



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Franz Bergmüller, Markus Bayerbach, Gerd Mannes, Jan Schiffers, Josef Seidl, Ulrich Singer, Andreas Winhart, Christian Kligen AfD**
vom 26.03.2020

Die Vorbereitungen der Staatsregierung auf eine Corona-Pandemie angesichts der Vorgabe der Bundeskanzlerin, die bei ca. 2 Prozent Todesrate mit einer Infektionsrate von 60 Prozent bis 70 Prozent, also ca. 1 Million Corona-Tote rechnet

Am 12.03.2020 meldeten die Zeitungen, dass die Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel in einer internen Sitzung gesagt habe „60 bis 70 Prozent der Bevölkerung könnten infiziert werden“. Nimmt man 65 Prozent der Bevölkerung und legt die aus Österreich bekannte Zahl einer Mortalität von 2 Prozent zugrunde, so rechnet die Bundeskanzlerin derzeit mit $83\,000\,000 \text{ Einwohnern} * 65/100 * 2/100 = 1\,079\,000$ Corona-Toten. Im Gegensatz zu Deutschland, hofft Österreich mit rigorosen Beschränkungen z. B. beim Reiseverkehr, durch Schließung aller Schulen etc. die Infektionsrate zu drücken: „Krause betonte weiters, das die Rate der Patienten, die am Coronavirus versterben, mit einem bis drei Prozent „relativ konstant“ sei (...) Man kalkuliere mit dem Zehnfachen der offiziellen Zahlen aus dem Epizentrum der Erkrankung, der chinesischen Region Hubei. Entsprechend plane man die Zahl der für Intensivbehandlung erforderlichen Betten und Beatmungsgeräte sowie andere Ressourcen.“ (<https://www.krone.at/2115620>). Einschätzungen, die Fragen zur Vorbereitung aufwerfen:

Am 28.01.2020 meldete die Presse die erste Mensch-zu-Mensch-Ansteckung außerhalb Asiens: „Die Mitarbeiterin aus Shanghai sei vergangene Woche in Stockdorf gewesen und sei nach ihrer Rückkehr nach China positiv auf das Coronavirus getestet worden, teilte Webasto mit. Zuvor hatte sie Besuch von ihren Eltern gehabt, die aus der Region Wuhan stammten.“ (<https://www.zdf.de/nachrichten/politik/coronavirus-ersterfall-deutschland-pressekonferenz-100.html>).

Am 31.01.2020 schaltete sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein: „Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat aufgrund der zunehmenden weltweiten Verbreitung des Coronavirus den internationalen Gesundheitsnotstand ausgerufen. Damit sind alle Staaten dazu aufgerufen, besondere Maßnahmen zu ergreifen und sich dabei zu koordinieren.“ (<https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/gesundheitsnotstand-deutschland-offenbar-gut-auf-coronavirus-situation-vorbereitet-a-6907d912-81f1-4377-ae39-a1ebdc30d9d5>).

Der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn: „Deutschland ist gut vorbereitet: Zur „Einordnung“ betonte Spahn, dass der Krankheitsverlauf beim Coronavirus milder sei als etwa bei einer Grippe. „An einer Grippe, wenn sie schwer verläuft, sterben in Deutschland bis zu 20 000 Menschen im Jahr.“ Auf die Frage, ob in Deutschland wie in China auch die Abschottung ganzer Städte möglich sei, führte Spahn das Beispiel von Masern an, die deutlich ansteckender seien als das Coronavirus. „Und wir bekommen auch einen Masern-Ausbruch in Deutschland mit deutlich milderer Maßnahmen in den Griff, als wir sie derzeit in China sehen (...) Im Fall der Fälle weiß jeder, wer verantwortlich ist und was er zu tun hat.“ (https://rp-online.de/politik/deutschland/corona-virus-deutschland-ist-gut-vorbereitet-so-jens-spahn_aid-48585237).

Aus der Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung, Stand 04.03.2020: „Die Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung soll deshalb auch die Öffentlichkeit über die potenziellen Gefahren einer Pandemie informieren, die Planungen transparent machen, die erforderlichen Maßnahmen aufzeigen (...) Ziel dieser Strategie ist es, Zeit zu gewinnen, um sich bestmöglich vorzubereiten und mehr über die Eigenschaften des

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

Virus zu erfahren, Risikogruppen zu identifizieren, Schutzmaßnahmen für besonders gefährdete Gruppen vorzubereiten, Behandlungskapazitäten in Kliniken zu erhöhen, antivirale Medikamente und die Impfstoffentwicklung auszuloten. (...) Um den Anteil schwerer Krankheitsverläufe zu reduzieren, müssen vulnerable Personengruppen besonders geschützt werden. Das bedeutet, dass im Gesundheitswesen eine möglichst getrennte Versorgung von SARS-CoV-2-Infizierten und anderen Patienten etabliert werden muss (...)“ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile).

Der Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI) Prof. Dr. Lothar H. Wieler richtete auf dieser Basis am 10.03.2020 folgenden eindringlichen Appell an die Bevölkerung des Landes: „Es ist eine ernste Situation, ich fordere alle Bürgermeister und Landräte auf, ihre Krisenpläne zu aktivieren, ich fordere alle Ärzte, Krankenhäuser und Hospitäler auf, ihre Krisenpläne zu aktivieren“, die Krankenhäuser müssten sich darauf vorbereiten, ihre Strukturen anzupassen. „Wir stehen am Anfang dieser Epidemie“, sagte Wieler. „Wir werden sie nur bewältigen, wenn alle Verantwortungsträger mit dieser bevorstehenden Krise entsprechend umgehen.“ (https://www.deutschlandfunk.de/covid-19-krisenplaene-fuer-krankenhaeuser-wegen-coronavirus.1939.de.html?drn:news_id=1109152).

