



Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Jan Schiffers** AfD
vom 08.02.2022

Mögliche Überlastung des Gesundheitswesens durch die Omikron-Variante des COVID-19-Virus

Gemäß der Antwort auf meine Schriftliche Anfrage vom 17.12.2021 (Drs. 18/20123) heißt es, dass bei einer Weihnachtsfeier mit 111 befragten Personen 81 positive Fälle auftraten. 96 Prozent aller Teilnehmer waren doppelt geimpft.

In der weiteren Aufführung wird beschrieben, dass nach Einschätzung von Fachleuten der Harvard-Universität in Südafrika durch die Omikron-Variante vergleichsweise günstigere Verläufe festgestellt wurden. Dort betrug die Quote der Intensivbettenbelegung zwischen dem 14.11.2021 und 04.12.2021 lediglich 6,3 Prozent. Ähnlich geringe Werte werden durch eine Auswertung in Dänemark durch eine andere Studie beschrieben. Auch die Studie zu Hospitalisierungen und der Schwere der Erkrankung aus Texas weist auf geringe Hospitalisierung und leichtere Krankheitsverläufe hin.

Gemäß der Studie von Abu-Raddad et al. zeigte sich, dass Personen mit einer Reinfektion eine um 90 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit haben, hospitalisiert zu werden oder zu versterben.

Die Antwort zu den Fragen 1.2, 2.1, 2.2 und 2.3 enthält ebenso die folgenden Passagen:

- „Die bislang publizierten epidemiologischen Daten bestätigen die Ergebnisse aus mehreren Laborstudien, wonach bei den Seren von zweimal geimpften Personen eine verminderte Neutralisationsfähigkeit gegenüber Omikron besteht. Allerdings konnte die Neutralisationsfähigkeit nach einer Auffrischungsimpfung teilweise wiederhergestellt werden.“
- „Erste epidemiologische Studien weisen auf häufige Assoziation der Omikron-Variante mit Reinfektionen und Infektionen trotz Impfung hin.“
- „(...) kommen zu dem Schluss, dass eine homologe Grundimmunisierung mit dem RNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer oder mit dem Vektorimpfstoff von AstraZeneca nur einen limitierten Schutz vor symptomatischen Infektionen mit der Omikron-Variante bietet. Dieser Schutz ist stark abhängig vom verwendeten Impfstoff und dem Abstand zur zweiten Dosis der Grundimmunisierung. Eine Auffrischungsimpfung mit einem mRNA-Impfstoff führte in beiden Studien zu einem Wiederanstieg der Impfwirksamkeit gegen Omikron auf über 70 Prozent.“
- „(...) Anhand der jetzigen Datenlage ist es aber unklar, wie lange nach einer dritten Impfung die Neutralisierungsaktivität vorhält.“
- „Zwar gibt es deutliche Hinweise, dass die Schutzwirkung der Impfung gegen Infektion bzw. Transmission erheblich reduziert ist. Ob auch die – im Allgemeinen robustere Schutzwirkung der Impfung gegen schwere Erkrankung beeinträchtigt wird, lässt sich anhand der derzeitigen Datenlage nicht sicher bewerten.“

In den Antworten zu den Fragen 3.1 bis 3.3 wird von der Erforderlichkeit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gesprochen. So heißt es dort wörtlich: „Damit gilt ab dem 16.03.2022 in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen eine einrichtungsbezogene Impfpflicht. Sie ist erforderlich, um das Infektionsgeschehen weiter wirksam zu bekämpfen, besonders gefährdete vulnerable Menschen vor einer Infektion zu schützen, die durch die Pandemie stark belasteten Krankenhäuser zu entlasten und die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.“

Die Staatsregierung wird gefragt:

- 1.1 Ist es korrekt, dass gemäß der Studie von Abu-Raddad (www.doi.org) eine Reinfektion besser vor einem schweren Krankheitsverlauf und/oder einer Hospitalisierung schützt als eine Impfung mit den derzeit zugelassenen Stoffen? 4
- 1.2 Ist es korrekt, dass auch doppelt geimpfte Personen gemäß den Studien aus dem Vereinigten Königreich (www.doi.org und www.doi.org) nur in einem sehr geringen Maß vor einer Infektion geschützt sind? 4
- 1.3 Sind in der Zwischenzeit Daten bekannt, die belegen, wie lange die Boosterimpfung eine Wirksamkeit von min. 70 Prozent darstellt und in welchem Zeitraum der Schutz in welchem Maß rückläufig ist? 5
2. Wie sind aufgrund der oben genannten Antworten auf die Fragen 1.1 bis 1.3 die Aussagen von Ministerpräsident Dr. Markus Söder vom 07.02.2022 zu bewerten, in der er eine Umsetzung der Impfpflicht bis auf Weiteres aussetzt? 5
3. Warum wird bei der derzeit durch Studien belegten unklaren Wirkung von Impfungen nicht eine generelle Aussetzung der Impfungen ausgesprochen, bis eine tatsächliche und belegbare Wirkung bestätigt ist? 5
- 4.1 Hält die Staatsregierung die derzeit zugelassenen Impfstoffe für absolut verträglich? 6
- 4.2 Wenn ja, welche Studien belegen die absolute Verträglichkeit? 6
- 4.3 Wenn nein, wie viele Nebenwirkungen sind der Staatsregierung für Bayern bislang bekannt (bitte nach Impfstoff, Datum der Impfgabe und Nebenwirkung auflisten)? 6
- 5.1 Zu welchem Zeitpunkt waren bislang die bayerischen Krankenhäuser überlastet (bitte Klinik, Datum und Auslastungsquote auflisten)? 7
- 5.2 Sieht die Staatsregierung einen Zusammenhang von möglichen Überlastungen der Kliniken mit den Krankenhausschließungen der Jahre 2019 bis dato? 8
- Hinweise des Landtagsamts 9

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege in Abstimmung mit der Staatskanzlei

vom 14.03.2022

1.1 Ist es korrekt, dass gemäß der Studie von Abu-Raddad (www.doi.org¹) eine Reinfektion besser vor einem schweren Krankheitsverlauf und/oder einer Hospitalisierung schützt als eine Impfung mit den derzeit zugelassenen Stoffen?

Eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 kann mit einem schweren Verlauf, einer Hospitalisierung sowie dem Long- bzw. Post-COVID-Syndrom einhergehen. Die Impfung schützt laut der oben genannten Veröffentlichung von Abu-Raddad im Hinblick auf die bisher aufgetretenen Virusvarianten am besten vor schweren Verläufen von COVID-19, Hospitalisierung und Tod. Die Immunisierung durch eine Impfung ist der Immunisierung durch eine Infektion vorzuziehen.

Der Grad und die Dauer der Schutzwirkung durch eine Genesung im Vergleich zur Schutzwirkung nach einer vollständigen Grundimmunisierung durch Impfung ist von mehreren zu berücksichtigenden Einflussfaktoren abhängig. Diese Faktoren sind z. B. die SARS-CoV-2-Variante, mit welcher eine Person infiziert wurde, die verwendeten Impfstoffe und individuelle Merkmale, wie das Alter oder Vorerkrankungen. Generell kann aber festgestellt werden, dass der Schutz vor erneuter SARS-CoV-2-Infektion und COVID-19-Erkrankung sowohl nach Genesung als auch nach vollständiger Grundimmunisierung durch Impfung mit der Zeit abnimmt (Link www.rki.de²).

1.2 Ist es korrekt, dass auch doppelt geimpfte Personen gemäß den Studien aus dem Vereinigten Königreich (www.doi.org³ und www.doi.org⁴) nur in einem sehr geringen Maß vor einer Infektion geschützt sind?

Laut Robert Koch-Institut (RKI) schützen die Impfstoffe gut bzw. sehr gut vor einer symptomatischen Infektion bzw. schweren Erkrankung bei einer Infektion mit der Delta-Variante. Die Wirksamkeit der COVID-19-Impfung gegenüber Hospitalisierung bei einer Infektion mit der Omikron-Variante soll reduziert, aber immer noch gut sein. Personen mit Auffrischungsimpfung sind deutlich besser vor einer Erkrankung geschützt als Personen mit Grundimmunisierung. Insgesamt reduziert sich nach einer Auffrischungsimpfung also das Risiko, sich zu infizieren und zu erkranken, das gilt sowohl für die Omikron- als auch für die Delta-Variante. Impfstoffe können zudem an neu auftretende Virusvarianten angepasst werden.

