



# LUA-Mitteilungen 04/2023



# Inhaltsverzeichnis

## Humanmedizin

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen.....	2
HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2022.....	8

## Lebensmitteluntersuchungen

Steradiene – Raffinierter Verfälschung auf der Spur.....	25
Die Angabe von Nährwerten und Zutaten bei alkoholischen Getränken, insbesondere beim Wein.....	27

## Veterinärmedizinische Tierseuchen- und Krankheitsdiagnostik

Fledermaustollwut in Sachsen: Fallbericht - Diagnostisches Vorgehen - Hintergrund.....	29
Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – 3. Quartal 2023.....	32
Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse .....	35
BSE-Untersuchungen 3. Quartal 2023.....	36
Tollwutuntersuchungen 3. Quartal 2023 .....	36
Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 3. Quartal 2023.....	37

# Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen

## 3. Quartal 2023 (vom 03.07. – 01.10.2023)

### Acinetobacter-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden 6 Fälle mit Nachweis einer Carba-penemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen erfasst. Betroffen waren ein ein-jähriges Mädchen sowie vier Frauen im Alter zwischen 54 bis 83 Jahren und ein 29 Jahre alter Mann.

### Borreliose

Die Anzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle (n = 817) lag um etwa 21 % unter dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes (n = 1.036). Im Vergleich zum 3. Quartal des Vorjahres (n = 840) gab es rund 3 % weniger Neuerkrankungen.

In den meisten Fällen (94 %) wurde symptomatisch ein Erythema migrans angegeben. 22-mal erfolgte die Diagnose einer Arthritis, bei 16 Patient\*innen die einer Hirnnervenlähmung sowie einmal einer Radikuloneuritis. Bei weiteren 10 Betroffenen lag eine Mehrfachsymptomatik vor.

Ein 74 Jahre alter Mann verstarb nach meningitischem Verlauf mit Hirnnervenlähmung an den Folgen der Infektion.

### Campylobacter-Enteritis

Bei den Campylobacter-Infektionen lag die wöchentliche Neuerkrankungshäufigkeit bei 2,7 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und erreichte somit das Doppelte an Infektionen gegenüber dem Vorquartal. Im Vergleich zum 5-Jahres-Mittelwert (1.663) wurden mit 1.438 Erkrankungen 14 % weniger Fälle erfasst.

Eine 81 Jahre alte Frau verstarb an den Folgen einer *Campylobacter-coli*-Infektion.

### Clostridioides-difficile-Infektion, schwerer Verlauf

Im Berichtszeitraum wurden 32 schwere Verläufe einer *Clostridioides-difficile*-Infektion übermittelt. Es verstarben 6 Männer und 4 Frauen im Alter zwischen 61 und 93 Jahren (Median: 86,5 Jahre) an den Folgen der Infektion.

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

Im dritten Quartal des Jahres entfielen auf den Freistaat Sachsen 3.015 Infektionen, womit sich eine Neuerkrankungsrate von 74 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und damit ein Rückgang um 38 % zum Vorquartal errechnete.

Insgesamt verstarben an den Folgen der Erkrankung 9 Frauen und 10 Männer im Alter zwischen 59 und 100 Jahren (Altersmedian: 84 Jahre). Dies entspricht einer Infektionssterblichkeit von 0,6 %.

### Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Insgesamt wurden zwei Fälle, darunter ein Todesfall erfasst. Eine 63-Jährige erkrankte im Dezember 2022 mit ausgeprägter Symptomatik und wird seit April 2023 stationär betreut.

Beim zweiten Betroffenen, einem 66-Jährigen, traten die ersten Symptome im Januar dieses Jahres auf. Seit April wurde er stationär betreut und verstarb im Juli. Eine Obduktion wurde eingeleitet. Die Ergebnisse stehen noch aus.

Die Diagnose erfolgte in beiden Fällen aufgrund der ausgeprägten Symptomatik durch das Nationale Referenzzentrum.

### Denguefieber

Es wurden zwei Jugendliche (14 Jahre alt) sowie 7 Männer und 6 Frauen im Alter zwischen 18 und 56 Jahren mit fieberhafter Symptomatik erfasst. Die Patient\*innen infizierten sich während Aufenthaltes in Indien, Indonesien, Kamerun, Kuba, Mexiko, Sri Lanka, Thailand sowie auf den Seychellen und den Malediven.

### Diphtherie (Hautdiphtherie)

In einer Erstaufnahmeeinrichtung fielen vier Männer mit Hautläsionen auf. Bei den Betroffenen handelte es sich um syrische Geflüchtete im Alter zwischen 18 und 26 Jahren. Es gelangen der kulturelle Nachweis von *Corynebacterium diphtheriae* aus dem Wundabstrich sowie der Nachweis des Diphtherie-Toxins aus dem Isolat. Impfnachweise waren nicht vorhanden.

### Echinokokkose

Ein 55-jähriger Mann stellte sich wegen unklarer Gewichtsabnahme beim Hausarzt vor. Eine Sonografie der Leber ergab charakteristische Zeichen einer Echinokokkose und die Biopsie erbrachte den Nachweis einer *Echinococcus-granulosus*-Infektion. Zur möglichen Infektionsquelle wurden keine Angaben gemacht.

### Enterobacterales-Nachweis

Insgesamt wurden 87 Fallmeldungen mit Nachweis einer Carba-penemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen übermittelt. Durch welche Erreger diese verursacht waren, ist aus Tabelle 1 ersichtlich. Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

Tabelle 1: Enterobacterales-Nachweis<sup>1)</sup> – Aufschlüsselung nach Erreger im 3. Quartal 2023 (27. bis 39. Meldewoche 2023)

Erreger	Infektion	Kolonisation	Gesamt-Fallzahl	dav. Tod
<i>Citrobacter freundii</i>	1	3	4	-
<i>Enterobacter</i> spp.	4	15	19	-
<i>Escherichia</i> spp.	4	20	24	-
<i>Hafnia</i> spp.	-	1	1	-
<i>Klebsiella</i> spp.	11	25	36	-
<i>Serratia marcescens</i>	1	2	3	-
<b>Gesamtzahl</b>	<b>21</b>	<b>66</b>	<b>87</b>	<b>-</b>

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

### Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Bei den 16 übermittelten Erkrankungen handelte es sich um zwei Kinder (5 bzw. 11 Jahre alt) sowie Erwachsene im Alter zwischen 21 und 76 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 53,5 Jahre). 9 Betroffene wurden stationär behandelt, darunter ein Pati-

ent mit meningitischer Symptomatik. Bis auf zwei Männer, die jeweils 3 Impfungen erhalten hatten, war bisher keiner gegen FSME geimpft worden. In den Fällen, in denen Angaben eruierbar waren, erfolgte die Infektion in einem bekannten FSME-Risikogebiet im Wohnumfeld bzw. während einer Reise (Österreich).

### Gasbrand

Ein 69 Jahre alter Mann mit schwerer Vorerkrankung (chronische lymphatische Leukämie) musste sich aufgrund bestehender Phlegmone am Gesäß und Oberschenkel einer Nekrektomie unterziehen. Trotz intensivmedizinischer Behandlung verschlechterte sich sein Allgemeinzustand und der Patient verstarb einige Tage später. Aus Wundmaterial wurde *Clostridium perfringens* nachgewiesen.

### Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv

Betroffen waren zwei Kinder (4 und 8 Jahre alt) sowie Erwachsene (6 Männer und 8 Frauen) im Alter zwischen 24 und 95 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 77 Jahre). Bei 11 Betroffenen wurde eine stationäre Behandlung angegeben, darunter ein 8 Jahre altes Mädchen und eine 67-Jährige mit meningitischer Symptomatik (Erregernachweis im Liquor). Je einmal konnte der Kapseltyp b bzw. Kapseltyp non-b sowie 7-mal nicht-typisierbarer *Haemophilus influenzae* diagnostiziert werden. Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

### Herpes zoster

Von den 558 übermittelten Fällen wurde einer als an der Krankheit verstorben gemeldet. Es handelte sich hierbei um eine 93-jährige Frau mit bestehenden Vorerkrankungen.

### Influenza

Es wurden im dritten Quartal 70 Influenza-A-Infektionen (darunter einmal Subtyp A(H1N1)pdm09), 11-mal Influenza B sowie 16-mal nicht nach A oder B differenzierte Influenza übermittelt. Ein 70 Jahre alter Mann im Zustand nach Stammzelltransplantation nach Diagnose einer myeloproliferativen Neoplasie erkrankte mit grippetypischer Symptomatik und verstarb trotz stationärer Behandlung an einer Infektion mit Influenzavirus B (PCR-Nachweis).

### Keuchhusten

Im Berichtszeitraum kamen 14 *Bordetella (B.) pertussis*- (davon zweimal vollständig gegen Pertussis geimpft) sowie 5 *B. parapertussis*-Erkrankungen zur Meldung.

Mit diesen übermittelten Erkrankungen blieb auch im dritten Quartal des Jahres 2023 die Zahl der Infektionen überaus deutlich unter dem 5-Jahres-Mittelwert (n = 31).

Zusätzlich kamen 30 Keimträger\*innen (19-mal *B. pertussis*, 11-mal *B. parapertussis*) zur Meldung, bei denen das klinische Bild fehlte bzw. nicht vollständig ausgeprägt war. Die meisten Fälle konnten bestehenden Häufungen zugeordnet werden.

### Legionellose

Die 27 übermittelten Fälle betrafen 19 Männer sowie 8 Frauen im Alter zwischen 31 und 89 Jahren (Altersmedian 61 Jahre), die mit Pneumonie erkrankten. 19 Patient\*innen mussten stationär behandelt werden. Die Erregernachweise wurden mittels Antigen-Nachweis aus Urin bzw. PCR-Nachweis aus Sekret des Respirationstraktes geführt. In vier Fällen erfolgte die Exposition vermutlich auf einem Campingplatz an der Ostseeküste, in

einem Fall während eines Kuraufenthaltes in Mecklenburg-Vorpommern, einmal wurde ein Hotelaufenthalt in Kroatien sowie einmal Urlaub in Ferienhäusern in Österreich und Kroatien angegeben. Weitere Infektionsursachen lagen wahrscheinlich im privaten/häuslichen Bereich.

Ein 51 Jahre alter Mann mit einer Morbus-Bechterew-Diagnose erkrankte mit einer Lungenentzündung und wurde aufgrund der Schwere der Symptomatik intensivmedizinisch behandelt, verstarb jedoch 2 Tage später infolge eines akuten Lungenversagens. Ein zweiter Todesfall betraf einen 64 Jahre alten Mann, der mit einer Lungenentzündung erkrankte und 3 Tage später an den Folgen der Infektion verstarb.

### Leptospirose

Ein 72 Jahre alter Mann erkrankte mit Nierenfunktionsstörungen und wurde stationär aufgenommen. Mittels Antikörpernachweis konnte eine Infektion mit *Leptospira interrogans* diagnostiziert werden. Während der Inkubationszeit befand sich der Betroffene auf Wanderurlaub in Österreich.

Weitere Fälle betrafen eine 25-Jährige und einen 72-Jährigen, die unter allgemeinen Krankheitszeichen litten. Der Mann wurde stationär aufgenommen. Die Bestätigung der Infektion erfolgte mittels Antikörpernachweis. Es fanden sich in beiden Fällen keine Hinweise auf die mögliche Infektionsquelle.

### Listeriose

Insgesamt wurden 14 Infektionen (10 Männer und 4 Frauen) im Alter zwischen 61 und 91 Jahren (Altersmedian: 82,5 Jahre) registriert. Der Erregernachweis gelang aus Blut der Betroffenen bzw. in einem Fall mit meningitischem Verlauf aus Liquor. Ein 80-Jähriger verstarb an den Folgen der Infektion.

### Malaria

Im Berichtszeitraum wurden sechs Fälle von Malaria tropica, zwei von Malaria tertiana und eine nicht spezifizierte Malaria übermittelt. Betroffen waren zwei 17-jährige afghanische Geflüchtete sowie vier Männer und drei Frauen im Alter zwischen 22 und 63 Jahren nach Aufhalten in Ghana, Kamerun, Nigeria, Togo bzw. Uganda. Vermutlich war in keinem Fall eine Malaria-Prophylaxe erfolgt.

Tabelle 2: Erkrankungen mit dem klinischen Bild Meningitis/Enzephalitis in Sachsen (Vergleich 3. Quartal 2023 zum 3. Quartal 2022)

Erreger	3. Quartal 2023			3. Quartal 2022		
	Erkrankung	Tod	Inzidenz	Erkrankung	Tod	Inzidenz
<b>bakterielle Erreger gesamt</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>0,29</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>0,20</b>
Borrelien	2	1	0,05	3	-	0,07
Haemophilus influenzae	2	-	0,05	-	-	-
Listerien	1	-	0,02	2	-	0,05
Meningokokken	1	1	0,02	-	-	-
Pneumokokken	5	1	0,12	2	-	0,05
Pseudomonas aeruginosa	-	-	-	1	-	0,02
Staphylococcus aureus (MRSA)	1	1	0,02	-	-	-
Streptokokken Gr. A	1	1	0,05	-	-	-
<b>virale Erreger gesamt</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>0,40</b>	<b>14</b>	<b>-</b>	<b>0,35</b>
Enterovirus	3	-	0,07	8	-	0,20
FSME-Virus	1	-	0,02	4	-	0,10
Varizella-Zoster-Virus	12	-	0,29	13	-	0,32
<b>Gesamtzahl</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>0,71</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>0,82</b>

## Meningitiden

Im Quartal wurden 29 Erkrankungen übermittelt. Durch welche Erreger diese verursacht waren, ist aus Tabelle 2 ersichtlich. Berücksichtigt sind hier nur die Fälle, bei denen der Erregernachweis aus dem Liquor der Patient\*innen erfolgte. Es kamen 5 Todesfälle zur Meldung.

### Meningokokken-Erkrankung, invasiv

Ein 9 Monate altes Mädchen erkrankte mit Fieber und Erbrechen. Aus Blut des Kindes gelang der Nachweis von Meningokokken der Serogruppe B. Das Kind hatte knapp 7 Wochen vor Erkrankungsbeginn eine erste Meningokokken B-Impfung erhalten.

Ein zweiter Fall betraf einen 20-Jährigen, der zunächst unspezifische klinische Beschwerden (Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit) zeigte, welche am folgenden Tag in Fieber, Krampfanfällen und Meningitis mündeten. Es erfolgte die stationäre Aufnahme. Trotz intensivmedizinischer Behandlung kam es zur Ausbildung eines septischen Bildes mit Petechien und Ekchymosen am ganzen Körper, in dessen Folge der junge Mann verstarb. Aus Liquor wurden Meningokokken der Serogruppe Y nachgewiesen. Der Patient war im Kindes- bzw. Jugendalter vollständig gegen die Serogruppen B und C geimpft worden.

### Mpox / Affenpocken

Es kam ein Fall von Mpox zur Meldung. Bei dem ungeimpften Betroffenen, der an Hautläsionen litt, handelte es sich um einen 27 Jahre alten Mann, der sexuellen Kontakt mit Männern angab. Die Infektion wurde mittels PCR bestätigt. Eine Hospitalisierung war nicht erforderlich. Dies war der erste im Jahr 2023 registrierte Fall in Sachsen.

### MRSA-Infektion (invasive Erkrankung)

Im Berichtszeitraum wurden 17 Infektionen übermittelt. Die Betroffenen waren Erwachsene im Alter zwischen 58 und 92 Jahren (Altersmedian: 71 Jahre). Die MRSA-Nachweise wurden aus Blut, in einem Fall zusätzlich mit meningitischer Symptomatik aus Liquor geführt. Letztgenannter, ein 77 Jahre alter Mann, verstarb an den Folgen der Infektion.

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

Im dritten Quartal des Jahres 2023 wurden 71 Fälle (53 Infektionen, 18 Kolonisationen) übermittelt. Betroffen waren 21 Kinder (zwischen 0 und 13 Jahren alt), 9 Jugendliche (zwischen 14 und 17 Jahren) sowie Erwachsene im Alter zwischen 18 und 83 Jahren (Median der Erwachsenen: 33 Jahre). Die Nachweise erfolgten aus verschiedenen Abstrichen der Patient\*innen. In drei Familien konnten unter den Haushaltsmitgliedern je vier Infektionen bzw. Kolonisationen erhoben werden.

### Norovirus-Gastroenteritis

Gegenüber dem Vorquartal ergab sich ein Rückgang der gemeldeten Norovirus-Infektionen um 20 %. Die Inzidenz lag bei 23 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und damit unter dem 5-Jahres-Mittelwert von 26 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Häufungen mit mindestens einem klinisch-laboridiagnostisch bestätigten Fall wurden aus je 6 Kindertagesstätten und Heimen für Senior\*innen, zwei Privathaushalten sowie einer medizinischen Einrichtung, einem Ferienlager und einem Wohnheim übermittelt.

Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

## Ornithose

Ein mit Fieber und Pneumonie erkrankter 48 Jahre alter Mann wurde stationär behandelt. Mittels PCR konnte eine Infektion mit *Chlamydophila psittaci* bestätigt werden. Die Ermittlungen im privaten Umfeld des Patienten ergaben den Kontakt mit Tauben und Hühnern. Ob veterinärmedizinische Maßnahmen ergriffen wurden, blieb unbekannt.

Ein weiterer Fall betraf einen 76 Jahre alten Mann mit Pneumonie und erhöhten Transaminasen, was eine stationäre Behandlung nötig machte. Die Infektion wurde mittels Antikörpernachweis bestätigt. Zur Infektionsquelle lagen keine Informationen vor.

### Pneumokokken-Erkrankung, invasiv

Bei den im Berichtszeitraum registrierten 39 Infektionen handelte es sich um Kinder (0, 1, 7 bzw. 9 Jahre alt) und um Erwachsene zwischen 36 und 94 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 68 Jahre). Die Kinder waren bisher nicht gegen Pneumokokken geimpft. Der Erregernachweis gelang aus Blut der Patient\*innen bzw. bei 5 Betroffenen mit meningitischem Verlauf aus Liquor.

Es verstarben 2 Männer im Alter von 71 und 81 Jahren sowie eine 40-jährige Frau (meningitischer Verlauf) an den Folgen der Infektion. Informationen zum Impfstatus lagen hier nicht vor.

### Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden 42 Nachweise (11 Infektionen und 31 Kolonisationen) erfasst. Der Altersmedian der Betroffenen lag bei 67 Jahren.

### Q-Fieber

Ein 61 Jahre alter Mann erkrankte mit einer Peritonitis und allgemeinen Krankheitszeichen. Er wurde zur Abklärung der Symptomatik stationär aufgenommen. Mittels IgM-Antikörpernachweis konnte eine Q-Fieber-Infektion diagnostiziert werden. Die Suche nach der Infektionsquelle erbrachte keine Ergebnisse.

### Rotavirus-Erkrankung

Mit 408 übermittelten Infektionen wurde im Vergleich zum Vorquartal (n = 1.211) ein Rückgang um 66 % verzeichnet. Die Neuerkrankungsrate lag mit 10 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes von 8,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Aus vier Kindertagesstätten und zwei Altenheimen wurden Ausbrüche mit je 2 bis 23 Erkrankten übermittelt.

Weiterhin kam der Tod eines 74 Jahre alten Mannes zur Meldung. Der Patient wurde stationär behandelt, verstarb jedoch kurze Zeit später.

### Salmonellose

Es wurde eine um 26 % höhere Neuerkrankungsrate (5,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) erreicht als im Vorquartal (3,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner); diese lag aber leicht unter dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes des 3. Quartals (5,8 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Mit rund 36 % dominierte der Serotyp *Salmonella* Enteritidis, gefolgt von *Salmonella* Typhimurium mit einem Anteil von 18 % am Gesamtvorkommen.

Es kamen keine Ausbrüche und Todesfälle zur Meldung.

## Shigellose

Von den 15 im Berichtszeitraum erfassten Fällen waren 11 durch *Shigella sonnei* bedingt. In vier weiteren Fällen erfolgte keine Differenzierung. Betroffen waren zwei Kinder (4 und 8 Jahre alt) sowie Erwachsene im Alter zwischen 18 und 62 Jahren. Bei 10 Infektionen wurden Auslandsaufenthalte in Ägypten, Indien, Jordanien bzw. Mexiko als Infektionsquelle eruiert.

## Subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE)

Ein 4 Jahre altes, aus Georgien stammendes Mädchen entwickelte seit etwa Januar 2023 eine SSPE-Symptomatik. Im Verlauf zeigten sich deutliche Entwicklungsrückschritte, tägliche Krampfanfälle mit rezidivierenden Episoden von Bewusstlosigkeit und Hirnfunktionsstörungen. Das Kind wurde im Juni stationär aufgenommen und die weiteren Untersuchungen (EEG-Veränderungen, erhöhte IgG-Masern-Antikörper in Liquor und Serum) bestätigten den Verdacht einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis.

Im Januar 2019, im Alter von 4 Monaten, war das Mädchen im Rahmen eines Ausbruchs in der Familie an einer Maserninfektion erkrankt. Masernimpfungen erfolgten erst nach der stattgehabten Infektion.

## Zytomegalievirus, angeborene Infektion

Aus Bronchialsekret eines im Juli in der 37. SSW entbundenen weiblichen Neugeborenen mit Atemanpassungsstörungen konnte Zytomegalievirus nachgewiesen werden. Eine Infektion der Kindsmutter während der Schwangerschaft war bekannt. Das Mädchen verstarb Anfang Oktober unter dem klinischen Bild einer respiratorischen Globalinsuffizienz als Folge der CMV-Infektion.