Wie bei den Messstationen für CO₂, NO_x, Nitrat gibt es auch beim Coronavirus Zweifel an den Messmethoden der Behörden. Diesmal betreffend die Messung der Todeszahlen. „Italien zählte bis zum Sonntagabend 7375 Corona-Infizierte, von denen 366 gestorben sind. Das entspricht einer Sterblichkeit von 4,96 Prozent. Deutschland kam dagegen bis Montagmittag auf 1139 Fälle – bei nur zwei Toten. Das ergibt eine Letalität von knapp 0,17 Prozent (...) Eine Analyse der ersten 104 Todesfälle hat ergeben, dass mehr als zwei Drittel der untersuchten Verstorbenen an mindestens zwei mehr oder weniger lebensbedrohlichen Vorerkrankungen gelitten haben. Etliche von ihnen hätten auch ohne Infektion durch das Virus nicht mehr lange gelebt – oder sie hätten die Virus-Infektion vermutlich überlebt, wenn sie nicht schon schwer erkrankt und ihr Immunsystem geschwächt gewesen wäre. Auch diese Todesfälle werden in der italienischen Fallstatistik mitgezählt. In anderen Ländern wären sie schon gar nicht auf das Coronavirus getestet worden.“ (https://www.tagesspiegel.de/politik/coronavirus-in-europa-letalitaet-in-deutschland-30-mal-niedriger-als-in-italien-wie-ist-das-moeglich/25626678.html?utm_source=pocket-newtab).

Ich frage die Staatsregierung:

1. Fallzahlen 5
 - 1.1 Welche Zahl bestätigter Corona-Fälle sind dem Gesundheitsamt in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land bekannt (bitte seit dem ersten Auftreten mindestens im Wochenrhythmus, vorzugsweise im Tagesrhythmus aufschlüsseln)? 5
 - 1.2 Aus welchen Gründen entwickelten sich die bestätigten Fallzahlen im Landkreis Freising bis 12.03.2020 so stark (bitte seit dem ersten Auftreten für Freising mindestens im Zwei-Tagesrhythmus aufschlüsseln)? 6
 - 1.3 Teilt die Staatsregierung die von der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel in den Raum gestellten Infektionsraten von 60 Prozent bis 70 Prozent der Bevölkerung bei einer Mortalitätsrate von 1 Prozent bis 3 Prozent, von der z. B. die Regierung Österreichs ausgeht (bitte Abweichungen begründen)? 6
2. Aufruf des Präsidenten des Robert Koch-Instituts 6
 - 2.1 Teilt die Staatsregierung die Auffassung des Präsidenten des Robert Koch-Instituts „Wir stehen am Anfang dieser Epidemie“? 6
 - 2.2 Teilt die Staatsregierung die Aufforderung des Präsidenten des Robert Koch-Instituts „Es ist eine ernste Situation, ich fordere alle Bürgermeister und Landräte auf, ihre Krisenpläne zu aktivieren, ich fordere alle Ärzte, Krankenhäuser und Hospitäler auf, ihre Krisenpläne zu aktivieren“? 6
 - 2.3 Teilt die Staatsregierung die Auffassung des Präsidenten des Robert Koch-Instituts „Wir werden sie nur bewältigen, wenn alle Verantwortungsträger mit dieser bevorstehenden Krise entsprechend umgehen“? 6

