Deutscher Bundestag **Drucksache 21/8920**

21. Wahlperiode 03.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

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 L. Giersch, Martina Kempf, Stefan Möller, Dr. Paul Schmidt, Gereon Bollmann, Thomas Fetsch, Alexander Arpaschi, Dr. Michael Blos, René Bochmann, Erhard Brucker, Dr. Ingo Hahn, Udo Theodor Hemmelgarn, Stefan Henze, Olaf Hilmer, Karsten Hilse, Dr. Malte Kaufmann, Dr. Michael Kaufmann, Kurt Kleinschmidt, Maximilian Kneller, Heinrich Koch, Manuel Krauthausen, Knuth Meyer-Soltau, Iris Nieland, Arne Raue, Dr. Rainer Rothfuß, Angela Rudzka, Volker Scheurell, Bastian Treuheit, Martina Uhr, Sven Wendorf, Jörg Zirwes und der Fraktion der AfD

Gesundheitsschutz der Bevölkerung priorisieren – Transparenz und konsequente Infektionsprävention bei Tuberkulosefällen sicherstellen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Tuberkulose (TB) ist eine meldepflichtige, potenziell lebensgefährliche Infektionskrankheit. Trotz eines leichten Rückgangs der absoluten Fallzahlen liegt die Inzidenz mit 5,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner (2024) weiterhin weit über dem WHO-Meilenstein der Pre-Elimination (< 1 Fall/100.000 Einwohner bis 2035). Von einer Eliminierungsstrategie ist Deutschland damit nach wie vor weit entfernt.

Die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der AfD-Fraktion[1] belegt, dass die Bundesregierung weiterhin wesentliche epidemiologische Daten zur Aufschlüsselung nach Aufenthaltsstatus oder spezifischen Risikokonstellationen nur unzureichend erhebt oder publiziert.

Der Staat verletzt seine elementare Schutzpflicht gegenüber den eigenen Bürgern, wenn er bei meldepflichtigen Infektionskrankheiten die Augen vor den Fakten verschließt. Das derzeitige „kontrollierte Nichtwissen“ der Bundesregierung gefährdet die Gesundheit der Bevölkerung, da es eine zielgerichtete Prävention, effektives Screening und eine frühzeitige Isolierung infektiöser Personen in den Aufnahmeeinrichtungen und der Fläche systematisch verhindert.

[1] Bundestagsdrucksachen 21/5671

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. die bestehende gesetzliche Untersuchungspflicht nach § 62 Absatz 1 des Asylgesetzes (AsylG) in Verbindung mit § 36 Absatz 4 und 5 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) auf Bundesebene lückenlos durchzusetzen und bestehende Ausnahmetatbestände abzuschaffen. Hierzu ist bundeseinheitlich sicherzustellen, dass ausnahmslos alle Personen, die in die Bundesrepublik einreisen und ein Asylgesuch äußern oder in Aufnahmeeinrichtungen untergebracht werden, unverzüglich bei Ersteinreise bzw. Erstaufnahme einer standardisierten Untersuchung auf Tuberkulose (einschließlich Röntgen des Thorax bei Personen ab dem 15. Lebensjahr bzw. alternativer Testverfahren bei Schwangeren und Kindern) unterzogen werden. Ausnahmeregelungen – insbesondere die Anerkennung vorangegangener, im Ausland oder auf der Fluchtroute ausgestellter Atteste oder Bescheinigungen – sind im Sinne einer lückenlosen Gefahrenabwehr an den Außengrenzen und in den Erstaufnahmeeinrichtungen auszuschließen (Systematisches und lückenloses Infektionsschutz-Screening);
2. das Infektionsschutzgesetz (IfSG) dahingehend anzupassen, dass bei der Meldung von anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose künftig verpflichtend auch der Aufenthaltsstatus anonymisiert miterfasst wird. Nur durch diese vollständige Datenbasis ist eine wirksame epidemiologische Überwachung und damit der Schutz der Bevölkerung vor unkontrollierten Ausbreitungsrisiken möglich (Erweiterung der Meldepflicht zur Gefahrenabwehr);
3. im Rahmen der Gesundheitsfürsorge in Aufnahmeeinrichtungen sicherzustellen, dass für den Fall der Diagnose einer aktiven Tuberkulose umgehend separierte Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, um eine Infektionsübertragung auf Mitbewohner und Personal konsequent auszuschließen (Priorisierung von Isolationskapazitäten);
4. ein jährliches Monitoring-System zu etablieren, das die durch Tuberkulosebehandlungen und erforderliche Public-Health-Maßnahmen (Screening, Kontaktpersonennachverfolgung, Isolationsmaßnahmen) verursachten Kosten und personellen Ressourcenbelastungen bei Leistungsempfängern nach dem AsylbLG detailliert ausweist, um die Belastung der öffentlichen Gesundheitsdienste für die Bevölkerung transparent zu machen (Transparenz bei der Kosten- und Ressourcenbelastung).

Berlin, den 3. November 2026

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

Der Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten gehört zu den zentralen staatlichen Aufgaben. Tuberkulose ist keine harmlose Erkrankung; bei unsachgemäßer Behandlung oder mangelnder Diagnose drohen nicht nur schwere Krankheitsverläufe für die Betroffenen, sondern auch die Gefahr der Ausbreitung resistenter Keime in der breiten Bevölkerung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die zitierte Antwort der Bundesregierung[2] macht deutlich, dass der Staat derzeit bei der Überwachung dieser Gefahrenlage blind agiert. Wenn die Bundesregierung einräumt, keine Daten über den Aufenthaltsstatus der Erkrankten zu erheben, ist dies ein schwerwiegendes Versäumnis im staatlichen Risikomanagement. Ein effektiver Infektionsschutz ist ohne die Kenntnis der Risikogruppen unmöglich.