1 <https://doi.org/10.1056/NEJMc2108120>

2 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Genesenennachweis.html

3 <https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267615>

4 <https://doi.org/10.25561/93038>

1.3 Sind in der Zwischenzeit Daten bekannt, die belegen, wie lange die Boosterimpfung eine Wirksamkeit von min. 70 Prozent darstellt und in welchem Zeitraum der Schutz in welchem Maß rückläufig ist?

Nach einer Auffrischungsimpfung wurde ein deutlicher Wiederanstieg der Impfeffektivität beobachtet. Personen mit Auffrischungsimpfung sind deutlich besser vor einer Erkrankung geschützt als Personen mit Grundimmunisierung. Insgesamt reduziert sich nach einer Auffrischungsimpfung also das Risiko, sich zu infizieren und zu erkranken. Diese Beobachtungen legen nahe, dass sich die Omikron-Variante primär durch Umgehung der Immunreaktion des Körpers (Immunevasion) und auch durch eine inhärente höhere Infektiosität schnell verbreitet (Link www.medrxiv.org⁵). Um die Transmission der sich seit Ende November 2021 rasch ausbreitenden Omikron-Variante zu reduzieren und in Anbetracht der geringeren Schutzwirkung und -dauer der COVID-19-Grundimmunisierung gegenüber der Omikron-Variante wurde im Dezember 2021 der Mindestabstand für die Auffrischungsimpfung von fünf bis sechs Monaten auf drei Monate verkürzt.

2. Wie sind aufgrund der oben genannten Antworten auf die Fragen 1.1 bis 1.3 die Aussagen von Ministerpräsident Dr. Markus Söder vom 07.02.2022 zu bewerten, in der er eine Umsetzung der Impfpflicht bis auf Weiteres aussetzt?

Am 10.12.2021 hat der Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates das Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der Coronapandemie verabschiedet. Teil dieses Gesetzes ist der neu eingeführte § 20a Infektionsschutzgesetz (IfSG), der am 12.12.2021 in Kraft getreten ist.

Bayern wird die einrichtungsbezogene Impfpflicht nicht aussetzen und steht weiterhin zur Impfpflicht für das Personal von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Zwischen Bund und Ländern war und ist jedoch ein pragmatischer Dialog notwendig, um die Probleme bei der Umsetzung zu lösen. Aufgrund der Intervention Bayerns konnte der Bund zwischenzeitlich dazu bewegt werden, weitere Fragen und Vorgaben zur Reichweite und zum Vollzug der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zu klären. Auf dieser Basis setzt Bayern einen Gesetzesvollzug mit Augenmaß in einem gestuften Verwaltungsverfahren um, der auch der Versorgungssicherheit Rechnung trägt.

3. Warum wird bei der derzeit durch Studien belegten unklaren Wirkung von Impfungen nicht eine generelle Aussetzung der Impfungen ausgesprochen, bis eine tatsächliche und belegbare Wirkung bestätigt ist?

Laut RKI schützen die Impfstoffe gut bzw. sehr gut vor einer symptomatischen SARS-CoV-2-Infektion bzw. schweren Verläufen von COVID-19 (vgl. Antwort auf Frage 1.2). Die derzeit vorherrschende Omikron-Variante ist deutlich ansteckender als die Delta-Variante. Es gibt Hinweise darauf, dass bei geimpften Personen, die sich mit der Omikron-Variante infizieren, weniger schwere Verläufe im Vergleich zur Infektion mit der Delta-Variante auftreten. Impfungen sind weiterhin essenziell, um das Infektionsgeschehen einzugrenzen. Darüber hinaus ist die Virusausscheidung bei Personen, die trotz Impfung eine SARS-CoV-2-Infektion haben, kürzer als bei ungeimpften Personen mit SARS-CoV-2-Infektion. Über die Transmission bei Infektionen mit

5 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v3>

der Omikron-Variante gibt es bisher keine ausreichenden Daten (Link www.rki.de⁶; Stand 17.02.2022).