3.	Die vom Präsidenten des Robert Koch-Instituts Prof. Dr. Lothar H. Wieler erwähnten Krisenpläne	6
3.1	Welche – z. B. auch selbst erarbeiteten – Krisenpläne haben – z. B. nach Kenntnis des zuständigen Gesundheitsamts – die Kliniken in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land für durch Viren ausgelöste Pandemien (bitte für jede Klinik das Datum der Erstellung des Plans, den Umfang des Plans und die enthaltenen Maßnahmen zu Virenpandemien angeben)?	6
3.2	Welche – z. B. auch selbst erarbeiteten – Krisenpläne haben die Landratsämter in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land für durch Viren ausgelöste Pandemien (bitte Datum der Erstellung des Plans, Umfang des Plans und die enthaltenen Maßnahmen zu Virenpandemien angeben)?	6
3.3	Welche – z. B. auch selbst erarbeiteten – Krisenpläne der Städte und Gemeinden in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land für durch Viren ausgelöste Pandemien sind z. B. den entsprechenden Landratsämtern als Aufsichtsbehörden dieser Städte und Gemeinden bekannt (bitte Datum der Erstellung des Plans, Umfang des Plans und die enthaltenen Maßnahmen zu Virenpandemien angeben)?	6
4.	Vorbereitung Krankenhäuser	7
4.1	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land wurde wegen Corona eine Task-Force aus mindestens Vertretern der Krankenhäuser mit Vertretern der Gesundheitsämter gebildet (bitte Datum der ersten Tagung angeben und deren Zusammensetzung aufschlüsseln)?	7
4.2	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land wurden Maßnahmen eingeleitet, um die Anzahl der Intensivbetten und/oder der Beatmungsgeräte anzuheben (bitte die Anzahl der zusätzlich geschaffenen Intensivbetten und/oder der Beatmungsgeräte aufschlüsseln)?	7
4.3	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land wurden Maßnahmen eingeleitet, um die vom RKI geforderte getrennte Patientenversorgung zu ermöglichen (bitte für jedes Krankenhaus aufschlüsseln: von der getrennten Erfassung vor dem Betreten des Krankenhauses über die Betreuung, bis zur Entlassung)?	7
5.	Vorbereitung Material	8
5.1	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt bekannt, dass Schutzausrüstung nicht für das gesamte Krankenhauspersonal vorhanden ist (bitte nach Masken zum Schutz vor Tröpfcheninfektion, Schutzkleidung, insbesondere Schutzkittel, Desinfektionsmitteln, Arbeitsmaterialien aufschlüsseln)?	8
5.2	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt ein bestehender oder drohender Mangel oder eine Rationierung an Schutzausrüstung für das am coronainfizierten Patienten arbeitende Personal bekannt (bitte nach Masken zum Schutz vor Tröpfcheninfektion, Schutzkleidung, insbesondere Schutzkittel, Desinfektionsmitteln, Arbeitsmaterialien aufschlüsseln)?	8
5.3	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt ein bestehender oder drohender Mangel oder eine Rationierung an Schutzausrüstung für Personal der Notaufnahme und/oder der Intensivstationen bekannt (bitte nach Masken zum Schutz vor Tröpfcheninfektion, Schutzkleidung, insbesondere Schutzkittel, Desinfektionsmitteln, Arbeitsmaterialien aufschlüsseln)?	8

6.	Vorbereitung Personal	9
6.1	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt bekannt, dass in den Krankenhäusern Pläne vorhanden sind, für den Fall des Falles den Regelbetrieb herunterzufahren, um mehr Personal für die Betreuung von Corona-Patienten zu gewinnen (bitte hierbei den Umfang der Möglichkeiten der Umschichtung von Personal in Prozent des an einem Werktag beschäftigten Personals für jedes der Krankenhäuser in diesem Landkreis angeben)?	9
6.2	Welche Bedingungen müssen nach Überzeugung des zuständigen Landratsamts/Gesundheitsamts eintreten, damit in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ein Besucherstopp in Krankenhäusern, Altenheimen nach dem Vorbild von z. B. Liechtenstein eingeführt wird?.....	9
6.3	In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Landratsamt bekannt, dass seit dem 28.01.2020 die Fehlzeiten des Krankenhauspersonals gestiegen sind (bitte für jedes der Krankenhäuser in diesem Landkreis angeben)?	9
7.	Fallzahlen bei verstorbenen Corona-Opfern.....	9
7.1	Welche Erklärung hat die Staatsregierung für das Faktum, dass in Italien – Stand 08.03.2020 – von 7 375 Corona-Infizierten, 366 verstorben sind, was einer Sterblichkeit von 4,96 Prozent entspricht, während Deutschland – Stand 09.03.2020 Mittag – 1 139 Fälle verzeichnet, von denen nur zwei Personen verstorben sind, was einer Sterblichkeit von 0,17 Prozent entspricht (bitte ausführlich darlegen, worin die Staatsregierung den Grund für dieses 30-fache Auseinanderklaffen in den Sterbezahlen sieht)?	9
7.2	Welche amtlichen Vorgaben bestehen, die auf die Zählweise von Corona-Opfern einen Einfluss haben (bitte alle Rechtsgrundlagen zitieren und alle anderen Vorgaben, z. B. auch Weisungen, Verwaltungspraxis etc., die in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land Gültigkeit haben)?	10
7.3	Welche Verwaltungspraxis bzw. Vorgaben betreffend die statistische Erfassung zum Feststellen von Todesursachen gibt es für die Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land, wenn ein Patient mit dem Coronavirus infiziert war und auch mindestens eine lebensbedrohliche Vorerkrankung hatte und dann verstarb (bitte ausführlich begründen)?	10
8.	Maßnahmen	11
8.1	Welche Maßnahmen haben das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und/oder die Landratsämter in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE; M-Land, RO-Stadt, RO-Land seit der Bekanntgabe der ersten Erkrankung bei Webasto in Stockdorf durchgeführt, um sich auf die seither absehbare Pandemie/Epidemie vorzubereiten (bitte insbesondere für jeden der Landkreise einzeln die Vorbereitung aufschlüsseln für Schutz-ausstattung – mit Angabe des Datums – z. B. in Gestalt von Weisungen zur Beschaffung von Masken, Brillen, Schutzanzügen, Beatmungsgeräten etc.; – mit Angabe des Datums – z. B. Weisung – zum Vorhalten von Krankenhausbetten; – mit Angabe des Datums – z. B. Weisung zum Vorhalten von Vorräten etc.)?	11
8.2	Sind bei dem Verbot von Ansammlungen von über 1 000 Personen auch der S-Bahn-Verkehr, der U-Bahn-Verkehr, der Verkehr der Bundesbahn, der Bus/Tram-Verkehr etc. enthalten, bei welchen sich zu jeder Rushhour täglich hunderttausende Menschen auf engstem Raum zusammenpressen müssen (bitte ausführlich begründen)?	11
8.3	Aus welchem Grund haben die Staatsregierung und – nach Kenntnis der Staatsregierung – die Bundesregierung es angesichts einer von der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel vorhergesagten Infektionsrate von 65 Prozent der Bevölkerung für angemessen erachtet, bei einer Mortalitätsrate von ca. 2 Prozent, also angesichts von 1 Million im Raum stehender Corona-Toter in Deutschland, den Einsatz „radikaler Maßnahmen“ im Vergleich zu Nachbarländern – wie es z. B. Österreich am 12.03.2020 z. B. durch Schließung der Schulen und Universitäten, Abriegelung des Reiseverkehrs zu Gebieten mit Infizierten, z. B. nach Italien, etc. vorgemacht hat – zu verzögern?	12

