



LUA-Mitteilungen 03/2016

Inhaltsverzeichnis

Humanmedizin

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen.....	2
HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2015.....	7

Lebensmitteluntersuchungen

Durch den Dschungel der Feinen Backwaren	21
Der sächsische „Weinskandal“	26

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – April 2016 bis Juni 2016	28
Neue Rechtsbestimmungen Veterinärmedizin - April 2016 bis Juni 2016.....	31
Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel und Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse (2. Quartal 2016)	32
BSE - Untersuchungen 2. Quartal 2016.....	33
Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2016.....	33
Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen - 2. Quartal 2016.....	34

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen

2. Quartal 2016 (vom 04.04.2016 – 03.07.2016)

Brucellose

Eine 28-jährige Frau (Sylerin – seit November 2015 in Deutschland) litt an Gelenkschmerzen und Erschöpfungszuständen. Die eingeleiteten Untersuchungen erbrachten mittels Antikörpernachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) den Nachweis einer Brucellose-Infektion. Die mögliche Infektionsquelle konnte nicht eruiert werden.

Clostridium difficile-Infektion, schwerer Verlauf

Im Quartal kamen 37 schwere Verläufe einer *Clostridium difficile*-Infektion zur Meldung. 9 Patienten im Alter zwischen 59 und 90 Jahren verstarben.

Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)

Aus einem Landkreis erfolgte die Übermittlung eines CJK-Falles. Betroffen war ein 64-jähriger Mann, der mit typischer Symptomatik erkrankte und wenige Wochen später verstarb. Eine Sektion fand nicht statt.

Denguefieber

Die 13 im Quartal gemeldeten Denguefieber-Fälle betrafen Reisrückkehrer aus Bali, Costa Rica, den Philippinen, Indonesien, Malaysia, Thailand und der Karibik. Bei den Patienten handelte es sich um Erwachsene im Alter zwischen 20 und 61 Jahren.

FSME

Bei einer der übermittelten labordiagnostisch bestätigten Erkrankungen handelte es sich um eine 48-jährige Frau mit meningitischer Symptomatik, die sich während der Inkubationszeit zum Wanderurlaub in Tschechien (Lipno-Stausee) aufgehalten hatte. Ein Zeckenstich war ihr nicht Erinnerungswürdig.

Die anderen Patienten (zwischen 20 und 60 Jahre alt) zeigten überwiegend grippale Symptomatik. Mit hoher Wahrscheinlichkeit infizierten sich zwei Erkrankte in ihrem Wohnumfeld (LK Leipzig, Stadt Chemnitz) und ein Betroffener konnte sich an einen Zeckenstich während einer Wanderung in der Gegend um Dessau-Rosslau (Sachsen-Anhalt) erinnern.

Haemophilus influenzae-Infektion, invasiv

Bei allen 9 Patienten im Alter zwischen 19 und 88 Jahren gelang der Erregernachweis *Haemophilus influenzae* aus Blut. Eine Kapseltyp-Bestimmung erfolgte nur vereinzelt. So konnten bei einem Patienten der Kapseltyp b und bei einem anderen Patienten die Kapseltypen a – f ausgeschlossen werden.

Hantavirus

Ein 61-jähriger Mann erkrankte mit Fieber, Kopfschmerzen sowie Nierenfunktionsstörungen und wurde daraufhin stationär behandelt. Die Infektion konnte serologisch (Hantaan-/ Dobrava-virus) bestätigt werden. Konkrete Hinweise auf die Infektionsquelle ergaben sich nicht.

Hepatitis E

Auch im zweiten Quartal des Jahres 2016 setzte sich der seit einiger Zeit registrierte deutliche Anstieg der Hepatitis E-Infektionen weiter fort.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurden im Freistaat Sachsen 104 Virushepatitis E-Fälle übermittelt. 37 Betroffene mussten stationär behandelt werden.

Von den erfassten Fällen wurde die Infektion eines 58-jährigen Mannes als todesursächlich angegeben. Eine mögliche Infektionsquelle konnte nicht eruiert werden.

Influenza

Es wurden im zweiten Quartal 298 Influenza A-Infektionen (darunter 101-mal Subtyp A(H1N1)pdm09 und einmal A(H3N2)), 1.506-mal Influenza B sowie 27-mal nicht nach A oder B differenzierte Influenza übermittelt.

Seit dem Beginn der Influenzasaison (40. BW 2015) wurden in Sachsen kumulativ 10.926 Infektionen registriert (Vorsaison 2014/2015: 12.609). Die am häufigsten betroffenen Altersgruppen waren die 5- bis unter 10-jährigen Kinder, gefolgt von den jungen Erwachsenen (25 bis 44 Jahre).

Rückblickend kann bei der aktuellen Saison von einer stark ausgeprägten Influenzawelle gesprochen werden, deren Gipfel mit 44 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner in der 11. Berichtswoche 2016 lag.

Im Berichtszeitraum kamen 2 durch Influenza B bedingte Todesfälle zur Meldung. Dabei handelte es sich um einen 75-jährigen Mann sowie eine 30-jährige Frau.

Influenzabedingte Ausbrüche kamen nur noch vereinzelt zur Meldung.

Mit der letzten Aprilwoche endete die aktuelle Influenzasaison. Ein abschließender, ausführlicher Bericht über die Influenzasaison 2015/2016 erscheint zu einem späteren Zeitpunkt.

Legionellose

Die 11 übermittelten Infektionen betrafen 7 Männer und 4 Frauen im Alter zwischen 18 und 73 Jahren. Bei den 6 mit Pneumonie erkrankten Betroffenen gelang der Nachweis von *Legionella pneumophila* aus Bronchiallavage, Rachenabstrich, Urin bzw. aus Blut. In einem Fall wurde über einen Hotelaufenthalt in der Ukraine berichtet; alle anderen Infektionen erfolgten wahrscheinlich im häuslichen Umfeld. Über Grunderkrankungen der Patienten wurde nichts bekannt.

Leptospirose

Es wurden im Berichtszeitraum 2 Fälle übermittelt. Betroffen waren Männer im Alter von 38 und 57 Jahren, die über allgemeine Krankheitszeichen sowie Fieber klagten. Beide Infektionen konnten serologisch bestätigt werden. Während sich bei dem jüngeren Patienten keine Hinweise auf eine mögliche Infektionsquelle ergaben, konnte sich der ältere, ein Kanalarbeiter, an eine kürzlich zugezogene Wunde am Arm erinnern.

Listeriose

Von den übermittelten 19 Infektionen wurde eine als krankheitsbedingt verstorben registriert. Betroffen war ein 75-jähriger Mann, bei dem sich ein septisches Krankheitsbild zeigte. Aus Blut des Patienten wurde *Listeria monocytogenes* nachgewiesen.

Listeriose, angeborene Infektion

Es kamen im 2. Quartal des Jahres zwei konnatale Infektionen zur Meldung.

Ein neugeborenes Mädchen erkrankte mit Fieber, Erbrechen und Durchfall. Aus einem Abstrich gelang der Nachweis von *Listeria monocytogenes*. Die 20-jährige Mutter hatte kurz vor der Geburt einen fieberhaften Infekt entwickelt.

Der zweite Fall betraf ein zu früh (35. SSW) geborenes Mädchen, welches ein septisches Krankheitsbild entwickelte. Aus Blut gelang der Nachweis von *L. monocytogenes*. Die 24-jährige Mutter war kurz vor der Geburt mit einem fieberhaften Infekt erkrankt und es setzten vorzeitig Wehen ein.

Bei den jeweiligen Müttern der Kinder wurde kein Erregernachweis geführt; sie wurden jedoch im epidemiologischen Zusammenhang erfasst.

Malaria

Im Berichtszeitraum wurden 3 Fälle von Malaria tertiana und einer von *Malaria tropica* übermittelt. Betroffen waren männliche Asylsuchende aus Afghanistan im Alter von 15 bzw. 17 Jahren sowie zwei deutsche Männer (36 und 51 Jahre alt) nach Urlaubsaufenthalten in Kamerun bzw. Venezuela. Letztere hatten im Zusammenhang mit ihren Reisen keine Malaria-Prophylaxe durchgeführt.

Masern

In Sachsen wurden im Berichtszeitraum 16 Erkrankungen registriert. Nach den enorm hohen Erkrankungszahlen von 2015 waren dies nun die ersten übermittelten Masernfälle im Jahr 2016. Ein 2-jähriger, nicht gegen Masern geimpfter Junge erkrankte nach der Rückkehr von einem Urlaubsaufenthalt auf Teneriffa. Ob die Inkubation während des Urlaubsaufenthaltes oder im Zusammenhang mit dem Flug, der über den Flughafen Berlin-Schönefeld lief, erfolgte, konnte nicht geklärt werden. Wieder Zuhause, wurde der Junge von einer ebenfalls nicht gegen Masern geimpften Tagesmutter betreut, für die nach Bekanntwerden seiner Erkrankung ein Tätigkeitsverbot verhängt wurde. Es traten keine Folgeerkrankungen auf.

Ein weiterer Masernfall betraf eine 56-Jährige, die ebenfalls nach einer Urlaubsreise (Malaga – via Flughafen Berlin-Schönefeld) erkrankte. Auch diese Betroffene war nicht gegen Masern geimpft. Es fanden sich keine Hinweise auf die Infektionsquelle.

In Erstaufnahme-Einrichtungen in Chemnitz, Dresden sowie Leipzig traten unter tschetschenischen Asylsuchenden 14 Infektionen auf. Bis auf zwei Erwachsene (21 und 20 Jahre alt) waren Kinder im Alter zwischen 10 Monaten und 13 Jahren betroffen. Soweit dies möglich war, wurden die Patienten von den anderen Bewohnern der Einrichtung abgesondert (ein Großteil der Kinder wurde stationär behandelt) und durch die zuständigen Gesundheitsämter wurden Riegelungsimpfungen angeboten. Bei allen Patienten konnten die Infektionen serologisch und/oder mittels PCR bestätigt werden. Die Genotypisierungen zeigten bei den Betroffenen in der Stadt Chemnitz den Genotyp D8 Frankfurt/Main. Dieser Genotyp trat auch bei einem Patienten in Dresden

auf. Die „Neue Variante D8“ konnte bei 2 weiteren Patienten in Dresden und bei den Leipziger Fällen diagnostiziert werden.

Meningitiden

Im Quartal wurden 36 Erkrankungen übermittelt. Durch welche Erreger diese verursacht waren, ist aus Tabelle 1 ersichtlich. Berücksichtigt sind hier nur die Fälle, bei denen der Erregernachweis aus dem Liquor der Patienten erfolgte.

Tabelle 1: Erkrankungen mit dem klinischen Bild Meningitis/Enzephalitis in Sachsen (Vergleich 2. Quartal 2016 zu 2015)

Erreger	2. Quartal 2016			2. Quartal 2015		
	Erkrankung	Tod	Inzidenz	Erkrankung	Tod	Inzidenz
bakt. Erreger gesamt	15	-	0,4	8	-	0,2
Borrelien	2	-	0,05	-	-	-
Haemophilus influenzae	-	-	-	1	-	0,02
Listerien	3	-	0,07	1	-	0,02
Meningokokken	2	-	0,05	1	-	0,02
Pneumokokken	7	-	0,2	4	-	0,1
S. agalactiae	1	-	0,02	1	-	0,02
virale Erreger gesamt	21	-	0,5	14	-	0,4
Enterovirus	7	-	0,2	-	-	-
FSME-Virus	1	-	0,02	-	-	-
Herpesvirus	-	-	-	3	-	0,07
Varizella- Zoster-Virus	13	-	0,3	11	-	0,3
Gesamtzahl	36	-	0,9	22	-	0,5

Meningokokken-Erkrankung, invasiv

Ein 19-Jähriger erkrankte mit Fieber und meningitischer Symptomatik. Aus Liquor und Blut des Patienten gelang der Nachweis von Meningokokken der Serogruppe B. Etwa 30 Personen erhielten im Zusammenhang mit dieser Infektion eine chemoprophylaktische Behandlung.

Bei einem einjährigen Jungen zeigten sich Fieber, Sepsis und eine meningitische Symptomatik. Aus Liquor konnten gramnegative Diplokokken nachgewiesen werden. Das Kind war bisher einmal gegen Meningokokken der Serogruppe C geimpft worden. Im Zusammenhang mit dieser Infektion wurden etwa 70 Personen einer chemoprophylaktischen Behandlung zugeführt.

MRSA-Infektion (invasive Erkrankung)

Im Berichtszeitraum wurden 73 Infektionen übermittelt. Betroffen war hauptsächlich die Altersgruppe der über 65-Jährigen. Die MRSA-Nachweise wurden aus Blut geführt. 5 Patienten zwischen 63 und 81 Jahren verstarben an den Folgen der Infektion.

caMRSA-Nachweis

Im aktuellen Quartal kamen 20 Nachweise zur Übermittlung. Betroffen waren 2 Säuglinge, 8 Kinder und Jugendliche im Alter von einem bis 16 Jahren sowie 10 Erwachsene zwischen 27 und 63 Jahren. 12 Fälle waren auslandsassoziiert. Das Verhältnis Infektion/ Kolonisation betrug 45:55.

Multiresistente Erreger (MRE) mit Carbapenem-Resistenz

Im Berichtszeitraum kamen 124 Nachweise zur Erfassung (Erregeraufschlüsselung in Tabelle 2). Den größten Anteil (61 %)

stellten *Pseudomonas aeruginosa*, gefolgt von *Klebsiella* spp. mit 15 %.

Eine 67-Jährige verstarb an den Folgen einer Infektion mit *Klebsiella pneumoniae* und bei einer 87-Jährigen wurde eine *Pseudomonas aeruginosa*-Infektion als zum Tod führende Ursache angegeben.

Tabelle 2: Gramnegative Bakterien mit erworbener Carbapenemase/Carbapenem-Resistenz im 2. Quartal 2016

Erreger	Infektion	Kolonisation	Gesamt-Fallzahl	dav. Tod
Acinetobacter spp.	3	2	5	-
Citrobacter spp.	3	1	4	-
Enterobacter spp.	5	9	14	-
Escherichia coli	-	2	2	-
Klebsiella spp.	5	14	19	1
Morganella spp.	1	1	2	-
Pseudomonas aeruginosa	13	63	76	1
Serratia spp.	2	-	2	-
Gesamtzahl	32	92	124	2

Mumps

Die 10 übermittelten Fälle betrafen ein 3-jähriges Mädchen, einen 16-Jährigen und Erwachsene im Alter zwischen 21 und 62 Jahren. Alle Patienten waren ohne Mumps-Impfschutz. Bis auf einen Fall, bei dem die Diagnose aufgrund des klinischen Bildes erfolgte, konnten alle Infektionen labordiagnostisch bestätigt werden.

Norovirus-Gastroenteritis

Gegenüber dem letzten Quartal wurde saisonbedingt ein deutlicher Rückgang der Norovirus-Infektionen registriert. Die Inzidenz betrug 24 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Verglichen mit dem 5-Jahresmittelwert (45 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) lag die erfasste Quartalsinzidenz deutlich darunter. Es kamen im Berichtszeitraum 47 Erkrankungshäufungen zur Meldung. Betroffen waren 18 Seniorenheime, 13 Kindertagesstätten, 10 medizinische Einrichtungen, 2 Grundschulen und 2 Verpflegungsgemeinschaften sowie jeweils eine Familie und eine Wohnstätte.

Ornithose

Ein 57-jähriger Mann, der eine private Zwergfinken-Zucht betreibt, erkrankte mit Kopfschmerzen, Fieber und Pneumonie. Serologisch bestätigte sich eine Infektion mit *Chlamydia psittaci*. Weitere Informationen lagen nicht vor.

Pertussis

Im zweiten Quartal des Jahres ergab sich aus den übermittelten 98 Erkrankungen eine Neuerkrankungsrate von 2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Somit zeigte sich im Vergleich zum ersten Quartal ein Rückgang der Neuerkrankungsrate um 28 %. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum konnte etwa ein Viertel mehr Erkrankungen erfasst werden. 85 % der Betroffenen waren nicht bzw. nur unvollständig gegen Keuchhusten geimpft.

Weiterhin wurden 22 Infektionen ohne bestehendes klinisches Bild übermittelt.

Aus der Stadt Leipzig wurde bereits im 1. Quartal über eine Häufung unter ungeimpften Kindern einer Grundschule und einer

Kita berichtet. Dieser konnten bis einschließlich Juni weitere Fälle zugeordnet werden, so dass sich zum Ende des 2. Quartals ein Gesamtstand von 19 Betroffenen ergab.

Im Landkreis Leipzig erkrankten in einer Kindereinrichtung, einer Grundschule sowie in Familien bisher 6 Personen. Die meisten Patienten verfügten nicht über den notwendigen Impfschutz. Das Geschehen setzt sich fort.

Zusätzlich konnten 4 weitere kleine familiäre Erkrankungshäufungen mit bis zu 5 Fällen erfasst werden.

Im Berichtszeitraum kamen zusätzlich 5 Parapertussis-Fälle zur Meldung.

Pneumokokken-Erkrankung (invasiv)

Insgesamt wurden 75 Erkrankungen sowie 5 Infektionen ohne bestehendes klinisches Bild registriert. Bei den Patienten handelten sich bis auf zwei Säuglinge im Alter von 6 und 7 Monaten und ein 2-jähriges Mädchen um Erwachsene zwischen 28 und 92 Jahren.

Bei 7 Betroffenen, die mit meningitischer Symptomatik erkrankten, erfolgte der Erregernachweis aus Liquor und bei allen anderen aus Blut.

7 Todesfälle betrafen 5 Männer und 2 Frauen im Alter zwischen 46 und 88 Jahren, die Pneumonien bzw. septische Krankheitsbilder zeigten und teils unter Vorerkrankungen litten.

Salmonellose

Gegenüber dem vorangegangenen Quartal vollzog sich ein saisonal bedingter Anstieg der Neuerkrankungsrate von 4 auf 8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner; diese lag jedoch unter dem 5-Jahresmittelwert von 9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Es kam der krankheitsbedingte Tod einer 80-jährigen Frau zur Meldung. Die Patientin, die bereits unter schweren Vorerkrankungen litt, zeigte ein septisches Krankheitsbild. Aus der Blutkultur gelang der Nachweis von *Salmonella Typhimurium*.

Erkrankungshäufungen in Gemeinschaftseinrichtungen kamen im Berichtszeitraum nicht zur Meldung.

Shigellose

Nach Aufhalten in Indien, Israel bzw. Kamerun erkrankten eine 24-jährige Frau, ein 38-jähriger Mann und ein einjähriger Junge aus unterschiedlichen Landkreisen an einer Shigellose bedingt durch *Shigella sonnei*.

Bei zwei Frauen im Alter von 17 und 45 Jahren, die sich in Togo bzw. Paraguay aufgehalten hatten, wurde eine Shigellose bedingt durch *Shigella flexneri* diagnostiziert. Weiterhin kam der Nachweis einer *Shigella flexneri*-Infektion (74-Jährige) ohne bestehendes klinisches Bild zur Meldung. Eine Infektionsquelle konnte in diesem Fall nicht ermittelt werden.

Tuberkulose

Von den 49 im Berichtsquartal übermittelten Tuberkulosen wurde ein Fall als krankheitsbedingt verstorben erfasst. Es handelte sich um einen 90-jährigen deutschen Mann.

Zikavirus-Infektion

Im zweiten Quartal wurden zwei Zikavirus-Infektionen übermittelt. Eine 55-Jährige erkrankte nach der Rückkehr von einem Aufenthalt in Republik Trinidad und Tobago mit Fieber und allgemeinen Krankheitszeichen. Eine Hospitalisierung war aufgrund des leichten klinischen Verlaufes nicht nötig. Die labor-

diagnostische Bestätigung erfolgte mittels IgM- und IgG-Ak-Nachweis.

Der zweite Fall betraf einen 44-jährigen Mann, der nach einem Brasilien-Aufenthalt eine grippale Symptomatik aufwies. Auch hier wurde auf eine stationäre Behandlung des Patienten verzichtet und die Infektion serologisch bestätigt.

Tod an sonstiger Infektionskrankheit

Die 21 im ersten Quartal des Jahres übermittelten Fälle betreffen:

- 69-jähriger Mann, Sepsis, Nachweis *Enterococcus faecalis*;
- 2 Männer (64 und 66 Jahre), Sepsis, Nachweis *Enterococcus faecium*;
- 4 Männer (76 bis 89 Jahre), Urosepsis, Nachweis *Escherichia coli* aus Urin;
- 22-jähriger Mann, Hirnatrophie als Folge einer Herpes simplex-Meningoenzephalitis als Säugling, Multiorganversagen;
- 83-jähriger Mann, Urosepsis, Nachweis *Klebsiella pneumoniae* aus Urin;
- 74-jähriger Mann, Pneumonie, septische Enzephalopathie, Urosepsis, Nachweis *Pseudomonas aeruginosa* aus Urin;
- 7 Männer (59 bis 87 Jahre) und 2 Frauen (76 und 78 Jahre), Sepsis, Multiorganversagen, Nachweis *Staphylococcus aureus* (Methicillin-sensibel) aus der Blutkultur;

- 46-jährige Frau, Fieber, Sepsis, Nachweis *Stenotrophomonas maltophilia* aus der Blutkultur;

- 47-jähriger Mann, septischer Schock mit Multiorganversagen, Nachweis *Streptococcus pyogenes* aus der Blutkultur.

Nosokomiale Ausbrüche

Tabelle 3: Nosokomiale Ausbrüche gemäß § 6 (3) / §11 (2) IfSG im 2. Quartal 2016

Erreger	Zahl der Ausbrüche	Gesamtfallzahl
C. difficile	1	5
E. cloacae	1	2
Influenza	1	5
K. pneumoniae	1	2
P. aeruginosa	1	11
VRE	1	8

Verantwortlich:

Dr. med. Sophie-Susann Merbecks
und Mitarbeiter des FG Infektionsepidemiologie
LUA Chemnitz

Übermittelte Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen

2. Quartal 2016 und kumulativer Stand 1. – 26. Meldewoche (MW) 2015/2016

	1. Quartal 1. – 26. MW 2016		kumulativ 1. – 26. MW 2016		kumulativ 1. – 26. MW 2015	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Adenovirus-Enteritis	540		1.111		1.616	
Adenovirus-Infektion, respiratorisch	245		537		499	
Adenovirus-Konjunktivitis	15		29		17	
Amöbenruhr	14		23		20	
Astrovirus-Enteritis	397		950		1.192	
Borreliose	407		497		328	
Brucellose	1		1		1	
Campylobacter-Enteritis	1.390		2.426		2.352	
Chikungunyafieber					3	
Chlamydia trachomatis-Infektion	1.064		2.155		2.165	
Clostridium difficile-Enteritis	1.226		2.509		2.805	
Clostridium difficile-schwerer Verlauf	37	9	54	18	36	29
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	1	4	3	5	4
Denguefieber	13		22		15	
Echinokokkose			2		2	
EHEC-Infektion	34		69		146	
Enterovirus-Infektion	171		290		102	
Escherichia coli-Enteritis	177		309		445	
FSME	4		4		2	
Gasbrand	1		2		3	2
Giardiasis	89		212		258	
Gonorrhoe	219		401		400	
GBS-Infektion*	862		1.614		1.283	
Haemophilus influenzae-Erkrankung, invasiv	9		13	1	21	2
Hantavirus	1		1		2	
Hepatitis A	13		23		12	
Hepatitis B	165		311		149	

	1. Quartal 1. – 26. MW 2016		kumulativ 1. – 26. MW 2016		kumulativ 1. – 26. MW 2015	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Hepatitis C	95		170		144	
Hepatitis D			1		2	
Hepatitis E	104	1	172	2	72	1
Herpes zoster	339		665	1	533	
HUS					1	
Influenza	1.831	2	10.945	15	12.706	16
Kryptosporidiose	32		70		78	
Legionellose	11		21	1	38	1
Leptospirose	2		3		2	
Listeriose	19	1	31	2	35	4
Malaria	4		5		7	
Masern	16		16		267	
Meningokokken-Erkrankung, invasiv	2		6		5	
MRE-Nachweis mit Carbapenem-Resistenz	124	2	245	4	306	5
MRSA-Infektion, invasiv	73	5	137	7	144	8
caMRSA-Nachweis	20		38		21	
Mumps	10		13		12	
Mycoplasma hominis-Infektion	178		400		439	
Mycoplasma-Infektion, respiratorisch	255		684		523	
Norovirus-Enteritis	1.280		4.104	1	6.274	
Ornithose	1		2			
Parainfluenza-Infektion, respiratorisch	121		301		216	1
Paratyphus					1	
Parvovirus B19-Infektion	104		189		66	
Pertussis	120		278		154	
Pneumokokken-Erkrankung, invasiv	80	7	198	11	176	13
Q-Fieber			1		6	
Rotavirus-Erkrankung	1.334		2.496		4.055	1
Röteln	3		6		5	
RS-Virus-Infektion, respiratorisch	248		1.634		1.432	1
Salmonellose	365	1	514	3	487	2
Scharlach	698		1.534		870	
Shigellose	6		8		17	
Syphilis	51		114		110	
Toxoplasmose	28		71		49	
Tuberkulose	49	1	111	1	94	1
Tularämie					1	
Typhus abdominalis					1	
Windpocken	642		1.350		1.131	
Yersiniose	106		197		158	
Zikavirus-Infektion	2		3			
Zytomegalievirus-Infektion	74		168		124	
angeborene Infektion	4		5		4	
Tod an sonstiger Infektionskrankheit		21		37		11

T Todesfälle

* GBS-Infektion = Gruppe B-Streptokokken-Infektion

HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2015

Nachfolgend werden die Zahlenberichte über die Ergebnisse der an der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen durchgeführten serologischen HIV-Untersuchungen im Jahr 2015 aufgeführt. Des Weiteren ist eine Zusammenstellung der vom Robert Koch-Institut (RKI) erhobenen HIV-Daten für Sachsen (RKI SurvStat Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016) zu finden.

Untersuchungsergebnisse der LUA

Die serologischen HIV-Untersuchungen an der LUA basieren auf einer Stufendiagnostik. Primär werden die Patientenproben (Serum) einem serologischen HIV-Screening-Test unterzogen. Zum HIV-Screening dient ein ELISA-Testsystem der 4. Generation, das gleichzeitig den Nachweis von HIV-Antikörpern (Anti-HIV-1 und Anti-HIV-2) und von HIV-p24-Antigen (von HIV-1) ermöglicht. Ist das Testergebnis des HIV-Screenings positiv, wird ein Antikörper-basierter Bestätigungstest (Immunoblot im Line-Assay-Format) durchgeführt. Mit Hilfe dieses Verfahrens ist eine Differenzierung zwischen HIV-1 und HIV-2 möglich.

Im Jahr 2015 wurden an der LUA Sachsen 16.832 HIV-Screening-Untersuchungen durchgeführt. Davon wurden insgesamt 108 Seren (0,64 %) im Immunoblot als „positiv“ bestätigt (Tabelle 1).

Bei den positiv bestätigten Antikörpertesten handelte es sich um HIV-1-Infektionen. Bei keinem der HIV-Positiven wurden eindeutig Antikörper gegen das HI-Virus Typ 2 nachgewiesen. Bei 2 HIV-Infizierten war die HIV-1-Infektion bereits bekannt. Die 108 positiven Seren konnten 74 Patienten zugeordnet werden. Dies entspricht einer patientenbezogenen Positivrate von 0,44 % (74/16.798). Im Vorjahr waren bei 0,55 % (84/15.166) der in der LUA untersuchten Patienten HIV-Antikörper nachgewiesen worden.

Unter den 74 HIV-Positiven von 2015 sind 58 männliche Personen und eine Frau. Für 15 Personen mit Migrationshintergrund wurde keine Angabe zum Geschlecht übermittelt. Diese zählen gemeinsam mit der weiblichen Person zu den 19 HIV-Positiven, die 2015 an der LUA als Asylsuchende registriert wurden. Dies entspricht einem Anteil von ca. 26 % (19/74). Insgesamt liegt der Ausländeranteil 2015 unter den als HIV-positiv Diagnostizierten bei ca. 36 % (27/74), im Vorjahr hatte er etwa 42 % (35/84) ausgemacht. Als Herkunftsländer der ausländischen HIV-Infizierten (ohne Hinweis auf Asyl) sind Ägypten, Afghanistan, Lettland, Polen, Russische Föderation, Slowakei, Spanien und Tunesien zu nennen. Die Asylsuchenden mit HIV-Infektion stammten aus Albanien (2 HIV-Positive), Eritrea, Georgien (3 HIV-Positive), Indien, Libanon (2 HIV-Positive), Libyen, Marokko (2 HIV-Positive), Nigeria, Somalia (2 HIV-Positive, 1x männlich, 1x weiblich), Tunesien, Venezuela (2 HIV-Positive) und einem sonstigen afrikanischen Staat.

Die Zahlen der für Sächsische Justizvollzugsanstalten durchgeführten HIV-Untersuchungen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Zeitliche Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

Die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen lag im Jahr 2015 deutschlandweit, wie auch in Sachsen, weiterhin auf hohem Niveau (Abbildung 1, Abbildung 2). Nachdem 2001 der bis-

herige Tiefpunkt der HIV-Erstdiagnosen in Deutschland erreicht worden war, kam es anschließend wieder zu einer Zunahme der HIV-Neudiagnosen, insbesondere in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM).

Die Meldungen der HIV-Neudiagnosen dürfen jedoch nicht mit der Zahl der HIV-Neuinfektionen gleichgesetzt werden. Sie erlauben keine direkten Rückschlüsse auf die Infektionszeitpunkte, da HIV-Infektion und HIV-Test zeitlich auseinander liegen können.

Nach der Modellierung des RKI, in die nun auch eine genauere Schätzung des Infektionszeitpunktes einfließt, hat sich die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland bis Ende der 1990er-Jahre deutlich verringert. Von 2000 bis ca. 2005 erfolgte wieder ein Anstieg der HIV-Neuinfektionen, mit einer Plateaubildung ab 2006. Vom RKI wird die Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen für Deutschland in 2014 wie auch im Vorjahr auf 3.200 (3.000–3.400) und für Sachsen auf 180 (160–210) geschätzt (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Deutschland bzw. in Sachsen – Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2014; <http://www.rki.de>).

Nach Angaben des RKI wurden im Jahr 2015 aus Sachsen 190 HIV-Erstdiagnosen gemeldet (Tabelle 3, Abbildung 1). Das ist die mit Abstand höchste Anzahl, die in einem Jahr seit Erfassungsbeginn übermittelt wurde. Im Vorjahr hatte die Zahl der

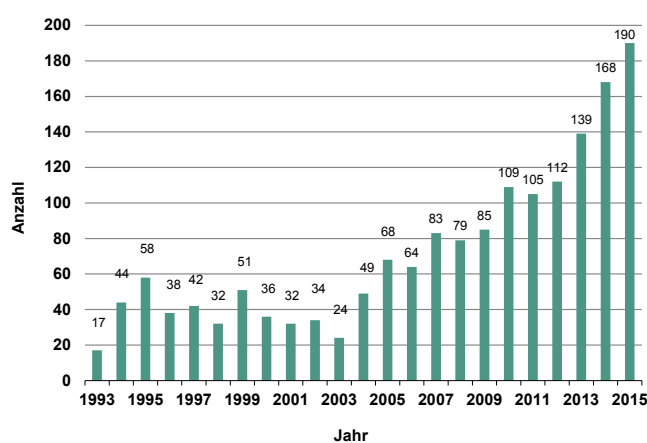


Abbildung 1: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen im Zeitverlauf, 1993-2015

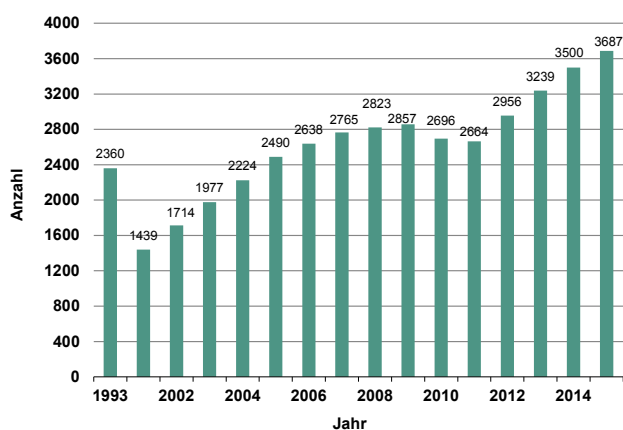


Abbildung 2: HIV-Erstdiagnosen in Deutschland im Zeitverlauf, 1993 und 2001-2015

Erstmeldungen 168 betragen, was einer Zunahme im Berichtsjahr von ca. 13 % entspricht. Von 2001 bis 2015 sind 1.341 HIV-Erstdiagnosen aus Sachsen erfasst worden, im Zeitraum 1993 bis 2015 waren es insgesamt 1.659.

Die durchschnittlichen Meldezahlen von HIV-Erstdiagnosen aus Sachsen sind im Zeitverlauf seit 1993 stufenartig gestiegen. In den Jahren 1993-2003 wurden jährlich durchschnittlich 37 neu diagnostizierte HIV-Infektionen an das RKI gemeldet. Im Zeitraum von 2004-2009 lagen die Meldezahlen für HIV-Neudiagnosen aus dem Freistaat Sachsen im Durchschnitt bei 71 und in der aktuellen Dekade gemittelt bei 127 (Abbildung 1).

Im Freistaat Sachsen sollten gemäß Schätzungen des RKI Ende 2014 ca. 2.100 (1.900-2.400) Menschen mit HIV/AIDS leben (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Sachsen - Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2014; <http://www.rki.de>).

Neben den HIV-Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) fließen in die Schätzwerte des RKI weitere Datenquellen ein: das AIDS-Fallregister, die AIDS- und HIV-Todesfallberichte an das RKI, die Todesursachen-Statistik der statistischen Landesämter sowie die Verkaufsdaten zur antiretroviralen Therapie aus Apothekenabrechnungszentren.

In Deutschland lag die Zahl der HIV-Erstdiagnosen im Berichtsjahr 2015 bei 3.687 (RKI SurvStat, Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016) (Abbildung 2). Es ist nach Schätzungen des RKI davon auszugehen, dass Ende 2014 in Deutschland ca. 83.400 (77.000-91.200) Menschen mit HIV/AIDS lebten (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Deutschland - Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2014; <http://www.rki.de>).

Ein Vergleich der Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen (gemeldete Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner) in Sachsen und Deutschland zeigt die Abbildung 3. Erstmals seit Erfassungsbeginn liegt die Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen mit 4,7 pro 100.000 Einwohner über derjenigen in Deutschland (4,6 pro 100.000).

Geschlechts- und Altersverteilung bei HIV-Neudiagnosen

Durchschnittlich 12 % der im Zeitraum 2001-2015 HIV-positiv Getesteten in Sachsen waren weiblichen und ca. 87 %

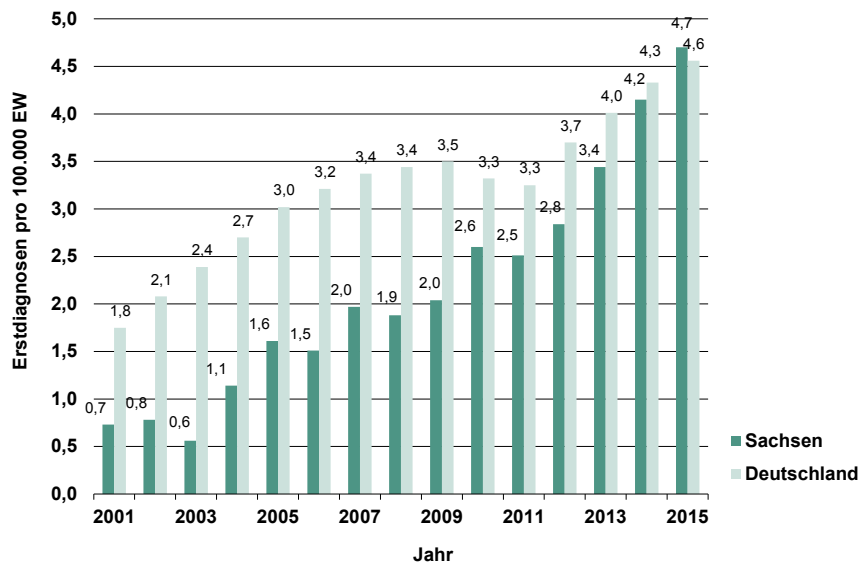


Abbildung 3: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen und Deutschland, 2001-2015

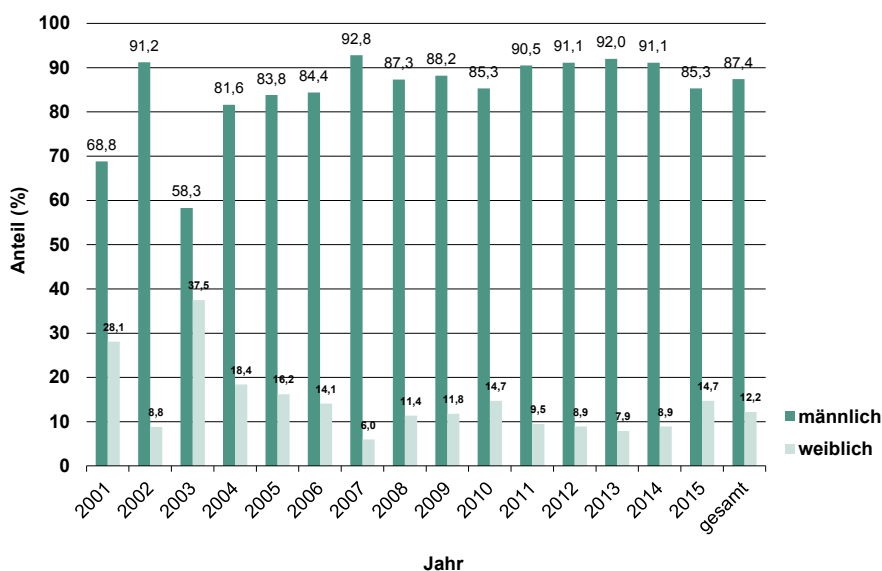


Abbildung 4: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Geschlecht und Diagnosejahr, 2001-2015

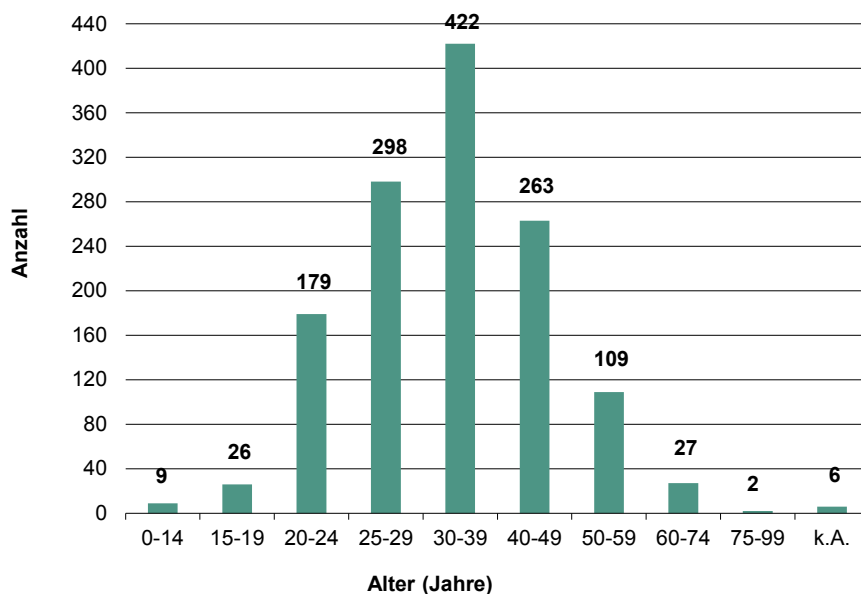


Abbildung 5: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen, 2001-2015

männlichen Geschlechts. Im Berichtsjahr 2015 betrug der Anteil ca. 15 % bzw. 85 % (Tabelle 3, Abbildung 4). Weitgehend übereinstimmende Zahlen (20 % und 80 %) hinsichtlich der Geschlechterverteilung 2015 finden sich auch für Deutschland.

Ca. 32 % (422/1.341) aller HIV-Neudagnosen im Freistaat Sachsen von 2001-2015 wurden in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen erfasst. Ca. 22 % (298/1.341) der HIV-Erstdiagnosen waren der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen und 20 % (263/1.341) den 40- bis 49-Jährigen zuzuordnen (Tabelle 7, Abbildung 5, Abbildung 6).

Bei Betrachtung der altersspezifischen Inzidenzen der Gesamt-HIV-Erstdiagnosen (gemeldete Erstdiagnosen pro 100.000 der jeweiligen Altersgruppe) in Sachsen fanden sich im Jahr 2015 die höchsten Werte bei den 30- bis 39-Jährigen (14,7 pro 100.000), gefolgt von den 25- bis 29-Jährigen (12,5 pro 100.000) und 20- bis 24-Jährigen (11,5 pro 100.000, Tabelle 8).

Bei weiterer Aufschlüsselung der Altersverteilung auf die beiden Geschlechter ergibt sich in Sachsen im Zeitraum 2001-2015 folgender Sachverhalt: Für beide Geschlechter wurden HIV-Erstdiagnosen am häufigsten in den Altersgruppen der 20- bis 49-Jährigen gestellt (Frauen: 88 %, Männer: 86 %) – mit einer zahlenmäßigen Dominanz in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (Männer: 31,7 %, Frauen: 29,3 %, Tabelle 7, Abbildung 7). Sowohl beim männlichen Geschlecht als auch beim weiblichen Geschlecht lagen im Zeitraum 2001-2015 die höchsten altersspezifischen Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen in der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren (Männer: 12,3 pro 100.000, Frauen: 2,4 pro 100.000, Tabelle 8).

Die Gesamt-Inzidenz von HIV-Erstdiagnosen betrug im Berichtsjahr beim männlichen Geschlecht mit 8,2 pro 100.000 nahezu das Sechsfache der für das weibliche Geschlecht ermittelten Inzidenz von 1,4 pro 100.000 (Tabelle 8). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen 2015 bei den Frauen jedoch verdoppelt (2014: 0,7 pro 100.000, Tabelle 8).

Bei den männlichen HIV-Erstdiagnostizierten wurden 2015 für die drei Altersgruppen zwischen 20 bis 39 Jahren annähernd identische altersspezifische Inzidenzen von 20,3; 20,8 und 21,8 pro 100.000 ermittelt. Eine ähnliche Situa-

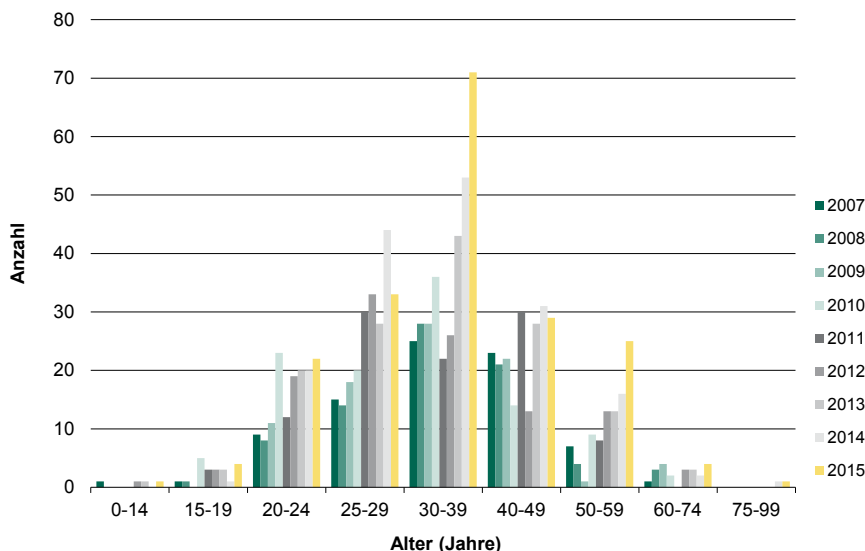


Abbildung 6: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Diagnosejahr, 2007-2015

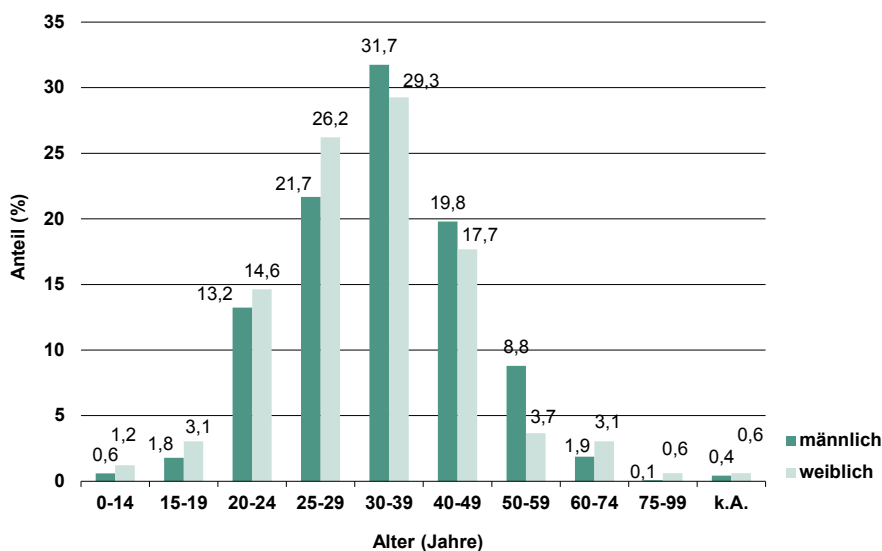


Abbildung 7: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2001-2015

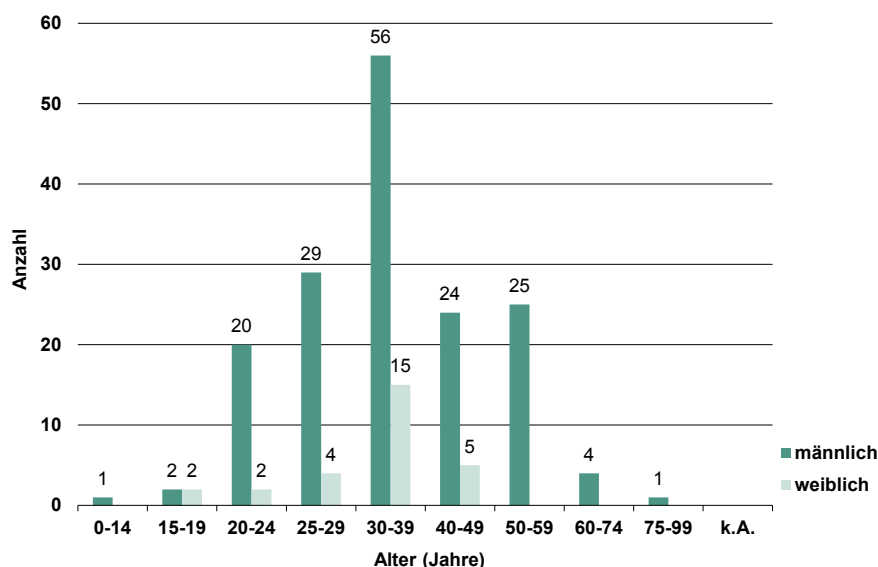


Abbildung 8: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015

tion beim weiblichen Geschlecht konnte nicht beobachtet werden. Hier war ein Scheitelpunkt der altersspezifischen Inzidenzen (6,6 pro 100.000) in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen deutlich erkennbar (Tabelle 8, Abbildung 8, Abbildung 9).

Die Abbildung 10 zeigt die altersspezifischen Inzidenzen der HIV-Neudiagnosen bei Männern im Freistaat Sachsen im zeitlichen Verlauf (Jahr 2001 und Zeitraum 2008-2015).

Regionale Verteilung der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen

Von den insgesamt 190 im Jahr 2015 neu diagnostizierten HIV-Infektionen im Freistaat Sachsen stammten 61 (32,1 %) aus dem Stadtraum Leipzig, 48 (25,3 %) aus dem Stadtraum Dresden und 29 (15,3 %) aus dem Stadtraum Chemnitz. Aus dem „übrigen Land“ wurden 2015 insgesamt 52 (27,4 %) HIV-Erstdiagnosen an das RKI übermittelt (Tabelle 4).

Von den HIV-Meldungen aus Sachsen kamen im Zeitraum 2001-2015 ca. 34 % (452/1.341) aus dem Stadtraum Leipzig und jeweils annähernd ein Viertel aus dem Stadtraum Dresden (24,1 %, 323/1.341) bzw. aus dem „übrigen Land“ (29,3 %, 393/1.341). Im Stadtraum Chemnitz wurden ca. 13 % (173/1.341) der HIV-Erstdiagnosen erhoben (Tabelle 4, Abbildung 11, Abbildung 12).

Eine Gegenüberstellung der HIV-Meldungen aus den Stadträumen Dresden und Leipzig zeigt, dass bei annähernd gleicher Einwohnerzahl 2003 aus Leipzig etwa 10-mal so viele, in den Jahren 2004 und 2005 fast doppelt so viele HIV-Neudiagnosen gemeldet wurden wie aus dem Stadtraum Dresden (Tabelle 4). In den Jahren 2006 und 2007 wurde in den beiden Stadträumen Dresden und Leipzig eine weitgehend übereinstimmende Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen registriert, während im Zeitabschnitt 2008-2010 wiederum der Stadtraum Leipzig bei den Erstdiagnosen an der Spitze lag.

Befanden sich die Gesamt-HIV-Meldezahlen für Sachsen zwischen 2010 und 2012 noch auf einem ähnlichen Niveau (im Durchschnitt 109 pro Jahr), ist dagegen seit 2013 ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten, wobei in 2013 die Verteilung der Meldezahlen auf die drei Stadträume relativ ausgeglichen war.

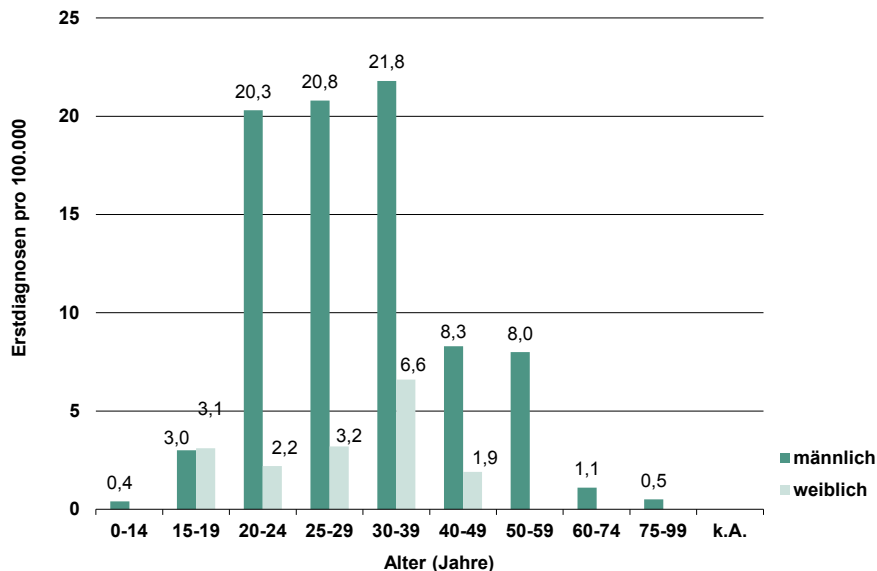


Abbildung 9: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015

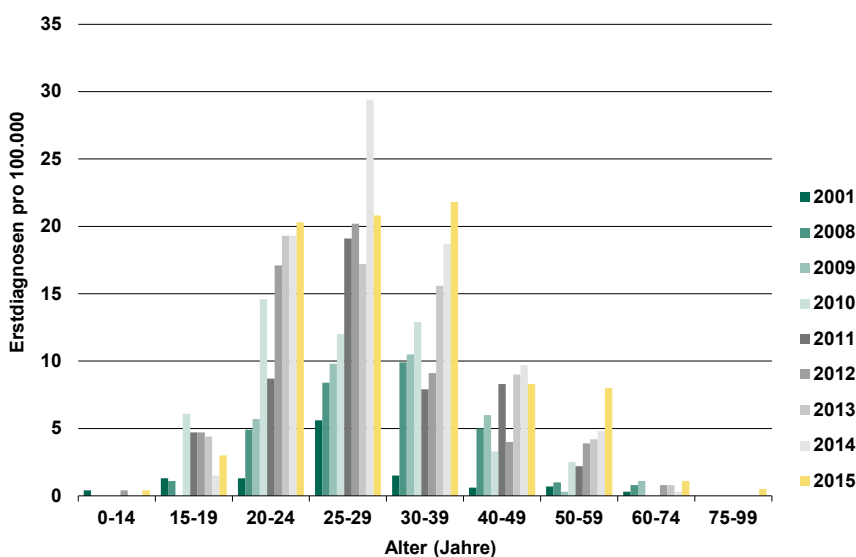


Abbildung 10: Altersspezifische Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen beim männlichen Geschlecht in Sachsen, 2001 und 2008-2015

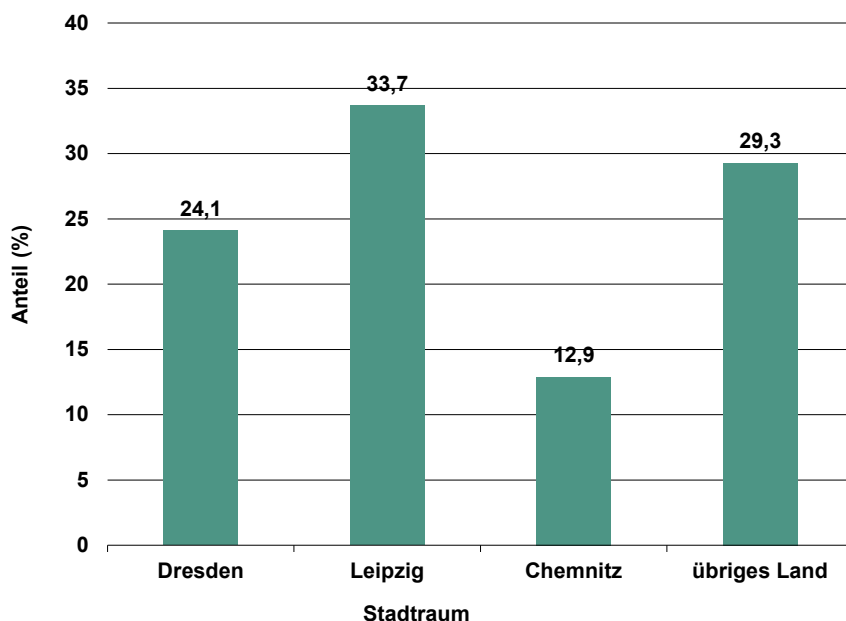


Abbildung 11: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Stadträumen, 2001-2015

Im Jahr 2014 lag die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen aus den beiden Stadträumen Dresden und Chemnitz (jeweils 35) wieder deutlich unter der Meldzahl aus dem Stadtraum Leipzig (58). Im Berichtsjahr 2015 waren die übermittelten HIV-Erstdiagnosen im Stadtraum Chemnitz um ca. 20 % gegenüber dem Vorjahreswert (29/35) zurückgegangen. Demgegenüber war die Zahl der HIV-Erstdiagnosen aus dem Stadtraum Leipzig mit 61 nahezu unverändert geblieben (2014: 58) und aus dem Stadtraum Dresden etwa um das 1,4-Fache auf 48 gestiegen (Tabelle 4, Abbildung 11, Abbildung 12).

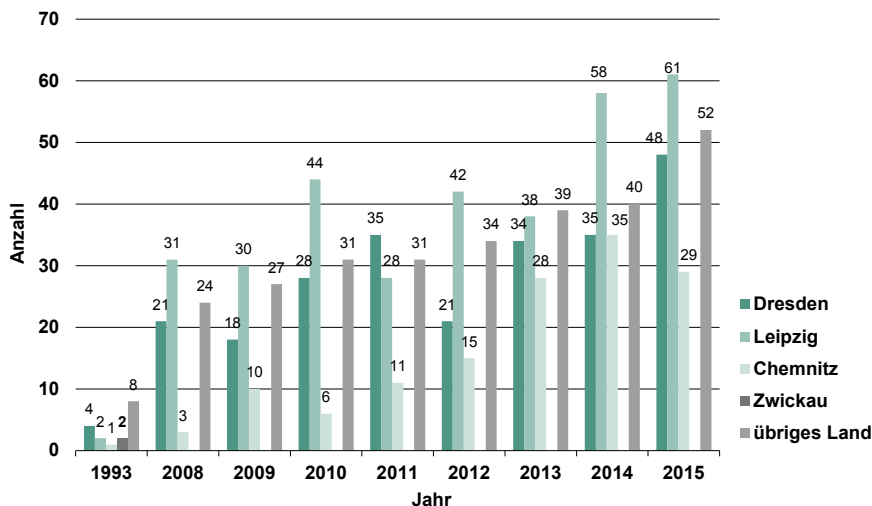


Abbildung 12: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Stadträumen*, 1993 und 2008–2015
* Stadtraum Zwickau seit 2008 nicht mehr separat ausgewiesen

Die Abbildung 13 zeigt die Inzidenzen der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner in den Regierungs-/Direktionsbezirken/Regionen bzw. Stadträumen im zeitlichen Verlauf. Während im Berichtsjahr in der Region Dresden die Neudiagnosen-Inzidenzen gegenüber dem Vorjahr um das 1,6-Fache gestiegen sind (2014: 2,8/ 2015: 4,4), waren diese in den Regionen Chemnitz und Leipzig im Vergleich zum Vorjahr nahezu konstant geblieben (Chemnitz: 2014 mit 3,8/ 2015 mit 3,5 und Leipzig: 2014 mit 6,8/ 2015 mit 6,9). Die Neudiagnosen-Inzidenz in der Region Leipzig (6,9) lag 2015 wie auch in den vergangenen Jahren über dem sächsischen Mittel (4,7).

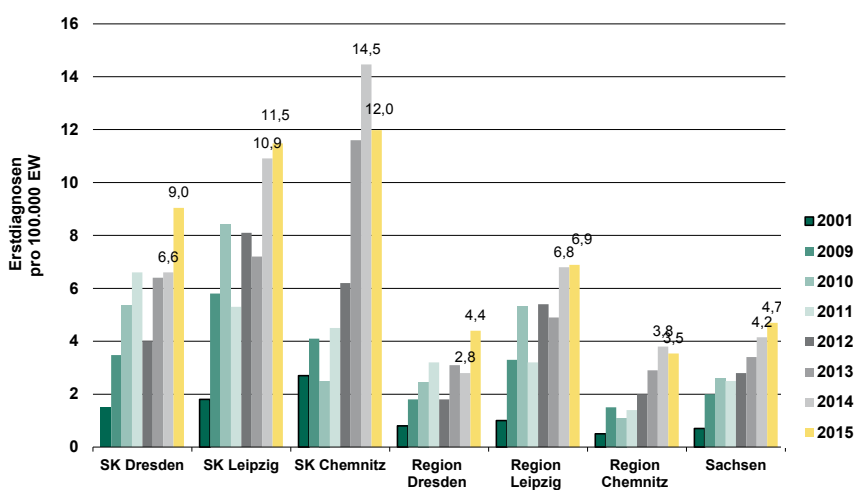


Abbildung 13: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Stadträumen (SK) und Regionen, 2001 und 2009–2015

In den Stadträumen Chemnitz und Leipzig wurden im Berichtsjahr mit 12,0 bzw. 11,5 HIV-Neudiagnosen pro 100.000 Einwohner nahezu identische und damit innerhalb von Sachsen die höchsten Inzidenzen registriert. In 2015 konnte für den Stadtraum Dresden im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg der Inzidenz auf 9,0 (2014: 6,6) beobachtet werden, während diese im Stadtraum Chemnitz etwas rückläufig (2014: 14,5; 2015: 12,0) und im Stadtraum Leipzig nahezu unverändert geblieben war (2014: 10,9; 2015: 11,5). Die vergleichsweise hohe Inzidenz an HIV-Erstdiagnosen im Stadtraum Chemnitz während der letzten Jahre kann im Wesentlichen auf die dortige Lokalisation der Zentralen Ausländerbehörde (ZAB) zurückgeführt werden.

Infektionsrisiko bei HIV-Infektionen

Angaben zum Infektionsrisiko liegen in Sachsen in ca. 76 % der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen vor (Tabelle 5, Abbildung 14).

Im Zeitraum 2001–2015 gaben im Durchschnitt 59 % der HIV-Positiven aus Sach-

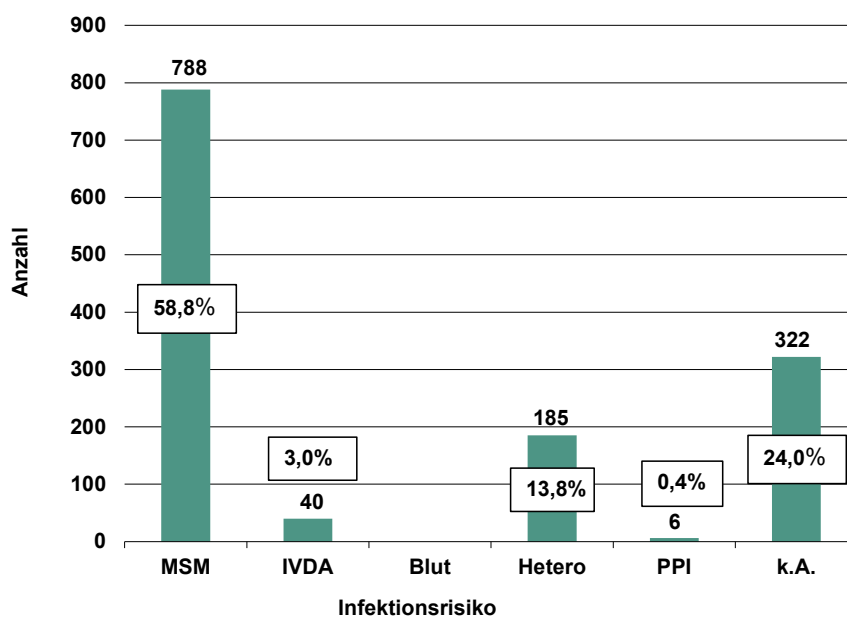


Abbildung 14: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko, 2001–2015

MSM = Männer, die Sex mit Männern haben
IVDA = intravenöser Drogengebrauch
Blut = Bluttransfusion/Blutprodukte
Hetero = heterosexuelle Kontakte
PPI = Mutter-Kind-Infektion
k.A. = keine Angabe

sen als Infektionsrisiko Sex mit Männern an (MSM = Männer, die Sex mit Männern haben). Der entsprechende Wert für Deutschland lag bei etwa 53 %. Durch heterosexuelle Kontakte (Hetero) wurden im oben genannten Zeitraum nahezu 14 % der HIV-Infektionen in Sachsen und etwa 21 % in Deutschland übertragen. Das dritthäufigste Infektionsrisiko für eine HIV-Infektion ist der intravenöse Drogengebrauch (IVDA) mit 3,0 % in Sachsen und deutschlandweit mit 4,2 % (Tabelle 5, Tabelle 6, Abbildung 14, Abbildung 15).

In Deutschland war während der letzten Jahre bis 2010 eine kontinuierliche Zunahme des Anteils von Männern, die Sex mit Männern haben, an den neu-diagnostizierten HIV-Infektionen zu verzeichnen. Im Berichtsjahr waren deutschlandweit ca. 50 % der HIV-Erstdiagnosen auf den Übertragungsweg MSM zurückzuführen. In Sachsen lag dieser Anteil 2015 mit 56,8 % etwa im Mittel der letzten Jahre seit 2004 (60,7 %). In den Jahren 2001-2003 hatte er im Freistaat durchschnittlich 36 % betragen.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigen 2015 die Zahlen der HIV-Erstdiagnosen, die einem Transmissionsweg durch heterosexuelle Kontakte zugeschrieben werden, sowohl in Deutschland und als auch in Sachsen eine ganz leicht steigende Tendenz. HIV-Erstdiagnosen mit diesem Infektionsrisiko werden in 2015 für Deutschland mit 26,0 % (2014: 22,0 %) und in Sachsen mit 14,7 % (2014: 12,5 %) angegeben.

Eine Aufschlüsselung des Infektionsrisikos nach Stadträumen im Berichtsjahr zeigt die Abbildung 16. Für den Stadtraum Chemnitz und dem „übrigen Land“ ist 2015 bei den möglichen HIV-Übertragungswegen ein ähnliches Verteilungsmuster erkennbar. Bei allen Stadträumen dominiert der Anteil der Transmissionsgruppe MSM. Im Stadtraum Dresden liegt das Infektionsrisiko MSM mit 83 % im Vergleich zu den Stadträumen Leipzig und Chemnitz (61 % bzw. 38 %) am höchsten. Für das „übrige Land“ wurde 2015 bezüglich MSM-Transmission der gleiche Prozentsatz von 38 % wie für den Stadtraum Chemnitz ermittelt. Der Anteil der durch heterosexuelle Kontakte übertragenen HIV-Infektionen lag 2015 sowohl in den Stadträumen Chemnitz und Leipzig als auch im „übrigen Land“ im Durchschnitt bei 19 % und damit über dem Mittelwertbereich für Sachsen (ca. 15 %). Im Stadtraum Dresden wurde

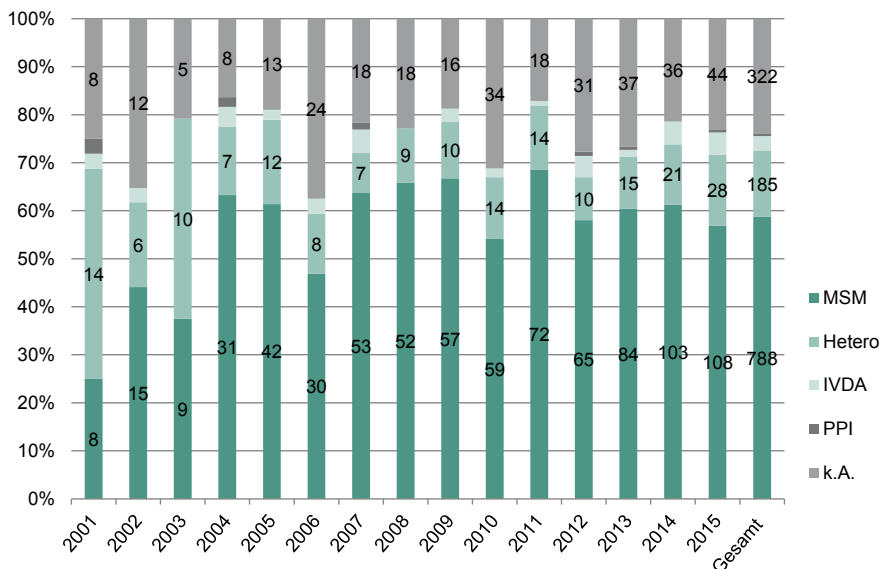


Abbildung 15: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Diagnosejahr, 2001–2015
Legende s. Abbildung 14

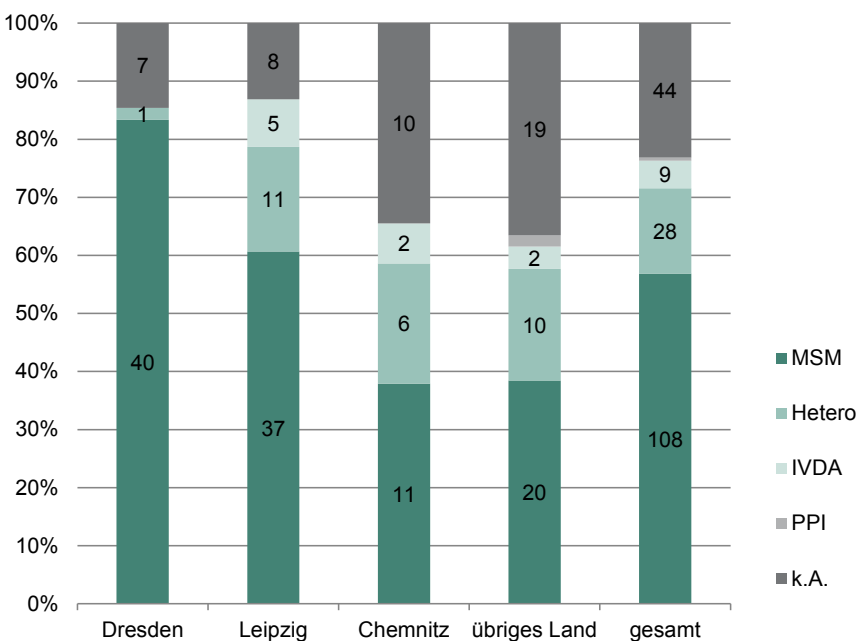


Abbildung 16: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Stadtraum, 2015
Legende s. Abbildung 14

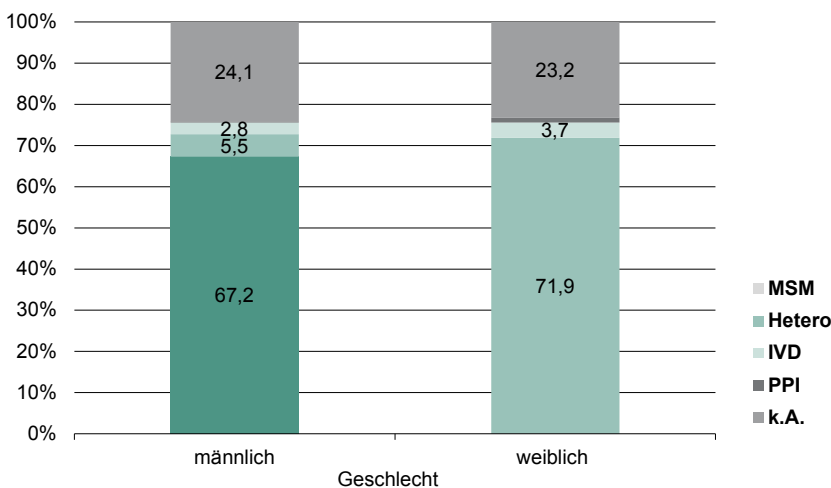


Abbildung 17: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Geschlecht, 2001–2015
Legende s. Abbildung 14

dagegen in nur 2,1 % der Fälle dieser Übertragungsweg angegeben.

Bei Betrachtung der Infektionsrisiken für die Geschlechter in Sachsen zeigt sich, dass bei den Frauen im Zeitraum 2001–2015 die HIV-Infektionen am häufigsten (ca. 72 %) durch heterosexuelle Kontakte erworben wurden. Ca. 67 % der Männer gaben im oben genannten Zeitraum als Infektionsrisiko sexuelle Kontakte mit Männern (MSM) und nur 5,5 % der Fälle heterosexuelle Kontakte an (Tabelle 6, Abbildung 17). Das dritthäufigste Übertragungsrisiko für eine HIV-Infektion ist der intravenöse Drogengebrauch (IVDA), das bei beiden Geschlechtern mit einer ähnlichen Häufigkeit beobachtet werden konnte.

AIDS-Erkrankungen

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung waren die aktuellen Daten des RKI über die mitgeteilten AIDS-Fälle des Jahres 2015 noch nicht veröffentlicht.

Aus dem Freistaat Sachsen wurden seit Erfassungsbeginn bis Ende 2014 insgesamt 181 AIDS-Fälle berichtet (Tabelle 10). Die Meldung der AIDS-Erkrankungen erfolgt durch die behandelnden Ärzte auf freiwilliger Basis. Es wird daher auch für Sachsen – von lokalen Ausnahmen abgesehen – von einer Untererfassung der AIDS-Fälle ausgegangen.

Nach Schätzungen des RKI soll die Gesamtzahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten in Sachsen seit Beginn der Epidemie bis Ende 2014 bei ca. 160 (140–170) liegen. Im Jahr 2014 sollen im Freistaat 10 (10–15) Menschen aufgrund ihrer AIDS-Erkrankung verstorben sein (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Deutschland bzw. in Sachsen – Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2014; <http://www.rki.de>).

Für Deutschland schätzt das RKI die Gesamtzahl der HIV-Positiven seit Beginn der Epidemie bis Ende 2014 auf etwa 111.000, die Zahl der Todesfälle auf ca. 27.600 (26.500–28.700). Im Jahr 2014 sollen ca. 480 (460–510) Todesfälle bei HIV-Infizierten eingetreten sein (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2014; <http://www.rki.de>).

Zusammenfassung

Mit 190 HIV-Neudiagnosen in 2015 wurde im Freistaat Sachsen die mit Abstand höchste Anzahl an HIV-Erstnachweisen in einem Jahr seit Erfassungsbeginn registriert. Die Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen lag im Berichtsjahr in Sachsen bei 4,7 pro 100.000 Einwohner und damit erstmalig über dem bundesdeutschen Durchschnitt (4,6).

Bezogen auf den Zeitraum 2001–2015 waren durchschnittlich 87 % der HIV-positiv Getesteten männlichen und 12 % weiblichen Geschlechts.

Im Zeitraum 2001–2015 wurde in Sachsen die größte Anzahl der HIV-Erstdiagnosen insgesamt aus der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (ca. 32 %) gemeldet. In dieser Altersgruppe wurden ebenso die meisten Neudiagnosen sowohl beim weiblichen als auch beim männlichen Geschlecht gestellt (29 % bzw. 32 %). Im Jahr 2015 waren in Sachsen zudem die höchsten altersspezifischen Inzidenzen der Gesamt-HIV-Erstdiagnosen bei den 30- bis 39-Jährigen (14,7 pro 100.000 der Altersgruppe) nachzuweisen. Bei den männlichen HIV-Erstdiagnostizierten wurden 2015 für

die drei Altersgruppen zwischen 20 bis 39 Jahren annähernd identische altersspezifische Inzidenzen von 20,3; 20,8 und 21,8 pro 100.000 beobachtet.

Durchschnittlich 34 % der Erstdiagnosen bei HIV-Infizierten seit 2001 stammten aus dem Stadtraum Leipzig, im Jahr 2015 lag der prozentuale Anteil hier bei ca. 32 %, in den Stadträumen Chemnitz und Dresden bei 15 % bzw. 25 %.

In der Region Leipzig lag im Berichtsjahr die Inzidenz der HIV-Neudiagnosen mit 6,9 pro 100.000 Einwohner über dem sächsischen Durchschnitt (4,7). Die Stadträume Chemnitz und Leipzig zeigten 2015 übereinstimmende Inzidenzen von HIV-Erstdiagnosen (12,0 bzw. 11,5 pro 100.000 Einwohner). Im Stadtraum Dresden betrug die Inzidenz 9,0 pro 100.000 Einwohner.

Mit ca. 57 % lag im Berichtsjahr der Anteil der MSM an den neu diagnostizierten HIV-Infizierten annähernd im Mittel der letzten Jahre seit 2004.

Bearbeiter: Dr. med. Ingrid Ehrhard
DB Ursula Reif

LUA Dresden
LUA Dresden

Anlagen: Tabelle 1 bis 10

**Tabelle 1: Ergebnisse der in der LUA Sachsen durchgeführten HIV-Antikörperteste im Jahr 2015
(bezogen auf positive Seren)**

	Chemnitz		Dresden		Leipzig		Gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1. HIV-Antigen/Antikörper-Screening-Untersuchungen insgesamt	11.168	100,00	2.955	100,00	2.709	100,00	16.832	100,00
davon Frauen	446	3,99	982	33,23	937	34,59	2.365	14,05
1.1 davon im Bestätigungstest positiv	33	0,30	44	1,49	31	1,14	108	0,64
davon Frauen	1	0,01	0	0,00	1	0,04	2	0,01
2. anonyme Untersuchungen insgesamt	10.501	94,03	2.665	90,19	2.072	76,49	15.238	90,53
2.1 davon im Bestätigungstest positiv	21	0,19	43	1,46	20	0,74	84	0,50
3. Differenzierung nach Einsendern								
3.1 Gesundheitsämter	1.133	10,15	2.645	89,51	2.595	95,79	6.373	37,86
3.2 Justizvollzugsanstalten/Polizei	136	1,22	202	6,84	114	4,21	452	2,69
3.3 Krankenhäuser	0	0,00	100	3,38	0	0,00	100	0,59
3.4 sonstige	9.899	88,64	8	0,27	0	0,00	9.907	58,86
4. Differenzierung nach Personengruppen								
4.1 Personen mit häufig wechselnden Partnern	12	0,11	158	5,35	9	0,33	179	1,06
4.2 intravenöse Drogengebraucher	1	0,01	1	0,03	0	0,00	2	0,01
4.3 Asylbewerber	9.822	87,95	46	1,56	20	0,74	9.888	58,75
4.4 Hämophile/nach Bluttransfusion/Dialyse	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4.5 medizinisches Personal	1	0,01	2	0,07	0	0,00	3	0,02
4.6 ohne Angaben	1.332	11,93	2.748	92,99	2.680	98,93	6.760	40,16

Tabelle 2: In der LUA Sachsen durchgeführte HIV-Antikörperteste für Sächsische Justizvollzugsanstalten im Jahr 2015

	Anzahl der Untersuchungen	davon positiv im Bestätigungstest
Region Chemnitz	129	
davon: Chemnitz	43	
Zwickau	7	
Waldheim	79	
Region Dresden	162	3
davon: Bautzen	51	
Dresden	36	
Görlitz	68	1
Zeithain	7	2
Region Leipzig	114	2
davon: Leipzig JV-Krankenhaus	57	2
Regis-Breitingen	41	
Torgau	16	
Gesamt	405	5

Tabelle 3: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Geschlecht
(RKI SurvStat Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016)

Jahr	männlich		Geschlecht weiblich		unbekannt		Gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
2001	22	68,8	9	28,1	1	3,1	32	100
2002	31	91,2	3	8,8	0	0	34	100
2003	14	58,3	9	37,5	1	4,2	24	100
2004	40	81,6	9	18,4	0	0	49	100
2005	57	83,8	11	16,2	0	0	68	100
2006	54	84,4	9	14,1	1	1,6	64	100
2007	77	92,8	5	6,0	1	1,2	83	100
2008	69	87,3	9	11,4	1	1,3	79	100
2009	75	88,2	10	11,8	0	0	85	100
2010	93	85,3	16	14,7	0	0	109	100
2011	95	90,5	10	9,5	0	0	105	100
2012	102	91,1	10	8,9	0	0	112	100
2013	128	92,0	11	7,9	0	0	139	100
2014	153	91,1	15	8,9	0	0	168	100
2015	162	85,3	28	14,7	0	0	190	100
Gesamt	1.172	87,4	164	12,2	5	0,4	1.341	100

Tabelle 4: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Region (RKI SurvStat Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016)

Jahr	Dresden		Leipzig		Chemnitz		Zwickau*		übriges Land		Gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
2001	7	21,9	9	28,1	7	21,9	1	3,1	8	25,0	32	100
2002	12	35,3	10	29,4	2	5,9	1	2,9	9	26,5	34	100
2003	1	4,2	12	50,0	2	8,3	0	0	9	37,5	24	100
2004	12	24,5	23	46,9	3	6,1	2	4,1	9	18,4	49	100
2005	14	20,6	26	38,2	6	8,8	6	8,8	16	23,5	68	100
2006	18	28,1	18	28,1	7	10,9	2	3,1	19	29,7	64	100
2007	19	22,9	22	26,5	9	10,8	5	6,0	28	33,7	83	100
2008	21	26,6	31	39,2	3	3,8	-	-	24	30,4	79	100
2009	18	21,2	30	35,3	10	11,8	-	-	27	31,8	85	100
2010	28	25,7	44	40,4	6	5,5	-	-	31	28,4	109	100
2011	35	33,3	28	26,7	11	10,5	-	-	31	29,5	105	100
2012	21	18,7	42	37,5	15	13,4	-	-	34	30,4	112	100
2013	34	24,5	38	27,3	28	20,1	-	-	39	28,1	139	100
2014	35	20,8	58	34,5	35	20,8	-	-	40	23,8	168	100
2015	48	25,3	61	32,1	29	15,3	-	-	52	27,4	190	100
Gesamt	323	24,1	452	33,7	173	12,9	17	1,3	376	28,0	1.341	100

*seit 2008 nicht mehr separat ausgewiesen im SurvStat

Tabelle 5: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Übertragungsweg (RKI SurvStat Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016)

Jahr	Übertragungsweg												Gesamt	
	MSM		IVDA		Blut		Hetero		PPI		k.A.		abs.	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
2001	8	25,0	1	3,1	0	0	14	43,8	1	3,1	8	25,0	32	100
2002	15	44,1	1	2,9	0	0	6	17,6	0	0	12	35,3	34	100
2003	9	37,5	0	0	0	0	10	41,7	0	0	5	20,8	24	100
2004	31	63,3	2	4,1	0	0	7	14,3	1	2,0	8	16,3	49	100
2005	42	61,8	1	1,5	0	0	12	17,6	0	0	13	19,1	68	100
2006	30	46,9	2	3,1	0	0	8	12,5	0	0	24	37,5	64	100
2007	53	63,9	4	4,8	0	0	7	8,4	1	1,2	18	21,7	83	100
2008	52	65,8	0	0	0	0	9	11,4	0	0	18	22,8	79	100
2009	57	67,1	2	2,4	0	0	10	11,8	0	0	16	18,8	85	100
2010	59	54,1	2	1,8	0	0	14	12,8	0	0	34	31,2	109	100
2011	72	68,6	1	0,9	0	0	14	13,3	0	0	18	17,1	105	100
2012	65	58,0	5	4,5	0	0	10	8,9	1	0,9	31	27,7	112	100
2013	84	60,4	2	1,4	0	0	15	10,8	1	0,7	37	26,6	139	100
2014	103	61,3	8	4,8	0	0	21	12,5	0	0	36	21,4	168	100
2015	108	56,8	9	4,7	0	0	28	14,7	1	0,5	44	23,2	190	100
Gesamt	788	58,8	40	3,0	0	0	185	13,8	6	0,4	322	24,0	1.341	100

Legende: MSM = Männer, die Sex mit Männern haben
 IVDA = intravenöser Drogengebrauch
 Blut = Bluttransfusion/Blutprodukte
 Hetero = heterosexuelle Kontakte
 PPI = Mutter-Kind-Infektion
 k.A. = keine Angabe

Tabelle 6: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr, Geschlecht und Übertragungsweg (RKI SurvStat Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016)

Jahr	Geschlecht	Infektionsrisiko						Gesamt
		MSM	IVDA	Blut	Hetero	PPI	k.A.	
2001	männlich	8	1	0	5	1	7	22
	weiblich	0	0	0	8	0	1	9
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2002	männlich	15	1	0	4	0	11	31
	weiblich	0	0	0	2	0	1	3
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2003	männlich	9	0	0	1	0	4	14
	weiblich	0	0	0	8	0	1	9
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2004	männlich	31	2	0	1	0	6	40
	weiblich	0	0	0	6	1	2	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2005	männlich	42	1	0	3	0	11	57
	weiblich	0	0	0	9	0	2	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2006	männlich	30	1	0	2	0	21	54
	weiblich	0	1	0	5	0	3	9
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2007	männlich	53	3	0	2	1	18	77
	weiblich	0	0	0	5	0	0	5
	unbekannt	0	1	0	0	0	0	1
2008	männlich	52	0	0	5	0	12	69
	weiblich	0	0	0	4	0	5	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	1
2009	männlich	57	2	0	3	0	13	75
	weiblich	0	0	0	7	0	3	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2010	männlich	59	2	0	2	0	30	93
	weiblich	0	0	0	12	0	4	16
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2011	männlich	72	1	0	4	0	18	95
	weiblich	0	0	0	10	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2012	männlich	65	3	0	5	1	28	102
	weiblich	0	2	0	5	0	3	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2013	männlich	84	2	0	9	0	33	128
	weiblich	0	0	0	6	1	4	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2014	männlich	103	8	0	9	0	33	153
	weiblich	0	0	0	12	0	3	15
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2015	männlich	108	6	0	9	1	38	162
	weiblich	0	3	0	19	0	6	28
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2001-2015	männlich	788	33	0	64	4	283	1.172
	weiblich	0	6	0	118	2	38	164
	unbekannt	0	1	0	3	0	1	5
Gesamt		788	40	0	185	6	322	1.341

Legende s. Tabelle 5

Tabelle 7: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr, Geschlecht und Altersgruppe (RKI SurvStat Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016)

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe										Gesamt
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-74	75-99	k.A.	
2001	männlich	1	2	2	7	5	2	2	1	0	0	22
	weiblich	0	0	3	1	4	0	0	0	0	1	9
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2002	männlich	0	0	4	6	11	9	1	0	0	0	31
	weiblich	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2003	männlich	0	0	1	3	7	2	0	1	0	0	14
	weiblich	0	0	0	5	2	1	0	1	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2004	männlich	1	1	6	8	10	8	5	0	0	1	40
	weiblich	1	0	2	2	2	1	1	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2005	männlich	0	0	6	10	25	14	1	1	0	0	57
	weiblich	0	1	2	2	4	1	0	1	0	0	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2006	männlich	2	1	4	14	17	12	3	0	0	1	54
	weiblich	0	0	4	4	0	1	0	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2007	männlich	1	0	9	14	24	20	7	1	0	1	77
	weiblich	0	1	0	1	1	2	0	0	0	0	5
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2008	männlich	0	1	7	12	26	17	3	3	0	0	69
	weiblich	0	0	1	2	2	3	1	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2009	männlich	0	0	8	14	27	20	1	4	0	1	75
	weiblich	0	0	3	4	1	2	0	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	männlich	0	4	20	17	33	11	8	0	0	0	93
	weiblich	0	1	3	3	3	3	1	2	0	0	16
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2011	männlich	0	3	11	27	20	27	7	0	0	0	95
	weiblich	0	0	1	3	2	3	1	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2012	männlich	1	3	19	28	23	12	12	3	0	1	102
	weiblich	0	0	0	5	3	1	1	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	männlich	0	3	19	24	40	26	13	3	0	0	128
	weiblich	1	0	1	4	3	2	0	0	0	0	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	männlich	0	1	19	41	48	28	15	1	0	0	153
	weiblich	0	0	1	3	5	3	1	1	1	0	15
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	männlich	1	2	20	29	56	24	25	4	1	0	162
	weiblich	0	2	2	4	15	5	0	0	0	0	28
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001-2015	männlich	7	21	155	254	372	232	103	22	1	5	1.172
	weiblich	2	5	24	43	48	29	6	5	1	1	164
	unbekannt	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	5
Gesamt		9	26	179	298	422	263	109	27	2	6	1.341

Tabelle 8: Altersspezifische Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 in Sachsen nach Diagnosejahr und Geschlecht (RKI SurvStat Stand: 01.05.16, bis Ende Februar 2016)

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe										Gesamt
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-74	75-99	k.A.	
2001	männlich	0,4	1,3	1,3	5,6	1,5	0,6	0,7	0,3	0		1,0
	weiblich	0	0	2,3	0,9	1,3	0	0	0	0		0,4
	Gesamt	0,2	0,7	1,8	3,5	1,5	0,3	0,4	0,1	0		0,7
2002	männlich	0	0	2,6	4,8	3,4	2,6	0,4	0	0		1,5
	weiblich	0	0	0,8	0	0,3	0,3	0	0	0		0,1
	Gesamt	0	0	1,8	2,6	1,9	1,5	0,2	0	0		0,8
2003	männlich	0	0	0,7	2,3	2,3	0,6	0	0,3	0		0,7
	weiblich	0	0	0	4,5	0,7	0,3	0	0,2	0		0,4
	Gesamt	0	0	0,4	3,3	1,7	0,5	0	0,2	0		0,6
2004	männlich	0,4	0,7	4,0	5,9	3,4	2,3	1,8	0	0		1,9
	weiblich	0,5	0	1,5	1,7	0,8	0,3	0,4	0	0		0,4
	Gesamt	0,4	0,4	2,8	4,0	2,1	1,3	1,1	0	0		1,1
2005	männlich	0	0	4,0	7,1	8,8	4,1	0,4	0,3	0		2,7
	weiblich	0	0,8	1,5	1,7	1,6	0,3	0	0,2	0		0,5
	Gesamt	0	0,4	2,8	4,6	5,6	2,2	0,2	0,2	0		1,6
2006	männlich	0,9	0,8	2,7	9,6	6,2	3,5	1,0	0	0		2,6
	weiblich	0	0	3,0	3,2	0	0,3	0	0	0		0,4
	Gesamt	0,5	0,4	2,9	7,0	3,3	1,9	0,5	0	0		1,5
2007	männlich	0,4	0	6,2	9,7	9,0	5,8	2,3	0,3	0		3,7
	weiblich	0	1,0	0	0,8	0,4	0,6	0	0	0		0,2
	Gesamt	0,2	0,5	3,3	5,5	5,0	3,4	1,1	0,1	0		2,0
2008	männlich	0	1,1	4,9	8,4	9,9	5,0	1,0	0,8	0		3,4
	weiblich	0	0	0,8	1,6	0,9	0,9	0,3	0	0		0,4
	Gesamt	0	0,6	2,9	5,2	5,7	3,2	0,6	0,4	0		1,9
2009	männlich	0	0	5,7	9,8	10,5	6,0	0,3	1,1	0		3,7
	weiblich	0	0	2,3	3,2	0,4	0,6	0	0	0		0,5
	Gesamt	0	0	4,1	6,7	5,8	3,4	0,2	0,5	0		2,0
2010	männlich	0	6,1	14,6	12,0	12,9	3,3	2,5	0	0		4,6
	weiblich	0	1,6	2,4	2,4	1,3	1,0	0,3	0,5	0		0,8
	Gesamt	0	3,9	8,8	8,2	7,7	2,2	1,4	0,3	0		2,7
2011	männlich	0	4,7	8,7	19,1	7,9	8,3	2,2	0	0		4,7
	weiblich	0	0	0,9	2,4	0,9	1,0	0,3	0	0		0,5
	Gesamt	0	2,4	4,9	10,9	4,6	4,8	1,4	0	0		2,5
2012	männlich	0,4	4,7	17,1	20,2	9,1	4,0	3,9	0,8	0		5,2
	weiblich	0	0	0	4,0	1,4	0,4	0,3	0	0		0,5
	Gesamt	0,2	2,4	9,3	12,6	5,9	2,2	2,1	0,4	0		2,8
2013	männlich	0	4,4	19,3	17,2	15,6	9,0	4,2	0,8	0		6,5
	weiblich	0,4	0	1,1	3,2	1,3	0,8	0	0	0		0,5
	Gesamt	0,2	2,3	11,0	10,6	9,3	5,1	2,1	0,4	0		3,5
2014	männlich	0	1,5	19,3	29,4	18,7	9,7	4,8	0,3	0		7,7
	weiblich	0	0	1,1	2,4	2,2	1,1	0,3	0,2	0,3		0,7
	Gesamt	0	0,8	10,5	16,6	11,6	5,6	2,7	0,3	0,2		4,3
2015	männlich	0,4	3,0	20,3	20,8	21,8	8,3	8,0	1,1	0,5		8,2
	weiblich	0	3,1	2,2	3,2	6,6	1,9	0	0	0		1,4
	Gesamt	0,2	3,0	11,5	12,5	14,7	5,2	4,0	0,5	0,2		4,7
2001-2015	männlich	0,2	1,4	7,8	12,3	9,0	4,7	2,3	0,4	0,04		3,8
	weiblich	0,1	0,4	1,3	2,4	1,3	0,6	0,1	0,1	0,02		0,5
	Gesamt	0,1	0,9	4,7	7,7	5,4	2,8	1,2	0,2	0,03		2,1

**Tabelle 9: Bestätigte HIV-Antikörperteste in der BRD und den NBL
(RKI SurvStat Stand: 01.06.16, bis Ende März 2016)**

Bundesland	Anzahl der positiven HIV-Bestätigungsteste 01.01.2001-31.12.2015	Anzahl der positiven HIV-Bestätigungsteste 2015	Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner 2015
Brandenburg	639	60	2,5
Mecklenburg-Vorpommern	473	40	2,5
Sachsen	1.341	190	4,7
Sachsen-Anhalt	677	84	3,7
Thüringen	348	42	1,9
NBL gesamt	3.475	416	3,3
Deutschland	39.669	3.687	4,6

Tabelle 10: Berichtete AIDS-Fälle in Sachsen nach Diagnosejahr (Epidemiologisches Bulletin 27/2015 Stand: 01.03.15)

Jahr der Diagnose	Anzahl der berichteten AIDS-Fälle
<2005	86
2005	12
2006	7
2007	10
2008	4
2009	4
2010	4
2011	13
2012	13
2013	12
2014	16
Gesamt	181

Durch den Dschungel der Feinen Backwaren

Über Qualitätsanforderungen und deren Einhaltung in der Praxis

Sonntags ein Stück Schwarzwälder Kirschtorte zum Kaffee, zwischendurch ein Stück Obst- oder Mohnkuchen und zu Weihnachten Stollen, Lebkuchen oder Spekulatius – glücklicherweise sind die Zeiten, als diese Leckereien den Göttern oder Wohlhabenden vorbehalten waren, längst Vergangenheit. Heutzutage haben Feine Backwaren in der Ernährung einen festen Platz eingenommen und kommen in einer großen Vielfalt auf den Markt. Dabei haben viele Backwaren einen regionalen Ursprung und sind nur in bestimmten Gegenden zu finden.

Seit 1991 existieren im Bereich der Feinen Backwaren Leitsätze des Deutschen Lebensmittelbuches, in denen die bestehende Verkehrsauffassung hinsichtlich der Zusammensetzung und der Beschaffenheit von Feinen Backwaren sowie übliche Verkehrsbezeichnungen dokumentiert werden. Unter anderem werden dabei auch die Mindestanforderungen an den Gehalt wertbestimmender Bestandteile von Feinen Backwaren definiert.

„Feine Backwaren“ werden durch Backen, Rösten, Trocknen, Koextrusion oder andere technologische Verfahren hergestellt und unterscheiden sich von Brot und Kleingebäck dadurch, dass ihr Gehalt an rezepturmäßig zugesetztem Fett und/oder Zuckerarten in der Regel mindestens 10 Teile auf 90 Teile Getreideerzeugnisse und/oder Stärke beträgt [1].

Zu den wichtigsten Rohstoffen, die der Herstellung Feiner Backwaren dienen, zählen Getreidemahlerzeugnisse, Zuckerarten, Fette und Eier. Weitere Zutaten können z. B. Schokolade, Milch und Milcherzeugnisse, Früchte, Nüsse, Mandeln oder Marzipan sein.

In Abhängigkeit von den Rezepturbestandteilen und deren Verarbeitung entsteht eine beachtliche Anzahl an Erzeugnissen, die nur schwer zu überblicken ist.

Um eine Systematik in die große Vielfalt der Feinen Backwaren zu bringen, werden diese grundsätzlich nach ihrer Herstellung aus Teigen oder Massen eingeteilt, wobei zwischen Feinteigen mit und ohne Hefe sowie Massen mit und ohne Aufschlag zu unterscheiden ist. Die Lockerung bei Feinteigen ohne Hefe wird durch Backtriebmittel (z. B. Backpulver) oder Wasserdampf vorgenommen, häufig auch in Kombination [2]. Typische Unterschiede zwischen Teigen und Massen Feiner Backwaren sind anhand der nachfolgend aufgeführten Merkmale dargestellt (Tabelle 1 [3]).

Eine weitere Einteilung der Feinen Backwaren erfolgt in Feingebäck und sogenannte Dauerbackwaren, deren Genießbarkeit durch eine längere, sachgemäße Lagerung nicht beeinträchtigt wird [1]. Typische Beispiele für Feinbackwaren sind Creme- und Sahnetorten, Schwarzwälder Kirschtorten, Sachertorten, diverse Kuchenarten wie Bienenstich, Käsekuchen, Marmorkuchen, Sandkuchen oder Butterstreuselkuchen aber auch Stollen. Kekse und Kracker, Laugendauergebäcke, Lebkuchen, Zwieback, Makronengebäcke, Waffeln und Florentiner zählen zu den Dauerbackwaren.

Tabelle1: Unterscheidungsmerkmale Feiner Backwaren [3]

Unterscheidungsmerkmale	Teige	Massen
Arten	Hefeteige Plunderteige Blätterteige Mürbeteige Lebkuchenteige	Biskuitmasse Wiener Masse Sandmasse Baisermasse Brandmasse Makronenmasse Lebkuchenmasse Röstmasse Hippenmasse
Hauptrohstoffe	Mehl Wasser oder Milch	Eier, Zucker, auch Weizenmehl, Weizenpuder (Weizenstärke) und Fett
Herstellung	Kneten (Ausnahmen: gerührter Hefeteig und Spritzmürbeteig)	Aufschlagen oder Ab-rösten
Beschaffenheit (Konsistenz)	formbar, rollfähig; geformte Teiglinge behalten ihre Form auch bei der Gare und beim Backen	weich, schaumig; Massen werden aufdressiert (gespritzt) oder in Formen gefüllt und sofort gebacken, da sie gering standfähig sind
Lockerungsmittel	überwiegend Hefe; Ausnahmen: Hirschhornsalz und Pottasche für Lebkuchenteige, Wasserdampf für Blätterteige und Plunderteige	Backpulver, Luft und Wasserdampf

An der LUA Sachsen fallen bei der Beurteilung Feiner Backwaren immer wieder Abweichungen von der allgemeinen Verkehrsauffassung – die in den Leitsätzen für Feine Backwaren zu den jeweiligen Erzeugnissen beschrieben sind – auf. Dabei sind oftmals Diskrepanzen hinsichtlich der Zusammensetzung nur mit Hilfe von aufwendigen und kostenintensiven chemischen oder molekularbiologischen Untersuchungen feststellbar.

In den überwiegenden Fällen werden die Bezeichnungen dieser Erzeugnisse als irreführende Informationen beurteilt, es sei denn, der Verbraucher wird vom Lebensmittelunternehmer über entsprechende Abweichungen von der Verkehrsauffassung informiert. Dies setzt allerdings voraus, dass eine derartige Kenntlichmachung durch die Leitsätze auch vorgesehen ist. Einige Beispiele hierzu sollen im Folgenden näher vorgestellt werden.

Die Leitsätze für Feine Backwaren geben für Erzeugnisse, in deren Bezeichnung oder Aufmachung bestimmte Zutaten wie z. B. Butter, Schokolade oder Nüsse zum Ausdruck kommen, Mindestmengen bzw. Mindestanforderungen vor.

Schokolade

Die Verwendung des Wortes „Schokolade“, bzw. dieses in abgekürzter Form „Schoko“, in der Bezeichnung Feiner Backwaren setzt nach allgemeiner Verkehrsauffassung eine Mitverarbeitung von Kakaoyerzeugnissen und/oder Kakao in Teigen, Massen, im Überzug oder in der Füllung voraus, die im fertigen Erzeugnis geschmacklich deutlich wahrnehmbar sind. Besteht der Anteil nur im Überzug oder in der Füllung, so werden hierfür nur Schokoladearten verwendet [1].



Abbildungen 1: Schokokuchen mit kakaohaltiger Fettglasur

Auffällig waren im Rahmen der Untersuchungen beispielsweise ein „Schokostollen“ sowie Kuchen, die als „Schoko(guß)kuchen“ oder „Rührkuchen mit Schokoladenüberzug“ bezeichnet wurden, jedoch anstatt mit Schokoladenüberzugsmassen lediglich mit „minderwertigeren“, kakaohaltigen Fettglasuren überzogen waren.

Bei den Erzeugnissen wurde der Verbraucher auf die Verwendung von kakaohaltiger Fettglasur zum Teil hingewiesen, jedoch ist nach den Leitsätzen eine derartige Kenntlichmachung bei Backwaren nicht möglich, wenn die Bezeichnung des Erzeugnisses Schokolade erwarten lässt. In diesen Fällen liegen so genannte *Aliuds* vor.

Nüsse

Erzeugnisse, in deren Bezeichnungen die Zutat „Nuss“ zum Ausdruck kam, wurden ebenfalls beanstandet. Nach allgemeiner Verkehrsauffassung werden unter „Nüssen“, die als Zutaten für Feine Backwaren verwendet werden, ausschließlich Haselnuss- und Walnusskerne verstanden [1].

Großer Beliebtheit erfreuen sich in dieser Kategorie die „Nuss-ecken“. Teilweise wurden bei derartigen Proben im Rahmen der molekularbiologischen Untersuchungen keine Nüsse im Sinne der Definition der Leitsätze für Feine Backwaren, also Haselnuss- und Walnusskerne, nachgewiesen. Zur Herstellung dieser Produkte fanden andere Schalenfruchtarten Verwendung, wodurch jedoch die jeweilige Bezeichnung als „Nussecke“ nicht mehr gerechtfertigt war.

Butter

Als irreführende Informationen wurden weiterhin Bezeichnungen Feiner Backwaren eingestuft, in denen die Zutat Butter zum Ausdruck kam. Nach allgemeiner Verkehrsauffassung werden bei derartigen Erzeugnissen auf 100 kg Getreide, Getreideerzeugnisse und/oder Stärken mindestens 10 kg Butter oder entsprechende Mengen Milchfetterzeugnisse zugesetzt. Andere Fette – außer als Trennfette – werden nicht verwendet. Die Verwendung von Emulgatoren wird davon nicht berührt [1].

Im Rahmen der analytischen Untersuchungen wurden bei Buttergebäck im Allgemeinen, aber auch bei Butterspekulatius und



Abbildung 2: Buttergebäck

Butter-Croissants zu geringe Milchfettanteile im Gesamtfett ermittelt, die auf unzureichende Verwendungen von Butter bzw. auf die Mitverwendung weiterer – pflanzlicher – Fette hinwiesen.

Darüber hinaus wurden auch Erzeugnisse beanstandet, für die in den Leitsätzen für Feine Backwaren besondere Beurteilungskriterien existieren.

Butterstreuselkuchen

Ein solches Erzeugnis stellt beispielweise Butterstreuselkuchen dar, an den im Vergleich zu dem bereits beschriebenen Buttergebäck speziellere bzw. höhere Anforderungen, insbesondere hinsichtlich des Anteils an Butter, gestellt werden. Es handelt sich hierbei um einen Hefekuchen mit einem Streuselbelag, wobei der Teig und die Streusel als Fett nur Butter enthalten. Der Butteranteil (Teig einschließlich Streusel) beträgt mindestens 30 kg oder entsprechende Mengen Butterreinfett und/oder Butterfett, bezogen auf 100 kg Getreideerzeugnisse und/oder Stärken [1].

Einige zur Untersuchung eingereichte Butterstreuselkuchen wurden aufgrund zu geringer Milchfettanteile im Gesamtfett, folglich einer unzureichenden Verwendung von Butter und einer Mitverwendung weiterer – pflanzlicher – Fette, beanstandet. Durch die nicht alleinige Verwendung von Butterreinfett bzw. Butterfett bei der Herstellung wird der allgemeinen Verkehrsauffassung nicht entsprochen und der Verbraucher irreführt.



Abbildung 3: Butterstreuselkuchen

Bienenstich

Beliebt unter den Feinen Backwaren ist außerdem Bienenstich. Hierbei handelt es sich um einen gefüllten oder ungefüllten Hefekuchen, der zu mindestens 20 Prozent des Teiggewichtes mit einem Belag versehen ist, welcher Ölsamen, gebunden in einer karamellartigen Masse aus Zuckerarten, Fett und ggf. Milch, enthält. Der Anteil der Ölsamen in der Masse des Belages beträgt mindestens 30 Prozent. Dabei wird die Verarbeitung von anderen Ölsamen, außer Walnüssen, Haselnüssen und Mandeln, kenntlich gemacht [1].

Besonders fiel bei serologischen bzw. molekularbiologischen Untersuchungen ein als Bienenstich bezeichnetes Erzeugnis auf, in dessen Belag weder Walnüsse, Haselnüsse noch Mandeln nachgewiesen wurden und die Verarbeitung anderer Ölsamen dem Verbraucher auch nicht kenntlich gemacht wurde.

Sachertorte

An die Sachertorte, einer Spezialität aus Wien, werden hinsichtlich der rezepturbedingten Zusammensetzung besonders hohe Anforderungen gestellt. Die Sachertorte wird aus einer schweren schokoladenartigen Masse, der so genannten „Sachermasse“, hergestellt, gefüllt mit einer Fruchtfüllung mit einem mindestens 45 Prozent betragenden Aprikosenanteil und überzogen mit Kuvertüre oder Kakao-Zuckerglasur, zuweilen auch unterlegt mit dieser Fruchtfüllung.

Unter „Sachermasse“ wird eine schwere Schokoladenmasse verstanden, die auf 100 kg Weizenmehl, dessen teilweiser Ersatz durch Stärke möglich ist, mindestens 100 kg Schokolade und/oder eine entsprechende Menge Kakao, mindestens 100 kg Butter oder entsprechende Mengen Butterreinfett und/oder Butterfett sowie mindestens 200 kg Vollei enthält [1].

Die Untersuchung von Sachertorten zielt auf die Einhaltung dieser qualitätsbestimmenden Vorgaben ab. Unter anderem deuteten die Untersuchungsergebnisse bei beanstandeten Proben sowohl auf zu geringe Gehalte an Butter bzw. entsprechende Mengen Butterreinfett und/oder Butterfett als auch an Vollei und Schokolade bezogen auf den Mehllanteil hin. Dabei findet die Untersuchung dieser Qualitätsparameter ausschließlich aus der Sachermasse statt. Um aussagekräftige Ergebnisse zur Zusammensetzung der Sachermasse zu erhalten, sind hierfür größere Probenmengen an Sachertorte notwendig. In der Praxis stellt dies jedoch immer wieder ein Problem dar.

Darüber hinaus werden auch die Anforderungen bezüglich des geforderten Aprikosenanteils in der verwendeten Fruchtfüllung nicht immer eingehalten.

Weiterhin zeigt sich im Rahmen der Untersuchung, dass durchaus mit Schokoladenarten verwechselbare Überzüge für Sachertorten verwendet werden. Entsprechend der allgemeinen Verkehrsauffassung werden jedoch zur Herstellung von „Sachertorte“ keine mit Schokoladenarten verwechselbaren Überzüge verwendet.

Im Falle einer Abweichung von der allgemeinen Verkehrsauffassung durch die Verwendung eines mit Schokoladenarten verwechselbaren Überzuges muss dieser z. B. durch die Angabe „mit kakaohaltiger Fettglasur“ dem Verbraucher ausreichend kenntlich gemacht werden. In den beanstandeten Fällen erfolgten keine derartigen Kenntlichmachungen, so dass der allgemeinen Verkehrsauffassung nicht entsprochen wurde und es sich folglich bei der alleinigen Bezeichnung „Sachertorte“ um eine irreführende Information handelte.



Abbildung 4: gefüllter Bienenstich mit „dünnem“ Belag



Abbildung 5: gefüllter Bienenstich mit „fragwürdigem“ Belag



Abbildung 6: Sachertorte



Abbildung 7: Sachertorte ohne Kenntlichmachung der kakaohaltigen Fettglasur

In diesem Zusammenhang sei auf die Änderung der Leitsätze gemäß Bekanntmachung vom 23.1.2003 hingewiesen, wodurch der Satz „Mit Schokoladearten verwechselbare Überzüge werden auch bei Kenntlichmachung nicht verwendet.“ gestrichen wurde. Bis dahin durften bestimmte Backwaren (Beispiele: Oblatengebäckchen, Sachertorte, Baumkuchen, Dominosteine, Printen, Nuss- und Mandelmakronen, Biskuit, Florentiner oder Nussknacker) auch bei Kenntlichmachung der Verwendung von Fettglasur nicht in den Verkehr gebracht werden. Die Änderung hat zur Folge, dass ein mit Fettglasur hergestelltes Spitzenerzeugnis auch bei ausreichender Kenntlichmachung der Verwendung einer derartigen mit Schokoladearten verwechselbaren Glasur verkehrsfähig ist [4].

Spekulatius

Im Bereich der Dauerbackwaren wurden Abweichungen von der allgemeinen Verkehrsauffassung im Sinne der Leitsätze u. a. bei der Saisonbackware Spekulatius festgestellt. Hierbei handelt es sich um eine gewürzte oder nicht gewürzte weihnachtliche *Gebäckbackware* aus Mübeteig [1]. Die bildliche Darstellung stellt dabei ein charakteristisches Merkmal eines Spekulatius dar und unterscheidet diesen von anderen Mübbekeksen. Die fehlende, bildliche Darstellung führte durchaus zur Beanstandung.

Makronen

Auffällig wurden auch Erzeugnisse, die unter der Bezeichnung Makronen in den Verkehr gebracht wurde. Nach allgemeiner Verkehrsauffassung werden Makronengebäcke aus zerkleinerten Mandeln oder anderen eiweißreichen Ölsamen (ausgenommen Erdnusskerne) oder den entsprechenden Rohmassen sowie aus Zucker und Eiklar (bisweilen außerdem Eigelb) hergestellt. Lediglich Mandel- und Marzipanmakronen dürfen die alleinige Bezeichnung Makronen tragen und werden aus zerkleinerten süßen Mandeln oder Marzipanrohmasse gebacken. Alle anderen Makronengebäcke werden entsprechend der Art der verwendeten Ölsamen oder Rohmassen bezeichnet.

So werden Nuss-, Haselnuss- bzw. Walnussmakronen aus zerkleinerten Haselnuss- oder Walnusskernen hergestellt. Zur Herstellung von Persipanmakronen werden geschälte Aprikosenkerne, geschälte Pfirsichkerne, geschälte entbitterte bittere Mandeln – jeweils zerkleinert –, Persipanrohmasse, Persipan und/oder Persipanmakronenmasse verwendet. Zur Herstellung von Kokosmakronen verwendet man Kokosraspel und gegebenenfalls etwas Mehl bzw. Stärke.

Generell ist ein Zusatz von Getreideerzeugnissen und/oder Stärken außer bei Kokosmakronen nicht üblich. Dabei darf ein derartiger Zusatz bei Kokosmakronen bis zu höchstens 3 Prozent der Masse erfolgen [1].

Als Makronen bezeichnete Produkte fielen bereits durch die Angaben der verwendeten Zutaten auf, so dass deren Bezeichnungen als irreführende Informationen beurteilt wurden, welche auch über die jeweiligen Zutatenverzeichnisse nicht ausreichend entkräftet werden konnten. Dabei bestand eine Probe u. a. aus den Zutaten *Kokosnuss getrocknet* und *Persipanrohmasse*. Folglich handelte es sich nicht um Makronen im Sinne der Leitsätze.

Dem Zutatenverzeichnis einer weiteren Probe waren unter anderem die Zutaten *Aprikosenkerne 15 %*, *Eiweiß*, *Maismehl*, *Weizenmehl*, *Reismehl* und *Vollkornweizenmehl* zu entnehmen. Dieser Aufzählung folgte der Hinweis „*Kann Spuren von Milchprodukten und Mandeln enthalten*“, der eine Verwendung von



Abbildung 8: Spekulatius mit fehlender bildlicher Darstellung

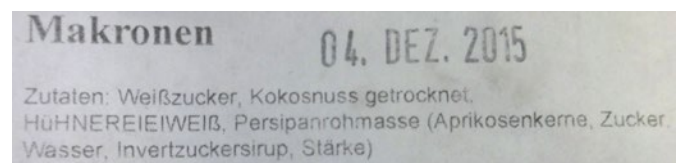


Abbildung 9: Zutatenverzeichnis einer Probe Makronen

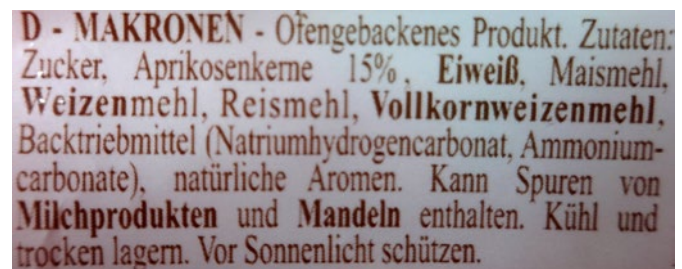


Abbildung 10: Ein als „Makronen“ bezeichnetes Erzeugnis - Zutatenverzeichnis Aussehen (Abbildung 11)



Abbildung 11: Ein als „Makronen“ bezeichnetes Erzeugnis Aussehen

Mandeln als „Zutat“ ausschloss. Bei diesem Erzeugnis handelte es sich aufgrund des fehlenden Anteils von Mandeln bzw. Marzipanrohmasse, dagegen jedoch einer Verwendung von Aprikosenkernen und diversen Getreidemahlerzeugnissen, ebenfalls nicht um Makronen im Sinne der allgemeinen Verkehrsauffassung.

Florentiner

Beliebt unter den Dauerbackwaren sind zudem die Florentiner, ein knuspriges, flaches Gebäck aus Mandeln oder Nüssen mit meist braunem Rand und hellerem Inneren. Früchte, Fruchtbestandteile oder Honig können zugesetzt werden. Bei der Herstellung werden neben den zerkleinerten Mandeln und/oder Nusskernen Zuckerarten, Fette und Milch (auch als Milchpulver oder in Form von anderen Milcherzeugnissen) verwendet. Der Mehlanteil beträgt nicht mehr als 5 Prozent bezogen auf die Masse außer der Schokoladeüberzugsmasse. Zum Überziehen dienen nur Schokoladearten [1].

Die Florentiner in den Abbildungen 12 und 13 entsprechend der allgemeinen Verkehrsauffassung.

Auffällig allein schon aufgrund ihres Aussehens war eine als „Florentiner mit kakaohaltiger Fettglasur“ bezeichnete Backware, die einem Punschberg sehr viel ähnlicher war als einem Florentiner. In diesem Fall konnte auch die Kenntlichmachung der verwendeten Fettglasur eine Beanstandung nicht abwenden.

Quellen:

- [1] Leitsätze für Feine Backwaren vom 17./18. September 1991 (Beilage Nr. 86 b zum BAnz. vom 8. Mai 1992, GMBI. Nr. 17 S. 325 vom 8. Mai 1992) in der derzeit geltenden Fassung
- [2] Bundesverband der Deutschen Süßwarenindustrie e.V. www.bdsi.de
- [3] Feine Backwaren aus Massen - Verlag Handwerk und Technik www.handwerk-technik.de/_files_media/probeseiten/40203_05.pdf
- [4] Zipfel/Rathke/Sosnitzka, Lebensmittelrecht 161. EL Juli 2015, Leitsätze für Feine Backwaren Rn 16-22

Bearbeiter: DLC Sandra Kühn
LC Thomas Böhm

LUA Chemnitz
LUA Chemnitz



Abbildung 12: Florentiner der allgemeinen Verkehrsauffassung



Abbildung 13: Florentiner der allgemeinen Verkehrsauffassung



Abbildung 16: Eine als „Florentiner mit kakaohaltiger Fettglasur“ in Verkehr gebrachte Backware

Der sächsische „Weinskandal“

„Sächsischer Wein vergiftet!“ – so oder ähnlich lauteten die Schlagzeilen, die der verunsicherte Verbraucher Anfang des Jahres der Presse entnehmen musste. Ein Erdbeben für die Branche, dessen Nachwirkungen bis heute anhalten. Was war geschehen?

Im Herbst 2015 wurden – wie jedes Jahr – durch den Weinkontrollleur gemeinsam mit dem zuständigen Lebensmittelüberwachungs- und Veterinäramt (LÜVA) stichprobenartig einige sächsische Keltertrauben beprobt. An der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen (LUA) wurden diese Proben auf ihren Gehalt an Pflanzenschutzmitteln (PSM) analysiert. Dabei wurden Rückstände von bis zu 12 zulässigen Wirkstoffen pro Probe nachgewiesen, welche aber jeweils deutlich unter den gesetzlichen Höchstgehalten lagen.

In einer, während der Traubenannahme in einer sächsischen Kellerei genommenen Probe wurde jedoch die Substanz Dimethoat in einer Konzentration weit über dem EU-Höchstgehalt gemäß VO (EG) Nr. 396/2005 bestimmt. Bei Dimethoat handelt es sich um einen bei Zierpflanzen, Rüben und bestimmten Gemüsearten zulässigen, im Weinbau in Deutschland jedoch verbotenen Wirkstoff. Dieses zur Gruppe der Thiophosphorsäureester zählende Nervengift wirkt bei Tier und Mensch gleichermaßen und war vor allem zu DDR-Zeiten ein beliebtes Insektizid (Handelsnamen: Bi58, Danadim Progress unter anderem). Nach Bekanntwerden des Befundes wurde umgehend auch der in der Zwischenzeit aus den Keltertrauben hergestellte Jungwein beprobt und der betreffende Tank vorsorglich gesperrt. Das Ergebnis der Keltertraubenuntersuchung bestätigte sich, so dass die zuständige Behörde die Anweisung zur Vernichtung des Weines (ca. 4000 l) erteilen musste. Eine gesundheitliche Gefährdung des Verbrauchers war jedoch zu keiner Zeit gegeben. Der Fall sorgte für erhebliches mediales Echo.

In Zusammenarbeit mit dem für die Pflanzenschutzmittel-Anwendungskontrolle zuständigen Landesamt für Umwelt, Landwirtschaft und Geologie (LfULG) konnte der Dimethoat-Eintragsweg weitestgehend aufgeklärt werden. Hilfreich waren vor allem Untersuchungen der Rinde der Rebstöcke, welche gewissermaßen das „Gedächtnis“ des Pflanzenschutzmitteleinsatzes im Weinberg darstellen. Es musste von einer vorsätzlichen



Abbildung 1: Männliche Kirschessigfliege auf Keltertraube nach Fäulnisbefall (aus: *Drosophila suzukii* – Empfehlungen 2016, erstellt vom BWI Freiburg und LVVO Weinsberg)

Anwendung im Weinbau ausgegangen werden; eine eventuelle Abdrift von einer benachbarten legalen Anwendung war als Erklärung nicht plausibel. Somit war gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 LFGB eine Nulltoleranz (unter Berücksichtigung der analytischen Bestimmungsgrenze von 0,01 mg/kg) zu fordern. Vermutlich wurde das nicht zugelassene Insektizid „prophylaktisch“ gegen die seit wenigen Jahren auch in Sachsen als Neozoon auftretende Kirschessigfliege (*Drosophila suzukii*) eingesetzt, die potentiell große Schäden im Weinbau durch den Befall auch gesunder Trauben verursachen kann.

In der Folgezeit wurden über 200 weitere sächsische Weine fokussiert auf Rückstände von Dimethoat und anderen unzulässigen Pflanzenschutzmitteln untersucht. Die Untersuchungen sind analytisch sehr anspruchsvoll und nur nach aufwändiger Probenvorbereitung mittels Hochleistungsflüssigchromatographie, gekoppelt mit Tandem-Massenspektrometrie, durchzuführen. Dabei stellte sich erst das wahre Ausmaß des „Weinskandals“ heraus.

Der Verursacher des oben genannten Falles lieferte zugleich selbst Trauben in erheblichem Umfang an einen großen Verarbeitungsbetrieb, bei dem nun diese Trauben in der Zwischenzeit mit Trauben anderer Erzeuger vermischt und zu Wein ausgebaut worden waren. Offenbar hatte der Traubenerzeuger seine Rebstöcke entgegen den gesetzlichen Bestimmungen und jeder guten fachlichen Praxis praktisch flächendeckend und wissentlich mit dem verbotenen Wirkstoff behandelt, so dass nun ein immenser Schaden entstanden war. Sämtliche Weine der betreffenden Kellerei dieses Jahrgangs wurden zunächst gesperrt und erst nach erwiesener Dimethoat-Freiheit durch Eigenkontrollen und amtliche Untersuchungen teilweise wieder zur Vermarktung freigegeben. Über eine halbe Million Liter Wein war aber mit Dimethoat kontaminiert und durfte nicht in den Verkehr gelangen, so dass der wirtschaftliche Schaden für den Betrieb enorm ist.

Um einen Überblick über die Belastungssituation der sächsischen Weine mit Pflanzenschutzmittelrückständen zu erlangen und um Sicherheit und Vertrauen bei den Verbrauchern und den redlichen Winzern wieder herzustellen, wurde kurzfristig ein zusätzliches Landesüberwachungsprogramm (LÜP 8.2016 – Dimethoat und weitere Pflanzenschutzmittelrückstände in sächsischen Weinen) ins Leben gerufen, welches federführend vom LUA-Weinkontrollleur bearbeitet wurde. Nach einer Risikoabschätzung, in die unter anderem Betriebsgröße, Anzahl der vermarkteten Weine, Rebsortenspektrum, Zahl der Traubenlieferanten, Eigenkontrollen und bisherige Auffälligkeiten einfließen, wurden 94 weitere Proben aus 41 als relevant eingeschätzten sächsischen Weinbetrieben (mit einer Jahresproduktion > 10 hl, 95 % aus dem Landkreis Meißen) entnommen und an der LUA auf PSM untersucht. Insgesamt wurden 20 Wirkstoffe bestimmt, wobei 75 % der Proben maximal drei Wirkstoffe enthielten. Im Ergebnis des LÜPs sowie der Untersuchung weiterer, durch die LÜVA eingesandter Weine wurde eine Dimethoat-Belastung bei einigen wenigen weiteren Weinen, teils auch älterer Jahrgänge, auch in anderen Weinbetrieben als den bisher bekannten festgestellt. Es muss somit davon ausgegangen werden, dass die oben genannten Funde zwar Ausnahmen, aber keine Einzelfälle

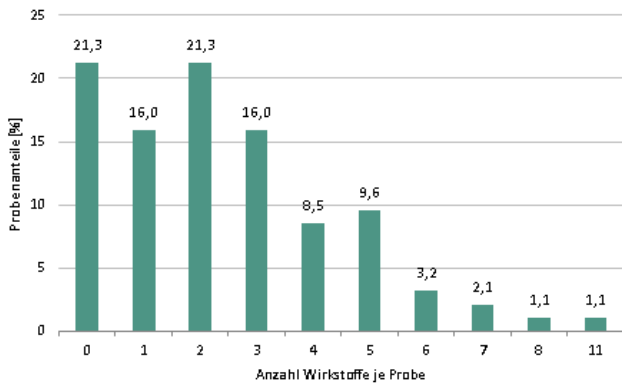


Abbildung 2: PSM-Belastungssituation sächsischer Weinproben (Untersuchungen im Rahmen des LÜP)

waren. Die neuen Nachweise betrafen aber stets nur vergleichsweise geringe Mengen Wein und sind insofern nicht mit dem oben geschilderten Fall zu vergleichen.

Neben Dimethoat wurde in wenigen Proben mit Iprodion ein weiterer im Weinbau unzulässiger Wirkstoff (Fungizid) nachgewiesen. Dessen Anwendung resultierte aber zumindest in einem Fall lediglich aus einer Verwechslung beim Pflanzenschutzmitteleinsatz, die von dem betreffenden Winzer auch öffentlich eingeräumt wurde. Es waren hier nur ca. 200 l Wein betroffen, die – da eine gesundheitliche Gefährdung auszuschließen ist – nun vom Winzer selbst verbraucht werden.

Neben dem unmittelbaren finanziellen Schaden durch die illegale Anwendung von PSM hat auch das Image des Weinanbaugebietes Sachsen und des sächsischen Weines schlechthin stark gelitten. Leidtragende sind nun vor allem die vielen ehrlichen Traubenerzeuger, Winzer, Kellereien und Weingüter, die durch das unverantwortliche Fehlverhalten einiger Weniger unverschuldet in Misskredit geraten sind. Nach wie vor sind die Verursacher – im Gegensatz zu einigen der betroffenen Kellereien – in der Öffentlichkeit weitestgehend unbekannt, so dass sich praktisch alle sächsischen Weinbetriebe weiterhin unter Generalverdacht und in Erklärungsnot sehen sowie bereits empfindliche Umsatzeinbußen beklagen.

Im Ergebnis des „Weinskandals“ wurde seitens des für die Weinüberwachung zuständigen Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) eine Änderung der Sächsischen Durchführungsverordnung zum Weinrecht initiiert. Ab September 2016 müssen nunmehr sämtliche Qualitäts- und Prädikatsweine aus dem Anbaugebiet Sachsen im Rahmen der obligatorischen Qualitätsweinprüfung nach § 19 ff. Weingesetz in Verbindung mit § 21 ff. Weinverordnung an der LUA untersucht werden. Bislang war dies auch in dafür zugelassenen Privatlaboratorien möglich. Neben den zu untersuchenden Pflichtparametern (wie Alkohol-, Zucker- und Säuregehalt sowie freies und gesamtes Schwefeldioxid) werden sämtliche Weine künftig auch auf PSM-Rückstände untersucht. Eine „Amtliche Prüfnummer“ (A.P.-Nr.), das heißt die Zulassung zur Vermarktung als Qualitäts- bzw. Prädikatswein, kann ihnen künftig erst nach Bestätigung der Rechtskonformität bezüglich PSM-Rückständen erteilt werden. Um eine flächendeckende Überwachung sicher zu stellen, werden auch alle Sächsischen Landweine, die grundsätzlich keiner Prüfung vor dem Inverkehrbringen bedürfen, im Rahmen eines neuen Landesüberwachungsprogrammes (LÜP)

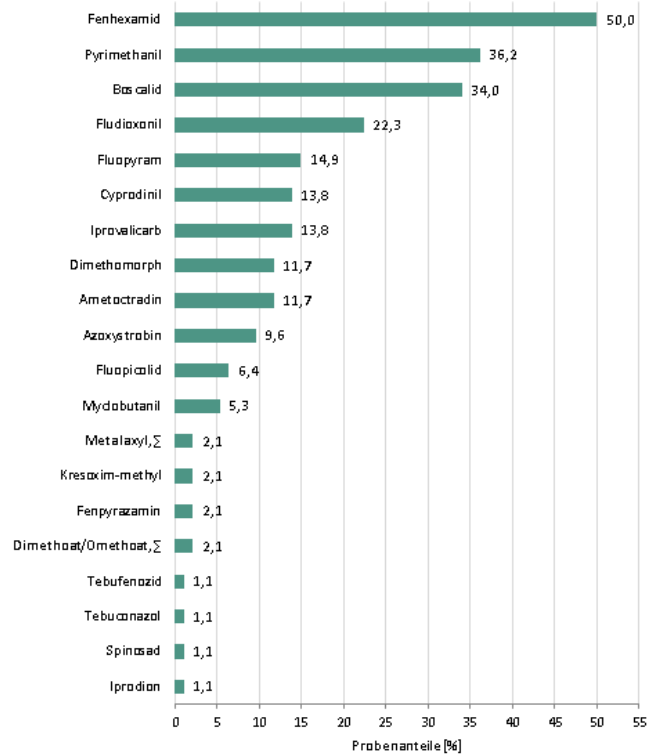


Abbildung 3: PSM-Wirkstoffe in sächsischen Weinproben (Untersuchungen im Rahmen des LÜP)

auf PSM untersucht werden. Dies wird zu einem enormen Anstieg der Probenzahlen an der LUA führen, der nur mit entsprechenden Investitionen in die personelle und apparative Ausstattung zu bewältigen sein wird.

Durch diese Maßnahmen – Pressestimmen sprechen bereits von sächsischem Wein als dem am meisten kontrollierten Wein bzw. Lebensmittel weltweit – soll der Verbraucher noch besser vor gesundheitlichen Gefahren und unsicheren bzw. nicht rechtskonformen Erzeugnissen geschützt werden. Ferner soll das verloren gegangene Vertrauen in den sächsischen Wein wieder hergestellt, ein fairer Wettbewerb gesichert und eventuelle künftige Verstöße rechtzeitig erkannt bzw. diesen durch den erhöhten Kontrolldruck prophylaktisch entgegen gewirkt werden. Neben den amtlichen Maßnahmen ist es aber vor allem die Aufgabe der Weinbetriebe selbst, im Rahmen ihrer Pflichten und ihrer Verantwortung als Lebensmittelunternehmer, die Sicherheit und Einhaltung aller gesetzlichen Anforderungen zu gewährleisten. Der Verbesserung der HACCP- unter anderem Eigenkontroll- und Qualitätssicherungssysteme sowie der Schulung der Traubenerzeuger betreffs des sachkundigen PSM-Einsatzes kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Nur mit erheblichen Anstrengungen aller Beteiligten wird es möglich sein, dem sächsischen Wein zu seinem einst (zu Recht) so guten Renommee wieder zu verhelfen.

Bearbeiter: Dr. rer. nat. Tobias Haufe LUA Dresden
 Bernd Langefeld (Weinkontrolleur) LUA Dresden

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – April 2016 bis Juni 2016

1. Europäisches Recht

- 1.1 Verordnung (EU) 2016/479 der Kommission vom 1. April 2016 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Steviolglycosiden (E 960) als Süßungsmittel in bestimmten brennwertverminderten oder ohne Zuckerzusatz hergestellten Getränken (ABl. Nr. L 87/1)
- 1.2 Durchführungsverordnung (EU) 2016/548 der Kommission vom 8. April 2016 zur Genehmigung des Grundstoffs Diammoniumphosphat gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Änderung des Anhangs der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 95/1)
- 1.3 Durchführungsverordnung (EU) 2016/549 der Kommission vom 8. April 2016 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 hinsichtlich der Verlängerung der Laufzeit der Genehmigung für die Wirkstoffe Bentazon, Cyhalofopbutyl, Diquat, Famoxadon, Flumioxazin, DPX KE 459 (Flupyrsulfuron- methyl), Metalaxyl-M, Picolinafen, Prosulfuron, Pymetrozin, Thiabendazol und Thifensulfuron-methyl (ABl. Nr. L 95/4)
- 1.4 Durchführungsverordnung (EU) 2016/560 der Kommission vom 11. April 2016 zur Genehmigung des Grundstoffs Molke gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Änderung des Anhangs der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 96/23)
- 1.5 Verordnung (EU) 2016/567 der Kommission vom 6. April 2016 zur Änderung der Anhänge II und III der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Chlorantraniliprol, Cyflumetofen, Cyprodinil, Dimethomorph, Dithiocarbamaten, Fenamidon, Fluopyram, Flutolanil, Imazamox, Metrafenon, Myclobutanil, Propiconazol, Sedaxan und Spirodiclofen in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 100/1)
- 1.6 Durchführungsverordnung (EU) 2016/576 der Kommission vom 14. April 2016 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 hinsichtlich des Stoffs „Rafoxanid“ (ABl. Nr. L 99/1)
- 1.7 1Durchführungsbeschluss (EU) 2016/598 der Kommission vom 14. April 2016 zur Genehmigung einer Erweiterung des Verwendungszwecks von Lipidextrakt aus antarktischen Krill (*Euphausia superba*) als neuartige Lebensmittelzutat gemäß der Verordnung (EG) Nr. 258/97 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. Nr. L 103/34)
- 1.8 Verordnung (EU) 2016/621 der Kommission vom 21. April 2016 zur Änderung des Anhangs VI der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über kosmetische Mittel (ABl. Nr. L 106/4)
- 1.9 Verordnung (EU) 2016/622 der Kommission vom 21. April 2016 zur Änderung des Anhangs III der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über kosmetische Mittel (ABl. Nr. L 106/7)
- 1.10 Durchführungsverordnung (EU) 2016/635 der Kommission vom 22. April 2016 zur Änderung des Anhangs der Verordnung (EG) Nr. 2870/2000 hinsichtlich bestimmter Referenzanalysemethoden für Spirituosen (ABl. Nr. L 108/1)
- 1.11 Durchführungsverordnung (EU) 2016/636 der Kommission vom 22. April 2016 zum Widerruf der Genehmigung für den Wirkstoff Z,Z,Z,Z-7,13,16,19-docosatetraen-1-yl- isobutyrate im Einklang mit der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 108/22)
- 1.12 Verordnung (EU) 2016/637 der Kommission vom 22. April 2016 zur Änderung des Anhangs I der Verordnung (EG) Nr. 1334/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Streichung bestimmter Aromastoffe aus der Unionsliste (ABl. Nr. L 108/24)
- 1.13 Durchführungsverordnung (EU) 2016/638 der Kommission vom 22. April 2016 zum Widerruf der Genehmigung für den Wirkstoff Z-13-hexadecen-11-yn-1-yl-acetat in Übereinstimmung mit der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 108/28)
- 1.14 Durchführungsverordnung (EU) 2016/662 der Kommission vom 1. April 2016 über ein mehrjähriges koordiniertes Kontrollprogramm der Union für 2017, 2018 und 2019 zur Gewährleistung der Einhaltung der Höchstgehalte an Pestizidrückständen und zur Bewertung der Verbraucherexposition gegenüber Pestizidrückständen in und auf Lebensmitteln pflanzlichen und tierischen Ursprungs (ABl. Nr. L 115/2)
- 1.15 Durchführungsverordnung (EU) 2016/672 der Kommission vom 29. April 2016 zur Genehmigung von Peressigsäure als alten Wirkstoff zur Verwendung in Biozidprodukten der Produktarten 1, 2, 3, 4, 5 und 6 (ABl. Nr. L 116/3)
- 1.16 Durchführungsverordnung (EU) 2016/673 der Kommission vom 29. April 2016 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 889/2008 mit Durchführungs Vorschriften zur Verordnung (EG) Nr. 834/2007 des Rates über die ökologische/biologi-

- sche Produktion und die Kennzeichnung von ökologischen/biologischen Erzeugnissen hinsichtlich der ökologischen/biologischen Produktion, Kennzeichnung und Kontrolle (ABl. Nr. L 116/8)
- 1.17 Verordnung (EU) 2016/683 der Kommission vom 2. Mai 2016 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Propionsäure – Propionaten (E 280-283) in Tortillas (ABl. Nr. L 117/28)
- 1.18 Empfehlung (EU) 2016/688 der Kommission vom 2. Mai 2016 zur Überwachung und Kontrolle des Vorkommens von Dioxinen und PCB in Fisch und Fischereierzeugnissen aus dem Ostseeraum (ABl. Nr. L 118/16)
- 1.19 Verordnung (EU) 2016/691 der Kommission vom 4. Mai 2016 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Lebensmittelzusatzstoffen in Nährkaseinaten (ABl. Nr. L 120/4)
- 1.20 Verordnung (EU) 2016/692 der Kommission vom 4. Mai 2016 zur Änderung des Anhangs I der Verordnung (EG) Nr. 1334/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf bestimmte Aromastoffe (ABl. Nr. L 120/7)
- 1.21 Durchführungsverordnung (EU) 2016/710 der Kommission vom 12. Mai 2016 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 in Bezug auf den Stoff „Kupfercarbonat“ (ABl. Nr. L 125/6)
- 1.22 Durchführungsverordnung (EU) 2016/759 der Kommission vom 28. April 2016 zur Erstellung der Listen der Drittländer, Teile von Drittländern und Gebiete, aus denen die Mitgliedstaaten die Verbringung bestimmter Erzeugnisse tierischen Ursprungs für den menschlichen Verzehr in die Union zulassen, zur Festlegung der Bescheinigungsanforderungen, zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 2074/2005 und zur Aufhebung der Entscheidung 2003/812/EG (ABl. Nr. L 126/13)
- 1.23 Delegierte Verordnung (EU) 2016/765 der Kommission vom 11. März 2016 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 606/2009 hinsichtlich bestimmter ökologischer Verfahren (ABl. Nr. L 127/1)
- 1.24 Durchführungsverordnungen (EU) 2016/779 der Kommission vom 18. Mai 2016 zur Festlegung einheitlicher Regeln für die Verfahren, mit denen bestimmt wird, ob ein Tabakerzeugnis ein charakteristisches Aroma hat (ABl. Nr. L 131/48)
- 1.25 Durchführungsbeschluss (EU) 2016/786 der Kommission vom 18. Mai 2016 zur Festlegung des Verfahrens für die Einrichtung und die Arbeitsweise eines unabhängigen Beratergremiums, das den Mitgliedstaaten und der Kommission dabei hilft zu bestimmen, ob ein Tabakerzeugnis ein charakteristisches Aroma hat (ABl. Nr. L 131/79)
- 1.26 Durchführungsbeschluss (EU) 2016/787 der Kommission vom 18. Mai 2016 mit einer Prioritätenliste von Zusatzstoffen, die in Zigaretten und in Tabak zum Selbstdrehen enthalten sind und erweiterten Meldepflichten unterliegen (ABl. Nr. L 131/88)
- 1.27 Verordnung (EU) 2016/805 der Kommission vom 20. Mai 2016 zur Änderung von Anhang IV der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich *Streptomyces* K61 (ehemals *S. griseoviridis*), *Candida oleophila* Stamm O, FEN 560 (auch bezeichnet als Bockshornklee oder Bockshornkleesamen-Pulver), Methyldecanoat (CAS 110-42-9), Methyloctanoat (CAS 111-11-5) und Terpen-Gemisch QRD 460 (ABl. Nr. L 132/95)
- 1.28 Durchführungsverordnung (EU) 2016/854 der Kommission vom 30. Mai 2016 zur Zulassung bestimmter anderer gesundheitsbezogener Angaben über Lebensmittel als Angaben über die Reduzierung eines Krankheitsrisikos sowie die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern und zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 432/2012 (ABl. Nr. L 142/5)
- 1.29 Durchführungsverordnung (EU) 2016/862 der Kommission vom 31. Mai 2016 über die Nichtzulassung einer anderen gesundheitsbezogenen Angabe über Lebensmittel als einer Angabe über die Reduzierung eines Krankheitsrisikos sowie die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern (ABl. Nr. L 144/24)
- 1.30 Durchführungsverordnung (EU) 2016/864 der Kommission vom 31. Mai 2016 zur Nichterneuerung der Genehmigung des Wirkstoffs Triasulfuron gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 144/32)
- 1.31 Durchführungsverordnung (EU) 2016/871 der Kommission vom 1. Juni 2016 zur Nichterneuerung der Genehmigung des Wirkstoffs Amitrol gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 145/4)
- 1.32 Durchführungsverordnung (EU) 2016/872 der Kommission vom 1. Juni 2016 zur Nichterneuerung der Genehmigung für den Wirkstoff Isoproturon gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 145/7)
- 1.33 Durchführungsverordnung (EU) 2016/874 der Kommission vom 1. Juni 2016 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2015/943 über Sofortmaßnahmen zur Aussetzung der Einfuhr getrockneter Bohnen aus Nigeria (ABl. Nr. L 145/18)
- 1.34 Durchführungsbeschluss (EU) 2016/884 der Kommission vom 1. Juni 2016 zur Änderung des Durchführungsbeschlusses 2014/88/EU zur vorübergehenden Aussetzung der Einfuhr von Lebensmitteln aus Bangladesch, die Betel-