- 4.1 Hält die Staatsregierung die derzeit zugelassenen Impfstoffe für absolut verträglich?**
- 4.2 Wenn ja, welche Studien belegen die absolute Verträglichkeit?**
- 4.3 Wenn nein, wie viele Nebenwirkungen sind der Staatsregierung für Bayern bislang bekannt (bitte nach Impfstoff, Datum der Impfgabe und Nebenwirkung auflisten)?**

Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Fragen 4.1 bis 4.3 gemeinsam beantwortet.

Die in Deutschland eingesetzten COVID-19-Impfstoffe sind sicher. Studien, welche die „Verträglichkeit“ von den betreffenden zugelassenen Impfstoffen belegen, werden im Rahmen der Zulassungsstudien (Phase I–III) angefertigt und in den Dossiers hinterlegt. Diese Daten sind Teil der Zulassungsdokumente, welche den zuständigen Bundesoberbehörden (Paul-Ehrlich-Institut – PEI bzw. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM) vorliegen. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens wird die Qualität, Sicherheit und Unbedenklichkeit eines Impfstoffs überprüft.

Zur Bewertung von Impfkomplicationen bei der Impfung gegen COVID-19 sei auf die Sicherheitsberichte des PEI verwiesen (Link www.pei.de⁷), zur Nutzen-Risikoabwägung auf die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) (Link www.rki.de⁸). Demnach sind die Impfstoffe gegen COVID-19 grundsätzlich sehr gut verträglich. Die Impffähigkeit der zu Impfenden muss dennoch individuell geprüft werden, die Impfaufklärung ist verpflichtend.

Wie bei jeder Impfung können auch nach der COVID-19-Impfung Impfreaktionen und Nebenwirkungen auftreten. Als Zeichen der Auseinandersetzung des Körpers mit dem Impfstoff können vorübergehende Reaktionen wie Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle, erhöhte Temperatur, Fieber, Kopfschmerzen oder grippeähnliche Beschwerden auftreten. Impfreaktionen treten in der Regel kurz nach der Impfung auf und halten wenige Tage an. Die STIKO hat die Evidenz aller zugelassenen Impfstoffe bewertet. Dabei wurde die Häufigkeit von Impfreaktionen und Nebenwirkungen, die innerhalb von bis zu 14 Wochen nach Verabreichung des Impfstoffs auftraten, bei Geimpften mit einer Placebogruppe verglichen. Im Hinblick auf die Anzahl der aufgetretenen Impfnebenwirkungen wird auf den regelmäßig erscheinenden Sicherheitsbericht des PEI verwiesen (Link www.pei.de⁹).

6 https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html

7 <https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arzneimittelsicherheit.html>

8 <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID19/Impfeempfehlung-Zusfassung.htm> (Website nicht verfügbar)

9 <https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arzneimittelsicherheit.html>

5.1 Zu welchem Zeitpunkt waren bislang die bayerischen Krankenhäuser überlastet (bitte Klinik, Datum und Auslastungsquote auflisten)?

Die Omikron-Variante des Coronavirus, die erstmals im November 2021 in Südafrika auftrat, dominiert laut RKI-Bericht das Infektionsgeschehen in Deutschland seit Januar 2022 (Link www.rki.de¹⁰, S. 22). Aus diesem Grund wird bei der Beantwortung der Teilfrage 5.1 der Zeitraum vom 03.01.2022 bis zum 08.02.2022 (Datum der Schriftlichen Anfrage) betrachtet. Zugrunde gelegt werden die unter anderem von den bayerischen Krankenhäusern an das DIVI-Intensivregister gemeldeten Intensivbelegungsdaten, die tagesaktuell unter www.intensivregister.de¹¹ öffentlich einsehbar sind.

