

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum,
Carina Schießl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/3691 –**

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

Vorbemerkung der Fragesteller

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&objekt=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 bis 2 Prozent MRSA-Prävalenz) könnten schätzungsweise 6 700 bis 7 800 dieser direkten Todesfälle pro Jahr vermieden werden, weil 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 bis 80 Prozent der AMR-bedingten (AMR = Antimikrobielle Resistenzen; <https://flexikon.doccheck.com/de/Antibiotikaresistenz>) 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](https://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 Ressourcen- 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 DANMAP, 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/documents/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 in 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 aus Dänemark grundsätzlich übertragbar wären und wo rechtliche, föderale oder verfassungsrechtliche Hürden bestehen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die in Deutschland zur Reduzierung von Antibiotikaresistenzen zu ergreifenden Maßnahmen werden in der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) zusammengefasst. Die aktuelle Strategie „DART 2030“ baut auf den Erkenntnissen der Vorgängerstrategien auf und wurde im Jahr 2023 vom Bundeskabinett verabschiedet. Wie die Vorgängerstrategien folgt die DART 2030 dem One Health-Ansatz. Sie wurde gemeinsam durch das Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat, das Bundesministerium für Umwelt, Klimaschutz, Naturschutz und nukleare Sicherheit, das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt sowie das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt.

Die DART 2030 beschreibt die bis zum Jahr 2030 zu erreichenden strategischen Ziele in sechs Handlungsfeldern. Sie wird ergänzt durch einen Aktionsplan mit konkreten Maßnahmen, der regelmäßig aktualisiert werden soll. Der Aktionsplan adressiert auch Verpflichtungen, die Deutschland mit der Verabschiedung der „Empfehlung des Rates zur Intensivierung der EU-Maßnahmen zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenz im Rahmen des Konzeptes Eine Gesundheit“ im Juni 2023 eingegangen ist. So wurden beispielsweise nationale Zielvorgaben für den Antibiotikaverbrauch und bestimmte Resistenzraten im Humanbereich festgelegt.

Ein wichtiger Pfeiler der deutschen Antibiotikaresistenz-Strategie sind die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes, die beispielsweise Meldepflichten für bestimmte multiresistente Erreger umfassen. Zudem haben die Leiterinnen und Leiter medizinischer Einrichtungen sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistzenzen, zu vermeiden. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim RKI beachtet worden sind.

Die im europäischen Vergleich niedrigen Resistenzraten in Deutschland sind auch auf die erfolgreiche Umsetzung der bisherigen Maßnahmen zurückzuführen.

1. Welche MRSA-Prävalenzen (Anteil MRSA an *Staphylococcus-aureus*-Isolaten) und anderen relevanten Antibiotikaresistenzquoten (z. B. für *E. coli*, *Klebsiella* spp.) weist Deutschland in den letzten zehn Jahren nach Bundesländern auf (bitte tabellarisch nach Jahren und Ländern darstellen, mit den bundesweiten Durchschnittswerten vergleichen und angeben, auf welchen Quellen, z. B. RKI-Surveillance, ARS-Daten [ARS = Antibiotika-Resistenz-Surveillance], diese Angaben basieren)?

In den beigefügten Tabellen 1 bis 3 in der Anlage 1 sind die Meldeinzipidenzen (Neue Meldefälle/100.000 Einwohner/Jahr) von MRSA (Meldepflicht nur für den Nachweis aus Blut oder Liquor), Enterobacterales und *Acinetobacter* spp. bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz (Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation, erstes vollständiges Jahr 2017) zum Da-

tenstand des aktuellsten epidemiologischen Jahrbuches 2024 nach Land und Jahr dargestellt.*

