

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Detlev Spangenberg,
Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18337 –**

Bevölkerungsschutz im Falle einer Pandemie

Vorbemerkung der Fragesteller

Der letzte jährliche Bericht der Bundesregierung zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz, der ein Szenario für den Fall einer Pandemie mit einem hochansteckenden Virus (Risikoanalyse Pandemie) enthält, ist der Bericht aus dem Jahr 2012 (Bundestagsdrucksache 17/12051). In dem Bericht wird ein Szenario angenommen, wonach sich ein hypothetischer Erreger – genannt „Modi-SARS“ im Bundesgebiet (sowie weltweit) rasant ausbreitet und zu der Erkrankung von ca. 29 Millionen Menschen (erste Welle) und zum Tod von mindestens 7,5 Millionen Menschen in Deutschland führt (Bundestagsdrucksache 17/12051, S. 64). Die Eigenschaften des „Modi-SARS“ sind dem aktuell grassierenden Corona-Virus (auch bekannt unter den Bezeichnungen SARS-CoV-2 oder COVID-19 – im Folgenden COVID-19 genannt) sehr ähnlich – vgl. die Ausführungen des Robert Koch-Instituts (RKI; Stand: 3. März 2020 unter https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste.html) mit den Anlagen zu der Bundestagsdrucksache 17/12051, die die Informationen bzw. Eigenschaften des hypothetischen Erregers „Modi-SARS“ aufzählt und näher beschreibt („SARS Informationen“ sowie „Modi-SARS Informationen“ auf Bundestagsdrucksache 17/12051, S. 85 und 86).

Obwohl zum Virus COVID-19 bisher noch viele Ungewissheiten bestehen, sind nach jetzigem Stand (3. März 2020) nach Ansicht der Fragesteller fast alle Eigenschaften aus dem hypothetischen „Modi-SARS“-Virus erfüllt. Dies betrifft sowohl das Auftreten des Virus (sowohl geografisch wie jahreszeitlich), seine Ausbreitung (ausgehend von Asien und sich überwiegend nach Europa und Nordamerika ausbreitend), seine Herkunft (von Tier zu Mensch), den Verlauf der Krankheit, die Prophylaxemöglichkeiten, die Heilmöglichkeiten, die Letalität usw. (siehe insbesondere Kapitel 2 des o. g. Berichts, Bundestagsdrucksache 17/12051, S. 58 bis 61).

Im Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz für das Jahr 2017 (veröffentlicht am 12. April 2019; Bundestagsdrucksache 19/9520) wurden die Erkenntnisse sowie Handlungsempfehlungen u. a. aus der seit 2012 durchgeführten Risikoanalyse Pandemie aufgeführt, dessen Szenario auf Bundestagsdrucksache 17/12051 aufgezeichnet worden ist. Wie die Bundesregierung schreibt, sei das übergeordnete Ziel dieser Analysen „ein resilientes Bevölkerungsschutzsystem“ (Bundestagsdrucksache 19/9520, S. 4) zu entwickeln. Im

Vergleich zu allen anderen Risikoanalysen entfällt bei dem Szenario einer Pandemie durch ein „Modi-SARS“-Virus die größte zahlenmäßige Gefahr auf den Schadensparameter „Verletzte/Erkrankte“ (siehe Abbildung 2 und Tabelle 1 auf Bundestagsdrucksache 19/9520, S. 9).

Die Bundesregierung geht in der Analyse von 78 Millionen Verletzten und/oder Erkrankten innerhalb von drei Jahren aus und prognostiziert bis zu 4,1 Millionen gleichzeitig Krankenhauspflichtige und bis zu 1,1 Millionen gleichzeitig Intensivpflegepflichtige (ebd.). Die Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zum Integrierten Hilfeleistungssystem Deutschland sind dort als Anhang auf den Seiten 24 bis 36 nach den Versorgungsbereichen aufgeführt.

Am 12. Februar 2020 sagte der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn im Plenum des Deutschen Bundestages in seiner Rede Folgendes „Wir sind wachsam, wir sind aufmerksam, wir sind gut vorbereitet. Das hat das deutsche Gesundheitswesen in den letzten Wochen unter Beweis gestellt. Die Weltgesundheitsorganisation hat uns das auch verschiedentlich und wiederholt bestätigt“ (siehe Plenarprotokoll 19/145, S. 18083 ff.)