Soweit eingewandt wird, das Robert Koch-Institut erfasse bereits detailliert die Staatsangehörigkeit bzw. das Geburtsland der Erkrankten (vgl. RKI-Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose 2024, S. 24 ff.), greift dies epidemiologisch und ordnungspolitisch zu kurz:

Die bloße Staatsangehörigkeit sagt nichts über die tatsächliche Lebenswirklichkeit und Exposition der Betroffenen aus. Ein ausländischer Facharbeiter, Diplomat oder Student weist völlig andere Kontaktdichten und Risikoprofile auf als ein Asylbewerber in einer Erstaufnahmeeinrichtung oder Sammelunterkunft. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die Ausländerbehörden ist die entscheidende Steuerungsgröße nicht der Pass, sondern die administrative Verortung im Aufnahmesystem. Erst die Erfassung des konkreten aufenthaltsrechtlichen Status (z. B. Gestattung, Duldung oder Aufenthaltstitel) ermöglicht es, Infektionsherde clustergenau auf bestimmte Unterbringungsformen zurückzuführen und Präventionsressourcen zielgenau dort zu bündeln, wo das Infektionsrisiko am höchsten ist. Ohne diese Verknüpfung bleibt die Gefahrenabwehr blind.

Hierbei geht es ausdrücklich nicht um Diskriminierung, sondern um rationalen, evidenzbasierten Infektionsschutz. Wer in unser Land kommt, muss sicherstellen, dass er keine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt. Dies ist eine sicherheitspolitische und medizinische Selbstverständlichkeit, die in fast jedem anderen souveränen Staat der Welt praktiziert wird. Es ist die Pflicht der Bundesregierung, sicherzustellen, dass Migration nicht zu einem unkalkulierbaren Gesundheitsrisiko für die ansässige Bevölkerung wird. Der Staat verletzt seine Schutzpflicht gegenüber den eigenen Bürgern, wenn er die Augen vor den Fakten verschließt.

Dies gilt auch für die Kostenlast. Die öffentliche Hand trägt die finanziellen Lasten für Screening, Therapie und Kontaktpersonennachverfolgung. Die Intransparenz, die die Bundesregierung bezüglich dieser Kosten pflegt, ist haushaltspolitisch unverantwortlich. Ein moderner Infektionsschutz erfordert Transparenz und eine klare Prioritätensetzung: Nicht Ideologie, sondern die staatliche Schutzpflicht, medizinische Notwendigkeit und die Sicherheit der Bürger müssen das Handeln der Bundesregierung leiten.

Entgegen der bestehenden Rechts- und Meldepraxis erzeugt die lückenlose Durchsetzung der Eingangsuntersuchungen sowie die Erfassung des Aufenthaltsstatus einen erheblichen verfahrensökonomischen und gesundheitspolitischen Mehrwert:

Prävention von Kostenexplosionen durch Sekundärinfektionen: Ein systematisches, lückenloses Screening unmittelbar bei Erstkontakt verhindert, dass infektiöse Personen unentdeckt in kommunale Gemeinschaftsunterkünfte oder die Fläche weiterverteilt werden. Die Kosten eines frühzeitigen Screenings (Röntgenaufnahme ca. 30 bis 50 Euro) stehen in einem eklatanten Missverhältnis zu den Folgekosten einer unentdeckten Ausbreitung: Bei offener oder gar resistenter Tuberkulose (MDR-TB) belaufen sich die Behandlungs- und Isolationskosten pro Fall schnell auf fünf- bis sechsstellige Beträge, ganz abgesehen von der extrem personal- und kostenintensiven Kontaktpersonennachverfolgung durch den ohnehin überlasteten Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Frühzeitiges Erkennen schützt somit direkt die Haushalte der Kommunen und die Träger nach dem AsylbLG.

Steuerungsrelevanter Mehrwert der Statuserfassung: Die bisherige bloße Erfassung der Staatsangehörigkeit durch das RKI ist für die gezielte Gefahrenabwehr unzureichend. Sie erlaubt keine Differenzierung darüber, ob Infektionen in Aufnahmeeinrichtungen, im regulären Arbeitsmigrationskontext oder bei Personen mit verfestigtem Aufenthalt auftreten. Erst die Kenntnis des konkreten Aufenthalts- bzw. Verfahrensstatus ermöglicht es Bund, Ländern und ÖGD, Präventions- und Isolationsressourcen dort zielgenau zu bündeln, wo das Infektionsrisiko aufgrund von Unterbringungsdichte und Fluchtrouten tatsächlich am höchsten ist.

Verhältnismäßigkeit des Verwaltungsaufwands: Der bürokratische Mehraufwand ist denkbar gering, da die Meldewege nach dem IfSG (SurvNet) bereits etabliert sind und lediglich um den Parameter des aufenthaltsrechtlichen Status ergänzt werden müssen. Dieser minimale Verwaltungsaufwand ist angesichts des Schutzes vulnerabler Gruppen, des Personals in den Einrichtungen und der Gesamtbevölkerung vollumfänglich verhältnismäßig und geboten.

[2] s. FN. 2

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.