



# LUA-Mitteilungen 03/2022



# Inhaltsverzeichnis

## Humanmedizin

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen.....	2
Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung der Hepatitis A im Freistaat Sachsen .....	8
Auswertung der Untersuchungen zur Desinfektionsleistung von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Steckbecken an der LUA Sachsen in den Jahren 2018 und 2019 .....	18

## Lebensmitteluntersuchungen

Verfälschung hochpreisiger Speiseöle – Schwerpunkt Arganöl.....	22
Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – 2. Quartal 2022 .....	24
Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel und Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse .....	27
BSE-Untersuchungen 2. Quartal 2022.....	28
Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2022 .....	28
Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 2. Quartal 2022.....	29

# Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen

## 2. Quartal 2022 (vom 04.04. – 03.07.2022)

### Acinetobacter-Nachweis

Im zweiten Quartal 2022 wurden 9 Infektionen und 4 Kolonisationen erfasst.

Bei einem 10-jährigen Mädchen aus der Ukraine erfolgte der Nachweis von zwei verschiedenen Carbapenemase-bildenden *Acinetobacter* spezieis (OXA-24 aus Abdomenabstrich und OXA-23 aus Rektalabstrich).

Ein 73-jähriger Mann, der im Kroatien-Urlaub infolge eines Sturzes in der Sauna Oberschenkelverbrennungen erlitt, wurde dort zunächst intensivmedizinisch behandelt. Wenige Tage nach Verlegung in ein deutsches Krankenhaus verstarb der Patient mit Pneumonie und Multiorganversagen infolge einer 4-MRGN-Sepsis. Der *Acinetobacter* spp.-Nachweis erfolgte im Trachealsekret (hier auch SARS-CoV-2-Virus-Nachweis) und Urin.

### Adenovirus-Enteritis

Es kamen im Berichtszeitraum 835 Fälle zur Meldung (5-Jahresmittelwert 309 Infektionen).

### Affenpocken

Im Berichtszeitraum wurden im Freistaat Sachsen 15 Fälle von Affenpocken übermittelt. Bei den Betroffenen handelte es sich um Männer im Alter zwischen 20 und 62 Jahren (Median: 33 Jahre), die mehrheitlich der MSM-Gruppe angehören.

### Borreliose

Die Anzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle ( $n = 373$ ) lag etwas unter dem Niveau des 5-Jahresmittelwertes ( $n = 392$ ). Im Vergleich zum 2. Quartal des Vorjahres ( $n = 310$ ) gab es ca. 20 % mehr Neuerkrankungen.

In den meisten Fällen wurde symptomatisch ein Erythema migrans angegeben. 5-mal lagen eine Hirnnervenlähmung sowie 2-mal eine neurologische Mehrfachsymptomatik vor. In 7 Fällen wurden arthritische Verläufe übermittelt.

### Brucellose

Eine 44 Jahre alte Frau erkrankte nach einem 2-wöchigen Aufenthalt in der Türkei mit Fieber und Erschöpfungszuständen und wurde stationär behandelt. Welchen Risikofaktoren die Patientin während des Auslandsaufenthaltes ausgesetzt war, blieb unbekannt. Die Infektion wurde serologisch bestätigt.

### Chikungunyafieber

Eine 31 Jahre alte Frau erkrankte nach einem Aufenthalt in Bali. Die Betroffene zeigte Fieber, Hautausschlag, Kopf- und Muskelschmerzen. Die Infektion konnte serologisch bestätigt werden.

### Clostridioides-difficile-Infektion, schwerer Verlauf

Im Berichtszeitraum wurden 33 schwere Verläufe einer *Clostridioides-difficile*-Infektion übermittelt. Es verstarben 6 Männer und 3 Frauen im Alter zwischen 65 und 96 Jahren an den Folgen der Infektion.

### Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Im zweiten Quartal des Jahres entfielen auf den Freistaat Sachsen 224.487 Infektionen, womit sich eine Neuerkrankungsrate von 5.533 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und damit ein Rückgang um zwei Drittel zum letzten Quartal errechnete.

Die seit Anfang des Jahres vorherrschende Omikron (BA.2)-Welle lief in der 21. KW 2022 mit wöchentlich 4.704 Neuinfektionen aus. In den Folgewochen nahmen die Neuerkrankungen durch neue Omikron-Varianten (BA.4 / BA.5) wieder stetig zu, und die erneute Welle erreichte bis zum Quartalsende in der 26. KW 2022 mit 18.303 Meldungen ihren vorläufigen Höhepunkt.

Betroffen waren hauptsächlich die Altersgruppen der 30- bis unter 40-Jährigen (18 %), gefolgt von den 50 bis unter 60-Jährigen (17 %) und den 40- bis unter 50-Jährigen mit 14 %. Dagegen lag der niedrigste Anteil am Gesamtvorkommen mit 1,5 % bei den unter 5-jährigen Kindern und mit 2,7 % bei den 5- bis unter 10-Jährigen.

Insgesamt verstarben an den Folgen der Erkrankung ein 7-jähriges, stark vorgeschädigtes Mädchen sowie 199 Männer und 174 Frauen im Alter zwischen 48 und 101 Jahren (Altersmedian: 85 Jahre). Dies entspricht einer Infektionssterblichkeit von 0,17 %. Da die Ermittlungen zu Fallmeldungen und Ausbrüchen durch die Gesundheitsämter aus Kapazitätsgründen inzwischen nur eingeschränkt erfolgen, können hier keine detaillierten Aussagen unter anderem auch zu Hospitalisierungs- und Impfraten getroffen werden. Da der Tätigkeitsfokus in den Gesundheitsämtern auf den vulnerablen Bevölkerungsgruppen liegt, handelte es sich bei den 88 erfassten Erkrankungshäufungen überwiegend um (Alten)-Pflegeeinrichtungen und vereinzelt medizinische Einrichtungen.

### Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)

Der übermittelte Fall betraf eine 64 Jahre alte Frau, die im Februar erkrankte und stationär behandelt wird. Die Diagnosestellung erfolgte aufgrund der ausgeprägten Symptomatik durch das Nationale Referenzzentrum.

### Denguefieber

Ein 41 Jahre alter Mann erkrankte nach einem Aufenthalt in Indonesien.

### Diphtherie (Hautdiphtherie)

Eine in „ungünstigen“ Wohnverhältnissen lebende 83-jährige Frau wurde wegen eines infizierte Ulcus cruris am Unterschenkel stationär behandelt. Aus Wundabstrich erfolgte der Nachweis von *Corynebacterium ulcerans* sowie der Toxin-Nachweis aus dem Isolat. Im Haushalt der Betroffenen leben zeitweise streunende Katzen, die von ihr regelmäßig aufgenommen werden.

### Echinokokkose

Bei zwei Frauen im Alter von 43 bzw. 82 Jahren erfolgte der Nachweis von *Echinococcus multilocularis* bzw. *E. granulosus*. Die Jüngere, eine Tunesierin, die sich seit kurzer Zeit in Deutsch-

land aufhält, hatte sich einer Leberoperation unterzogen. Bei der älteren Patientin wurden keine weiteren Details bekannt.

### Enterobacteriales-Nachweis

Insgesamt wurden 73 Fallmeldungen mit Nachweis einer Carba-penamase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen übermittelt. Durch welche Erreger diese verursacht waren, ist aus Tabelle 1 ersichtlich. Die drei Todesfälle betrafen Männer im Alter zwischen 46 und 78 Jahren.

Tabelle 1: Enterobacteriales-Nachweis<sup>1)</sup> – Aufschlüsselung nach Erreger im 2. Quartal 2022 (14. bis 26. Meldewoche 2022)

Erreger	Infektion	Kolonisation	Gesamt-Fallzahl	dav. Tod
Enterobacter spp.	3	10	13	
Escherichia spp.	6	13	19	-
Klebsiella spp.	16	23	39	3
Morganella morganii	1	-	1	-
Raoultella ornithinolytica	-	1	1	-
<b>Gesamtzahl</b>	<b>25</b>	<b>48</b>	<b>73</b>	<b>3</b>

1) bei Nachweis einer Carbapenamase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz

### Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Bei den 13 übermittelten Erkrankungen handelte es sich um bisher nicht oder nur unvollständig gegen FSME geimpfte Patient\*innen im Alter zwischen 16 und 76 Jahren (Altersmedian: 41 Jahre), von denen bis auf zwei Betroffene alle stationär therapiert wurden, darunter 4 mit meningitischer Symptomatik. In den Fällen, in denen Angaben eruierbar waren, erfolgte die Infektion in einem bekannten FSME-Risikogebiet im Wohnumfeld oder während einer Reise (Thüringen und Tschechien).

### Gasbrand

Ein 24 Jahre alter Mann unterzog sich einer Arthroskopie des Kniegelenks. In der Folge kam es zu einer Schleimbeutelentzündung und kurz darauf zur Ausbildung einer typischen Gasbrand-Symptomatik und stationärer Behandlung. Der Nachweis von *Clostridium perfringens* erfolgte aus Material des betroffenen Kniegelenks.

### Haemophilus influenzae-Erkrankung, invasiv

Betroffen waren ausschließlich Erwachsene (8 Männer und 5 Frauen) im Alter zwischen 18 und 86 Jahren (Altersmedian: 63 Jahre). Bis auf einen Patienten mussten alle Betroffenen stationär behandelt werden, darunter ein 22-jähriger Mann und eine 61-jährige Frau mit meningitischer Symptomatik (Erregernachweis im Liquor). Es verstarben ein 68- sowie ein 86-jähriger Mann an den Folgen der Infektion.

### Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS), enteropathisch

Ein 82 Jahre alter Mann erkrankte mit Nierenfunktionsstörungen, Thrombozytopenie sowie zerebraler Symptomatik, was eine stationäre Aufnahme erforderlich machte. Der Patient verstarb einige Tage später an den Folgen der Infektion. Im Rahmen der Sektion gelang mittels PCR der Nachweis des Shigatoxin-Gens (Stx 2) aus der *Escherichia coli*-Kultur (Stuhl).

Ein zweiter Fall betraf ein 8 Jahre altes Mädchen, das zunächst mit Durchfall und Erbrechen und einige Tage später mit Anämie,

Nierenfunktionsstörungen und Thrombozytopenie erkrankte, was eine intensivmedizinische Behandlung nötig werden ließ. Es gelang mittels PCR der Nachweis des Shigatoxin-Gens (Stx 2) aus der *Escherichia coli*-Kultur (Stuhl). Die Ermittlungen zur Infektionsquelle ergaben, dass das Kind vor Erkrankungsbeginn einen Bauernhof besucht und dort Kontakt zu Rindern hatte. Es erfolgte eine Information an das zuständige LÜVA.

### Hepatitis E

Es wurden 74 Fälle einer Hepatitis-E-Erkrankung gemeldet. Ein 71 Jahre alter Mann verstarb an den Folgen der Infektion.

### Herpes zoster

Von den 416 im 2. Quartal übermittelten Fällen wurde einer als an der Krankheit verstorben gemeldet. Es handelte sich hierbei um einen 61-jährigen Mann mit Vorerkrankungen (Leberzirrhose und Alkoholabusus).

### Influenza

Lag der durchschnittliche 5-Jahres-Mittelwert im ersten Quartal in Sachsen bei 725 Influenza-Meldungen, so verlief das aktuelle Quartal mit 3.713 Nachweisen äußerst ungewöhnlich.

Im ersten Quartal 2022 (n= 545), der eigentlichen Hauptsaison für Influenzavirus-Infektionen, war zunächst nur eine niedrige Aktivität und erst ab letztem Drittel ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten. Diese Entwicklung erreichte in der 19. Kalenderwoche (KW) mit 665 Meldungen den saisonalen Gipfel und ging danach stetig bis zu 26 Meldungen in der 26. KW 2022 zurück. 95 % aller Nachweise ließen sich eindeutig auf Influenzavirus A zurückführen, darunter erfolgte in 141 Fällen die Übermittlung des Subtyps A(H3N2) und in 3 Fällen des Subtyps A(H1N1).

In diesem Zusammenhang wurden Influenza-bedingte Todesfälle bei 4 Frauen und 3 Männern im Alter zwischen 64 und 90 Jahren gemeldet. Keiner der Betroffenen war aktuell gegen Influenza geimpft.

### Keuchhusten

Mit 10 übermittelten Erkrankungen blieb im zweiten Quartal des Jahres 2022 die Zahl der Infektionen (*Bordetella pertussis*) überaus deutlich unter dem 5-Jahresmittelwert (n = 133). Von den Betroffenen waren 5 vollständig gegen Pertussis geimpft. Zusätzlich kamen 11 Keimträger\*innen (10-mal *B. pertussis*, einmal *B. parapertussis*) zur Meldung, bei denen das klinische Bild fehlte bzw. nicht vollständig ausgeprägt war.

### Legionellose

Die 14 übermittelten Fälle betrafen 11 Männer sowie 3 Frauen im Alter zwischen 41 und 87 Jahren (Altersmedian 73,5 Jahre), die mit Pneumonie erkrankten. Die Erregernachweise wurden mittels Antigen-Nachweis aus Urin bzw. PCR-Nachweis aus Sekret des Respirationstraktes geführt. Bei keinem der Betroffenen ergaben sich Hinweise auf die mögliche Infektionsquelle. Es verstarben ein 57-jähriger Mann und eine 87 Jahre alte Frau.

### Leptospirose

Ein 46 Jahre alter Mann befand sich im Februar auf „Safari im Regenwald“ von Kolumbien. Er nahm dort an Expeditionen teil, bei denen er barfuß in und an Bächen und Flüssen unterwegs war und sich dort auch Verletzungen der Haut zuzog. Er erkrankte kurz darauf mit hohem Fieber, Ikterus, Meningitis und Nierenfunktionsstörung und musste stationär behandelt werden.

Ein zweiter Fall betraf einen 47-Jährigen, der allgemeine Krankheitssymptome sowie eine Atemstörung zeigte und stationär behandelt wurde. Es ergaben sich keine Hinweise auf die Infektionsquelle.

Ein 54 Jahre alter Mann, der nach eigenen Angaben beruflich regelmäßig mit Schmutz, Abfällen und Tierkot in Berührung kommt, erkrankte mit Fieber und Ikterus und wurde hospitalisiert. In allen 3 Fällen konnte mittels Antikörpernachweis eine Infektion mit *Leptospirans interrogans* nachgewiesen werden.