- blätter („Piper betle“) enthalten oder aus ihnen bestehen, in Bezug auf seine Geltungsdauer (ABl Nr. L 146/29)
- 1.35 Durchführungsverordnung (EU) 2016/885 der Kommission vom 3. Juni 2016 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 hinsichtlich des Stoffs „Eprinomectin“ (ABl. Nr. L 148/1)
- 1.36 Durchführungsverordnung (EU) 2016/910 der Kommission vom 9. Juni 2016 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1235/2008 mit Durchführungsvorschriften zur Verordnung (EG) Nr. 834/2007 des Rates hinsichtlich der Regelung der Einfuhren von ökologischen/biologischen Erzeugnissen aus Drittländern (ABl. Nr. L 153/23)
- 1.37 Durchführungsverordnung (EU) 2016/950 der Kommission vom 15. Juni 2016 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 hinsichtlich der Verlängerung der Laufzeit der Genehmigung für die Wirkstoffe 2,4-DB, beta-Cyfluthrin, Carfentrazon-ethyl, Coniothyrium minitans Stamm CON/M/91-08 (DSM 9660), Cyazofamid, Deltamethrin, Dimethenamid-P, Ethofumesat, Fenamidon, Flufenacet, Flurtamon, Foramsulfuron, Fosthiazat, Imazamox, Iodosulfuron, Iprodion, Isoxaflutol, Linuron, Maleinsäurehydrazid, Mesotrion, Oxasulfuron, Pendimethalin, Picoxystrobin, Silthiofam und Trifloxystrobin (Text von Bedeutung für den EWR) (ABl. Nr. L 159/3)
- 1.38 Durchführungsverordnung (EU) 2016/951 der Kommission vom 15. Juni 2016 zur Genehmigung des Wirkstoffs mit geringem Risiko *Trichoderma atroviride* Stamm SC1 gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Änderung des Anhangs der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 (ABl. Nr. L 159/6)
- 1.39 Durchführungsverordnung (EU) 2016/952 der Kommission vom 15. Juni 2016 zur Genehmigung des Wirkstoffs mit geringem Risiko *Saccharomyces cerevisiae* Stamm LAS02 gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1107/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates über das Inverkehrbringen von Pflanzenschutzmitteln und zur Änderung des Anhangs der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 der Kommission (ABl. Nr. L 159/10)
- 1.40 Verordnung (EU) 2016/1002 der Kommission vom 17. Juni 2016 zur Änderung der Anhänge II, III und V der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von AMTT, Diquat, Dodin, Glufosinat und Tritosulfuron in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 167/1)
- 1.41 Verordnung (EU) 2016/1003 der Kommission vom 17. Juni 2016 zur Änderung der Anhänge II und III der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Abamectin, Acequinocyl, Acetamiprid, Benzovindiflupyr, Bromoxnyl, Fludioxonil, Fluopicolid, Fosetyl, Mepiquat, Proquinazid, Propamocarb, Prohexadion und Tebuconazol in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 167/46)
- 1.42 Durchführungsverordnung (EU) 2016/1024 der Kommission vom 24. Juni 2016 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 669/2009 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 882/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf verstärkte amtliche Kontrollen bei der Einfuhr bestimmter Futtermittel und Lebensmittel nichttierischen Ursprungs (ABl. Nr. L 168/1)
- 1.43 Verordnung (EU) 2016/1015 der Kommission vom 17. Juni 2016 zur Änderung der Anhänge II und III der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von 1-Naphthylacetamid, 1-Naphthyllessigsäure, Chloridazon, Fluazifop-P, Fuberidazol, Mepiquat und Tralkoxydim in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 172/1)
- 1.44 Verordnung (EU) 2016/1016 der Kommission vom 17. Juni 2016 zur Änderung der Anhänge II und III der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Ethofumesat, Etoxazol, Fenamidon, Fluoxastrobin und Flurtamon in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 172/22)
- 1.45 Durchführungsverordnung (EU) 2016/1056 der Kommission vom 29. Juni 2016 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 540/2011 hinsichtlich der Verlängerung der Dauer der Genehmigung für den Wirkstoff Glyphosat (ABl. Nr. L 173/52)
2. Nationales Recht
- 2.1 Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse vom 4. April 2016 (BGBl Teil I, Nr. 15, S. 569)
- 2.2 Erstes Gesetz zur Änderung des Mess- und Eichgesetzes vom 11. April 2016 (BGBl Teil I, Nr. 17, S. 718)
- 2.3 Dreiundfünfzigste Verordnung zur Änderung der Futtermittelverordnung vom 26. April 2016 (BGBl Teil I, Nr. 20, S. 979)
- 2.4 Verordnung zur Umsetzung der Richtlinie über Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse vom 27. April 2016 (BGBl Teil I, Nr. 20, S. 980)
- 2.5 Bekanntmachung der Neufassung der Lebensmittelrechtlichen Straf- und Bußgeldverordnung vom 4. Mai 2016 (BGBl Teil I, Nr. 23, S. 1166)
- 2.6 Erste Verordnung zur Änderung der Tabakerzeugnisverordnung vom 21. Juni 2016 (BGBl Teil I, Nr. 29, S. 1468)
- 2.7 Bekanntmachung der Neufassung der Lebensmittelhygiene-Verordnung vom 21. Juni 2016 (BGB, Teil I, Nr. 29, S. 1469)

Bearbeiter: DLC Friedrich Gründig

LUA Dresden

Neue Rechtsbestimmungen Veterinärmedizin - April 2016 bis Juni 2016

1. Europäisches Recht

- 1.1 Durchführungsbeschluss (EU) 2016/969 der Kommission vom 15. Juni 2016 zur Festlegung von Standardberichtsanforderungen für von der Union kofinanzierte nationale Programme zur Tilgung, Bekämpfung und Überwachung von Tierseuchen und Zoonosen und zur Aufhebung des Durchführungsbeschlusses 2014/288/EU (ABl. Nr. L 160/94)
- 1.2 Verordnung (EU) 2016/1012 des europäischen Parlaments und des Rates vom 8. Juni 2016 über die Tierzucht- und Abstammungsbestimmungen für die Zucht, den Handel und die Verbringung in die Union von reinrassigen Zuchttieren und Hybridzuchtschweinen sowie deren Zuchtmaterial und zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 652/2014, der Richtlinien des Rates 89/608/EWG und 90/425/EWG sowie zur Aufhebung einiger Rechtsakte im Bereich der Tierzucht („Tierzuchtverordnung“) (ABl. Nr. L 171/66)

2. Nationales Recht

- 2.1 Sechste Verordnung zur Änderung der Tierschutz-Nutztierhaltungsverordnung vom 14. April 2016 (BGBl Teil I, Nr. 18, S. 758)
- 2.2 Fünfte Verordnung zur Änderung tierseuchenrechtlicher Verordnungen vom 3. Mai 2016 (BGBl Teil I, Nr. 21, S. 1057)
- 2.3 Bekanntmachung der Neufassung der BVDV-Verordnung vom 27. Juni 2016 (BGBl Teil I, Nr. 29, S. 1483)

Bearbeiter: DLC Friedrich Gründig

LUA Dresden

Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel und Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse (2. Quartal 2016)

Zahl der bearbeiteten Beschwerdeproben: 37
davon beanstandet: 10

Probenbezeichnung	Beschwerdegrund	Beurteilung
Natürliches Mineralwasser Classic	Schaumbildung, weiße Flocken und Schwebstoffe	auf Grund der sensorischen Beschaffenheit Beurteilung als nicht sicher nach Art.14 Abs.1 VO (EG) Nr. 178/2002
Natürliches Mineralwasser Classic	stark abweichender Geruch, ekelerregender Geschmack	Geruch deutlich chemisch, faulig, schweflig; Beurteilung als nicht sicher nach Art.14 Abs.1 VO (EG) Nr. 178/2002
Duschgel mit Honig	nach Anwendung Hautirritation und Juckreiz; enthält 5 verschiedene Parabene	Bewerbung der Probe als „[...] hautfreundlich, [...] und daher auch für sehr empfindliche Haut geeignet“; auf Grund des hohen Gehaltes an Natrium Laureth Sulfate und des nachweislichen Gehaltes einer Vielzahl verschiedener allergener Duftstoffe Beurteilung der Bewerbung als nicht konform mit Art. 20 Abs.1 der EU-Kosmetik-VO
Tabernus Cuvee Rosè	Fremdkörper in der geöffneten Flasche	Fremdkörper (Dochthalterung von Teelicht, Wachsreste) bestätigt; nicht handelsübliche Beschaffenheit gemäß § 16 (1) WeinG
Gulaschsuppe	Fremdkörper	Fremdkörper (bedruckter Papierschnipsel); Beurteilung als nicht sicher nach Art.14 Abs.1 VO (EG) Nr. 178/2002
Penne Spinat Gorgonzola	Verunreinigung (Tierfell?)	Verunreinigung im Essen; Beurteilung als nicht sicher nach Art.14 Abs.1 VO (EG) Nr. 178/2002
Honig „Sommerblüte“	stark sensorisch abweichender Geruch und Geschmack	keine sensorische Abweichung; irreführende Kennzeichnung „Garantiert reiner Bienenhonig“ Beurteilung als irreführend im Sinne von Art. 7 Abs. 1 Buchstabe c) LMIV in Verbindung mit § 11 Abs. 1 LFGB.
Amaretto Liqueur Vollmilchschokolade	nach dem Öffnen der Schokolade eine grüne Made und Gespinst festgestellt	Schädlingsbefall festgestellt; Beurteilung als nicht sicher nach Art.14 Abs.1 VO (EG) Nr. 178/2002
Traditioneller Basmati Reis	kleine, schwarze Partikel festgestellt, Verdacht auf Kot	bis zu 3 mm große, amorphe, brüchige, beige-bräunliche bis weißlich-graue Partikel festgestellt; keine molekularbiologische Bestätigung von Tier-DNA; Beurteilung als nicht sicher nach Art.14 Abs.1 VO (EG) Nr. 178/2002
gebratene Enten ohne Knochen	Probenentnahme im Zusammenhang mit Krankheitsgeschehen	Listeria monocytogenes $5,6 \times 10^2$ KbE*/g festgestellt; Beurteilung als gesundheitsschädlich nach Art. 14 Abs. 2a in Verbindung mit Abs. 4 der VO (EG) Nr. 178/2002

Bearbeiter: DLC Claudia Schönfelder

LUA Chemnitz

BSE - Untersuchungen 2. Quartal 2016

Tierart	TKBA / ZNS / Kohorte *	Lebensmittel	Notschlachtung	Gesamt
Bison	0	1	0	1
Rind	2.427	2	1	2.430
Schaf	89	83	0	172
Ziege	19	9	0	28
Gesamt	2.535	95	1	2.631

* Tierkörperbeseitigung, ZNS-Störungen, Kohortenschlachtungen

Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2016

	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz	Landesdirektion Sachsen
Fuchs	18	16	9	43
Marderhund	0	0	0	0
Waschbär	1	1	0	2
Gesamtzahl der Proben	19	17	9	45
Untersuchungsergebnisse				
negativ	18	17	9	44
ungeeignet	1	0	0	1
positiv	0	0	0	0

Die Aufstellung der positiven Tollwutbefunde entfällt.

Bearbeiter: Reinhard Seiler

LUA Leipzig

Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen – 2. Quartal 2016

Tabelle 1: Untersuchungen und Nachweise im Überblick

Untersuchungen	untersuchte Anzahl	Salmonellennachweise	Serotypen (geordnet nach Nachweishäufigkeit)
Kotproben	2.079	159	S. sp., S. Typhimurium var. Cop., S. Typhimurium S. Serogr. B, S. enterica ssp. IIIb, S. Give S. Enteritidis, S. enterica ssp. IV S. Typhimurium Impfstamm, S. London S. Infantis, S. Paratyphi B, S. enterica ssp. I
Sektionsmaterial	879	22	S. Typhimurium var. Cop., S. enterica ssp. IIIb S. Typhimurium, S. Serogr. B, S. sp., S. Enteritidis S. Brandenburg, S. Derby, S. Pullorum, S. Serogr. C3 S. enterica ssp. IV
Untersuchung nach Hühner-Salmonellen-VO	0	0	
Umgebungstupfer	66	36	
Futtermittel	21	10	
Bakteriologische Fleischuntersuchungen	9	0	
Lebensmittel tierischer Herkunft	1.920	17	S. sp., S. Paratyphi B, S. Serogruppe B, S. Derby S. Typhimurium, S. Indiana, S. Saintpaul O:5- S. Serogruppe D1, S. I-Rauhform
Lebensmittel nichttierischer Herkunft	886	1	S. London
Hygienekontrolltupfer – Lebensmittel	5.592	8	Salmonella
Kosmetische Mittel	0	0	
Bedarfsgegenstände	0	0	

Tabelle 2: Salmonellennachweise aus Kotproben und Sektionen

Tierart	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz				Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden				Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig			
	Kot		Sektionen		Kot		Sektionen		Kot		Sektionen	
	Proben ¹	Salm.- Nw ²	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw
Rind	214	0	40	0	468	125	57	0	617	0	24	0
Schwein	10	5	39	0	13	0	69	3	37	13	18	2
Schaf	1	0	13	0	8	0	36	0	3	0	5	1
Ziege	5	0	5	0	5	0	13	0	0	0	3	0
Pferd	35	0	5	0	22	0	3	0	83	1	0	0
Huhn	12	0	37	0	18	0	39	1	0	0	11	0
Taube	1	0	9	4	39	1	4	2	2	0	2	1
Gans	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	4	1
Ente	0	0	9	0	1	0	3	0	0	0	2	0
Pute	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	47	0
Hund/Katze	83	0	6	0	178	5	23	1	85	4	6	0
sonstige Tierarten	11	2	147	3	85	3	149	3	43	0	46	0
Summe	372	7	311	7	837	134	400	10	870	18	168	5

¹ = Anzahl der untersuchten Proben

² = Anzahl der Salmonellennachweise

**Tabelle 3: Regionale Zuordnung der Salmonellenfunde
Sektionen und Kotproben**

Landesdirektion/Kreis	Tier- / Probenart	Nachgewiesene Serotypen	
		Anzahl	Serotyp
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz			
Chemnitz, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	2	S. enterica ssp. IIIb
Chemnitz, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Enteritidis
Chemnitz, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Enteritidis
Erzgebirgskreis	Taube/Sektion	3	S. Typhimurium var. Cop.
Mittelsachsen	Taube/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Vogtlandkreis	Schwein/Kot	5	S. Serogr. B
Vogtlandkreis	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. sp.
Zwickau	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. IV
Zwickau	Taube/Sektion	2	S. Typhimurium var. Cop.
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden			
Bautzen	Schwein/Sektion	1	S. Brandenburg
Bautzen	Schwein/Sektion	1	S. Serogr. C3
Bautzen	Taube/Kot	1	S. Typhimurium
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Sektion	1	S. Typhimurium
Dresden, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Dresden, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Paratyphy B
Görlitz	Schwein/Sektion	1	S. Derby
Görlitz	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. I
Görlitz	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Görlitz	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IV
Görlitz	Taube/Sektion	2	S. Serogr. B
Meißen	Hund/Katze/Kot	2	S. Typhimurium
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Huhn/Sektion	1	S. Pullorum
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Hund/Katze/Kot	2	S. Give
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Rind/Kot	124	S. sp.
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Rind/Kot	1	S. Typhimurium Impfstamm
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Typhimurium
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig			
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. London
Leipzig Land	Pferd/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Leipzig Land	Schwein/Kot	15	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig Land	Schwein/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig, Stadt	Gans/Sektion	1	S. Typhimurium
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Leipzig, Stadt	Taube/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Nordsachsen	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Nordsachsen	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Nordsachsen	Schwein/Sektion	1	S. sp.

Tabelle 4: Salmonellennachweise

Warengruppe	Gesamtproben		davon Planproben		davon Verdachtsproben		davon Beschwerdeproben	
	Anzahl	Salm.-Nw.*	Anzahl	Salm.-Nw.	Anzahl	Salm.-Nw.	Anzahl	Salm.-Nw.
Milch, Milchprodukte, Käse und Butter	368	0	362	0	1	0	0	0
Eier und Eiprodukte	120	1	119	1	1	0	0	0
Fleisch warmblütiger Tiere, auch tiefgefroren	364	10	346	9	6	0	1	0
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere (außer Wurstwaren)	470	5	454	4	10	1	4	0
Wurstwaren	408	1	401	1	5	0	1	0
Fisch- und Erzeugnisse	162	0	158	0	4	0	0	0
Krusten-, Schalen-, Weichtiere, sonstige Tiere und Erzeugnisse daraus	28	0	27	0	1	0	0	0
Fette, Öle, Margarine	6	0	5	0	1	0	0	0
Getreide, -produkte, Brot, Teig- und Backwaren	198	0	188	0	8	0	2	0
Mayonnaisen, emul. Soßen, kalte Fertigsoßen und Feinkostsalate	192	0	188	0	4	0	0	0
Puddinge, Desserts und Cremespeisen	12	0	11	0	1	0	0	0
Speiseeis und -halberzeugnisse	190	0	179	0	10	0	0	0
Säuglings- und Kleinkindernahrung	0	0	0	0	0	0	0	0
Diätetische Lebensmittel, Nährstoffkonzentrate und Ergänzungsnahrung	0	0	0	0	0	0	0	0
Obst, Gemüse und -zubereitungen	69	0	44	0	2	0	1	0
Getränke, inkl. Tafel- und Trinkwasser, Spirituosen und Bier	12	0	10	0	1	0	1	0
Gewürze, Würzmittel und Zusatzstoffe	22	0	18	0	2	0	2	0
Zucker, Süß- und Schokoladenwaren, Honig, Konfitüre, Kaffee, Kakao, Tee	3	0	3	0	0	0	0	0
Fertiggerichte, zubereitete Speisen, Suppen und Soßen	182	1	149	1	16	0	6	0
Kosmetika	0	0	0	0	0	0	0	0
Bedarfsgegenstände ohne Kosmetika	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	2.806	18	2.662	16	73	1	18	0

* Salmonellennachweis

Tabelle 5: Regionale Zuordnung der Salmonellenfunde

Landesdirektion/Kreis	Eingangsdatum	Probenart	Nachgewiesene Serotypen	
			Anzahl	Serotyp
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz				
Vogtlandkreis	05.04.2016	Hackfleisch von Schwein	1	S. sp.
Mittelsachsen	03.05.2016	Hackepeter	1	S. Typhimurium
Erzgebirgskreis	23.05.2016	Putenbrust Steaks Kräuter	2	S. Saintpaul 0:5-
Zwickau	16.06.2016	Hühnereier	1	S. sp.
Mittelsachsen	18.04.2016	Schweineleber roh	2	S. Serogruppe B
Chemnitz, Stadt	02.06.2016	Dönerteller	1	S. London
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden				
Bautzen	08.06.2016	Hackfleisch vom Rind und Schwein	1	S. sp.
Dresden, Stadt	14.06.2016	Bratwurst (grob)	2	S. Serogruppe B
Meißen	10.05.2016	Gewiegtes	1	S. sp.
Dresden, Stadt	17.06.2016	Bratwurst grob	1	S. sp.
Bautzen	14.06.2016	Schabefleisch	2	S. Derby
Dresden, Stadt	14.06.2016	Hackepeter mit Kümmel	1	S. sp.
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig				
Leipzig Land	14.04.2016	Hackfleisch gemischt zum Braten 50 % weniger Fett	2	S. Typhimurium
Leipzig, Stadt	25.04.2016	Putenhacksteaks	1	S. Serogruppe D1
Leipzig, Stadt	20.04.2016	vom Schwein Gehacktes leicht gesalzen	1	S. Serogruppe B
Nordsachsen	28.06.2016	Halshaut vom Masthähnchen	1	S. Paratyphi B
Nordsachsen	28.06.2016	Brathähnchen, mit Innereien, o. Herz, 1200 g, vor der Frostung	1	S. Paratyphi B
Nordsachsen	28.06.2016	Halshaut vom Masthähnchen	1	S. Indiana
Leipzig, Stadt	07.06.2016	Knackwurst ohne Darm	1	S. Derby
Leipzig, Stadt	19.05.2016	Schweinekotelett	2	S. I-Rauhform
Nordsachsen	07.04.2016	Halshaut vom Masthähnchen	1	S. Paratyphi B

Tabelle 6: Häufigkeit der nachgewiesenen Salmonellenserotypen (Anzahl)

Serotypen	Veterinärmedizinische Diagnostik	Futtermittel	Lebensmittel / Bedarfsgegenstände	BU	Hygienekontrolltupfer (Lebensmittel)
S. sp.	126		12		
S. Typhimurium var. Cop.	23				
S. Typhimurium	9		5		
Salmonella					8
S. Serogruppe B			8		
S. Serogr. B	7				
S. Derby	1		5		
S. enterica ssp. IIIb	6				
S. Paratyphi B			6		
S. Saintpaul O:5-			3		
S. I-Rauhform			3		
S. London	1		2		
S. Enteritidis	2				
S. Serogruppe D1			2		
S. Indiana			2		
S. Give	2				
S. enterica ssp. IV	2				
S. Infantis	1				
S. Paratyphy B	1				
S. Pullorum	1				
S. Typhimurium Impfstamm	1				
S. Brandenburg	1				
S. Serogr. C3	1				
S. enterica ssp. I	1				
S. Typhimurium Impfstamm					

Bearbeiter: Reinhard Seiler

LUA Dresden

Herausgeber:

Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Jägerstr. 8/10, 01099 Dresden

Redaktion:

Dr. Hermann Nieper, LUA Sachsen, Standort Leipzig, Bahnhofstraße 58/60, 04158 Leipzig
Tel.: 0351/8144 4100

Gestaltung und Satz:

SG IT, LUA Sachsen, Standort Dresden, Jägerstr. 8/10, 01099 Dresden,
Tel.: 0351/8144 1712 Fax: 0351/8144 1710

Druck:

alinea Digitaldruck, Chemnitz | www.alinea24.de

Redaktionsschluss:

15. Juli 2016

Bezug:

Dieses offizielle Mitteilungsblatt der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen des Freistaates Sachsen kann kostenfrei im Internet abgerufen werden: www.lua.sachsen.de und unter www.publikationen.sachsen.de