Bei zwei symptomlosen männlichen Neugeborenen wurde ebenfalls eine Infektion mit Zytomegalievirus nachgewiesen. Weitere Informationen lagen zu diesen Fällen nicht vor.

## Tod an sonstiger Infektionskrankheit

Die im dritten Quartal des Jahres 2023 übermittelten 45 Fälle betrafen Erwachsene im Alter zwischen 50 und 87 Jahren (Median: 80 Jahre).

Tabelle 3: Todesfälle gemäß IfSGMeldeVO § 1 (2) im 3. Quartal 2023

Erreger	Anzahl	Klinisches Bild
<i>Candida glabrata</i>	1	Pneumonie, Sepsis
<i>Enterobacter coli</i>	1	Dyspnoe, Hautläsionen, Sepsis
<i>Enterococcus faecalis</i>	1	Sepsis
<i>Escherichia coli</i>	11	Dyspnoe, Multiorganversagen, Sepsis
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	Pneumonie, Sepsis, Multiorganversagen
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	1	Pneumonie
<i>Proteus mirabilis</i>	3	Pneumonie, Urosepsis
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	Sepsis
<i>Staphylococcus spp.</i>	18	Sepsis
<i>Streptococcus spp.</i>	3	Sepsis, Multiorganversagen

Verantwortlich:

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

Übermittelte Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen  
3. Quartal 2023 und kumulativer Stand 2022 und 2023

	3. Quartal		kumulativ			
	27. - 39. MW MW 2023		1. - 39. MW 2023		1. - 39. MW 2022	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Acinetobacter-Nachweis <sup>1)</sup>	6		14	1	31	2
Adenovirus-Enteritis	344		1.455		2.122	1
Adenovirus-Infektion, respiratorisch	329		3.341		852	
Adenovirus-Konjunktivitis	18		165		26	
Amöbenruhr	3		16		16	
Arbovirus					1	
Astrovirus-Enteritis	118		501		911	
Borreliose	817	1	1.232	1	1.338	
Brucellose			1		1	
Campylobacter-Enteritis	1.438	1	2.708	1	2.874	
Chikungunyafieber			1		1	
Chlamydia-trachomatis-Infektion	1.044		3.094		2.970	
Clostridioides-difficile-Enteritis	680		2.038		2.203	
Clostridioides-difficile-Infektion - schwerer Verlauf	32	10	82	24	95	16
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	3.015	19	37.409	341	1.118.863	2.009
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	1	4	3	3	2
Denguefieber	15		31		9	
Diphtherie	4		6		8	
Echinokokkose	1		4		2	
Enterobacterales-Nachweis <sup>1)</sup>	87		238	1	199	3
Enterohämorrhagische Escherichia-coli-Erkrankung	72		145		86	
Enterovirusinfektion	382		941		489	382
Escherichia-coli-Enteritis	501		886		641	501
Fleckfieber			2			
Frühsommer-Meningoenzephalitis	16		24		32	16
Gasbrand	1	1	3	2	2	1
Giardiasis	66		179		122	66
Gonorrhoe	348		1.014		817	348
Gruppe-B-Streptokokken-Infektion	459		1.463		1.525	459
Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv	16		98	7	36	16
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch			2		6	1
Hantavirus-Erkrankung					2	
Hepatitis A	6		26		19	
Hepatitis B	122		426	1	318	1
Hepatitis C	66		225		203	
Hepatitis D	2		4		3	
Hepatitis E	99		296		209	1
Herpes zoster	558	1	1.523	1	1.257	1
Influenza	97	1	4.399	28	4.634	7
Keuchhusten	19		88		24	
Kryptosporidiose	121		189		148	
Legionellose	27	2	64	2	49	3
Leptospirose	3		5		6	
Listeriose	14	1	32	3	35	4
Malaria	9		17		11	1
Meningokokken-Erkrankung, invasiv	2	1	4	2	1	
Mpox/Affenpocken	1		1		80	



	3. Quartal		kumulativ			
	27. - 39. MW MW 2023		1. - 39. MW 2023		1. - 39. MW 2022	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
MRSA <sup>2)</sup> -Infektion, invasiv	17	1	63	5	50	9
CA <sup>3)</sup> -MRSA-Nachweis	71		137		68	
Mumps	2		5		6	
Mycoplasma-hominis-Infektion	605		1.802		1.235	
Mycoplasma-Infektion, respiratorisch	141		330		184	
Nicht-Cholera-Vibrionen-Infektion					3	1
Norovirus-Enteritis	951		4.079	2	4.093	3
Ornithose	2		2		2	
Parainfluenza-Infektion, respiratorisch	302		1.094	2	683	
Paratyphus			2			
Parvovirus-B19-Infektion	144		374		10	
Pneumokokken-Erkrankung, invasiv	39	3	306	13	133	10
Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis <sup>4)</sup>	42		110	4	98	2
Q-Fieber	1		3		1	
Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion	185		3.969	27	254	
Rotavirus-Erkrankung	408	1	2.556	2	3.123	2
Salmonellose	227		472		519	
Scharlach	261		2.903		221	
Shigellose	15		31		10	
Skabies	55		241		43	
Subakute sklerosierende Panenzephalitis	1		1			
Syphilis	76		286		212	
Tetanus			1			
Toxoplasmose	3		23		21	
Tuberkulose	27		94	2	113	7
Tularämie	4		6		2	
Typhus			4			
Windpocken	211		1.299		502	
Yersiniose	75		217		207	
Zytomegalievirus-Nachweis	228	1	614	1	396	
angeborene Infektion	3	1	8	1	7	
Tod an sonstiger Infektionskrankheit		45		110		75

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).

# HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2022

Nachfolgend werden die Zahlenberichte über die Ergebnisse der an der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen durchgeführten HIV-Untersuchungen im Jahr 2022 aufgeführt. Des Weiteren ist eine Zusammenstellung der vom Robert Koch-Institut (RKI) erhobenen HIV-Daten für Sachsen zu finden (Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>; Abfragedatum: 09.05.2023; Datenstand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

## Untersuchungsergebnisse der LUA Sachsen 2022

Die Labordiagnostik der HIV-Infektion an der LUA Sachsen basiert auf der Untersuchung von Serumproben zum Nachweis spezifischer Antikörper gegenüber den HI-Virustypen 1 (HIV-1) oder 2 (HIV-2) sowie von HIV-p24-Antigen im Rahmen einer Zweistufendiagnostik mit HIV-Screening- und Bestätigungstest. Zusätzlich besteht die diagnostische Möglichkeit zum quantitativen Nachweis viraler Nukleinsäure von HIV-1 (HIV-1-RNA). In Stufe 1 (HIV-Such-Test) wird die Serumprobe mit dem Antikörper-Antigen-Kombinationstest, einem ELISA-Testsystem der 4. Generation, untersucht. Bei einem positiven (reaktiven) bzw. grenzwertigen Ergebnis im HIV-Screening-Test wird die Serumprobe in Stufe 2 einem Antikörper-basierten Test Bestätigungstest (HIV-Immunoblot) unterzogen. Mit dem typspezifischen HIV-Immunoblot kann zusätzlich zwischen einer HIV-1- und HIV-2-Infektion differenziert werden.

Bei einer unklaren Befundkonstellation bzw. in einer anamnestischen oder klinischen „Sondersituation“ (beispielsweise Patient mit möglicher HIV-Exposition vor 1-3 Wochen und/oder Symptomatik eines akuten retroviralen Syndroms) kann die Labordiagnostik auf den Nachweis viraler Nukleinsäure von HIV-1 erweitert werden. Durch Einsatz einer quantitativen HIV-1-PCR-Methode (HIV-1-NAT/ Nukleinsäure-Amplifikations-Test) kann die Viruslast bestimmt werden. Allgemein wird der Nachweis einer Viruslast von mindestens 1.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml als Entscheidungsgrenze für die Bestätigung einer HIV-1-Infektion angesehen. (Die Nachweisgrenze der im Labor eingesetzten HIV-1-PCR-Methode liegt unter 50 HIV-1-RNA-Kopien/ml.)

Im Jahr 2022 wurden an der LUA Sachsen insgesamt 4.898 HIV-Screening-Untersuchungen durchgeführt (Tabelle 1). Die Covid-19-Pandemie und die damit verbundenen Maßnahmen beim Corona-Management im Freistaat Sachsen haben seit 2020 unter anderem auch zu einer zeitweiligen Aussetzung bzw. deutlichen Reduktion der STI (sexually transmitted infections) -Sprechstunden an den Gesundheitsämtern geführt. Damit war an der LUA Sachsen ein deutlicher Rückgang von Probeneinsendungen zu beobachten, da der Anteil der HIV-Untersuchungsanforderungen aus den STI-Sprechstunden am Gesamtprobeneingang an der LUA Sachsen jährlich gewöhnlich bei über 80 % liegt. Dieser in den Berichtsjahren 2020 und 2021 an der LUA Sachsen zu beobachtende rückläufige Trend bei den Untersuchungsanforderungen zum Ausschluss einer HIV-Infektion hat sich in 2022 nicht fortgesetzt. Im Vergleich zu 2021 war ein Anstieg von ca. 30 % zu beobachten (2021: 3.759 HIV-Screening-Teste). Der Untersuchungsumfang vom Berichtsjahr 2019, also aus der Zeit vor der Covid-19-Pandemie, wurde in 2022 nicht erreicht. Die Probenzahlen lagen ca. 42 % unter dem Jahreswert von 2019 (2019: 8.443 HIV-Screening-Teste).

Im Berichtsjahr waren von den 4.898 im HIV-Screening untersuchten Proben insgesamt 52 Seren (1,1 %) im Bestätigungstest (HIV-Immunoblot) positiv (Tabelle 1). Im Vorjahr lag dieser Prozentsatz ebenfalls bei 1,1 % (42 bestätigt positive HIV-Proben von 3.759 Seren). Wie in den Vorjahren handelte es sich auch im Berichtsjahr in allen Fällen um HIV-1-Infektionen. Bei keinem der HIV-Positiven wurden eindeutig Antikörper gegen das HI-Virus Typ 2 nachgewiesen.

Im Berichtsjahr wurden insgesamt 11 Blutproben molekularbiologisch mittels HIV-1-PCR untersucht. In zwei Fällen fiel das PCR-Testergebnis positiv aus und die jeweils ermittelte Viruslast von HIV-1-RNA lag bei über 1.000 Kopien/ml. Die entsprechenden Laborergebnisse zur serologischen Untersuchung (HIV-Screening-ELISA und HIV-Immunoblots) waren ebenfalls reaktiv. Die 52 im HIV-Immunoblot-positiven Blutproben im Berichtsjahr 2022 konnten 42 Patienten zugeordnet werden. Dies entspricht einer patientenbezogenen Positivenrate von 0,86 % (42/4.888). Im Vorjahr lag diese bei 0,83 % (31/3.748).

Unter den 42 HIV-Positiven von 2022 waren neun weibliche und 33 männliche Personen.

Für fünf der im Berichtsjahr HIV-positiv getesteten Personen lagen keine Angaben zum Herkunftsland vor. In sieben Fällen wurde als Herkunftsland Deutschland angegeben. 30 Personen waren nicht deutscher Herkunft. Dies entspricht einem Ausländer-Anteil von 71,4 % (30/42). Im Vorjahr lag dieser Anteil bei 41,9 % (13/31). Unter den ausländischen Personen waren 18 Personen als Asylsuchende registriert: vier Frauen aus der Ukraine und 14 Männer mit einer Herkunft aus Venezuela (n = 7), Ghana (n = 2), Georgien (n = 2) sowie jeweils eine Person aus Marokko, Nigeria und der Ukraine. Dies entspricht einem Anteil an Asylsuchenden unter den HIV-Positiven in 2022 von 42,9 % (18/42). Der Vorjahreswert lag bei 22,6 % (7/31). Als Herkunftsländer der ausländischen HIV-Infizierten Männer ohne Hinweis auf Asyl wurden China, Kolumbien, Nigeria, Peru, Schottland (jeweils eine Person) sowie die Ukraine (n = 4) und Venezuela (n = 3) genannt.

Die Zahlen der in 2022 für Sächsische Justizvollzugsanstalten durchgeführten HIV-Untersuchungen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Die Gebühren für die in der LUA im Jahr 2022 durchgeführten HIV-Untersuchungen belaufen sich auf folgende Summen: Gemäß dem 10. Sächsischen Kostenverzeichnis vom 16.08.2021 sind für einen HIV-ELISA-Test 13,99 €, für einen HIV-Bestätigungstest (Immunoblot) 48,57 € und für einen HIV-1-NAT 161,88 € zu veranschlagen.

Demnach wurden im Jahr 2022 für Gesundheitsämter, Justizvollzugsanstalten/Polizei und die Zentrale Ausländerbehörde (ZAB) HIV-Untersuchungen für insgesamt 77.492,06 € (68.523,02 € für HIV-Screening/ ELISA-Tests, 7.188,36 € für HIV-Immunoblots, 1.780,68 € für HIV-1-NATs) durchgeführt.

### Zeitliche Entwicklung der HIV-Neudiagnosen

Nachdem 2001 der bisherige Tiefpunkt der HIV-Erstdiagnosen in Deutschland erreicht worden war, stieg in den Folgejahren bis 2015 die Zahl der gemeldeten HIV-Neudiagnosen kontinuierlich an, insbesondere in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Im Jahr 2015 wurde mit 3.648 in Deutschland gemeldeten HIV-Erstdiagnosen der bisherige Gipfel der Meldezahlen seit 2001 beobachtet. In den Folgejahren von 2016 bis 2019 wurden bundesweit jährliche Meldezahlen zwischen 2.886 und 3.396 registriert. Im Berichtsjahr 2022 lag in Deutschland die Zahl der Menschen mit einer diagnostizierten HIV-Infektion bei 3.240, und im gesamten Zeitraum seit 2001 wurden insgesamt 61.791 HIV-Neuinfektionen gezählt.

Im Freistaat Sachsen ist eine ähnliche zeitliche Entwicklung der HIV-Neudiagnosen zwischen 2001 und 2019 zu beobachten: die höchste Fallzahl war in 2015 mit 181 HIV-Erstdiagnosen und in den Folgejahren von 2016 bis 2019 lag die Anzahl der HIV-Erstnachweise im Durchschnitt bei 122 (Tabelle 3). Von Anfang 2001 bis Ende 2022 sind aus Sachsen insgesamt 2.171 HIV-Erstdiagnosen erfasst worden (Tabelle 3, Abbildung 1 und 2).

Bei Betrachtung der HIV-Erstdiagnosen in den Jahren 2020 und 2021 ist eine deutliche Reduktion der Anzahl der HIV-Erstdiagnosen sowohl deutschlandweit, als auch im Freistaat Sachsen zu beobachten. Dagegen ist im Berichtsjahr 2022 ein deutlicher Zuwachs bei den registrierten HIV-Neudiagnosen im Freistaat Sachsen, als auch deutschlandweit zu beobachten (Abbildung 1, Abbildung 2). So war die Anzahl der HIV-Erstnachweise im Freistaat Sachsen um ca. 57 % gestiegen (2021: 93/ 2022: 146 HIV-Neuinfektionen). In ganz Deutschland betrug die Zunahme ca. 44 % (2021: 2.258/2022: 3.240 HIV-Neuinfektionen). Diese Entwicklung wird im Zusammenhang mit den durch die COVID-19-Pandemie bedingten Einschränkungen von Sexualkontakten sowie einer verminderten Inanspruchnahme bzw. Durchführung von STI-Sprechstunden und einer damit verbundenen, reduzierten Labordiagnostik gesehen. Im Kontext dazu und insbesondere seit 2019 kann ebenfalls ein Einfluss der HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP) auf das Infektionsgeschehen vermutet werden.

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

Es ist nach Schätzungen des RKI davon auszugehen, dass Ende 2021 in Deutschland >90.800 (85.300-96.000) Menschen mit HIV/AIDS lebten (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Deutschland - Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2021; <http://www.rki.de>).

Im Freistaat Sachsen sollten gemäß Schätzungen des RKI Ende 2021 ca. 3.200 (3.010-3.400) Menschen mit HIV/AIDS leben. Die Gesamtzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen in Sachsen im Jahr 2021 sollte bei 120 (100-140) liegen (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Sachsen - Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2020; <http://www.rki.de>).

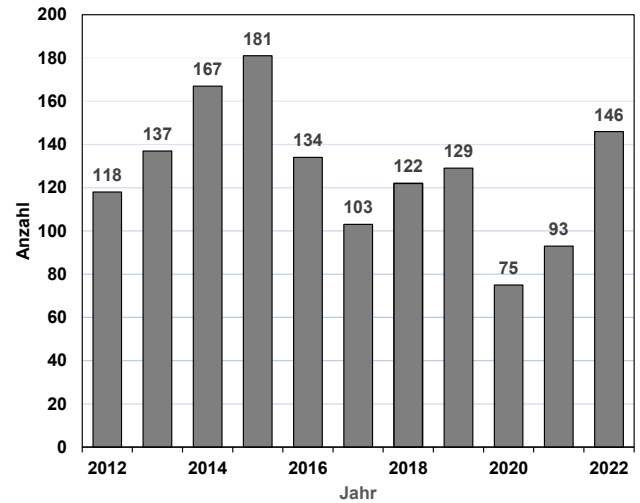


Abbildung 1: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen im Zeitverlauf, 2012-2022

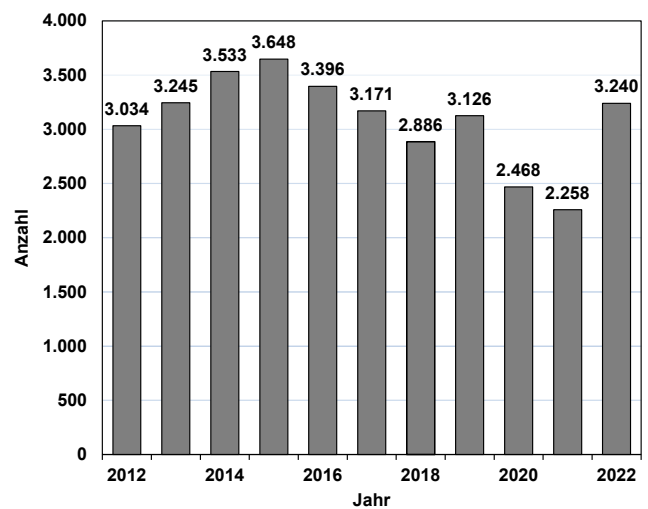


Abbildung 2: HIV-Erstdiagnosen in Deutschland im Zeitverlauf, 2012-2022

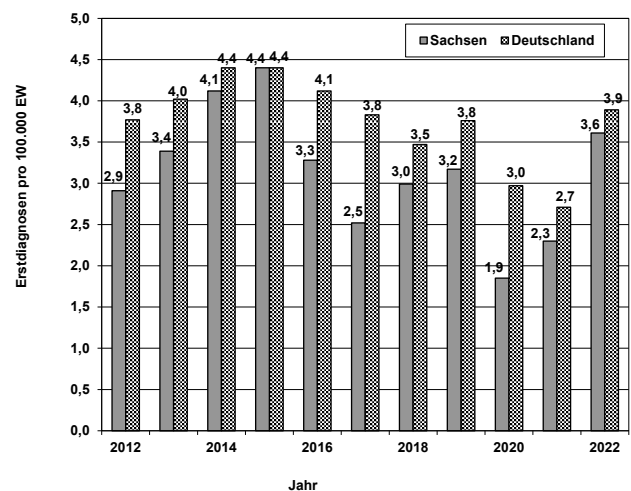


Abbildung 3: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen und Deutschland, 2012-2022

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

Ein Vergleich der Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen (gemeldete Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner) in Sachsen (Tabelle 5) und in Deutschland zwischen 2012 und 2022 zeigt die Abbildung 3. Im Berichtsjahr lag die Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen bei 3,6 pro 100.000 Einwohner und damit unter dem Bundesdurchschnitt von 3,9. Auch in den meisten vorangegangenen Berichtsjahren war die im Freistaat Sachsen beobachtete Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen unter dem jeweiligen bundesweiten Inzidenzwert. Im Jahr 2015 dagegen lagen die Inzidenzwerte in Deutschland und im Freistaat Sachsen mit jeweils 4,4 pro 100.000 Einwohner gleich auf.

### Geschlechts- und Altersverteilung bei HIV-Neudiagnosen

Im Berichtsjahr 2022 lag der prozentuale Anteil der männlichen HIV-positiven Personen bei 76,0 % und der der Frauen bei 24,0 %. Im Vergleich zum Vorjahr hatte sich der Prozentsatz der positiv getesteten weiblichen Personen nahezu verdoppelt (2021: 12,9 %). Der weibliche Anteil unter den HIV-positiv Getesteten in Sachsen lag damit im Berichtsjahr deutlich über dem Durchschnittswert von ca. 14 %, der für den Zeitraum von 2001 bis 2022 ermittelt wurde. Der entsprechende Durchschnittswert seit 2001 für das männliche Geschlecht wurde mit ca. 86 % angegeben. Das Geschlecht divers wurde bisher in einem Fall im Berichtsjahr 2019 angegeben (Tabelle 3, Abbildung 4).

Ca. 73 % aller HIV-Neudiagnosen im Freistaat Sachsen von 2001 bis 2022 wurden in den Altersgruppen von 25 bis 49 Jahren (1.577/2.171) erfasst, wobei die Altersgruppe der 30- bis 39- Jährigen mit ca. 33 % (718/2.171) den größten Anteil aufweist. Dagegen lagen die Altersgruppen der 25- bis 29-Jährigen und 40- bis 49-Jährigen mit ca. 20 % anteilig gleichauf (432 bzw. 427/2.171) (Tabelle 10, Abbildung 5, Abbildung 6).

Die jährliche Altersverteilung bei den gesicherten HIV-Erstdiagnosen in Sachsen zwischen 2015 und 2022 zeigt Abbildung 6. Die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen war im Durchschnitt am stärksten vertreten. Im Berichtsjahr lag deren Anteil bei ca. 41 %. Im Berichtsjahr 2022 sind im Vergleich zum Vorjahr in allen Altersgruppen zwischen 20 und 69 Jahren die absoluten Zahlen der HIV-Erstdiagnosen angestiegen. In einem Fall wurde eine HIV-Erstdiagnose in der Altersgruppe der 0- bis 14- Jährigen beobachtet, was letztmalig im Jahr 2018 auftrat.

Unter den altersspezifischen Inzidenzen der Gesamt-HIV-Erstdiagnosen (gemeldete Erstdiagnosen pro 100.000 der jeweiligen Altersgruppe) in Sachsen waren im Zeitraum 2001 bis 2022 die höchsten Werte bei den 25- bis 29- Jährigen (durchschnittlich 8,2 pro 100.000) zu verzeichnen, gefolgt von den 30- bis 39- Jährigen mit 6,2 pro 100.000 und den 20- bis 24- Jährigen mit 5,1 pro 100.000 (Tabelle 11). Im Jahr 2022 war die Inzidenz der HIV-Neudiagnosen bei den 30- bis 39- Jährigen mit 11,4 pro 100.000 am höchsten – gefolgt von den Altersgruppen der 25- bis 29- bzw. 40- bis 49-Jährigen mit 10,3 bzw. 7,3 pro 100.000. Bei weiterer Aufschlüsselung der Altersverteilung auf die Geschlechter ergibt sich in Sachsen im Zeitraum 2001 bis 2022 fol-

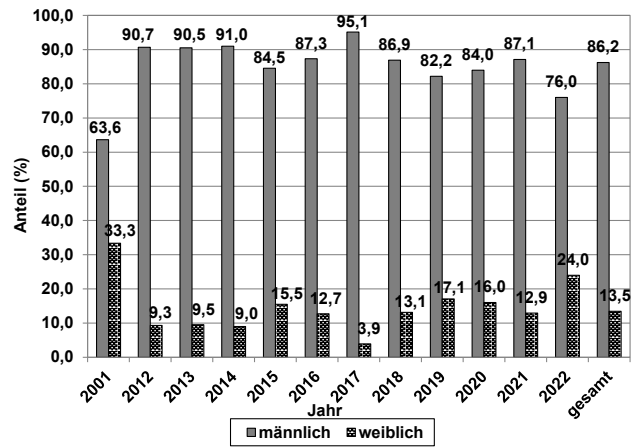


Abbildung 4: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Geschlecht und Diagnosejahr, 2001 und 2012-2022 (Angaben ohne Berücksichtigung der Fälle mit diversem Geschlecht)

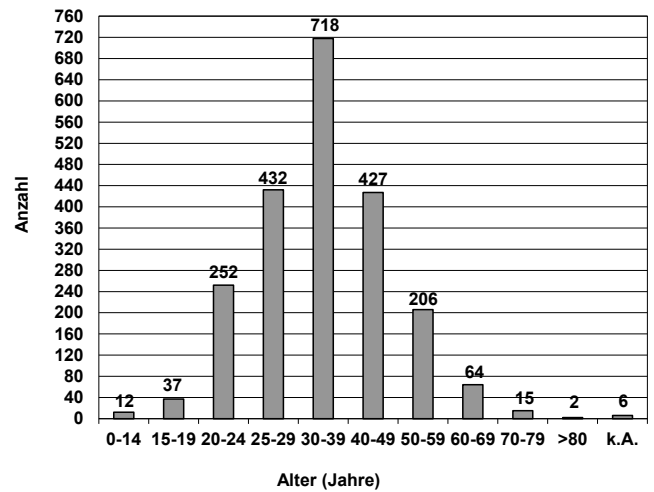


Abbildung 5: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen, 2001-2022

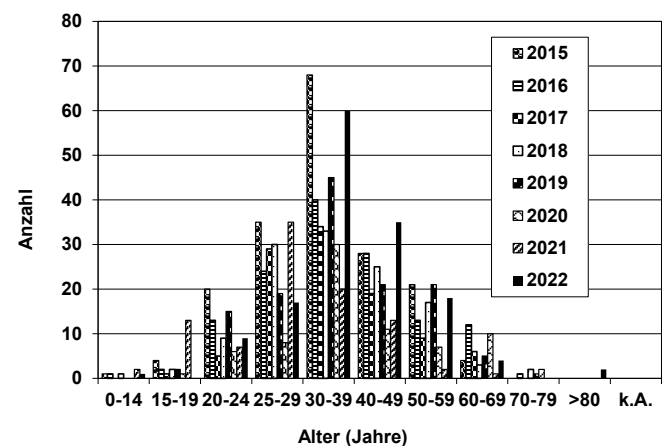


Abbildung 6: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Diagnosejahr, 2015-2022

gender Sachverhalt bezüglich der Anzahl der registrierten HIV- Erstdiagnosen: Mit jeweils ca. 33 % war der höchste Anteil an Neudiagnosen sowohl beim männlichen, als auch weiblichen Geschlecht bei den 30- bis 39- Jährigen zu beobachten. Vergleichbar ähnlich hohe Anteile von ca. 20 % waren bei den Männern und Frauen in den Altersgruppen von 20 bis 24 bzw. 40 bis 49 Jahren zu beobachten (Tabelle 10, Abbildung 7).

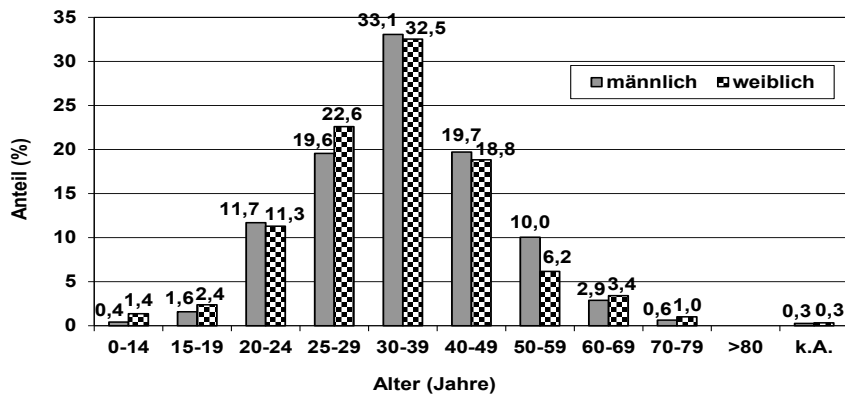


Abbildung 7: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2001-2022 (Darstellung ohne Berücksichtigung des einen Falls mit diversem Geschlecht in 2019)

Im Zeitraum 2001 bis 2022 lag die höchste altersspezifische Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen bei den Männern mit 13,0 pro 100.000 in der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren. Bei den Frauen wurde die höchste Inzidenz (6,8 pro 100.000) unter den 30- bis 39- Jährigen beobachtet (Tabelle 11).

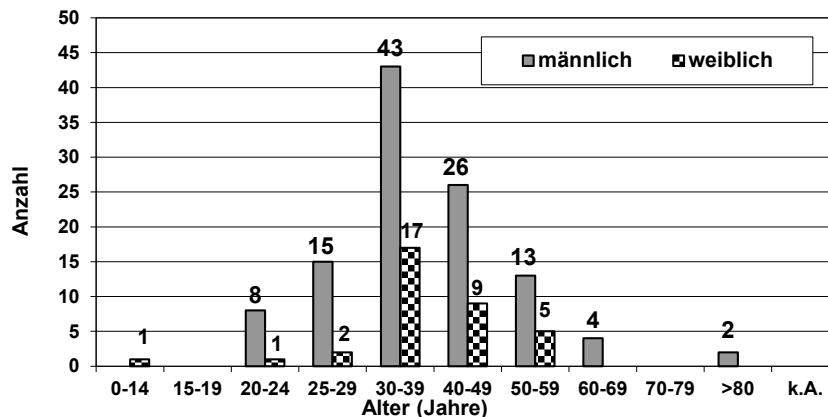


Abbildung 8: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2022 (Darstellung ohne Berücksichtigung des einen Falls mit diversem Geschlecht in 2019)

Im Berichtsjahr 2022 wurde mit 17,1 pro 100.000 der höchste Wert der altersspezifischen Inzidenz bei den männlichen HIV-Erstdiagnostizierten in der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren registriert. Ein ähnlich hoher Inzidenzwert von 15,5 pro 100.000 war bei den Männern zwischen 30 und 39 Jahren zu beobachten. Bei den Frauen dagegen lag die höchste altersspezifische Inzidenz mit 6,8 pro 100.000 bei den 30- bis 39-Jährigen (Tabelle 11, Abbildung 8, Abbildung 9).

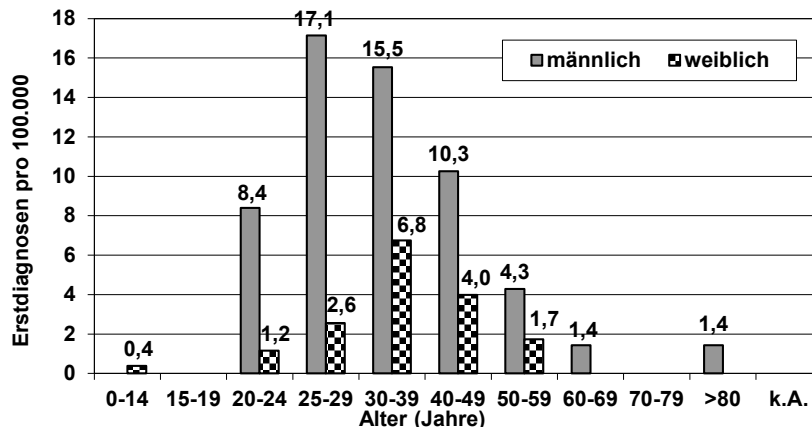


Abbildung 9: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2022 (Darstellung ohne Berücksichtigung des einen Falls mit diversem Geschlecht in 2019)

### Regionale Verteilung der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen

Von den insgesamt 146 im Jahr 2022 im Freistaat Sachsen neu diagnostizierten HIV-Infektionen stammten 52 (35,6 %) aus dem Stadtkreis Leipzig, 30 (20,5 %) aus dem Stadtkreis Dresden und 20 (13,7 %) aus dem Stadtkreis Chemnitz. Aus dem „übrigen Land“ wurden insgesamt 44 (30,1 %) HIV-Erstdiagnosen an das RKI gemeldet. Die geografische Verteilung der HIV-Erstdiagnosen im Berichtsjahr war im Wesentlichen auch in den Vorjahren zu beobachten. Rückblickend bis 2001 waren bisher nur einmalig im Jahr 2003 die HIV-Meldezahlen aus

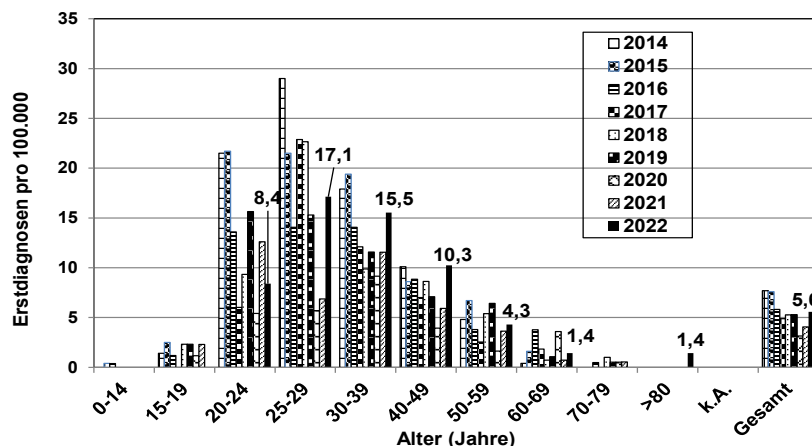


Abbildung 10: Altersspezifische Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen beim männlichen Geschlecht in Sachsen, 2015-2021



dem ländlichen Raum mit der Gesamtzahl aus den Ballungsräumen gleich auf (Tabelle 6).

Im Zeitraum 2001 bis 2022 wurden aus dem Freistaat Sachsen insgesamt 2.171 HIV-Erstdiagnosen gemeldet. Davon kamen ca. 36 % (776/2.171) aus dem Stadtkreis Leipzig, 23 % (500/2.171) aus dem Stadtkreis Dresden und ca. 12 % (264/2.171) aus dem Stadtkreis Chemnitz. Im „übrigen Land“ wurden ca. 29 % (631/2.171) der HIV-Erstdiagnosen erhoben (Tabelle 6, Abbildung 11, Abbildung 12).

Die regionale Verteilung der im Berichtsjahr 2022 im Freistaat Sachsen aus den Stadtkreisen bzw. aus dem „übrigen Land“ gemeldeten HIV-Neudiagnosen (146) im Vergleich zu den Vorjahren zeigt Abbildung 12. Im Berichtsjahr 2022 war ein ähnliches regionales Verteilungsmuster wie in den Jahren vor der COVID-19-Pandemie zu beobachten. Die mit Abstand meisten Meldungen zu HIV-Neudiagnosen kamen aus dem Stadtkreis Leipzig, gefolgt von den Meldezahlen aus dem „übrigen Land“, dem Stadtkreis Dresden und dem Stadtkreis Chemnitz.

Die Abbildung 13 zeigt die Inzidenzen der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner in den Stadtkreisen (Tabelle 7). Vergleichsweise auffällig war der deutliche Anstieg des Inzidenzwertes, der im Berichtsjahr für den Stadtkreis Chemnitz ermittelt wurde – von 2,9 im Vorjahr auf 8,2 pro 100.000 Einwohner in 2022, womit dieser Inzidenzwert auch nahezu dem Inzidenzwert vom Stadtkreis Leipzig (8,6 pro 100.000) entsprach.

Die Abbildung 14 stellt die Inzidenzen in den Regierungs-/ Direktionsbezirken/ Regionen Sachsens im zeitlichen Verlauf zwischen 2016 und 2022 sowie im Vergleich zum Jahr 2001 dar. Die Gesamtinzidenz für den Freistaat Sachsen lag im Berichtsjahr mit 3,6 pro 100.000 Einwohner über dem Vorjahreswert von 2,3 pro 100.000. Dabei war in den drei Regionen des Freistaates Dresden, Leipzig und Chemnitz ein Anstieg der Inzidenz der HIV-Neudiagnosen gegenüber dem jeweiligen Vorjahreswert zu beobachten (Tabelle 5). Wie in den zurückliegenden Berichtsjahren wurde auch in 2022 für die Region Leipzig die höchste Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen ermittelt, die auch wie in den Vorjahren über dem sachsenweiten Inzidenzwert lag.

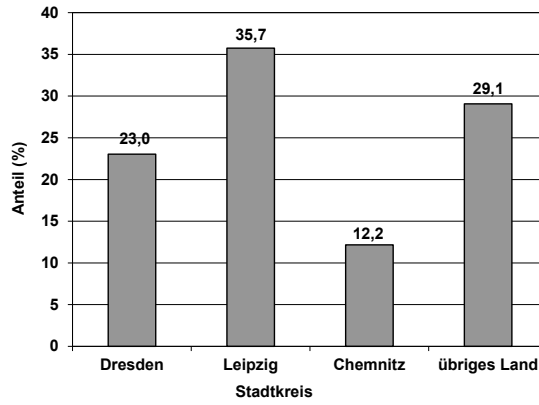


Abbildung 11: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Stadtkreisen, 2001-2022

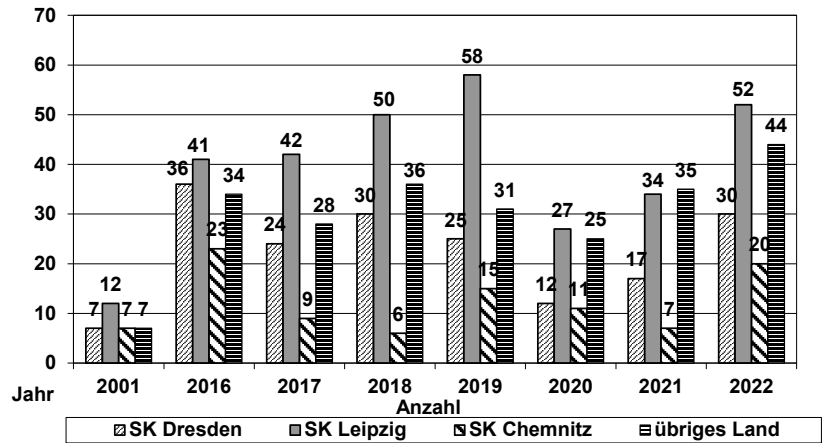


Abbildung 12: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Stadtkreisen, 2001 und 2016-2022

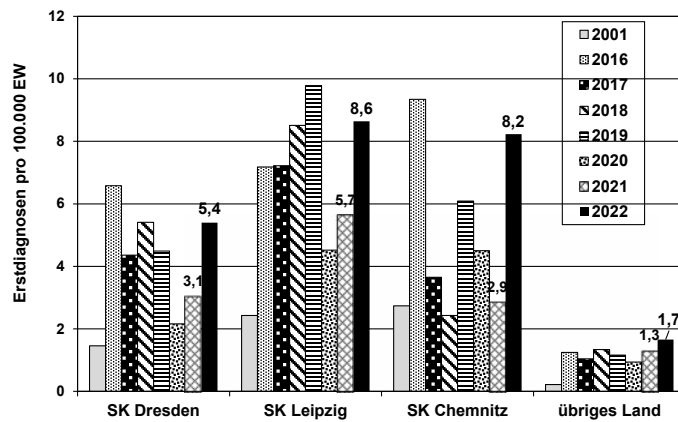


Abbildung 13: Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Stadtkreisen, 2001 und 2015-2021

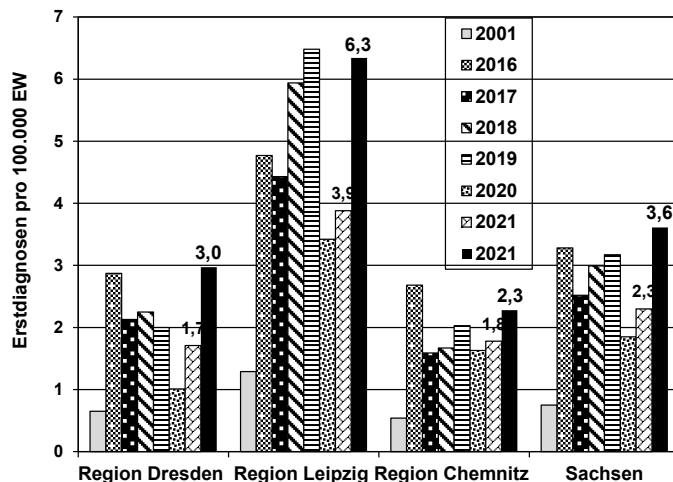


Abbildung 14: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Regionen, 2001 und 2015-2021

### Infektionsrisiko bei HIV-Infektionen

Angaben zum Infektionsrisiko im Zeitraum 2001 bis 2022 liegen im Freistaat Sachsen in ca. 80 % der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen vor (Tabelle 8, Abbildung 15).

Im oben genannten Zeitraum gaben im Durchschnitt 60,1 % der HIV-Positiven aus Sachsen als Infektionsrisiko Sex mit Männern an (MSM = Männer, die Sex mit Männern haben) an. Durch heterosexuelle Kontakte (Hetero) wurden im oben genannten Zeitraum im Freistaat Sachsen 16,2 % der HIV-Infektionen übertragen. Das dritthäufigste Infektionsrisiko für eine HIV-Infektion im oben genannten Zeitraum war der intravenöse-Drogengebrauch (IVDA) mit einem Anteil von 3,3 %. Bundesweit war ein ähnlicher Trend in den am meisten betroffenen Risikogruppen (MSM, Hetero, IVDA) zu beobachten.

Im Durchschnitt wurden bei einem Fünftel der HIV-Infektionen in Sachsen keine Aussagen zum Infektionsrisiko erhoben (Tabelle 8, Tabelle 9, Abbildung 15, Abbildung 16).

Deutschlandweit war seit 2001 bei steigenden HIV-Erstdiagnose-Meldungen parallel eine weitgehend kontinuierliche Zunahme der Anzahl von Männern, die Sex mit Männern haben, an den neu-diagnostizierten HIV-Infektionen zu beobachten. In Sachsen war im Jahr 2017 mit 81,6 % der seit 2001 höchste Anteil des Infektionsweges MSM unter den HIV-Erstdiagnostizierten zu verzeichnen. Im Berichtsjahr 2022 lag der Anteil von MSM an den Neudiagnosen im Freistaat Sachsen bei 40,4 % und somit deutlich unter dem Vorjahreswert von 62,4 % sowie unter dem Durchschnitt der Vorjahre seit 2004.

Der heterosexuelle Transmissionsweg lag in den Berichtsjahren seit 2001 im Freistaat Sachsen durchschnittlich bei 16,2 %. Im Berichtsjahr 2022 wurde dieser Übertragungsweg bei 30,1 % der HIV-Neudiagnosen angegeben. Damit war gegenüber dem Vorjahreswert von 11,8 % ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen (Tabelle 8, Tabelle 9, Abbildung 16). Zur Risikogruppe Hetero zählten im Berichtsjahr ca. 59 % Frauen und ca. 41 % männliche Personen.

Auch deutschlandweit war im Berichtsjahr 2022 der prozentuale Anteil der heterosexuellen Kontakte unter den HIV-Erstdiagnose-Meldungen von ca. 20 % im Vorjahr auf ca. 32 % gestiegen. Im Berichtsjahr wurde in einem Fall einer HIV-Erstdiagnose eine Mutter-Kind-Übertragung (PPI) gemeldet. Bei zeitlicher Betrachtung seit 2001 wurde dieser Übertragungsweg in 0,4 % der Fälle und letztmalig im Jahr 2018 angegeben.

Eine Aufschlüsselung des Infektionsrisikos im Freistaat Sachsen nach Stadtkreisen und das „übrige Land“ von 2001 bis 2022 zeigt die Abbildung 17. Für die Stadtkreise Dresden und Leipzig sowie für den Stadtkreis Chemnitz und das „übrige Land“ sind weitgehend gleichartige Verteilungsmuster bezüglich der einzelnen HIV-Transmissionsrisiken erkennbar. Für die Risikogruppe MSM war im oben genannten Zeitraum in den Stadtkreisen Dresden und Leipzig nahezu übereinstimmend ein durchschnittlicher Anteil von ca. 70 % zu verzeichnen (SK Dresden: 70,0 %, SK Leipzig: 67,3 %). Für den Stadtkreis Chemnitz, sowie für das „übrige Land“ wurde bezüglich MSM-Transmission ein Prozentsatz von 46,2 % bzw. von 49,1 % ermittelt. Das HIV-Übertragungsrisiko Hetero wurde im Stadtkreis Chemnitz und im „übrigen Land“ mit 20,8 % bzw. 20,0 % am häufigsten angegeben und jeweils damit der sächsische Durchschnittswert von 16,2 % überschritten. Im Stadtkreis Dresden war die Gruppe Hetero mit 10,4 % anteilig

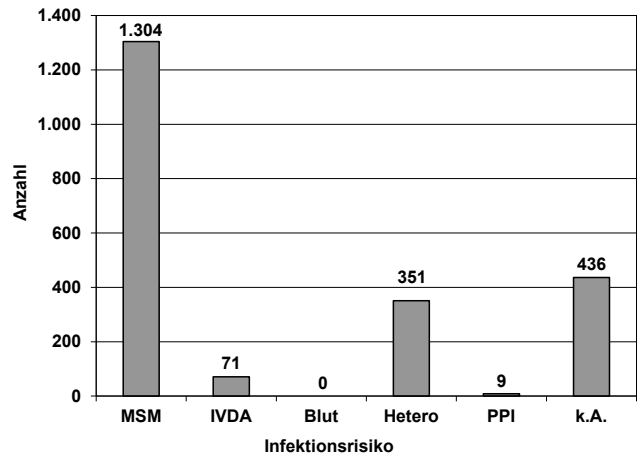


Abbildung 15: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko, 2001-2021

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

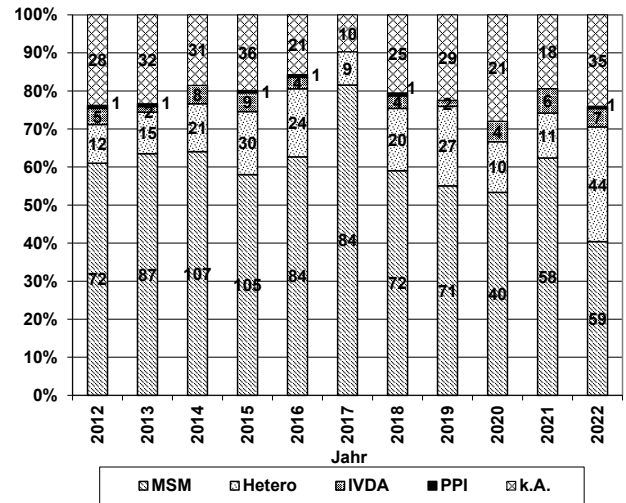


Abbildung 16: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Diagnosejahr, 2011-2022 (Legende siehe Abbildung 15)

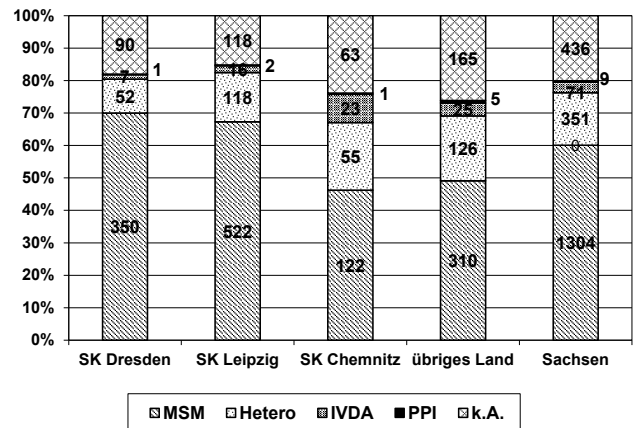


Abbildung 17: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Stadtkreisen, 2001-2021 (Legende siehe Abbildung 15)

am niedrigsten. Auch im Stadtkreis Leipzig lag der vergleichbare Anteil mit 15,2 % unter dem sächsischen Durchschnittswert.

Bei Betrachtung der Infektionsrisiken für das männliche und weibliche Geschlecht in Sachsen zeigt sich, dass von den Frauen im Zeitraum 2001 bis 2022 die HIV-Infektionen am häufigsten (ca. 78 %) durch heterosexuelle Kontakte erworben wurden. Ca. 70 % der Männer gaben im oben genannten Zeitraum sexuelle Kontakte mit Männern (MSM) und ca. 6 % heterosexuelle Kontakte als Infektionsrisiko an. Das dritthäufigste Übertragungsrisiko für eine HIV-Infektion in Sachsen, der i.v.-Drogengebrauch (IVDA), wurde von Frauen bei 4,1 % und von Männern bei 3,1 % der HIV-Neudiagnosen angegeben (Tabelle 9, Abbildung 18).

### AIDS-Erkrankungen

Nach Schätzungen des RKI soll die Gesamtzahl der Menschen, die Ende 2021 mit HIV/AIDS in Sachsen leben, bei ca. 3.200 (3.010–3.400) liegen.

Die Gesamtzahl der Todesfälle bei HIV-Infizierten in Sachsen seit Beginn der Epidemie bis Ende 2021 wird auf 260 (240–270) geschätzt. Im Jahr 2021 sollen im Freistaat 15 (10–20) Menschen aufgrund ihrer AIDS-Erkrankung verstorben sein (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Sachsen – Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2021; <http://www.rki.de>).

In Deutschland beträgt die vom RKI geschätzte Zahl der Menschen mit einer HIV-Infektion bis Ende 2021 insgesamt ca. 90.800 (85.300–96.000). Für Deutschland schätzt das RKI die Gesamtzahl der Todesfälle seit Beginn der Epidemie auf 32.400 (31.300–33.400). Im Jahr 2021 sollen 640 (600–690) Todesfälle bei HIV-Infizierten eingetreten sein (Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2021; <http://www.rki.de>).

### Zusammenfassung

Mit 146 HIV-Neudiagnosen in 2022 im Freistaat Sachsen war die Anzahl der HIV-Erstnachweise gegenüber dem Vorjahreswert um ca. 57 % gestiegen (93 HIV-Meldungen). Die Zahl der im Berichtsjahr registrierten HIV-Erstdiagnosen lag gleichzeitig um ca. 13 % über der Zahl der HIV-Neudiagnosen, die Jahr 2019, also im Berichtszeitraum vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie, beobachtet wurde (2019: 129 HIV-Erstdiagnosen).

Im Berichtsjahr 2022 wurden in den fünf neuen Bundesländern insgesamt 359 HIV-Erstnachweise registriert. Das entsprach im Vergleich zum Vorjahr einem Anstieg von einem Viertel (2021: 269 HIV-Erstdiagnosen), hingegen aber der Anzahl von bestätigten HIV-Antikörpertesten, die im Berichtsjahr 2019, also vor der Covid-19-Pandemie, beobachtet wurden (2019: 347 HIV-Erstdiagnosen).

Deutschlandweit lag die Zahl der HIV-Neudiagnosen im Berichtsjahr bei 3.240 und damit ca. 32 % über dem Vorjahreswert von 2.454, aber nahezu gleichauf zur Zahl der in 2019 insgesamt registrierten 3.126 HIV-Erstdiagnosen.

Im Berichtsjahr betrug die Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen im Freistaat Sachsen 3,6 pro 100.000 Einwohner – bei einem Bundesdurchschnitt von 3,9 pro 100.000. Im Vorjahr wurde für Sachsen eine Inzidenz von 2,3 und für Deutschland von 2,7 pro 100.000 Einwohner ermittelt.

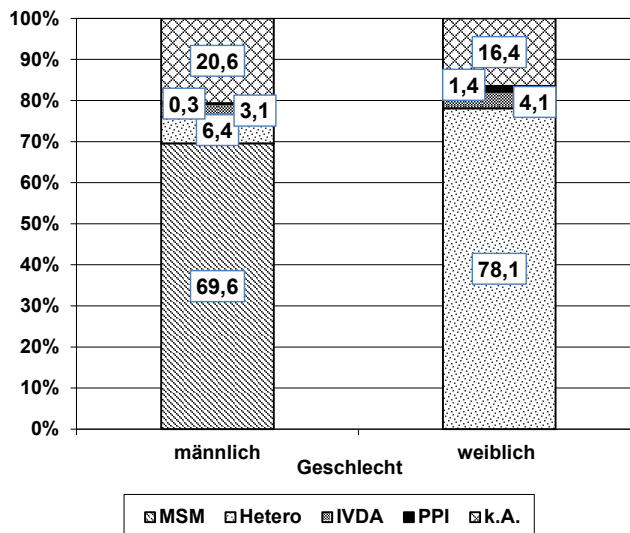


Abbildung 18: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Geschlecht, 2001–2021 (Darstellung ohne Berücksichtigung der Fälle mit diversem Geschlecht) Legende siehe Abbildung 15

Bezogen auf den Zeitraum 2001 bis 2022 waren in Sachsen 86,2 % der HIV-positiv Getesteten männlichen und 13,5 % weiblichen Geschlechts. In 0,3 % der Fälle lag keine Aussage zum Geschlecht der Betroffenen vor. Einmalig im Jahr 2019 wurde bei einer HIV-Erstdiagnose das Geschlecht divers angegeben.

Im Zeitraum 2001 bis 2022 wurde in Sachsen der größte Anteil an den HIV-Erstdiagnosen aus der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (ca. 33 %) gemeldet. In dieser Altersgruppe wurden die meisten Neudiagnosen sowohl beim weiblichen als auch beim männlichen Geschlecht gestellt (33,1 % bzw. 32,5 %). In den Altersgruppen der 25- bis 29- und der 40- bis 49-Jährigen lag der prozentuale Anteil an den HIV-Erstdiagnosen sowohl beim männlichen, als auch weiblichen Geschlecht bei ca. 20 %.

Die höchste altersspezifische Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen war im oben genannten Zeitraum mit 8,2 pro 100.000 Einwohner für die Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren ermittelt worden. Im Berichtsjahr 2022 wurde die höchste Inzidenz mit 11,4 pro 100.000 Einwohner bei den 30- bis 39-Jährigen beobachtet. Gleichzeitig wurde für die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mit 10,3 pro 100.000 ein ähnlich hoher Inzidenzwert bestimmt.

Bei den männlichen HIV-Erstdiagnostizierten zeigten sich die höchsten altersspezifischen Inzidenzen im Zeitraum 2001 bis 2022 bei den 25- bis 29-Jährigen mit 13,0 pro 100.000 Einwohner. Im Berichtsjahr war mit 17,1 pro 100.000 Einwohner die Inzidenz der für die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen diagnostizierten HIV-Neudiagnosen am größten.

In den Jahren von 2001 bis 2022 stammten durchschnittlich ca. 36 % der Erstdiagnosen bei HIV-Infizierten aus dem Stadtkreis Leipzig. Im Berichtsjahr 2022 ergab sich im Freistaat Sachsen folgende prozentuale Verteilung nach Stadtkreisen: 35,6 % im Stadtkreis Leipzig, 20,5 % im Stadtkreis Dresden und 13,7 % der HIV-Erstdiagnosen im Stadtkreis Chemnitz. Dabei hatte sich



im Stadtkreis Chemnitz der Anteil im Vergleich zum Vorjahr nahezu verdoppelt (2021: 7,5 %). In den Stadtkreisen Leipzig und Dresden ergaben sich im Berichtsjahr waren dagegen kaum Veränderungen bei der prozentualen Verteilung der HIV-Erstdiagnosen gegenüber dem Vorjahr zu beobachten (2021: 36,6 % bzw. 18,3 %). Der Anteil der HIV-Erstdiagnosen im „übrigen Land“ lag im Berichtsjahr bei 30,1 % und damit unter dem Vorjahreswert von 37,6 %. Im Jahr 2019, also vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie, lag der Anteil der HIV-Erstnachweise aus dem Stadtkreis Leipzig um ca. 10 % höher bei 45,0 %. In den Stadtkreisen Dresden und Chemnitz blieben die prozentualen Anteile dagegen vergleichsweise nahezu unverändert (19,4 % bzw. 11,6 %). Beim „übrigen Land“ zeigt sich folgende Konstellation: anteilig 24,0 % im Jahr 2019 und 30,1 % HIV-Neudiagnosen im Berichtsjahr 2022.

Die Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen in den Stadtkreisen Leipzig und Chemnitz lagen in 2022 nahezu übereinstimmend bei 8,6 bzw. 8,2 pro 100.000 Einwohner. Die Inzidenz, die für den Stadtkreis Dresden übermittelt wurde, lag bei 5,4 pro 100.000 und im „übrigen Land“ bei 1,7 pro 100.000 Einwohner. Der sächsische Mittelwert betrug im Berichtsjahr 3,6 pro 100.000 Einwohner und war damit ähnlich hoch wie im Jahr 2019 (3,2 pro 100.000) sowie höher als der Vorjahreswert von 2,3 pro 100.000 Einwohner.

Für die Region Leipzig wurde im Berichtsjahr eine Inzidenz der HIV-Neudiagnosen von 6,3 pro 100.000 Einwohner übermittelt. In den Regionen Dresden und Chemnitz wurden HIV-Erstdiagnosen-Inzidenzen von 3,0 bzw. 2,3 pro 100.000 Einwohner beobachtet.

Der Anteil des Transmissionsweges MSM an den neu diagnostizierten HIV-Infektionen betrug im Berichtsjahr 40,4 %. Der MSM-Anteil lag damit deutlich unter dem Vorjahreswert von 62,4 % sowie unter dem durchschnittlichen Niveau von 60,1 % (seit 2001). Dagegen war der prozentuale Anteil der Menschen, die sich in 2022 in Sachsen auf heterosexuellem Weg mit HIV infizierten, auf 30,1 % gestiegen. Im Vorjahr lag das heterosexuelle Übertragungsrisiko bei 11,8 % und seit 2001 im Durchschnitt bei 16,2 %. Der Anteil der weiblichen Personen beim heterosexuellen HIV-Übertragungsweg wurde im Berichtsjahr in ca. 59 % der Fälle beobachtet. Das dritthäufigste Infektionsrisiko für eine HIV-Infektion im Berichtsjahr in Sachsen war der intravenöse Gebrauch von Drogen. Im Vergleich zum Vorjahr war ein leichter Rückgang bei diesem HIV-Übertragungsweg von 6,5 % auf 4,8 % zu beobachten – bei einem jährlichen Mittelwert von 3,3 % seit 2001. Im Berichtsjahr wurde dem RKI aus Sachsen eine HIV-Neudiagnose durch Mutter-Kind-Übertragung gemeldet.

Bearbeiter: DB Ursula Reif

LUA Dresden

Anlagen: Tabellen 1 bis 12

**Tabelle 1: Ergebnisse der in der LUA Sachsen durchgeführten HIV-Antikörpertests im Jahr 2022 (bezogen auf positive Seren)**

	Chemnitz		Dresden		Leipzig		Gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1. HIV-Antigen/ Antikörper-Screening-Untersuchungen insgesamt	755	100,0	2.622	100,0	1.521	100,0	4.898	100,0
davon Frauen	245	32,5	883	33,7	503	33,1	1.631	33,3
1.1 davon im Bestätigungstest positiv	11	1,5	22	0,8	19	1,2	52	1,1
davon Frauen	4	0,5	6	0,2	2	0,1	12	0,2
2. anonyme Untersuchungen insgesamt	183	24,2	2.450	93,4	774	50,9	3.407	69,6
2.1 davon im Bestätigungstest positiv	2	0,3	14	0,5	5	0,3	19	0,4
3. Differenzierung nach Einsendern								
3.1 Gesundheitsämter	535	70,9	2.471	94,2	1.360	89,4	4.366	89,1
3.2 Justizvollzugsanstalten/Polizei	157	20,8	132	5,0	141	9,3	430	8,8
3.3 Krankenhäuser	0	0,0	16	0,6	0	0,0	16	0,3
3.4 sonstige	63	8,3	3	0,1	20	1,3	86	1,8
4. Differenzierung nach Personengruppen								
4.1 Personen mit häufig wechselnden Partnern	51	6,8	43	1,6	5	0,3	99	2,0
4.2 intravenöse Drogengebraucher	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.3 Asylbewerber	53	7,0	9	0,3	91	6,0	153	3,1
4.4 Hämophile/nach Bluttransfusion/Dialyse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.5 medizinisches Personal	1	0,1	16	0,6	0	0,0	17	0,3
4.6 ohne Angaben	650	86,1	2.554	97,4	1.425	93,7	4.629	94,5

**Tabelle 2: In der LUA Sachsen durchgeführte HIV-Antikörperteste für Sächsische Justizvollzugsanstalten im Jahr 2022**

	Anzahl der Untersuchungen	davon positiv im Bestätigungstest
<b>Region Chemnitz</b>	<b>122</b>	<b>0</b>
davon: Chemnitz	45	
Waldheim	74	
Zwickau	3	
<b>Region Dresden</b>	<b>53</b>	<b>2</b>
davon: Bautzen	9	
Dresden	11	1
Görlitz	33	1
Zeithain	0	
<b>Region Leipzig</b>	<b>141</b>	<b>0</b>
davon: Leipzig JV-Krankenhaus	49	
Regis-Breitingen	87	
Torgau	5	
<b>Gesamt</b>	<b>316</b>	<b>2</b>

Tabelle 3: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Geschlecht  
(RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Geschlecht						divers			Gesamt	
	männlich		weiblich		unbekannt		absolut		%	absolut	%
	absolut	%	absolut	%	absolut	%					
2001	21	63,6	11	33,3	1	3,0				33	100
2002	37	90,2	4	9,8	0	0,0				41	100
2003	19	63,3	10	33,3	1	3,3				30	100
2004	43	79,6	10	18,5	1	1,9				54	100
2005	55	83,3	11	16,7	0	0,0				66	100
2006	56	86,2	9	13,8	0	0,0				65	100
2007	79	92,9	5	5,9	1	1,2				85	100
2008	70	87,5	9	11,3	1	1,3				80	100
2009	78	89,7	9	10,3	0	0,0				87	100
2010	92	83,6	18	16,4	0	0,0				110	100
2011	102	91,1	10	8,9	0	0,0				112	100
2012	107	90,7	11	9,3	0	0,0				118	100
2013	124	90,5	13	9,5	0	0,0				137	100
2014	152	91,0	15	9,0	0	0,0				167	100
2015	153	84,5	28	15,5	0	0,0				181	100
2016	117	87,3	17	12,7	0	0,0				134	100
2017	98	95,1	4	3,9	1	1,0				103	100
2018	106	86,9	16	13,1	0	0,0				122	100
2019	106	82,2	22	17,1	0	0,0	1	0,8		129	100
2020	63	84,0	12	16,0	0	0,0				75	100
2021	81	87,1	12	12,9	0	0,0				93	100
2022	111	76,0	35	24,0	0	0,0				146	100
<b>Gesamt</b>	<b>1.872</b>	<b>86,2</b>	<b>292</b>	<b>13,5</b>	<b>6</b>	<b>0,3</b>	<b>1</b>	<b>0,0</b>		<b>2.171</b>	<b>100</b>

Tabelle 4: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Region  
(RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Dresden		Region Leipzig		Chemnitz		Sachsen Gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
2001	11	33,3	13	39,4	9	27,3	33	100
2002	16	39,0	15	36,6	10	24,4	41	100
2003	4	13,3	18	60,0	8	26,7	30	100
2004	16	29,6	29	53,7	9	16,7	54	100
2005	21	31,8	27	40,9	18	27,3	66	100
2006	23	35,4	22	33,8	20	30,8	65	100
2007	29	34,1	29	34,1	27	31,8	85	100
2008	29	36,3	38	47,5	13	16,3	80	100
2009	29	33,3	34	39,1	24	27,6	87	100
2010	39	35,5	54	49,1	17	15,5	110	100
2011	55	49,1	33	29,5	24	21,4	112	100
2012	30	25,4	57	48,3	31	26,3	118	100
2013	47	34,3	48	35,0	42	30,7	137	100
2014	45	26,9	65	38,9	57	34,1	167	100
2015	64	35,4	67	37,0	50	27,6	181	100
2016	46	34,3	49	36,6	39	29,1	134	100
2017	34	33,0	46	44,7	23	22,3	103	100
2018	36	29,5	62	50,8	24	19,7	122	100
2019	32	24,8	68	52,7	29	22,5	129	100
2020	16	21,3	36	48,0	23	30,7	75	100
2021	27	29,0	41	44,1	25	26,9	93	100
2022	47	32,2	67	45,9	32	21,9	146	100
<b>Gesamt</b>	<b>696</b>	<b>32,1</b>	<b>920</b>	<b>42,4</b>	<b>555</b>	<b>25,6</b>	<b>2.171</b>	<b>100</b>

Tabelle 5: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 in Sachsen nach Diagnosejahr und Region (RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Region			Sachsen Gesamt
	Dresden	Leipzig	Chemnitz	
2001	0,7	1,3	0,5	0,8
2002	1,0	1,5	0,6	0,9
2003	0,2	1,8	0,5	0,7
2004	1,0	2,9	0,6	1,3
2005	1,3	2,7	1,1	1,5
2006	1,4	2,2	1,3	1,5
2007	1,8	2,9	1,7	2,0
2008	1,8	3,8	0,8	1,9
2009	1,8	3,4	1,6	2,1
2010	2,4	5,4	1,1	2,7
2011	3,4	3,3	1,6	2,7
2012	1,9	5,8	2,1	2,9
2013	3,0	4,9	2,9	3,4
2014	2,8	6,5	3,9	4,1
2015	4,0	6,6	3,4	4,4
2016	2,9	4,8	2,7	3,3
2017	2,1	4,4	1,6	2,5
2018	2,3	5,9	1,7	3,0
2019	2,0	6,5	2,0	3,2
2020	1,0	3,4	1,6	1,9
2021	1,7	3,9	1,8	2,3
2022	3,0	6,3	2,3	3,6
<b>Gesamt</b>	<b>2,0</b>	<b>4,1</b>	<b>1,7</b>	<b>2,4</b>

Tabelle 6: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Stadtkreis (RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Stadtkreis								Gesamt	
	Dresden		Leipzig		Chemnitz		Übriges Land		absolut	%
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		
2001	7	21,2	12	36,4	7	21,2	7	21,2	33	100
2002	12	29,3	13	31,7	4	9,8	12	29,3	41	100
2003	1	3,3	12	40,0	2	6,7	15	50,0	30	100
2004	13	24,1	27	50,0	4	7,4	10	18,5	54	100
2005	13	19,7	26	39,4	6	9,1	21	31,8	66	100
2006	16	24,6	18	27,7	7	10,8	24	36,9	65	100
2007	19	22,4	23	27,1	10	11,8	33	38,8	85	100
2008	21	26,3	32	40,0	4	5,0	23	28,8	80	100
2009	18	20,7	31	35,6	10	11,5	28	32,2	87	100
2010	29	26,4	45	40,9	7	6,4	29	26,4	110	100
2011	37	33,0	30	26,8	11	9,8	34	30,4	112	100
2012	22	18,6	45	38,1	15	12,7	36	30,5	118	100
2013	36	26,3	39	28,5	27	19,7	35	25,5	137	100
2014	35	21,0	59	35,3	31	18,6	42	25,1	167	100
2015	47	26,0	59	32,6	27	14,9	48	26,5	181	100
2016	36	26,9	41	30,6	23	17,2	34	25,4	134	100
2017	24	23,3	42	40,8	9	8,7	28	27,2	103	100
2018	30	24,6	50	41,0	6	4,9	36	29,5	122	100
2019	25	19,4	58	45,0	15	11,6	31	24,0	129	100
2020	12	16,0	27	36,0	11	14,7	25	33,3	75	100
2021	17	18,3	34	36,6	7	7,5	35	37,6	93	100
2022	30	20,5	52	35,6	20	13,7	44	30,1	146	100
<b>Gesamt</b>	<b>500</b>	<b>23,0</b>	<b>776</b>	<b>35,7</b>	<b>264</b>	<b>12,2</b>	<b>631</b>	<b>29,1</b>	<b>2.171</b>	<b>100</b>

Tabelle 7: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 in Sachsen nach Diagnosejahr und Stadtkreis (RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Stadtkreis				Sachsen Gesamt
	Dresden	Leipzig	Chemnitz	Übriges Land	
2001	1,5	2,4	2,7	0,2	0,8
2002	2,5	2,6	1,6	0,4	0,9
2003	0,2	2,4	0,8	0,5	0,7
2004	2,7	5,4	1,6	0,3	1,3
2005	2,6	5,2	2,4	0,7	1,5
2006	3,2	3,6	2,9	0,8	1,5
2007	3,7	4,5	4,1	1,1	2,0
2008	4,1	6,2	1,6	0,8	1,9
2009	3,5	6,0	4,1	1,0	2,1
2010	5,5	8,6	2,9	1,0	2,7
2011	7,0	5,6	4,5	1,2	2,7
2012	4,2	8,6	6,2	1,3	2,9
2013	6,8	7,3	11,2	1,3	3,4
2014	6,5	10,8	12,7	1,5	4,1
2015	8,6	10,5	10,9	1,8	4,4
2016	6,6	7,2	9,3	1,3	3,3
2017	4,4	7,2	3,7	1,0	2,5
2018	5,4	8,5	2,4	1,3	3,0
2019	4,5	9,8	6,1	1,2	3,2
2020	2,2	4,5	4,5	0,9	1,9
2021	3,1	5,7	2,9	1,3	2,3
2022	5,4	8,6	8,2	1,7	3,6
<b>Gesamt</b>	<b>4,3</b>	<b>6,5</b>	<b>4,9</b>	<b>1,0</b>	<b>2,4</b>

Tabelle 8: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Übertragungsweg (RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Übertragungsweg												Gesamt	
	MSM		IVDA		Blut		Hetero		PPI		k. A.		absolut	%
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		
2001	8	24,2	1	3,0	0	0,0	17	51,5	1	3,0	6	18,2	33	100
2002	20	48,8	2	4,9	0	0,0	9	22,0	0	0,0	10	24,4	41	100
2003	12	40,0	0	0,0	0	0,0	13	43,3	0	0,0	5	16,7	30	100
2004	34	63,0	2	3,7	0	0,0	9	16,7	1	1,9	8	14,8	54	100
2005	44	66,7	1	1,5	0	0,0	13	19,7	0	0,0	8	12,1	66	100
2006	33	50,8	3	4,6	0	0,0	8	12,3	0	0,0	21	32,3	65	100
2007	55	64,7	4	4,7	0	0,0	8	9,4	1	1,2	17	20,0	85	100
2008	52	65,0	0	0,0	0	0,0	9	11,3	0	0,0	19	23,8	80	100
2009	64	73,6	2	2,3	0	0,0	10	11,5	0	0,0	11	12,6	87	100
2010	63	57,3	3	2,7	0	0,0	16	14,5	0	0,0	28	25,5	110	100
2011	78	69,6	2	1,8	0	0,0	15	13,4	0	0,0	17	15,2	112	100
2012	72	61,0	5	4,2	0	0,0	12	10,2	1	0,8	28	23,7	118	100
2013	87	63,5	2	1,5	0	0,0	15	10,9	1	0,7	32	23,4	137	100
2014	106	63,5	8	4,8	0	0,0	21	12,6	0	0,0	32	19,2	167	100
2015	105	58,0	9	5,0	0	0,0	30	16,6	1	0,6	36	19,9	181	100
2016	84	62,7	4	3,0	0	0,0	24	17,9	1	0,7	21	15,7	134	100
2017	84	81,6	0	0,0	0	0,0	9	8,7	0	0,0	10	9,7	103	100
2018	72	59,0	4	3,3	0	0,0	20	16,4	1	0,8	25	20,5	122	100
2019	71	55,0	2	1,6	0	0,0	27	20,9	0	0,0	29	22,5	129	100
2020	40	53,3	4	5,3	0	0,0	10	13,3	0	0,0	21	28,0	75	100
2021	58	62,4	6	6,5	0	0,0	11	11,8	0	0,0	18	19,4	93	100
2022	59	40,4	7	4,8	0	0,0	44	30,1	1	0,7	35	24,0	146	100
<b>Gesamt</b>	<b>1.304</b>	<b>60,1</b>	<b>71</b>	<b>3,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>351</b>	<b>16,2</b>	<b>9</b>	<b>0,4</b>	<b>436</b>	<b>20,1</b>	<b>2.171</b>	<b>100</b>

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

Tabelle 9: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr, Geschlecht und Übertragungsweg (RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Geschlecht	Infektionsrisiko					k. A.	Gesamt
		MSM	IVDA	Blut	Hetero	PPI		
2001	männlich	8	1	0	6	1	5	21
	weiblich	0	0	0	10	0	1	11
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2002	männlich	20	2	0	5	0	10	37
	weiblich	0	0	0	4	0	0	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2003	männlich	12	0	0	3	0	4	19
	weiblich	0	0	0	9	0	1	10
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2004	männlich	34	2	0	1	0	6	43
	weiblich	0	0	0	7	1	2	10
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2005	männlich	44	1	0	3	0	7	55
	weiblich	0	0	0	10	0	1	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2006	männlich	33	2	0	2	0	19	56
	weiblich	0	1	0	6	0	2	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2007	männlich	55	3	0	3	1	17	79
	weiblich	0	0	0	5	0	0	5
	unbekannt	0	1	0	0	0	0	1
2008	männlich	52	0	0	5	0	13	70
	weiblich	0	0	0	4	0	5	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	1
2009	männlich	64	2	0	3	0	9	78
	weiblich	0	0	0	7	0	2	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2010	männlich	62	2	0	2	0	25	91
	weiblich	0	1	0	14	0	3	18
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2011	männlich	78	2	0	5	0	17	102
	weiblich	0	0	0	10	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2012	männlich	72	3	0	6	1	25	107
	weiblich	0	2	0	6	0	3	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2013	männlich	87	2	0	7	0	28	124
	weiblich	0	0	0	8	1	4	13
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2014	männlich	106	8	0	9	0	29	152
	weiblich	0	0	0	12	0	3	15
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2015	männlich	105	6	0	10	1	31	153
	weiblich	0	3	0	20	0	5	28
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2016	männlich	84	4	0	8	1	20	117
	weiblich	0	0	0	16	0	1	17
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0

Jahr	Geschlecht	Infektionsrisiko						Gesamt
		MSM	IVDA	Blut	Hetero	PPI	k. A.	
2017	männlich	84	0	0	6	0	8	98
	weiblich	0	0	0	3	0	1	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	1
2018	männlich	72	4	0	7	0	23	106
	weiblich	0	0	0	13	1	2	16
	unbekannt	0	1	0	3	0	1	5
2019	männlich	70	1	0	8	0	27	106
	weiblich	0	1	0	19	0	2	22
	divers	1	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2020	männlich	40	3	0	0	0	20	63
	weiblich	0	1	0	10	0	1	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2021	männlich	58	6	0	3	0	14	81
	weiblich	0	0	0	8	0	4	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2022	männlich	59	4	0	18	0	30	111
	weiblich	0	3	0	26	1	5	35
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2001 bis 2022	männlich	1.303	58	0	120	5	386	1.872
	weiblich	0	12	0	228	4	48	292
	divers	1	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	1	0	3	0	2	6

Legende s. Tabelle 8

**Tabelle 10: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr, Geschlecht und Altersgruppe (RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)**

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										Gesamt	
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		k. A.
2001	männlich	1	2	2	6	4	3	2	0	1	0	0	21
	weiblich	0	0	3	1	5	1	0	0	0	0	1	11
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2002	männlich	0	0	4	6	15	10	2	0	0	0	0	37
	weiblich	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2003	männlich	0	0	1	4	9	4	0	1	0	0	0	19
	weiblich	0	0	0	4	4	1	0	1	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2004	männlich	0	1	6	8	13	8	6	0	0	0	1	43
	weiblich	1	0	2	2	3	1	1	0	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2005	männlich	0	0	6	10	24	13	1	1	0	0	0	55
	weiblich	0	1	2	2	4	1	0	1	0	0	0	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2006	männlich	2	1	3	15	17	14	3	0	0	0	1	56
	weiblich	0	0	4	4	0	1	0	0	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										Gesamt	
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		k. A.
2007	männlich	1	1	10	14	26	18	7	1	0	0	1	79
	weiblich	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2008	männlich	0	1	8	11	26	18	3	3	0	0	0	70
	weiblich	0	0	2	2	2	2	1	0	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2009	männlich	0	0	8	14	28	22	1	3	1	0	1	78
	weiblich	0	0	3	3	0	3	0	0	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	männlich	0	4	22	17	30	11	8	0	0	0	0	92
	weiblich	0	1	3	5	3	3	1	1	1	0	0	18
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2011	männlich	0	3	12	27	25	27	8	0	0	0	0	102
	weiblich	0	0	0	5	3	2	1	0	0	0	0	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2012	männlich	1	3	19	28	27	12	12	4	0	0	1	107
	weiblich	0	0	0	5	3	2	1	0	0	0	0	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	männlich	0	3	18	21	40	26	13	0	3	0	0	124
	weiblich	1	0	1	5	4	2	0	0	0	0	0	13
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	männlich	0	1	19	41	47	28	15	1	0	0	0	152
	weiblich	0	0	1	3	5	3	1	1	1	0	0	15
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	männlich	1	2	18	31	53	23	21	4	0	0	0	153
	weiblich	0	2	2	4	15	5	0	0	0	0	0	28
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2016	männlich	1	1	11	19	39	23	12	10	1	0	0	117
	weiblich	0	1	2	5	1	5	1	2	0	0	0	17
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2017	männlich	0	0	5	28	34	18	8	5	0	0	0	98
	weiblich	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2018	männlich	0	2	8	25	28	22	17	2	2	0	0	106
	weiblich	1	0	1	5	5	3	0	1	0	0	0	16
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2019	männlich	0	2	14	15	33	18	20	3	1	0	0	106
	weiblich	0	0	1	4	11	3	1	2	0	0	0	22
	divers	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2020	männlich	0	1	5	5	26	10	5	10	1	0	0	63
	weiblich	0	0	1	3	4	1	2	0	1	0	0	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2021	männlich	0	2	12	6	32	15	11	2	1	0	0	81
	weiblich	0	0	1	1	3	5	2	0	0	0	0	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										k. A.	Gesamt
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		
2022	männlich	0	0	8	15	43	26	13	4	0	2	0	111
	weiblich	1	0	1	2	17	9	5	0	0	0	0	35
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001-2022	männlich	8	30	219	366	619	369	188	54	12	2	5	1.872
	weiblich	4	7	33	66	95	55	18	10	3	0	1	292
	divers	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	6
Gesamt		12	37	252	432	718	427	206	64	15	2	6	2.171

Tabelle 11: Altersspezifische Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 in Sachsen nach Diagnosejahr und Geschlecht (RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										k.A.	Gesamt
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		
2001	männlich	0,4	1,3	1,3	4,8	1,2	0,9	0,7	0,0	0,7	0,0		1,0
	weiblich	0,0	0,0	2,3	0,9	1,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,2	0,7	1,4	3,5	1,5	0,6	0,4	0,0	0,3	0,0		0,8
2002	männlich	0,0	0,0	2,6	4,8	4,6	2,9	0,7	0,0	0,0	0,0		1,8
	weiblich	0,0	0,0	0,8	0,9	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0		0,2
	Gesamt	0,0	0,0	1,8	3,0	2,6	1,6	0,4	0,0	0,0	0,0		0,9
2003	männlich	0,0	0,0	0,7	3,1	2,9	1,2	0,0	0,3	0,0	0,0		0,9
	weiblich	0,0	0,0	0,0	3,6	1,4	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,0	0,0	0,4	3,3	2,4	0,7	0,0	0,3	0,0	0,0		0,7
2004	männlich	0,4	0,7	4,0	5,9	4,4	2,3	2,2	0,0	0,0	0,0		2,1
	weiblich	0,5	0,0	1,5	1,7	1,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,2	0,4	2,8	4,0	3,0	1,3	1,3	0,0	0,0	0,0		1,3
2005	männlich	0,0	0,0	4,0	7,1	8,5	3,8	0,4	0,4	0,0	0,0		2,6
	weiblich	0,0	0,8	1,5	1,7	1,6	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,0	0,4	2,8	4,6	5,2	2,1	0,2	0,3	0,0	0,0		1,5
2006	männlich	0,9	0,8	2,1	10,3	6,2	4,1	1,0	0,0	0,0	0,0		2,7
	weiblich	0,0	0,0	3,0	3,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0		0,4
	Gesamt	0,5	0,4	2,5	7,0	3,3	2,2	0,5	0,0	0,0	0,0		1,5
2007	männlich	0,4	0,9	6,9	9,7	9,7	5,2	2,3	0,4	0,0	0,0		3,8
	weiblich	0,0	1,0	0,8	0,8	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0		0,2
	Gesamt	0,2	1,0	4,0	5,5	5,4	3,0	1,1	0,2	0,0	0,0		2,0
2008	männlich	0,0	1,1	5,6	7,7	9,9	5,3	1,0	1,2	0,0	0,0		3,4
	weiblich	0,0	0,0	1,5	1,6	0,9	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0		0,4
	Gesamt	0,0	0,6	3,3	4,8	5,7	3,2	0,6	0,6	0,0	0,0		1,9
2009	männlich	0,0	0,0	5,7	9,8	10,8	6,5	0,3	1,2	0,5	0,0		3,8
	weiblich	0,0	0,0	2,3	2,4	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0		0,4
	Gesamt	0,0	0,0	4,1	6,3	5,8	3,9	0,2	0,6	0,2	0,0		2,1
2010	männlich	0,0	6,1	16,0	12,0	11,7	3,3	2,5	0,0	0,0	0,0		4,5
	weiblich	0,0	1,6	2,4	4,0	1,3	1,0	0,3	0,4	0,4	0,0		0,9
	Gesamt	0,0	3,9	9,5	8,2	6,9	2,2	1,4	0,2	0,2	0,0		2,7
2011	männlich	0,0	4,7	9,4	19,1	9,8	8,3	2,5	0,0	0,0	0,0		5,0
	weiblich	0,0	0,0	0,9	2,4	0,9	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,0	2,4	5,3	11,2	5,5	4,8	1,4	0,0	0,0	0,0		2,7
2012	männlich	0,4	4,7	17,1	20,2	10,8	4,0	3,9	1,7	0,0	0,0		5,4
	weiblich	0,0	0,0	0,0	4,0	1,4	0,7	0,3	0,0	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,2	2,4	8,8	12,6	6,4	2,4	2,1	0,8	0,0	0,0		2,9

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										Gesamt	
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		k.A.
2013	männlich	0,0	4,4	18,3	15,1	15,6	9,0	4,2	0,0	1,3	0,0		6,3
	weiblich	0,4	0,0	1,1	4,0	1,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0		0,6
	Gesamt	0,2	2,3	10,0	9,8	9,1	5,1	2,1	0,0	0,6	0,0		3,4
2014	männlich	0,0	1,4	21,5	29,0	17,9	10,1	4,8	0,4	0,0	0,0		7,7
	weiblich	0,0	0,0	1,2	2,4	2,2	1,2	0,3	0,4	0,3	0,0		0,7
	Gesamt	0,0	0,7	11,7	16,4	10,5	5,9	2,6	0,4	0,2	0,0		4,1
2015	männlich	0,4	2,5	21,7	21,5	19,4	8,6	6,6	1,6	0,0	0,0		7,6
	weiblich	0,0	2,7	2,7	3,1	6,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0		1,4
	Gesamt	0,2	2,6	12,8	12,9	13,2	5,5	3,3	0,8	0,0	0,0		4,4
2016	männlich	0,4	1,2	13,6	14,1	14,1	8,9	3,8	3,8	0,5	0,0		5,8
	weiblich	0,0	1,3	2,8	4,2	0,4	2,2	0,3	0,7	0,0	0,0		0,8
	Gesamt	0,2	1,3	8,5	9,4	7,6	5,7	2,1	2,2	0,2	0,0		3,3
2017	männlich	0,0	0,0	6,0	22,9	12,1	7,0	2,5	1,8	0,0	0,0		4,9
	weiblich	0,0	1,3	0,0	0,9	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0		0,2
	Gesamt	0,0	0,6	3,2	12,5	6,4	3,9	1,4	1,1	0,0	0,0		2,5
2018	männlich	0,0	2,3	9,3	22,7	9,9	8,6	5,4	0,7	1,0	0,0		5,3
	weiblich	0,4	0,0	1,3	5,1	2,0	1,3	0,0	0,3	0,0	0,0		0,8
	Gesamt	0,2	1,2	5,5	14,4	6,1	5,2	2,7	0,5	0,5	0,0		3,0
2019	männlich	0,0	2,3	15,6	15,3	11,6	7,1	6,4	1,1	0,5	0,0		5,3
	weiblich	0,0	0,0	1,2	4,5	4,3	1,3	0,3	0,7	0,0	0,0		1,1
	Gesamt	0,0	1,2	8,8	10,2	8,3	4,4	3,4	0,9	0,2	0,0		3,2
2020	männlich	0,0	1,2	5,4	5,7	9,1	3,9	1,6	3,6	0,5	0,0		3,2
	weiblich	0,0	0,0	1,2	3,8	1,6	0,4	0,7	0,0	0,4	0,0		0,6
	Gesamt	0,0	0,6	3,4	4,8	5,5	2,3	1,2	1,7	0,5	0,0		1,9
2021	männlich	0,0	2,3	12,6	6,9	11,6	5,9	3,6	0,7	0,5	0,0		4,1
	weiblich	0,0	0,0	1,2	1,3	1,2	2,2	0,7	0,0	0,0	0,0		0,6
	Gesamt	0,0	1,2	7,1	4,2	6,6	4,2	2,2	0,3	0,2	0,0		2,3
2022	männlich	0,0	0,0	8,4	17,1	15,5	10,3	4,3	1,4	0,0	0,0		5,6
	weiblich	0,4	0,0	1,2	2,6	6,8	4,0	1,7	0,0	0,0	0,0		1,7
	Gesamt	0,2	0,0	4,9	10,3	11,4	7,3	3,0	0,7	0,0	0,5		3,6
2001-2022	männlich	0,1	1,4	8,4	13,0	10,1	5,5	2,8	0,9	0,3	0,0		4,2
	weiblich	0,1	0,4	1,4	2,6	6,8	4,0	1,7	0,2	0,1	0,0		1,7
	Gesamt	0,1	0,9	5,1	8,2	6,2	3,3	1,5	0,5	0,2	0,0		2,4

Tabelle 12: Bestätigte HIV-Antikörperteste in der BRD und den NBL  
(RKI SurvStat Stand: 01.05.2023, bis Ende Februar 2023)

Bundesland	Anzahl der positiven HIV-Bestätigungsteste 01.01.2001-31.12.2022	Anzahl der positiven HIV-Bestätigungsteste 2022	Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner 2022
Brandenburg	1.085	69	2,7
Mecklenburg-Vorpommern	846	54	3,4
Sachsen	2.171	146	3,6
Sachsen-Anhalt	1.067	56	2,6
Thüringen	620	34	1,6
NBL gesamt	5.789	359	2,9
Deutschland	61.782	3.240	3,9

# Steradiene – Raffinierter Verfälschung auf der Spur

Hochwertige, kaltgepresste Öle erfreuen sich in Deutschland zunehmender Beliebtheit. Unter „Kaltgepressten Speiseölen“ versteht man im Sinne der Leitsätze für Speisefette und Speiseöle der Deutschen Lebensmittelbuchkommission „Speisefette und Speiseöle welche ohne Wärmezufuhr ausschließlich durch mechanische Verfahren gewonnen werden. Sie werden nicht raffiniert (weder entschleimt noch entsäuert noch gebleicht noch desodoriert) oder fraktioniert. Zur Entfernung der Trübstoffe sind Dekantieren, Filtrieren, Entwachsen (Winterisieren), Zentrifugieren – auch in Kombination – üblich...“ [1]

Olivenöle werden nicht von den oben genannten Leitsätzen erfasst, da hier durch die drei Verordnungen VO (EU) 1308/2013, Delegierte VO (EU) 2022/2104 sowie Delegierte VO (EU) 2022/2105 die Qualität und Vermarktung von Olivenölen innerhalb der EU sichergestellt wird. Entsprechend Anhang VII Teil VIII der VO (EU) 1308/2013 bezeichnet der Ausdruck „native Olivenöle“ Öle, die aus der Frucht des Ölbaumes ausschließlich durch mechanische oder sonstige physikalische Verfahren unter Bedingungen, die nicht zu einer Verschlechterung des Öls führen, gewonnen wurden und die keine andere Behandlung erfahren haben als Waschen, Dekantieren, Zentrifugieren und Filtrieren, ausgenommen Öle, die durch Lösungsmittel, durch chemische oder biochemische Hilfsmittel oder durch Wieder-

veresterungsverfahren gewonnen wurden, sowie jede Mischung mit Ölen anderer Art.

Lebensmittelbetrug durch Verschnitt von nativen Olivenölen mit minderwertigen Speiseölen und schlechteren Olivenölqualitäten (raffinierten Olivenölen) ist hier nichts Neues und – überspitzt formuliert – „in aller Munde“.

In der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen, am Standort Chemnitz, wurde nunmehr eine weitere Prüfmethode zur Authentifizierung von nativen Olivenölen sowie auch anderer kaltgepresster Speiseöle etabliert. Die Bestimmung von  $\Delta 3,5$ -Steradienen, insbesondere dem  $\Delta 3,5$ -Stigmastadien, mittels HPLC-DAD ermöglicht einen sehr empfindlichen Nachweis einer Verfälschung von nativen mit raffinierten Speiseölen.

Steradiene entstehen durch säurekatalysierte Wasserabspaltung aus den Sterinen während der Ölraffination, insbesondere bei der Bleichung, aber auch bei der Desodorierung von Fetten und Ölen bei hohen Temperaturen. Aus dem in den meisten Fetten und Ölen enthaltenen  $\beta$ -Sitosterin wird hierbei das  $\Delta 3,5$ -Stigmastadien gebildet (siehe Abbildung 2). [1]

Somit eignet sich die Methode besonders zum Nachweis von Verfälschungen nativer Olivenöle mit raffinierten pflanzlichen Ölen (Olivenöl, Oliventresteröl, Sonnenblumenöl, Palmöl usw.).



Abbildung 1: Olivenöle

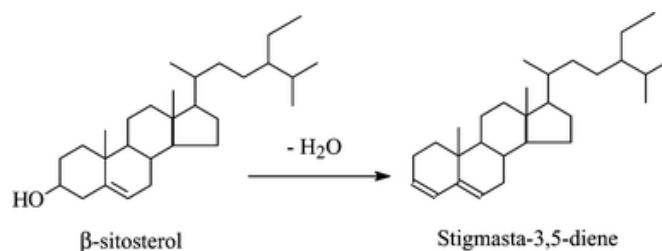


Abbildung 2: Abbau von  $\beta$ -Sitosterol zu  $\Delta 3,5$ -Stigmastadien (einem Steradien) unter Wasserabspaltung [2]

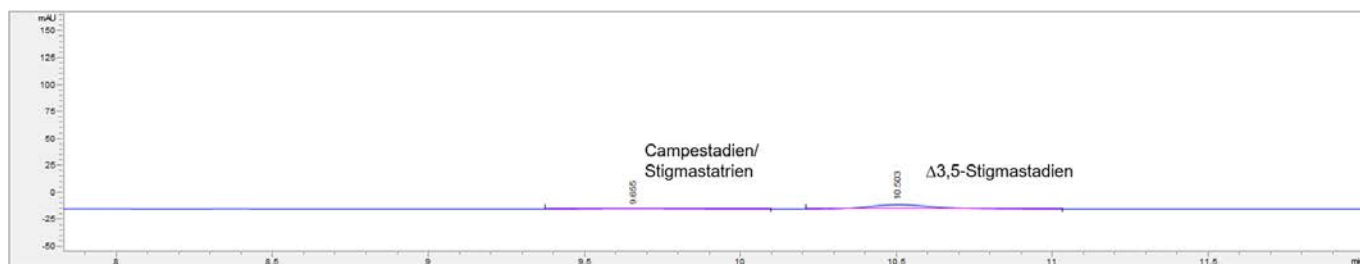


Abbildung 3: Ausschnitt HPLC-Chromatogramm einer Pflanzenölmischung (natives und raffiniertes Olivenöl) gemäß DGF C-VI 8b (20). Verfahren mit externem Standard, analysierter Gehalt an Stigmastadienen: 1,3 mg/kg

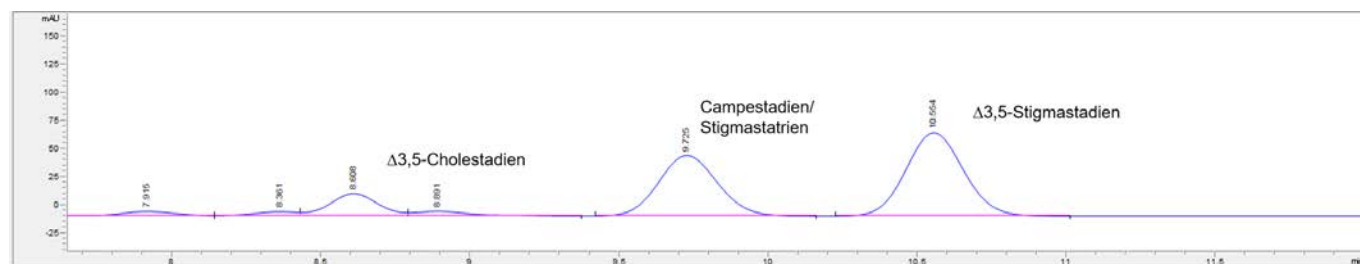


Abbildung 4: Ausschnitt HPLC-Chromatogramm eines Würzöls (Zutaten: Natives Olivenöl extra, Aroma) gemäß DGF C-VI 8b (20). Verfahren mit internem Standard, analysierter Gehalt an Stigmastadienen: 5,5 mg/kg

Die Bestimmung des Gehaltes an Stigmastadienen erfolgt an der LUA Sachsen gemäß der DGF-Einheitmethode C-VI 8b (20) über HPLC-DAD (siehe Abbildung 3 und 4). Als Trennsäule kommt eine RP-18 Phase (Länge 250 x 4 mm, 5 µm) zum Einsatz. Vorher werden die Steradiene an einer Kieselgelsäule als unpolare Fettbestandteile vom Großteil der übrigen Lipide abgetrennt und anschließend mittels Vakuumrotationsverdampfer aufkonzentriert. Die UV-Detektion erfolgt bei 235 nm. Mit Hilfe des Standards (intern oder extern)  $\Delta^3,5$ -Cholestadien kann der summarische Gehalt an Stigmastadienen abschließend quantitativ bestimmt werden.

Die delegierte VO (EU) 2022/2104 legt einen Grenzwert für Stigmastadiene von  $\leq 0,05$  mg/kg für die Kategorien natives Olivenöl extra und natives Olivenöl fest.

Abbildung 4 zeigt das Chromatogramm eines Würzöls, welches laut Deklaration nur aus nativem Olivenöl extra und Aroma bestehen soll. Dieses Öl wurde im Rahmen der Methodenetablierung in der LUA Sachsen untersucht. Es zeigte sich, dass hier ein Verschnitt mit raffiniertem Pflanzenöl vorliegt. Der entsprechende Gehalt an Stigmastadienen betrug 5,5 mg/kg und liegt damit weit über dem nach VO (EU) 2022/2104 festgeschriebenen Grenzwert von  $\leq 0,05$  mg/kg.

Für kaltgepresste Speiseöle anderer botanischer Herkunft als Oliven gibt es bislang noch keine gesetzlichen Regularien hinsichtlich des Gehaltes an Stigmastadienen. Hier gilt es eine Datensammlung aufzubauen, um zukünftig eine (un)beabsichtigte Vermischung mit raffinierten Öle festzustellen und zu bewerten.

#### Literatur:

- [1] DGF- Einheitmethode C-VI 8b (20)
- [2] Y. Pouilloux, G. Courtoisa, M. Boisseaua, A. Piccirilib, J. Barraulta: Solid base catalysts for the synthesis of phytosterol esters. Green Chem. 2003, 5, 89-91

Bearbeiter: Stephanie Kaden

LUA Chemnitz

# Die Angabe von Nährwerten und Zutaten bei alkoholischen Getränken, insbesondere beim Wein

## Zur Entstehungsgeschichte

Bislang sind alkoholische Getränke > 1,2 % vol von der Pflicht zur Angabe von Nährwerten und Zutaten befreit (vergleiche Artikel 16 Absatz 4 der VO (EU) Nr. 1169/2011 - LMIV). Die Kommission der Europäischen Union (KOM) hat 2017 einen Bericht vorgelegt, um darzulegen, ob alkoholische Getränke in Zukunft einer erweiterten Kennzeichnungspflicht unterliegen sollen. Objektive Gründe für die Beibehaltung der oben genannter Ausnahmeregelung wurden nicht gesehen. Die KOM ergreift keine eigene Initiative, sondern setzt auf die Selbstregulierung der Branche. Diese begreift diese Möglichkeit als Chance, dem Verbraucher nützliche Informationen an die Hand zu geben. Dabei war angedacht, den Brennwert durch eine einfache Methode auf der Grundlage des vorhandenen Alkoholgehaltes und des Restzuckers zu ermitteln und anzugeben. Der Nährwert (Fett, Kohlenhydrate, Eiweiß und Salz) wurde als redundant eingestuft, weil im Wein kaum vorhanden. Bei der Zutatenliste waren einige Detailfragen zu klären, z. B. hinsichtlich der Definition von Zutat (Abgrenzung zwischen Zusatzstoffen und technischen Hilfsstoffen), als auch der Verfahrensweise mit Stoffen, die im Herstellungsprozess umgewandelt werden (Zucker zu Alkohol).

Für Irritationen sorgte die Frage, ob eine sogenannte „off-label-Lösung“ (Angabe mittels QR-Code) Anwendung finden kann. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft sprach sich anfänglich gegen eine solche Variante aus. Unklar bleibt, wie dieses off-label in Form eines QR-Codes (Quick Response) erkennbar gemacht wird. Der Verbraucher muss in der Lage sein, diese Pflichtkennzeichnung als solche zu identifizieren.

## Der aktuelle Stand

Mit der Verordnung (EU) 2021/2117 wird die Deklaration von Wein und aromatisierten Weinerzeugnissen (aromatisierter Wein, aromatisierte weinhaltige Getränke – z. B. Glühwein – und aromatisierte weinhaltige Cocktails) den bisher bereits geltenden Regelungen für Lebensmittel angeglichen. Für andere alkoholische Getränke, z. B. Spirituosen, bleibt die bisherige Ausnahmeregelung jedoch vorerst bestehen, wengleich auch hier künftig entsprechende Änderungen zu erwarten sind.

Ab dem 08.12.2023 gehören das Zutatenverzeichnis und die Nährwertkennzeichnung zu den verpflichtend vorgeschriebenen Angaben gemäß Artikel 119 neue Buchstaben h) und i) der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 für Wein. Alle bis dahin hergestellten Weinerzeugnisse haben sogenannten Bestandsschutz. Die Verordnung betrifft auch Preislisten und Webshops.

Fakultativ ist eine off-label/e-label-Angabe möglich, die es dem Verbraucher ermöglicht, die gewünschten Informationen mittels Smartphone, Tablet oder ähnliches auszulesen (Abbildung 1). Das mobile Endgerät leitet den Verbraucher zu einer Internetseite („filehost-Dienst“), dort sind die Daten hinterlegt. Wichtig ist hierbei, dass jede Erhebung oder Nachverfolgung von Nutzerdaten und die Bereitstellung von Vermarktungsinformationen ausgeschlossen ist. Jedoch müssen der Brennwert und die Allergenkennzeichnung auch bei dieser Variante unmittelbar auf dem Etikett angegeben werden.

## Die Nährwertdeklaration

Sie muss Angaben zum Brennwert, Fettgehalt, gesättigten Fettsäuren, Kohlenhydraten, Zucker, Eiweiß und Salz grundsätzlich in tabellarischer Form enthalten. Die in Wein in vernachlässigbar kleinen Mengen an Fett, gesättigten Fettsäuren, Eiweiß und Salz können unterhalb der Tabelle angefügt werden mit der Einleitung: „Enthält geringfügige Mengen von ...“.

Kohlenhydrate, Zucker, Brennwert:

Die anzugebenden Zahlenwerte sind gemäß Artikel 31 Absatz 4 der LMIV Durchschnittswerte. Sie können entweder aus Analysendaten bzw. aus einer Berechnung auf der Grundlage der bekannten oder tatsächlichen Durchschnittswerte der verwendeten Zutat entnommen werden oder auch aus allgemein nachgewiesenen und akzeptierten Daten (Literaturangaben). Die Kohlenhydrate im Wein bestehen aus Zucker (Fruktose/Glukose) und Glycerin. Die Angabe kann mit einer Dezimalstelle auf 0,1 g genau erfolgen und ist auf 100 ml bezogen. Für Glycerin kann in der Regel ein fester Wert angenommen werden, da dieser nur einen geringen Einfluss auf den Kohlenhydratwert hat.

Toleranzen:

Im „EU-Leitfaden für zuständige Behörden – Kontrolle der Einhaltung der EU-Rechtsvorschriften in Bezug auf die Festlegung von Toleranzen für auf dem Etikett angegebene Nährwerte“ finden sich empfohlene Toleranzen, gestaffelt nach Mengen. Bei Mengen < 10 g/100ml ist die Toleranz +/- 2 g. Bei 10 bis 40 g/100ml beträgt sie +/- 20 %, darüber +/- 8 g/100ml.

## Das Zutatenverzeichnis

Es ist nur erforderlich, wenn der Wein aus mehr als einer Zutat besteht, beispielsweise benötigt angereicherter Wein – also Wein, dem zur Erhöhung des Alkoholgehaltes Zucker zugesetzt wurde – immer ein Zutatenverzeichnis. Alternativ zu ihrer Bezeichnung können auch die entsprechenden E-Nummern angegeben werden, denen jeweils der entsprechende Klassenname voranzustellen ist. Das Verzeichnis ist mit einer Überschrift zu versehen, in der der Begriff „Zutaten“ erscheint. Die Reihenfolge



Abbildung 1: Auslesen der Nährwertdeklaration bzw. des Zutatenverzeichnis

ist geordnet nach absteigendem Gehalt vorzunehmen. Dies gilt bis zu 2 %, darunter ist die Reihenfolge beliebig. Gegebenenfalls ist bei wert- und geschmacksgebenden Angaben die sogenannte QUID-Regelung (Quantitative Ingredient Declaration) einzuhalten (vergleiche Artikel 22 Absatz 1 LMIV).

Die erste Zutat ist immer Trauben, danach folgt meist Zucker/ Saccharose, ... Weiterhin kommen in Frage: Säureregulatoren, Stabilisatoren, Packgase wie Kohlendioxid oder Stickstoff, die den Sauerstoff bei der Abfüllung verdrängen („unter Schutzatmosphäre abgefüllt“), des Weiteren z. B. Konservierungsstoffe und Antioxidantien. Säureregulatoren und Stabilisatoren können mit „bzw.“ verbunden werden, auch wenn der Wein nur einen dieser Stoffe enthält. Damit soll eine spontane Entscheidung beim Zusatz bei der Abfüllung ermöglicht werden.

Da bisher keine Pflicht besteht, die Zutaten in „Begleitenden Verwaltungsdokumenten“ anzugeben, ist es anfänglich und bei älteren Weinjahrgängen erforderlich, beim Zukauf von Wein detaillierte Informationen vom Verkäufer des Weines anderweitig zu erheben.

### Allergene

Sie sind gemäß Art. 21 Abs. 1 Buchstabe b) LMIV im Zutatenverzeichnis hervorzuheben, z. B. durch die Schriftart oder den Schriftstil (Fettdruck) oder die Hintergrundfarbe. Bei codierter Angabe (QR-Code) sind die Sulfite zusätzlich mit „enthält Sulfite“ gesondert zu kennzeichnen.

### Die Sprachregelung

Die Lebensmittelinformationsverordnung (VO (EU) Nr. 1169/2011) verlangt eine „leicht verständliche Sprache“. Allerdings greift für Wein die Gemeinsame Marktorganisation für landwirtschaftliche Erzeugnisse (VO (EU) Nr. 1308/2013) als Spezialvorschrift, somit ist für obligatorische und fakultative Angaben eine Amtssprache der Gemeinschaft zu fordern. In der Konsequenz ergibt sich daraus, dass Zutaten und Nährwerte z. B. in Deutsch, Englisch, Französisch unter anderem gekennzeichnet werden dürfen, Allergene aber zwingend in der jeweiligen Landessprache des Vermarktungsgebietes.

### Schlussbetrachtung und Ausblick

Einige Detailfragen sind noch zu klären, bevor die neue Regelung greift. Insbesondere ist abschließend zu definieren, was genau unter „Herstellung“ zu verstehen ist. Die Stichtagsregelung erfordert hier eine klare Definition, da – in Ermangelung einer Aufbrauchsfrist – der Geltungsbeginn mit der Herstellung einsetzt. Den Übergang sollte eine praktikable Anwendung mit Fingerspritzgefühl begleiten, um unnötige Härten insbesondere für Klein- und Kleinstbetriebe zu vermeiden.

Ob die Regelung einen tatsächlichen Mehrwert an Informationsgehalt für den Kunden liefert, bleibt indes abzuwarten. Manche Festlegungen könnten den Konsumenten sogar über die Zusammensetzung des Weines verwirren, so ist beispielsweise Kohlendioxid als Zutat bei Perl- und Schaumwein anzugeben, bei der Abfüllung von Stillwein „unter Schutzatmosphäre“ aber ebenso.

Die Diskussion um das Zutatenverzeichnis und die Nährwerttafel sind auf EU-Ebene noch nicht beendet, Änderungen sind also weiterhin zu erwarten.