Im Unterschied zu diesen Meldeinzidenzen erfasst die vom RKI koordinierte Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) auch Erreger und Resistenzen, die nicht meldepflichtig sind. In der beigefügten Tabellen 4 bis 6 in der Anlage 2 ist der Anteil MRSA an *Staphylococcus aureus* Isolaten bzw. Carbapenem-Resistenz unter *Acinetobacter* spp. sowie ausgewählten Enterobacterales-Gattungen (*Escherichia* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Citrobacter* spp.) dargestellt. Für die zeitliche Vergleichbarkeit wurden nur Einsendende, die über den gesamten dargestellten Zeitraum Daten geliefert haben, eingeschlossen. Die regionale Vergleichbarkeit ist eingeschränkt, da die Beteiligung auf Ebene der Länder über den langen Betrachtungszeitraum unterschiedlich ist. Die Länder wurden deshalb in „ARS-Regionen“ aggregiert: Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt), Nordwest (Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein), Südost (Bayern, Sachsen und Thüringen), Südwest (Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland) und West (Nordrhein-Westfalen).*

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, 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, und gibt es ggf. nach Kenntnis der Bundesregierung einen messbaren Zusammenhang zwischen diesen regionalen Unterschieden und den Resistenzquoten?

Es existiert keine systematische Erfassung der Maßnahmen zur Minimierung von Antibiotikaresistenzen in den einzelnen Ländern. Die Empfehlungen der KRINKO sind von allen Gesundheitseinrichtungen in allen Ländern zu beachten.

Regionale Unterschiede können sich z. B. durch multiresistente Erreger-Netzwerke ergeben, die in vielen Regionen etabliert und aktiv sind und in denen der Umgang mit MRE regional abgestimmt wird.

Das RKI untersucht wissenschaftlich regionale Unterschiede in der Verbreitung von antibiotikaresistenten Erregern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es kein einheitliches Verbreitungsmuster gibt. Die Muster unterscheiden sich deutlich zwischen den unterschiedlichen Erregerspezies. Infektionen mit MRE sind mit höherem Alter und männlichem Geschlecht assoziiert. Landkreise mit älterer Bevölkerung sind daher generell stärker betroffen. Ein niedrigerer sozioökonomischer Status der Landkreise ist mit höheren MRSA Infektions-Inzidenzen assoziiert. Diese Faktoren müssen auch bei internationalen Vergleichen berücksichtigt werden, die Niederlande haben beispielsweise eine jüngere Bevölkerung als Deutschland.

Maßgebliche Regelungen zur Anwendung von antibiotischen Tierarzneimitteln, die dem Zweck der Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen in der Tierhaltung dienen, werden im deutschen Tierarzneimittelgesetz und der Verordnung (EU) 2019/6 getroffen. Diese Regelungen sind, soweit sie im Tierarzneimittelgesetz getroffen werden, deutschlandweit bzw. soweit sie in der Verordnung (EU)

* Von einer Drucklegung der Anlage wird abgesehen. Diese ist auf Bundestagsdrucksache 21/3958 auf der Internetseite des Deutschen Bundestages abrufbar.

2019/6 getroffen werden, EU-weit bindend und werden von allen Ländern der Bundesrepublik Deutschland vollzogen.

3. Sieht die Bundesregierung in den regionalen Unterschieden der Resistenzquoten und Maßnahmen ein Indiz dafür, dass die föderale Kompetenzverteilung (Artikel 30, 70 und 83 des Grundgesetzes [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)?

Regionale Unterschiede in den Resistenzraten können unterschiedliche Ursachen haben. Neben der Bevölkerungsstruktur spielt z. B. auch die Dichte der medizinischen Versorgung, die vor Ort verfügbaren Fachdisziplinen, die lokale und regionale Vernetzung der Verschreibenden eine Rolle. Die zur Erreichung der in der DART 2030 beschriebenen Ziele zu treffenden Maßnahmen müssen sich nach den Ursachen richten, die der Resistenzentwicklung zugrunde liegen, und unterscheiden sich daher zwischen den Regionen. Die Bundesregierung sieht keine Hindernisse durch die föderale Kompetenzverteilung.

4. Welche MRSA-Prävalenzen (Anteil MRSA an Staphylococcus-aureus-Iso-laten) 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)?

Für den europäischen Vergleich werden in der folgenden Tabelle die Daten des European Antimicrobial Resistance Surveillance Networks (EARS-Net) mit dem Anteil MRSA an Staphylococcus aureus-Isolaten aus Blutkulturen in Prozent dargestellt, siehe auch unter atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Database=27&HealthTopic=4.