Ein standortscharfer Detailzugriff auf die vom DIVI-Intensivregister erfassten Krankenhausdaten ist nicht möglich, wäre aber auch nicht angebracht. Maßgebliche Ebene für die Patientensteuerung vor Ort ist die Ebene der Integrierten Leitstellen (ILS). In einer ILS werden organisatorisch die Krankenhäuser mehrerer Land- bzw. Stadtkreise oder des Gebiets einer größeren Stadt zusammengefasst. So schließt beispielsweise die ILS Mittelfranken Süd die Landkreise Roth, Schwabach und Weißenburg-Gunzenhausen ein, während die ILS München den Stadtkreis München sowie den Landkreis München umfasst (wobei im Stadtkreis München fast 99 Prozent der Intensivbetten dieser ILS betrieben werden). Eine Betrachtung der Belastungssituation der Kliniken auf ILS-Ebene ist sinnvoll, da es sich hierbei um die organisatorische Einheit handelt, innerhalb derer die Rettungsdienste regional koordiniert und die Patientenzuweisungen im täglichen Betrieb regelmäßig gesteuert werden. Auch können bei dieser Betrachtung regional auftretende Schwankungen ausgeglichen und Aussagen zu einer Überlastung belastbarer dargestellt werden.

Im intensivmedizinischen Bereich gilt eine Belegung von etwa 85 Prozent der zur Verfügung stehenden Intensivkapazitäten als bewältigbarer Standard. Ab einer Belegung von rund 90 Prozent wird die Situation als angespannt eingestuft, ab rund 95 Prozent droht eine Überlastung. Ungeachtet dieser formalen Betrachtung des Auslastungsgrads ist jedoch in Abhängigkeit von dem intensivmedizinisch zu versorgenden Patientenkontext auch unterhalb der genannten Prozentzahlen von einer unter Umständen deutlich höheren Belastung und damit gegebenenfalls auch (drohenden) Überlastung der Intensivstationen auszugehen. In den nachfolgenden Ausführungen werden allein die formalen Auslastungsgrade der Intensivkapazitäten zugrunde gelegt.

In 18 der insgesamt 26 bayerischen ILS (rund 70 Prozent der ILS) kam es im Zeitraum von 03.01.2022 bis 08.02.2022 an mindestens einem Tag zu einer angespannten Belastungssituation oder sogar zu einer drohenden Überlastung der Intensivstationen. Die ILS Ansbach, Augsburg, Bayreuth sowie Passau verzeichneten in dieser Zeitspanne an mehreren Tagen eine mindestens neunzigprozentige Belegung ihrer Intensivkapazitäten. Innerhalb der ILS Passau drohte sogar an einem Tag die Überlastung. Für die ILS Regensburg, Landshut und Schweinfurt wurde an zahlreichen Tagen eine angespannte Lage im intensivmedizinischen Bereich festgestellt, wobei in den beiden letztgenannten ILS jeweils an einem Tag eine Überlastung drohte. Innerhalb der ILS Nordoberpfalz lag der Anteil der belegten Intensivkapazitäten an rund der Hälfte der Tage der beobachteten Phase bei mindestens 90 Prozent, an drei Tagen sogar bei über 95 Prozent. Die ILS München meldete an jedem der untersuchten Tage eine Intensivauslastung von über 90 Prozent – die Lage in den Intensivstationen die-

10 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-01-13.pdf?__blob=publicationFile

11 <https://www.intensivregister.de/#/index>

ser Region war somit zu jedem Zeitpunkt angespannt, eine Entspannung der Ressourcen, vor allem des Personals, war zu keinem Zeitpunkt gegeben. Insbesondere für die ILS Erding, Fürstenfeldbruck und Untermain stellte sich die intensivmedizinische Belegungssituation während der Omikron-Welle äußerst fordernd dar: Die ILS Fürstenfeldbruck meldete durchgehend eine überdurchschnittlich hohe Auslastung der Intensivkapazitäten, an fünf Tagen stieg die Belegung auf über 95 Prozent. Auch von der ILS Untermain wurde permanent eine hohe Intensiv-Belegungsquote festgehalten, welche ebenfalls an fünf Tagen auf über 95 Prozent stieg, an zwei Tagen (04.01.2022 und 21.01.2022) sogar auf 100 Prozent. Während des analysierten Zeitabschnitts lag der Anteil der belegten Intensivbetten in der ILS Erding lediglich an acht Tagen unter 90 Prozent. An zehn Tagen wurde dort eine über fünfundneunzigprozentige Auslastung festgestellt. An zwei Tagen (24.01.2022 und 05.02.2022) waren dort alle Intensivplätze belegt.