Bearbeiter: Dipl.-Ing. (FH) Bernd Langefeld LUA Dresden



# Fledermaustollwut in Sachsen: Fallbericht - Diagnostisches Vorgehen - Hintergrund

Die Tollwut ist eine der am längsten bekannten Infektionskrankheiten der Welt. Sie wird hervorgerufen durch ein Virus der Gattung *Lyssavirus* aus der Familie der *Rhabdoviridae* und fordert jährlich mehrere zehntausend Menschenleben. Deutschland gilt seit 2008 nach den Kriterien der WOAH als frei von klassischer Tollwut. Die auch Fuchstollwut genannte terrestrische Tollwut (klassische Tollwut, Rabies, Rage) ist in Deutschland nach erfolgreichen Impfprogrammen nicht mehr autochthon präsent und es kommt nur noch vereinzelt zu Fällen infolge von illegal nach Deutschland importierten Haustieren. Im Gegensatz dazu ist die Fledermaustollwut bis zum heutigen Tag autochthon in den deutschen Fledermauspopulationen vorhanden. Diese in Deutschland erstmals 1954 in Hamburg dokumentierte eigenständige Erkrankung wird vorwiegend durch Infektionen mit dem Europäischen Fledermaus-Lyssavirus 1 (EBLV-1) hervorgerufen und ist von der klassischen Tollwut abzugrenzen. Bisher wurde in Europa von Spillover-Infektionen bei Schafen, Katzen und einem Steinmarder berichtet. Zusätzlich sind auch zwei humane EBLV-1-Infektionen aus Russland und der Ukraine bekannt. Humane Infektionen mit dem EBLV-2 wurden aus Finnland und Schottland berichtet. Alle diese Infektionen konnten immer auf engen Kontakt bzw. Bissverletzungen zurückgeführt werden. Wie die seltenen humanen Fälle zeigen, ist zu beachten, dass eine Infektion des Menschen mit den Lyssaviren der Fledermaus in der Lage ist, eine potenziell tödliche Infektion des Nervensystems hervorzurufen.

## Aktueller Fallbericht

Der Tierkörper einer erwachsenen männlichen Breitflügelfledermaus (*Eptesicus serotinus*) wurde am 29.07.2023 aufgrund eines Bissvorfalls mit einem Menschen im Auftrag des zuständigen Lebensmittelüberwachungs- und Veterinärämtes (LÜVA) zur Untersuchung auf eine Tollwutinfektion an die Landesuntersuchungsanstalt in Leipzig (LUA) übersandt. Laut Vorbericht wurde das Tier bewegungsunfähig am 27.07.2023 im Freien aufgefunden. Bei der Bergung kam es infolge von Abwehrreaktionen des Tieres zu einer Bissverletzung am Finger der ungeschützten Finderin. Zur medizinischen Versorgung wurde das Tier durch Personal der nächstgelegenen Fledermausauffangstation zu einem Tierarzt gebracht. Dort wurde das Tier aufgrund einer Fraktur des Schultergelenks euthanasiert.

Für den labordiagnostischen Nachweis einer Tollwut-Infektion sind laut Falldefinition des Friedrich-Löffler-Instituts (FLI) entweder ein positiver Immunfluoreszenztest, ein positiver Nukleinsäurenachweis mittels RT-PCR oder die kulturelle Erregerisolierung notwendig.

Im Rahmen der Sektion an der LUA wurde mit entnommenen Gehirnmaterial zunächst ein Immunfluoreszenztest mittels Abklatschpräparat durchgeführt, da die Ergebnisse bereits innerhalb von 2 Stunden nach Untersuchungsbeginn vorliegen. Hierbei wird ein Objektträger mit einem weizenkorngroßen Gewebestück unter mäßigen Druck mehrmals betupft. Nach Hitze-fixierung wird das Präparat mit einem amtlich zugelassenen FITC-Antitollwut-Konjugat inkubiert und abschließend unter

dem Fluoreszenzmikroskop begutachtet. In dem Präparat konnten tollwutspezifische Fluoreszenzen nachgewiesen und die vorliegende Probe als positiv bewertet werden. Zur Bestätigung und weiteren Charakterisierung wurde mit dem Organhomogenat des Gehirns zunächst eine Pan-Lyssavirus- und anschließend eine Typisierungs-RT-PCR durchgeführt, welche zwischen dem klassischen Rabies-Virus und den bisher in Deutschland nachgewiesenen Fledermaus-Lyssaviren EBLV-1, EBLV-2 sowie dem Bokeloh bat lyssavirus (BBLV) differenziert (Abbildung 1). Parallel wurde – aufgrund der vorherichtlich angezeigten Bissverletzung – eine Tollwutvirusanzucht auf murinen Neuroblastom-Zellen (Na 42/13, CCLV-RIE 229) eingeleitet. Der Nachweis replikationsfähiger Tollwutviren in der Zellkultur erfolgt wiederum mit dem Immunfluoreszenztest (Abbildung 2).

Da alle weiterführenden Untersuchungen ebenfalls positive Resultate ergaben, wurde das Probenmaterial bestehend aus Gehirnmaterial und dem Gehirnantrieb an das Nationale Referenzlabor für Tollwut am Friedrich-Loeffler-Institut versandt. Dieses bestätigte in beiden übersandten Materialien EBLV-1 durch Nachweis spezifischer Genomabschnitte mittels RT-PCR. Das zuständige LÜVA, die betroffene Person, das Gesundheitsamt sowie die Impfstelle wurden durch die LUA bereits am Tag der Einsendung über die ersten Hinweise sowie zeitnah über die weiteren Befunde unterrichtet.

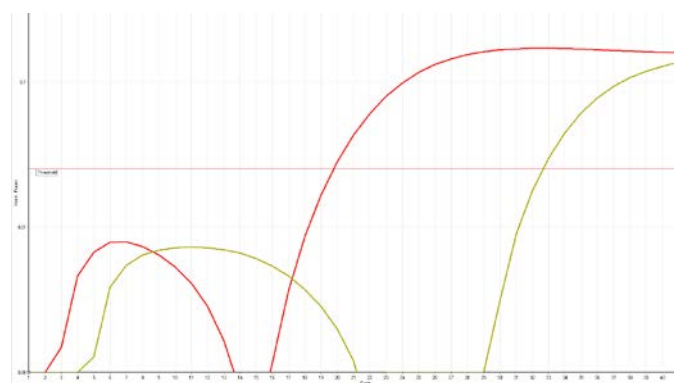


Abbildung 1: Nachweis EBLV-1 mittel Typisierungs-RT-PCR (gelb: Positivkontrolle rot: Probe Fledermaus, Gehirn)

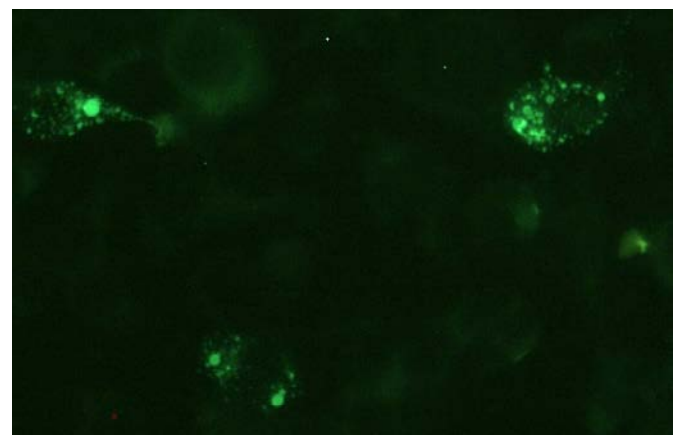


Abbildung 2: Nachweis von EBLV1 im Immunfluoreszenztest nach 4-tägiger Anzucht in Na 42/13-Zellen, tollwutspezifische intrazytoplasmatische Fluoreszenzen

## Epidemiologie der Fledermaustollwutviren in Europa

In Europa wird Fledermaustollwut hauptsächlich durch zwei verschiedene Lyssaviruspezies, dem EBLV-1 und EBLV-2, hervorgerufen. Dabei wurden in den 1.401 von 1977–2022 gemeldeten Fledermaustollwutfällen ca. 95 % durch EBLV-1 verursacht. Einzelnachweise von zum Teil neuen Lyssaviren zeigen jedoch, dass die Diversität dieses Genus auch in Europa sehr groß ist. So wurden das Westkaukasische Fledermaus-Lyssavirus (WCBV) und das Lleida Fledermaus-Lyssavirus (LLEBV), sowie BBLV, das Kotalahti Fledermaus-Lyssavirus (KBLV) und das Divača Fledermaus-Lyssavirus (DBLV) in europäischen Fledermäusen detektiert. Tollwutvirusinfektionen sind nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig und es besteht nach der Verordnung über anzeigepflichtige Tierseuchen die Anzeigepflicht. Nach dem aktuellen EU-Tiergesundheitsrechtsakt (AHL) werden Infektionen mit Fledermaustollwutviren in die Kategorie E eingeordnet. Es handelt sich somit um eine Tierseuche, die innerhalb der EU überwacht werden muss.

Am häufigsten wird das auch in diesem Fallbericht vorliegende EBLV-1 aus der Breitflügelfledermaus (*Eptesicus serotinus*) isoliert. Vereinzelt kam es auch zu Nachweisen aus der Zwergfledermaus (*Pipistrellus pipistrellus*), dem Braunen Langohr (*Plecotus auritus*) und dem großen Abendsegler (*Nyctalus noctula*). Es wurde bisher in vielen europäischen Ländern nachgewiesen und ist auch in Deutschland das mit Abstand am häufigsten gefundene Lyssavirus der Fledermaus. Die Nachweise der letzten 10 Jahre in Sachsen sind im LUA-Jahresbericht 2022 hinterlegt (Tabellenteil, Seite 48, Tabelle 3.6, <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/42656>).

EBLV-2 kommt hingegen überwiegend bei der Wasserfledermaus (*Myotis daubentonii*) und der Teichfledermaus (*Myotis dasycneme*) vor. Ein Nachweis in Deutschland erfolgte beispielsweise 2007 in Baden-Württemberg. Das BBLV wurde im Jahr 2009 aus einer Fransenfledermaus (*Myotis nattereri*) in Niedersachsen isoliert. In der Langflügelfledermaus (*Miniopterus schreibersi*) wurden sowohl das WCBV (Kaukasusregion) als auch das LLEBV (Iberische Halbinsel) entdeckt. Beide Viren wurden bislang in Deutschland nicht nachgewiesen. KBLV wurde in Finnland in der Großen Bartfledermaus (*Myotis brandtii*) nachgewiesen und DBLV in Slowenien in Langfußfledermäusen. Die Einteilung der Tollwutviren der Fledermaus erfolgt in drei Phylogruppen, welche innerhalb der Phylogruppe eine deutliche Kreuzneutralisation aufweisen. Wie auch das klassische Tollwutvirus werden die meisten Tollwutviren der Fledermaus einschließlich der in Deutschland nachgewiesenen Viren EBLV-1, EBLV-2 und BBLV in die Phylogruppe 1 eingeordnet. Das WCBV wird zusammen mit dem LLEBV in die als sehr divers geltende Phylogruppe 3 einsortiert (Übersicht siehe Tabelle 1).

## Klinik, Therapie und Prophylaxe

Die allermeisten Übertragungen von Lyssaviren von Tieren auf Menschen erfolgen durch Bisse, Kratzer oder direktem Schleimhautkontakt. Die Kontamination von offenen Wunden mit virushaltigem Speichel sowie eine Übertragung über Organtransplantationen sind ebenfalls beschrieben. Die intakte Haut hingegen kann das Virus nicht durchdringen. Unmittelbar nach der Infektion erfolgt eine Vermehrung des Virus in Muskelzellen in der Nähe der Eintrittspforte. Von dort breitet sich das Virus in den präsynaptischen Spalt der motorischen Endplatte aus. Damit beginnt die zeitlich sehr variable Wanderung des Virus

über die Nervenbahnen zum ZNS. Die Dauer dieses Vorgangs ist abhängig unter anderem von der Lokalisation der Bissstelle bzw. deren Entfernung zum ZNS, der Virulenz des Virus und der Infektionsdosis. Nach Erreichen des Gehirns erfolgt eine Replikation in Hirnstamm, Ammonshorn und Hippocampus. Durch anterograden Transport erreicht das Virus vom Gehirn aus verschiedene andere Organe, unter anderem die Speicheldrüse, in welcher eine massive Vermehrung stattfindet. Dieser Prozess dauert im Schnitt zwischen 2 und 12 Wochen, kann sich in Ausnahmefällen aber auch über Monate bis Jahre hinziehen. Bei Fledermäusen ist eine Inkubationszeit von bis zu 9 Monaten beschrieben. Die klinischen Symptome nach einer Tollwutvirusinfektion bei Fledermäusen sind Orientierungsverlust, die Absonderung von Artgenossen, Schluckbeschwerden und ungerichtete Aggression. Gegen Ende der Infektion dominieren Lähmungserscheinungen, die schließlich in Flugunfähigkeit münden.

Die sichere Diagnose ist – wie auch im vorliegenden Fall – nur post mortem mit den oben beschriebenen Methoden möglich. Jedwede Therapieversuche beim Tier sind strikt verboten. Beim Menschen wird die postexpositionelle Prophylaxe (PEP) nach Kontakt mit tollwutverdächtigen Tieren angewandt. Diese besteht bei nicht ausreichend immunisierten Personen aus 5 Totimpfstoffapplikationen an Tag 0, 3, 7, 14 und gegebenenfalls an Tag 28 nach dem Kontakt. Gleichzeitig kommt es zur Verabreichung von Anti-RABV-Immunglobulin (20 IE/kg Körpergewicht). Diese Therapie ist bei rechtzeitigem Beginn sehr wirkungsvoll und kommt jährlich ca. 10 Millionen Mal zum Einsatz. Prophylaktisch sollten sich alle Menschen, die beruflich oder privat in Kontakt mit Fledermäusen kommen, gegen Tollwut impfen lassen. Da das klassische Tollwutvirus der gleichen Phylogruppe wie die regelmäßig in Deutschland gefundenen Fledermaustollwutviren angehört, existiert ein verlässlicher Kreuzschutz. In der Veterinärmedizin stehen zum Schutz inaktivierte oder vektorbasierte Vakzinen zur Verfügung. Zwar zählt die Tollwutimpfung nicht mehr zu den Core-Impfungen bei Hunden und Katzen, stellt diese aber bei Expositionsverdacht besser, da es eine Hausquarantäne unter behördlicher Aufsicht ermöglicht. Vorgeschrieben ist die Impfung für die Einreise in die EU bzw. in andere tollwutfreie Gebiete. Hierbei muss ein Antikörpertiter von mindestens 0,5 IE/ml vorgewiesen werden.

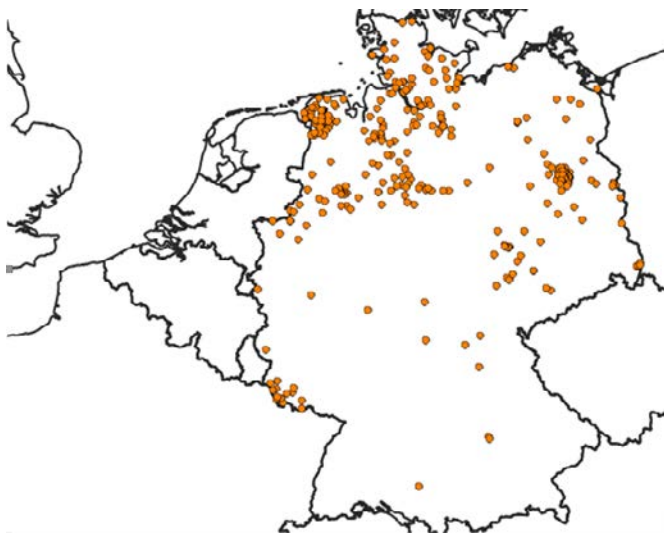


Abbildung 3: Fledermaustollwut in Deutschland (1990–2022); Quelle Rabies Bulletin Europe, FLI



## Fazit und Handlungsanweisung

Zusammenfassend muss beim Auffinden von bewegungsunfähigen und oder verhaltensauffälligen Fledermäusen stets die Möglichkeit einer Tollwutinfektion in Betracht gezogen werden. Damit einhergehend ist ein besonnenes Vorgehen unter Verwendung von ausreichenden Schutzmaßnahmen wie z. B. dem Tragen von dicken Handschuhen bei der Kontaktaufnahme mit dem Tier unbedingt notwendig. Zudem sollte unbedingt das zuständige LÜVA informiert und lebende Tiere der nächsten Auffangstation überantwortet werden. Fledermäuse gehören nach der Fauna-Flora-Habitat-Richtlinie 92/43/EWG und nach der Bundesartenschutzverordnung zu den streng geschützten Tierarten und dürfen daher nicht einfach entnommen oder gar getötet werden, sei es aus dem Wunsch, eine eindeutige Diagnose zu stellen oder zur „Prävention“ bei festgestellter Tollwut in der Kolonie. Ist eine Verletzung durch z. B. Biss oder Kratzer von einer verdächtigen Fledermaus nicht auszuschließen, sollte unbedingt das zuständige Gesundheitsamt und die zuständige Impfstelle informiert werden und weitere Schritte im Sinne einer PEP sind einzuleiten.

Beim Probenversand von toten Tieren zur LUA ist unbedingt auf eine stabile, gekühlte und auslaufsichere Verpackung (Vorgaben nach UN3373) zu achten, da Lyssaviren in Kadavern bis zu 90 Tagen post mortem infektiös bleiben können. Weiterhin sollte den Proben unbedingt ein Vorbericht mit allen relevanten Informationen (Angaben zum Tier, Einsender, Fundort, Auffälligkeiten, Kontakt mit Menschen oder Tieren unter anderem) beigelegt werden. Alternativ ist es auch möglich, das Tier zum nächsten Veterinäramt zu bringen. Wichtig ist weiterhin, die Awareness bei Personen, welche regelmäßig Umgang mit Fledermäusen haben, aufrechtzuerhalten und über die konkreten Risiken einer Lyssavirusinfektion und wirksamen Schutzmaßnahmen aufzuklären.

Bearbeiter: Leonard Gothe

LUA Leipzig

Literatur beim Verfasser.

**Tabelle 1: Spezies im Genus Lyssavirus, modifiziert nach Tiermedizinische Mikrobiologie, Infektions- und Seuchenlehre. Selbitz H, Truyen U, Valentin-Weigand P, Hrsg. 11., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme; 2023. Doi:10.1055/b000000531**

Spezies	Virusname	Phylogruppe	Reservoirwirte	Vorkommen
Aravan lyssavirus	Aravanvirus (ARAV)	1	Fledermaus	Asien (Kirgistan)
Australian bat lyssavirus	Australisches Fledermaus-Lyssavirus	1	Fledermaus	Australien, Asien
Bokeloh bat lyssavirus	Bokeloh-Fledermaus-Lyssavirus (BBLV)	1	Fledermaus	Europa (Deutschland)
Duvenhage lyssavirus	Duvenhagevirus	1	Fledermaus	Afrika
European bat 1 lyssavirus	Europäisches Fledermaus-Lyssavirus 1 (EBLV-1)	1	Fledermaus	Europa
European bat 2 lyssavirus	Europäisches Fledermaus-Lyssavirus 2 (EBLV-2)	1	Fledermaus	Europa
Gannoruwa bat lyssavirus	Gannuruwa-Fledermaus-Lyssavirus (GBLV)	1	Fledermaus	Asien (Sri Lanka)
Ikoma lyssavirus	Ikomavirus (IKOV)	3	Zibetkatze	Afrika (Tansania)
Irkut lyssavirus	Irkutvirus (IRKV)	1	Fledermaus	Asien (Sibirien)
Khujand lyssavirus	Khujandvirus (KHUV)	1	Fledermaus	Asien (Tadschikistan)
Lagos bat lyssavirus	Lagos-Fledermausvirus (LBV)	2	Fledermaus	Afrika
Lleida bat lyssavirus	Lleida-Fledermausvirus (LLEBV)	3	Fledermaus	Europa (Spanien)
Mokola lyssavirus	Mokolavirus (MOKV)	2	Unbekannt	Afrika
Rabies lyssavirus	Tollwutvirus (RABV)	1	Carnivoren, Fledermaus	weltweit (außer Australien)
Shimoni bat lyssavirus	Shimoni-Fledermausvirus (SHIBV)	2	Fledermaus	Afrika (Kenia)
Taiwan bat lyssavirus	Taiwan-Fledermaus-Lyssavirus (TWBLV)	1	Fledermaus	Asien (Taiwan)
West Caucasian bat lyssavirus	Westkaukasisches Fledermausvirus (WCBV)	3	Fledermaus	Europa (Kaukasus)
Kotalahti bat lyssavirus*)	Kotalahti Fledermausvirus (KBLV)	1	Fledermaus	Europa (Finnland)
Divača bat Lyssavirus*)	Divača Fledermaus-Lyssavirus (DBLV)	1	Fledermaus	Europa (Slowenien)

\*) noch nicht durch das International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) klassifiziert

# Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – 3. Quartal 2023

1. Europäisches Recht
  - 1.1 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1406 der Kommission vom 28. Juni 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Bianco di Castelfranco Emilia“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 170/1)
  - 1.2 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1412 der Kommission vom 29. Juni 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Colli Asolani – Prosecco / Asolo – Prosecco“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 171/1)
  - 1.3 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1413 der Kommission vom 29. Juni 2023 zur Genehmigung einer Änderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Vins de la Corrèze“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 171/3)
  - 1.4 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1414 der Kommission vom 29. Juni 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Powidła śliwkowe z Doliny Dolnej Wisły“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 171/5)
  - 1.5 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1415 der Kommission vom 29. Juni 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Aceite de Terra Alta/Oli de Terra Alta“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 171/6)
  - 1.6 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1418 der Kommission vom 30. Juni 2023 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Pic Saint-Loup“ (g. U.) (ABl. Nr. L 174/1)
  - 1.7 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1426 der Kommission vom 3. Juli 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Sebadas/Seadas/Sabadas/Seattas/Savadas/Sevadas di Sardegna“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 175/1)
  - 1.8 Verordnung (EU) 2023/1428 der Kommission vom 7. Juli 2023 zur Änderung des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 in Bezug auf Mono- und Diglyceride von Speisefettsäuren (E 471) (ABl. Nr. L 175/6)
  - 1.9 Verordnung (EU) 2023/1442 der Kommission vom 11. Juli 2023 zur Änderung von Anhang I der Verordnung (EU) Nr. 10/2011 über Materialien und Gegenstände aus Kunststoff, die dazu bestimmt sind, mit Lebensmitteln in Berührung zu kommen, bezüglich Änderungen an Zulassungen für Stoffe und der Aufnahme neuer Stoffe (ABl. Nr. L 177/45)
  - 1.10 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1453 der Kommission vom 13. Juli 2023 zur Aufhebung der Durchführungsverordnung (EU) 2021/1533 mit besonderen Bedingungen für die Einfuhr von Lebens- und Futtermitteln, deren Ursprung oder Herkunft Japan ist, nach dem Unfall im Kernkraftwerk Fukushima (ABl. Nr. L 179/90)
  - 1.11 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1463 der Kommission vom 10. Juli 2023 zur Genehmigung einer Änderung traditioneller Begriffe im Weinsektor gemäß Artikel 115 Absatz 2 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates („Landwein“, „Qualitätswein“, „Kabinett/Kabinettwein“, „Spätlese/Spätlesewein“, „Auslese/Auslesewein“, „Strohwein“, „Schilfwein“, „Eiswein“, „Ausbruch/Ausbruchwein“, „Trockenbeerenauslese“, „Beerenauslese/Beerenauslesewein“) (ABl. Nr. L 180/10)
  - 1.12 Verordnung (EU) 2023/1464 der Kommission vom 14. Juli 2023 zur Änderung des Anhangs XVII der Verordnung (EG) Nr. 1907/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich Formaldehyd und Formaldehydabspaltern (ABl. Nr. L 180/12)
  - 1.13 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1489 der Kommission vom 13. Juli 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Edremit Zeytinyağı“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 183/6)
  - 1.14 Verordnung (EU) 2023/1490 der Kommission vom 19. Juli 2023 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung bestimmter als karzinogen, mutagen oder reproduktionstoxisch eingestufte Stoffe in kosmetischen Mitteln (ABl. Nr. L 183/7)
  - 1.15 Verordnung (EU) 2023/1510 der Kommission vom 20. Juli 2023 zur Änderung der Verordnung (EU) 2023/915 hinsichtlich der Höchstgehalte für Cadmium in Erdmandeln und bestimmten Kulturpilzen (ABl. Nr. L 184/21)
  - 1.16 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1531 der Kommission vom 18. Juli 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Българско кисело мляко/Bulgarsko kiselo mlyako“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 186/19)
  - 1.17 Verordnung (EU) 2023/1536 der Kommission vom 25. Juli 2023 zur Änderung des Anhangs III der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Nikotin in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 187/6)
  - 1.18 Verordnung (EU) 2023/1545 der Kommission vom 26. Juli 2023 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der

- Kennzeichnung allergieauslösender Duftstoffe in kosmetischen Mitteln (ABl. Nr. L 188/1)
- 1.19 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1546 der Kommission vom 26. Juli 2023 zur Eintragung von Namen in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Pancetta de l'Île de Beauté/Panzetta de l'Île de Beauté“ (g. g. A.), „Saucisson sec de l'Île de Beauté/Salciccia de l'Île de Beauté“ (g. g. A.), „Bulgagna de l'Île de Beauté“ (g. g. A.) und „Figatelli de l'Île de Beauté/Figatellu de l'Île de Beauté“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 188/24)
- 1.20 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1547 der Kommission vom 26. Juli 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Gower Salt Marsh Lamb“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 188/28)
- 1.21 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1571 der Kommission vom 24. Juli 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Българско бяло саламурено сирене/Bulgarsko бяло salamureno sirene“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 192/11)
- 1.22 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1581 der Kommission vom 1. August 2023 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 im Hinblick auf die Bedingungen für die Verwendung des neuartigen Lebensmittels „Astaxanthinreiches Oleoresin aus der Alge Haematococcus pluvialis“ (ABl. Nr. L 194/4)
- 1.23 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1582 der Kommission vom 1. August 2023 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 hinsichtlich der Verwendungsbedingungen für das neuartige Lebensmittel 3'-Sialyllactose-Natriumsalz, erzeugt durch abgeleitete Stämme von Escherichia coli BL21(DE3) (ABl. Nr. L 194/8)
- 1.24 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1583 der Kommission vom 1. August 2023 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 hinsichtlich der Spezifikationen des neuartigen Lebensmittels Lacto-N-neotetraose (mikrobiell) (ABl. Nr. L 194/13)
- 1.25 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1588 der Kommission vom 27. Juli 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Ogulinski kiseli kupus/ Ogulinsko kiselo zelje“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 195/1)
- 1.26 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1589 der Kommission vom 27. Juli 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Alcachofo de Tudela“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 195/3)
- 1.27 Delegierte Verordnung (EU) 2023/1606 der Kommission vom 30. Mai 2023 zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) 2019/33 hinsichtlich gewisser Bestimmungen über geschützte Ursprungsbezeichnungen und geschützte geografische Angaben für Wein und über die Anbringung der obligatorischen Angaben für Weinbauerzeugnisse sowie besonderer Vorschriften für die Angabe und Bezeichnung von Zutaten von Weinbauerzeugnissen und zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) 2018/273 hinsichtlich der Zertifizierung eingeführter Weinbauerzeugnisse (ABl. Nr. L 198/6)
- 1.28 Durchführungsbeschluss (EU) 2023/1628 der Kommission vom 10. August 2023 zur Ablehnung eines Antrags auf Schutz eines Namens als geografische Angabe gemäß Artikel 52 Absatz 1 der Verordnung (EU) Nr. 1151/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates („Лидский квас/Lidski kvas“ (g. g. A.)) (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2023) 5371) (ABl. Nr. L 201/9)
- 1.29 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1636 der Kommission vom 10. August 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Cerdo de Teruel“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 204/1)
- 1.30 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1641 der Kommission vom 11. August 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Vaca de Extremadura“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 205/7)
- 1.31 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1645 der Kommission vom 17. August 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Los Pedroches“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 206/69)
- 1.32 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1652 der Kommission vom 16. August 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Sidra da Madeira“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 208/11)
- 1.33 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1653 der Kommission vom 17. August 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geografischen Angaben von Spirituosen („Borzag pálinka“) (ABl. Nr. L 209/1)
- 1.34 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1663 der Kommission vom 21. August 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Asparago di Cantello“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 211/1)
- 1.35 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1671 der Kommission vom 24. August 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Ciliegia di Lari“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 214/94)

- 1.36 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1687 der Kommission vom 30. August 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Espárrago de Navarra“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 219/1)
- 1.37 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1688 der Kommission vom 30. August 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Szabolcsi alma“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 219/3)
- 1.38 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1689 der Kommission vom 30. August 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der garantiert traditionellen Spezialitäten („Twaróg wędzony“ (g. t. S.)) (ABl. Nr. L 219/4)
- 1.39 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1690 der Kommission vom 30. August 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Vorarlberger Alpkäse“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 219/5)
- 1.40 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1691 der Kommission vom 30. August 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Vorarlberger Bergkäse“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 219/7)
- 1.41 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1692 der Kommission vom 30. August 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation der geschützten geografischen Angabe „Fränkischer Karpfen/Frankenkarpfen/Karpfen aus Franken“ (ABl. Nr. L 219/8)
- 1.42 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1702 der Kommission vom 1. September 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Milas Yağlı Zeytini“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 221/1)
- 1.43 Verordnung (EU) 2023/1719 der Kommission vom 8. September 2023 zur Änderung der Anhänge II und IV der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Isoxaben, Metaldehyd, Metarhizium brunneum Stamm Ma 43, Paclobutrazol und geradkettigen Lepidopterenpheromonen in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 223/9)
- 1.44 Verordnung (EU) 2023/1753 der Kommission vom 11. September 2023 zur Änderung der Anhänge II und III der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Pyriproxyfen in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 224/1)
- 1.45 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1761 der Kommission vom 6. September 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Mela Alto Adige/Südtiroler Apfel“ (g. g. A.)) (ABl. Nr. L 225/1)
- 1.46 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1762 der Kommission vom 6. September 2023 zur Eintragung einer geografischen Angabe für eine Spirituose gemäß Artikel 30 Absatz 2 der Verordnung (EU) 2019/787 des Europäischen Parlaments und des Rates („Sárréti kökénypálinka“) (ABl. Nr. L 225/3)
- 1.47 Verordnung (EU) 2023/1783 der Kommission vom 15. September 2023 zur Änderung der Anhänge II und V der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Denatoniumbenzoat, Diuron, Etoxazol, Methomyl und Teflubenzuron in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. Nr. L 229/63)
- 1.48 Durchführungsverordnung (EU) 2023/1792 der Kommission vom 13. September 2023 zur Genehmigung einer Unionsänderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Ribera del Guadiana“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 231/112)
- 1.49 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2054 der Kommission vom 20. September 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Allåkerbär från Norrland“ (g. U.)) (ABl. Nr. L 238/65)

## 2. Nationales Recht

keine Eintragungen

Bearbeiter: Dr. Thomas Frenzel

LUA Dresden

# Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse

## 3. Quartal 2023

Zahl der bearbeiteten Beschwerdeproben: 35  
davon beanstandet: 10

Probenbezeichnung	Beschwerdegrund	Beurteilung
Pide Pizza	Metallspäne in der Pizza	mehrere Metallspäne (ca. 1 cm lang, dünn, drahtähnlich) in der Pizza; Beurteilung als gesundheitsschädlich im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe a) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
BIO Haferflocken zart (2 Proben)	chemischer Geruch und Geschmack beim Verzehr (seifig), Reizungen eingetreten	sensorische Abweichung bestätigt; sehr deutliche chemische Note/Waschmittelnote sowie eine blumige Note bzw. Zitrusnote feststellbar; entsprechende Aromastoffe analytisch nachgewiesen; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) i. V. m. Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Ital. Pasta - Farfalle	schwarze/braune Punkte/Beläge auf Schleifchen; nach dem Kochen aufgefallen	sensorische Abweichung bestätigt; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) i. V. m. Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Pfefferkuchenherz	Schädlingsbefall	Schädlingsbefall (vermutlich Brotkäfer) bestätigt; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) i. V. m. Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Grana Padano	Schimmelähnliche Bestandteile im Inneren des Käses	mehrere deutlich erkennbare schwarze Stellen im Käseteig; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) i. V. m. Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Toastbrotstücken	grüner Schimmel an Toastbrotstücken sichtbar	sichtbarer Schimmelpilzbefall, hoher Gehalt an Schimmelpilzen der Gattung Aspergillus flavus festgestellt; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) i. V. m. Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Nahrungsergänzungsmittel mit Pflanzenextrakten und -pulvern, Vitaminen und Mineralstoffen	Sodbrennen, Magen- und Darmkrämpfe, Erbrechen nach dem Verzehr (ab dem 3. Tag)	mikrobiologischer Befund unauffällig, Produkt wurde vom Verbraucher entgegen der Etikettangaben überdosiert (zweifache Dosis); Beanstandung aufgrund fehlender Anzeige, mehrerer Kennzeichnungsverstöße und unzulässiger Werbeaussagen nach NemV, VO (EU) Nr. 1169/2011 und VO (EG) Nr. 1924/2006
Grützwurst	schmieriges Aussehen	abweichende Sensorik (faulig, alt, ekelerregend), Nachweis eines hohen Gehaltes an aeroben mesophilen Keimen, Milchsäurebakterien, Enterobakterien; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) i. V. m. Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Semmelleberwurst	schmieriges Aussehen	Abweichende Sensorik (faulig, alt, ekelerregend), Nachweis eines hohen Gehaltes an aeroben mesophilen Keimen, Milchsäurebakterien, Enterobakterien; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) i. V. m. Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EG) Nr. 178/2002

Bearbeiter: Abteilung 5

LUA Chemnitz

# BSE-Untersuchungen 3. Quartal 2023

Tierart	TKBA / ZNS / Kohorte *	Lebensmittel	Notschlachtung	Gesamt
Gepard	3	0	0	3
Rind	2.973	0	17	2.990
Schaf	45	64	0	109
Tiger	1	0	0	1
Ziege	12	19	0	31
<b>Gesamt</b>	<b>3.034</b>	<b>83</b>	<b>17</b>	<b>3.134</b>

\* Tierkörperbeseitigung, ZNS-Störungen, Kohortenschlachtungen

# Tollwutuntersuchungen 3. Quartal 2023

	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig	Landesdirektion Sachsen
Fuchs	10	5	3	18
Marderhund	0	0	0	0
Waschbär	4	0	0	4
Gesamtzahl der Proben	14	5	3	22
<b>Untersuchungsergebnisse</b>				
negativ	14	5	3	22
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

## 3. Quartal 2023

Tabelle 1: Untersuchungen und Nachweise im Überblick

Untersuchungen	untersuchte Anzahl	Salmonellennachweise	Serotypen (geordnet nach Nachweishäufigkeit)
Kotproben	1.910	36	S. Typhimurium, S. Derby, S. Typhimurium var. Cop., S. Infantis, S. Goldcoast, S. enterica ssp. I, S. Newport, S. Anatum, S. Coeln, S. enterica ssp. VI, S. enterica ssp. IIIb, S. Abony, S. Serogr. B, S. Serogr. E1, S. Enteritidis, S. London, S. Stanleyville, S. Oranienburg
Sektionsmaterial	565	30	S. enterica ssp. IIIb, S. Typhimurium var. Cop., S. Typhimurium, S. Serogr. B, S. Derby, S. Enteritidis, S. Typhimurium Impfstamm, S. sp., S. enterica ssp. IIIa, S. Muenster, S. Rissen, S. Serogr. D1, S. Gallinarum, S. enterica ssp. I, S. enterica ssp. II
Untersuchung nach Hühner-Salmonellen-VO	0	0	
Umgebungstupfer	5	0	
Futtermittel	46	1	
Bakteriologische Fleischuntersuchungen	8	0	
Lebensmittel tierischer Herkunft	1.264	8	S. sp., S. Serogruppe B, S. Derby, S. Newport
Lebensmittel nicht-tierischer Herkunft	1.087	1	S. sp.
Hygienekontrolltupfer – Lebensmittel	2.812	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	263	10	35	0	611	0	24	0	163	0	14	1
Schwein	0	0	15	0	4	0	19	3	1	0	22	4
Schaf	3	0	16	6	6	1	25	1	4	0	16	2
Ziege	1	0	3	0	4	0	6	0	10	0	6	0
Pferd	11	0	4	0	8	0	6	0	56	1	2	1
Huhn	1	0	14	0	12	0	22	1	3	1	6	0
Taube	1	0	3	0	16	1	3	1	4	0	2	2
Gans	0	0	1	0	2	1	7	2	1	1	3	1
Ente	0	0	5	0	1	0	3	0	0	0	2	0
Pute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Hund/Katze	62	3	12	0	363	10	22	0	171	6	3	0
sonstige Tierarten	9	0	63	0	84	1	144	2	35	0	35	3
<b>Summe</b>	<b>351</b>	<b>13</b>	<b>171</b>	<b>6</b>	<b>1.111</b>	<b>14</b>	<b>281</b>	<b>10</b>	<b>448</b>	<b>9</b>	<b>113</b>	<b>14</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>			
Erzgebirgskreis	Hund/Katze/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Erzgebirgskreis	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Mittelsachsen	Hund/Katze/Kot	1	S. Enteritidis
Mittelsachsen	Rind/Kot	10	S. Typhimurium
Mittelsachsen	Schaf/Sektion	3	S. enterica ssp. IIIb
Mittelsachsen	Schaf/Sektion	1	S. Enteritidis
Vogtlandkreis	Hund/Katze/Kot	1	S. Oranienburg
Zwickau	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden</b>			
Bautzen	Schaf/Kot	1	S. enterica ssp. VI
Bautzen	Schwein/Sektion	3	S. Derby
Bautzen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIa
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Anatum
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Serogr. B
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Stanleyville
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Dresden, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Dresden, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Typhimurium
Görlitz	Gans/Kot	1	S. Typhimurium
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Abony
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Coeln
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Derby
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Serogr. E1
Görlitz	Taube/Sektion	1	S. Typhimurium
Meißen	Gans/Sektion	2	S. Typhimurium
Meißen	Huhn/Sektion	1	S. Gallinarum
Meißen	Huhn/Sektion	1	S. Serogr. D1
Meißen	Hund/Katze/Kot	1	S. Goldcoast
Meißen	Taube/Kot	1	S. Typhimurium
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Hund/Katze/Kot	1	S. Derby
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig</b>			
Leipzig Land	Gans/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig Land	Huhn/Kot	1	S. enterica ssp. I
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig Land	Pferd/Kot	1	S. London
Leipzig Land	Schwein/Sektion	1	S. sp.
Leipzig Land	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Serogr. B
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Derby
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Leipzig, Stadt	Schaf/Sektion	1	S. Enteritidis
Leipzig, Stadt	Schaf/Sektion	1	S. Serogr. B
Leipzig, Stadt	Schaf/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. sp.
Nordsachsen	Gans/Kot	1	S. Newport
Nordsachsen	Hund/Katze/Kot	1	S. Derby
Nordsachsen	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium var. Cop.
Nordsachsen	Pferd/Sektion	1	S. enterica ssp. II
Nordsachsen	Rind/Sektion	1	S. enterica ssp. I
Nordsachsen	Schwein/Sektion	1	S. Rissen
Nordsachsen	Schwein/Sektion	1	S. Serogr. B
Nordsachsen	Schwein/Sektion	2	S. Typhimurium Impfstamm
Nordsachsen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Nordsachsen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Muenster
Nordsachsen	Taube/Sektion	2	S. Typhimurium var. Cop.



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 u. Butter	229	0	226	0	2	0	1	0
Eier u. Eiprodukte	58	0	57	0	1	0	0	0
Fleisch warmblütiger Tiere, auch tiefgefroren	299	3	285	3	1	0	1	0
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere (außer Wurstwaren)	318	4	307	4	5	0	2	0
Wurstwaren	276	1	265	1	8	0	3	0
Fisch- und Erzeugnisse	67	0	64	0	3	0	0	0
Krusten-, Schalen-, Weichtiere, sonst. Tiere u. Erzeugnisse daraus	17	0	17	0	0	0	0	0
Fette, Öle, Margarine	3	0	3	0	0	0	0	0
Getreide-, -produkte, Brot, Teig- und Backwaren	196	0	194	0	0	0	2	0
Mayonnaisen, emul. Soßen, kalte Fertigsoßen u. Feinkostsalate	157	0	144	0	10	0	3	0
Puddinge, Desserts und Cremespeisen	23	0	23	0	0	0	0	0
Speiseeis u. -halberzeugnisse	326	0	321	0	3	0	2	0
Säuglings- u. Kleinkindernahrung	0	0	0	0	0	0	0	0
Diätetische Lebensmittel, Nährstoffkonzentrate und Ergänzungsnahrung	1	0	0	0	0	0	1	0
Obst, Gemüse und -zubereitungen	79	1	68	0	4	1	0	0
Getränke, inkl. Tafel- u. Trinkwasser, Spirituosen und Bier	8	0	8	0	0	0	0	0
Gewürze, Würzmittel und Zusatzstoffe	44	0	32	0	4	0	0	0
Zucker, Süß- u. Schokoladen-waren, Honig, Konfitüre, Kaffee, Kakao, Tee	5	0	3	0	0	0	0	0
Fertiggerichte, zubereitete Speisen, Suppen und Soßen	245	0	236	0	6	0	3	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>2.376</b>	<b>9</b>	<b>2.275</b>	<b>8</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>18</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	31.08.2023	Hackfleisch gemischt	1	S. sp.
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden</b>				
Bautzen	13.09.2023	Schweine-Paprika-Knacker	1	S. sp.
Dresden, Stadt	18.09.2023	Schweineherz	1	S. sp.
Meißen	02.08.2023	Hähnchenspieß aus der Brust, mariniert	1	S. sp.
<b>Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig</b>				
Leipzig Land	14.07.2023	Hackepeter	1	S. Serogruppe B
Leipzig Land	09.08.2023	Schweineleber	1	S. Derby
Nordsachsen	07.07.2023	Getrocknete Mu- Err- Pilze in Streifen (Mikro)	1	S. sp.
Nordsachsen	02.08.2023	Günes Chicken	2	S. Newport
Nordsachsen	06.09.2023	Hackepeter vom Schwein gewürzt	2	S. Serogruppe B

Tabelle 6: Häufigkeit der nachgewiesenen Salmonellenserotypen (Anzahl)

Serotypen	Veterinärmedizinische Diagnostik	Futtermittel	Lebensmittel/ Bedarfsgegenstände	BU	Hygienekontrolltupfer (Lebensmittel)
S. Typhimurium	17				
S. sp.	2		10		
S. Derby	7		2		
S. enterica ssp. IIIb	9				
S. Typhimurium var. Cop.	6				
S. Serogruppe B			5		
S. Serogr. B	4				
S. Newport	1		3		
S. Enteritidis	3				
S. enterica ssp. I	2				
S. Typhimurium Impfstamm	2				
S. Infantis	2				
S. Coeln	1				
S. Anatum	1				
S. enterica ssp. II	1				
S. Goldcoast	1				
S. enterica ssp. VI	1				
S. Serogr. E1	1				
S. Abony	1				
S. enterica ssp. IIIa	1				
S. London	1				
S. Rissen	1				
S. Serogr. D1	1				
S. Gallinarum	1				
S. Stanleyville	1				
S. Muenster	1				
S. Oranienburg	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. November 2023

**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)