

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Carina Schießl, Claudia Weiss, Kay-Uwe Ziegler, Thomas Dietz, Joachim Bloch, Tobias Ebenberger, Nicole Hess, Dr. Christoph Birghan, Birgit Bessin, Kerstin Przygodda, Alexis Leonard Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch und der Fraktion der AfD

Antibiotikaresistenzen in Europa – Unterschiede zwischen den Staaten, staatliche Steuerungsinstrumente in den Niederlanden und Dänemark sowie juristisch-föderale Handlungsspielräume in Deutschland

Antibiotikaresistenzen stellen nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) eine der größten Bedrohungen für die öffentliche Gesundheit in Europa dar. Die verfügbaren europäischen Surveillance-Daten zeigen dabei seit Jahren erhebliche und stabile Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten (www.who.int/europe/de/news/item/14-04-2023-who-ecdc-report--antimicrobial-resistance-threatens-patient-safety-in-european-region; <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/>).

Insbesondere bei Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) bestehen deutliche Divergenzen: Während der Anteil von MRSA an allen *Staphylococcus-aureus*-Isolaten in mehreren EU-Mitgliedstaaten bei über 20 Prozent liegt und Deutschland seit Jahren Werte im mittleren einstelligen bis niedrigen zweistelligen Prozentbereich aufweist, verzeichnen die Niederlande und Dänemark seit Jahrzehnten konstant sehr niedrige MRSA-Anteile von unter 1 bis 2 Prozent. Diese Unterschiede sind langfristig stabil und lassen sich nicht durch kurzfristige epidemiologische Effekte erklären (www.aerzteblatt.de/archiv/methicillin-resistenter-staphylococcus-aureus-in-deutschland-4ef55c67-e6d2-496f-b238-5fdc8d633263; www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2023-2021-data).

Bemerkenswert ist nach Auffassung der Fragesteller, dass diese deutlich besseren Ergebnisse in den Niederlanden und Dänemark trotz vergleichbarer medizinischer Versorgungsqualität, ähnlicher sozioökonomischer Rahmenbedingungen und hoher Hygienestandards erzielt werden. Internationale Analysen kommen daher übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Unterschiede maßgeblich auf frühzeitig etablierte, verbindliche und staatlich koordinierte Strategien zur Bekämpfung antibiotikaresistenter Erreger zurückzuführen sind (www.landkreis-karlsruhe.de/index.php?ModID=7&FID=3051.217.1&object=tx%7C3051.217.1; www.aerztezeitung.de/Politik/Das-einfache-Rezept-der-Hollaender-gegen-MRSA-273264.html; <https://uol.de/aktuelles/artikel/lernen-von-den-niederlanden-3201>; www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2023-2021-data).

Laut Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) sterben in Deutschland jährlich bis zu 9 700 Menschen direkt an antibiotikaresistenten Infektionen, bei insgesamt rund 45 000 assoziierten Todesfällen. Bei einer Reduktion der Resistenzniveaus auf das stabile niedrige Niveau der Niederlande oder Dänemarks (unter 1–2 Prozent MRSA-Prävalenz) könnten schätzungsweise 6 700 bis 7 800 dieser direkten Todesfälle pro Jahr vermieden werden, da die Mortalitätsraten in diesen Ländern durch effektive Kontrollstrategien um den Faktor 5 bis 10 niedriger sind. Diese Prognose basiert auf epidemiologischen Modellen, die einen kausalen Zusammenhang zwischen Resistenzprävalenz und Sterblichkeit belegen und zeigen, dass staatlich verpflichtende Maßnahmen in Low-Resistance-Ländern bis zu 70–80 Prozent der AMR-bedingten Tode reduzieren (www.rki.de/DE/Aktuelles/Neuigkeiten-und-Presse/Pressemitteilungen/2022/06_2022.html; <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/>; [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01867-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01867-3/fulltext)).