Der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen (NRW) sagte in der Sendung „Hart aber Fair“ am 2. März 2020 (abrufbar unter: <https://www1.wdr.de/daserste/hartaberfair/sendungen/zwischen-hysterie-und-begruendeter-angst-wie-gefaehrlich-ist-das-corona-virus-100.html>): „Dass jetzt ein Problem besteht bei Masken und Papieranzügen, das hab ich nicht für möglich gehalten – das finde ich persönlich blamabel.“ Und weiter: „Dass es an Artikeln mangelt, die man auch Cent-Kram nennen kann [...] das darf uns in unserem Gesundheitssystem nicht mehr passieren.“ Der Gesundheitsminister erwähnte auch, dass seine Behörde 20.000 Masken, die, so der Minister, „für die nächste Zeit reichen“, gekauft hätte. Wohlgemerkt, der Minister erwähnte kurz davor, dass „in NRW 80.000 Ärztinnen und Ärzte“ tätig sind.

Die Vorsitzende des Marburger Bundes sowie Pandemiebeauftragte der Landesärztekammern gab dazu auf die Äußerungen des Ministers in derselben Sendung folgendes Urteil: „Wir sehen jetzt ein bisschen auch die Auswirkungen, dass ein Gesundheitssystem, was seit Jahren auf Effizienz getrimmt wird, an jeder Stelle [sic!]“.

Es gibt derzeit die Sorge um Lieferengpässe sowie über schwindende Vorräte von wichtigen Arzneimitteln (<https://www.sueddeutsche.de/politik/medikamente-sorge-um-den-antibiotika-vorrat-1.4804048>) und Hausärzte machen sich Sorgen um ihre Vorräte an Schutzausrüstung (<https://www.tagesschau.de/inland/corona-deutschland-hausaerzte-101.html>). Diesbezüglich gab es in der vorgenannten „Hart aber Fair“-Sendung vom 2. März 2020 auch einen Beitrag über eine Apothekerin aus Bayern, die über Lieferprobleme bei Medikamenten sprach. So seien bereits seit November 2019 300 lebenswichtige Arzneimittel nicht mehr geliefert worden (darunter wichtige Herzmedikamente, Blutdrucksenker, Antiepileptika usw.).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Zum Schutz der Bevölkerung hat die Bundesregierung ein Krisenmanagement etabliert, das dazu dient, sich auf mögliche Krisenszenarien vorzubereiten. Durch fortlaufende Auswertungen von Einsätzen, Übungen und von wissenschaftlichen Erkenntnissen werden hierfür Verfahren und Strukturen entwickelt und angepasst. Bei der aktuellen, durch den Erreger SARS-CoV-2 verursachten Krise handelt sich um ein neuartiges Virus mit einem sehr dynamischen, weltweiten Ausbruchsgeschehen. Aufgrund der Neuartigkeit unterliegt das Wissen über das Virus zur Übertragung und zur Gefährlichkeit einem ständigen Wandel. Die Bundesregierung beobachtet daher sehr genau den Verlauf und die Auswirkungen der Pandemie. Sie trifft Entscheidungen über die zu ergreifenden Maßnahmen unter Berücksichtigung des aktuell zur Verfügung stehenden Wissens.

1. Wie schätzt die Bundesregierung die allgemeine Lage bezüglich der Schutzausrüstung im deutschen Gesundheitssystem ein, angesichts des Statements des Gesundheitsministers des Landes NRW, der die Situation als „blamabel“ (siehe Vorbemerkung) einschätzt?

Wie erklärt die Bundesregierung diesbezüglich die kontradiktorischen Statements des NRW-Gesundheitsministers und des Bundesgesundheitsministers, der das deutsche Gesundheitssystem in seiner Rede im Plenum des Deutschen Bundestages am 12. Februar 2020 als „gut vorbereitet“ erklärte (vgl. Vorbemerkung)?

Die Bundesregierung hat frühzeitig gemeinsam mit allen Verantwortlichen in Bund und Ländern und mit allen zuständigen Akteuren des Gesundheitswesens Maßnahmen ergriffen, um ein hohes Schutzniveau zu erhalten. Dazu gehören auch Maßnahmen, um für ausreichende Schutzausrüstung zu sorgen. Die Verfügbarkeit von Schutzausrüstungen unterliegt einer Vielzahl von Faktoren, zu denen unter anderem die weltweite und nationale Produktion, Nachfrage und Liefersicherheit gehören.