Jahr	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Deutschland	11.5	10.2	9.1	7.7	6.7	5.5	4.9	4.0	4.4	4.2
Dänemark	1.5	2.0	2.5	1.7	2.2	1.7	1.8	1.9	1.5	1.9
Niederlande	1.6	1.2	1.6	1.2	1.5	1.5	1.5	1.9	1.8	2.0

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?

Die MRSA-Raten in Deutschland sind im Verlauf der letzten Jahre stark zurückgegangen und die Unterschiede zu den Niederlanden und Dänemark haben sich deutlich verringert. Bei anderen Resistenzen sind die Unterschiede noch geringer (z. B. 3. Generation Cephalosporin-Resistenz bei E. coli) bzw. existieren keine Unterschiede (z. B. Carbapenem-Resistenz bei Acinetobacter spp. und E. coli). Die zur Reduzierung von Antibiotika-Resistenzen getroffenen Maßnahmen zeigen Erfolge.

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 in Dänemark, und wenn nein, welche alternativen Erklärungen zieht sie heran?

Beim Vergleich von Resistenzraten zwischen unterschiedlichen Staaten müssen die jeweilige Gesundheitssysteme und Versorgungsstrukturen in den Blick genommen werden. Ein entscheidender Faktor für die Anzahl der Krankenhausinfektionen, bei denen resistente Erreger häufig eine Rolle spielen, ist die Zahl der Krankenhausaufenthalte. In den Niederlanden gibt es deutlich weniger Krankenaufenthalte pro 100 000 Einwohner als in Deutschland, u. a. weil in den Niederlanden häufiger ambulant versorgt wird. Dies erleichtert Hygiinemaßnahmen wie beispielsweise die Isolation von infektiösen Patientinnen und Patienten. Zudem haben die Niederlande meist große Krankenhäuser mit eigenen Laboren und mehr ärztlichem Personal in den Bereichen Infektionsprävention, Diagnostik und Infektiologie.

7. Welche Elemente des niederländischen „Search-and-Destroy“-Ansatzes stuft die Bundesregierung ggf. als maßgeblich für die niedrige MRSA-Prävalenz ein?

Die sogenannte Search- and Destroy-Strategie in den Niederlanden wurde vor ca. 20 Jahren entwickelt und für MRSA umgesetzt. Sie ist nur in ihrer Gesamtheit wirksam und kann nur angewendet werden, wenn die Prävalenz in der Bevölkerung niedrig ist und ausreichend Einzelzimmer zur Isolation zur Verfügung stehen. In einer endemischen Situation, in der ein gewisser Teil der Bevölkerung mit MRSA besiedelt ist, ist die Strategie nicht umsetzbar.

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?

Einige ältere Studien beschreiben eine Kostenersparnis durch die Search- and Destroy-Strategie, die jedoch vom untersuchten Setting abhängt.

In Studien konnte gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten in Isolierzimmern schlechter versorgt werden, da die Isolierzimmer weniger häufig vom medizinischen Personal aufgesucht werden.

Zudem wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 7 verwiesen.

9. Wenn der Bundesregierung solche Maßnahmen bekannt sind (vgl. Frage 8), welche davon wären nach Auffassung der Bundesregierung in Deutschland nur durch eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes oder durch Eingriffe in Länderkompetenzen bundesweit verpflichtend umsetzbar?

Teile der Search- and Destroy-Strategie für MRSA sind bereits in der Empfehlung der KRINKO „Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ enthalten und müssen gemäß Infektionsschutz-

gesetz in medizinischen Einrichtungen in Deutschland beachtet werden. Weitere Maßnahmen sind nach Auffassung der Bundesregierung nicht erforderlich.

10. Misst die Bundesregierung dem dänischen DANMAP-System (DANMAP = Danish Integrated Antimicrobial Resistance Monitoring and Research Programme) 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. Frage 11) in Deutschland ggf. entgegenstehen, und wenn ja, zu welchem Ergebnis kam sie?

Die Fragen 10 bis 12 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Angesichts der großen Bedeutung von Antibiotikaresistenzen für die Gesundheit von Mensch und Tier misst die Bundesregierung allen Maßnahmen, die einen Beitrag zur Reduktion der Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen leisten, eine große Bedeutung bei.