In den Niederlanden bildet das seit den 1980er-Jahren verfolgte sogenannte Search-and-Destroy-Konzept einen zentralen Pfeiler der MRSA-Kontrolle. Dieses beruht auf verpflichtenden Screenings definierter Risikogruppen, konsequenter präventiver Isolation, zentraler Surveillance sowie standardisierten Dekolonisationsmaßnahmen. Der Ansatz gilt international als wirksam, ist jedoch auch Gegenstand fachlicher Kritik, etwa im Hinblick auf hohen Ressourcenaufwand und Kostenaufwand, Belastungen für Patienten sowie Fragen der Übertragbarkeit auf Länder mit höherer Ausgangsprävalenz oder veränderten epidemiologischen Bedingungen (www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/31079-mrsa-die-niederlaendische-search-and-destroy-politik).

Dänemark verfolgt demgegenüber einen besonders ausgeprägten One-Health-Ansatz, der Humanmedizin, Veterinärwesen und Landwirtschaft systematisch integriert. Zentrale Elemente sind das nationale Überwachungssystem DAN-MAP, verbindliche Vorgaben zum Antibiotikaeinsatz in der Tierhaltung sowie staatliche Eingriffs- und Kontrollmechanismen bei Überschreitung definierter Schwellenwerte. Auch dieser Ansatz wird international als erfolgreich bewertet, steht jedoch ebenfalls in der Kritik, insbesondere im Hinblick auf Eingriffe in wirtschaftliche Freiheit, administrative Belastungen und Fragen der langfristigen Akzeptanz stark regulativer Instrumente (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/antimicrobial-resistance/amr-spc-npm/nap-library/denmark-national-one-health-strategy-against-antibiotic-resistance-2017.pdf?sfvrsn=1a87d365_3).

Demgegenüber ist die deutsche Antibiotikaresistenzpolitik durch eine föderale Kompetenzverteilung geprägt, bei der der Bund überwiegend rechtliche Rahmenvorgaben setzt, während Vollzug, Aufsicht und konkrete Maßnahmen bei den Ländern liegen. Viele der in den Niederlanden und Dänemark verbindlich ausgestalteten Instrumente sind in Deutschland rechtlich lediglich empfehlend oder werden uneinheitlich umgesetzt (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Antibiotika-Resistenz-Strategie/DART_2030_bf.pdf; www.bundestag.de/resource/blob/405856/b34288d3af75b844052a75dfdf461202/wd-5-035-15-pdf-data.pdf; <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2724-0>).

Vor diesem Hintergrund – und unter Berücksichtigung des Potenzials, Tausende Todesfälle jährlich zu vermeiden – stellt sich den Fragestellern die Frage, in welchem Umfang die im europäischen Vergleich ungünstigere Resistenzlage Deutschlands auch auf juristische und föderale Steuerungsgrenzen zurückzuführen ist, welche staatlich-behördlichen Maßnahmen aus den Niederlanden und Dänemark grundsätzlich übertragbar wären und wo rechtliche, föderale oder verfassungsrechtliche Hürden bestehen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche MRSA-Prävalenzen (Anteil MRSA an Staphylococcus-aureus-Isolaten) und andere relevante Antibiotikaresistenzquoten (z. B. für E. coli, Klebsiella spp.) weist Deutschland in den letzten zehn Jahren nach Bundesländern auf (bitte tabellarisch darstellen nach Jahren und Ländern, vergleichen mit den bundesweiten Durchschnittswerten und angeben, auf welchen Quellen, z. B. RKI-Surveillance, ARS-Daten, diese Angaben basieren)?
2. Welche konkreten Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen (z. B. verpflichtende Screenings, Isolationsregeln, Antibiotikastewardship-Programme in Kliniken oder Regulierungen in der Tierhaltung) werden nach Kenntnis der Bundesregierung in den einzelnen Bundesländern umgesetzt, und inwiefern weichen diese ggf. von den bundesweiten Empfehlungen (z. B. Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe KRINKO) ab?