2. Wie viel an notwendiger medizinischer Schutzausrüstung (wie etwa Schutzkleider, Atemschutzmasken), an Desinfektionsmitteln, Sanitätsmaterial und anderweitig notwendigem medizinischen Material sowie an lebenswichtigen und notwendigen Arzneimitteln hat das deutsche Gesundheitssystem nach Kenntnis der Bundesregierung auf Vorrat (bitte eine Liste an Materialien bereitstellen, z. B. wie viele Atemschutzmasken [differenziert nach Typ], Schutzkleider usw. sind in den deutschen Krankenhäusern gelagert)?
 - a) Wie lange würde nach Schätzung der Bundesregierung dieser Vorrat bei welchem Bedarf vorhalten?
 - b) Wie viel an benötigtem medizinischem Material ist, angesichts der Verbreitung von COVID-19, zusätzlich bestellt worden, und wann?
 - c) Wie viele Atemschutzmasken (bitte nach Maskentyp differenziert – z. B. FFP1, FFP2 usw.) haben die deutschen Krankenhäuser bzw. die zuständigen Gesundheitsämter zusätzlich bestellt, und wann?

Die Fragen 2 bis 2c werden gemeinsam beantwortet.

Das deutsche Gesundheitssystem ist dezentral aufgestellt. Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse über die Bestände an medizinischer Schutzausrüstung, Desinfektionsmitteln, Sanitätsmaterial und Arzneimitteln im deutschen Gesundheitssystem bzw. deutschen Krankenhäusern.

Nach den apothekenrechtlichen Vorschriften bestehen Bevorratungspflichten für Apotheken. Öffentliche Apotheken müssen Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, in einer Menge vorrätig halten, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entspricht. Für Krankenhausapotheken und krankenhausesversorgende Apotheken gilt eine entsprechende Bevorratungspflicht, die mindestens den durchschnittlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses für zwei Wochen abdeckt.

In Deutschland sind pharmazeutische Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes ein tatsächlich in Verkehr gebrachtes Arzneimittel vertreiben, das durch die zuständige Bundesoberbehörde zugelassen worden ist oder für das durch die Europäische Gemeinschaft oder durch die Europäische Union eine Genehmigung für das Inverkehrbringen erteilt worden ist, nach § 52b Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) dazu verpflichtet, eine angemessene und kontinuierliche Bereitstel-

lung des Arzneimittels sicher zu stellen, damit der Bedarf von Patientinnen und Patienten im Geltungsbereich dieses Gesetzes gedeckt ist. Über die Regelung des § 52b Absatz 1 AMG hinausgehend sind die pharmazeutischen Unternehmer nach § 52b Absatz 2 AMG im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung vollversorgender Arzneimittelgroßhandlungen zu gewährleisten. Vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen müssen grundsätzlich den durchschnittlichen Bedarf für mindestens zwei Wochen der mit ihnen in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken vorrätig halten. Der Bedarf an benötigten medizinischem Material unterliegt der Entwicklung der Pandemie. Grundsätzlich besteht ein hoher Bedarf insbesondere bei Schutzmasken mit hoher Filtrationswirkung (gekennzeichnet als FFP2/KN95/N95 u. a.), die einen Infektionsschutz für den Träger bieten, Mund-Nasen-Schutzmaske („OP-Masken“; 3ply), die vor allem vor Infektionen durch den Träger schützen sowie bei Schutzkitteln und Schutzanzügen.

Die zuständigen Stellen u. a. in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern sind grundsätzlich angehalten, selbstständig Schutzausrüstung zu beschaffen bzw. ihre üblichen Lieferanten zu bitten, sie zu informieren, sobald die benötigte Schutzausrüstung wieder lieferbar ist. Durch zusätzliche Beschaffungen unterstützt aktuell die Bundesregierung die bedarfsgerechte Versorgung in Deutschland.

Der Bundesregierung liegt keine Übersicht über alle getätigten Bestellungen an medizinischem Material und Atemschutzmasken vor.

3. Wie viel an medizinischen Gütern (z. B. Schutzausrüstung wie Atemschutzmasken und andere medizinische Güter) hat die Bundesrepublik Deutschland als Sachleistungshilfe an die Volksrepublik China bezüglich des Ausbruchs von COVID-19 versandt, und zu welchen Zeitpunkten (bitte die Anzahl der jeweiligen Sachleistungen in einer Tabelle bzw. in einer Liste aufgliedern; siehe diesbezüglich: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-02/coronavirus-china-deutschland-hilfslieferung-bundesregierung-epidemie-desinfektionsmittel-schutzkleidung>)?

