



LUA-Mitteilungen 01/2024

Inhaltsverzeichnis

Humanmedizin

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen.....	2
Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Skabies im Freistaat Sachsen	8
Checkliste zu Maßnahmen bei Skabies.....	18

Lebensmitteluntersuchungen

Es ist zum „wild“ werden - Erkrankung nach Verzehr von Wildgulasch.....	20
Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – 4. Quartal 2023.....	22
Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse 4. Quartal 2023.....	26
BSE-Untersuchungen 4. Quartal 2023.....	27
Tollwutuntersuchungen 4. Quartal 2023	27
Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 4. Quartal 2023.....	28
Jahresinhaltsverzeichnis 2023	32

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen

4. Quartal 2023 (vom 02.10. – 31.12.2023)

Acinetobacter-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden 13 Fälle (8 Infektionen sowie 5 Kolonisationen) mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen erfasst. Betroffen waren 9 Männer und 4 Frauen im Alter zwischen 24 bis 82 Jahren (Median 71 Jahre).

Borreliose

Die Anzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle (n = 244) lag um etwa 41 % unter dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes (n = 412). Im Vergleich zum 4. Quartal des Vorjahres (n = 371) gab es rund 34 % weniger Neuerkrankungen.

In den meisten Fällen (92 %) wurde symptomatisch ein Erythema migrans angegeben. Weitere 14 Fälle fielen durch neurologische Beschwerden (Hirnnervenlähmung, Radikuloneuritis bzw. mit Mehrfachsymptomatik) auf und in fünf Fällen wurde eine Arthritis diagnostiziert.

Campylobacter-Enteritis

Bei den Campylobacter-Infektionen lag die Neuerkrankungshäufigkeit bei 18 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Somit wurden 48 % weniger Infektionen erfasst als im Vorquartal. Im Vergleich zum 5-Jahres-Mittelwert (1.611) wurden mit 750 Erkrankungen 53 % weniger Fälle erfasst.

Ein 86 Jahre alter Mann und eine 87-jährige Frau verstarben an den Folgen der Infektion.

Clostridioides-difficile-Infektion, schwerer Verlauf

Im Berichtszeitraum wurden 36 schwere Verläufe einer *Clostridioides-difficile*-Infektion übermittelt. Es verstarben 8 Männer und 3 Frauen im Alter zwischen 62 und 96 Jahren (Median: 86 Jahre) an den Folgen der Infektion.

Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Im letzten Quartal des Jahres entfielen auf den Freistaat Sachsen 22.368 Infektionen, womit eine Neuerkrankungsrate von 74 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und über das 7,5-fache an Infektionen im Vergleich zum Vorquartal erreicht wurden.

Meldungen von Erkrankungsgeschehen erfolgten überwiegend aus medizinischen und Pflege-Einrichtungen.

Insgesamt verstarben an den Folgen der Erkrankung 192 Männer und 120 Frauen im Alter zwischen 39 und 99 Jahren (Altersmedian: 84 Jahre). Dies entspricht einer Infektionssterblichkeit von 1,4 %.

Denguefieber

Es wurden 7 Frauen und 3 Männer im Alter zwischen 18 und 71 Jahren mit fieberhafter Symptomatik erfasst. Die Patient*innen infizierten sich während Aufenthaltes in der Dominikanischen Republik, Indien, Mexiko, Thailand, Vietnam sowie auf Barbuda, einer Insel der kleinen Antillen und den Malediven.

Diphtherie (Hautdiphtherie)

Eine pakistanische Familie, Eltern im Alter von 48 bzw. 51 Jahren sowie deren fünf Kinder zwischen 11 und 22 Jahren, hatten sich besuchsweise in Pakistan aufgehalten. Nach der Rückkehr nach Deutschland traten bei allen Personen Hautläsionen auf. Im weiteren Verlauf erfolgte die klinische Diagnose durch eine Dermatologin. Aus Wundabstrich des 51-jährigen Vaters erfolgte der Nachweis von *Corynebacterium diphtheriae* sowie der Toxin-Nachweis aus dem Isolat. Bei den anderen 6 Familienmitgliedern erfolgte kein bzw. ein Abstrich nach Therapiebeginn (mit negativem Ergebnis). Daher wurden diese Fälle im klinisch-epidemiologischen Zusammenhang erfasst.

Echinokokkose

Die zwei im Berichtszeitraum übermittelten Fälle betrafen einen 39 Jahre alten Mann und eine 55-jährige Frau. Eine Sonografie der Leber ergab bei beiden charakteristische Zeichen einer Echinokokkose. Zur möglichen Infektionsquelle wurden keine Angaben gemacht.

Enterobacterales-Nachweis

Insgesamt wurden 71 Fallmeldungen mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen übermittelt. Durch welche Erreger diese verursacht waren, ist aus Tabelle 1 ersichtlich. Drei Männer im Alter von 72 bzw. 85 Jahren verstarben an den Folgen einer *Klebsiella pneumoniae*-Infektion.

Tabelle 1: Enterobacterales-Nachweis¹⁾ – Aufschlüsselung nach Erreger im 4. Quartal 2023 (40. bis 52. Meldewoche 2023)

Erreger	Infektion	Kolonisation	Gesamt-Fallzahl	dav. Tod
Citrobacter spp.	1	5	6	-
Enterobacter spp.	4	6	10	-
Escherichia spp.	6	19	25	-
Klebsiella spp.	9	20	29	3
Serratia marcescens	1	-	1	-
Gesamtzahl	21	50	71	3

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

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Bei den 9 übermittelten Erkrankungen handelte es sich um Patient*innen im Alter zwischen 16 und 73 Jahren (Altersmedian: 62 Jahre), davon mussten fünf mit dem klinischen Bild einer Meningoenzephalitis stationär behandelt werden. Alle Betroffenen gaben an, sich während der Inkubationszeit in ihrem Wohnumfeld bzw. im angrenzenden Landkreis (LK Bautzen, LK Erzgebirgskreis, LK Meißen, LK Nordsachsen, LK Vogtlandkreis) aufgehalten zu haben.

Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv

Betroffen waren drei Kinder (1 und 2 Jahre alt) sowie Erwachsene (je 9 Männer und Frauen) im Alter zwischen 44 und 91 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 77,5 Jahre). Bei 19 Betroffenen wurde eine stationäre Behandlung angegeben. Bei 3 Patient*innen mit meningitischer Symptomatik, darunter ein 16 Monate alter Junge, gelang der Erregernachweis aus Liquor; bei allen anderen aus Blut. Zweimal konnte der Kapseltyp f, je einmal Kapseltyp b bzw. Ausschluss Kapseltyp b (= non-b) sowie 6-mal nicht-typisierbarer *Haemophilus influenzae* diagnostiziert werden.

Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

Herpes zoster (Gürtelrose)

Von den 440 im Berichtszeitraum übermittelten Herpes-zoster-Fällen wurde einer als an der Krankheit verstorben registriert. Es handelte sich um einen 88 Jahre alten, vorgeschädigten Mann, der zunächst mit dem klinischen Bild eines Zoster ophthalmicus erkrankte und kurz darauf eine Enzephalitis entwickelte. Aus Liquor des Patienten konnte Varizella-Zoster-Virus nachgewiesen werden. Trotz stationärer Behandlung verstarb der Betroffene kurze Zeit später.

Influenza

Mit der 40. KW 2023 hat die Influenzasaison 2023/2024 begonnen. Bis Jahresende konnten in Sachsen kumulativ 1.687 Infektionen registriert werden (Vorjahr 2022: 26.566): 1.501-mal Influenza A (darunter 10-mal H1N1/pdm09), 105-mal Influenza B sowie 81-mal nicht nach A oder B differenzierte Influenza.

An den Folgen einer Influenza A-Infektion verstarben ein 11 Jahre altes Mädchen mit bestehenden Vorerkrankungen (akutes Atemnotsyndrom, spastische Zerebralparese) sowie vier Frauen und fünf Männer im Alter zwischen 64 und 90 Jahren.

Es wurden drei Häufungen aus zwei Krankenhäusern und einer Rehabilitationsklinik gemeldet.

Keuchhusten

Im Berichtszeitraum kamen 27 *Bordetella (B.) pertussis*- (davon vier vollständig gegen Pertussis geimpft) sowie eine *B. paraper-tussis*-Erkrankungen zur Meldung.

Mit diesen übermittelten Erkrankungen blieb auch im letzten Quartal des Jahres 2023 die Zahl der Infektionen deutlich unter dem 5-Jahres-Mittelwert ($n = 86$).

Zusätzlich wurden 41 Keimträger*innen (36-mal *B. pertussis*, 5-mal *B. paraper-tussis*) gemeldet, bei denen das klinische Bild fehlte bzw. nicht vollständig ausgeprägt war.

Es wurden 7 Häufungen registriert, bei denen fünf Familien und zwei Schulen betroffen waren.

Legionellose

Die 36 übermittelten Fälle betrafen einen 3-jährigen Jungen, sowie 26 Männer sowie 9 Frauen im Alter zwischen 29 und 84 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 71 Jahre), die mit Pneumonie erkrankten. 26 Patient*innen mussten stationär behandelt werden. Die Erregernachweise wurden mittels Antigen-Nachweis aus Urin bzw. PCR-Nachweis aus Sekret des Respirationstraktes geführt.

Einmal erfolgte die Exposition vermutlich während eines einwöchigen Hotelaufenthaltes auf der Insel Usedom, einmal möglicherweise während einer knapp 2-wöchigen Flusskreuzfahrt und in einem weiteren Fall kann ein Hotelaufenthalt in Bayern als Infektionsquelle angenommen werden. Ein 47-jähriger Fern-

fahrer infizierte sich eventuell während seiner beruflichen Tätigkeit. In allen anderen Fällen lag die Exposition im häuslichen Bereich.

Leptospirose

Eine 13-Jährige, die unter Fieber und allgemeinen Krankheitszeichen litt, wurde stationär aufgenommen. Das Mädchen gab an, Kontakt zu Ausscheidungen von Mäusen gehabt zu haben.

Ein 55-Jähriger, musste aufgrund der Schwere der Symptomatik (Husten, Fieber, allgemeine Krankheitszeichen) ebenfalls stationär behandelt werden. Der Mann besuchte während des Inkubationszeitraumes seine Familie in Marokko.

Eine 66-Jährige erkrankte mit Schwäche, Dyspnoe sowie Ikterus und musste intensivmedizinisch behandelt werden und ein weiterer Fall betraf einen 65 Jahre alten Mann mit Fieber und Nierenfunktionsstörungen. Bei den beiden Letztgenannten ergaben sich keine Hinweise auf die mögliche Infektionsquelle.

Mittels Antikörpernachweis konnte bei allen Betroffenen eine Infektion mit *Leptospira interrogans* diagnostiziert werden.

Listeriose

Insgesamt wurden 15 Infektionen (13 Männer und 2 Frauen) im Alter zwischen 61 und 92 Jahren (Altersmedian: 76 Jahre) registriert. Der Erregernachweis gelang jeweils aus Blut der Betroffenen.

An den Folgen der Infektion verstarben zwei männliche Patienten im Alter von 75 bzw. 77 Jahren bei denen ein septisches Krankheitsbild vorlag.

Malaria

Im Berichtszeitraum wurden jeweils drei Fälle von Malaria tropica bzw. Malaria tertiana und zwei nicht spezifizierte Malaria übermittelt. Betroffen waren sechs Männer und zwei Frauen im Alter zwischen 19 und 60 Jahren nach Aufhalten in Ghana, Guinea, Indien, Kenia, Malawi, Nigeria sowie in zwei nicht näher genannten afrikanischen Regionen.

Drei Betroffene wurden stationär behandelt. Vermutlich war in keinem Fall eine Malaria-Prophylaxe erfolgt.

Masern

In einer Einrichtung für Geflüchtete erkrankten ein 2-jähriges Mädchen und ein 3 Jahre alter Junge mit typischer Symptomatik. Die tschetschenischen, bisher nicht gegen Masern geimpften Geschwister, wurden daraufhin stationär aufgenommen. Die entnommenen Rachenabstriche bestätigten den Masern-Verdacht (Nachweis mittels PCR). Das Material wurde zur weiteren Genotypisierung ans Nationale Referenzzentrum gesendet und erbrachte den Nachweis des Genotyps D8-8597. Vermutlich erfolgte die Exposition auf der Fluchtroute von Tschetschenien nach Deutschland. Weitere Sekundärfälle traten nicht auf.

Meningitiden

Im Quartal wurden 21 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.

Eine 69 Jahre alte Frau erkrankte mit Enzephalitis, wurde stationär behandelt und verstarb kurz darauf. Aus Liquor gelang der Nachweis von Herpesvirus.

Ein zweiter Todesfall betraf einen 88-Jährigen. Aus Liquor gelang der Nachweis von Varizella-Zoster-Virus (siehe auch Herpes zoster).

Tabelle 2: Erkrankungen mit dem klinischen Bild Meningitis/Enzephalitis in Sachsen (Vergleich 4. Quartal 2023 zum 4. Quartal 2022)

Erreger	4. Quartal 2023			4. Quartal 2022		
	Erkrankung	Tod	Inzidenz	Erkrankung	Tod	Inzidenz
bakterielle Erreger gesamt	8	-	0,20	13	-	0,32
Borrelien	-	-	-	1	-	0,02
Haemophilus influenzae	3	-	0,07	-	-	-
Listerien	-	-	-	2	-	0,05
Meningokokken	-	-	-	1	-	0,02
Pneumokokken	5	-	0,12	8	-	0,20
Streptococcus agalactiae	-	-	-	1	-	-
virale Erreger gesamt	13	2	0,32	13	-	0,32
Enterovirus	4	-	0,10	4	-	0,10
FSME-Virus	5	-	0,12	1	-	0,02
Herpesvirus	2	1	0,05	-	-	-
Varizella-Zoster-Virus	2	1	0,05	8	-	0,20
Gesamtzahl	21	2	0,51	26	-	0,64

Meningokokken, invasive Infektion

Ein 6 Monate alter Junge befand sich in stationärer Behandlung (Ursache unbekannt). Aus Blut gelang der Nachweis von Meningokokken. Weitere Informationen, insbesondere zum Impfstatus des Kindes und zum Serotyp, wurden nicht bekannt.

Ein zweiter Fall betraf eine 85 Jahre alte Frau, die ein unspezifisches klinisches Bild mit Fieber und Herz-Kreislaufversagen zeigte und stationär behandelt wurde. Aus Blut gelang der Nachweis von *Neisseria meningitidis*, Serogruppe Y.

Mpox / Affenpocken

Im Berichtsquartal kamen zwei Fälle von Mpox zur Meldung. Die betroffenen Männer im Alter von 39 bzw. 47 Jahren leben in einer offenen Partnerschaft und gaben sexuellen Kontakt mit anderen Männern an. Bei beiden Patienten zeigten sich Hautläsionen, die Infektionen wurden mittels PCR bestätigt. Eine Hospitalisierung war nicht erforderlich. Der 39-Jährige hatte im Juni eine einmalige Mpox-Impfung erhalten; der 47-Jährige war ungeimpft.

MRSA-Infektion (invasive Erkrankung)

Im Berichtszeitraum wurden 12 Infektionen übermittelt. Die Betroffenen waren Erwachsene im Alter zwischen 30 und 81 Jahren (Altersmedian: 61,5 Jahre). Die MRSA-Nachweise wurden aus Blut, in einem Fall zusätzlich aus Liquor geführt. Letztgenannter, ein 81 Jahre alter Mann sowie eine 30-jährige Frau mit bestehenden schweren Grunderkrankungen, verstarben an den Folgen der Infektion (Sepsis mit Multiorganversagen).

CA-MRSA-Nachweis (PVL-bildend)

Im vierten Quartal des Jahres 2023 wurden 63 Fälle (50 Infektionen, 13 Kolonisationen) übermittelt. Betroffen waren 17 Kinder (zwischen 0 und 13 Jahren alt), 6 Jugendliche (zwischen 14 und 17 Jahren) sowie Erwachsene im Alter zwischen 18 und 89 Jahren (Median der Erwachsenen: 33 Jahre). Die Nachweise erfolgten aus verschiedenen Abstrichen der Patient*innen. Insgesamt wurden zwei familiäre Häufungen mit insgesamt sieben Betroffenen übermittelt.

Nicht-Cholera-Vibrionen-Infektion

Betroffen waren Männer im Alter von 60, 63 und 39 Jahren, die mit Durchfall erkrankten. Aus Stuhl der Patienten wurde zweimal *Vibrio non-cholerae* sowie einmal *Vibrio fluvialis* nachgewiesen. Die Patienten waren kurz vorher von Urlaubsreisen aus Ägypten, Tansania bzw. Tunesien zurückgekehrt.

Bei einem vierten Fall handelte es sich um einen 90-jährigen Diabetiker, bei dem aus Wundabstrich (Zehe) *Vibrio furnissii* nachgewiesen wurde. Der Mann wird durch einen Pflegedienst versorgt und hat seinen Wohnbereich seit langer Zeit nicht mehr verlassen.

Norovirus-Gastroenteritis

Gegenüber dem Vorquartal ergab sich ein Anstieg der gemeldeten Norovirus-Infektionen um 60 %. Die Inzidenz lag bei 37 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und damit etwa im Bereich des 5-Jahres-Mittelwertes von 39 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Häufungen mit mindestens einem klinisch-laboridiagnostisch bestätigten Fall wurden aus 18 medizinischen Einrichtungen, 10 Heimen für Senior*innen, 9 Kindertagesstätten sowie einem Privathaushalt übermittelt.

Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

Parvovirus B19-Infektion

Unter den 183 im Quartal erfassten Fällen wurde einer als an der Infektion verstorben erfasst. Hierbei handelte es sich um einen 33 Jahre alten Mann, der tot zu Hause aufgefunden worden war. Bei der eingeleiteten Obduktion konnte mittels PCR aus Herzmuskel Parvovirus B19 nachgewiesen werden.

Pneumokokken-Erkrankung, invasiv

Bei den im Berichtszeitraum registrierten 101 Infektionen handelte es sich bis auf einen 6 Monate alten Säugling und ein 11-jähriges Mädchen um Erwachsene zwischen 26 und 96 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 72,5 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 ein 11 Jahre altes Mädchen mit Vorerkrankungen (akutes Atemnotsyndrom, spastische Zerebralparese und akute Influenza-A-Infektion) sowie drei Männer und zwei Frauen im Alter zwischen 71 und 90 Jahren an den Folgen der Infektion. Informationen zum Impfstatus lagen nicht vor.

Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden 44 Nachweise (17 Infektionen und 27 Kolonisationen) erfasst. Der Altersmedian der Betroffenen lag bei 67,5 Jahren.

Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion

Insgesamt wurden im letzten Quartal des Jahres 1.348 RS-Virus-Infektionen übermittelt (Vergleichszeitraum des Vorjahres: 5.764 Fälle, 5-Jahres-Mittelwert: 2.067). Etwa 68 % aller RSV-Nachweise erfolgten bei Kindern unter 5 Jahren. Eine 78 Jahre alte Frau verstarb an den Folgen der Infektion.

Rotavirus-Erkrankung

Mit 309 übermittelten Infektionen wurde im Vergleich zum Vorquartal (n = 408) ein Rückgang um 24 % verzeichnet. Die Neuerkrankungsrate lag mit 7,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner weit über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes von

2,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner. Aus einer Kindertagesstätte und einer Familie wurden Ausbrüche mit je 22 bzw. 2 Erkrankten übermittelt. Weiterhin kam der Tod einer 89 Jahre alten Frau zur Meldung.

Salmonellose

Es wurde eine um 25 % niedrigere Neuerkrankungsrate (4,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) erreicht als im Vorquartal (5,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner); diese lag etwa im Bereich des 5-Jahres-Mittelwertes des 4. Quartals (4,3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Mit rund 31 % dominierte der Serotyp *Salmonella* Enteritidis, gefolgt von *Salmonella* Typhimurium mit einem Anteil von 21 % am Gesamtvorkommen. Todesfälle wurden nicht registriert.

Es kamen zwei kleine Häufungen in Familien mit drei (*Salmonella* Enteritidis) bzw. zwei (*Salmonella* Mbandaka) Fällen zur Meldung. Eine Infektionsquelle fand sich nicht.

Shigellose

Von den 18 im Berichtszeitraum erfassten Fällen waren 11 durch *Shigella sonnei*, 2 durch *Shigella flexneri*, einmal durch *Shigella dysenteriae* sowie vier durch *Shigella* spp. bedingt. Betroffen waren ausschließlich Erwachsene im Alter zwischen 21 und 69 Jahren. Bei 10 Infektionen wurden Auslandsaufenthalte in Ägypten, Bali, Jordanien bzw. Marokko als Infektionsquelle eruiert. Weitere Hinweise zu möglichen Expositionen wurden nicht übermittelt.

Tuberkulose

Im Berichtszeitraum wurden 27 Tuberkulosen erfasst. Ein 83 Jahre alter deutscher Mann, der an einer Lungentuberkulose litt, verstarb an den Folgen der Erkrankung.

Tularämie

Insgesamt wurden 5 Tularämie-Erkrankungen gemeldet. Ein 88 Jahre alter Mann begab sich mit Pneumonie und Sepsis in ärztliche Behandlung. Die Diagnostik der Infektion erfolgte mittels kulturellem Nachweis. Der Patient hatte sich vermutlich während Erdarbeiten infiziert.

Ein weiterer Fall betraf einen 13-Jährigen, der mit Fieber und Durchfall erkrankte und stationär behandelt wurde. Der Nachweis erfolgte mittels Antikörpernachweis (einmalig deutlich erhöhter Wert). Eine mögliche Übertragung könnte durch die eigene Katze erfolgt sein.

Bei einem 64-jähriger Mann wurde die Verdachtsdiagnose einer ulzeroglandulären Tularämie im Zusammenhang mit der Entfernung von „tomatengroßen“ Hauttumoren und dem deutlich erhöhten Antikörper-Nachweis gestellt. Hinweise auf die Infektionsquelle ergaben sich nicht.

Ein 7 Jahre alter Junge erkrankte Anfang November mit Fieber, Lymphknotenschwellung und zeigte Hautgeschwüre. Zur diagnostischen Abklärung wurde er stationär aufgenommen. Mittels Antikörpernachweis (einmalig deutlich erhöhter Wert) konnte eine Infektion mit *Francisella tularensis* diagnostiziert werden. Die Familie des Kindes hält zu Hause Meerschweinchen und Hasen und pflegt engen Kontakt zu ihren Tieren.

Weiterhin betroffen war eine 53 Jahre alte Frau mit Lymphknotenschwellungen. Eine Infektionsquelle wurde nicht bekannt.

Typhus

Ein 27-Jähriger erkrankte nach einem Aufenthalt in Indien mit Fieber und wurde stationär behandelt. Aus Stuhl konnte *Sal-*

monella Typhi nachgewiesen werden. Eine prophylaktische Impfung gegen Typhus im Zusammenhang mit dieser Reise war nicht erfolgt.

West-Nil-Virus-Infektion

Ein 69 Jahre alter Mann erkrankte mit Fieber und Enzephalitis und wurde stationär eingewiesen. Zusätzlich litt der Patient auch nach der Krankenhausentlassung unter einer anhaltenden Hörschädigung. Die Diagnose wurde mittels PCR sowie IgM-Antikörper-Nachweis am Nationalen Referenzzentrum bestätigt. Es handelt sich hierbei um eine autochthon erworbene Infektion im Landkreis Meißen.

Zytomegalievirus-Infektion, angeborene Infektion

Bei einem männlichen Neugeborenen gelang der Nachweis von Zytomegalievirus aus Blut. Weitere Angaben lagen zu diesem Fall nicht vor.

Tod an sonstiger Infektionskrankheit

Die im letzten Quartal des Jahres 2023 übermittelten 71 Fälle betrafen einen 3 Tage alten Säugling (Todesursache Herzkreislauf-Versagen infolge einer *Escherichia coli*-Sepsis) sowie Erwachsene im Alter zwischen 43 und 98 Jahren (Median der Erwachsenen: 82 Jahre).

Tabelle 3: Todesfälle gemäß IfSGMeldeVO § 1 (2) im 4. Quartal 2023

Erreger	Anzahl	Klinisches Bild
<i>Candida</i> spp.	2	Nierenversagen; Sepsis;
<i>Clostridium</i> spp.	4	Nierenversagen, Sepsis
<i>Enterococcus faecalis</i>	1	Sepsis
<i>Escherichia coli</i>	10	Sepsis
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	Pneumonie
<i>Klebsiella</i> spp.	4	Pneumonie, Sepsis
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	1	Pneumonie, Sepsis
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	Pneumonie, Sepsis
<i>Scedosporium apiospermum</i>	1	Pneumonie, Sepsis
<i>Staphylococcus</i> spp.	40	Pneumonie, Sepsis
<i>Streptococcus</i> spp.	6	Sepsis

Verantwortlich:

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

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

	4. Quartal		kumulativ			
	40. - 52. MW 2023		1. - 52. MW 2023		1. - 52. MW 2022	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Acinetobacter-Nachweis ¹⁾	13		27	1	38	2
Adenovirus-Enteritis	326		1.795		2.417	1
Adenovirus-Infektion, respiratorisch	449		3.798		1.385	
Adenovirus-Konjunktivitis	24		193		44	
Amöbenruhr	8		24		22	
Arbovirus-Infektion					1	
Astrovirus-Enteritis	378		885		1.445	
Borreliose	244		1.483	1	1.709	
Brucellose			1		1	
Campylobacter-Enteritis	750	2	3.469	3	3.623	
Chikungunyafieber			1		1	
Chlamydia-trachomatis-Infektion	941		4.037		3.833	
Clostridioides-difficile-Enteritis	680		2.721		2.787	
Clostridioides-difficile-Infektion - schwerer Verlauf	36	11	125	39	121	25
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	22.368	312	59.782	656	1.275.784	2.597
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			5	4	4	3
Denguefieber	10		42		11	
Diphtherie	7		13		19	
Echinokokkose	2		6		3	
Enterobacterales-Nachweis ¹⁾	71	4	313	5	258	4
Enterohämorrhagische Escherichia-coli-Erkrankung	36		181		108	
Enterovirusinfektion	369		1.311		884	
Escherichia-coli-Enteritis	384		1.361		846	
Frühsommer-Meningoenzephalitis	9		34		43	
Gasbrand			4	2	3	1
Giardiasis	40		219		168	
Gonorrhoe	337		1.351		1.125	
Gruppe-B-Streptokokken-Infektion	386		1.860		1.934	
Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv	21		119	7	72	6
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch			2		6	1
Hantavirus-Erkrankung					2	
Hepatitis A	4		32		28	
Hepatitis B	108		539	1	415	1
Hepatitis C	63		289		251	1
Hepatitis D	2		6		6	
Hepatitis E	64		373		275	4
Herpes zoster	441	1	1.998	2	1.648	2
Influenza	1.687	9	6.086	37	31.200	107
Keuchhusten	27		114		73	
Kryptosporidiose	94		283		206	
Legionellose	36		100	2	70	7
Lepra					1	
Leptospirose	4		9		9	
Listeriose	15	2	47	5	48	4
Malaria	8		25		12	1
Masern	2		2			
Meningokokken-Erkrankung, invasiv	2		6	2	3	

	4. Quartal		kumulativ			
	40. - 52. MW 2023		1. - 52. MW 2023		1. - 52. MW 2022	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Mpox/Affenpocken	2		3		81	
MRSA ²⁾ -Infektion, invasiv	12	2	78	10	64	11
CA ³⁾ -MRSA-Nachweis	63		199		109	
Mumps	5		10		6	
Mycoplasma-hominis-Infektion	488		2.308		1.694	
Mycoplasma-Infektion, respiratorisch	687		1.024		273	
Nicht-Cholera-Vibrionen-Infektion	4		4		4	1
Norovirus-Enteritis	1.529		5.615	2	5.044	3
Ornithose			2		4	
Parainfluenza-Infektion, respiratorisch	328		1.432	2	1.183	
Paratyphus			2			
Parvovirus-B19-Infektion	183	1	720	1	10	
Pneumokokken-Erkrankung, invasiv	101	6	408	19	256	16
Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis ⁴⁾	44		155	4	125	2
Q-Fieber			3		1	
Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion	1.348	1	5.321	28	6.010	20
Rotavirus-Erkrankung	309	1	2.867	4	3.320	2
Salmonellose	170		643	1	663	
Scharlach	317		3.223		603	
Shigellose	18		49		16	
Skabies	104		345		137	
Subakute sklerosierende Panenzephalitis			1			
Syphilis	61		347		300	
Tetanus			1			
Toxoplasmose	8		31		23	
Tuberkulose	27	1	130	3	148	8
Tularämie	5		11		2	
Typhus	1		5			
West-Nil-Virus-Infektion	1		1		4	
Windpocken	353		1.665		762	
Yersiniose	80		301		271	
Zikavirus-Infektion					1	
Zytomegalievirus-Nachweis	188		807	1	539	
angeborene Infektion	1		9	1	11	
Tod an sonstiger Infektionskrankheit		71		181		117

T Todesfälle
MW Meldewoche

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

2) Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*

3) Community-Acquired

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

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

Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Skabies im Freistaat Sachsen

- Sächsisches Herdbekämpfungsprogramm Skabies

Stand: Januar 2024

1	Epidemiologie	
1.1	Erreger	<p>Die Krätzemilbe oder Skabiesmilbe (<i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>hominis</i>) gehört zu den Spinnentieren und ist ein auf den Menschen spezialisierter und an den Menschen gebundener Parasit.</p> <p>Weibliche Skabiesmilben werden 0,3 bis 0,5 mm groß (mit dem menschlichen Auge gerade noch als Punkt sichtbar), männliche Milben 0,2 bis 0,3 mm. Die Sauerstoffaufnahme erfolgt durch Diffusion über die Körperoberfläche, sodass der Parasit nicht tiefer als in die Hornschicht (<i>Stratum corneum</i>) oder das <i>Stratum granulosum</i> (Körnerschicht der Haut) eindringen kann. Die Epidermis wird nicht durchdrungen, weshalb terminologisch eher der Begriff Infestation als Infektion zu verwenden ist. Im Folgenden werden, unter anderem aus stilistischen Gründen, beide Begriffe bzw. von diesen abgeleitete Wörter synonym verwendet.</p> <p>Auf warmen Körperoberflächen können die Parasiten ca. 2,5 cm pro Minute zurücklegen. Der Penetrationsvorgang dauert zwischen 20 und 30 Minuten, bis dahin können die Milben weggewischt oder gewaschen werden. Im <i>Stratum corneum</i> graben weibliche Krätzemilben tunnelförmige Gänge und bewegen sich pro Tag ca. 0,5 bis 5 mm vorwärts.</p> <p>Die Begattung findet auf der Hautoberfläche statt. Die männlichen Milben sterben danach, nur die befruchteten Weibchen graben sich in das <i>Stratum corneum</i> ein, wo sie in der Regel für den Rest ihres vier- bis sechswöchigen Lebens verbleiben und in den Gängen 1 bis 4 Eier pro Tag ablegen sowie Kotballen (Skybala) ausscheiden. Aus den Eiern schlüpfen nach 2 bis 3 Tagen Larven, die zurück an die Hautoberfläche gelangen und sich dort in Falten, Vertiefungen und Haarfollikeln zunächst zu Nymphen, nach etwa 2 bis 3 Wochen (9 bis 17 Tagen) zu geschlechtsreifen Milben entwickeln.</p>
1.2	Inkubationszeit	<p>Erstinfestation: 2 bis 6 Wochen</p> <p>Reinfestation: aufgrund bereits bestehender Sensibilisierung nach 1 bis 4 Tagen</p>
1.3	Infektionsquelle (und Reservoir)	<p>Es existiert kein Reservoir im eigentlichen Sinne, da sich die Skabiesmilbe nur in der menschlichen Haut vermehren kann.</p>
1.4	Übertragung	<ul style="list-style-type: none">■ Eine Ansteckungsfähigkeit besteht bereits vor Symptombeginn und ist über die gesamte Krankheitsdauer bis zur erfolgten Behandlung (siehe Therapie) möglich.■ In der Literatur herrscht Uneinigkeit darüber, wie leicht und schnell eine Übertragung der Milben möglich ist. In der Regel erfolgt die Übertragung der Milben durch direkten, kontinuierlichen Haut-zu-Haut-Kontakt von mindestens 5 bis 10 Minuten (Übertragung eines einzigen begatteten Milbenweibchens oder mehrerer, geschlechtlich unterschiedlich determinierter Larven reicht aus), dazu zählt z. B. Stillen, Kuschneln, Geschlechtsverkehr oder die ungeschützte Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Das Infestationsrisiko steigt insgesamt mit der Anzahl der Milben auf der Hautoberfläche des Patienten und hängt von Dauer und Häufigkeit direkter Körperkontakte ab. Auch eine Übertragung über Textilien (z. B. Bettwäsche, Woldecken, Unterwäsche oder Verbandstoffe) ist unter Umständen möglich. Ob Händeschütteln, Umarmungen oder eine medizinische Untersuchung bei gewöhnlicher Skabies für eine Übertragung ausreichen ist derzeit umstritten. Eine Übertragung kann hierbei jedoch nicht ausgeschlossen werden. Hohes Infestationsrisiko besteht bei der <i>Scabies crustosa</i>, hier kann eine Ansteckung schon bei kurzem Körperkontakt oder bei Exposition gegenüber milbentragenden Objekten oder Schuppen des Patienten erfolgen.
1.5	Infektiosität	<p>Die Infektiosität von Skabiesmilben ist umso geringer, je länger sie von ihrem Wirt getrennt sind.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Bei Raumtemperatur (21 °C) und einer relativen Luftfeuchtigkeit von 40 bis 80 % sind Krätzemilben mit großer Wahrscheinlichkeit nicht länger als 48 Stunden infektiös.■ Bei 34 °C Umgebungstemperatur überleben Milben weniger als 24 Stunden.■ Bei 60 °C (z. B. Waschmaschine, Trockner) beträgt die Überlebenszeit nicht mehr als 10 Minuten.■ Niedrigere Temperaturen und eine höhere relative Luftfeuchtigkeit verlängern die Überlebenszeit. Bei einer Umgebungstemperatur von unter 16 °C sind die Milben jedoch in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt und können nicht mehr in die Epidermis eindringen.

1.6	Vorkommen	<ul style="list-style-type: none"> ■ weltweit ■ betrifft Personen jeden Alters (allgemeine Disposition) ■ In vielen Ländern mit tropischem Klima handelt es sich um eine endemische Armut-assoziierte Massenerkrankung mit einer Prävalenz in der Gesamtbevölkerung von bis zu 15 %, Kinder sind dort überproportional häufig betroffen. ■ Vor allem in Einrichtungen, in denen Personen über längere Zeit zusammenleben, betreut oder medizinisch versorgt werden und ein enger Haut-zu-Haut-Kontakt besteht, können Ausbrüche auftreten (z. B. Kindergärten, Obdachloseneinrichtungen, Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser).
1.7	Immunität	Es wird keine Immunität aufgebaut.
2	Klinik	Die Klinik der Skabies ist vielgestaltig und wird maßgeblich von der Milbenzahl sowie Alter, Immunstatus und Abwehrverhalten des Patienten bestimmt.
2.1	Gewöhnliche Skabies:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prädisloktionsstellen (Hautareale, an denen Veränderungen bevorzugt auftreten): Zwischenraumfalten zwischen Fingern und Zehen, Ellenbogenstreckseiten, vordere Falten der Achselhöhlen, Brustwarzenhof, Nabelregion, Gürtellinie, Gesäß, Analfalte, Region rund um den Anus (Perianalregion), Leisten, Knöchelregion, innere Fußränder, Penischaft ■ Primäreffloreszenzen: kommaartige, oft unregelmäßig gewundene, wenige Millimeter bis 1 cm lange Milbengänge, zum Teil mit Bläschenbildung am Ende; Ekzem mit disseminierten, milbenfreien erythematösen und zum Teil krustösen Papeln, Bläschen und Papulovesikeln ■ starker, generalisierter Juckreiz, in der Nacht zunehmend, kann speziell bei Demenzkranken jedoch völlig fehlen ■ Im Laufe von Wochen entsteht durch Kratzeffekte, Verkrustung und mögliche bakterielle Infektionen ein vielfältiges morphologisches Bild mit unterschiedlicher Ausprägung. ■ Insbesondere bei Kleinkindern und älteren Menschen können derbe, rundliche Knoten roter, rotbrauner oder gräulich-violetter Farbe das klinische Bild dominieren („Scabies nodosa“), welche auch nach erfolgreicher Therapie monatelang persistieren können. ■ so genannte gepflegte Skabies: oft nicht diagnostiziert, da sich der Hautbefund aufgrund guter Körperhygiene diskreter darstellt ■ postskabiöses Ekzem: persistierende juckende Hautveränderungen nach erfolgreicher Behandlung ■ unbehandelt chronischer Verlauf, selten spontane Ausheilung nach mehreren Jahren
2.2	Scabies crustosa	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiedelung von bis zu mehreren Millionen Milben auf und in der Haut ■ Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> ■ Immunsuppression ■ chronische Erkrankungen (z. B. schwere Autoimmunerkrankungen, Diabetes, Dialyse, Alkohol- und Drogenabhängigkeit) ■ Sensibilitätsstörung der Haut (z. B. sensorische Neuropathie, Rückenmarksverletzung, Demenz) ■ körperliche Behinderung (z. B. Paraplegien oder Paresen) ■ hoch ansteckend, bereits kurze Hautkontakte können zu einer Infestation führen ■ diffuse Hyperkeratosen, gelegentlich auch Krusten und Borke auf gerötetem Grund mit kleinen bis mittelgroßen Schuppen ■ Prädisloktionsstellen: Hände und Füße, typischerweise Beteiligung der Hand- und Fußflächen mit vermehrter Verhornung und Nagelbefall, Handgelenke und Ellenbogen; häufig auch Kopfhaut, Gesicht und Hals befallen ■ der ansonsten typische Juckreiz fehlt mitunter ■ Komplikation: bakterielle Superinfektion mit generalisierter Lymphadenopathie und (bei geschwächter Immunabwehr) erhöhter Gefahr einer Bakteriämie oder Sepsis
2.3	Skabies im Säuglingsalter	<ul style="list-style-type: none"> ■ vielgestaltiges klinisches Bild mit Blasen, Bläschen, Pusteln ■ ausgeprägte Hautveränderungen, häufig betroffen sind Hand- und Fußflächen, Knöchelregion, Kopfhaut und Gesicht, Achselhöhlen, Knie einschließlich Kniekehlen, Unterschenkel ■ beeinträchtigt Allgemeines (Irritiertheit und Appetitlosigkeit bis hin zu Gedeihstörung)

2.4	Skabies bei alten Menschen	<ul style="list-style-type: none"> ■ häufiger atypische Erscheinungsformen mit geringer entzündlicher Komponente ■ gelegentlich auch Befall von Kopfhaut, Gesicht und Hals, bei Bettlägerigen oft Rücken
3	Diagnostik	Die fachärztliche Abklärung durch einen Dermatologen zur Diagnosesicherung wird empfohlen.
3.1	Mikroskopischer Nachweis von Milben, Eiern oder Kotballen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hautgeschabel: Der Milbengang wird am blinden Ende (gegebenenfalls ist eine kleine Papel (Milbenhügel) zu erkennen) mit einer feinen Kanüle, Lanzette oder Skalpell, bei Kindern gegebenenfalls mit einem scharfen Löffel eröffnet und abgetragen und der Inhalt auf einen Objektträger aufgebracht. Milbengänge können mithilfe des Burrow-Ink-Tests (Auftupfen von Farbstoff (Filzschreiber) oder Tinte (Füllfederhalter) und Applikation eines Tropfens Alkohol) sichtbar gemacht werden. Bei <i>Scabies crustosa</i> lässt sich der Milbennachweis bereits an einzelnen Schuppen führen. ■ Klebebandtest: Durchsichtiges Klebeband mit genügender Klebekraft wird auf verdächtige Gange gedrückt, ruckartig abgezogen und anschließend mikroskopisch untersucht. Bei Ausbrüchen in Heimen oder Massenunterkünften handelt es sich dabei um eine zeitökonomische Methode. Kontraindikation: fragile Haut (dermatoporöse oder bullöse Erkrankungen).
3.2	Dermatoskopie	Nachweis von Milben: bräunliche Dreieckskontur („kite sign“, Winddrachenzeichen; bei pigmentierter Haut kaum oder gar nicht erkennbar) in Verbindung mit lufthaltigem intrakornealem Gangsystem (Kielwasserzeichen)
4	Therapie	
4.1	Allgemein	<p>Die Therapie erfolgt durch lokal (topisch) oder oral (systemisch) anzuwendende Medikamente (Scabizide). Nach einmaliger Gabe sind Permethrin 5 %, Crotamiton 10 % und systemisch appliziertes Ivermectin vergleichbar wirksam. Unterschiede existieren in Anwendungshäufigkeit und –einfachheit und bei der Eradikation von Skabies in Populationen mit hoher Prävalenz. Ivermectin sollte aufgrund der in den meisten (wenn auch nicht allen) Vergleichsstudien schnelleren Wirkung von Permethrin gegen den Juckreiz und geringerem Nebenwirkungsrisiko von Permethrin sowie der möglichen, wenn auch seltenen Wechselwirkungen bei systemischer Anwendung von Ivermectin für bestimmte Indikationen vorbehalten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ fehlendes Ansprechen des Patienten auf eine Vorbehandlung mit Permethrin ■ immunsupprimierte Patienten ■ <i>Scabies crustosa</i> (zusätzlich zu oder statt Lokaltherapie) ■ Patienten mit stark ekzematöser oder erosiver (defekter) Haut ■ keine Gewährleistung einer lege artis durchgeführten Ganzkörperbehandlung wie körperliche Behinderung, kognitive Einschränkungen, fehlendes Verständnis oder organisatorische Schwierigkeiten (z. B. in Sammelunterkünften). <p>Zusätzlich sollten Symptome, wie der oft ausgeprägte Juckreiz sowie entzündliche Begleiterscheinungen und Sekundärinfektionen behandelt werden. Das postscabiöse Ekzem (juckender Ausschlag) kann auch nach erfolgreicher Behandlung noch für einige Wochen weiterbestehen und sollte symptomatisch behandelt werden.</p> <p>Bei schweren bakteriellen Sekundärinfektionen oder Versagen der Therapie im ambulanten Bereich kann eine stationäre Behandlung erforderlich werden. Patienten mit <i>Scabies crustosa</i> und Säuglinge, gegebenenfalls auch Kleinkinder, sollten stationär behandelt werden.</p> <p>Die häufigsten Ursachen für eine persistierende aktive Skabies nach Behandlung sind Anwendungsfehler bei der ersten Behandlung und eine Reinfestation durch nicht ausreichend behandelte oder nicht erkannte Kontaktpersonen und/oder unvollständige Umfeldsanierung.</p>
4.2	Topische Antiscabiosa	<p>Das Ziel ist die Abtötung von Skabiesmilben, Larven und Eiern, weshalb der gesamte Körper lückenlos vom Unterkiefer abwärts einschließlich des Bereiches hinter den Ohren (Retroaurikularfalten) behandelt werden muss. Bei Vorliegen verdächtiger Effloreszenzen und ausgeprägten Fällen gewöhnlicher Skabies sollten Kopfhaut und Gesicht in die Therapie einbezogen werden (bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr, <i>Scabies crustosa</i> und Immunsupprimierten immer einbeziehen, gegebenenfalls unter Aussparung der unmittelbaren Augen- und Mundregion).</p> <p>Um alle Körperstellen zu erreichen, sollte die Lokaltherapie mit einer zweiten Person durchgeführt werden. Die behandelnden Personen sollten Schutzhandschuhe tragen, Händewaschen unmittelbar nach dem Kontakt verringert wahrscheinlich das Infestationsrisiko, eine Händedesinfektion verhindert keine Infestation.</p>

4.2 Fortsetzung Topische Antiscabiosa	<p>Vor der ersten Anwendung wird eine gründliche Körperreinigung durch Dusche oder Vollbad mit Kürzen der Nägel angeraten (außer bei Kindern unter 3 Jahren, hier kann warmes Baden unmittelbar vor Beginn der Therapie zur Förderung der Resorption führen). Die Haut ist zu trocknen und das Antiscabiosum nach Erlangung der normalen Körpertemperatur (ca. 60 Minuten nach Beendigung der Körperreinigung) anzuwenden. Bei der Scabies crustosa sollten die Krusten bzw. Schuppen vor der Behandlung abgelöst werden, hier ist ein (Öl-)Bad hilfreich.</p> <p>Während der Einwirkzeit ist das Tragen von Baumwollhandschuhen durch den Patienten zu empfehlen, nach dem Händewaschen muss das Antiscabiosum direkt wieder aufgebracht werden. Nach dem Abduschen oder Abwaschen des Antiscabiosums sind Körper- und Bettwäsche sowie gegebenenfalls Bettdecke und Kissen zu wechseln.</p> <p>Im Anschluss an die topische Behandlung sollte mit milden Salben oder Cremes nachbehandelt werden, um Austrocknungen/Irritationen der Haut zu vermeiden bzw. zu vermindern. Der Wirkungserfolg der lokalen Therapie sollte nach 2 Wochen und bis mindestens 4–6 Wochen nach Therapie (Abschluss eines Entwicklungszyklus) kontrolliert werden, Die Therapie muss wiederholt werden, wenn noch Zeichen einer aktiven Infestation bestehen.</p> <p>Aus Sicherheitsgründen sollte eine Wiederholung der Lokalthherapie nach 7 Tagen erfolgen bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Scabies crustosa ■ ausgedehnter Scabies (viele gangartige Papeln oder Knoten) ■ immunsupprimierten Patienten ■ Ausbrüchen in Heimen ■ Zweifeln, ob die erste Behandlung konsequent durchgeführt wurde. <p>Permethrin-Creme: Permethrin ist das Mittel der 1. Wahl bei gewöhnlicher Skabies und wirkt abtötend auf Skabiesmilben und Eier (skabizid und ovozid). Die Permethrin-Creme wird einmalig für 8–12 Stunden (am besten über Nacht und nicht direkt nach dem Baden, da sie auf hydrierter Haut nicht ausreichend aufgenommen wird) auf die gesamte Hautoberfläche aufgetragen, anschließend abgeduscht oder abgewaschen. Enger Körperkontakt sollte für 36 Stunden vermieden werden. Nach der Fachinformation erfolgt bei unkomplizierter Skabies eine einmalige Anwendung, von einigen Autoren wird aufgrund von Berichten über Therapieversagen die Wiederholung der Anwendung nach 7–10 Tagen empfohlen. Im Rezidivfall sollte immer eine Wiederholung erfolgen.</p> <p>Für die verschiedenen bei Milben bekannten Resistenzmechanismen lassen sich bisher für Krätzmilben keine eindeutigen Belege finden (häufigste Ursachen für fehlendes Ansprechen der Therapie siehe 4.1).</p> <p>Benzylbenzoat: Benzylbenzoat besitzt eine akarizide (Milben abtötende) und ovozide Wirkung. Benzylbenzoat ist in Form einer 10%igen (für hautgesunde Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr zugelassen) und einer 25%igen Emulsion (ab 12 Jahren) erhältlich. Die Anwendung erfolgt an 3 aufeinanderfolgenden Tagen, erst am 4. Tag wird die Emulsion abgeduscht oder abgewaschen.</p> <p>Crotamiton: Die Behandlung erfolgt an 3 bis 5 aufeinanderfolgenden Tagen: auf den gesamten Körper auftragen und nicht abwaschen, erst nach abgeschlossener Behandlung (frühestens am 4. Tag) abwaschen.</p>
4.3 Systemische Therapie	<p>Ivermectin oral Bei gewöhnlicher Skabies gilt die einmalige Einnahme von 200 µg/kg Körpergewicht als ausreichend, aufgrund der fehlenden ovoziden Wirkung kann die Notwendigkeit einer Wiederholung der oralen Gabe nach 7 bis 15 Tagen bestehen. Bei Scabies crustosa, bei ausgedehnter Skabies (zahlreiche Effloreszenzen an mindestens fünf flächigen Arealen), bei immunsupprimierten Patienten oder bei Ausbrüchen in stationären oder anderen Betreuungseinrichtungen zur sicheren Unterbrechung der Infektionskette sollte nach 7 bis 15 Tagen eine zweite Behandlung erfolgen. Eine Wiederholungsbehandlung ist auch bei weiterbestehenden Zeichen einer aktiven Infestation 14 Tage nach Therapie indiziert.</p> <p>Die Anwendung ist bei Schwangeren kontraindiziert, Kinder unter 15 kg Körpergewicht sollten nicht behandelt werden.</p>

5	Antiepidemische Maßnahmen	
5.1	Mitteilungs- und Benachrichtigungspflicht	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gemäß § 34 Absatz 5 IfSG haben die Personen oder die Sorgeberechtigten an die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 IfSG (dazu zählen Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kindertageseinrichtungen, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime oder Ferienlager) die Erkrankung oder den Verdacht der Erkrankung an Skabies mitzuteilen. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung wiederum hat gemäß § 34 Absatz 6 IfSG das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind und erforderliche krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen. ■ Gemäß § 35 Absatz 4 IfSG haben Leiter von vollstationären oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen und erforderliche krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen, wenn eine in der Einrichtung tätige oder untergebrachte Person an Skabies erkrankt oder der Verdacht auf Skabies besteht. ■ Gemäß § 36 Absatz 3a IfSG hat die Leitung der in § 36 Absatz 1 Nr. 2 bis 6 IfSG genannten Einrichtungen (dazu zählen unter anderem Justizvollzugsanstalten, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern und Flüchtlingen oder sonstigen Massenunterkünften) das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind.
5.2	Maßnahmen bei erkrankten Einzelfällen	
5.2.1	Gewöhnliche Skabies	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unter der Voraussetzung, dass längere Haut-zu-Haut-Kontakte vermieden werden, können Personen, bei denen eine gewöhnliche Skabies diagnostiziert wurde, bis zur Behandlung am sozialen Leben teilhaben, sind jedoch gemäß § 34 Abs. 1 IfSG von den entsprechenden Gemeinschaftseinrichtungen ausgenommen. ■ Krankheits- und Ansteckungsverdächtige sowie ihr Umfeld sollten über das Infestationsrisiko und die Symptomatik informiert werden, intensive Hautkontakte sind für die Dauer der Inkubationszeit zu vermeiden. ■ Tragen von Handschuhen und Schutzkitteln seitens des Pflege-, Reinigungs- und ärztlichen Personals ■ Die Patienten brauchen in der Regel nicht isoliert zu werden. Der Transport bekleideter Patienten ist ohne Vorsichtsmaßnahmen möglich, es ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer Übertragung über die Hände kommt. ■ Engerer Kontakt einschließlich Intimverkehr sollte vermieden werden, bis beide Partner ausreichend behandelt sind. ■ Die Wiederzulassung zu Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen von Erkrankten und Krankheitsverdächtigen ist nach Abschluss der ordnungsgemäßen Behandlung möglich, bei ansonsten gesunden, nicht immunsupprimierten Patienten also direkt nach der abgeschlossenen Behandlung mit einem topischen Antiscabiosum bzw. 24 Stunden nach Einnahme von Ivermectin.
5.2.2	Scabies crustosa	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Patienten sollen umgehend isoliert und, wenn möglich, einer stationären Behandlung zugeführt werden. ■ Tragen von Schutzhandschuhen und -kitteln seitens des Pflege-, Reinigungs- und ärztlichen Personals ■ Kontrolluntersuchungen auf neue Skabies-verdächtige Effloreszenzen im Abstand von 14 Tagen bis mindestens 4 Wochen nach Therapieende ■ Eine Aufhebung der Isolation und stationäre Entlassung kann 1 Tag nach der Therapiewiederholung erwogen werden, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung keine Schuppung und Hyperkeratosen mehr aufweist (in der Regel erst nach 2 Wochen). ■ Untersuchung aller Kontaktpersonen der letzten 6 Wochen vor Manifestation der Erkrankung (auch Personen mit nur kurzem Haut-zu-Haut-Kontakt oder Kontakt zu kontaminierten Textilien) und gleichzeitige Behandlung dieser, unabhängig vom Vorliegen von Symptomen (siehe auch 5.3.1).

5.3	Kontaktpersonen	
5.3.1	Enge Kontaktpersonen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Weisen ein erhöhtes Infestationsrisiko auf. ■ Definition: in der Regel alle Personen, die zu Erkrankten engen, großflächigen Haut-zu-Haut-Kontakt über einen längeren Zeitraum hatten (länger als 5-10 Minuten), z. B. Bett, Kuscheln, Geschlechtsverkehr, Körperpflege von Kranken oder Kleinkindern; auch bei kürzerem Kontakt kann die Übertragung nicht ausgeschlossen werden ■ bei Scabies crustosa: bereits kurz während Kontakt zum Erkrankten oder Kontakt zu kontaminierten Textilien (während manifester Scabies crustosa oder in den letzten 4-6 Wochen vor Manifestation der Erkrankung) ausreichend ■ Aufklärung, dass bis 6 Wochen nach Kontakt Skabies noch manifest werden kann ■ Aufklärung über Vermeidung von intensiven Hautkontakten für die Dauer der Inkubationszeit aufgrund der Ansteckungsfähigkeit ■ Beobachtung auf skabiestypische Symptome, bei Auftreten von Symptomen umgehend dermatologische Behandlung ■ Patienten und Kontaktpersonen (auch asymptomatische) müssen gleichzeitig ihre Behandlung erhalten, damit die Therapie auf Dauer erfolgreich ist. Ist die gleichzeitige Behandlung aufgrund von Rahmenbedingungen nicht möglich, ist die Behandlung innerhalb weniger Tage nach Behandlung des Erkrankten (soweit aus ärztlicher Sicht vertretbar) vorzunehmen. ■ Die häufigsten Ursachen für eine persistierende aktive Skabies nach Behandlung sind neben Anwendungsfehlern bei der ersten Behandlung und eine erneute Infestation durch nicht ausreichend behandelte oder nicht erkannte Kontaktpersonen. ■ Kontaktpersonen von Scabies crustosa-Patienten: <ul style="list-style-type: none"> ■ Untersuchung aller Kontaktpersonen der letzten 6 Wochen vor Manifestation der Erkrankung ■ Gleichzeitige Behandlung aller Personen, die Kontakt zum Erkrankten oder zu kontaminierten Textilien hatten (unabhängig vom Vorliegen von Symptomen) ■ Die Behandlung von Personen mit Aufenthalt im selben Raum ist von Zeitdauer und Nähe zum Patienten abhängig, im Zweifelsfall eher Behandlung. ■ Untersuchung und im Zweifelsfall ebenfalls Behandlung von sekundären Kontaktpersonen, die längeren Hautkontakt zu primären Kontaktpersonen hatten
5.3.2	Weitere Kontaktpersonen	<ul style="list-style-type: none"> ■ alle, die nicht unter die Definition der engen Kontaktpersonen fallen ■ sie sind in der Regel nicht erkrankungsgefährdet ■ Selbstbeobachtung auf skabiestypische Symptome für 6 Wochen ■ bei Auftreten von Symptomen in dermatologische Behandlung begeben
5.4	Umgebungsmaßnahmen	
5.4.1	Gewöhnliche Skabies	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maßnahmen vor allem auf Gegenstände und Textilien fokussieren, zu denen Erkrankte längeren/ großflächigen Hautkontakt hatten ■ Durchführung der Maßnahmen während bzw. direkt nach der Behandlung der Erkrankten und Kontaktpersonen ■ Personengebundene Nutzung normalerweise übergreifend genutzter Medizinprodukte und Utensilien ■ Kleider, Bettwäsche, Handtücher und weitere Gegenstände mit längerem Körperkontakt: bei mindestens 60 °C für mindestens 10 Minuten waschen oder mithilfe eines Heißdampfgeräts dekontaminieren <ul style="list-style-type: none"> ➔ wenn eine Reinigung mit hoher Temperatur nicht möglich ist: Gegenstände und Textilien in Plastiksäcke einpacken oder in Folie einschweißen und für 72 Stunden bei mindestens 21 °C lagern; wenn die Lagerung bei geringer Luftfeuchtigkeit und gesicherter konstanter Temperatur von über 21 °C möglich ist (z. B. direkt vor einem Heizkörper), sind 48 Stunden ausreichend ➔ Alternativ: Lagerung kontaminierter Gegenstände für 2 Stunden bei -25 °C ■ Bettdecke und Kissen wechseln und frisch beziehen bis zum Abschluss der Behandlung ■ Polstermöbel, Sofakissen, textile Fußbodenbeläge (wenn Erkrankte mit bloßer Haut darauf gelegen haben) mit starkem Sauger absaugen und Filter und Beutel danach entsorgen (ein Austreten der Milben muss verhindert werden, gegebenenfalls mittels HEPA- oder Mikrofilter) oder für mindestens 48 Stunden lang nicht benutzen (wegen geringer Ansteckungsgefahr nicht zwingend erforderlich). ■ Gegenstände, mit denen Patient nur kurzen Kontakt hatte, müssen nicht dekontaminiert werden. ■ Unterhaltsreinigung auf gewohnte Weise und in gewohnten Intervallen

5.4.2 Scabies crustosa	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maßnahmen erfolgen zusätzlich zu den Umgebungsmaßnahmen bei gewöhnlicher Skabies. ■ Kleidung, Schuhe, Handtücher und Bettwäsche sollen bis mindestens einen Tag nach der zweiten Behandlung täglich gewechselt werden. ■ falls bei zweiter Behandlung Schuppung und Hyperkeratosen noch nicht vollständig entfernt waren, weiterhin täglicher Wäschewechsel ■ Für Kleider, Bettwäsche, Handtücher oder andere Gegenstände mit längerem Körperkontakt gilt (abweichend von den Maßnahmen bei gewöhnlicher Skabies): <ul style="list-style-type: none"> ■ Waschung bei mindestens 60 °C (kompletter Waschgang) und heiße Trocknung oder Dekontamination mithilfe eines Heißdampfgeräts ■ Trockene Lagerung in Plastiksäcken oder in Folien eingeschweißt bei 21 °C (konstante Temperatur!) nur, wenn keine Reinigung möglich ist und dann sicherheitshalber für mindestens 7 Tage ■ Keine klare Empfehlung zu einer Tiefkühlung hochkontaminierter Materialien (keine ausreichenden Daten verfügbar) ■ Gegenstände, zu denen der Patient längeren ausgedehnten bzw. flächigen Hautkontakt hatte (unter anderem Blutdruckmanschetten), sollen ausreichend gereinigt oder ausreichend lange nicht verwendet oder verpackt werden. ■ wenn möglich sind Einmalartikel zu verwenden (Isolierstation) ■ tägliche Reinigung des Zimmers und der Gebrauchsgegenstände (Durchführende tragen langärmeligen Schutzkittel und Schutzhandschuhe) bis mindestens einen Tag nach der zweiten Behandlung). ■ Sicherheitshalber sollten alle Gegenstände, mit denen der Patient kurzen, aber ungeschützten Kontakt hatte, gut gereinigt und/oder mind. 3 Tage nicht von anderen Personen genutzt werden; bei Textilien und Stoffartikeln gelten 7 Tage. ■ Polstermöbel, Sofakissen oder textile Fußbodenbeläge mit einem starken Sauger absaugen und Filter und Beutel danach entsorgen (ein Austreten der Milben muss verhindert werden, ein Sauger mit HEPA-Filter ist empfehlenswert) oder mindestens 7 Tage lang nicht benutzen ■ Matratzen und Bettzeug (bezogene Kissen, Decken, Matratzenauflagen etc.) sind vor jeder Therapiewiederholung und nach Entlassung zu dekontaminieren (thermische Desinfektion: 60 °C für 10 Minuten, Kerntemperatur beachten) oder mindestens 7 Tage lang konstant bei mindestens 21 °C (konstante Temperatur!) trocken zu lagern
5.5 Einrichtungsspezifische Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es wird empfohlen, den Umgang mit Skabies im Hygieneplan der Einrichtung zu regeln. Dies gilt besonders für Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33, Einrichtungen nach § 35 und Sammelunterkünfte nach § 36 IfSG. ■ Unterscheidung zwischen Einzelerkrankung oder Ausbruchsgeschehen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Annahme Einzelerkrankung relativ sicher, wenn erkrankte Person innerhalb der Inkubationszeit (6 Wochen) aufgenommen wurde ■ Wenn die Person bereits länger in der Einrichtung lebt, kann die Diagnose auf ein bislang unerkanntes Ausbruchsgeschehen hindeuten. ■ wenn keine sichere Unterscheidung zwischen Einzelerkrankung oder unentdecktem Ausbruch möglich ist: Skabies-Diagnostik bei engen und anderen Kontaktpersonen ■ bei Verdacht auf Ausbruch: siehe 5.6 (Maßnahmen bei Ausbruchsgeschehen) ■ Enge Kontaktpersonen ohne Symptome sollten möglichst gleichzeitig mitbehandelt werden, wenn durch sie das Risiko einer Wiedereinschleppung gegeben ist.
5.5.1 Medizinische Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ keine Teilnahme am Gemeinschaftsleben von Erkrankten mit gewöhnlicher Skabies bis zum Eintreten der Behandlungswirkung ■ Werden mehrere an Skabies erkrankte Personen im gleichen Zeitraum aufgenommen, kann zur Behandlung eine Gruppenisolierung durchgeführt werden. ■ bei Hautkontakt von medizinischem Personal zu an Skabies Erkrankten oder Patienten mit erhöhtem Risiko: Einmalhandschuhe und Schutzkleidung mit langen Ärmeln ■ Besuch/Angehörige: <ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeiden von Kontakt oder Tragen von Schutzkleidung und Einmalhandschuhen ■ Für die Zeit der Ansteckungsdauer ist von Besuch abzuraten ■ bei Scabies crustosa: siehe 5.2.2

5.5.2 Pflegerische Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erkrankte mit gewöhnlicher Skabies sollten bis zum Eintreten der Behandlungswirkung nicht am Gemeinschaftsleben teilnehmen. ■ Information der Beschäftigten (des betreffenden Wohnbereichs) und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort, etwa durch Aushändigung vorbereiteter Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung ■ sorgfältige Identifizierung enger Kontaktpersonen (insbesondere auch Pflegepersonen, da von infestierten Pflegepersonen ein hohes Übertragungsrisiko auf Bewohner ausgeht) ■ gleichzeitige Behandlung enger Kontaktpersonen, auch wenn diese asymptomatisch sind (wenn aus ärztlicher Sicht angezeigt) ■ in Einrichtungen für behinderte oder demente Menschen: Mitbewohner im Zimmer sind als enge Kontaktpersonen zu identifizieren ■ Entscheidung anhand räumlicher Gegebenheiten, sozialer Interaktion, Mobilität der Erkrankten sowie weiterer relevanter Rahmenbedingungen, ob die Behandlung von Betreuern und Pflegekräften ohne engen Hautkontakt bzw. aller Bewohner einer Station/Wohngruppe sinnvoll ist ■ Mitarbeiter tragen persönliche Schutzausrüstung (langarmiger Kittel, alternativ Ärmelschoner), solange eine Ansteckungsgefahr besteht. ■ Besuch/Angehörige: <ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeiden von Kontakt oder Tragen von Schutzkleidung und Einmalhandschuhen ■ Für die Zeit der Ansteckungsdauer ist von Besuchen abzuraten. ■ bei Scabies crustosa (zusätzlich zu Maßnahmen in 5.2.2): Information aller Beschäftigten des betreffenden Wohnbereichs durch Leitungsperson vor Ort ■ Bei Verlegungen infizierter Personen, sind die weiterführende Institution, der Krankentransport oder Angehörige vorab entsprechend zu informieren.
5.5.3 Gemeinschaftseinrichtungen (gemäß § 33 IfSG)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personen, die an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen keine Gemeinschaftseinrichtungen besuchen und keine Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu dort Betreuten haben. ■ Die Einschränkung der Tätigkeit bzw. des Besuchs der Gemeinschaftseinrichtung gilt bis nach ärztlichem Urteil (kann behandelnder Arzt oder Arzt des zuständigen Gesundheitsamtes sein), welches auch mündlich erfolgen kann, eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist. ■ Die Wiederezulassung von immunkompetenten Erkrankten/Krankheitsverdächtigen ist direkt nach abgeschlossener ordnungsgemäßer Behandlung mit einem topischem Antiskabiosum bzw. 24h nach Einnahme von Ivermectin möglich (nicht bei Scabies crustosa, siehe 5.2.2). ■ Information der Beschäftigten und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort, etwa durch Aushändigung vorbereiteter Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung
5.5.4 Sammelunterkünfte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei gewöhnlicher Skabies besteht wegen des relativ geringen Übertragungsrisikos in der Regel kein erhöhtes Risiko für eine Ausbreitung. ■ Patienten sollen bis zum Abschluss der Behandlung innerhalb der Sammelunterkunft isoliert werden. ■ Information der Beschäftigten (des betreffenden Wohnbereichs) und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort, etwa durch Aushändigung vorbereiteter Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung ■ erweiterte Empfehlungen für Scabies crustosa: siehe 5.2.2 ■ Für Kontaktpersonen: Wenn kein enger Kontakt und keine skabiestypischen Symptome bestehen, erfolgt keine Behandlung. ■ Sicherheitshalber sollte die Behandlung von Patienten erfolgen, die eine mit Skabies vereinbare Klinik zeigen, bei denen jedoch der Nachweis von Milben nicht gelingt oder organisatorisch nicht möglich ist. ■ Wenn ein Patient eine Unterbringungseinrichtung verlässt, sollte die nächste Unterbringungseinrichtung von der Leitung der ersten Einrichtung informiert werden.

-
- 5.6 Ausbruchsgeschehen
- Definition: Auftreten von zwei oder mehr Fällen bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist
 - Vor Einleitung umfangreicher Maßnahmen ist die Diagnose durch einen in der Skabies-Diagnostik versierten Arzt, vorzugsweise einen Dermatologen sicherzustellen und, wenn möglich, abzuklären, ob die Übertragung in der Einrichtung stattgefunden hat oder ein Eintrag von außen anzunehmen ist.

 - fortlaufende Dokumentation des Geschehens
 - Zusammenarbeit von Hautärzten, Hausärzten und betroffener Einrichtung unter Einbeziehung von Gesundheitsamt und Betriebsarzt
 - Bildung eines Führungsteams zur Planung und Organisation der notwendigen Maßnahmen und Überwachung der Umsetzung
 - Mindestens eine Leitungsperson und ein Mitarbeiter der betroffenen Institution sowie ein in Skabies-Diagnostik und -behandlung erfahrener Arzt
 - Mitglieder sollten über Entscheidungsbefugnisse verfügen, vor allem bezüglich Finanzierung, Struktur- und Prozessorganisation
 - Empfehlenswert ist, auch die zuständigen Betriebsmediziner, Hausärzte der Betroffenen und das Gesundheitsamt einzubinden.
 - Erstellen einer Kontaktpersonenliste:
 - Kontaktperson
 - Name, Vorname, Geburtsdatum
 - Geschlecht
 - Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil, Telefonnummer)
 - Hausarzt
 - Indexpatient
 - Art (und Häufigkeit) des Kontaktes
 - Einrichtung und Abteilung
 - Datum letzter Kontakt (mit Übertragungsmöglichkeit)
 - Vorliegen von Symptomen und Symptombeginn
 - Therapieplan (kann in die Kontaktpersonenliste integriert werden aber auch getrennt davon erstellt und geführt werden):
 - Therapeutikum
 - Behandlungsdatum
 - Behandler (z. B. Hausarzt, Hautarzt)
 - Wer soll wann unter welchen räumlichen Bedingungen behandelt werden?
 - Ist Unterstützung notwendig, z. B. bei Ganzkörperreinigung?
 - Therapiekontrolle
 - Datum Wiederholung der Behandlung
 - Bemerkungen
 - frühzeitige Klärung der Kostenübernahme der Behandlung insbesondere von Erkrankungsverdächtigen und symptomfreien Kontaktpersonen
 - synchrone Eingangsuntersuchung aller Kontaktpersonen (Bewohner betroffener Einrichtung und aller dort Beschäftigten) zur Identifizierung der tatsächlich Erkrankten sowie von Patienten mit Scabies crustosa, die einer Isolation und intensivierten Behandlung bedürfen
 - zeitnahe und gleichzeitige Therapie von Erkrankten und, soweit zutreffend, engen Kontaktpersonen bei gewöhnlicher Skabies (möglichst bereits zur Eingangsuntersuchung); zeitnahe und gleichzeitige Therapie von Erkrankten und sämtlichen Kontaktpersonen bei Scabies crustosa
 - Einbeziehung unmittelbar enger Kontaktpersonen, die der Einrichtung nicht direkt angehören (z. B. Familie, Ehrenamtliche)
 - Festlegung und Umsetzung der situationsgerechten Hygiene- und Umgebungsmaßnahmen (siehe 5.4)
 - Kohortenisolierung weiterer klinisch Erkrankter ist anzustreben.
 - Gegebenenfalls Sperrung von Wohnbereichen für Besucher oder weitere Personen in pflegerischen Einrichtungen und Sammelunterkünften
-

-
- 5.6 Fortsetzung Ausbruchsgeschehen
- In Alten- und Pflegeheimen:
 - Fluktuation von Personal und Bewohnern während der Ansteckungsdauer soweit wie möglich unterbinden
 - Personalangehörige dürfen ihre Tätigkeit nicht wahrnehmen, solange von Infektiosität auszugehen ist (mindestens einmalige adäquate Behandlung)
 - Die Schmutzwäsche aller Bewohner eines betreffenden Wohnbereichs ist, sofern waschbar, bei mindestens 60 °C aufzubereiten (zur Reinigung siehe auch 5.4.1).
 - Therapiekontrolle/Nachuntersuchung aller initial bzw. möglicherweise Betroffenen im Zeitraum 2 Wochen bis 6 Wochen nach Therapie (Abschluss eines Zyklus der Milben)
 - Alle im Rahmen der Nachuntersuchung als befallen oder möglicherweise befallen identifizierte Personen erneut behandeln und weitere Nachuntersuchungen in 2-wöchigen Abständen
 - nur bei erfolgreicher Therapie: Rücknahme spezieller Maßnahmen durch das Führungsteam und anschließend Auflösung desselben
-
- Der Ausbruch gilt als beendet, wenn über mindestens 6 Wochen keine neuen Verdachtsfälle mehr aufgetreten sind.
-

Fremdsprachige Informationen zu Skabies

<http://www.setzer-verlag.com/Informationsblatt-Scabies-Kraetze>

<https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/kraetze-skabies/>

Die Zusammenstellung erfolgte unter Verwendung von:

1. RKI-Ratgeber Skabies (Krätze), überarbeitete Fassung vom Juni 2016, letzte Aktualisierung März 2023
2. RKI: Wiederzulassung zu Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 IfSG, Stand 09.03.2023
3. S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Skabies (AWMF), Stand 31.01.2016
4. Informationsschrift „Skabies in Alten- und Pflegeeinrichtungen“ des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes (NLGA), Stand Dezember 2017
5. Dressler C, Rosumeck S, Sunderkötter C, Werner R N, Nast A: Therapie der Skabies – Systematische Literaturübersicht von randomisierten kontrollierten Studien, Dtsch Ärztebl Int 2016, 113: 757-62
6. Sundercötter, C, Wohlrab, J, Hamm, H: Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Skabies, Dtsch Ärztebl Int 2021, 118: 695-704
7. TLV: Thüringer Leitfaden für Maßnahmen des Infektionsschutzes bei Auftreten von Krätzemilbenbefall (Skabies) in Gemeinschaftseinrichtungen, Version 3, Stand 08.05.2019

Bearbeiter: Johanna Klingner

Dr. med. Axel Hofmann

Dr. med. Sophie-Susann Merbecks

AG Hygiene des Landesverbandes Sachsen der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD

LUA Chemnitz

LUA Chemnitz

LUA Chemnitz

Anlage 1: Checkliste zu Maßnahmen bei Skabies

Checkliste zu Maßnahmen bei Skabies

Für ausführliche Informationen Herdbekämpfungsprogramm Skabies beachten!

Datum:

Name:

Patient

Kontaktperson

Therapie: ja

nein

wenn ja:

Anwendung:

lokal

systemisch

Name des Medikaments:

.....

.....

Beginn der Behandlung am:

Wiederholung der Behandlung am:

Kontrolle am:

Allgemeine Hygienemaßnahmen

- Information und Aufklärung der betroffenen Person bzw. der Angehörigen über Verhaltensweisen und durchzuführende Hygienemaßnahmen
- Durchführung von Umgebungsmaßnahmen während bzw. direkt nach der Behandlung des Erkrankten von bis

Bei 60 °C (mindestens 10 Minuten Einwirkzeit) waschen:

- Kleidung
- Bettwäsche
- Handtücher
- Weitere Gegenstände zu denen längerer Körperkontakt bestand

Gegenstände und Textilien, die nicht gewaschen werden können:

für mind. 3 Tage (72 Stunden) bei über 21 °C in einem Plastiksack gut verschlossen oder in Folie eingeschweißt lagern

- Bis zum Abschluss der Behandlung (täglich) frische Bettwäsche aufziehen
- Bis zum Abschluss der Behandlung (täglich) frische Kleidung anziehen
- Personengebundene Nutzung von Medizinprodukten und weiteren Utensilien (z.B. Käämme, Decken, Handtücher)

Textile Oberflächen (Polstermöbel, Sofakissen, Teppich etc.):

- Absaugen ODER für mindestens 48 Stunden nicht nutzen
- Filter und Beutel entsorgen
(Achtung: Milben dürfen dabei nicht wieder austreten)
- Unterhaltsreinigung auf gewohnte Weise und in gewohnten Intervallen

Maßnahmen bei Skabies crustosa

- Isolierung des Patienten
- Tragen von persönlicher Schutzausrüstung durch das Personal bei Umgang mit Patient

Täglicher Wechsel bis mindestens einen Tag nach der zweiten Behandlung:

- Kleidung
- Schuhe
- Handtücher
- Bettwäsche

- täglicher Wäschewechsel, solange Schuppen und Hyperkeratosen noch nicht vollständig entfernt sind (auch über 2. Behandlung hinaus)

Tägliche Reinigung bis mindestens einen Tag nach der zweiten Behandlung (Durchführende tragen langärmeligen Schutzkittel und Schutzhandschuhe):

- Zimmer
- Gebrauchsgegenstände

Waschgang bei mindestens 60 °C und heiße Trocknung:

- Kleidung
- Bettwäsche
- Handtücher
- Weitere Gegenstände zu denen längerer Körperkontakt bestand

- Gegenstände und Textilien, die nicht gewaschen werden können:
für mind. 7 Tage bei über 21 °C in einem Plastiksack gut verschlossen oder in Folie eingeschweißt lagern
- Wenn möglich Einmalartikel verwenden

Textile Oberflächen (Polstermöbel, Sofakissen, Teppich etc.) absaugen und Filter und Beutel danach entsorgen und darauf achten, dass die Milben nicht wieder austreten können oder für mindestens 7 Tage nicht nutzen.

- Absaugen
- Filter und Beutel entsorgen ODER für mindestens 7 Tage nicht nutzen
(Achtung: Milben dürfen dabei nicht wieder austreten)
- Dekontamination oder trockene Lagerung für mindestens 7 Tage bei 21 °C von Matratzen und Bettzeug vor jeder Therapiewiederholung

Antiepidemische Maßnahmen bei Skabies in Gemeinschaftseinrichtungen

- Festlegung des Umgangs mit Skabies im Hygieneplan
- Benachrichtigung des Gesundheitsamtes
- Identifizieren von Kontaktpersonen
- Erstellen einer Kontaktpersonenliste
- Information der Beschäftigten (des betreffenden Wohnbereichs) und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort (z.B. Aushändigung Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung)
- Aufklärung und Information von Kontaktpersonen
- Betretungs- oder Besuchsverbot/Besuchseinschränkung bis Abschluss der Behandlung
- ggf. Besuchsverbot für Angehörige für die Dauer der Ansteckungsfähigkeit
- Bereitstellen von Schutzausrüstung
- Tragen von persönlicher Schutzausrüstung bei Kontakt mit Erkranktem

Es ist zum „wild“ werden – Erkrankung nach Verzehr von Wildgulasch

Mehr als 100.000 lebensmittelbedingte Erkrankungen, vor allem des Magen-Darm-Trakts mit Erbrechen und Durchfall, werden jedes Jahr in Deutschland gemeldet. Bei gesunden Menschen mit einer funktionstüchtigen Immunabwehr verlaufen solche Erkrankungen eher komplikationslos und heilen von selbst aus. Bei älteren Menschen, abwehrgeschwächten Personen, Säuglingen, Kleinkindern und Schwangeren können jedoch schwere Krankheitsverläufe und lebensbedrohliche Zustände verursacht werden. Als Erreger stehen hier vor allem Salmonellen, Listerien, Campylobacter, Escherichia coli-Bakterien und seit einiger Zeit auch Viren im Fokus. Über durch Clostridien hervorgerufene Erkrankungen wird hingegen seltener berichtet.

Im Folgenden wird ein Fallbeispiel einer Erkrankung erläutert, bei dem *Clostridium perfringens* in einer Höhe nachgewiesen wurde, die vermuten lässt, dass ein ursächlicher Zusammenhang mit der beim Verbraucher aufgetretenen Symptomatik möglich ist.

Am 09.01.2024 ging um 13:45 Uhr per Kurier eine Beschwerdeprobe mit der Bezeichnung „Wildgulasch“ in der Probenannahme der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, Standort Chemnitz, ein. Zusätzlich wurde vermerkt, dass ein Zusammenhang mit einer Erkrankung anzunehmen ist. Demzufolge wurde eine umfangreiche mikrobiologische Untersuchung eingeleitet.

Bei der besagten Beschwerdeprobe handelte sich um zwei tiefgefrorene Plastikassietten, wobei von einer die Speise zubereitet wurde, die andere Packung war noch verschlossen.

Als Vorbericht standen die Informationen auf dem Probenahmeschein zur Verfügung. Demnach gab der Beschwerdeführer an, das in Rede stehende Lebensmittel am 02.01.2024 mittags gekauft und kurz darauf zu Teilen verzehrt zu haben. Erste Symptome in Form von Durchfall und Bauchschmerzen bis hin zu Bauchkrämpfen traten dann abends, ca. sechs Stunden nach Nahrungsaufnahme auf. Beide Mahlzeiten wurden daraufhin von der erkrankten Person tiefgefroren und am Vormittag des 08.01.2024 im zuständigen Lebensmittelüberwachungs- und Veterinäramt abgegeben.

Weitere, über die auf dem Probenahmeschein vermittelten Angaben hinausgehenden Informationen zum Erkrankungsgeschehen



Abbildung 1: Probe „Wildgulasch“

lagen zum Zeitpunkt des Probeneingangs nicht vor. Kenntnisse zu Untersuchungsergebnissen aus Patientenmaterial fehlten, so dass das Untersuchungsspektrum breit gefasst wurde. Neben einer sensorischen Prüfung wurden verschiedene mikrobiologische Parameter abgeprüft, die anhand der vorliegenden Informationen bezüglich Inkubationszeit und Krankheitssymptomen möglicherweise ursächlich mit der Erkrankung in Verbindung stehen könnten.

Die angegebene relativ kurze Inkubationszeit von ca. sechs Stunden ließ zunächst vermuten, dass es sich um eine Lebensmittelintoxikation handeln könnte. Bei dieser sind im Lebensmittel präformierte Toxine Ursache für die entstehenden Beschwerden.

Die mikrobiologische Untersuchung umfasste sowohl eine qualitative Untersuchung auf Salmonellen sowie *Listeria monocytogenes*, als auch eine quantitative Erfassung von *Bacillus cereus*, *C. perfringens*, *L. monocytogenes* sowie den Hygieneparametern aerobe mesophile Gesamtkeimzahl, Enterobakterien und *Escherichia coli*.

Die sensorische Prüfung der Beschwerdeprobe ergab keine Auffälligkeiten. Beide Teilproben wurden als sämige, braunrote Soße mit garen Einlagen – dunkelbraune, schnittfest-elastische Muskelfleischstücke sowie rote und grüne Paprikastreifen – beschrieben (siehe Abbildung 1). Der Geruch war würzig sowie aromatisch nach Paprika. Eine Teilprobe war bereits mengenmäßig reduziert, was der Beschreibung des teilweisen Verzehrs durch den Beschwerdeführer entsprach.

Bei der mikrobiologischen Untersuchung wurden in beiden Teilproben sehr hohe Gehalte an *C. perfringens* mit $8,9 \times 10^5$ KbE/g (Teilprobe (TP) A) bzw. $2,5 \times 10^6$ KbE/g (Teilprobe (TP) B) nachgewiesen.

Des Weiteren fielen ebenfalls in beiden Teilproben sehr hohe Gehalte an aeroben mesophilen Gesamtkeimen mit $4,9 \times 10^7$ KbE/g (TP A) bzw. $3,2 \times 10^7$ KbE/g (TP B) auf. Alle weiteren Prüfungen ergaben ein unauffälliges Ergebnis.

Mittels molekularbiologischer Untersuchung (Polymerasekettenreaktion (PCR)) wurden darüber hinaus im Fachgebiet 3.6 Virologie der LUA am Standort Leipzig, Subkulturen der *C. perfringens*-Isolate in Bezug auf deren Toxinbildungsvermögen geprüft. Bei allen auf diese Weise untersuchten *C. perfringens*-Isolaten konnten sowohl das Gen für Alpha-Toxin- als auch für Enterotoxinbildung (CPE) nachgewiesen werden. Die Isolate gelten demnach als *C. perfringens* Typ F (früher A), welcher mit lebensmittelassoziierten Erkrankungen in Verbindung gebracht wird.

Aufgrund der ermittelten Gehalte an *C. perfringens* wurde die vorgelegte Beschwerdeprobe „Wildgulasch“ als für den Verzehr durch den Menschen ungeeignet gemäß Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) in Verbindung mit Artikel 14 Absatz 5 VO (EG) 178/2002 und damit als nicht sicher beurteilt. Solche Lebensmittel dürfen gemäß Artikel 14 Absatz 1 VO (EG) 178/2002 nicht in den Verkehr gebracht werden.



Abbildung 2: *C. perfringens* nach Anzucht auf TSC-Agar mit typischer Schwarzfärbung



Abbildung 3: *C. perfringens* nach Anzucht auf TSA-Blutagar mit typischer Doppelzonenhämolysen

Dem zuständigen Lebensmittelüberwachungs- und Veterinäramt wurden die relevanten Untersuchungsergebnisse umgehend mitgeteilt, so dass es den Vor-Ort-Behörden möglich war entsprechende Maßnahmen zeitnah einzuleiten.

Ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der geschilderten Erkrankung mit Durchfall und Bauchschmerzen/-Krämpfe und dem verzehrten Produkt besteht, ist – obwohl naheliegend – aufgrund fehlender Untersuchungsergebnisse von Patientematerial leider nicht abschließend beurteilbar. Das Bild einer *C. perfringens* Typ F verursachten gastrointestinalen Erkrankung wird mit einer Inkubationszeit von ca. 6 – 24 Stunden und mit Durchfall sowie starken Bauchschmerzen beschrieben. Die minimale Infektionsdosis für *C. perfringens* mit Enterotoxin-Bildung wird mit etwa 10^5 Keimen pro Gramm Lebensmittel angegeben.

Für erhitzte, verzehrfertige Speisen waren neben dem hohen Gehalt an *C. perfringens* auch der nachgewiesene Gehalt an aeroben mesophilen Gesamtkeimen auffällig und dementsprechend als abweichend einzustufen.

Nach den Empfehlungen der Fachgruppe Lebensmittelmikrobiologie und -hygiene der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) liegt der Richtwert an aeroben mesophilen Gesamtkeimen bei hitzebehandelten, verzehrfertigen Speisen/Gerichten, die heiß abgegeben werden, bei 1×10^4 KbE/g. Dieser Wert sollte dabei über den gesamten Zeitraum der Heißhaltung bis zur Abgabe an den Verbraucher eingehalten werden. Der in der Probe ermittelte Wert überstieg den angegebenen Richtwert somit um ein Vielfaches, was bei einem durcherhitzten Erzeugnis normalerweise nicht zu erwarten ist.

Auch wenn die Beschwerdeprobe aus dem Verbraucherhaushalt stammte, wurde diesbezüglich der Hinweis auf eine Vor-Ort-Kontrolle des Hygienemanagements des Erzeugers bzw. der Verkaufsstelle gegeben, um zu eruieren, ob der verantwortliche Lebensmittelunternehmer seiner Sorgfaltspflicht gemäß Lebensmittelhygieneverordnung bzw. seiner Hygieneverpflichtung gemäß der VO (EG) 852/2004 nachgekommen ist.

Immer wieder wird davon ausgegangen, dass von hitzebehandelten Speisen keinerlei mikrobiologische Risiken ausgehen. Dies ist jedoch ein Trugschluss. Sowohl mikrobiell gebildete, hitzestabile Toxine (z. B. Staphylokokkenenterotoxin), als auch Dauerformen von Bakterien (Sporen von *B. cereus* und *C. perfringens*) überstehen übliche Erhitzungsprozesse wie kochen und braten, weil eine Inaktivierung sowohl von Sporen als auch

Toxinen bakteriellen Ursprungs erst bei weit über $100\text{ }^\circ\text{C}$ für mehrere Minuten erfolgt. Hinzu kommt, dass *C. perfringens*, obwohl er als Anaerobier gilt, geringe Sauerstoffgehalte in seiner Umgebung tolerieren kann und sich, insbesondere in eiweißhaltigen Lebensmitteln (besonders Speisen mit Fleischanteil), gut vermehrt.

Aufgrund der ubiquitären Verbreitung ist eine Kontamination von Lebensmitteln mit *C. perfringens* auch kaum zu verhindern. Daher muss dem Auskeimen von Sporen und der Vermehrung von *C. perfringens* im Lebensmittel entgegengewirkt werden. Da bei Temperaturen von unter $50\text{ }^\circ\text{C}$ im Lebensmittel das Auskeimen der im Nahrungsmittel vorhandenen Sporen stattfindet, sollten folgende Faktoren vermieden werden: Zu langsames Herabkühlen nach dem Erhitzen, zu lange Standzeit warmer/warm gehaltener Speisen vor dem Verzehr, ungenügende Erhitzung in Bezug auf die Temperatur im Lebensmittel insgesamt oder stellenweise aufgrund von ungleichmäßiger Temperaturverteilung (z. B. in großen Behältnissen) sowie anaerobe Verhältnisse im Lebensmittelkern.

Dementsprechend lautet die Empfehlung der DIN 10508:2022-03 eine Heißhaltung bei mindestens $60\text{ }^\circ\text{C}$, besser $65\text{ }^\circ\text{C}$, für maximal 3 Stunden vorzunehmen. Anderenfalls sollten erhitzte Lebensmittel rasch (innerhalb von 120 Minuten) auf unter $7\text{ }^\circ\text{C}$ heruntergekühlt und gelagert werden.

Gerade bei der Produktion von Nahrungsmitteln in Großküchen bzw. Gemeinschaftsverpflegungen spielt das Management das Temperaturregime somit eine bedeutende Rolle.

Jedoch scheinen insgesamt Erkrankungsfälle, die im ursächlichen Zusammenhang mit *C. perfringens* stehen, vergleichsweise seltener aufzutreten. Die Dunkelziffer liegt sicherlich höher, da aufgrund des üblicherweise milden, kurzen und selbst-limitierenden Erkrankungsverlaufs oft keine ärztliche Konsultation stattfindet oder kein Patientematerial untersucht wird.

Dementsprechend gab es in der LUA in den vergangenen Jahren lediglich zwei weitere Probeneinsendungen, die in Verbindung mit einer Erkrankung gebracht wurden und für *C. perfringens*-typische Symptome aufwiesen (2017 Gulasch, 2018 Saubäckchen). Bei beiden Proben wurden jeweils *C. perfringens* Typ A mit einem Gehalt von $>10^6$ KbE/g nachgewiesen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Erkrankung und dem verzehrten, verdächtigen Lebensmittel konnte allerdings auch hier aufgrund fehlender humaner Daten nicht abschließend geklärt werden.

Bearbeiter: Sandy Schumann

LUA Chemnitz

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB – 4. Quartal 2023

1. Europäisches Recht

- 1.1 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2177 der Kommission vom 9. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Meso turopoljske svinje“ (g. U.)) (ABl. L vom 16.10.2023)
- 1.2 Durchführungsbeschluss (EU) 2023/2133 der Kommission vom 13. Oktober 2023 zur Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais der Sorte MON 89034 × 1507 × MIR162 × NK603 × DAS-40278-9 und aus neun Unterkombinationen enthalten, daraus bestehen oder daraus hergestellt werden, gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates. (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2023) 6739) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.3 Durchführungsbeschluss (EU) 2023/2134 der Kommission vom 13. Oktober 2023 zur Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais MON 87419 enthalten, aus ihm bestehen oder aus ihm hergestellt werden, gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates. (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2023) 6729) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.4 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2136 der Kommission vom 6. Oktober 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe „Graciosa“ (g. U.) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.5 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2137 der Kommission vom 6. Oktober 2023 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Schouwen-Duiveland“ (g. U.) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.6 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2138 der Kommission vom 6. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Lajta sajt“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.7 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2139 der Kommission vom 6. Oktober 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe „Açores“ (g. g. A.) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.8 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2140 der Kommission vom 6. Oktober 2023 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Terres du Midi“ (g. g. A.) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.9 Durchführungsbeschluss (EU) 2023/2143 der Kommission vom 13. Oktober 2023 zur Erneuerung der Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais der Sorte MIR162 enthalten, aus ihm bestehen oder aus ihm gewonnen werden, gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates sowie zur Änderung der Durchführungsbeschlüsse (EU) 2016/1685, (EU) 2019/1305 und (EU) 2019/2087 in Bezug auf das Referenzmaterial (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2023) 6736) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.10 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2144 der Kommission vom 6. Oktober 2023 zur Genehmigung einer Änderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Duché d’Uzès“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.11 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2145 der Kommission vom 16. Oktober 2023 zur Berichtigung bestimmter Sprachfassungen der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 zur Erstellung der Unionsliste der neuartigen Lebensmittel gemäß der Verordnung (EU) 2015/2283 des Europäischen Parlaments und des Rates über neuartige Lebensmittel (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.12 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2146 der Kommission vom 6. Oktober 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Bairrada za“ (g. U.)) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.13 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2148 der Kommission vom 6. Oktober 2023 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Terras da Beira“ (g. g. A.) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.14 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2149 der Kommission vom 9. Oktober 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Tolna/Tolnai“ (g. U.)) (ABl. L vom 12.10.2023)
- 1.15 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2150 der Kommission vom 9. Oktober 2023 zur Genehmigung einer Änderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Terasele Dunării“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 12.10.2023)
- 1.16 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2162 der Kommission vom 17. Oktober 2023 zur Aufhebung des Schutzes der geografischen Angabe („Sable de Camargue“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 18.10.2023)
- 1.17 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2164 der Kommission vom 10. Oktober 2023 über die Gewährung des Schut-

- zes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Großbräschener See“ (g. g. A.) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.18 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2171 der Kommission vom 10. Oktober 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Montepulciano d’Abruzzo Colline Teramane“ (g. U.)) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.19 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2173 der Kommission vom 10. Oktober 2023 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Terras de Cister“ (g. g. A.) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.20 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2174 der Kommission vom 10. Oktober 2023 zur Genehmigung einer Änderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Côtes du Roussillon“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.21 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2177 der Kommission vom 9. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Meso turopoljske svinje“ (g. U.)) (ABl. L vom 16.10.2023)
- 1.22 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2178 der Kommission vom 10. Oktober 2023 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Sable de Camargue“ (g. U.) (ABl. L vom 18.10.2023)
- 1.23 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2179 der Kommission vom 10. Oktober 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Beira Interior“ (g. U.)) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.24 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2181 der Kommission vom 10. Oktober 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Balatonfelvidék/Balaton-felvidéki“ (g. U.)) (ABl. L vom 13.10.2023)
- 1.25 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2182 der Kommission vom 10. Oktober 2023 über die Gewährung des Schutzes gemäß Artikel 99 der Verordnung (EU) Nr. 1308/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates für den Namen „Terras do Dão“ (g. g. A.) (ABl. L vom 17.10.2023)
- 1.26 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2194 der Kommission vom 19. Oktober 2023 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 in Bezug auf die Einstufung des Stoffs Ketoprofen hinsichtlich der Rückstandshöchstmengen in Lebensmitteln tierischen Ursprungs (ABl. L vom 20.10.2023)
- 1.27 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2203 der Kommission vom 20. Oktober 2023 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 in Bezug auf die Einstufung des Stoffs Rafoxanid hinsichtlich der Rückstandshöchstmengen in Lebensmitteln tierischen Ursprungs (ABl. L vom 23.10.2023)
- 1.28 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2210 der Kommission vom 20. Oktober 2023 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von 3-Fucosyllactose aus einem abgeleiteten Stamm von *Escherichia coli* K-12 DH1 als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. L vom 23.10.2023)
- 1.29 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2214 der Kommission vom 23. Oktober 2023 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 betreffend die Verwendungsbedingungen und der Spezifikationen der neuartigen Lebensmittel „teilweise entfettete Pulver aus Chiasamen (*Salvia hispanica*)“ (ABl. L vom 24.10.2023)
- 1.30 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2215 der Kommission vom 23. Oktober 2023 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von 6’-Sialyllactose-Natriumsalz aus einem abgeleiteten Stamm von *Escherichia coli* W (ATCC 9637) als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. L vom 24.10.2023)
- 1.31 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2219 der Kommission vom 16. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Verzeichnis der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Tome fraîche de l’Aubrac“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 23.10.2023)
- 1.32 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2220 der Kommission vom 16. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Aceite Villuercas Ibores Jara“ (g. U.)) (ABl. L vom 23.10.2023)
- 1.33 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2229 der Kommission vom 25. Oktober 2023 zur Änderung und Berichtigung der Durchführungsverordnung (EU) 2021/1165 über die Zulassung bestimmter Erzeugnisse und Stoffe zur Verwendung in der ökologischen/biologischen Produktion und zur Erstellung entsprechender Verzeichnisse (ABl. L vom 26.10.2023)
- 1.34 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2298 der Kommission vom 18. Oktober 2023 zur Genehmigung einer Unionsänderung der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung „La Mancha“ (ABl. L vom 25.10.2023)
- 1.35 Verordnung (EU) 2023/2379 der Kommission vom 29. September 2023 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates sowie des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 der Kommission in Bezug auf den Lebensmittelzusatzstoff Stearyltartrat (E 483) (ABl. L vom 03.10.2023)
- 1.36 Verordnung (EU) 2023/2382 der Kommission vom 29. 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 Carbetamid, Carboxin und Triflumuron in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L vom 05.10.2023)

- 1.37 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2387 der Kommission vom 25. September 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Suonenjoen mansikka“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 02.10.2023)
- 1.38 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2438 der Kommission vom 24. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Huile d'olive du Languedoc“ (g. U.)) (ABl. L vom 31.10.2023)
- 1.39 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2439 der Kommission vom 24. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Huître de Normandie“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 31.10.2023)
- 1.40 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2452 der Kommission vom 26. Oktober 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Salinate de Turda“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 03.11.2023)
- 1.41 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2483 der Kommission vom 6. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Asparago verde di Canino“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 13.11.2023)
- 1.42 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2512 der Kommission vom 8. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Requeijão da Madeira“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 15.11.2023)
- 1.43 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2535 der Kommission vom 10. November 2023 zur Genehmigung von Unionsänderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung („Dealu Mare“ (g. U.)) (ABl. L vom 17.11.2023)
- 1.44 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2536 der Kommission vom 10. November 2023 zur Genehmigung von Unionsänderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung („Мелник“ (g. U.)) (ABl. L vom 17.11.2023)
- 1.45 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2587 der Kommission vom 13. November 2023 zur Genehmigung einer Änderung der Produktspezifikation für die geografische Angabe einer Spirituose („Eau-de-vie de vin de la Marne“) (ABl. L vom 20.11.2023)
- 1.46 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2597 der Kommission vom 14. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Skedvi Bröd“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 21.11.2023)
- 1.47 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2627 der Kommission vom 17. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Manteiga dos Açores“ (g. U.)) (ABl. L vom 24.11.2023)
- 1.48 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2642 der Kommission vom 17. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Sel de l'Île de Ré“/„Fleur de sel de l'Île de Ré“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 24.11.2023)
- 1.49 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2654 der Kommission vom 21. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Vit färsksaltad Östgötagarurka“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 28.11.2023)
- 1.50 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2658 der Kommission vom 21. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Cebola da Madeira“ (g. U.)) (ABl. L vom 28.11.2023)
- 1.51 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2665 der Kommission vom 22. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Ayaş Domatesi“ (g. U.)) (ABl. L vom 29.11.2023)
- 1.52 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2666 der Kommission vom 22. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Irish Grass Fed Beef“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 29.11.2023)
- 1.53 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2681 der Kommission vom 22. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Achill Island Sea Salt“ (g. U.)) (ABl. L vom 29.11.2023)
- 1.54 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2706 der Kommission vom 27. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Maraş Tarhanası“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 04.12.2023)
- 1.55 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2714 der Kommission vom 27. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Edremit Körfezi Yeşil Çizik Zeytini“ (g. U.)) (ABl. L vom 04.12.2023)
- 1.56 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2737 der Kommission vom 30. November 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation eines im Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben eingetragenen Namens („Jabłka grójeckie“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 07.12.2023)
- 1.57 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2739 der Kommission vom 30. November 2023 zur Eintragung eines Na-

- mens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Χαλίτζια Τηλλυρίας/Halitzia Tillirias“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 07.12.2023)
- 1.58 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2746 der Kommission vom 30. November 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Ezine Peyniri“ (g. U.)) (ABl. L vom 07.12.2023)
- 1.59 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2762 der Kommission vom 5. Dezember 2023 zur Eintragung eines Namens in das Verzeichnis der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Meso crne slavenske svinje“ (g. U.)) (ABl. L vom 12.12.2023)
- 1.60 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2782 der Kommission vom 14. Dezember 2023 zur Festlegung der Probenahmeverfahren und Analysemethoden für die Kontrolle des Mykotoxingehalts von Lebensmitteln und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 401/2006 (ABl. L vom 15.12.2023)
- 1.61 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2783 der Kommission vom 14. Dezember 2023 zur Festlegung der Probenahmeverfahren und Analysemethoden für die Kontrolle des Pflanzentoxingehalts in Lebensmitteln und zur Aufhebung der Verordnung (EU) 2015/705 (ABl. L vom 15.12.2023)
- 1.62 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2813 der Kommission vom 11. Dezember 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Algarve“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 18.12.2023)
- 1.63 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2814 der Kommission vom 11. Dezember 2023 zur Genehmigung von Änderungen der Spezifikation einer geschützten Ursprungsbezeichnung oder einer geschützten geografischen Angabe („Tejo“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 18.12.2023)
- 1.64 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2847 der Kommission vom 20. Dezember 2023 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von Biomasse aus Apfel-Zellkultur als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. L vom 21.12.2023)
- 1.65 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2851 der Kommission vom 20. Dezember 2023 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von teilweise hydrolysiertem Protein aus Treber aus Gerste (*Hordeum vulgare*) und Reis (*Oryza sativa*) als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. L vom 21.12.2023)
- 1.66 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2852 der Kommission vom 20. Dezember 2023 zur Berichtigung der Durchführungsverordnung (EU) 2023/1581 der Kommission 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. L vom 21.12.2023)
- 1.67 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2872 der Kommission vom 13. Dezember 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Formatge Garrotxa/Queso Garrotxa“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 20.12.2023)
- 1.68 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2889 der Kommission vom 15. Dezember 2023 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Spezifikation der geschützten geografischen Angabe „Marchfeldspargel“ (ABl. L vom 22.12.2023)
- 1.69 Durchführungsverordnung (EU) 2023/2893 der Kommission vom 15. Dezember 2023 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Φακή Εγκλουβής/Faki Eglouvis“ (g. U.)) (ABl. L vom 22.12.2023)
2. Nationales Recht
- keine Eintragungen
- Bearbeiter: Dr. Thomas Frenzel
- LUA Dresden

Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse

4. Quartal 2023

Zahl der bearbeiteten Beschwerdeproben: 33
davon beanstandet: 14

Probenbezeichnung	Beschwerdegrund	Beurteilung
Einlegegurken	Gurken glänzen stark (wie mit Lack überzogen), und sind klebrig	Rückstandsgehalt des Insektizids Fonicamid überschreitet geltenden Höchstgehalt; nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 LFGB verboten, Lebensmittel in Verkehr zu bringen, die Anforderungen nach Artikel 18 Absatz 1 der VO (EG) Nr. 396/2005 nicht entsprechen
Nudel-Broccoli-Auflauf (leere, ausgewaschene Verpackung und der Fremdkörper)	Fremdkörper im Auflauf	Fremdkörper: graues Kunststoffteil, ca. 2,5 cm lang, ca. 3 mm dick, spitz, scharfkantig; Beurteilung als gesundheitsschädlich im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe a) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Bratnudeln	Fremdkörper in den Bratnudeln	Fremdkörper: 2 dünne, schwarze, drahtähnliche Fremdkörper, Länge 2,5 cm und 5 cm; Beurteilung als gesundheitsschädlich im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe a) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Belegkirschen	eigenartiger Geschmack	abweichender gärriger, alkoholischer Geruch und Geschmack festgestellt; Ethanolgehalt 1,68 g/kg; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Sesam-Erdnuss-Süßigkeiten	Schimmelgeschmack beim Verzehr festgestellt	erdig-modriger bis schimmlicher Geschmack festgestellt; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 zusätzlich diverse Kennzeichnungsmängel
Mandelstollen	Schwindel, Kopfschmerzen, Unwohlsein, Herzrasen, Bauchschmerzen, schwallartiges Erbrechen	mikrobiologische Untersuchung unauffällig; Beschwerdegrund nicht nachweisbar; diverse Kennzeichnungsmängel
gerollte Tortilla-Chips	Abweichungen in der Sensorik und Beschaffenheit	ranziger bis chemischer Geruch; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
gerollte Tortilla-Chips	Abweichungen in der Sensorik und Beschaffenheit	ranziger bis chemischer Geruch; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
gerollte Tortilla-Chips	Abweichungen in der Sensorik und Beschaffenheit	ranziger bis chemischer Geruch; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
kaltgepresstes Sonnenblumenöl	Geschmack stark bitter, nach Verzehr Übelkeit	Sensorik abweichend; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Hausmacher Hackfleisch vom Schwein gegart	kleiner, spitzer Fremdkörper	spitzes, scharfkantiges Kunststoffstück festgestellt; Beurteilung als gesundheitsschädlich im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe a) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002
Kochtopf Emaille	nach Benutzung des Topfes war ein Abbröseln der Beschichtung auf der Innenseite feststellbar	Beanstandung aufgrund der Metalllässigkeit der Innenbeschichtung im Sinne des Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a und b der VO (EG) Nr. 1935/2004 § 31 Absatz 1 LFGB
Honigwein	abweichende Sensorik	abweichende Sensorik bestätigt, erhöhter Gehalt an flüchtiger Säure, vermutlich Fehlgärung; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002; ferner deutliche Abweichung im Alkoholgehalt (4,8 %vol statt 11 %vol)
Apfelsaft Direktsaft	abweichende Sensorik: Aussehen – Schwebeteilchen	Schimmelpilzkolonien festgestellt; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet im Sinne von Artikel 14 Absatz 2 Buchstabe b) der Verordnung (EG) Nr. 178/2002

Bearbeiter: Abteilung 5

LUA Chemnitz

BSE-Untersuchungen 4. Quartal 2023

Tierart	TKBA / ZNS / Kohorte *	Lebensmittel	Notschlachtung	Gesamt
Alpaka	2	0	0	2
Antilope	1	0	0	1
Auerochse	1	0	0	1
Giraffe	1	0	0	1
Hirsch	1	0	0	1
Hirschferkel	1	0	0	1
Rind	2.508	0	13	2.521
Schaf	31	117	0	148
Ziege	12	10	0	22
Gesamt	2.558	127	13	2.698

* Tierkörperbeseitigung, ZNS-Störungen, Kohortenschlachtungen

Tollwutuntersuchungen 4. Quartal 2023

	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig	Landesdirektion Sachsen
Fuchs	3	2	6	11
Marderhund	0	0	0	0
Waschbär	0	0	0	0
Gesamtzahl der Proben	3	2	6	11
Untersuchungsergebnisse				
negativ	3	2	6	11
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

4. Quartal 2023

Tabelle 1: Untersuchungen und Nachweise im Überblick

Untersuchungen	untersuchte Anzahl	Salmonellennachweise	Serotypen (geordnet nach Nachweishäufigkeit)
Kotproben	1.869	36	S. Enteritidis, S. Typhimurium, S. enterica ssp. IIIb, S. Coeln, S. Serogr. C2, S. Anatum, S. Livingstone, S. enterica ssp. VI, S. Kottbus, S. Paratyphi B, S. Montevideo, S. Bovismorbificans, S. Derby, S. Infantis, S. Agona
Sektionsmaterial	455	19	S. enterica ssp. IIIb, S. sp., S. Enteritidis, S. Typhimurium, S. enterica ssp. IV, S. Serogr. C2, S. Newport, S. Thompson, S. enterica ssp. II
Untersuchung nach Hühner-Salmonellen-VO	0	0	
Umgebungstupfer	0	0	
Futtermittel	6	0	
Bakteriologische Fleischuntersuchungen	6	0	
Lebensmittel tierischer Herkunft	1.239	9	S. sp., S. Serogruppe B
Lebensmittel nicht-tierischer Herkunft	706	0	
Hygienekontrolltupfer - Lebensmittel	2.145	0	
Kosmetische Mittel	0	0	
Bedarfsgegenstände	1	0	

Tabelle 2: Salmonellennachweise aus Kotproben und Sektionen

Tierart	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz				Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden				Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig			
	Kot		Sektionen		Kot		Sektionen		Kot		Sektionen	
	Proben ¹	Salm.- Nw ²	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw	Proben	Salm.- Nw
Rind	315	1	35	1	290	0	40	2	498	13	16	1
Schwein	0	0	6	0	4	0	28	0	5	0	20	0
Schaf	7	3	8	1	1	1	21	6	2	0	9	1
Ziege	1	0	0	0	3	0	5	0	0	0	1	0
Pferd	24	0	3	0	12	0	6	0	32	0	1	0
Huhn	1	0	16	0	21	2	14	0	0	0	4	0
Taube	0	0	2	0	31	0	3	0	9	0	0	0
Gans	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Ente	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0
Pute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hund/Katze	41	2	4	0	319	10	15	0	155	2	4	0
sonstige Tierarten	4	0	43	2	64	1	117	3	26	1	26	2
Summe	394	6	120	4	745	14	250	11	730	16	85	4

¹ = Anzahl der untersuchten Proben

² = Anzahl der Salmonellennachweise

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

Landesdirektion/Kreis	Tier-/Probenart	Nachgewiesene Serotypen	
		Anzahl	Serotyp
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz			
Chemnitz, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Coeln
Chemnitz, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Typhimurium
Erzgebirgskreis	Hund/Katze/Kot	1	S. Livingstone
Erzgebirgskreis	Rind/Kot	1	S. Serogr. C2
Erzgebirgskreis	Rind/Sektion	1	S. sp.
Erzgebirgskreis	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Erzgebirgskreis	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Serogr. C2
Mittelsachsen	Schaf/Kot	3	S. enterica ssp. IIIb
Mittelsachsen	Schaf/Sektion	1	S. sp.
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden			
Bautzen	Rind/Sektion	1	S. Typhimurium
Bautzen	Schaf/Kot	1	S. Typhimurium
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Coeln
Bautzen	sonstige Tierarten/Sektion	2	S. enterica ssp. IV
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Anatum
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Paratyphi B
Dresden, Stadt	Hund/Katze/Kot	3	S. Typhimurium
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Derby
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. enterica ssp. VI
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Montevideo
Görlitz	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Görlitz	Schaf/Sektion	2	S. Enteritidis
Meißen	Huhn/Kot	2	S. Enteritidis
Meißen	Hund/Katze/Kot	1	S. Bovismorbificans
Meißen	Schaf/Sektion	2	S. enterica ssp. IIIb
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Rind/Sektion	1	S. Newport
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Schaf/Sektion	1	S. sp.
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Thompson
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig			
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Agona
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. II
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Kottbus
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. sp.
Nordsachsen	Rind/Kot	13	S. Enteritidis
Nordsachsen	Rind/Sektion	1	S. Enteritidis
Nordsachsen	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb

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	222	0	221	0	1	0	0	0
Eier u. Eiprodukte	97	0	95	0	2	0	0	0
Fleisch warmblütiger Tiere, auch tiefgefroren	273	4	265	4	1	0	0	0
Fleischerzeugnisse warmblütiger Tiere (außer Wurstwaren)	288	4	275	4	7	0	1	0
Wurstwaren	269	1	265	1	3	0	1	0
Fisch- und Erzeugnisse	71	0	71	0	0	0	0	0
Krusten-, Schalen-, Weichtiere, sonst. Tiere u. Erzeugnisse daraus	19	0	18	0	1	0	0	0
Fette, Öle, Margarine	1	0	1	0	0	0	0	0
Getreide-, -produkte, Brot, Teig- und Backwaren	138	0	130	0	3	0	5	0
Mayonnaisen, emul. Soßen, kalte Fertigsoßen u. Feinkostsalate	97	0	97	0	0	0	0	0
Puddinge, Desserts und Cremespeisen	24	0	24	0	0	0	0	0
Speiseeis u. -halberzeugnisse	61	0	61	0	0	0	0	0
Säuglings- u. Kleinkindernahrung	0	0	0	0	0	0	0	0
Diätetische Lebensmittel, Nährstoffkonzentrate und Ergänzungsnahrung	0	0	0	0	0	0	0	0
Obst, Gemüse und -zubereitungen	58	0	52	0	6	0	0	0
Getränke, inkl. Tafel- u. Trinkwasser, Spirituosen und Bier	18	0	17	0	0	0	1	0
Gewürze, Würzmittel und Zusatzstoffe	21	0	12	0	2	0	0	0
Zucker, Süß- u. Schokoladen-waren, Honig, Konfitüre, Kaffee, Kakao, Tee	7	0	7	0	0	0	0	0
Fertiggerichte, zubereitete Speisen, Suppen und Soßen	281	0	241	0	32	0	8	0
Kosmetika	0	0	0	0	0	0	0	0
Bedarfsgegenstände ohne Kosmetika	1	0	0	0	1	0	0	0
Gesamt	1.971	9	1.874	9	59	0	16	0

* Salmonellennachweis

Tabelle 5: Regionale Zuordnung der Salmonellenfunde

Landesdirektion/Kreis	Eingangsdatum	Probenart	Nachgewiesene Serotypen	
			Anzahl	Serotyp
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz				
Chemnitz, Stadt	07.11.2023	Enten Grillplatte , Ente in Teilen	1	S. sp.
Erzgebirgskreis	10.10.2023	Schweine Magerbäckchen	1	S. Serogruppe B
Erzgebirgskreis	07.11.2023	Schafffleisch/ Flanke	1	S. sp.
Zwickau	30.11.2023	feine Bratwurst mit ganzem Kümmel	1	S. sp.
Zwickau	30.11.2023	Putenlachsfilet	1	S. sp.
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden				
Bautzen	08.11.2023	Gänseklein tiefgefroren	1	S. sp.
Dresden, Stadt	11.10.2023	Hähnchenbrustfilet in Kräuterbutter	1	S. sp.
Dresden, Stadt	16.11.2023	Ziegenfleisch Halal	1	S. sp.
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig				
Leipzig Land	29.11.2023	Kasslerkamm	1	S. sp.

Tabelle 6: Häufigkeit der nachgewiesenen Salmonellenserotypen (Anzahl)

Serotypen	Veterinärmedizinische Diagnostik	Futtermittel	Lebensmittel/ Bedarfsgegenstände	BU	Hygienekontrolltupfer (Lebensmittel)
S. sp.	4		16		
S. Enteritidis	18				
S. enterica ssp. IIIb	8				
S. Typhimurium	7				
S. Coeln	2				
S. Serogruppe B			2		
S. enterica ssp. IV	2				
S. Serogr. C2	2				
S. Kottbus	1				
S. Paratyphi B	1				
S. Derby	1				
S. Thompson	1				
S. enterica ssp. VI	1				
S. Livingstone	1				
S. enterica ssp. II	1				
S. Anatum	1				
S. Newport	1				
S. Montevideo	1				
S. Bovismorbificans	1				
S. Infantis	1				
S. Agona	1				

Bearbeiter: SG IT

LUA Dresden

Jahresinhaltsverzeichnis 2023

Humanmedizin

		Heft	Seite
Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen	4. Quartal 2022	1	2
	1. Quartal 2023	2	2
	2. Quartal 2023	3	2
	3. Quartal 2023	4	2
HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2021	1	8	
Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) in Sachsen – Labore, Isolate, Repräsentativität im Jahr 2021	2	8	
Influenza-Sentinel 2022/2023 im Freistaat Sachsen	3	7	
HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2022	4	8	

Lebensmitteluntersuchungen

Bedeutung der Pollenanalyse im Rahmen der Honiguntersuchung	1	24
Chinolizidinalkaloide in Lupinensamen	1	26
Bericht Bio-Lebensmittel 2022	2	14
Mahlzeiteratzprodukte – Bewertung von Werbeaussagen	2	17
Hemmstoffuntersuchungen in der Milch – ein Fallbeispiel	2	18
Pfannenwender & Co. – Materialvielfalt bei Küchenhelfern	2	19
Auszug zu Leitsatzanpassungen und -änderungen	3	12
Steradiene – Raffinierter Verfälschung auf der Spur	4	25
Die Angabe von Nährwerten und Zutaten bei alkoholischen Getränken, insbesondere beim Wein	4	27

Veterinärmedizinische Tierseuchen- und Krankheitsdiagnostik

Diagnostik von Kälbererkrankungen – Auswertung der Sektionsbefunde 2010 bis 2022	2	20
Fledermaustollwut in Sachsen: Fallbericht – Diagnostisches Vorgehen – Hintergrund	4	29

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB

4. Quartal 2022	1	28
1. Quartal 2023	2	24
2. Quartal 2023	3	15
3. Quartal 2023	4	32

Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel und Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse

4. Quartal 2022	1	31
1. Quartal 2023	2	29
2. Quartal 2023	3	20
3. Quartal 2023	4	35

BSE-Untersuchungen

4. Quartal 2022	1	32
1. Quartal 2023	2	30
2. Quartal 2023	3	21
3. Quartal 2023	4	36

Tollwutuntersuchungen

4. Quartal 2022	1	32
1. Quartal 2023	2	30
2. Quartal 2023	3	21
3. Quartal 2023	4	36

Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen

4. Quartal 2022	1	33
1. Quartal 2023	2	31
2. Quartal 2023	3	22
3. Quartal 2023	4	37

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. Februar 2024

Bezug:

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