Gibt es ggf. nach Kenntnis der Bundesregierung einen messbaren Zusammenhang zwischen diesen regionalen Unterschieden und den Resistenzquoten?
3. Sieht die Bundesregierung in den regionalen Unterschieden der Resistenzquoten und Maßnahmen ein Indiz dafür, dass die föderale Kompetenzverteilung (Artikel 30, 70, 83 GG) die bundesweite Einheitlichkeit behindert, und wenn ja, welche Instrumente plant sie ggf., um eine harmonisierte Umsetzung zu fördern (z. B. durch Finanzhilfen oder verbindliche Mindeststandards)?
4. Welche MRSA-Prävalenzen (Anteil MRSA an Staphylococcus-aureus-Isolaten) weist Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten zehn Jahren auf und wie unterscheiden sich diese Werte im selben Zeitraum von denen der Niederlande und Dänemarks (bitte tabellarisch nach Jahren darstellen)?
5. Hat sich die Bundesregierung eine Auffassung zu dem Umstand gebildet, dass die Niederlande und Dänemark seit Jahrzehnten MRSA-Raten von unter 1 bis 2 Prozent aufweisen, während Deutschland deutlich höhere Werte verzeichnet und wenn ja, wie lautet diese?
6. Sieht die Bundesregierung auf Grundlage der Daten des ECDC und der WHO einen systematischen Zusammenhang zwischen staatlich verbindlichen Maßnahmen und den niedrigeren Resistenzraten in den Niederlanden und Dänemark, und falls nein, welche alternativen Erklärungen zieht sie heran?
7. Welche Elemente des niederländischen „Search-and-Destroy“-Ansatzes stuft die Bundesregierung ggf. als maßgeblich für die niedrige MRSA-Prävalenz ein?
8. Sind der Bundesregierung wissenschaftlich belegte Kritikpunkte am niederländischen Ansatz bekannt und wenn ja, welche, insbesondere in Bezug auf
 - a) Kosten und Ressourcenbindung?
 - b) Belastungen für Patienten?
 - c) Übertragbarkeit auf Länder mit höherer Ausgangsprävalenz?
9. Wenn der Bundesregierung solche Maßnahmen bekannt sind (vgl. Vorfrage), welche davon wären nach Auffassung der Bundesregierung in Deutschland nur durch eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes oder

durch Eingriffe in Länderkompetenzen bundesweit verpflichtend umsetzbar?

10. Misst die Bundesregierung dem dänischen DANMAP-System für die Reduktion antibiotikaresistenter Erreger bei Mensch und Tier Bedeutung bei und wenn ja, welche?
11. Hat sich die Bundesregierung zur Wirksamkeit der dänischen Regulierung des Antibiotikaeinsatzes in der Tierhaltung im Vergleich zur deutschen Praxis eine eigene Positionierung erarbeitet und wenn ja, wie lautet diese?
12. Hat die Bundesregierung Überlegungen dazu angestellt, welche rechtlichen, föderalen oder verfassungsrechtlichen Gründe einer Übernahme vergleichbarer verpflichtender Eingriffs- und Kontrollmechanismen (vgl. Vorfrage) in Deutschland ggf. entgegenstehen und wenn ja, zu welchem Ergebnis kam sie?
13. Inwieweit sieht die Bundesregierung ggf. die föderale Kompetenzverteilung nach Artikel 30, 70 und 83 GG als strukturelles Hindernis für eine bundesweit einheitliche und verpflichtende Antibiotikaresistenzpolitik?
14. Welche Instrumente nutzt oder plant die Bundesregierung ggf., um trotz Länderzuständigkeit eine höhere Verbindlichkeit und Einheitlichkeit der Maßnahmen zu erreichen?
15. Hält die Bundesregierung die bislang überwiegend empfehlungsbasierte Umsetzung (z. B. KRINKO-Empfehlungen) angesichts der europäischen Vergleichsdaten für ausreichend, und falls ja, worauf stützt sie diese Einschätzung?
16. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung ggf. zur Kosten-Nutzen-Relation staatlich verpflichtender Strategien wie dem niederländischen „Search-and-Destroy“-Ansatz oder der dänischen Veterinärregulierung vor?
17. Wie gewichtet die Bundesregierung bei verpflichtenden Maßnahmen zur Resistenzbekämpfung die staatliche Schutzpflicht für Leben und Gesundheit (Artikel 2 Absatz 2 GG) gegenüber Eingriffen in Berufs- und Eigentumsfreiheit (Artikel 12, 14 GG)?
18. Sieht die Bundesregierung angesichts der belegten europäischen Unterschiede (vgl. Vorbemerkung) Anlass, die rechtliche Verbindlichkeit oder Koordination der deutschen Antibiotikaresistenzpolitik weiterzuentwickeln, und falls ja, in welcher Form?

Berlin, den 14. Januar 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion