



LUA-Mitteilungen 01/2025

Inhaltsverzeichnis

Humanmedizin

| | |
|---|----|
| Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen..... | 2 |
| Aktualisierte Sächsische Infektionsschutz-Meldeverordnung in Kraft..... | 8 |
| Fragen aus der Krankenhaushygiene..... | 10 |

Lebensmitteluntersuchungen

| | |
|---|----|
| Modetrend Buttergelb erweist sich in Gewürzen als wenig appetitlich..... | 12 |
| Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB 4. Quartal 2024..... | 14 |
| Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse 4. Quartal 2024 | 17 |
| BSE-Untersuchungen 4. Quartal 2024..... | 18 |
| Tollwutuntersuchungen 4. Quartal 2024 | 18 |
| Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 4. Quartal 2024..... | 19 |
| Jahresinhaltsverzeichnis 2024 | 21 |

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen

4. Quartal 2024 (vom 30.09. – 29.12.2024)

Acinetobacter-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden fünf Fälle (zwei Infektionen sowie drei Kolonisationen) mit Nachweis einer verminderten Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen erfasst. Die Erregernachweise erfolgten aus verschiedenen Abstrichmaterialien bzw. Urin. In drei Fällen gelang jeweils der Nachweis eines Carbapenemase-Gens (GIM-1, NDM, OXA-23). Betroffen waren ein 3 Monate altes Mädchen sowie Patient*innen im Alter zwischen 36 und 72 Jahren (Median der Erwachsenen: 43 Jahre).

Clostridioides-difficile-Infektion, schwerer Verlauf

Im Berichtszeitraum wurden 53 schwere Verläufe einer *Clostridioides-difficile*-Infektion übermittelt. Es verstarben sechs Männer sowie vier Frauen im Alter zwischen 67 und 92 Jahren (Median: 86 Jahre).

Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Im letzten Quartal des Jahres entfielen auf den Freistaat Sachsen 12.800 Infektionen, womit eine Neuerkrankungsrate von 313 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und etwas mehr als das Doppelte an Infektionen im Vergleich zum Vorquartal erreicht wurde.

Meldungen von Erkrankungsgeschehen erfolgten aus medizinischen Einrichtungen sowie vereinzelt aus Pflegeheimen. Insgesamt verstarben an den Folgen der Erkrankung 105 Männer und 69 Frauen im Alter zwischen 46 und 97 Jahren (Altersmedian: 85 Jahre). Dies entspricht einer Infektionssterblichkeit von 1,4 %.

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Der übermittelte Fall betraf eine 76 Jahre alte Frau, die im Dezember erkrankte und verstarb. Die Diagnosestellung wurde aufgrund der ausgeprägten Symptomatik durch das Nationale Referenzzentrum (NRZ) gestellt.

Denguefieber

Insgesamt wurden ein 9-jähriges Mädchen sowie neun männliche und drei weibliche Betroffene im Alter zwischen 22 und 61 Jahren mit fieberhafter Symptomatik erfasst. Die Patient*innen infizierten sich während Aufenthalten in Mittel- und Südamerika, Süd- und Südostasien bzw. auf Inseln in der Karibik und dem Indischen Ozean.

Echinokokkose

Bei einer 38 Jahre alten Frau wurde während eines stationären Aufenthaltes das klinische Bild einer Echinokokkose diagnostiziert. Labordiagnostisch erfolgte der direkte Nachweis einer Infektion mit *Echinococcus granulosus*. Zur möglichen Infektionsquelle konnten keine Angaben gemacht werden.

Enterobacterales-Nachweis

Insgesamt wurden 107 Meldungen mit Nachweis einer verminderten Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen übermittelt, davon erfolgte in 40 % aller Fälle der Nachweis mindestens eines Carbapenemase-Gens. Welche Erreger nachgewiesen wurden, ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

Die Nachweise erfolgten bei einem weiblichen Frühgeborenen (*Klebsiella pneumoniae*), einer 10- und einer 15-Jährigen sowie bei Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 90 Jahren (Median der Erwachsenen: 71 Jahre).

Ein 49-jähriger Patient mit Grunderkrankungen wie Friedreich-Ataxie und Colitis ulcerosa verstarb unter der Diagnose Multiorganversagen und dem Nachweis von *Klebsiella pneumoniae* in verschiedenen klinischen Materialien.

Tabelle 1: Enterobacterales-Nachweis¹⁾ – Aufschlüsselung nach Erreger im 4. Quartal 2024 (40. bis 52. Meldewoche 2024)

| Erreger | Infektion | Kolonisation | Gesamt-Fallzahl | davon Tod |
|----------------------------|-----------|--------------|-----------------|-----------|
| Citrobacter spp. | 1 | 7 | 8 | - |
| Enterobacter spp. | 5 | 9 | 14 | - |
| Escherichia coli | 6 | 24 | 30 | - |
| Hafnia alvei | - | 1 | 1 | - |
| Klebsiella spp. | 19 | 31 | 50 | 1 |
| Providencia stuartii | - | 1 | 1 | - |
| Raoultella ornithinolytica | - | 1 | 1 | - |
| Serratia marcescens | 1 | 1 | 2 | - |
| Gesamtzahl | 32 | 75 | 107 | 1 |

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

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

Bei den 13 übermittelten Erkrankungsfällen handelte es sich um einen 10-Jährigen sowie Erwachsene im Alter zwischen 41 und 82 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 61 Jahre). Keiner der Betroffenen hatte bisher eine FSME-Impfung erhalten. Bis auf den 10 Jahre alten Jungen wurden alle Patient*innen stationär behandelt. In allen Fällen erfolgte die Infektion in einem bekannten FSME-Risikogebiet im Wohnumfeld.

Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv

Im Berichtszeitraum wurden 28 Infektionen übermittelt, die ein 16 Monate altes Mädchen sowie Erwachsene im Alter zwischen 35 und 93 Jahren (Median: 73 Jahre) betrafen. Die Erregerisolierung erfolgte aus Blut der Patient*innen, in zwei Fällen aus Liquor. Je einmal konnte der Kapseltyp a, b und e, dreimal der Kapseltyp f bzw. Ausschluss Kapseltyp b (= non-b) sowie 15-mal nicht-typisierbarer *Haemophilus influenzae* diagnostiziert werden.

Eine 80 Jahre alte Frau, die mit Fieber, Pneumonie und Sepsis erkrankte, verstarb an den Folgen der Infektion.

Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS), enteropathisch

Ein 9 Jahre altes Mädchen erkrankte zunächst mit Erbrechen und Durchfall. Einige Tage später verschlechterte sich der Zustand des Kindes und eine stationäre Aufnahme mit intensiv-

medizinischer Behandlung (Dialyse) wurde erforderlich. In der Klinik erfolgte die ärztliche Diagnose eines HUS (Nierenfunktionsstörungen sowie Thrombozytopenie). Aus Stuhl gelang mittels PCR der Nachweis von EHEC, Shigatoxin-Gen 2. Als mögliche Infektionsquelle kann der Urlaubsaufenthalt in Ägypten angesehen werden. Drei weitere mitgereiste Familienmitglieder zeigten ebenfalls eine (leichtere) Symptomatik, jedoch fand in diesen Fällen keine weitergehende Diagnostik statt.

Hantavirus-Infektion

Ein 16 Jahre alter Jugendlicher erkrankte mit Fieber sowie Rückenschmerzen und wurde aufgrund der schweren Symptomatik in einer Notfallambulanz vorstellig, von der aus eine stationäre Aufnahme erfolgte. Wegen eines beginnenden Nierenversagens wurde der Patient kurz darauf in eine Universitätsklinik verlegt. Mittels IgM- und IgG-Antikörpernachweis konnte eine Infektion mit dem Dobrava-Virustyp diagnostiziert werden. Als Infektionsquelle kann eine Kaninchenhaltung im Haushalt des Betroffenen angenommen werden.

Hepatitis E

Unter den im vierten Quartal übermittelten 88 Infektionen wurde ein krankheitsbedingt Verstorbener registriert. Ein 71 Jahre alter Mann mit bestehenden Grunderkrankungen wurde mit Oberbauchbeschwerden und Ikterus stationär aufgenommen und verstarb kurze Zeit darauf an den Folgen einer akuten Virushepatitis E.

Influenza

Mit der 40. KW 2024 hat die Influenzasaison 2024/2025 begonnen. Bis Jahresende konnten in Sachsen kumulativ 1.419 Infektionen registriert werden (Vorjahr 2023: 1.587): 1.053-mal Influenza A (darunter 4-mal H1N1/pdm09), 313-mal Influenza B sowie 53-mal nicht nach A oder B differenzierte Influenza. An den Folgen einer Influenza A-Infektion verstarben sieben Frauen und ein Mann im Alter zwischen 48 und 97 Jahren. Bisher wurden keine Häufungen übermittelt.

Keuchhusten

Die Zahl der im letzten Quartal des Jahres registrierten Keuchhusten-Fälle war leicht rückläufig, bewegte sich jedoch noch immer auf einem hohen Niveau. Zum Vorzeitraum ergab sich ein Rückgang um 44 Prozent.

Im Berichtszeitraum kamen 428 *Bordetella (B.) pertussis*- sowie fünf *B. parapertussis*-Erkrankungen zur Meldung. Die Neuerkrankungsrate lag somit bei 11 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Fast die Hälfte aller im Jahr 2024 übermittelten Infektionen (n = 1.765) betrafen Patient*innen im Alter von 10 bis unter 15 Jahren (22 %) sowie 15 bis unter 25 Jahren (25 %).

Zusätzlich wurden 629 Keimträger*innen (610-mal *B. pertussis*, 19-mal *B. parapertussis*) gemeldet, bei denen das klinische Bild fehlte bzw. nicht vollständig ausgeprägt war.

Es wurden Häufungen in Privathaushalten (9), Schulen (8) und Kindereinrichtungen (3) mit jeweils zwischen zwei bis fünf Erkrankungsfällen registriert.

Legionellose

Die 27 übermittelten Fälle betrafen einen 10-Jährigen sowie 17 Männer und 9 Frauen im Alter zwischen 36 und 92 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 76 Jahre), die mit Pneumonie erkrankten. 85 % der Patient*innen mussten stationär behan-

delt werden. Die Erregernachweise wurden mittels Antigen-Nachweis aus Urin bzw. PCR-Nachweis aus Sekret des Respirationstraktes geführt.

Die möglichen Infektionsursachen lagen bei den meisten Patient*innen wahrscheinlich im privaten/häuslichen Bereich. In die Inkubationszeit fallen bei weiteren Betroffenen Hotelaufenthalte in Dresden, Italien, Paris, Tschechien und der Türkei.

In einem Fall ergaben die Ermittlungen, dass im Rahmen der systemischen Trinkwasseruntersuchung bereits eine erhöhte Legionellen-Belastung von 1.100 KBE/100 ml nachgewiesen worden war. Die nun folgende Probenahme ergab abermals einen positiven Legionellen-Nachweis. Genaue Details zum Befund wurden nicht übermittelt.

Es verstarben drei Frauen im Alter zwischen 45 und 81 Jahren an den Folgen der Infektion.

Leptospirose

Insgesamt wurden vier Leptospirose-Erkrankungen erfasst, die eine 17-Jährige sowie drei Männer im Alter zwischen 36 und 41 Jahren betrafen. Zwei Betroffene wurden stationär behandelt. Bei zwei Patienten konnten Aufenthalte in Kamerun bzw. Thailand als mögliche Infektionsorte angesehen werden.

Listeriose

Von den neun im Quartal übermittelten Infektionen wurde ein Todesfall registriert. Hierbei handelte es sich um eine 78 Jahre alte Frau, die trotz stationärer Behandlung wenige Tage nach Erkrankungsbeginn verstarb. Der Erregernachweis gelang aus Blut.

Lyme-Borreliose

Die Anzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle (n = 360) lag um etwa 4 % unter dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes (n = 375). Im Vergleich zum 4. Quartal des Vorjahres (n = 244) gab es rund 48 % mehr Neuerkrankungen.

In den meisten Fällen (94 %) wurde symptomatisch ein Erythema migrans angegeben. 13 Fälle fielen durch neurologische Beschwerden auf und bei acht weiteren Betroffenen wurde ein arthritischer Verlauf registriert.

Malaria

Im Berichtszeitraum wurden zwei Fälle einer Malaria tropica sowie drei nicht spezifizierte Malaria-Erkrankungen übermittelt. Betroffen waren Männer im Alter zwischen 23 und 62 Jahren. Als Expositionsorte konnten Ghana, Pakistan, Togo, Uganda und die Salomonen eruiert werden.

In vier Fällen war eine stationäre Behandlung erforderlich. Bei keinem der Patienten war die Durchführung einer medikamentösen Prophylaxe bekannt.

Meningokokken-Erkrankung, invasiv

Eine 87 Jahre alte Bewohnerin eines Wohnheims klagte zunächst über Schmerzen und zeigte eine veränderte Bewusstseinslage. Aufgrund dieser Symptomatik wurde sie stationär aufgenommen und verstarb am folgenden Tag an einer Infektion mit Meningokokken der Serogruppe Y (Nachweis *Neisseria meningitidis* im Blut).

Ein 23 Jahre alter Mann wurde mit septischem Krankheitsbild stationär aufgenommen. Aus Blut gelang der Nachweis von Meningokokken der Serogruppe Y.

Ein dritter Fall betraf eine 22-Jährige, die mit Erbrechen, veränderter Bewusstseinslage und Meningitis erkrankte. Die junge Frau verstarb einige Tage später an den Folgen der Infektion. Aus

Liquor gelang der Nachweis von Meningokokken der Serogruppe Y, gegen die keiner der Betroffenen geimpft war.

Mpox

Es kamen zwei Fälle von Mpox (Klade 2) zur Meldung. Dabei handelte es sich um Männer im Alter von 60 bzw. 67 Jahren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit der MSM-Gruppe angehören. Der ältere Patient wurde stationär behandelt.

MRSA-Infektion (invasive Erkrankung)

Im Berichtszeitraum wurden 17 Infektionen übermittelt. Die Betroffenen waren Erwachsene im Alter zwischen 22 und 93 Jahren (Altersmedian: 64 Jahre). Die MRSA-Nachweise wurden aus Blut geführt. Ein 85 Jahre alter Mann verstarb an den Folgen der Infektion.

CA-MRSA-Nachweis (PVL-bildend)

Im vierten Quartal des Jahres wurden 69 Fälle (41 Infektionen, 28 Kolonisationen) übermittelt. Betroffen waren drei Säuglinge, zehn Kinder (zwischen 3 und 13 Jahre alt), drei Jugendliche (15 und 16 Jahre alt) sowie Erwachsene im Alter zwischen 18 und 90 Jahren (Median der Erwachsenen: 42 Jahre). Die Nachweise erfolgten aus verschiedenen Abstrichen.

Mycoplasma spp.

Bei den Mycoplasma-Infektionen (n = 13.591) wurde im vierten Quartal ein weiterer deutlicher Anstieg registriert, der hauptsächlich durch *Mycoplasma (M.) pneumoniae* (n = 13.084) bedingt war.

Es wurde bei *M. pneumoniae* eine um 62 % höhere Neuerkrankungsrate (320 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) erreicht, als im Vorquartal (197 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Im Vergleich zum 5-Jahresmittelwert (2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) des vierten Quartals ergab sich sogar ein Anstieg um das über 150-Fache.

Norovirus-Gastroenteritis

Die Inzidenz der übermittelten Fälle lag bei 34 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und damit auf dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwerts des vierten Quartals. Die Todesfallmeldung eines 78-jährigen Mannes erfolgte ohne Hinweise auf eine mögliche Infektionsquelle.

Häufungen mit mindestens einem klinisch-labordiagnostisch bestätigten Fall wurden aus 28 Seniorenheimen, 24 medizinischen Einrichtungen, 12 Kindertagesstätten, drei Wohnheimen, einer Schule sowie einem Privathaushalt übermittelt.

Pneumokokken-Erkrankung, invasiv

Bei den im Berichtszeitraum registrierten 116 Infektionen handelte es sich um einen Säugling, fünf Kinder im Alter zwischen einem und 7 Jahren sowie um Erwachsene zwischen 31 und 95 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 79 Jahre). Keines der Kinder war vollständig gegen Pneumokokken geimpft. Der Erregernachweis gelang aus Blut der Patient*innen, in Einzelfällen auch aus Liquor.

Eine 79 Jahre alte Frau verstarb mit Pneumonie und septischem Krankheitsbild an den Folgen der Infektion. Zum Impfstatus der Betroffenen lagen keine Informationen vor.

Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden 36 Nachweise (15 Infektionen und 21 Kolonisationen) erfasst, bei denen es sich um eine 17-Jährige

sowie Erwachsene im Alter zwischen 32 und 81 Jahren handelte. Der Altersmedian der Betroffenen lag bei 64 Jahren. An den Folgen der Infektion (Pneumonie) verstarb ein 50 Jahre alter Mann.

Q-Fieber

Eine 35 Jahre alte Frau erkrankte mit anhaltendem Fieber. Eine stationäre Behandlung war nicht nötig. Die Betroffene hatte im entsprechenden Infektionszeitraum einen Biberpark im Spreewald besucht und dort Kontakt zu Nagetieren sowie Nutztieren wie Ziegen und Schafen.

Ein 43 Jahre alter Mann mit beruflichem Kontakt zu Schafen erkrankte mit allgemeinen Krankheitszeichen und Fieber. In beiden Fällen konnte mittels IgM-Antikörper-Nachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) eine Infektion mit *Coxiella burnetii* diagnostiziert werden

Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion

Insgesamt wurden im vierten Quartal 499 RS-Virus-Infektionen übermittelt (Vergleichszeitraum des Vorjahres: 1.349 Fälle, 5-Jahres-Mittelwert: 2.287). Gegenüber dem Vorquartal entsprach dies zwar einer Zunahme um mehr als das Doppelte; die Zahl der Infektionen bewegt sich jedoch auf einem relativ niedrigen Niveau im Vergleich zu den vergangenen Jahren.

Knapp die Hälfte aller RSV-Nachweise betrafen Kinder unter 5 Jahren.

Eine 92 Jahre alte Frau erkrankte mit schwerer respiratorischer Symptomatik und verstarb trotz stationärer Behandlung an den Folgen der Infektion.

Rotavirus-Erkrankung

Mit 287 übermittelten Infektionen wurde im Vergleich zum Vorquartal (n = 361) ein Rückgang um 20 % verzeichnet. Die Neuerkrankungsrate lag mit sieben Erkrankungen pro 100.000 Einwohner etwas über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes von sechs Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Ausbrüche mit drei bzw. fünf Erkrankten wurden aus einer Rehabilitationsklinik sowie einem Seniorenheim berichtet. Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

Salmonellose

Es wurde eine um 26 % niedrigere Neuerkrankungsrate (fünf Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) erreicht als im Vorquartal (sechs Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Der aktuelle Berichtswert lag damit auf dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes des 4. Quartals (fünf Erkrankungen pro 100.000 Einwohner).

Mit rund 35 % dominierte der Serotyp *Salmonella* Enteritidis, gefolgt von *Salmonella* Typhimurium mit einem Anteil von 32 % am Gesamtvorkommen. Häufungen kamen nicht zur Meldung.

Shigellose

Von den 53 im vierten Quartal erfassten Fällen waren 14 durch *Shigella (S.) sonnei*, zwei durch *S. flexneri*, einer durch *S. dysenteriae* sowie 36 durch *Shigella* spp. bedingt. Betroffen waren sieben Kinder im Alter zwischen 2 und 12 Jahren, ein 14-Jähriger sowie Erwachsene im Alter zwischen 18 und 76 Jahren (Median der Erwachsenen: 43 Jahre). Bei 29 Infektionen wurden Auslandsaufenthalte als Infektionsquelle eruiert. Weitere Hinweise zu möglichen Expositionen wurden nicht übermittelt.

Tularämie

Eine 18-Jährige erkrankte mit unklaren Bauchschmerzen und Fieber. Mittels Antikörpernachweis (einzelner deutlich erhöhter

Wert) konnte eine Infektion mit *Francisella tularensis* diagnostiziert sowie anamnestisch der Kontakt zu Schafen eruiert werden.

Angeborene Infektion

Bei einem männlichen Neugeborenen ohne Infektzeichen erfolgte der direkte Nachweis des Cytomegalievirus im Blut. Grund der Untersuchung war die Diagnose der CMV-Infektion bei der Mutter in der 29. Schwangerschaftswoche.

Tod an sonstiger Infektionskrankheit

Die im letzten Quartal des Jahres 2024 übermittelten 33 Fälle betrafen Erwachsene im Alter zwischen 33 und 100 Jahren (Median der Erwachsenen: 76 Jahre).

Tabelle 2: Todesfälle gemäß § 1 (2) SächslfSMeldeVO im 4. Quartal 2024

| Erreger | Anzahl | Klinisches Bild |
|--------------------------|--------|---------------------------------------|
| Bacillus cereus | 1 | Sepsis |
| Candida spp. | 1 | Pneumonie, Sepsis |
| Enterococcus faecialis | 2 | Sepsis |
| Escherichia coli | 10 | Nierenversagen, Sepsis, Urosepsis |
| Herpesvirus | 1 | Enzephalitis |
| Klebsiella oxytoca | 1 | Sepsis |
| Staphylococcus spp. | 16 | Multiorganversagen, Pneumonie, Sepsis |
| Streptococcus agalactiae | 1 | Endokarditis, Nierenversagen |

Verantwortlich:

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

Übermittelte Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen
4. Quartal 2024 und kumulativer Stand 2023 und 2024

| | 4. Quartal | | kumulativ | | | |
|--|-------------------|-----|------------------|-----|------------------|-------|
| | 40. – 52. MW 2024 | | 1. – 52. MW 2024 | | 1. – 52. MW 2023 | |
| | Fälle | T | Fälle | T | Fälle | T |
| Acinetobacter-Nachweis ¹⁾ | 5 | | 21 | 1 | 27 | 5 |
| Adenovirus | 2.192 | | 5.193 | | 5.595 | 2.192 |
| Adenovirus-Konjunktivitis | 25 | | 118 | | 188 | 25 |
| Amöbenruhr | 3 | | 22 | | 24 | 3 |
| Arbovirus-Infektion | | | 1 | | | |
| Astrovirus-Enteritis | 41 | | 687 | | 885 | 41 |
| Brucellose | | | 1 | | 1 | |
| Campylobacter-Enteritis | 810 | | 3.523 | 2 | 3.471 | 3 |
| Chikungunyafieber | | | | | 1 | |
| Chlamydia-trachomatis-Infektion | 894 | | 3.850 | | 4.037 | |
| Clostridioides-difficile-Enteritis | 605 | | 2.709 | | 2.727 | |
| Clostridioides-difficile-Infektion – schwerer Verlauf | 53 | 10 | 282 | 48 | 125 | 40 |
| Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) | 12.800 | 174 | 21.923 | 297 | 59.782 | 667 |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | 1 | 1 | 5 | 3 | 5 | 4 |
| Cytomegalievirus-Nachweis | 180 | | 799 | 1 | 808 | 1 |
| Denguefieber | 13 | | 65 | | 42 | |
| Diphtherie | | | 2 | | 13 | |
| Echinokokkose | 1 | | 8 | | 6 | |
| Enterobacterales-Nachweis ¹⁾ | 107 | 1 | 314 | 2 | 313 | 5 |
| Enterohämorrhagische Escherichia-coli- Erkrankung | 61 | | 291 | | 181 | |
| Enterovirusinfektion | 1.387 | | 3.049 | | 1.311 | |
| Frühsommer-Meningoenzephalitis | 13 | | 63 | | 34 | |
| Gasbrand | | | | | 6 | 2 |
| Giardiasis | 44 | | 207 | | 219 | |
| Gruppe-B-Streptokokken-Infektion | 438 | | 1.885 | | 1.861 | |
| Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv | 28 | 1 | 82 | 2 | 119 | 7 |
| Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch | 1 | | 4 | 1 | 2 | |
| Hantavirus-Erkrankung | 1 | | 6 | | | |
| Hepatitis A | 4 | | 29 | | 32 | |
| Hepatitis B | 109 | | 461 | 1 | 540 | 1 |
| Hepatitis C | 48 | | 240 | 1 | 289 | |
| Hepatitis D | 1 | | 5 | | 6 | |
| Hepatitis E | 88 | 1 | 404 | 4 | 373 | |
| Herpes zoster | 491 | | 1.985 | 1 | 1.997 | 2 |
| Influenza | 1.419 | 8 | 22.114 | 118 | 6.086 | 38 |
| Keuchhusten | 433 | | 1.765 | 1 | 116 | |
| Krätzmilben | 444 | | 616 | | | |
| Kryptosporidiose | 104 | | 374 | | 283 | |
| Legionellose | 27 | 3 | 134 | 8 | 100 | 3 |
| Lepra | | | | | | |
| Leptospirose | 4 | | 11 | | 9 | |
| Listeriose | 9 | 1 | 49 | 2 | 47 | 5 |
| Lyme-Borreliose | 360 | | 1.628 | | 1.484 | 1 |
| Malaria | 5 | | 24 | 1 | 25 | |
| Masern | | | 21 | | 2 | |
| Meningokokken-Erkrankung, invasiv | 3 | 2 | 9 | 2 | 6 | 2 |
| Mpox | 2 | | 6 | | 3 | |

| | 4. Quartal | | kumulativ | | | |
|---|-------------------|----|------------------|-----|------------------|-----|
| | 40. – 52. MW 2024 | | 1. – 52. MW 2024 | | 1. – 52. MW 2023 | |
| | Fälle | T | Fälle | T | Fälle | T |
| MRSA ²⁾ -Infektion, invasiv | 17 | 1 | 71 | 4 | 78 | 10 |
| CA ³⁾ -MRSA-Nachweis | 69 | | 217 | | 200 | |
| Mumps | 2 | | 10 | | 10 | |
| Mycoplasma spp. | 13.591 | | 27.760 | | 3.332 | |
| Norovirus-Enteritis | 1.395 | 1 | 7.768 | 6 | 5.615 | 2 |
| Ornithose | | | 3 | | 2 | |
| Orthopocken (andere) | | | 1 | | | |
| Parainfluenza-Infektion, respiratorisch | 1.822 | | 4.192 | 1 | 1.432 | 2 |
| Paratyphus | | | 2 | | 2 | |
| Parvovirus-B19-Infektion | 34 | | 962 | | 608 | 1 |
| Pneumokokken-Erkrankung, invasiv | 116 | 1 | 454 | 20 | 409 | 19 |
| Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis ⁴⁾ | 36 | 1 | 143 | 5 | 154 | 4 |
| Q-Fieber | 2 | | 8 | | 3 | |
| Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion | 499 | 1 | 6.666 | 22 | 5.321 | 28 |
| Rotavirus-Erkrankung | 287 | | 2.152 | 3 | 2.867 | 4 |
| Salmonellose | 189 | | 769 | 1 | 644 | 1 |
| Shigellose | 53 | | 118 | | 49 | 53 |
| Subakute sklerosierende Panenzephalitis | | | | | 1 | |
| Syphilis | 74 | | 333 | | 347 | 74 |
| Tetanus | | | | | 1 | |
| Toxoplasmose | 5 | | 30 | | 31 | |
| Tuberkulose | 30 | | 157 | 1 | 145 | 6 |
| Tularämie | 1 | | 13 | | 11 | |
| Typhus | | | 2 | | 5 | |
| Vibrionen | | | 5 | | 4 | |
| West-Nil-Virus-Infektion | | | 7 | | 1 | |
| Windpocken | 344 | | 1.857 | | 1.667 | |
| Yersiniose | 70 | | 353 | | 306 | |
| Zikavirus-Infektion | | | 1 | | | |
| angeborene Infektion | 1 | | 9 | | 9 | 1 |
| Tod an sonstiger Infektionskrankheit | | 33 | | 167 | | 181 |

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).

Aktualisierte Sächsische Infektionsschutz-Meldeverordnung in Kraft

Seit dem 20. Juli 2024 ist die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz (Sächsische Infektionsschutz-Meldeverordnung – SächsIfSMeldeVO) in Kraft. Sie ersetzt damit die sächsische IfSGMeldeVO (Abkürzung der alten Fassung der Verordnung) aus dem Jahr 2002, welche 2012 ihre letzte Änderung erfahren hatte. Solange die Meldepflichten nach dem bundesweit geltenden Infektionsschutzgesetz (IfSG) hierdurch nicht eingeschränkt oder aufgehoben werden, ermächtigt § 15 Absatz 3 IfSG die Bundesländer zum Erlass einer solchen Rechtsverordnung.

Streichung von Dopplungen mit dem Infektionsschutzgesetz

Der lange Zeitraum seit der letzten Bearbeitung hat dazu geführt, dass ein großer Teil der aktuellen Anpassungen vor allem die Tilgung von Meldepflichten betraf, die unterdessen ins IfSG aufgenommen wurden. Dies betrifft die Infektionskrankheiten Mumps, Keuchhusten, Windpocken und Röteln, einschließlich angeborener Rötelnembryopathie, für die bei Verdacht, Erkrankung und Tod mittlerweile eine bundesweite Meldepflicht gemäß § 6 Absatz 1 IfSG besteht. Hierunter fällt auch das zu den viralen hämorrhagischen Fiebern (§ 6 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe g IfSG) gehörige Gelbfieber. Die direkten oder indirekten Nachweise von *Bordetella pertussis* und *parapertussis*, *Plasmodium* spp. nebst Mumps-, Rubella-, Varicella-Zoster- und Respiratorischem Synzytial-Virus sind inzwischen gemäß § 7 Absatz 1 IfSG meldepflichtig, wenn die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen. Gleiches gilt für alle Nachweise von Hepatitis-Viren. Zusätzlich werden akute Virushepatitiden durch § 6 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe e IfSG abgedeckt. Die Meldepflicht bei direktem Nachweis von *Acinetobacter* spp. und *Enterobacteriales* mit erworbenen Carbapenemase- oder erworbener eingeschränkter Carbapenem-Empfindlichkeit bei Infektion oder Kolonisation hat ebenfalls Eingang in das IfSG gefunden. Die Sächsische Infektionsschutz-Meldeverordnung konnte somit allein in diesen Punkten deutlich eingekürzt werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass in Sachsen grundsätzlich dem zuständigen Gesundheitsamt weiterhin der Tod infolge auch jeder in § 6 IfSG und in § 1 SächsIfSMeldeVO nicht genannten Infektionskrankheit, ausgenommen AIDS, namentlich zu melden ist.

Nach der Novellierung entfallende Meldepflichten

Die ärztliche Meldung von Meningitiden und Enzephalitiden entfällt, da dies über die Meldung des jeweiligen Erregernachweises abgedeckt ist. Auch in Bezug auf die vormals erregerspezifisch bei Erkrankung und Tod zu meldende Enteritis infectiosa ist davon auszugehen, dass durch die Erfassung der jeweiligen Krankheitserreger gemäß § 7 IfSG und § 2 SächsIfSMeldeVO alle Krankheitsfälle registriert werden und keine separate Arztmeldepflicht mehr notwendig ist.

Ebenso gestrichen wurde die Meldepflicht der Erkrankung an Scharlach. Anhand der Meldezahlen ließen sich aufgrund unbeständiger und regional sehr unterschiedlichen Meldeverhaltens der Ärzte keine Aussagen zum Erkrankungsaufkommen im Freistaat treffen. Die Erfassung der einzelnen Erkrankungsfälle zieht zudem keine Maßnahmen durch das Gesundheitsamt nach sich. Unberührt vom Wegfall der Erkrankungsmeldung bleiben aber die Meldung des Todes durch eine Scharlacherkrankung (§ 1 Absatz 2 SächsIfSMeldeVO) und die Mitteilungs- und Benachrichtigungspflichten gemäß § 34 IfSG. Diese Mitteilungs- und Benachrichtigungspflicht betrifft auch die Ausscheider bestimmter gastroenteritischer Erreger. Überdies gibt § 42 IfSG ein gesetzliches Tätigkeits- bzw. Beschäftigungsverbot für die Ausscheider von Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagischen *Escherichia coli* oder Choleravibrionen zum Schutz von Verbrauchern vor Infektionen, die über Lebensmittel übertragen werden können, vor. Aufgrund der außerhalb der vorgenannten Bereiche hygienisch geringen Bedeutung von Ausscheidern für die Gesundheitsämter, wurde eine gesonderte Meldepflicht als obsolet betrachtet.

„Fleckfieber“ fand keinen erneuten Eingang in die Sächsische Infektionsschutz-Meldeverordnung. Zum einen wird über die bundesweite Meldung des Nachweises von *Rickettsia prowazekii*, dem Erreger des epidemischen Fleckfiebers (Flecktyphus), gemäß IfSG bereits ein Teil der Rickettsiosen abgedeckt. Zum anderen dient die Bezeichnung als Sammelbegriff für verschiedene Rickettsiosen und ist damit nicht eindeutig genug. *Neisseria gonorrhoeae* ist nur noch nichtnamentlich nach § 7 Absatz 3 IfSG direkt an das Robert Koch-Institut (RKI) zu melden.

Neu aufgenommene Arztmeldepflicht

Neu hinzugekommen ist die Meldepflicht bei Erkrankung und Tod an Skabies. Es existiert bisher grundsätzlich keine krankheits- oder erregerspezifische Meldepflicht in Deutschland nach IfSG. Sachsen nimmt damit eine Vorreiterrolle ein. Die Leiterinnen und Leiter von Einrichtungen gemäß §§ 33, 35 und 36 IfSG unterliegen einer Benachrichtigungspflicht gegenüber dem Gesundheitsamt, wenn in ihrer Einrichtung betreute oder zu betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind. In den letzten Jahren wurde unter den Gesundheitsämtern und der Ärzteschaft ein Anstieg an Skabiesfällen wahrgenommen. Die Abrechnungszahlen der Krankenkassen bestätigen dies. Durch die Meldung und Übermittlung aller Einzelfälle sind Aussagen zur Krankheitslast und deren Entwicklung möglich. Mit einer frühzeitigen Meldung von Einzelfällen und einem damit verbundenem schnellen Einsatz präventiver Maßnahmen lassen sich Ausbrüche eindämmen oder sogar verhindern, Aufwand und Kosten für die Gesundheitsämter im Falle eines Ausbruchs werden vermieden bzw. vermindert.

Weitere Änderungen

Durch den nun fest verankerten Zusatz „Meldepflicht bei Infektion und Kolonisation“ von Panton-Valentine-Leukozidin (PVL)-bildenden Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* wurde

die bereits in der Praxis erfolgende Übermittlung schriftlich präzisiert und mit der klaren Festlegung in der Sächsischen Infektionsschutz-Meldeverordnung auch eine sprachliche Annäherung an die Formulierungen des IfSG vorgenommen.

Weitere geringfügige Änderungen innerhalb der neuen Sächsischen IfSMeldeVO betrafen lediglich Anpassungen der Nomenklatur oder der Strukturierung.

Zur Meldung verpflichtete Personen und Auskunftspflichten

Wer zur Meldung verpflichtet ist, bestimmt das IfSG. Grundsätzlich sieht dieses zwei Meldeschienen vor:

- die Meldung von Erkrankungen (einschließlich der Verdachtsmeldung und Meldung bei Tod) durch den betreuenden Arzt gemäß § 6 IfSG und
- die Meldung positiver labordiagnostischer Nachweise einer Infektion durch die diagnostizierende Einrichtung (z. B. Zentrallabor eines Krankenhauses) gemäß § 7 IfSG.

§ 8 IfSG, der eine Aufzählung der meldepflichtigen Personen mit Zuordnung zu den jeweiligen Meldetatbeständen beinhaltet, verpflichtet neben Ärzten und Laboren in einigen Fällen noch weitere Personen oder Einrichtungen zur Meldung, z. B. Einrichtungen anatomisch-pathologischer Diagnostik.

Die entsprechend der neuen Sächsischen IfSMeldeVO aktualisierten Meldebögen finden sich unter: <https://www.gesunde.sachsen.de/verhuetung-und-bekaempfung-von-infektionskrankheiten-4059.html>.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch auf §§ 9 und 10 IfSG hingewiesen, welche alle Angaben einer namentlichen und nichtnamentlichen Meldung auflisten, die das Gesundheitsamt benötigt, um erforderliche Maßnahmen, wie Ermittlungen nach § 25 oder Schutzmaßnahmen nach § 28 IfSG einleiten zu können. Die Meldung muss unverzüglich erfolgen und dem zuständigen Gesundheitsamt nach spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, vorliegen. Fehlende Angaben dürfen nicht zu einer Meldeverzögerung führen. Im Rahmen der vom Gesundheitsamt angestrebten Ermittlungen nach § 25 in Verbindung mit § 16 IfSG besteht eine Auskunftspflicht dritter Personen, insbesondere der behandelnden Ärzte, zu Angaben, die eine Meldung zu enthalten hat sowie die Pflicht zur Vorlage von angeforderten Unterlagen. Die ärztliche Schweigepflicht ist in diesem Zusammenhang aufgehoben.

Übermittlung

Die Übermittlung der Meldedaten erfolgt gemäß § 11 IfSG auf der Grundlage von Falldefinitionen vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde (in Sachsen die Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen). Die Falldefinitionen sind nicht für meldepflichtige Ärzte oder Labore gedacht, sondern stellen einheitliche Kriterien bei der epidemiologischen Überwachung der Infektionskrankheiten sicher. Abrufbar sind die für den Vollzug der neuen Sächsischen IfSMeldeVO erstellten Falldefinitionen unter:

<https://www.gesunde.sachsen.de/verhuetung-und-bekaempfung-von-infektionskrankheiten-4059.html>. Hier sind zudem die vom RKI erstellten Falldefinitionen für die bundesweiten und nach Länderverordnungen erweiterten Meldepflichten verlinkt.

Bearbeiterin: Johanna Klingner

LUA Chemnitz

Fragen aus der Krankenhaushygiene

Ist die Sanitärzelle eines Patientenzimmers im Krankenhaus zwingend mit einer Dusche auszustatten?

Sowohl auf Bundesebene als auch in Sachsen gibt es keine bindenden Vorgaben zur Ausstattung von Patienten-Sanitärzellen im Krankenhaus mit einer eigenen Dusche. Daher wurden zur Erörterung der Fragestellung Empfehlungen, Leitlinien und Arbeitshilfen einschlägiger Fachgesellschaften sowie weitere gegebenenfalls vorhandene Regelungsvorschriften oder Vorgaben anderer Bundesländer betrachtet.

Empfehlungen der KRINKO

Die KRINKO (Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe, vormals: Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI)) gibt in den „Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten“ [1] die Empfehlung, dass jedes Zimmer für den Aufenthalt von Immunsupprimierten mit einem eigenen Sanitärraum mit Waschbecken, Dusche und Toilette auszustatten ist.

Bei Neu- und Umbauten sollte der Bauplanung stets eine abteilungsbezogene Risikobewertung zugrunde liegen. So wird zum Beispiel in der bereits erwähnten Empfehlung der KRINKO [1] darauf hingewiesen, dass mindestens 40 % (besser 50 %) der Zimmer zur Isolierung (also als Einzelzimmer nutzbares Zimmer mit eigener Dusche und Toilette) genutzt werden können sollen. Bei Neubauplanungen oder Sanierungen sollte auch auf Normalpflegestationen ein Anteil von Einzelzimmerbetten an der Gesamtzahl von 10 bis 20 % nicht unterschritten werden. Da dieser Vorschlag auf der Feststellung beruht, dass etwa 1,5 bis 4 % der Patienten mit MRSA besiedelt sind und der Anteil anderer multiresistenter Erreger (z. B. multiresistente gramnegative Bakterien/MRGN) eher zunimmt, ist davon auszugehen, dass mit einer sachgerechten hygienischen Versorgung jedes Patienten an dieser Stelle auch ein voll ausgestatteter Sanitärbereich untrennbar verbunden ist.

Nicht jedem Patienten ist zudem ein adäquates hygienisches Verhalten möglich. Für diese Patienten sollte ebenfalls ein Einzelzimmer mit eigenem Bad zur Verfügung stehen. [2]

Leitlinien der DGKH

Die „Bauliche Auslegung von Sanitärbereichen für stationäre Patienten in Krankenhäusern“ [3] enthält keine genauen Vorgaben zur Notwendigkeit von Duschen im Sanitärbereich. Allerdings wird mit Verweis auf notwendige Raumgrößen und die Barrierefreiheit empfohlen, dass nur, wenn der Duschbereich nicht ausreichend groß gestaltet werden kann, dieses Defizit durch Nutzung zu planender oder vorhandener zentraler Stationsbäder ausgeglichen werden kann. Daraus könnte abgeleitet werden, dass primär die Ausstattung des zum jeweiligen Patientenzimmer gehörigen Sanitärbereichs eine Dusche beinhaltet. Die DGKH (Deutsche Gesellschaft für allgemeine und Krankenhaushygiene) empfiehlt aus Gründen der Infektionsprävention und Patientensicherheit ohnehin einen Anteil von 70 % Einzelzimmern an der Gesamtbettenzahl – auf Intensiv- wie Normal-



Abbildung 1: Sanitärzelle mit Dusche in einem Patientenzimmer eines sächsischen Krankenhauses

stationen. Diesen beiden Aspekten kann nur mit einer Dusche pro jeweiliger Patientensanitärzelle Rechnung getragen werden. [4]

Berufsgenossenschaft und Unfallkassen

Auf der interaktiven Website „Sicheres Krankenhaus“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW) [5,6] wird darauf hingewiesen, dass Patientenzimmer nicht zwangsläufig mit einer Dusche und einem WC auszustatten sind. Allerdings verfügen die meisten Kliniken mittlerweile über diese Standardausstattung. Zudem wird empfohlen, dass „jedes Zimmer [...] eine eigene Nasszelle mit WC, Waschbecken und teilweise auch Dusche erhalten“ [6] soll. Auf ein Stationsbad könne verzichtet werden, wenn alle Patientenzimmer mit Nasszellen inklusive einer Dusche ausgestattet wären. Ist ein hoher Anteil an Schwerstpflegebedürftigen zu erwarten, sollte ein barrierefreies Stationsbad geplant werden, zweckmäßig mit Hubbadewanne und einer zusätzlichen Dusche.

ARGEBAU

Weitere Hinweise zu dieser Thematik gibt die „Arbeitshilfe für die Planung von Allgemeinpflege-Einheiten“ der Fachkommission Haustechnik und Krankenhausbau der ARGEBAU (Arbeitsgemeinschaft des Bau-, Wohnungs- und Siedlungswesens des Vereinigten Wirtschaftsraums, auch bekannt unter der kürzeren Bezeichnung Bauministerkonferenz) aus dem Jahr 2002. [7]

Laut diesem Arbeitspapier wäre eine zentrale Dusche für je 6 bis 8 Betten möglich. Bei zentralen Patientenduschen mit Einzelkabinen kann es sinnvoll sein, diese auch mit WC und Handwaschbecken auszustatten. Dagegen sind WC und Handwaschbecken bei zentralen Duschanlagen obligat. Ein gegebenenfalls erhöhter Reinigungs- und Desinfektionsaufwand ist hier zu berücksichtigen.

Die Festlegungen zum genau erforderlichen Anteil von mit Duschen ausgestatteten Sanitärbereichen unterliegen dabei auch den Aspekten der Praktikabilität und der Wirtschaftlichkeit. Ein Unterschied zwischen Lösungen mit zentralen und solchen mit dezentralen Duschen konnte laut der Fachkommission für die Investitionskosten so gut wie nicht, für die Betriebskosten lediglich in geringem Umfang nachgewiesen werden.

Aufgrund des schon länger zurückliegenden Erstellungszeitpunktes des oben genannten Arbeitspapiers, sollte dieses als Entscheidungshilfe einer besonders kritischen Betrachtung unterzogen werden.

LAGuS (Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern)

Orientierung bieten auch die hygienischen Empfehlungen für Neubau und Sanierung von Krankenhäusern aus Mecklenburg-Vorpommern. [8] Entsprechend dieser Ausführungen ist für jedes Patientenbettzimmer eine eigene Sanitärzelle, mit einer Planungsgrundlage von 5 m² vorzusehen. Zu beachten ist, dass WC, Waschbecken und Dusche ohne funktionelle Überschneidungen anzuordnen sind. Ein Stationsbad ist nur bei nachweisbarem tatsächlichen Bedarf sinnvoll.

Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Verzicht auf eine Dusche in der Sanitärzelle oder eines Stationsbades stets eine Einzelfallentscheidung ist und gut begründet werden muss. Zu Bedenken ist zudem, dass nach Geschlechtern getrennte und in ausreichender Stückzahl vorhandene Duschen vorgehalten werden müssen. Ein sich stetig änderndes Geschlechterverhältnis auf den Stationen müsste in diese Kalkulation einbezogen werden.

In diesem Kontext verweisen wir auf das potentielle Legionellenrisiko selten oder ungenutzter Wasserentnahmestellen. Insbesondere Patientenbäder werden durch die stringente Verkürzung der Patientenverweildauer in den Kliniken meist nicht mehr benötigt und zunehmend als Lager umfunktioniert.

Auch wenn vorrangig funktionelle und organisatorische Kriterien in die Entscheidungen über den Einbau von Duschen in den Patientenzimmern zu berücksichtigen sind, kann unabhängig davon die Ausstattung der Nasszelle die Wahl für oder gegen ein Krankenhaus potentieller Patienten beeinflussen. Ein voll ausgestatteter Sanitärbereich, angegliedert am Patientenzimmer, könnte zum einen das Wohlbefinden der Patienten steigern und damit den Genesungsprozess unterstützen. Zum anderen ist durch kürzere Wege auch eine höhere Effizienz und Erleichterung der Arbeit des pflegerischen Personals erreichbar.

Zur Gewährleistung eines hohen hygienischen Standards begrüßen wir grundsätzlich die Ausstattung der Sanitärzellen von Patientenzimmern in Krankenhäusern neben WC, Handwaschbecken auch mit einer Dusche.

Literaturverzeichnis:

- [1] Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut: Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten. Bundesgesundheitsbl 2021 · 64:232–264. DOI : 10.25646/140. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/215/240ysO3riqjsK.pdf>. Online publiziert am 04.01.2021.
- [2] Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut: Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. Bundesgesundheitsbl 2015 · 58:1151–1170. DOI 10.25646/187. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/262/24dsPsW8SC3AxU.pdf>. Online publiziert am 28. 09. 2015.
- [3] Leitlinie der DGKH – Sektion Krankenhausbau und Raumlufttechnik: Bauliche Auslegung von Sanitärbereichen für stationäre Patienten in Krankenhäusern. Hygiene & Medizin, Volume 49, 09/2024. https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2024_DGKH_LL%20Sanitaer_HM_24.pdf. Online abgerufen am 11.02.2025.
- [4] Leitlinie der DGKH – Sektion Krankenhausbau und Raumlufttechnik: Notwendigkeit von Einzelzimmern in Krankenhäusern. Hygiene & Medizin, Volume 47, 3/2022. https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/36_41_DGKH_LL_Einzelbettzimmer_HM_3_22.pdf. Online abgerufen am 11.02.2025.
- [5] Unfallkassen und Berufsgenossenschaften: Patientenzimmer | Bau und Ausstattung - WC und Duschen. <https://www.sicheres-krankenhaus.de/patientenzimmer/patientenzimmer/wc-duschen>. Online abgerufen am 11.02.2025.
- [6] Unfallkassen und Berufsgenossenschaften: Patientenzimmer | Planungsbüro | Pflegebereiche | Allgemeinpflege - Patientenzimmer mit Nasszelle. <https://www.sicheres-krankenhaus.de/planungsbuero/anforderungen-pflegebereiche/patientenzimmer-mit-nasszelle>. Online abgerufen am 11.02.2025.
- [7] Fachkommission Haustechnik und Krankenhausbau – Arbeitsbereich Krankenhausbau – im Ausschuss für staatlichen Hochbau der Bauministerkonferenz (ARGEBAU): Arbeitshilfe für die Planung von Allgemeinpflege – Einheiten. Stand: Januar 2002. <https://bauministerkonferenz.de/Dokumente/4231431.pdf>. Online abgerufen am 11.2.2025.
- [8] Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (LAGuS) - Abteilung Gesundheit des Dezernats für Krankenhaushygiene und Allgemeine Hygiene der Arbeitsgruppe Bau: Bauanforderungen und funktionelle Empfehlungen aus der Sicht der Hygiene für den Neubau und die Sanierung von Krankenhäusern und Universitätskliniken in M-V Anforderungen zur Konzessionierung von Krankenanstalten § 30 Gewerbeordnung. Stand: 31.05.2024. <https://www.lagus.mv-regierung.de/service-assistent/download?id=1670232>. Online abgerufen am 11.02.2025.

Bearbeiter: Anja-Susann Schinzel
Johanna Klingner
Dr. Axel Hofmann

LUA Chemnitz
LUA Chemnitz
LUA Chemnitz

Modetrend Buttergelb erweist sich in Gewürzen als wenig appetitlich

Wer „Buttergelb“ in einer beliebigen Suchmaschine im Internet eingibt, der erhält hauptsächlich Einblicke in einen Modetrend mit pastellfarbenen Kleidungsstücken, die sich spätestens jetzt im Frühjahr wieder großer Beliebtheit erfreuen. *Buttergelb* (Synonyme: 4-Dimethylamino-azobenzol, Dimethylgelb, C.I. Solvent Yellow 2; CAS 60-11-7) ist aber auch die Bezeichnung eines gelben Farbstoffes, welcher bis in die 40er Jahre in Deutschland zur Gelbfärbung von Butter eingesetzt wurde. Aufgrund von Studien an Ratten, bei denen Leberkarzinome nach der Gabe von *Buttergelb* auftraten, wurde der Stoff jedoch für den Einsatz in Lebensmitteln – und somit als Lebensmittelzusatzstoff – verboten.

In der EU erfolgt die Regelung von Lebensmittelzusatzstoffen über die Verordnung (EG) Nr. 1333/2008. Nach Artikel 4 Absatz 1 dieser Verordnung dürfen nur die in der Gemeinschaftsliste in Anhang II aufgeführten Stoffe als solche in Verkehr gebracht und unter den darin festgelegten Bedingungen in Lebensmitteln verwendet werden. Nach Artikel 5 der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 darf niemand einen Lebensmittelzusatzstoff oder ein Lebensmittel, in dem ein Lebensmittelzusatzstoff vorhanden ist, in Verkehr bringen, wenn die Verwendung des Lebensmittelzusatzstoffs nicht mit dieser Verordnung in Einklang steht. Es gilt hier somit das sogenannte „Verbotprinzip mit Erlaubnisvorbehalt“. Das heißt, dass alle Zusatzstoffe bzw. deren Verwendungen verboten sind, es sei denn sie sind explizit durch die Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 erlaubt. Bei dem Farbstoff *Buttergelb* handelt es sich somit um keinen für Lebensmittel nach der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 zugelassenen Zusatzstoff, da er nicht explizit als Zusatzstoff im Anhang aufgeführt ist.

Wird dennoch *Buttergelb* unerlaubt in einem Lebensmittel zur Gelbfärbung eingesetzt, besteht für die Verbraucherinnen und Verbraucher ein gesundheitliches Risiko beim Verzehr dieser Lebensmittel. Um das Risiko abzuschätzen, welches von der Aufnahme dieser Substanz durch den Menschen ausgeht, erfolgt im Falle von bedenklichen Substanzen eine toxikologische Bewertung. Grundlage für toxikologische Bewertungen von Stoffen in Lebensmitteln bilden unter anderem die Daten der EFSA.

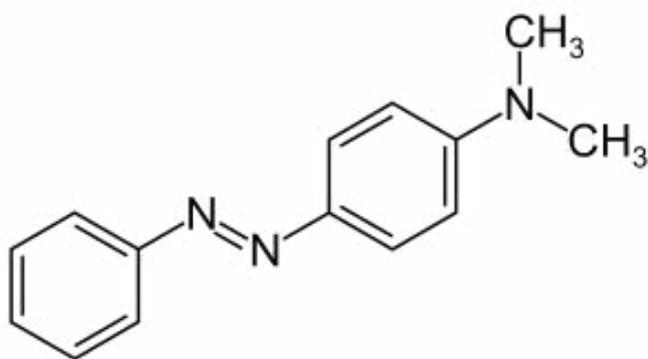


Abbildung 1: Chemische Struktur Buttergelb

Eine toxikologische Bewertung für *Buttergelb* ist aufgrund einer sehr geringen Studiendatenlage erschwert. Die EFSA als zuständige Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit geht allerdings bei *Buttergelb* aufgrund der Molekülstruktur von einem genotoxischen und kanzerogenen Potenzial aus.[1] Demnach ist seine Verwendung in Lebensmitteln EU-weit verboten und es gilt eine sogenannte Nulltoleranz, da nach derzeitigem Kenntnisstand keine gesundheitlich unbedenkliche Aufnahmemenge abgeleitet werden kann.

Im Dezember letzten Jahres wurde unter anderem eine Probe Kurkuma-Pulver aus einem Gastronomie-Großhandel als Planprobe zur lebensmittelchemischen Untersuchung in der LUA eingereicht. Für solche Gewürze sind entsprechend Lebensmittelkategorie Nr. 12.2.1 nach Anhang II Teil E zu Artikel 4 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 keine Farbstoffe zugelassen. Dennoch zeigen auch zahlreiche zurückliegende Untersuchungsergebnisse, dass gelegentlich Gewürze gefärbt werden, um unter anderem Frische vorzutäuschen und so den Marktwert zu steigern oder eine gewinnbringende Streckung mit z. B. Stärkeprodukten zu vertuschen. Für Gewürze und weitere Lebensmittel wurde aufgrund dessen an der LUA in Chemnitz eine LC-MS/MS-Methode zur Untersuchung auf illegale Farbstoffe etabliert. Neben dem besagten *Buttergelb* können hier auch andere unzulässige Farbstoffe wie unter anderem *Rhodamin B* und die *Sudane I bis IV* qualifiziert und mittels Matrixkalibrierung quantifiziert werden.

In der zur Untersuchung eingereichten Probe Kurkuma-Pulver konnte mit dieser neuen Methode der Farbstoff *Buttergelb* über die Anwesenheit eines Quantifizier- und zweier Qualifizier-Ionen zu einer definierten Retentionszeit nachgewiesen werden. Die Quantifizierung der geringen Menge der Substanz erfolgte im Anschluss und entsprechender Matrixkalibrierung. Hier zeigte sich der größte Vorteil der eingesetzten modernen Analyentechnik. Denn wo die vorherige Untersuchung auf illegale Farbstoffe mittels Dünnschichtchromatographie lediglich eine Nachweisgrenze von 20 ppm (mg/kg) aufwies, liefert das seit Neuestem an der LUA eingesetzte LC-MS/MS-Verfahren eine Nachweisgrenze von *Buttergelb* in Gewürzen von 1 ppb (µg/kg).



Abbildung 2: Kurkumaknolle und Kurkuma-Pulver (Foto: Pixabay/stevepb)

Demnach konnte die Sensitivität um den Faktor 20.000 erhöht werden.

Nach Matrixkalibrierung mit Kurkuma-Pulver ergab sich in der Probe ein Gehalt an *Buttergelb* von 14 ppb ($\mu\text{g}/\text{kg}$). Ein derart geringer Gehalt des verbotenen Farbstoffes in der betreffenden Planprobe spricht weniger für einen unmittelbaren Zusatz zur entsprechenden Gewürz-Charge, sondern deutet eher auf einen Verschnitt bzw. Eintrag mit gefärbten Gewürz hin.

Dem Einen oder Anderen vergeht da zurecht der Appetit. *Buttergelb* gehört eben auf den Laufsteg und nicht in Lebensmittel.

Literatur:

- [1] European Food Safety Authority, Opinion of the Scientific Panel on Food Additives, Flavourings, Processing Aids and Materials in Contact with Food on a request from the Commission to review the toxicology of a number of dyes illegally present in food in the EU; EFSA Journal 263, 2005, Seiten 1-71.

Bearbeiter: DLC Julia Schreiner
DLC Stephanie Kaden

LUA Chemnitz
LUA Chemnitz



Abbildung 3: Modernes LC-MS/MS Analysengerät an der LUA in Chemnitz

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB

4. Quartal 2024

1. Europäisches Recht

- 1.1 Verordnung (EU) 2024/2597 der Kommission vom 4. Oktober 2024 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Sorbinsäure (E 200) und Kaliumsorbat (E 202) sowie des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 der Kommission in Bezug auf die Spezifikationen für Sorbinsäure (E 200), Kaliumsorbat (E 202) und Propylgallat (E 310) (ABl. L vom 7.10.2024)
- 1.2 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2598 der Kommission vom 4. Oktober 2024 zur Festlegung der Liste der Drittländer oder Drittlandsgebiete, aus denen gemäß der Verordnung (EU) 2017/625 des Europäischen Parlaments und des Rates der Eingang in die Union bestimmter für den menschlichen Verzehr bestimmter Tiere und Erzeugnisse tierischen Ursprungs zulässig ist, im Hinblick auf die Anwendung des Verbots der Verwendung bestimmter antimikrobieller Arzneimittel (ABl. L vom 7.10.2024)
- 1.3 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2607 der Kommission vom 27. September 2024 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Ροδόσταγμα Αγρού / Rodostagma Agrou/ Agros Rosewater“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 4.10.2024)
- 1.4 Verordnung (EU) 2024/2608 der Kommission vom 7. Oktober 2024 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Cellulose-Pulver (E 460(ii)) und Glucono-delta-Lacton (E 575) in ungeriebenen, streichbaren Weichkäseprodukten (ABl. L vom 08.10.2024)
- 1.5 Verordnung (EU) 2024/2609 der Kommission vom 7. Oktober 2024 zur Änderung von Anhang II der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Napropamid, Pyridaben und Tebufenpyrad in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L vom 08.10.2024)
- 1.6 Verordnung (EU) 2024/2612 der Kommission vom 7. Oktober 2024 zur Änderung der Anhänge II, III und IV der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Chitosan, Clopyralid, Difenoconazol, Rückständen aus der Fettdestillation, Flonicamid, hydrolysierten Proteinen und Lavandulylsenecioat in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L vom 9.10.2024)
- 1.7 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2614 der Kommission vom 30. September 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer geografischen Angabe in das Unionsregister der geografischen Angaben („Lorraine“ (g. g. A.)) (ABl. L 7.10.2024)
- 1.8 Durchführungsbeschluss (EU) 2024/2618 der Kommission vom 8. Oktober 2024 über die Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais DP202216 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(2024) 6941) (ABl. L 10.10.2024)
- 1.9 Verordnung (EU) 2024/2619 der Kommission vom 8. Oktober 2024 zur Änderung der Anhänge II und III der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Fosetyl, Kaliumphosphonaten und Dinatriumphosphonat in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L 9.10.2024)
- 1.10 Durchführungsbeschluss (EU) 2024/2627 der Kommission vom 8. Oktober 2024 über die Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderte Baumwolle COT102 enthalten, aus ihr bestehen oder aus ihr hergestellt werden, gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2024) 6938) (ABl. L 10.10.2024)
- 1.11 Durchführungsbeschluss (EU) 2024/2628 der Kommission vom 8. Oktober 2024 zur Erneuerung der Zulassung des Inverkehrbringens von genetisch verändertem Mais der Sorte MON 89034 × 1507 × NK603 enthaltenden, daraus bestehenden oder daraus hergestellten Erzeugnissen gemäß der Verordnung (EG) Nr. 1829/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates (Bekannt gegeben unter Aktenzeichen C(2024) 6915) (Nur der französische und der niederländische Text sind verbindlich) (ABl. L 10.10.2024)
- 1.12 Durchführungsbeschluss (EU) 2024/2629 der Kommission vom 8. Oktober 2024 zur Erneuerung der Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais der Sorte MON 89034 × 1507 × MON 88017 × 59122 und aus acht 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(2024) 6892) (ABl. L 10.10.2024)
- 1.13 Verordnung (EU) 2024/2633 der Kommission vom 8. Oktober 2024 zur Änderung von Anhang II der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Azoxystrobin, Famoxadon, Flutriafol, Mandipropamid und Mefentrifluconazol in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L 9.10.2024)
- 1.14 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2639 der Kommission vom 9. Oktober 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2023/988 des Europäischen Parla-

- ments und des Rates hinsichtlich der Rollen und Aufgaben der zentralen nationalen Kontaktstellen des Schnellwarnsystems Safety Gate (ABl. L 10.10.2024)
- 1.15 Verordnung (EU) 2024/2640 der Kommission vom 9. Oktober 2024 zur Änderung und Berichtigung von Anhang II der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von 1,4- Dimethylnaphthalin, Difluoresigsäure (DFA), Flupyram und Flupyradifuron in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L 10.10.2024)
- 1.16 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2682 der Kommission vom 16. Oktober 2024 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 im Hinblick auf die Spezifikationen des neuartigen Lebensmittels Vitamin D2-Pilzpulver (ABl. L 17.10.2024)
- 1.17 Delegierte Verordnung (EU) 2024/2684 der Kommission vom 2. Februar 2024 zur Änderung der Delegierten Verordnung (EU) 2016/127 hinsichtlich der Proteinanforderungen an Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung, die aus Proteinhydrolysaten hergestellt werden (ABl. L 11.10.2024)
- 1.18 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2694 der Kommission vom 17. Oktober 2024 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von Magnesium-L-Threonat als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. L 18.10.2024)
- 1.19 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2707 der Kommission vom 21. Oktober 2024 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2022/2105 mit Vorschriften für die Konformitätskontrolle der Vermarktungsnormen für Olivenöl und Methoden zur Analyse der Merkmale von Olivenöl (ABl. L 22.10.2024)
- 1.20 Verordnung (EU) 2024/2711 der Kommission vom 22. Oktober 2024 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 Thiaclopid in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L 23.10.2024)
- 1.21 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2742 der Kommission vom 18. Oktober 2024 zur Eintragung eines Namens in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben („Urbezo“ (g. U.)) (ABl. L 25.10.2024)
- 1.22 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2768 der Kommission vom 30. Oktober 2024 zur Gewährung von Schutz in der Union für die im internationalen Register der Ursprungsbezeichnungen und geografischen Angaben der Genfer Akte eingetragene Ursprungsbezeichnung „Tête de Moine / Tête de Moine, Fromage de Bellelay“ (ABl. L 31.10.2024)
- 1.23 Delegierte Verordnung (EU) 2024/2791 der Kommission vom 29. Januar 2024 zur Änderung des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 609/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates zwecks Zulassung der Verwendung von Eisen-Milchkaseinat als Eisenquelle in Tagesrationen für gewichtskontrollierende Ernährung und in Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke, ausgenommen Lebensmittel für Säuglinge und Kleinkinder (ABl. L 31.10.2024)
- 1.24 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2792 der Kommission vom 24. Oktober 2024 zur Genehmigung einer Änderung der Spezifikation der geschützten Ursprungsbezeichnung „Pico“ (ABl. L 31.10.2024)
- 1.25 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2793 der Kommission vom 24. Oktober 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer geografischen Angabe in das Unionsregister der geografischen Angaben („Chistorra de Navarra/Txistorra de Navarra/Nafarroako Txistorra“ (g. g. A.)) (ABl. L 31.10.2024)
- 1.26 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2807 der Kommission vom 28. Oktober 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer geografischen Angabe in das Unionsregister der geografischen Angaben „Manisa Mesir Macunu“ (g. g. A.) (ABl. L 4.11.2024)
- 1.27 Richtlinie (EU) 2024/2839 des europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2024 zur Änderung der Richtlinien 1999/2/EG, 2000/14/EG, 2011/24/EU und 2014/53/EU hinsichtlich bestimmter Berichtspflichten in den Bereichen Lebensmittel und Lebensmittelzutaten, Geräuschemissionen im Freien, Patientenrechte und Funkanlagen (ABl. vom 07.11.2024)
- 1.28 Verordnung (EU) 2024/2856 der Kommission vom 12. November 2024 zur Änderung des Anhangs I der Verordnung (EG) Nr. 1334/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Streichung des Aromastoffes Benzen-1,2-diol (FL-Nr. 04.029) aus der Unionsliste (ABl. L vom 13.11.2024)
- 1.29 Verordnung (EU) 2024/2858 der Kommission vom 12. November 2024 zur Änderung der Verordnung (EU) 2019/1871 hinsichtlich der Anwendung der Referenzwerte für Maßnahmen in Bezug auf Nitrofurane und ihre Metaboliten in Kollagen (ABl. L vom 13.11.2024)
- 1.30 Verordnung (EU) 2024/2865 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTES UND DES RATES vom 23. Oktober 2024 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 über die Einstufung, Kennzeichnung und Verpackung von Stoffen und Gemischen (ABl. L vom 20.11.2024)
- 1.31 Delegierte Verordnung (EU) 2024/2867 der Kommission vom 2. September 2024 zur Änderung der Verordnung (EU) 2018/848 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Gestaltung des Logos der Europäischen Union für ökologische/biologische Produktion (ABl. L vom 11.11.2024)
- 1.32 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2890 der Kommission vom 11. November 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen

- Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer garantiert traditionellen Spezialität in das Unionsregister der garantiert traditionellen Spezialitäten („Seneno meso“ (g. t. S.)) (ABl. L vom 18.11.2024)
- 1.33 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2892 der Kommission vom 12. November 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer geografischen Angabe in das Unionsregister der geografischen Angaben („Torrezno de Soria“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 19.11.2024)
- 1.34 Verordnung (EU) 2024/2895 der Kommission vom 20. November 2024 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 2073/2005 hinsichtlich *Listeria monocytogenes* (ABl. L vom 21.11.2024)
- 1.35 Verordnung (EU) 2024/2899 der Kommission vom 20. November 2024 zur Änderung der Verordnung (EU) 2020/354 zur Erstellung eines Verzeichnisses der vorgesehenen Verwendungen von Futtermitteln für besondere Ernährungszwecke (ABl. L vom 21.11.2024)
- 1.36 Beschluss (EU) 2024/2911 des Rates vom 5. November 2024 über den im Namen der Europäischen Union im Rat der Mitglieder des Internationalen Olivenrates (IOR) im Hinblick auf ein Analyseverfahren und auf die IOR-Vermarktungsnorm für Olivenöl und Oliventresteröl zu vertretenden Standpunkt (ABl. L vom 19.11.2024)
- 1.37 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2913 der Kommission vom 14. November 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Genehmigung einer Unionsänderung der Produktspezifikation der geschützten Ursprungsbezeichnung „Toro“ (ABl. L vom 21.11.2024)
- 1.38 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2921 der Kommission vom 19. November 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer geografischen Angabe in das Unionsregister der geografischen Angaben („Nougat de Montélimar“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 26.11.2024)
- 1.39 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2932 der Kommission vom 14. November 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer geografischen Angabe in das Unionsregister der geografischen Angaben („Livanjski sir“ (g. g. A.)) (ABl. L vom 22.11.2024)
- 1.40 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2959 der Kommission vom 29. November 2024 zur Benennung von Referenzlaboratorien der Europäischen Union für die öffentliche Gesundheit in den Bereichen durch Lebensmittel und das Wasser übertragene Bakterien, durch Lebensmittel, das Wasser und Vektoren übertragene Helminthen und Protozoen sowie durch Lebensmittel und das Wasser übertragene Viren (ABl. L vom 02.12.2024)
- 1.41 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2972 der Kommission vom 25. November 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme einer geografischen Angabe in das Unionsregister der geografischen Angabe („ΤΣΑΛΑΦΟΥΤΙ/TSALAFOUTI“ (g. U.)) (ABl. L vom 02.12.2024)
- 1.42 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2973 der Kommission vom 25. November 2024 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Genehmigung einer Unionsänderung der Produktspezifikation der geografischen Angabe „Hierbas Ibicencas“ (ABl. L vom 02.12.2024)
- 1.43 Durchführungsverordnung (EU) 2024/2978 der Kommission vom 25. November 2024 zur Eintragung der geografischen Angabe „Gaziantep Menengiç Kahvesi/Gaziantep Melengiç Kahvesi“ (g. U.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 02.12.2024)
- 1.44 Durchführungsverordnung (EU) 2024/3153 der Kommission vom 18. Dezember 2024 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2019/1793 über die vorübergehende Verstärkung der amtlichen Kontrollen und über Sofortmaßnahmen beim Eingang bestimmter Waren aus bestimmten Drittländern in die Union zur Durchführung der Verordnungen (EU) 2017/625 und (EG) Nr. 178/2002 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 19.12.2024)
- 1.45 Verordnung (EU) 2024/3196 der Kommission vom 18. Dezember 2024 zur Änderung von Anhang I der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates in Bezug auf Rettichblätter (ABl. L vom 19.12.2024)
- 1.46 Verordnung (EU) 2024/3190 der Kommission vom 19. Dezember 2024 über die Verwendung von Bisphenol A (BPA) und anderen Bisphenolen und Bisphenolderivaten, die aufgrund spezifischer gefährlicher Eigenschaften eine harmonisierte Einstufung erhalten haben, in bestimmten Materialien und Gegenständen, die dazu bestimmt sind, mit Lebensmitteln in Berührung zu kommen, zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 10/2011 und zur Aufhebung der Verordnung (EU) 2018/213 (ABl. L vom 31.12.2024)

2. Nationales Recht

keine Eintragungen

Bearbeiter: Dr. Thomas Frenzel

LUA Dresden

Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse

4. Quartal 2024

Zahl der bearbeiteten Beschwerdeproben: 30
davon beanstandet: 11

| Probenbezeichnung | Beschwerdegrund | Beurteilung |
|--|--|---|
| Walnüsse | Verdacht Schwefel oder ähnliches im Inneren der Nussschale, Geschmack zweckfremd, chemisch behandelt | Schimmelpilze identifiziert; Beurteilung als nicht sicher gemäß Art. 14 Abs. 2 b) der VO (EG) Nr. 178/2002 |
| Pilzmischung tiefgefroren (leere Verpackung und extra verpackt ein Fremdbestandteil) | Fremdmaterial in der Dose vorgefunden | Fremdkörper, vermutlich Stück eines Zigarettenfilters; Beurteilung als nicht sicher gemäß Art. 14 Abs. 2 b) der VO (EG) Nr. 178/2002 |
| Saftorangen | Brennen und Schmerzen im Mundraum/Rachen, 4 h anhaltend bei 2 Personen | Beschwerdegrund konnte nicht bestätigt werden; jedoch Schalenbehandlungsmittel Orthophenylphenol nachgewiesen; Beanstandung wegen fehlender Kenntlichmachung nach Art. 3 Abs. 2 der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 543/2011 i. V. m. Anhang I Teil B.2 Nr. VI D |
| gesalzene mini Laugengebäck in Alpenvollmilchschokolade | nach Verzehr starkes Brennen im Mundraum | Beschwerde bestätigt; Beurteilung: Art. 14 Abs. 2 Buchstabe b) in Verbindung mit Art. 14 Abs. 5 der VO (EG) Nr. 178/2002. Gemäß Art. 14 Abs. 1 dieser VO Verkehrsverbot. |
| Obstblütenhonig | Deckelwölbung und Honigaustritt, Originalverpackung noch originalverschlossen | Beschwerde bestätigt; Beurteilung: § 2 Absatz 1 i. V. m. Anlage 2 HonigV. Gemäß § 4 Nr. 1 HonigV dieser VO Verkehrsverbot. |
| Schinkenwurst | abweichender Geruch und Geschmack | Beschwerde bestätigt; Beurteilung als für den Verzehr ungeeignet im Sinne von Art. 14 Abs. 2 Buchst. b) i.V.m. Abs. 5 VO (EG) Nr. 178/2002 |
| Pilsener | abweichende Beschaffenheit: geräuschlose Öffnung der Flasche (keine Kohlensäure); unangenehmer Geruch und farblose Flüssigkeit der Probe | sensorische Abweichung bei 3 von 4 Flaschen bestätigt; Beurteilung als nicht zum Verzehr geeignet (Art. 14 Abs. 2 lit. b i. V. m. Abs. 5 der VO (EG) Nr. 178/2002) und somit als nicht sicheres Lebensmittel (Art. 14 Abs. 1 der VO (EG) Nr. 178/2002) |
| Nahrungsergänzungsmittel mit Chlorella | Geruch und Geschmack nach Schimmel | Aufgrund der sensorisch abweichenden Beschaffenheit für den Verzehr durch den Menschen ungeeignet und damit nicht sicher im Sinne von Art. 14 Abs. 2 Buchst. b) i.V.m. Art. 14 Abs. 1 VO (EG) Nr. 178/2002. |
| Cranberry Extrakt | Blisterpackung enthält eine in Form und Farbe gegenüber den sonstigen Kapseln abweichende Kapsel | Die Abweichung konnte bestätigt werden. Der Verursacher für die eingerissene Blisterfolie konnte nicht benannt werden, ggf. kommt zumindest im Fall der beim Beschwerdeführer auffälligen Kapsel eine Beschädigung durch Gebrauch infrage. |
| Erfrischungsgetränk mit Orangengeschmack | fehlende Pflicht-Kennzeichnung, Zusammensetzung fraglich | Beanstandet - fehlende Angaben der Pflichtkennzeichnungselemente nach Art. 9 (1) LMIV in deutscher Sprache gemäß § 2 (1) Nr. 2 LMIV |
| Feta Paprika Creme | Metallspan wurde durch Beschwerdeführer übergeben | Fremdkörper; gesundheitsschädlich im Sinne von Art. 14 Abs. 2 Buchstabe a) der VO (EG) Nr. 178/2002 |

Bearbeiter: Abteilung 5

LUA Chemnitz

BSE-Untersuchungen 4. Quartal 2024

| Tierart | TKBA / ZNS / Kohorte * | Lebensmittel | Notschlachtung | Gesamt |
|---------------|------------------------|--------------|----------------|--------------|
| Antilope | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Damwild | 13 | 0 | 0 | 13 |
| Okapi | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Rind | 2.656 | 0 | 14 | 2.670 |
| Rothirsch | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Schaf | 60 | 151 | 0 | 211 |
| Ziege | 15 | 6 | 0 | 21 |
| Gesamt | 2.747 | 157 | 14 | 2.918 |

* Tierkörperbeseitigung, Zentrale Nervensystem-Störungen, Kohortenschlachtungen

Tollwutuntersuchungen 4. Quartal 2024

| | Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz | Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden | Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig | Landesdirektion Sachsen |
|--------------------------------|--|---|---|-------------------------|
| Fuchs | 4 | 2 | 6 | 12 |
| Marderhund | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Waschbär | 4 | 3 | 0 | 7 |
| Gesamtzahl der Proben | 8 | 5 | 6 | 19 |
| Untersuchungsergebnisse | | | | |
| negativ | 8 | 5 | 6 | 19 |
| 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 2024

Tabelle 1: Untersuchungen und Nachweise im Überblick

| Untersuchungen | untersuchte Anzahl | Salmonellennachweise | Serotypen (geordnet nach Nachweishäufigkeit) |
|---|--------------------|----------------------|---|
| Kotproben | 4.265 | 72 | S. Enteritidis, S. Typhimurium, S. Coeln, S. Muenchen, S. Kottbus, S. enterica ssp. IIIb, S. Serogr. C2, S. Newport, S. Typhimurium var. Cop., S. Thompson, S. enterica ssp. I Rauform, S. Infantis |
| Sektionsmaterial | 389 | 27 | S. Serogr. D1, S. Typhimurium, S. enterica ssp. IIIb, S. Enteritidis, S. Derby, S. Abony, S. Muenchen, S. Stourbridge, S. Serogr. C2, S. Infantis, S. Serogr. B |
| Untersuchung nach Hühner-Salmonellen-VO | 0 | 0 | |
| Umgebungstupfer | 2 | 0 | |
| Futtermittel | 24 | 1 | S. Coeln |
| Bakteriologische Fleischuntersuchungen | 4 | 0 | |
| Lebensmittel tierischer Herkunft | 0 | 0 | |
| Lebensmittel nicht-tierischer Herkunft | 0 | 0 | |
| Hygienekontrolltupfer – Lebensmittel | 1.818 | 0 | |
| Kosmetische Mittel | 0 | 0 | |
| Bedarfsgegenstände | 0 | 0 | |

Tabelle 2: Salmonellennachweise aus Kotproben und Sektionen

| Tierart | Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz | | | | Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden | | | | Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig | | | |
|--------------------|---|---------------------------|------------|--------------|--|--------------|------------|--------------|--|--------------|-----------|--------------|
| | Kot | | Sektionen | | Kot | | Sektionen | | Kot | | Sektionen | |
| | Proben ¹ | Salm.- Nw ² | Proben | Salm.- Nw | Proben | Salm.- Nw | Proben | Salm.- Nw | Proben | Salm.- Nw | Proben | Salm.- Nw |
| Rind | 2.452 | 20 | 35 | 3 | 564 | 2 | 34 | 0 | 247 | 0 | 9 | 1 |
| Schwein | 0 | 0 | 13 | 0 | 7 | 0 | 39 | 3 | 6 | 1 | 7 | 0 |
| Schaf | 2 | 1 | 9 | 3 | 9 | 0 | 17 | 0 | 1 | 1 | 4 | 2 |
| Ziege | 0 | 0 | 4 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Pferd | 18 | 0 | 5 | 0 | 7 | 0 | 5 | 0 | 142 | 29 | 2 | 0 |
| Huhn | 1 | 0 | 6 | 1 | 14 | 2 | 23 | 2 | 0 | 0 | 17 | 5 |
| Taube | 0 | 0 | 4 | 0 | 86 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Gans | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Pute | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hund/Katze | 54 | 0 | 6 | 0 | 309 | 4 | 14 | 0 | 208 | 3 | 4 | 0 |
| sonstige Tierarten | 9 | 0 | 46 | 2 | 76 | 3 | 52 | 1 | 48 | 4 | 23 | 3 |
| Summe | 2.536 | 21 | 128 | 9 | 1.073 | 13 | 193 | 7 | 656 | 38 | 68 | 11 |

¹ = Anzahl der untersuchten Proben

² = Anzahl der Salmonellennachweise

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

| Landesdirektion/Kreis | Tier-/Probenart | Nachgewiesene Serotypen | |
|---|----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| | | Anzahl | Serotyp |
| Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz | | | |
| Chemnitz, Stadt | sonstige Tierarten/Sektion | 1 | S. Enteritidis |
| Erzgebirgskreis | Rind/Kot | 1 | S. Enteritidis |
| Erzgebirgskreis | Schaf/Sektion | 1 | S. enterica ssp. IIIb |
| Erzgebirgskreis | sonstige Tierarten/Sektion | 1 | S. Infantis |
| Mittelsachsen | Rind/Sektion | 1 | S. Enteritidis |
| Mittelsachsen | Schaf/Kot | 1 | S. enterica ssp. IIIb |
| Mittelsachsen | Schaf/Sektion | 2 | S. enterica ssp. IIIb |
| Vogtlandkreis | Huhn/Sektion | 1 | S. Enteritidis |
| Vogtlandkreis | Rind/Kot | 19 | S. Typhimurium |
| Vogtlandkreis | Rind/Sektion | 2 | S. Typhimurium |
| Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden | | | |
| Bautzen | Schwein/Sektion | 2 | S. Derby |
| Bautzen | Schwein/Sektion | 1 | S. Typhimurium |
| Bautzen | Taube/Sektion | 1 | S. Typhimurium |
| Dresden, Stadt | sonstige Tierarten/Kot | 1 | S. Serogr. C2 |
| Dresden, Stadt | Taube/Kot | 2 | S. Typhimurium |
| Görlitz | Hund/Katze/Kot | 1 | S. Kottbus |
| Görlitz | Hund/Katze/Kot | 1 | S. Newport |
| Meißen | Hund/Katze/Kot | 1 | S. Typhimurium |
| Meißen | Rind/Kot | 1 | S. Thompson |
| Meißen | Rind/Kot | 1 | S. Typhimurium |
| Meißen | sonstige Tierarten/Kot | 1 | S. enterica ssp. I Rauform |
| Meißen | sonstige Tierarten/Kot | 1 | S. Enteritidis |
| Sächsische Schweiz-Osterzgebirge | Huhn/Sektion | 2 | S. Muenchen |
| Sächsische Schweiz-Osterzgebirge | Huhn/Kot | 2 | S. Muenchen |
| Sächsische Schweiz-Osterzgebirge | Hund/Katze/Kot | 1 | S. Kottbus |
| Sächsische Schweiz-Osterzgebirge | sonstige Tierarten/Sektion | 1 | S. Typhimurium |
| Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig | | | |
| Leipzig Land | Rind/Sektion | 1 | S. Serogr. D1 |
| Leipzig Land | Schaf/Sektion | 1 | S. enterica ssp. IIIb |
| Leipzig Land | Schaf/Sektion | 1 | S. Stourbridge |
| Leipzig Land | sonstige Tierarten/Sektion | 1 | S. Abony |
| Leipzig Land | sonstige Tierarten/Kot | 1 | S. Coeln |
| Leipzig Land | sonstige Tierarten/Kot | 1 | S. Enteritidis |
| Leipzig, Stadt | Hund/Katze/Kot | 1 | S. Infantis |
| Leipzig, Stadt | Hund/Katze/Kot | 1 | S. Typhimurium var. Cop. |
| Leipzig, Stadt | sonstige Tierarten/Sektion | 1 | S. Abony |
| Leipzig, Stadt | sonstige Tierarten/Kot | 2 | S. Coeln |
| Leipzig, Stadt | sonstige Tierarten/Sektion | 1 | S. Serogr. B |
| Leipzig, Stadt | sonstige Tierarten/Sektion | 1 | S. Serogr. C2 |
| Nordsachsen | Huhn/Sektion | 5 | S. Serogr. D1 |
| Nordsachsen | Hund/Katze/Kot | 1 | S. Serogr. C2 |
| Nordsachsen | Pferd/Kot | 29 | S. Enteritidis |
| Nordsachsen | Schaf/Kot | 1 | S. enterica ssp. IIIb |
| Nordsachsen | Schwein/Kot | 1 | S. Typhimurium |

Tabelle 4: Häufigkeit der nachgewiesenen Salmonellenserotypen (Anzahl)

| Serotypen | Veterinärmedizinische Diagnostik | Futtermittel |
|--|----------------------------------|--------------|
| S. Enteritidis | 35 | |
| S. Typhimurium | 29 | |
| S. Serogr. D1, S. enterica ssp. IIIb | je 6 | |
| S. Muenchen | 4 | |
| S. Coeln | 3 | 1 |
| S. Serogr. C2 | 3 | |
| S. Infantis, S. Derby, S. Kottbus, S. Abony | je 2 | |
| S. Serogr. B, S. Thompson, S. Newport, S. Stourbridge, S. enterica ssp. I Rauform, S. Typhimurium var. Cop. | je 1 | |

Jahresinhaltsverzeichnis 2024

Humanmedizin

| | | Heft | Seite |
|---|-----------------------|------|-------|
| Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen | 4. Quartal 2023 | 1 | 2 |
| | 1. Quartal 2024 | 2 | 2 |
| | 2. Quartal 2024 | 3 | 2 |
| | 3. Quartal 2024 | 4 | 2 |
| Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Skabies im Freistaat Sachsen | 1 | 8 | |
| Checkliste zu Maßnahmen bei Skabies..... | 1 | 18 | |
| Luftdichte Gebäude, Bau auf Altlastenstandorten – „dicke Luft“ vorprogrammiert? | 2 | 8 | |
| Influenza-Sentinel 2023/2024 im Freistaat Sachsen | 3 | 8 | |
| HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2023..... | 4 | 9 | |

Lebensmitteluntersuchungen

| | | |
|---|---|----|
| Es ist zum „wild“ werden – Erkrankung nach Verzehr von Wildgulasch..... | 1 | 20 |
| Bericht Bio-Lebensmittel 2023..... | 2 | 17 |
| Campylobacter in Lebensmitteln..... | 2 | 20 |
| „Was weiß ein Affe über den Geschmack von Ingwer?“ – Ein Fallbeispiel zur Authentizität von Gewürzen..... | 2 | 23 |
| Frische Pilze – und was Sie darüber wissen sollten..... | 3 | 15 |
| Die Hot Chip Challenge geht in die 2. Runde | 4 | 26 |
| Einblick in die Welt der Zitrusfrüchte | 4 | 29 |

Veterinärmedizinische Tierseuchen- und Krankheitsdiagnostik

| | | |
|---|---|----|
| Vergiftung mit Galega officinalis (Echte Geißbräute) bei Schafen – ein Fallbericht..... | 2 | 25 |
| Blauzungkrankheit in Sachsen 2024 | 4 | 31 |

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB

| | | |
|-----------------------|---|----|
| 4. Quartal 2023 | 1 | 22 |
| 1. Quartal 2024 | 2 | 28 |
| 2. Quartal 2024 | 3 | 17 |
| 3. Quartal 2024 | 4 | 34 |

Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel und Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse

| | | |
|-----------------------|---|----|
| 4. Quartal 2023 | 1 | 26 |
| 1. Quartal 2024 | 2 | 31 |
| 2. Quartal 2024 | 3 | 20 |
| 3. Quartal 2024 | 4 | 38 |

BSE-Untersuchungen

| | | |
|-----------------------|---|----|
| 4. Quartal 2023 | 1 | 27 |
| 1. Quartal 2024 | 2 | 32 |
| 2. Quartal 2024 | 3 | 21 |
| 3. Quartal 2024 | 4 | 39 |

Tollwutuntersuchungen

| | | |
|-----------------------|---|----|
| 4. Quartal 2023 | 1 | 27 |
| 1. Quartal 2024 | 2 | 32 |
| 2. Quartal 2024 | 3 | 21 |
| 3. Quartal 2024 | 4 | 39 |

Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen

| | | |
|-----------------------|---|----|
| 4. Quartal 2023 | 1 | 28 |
| 1. Quartal 2024 | 2 | 33 |
| 2. Quartal 2024 | 3 | 22 |
| 3. Quartal 2024 | 4 | 40 |

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 2025

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