Bestellung sogenannter Abstromeinrichtungen, die mit der Aufnahme von Personen beauftragt wurden, die zwar keiner akutstationären Behandlung mehr bedurften, bei denen aber die Gefahr einer Erregerübertragung noch nicht ausgeschlossen werden konnte, beendet (frühere Nr. 3.4.3.3). Das abflauende Pandemiegeschehen, vor allem aber der weitgehende Impffortschritt in Pflegeheimen lassen den Bedarf für solche Einrichtungen entfallen. Korrespondierend enden auch die hierfür vorgesehenen Entschädigungsleistungen.

Zu Nrn. 4 und 5:

Die Nrn. 4 und 5 werden unverändert aus den früher geltenden Allgemeinverfügungen übernommen.

Zu Nrn. 6 und 7:

Die Nrn. 6 und 7 werden weitgehend unverändert aus den früher geltenden Allgemeinverfügungen übernommen. Lediglich in Nr. 6.2 wird die Entlassung der Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge aus ihren zuvor erweiterten Mitwirkungspflichten nachvollzogen.

Zu Nr. 8:

Mit der Änderung werden Bestimmungen ausgleichszahlungsberechtigter Krankenhäuser nach § 21 Abs. 1a KHG – soweit sie nicht ohnehin nach Nr. 8.6 Satz 1 der Allgemeinverfügung aufgehoben sind – automatisch mit Ende des bundesrechtlich bestimmten Endes des Ausgleichszeitraums aufgehoben. Gleichzeitig wird klargestellt, dass die bisher wöchentlich im Internetauftritt des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege veröffentlichte Liste der nach § 21 Abs. 1a KHG bestimmten Krankenhäuser letztmalig nach Ablauf des genannten Zeitraums online gestellt wird. Zur Herstellung der notwendigen Transparenz und Rechtssicherheit wird die Liste nach gewisser Zeit, die insbesondere zur finalen Überprüfung und zur Berücksichtigung etwaiger Änderungsmeldungen des Robert Koch-Instituts nötig ist, im Bayerischen Ministerialblatt veröffentlicht werden.

Zu Nr. 9:

Bestellungen zum Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung (Nr. 2.3), zum Ärztlichen Koordinator der Regierung (Nr. 2.5) oder zum landesweiten Koordinator des LGL (Nr. 2.6) sowie die Bestimmungen nach § 21 Abs. 1a KHG (Nr. 8), die auf Grundlage einer der früheren Allgemeinverfügungen erfolgt sind, gelten weiter.

Zu Nr. 10:

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 und das KHG 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 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. 11:

Nr. 11 regelt das Inkrafttreten zum 11. Juni 2021 und die damit korrespondierende Aufhebung der Allgemeinverfügung vom 28. Januar 2021, Az. D4-2257-3-43 und G24-K9000-2020/134-208 (BayMBl. 2021 Nr. 78), zuletzt geändert durch Allgemeinverfügung vom 8. April 2021, Az. D4-2257-3-43 und Az. G24-K9000-2020/134-226 (BayMBl. 2021 Nr. 260). Mit dem Ende der Bestellung der Ärztlichen Leiter Krankenhauskoordinierung, der Ärztlichen Koordinatoren der Regierungen und des landesweiten Koordinators des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit enden auch die korrespondierenden Aufgaben und Befugnisse. Abweichend von den übrigen Regelungen treten damit die Nrn. 2, 3, 6.1 und 6.2 mit Ablauf des 18. Juli 2021 außer Kraft.

gez.

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.betrieb@jva-ll.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 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.