Auch vor Auftreten der Omikron-Variante als vorherrschender Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 kam es in der Vergangenheit bereits zu Überlastungen der bayerischen Krankenhäuser. So musste die Staatsregierung bereits im November 2021, als die Delta-Variante des Coronavirus noch die vorherrschende Variante war, angesichts der besorgniserregenden Auslastungssituation im Bereich der Intensivbettenkapazitäten zur Entlastung der bayerischen Kliniken am 23.11.2021 das bundesweite Verlegungssystem (sogenanntes „Kleeblatt-System“) aktivieren. Im Zuge dessen wurden bis 03.12.2021 insgesamt 49 Patienten aus Bayern in andere Länder verlegt. In diesem System hatten sich die Länder darauf verständigt, Verlegungen in andere Länder erst dann vorzunehmen, wenn in dem Kleeblatt, das andere Länder um Aufnahme von Intensivpatienten bittet, die Intensivkapazitäten unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten (wie etwa der Absage von medizinisch nicht dringlichen, planbaren Operationen) zu überlasten drohen. Die insgesamt 49 über das Kleeblatt-System erfolgten Verlegungen verdeutlichen anschaulich die (drohende) Überlastung des Gesundheitswesens, insbesondere der (intensiv-)stationären Versorgung in Bayern, in der vierten Coronawelle.

5.2 Sieht die Staatsregierung einen Zusammenhang von möglichen Überlastungen der Kliniken mit den Krankenhausschließungen der Jahre 2019 bis dato?

Ein solcher Zusammenhang ist nicht ersichtlich. Bereits seit Jahren findet ein kontinuierlicher Strukturwandel statt, der die somatischen Behandlungskapazitäten reduziert. Dagegen werden die Behandlungskapazitäten im Bereich der psychischen Erkrankungen seit längerer Zeit laufend erhöht. Insgesamt führte der Strukturwandel aber auch zu einer Konzentration der stationären Behandlungskapazitäten.

Dadurch wurden jedoch weder die hohe Qualität noch die Flächendeckung der stationären Versorgung in Bayern in Frage gestellt. In ganz Bayern steht eine gewachsene, leistungsfähige und dichte Krankenhausstruktur für die Versorgung der Patientinnen und Patienten vor Ort zur Verfügung. Diese Strukturen kamen in der zugespitzten Lage der Pandemie vor allem im Bereich der Intensivkapazitäten an ihre Grenzen. Hierbei hat es jedoch nicht an räumlich-technischen Kapazitäten gemangelt, sondern vielmehr am notwendigen Fachpersonal zur Bewältigung des stark erhöhten Patientenaufkommens. Der Freistaat Bayern hat insoweit kurzfristig weitreichende Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die verfügbaren (Intensiv-)Kapazitäten zu erhöhen bzw. deren bestmögliche Auslastung zu unterstützen. Hierzu gehören die Einsetzung der bewährten Krisenorganisationsstrukturen ebenso wie erhebliche finanzielle Aufwendungen für das Krankenhauspersonal und zur Entschädigung temporär herangezogener Einrichtungen.

Hinweise des Landtagsamts

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

—————

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit können Internetadressen verkürzt dargestellt sein. Die vollständige Internetadresse ist als Hyperlink hinterlegt und in der digitalen Version des Dokuments direkt aufrufbar. Zusätzlich ist diese als Fußnote vollständig dargestellt.

Drucksachen, Plenarprotokolle sowie die Tagesordnungen der Vollversammlung und der Ausschüsse sind im Internet unter www.bayern.landtag.de/parlament/dokumente abrufbar.

Die aktuelle Sitzungsübersicht steht unter www.bayern.landtag.de/aktuelles/sitzungen zur Verfügung.