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

vom 27.06.2020

1. Fallzahlen

1.1 Welche Zahl bestätigter Corona-Fälle sind dem Gesundheitsamt in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land bekannt (bitte seit dem ersten Auftreten mindestens im Wochenrhythmus, vorzugsweise im Tagesrhythmus aufschlüsseln)?

Die Anzahl der Corona-Fälle, die durch die Gesundheitsämter der benannten Landkreise (LK; SK = Stadtkreis) an das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) übermittelt wurden, ist in folgender Auflistung dargestellt.

Melde- datum	LK Altötting	LK Berch- tesgade- ner Land	LK Ebers- berg	LK Erding	LK Mün- chen	LK Rosen- heim	SK Rosen- heim	Gesamt
04. Feb					1			1
02. Mrz			1					1
03. Mrz			1		2	1		4
05. Mrz					2			2
06. Mrz			3					3
07. Mrz			1					1
08. Mrz			3					3
09. Mrz			2	3	3			8
10. Mrz			5		6			11
11. Mrz				4	5	2	1	12
12. Mrz		2	4		9	3		18
13. Mrz			4	3	17	11		35
14. Mrz					1			1
15. Mrz			3	6	26	7	2	44
16. Mrz		5	4	1	2	9		21
17. Mrz	1	1	3	6	28	5		44
18. Mrz	6		8	11	32	14	4	75
19. Mrz	6	1	2	18	33	8		68
20. Mrz	4		8	14	54	98	15	193
21. Mrz	10			18	37	16	7	88
22. Mrz	8		8	25	18	43	19	121
23. Mrz	2	11	12	13	33	10	1	82
24. Mrz	10	19	17	16	29	44	4	139
25. Mrz	25	8	25	32	60	88	18	256
Gesamt	72	47	114	170	398	359	71	1231

Die tagesaktuellen Zahlen aller Landkreise sind auf der Homepage des LGL unter folgendem Direktlink abrufbar: https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm.

1.2 Aus welchen Gründen entwickelten sich die bestätigten Fallzahlen im Landkreis Freising bis 12.03.2020 so stark (bitte seit dem ersten Auftreten für Freising mindestens im Zwei-Tagesrhythmus aufschlüsseln)?

Der Indexpatient im Landkreis (Lkr.) Freising hatte das Faschingstreiben in Nordrhein-Westfalen besucht und sich wahrscheinlich dort angesteckt. Nach der Faschingsveranstaltung in Nordrhein-Westfalen nahm der Betroffene an mehreren Faschingsveranstaltungen im Lkr. Freising teil. Es ist davon auszugehen, dass von dort eine große Ansteckungswelle ausging. Detailliertere Angaben liegen der Staatsregierung nicht vor.

1.3 Teilt die Staatsregierung die von der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel in den Raum gestellten Infektionsraten von 60 Prozent bis 70 Prozent der Bevölkerung bei einer Mortalitätsrate von 1 Prozent bis 3 Prozent, von der z. B. die Regierung Österreichs ausgeht (bitte Abweichungen begründen)?

Die Einschätzungen beruhen auf den Informationen, die aus anderen Staaten u. a. in China gewonnen wurden. Da es sich um einen neuartigen Erreger handelt, können sich diese Einschätzungen im Lauf der Pandemie verändern und müssen ggf. angepasst werden. Derzeit teilt die Staatsregierung diese Auffassung.

2. Aufruf des Präsidenten des Robert Koch-Instituts

2.1 Teilt die Staatsregierung die Auffassung des Präsidenten des Robert Koch-Instituts „Wir stehen am Anfang dieser Epidemie“?

2.2 Teilt die Staatsregierung die Aufforderung des Präsidenten des Robert Koch-Instituts „Es ist eine ernste Situation, ich fordere alle Bürgermeister und Landräte auf, ihre Krisenpläne zu aktivieren, ich fordere alle Ärzte, Krankenhäuser und Hospitäler auf, ihre Krisenpläne zu aktivieren“?

2.3 Teilt die Staatsregierung die Auffassung des Präsidenten des Robert Koch-Instituts „Wir werden sie nur bewältigen, wenn alle Verantwortungsträger mit dieser bevorstehenden Krise entsprechend umgehen“?

Die Staatsregierung kommentiert nicht einzelne Aussagen des Präsidenten des RKI.

3. Die vom Präsidenten des Robert Koch-Instituts Prof. Dr. Lothar H. Wieler erwähnte Krisenpläne

3.1 Welche – z. B. auch selbst erarbeiteten – Krisenpläne haben – z. B. nach Kenntnis des zuständigen Gesundheitsamts – die Kliniken in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land für durch Viren ausgelöste Pandemien (bitte für jede Klinik das Datum der Erstellung des Plans, den Umfang des Plans und die enthaltenen Maßnahmen zu Virenpanidemien angeben)?

Die Kliniken in den genannten Landkreisen sind für die Erstellung der Krisenpläne eigenverantwortlich zuständig. Es besteht keine Meldepflicht gegenüber dem Freistaat.

3.2 Welche – z. B. auch selbst erarbeiteten – Krisenpläne haben die Landratsämter in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land für durch Viren ausgelöste Pandemien (bitte Datum der Erstellung des Plans, Umfang des Plans und die enthaltenen Maßnahmen zu Virenpanidemien angeben)?

3.3 Welche – z. B. auch selbst erarbeiteten – Krisenpläne der Städte und Gemeinden in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land für durch Viren ausgelöste Pandemien sind z. B. den entsprechenden Landratsämtern als Aufsichtsbehörden dieser Städte und Gemeinden bekannt (bitte Datum der Erstellung des Plans, Umfang des Plans und die enthaltenen Maßnahmen zu Virenpanidemien angeben)?

Die Kreisverwaltungsbehörden sind gemäß Art. 2 Abs. 1 Bayerisches Katastrophenschutzgesetz (BayKSG) untere Katastrophenschutzbehörden.

Kreisangehörige Gemeinden nehmen die Aufgaben der Katastrophenschutzbehörde als Sicherheitsbehörde nur dann wahr, wenn sie während einer Katastrophe ohne Verbindung mit der Kreisverwaltungsbehörde sind. Als Vorbereitungsmaßnahme auf die Folgen von Katastrophen haben sämtliche Kreisverwaltungsbehörden gemäß Art. 3 Nr. 1 BayKSG einen allgemeinen Katastrophenschutzplan für ihren Zuständigkeitsbereich zu erstellen und diesen ständig den aktuellen Erfordernissen anzupassen. Der Katastrophenschutzplan enthält eine Vielzahl an Informationen, die benötigt werden, um mit Menschen und Material die Folgen von Katastrophen jeder Art möglichst rasch zu bewältigen.

4. Vorbereitung Krankenhäuser

4.1 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land wurde wegen Corona eine Task-Force aus mindestens Vertretern der Krankenhäuser mit Vertretern der Gesundheitsämter gebildet (bitte Datum der ersten Tagung angeben und deren Zusammensetzung aufschlüsseln)?

Mit Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 24.03.2020 wurde im Zuständigkeitsbereich eines jeden Zweckverbands für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) die Funktion eines Ärztlichen Leiters Führungsgruppe Katastrophenschutz (Ärztlicher Leiter FÜGK) eingerichtet und in allen 26 ZRF auch umgehend besetzt. Der Ärztliche Leiter FÜGK hat die Aufgabe, das Betten- und Behandlungskapazitätenmanagement sowie die Patientenströme aller Einrichtungen in der jeweiligen Versorgungsregion für die Bekämpfung der Coronapandemie übergeordnet zu steuern. Er stimmt sich eng mit der Integrierten Leitstelle (ILS), den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD) im Bereich des Rettungsdienstes und der ebenfalls neu geschaffenen COVID-19-Koordinierungsgruppe Krankenhaus ab. Außerdem kann er 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.

4.2 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land wurden Maßnahmen eingeleitet, um die Anzahl der Intensivbetten und/oder der Beatmungsgeräte anzuheben (bitte die Anzahl der zusätzlich geschaffenen Intensivbetten und/oder der Beatmungsgeräte aufschlüsseln)?

Gemäß Nr. 3.2 der Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 24.03.2020 sind die Krankenhäuser 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.

Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) hat am 21.03.2020 eine telefonische Abfrage bei allen akutstationären Krankenhäusern in Bayern (ohne rein psychiatrische Einrichtungen) durchgeführt und die aktuell betriebenen Intensivbettenkapazitäten erhoben. Hierbei wurden von den Krankenhäusern 2 633 Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit und mindestens 1 000 weitere Intensivbetten mit nichtinvasiver Beatmungsmöglichkeit gemeldet.

4.3 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land wurden Maßnahmen eingeleitet, um die vom RKI geforderte getrennte Patientenversorgung zu ermöglichen (bitte für jedes Krankenhaus aufschlüsseln: von der getrennten Erfassung vor dem Betreten des Krankenhauses über die Betreuung, bis zur Entlassung)?

Die Krankenhäuser wurden in Nr. 8.2 und 8.3 Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 24.03.2020 dazu verpflichtet, präklinisch 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. 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. Wenn es aufgrund der örtlichen Gegebenheiten möglich ist, sind separate Zugangsmöglichkeiten zu den Bereichen zu schaffen, in denen COVID-19-Patienten behandelt werden.

5. Vorbereitung Material

- 5.1 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt bekannt, dass Schutzausrüstung nicht für das gesamte Krankenhauspersonal vorhanden ist (bitte nach Masken zum Schutz vor Tröpfcheninfektion, Schutzkleidung, insbesondere Schutzkittel, Desinfektionsmitteln, Arbeitsmaterialien aufschlüsseln)?**
- 5.2 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt ein bestehender oder drohender Mangel oder eine Rationierung an Schutzausrüstung für das am coronainfizierten Patienten arbeitende Personal bekannt (bitte nach Masken zum Schutz vor Tröpfcheninfektion, Schutzkleidung, insbesondere Schutzkittel, Desinfektionsmitteln, Arbeitsmaterialien aufschlüsseln)?**
- 5.3 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt ein bestehender oder drohender Mangel oder eine Rationierung an Schutzausrüstung für Personal der Notaufnahme und/oder der Intensivstationen bekannt (bitte nach Masken zum Schutz vor Tröpfcheninfektion, Schutzkleidung, insbesondere Schutzkittel, Desinfektionsmitteln, Arbeitsmaterialien aufschlüsseln)?**

Vorab ist festzustellen:

Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime im ambulanten und stationären Bereich oder der Rettungsdienst decken unter normalen Umständen ihren Bedarf an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) selbst und beziehen diese aus funktionierenden Einkaufs- und Versorgungssträngen. Die Versorgung mit PSA ist nicht Aufgabe des Freistaates Bayern. Mit dem weltweiten Ausbruch von COVID-19-Erkrankungen und der Einstufung des Infektionsgeschehens als Pandemie und dem damit verbundenen sprunghaften Anstieg des Bedarfs an PSA war der bisherige Markt allerdings faktisch zusammengebrochen.

Die Beschaffung der Produkte und Materialien über die normalen Vertriebskanäle war seither nur sehr eingeschränkt möglich bzw. mit erheblichen Lieferschwierigkeiten und Preissteigerungen verbunden. Um die Gefahr abzuwenden, dass medizinische und pflegerische Versorgung nicht mehr sichergestellt werden konnte, hat der Freistaat Bayern zur Unterstützung der Träger und Leistungserbringer im medizinischen und pflegerischen Bereich dringend benötigte PSA selbst bestellt.

Die vom Freistaat Bayern im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beschafften Materialien (PSA, wie FFP2/FFP3- und OP-Masken, Schutzanzüge, Hände-Desinfektionsmittel) werden durch die Bundesanstalt Technisches Hilfswerk bis auf Ebene der Ortsverbände in Bayern und damit auf die Kreisverwaltungsbehörden verteilt. Die Verteilung innerhalb der Kreisverwaltungsbehörde ist vor Ort durch die zuständige FÜGK festzulegen und zu organisieren. Die Kreisverwaltungsbehörden verteilen die Materialien in eigener Zuständigkeit nach dem Prinzip des Schutzes vulnerabler Gruppen und der medizinischen Notwendigkeit, vorrangig an Krankenhäuser und Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Entsprechend diesem Verfahren sind die vorgenannten Landkreise mit Lieferungen von Material unterstützt worden. Mangel an oder Rationierung von PSA in den dortigen Krankenhäusern sind der Staatsregierung nicht bekannt.

6. Vorbereitung Personal

- 6.1 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Gesundheitsamt bekannt, dass in den Krankenhäusern Pläne vorhanden sind, für den Fall des Falles den Regelbetrieb herunterzufahren, um mehr Personal für die Betreuung von Corona-Patienten zu gewinnen (bitte hierbei den Umfang der Möglichkeiten der Umschichtung von Personal in Prozent des an einem Werktag beschäftigten Personals für jedes der Krankenhäuser in diesem Landkreis angeben)?**

Gemäß Nr. 3.3 Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 24.03.2020 sind die Krankenhäuser, die vom Ärztlichen Leiter FÜGK für die Versorgung von COVID-19-Patienten vorgesehen 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.

Dem StMGP liegen keine Informationen der Landkreise vor.

- 6.2 Welche Bedingungen müssen nach Überzeugung des zuständigen Landratsamts/Gesundheitsamts eintreten, damit in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ein Besucherstopp in Krankenhäusern, Altenheimen nach dem Vorbild von z. B. Liechtenstein eingeführt wird?**

Gemäß Nr. 3 Vorläufige Ausgangsbeschränkung anlässlich der Corona-Pandemie vom 20.03.2020, Az. Z6a-G8000-2020/122-98, war der Besuch der dort genannten Krankenhäuser, Einrichtungen, Wohngemeinschaften, Altenheime und Seniorenresidenzen untersagt.

- 6.3 In welchem der Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land ist dem Landratsamt bekannt, dass seit dem 28.01.2020 die Fehlzeiten des Krankenhauspersonals gestiegen sind (bitte für jedes der Krankenhäuser in diesem Landkreis angeben)?**

Der Staatsregierung liegen keine Erkenntnisse über die Entwicklungen der Fehlzeiten bei Krankenhauspersonal vor.

7. Fallzahlen bei verstorbenen Corona-Opfern

- 7.1 Welche Erklärung hat die Staatsregierung für das Faktum, dass in Italien – Stand 08.03.2020 – von 7 375 Corona-Infizierten, 366 verstorben sind, was einer Sterblichkeit von 4,96 Prozent entspricht, während Deutschland – Stand 09.03.2020 Mittag – 1 139 Fälle verzeichnet, von denen nur zwei Personen verstorben sind, was einer Sterblichkeit von 0,17 Prozent entspricht (bitte ausführlich darlegen, worin die Staatsregierung den Grund für dieses 30-fache Auseinanderklaffen in den Sterbezahlen sieht)?**

Bislang sind nur Schätzungen der Sterblichkeit an dem neuen Coronavirus SARS-CoV-2 möglich, da die genaue Anzahl der infizierten Personen noch nicht abschätzbar ist. Zudem kann derzeit nicht differenziert werden, ob die Patienten an den Folgen von COVID-19 verstorben oder bei bestehender COVID-19-Diagnose aufgrund einer anderen Erkrankung verstorben sind.

Zum Zeitpunkt der Berechnung der Sterblichkeit am 09.03.2020 lag der Altersmedian der SARS-CoV-2-Infizierten in Deutschland bei 41 Jahren [Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 09.03.2020], dieser stieg bis zum Sachstand 26.03.2020 auf 47 Jahre [Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 26.03.2020] an. Im Vergleich dazu lag der Altersmedian in

Italien zum Stand 20.03.2020 bei 63 Jahren (<https://www.tagesschau.de/faktenfinder/letalitaet-coronavirus-101.html>).

Bezogen auf die Ausstattung des Gesundheitssystems und die damit verbundenen Versorgungskapazitäten zeigt sich, dass in Italien mit 8,6 Intensivbetten pro 100 000 Einwohner (Stand 2020 [<https://www.oecd.org/health/>]) deutlich weniger Intensivbetten zur Verfügung stehen als vergleichsweise in Deutschland, wo 33,9 Intensivbetten pro 100 000 Personen (2017 [<https://www.oecd.org/health/>]) zur Verfügung stehen. Die tagessaktuellen Kapazitäten und zur Verfügung stehenden Intensivbetten werden in den täglichen Situationsberichten veröffentlicht und sind auf der Homepage des RKI einsehbar. Dadurch ist es in Deutschland bislang trotz steigender Fallzahlen zu keinem Versorgungsengpass gekommen.

Die geringere Sterblichkeit in Deutschland lässt sich auf die höhere Gesamtzahl der durchgeführten Tests und das strikte Containment sowie die strikten Absonderungsmaßnahmen zurückführen. Bis einschließlich der zwölften Kalenderwoche (KW) konnten in Deutschland 483 295 Proben (RKI, Lagebericht 26.03.2020) getestet werden und bayernweit 187 142 Laboruntersuchungen (https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm) vorgenommen werden. In Italien wurden hingegen zum Stand 18.03.2020 165 000 Tests durchgeführt (<https://www.tagesschau.de/faktenfinder/letalitaet-coronavirus-101.html>).

Durch das höhere Testaufkommen konnten vermehrt Erkrankte und deren Kontaktpersonen der Kategorie I frühzeitig abgesondert werden. Da in Deutschland sowie in Bayern sowohl symptomatische als auch asymptomatische Verdachtsfälle getestet werden, werden viele leicht an COVID-19 Erkrankte detektiert (Stand 26.03.2020). Hierbei werden überproportional Personen erfasst, die viele Sozialkontakte haben, also junge Menschen oder Berufstätige. Diese gehören in der Regel nicht zu der Gruppe der Risikopatienten, sodass in höherem Ausmaß von leichten Krankheitsverläufen ausgegangen werden kann.

- 7.2 Welche amtlichen Vorgaben bestehen, die auf die Zählweise von Corona-Opfern einen Einfluss haben (bitte alle Rechtsgrundlagen zitieren und alle anderen Vorgaben, z. B. auch Weisungen, Verwaltungspraxis etc., die in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land Gültigkeit haben)?**
- 7.3 Welche Verwaltungspraxis bzw. Vorgaben betreffend die statistische Erfassung zum Feststellen von Todesursachen gibt es für die Landkreise AÖ, BGL, ED, EBE, M-Land, RO-Stadt, RO-Land, wenn ein Patient mit dem Coronavirus infiziert war und auch mindestens eine lebensbedrohliche Vorerkrankung hatte und dann verstarb (bitte ausführlich begründen)?**

Gesetzliche Grundlage ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG). Es besteht eine deutschlandweite Meldepflicht nach den §§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 15 Abs. 1 Var. 3 IfSG i. V. m. § 1 Abs. 1 Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 7 Abs. 1 Satz 1 Infektionsschutzgesetz auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus bei Verdacht einer Erkrankung, bei Erkrankung, sowie bei Tod mit Bezug zu einer Infektion, die durch SARS-CoV-2 hervorgerufen wird. Die Falldefinitionen des RKI werden angewandt.

8. Maßnahmen

8.1 Welche Maßnahmen haben das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und/oder die Landratsämter in den Landkreisen AÖ, BGL, ED, EBE; M-Land, RO-Stadt, RO-Land seit der Bekanntgabe der ersten Erkrankung bei Webasto in Stockdorf durchgeführt, um sich auf die seither absehbare Pandemie/Epidemie vorzubereiten (bitte insbesondere für jeden der Landkreise einzeln die Vorbereitung aufschlüsseln für Schutz-ausstattung – mit Angabe des Datums – z. B. in Gestalt von Weisungen zur Beschaffung von Masken, Brillen, Schutzanzügen, Beatmungsgeräten etc.; – mit Angabe des Datums – z. B. Weisung – zum Vorhalten von Krankenhausbetten; – mit Angabe des Datums – z. B. Weisung zum Vorhalten von Vorräten etc.)?

Sofern sich die Frage auf die Materialbeschaffung bezieht, wird auf die Antwort zu den Fragen 5.1 mit 5.3 verwiesen.

Im Folgenden werden die Maßnahmen des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zusammenfassend dargestellt.

Das LGL hat in der ersten Meldewoche 2020 im Rahmen des wöchentlichen LGL-Monitoringberichtes zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten an alle Gesundheitsämter eine allgemeine Meldung zu der Situation in China bezüglich einer neuartigen Lungenkrankheit gegeben. Ab der fünften Kalenderwoche (03.02.2020) erfolgten durch diesen Bericht im Wochenrückblick nunmehr wöchentliche Informationen und Hinweise durch das LGL an alle Gesundheitsämter. Seit März 2020 gibt es zudem zusätzlich täglich einen Situationsbericht zu COVID-19 an alle bayerischen Gesundheitsämter.

Ab dem 29.01.2020 wurde am LGL eine Stabsstelle einschließlich Funktionspostfach als zentrale Anlaufstelle eingerichtet.

Seitdem finden Lagebesprechungen (anfangs zweimal täglich, später einmal täglich) mit allen beteiligten Sachbereichen/Sachgebieten statt, bei denen die erforderlichen Maßnahmen erörtert wurden. Zu jeder Lagebesprechung wurde ein entsprechender Bericht erstellt.

Das LGL hat vorausschauend bereits Mitte Januar, zeitgleich mit der Bundeswehr als eines der ersten Labore in Bayern, die Diagnostik zum Nachweis von SARS-CoV-2 mittels Real-time-PCR etabliert.

Das LGL unterstützt die Regierungen sowie die Gesundheitsämter und medizinische Krankenhäuser wurden insbesondere zum Umgang mit Personen mit SARS-CoV-2 beraten. Darüber hinaus wurden durch das LGL Handreichungen sowie Merkblätter erarbeitet und regelmäßig aktualisiert.

Vor-Ort-Einsätze der Spezialeinheit Infektiologie (Task-Force Infektiologie/Flughafen) sind bei aktuellen Ausbruchsgeschehen vorgesehen. In diesem Rahmen wird u. a. Unterstützung bei Abstrichaktionen, Abklärung von Verdachtsfällen bei Fluggästen, Management von Kontaktpersonen am Flughafen, Befragung von Fluggästen, Beurteilung der Hygienekonzepte vor Ort an den Flughäfen geleistet. Zur fachlichen Beratung der Gesundheitsämter und der Flughäfen, Ärzte sowie Krankenhäuser besteht eine Rufbereitschaft der Task-Force.

Die Gesundheitsämter sind derzeit prioritär im Rahmen der Containment-Strategie mit den Ermittlungen und Überwachungsaufgaben bei COVID-19-Fällen und Kontaktpersonen befasst. Aufgrund der damit verbundenen Arbeitsbelastung wurde auf die Befragung der Gesundheitsämter verzichtet.

8.2 Sind bei dem Verbot von Ansammlungen von über 1 000 Personen auch der S-Bahn-Verkehr, der U-Bahn-Verkehr, der Verkehr der Bundesbahn, der Bus/Tram-Verkehr etc. enthalten, bei welchen sich zu jeder Rushhour täglich hunderttausende Menschen auf engstem Raum zusammenpressen müssen (bitte ausführlich begründen)?

Die Frage 8.2 zu den „Verboten von Ansammlungen von über 1.000 Personen“ bezieht sich auf die Allgemeinverfügung des StMGP zum Verbot von Veranstaltungen mit mehr als 1 000 Teilnehmern. In der dortigen Nr. 1 wurden Veranstaltungen mit mehr als 1 000 Teilnehmern landesweit untersagt. Terminologisch waren damit nicht Ansammlungen, sondern Veranstaltungen mit mehr als 1 000 Teilnehmern untersagt.

Veranstaltungen grenzen sich von sonstigen Ansammlungen über das Vorhandensein eines Veranstalters ab. Unter Veranstaltungen im Sinn des IfSG bzw. der o. g. Allgemeinverfügung fallen sowohl allgemein als auch nur für einen begrenzten Personenkreis zugängliche, zum Vergnügen oder zur Erbauung der Teilnehmerinnen und der Teilnehmer bestimmte Darbietungen und Einrichtungen. Hierzu gehören bspw. Theatervorstellungen, Konzerte, Musikfestivals, Ausstellungen, Volksfeste, sportliche Wettkämpfe, Filmvorführungen. Das bloße Aufeinandertreffen von vielen Personen an einem Ort zur gleichen Zeit, wie bspw. in einem öffentlichen Verkehrsmittel, fällt damit nicht unter den Veranstaltungsbegriff im Sinne der o. g. Allgemeinverfügung.

8.3 Aus welchem Grund haben die Staatsregierung und – nach Kenntnis der Staatsregierung – die Bundesregierung es angesichts einer von der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel vorhergesagten Infektionsrate von 65 Prozent der Bevölkerung für angemessen erachtet, bei einer Mortalitätsrate von ca. 2 Prozent, also angesichts von 1 Million im Raum stehender Corona-Toter in Deutschland, den Einsatz „radikaler Maßnahmen“ im Vergleich zu Nachbarländern – wie es z. B. Österreich am 12.03.2020 z. B. durch Schließung der Schulen und Universitäten, Abriegelung des Reiseverkehrs zu Gebieten mit Infizierten, z. B. nach Italien, etc. vorgemacht hat – zu verzögern?

Der Einsatz solcher Maßnahmen hat erhebliche soziale und wirtschaftliche Folgen. Eine Entscheidung, wann welche Maßnahmen sinnvoll sind, muss auf der Basis der jeweiligen epidemiologischen Lage in einem Land getroffen werden.