In verschiedenen europäischen Mitgliedstaaten sind bisher verpflichtende Maßnahmen zur Reduktion des Antibiotikaeinsatzes in der Tierhaltung eingeführt worden, darunter auch in Deutschland. Aufgrund bestehender struktureller Unterschiede zwischen verschiedenen europäischen Mitgliedstaaten unter anderem in der Tierhaltung, den Produktionsbedingungen, dem Veterinärwesen, dem Infektionsgeschehen und der Verwaltung, lassen sich die in verschiedenen europäischen Mitgliedstaaten eingeführten Maßnahmen zur Reduktion des Antibiotikaeinsatzes und der Antibiotikaresistenzen in der Tierhaltung nicht miteinander vergleichen, da diese Maßnahmen die verschiedenen nationalen Gegebenheiten berücksichtigen müssen.

Die in Deutschland bestehenden Maßnahmen zur Reduktion des Antibiotikaeinsatzes in der Tierhaltung, die im Jahr 2014 eingeführt worden sind, sind Teil der DART und haben sich als zielführend und effektiv erwiesen.

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?

Die Bundesregierung sieht in der föderalen Kompetenzverteilung kein strukturelles Hindernis für die Erreichung der in der DART 2030 festgehaltenen Ziele zur Reduzierung von Antibiotika-Resistenzen.

14. Welche Instrumente nutzt oder plant die Bundesregierung ggf., um trotz Länderzuständigkeit eine höhere Verbindlichkeit und Einheitlichkeit der Maßnahmen zu erreichen?

Auf die Vorbemerkung und die Antwort der Bundesregierung auf Frage 9 wird verwiesen.

Darüber hinaus nutzt die Bundesregierung verschiedene Gremien und Prozesse zur Abstimmung mit den Ländern. So ist beispielsweise der Verabschiedung der DART 2030 im Jahr 2023 ein Stellungnahmeverfahren vorausgegangen, an dem sich auch die Länder beteiligten. Ländervertreterinnen und Ländervertreter sind ständige Gäste der KRINKO sowie der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim RKI.

Eine Beratung über offene Fragen und mit dem Ziel eines möglichst abgestimmten Vorgehens erfolgt u. a. in der AG Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.

15. Hält die Bundesregierung die bislang überwiegend empfehlungsisierte Umsetzung (z. B. KRINKO-Empfehlungen) angesichts der europäischen Vergleichsdaten für ausreichend, und wenn ja, worauf stützt sie diese Einschätzung?

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, sind die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes von allen medizinischen Einrichtungen in Deutschland zu beachten. Regionale Unterschiede der Resistenzraten erfordern regional angepasste Maßnahmen, die auch Änderungen über den Zeitverlauf berücksichtigen müssen.

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?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zur Kosten-Nutzen-Relation staatlich verpflichtender Strategien in den Niederlanden oder Dänemark vor.

17. Wie gewichtet die Bundesregierung bei verpflichtenden Maßnahmen zur Resistenzbekämpfung die staatliche Schutzwicht für Leben und Gesundheit (Artikel 2 Absatz 2 GG) gegenüber Eingriffen in Berufs- und Eigentumsfreiheit (Artikel 12 und 14 GG)?

Die Schutzwicht für Leben und Gesundheit sowie die Berufs- und Eigentumsfreiheit stehen nach Auffassung der Bundesregierung in Bezug auf Antibiotikaresistenzen in keinem Widerspruch.

18. Sieht die Bundesregierung angesichts der belegten europäischen Unterschiede (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) Anlass, die rechtliche Verbindlichkeit oder Koordination der deutschen Antibiotikaresistenzpolitik weiterzuentwickeln, und wenn ja, in welcher Form?

Die deutsche Antibiotikaresistenzpolitik wird laufend weiterentwickelt, um sie an sich ändernde Gegebenheiten anzupassen, z. B. an neue Resistenzmechanismen oder Verbreitungsweg. Änderungen der rechtlichen Verbindlichkeit sind derzeit nicht vorgesehen.