Die Bundesregierung hat am 1. Februar 2020 mit einem Flugzeug der Bundeswehr 5,4 Tonnen Verbrauchsmaterial wie Schutzanzüge, Gummistiefel, Handschuhe, Masken, Schutzbrillen, OP-Hauben, Handschuhe nach China transportiert. Eine zweite Hilfslieferung am 18. Februar 2020 umfasste 8,7 Tonnen Hilfsmaterial wie Sprühgeräte, Desinfektionsmittel und Schutzausrüstung. Eine detaillierte Aufstellung im Sinne der Frage ist nicht möglich, da die Hilfsgüter auch Materialspenden beinhalteten, die von verschiedenen Firmen und dem Deutschen Roten Kreuz bereitgestellt wurden.

4. Wie viele Betten und wie viele Intensivstationsplätze sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell in Deutschland verfügbar?
Wie hat sich diese Zahl in den letzten 20 Jahren entwickelt (bitte in einer Tabelle aufgliedern)?

Das Statistische Bundesamt stellt valide Angaben über die verfügbaren Krankenhausbetten sowie Betten für die intensivmedizinische Versorgung auf Grundlage der „Grunddaten der Krankenhäuser“ zur Verfügung. Die dort enthaltenen Daten für das aktuellste Datenjahr beziehen sich auf Angaben für 2017. Eine detaillierte Aufschlüsselung für die Jahre 1997 bis 2017 kann nachstehender Tabelle entnommen werden:

	Betten insgesamt	darunter: Betten zur intensiv- medizinischen Versorgung
2017	497.182	28.031
2016	498.718	27.609
2015	499.351	27.489
2014	500.680	27.018
2013	500.671	26.579
2012	501.475	26.162
2011	502.029	25.519
2010	502.749	24.974
2009	503.341	24.553
2008	503.360	23.890
2007	506.954	23.357
2006	510.767	23.238
2005	523.824	23.117
2004	531.333	22.961
2003	541.901	22.887
2002	547.284	23.113
2001	552.680	23.249
2000	559.651	23.115
1999	565.268	22.841
1998	571.629	22.533
1997	580.425	22.208

Quelle: Statistisches Bundesamt

Mit der vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI IntensivRegister-Verordnung) vom 8. April 2020, sind alle zugelassenen Krankenhäuser, die im Rahmen ihres Versorgungsauftrags oder aufgrund einer Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nach § 21 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes intensivmedizinische Behandlungskapazitäten vorhalten, verpflichtet, ihre Anzahl der verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten ab dem 16. April 2020 täglich an das DIVI IntensivRegister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin zu übermitteln. Tagesaktuelle Daten zu der Anzahl und Auslastung der Intensivbetten können auf der Internetseite www.intensivregister.de abgerufen werden. Mit Stand vom 24. April 2020, 15 Uhr standen 32.559 betriebsfähige Intensivbetten zur Verfügung von denen 19.622 belegt waren (<https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>).

5. Wie viele Betten und Intensivstationen könnten nach Kenntnis der Bundesregierung kurzfristig zusätzlich (z. B. im Pandemiefall) zur Verfügung gestellt werden?

Neben den o. g. tagesaktuell abfragbaren Daten aus dem DIVI IntensivRegister hat die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft mitgeteilt, dass die Zahl der Intensivbetten auf 40.000, die der Beatmungsplätze auf 30.000 gesteigert werden konnte. Zusätzliche Betten und Intensivstationen können nicht nur innerhalb bestehender Krankenhäuser, sondern auch im Rahmen von Behelfskrankenhäusern oder mobilen Krankenhäusern aufgestellt bzw. eingerichtet werden.

Als Beispiel hierfür sei auf die noch laufende Errichtung eines Behelfskrankenhauses in Berlin verwiesen. Es ist Aufgabe der Länder, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags zu entscheiden, in welchem Umfang und in welcher Form eine kurzfristige Bereitstellung zusätzlicher Krankenhausbetten oder zusätzlicher Intensivstationen erforderlich ist.

6. Was ergab die Prüfung über die „sinnvolle Erhöhung der Bettenzahlen“, die im Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2017 (Bundestagsdrucksache 19/9520, S. 30, Punkt 7) empfohlen wurde?
 - a) Hat man die Bettenzahl erhöht, und wenn ja, um wie viel?
 - b) Wenn nein, mit welchen Argumenten nicht?

Die Fragen 6 bis 6b werden gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen der staatlichen Daseinsvorsorge liegt die Bettenbedarfsplanung in Krankenhäusern gemäß Grundgesetz in der Verantwortung der Länder. Dies gilt auch für die Prüfung einer Anpassung im Lichte der Risikoanalysen des Bundes.

7. Wurden logistische Einsatzkonzepte und ggf. ein länderübergreifendes Ressourcenregister entwickelt, die eine länderübergreifende Ergänzung von Engpassressourcen (z. B. Dialysegeräte, Beatmungsgeräte, Patiententransport sowie Sanitätsmaterial etc.) ermöglichen, und wurden diese, wie es im Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2017 empfohlen wurde (siehe Bundestagsdrucksache 19/9520, S. 30, Punkt 9), getestet?
 - a) Wenn ja, wie ist der aktuelle Stand, d. h., wer koordiniert die Umsetzung dieser Konzepte, und gibt es bereits ein entsprechendes Register?
 - b) Wenn ja, welche Maßnahmen wurden aus diesen Konzepten in Bezug auf die Ausbreitung des COVID-19-Virus gezogen, und wie wurden sie umgesetzt?

Die Fragen 7 bis 7b werden gemeinsam beantwortet.

Ein länderübergreifendes Ressourcenregister für medizinische Engpassressourcen im Sinne der Fragestellung besteht nicht. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe kann ungeachtet dessen mit seinem Gemeinsamen Melde – und Lagezentrum des Bundes und der Länder auf Grundlage von § 16 des Zivil- und Katastrophenschutzgesetzes (ZSKG) im Wege der Amtshilfe Koordinierungsmaßnahmen übernehmen und Engpassressourcen vermitteln, wenn das betroffene Land oder die betroffenen Länder darum ersuchen. Ein solches Ersuchen ist bislang nicht an den Bund gerichtet worden.

8. Welche konkreten Voraussetzungen wurden geschaffen, um eine ärztliche Grundversorgung aufrechtzuerhalten im Falle einer Eigenbetroffenheit niedergelassener Ärzte (siehe Bundestagsdrucksache 19/9520, S. 30, Punkt 10), d. h., welche Maßnahmen hat man ergriffen, bzw. welche Pläne sind dazu (auch im Hinblick auf die Ausbreitung von COVID-19) vorgesehen?

Die Bundesregierung unterstützt Krankenhäuser, niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Vorsorge-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen durch eine Vielzahl von ineinandergreifenden Maßnahmen, um die Auswirkungen der Corona-Epidemie schultern zu können. Dazu gehören im Wesentlichen folgende Maßnahmen, die dazu beitragen, die ärztliche Grundversorgung im niedergelassenen Bereich zu unterstützen:

- Mit dem am 28. März 2020 in Kraft getretenen „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ wurde das Infektionsschutzgesetz erweitert und präzisiert und die Reaktionsfähigkeit in der aktuellen Situation verbessert. Das Bundesministerium für Gesundheit wird damit zeitlich befristet ermächtigt, Vorkehrungen zum Schutz der Bevölkerung zu treffen und die Gesundheitsversorgung sicher zu stellen, z. B. durch
 - Stärkung der personellen Ressourcen im Gesundheitswesen z. B. durch Ausweitung des Personenkreises, dem die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten gestattet ist,
 - Zulassung von Ausnahmen infektionsrechtlicher Bestimmungen zur Aufrechterhaltung der Abläufe im Gesundheitswesen und der Versorgung der Bevölkerung,
 - Flexibilisierung von Vorschriften betreffend medizinische und pflegerische Einrichtungen,
 - Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln, Schutzausrüstung, Desinfektionsmitteln und Labordiagnostik, indem der Bund ermächtigt werden kann, diese Produkte zentral zu beschaffen, zu bevorraten, zu verteilen und abzugeben.

Die Geltung dieser Maßnahmen ist zunächst bis zum 31. März 2021 beschränkt. Unabhängig davon hat der Deutsche Bundestag stets die Möglichkeit, die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wieder aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für die Feststellung entfallen sind.

- Mit dem ebenfalls am 28. März 2020 in Kraft getretenen „Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen insbesondere der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen“ werden die wirtschaftlichen Folgen für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgefangen.
- Mit der „Verordnung zur Abweichung von der Approbationsordnung für Ärzte bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ soll durch möglichst flexible Regelungen sichergestellt werden, dass Medizinstudierende in der aktuellen Krisensituation das Gesundheitswesen unterstützen und gleichzeitig ihr Studium erfolgreich fortsetzen können.
- Ergänzend dazu hat das Robert Koch-Institut Empfehlungen zu „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmanagement) in Arztpraxen und Krankenhäusern“ herausgegeben. Diese sollen Hilfestellung zum Umgang von Kontaktpersonen geben in Situationen, in denen ein relevanter Personalmangel in Arztpraxen oder Krankenhäusern vorliegt und andere Maßnahmen zur Sicherstellung einer angemessenen Personalbesetzung ausgeschöpft sind.

Zudem sind dabei auch maßgeblich Zuständigkeiten der Länder betroffen, die ihrerseits Maßnahmen ergreifen, wie z. B. die Verabschiedung eines Notfallplanes zur Aufrechterhaltung der Arztversorgung (siehe z. B. „Notfallplan Corona-Pandemie: Aufrechterhaltung der Arztversorgung während des festgestellten Katastrophenfalls“ der Bayerischen Staatsministerien des Innern, für Sport und Integration und für Gesundheit und Pflege, BayMBI 2020 Nr. 157 vom 27. März 2020).

9. Was hat die Bundesregierung konkret unternommen, bzw. inwiefern hat sie die Empfehlung aus der Risikoanalyse umgesetzt, um die Arzneimittelbevorratung in Krankenhäusern auszuweiten (siehe Bundestagsdruck-

sache 19/9520, S. 30, Punkt 2) bzw. eine Überprüfung und Anpassung der Vorräte im Bereich Medikamente, Sanitätsmaterial und PSA zu veranlassen (siehe Bundestagsdrucksache 19/9520, S. 27, Punkt 1)?

- a) Was ergab die Überprüfung, und wenn diese noch nicht durchgeführt wurde, wieso nicht?
- b) Wie haben sich die Vorräte bzw. Bestände von wichtigen Medikamenten in den Krankenhäusern seit der Risikoanalyse verändert?

10. Welche Pläne sind von der Bundesregierung vorgesehen, um die Grundversorgung mit lebenswichtigen Medikamenten im Falle eines Ausfalls der Lieferkette aus dem Ausland zu gewährleisten (insbesondere im Hinblick auf das Beispiel der Apothekerin aus der Vorbemerkung der Fragesteller letzter Absatz; wonach bereits seit November 2019 Engpässe zu verzeichnen sind)?

Die Fragen 9 bis 10 werden aufgrund ihres Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Bevölkerungsschutzgesetz wurde eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen, mit denen eine bedarfsgerechte Versorgung mit Arzneimitteln sichergestellt werden soll. Ein regelmäßiger Austausch mit allen betroffenen Kreisen einschließlich der Organisationen der Ärzteschaft ist etabliert.

Unabhängig hiervon liegen der Katastrophenschutz sowie entsprechende Maßnahmen im Gesundheitsbereich zu einer Pandemievorbereitung in der Zuständigkeit der Länder.

Die Bundesregierung hat entschieden, ergänzend zu den Beschaffungen der Institutionen des Gesundheitswesens und der Länder bundeseitig zentral persönliche Schutzausrüstung, hier insbesondere Schutzmasken und -kleidung und Desinfektionsmittel zu beschaffen. Der entsprechende Beschaffungsvorgang dauert noch an.

Deutschland hat sich zudem mit 20 anderen EU-Staaten und der EU-Kommission an einer gemeinsamen europäischen Beschaffung (joint procurement) von Schutzausrüstung nach Artikel 5 des Beschlusses Nr. 1082/2013/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren beteiligt.

Listen über die Bestände an Arzneimitteln in den Krankenhäusern liegen der Bundesregierung nicht vor.

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung ausgeführt beobachtet die Bundesregierung den Verlauf und die Auswirkungen der Pandemie und trifft Entscheidungen über die zu ergreifenden Maßnahmen.

11. Erwägt die Bundesregierung nach jetzigem Stand (3. März 2020), auch Maßnahmen nach dem § 16 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) zu ergreifen (Einschränkung der Grundrechte)?

Wenn ja, mit welcher Begründung, und mit welchen Maßnahmen konkret?

Die Bundesregierung erwägt nach jetzigem Stand keine Maßnahmen nach § 16 Infektionsschutzgesetz zu ergreifen. Zuständig für Maßnahmen nach § 16 des Infektionsschutzgesetzes sind allein die jeweils örtlich zuständigen Behörden der Länder und nicht die Bundesregierung.