### Listeriose

Die 10 im Quartal erfassten Listeriosen betrafen ein neugeborenes Mädchen (siehe unter Listeriose, angeborene Infektion) sowie 6 Frauen und 3 Männer im Alter zwischen 29 und 85 Jahren (Altersmedian 71 Jahre). Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

### Listeriose, angeborene Infektion

Eine 29 Jahre alte, mit Zwillingen schwangere Frau erkrankte in der 37. Schwangerschaftswoche zunächst mit Husten und Kreislaufschwäche, später Fieber, einem septischen Verlauf und wurde stationär aufgenommen. Kurz darauf kam es zur Spon-tangeburt zweier Mädchen. Während das eine Kind symptomlos war, entwickelte das andere eine Listeriose-Symptomatik mit Fieber. Aus Abstrich des Kindes und aus Blut der Mutter konnte *Listeria monocytogenes* nachgewiesen werden. Hinweise auf die Infektionsquelle ergaben sich nicht.

### Malaria

Ein 54-Jähriger erkrankte nach einem Aufenthalt in Angola an einer Malaria tropica. 3 Fälle einer Malaria ohne Differenzierung betrafen Männer im Alter von 23, 40 und 43 Jahren nach Auf-enthalten in Ghana, Niger und Südafrika, die stationär behan-delt wurden. Die Patienten hatten im Zusammenhang mit den Reisen keine Chemoprophylaxe durchgeführt.

### Meningitiden

Im Quartal wurden 27 Erkrankungen übermittelt. Durch welche Erreger diese verursacht waren, ist aus Tabelle 2 ersichtlich. Berücksichtigt sind hier nur die Fälle, bei denen der Erreger-nachweis aus dem Liquor der Patient\*innen erfolgte. Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

**Tabelle 2: Erkrankungen mit dem klinischen Bild Meningi-tis/Enzephalitis in Sachsen (Vergleich 2. Quartal 2022 zum 2. Quartal 2021)**

Erreger	1. Quartal 2022			1. Quartal 2021		
	Erkran-kung	Tod	Inzi-denz	Erkran-kung	Tod	Inzi-denz
<b>bakterielle Erreger gesamt</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>0,15</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>0,10</b>
Haemophilus influenzae	2	-	0,05	-	-	-
Listerien	-	-	-	2	-	0,05
Pneumokokken	4	-	0,10	2	-	0,05
<b>virale Erreger gesamt</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>0,52</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>0,22</b>
Enterovirus	3	-	0,07	-	-	-
FSME-Virus	4	-	0,10	1	-	0,02
Herpesvirus	4	-	0,10	1	-	0,02
Varizella-Zoster-Virus	10	-	0,25	7	-	0,17
<b>Gesamtzahl</b>	<b>27</b>	<b>-</b>	<b>0,67</b>	<b>13</b>	<b>-</b>	<b>0,44</b>

### Meningokokken-Erkrankung, invasiv

Ein 69 Jahre alter Mann wurde mit Fieber und meningitischer Symptomatik hospitalisiert. Aus Blut gelang der Nachweis von *Neisseria meningitidis* (eine Serotypisierung konnte am Natio-nalen Referenzzentrum für Meningokokken nicht durchgeführt werden).

### MRSA-Infektion (invasive Erkrankung)

Im Berichtszeitraum wurden 20 Infektionen übermittelt. Die Betroffenen waren Erwachsene im Alter zwischen 45 und 92 Jahren (Altersmedian: 70,5 Jahre). Die MRSA-Nachweise wur-den aus Blut geführt. An den Folgen der Infektion verstarben 5 Männer im Alter zwischen 63 und 89 Jahren sowie eine 83-jäh-rige Frau.

### CA-MRSA-Nachweis (PVL-bildend)

Im zweiten Quartal des Jahres 2022 wurden 13 Fälle (8 Infekti-onen, 5 Kolonisationen) übermittelt. Betroffen waren 2 Kinder (6 Monate und 2 Jahre alt), ein 15-jähriger Jugendlicher sowie Erwachsene im Alter zwischen 19 und 79 Jahren (Median der Erwachsenen: 51,5 Jahre). Die Nachweise erfolgten aus ver-schiedenen Abstrichen der Patient\*innen.

### Norovirus-Gastroenteritis

Gegenüber dem Vorquartal ergab sich ein Rückgang der gemeldeten Norovirus-Infektionen um 33 %. Die Inzidenz lag bei 29,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und somit über dem 5-Jahresmittelwert von 20,7 Erkrankungen pro 100.000 Ein-wohner. Es wurden im Berichtszeitraum Häufungen aus medi-zinischen Einrichtungen (8), Seniorenheimen (6), Kindertages-stätten (3), Privathaushalten (2) sowie aus einer Kaserne, einer Gaststätte und einer Einrichtung für Geflüchtete übermittelt. Ein 96 Jahre alter Mann verstarb an den Folgen der Infektion.

### Ornithose

Ein 23 Jahre alter Mann erkrankte mit Husten und Pneumonie und wurde stationär behandelt. Mittels PCR gelang der Nach-weis von Chlamydia psittaci. Es fanden sich keine Hinweise auf die mögliche Infektionsquelle.

### Pneumokokken-Erkrankung, invasiv

Bei den im Berichtszeitraum registrierten 43 Infektionen han-delte es sich um Kinder (1 bzw. 5 Jahre alt) und um Erwach-sene zwischen 30 und 95 Jahren (Altersmedian: 68 Jahre). Der Erregernachweis gelang aus Blut der Patient\*innen bzw. bei 4 Betroffenen mit meningitischem Verlauf aus Liquor. 4 Männer im Alter zwischen 57 und 89 Jahren verstarben an den Folgen der Infektion. Informationen zum Impfstatus lagen nicht vor.

### Pseudomonas aeruginosa-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden 29 Nachweise (12 Infektionen, 17 Kolonisationen) erfasst. Der Altersmedian der Betroffenen lag bei 62 Jahren. Ein 62-jähriger Mann verstarb infolge der Infek-tion mit Nachweis des Carbapenemase-Gens IMP.

### Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)-Infektion

Während bei anderen respiratorischen Virus-Erkrankungen, wie z. B. Influenza- und Parainfluenza, im 2. Quartal ein Anstieg zu verzeichnen war, konnte diese Entwicklung bei den RSV-Infek-tionen nicht beobachtet werden. Hier halbierte sich die Fallzahl von 125 im Vorquartal auf 63 im aktuellem Zeitraum. Todesfälle wurden nicht übermittelt.

### Rotavirus-Erkrankung

Mit 1.836 übermittelten Infektionen wurde im Vergleich zum Vorquartal (n = 759) ein Anstieg um das knapp 2,5-Fache verzeichnet. Die Neuerkrankungsrate lag mit 45,3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner deutlich über dem 5-Jahresmittelwert von 33,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Ein 97 Jahre alter Mann verstarb an den Folgen der Infektion.

### Salmonellose

Es wurde eine höhere Neuerkrankungsrate (2,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) erreicht als im Vorquartal (3,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner).

Die Inzidenz lag deutlich unter dem Niveau des 5-Jahresmittelwertes des 2. Quartals (4,9 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Mit rund 38 % dominierte der Serotyp *Salmonella* Typhimurium, gefolgt von *Salmonella* Enteritidis mit einem Anteil von 14 % am Gesamtvorkommen. Es kamen keine Todesfälle zur Meldung.

### Shigellose

Von den 5 im Berichtszeitraum erfassten Fällen waren 2 durch *Shigella sonnei* und jeweils eine durch *Shigella boydii* bzw. *Shigella flexneri* bedingt. In einem weiteren Fall erfolgte keine Differenzierung. Betroffen waren ein einjähriges Mädchen sowie Erwachsene im Alter zwischen 23 und 54 Jahren. Bei zwei Infektionen wurden Auslandsaufenthalte in Indien bzw. Mexiko als Infektionsquelle eruiert.

### Tuberkulose

Im Berichtszeitraum wurden 21 Tuberkulosen erfasst. Zwei deutsche Patienten im Alter von 82 und 84 Jahren sowie ein 55 Jahre alter Mann (Nationalität unbekannt), die an einer Lungentuberkulose litten, verstarben an den Folgen der Erkrankung.

### Tod an sonstiger Infektionskrankheit

Die im zweiten Quartal des Jahres 2022 übermittelten 21 Fälle betrafen Erwachsene im Alter zwischen 64 und 93 Jahren (Median: 81 Jahre).

Tabelle 3: Todesfälle gemäß IfSGMeldeVO § 1 (2) im 2. Quartal 2022

Erreger	Anzahl	Klinisches Bild
<i>C. difficile</i>	1	Sepsis
<i>Enterococcus</i> spp.	1	Sepsis
<i>Escherichia coli</i>	3	Sepsis
<i>Klebsiella</i> spp.	1	Sepsis, Herz-Kreislauf-Versagen
<i>Pseudomonas</i> spp.	3	Bronchopneumonie, Sepsis, Herz-Kreislauf-Versagen
<i>Staphylococcus</i> spp.	12	akute respiratorische Insuffizienz, Sepsis

Verantwortlich:

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

Übermittelte Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen  
2. Quartal 2022 und kumulativer Stand 2021 und 2022

	2. Quartal		kumulativ			
	14. – 26. MW 2022		1. – 26. MW 2022		1. – 26. MW 2021	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Acinetobacter-Nachweis <sup>1)</sup>	13	1	15	1	3	
Adenovirus-Enteritis	835		1.528	1	242	
Adenovirus-Infektion, respiratorisch	355		659		264	
Adenovirus-Konjunktivitis	10		15		3	
Affenpocken	15		15			
Amöbenruhr	5		10		13	
Astrovirus-Enteritis	167		610		44	
Borreliose	373		496		468	
Brucellose	1		1			
Campylobacter-Enteritis	776		1.661		1.815	1
Chikungunyafieber	1		1			
Chlamydia trachomatis-Infektion	964		1.981		2.055	
Clostridioides difficile-Enteritis	729		1.527		1.448	1
Clostridioides difficile-Infektion - schwerer Verlauf	33	9	69	13	60	13
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	224.487	374	912.357	1.518	144.206	4.109
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1		2	1	4	3
Denguefieber	1		4			
Diphtherie	1		1		3	
Echinokokkose	2		2		4	
Enterobacterales-Nachweis <sup>1)</sup>	73	3	121	3	103	
Enterohämorrhagische Escherichia coli-Erkrankung	22		55		32	
Enterovirusinfektion	118		215		74	
Escherichia coli-Enteritis	170		300		237	
Frühsommer-Meningoenzephalitis	13		13		9	
Gasbrand	1		1			
Giardiasis	39		71		61	
Gonorrhoe	268		492		395	
Gruppe B-Streptokokken-Infektion	523		1.002		1.198	
Haemophilus influenzae-Erkrankung, invasiv	13	2	24	2	5	
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch	2	1	3	1	2	
Hepatitis A	4		9		8	1
Hepatitis B	101		189	1	112	
Hepatitis C	77		123		89	
Hepatitis D	1		1		1	
Hepatitis E	74	1	148	1	115	
Herpes zoster	416	1	770	1	723	1
Influenza	3.713	7	4.258	7	34	
Keuchhusten	10		18		14	
Kryptosporidiose	43		78		37	
Legionellose	14	2	22	2	26	2
Leptospirose	3		4			
Listeriose	10		25	1	24	
Malaria	4		5		5	1
Meningokokken-Erkrankung, invasiv	1		1			
MRSA <sup>2)</sup> -Infektion, invasiv	20	6	32	8	35	1
CA <sup>3)</sup> -MRSA-Nachweis	13		30		37	
Mumps	4		5		3	
Mycoplasma hominis-Infektion	409		785		727	



	2. Quartal		kumulativ			
	14. – 26. MW 2022		1. – 26. MW 2022		1. – 26. MW 2021	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Mycoplasma-Infektion, respiratorisch	58		133		91	
Norovirus-Enteritis	1.213	1	3.032	2	843	
Ornithose	1		1			
Parainfluenza-Infektion, respiratorisch	209		314		166	
Parvovirus B19-Infektion	4		5		17	
Pneumokokken-Erkrankung, invasiv	43	4	90	7	44	3
Pseudomonas aeruginosa-Nachweis <sup>4)</sup>	29	1	55	1	67	1
Q-Fieber			1			
Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion	63		188		13	
Rotavirus-Erkrankung	1.836	1	2.595	2	224	
Salmonellose	106		262		212	
Scharlach	54		105		65	
Shigellose	5		9			
Skabies	6		16		48	
Syphilis	81		150		148	
Toxoplasmose	9		17		12	
Tuberkulose	21	3	63	4	75	
Tularämie			1		3	
Windpocken	209		358		219	
Yersiniose	68		148		142	
Zytomegalievirus-Infektion	132		256		228	
angeborene Infektion	1		3		4	
Tod an sonstiger Infektionskrankheit		21		29		36

T Todesfälle  
MW Meldewoche

1) bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen außer bei natürlicher Resistenz

2) Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

3) Community-Acquired

4) mit erworbenen Carbapenemasen oder bei gleichzeitigem Vorliegen von phänotypischer Resistenz gegen Acylureido-Penicilline, Cephalosporine der 3. und 4. Generation, Carbapeneme und Fluorchinolone

Veröffentlicht werden Fälle nach den Kriterien der RKI-Referenzdefinition (soweit vorhanden).

# Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung der Hepatitis A im Freistaat Sachsen

## - Sächsisches Herdbekämpfungsprogramm Hepatitis A -

Stand: Mai 2022

---

1	Epidemiologie	
1.1	Erreger	Das Hepatitis A-Virus (HAV) ist ein einzelsträngiges RNA-Virus. Es gehört zur Familie der Picornaviridae im Genus Hepatovirus. Der Mensch ist Hauptwirt und das epidemiologisch einzige relevante Reservoir von HAV. Das Virus weist eine hohe Umweltstabilität sowie eine hohe Desinfektionsmittelresistenz auf.
1.2	Inkubationszeit	15-50 Tage (im Durchschnitt 25-30 Tage)
1.3	Übertragung	Die Übertragung erfolgt gewöhnlich fäkal-oral durch Kontakt- oder Schmierinfektion, entweder im Rahmen enger Personenkontakte oder indirekt über kontaminierte Lebensmittel, Wasser oder Gegenstände. Epidemische Ausbrüche werden meist durch kontaminiertes Trinkwasser, Badewasser oder Lebensmittel (häufig Muscheln, fäkaliengedüngtes Gemüse, Salate) ausgelöst. Eine parenterale Übertragung durch Blut und Blutprodukte (die Virämie kann über 3 Wochen andauern) ist möglich, kommt jedoch nur selten vor.
1.4	Dauer der Ansteckungsfähigkeit	Erkrankte Personen sind ab 2 Wochen vor und bis zu 2 Wochen nach Erkrankungsbeginn bzw. bis 1 Woche nach Auftreten des Ikterus ansteckend. Die Virusausscheidung über den Stuhl erfolgt bereits 2 Wochen vor Krankheitsausbruch und erreicht ihr Maximum noch vor Auftreten der ersten Symptome. Auch asymptomatisch Infizierte oder subklinisch Erkrankte können eine Infektionsquelle darstellen. Bei Säuglingen ist eine verlängerte Ausscheidung möglich.
1.5	Verbreitung	Weltweite Verbreitung, sporadisch, endemisch oder in Form von Epidemien. In Ländern mit niedrigem Hygienestandard sehr hohe Durchseuchung bereits im Kindesalter. Typische Reiseerkrankung, ca. 30-40 % aller in Deutschland gemeldeten HAV-Fälle sind reiseassoziiert (2020 pandemiebedingt nur ca. 15 % reiseassoziiert bei gleichzeitigem Rückgang der Fallmeldungen um ein Drittel). Hohe Prävalenzraten im gesamten Mittelmeerraum, Nahen Osten, Asien, Afrika, Mittel- und Südamerika und in osteuropäischen Ländern. In gemäßigten Klimazonen liegt der Morbiditätsgipfel im Sommer und Herbst.
1.6	Immunität	Die Infektion hinterlässt eine lebenslange Immunität. Durch Impfung kann ebenfalls eine Immunität erreicht werden (siehe hierzu Punkt 5.1).
1.7	Falldefinitionen (nach RKI)	Über die zuständige Landesbehörde (LUA Sachsen) an das RKI zu übermittelnde Fälle sind (Meldung siehe Punkt 6): <ul style="list-style-type: none"><li>■ Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung</li><li>■ Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung (siehe auch Punkt 3.2)</li><li>■ Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild</li><li>■ Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild</li></ul>
2	Klinik	
2.1	Symptome	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Vorausgehend unspezifische Symptomatik (gastrointestinale Symptomatik, Krankheitsgefühl, gelegentlich Temperaturerhöhung)</li><li>■ Ikterus (Dauer wenige Tage bis mehrere Wochen)</li><li>■ Gastrointestinale Symptome</li><li>■ Lebervergrößerung (bei 25 % auch Milzvergrößerung)</li><li>■ Cholestasezeichen (dunkler Urin, entfärbter Stuhl)</li><li>■ Fieber</li><li>■ Hautjucken</li><li>■ Häufig subklinische asymptomatische Verläufe (besonders bei Kindern)</li></ul>

---

2.2	Komplikationen, Letalität	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ fulminante Verläufe (0,01 – 0,1%)</li> <li>■ Letalität &lt;0,1% (zunehmend mit steigendem Alter, vor allem bei Personen mit hepatischen Vor-erkrankungen)</li> <li>■ Trägerstatus und chronische Formen sind nicht bekannt</li> </ul>
3	Labordiagnostik	Eine sichere Diagnose allein anhand des klinischen Bildes ist nicht möglich, die labordiagnostische Bestätigung ist zwingend erforderlich.
3.1	Untersuchungs-material	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stuhl</li> <li>■ Blut</li> </ul>
3.2	Methoden	<p>Indirekter (serologischer) Nachweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anti-HAV-IgM-Antikörpernachweis (ELISA) = Beweis für frische oder kurz zurückliegende Infektion, wird positiv ab etwa 3 Tage vor Erkrankungsbeginn, Nachweisdauer ca. 3–4 Mon., Anti-HAV-IgM-Antikörper können aber auch länger persistieren.</li> <li>■ Anti-HAV-IgG-Antikörpernachweis (ELISA) = Durchseuchungsmarker, zeigt Immunität gegen HAV nach Erkrankung oder Impfung an, signifikanter Titeranstieg bei akuter Erkrankung, lebenslange Persistenz</li> </ul> <p>Direkter Nachweis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ PCR (Virusgenomnachweis) aus Stuhl (oder während Virämie aus Blut), Nachweis bereits in der Inkubationszeit</li> <li>■ (HAV-Antigen-Nachweis (ELISA, RIA) im Stuhl)</li> <li>■ Sequenzierung des HAV-Genoms zur Klärung von Infektionsketten (nur in Speziallaboren)</li> </ul> <p>Zusätzliche Laborveränderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ALAT (SGPT)/ASAT (SGOT): unspezifische, aber sehr frühe Marker für die Zellentzündung</li> <li>■ Gallenfarbstoffe in Urin und Serum: unspezifische Marker für Gallenstoffwechselstörung</li> </ul>
4	Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ symptomatisch, ggf. Bettruhe, keine spezifische antivirale Therapie</li> <li>■ strikte Alkoholkarenz, keine Verabreichung potentiell hepatotoxischer Medikamente</li> <li>■ bei fulminantem Verlauf kann ggf. eine Lebertransplantation lebensrettend sein</li> </ul>
5	Prophylaxe	
5.1	Aktive Immunisierung	<p>Impfung mit inaktiviertem Hepatitis A-Virus siehe Impfempfehlung E 1 der SIKO (Stand 01.01.2022)</p> <p>(S) Standardimpfung Seronegative Kinder ab 2. Lebensjahr und Erwachsene (prävakzinale HAV-Serologie nach epidemiologischen und klinischen Aspekten (z. B. längerer Aufenthalt in Endemiegebieten, Personen mit Migrationshintergrund) und für einheimische Erwachsene generell bei vor 1950 Geborenen empfohlen)</p> <p>(B) Berufliche Indikationsimpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personal und Beschäftigte gemäß §§ 23, 33, 36 und 42 IfSG</li> <li>■ Personal von Laboratorien</li> <li>■ Polizisten, Sozialarbeiter</li> <li>■ Kanalisations- und Klärwerksarbeiter</li> </ul> <p>Personaldefinition: Medizinisches und anderes Fach- und Pflegepersonal, Küchen- und Reinigungspersonal, einschließlich Auszubildende, Praktikanten und Studenten, Ehrenamtliche</p> <p>(I) Indikationsimpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung, z. B. MSM</li> <li>■ Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen, z. B. i. v.-Drogenkonsumierende, Hä-mophile (bei Letzteren, wenn deren Vortestung auf HAV- Antikörper negativ ausfiel)</li> <li>■ Personen in psychiatrischen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen für Zerebralgeschädigte oder Verhaltensgestörte</li> <li>■ Personen, die an einer chronischen Lebererkrankung einschließlich chronischer Krankheiten mit Leberbeteiligung leiden und keine HAV- Antikörper besitzen</li> <li>■ Länger in Justizeinrichtungen einsitzende Personen</li> </ul>

5.1 Aktive Immunisierung (Fortsetzung)	<p>(R) Reiseimpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personen, die in Deutschland geboren sind, vor ihrer ersten Reise in ein Land mit hoher HA-Gefährdung</li> <li>■ Reisende (einschließlich beruflich Tätige und Angehörige von Entwicklungsdiensten) in Länder mit hoher HAV-Durchseuchung und/oder hygienisch risikoreichen Bedingungen</li> </ul> <p>(P) Postexpositionelle Impfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Postexpositionelle aktive Impfung mit einem monovalenten Impfstoff aller empfänglichen Personen (siehe auch Punkt 7) mit Kontakt zu an Hepatitis A-Erkrankten (so früh wie möglich)</li> <li>■ Liegt die frühestmögliche Exposition länger als 72 Stunden zurück, so ist die gleichzeitige Gabe von Gammaglobulin mit deklariertem Antikörpergehalt angezeigt.</li> <li>■ Eine postexpositionelle aktive Immunisierung später als 14 Tage nach der Exposition schützt bei evtl. folgenden Expositionen (weiteren Erkrankungswellen).</li> </ul> <p><b>Als Kontaktpersonen gelten insbesondere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alle Haushaltsmitglieder</li> <li>■ Kontaktpersonen in Kindertageseinrichtungen, -heimen u. ä.</li> <li>■ Kontaktpersonen in Schulklassen</li> <li>■ Kontaktpersonen in Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltähnlichem Charakter (Internate, Kasernen, Wohn-, Alters- und Pflegeheime, Einrichtungen für geistig Behinderte etc.)</li> <li>■ Sexualpartner</li> <li>■ Personal beruflicher Risikogruppen, siehe (B), das jedoch prinzipiell schon präexpositionell immunisiert werden sollte: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personal, das tätig ist beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen von Lebensmitteln einschließlich in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung</li> <li>■ HA-gefährdetes Personal im Gesundheitsdienst, z. B. Pädiatrie, Infektionsmedizin, betriebliche und ehrenamtliche Ersthelfer, Mitarbeiter von Rettungsdiensten, Polizisten, Sozialarbeiter, Gefängnispersonal mit direktem Kontakt zu Inhaftierten</li> </ul> </li> </ul>
5.1.1 Impfstoffe	<p>Derzeit in Deutschland zugelassene Impfstoffarten (siehe PEI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inaktiviertes HAV, monovalent</li> <li>■ Hepatitis A/B-Kombinationsimpfstoffe</li> <li>■ Hepatitis A - Typhus-Kombinationsimpfstoffe</li> </ul>
5.1.2 Impfschema	<p>monovalente Hepatitis A-Impfstoffe  2 Dosen i.m.  Abstand 6 – 12 Monate  Auffrischimpfung nach 25 Jahren bei Fortbestehen oder Neuauftreten eines erheblichen Infektionsrisikos empfohlen. Kann bei Nachweis entsprechender Antikörper-Konzentration modifiziert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hepatitis A/B-Kombinationsimpfstoffe 3 Dosen i.m.  Monate 0, 1, 6</li> <li>■ Hepatitis A - Typhus-Kombinationsimpfstoffe 1 Dosis i.m.  ggf. Auffrischimpfung mit Hepatitis A-Impfstoff nach 6-12 Monaten</li> </ul>
5.1.3 Kontraindikationen	<p>Kontraindikationen gegen die Hepatitis A-Impfung sind in der Empfehlung E 2 der Sächsischen Impfkommision: „Allgemeine Kontraindikationen bei Schutzimpfungen“, Stand 01.11.2003, dargelegt. Es sind dies in Kurzform:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ akute Erkrankungen</li> <li>■ schwere organische Leiden mit Dekompensationen</li> <li>■ Allergien gegen Impfstoffbestandteile</li> </ul>
5.2 Passive Immunisierung	<p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ postexpositionell: Im Rahmen der Simultanprophylaxe oder evtl. bei kontraindizierter aktiver Hepatitis A-Impfung (Kontakt zu HAV sollte max. 2 Wochen zurückliegen)</li> <li>■ präexpositionell: Auslandsreisende nur im Ausnahmefall, wenn keine aktive Hepatitis A-Impfung durchgeführt werden kann</li> <li>■ Wirkung nur nach (frühestmöglicher) Gabe innerhalb von 10 (bis maximal 14) Tagen nach Exposition zu erwarten</li> <li>■ Wirksamkeit 80-90 %</li> <li>■ Eine Wiederholung der Gabe von Immunglobulin alle 3 Monate ist bei anhaltender oder erneuter Exposition notwendig, falls keine Simultanimpfung durchgeführt wurde</li> </ul>

5.2.1	Mittel	Immunglobuline mit deklariertem Anti-HAV-Gehalt
5.2.2	Dosierung und Dauer der prophylaktischen Gabe	Je nach Präparat, Packungsbeilage beachten
5.2.3	Simultanprophylaxe	Gabe von Impfstoff und Immunglobulin zeitgleich und kontralateral Indikationen:  postexpositionell: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wenn nach sorgfältigen epidemiologischen Ermittlungen der mögliche epidemiologisch effektive Kontakt zum Indexfall länger als 72 Stunden zurückliegt</li> <li>■ bei länger zurückliegendem unklaren Expositionszeitpunkt (Kontakt zu HAV sollte aber max. 2 Wochen zurückliegen)</li> <li>■ bei nichtimmunen HBsAg- und HCV-Trägern, Patienten mit chronischer Lebererkrankung oder über 50-jährige ohne Immunität (schwerere Verläufe, erhöhte Letalität).</li> <li>■ Cave: Verhindert Ausbruch der Erkrankung nicht in allen Fällen</li> </ul>
5.3	Aufklärung von Kontaktpersonen	Neben der aktiven Impfung (und ggf. der passiven Immunisierung) hat eine Aufklärung über evtl. auftretende Frühsymptome zu erfolgen, bei denen sofort ein Arzt aufzusuchen ist
6	Meldepflicht an das zuständige Gesundheitsamt	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ namentliche Meldung bei Verdacht, Erkrankung sowie Tod an akuter Virushepatitis (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. e IfSG)</li> <li>■ namentliche Meldung eines direkten oder indirekten Nachweises einer akuten HAV-Infektion (§ 7 Abs. 1 Nr. 19 IfSG)</li> <li>■ § 8 IfSG: die zur Meldung verpflichteten Personen</li> <li>■ § 9 IfSG: Angaben, die eine namentliche Meldung an das Gesundheitsamt beinhalten muss</li> </ul>
7	Maßnahmen für Gemeinschaftseinrichtungen	
7.1	Erkrankte und Krankheitsverdächtige	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tätigkeits- und Besuchsverbot für Beschäftigte und Betreute bis zwei Wochen nach Auftreten erster klinischer Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten des Ikterus</li> <li>■ Bei Kindern und Kleinkindern sollte bei Wiederezulassung die entsprechende Hygienekompetenz berücksichtigt werden, da das Virus auch länger ausgeschieden werden kann.</li> <li>■ Endgültige Entscheidung zur Wiederezulassung liegt beim behandelnden Arzt bzw. Arzt des Gesundheitsamtes.</li> </ul>
7.2	Kontaktpersonen	Wiederezulassung von Kontaktpersonen (Wohngemeinschaft, enge Kontaktpersonen) bei Erkrankung oder Verdacht auf HAV in einer Wohngemeinschaft, wenn die Personen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ über eine ausreichende, dokumentierte Immunität (vollständige Grundimmunisierung oder durchgemachte HAV-Erkrankung) zur Zeit der Ansteckungsfähigkeit verfügen</li> <li>■ eine postexpositionelle Schutzimpfung erhalten haben und der Einrichtung für wenigstens 2 Wochen nach der Impfung ferngeblieben sind</li> <li>■ im Falle einer fehlenden Immunität 4 Wochen nach dem letzten infektionsrelevanten Kontakt der Einrichtung ferngeblieben sind</li> </ul> <p>In Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt können Ausnahmen zugelassen werden, wenn Maßnahmen durchgeführt werden, mit denen eine Übertragung verhütet werden kann (§ 34 Abs. 7 IfSG).</p>
7.3	Benachrichtigungspflichtigen	Die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung hat das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind oder</li> <li>■ wenn in den Wohngemeinschaften der in ihrer Einrichtung betreuten oder betreuenden Personen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf Hepatitis A aufgetreten ist.</li> </ul>
7.4	Schutzimpfung	siehe aktive Immunisierung/ passive Immunisierung/ Simultanprophylaxe Punkt 5

7.5	Neuaufnahme für Gemeinschaftseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vierwöchige Aufnahmesperre für Empfängliche nach Auftreten eines Falles in der Einrichtung</li> <li>■ Neuaufnahmen sind möglich bei bestehendem Impfschutz, nach zeitgerechter postexpositioneller Schutzimpfung oder nach früher abgelaufener, labordiagnostisch bestätigter Hepatitis A-Erkrankung</li> </ul>
7.6	Desinfektion	Kontaminierte Oberflächen sind mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener „viruzider“ Wirksamkeit zu desinfizieren
8	Hygienemaßnahmen im Krankenhaus	
8.1	Patientenbezogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Räumliche Isolierung des Patienten für mindestens 2 Wochen nach Auftreten der ersten klinischen Symptome bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus im Einzelzimmer mit eigenem Sanitärbereich</li> <li>■ Aufklärung über Händehygiene</li> <li>■ Im Übrigen gelten die Regeln der Standardhygiene</li> </ul>
8.2	Personalbezogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Möglichst nur nichtempfindliches, immunes Personal einsetzen</li> <li>■ Schutzkittel: erforderlich</li> <li>■ Schutzhandschuhe: erforderlich bei möglichem Kontakt mit erregershaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten</li> <li>■ Hygienische Händedesinfektion (alkoholisches Händedesinfektionsmittel, viruzid, Hepatitis A-Wirksamkeit nachgewiesen) vor und nach Patientenkontakt, nach Kontakt mit erregershaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten, nach Ablegen der Schutzhandschuhe</li> <li>■ Mund-Nasen-Schutz: nicht erforderlich</li> <li>■ Schuhe: Wechsel nicht erforderlich</li> </ul>
8.3	Desinfektion/Entsorgung	<p>Laufende Desinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wirkungsbereich der Desinfektionsmittel und -verfahren: „viruzid“</li> <li>■ Es sind Mittel bzw. Verfahren aus der Liste des VAH, die vorzugsweise auch in der Liste des RKI verzeichnet sind, einzusetzen. Bei behördlich angeordneten Desinfektionsmaßnahmen ausschließliche Anwendung der RKI-Liste (§ 18 Abs. 1 IfSG)</li> <li>■ Desinfektion im Patientenzimmer (und Haushalt des Patienten)</li> <li>■ Desinfektion der patientennahen Flächen, diese ist bei Bedarf auf weitere Flächen auszudehnen</li> <li>■ Instrumentendesinfektion: möglichst thermische Desinfektionsverfahren anwenden, bei zentraler Desinfektion Transport im geschlossenen Behälter</li> <li>■ Geschirr: Transport im geschlossenen Behälter zur zentralen Desinfektion im Geschirrspülautomaten</li> <li>■ Wäsche: desinfizierende Aufbereitung (s. o.), zentrale Desinfektion bei geschlossenem Transport ohne Kontaminationsgefahr für die Umgebung</li> </ul> <p>Schlussdesinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Matratzen, Kissen und Decken sind mit Mitteln und Verfahren der Liste des RKI zu desinfizieren. Ansonsten sind die Maßnahmen entsprechend den Angaben zur laufenden Desinfektion anzuwenden.</li> <li>■ Entsorgung der Abfälle: AS 18 01 04 bzw. 18 01 01 gemäß LAGA-Vollzugshilfe vom Juni 2021; Fäzes und Urin können undesinfiziert der Kanalisation zugeführt werden.</li> </ul>
9	Maßnahmen im Lebensmittelverkehr	
9.1	Erkrankte und Krankheitsverdächtige	<p>Nach § 42 Abs. 1 IfSG dürfen Personen, die an Hepatitis A erkrankt oder dessen verdächtig sind, nicht tätig sein oder beschäftigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in § 42 Abs. 2 genannten Lebensmittel, wenn sie dabei mit diesen in Berührung kommen</li> <li>■ in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung</li> <li>■ Tätigkeitsverbot bis 2 Wochen nach Erkrankungsbeginn (bzw. 1 Woche nach Auftreten des Ikterus)</li> </ul>
9.2	Kontaktpersonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tätigkeitsverbot für 28 Tage nach letzter Exposition</li> <li>■ Die Zulassung erfolgt nach PCR in der 4. Woche bei negativem Resultat</li> <li>■ Das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot entfällt bei immunen Personen (siehe Punkt 7.2).</li> </ul>

9.3	Schutzimpfung	siehe aktive Immunisierung/ passive Immunisierung/ Simultanprophylaxe Punkt 5
10	Aufgaben des erstbehandelnden Arztes	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sofortige namentliche Meldung bei Verdacht, Erkrankung sowie Tod an das zuständige Gesundheitsamt (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 IfSG)</li> <li>■ Erfassung von Kontaktpersonen in der Familie, Einleitung postexpositionelle Impfung bzw. Simultanprophylaxe sowie Festlegung von notwendigen Absonderungsmaßnahmen in Absprache und nach Festlegung durch das Gesundheitsamt</li> </ul>
11	Aufgaben des Gesundheitsamtes	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erfassung aller Kontaktpersonen (in Familie, Gemeinschaftseinrichtungen, sonstige)</li> <li>■ Postexpositionelle Impfung der empfänglichen Kontaktpersonen (siehe Punkt 5.1)</li> <li>■ Passive Immunisierung mit Immunglobulinen im Rahmen einer Simultanprophylaxe (s. Punkt 5.2)</li> <li>■ Festlegung notwendiger Absonderungsmaßnahmen für Erkrankte, Krankheitsverdächtige und Kontaktpersonen (siehe Punkte 7 und 9)</li> <li>■ Detaillierte epidemiologische Analyse der Erkrankungsfälle</li> <li>■ Kontrolle und Sicherstellung der Labordiagnostik in Zusammenwirken mit den LÜVÄ (Blut, Stuhl, evtl. Lebensmittel, Wasserproben) sowie der LUA Sachsen</li> <li>■ Übermittlung der Meldungen an LUA Sachsen bzw. RKI (§ 11 IfSG)</li> </ul>
12	Maßnahmen bei Ausbrüchen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schnellstmögliche Ermittlung der Ausbruchsursache (meist kontaminiertes Trinkwasser oder kontaminierte Lebensmittel)</li> <li>■ Einleitung effizienter Maßnahmen zur Sanierung der Infektionsquelle</li> <li>■ Impfung infektionsgefährdeter Personen im Umfeld eines Ausbruches mit einem Impfstoff, der ein Zwei-Dosen-Schema zulässt, in ausgewählten Fällen auch passive Immunisierung innerhalb von 14 Tagen nach HAV-Exposition</li> <li>■ Umfassende Information an alle Beteiligten über Übertragungswege, Symptome, präventive Maßnahmen, Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen</li> </ul>

#### Literatur:

- 1) RKI Ratgeber „Hepatitis A“, Stand November 2019
- 2) Falldefinitionen des RKI, Stand 01.01.2019
- 3) Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen vom 02.09.1993, Stand: 01.01.2022
- 4) Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut 2021 (Epidemiologisches Bulletin 34/2021, 26. August 2021)
- 5) Mitteilung der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut: Fragen und Antworten (Epidemiologisches Bulletin 10/2000, 10. März 2000)
- 6) Empfehlungen für die Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz, Stand 13.01.2020
- 7) Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)

#### Bearbeiter:

Dr. med. I. Ehrhard	LUA Dresden
Dr. med. K. Flohrs	LUA Dresden
Dr. med. A. Hofmann	LUA Chemnitz
Dr. med. S.-S. Merbecks	LUA Chemnitz
Dr. med. L. Schmiedel	LUA Chemnitz
Dr. med. V. Vieracker	LUA Dresden

AG Infektionsschutz des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD  
(Lt. DM S. Bertuleit)

#### Anlage 1

Merkblatt über die Virushepatitis vom Typ A

#### Anlage 2

Epidemiologischer Ermittlungsbogen bei Hepatitis A für das Gesundheitsamt

#### Anlage 3

Erfassungsbogen für Kontaktpersonen

# Merkblatt über die Virushepatitis vom Typ A

## Erreger und Übertragung

Bei der Virushepatitis vom Typ A handelt es sich um eine Lebererkrankung, die mit oder ohne Gelbsucht verlaufen kann und deren Krankheitsbild insgesamt stark variiert.

Der Erreger, das Hepatitis A-Virus (HAV), ist sehr stabil und besitzt eine hohe Umweltresistenz. Es ist im Wesentlichen bis zu ca. 3 Wochen im Blut nachweisbar und wird ca. 2 Wochen vor bis 2 Wochen nach Krankheitsbeginn mit dem Stuhl ausgeschieden. Die höchste Virusausscheidung erfolgt kurz vor Einsetzen der Symptome.

Eine Übertragung über Blut ist zwar möglich, der Hauptübertragungsweg/-mechanismus ist jedoch der direkte persönliche Kontakt (Schmierinfektion) incl. Intimkontakt oder der indirekte Weg über mit dem Virus verunreinigte Lebensmittel, Trinkwasser, Badewasser, Gegenstände usw.

## Krankheit

Bei Kindern verläuft die Erkrankung häufig sehr leicht, z. T. auch ohne Krankheitszeichen. Erste Symptome treten ca. 15–50 (durchschnittlich 28) Tage nach der Ansteckung auf.

Bei Erwachsenen überwiegen die klinisch typischen Formen. Dabei beginnt die Erkrankung akut mit Fieber, Symptomen seitens der Atemwege (können fehlen), Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, dunklem Urin und entfärbtem Stuhl. Eine Gelbsucht, mitunter auch Juckreiz, können hinzukommen. Zwei- und mehrphasige Verlaufsformen sind nicht selten, schwere und tödliche Erkrankungen werden beobachtet, chronische Formen sind nicht bekannt.

## Diagnostik

Die Diagnose der Virushepatitis A ist gegenwärtig sicher durch den Nachweis spezifischer Antikörper gegen das Hepatitis A-Virus (Anti-HAV) oder den Nachweis der virusspezifischen Nukleinsäure zu stellen.

## Infektionsquellen

Quellen für neue Infektionen anderer Menschen sind Personen kurz vor Auftreten der ersten Symptome sowie frisch Erkrankte (unabhängig von der Art und Schwere der auftretenden Symptome). Auch asymptomatisch Infizierte sind ansteckend.

## Ansteckungsrisiko/Vorkommen

Ein besonderes Ansteckungsrisiko besteht für bestimmte Berufsgruppen sowie Kontaktpersonen zu Erkrankten, wie für medizinisches Personal (Infektionsabteilung, Kinderheilkunde), Kanalarbeiter, Laborpersonal beim Umgang mit Stuhl, Entwicklungshelfer, Kinder und Personal in Gemeinschaftseinrichtungen (besonders des Vorschulalters) sowie Familienangehörige von infizierten Personen bzw. Erkrankten. Auch bei Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern besteht ein erhöhtes Ansteckungsrisiko. Besonders gefährdet sind außerdem Reisende in Länder mit schlechten hygienischen Bedingungen und einer hohen Erkrankungshäufigkeit. In den letzten Jahren lag der Anteil der Reisehepatitis aller in Deutschland gemeldeten HAV-Fälle bei ca. 30-40 %.

## Therapie/ Prophylaxe

Da es nur symptomatische Behandlungsmöglichkeiten gibt, ist der aktiven und/oder passiven Impfung insbesondere für die Personen bzw. Personengruppen, die einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, durch eine Infektion besonders gefährdet sind oder im Infektionsfall ein besonderes Verbreitungsrisiko (z. B. im Lebensmittelbereich Tätige) darstellen, eine überragende Bedeutung beizumessen. Besonders gefährdet für eine Infektion sind Personen mit beruflicher Exposition (z. B. Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtungen, im Gesundheitssektor, im Laborbereich oder in der Abwasserentsorgung), Personen mit sexuellen Risikokontakten sowie Personen mit häufiger Übertragung von Blutbestandteilen. Ein Risiko für einen schweren Verlauf besteht insbesondere bei älteren Menschen oder bei Personen mit Lebererkrankungen. In Sachsen ist die Impfung gegen Hepatitis A für alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr und alle nicht-immunen Erwachsenen empfohlen.

## Verhaltensempfehlungen beim Auftreten von Virushepatitis A-Erkrankungen in Familien, Gemeinschaftseinrichtungen oder am Arbeitsplatz

Um eine Ansteckung oder Weiterverbreitung auf andere Personen zu vermeiden, müssen die Anweisungen und Empfehlungen des behandelnden Arztes sowie des Gesundheitsamtes exakt eingehalten bzw. befolgt werden.

Dies betrifft die gemäß Infektionsschutzgesetz und anderen gültigen Rechtsnormen notwendigen Blutuntersuchungen, Absonderungsmaßnahmen, Besuchs- oder Tätigkeitsverbote ebenso wie die Immunprophylaxe und die im häuslichen bzw. beruflichen Umfeld erforderlichen Hygienemaßnahmen. Dazu gehören vor allem auch persönliche Hygiene, speziell Händedesinfektion und -reinigung nach Toilettenbenutzung, die thermische Desinfektion von Bett- und Leibwäsche mittels Behandlung bei 95°C bzw. das Waschen thermosensibler Textilien bei 65°C für 15 min. Wenn desinfizierende Waschverfahren vorhanden sind, sollen diese vorzugsweise eingesetzt werden. Möglicherweise verunreinigte Flächen und Gegenstände sind zu desinfizieren (z.B. im Toilettenbereich), erregerhaltige Abfälle sind sachgemäß zu entsorgen.

Genauere Hinweise zu den im Einzelfall notwendigen hygienischen Maßnahmen, zu den anzuwendenden Desinfektionsmitteln und deren Konzentration sowie zur Immunprophylaxe erhalten Sie von den Mitarbeitern Ihres Gesundheitsamtes, die Sie zu diesen und sonstigen Fragen oder Problemen gern beraten werden.

Durch diszipliniertes Verhalten können Sie wesentlich dazu beitragen, sich und Ihre Familie sowie andere Menschen vor einer Infektion zu schützen und damit die Ausbreitung der Virushepatitis A zu verhindern.



# Epidemiologischer Ermittlungsbogen bei Hepatitis A für das Gesundheitsamt

Anlage zum Ermittlungsbericht lfd. Nr.: .....

## 1. Angaben zur Person

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsname: .....

Geb.-Datum: .....

## 2. Angaben zur Infektion

2.1 Grund der Ermittlung (z. B. Labormeldung): .....

2.2 Krankheitssymptome (ja / nein, welche): .....

erste Symptome seit wann: .....

Gelbsucht (ja / nein, wo (Haut/Auge), seit wann): .....

2.3 Arbeitsunfähigkeit von: ..... bis: .....

### 2.4 Laborbefunde

Hepatitis-Serologie: Datum: .....

HAV-Ag Anti-HAV-IgG.....

Anti-HAV-IgM HAV-PCR .....

Leberenzymbestimmungen: Datum:.....

ASAT .....ALAT .....GammaGT .....

Alkal. Phosphatase.....Bilirubin.....

evtl. weitere Laborbefunde: .....  
(z. B. Immunglobuline)

Leberbiopsie durchgeführt: ja / nein .....  
(verbaler Text der path.-anatom. Diagnose als Anlage)

### 2.5. Impfung gegen Hepatitis A:

ungeimpft

unvollständig geimpft

vollständig geimpft

Datum der letzten Impfung: .....

Name des Impfstoffs: .....

### 3. Epidemiologische Ermittlungen

#### 3.1 Kontakt zu bekannter Erkrankung

(Personalien und Befunde - Diagnose und Hep.-Serologie - der Kontaktpersonen):

.....

Art des Kontaktes: .....

Zeitpunkt, Häufigkeit oder Dauer des Kontaktes: .....

#### 3.2 Ernährungsanamnese der letzten 4 Wochen (mit Datumsangabe):

Risikolebensmittel (z.B. Muscheln, Obst, Gemüse, Tiefkühlbeeren): .....

Gaststättenbesuche (mit Angabe des Namens):.....

betriebl. Gemeinschaftsverpf./Pausenversorgung:.....

Getränke/Trinkwasser: .....

#### 3.3 Falls Sie in einer Gemeinschaftseinrichtung leben: Art der Unterkunft und Anzahl der Betten pro Zimmer:

.....

#### 3.4 Sanitäre Verhältnisse

Toiletten (Art, Benutzer pro Sitz, Einschätzung des hygienischen Zustandes):

.....

Wasch-, Dusch- oder Badeverhältnisse (Art, Benutzeranzahl, hygienischer Zustand):

.....

#### 3.5 Aufenthalt in den letzten 7 Wochen durch Beruf, Reise, Urlaub (Ort, Zeit):

.....

#### 3.6 Erfolgte im letzten Monat Blut-, Frauenmilch-, Sperma-, Gewebe- oder Organspenden (ja / nein, welche)?

.....

#### 3.7 Bestehen Risikofaktoren (z. B. durch berufliche Tätigkeit, Zugehörigkeit zu Risikogruppen wie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM))?

.....

Stempel des Gesundheitsamtes .....



# Auswertung der Untersuchungen zur Desinfektionsleistung von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Steckbecken an der LUA Sachsen in den Jahren 2018 und 2019

## Ein kleiner Exkurs zur Einleitung

Bei einem Steckbecken handelt es sich um ein Behältnis, welches für das Entleeren des Darmes und/oder der Blase von bettlägerigen oder pflegebedürftigen Patienten bestimmt ist. Es wird umgangssprachlich auch als Bettpfanne oder Schieber bezeichnet. Eine zusätzliche Abdeckung des Steckbeckens in Form eines Deckels vermeidet Geruchsbelästigungen, beugt einem Verschütten der Ausscheidungen beim Transport zur Entsorgung vor und dient somit auch der Infektionsprophylaxe. Steckbecken sind in der Regel in jedem Krankenhaus und jeder Pflegeeinrichtung in Gebrauch.

Steckbecken sind als Medizinprodukte eingestuft und werden in unterschiedlichen Formen (rund oder oval) und aus verschiedenen Materialien hergestellt. Die ursprünglich gebräuchlichen emaillierten Steckbecken sind heute nicht mehr in Anwendung, da die Oberfläche schnell beschädigt wird, was neben dem optischen Aspekt auch hygienischerseits zu Problemen in der Aufbereitung führt.

Heute bestehen die meisten Steckbecken aus Edelstahl, da dieses Material leicht zu reinigen und zu desinfizieren ist. Außerdem entstehen auch nach längerer Benutzung kaum Gebrauchsspuren. Der Nachteil von Edelstahl ist die Kälte des Materials, die oft von den Patienten als sehr unangenehm empfunden wird. Außerdem weisen die meisten Edelstahlsteckbecken eine schmale Auflagefläche auf, was bei langer Anwendung zu Druckstellen (Dekubitalulzera) mit möglichen Wundinfektionen führen kann. Steckbecken werden auch aus Kunststoff hergestellt, die im Gegensatz zu den Steckbecken aus Edelstahl als wärmer empfunden werden. Sie haben meist eine ergonomisch günstigere Form und sind ebenso leicht zu reinigen und zu desinfizieren. Allerdings kann es bei diesem Material eher zu Gebrauchsspuren, zum Beispiel zum Zerkratzen der Oberfläche oder zu Verfärbungen durch die Ausscheidungen, kommen.

Selten werden auch Steckbecken aus Zellulose als Einmalprodukt eingesetzt. Da diese Steckbecken nicht in Reinigungs- und



Abbildung 1: Steckbecken aus Edelstahl mit Deckel

Desinfektionsgeräten aufbereitet werden, sind sie nicht Gegenstand unserer Prüfungen.

Bei der Testung von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Steckbecken in verschiedenen Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen durch die LUA Sachsen waren größtenteils Steckbecken aus Edelstahl vorzufinden (Abbildung 1).

Die Einstufung als wiederaufbereites Medizinprodukt heißt, dass Steckbecken dem Medizinprodukterecht unterliegen. Dies schließt unter anderem ein, dass bei der Beschaffenheit besonderes Augenmerk auf eine sichere Aufbereitung gelegt werden muss. Bei Medizinprodukten muss vor der nächsten Anwendung eine desinfizierende Reinigung durchgeführt werden. Steckbecken, die mit intakter Haut in Kontakt kommen, können als unkritisches Medizinprodukt eingestuft werden. Da die Haut des Gesäßes jedoch in vielen Fällen, insbesondere bei schwerstpflegebedürftigen Patienten und Heimbewohnern, durch beispielsweise offene Wunden nicht als intakt anzusehen ist, würde in diesen Fällen eine Einstufung als semikritisches Medizinprodukt zutreffen. Daraus ergeben sich höhere, über den üblichen routinemäßigen Standard hinausgehende Anforderungen an die Aufbereitung.

Da Steckbecken oft bei vulnerablen und multimorbiden Patienten angewendet werden und mit Stuhl viele Krankheitserreger ausgeschieden werden können, ist eine sichere Aufbereitung aus Gründen des Infektionsschutzes ebenso wichtig wie bei anderen Medizinprodukten. Ebenfalls spielen natürlich Gesichtspunkte des Arbeitsschutzes eine Rolle im Aufbereitungsprozess.

Entsprechend KRINKO-/BfArM-Empfehlung von 2012 müssen maschinelle Reinigungs- und Desinfektionsverfahren stets nach dokumentierten Standardarbeitsanweisungen und mit auf Wirksamkeit geprüften, auf das Medizinprodukt abgestimmten Mitteln und Verfahren durchgeführt werden. Entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), müssen alle Aufbereitungsprozesse für Medizinprodukte validiert sein. Die Medizinproduktebetreiberverordnung fordert in § 8, dass die Aufbereitung von keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen ist, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird.

Für die Aufbereitung der Steckbecken kommen daher mittlerweile fast ausschließlich Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDGs) zum Einsatz (Abbildung 2). Umgangssprachlich werden diese RDGs auch als Steckbeckenspüler oder Fäkalienspüler bezeichnet. Im Gegensatz zu manuellen Verfahren können diese eine sichere und validierbare Aufbereitung gewährleisten. Dies gilt insbesondere für Geräte mit rein thermischer Desinfektion



Abbildung 2: Reinigungs- und Desinfektionsgerät für Steckbecken mit einem eingelegten Kunststoff-Steckbecken

bei Temperaturen von mindestens 85 °C. Steckbecken-RDGs werden auch zur Aufbereitung von Toilettenstuhleimern und Urinflaschen verwendet. Die KRINKO empfiehlt, Regelungen zum  $A_0$ -Wert und zur Nachreinigung bei sichtbaren Verunreinigungen für Steckbecken in den Hygieneplan aufzunehmen.

Man unterscheidet zwischen Geräten mit chemothermischer oder rein thermischer Desinfektion mit feuchter Hitze. Die Reinigungs- und Desinfektionsgeräte mit chemothermischer Desinfektion sind in den 1960er Jahren entwickelt worden und nicht mehr zeitgemäß. Es wurde festgestellt, dass sich in den Dosieranlagen Biofilme bilden können und die chemische Desinfektion sehr störanfällig und kaum validierbar ist. Später wurden dann Geräte mit thermischer Desinfektion entwickelt, die dem heutigen Stand der Technik entsprechen.

Die Leistungen von Reinigungs- und Desinfektionsgeräten sind in der DIN EN ISO Norm 15883 festgelegt. Im Teil 3 (DIN EN ISO 15883-3: 2009-09) sind die allgemeinen Anforderungen an die Leistung für Reinigungs-Desinfektionsgeräten für Steckbecken mit thermischer Desinfektion zusammengefasst. Bei einer thermischen Desinfektion kommen Temperaturen von mindestens 85 °C mit einer entsprechenden Einwirkzeit zum Einsatz, je nach angestrebtem  $A_0$ -Wert. Umfassende Informationen zum  $A_0$ -Wert-Konzept sind in der DIN EN ISO Norm 15883-1 und der „Leitlinie der DGKH, DGSV, AKI: Validierung und Routineüberwachung von thermischen Reinigungs- und Desinfektionsprozessen für Medizinprodukte“ enthalten.

Im Rahmen der Infektionshygienischen Überwachung von Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen wurden von der LUA Sachsen, FG 1.7, im Auftrag der Gesundheitsämter des Freistaates Sachsen in den Jahren 2018 und 2019 insgesamt 369 Steckbecken-RDGs überprüft. Dies waren fast ausschließlich Geräte mit thermischer Desinfektion.



Abbildung 3: Temperatur-Datenlogger vom Typ EBI 10-T230 der Firma xylem/ Ebro

### Überprüfung von thermischen Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Steckbecken

Die antimikrobielle Wirksamkeit der thermischen Reinigungs- und Desinfektionsgeräte für Steckbecken wird mit Hilfe von Temperatur-Datenloggern (Abbildung 3) überprüft. Der Datenlogger zeichnet engmaschig Temperaturwerte während des Reinigungs- und Desinfektionsprozesses im Gerät auf. Dadurch kann der sogenannte  $A_0$ -Wert ermittelt werden, der das Maß für eine Desinfektionswirkung auf Grundlage der Temperatur-Zeit-Relation ausdrückt.

Da gemäß DIN EN ISO 15883-3 auch die inneren Oberflächen der Kammer während des Verfahrens gereinigt und desinfiziert werden müssen, wurden bei unseren Probenahmen weiterhin 2 Abklatschproben von den Innenseiten des jeweiligen RDGs entnommen. Diese Proben können Hinweise dafür geben, dass beispielsweise durch Biofilme im Kaltwassersystem nach dem Desinfektionsvorgang Keime in das Geräteinnere und auf das Steckbecken gelangen.

Die Reinigungsleistung wurde bei der Überprüfung der Geräte von Seiten der LUA Sachsen bisher nicht getestet. Dies ist prinzipiell mit Hilfe von speziellen Indikatoren möglich. Über deren künftige ergänzende Anwendung im Rahmen unserer Überprüfungen wird aktuell noch diskutiert.

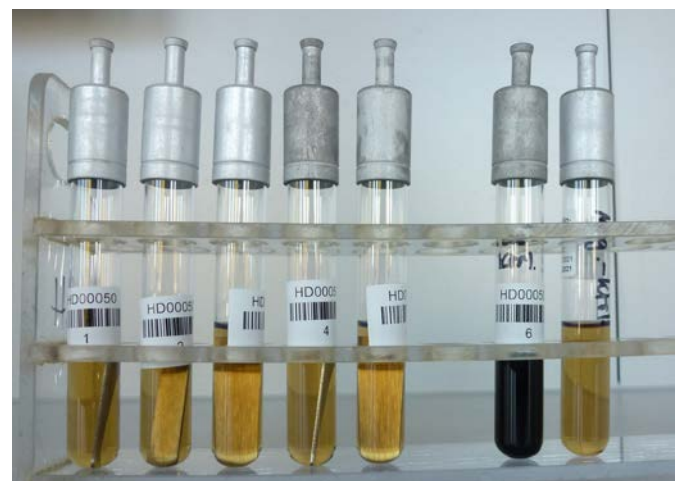


Abbildung 4: Kanamycin-Äsculin-Bouillon mit Prüfkörpern. Das zweite Röhrchen von rechts enthält die Positivkontrolle (Schwarzfärbung).

## Überprüfung von chemothermischen Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Steckbecken

Bei den noch vereinzelt im Einsatz befindlichen Geräten mit chemothermischer Desinfektion erfolgt die Prüfung der Desinfektionsleistung mit Bioindikatoren. Der Ablauf der Prüfung soll im Folgenden kurz beschrieben werden, auch um den Aufwand der Prüfung im Vergleich zu den thermischen Aufbereitungsverfahren zu verdeutlichen.

Auf den Prüfkörpern, die aus Edelstahlplättchen bestehen, befindet sich eine Prüfanschmutzung aus Rinderalbumin-Mucin-Maisstärke (RAMS) sowie dem Testkeim *Enterococcus faecium* (ATCC 6057) in einer Keimzahl von  $\geq 10^5$  KBE. Es werden fünf Bioindikatoren bzw. Prüfkörper pro Gerät eingesetzt. Die Bioindikatoren werden in dem zu prüfenden Gerät möglichst so verteilt, dass sie den gesamten Nutzraum erfassen. Die Befestigung der Bioindikatoren erfolgt mit Kabelbindern. Nach erfolgter Reinigung und Desinfektion werden die Bioindikatoren mit steriler Pinzette entnommen und einzeln in sterile Röhrchen überführt. Außerdem muss zur Qualitätssicherung der Lagerung und des Transports immer eine Transportkontrolle (Positivkontrolle) mitgeführt werden.

Die Bioindikatoren und die Transportkontrolle werden im Labor unter aseptischen Bedingungen in Kanamycin-Äsculin-Bouillon angesetzt (Abbildung 4). Die Kultivierung im Brutschrank erfolgt über 7 Tage bei 36 °C. Der Desinfektionsprozess des Gerätes gilt als erfolgreich, wenn bei allen fünf Bioindikatoren der Testkeim nicht mehr nachweisbar ist. Die Leistungsüberprüfung chemothermischer RDGs für Steckbecken sollte alle sechs Monate erfolgen.

## Auswertung der Untersuchungsergebnisse chemothermischer Verfahren

In den Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen, die in den Jahren 2018 und 2019 von der LUA Sachsen im Auftrag sächsischer Gesundheitsämter überprüft wurden, waren von 369 Geräten insgesamt nur neun RDGs mit chemothermischer Desinfektion im Einsatz. Wie zuvor beschrieben, wurden diese RDGs mit jeweils fünf Bioindikatoren getestet. Von den neun getesteten chemothermischen Desinfektionsverfahren waren nur zwei wirksam. Dieses Ergebnis, wenn auch wegen der geringen Anzahl von Geräten nicht repräsentativ, unterstreicht die Forderung nach Umstellung auf RDGs mit rein thermischen Aufbereitungsprozessen.

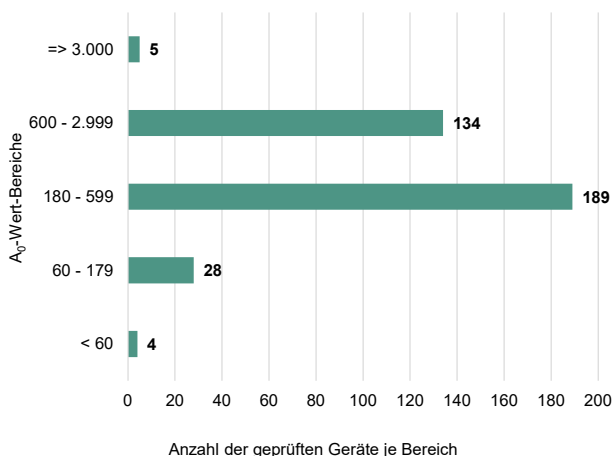


Abbildung 5: A<sub>0</sub>-Werte der überprüften RDGs für Steckbecken

## Auswertung der Untersuchungsergebnisse thermischer Verfahren

2018 und 2019 wurden insgesamt 360 Geräte mit thermischer Desinfektion geprüft. Die Prüfung erfolgte durch Einlegen von zwei Temperatur-Datenloggern mit einem Messtakt von 5 Sekunden. Ausgewertet wurde jeweils der Logger, bei dem der geringere A<sub>0</sub>-Wert berechnet wurde. Die bei den geprüften RDGs in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gemessenen A<sub>0</sub>-Werte sind in den Abbildungen 5 und 6 dargestellt.

### Welcher A<sub>0</sub>-Wert sollte erreicht werden?

Gemäß DIN EN ISO 155883-3 müssen Behälter für menschliche Ausscheidungen mindestens mit einem A<sub>0</sub>-Wert von 60 desinfiziert werden. In der allgemeinen Norm DIN EN ISO 15883-1 wird allerdings zum A<sub>0</sub>-Wert von 60 ausgeführt: „Es wird betont, dass hierfür eine geringe mikrobiologische Belastung vor der Desinfektion und die Abwesenheit hitzeresistenter Organismen, die ernste Krankheiten beim Menschen hervorrufen können, vorliegen müssen.“ Von einer geringen mikrobiologischen Belastung kann vor Desinfektion in den meisten Fällen der praktischen Anwendung nicht ausgegangen werden, da mit dem Stuhl Bakterien in hoher Keimzahl ausgeschieden werden können, unter denen auch Krankheitserreger vertreten sein können. Hinzu kommen häufig auftretende virale Erreger, wie beispielsweise Noroviren. Ist die Aufbereitung des Steckbeckens nicht erfolgreich, besteht die Gefahr der Übertragung von Krankheitserregern wie Bakterien, Viren, aber auch Pilzen und Parasiten auf das Personal sowie von Patient zu Patient. Auch die zweite Forderung nach der „Abwesenheit hitzeresistenter Organismen, die ernste Krankheiten beim Menschen hervorrufen können“ kann als nicht immer gegeben angesehen werden.

Diese Skepsis begründet sich unter anderem auf die Veröffentlichung der Österreichischen Gesellschaft für Sterilgutversorgung vom Juli 2010 mit dem Titel „Stellungnahme zum A<sub>0</sub>-Konzept in der Aufbereitung von Medizinprodukten“. Dort wird ausgeführt, dass Enterokokken „durchaus in der Lage sind, Verfahren zu überdauern, bei denen die Wirkdauer der thermischen Energie deutlich länger ist, als es dem A<sub>0</sub>-Konzept nach vorgesehen wäre (z. B. können nach eigenen Untersuchungen der ÖGSV bestimmte *Enterococcus-faecium*-Klone in Abhängigkeit von den Randbedingungen eine Temperatur von 70 °C bis zu einer Stunde überleben). Aus der Literatur ist auch bekannt, dass bei *E. faecium* (ATCC 6057) unter Laborbedingungen bei 85 °C und einer Einwirkzeit von 1 min. ein Reduktionsfaktor von max. 2 log<sub>10</sub>-Stufen zu erreichen ist (Dissertation Wendler, 2006).“

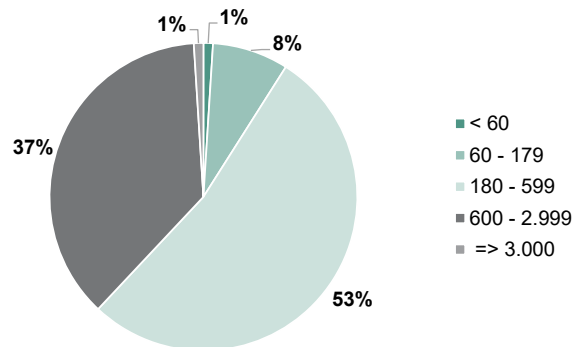


Abbildung 6: Anteilmäßige Darstellung der A<sub>0</sub>-Wert-Bereiche in Prozent

Weiterhin kommt es in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen häufig zu Infektionen mit *Clostridioides difficile*. Dieses Bakterium ist ein anaerober Sporenbildner, der unter ungünstigen Umweltbedingungen Sporen, das heißt gegenüber Umwelteinflüssen sehr widerstandsfähige Dauerformen bilden kann. Diese sind mit den routinemäßig angewendeten Desinfektionsmaßnahmen nicht abzutöten, was die Notwendigkeit einer effektiven Reinigung, neben der Desinfektion, im Steckbecken-RDG unterstreicht.

85 °C bei einer Einwirkzeit von 60 s entsprechen einem  $A_0$ -Wert von 180. Dieser  $A_0$ -Wert ist der Richtwert der Österreichischen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (ÖGSV) bei der Aufbereitung von Steckbecken. Wie in oben genannter Dissertation ausgeführt wurde, ist der  $A_0$ -Wert 180 jedoch unter bestimmten Voraussetzungen ungenügend, um hitzeresistente Organismen wie Enterokokken abzutöten. Demzufolge wäre der in der DIN EN ISO 15883-3 geforderte  $A_0$ -Wert von mindestens 60 erst recht nicht für die vollständige und sichere Abtötung von hitzeresistenten Organismen ausreichend.

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), die Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) und der Arbeitskreis Instrumentenaufbereitung (AKI) fordern in einer gemeinsamen Leitlinie bereits im Jahr 2008 bei Reinigungs- und Desinfektionsgeräten für Steckbecken einen  $A_0$ -Wert von 600. Das Robert Koch-Institut (RKI) hat seit 2015 auf seiner Webseite in der Rubrik „Aufbereitung von Medizinprodukten: Häufig gestellte Fragen und Antworten“ unter der Fragestellung „Wie werden thermische Steckbeckenspülgeräte überprüft?“ eine umfassende Darstellung veröffentlicht, die ebenfalls zu dem Schluss kommt, dass es grundsätzlich begrüßt wird, wenn über die normativen Anforderungen hinausgehend ein  $A_0$ -Wert von 600 verwendet wird. Auch in der 2020 veröffentlichten Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut „Anforderungen der Hygiene an abwasserführende Systeme in medizinischen Einrichtungen“ wird dem Rechnung getragen. In dieser Empfehlung werden für verschiedene abwasserführende Systeme unter anderem auch für Steckbecken Hygieneanforderungen gestellt. Als gesamtes abwasserführendes System wird ab der Stelle innerhalb medizinischer Einrichtungen, an der Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen in das abwasserführende System gelangen, verstanden. Abwassersysteme sind mögliche Reservoirs für nosokomiale Infektionserreger und können somit Ursache für Ausbrüche in medizinischen Einrichtungen sein. Zur Aufbereitung von Steckbecken wird hier konkret formuliert: „Steckbeckenspüler werden mit rein thermischen Verfahren mit einem  $A_0$ -Wert von mindestens 600 betrieben.“ Dies gilt für Bereiche mit möglichem oder besonderem Infektionsrisiko. Für Bereiche ohne Infektionsrisiko wird kein mindestens zu erfüllender  $A_0$ -Wert angegeben.

### Fazit

Mit Stuhl können relevante nosokomiale Krankheitserreger (wie z. B. *Clostridioides difficile*, Salmonellen, multiresistente gramnegative Stäbchen (MRGN), Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), Noroviren oder Rotaviren) ausgeschieden werden, deren Übertragung es zu verhindern gilt. Es muss bei RDGs für Steckbecken mit ausreichend hohen  $A_0$ -Werten gearbeitet werden, um eine wirksame Desinfektion zu erzielen und ein sicher aufbereitetes Medizinprodukt zu erhalten.

Unsere Ergebnisse der  $A_0$ -Wert-Bestimmungen zeigen, dass eine regelmäßige Überprüfung der RDGs für Steckbecken und gegebenenfalls Anpassungen der Aufbereitungsprozesse an die Empfehlungen notwendig sind. Bei den Geräten, die durch die LUA Sachsen überprüft wurden, erreichten nur 38 % einen  $A_0$ -Wert von 600. Ein Prozent der Geräte erreichten nicht den nach DIN EN ISO 15883-3 geforderten Mindest- $A_0$ -Wert von 60. Chemothermische RDGs entsprechen nicht mehr dem Stand der Technik und sollten umgehend durch thermische RDGs ersetzt werden.

Unsere Erfahrungen vor Ort zeigen, dass es vereinzelt immer noch üblich ist, in RDGs für Steckbecken auch Waschschüsseln (für die Körperpflege) oder Nierenschalen (z. B. auch für die Mundpflege) in ein und demselben Gerät aufzubereiten. Dies sollte sowohl aus Gründen der Infektionsprävention als auch allein schon aus ästhetischer Sicht dringend unterlassen werden. Dies wird auch durch eine entsprechende Veröffentlichung von Amman et al. bestätigt. Der Betreiber trägt die Verantwortung für seine aufbereiteten Medizinprodukte und muss in Absprache mit dem Hygieniker bzw. Hygienebeauftragten schriftlich festlegen, welcher  $A_0$ -Wert erreicht werden muss.

### Literatur

- Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3396), die zuletzt durch Artikel 7 der Verordnung vom 21. April 2021 (BGBl. I S. 833) geändert worden ist
- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. (2012). [www.rki.de](http://www.rki.de)
- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI): Anforderungen der Hygiene an abwasserführende Systeme in medizinischen Einrichtungen (2020). [www.rki.de](http://www.rki.de)
- Leitlinie von DGKH, DGSV und AKI für die Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigungs- und thermischer Desinfektionsprozesse für Medizinprodukte (2017). [dgsv-ev.de](http://dgsv-ev.de)
- RKI: Aufbereitung von Medizinprodukten: Häufig gestellte Fragen und Antworten. [www.rki.de](http://www.rki.de)
- DIN EN ISO 15883-1: Reinigungs-Desinfektionsgeräte – Teil 1: Allgemeine Anforderungen, Begriffe und Prüfverfahren (2014)
- DIN EN ISO 15883-3: Anforderungen an und Prüfverfahren für Reinigungs-Desinfektionsgeräte mit thermischer Desinfektion für Behälter für menschliche Ausscheidungen (2009)
- Amman et al.: Keine Aufbereitung von Nierenschalen und Waschschüsseln in Steckbeckenspülnern. Zentralsterilization | Volume 26 | 2/2018
- ÖGSV: Stellungnahme zum  $A_0$ -Konzept in der Aufbereitung von Medizinprodukten im Gesundheitswesen (2010). [oegsv.com](http://oegsv.com)
- C. Wendler: Die Hitzeresistenz von *Enterococcus faecium* und *E. hirae*; Dissertation 2005

Bearbeiter: Grit Hochmuth  
unter Mitarbeit: Dr. Axel Hofmann

LUA Chemnitz  
LUA Chemnitz

# Verfälschung hochpreisiger Speiseöle – Schwerpunkt Arganöl

Speiseöle und Speisefette bürgen seit langem ein hohes Potential für Verfälschungen. Immer wieder sticht diese Lebensmittelgruppe mit der Anzahl an Meldungen im AAC-FF-System (Administrative Assistance and Cooperation System) – einem EU-weiten System für Amtshilfe und Zusammenarbeit im Bereich Food Fraud – hervor. So auch im Jahr 2020, in welchem Fette und Öle die Produktkategorie mit den meisten Meldungen zu vermeintlichem Lebensmittelbetrug darstellte. Bei Verfälschung von Speiseölen wird nahezu jeder als erstes an Olivenöl denken. Und tatsächlich ist Olivenöl das am häufigsten gemeldete Produkt dieser Kategorie. [1]

Dennoch gibt es eine ganze Vielfalt von hochpreisigen Speiseölen, welche durch Verschnitt mit preisgünstigeren Produkten einen finanziellen Gewinn für den potentiellen Fälscher versprechen. Daher fand 2021 ein bundesweites Überwachungsprogramm statt, bei dem die pflanzlichen Speiseöle Mandelöl, Arganöl und Avocadoöl auf ihre Authentizität und eventuellen Verschnitt mit preisgünstigen Fremdölen untersucht wurden (siehe Abbildung 1). Das Programm sollte dazu beitragen, im Marktgeschehen der Bundesrepublik Deutschland derartige Praktiken zu erkennen und deutschlandweit weitere Erkenntnisse über Verfälschungen im Bereich der Öle zu erhalten.

Im Rahmen dieses Programms wurden unter anderem fünf Proben Arganöl untersucht. Ein Anlass, dieses exotische Öl einmal genauer unter die Lupe zu nehmen. Arganöl wird aus den Früchten des Arganbaums, einem langsam wachsenden, stacheligen Baum, welcher hauptsächlich in Marokko beheimatet ist, gewonnen. Diese Früchte haben ein grünes, fleischiges Aussehen und beinhalten eine Nuss mit harter Schale (siehe Abbildung 2). In jeder Frucht befinden sich 1 bis 3 Samen, die etwa 50 % Arganöl enthalten. Von Juni bis September werden die heruntergefallenen Früchte vom Boden aufgelesen und zur Ölgewinnung verwendet. Eine Ernte direkt vom Baum ist aufgrund von Dornen und der spröden Beschaffenheit der Bäume nicht möglich. [2]

Für die Ölgewinnung wird zunächst das Fruchtfleisch und die Schale entfernt. Die so erhaltenen Arganmandeln werden zerbrochen, getrocknet und leicht geröstet. Anschließend wird das Öl entweder mechanisch mit Hilfe einer Schneckenpresse aus den Kernen gepresst oder die Arganmandeln werden in aufwendiger Handarbeit traditionell mit einer kleinen Handmühle gemahlen und das Arganöl nach Zusatz von Wasser durch Kneten aus einer Emulsion abgetrennt. [2,3]

Genau wie bei den für das Programm untersuchten Mandelölen und Avocadoölen konnte bei keiner Probe Arganöl eine Beimischung von Fremdölen nachgewiesen werden. Jedoch fiel ein Arganöl durch seine stark animalische, roquefortartige Sensorik auf. Ein solches Fehl aroma ist nicht unüblich bei Arganölen und lässt sich vor allem über die zur Ölgewinnung verwendeten Arganmandeln erklären. Es tritt explizit dann auf, wenn Kerne aus den Exkrementen von Ziegen für die Gewinnung des Öls verwendet wurden oder die Öle alt sind. [3] Hinsichtlich der sensorischen Beschaffenheit entspricht ein solches Arganöl nicht der allgemeinen Verkehrsauffassung und wird entsprechend befundet.

Eine Besonderheit des Arganöls sorgte dafür, dass mehrere Proben wegen Kennzeichnungsmängeln entsprechend beurteilt wurden. Arganöl zählt zu den neuartigen Lebensmitteln. Als „neuartige Lebensmittel“ gelten gemäß Artikel 3 Absatz 2 der Verordnung (EU) Nr. 2015/2283 alle Lebensmittel, die vor dem 15. Mai 1997 nicht in nennenswertem Umfang in der Union für den menschlichen Verzehr verwendet wurden.

Arganöl aus *Argania spinosa* wird als sogenanntes Novel Food in der Unionsliste zugelassener neuartiger Lebensmittel in der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 2017/2470 gelistet und unterliegt den dortigen Verwendungsbeschränkungen sowie speziellen Kennzeichnungsvorschriften. Es ist zugelassen als Würzmittel sowie als Nahrungsergänzungsmittel (siehe Abbildung 3),



Abbildung 1: hochpreisige Speiseöle mit Potential für Verfälschungen (Quelle: LUA Sachsen)



Abbildung 2: Teile des Arganbaums (Quelle: [2])



Arganöl aus <i>Argania spinosa</i>	Spezifizierte Lebensmittelkategorie	Höchstgehalte	Die Bezeichnung des neuartigen Lebensmittels, die in der Kennzeichnung des jeweiligen Lebensmittels anzugeben ist, lautet „Arganöl“, und bei Verwendung als Würzmittel ist das Etikett mit dem Hinweis „Pflanzenöl ausschließlich zur Verwendung als Würzmittel“ zu versehen.
	Als Würzmittel	Keine Angabe	
	Nahrungsergänzungsmittel im Sinne der Richtlinie 2002/46/EG	Im Einklang mit einer normalen Verwendung als pflanzliches Speiseöl	

Abbildung 3: Auszug aus der Liste der zugelassenen neuartigen Lebensmittel nach der Verordnung (EU) Nr. 2017/2470

wobei die Verwendung als Speiseöl unter die Kategorie „Würzmittel“ zu subsumieren ist. Dabei muss das Speiseöl den Hinweis „Pflanzenöl ausschließlich zur Verwendung als Würzmittel“ auf dem Etikett tragen. Dieser Hinweis fehlte bei drei Arganölen.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die sächsischen Proben im Rahmen des bundesweiten Überwachungsprogramms keine Auffälligkeiten im Hinblick auf eine Verfälschung zeigten. Besonders Arganöl war aufgrund von sensorischen Aspekten und Kennzeichnungsmängeln nach der Verordnung (EU) Nr. 2017/2470 dennoch auffällig. Eine vollumfängliche Analyse von Speiseölen, nicht nur im Hinblick auf ihre Authentizität, bleibt daher im Rahmen der amtlichen Lebensmittelüberwachung unerlässlich.

**Quellen:**

- [1] 2020 Annual Report, The EU Food Fraud Network and the Administrative Assistance and Cooperation System
- [2] Krist, Buchbauer, Klausberger: Lexikon der pflanzlichen Fette und Öle, Springer Verlag, 2. Auflage, 2013, Wien, S. 79 ff.
- [3] Max-Rubner-Institut, NRZ-Authent: Sicherstellung der Qualität von Arganöl

Bearbeiterin: DLC Franziska Steger

LUA Chemnitz

# Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – 2. Quartal 2022

## 1. Europäisches Recht

- 1.1 Durchführungsverordnung (EU) 2022/536 der Kommission vom 29. März 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Nocciola Romana“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 106/3)
- 1.2 Durchführungsbeschluss (EU) 2022/560 der Kommission vom 31. März 2022 über die Erneuerung der Zulassung für das Inverkehrbringen von Erzeugnissen, die genetisch veränderte Baumwolle der Sorte GHB614 (BCS-GHØØ2-5) enthalten, aus ihr bestehen oder aus ihr gewonnen werden, gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2022)1891) (ABl. Nr. L 108/60)
- 1.3 Empfehlung (EU) 2022/561 der Kommission vom 6. April 2022 betreffend die Überwachung des Vorkommens von Glykoalkaloiden in Kartoffeln und Kartoffelerzeugnissen (ABl. Nr. L 108/66)
- 1.4 Verordnung (EU) 2022/566 der Kommission vom 7. April 2022 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Flutianil in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 109/35)
- 1.5 Durchführungsverordnung (EU) 2022/616 der Kommission vom 8. April 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Carne de Ávila“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 115/59)
- 1.6 Verordnung (EU) 2022/617 der Kommission vom 12. April 2022 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1881/2006 hinsichtlich Höchstgehalte für Quecksilber in Fisch und Salz (ABl. Nr. L 115/60)
- 1.7 Durchführungsverordnung (EU) 2022/630 der Kommission vom 8. April 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Carne Mertolenga“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 117/1)
- 1.8 Durchführungsverordnung (EU) 2022/634 der Kommission vom 13. April 2022 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 in Bezug auf die Einstufung des Stoffs Bambermycin hinsichtlich der Rückstandshöchstmenge in Lebensmitteln tierischen Ursprungs (ABl. Nr. L 117/29)
- 1.9 Verordnung (EU) 2022/650 der Kommission vom 20. April 2022 zur Änderung des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 mit Spezifikationen für die in den Anhängen II und III der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates aufgeführten Lebensmittelzusatzstoffe in Bezug auf die Spezifikationen für Natriumdiacetat (E 262(ii)) (ABl. Nr. L 119/65)
- 1.10 Durchführungsverordnung (EU) 2022/672 der Kommission vom 22. April 2022 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 hinsichtlich der Spezifikationen des neuartigen Lebensmittels trans-Resveratrol (aus mikrobieller Quelle) (ABl. Nr. L 122/24)
- 1.11 Durchführungsverordnung (EU) 2022/673 der Kommission vom 22. April 2022 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von Protein aus Mungbohnen (*Vigna radiata*) als neuartiges Lebensmittel gemäß der Verordnung (EU) 2015/2283 des Europäischen Parlaments und des Rates sowie zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 der Kommission (ABl. Nr. L 122/27)
- 1.12 Durchführungsbeschluss (EU) 2022/677 der Kommission vom 31. März 2022 zur Festlegung von Vorschriften zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich des Glossars der gemeinsamen Bezeichnungen von Bestandteilen zur Verwendung bei der Kennzeichnung kosmetischer Mittel (ABl. Nr. L 127/1)
- 1.13 Durchführungsverordnung (EU) 2022/684 der Kommission vom 28. April 2022 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 im Hinblick auf die Bedingungen für die Verwendung des neuartigen Lebensmittels Galacto-Oligosaccharid (ABl. Nr. L 126/10)
- 1.14 Durchführungsverordnung (EU) 2022/685 der Kommission vom 28. April 2022 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 333/2007 hinsichtlich der Probenahmenvorschriften für Fische und Landtiere (ABl. Nr. L 126/14)
- 1.15 Verordnung (EU) 2022/709 der Kommission vom 6. Mai 2022 über die Nichtzulassung einer gesundheitsbezogenen Angabe über Lebensmittel betreffend die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern (ABl. Nr. L 133/6)
- 1.16 Verordnung (EU) 2022/710 der Kommission vom 6. Mai 2022 über die Nichtzulassung einer gesundheitsbezogenen Angabe über Lebensmittel betreffend die Verringerung eines Krankheitsrisikos (ABl. Nr. L 133/9)
- 1.17 Verordnung (EU) 2022/711 der Kommission vom 6. Mai 2022 über die Nichtzulassung bestimmter anderer gesundheitsbezogener Angaben über Lebensmittel als Angaben über die Reduzierung eines Krankheitsrisikos sowie die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern (ABl. Nr. L 133/12)

- 1.18 Verordnung (EU) 2022/719 der Kommission vom 10. Mai 2022 über die Nichtzulassung bestimmter anderer gesundheitsbezogener Angaben über Lebensmittel als Angaben über die Reduzierung eines Krankheitsrisikos sowie die Entwicklung und die Gesundheit von Kindern (ABl. Nr. L 134/1)
- 1.19 Verordnung (EU) 2022/727 der Kommission vom 11. Mai 2022 über die Nichtzulassung einer gesundheitsbezogenen Angabe über Lebensmittel betreffend die Verringerung eines Krankheitsrisikos (ABl. Nr. L 135/1)
- 1.20 Durchführungsverordnung (EU) 2022/730 der Kommission vom 6. Mai 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Wrängebäckst“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 136/1)
- 1.21 Durchführungsbeschluss (EU) 2022/736 der Kommission vom 11. Mai 2022 zur Änderung der Entscheidungen 2007/305/EG, 2007/306/EG und 2007/307/EG hinsichtlich des Toleranzzeitraums für Spuren von Ms1xRf1 (ACS-BNØØ4-7xACS-BNØØ1-4)-Hybrid-Raps, Ms1xRf2 (ACS-BNØØ4-7xACS-BNØØ2-5)-Hybrid-Raps und Topas 19/2 (ACS-BNØØ7-1)-Raps sowie von daraus gewonnenen Erzeugnissen (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2022) 3009) (ABl. Nr. L 136/108)
- 1.22 Durchführungsverordnung (EU) 2022/741 der Kommission vom 13. Mai 2022 über ein mehrjähriges koordiniertes Kontrollprogramm der Union für 2023, 2024 und 2025 zur Gewährleistung der Einhaltung der Höchstgehalte an Pestizidrückständen und zur Bewertung der Verbraucherexposition gegenüber Pestizidrückständen in und auf Lebensmitteln pflanzlichen und tierischen Ursprungs und zur Aufhebung der Durchführungsverordnung (EU) 2021/601 (ABl. Nr. L 137/12)
- 1.23 Durchführungsverordnung (EU) 2022/761 der Kommission vom 13. Mai 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Agneau du Périgord“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 139/15)
- 1.24 Durchführungsverordnung (EU) 2022/787 der Kommission vom 13. Mai 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Cancoillotte“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 141/6)
- 1.25 Durchführungsbeschluss (EU) 2022/797 der Kommission vom 19. Mai 2022 über die Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais der Sorte NK603 × T25 × DAS-40278-9 und der Unterkombination T25 × DAS-40278-9 enthalten, aus ihm bestehen oder aus ihm hergestellt werden, gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2022) 3179) (ABl. Nr. L 141/116)
- 1.26 Durchführungsbeschluss (EU) 2022/798 der Kommission vom 19. Mai 2022 über die Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderte Sojabohnen der Sorte MON 87769 × MON 89788 enthalten, aus ihnen bestehen oder aus ihnen hergestellt werden, gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2022) 3182) (ABl. Nr. L 141/123)
- 1.27 Durchführungsverordnung (EU) 2022/812 der Kommission vom 19. Mai 2022 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („dell'Emilia/Emilia“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 146/1)
- 1.28 Durchführungsverordnung (EU) 2022/841 der Kommission vom 24. Mai 2022 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Bolandin“ (g. U.) (ABl. Nr. L 148/21)
- 1.29 Durchführungsverordnung (EU) 2022/842 der Kommission vom 24. Mai 2022 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Abadía Retuerta“ (g. U.) (ABl. Nr. 148/22)
- 1.30 Durchführungsverordnung (EU) 2022/843 der Kommission vom 24. Mai 2022 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Colli BERICI“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 148/23)
- 1.31 Verordnung (EU) 2022/860 der Kommission vom 1. Juni 2022 zur Änderung des Anhangs III der Verordnung (EG) Nr. 1925/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Monacoline aus Rotschimmelreis (ABl. Nr. L 151/37)
- 1.32 DELEGIERTE VERORDNUNG (EU) 2022/887 der KOMMISSION vom 28. März 2022 zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) 2019/625 hinsichtlich der Codes der kombinierten Nomenklatur und des Harmonisierten Systems sowie der Einfuhrbedingungen für bestimmte zusammengesetzte Erzeugnisse, zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) 2019/2122 hinsichtlich bestimmter von amtlichen Kontrollen an Grenzkontrollstellen ausgenommener Waren und Heimvögel sowie zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) 2021/630 hinsichtlich der Anforderungen an von amtlichen Kontrollen an Grenzkontrollstellen ausgenommene zusammengesetzte Erzeugnisse (ABl. Nr. L 154 /23)
- 1.33 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/888 der KOMMISSION vom 31. Mai 2022 zur Eintragung einer geografischen Angabe für eine Spirituose gemäß Artikel 30 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2019/787 des Europäischen Parlaments und des Rates („Hohenloher Birnenbrand/ Hohenloher Birnenwasser“) (ABl. Nr. L 154/35)

- 1.34 DELEGIERTE VERORDNUNG (EU) 2022/891 der KOMMISSION vom 1. April 2022 zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) Nr. 664/2014 zur Ergänzung der Verordnung (EU) Nr. 1151/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf die Festlegung der EU-Zeichen für geschützte Ursprungsbezeichnungen, geschützte geografische Angaben und garantiert traditionelle Spezialitäten sowie im Hinblick auf bestimmte herkunftsbezogene Vorschriften, Verfahrensvorschriften und zusätzliche Übergangsvorschriften (ABl. Nr. L 155/3)
- 1.35 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/897 der KOMMISSION vom 2. Juni 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Lenticchia di Onano“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 156/2)
- 1.36 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/913 der KOMMISSION vom 30. Mai 2022 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2019/1793 über die vorübergehende Verstärkung der amtlichen Kontrollen und über Sofortmaßnahmen beim Eingang bestimmter Waren aus bestimmten Drittländern in die Union zur Durchführung der Verordnungen (EU) 2017/625 und (EG) Nr. 178/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. Nr. L 158/1)
- 1.37 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/916 der KOMMISSION vom 7. Juni 2022 zur Genehmigung einer Unionsänderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Jumilla“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 159/1)
- 1.38 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/924 der KOMMISSION vom 8. Juni 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Spreewälder Gurkensülze“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 160/29)
- 1.39 DELEGIERTE VERORDNUNG (EU) 2022/931 der KOMMISSION vom 23. März 2022 zur Ergänzung der Verordnung (EU) 2017/625 des Europäischen Parlaments und des Rates durch Festlegung von Bestimmungen über die Durchführung amtlicher Kontrollen in Bezug auf Kontaminanten in Lebensmitteln (ABl. Nr. L 162/7)
- 1.40 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/932 der KOMMISSION vom 9. Juni 2022 über einheitliche praktische Modalitäten für die Durchführung der amtlichen Kontrollen hinsichtlich Kontaminanten in Lebensmitteln, zu zusätzlichen besonderen Inhalten mehrjähriger nationaler Kontrollpläne und zusätzlichen besonderen Modalitäten für ihre Aufstellung (ABl. Nr. L 162/13)
- 1.41 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/939 der KOMMISSION vom 13. Juni 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Giresun Tombul Findiği“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 164/1)
- 1.42 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/940 der KOMMISSION vom 13. Juni 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Maranho da Sertã“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 164/2)
- 1.43 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/941 der KOMMISSION vom 13. Juni 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der garantiert traditionellen Spezialitäten („Sopa da Pedra de Almeirim“ (g. t. S.)) (ABl. Nr. L 164/3)
- 1.44 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/942 der KOMMISSION vom 13. Juni 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Arroz del Delta del Ebro/Arròs del Delta de l'Ebre“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 164/4)
- 1.45 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/953 der KOMMISSION vom 22. Februar 2022 zur Genehmigung einer Änderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Επανομή“ (Epanomi) (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 165/23)
- 1.46 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/955 der KOMMISSION vom 14. Juni 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Taleggio“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 165/26)
- 1.47 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/956 der KOMMISSION vom 14. Juni 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Monte Etna“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 165/27)
- 1.48 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/957 der KOMMISSION vom 14. Juni 2022 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Radicchio di Verona“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 165/28)
- 1.49 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/958 der KOMMISSION vom 14. Juni 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Äkta Gränna Polkagrisar“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 165/29)
- 1.50 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/961 der KOMMISSION vom 20. Juni 2022 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von Tetrahydrocurcuminoiden als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. Nr. L 165/41)
- 1.51 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/965 der KOMMISSION vom 21. Juni 2022 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von Kernen der essbaren Art von *Jatropha curcas* L. als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. Nr. L 166/118)

1.52 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/966 der KOMMISSION vom 21. Juni 2022 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 im Hinblick auf die Bedingungen für die Verwendung des neuartigen Lebensmittels „Öl aus Calanus finmarchicus“ sowie die spezifischen Kennzeichnungsvorschriften und Spezifikationen dafür (ABl.Nr. L 166/125)

1.53 DURCHFÜHRUNGSVERORDNUNG (EU) 2022/974 der KOMMISSION vom 16. Juni 2022 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Cidre du Perche/Perche“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 167/34)

1.54 VERORDNUNG (EU) 2022/1023 der KOMMISSION vom 28. Juni 2022 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates sowie des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 der Kommission in Bezug auf die Verwendung von Haferlecithin in Kakao- und Schokoladeprodukten im Sinne der Richtlinie 2000/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. Nr. L 172/5)

1.55 VERORDNUNG (EU) 2022/1037 der KOMMISSION vom 29. Juni 2022 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates sowie des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 der Kommission in Bezug auf die Verwendung von Glykolipiden als Konservierungsstoff in Getränken (ABl. Nr. L 173/52)

1.56 VERORDNUNG (EU) 2022/1038 der KOMMISSION vom 29. Juni 2022 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Polyvinylpyrrolidon (E 1201) in Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke in Form von Komprimaten und überzogenen Tabletten (ABl. Nr. L 173/56)

2. Nationales Recht

keine Eintragungen

Bearbeiter: Dr. Thomas Frenzel

LUA Dresden

# Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel und Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse

## 2. Quartal 2022

Zahl der bearbeiteten Beschwerdeproben: 7  
davon beanstandet: 0

Probenbezeichnung	Beschwerdegrund	Beurteilung
-	-	-

Bearbeiter: Abteilung 5

LUA Chemnitz

# BSE-Untersuchungen 2. Quartal 2022

Tierart	TKBA / ZNS / Kohorte *	Lebensmittel	Notschlachtung	Gesamt
Alpaka	1	0	0	1
Rind	2.136	0	8	2.144
Schaf	149	27	0	176
Ziege	31	4	0	35
<b>Gesamt</b>	<b>2.317</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>2.356</b>

\* Tierkörperbeseitigung, ZNS-Störungen, Kohortenschlachtungen

# Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2022

	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz	Landesdirektion Sachsen
Fuchs	7	11	2	20
Marderhund	0	0	0	0
Waschbär	0	0	0	0
Gesamtzahl der Proben	7	11	2	20
<b>Untersuchungsergebnisse</b>				
negativ	7	11	2	20
ungeeignet	0	0	0	0
positiv	0	0	0	0

Die Aufstellung der positiven Tollwutbefunde entfällt.

Bearbeiter: SG IT

LUA Dresden

# Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 2. Quartal 2022

Tabelle 1: Untersuchungen und Nachweise im Überblick

Untersuchungen	untersuchte Anzahl	Salmonellennachweise	Serotypen (geordnet nach Nachweishäufigkeit)
Kotproben	8.093	42	S. Typhimurium, S. Typhimurium Impfstamm, S. enterica ssp. Illb, S. Infantis, S. Serogr. B, S. Enteritidis, S. Coeln, S. Typhimurium var. Cop., S. Livingstone, S. Meleagridis, S. Dublin, S. Kottbus, S. Kentucky, S. enterica ssp. I, S. London, S. Bovismorbificans, S. enterica ssp. IV, S. bongori
Sektionsmaterial	764	18	S. enterica ssp. Illb, S. Derby, S. Typhimurium, S. enterica Rauform, S. enterica ssp. Illa, S. Thompson, S. Gallinarum, S. enterica ssp. II, S. Typhimurium var. Cop., S. Serogr. B
Untersuchung nach Hühner-Salmonellen-VO	0	0	
Umgebungstupfer	15	0	
Futtermittel	48	7	
Bakteriologische Fleischuntersuchungen	2	0	
Lebensmittel tierischer Herkunft	1.584	11	S. sp., S. Paratyphi B, S. Serogruppe B
Lebensmittel nichttierischer Herkunft	754	0	
Hygienekontrolltupfer - Lebensmittel	2.585	0	
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 <sup>1</sup>	Salm.- Nw <sup>2</sup>	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw
Rind	773	0	25	0	2.854	8	21	0	3.406	4	37	0
Schwein	0	0	24	2	22	1	47	2	12	0	19	0
Schaf	2	0	9	2	7	3	25	3	0	0	13	2
Ziege	0	0	9	0	1	0	6	0	0	0	2	0
Pferd	34	2	7	0	17	0	3	0	57	1	0	0
Huhn	1	0	13	0	27	0	22	0	0	0	10	1
Taube	0	0	0	0	50	4	1	0	0	0	2	0
Gans	0	0	12	0	0	0	11	0	0	0	1	0
Ente	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	2	0
Pute	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Hund/Katze	62	1	8	0	438	5	17	1	194	7	4	0
sonstige Tierarten	7	0	93	2	103	6	276	1	26	0	37	2
<b>Summe</b>	<b>879</b>	<b>3</b>	<b>202</b>	<b>6</b>	<b>3.519</b>	<b>27</b>	<b>435</b>	<b>7</b>	<b>3.695</b>	<b>12</b>	<b>127</b>	<b>5</b>

<sup>1</sup> = Anzahl der untersuchten Proben

<sup>2</sup> = Anzahl der Salmonellennachweise

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

Landesdirektion/Kreis	Tier-/Probenart	Nachgewiesene Serotypen	
		Anzahl	Serotyp
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz</b>			
Chemnitz, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Chemnitz, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Erzgebirgskreis	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Mittelsachsen	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Mittelsachsen	Schwein/Sektion	1	S. Derby
Mittelsachsen	Schwein/Sektion	1	S. Thompson
Mittelsachsen	Schwein/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Vogtlandkreis	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Serogr. B
Zwickau	Pferd/Kot	1	S. Coeln
Zwickau	Pferd/Kot	1	S. Serogr. B
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden</b>			
Bautzen	Hund/Katze/Kot	1	S. Dublin
Bautzen	Hund/Katze/Kot	1	S. Kottbus
Bautzen	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Bautzen	Rind/Kot	8	S. Typhimurium Impfstamm
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. bongori
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. I
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. IV
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Sektion	1	S. enterica ssp. II
Dresden, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Typhimurium
Dresden, Stadt	Taube/Kot	3	S. Typhimurium
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Serogr. B
Görlitz	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Görlitz	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Kentucky
Meißen	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Meißen	Schaf/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Meißen	Schwein/Kot	1	S. Bovismorbificans
Meißen	Schwein/Sektion	2	S. Typhimurium
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Schaf/Kot	2	S. enterica ssp. IIIb
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Schaf/Sektion	2	S. enterica ssp. IIIb
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Taube/Kot	1	S. Typhimurium
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig</b>			
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig Land	Rind/Kot	4	S. Typhimurium
Leipzig Land	Schaf/Sektion	2	S. enterica ssp. IIIb
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Enteritidis
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Livingstone
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. London
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Meleagridis
Leipzig, Stadt	Pferd/Kot	1	S. Typhimurium
Nordsachsen	Huhn/Sektion	1	S. Gallinarum
Nordsachsen	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Nordsachsen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Derby
Nordsachsen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica Rauform
Nordsachsen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIa



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	303	0	294	0	4	0	0	0
Eier und Eiprodukte	80	0	79	0	1	0	0	0
Fleisch warmblütiger Tiere, auch tiefgefroren	375	7	351	6	8	0	0	0
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere (außer Wurstwaren)	415	4	403	4	12	0	0	0
Wurstwaren	281	0	278	0	2	0	1	0
Fisch- und Erzeugnisse	99	0	96	0	3	0	0	0
Krusten-, Schalen-, Weichtiere, sonst. Tiere u. Erzeugnisse daraus	31	0	30	0	1	0	0	0
Fette, Öle, Margarine	1	0	1	0	0	0	0	0
Getreide-, -produkte, Brot, Teig- und Backwaren	174	0	168	0	6	0	0	0
Mayonnaisen, emul. Soßen, kalte Fertigsoßen und Feinkostsalate	128	0	125	0	3	0	0	0
Puddinge, Desserts und Cremespeisen	17	0	17	0	0	0	0	0
Speiseeis und -halberzeugnisse	169	0	167	0	1	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	46	0	33	0	1	0	0	0
Getränke, inkl. Tafel- und Trinkwasser, Spirituosen und Bier	16	0	14	0	2	0	0	0
Gewürze, Würzmittel und Zusatzstoffe	31	0	28	0	3	0	0	0
Zucker, Süß- und Schokoladen-waren, Honig, Konfitüre, Kaffee, Kakao, Tee	12	0	12	0	0	0	0	0
Fertiggerichte, zubereitete Speisen, Suppen und Soßen	160	0	148	0	10	0	2	0
Kosmetika	0	0	0	0	0	0	0	0
Bedarfsgegenstände ohne Kosmetika	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>2.354</b>	<b>11</b>	<b>2.260</b>	<b>10</b>	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

\* Salmonellennachweis

Tabelle 5: Regionale Zuordnung der Salmonellenfunde

Landesdirektion/Kreis	Eingangsdatum	Probenart	Nachgewiesene Serotypen	
			Anzahl	Serotyp
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz</b>				
Mittelsachsen	22.06.2022	Schweineleber	1	S. Serogruppe B
Mittelsachsen	28.06.2022	gepökelte Schweinezunge	1	S. sp.
Vogtlandkreis	18.05.2022	Junge Hafermast Gänsebrust	1	S. sp.
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden</b>				
Bautzen	25.05.2022	Barbarieentenbrustfilet, tiefgefrohren, HKL A	1	S. sp.
Bautzen	10.06.2022	Schaschlyk	1	S. sp.
Dresden, Stadt	23.06.2022	Putengeschnetzeltes	1	S. sp.
Meißen	05.04.2022	Hähnchen, frisch	1	S. sp.
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	10.05.2022	Schweine- Magerbäckchen	1	S. sp.
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	13.05.2022	hausmacher Bratwurst	1	S. sp.
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig</b>				
Leipzig, Stadt	26.04.2022	Hackepeter vom Schwein	1	S. Serogruppe B
Leipzig, Stadt	02.06.2022	Hähnchenbrust	1	S. sp.
Nordsachsen	09.05.2022	Halshaut von Masthähnchen	2	S. Paratyphi B
Nordsachsen	11.05.2022	Halshaut von Masthähnchen	2	S. Paratyphi B

Tabelle 6: Häufigkeit der nachgewiesenen Salmonellenserotypen (Anzahl)

Serotypen	Veterinärmedizinische Diagnostik	Futtermittel	Lebensmittel/ Bedarfsgegenstände	BU	Hygienekontrolltupfer (Lebensmittel)
S. sp.			18		
S. Typhimurium	14				
S. enterica ssp. IIIb	13				
S. Typhimurium Impfstamm	8				
S. Paratyphi B			7		
S. Serogruppe B			4		
S. Infantis	3				
S. Serogr. B	3				
S. Typhimurium var. Cop.	2				
S. Derby	2				
S. Livingstone	1				
S. Meleagridis	1				
S. Dublin	1				
S. Kottbus	1				
S. enterica Rauform	1				
S. enterica ssp. IIIa	1				
S. Thompson	1				
S. enterica ssp. IV	1				
S. Gallinarum	1				
S. bongori	1				
S. enterica ssp. II	1				
S. Coeln	1				
S. Enteritidis	1				
S. Kentucky	1				
S. enterica ssp. I	1				
S. Bovismorbificans	1				
S. London	1				

Bearbeiter: SG IT

LUA Dresden



**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

Dr. Hermann Nieper, LUA Sachsen, Standort Dresden, Jägerstr. 8/10, 01099 Dresden

**Gestaltung und Satz:**

SG IT, LUA Sachsen, Standort Dresden, Jägerstr. 8/10, 01099 Dresden

**Druck:**

SAXOPRINT GmbH, Enderstr. 92 c, 01277 Dresden,  
Tel.: 0351/20 44 444 | <https://www.saxoprint.de/>

**Redaktionsschluss:**

15. August 2022

**Bezug:**

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