Anlage 1 – Tabellen 1-3 zu AW auf Frage 1 KA 21/3691

Tabelle 1:

MRSA:

Bundesland	Neue Meldefälle/100.000 Einwohner/Meldejahr									
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baden-Württemberg	1,46	1,44	1,11	0,98	0,68	0,52	0,58	0,61	0,62	0,87
Bayern	1,85	1,48	1,63	1,44	1,49	0,57	0,87	0,84	1,09	0,97
Berlin	8,69	7,19	4,47	3,36	1,80	1,75	1,22	1,30	1,19	1,98
Brandenburg	5,35	4,61	4,07	2,83	2,50	1,22	1,22	1,17	1,24	1,17
Bremen	3,87	3,24	7,49	3,51	4,40	2,50	2,07	1,46	1,30	0,43
Hamburg	2,63	2,32	2,57	2,72	1,68	1,24	1,29	1,16	1,88	2,20
Hessen	2,70	2,30	2,27	1,96	1,42	1,05	1,03	1,13	1,35	1,62
Mecklenburg-Vorpommern	8,43	6,83	5,03	5,28	3,54	2,48	1,86	1,54	1,41	1,14
Niedersachsen	5,80	5,47	4,02	4,17	2,79	1,95	1,61	1,38	1,64	1,47
Nordrhein-Westfalen	6,42	6,10	5,16	4,44	3,28	2,03	1,92	1,88	1,73	1,77
Rheinland-Pfalz	2,29	2,51	2,21	1,79	1,27	0,59	0,95	0,53	0,55	0,63
Saarland	2,31	2,21	3,02	1,82	0,91	1,22	0,71	0,71	0,80	1,58
Sachsen	6,36	2,92	5,59	4,66	3,54	2,12	1,98	1,57	1,88	1,76
Sachsen-Anhalt	8,24	8,72	6,79	4,57	4,65	2,66	2,03	2,52	2,06	2,29
Schleswig-Holstein	4,86	3,96	2,84	2,42	1,69	1,13	0,86	0,61	1,38	0,84
Thüringen	4,47	3,75	3,81	3,83	2,11	2,08	1,38	1,50	1,65	2,38
Gesamt:	4,40	3,87	3,41	2,93	2,19	1,38	1,30	1,23	1,33	1,40

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, survstat.rki.de, Abfragedatum: 21. Januar 2026

Tabelle 2:

Enterobacterales:

Bundesland	Neue Meldefälle/100.000 Einwohner/Meldejahr							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baden-Württemberg	3,31	4,11	4,47	3,35	3,40	4,74	7,32	10,10
Bayern	3,55	3,76	4,80	3,25	3,59	5,75	7,55	10,07
Berlin	8,11	9,31	9,70	6,50	8,97	15,60	16,95	19,43
Brandenburg	2,28	3,50	4,40	2,96	3,66	6,61	9,88	9,47
Bremen	4,41	3,22	5,14	3,38	5,32	5,26	4,77	6,38
Hamburg	6,83	6,95	6,60	4,70	4,53	8,72	18,95	23,68
Hessen	7,06	8,99	9,78	7,52	8,20	11,06	13,39	18,71
Mecklenburg-Vorpommern	1,61	1,37	3,86	2,42	2,05	5,71	7,43	11,88
Niedersachsen	2,30	2,17	3,24	3,44	4,14	6,22	7,72	10,26
Nordrhein-Westfalen	4,61	5,05	6,05	5,20	6,56	8,35	10,86	12,84
Rheinland-Pfalz	4,03	4,80	5,28	3,68	3,19	5,24	6,88	10,24
Saarland	2,11	4,24	7,50	3,46	2,24	2,42	4,93	5,53
Sachsen	2,84	5,25	4,37	3,33	4,70	5,75	6,94	7,74
Sachsen-Anhalt	4,27	4,35	8,70	6,01	5,16	5,99	6,79	10,11
Schleswig-Holstein	3,74	2,11	3,31	3,33	3,11	4,77	7,76	9,56
Thüringen	5,21	5,04	5,62	3,07	1,38	2,63	4,05	6,48
Gesamt:	4,14	4,71	5,59	4,28	4,84	6,98	9,22	11,77

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, survstat.rki.de, Abfragedatum: 21. Januar 2026

Tabelle 3:

Acinetobacter spp.:

Bundesland	Neue Meldefälle/100.000 Einwohner/Meldejahr							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baden-Württemberg	0,56	0,59	0,71	0,43	0,59	0,68	0,80	0,97
Bayern	0,77	0,80	0,61	0,35	0,49	1,02	0,82	0,93
Berlin	2,88	2,40	1,96	1,56	1,63	2,24	2,27	2,74
Brandenburg	0,44	0,76	0,63	0,59	0,47	1,01	0,89	0,90
Bremen	0,44	0,44	1,17	0,15	0,44	1,02	0,72	0,14
Hamburg	2,24	2,06	1,84	1,24	1,56	1,80	1,73	1,56
Hessen	1,73	1,50	1,54	0,79	0,95	1,33	1,01	1,19
Mecklenburg-Vorpommern	0,56	0,37	0,19	0,06	0,19	0,31	0,49	0,76
Niedersachsen	0,63	0,46	0,58	0,56	0,54	0,63	0,67	0,89
Nordrhein-Westfalen	1,18	1,09	1,02	0,70	0,54	1,00	0,93	0,94
Rheinland-Pfalz	0,64	0,69	0,61	0,37	0,71	0,82	0,48	0,51
Saarland	0,10	0,40	0,20	0,41	-	0,30	0,10	0,40
Sachsen	0,42	0,98	0,69	0,37	0,25	0,76	0,46	0,52
Sachsen-Anhalt	0,49	0,50	0,41	0,37	0,28	0,69	0,55	0,61
Schleswig-Holstein	0,52	0,52	0,62	0,48	0,44	1,29	1,25	0,88
Thüringen	0,65	1,21	0,33	0,38	0,09	0,56	0,28	0,62
Gesamt:	0,95	0,93	0,85	0,57	0,60	0,97	0,88	0,97

Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, survstat.rki.de, Abfragedatum: 21. Januar 2026

Anlage 2 – Tabellen 4-6 zu AW auf Frage 1 KA 21/3691

Tabelle 4:

Jahr	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Staphylococcus aureus</i> - Anteil MRSA in Prozent nach ARS-Regionen										
Nordost	9.2	10.0	8.5	7.8	6.0	5.2	5.1	5.7	5.5	5.1
Nordwest	14.3	12.8	10.8	10.2	8.5	6.9	5.9	5.2	5.9	5.6
Südost	9.7	8.9	9.4	7.7	7.0	6.2	4.8	4.8	4.6	4.5
Südwest	9.2	8.8	8.0	7.2	5.7	4.8	4.4	4.7	4.9	5.0
West	14.5	13.4	12.1	11.7	9.9	8.5	7.9	7.8	7.8	8.2
Gesamtergebnis	11.8	11.2	10.1	9.4	7.9	6.7	6.1	6.1	6.2	6.3

Quelle: Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS)

Tabelle 5:

Jahr	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Klebsiella</i> spp., <i>Escherichia</i> spp., <i>Enterobacter</i> spp., <i>Citrobacter</i> spp.- Anteil Carbapenem-Resistenz (Imipenem/Meropenem) in Prozent nach ARS-Regionen										
Nordost	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
Nordwest	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1
Südost	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Südwest	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
West	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Gesamtergebnis	0.1									

Quelle: Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS)

Tabelle 6:

Jahr	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Acinetobacter spp - Anteil Carbapenem-Resistenz (Imipenem oder Meropenem) in Prozent nach ARS-Regionen										
Nordost	2.8	1.5	0.7	1.3	0.8	0.9	1.5	1.6	1.0	1.3
Nordwest	2.7	1.4	3.3	1.8	1.3	0.5	0.9	2.3	1.6	1.3
Südost	1.4	1.6	1.1	2.4	3.2	1.4	1.1	2.6	1.0	1.0
Südwest	1.2	0.9	1.5	1.6	2.4	1.7	2.3	2.4	1.8	2.5
West	3.2	1.7	2.2	2.2	2.2	1.6	1.1	2.4	1.8	0.9
Gesamtergebnis	2.3	1.5	1.8	2.0	2.2	1.4	1.4	2.3	1.6	1.3

Quelle: Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS)