



LUA-Mitteilungen 03/2025

Inhaltsverzeichnis

Humanmedizin

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen.....	2
Influenza-Bericht für die Saison 2024/2025	9
HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2024.....	16

Lebensmitteluntersuchungen

Mikrobiologische Qualität frischer und tiefgefrorener Kräuter.....	34
Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB 2. Quartal 2025.....	38
Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse 2. Quartal 2025.....	41
BSE-Untersuchungen 2. Quartal 2025.....	42
Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2025.....	42
Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 2. Quartal 2025.....	43

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen

2. Quartal 2025 (vom 31.03.2025 – 29.06.2025)

Acinetobacter-Nachweis

Eine Infektion mit *Acinetobacter* und dem Nachweis eines nicht näher genannten Carbapenemase-Gens betraf einen 80 Jahre alten Mann. Weiterhin wurden zwei Kolonisationen registriert. Hierbei handelte es sich einmal um *Acinetobacter-baumannii/calcoaceticus*-Komplex (Nachweis des Carbapenemase-Gens OXA-23 aus Rektalabstrich) bei einem 69 Jahre alten Mann sowie *Acinetobacter baumannii* (Nachweis des Carbapenemase-Gens VIM aus Urin) bei einem 79-Jährigen.

Brucellose

Eine 68-jährige Frau zeigte übermäßige Erschöpfungszustände und litt unter unklarem Appetit- und Gewichtsverlust. Eine Blutuntersuchung während der stationären Behandlung erbrachte den Nachweis von *Brucella melitensis*. Eine Infektionsquelle konnte nicht ermittelt werden.

Chikungunyafieber

Die sieben übermittelten Fälle betrafen fünf Frauen und zwei Männer im Alter zwischen 30 und 60 Jahren nach Aufenthalt auf La Réunion, in Mauritius, Sri Lanka bzw. Kenia. Die Infektionen konnten mittels IgM-Antikörpernachweis bzw. PCR labor-diagnostisch bestätigt werden. Bei drei Betroffenen war eine stationäre Behandlung bekannt.

Clostridioides-difficile-Infektion, schwerer Verlauf

Im Berichtszeitraum wurden 80 schwere Verläufe einer *Clostridioides-difficile*-Infektion übermittelt. Es verstarben je drei Männer und Frauen im Alter zwischen 68 und 92 Jahren (Median: 83 Jahre).

Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Im zweiten Quartal des Jahres entfielen auf den Freistaat Sachsen 420 Infektionen, womit eine Neuerkrankungsrate von 10 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner erreicht wurde. Im Vergleich zum Vorquartal ergab sich somit ein Rückgang um 86 %. Es erfolgte lediglich eine Meldung über ein Erkrankungsgeschehen in einem Heim für Senioren.

Vier Frauen im Alter zwischen 72 und 87 Jahren verstarben an den Folgen der Erkrankung.

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Die zwei im Berichtszeitraum übermittelten Fälle betrafen Männer im Alter von 54 bzw. 77 Jahren. Die Diagnosestellung erfolgte jeweils aufgrund der ausgeprägten Symptomatik durch das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für die Surveillance Transmissibler Spongiformer Enzephalopathien. Beide Patienten verstarben an den Folgen der Infektion.

Cytomegalievirus-Infektion, angeborene Infektion

Bei einem weiblichen Neugeborenen erfolgte der Nachweis einer Cytomegalievirus-Infektion. Weitere Angaben lagen zu diesem Fall nicht vor.

Cytomegalievirus-Infektion, erworbene Infektion

Im Berichtszeitraum wurde der tödliche Verlauf einer Cytomegalievirus-Infektion bei einem 39-Jährigen, vorgeschädigten Patienten erfasst. Anamnestisch litt der Mann unter einer myeloischen Leukämie und einer HIV-Infektion.

Als unmittelbare Todesursache wurde eine akute respiratorische Insuffizienz bei direktem Cytomegalievirus-Nachweis im Blut diagnostiziert.

Denguefieber

Insgesamt wurden sieben männliche und fünf weibliche Betroffene im Alter zwischen 24 und 66 Jahren mit fieberhafter Symptomatik erfasst. Die Patient*innen infizierten sich während Aufenthaltes in Afrika, Asien, Südamerika bzw. auf Inseln in der Karibik und dem Südpazifik.

Echinokokkose

Ein zehn Jahre alter türkischer Junge, der seit Oktober 2023 in Deutschland lebt, zeigte das charakteristische klinische Bild einer Echinokokkose in der Bildgebung und wurde stationär behandelt. Es erfolgte der indirekte Nachweis einer Infektion mit *Echinococcus* spp. Weitere Angaben lagen nicht vor.

Enterobacterales-Nachweis

Insgesamt wurden 76 Meldungen mit Nachweis einer verminderten Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen übermittelt, davon erfolgte in 29 % aller Fälle der Nachweis mindestens eines Carbapenemase-Gens. Welche Erreger nachgewiesen wurden, ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

Die Nachweise erfolgten bei zwei Neugeborenen (*Escherichia coli*) sowie bei Erwachsenen im Alter zwischen 29 und 94 Jahren (Median der Erwachsenen: 72 Jahre).

Ein 59 Jahre alter Mann verstarb nach septischem Krankheitsverlauf durch *Klebsiella pneumoniae* mit Nachweis des Carbapenemase-Gens OXA-48. Der Patient litt unter einer terminalen Niereninsuffizienz.

Tabelle 1: Enterobacterales-Nachweis¹⁾ – Aufschlüsselung nach Erreger im 2. Quartal 2025 (14. bis 26. Meldewoche 2025)

Erreger	Infektion	Kolonisation	Gesamt-Fallzahl	davon Tod
<i>Citrobacter freundii</i>	-	7	7	-
<i>Enterobacter</i> spp.	2	8	10	-
<i>Escherichia</i> spp.	6	18	24	-
<i>Hafnia alvei</i>	1	2	3	-
<i>Klebsiella</i> spp.	8	23	31	1
<i>Serratia marcescens</i>	1	-	1	-
Gesamtzahl	18	58	76	1

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

Frühsummer-Meningoenzephalitis (FSME)

Die neun im Berichtszeitraum erfassten Fälle betrafen eine 11-Jährige sowie sechs Männer und zwei Frauen im Alter von 20 und 73 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 42 Jahre), die bis auf einen 23-Jährigen, stationär behandelt wurden. Ein 44-Jähriger hatte 2018 zwei FSME-Impfungen erhalten; alle anderen waren bisher nicht gegen FSME geimpft worden. Bis auf einen Betroffenen (Zeckenstich in Fränkischer Schweiz/Bayern) ergaben sich keinerlei Hinweise auf eine Exposition außerhalb des Wohnumfeldes. Die Meldungen erfolgten aus dem Erzgebirgs-, dem Vogtlandkreis, dem Landkreis Zwickau sowie aus den kreisfreien Städten Chemnitz, Dresden und Leipzig.

Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv

Im Berichtszeitraum wurden 17 Infektionen übermittelt. Betroffenen waren Erwachsene im Alter zwischen 21 und 94 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 76 Jahre).

Die Erregerisolierung erfolgte aus Blut der Patient*innen, in einem Fall aus Liquor. Einmal konnte der Kapseltyp a sowie 12-mal nicht-typisierbarer *Haemophilus influenzae* diagnostiziert werden.

Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

Herpes zoster

Bei einer 61-jährigen Frau mit Grunderkrankung Hodgkin-Lymphom wurde zunächst das spezifische klinische Bild einer Gürtelrose diagnostiziert. Kurz darauf entwickelte die Patientin eine Meningoenzephalitis. Trotz stationärer Behandlung verstarb sie an den Folgen der Erkrankung. Aus Blut und Liquor gelang mittels PCR der Nachweis von Varizella-Zoster-Virus.

Ein zweiter Todesfall betraf einen 88 Jahre alten Mann, der ebenfalls das spezifische klinische Bild zeigte. Der Erregernachweis gelang aus Blut.

Bei einem 85 Jahre alten Mann, der das klinische Bild eines Herpes zoster mit meningitischer Symptomatik zeigte und kurz darauf verstarb, gelang kein Erregernachweis.

Eine Angabe, ob die Betroffenen im Vorfeld der Erkrankung eine Impfung gegen Herpes zoster erhalten hatten, wurde in einem Fall verneint und erfolgte sonst nicht.

Influenza

Seit dem Beginn der Influenzasaison (40. KW 2024) bis zum Ende in der 17. KW 2025 (Ende April) konnten in Sachsen kumulativ 44.432 Infektionen (Vorsaison 2023/2024: 21.580) registriert werden. Die am häufigsten betroffene Altersgruppe war die der Erwachsenen (25 bis 44 Jahre), gefolgt von den Altersgruppen der Kleinkinder (1 bis 4 Jahre) und Grundschüler.

Im zweiten Quartal des Jahres 2025 wurden 1.562 Infektionen übermittelt (Vergleichszeitraum im Vorjahr: 1.197): 780-mal Influenza A (darunter zweimal (H1N1)pdm09), 677-mal Influenza B sowie 105-mal nicht nach A oder B differenzierte Influenza. Die Neuerkrankungsrate erreichte 38 Erkrankungen pro 100.000 Einwohnern und lag somit deutlich über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes (28 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) des zweiten Quartals.

Im Berichtszeitraum wurden fünf Todesfälle (vier Influenza A-sowie ein Influenza B-Nachweis) registriert, die drei Männer und zwei Frauen im Alter zwischen 70 und 89 Jahren betrafen. Es kamen neun Influenza-Häufungen in je drei Seniorenheimen und medizinischen Einrichtungen, zwei Kindertagesstätten und einem Privathaushalt mit zwischen 2 und 34 Erkrankten zur Meldung.

Keuchhusten

Die Zahl der im zweiten Quartal des Jahres registrierten Keuchhusten-Fälle war mit 150 wiederholt deutlich rückläufig, bewegte sich jedoch noch immer auf einem hohen Niveau. Zum Vorzeitraum ergab sich ein Rückgang um 34 %.

Im Berichtszeitraum kamen 149 *Bordetella (B.) pertussis*-Erkrankungen sowie eine durch *B. paraptussis* zur Meldung. Die Neuerkrankungsrate lag somit bei 4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

44 % aller übermittelten Infektionen (n = 65) betrafen Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis unter 15 Jahren (25 %) sowie 5 bis unter 10 Jahren (19 %).

Zusätzlich wurden 195 Erreger nachweise (193-mal *B. pertussis*, zweimal *B. paraptussis*) bei fehlendem bzw. nicht vollständig ausgeprägtem klinischen Bild erfasst.

Es wurden Häufungen in Privathaushalten (12), Schulen (3) und zwei Kindereinrichtungen mit jeweils zwischen zwei bis fünf Erkrankungsfällen registriert.

Legionellose

Die 39 übermittelten Fälle betrafen ein drei Jahre altes Mädchen, 26 Männer und 12 Frauen im Alter zwischen 51 und 94 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 70 Jahre), die mit Pneumonie erkrankten. 74 % der Patient*innen mussten stationär behandelt werden.

Die möglichen Infektionsursachen lagen bei den meisten Infizierten wahrscheinlich im privaten/häuslichen Bereich (darunter eine Meldung aus einer Pflegeeinrichtung). Als weitere Expositionen werden der Aufenthalt in einem SPA Hotel in Brandenburg mit Nutzung des dortigen Whirlpools (Sperrung des Pools durch das Gesundheitsamt ist wegen Grenzwertüberschreitungen erfolgt) sowie Aufenthalte in Hotels in Österreich und Tschechien bzw. in einer Ferienwohnung im Harz als mögliche Infektionsquellen angesehen.

Zu vier weiteren Fällen kam es mit hoher Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit ambulanten und stationären Behandlungen: je zwei Patienten nutzten mobile Sauerstoff-Geräte mit Befeuchtung sowie zwei Betroffene erkrankten jeweils nach einem Klinikaufenthalt.

Von den Letztgenannten verstarb ein 67-Jähriger an den Folgen der Infektion.

Leptospirose

Im Berichtsmonat kamen fünf Fälle zur Übermittlung, die vier Männer im Alter zwischen 24 und 59 Jahren sowie eine 39-jährige Frau betrafen. Bei allen Patient*innen war eine stationäre Behandlung erforderlich. Der Nachweis der Infektion gelang mittels Antikörpernachweis.

Ein 59-Jähriger gab Tierkontakt an (Melker), eine 39-Jährige infizierte sich vermutlich während eines Malediven-Aufenthaltes und ein 55 Jahre alter Mann arbeitet bei den örtlichen Abwasserwerken. In zwei Fällen ergaben sich keine Hinweise auf die mögliche Infektionsquelle.

Listeriose

Ein 67 Jahre alter Mann zeigte ein septisches Krankheitsbild und entwickelte einen meningitischen Verlauf. Der Patient verstarb trotz intensivmedizinischer Behandlung eine Woche nach Krankheitsbeginn. Aus Blut und Liquor gelang der Nachweis von *Listeria monocytogenes*.

Lyme-Borreliose

Die Anzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle ($n = 481$) lag um etwa 39 % über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes ($n = 345$). Im Vergleich zum zweiten Quartal des Vorjahres ($n = 381$) gab es rund 26 % mehr Neuerkrankungen.

In den meisten Fällen (93 %) wurde symptomatisch ein Erythema migrans angegeben. 7 Fälle fielen durch neurologische Beschwerden (Hirnnervenlähmung, Meningitis, Radikuloneuritis) auf und bei 25 weiteren Betroffenen wurde ein arthritischer Verlauf registriert.

Malaria

Bei drei der im zweiten Quartal erfassten Malaria tropica-Fälle handelte es sich um deutsche Reiserückkehrerinnen (30, 47 bzw. 55 Jahre alt) nach Aufenthalt in Namibia, dem Sudan und Tansania.

Weitere Infektionen (drei Malaria tropica, eine nicht spezifizierte Malaria) betrafen Männer im Alter zwischen 25 und 55 Jahren aus Kamerun, Nigeria und Sierra Leone nach Heimaturlaub. In fünf Fällen wurde eine stationäre Behandlung angegeben.

Masern

Eine 23-jährige Studentin erkrankte mit typischer Masernsymptomatik. Eine stationäre Behandlung war nicht notwendig. Die junge Frau hatte als Kind zwei Masern-Impfungen erhalten; die Erstimpfung jedoch vor Vollendung des ersten Lebensjahres. Somit fehlte eine dritte Impfung für einen vollständigen Impfschutz. Die Genotypisierung am Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps, Röteln (MMR) erbrachte den Genotyp D8-9267. Es handelt sich hierbei um einen importierten Fall, da die Exposition mit hoher Wahrscheinlichkeit in Frankreich (Paris oder Lille) erfolgte.

Noch während eines mehrwöchigen Aufenthalts in Vietnam erkrankte ein 23 Jahre alter, nicht gegen Masern geimpfter deutscher Student mit typischer Masernsymptomatik, so dass ein stationärer Aufenthalt erforderlich wurde. Nach der Rückkehr nach Deutschland erfolgte der Nachweis mittels IgM-Antikörpernachweis. In beiden Fällen wurden keine Sekundärinfektionen beobachtet.

Zwei ungeimpfte, aus der Ukraine stammende Schwestern im Alter von 17 bzw. 18 Jahren erkrankten mit allgemeinen Infektzeichen und Exanthem. Bei der jüngeren Patientin wurde eine Krankenhauseinweisung erforderlich. Die labor diagnostische Bestätigung bei der Hospitalisierten erfolgte mittels PCR (Urin und Wangentaschen-Abstrich Masernvirus-positiv) sowie in der Serologie an der LUA Sachsen. Bei der ebenfalls erkrankten Schwester erfolgte keine Materialentnahme, daher wird der Fall als klinisch-epidemiologisch erfasst.

Die Genotypisierung am NRZ für MMR erbrachte den Genotyp D8-5963. Laut Sequenzierungsliste des NRZ (Stand Ende 2024) handelt es sich hierbei um einen aus Rumänien importierten Sequenztyp, der im Dezember 2022 erstmalig am NRZ für MMR nachgewiesen wurde.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgte die Exposition während eines Aufenthaltes bei einer ukrainischen Familie in Moringen im Landkreis Northeim (NI).

Als Indexfall wird ein 19-Jähriger, kürzlich aus der Ukraine über Rumänien und weiter nach Moringen gereister Geflüchteter angesehen, der erkrankte und mit dem die Schwestern Kontakt hatten.

Innerhalb einer Familie erkrankten drei nicht gegen Masern geimpfte Geschwister im Alter von 8, 12 und 15 Jahren. Die mög-

liche Infektionsquelle blieb unklar. Die Genotypisierung am NRZ für MMR erbrachte bei zwei Betroffenen den Genotyp D8-9545.

Meningokokken-Erkrankung, invasiv

Eine 16-Jährige musste aufgrund schwerer Symptomatik (septische und meningeale Krankheitszeichen, Petechien und Waterhouse-Friderichsen-Syndrom) intensivmedizinisch behandelt werden. Aus Blut und Liquor konnte *Neisseria meningitidis* der Serogruppe Y nachgewiesen werden. Die Jugendliche war bisher lediglich gegen Meningokokken der Serogruppe C geimpft.

Eine 83 Jahre alte Frau mit meningealen Krankheitszeichen wurde stationär behandelt. Auch hier konnten Meningokokken der Serogruppe Y nachgewiesen werden.

Aufgrund des schweren Krankheitsbildes (meningeale Krankheitszeichen, Petechien und Waterhouse-Friderichsen-Syndrom) musste ein 35 Jahre alter Mann intensivmedizinisch behandelt werden. Aus Liquor konnte *Neisseria meningitidis* der Serogruppe B nachgewiesen werden. Der Patient, der aufgrund einer Vorerkrankung an einem Immundefekt litt, verstarb kurz darauf.

Mpox

Im Berichtszeitraum wurden 16 Mpox-Fälle (davon 3-mal Bestimmung der Klade 2) übermittelt. Bei den Betroffenen handelte es sich um Personen (15 männlich, einmal divers) im Alter zwischen 22 und 72 Jahren (Median: 34 Jahre), die Sex mit Männern angaben, davon in den meisten Fällen anonym. Eine stationäre Behandlung wurde bei keinem der Betroffenen angegeben.

MRSA-Infektion (invasive Erkrankung)

Im Berichtszeitraum wurden 18 Infektionen übermittelt. Betroffenen waren Erwachsene im Alter zwischen 34 und 90 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 69 Jahre). Die MRSA-Nachweise wurden aus Blut geführt. Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

MRSA-Nachweis (PVL-bildend)

Im zweiten Quartal des Jahres wurden 46 Fälle (832 Infektionen, 14 Kolonisationen) übermittelt. Betroffen waren ein weiblicher Säugling, weitere acht Kinder (zwischen einem und 13 Jahren) bzw. Jugendliche (zwischen 15 und 17 Jahren) sowie Erwachsene im Alter zwischen 18 und 92 Jahren (Median der Erwachsenen: 41 Jahre). Die Nachweise erfolgten aus verschiedenen Abstrichen.

Mycoplasma spp.

Bei den Mycoplasma-Infektionen ($n = 1.465$) wurden im Vergleich zum Vorquartal ($n = 6.634$) wieder deutlich weniger Infektionen übermittelt. Bedingt war diese Abnahme durch den Rückgang der Infektionen mit *Mycoplasma (M.) pneumoniae* ($n = 887$).

Es wurde bei *M. pneumoniae* eine um 85 % niedrigere Neuerkrankungsrate (22 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) erreicht, als im Vorquartal (149 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner).

Norovirus-Gastroenteritis

Die Inzidenz der übermittelten Fälle lag bei 35 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und damit deutlich über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes (27 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) des zweiten Quartals.

Insgesamt wurden vier Todesfälle registriert, die je zwei Männer und Frauen im Alter zwischen 35 und 92 Jahren betrafen.

Häufungen mit mindestens einem klinisch-labordiagnostisch bestätigten Fall wurden aus 21 Seniorenheimen, 15 medizinischen Einrichtungen, 14 Kindertagesstätten, zwei Privathaushalten und einer Schule übermittelt.

Ornithose

Zwei Frauen im Alter von 44 und 74 Jahren erkrankten mit Husten, Fieber bzw. Kopfschmerzen. Die Jüngere wurde stationär behandelt. Mittels PCR bzw. Antikörpernachweis konnte bei den Betroffenen eine Infektion mit *Chlamydia psittaci* diagnostiziert werden. Im Fall der jüngeren Patientin wurde ein Kontakt zu Wild- und Zuchttauben als mögliche Infektionsquelle eruiert.

Parainfluenza-Infektion, respiratorisch

Insgesamt wurden im Berichtsquartal 1.311 Parainfluenza-Virus-Infektionen übermittelt. Dies entspricht einer Zunahme von rund 80 % gegenüber dem Vorquartal und übersteigt den 5-Jahres-Mittelwert von 383 Meldungen um ein Mehrfaches. Eine 95 Jahre alte Frau, die mit respiratorischer Symptomatik erkrankte und eine Pneumonie entwickelte, verstarb an den Folgen der Infektion.

Pneumokokken-Erkrankung, invasiv

Bei den im Berichtszeitraum registrierten 140 Infektionen handelte es sich um einen sieben Monate alten Säugling, einen Fünfjährigen, zwei Jugendliche (14 und 15 Jahre alt) sowie um Erwachsene zwischen 22 und 98 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 71 Jahre). Ein betroffenes Kind war vollständig gegen Pneumokokken geimpft. Der Erregernachweis gelang aus Blut der Patient*innen, in einigen Fällen auch aus Liquor.

An den Folgen der Infektion verstarben fünf Männer und zwei Frauen im Alter zwischen 35 und 95 Jahren. Ein 88-jähriger Betroffener hatte 2016 eine Pneumokokken-Konjugat-Impfung erhalten; bei allen anderen lagen keine Informationen zum Impfstatus vor.

Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis

Im Berichtsquartal wurden 29 Nachweise (9 Infektionen und 20 Kolonisationen) erfasst, bei denen es sich um eine Sechsjährige sowie Erwachsene im Alter zwischen 36 und 81 Jahren handelte. Der Altersmedian der erwachsenen Betroffenen lag bei 59 Jahren.

Todesfälle wurden nicht übermittelt.

Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion

Insgesamt wurden im zweiten Quartal 1.847 RS-Virus-Infektionen übermittelt (Vergleichszeitraum des Vorjahres: 458 Fälle, 5-Jahres-Mittelwert: 179). Gegenüber dem Vorquartal (n = 6.125) entsprach dies einem Rückgang um 70 %. Die Zahl der Infektionen bewegt sich jedoch weiter auf deutlich höherem Niveau im Vergleich zu den vergangenen Jahren.

38 % aller RSV-Nachweise betrafen Kinder unter 5 Jahren.

Fünf Frauen und zwei Männer im Alter zwischen 64 und 93 Jahren verstarben an den Folgen der Infektion.

Rotavirus-Erkrankung

Mit 1.322 übermittelten Infektionen wurde im Vergleich zum Vorquartal (n = 945) ein merklicher Fallanstieg verzeichnet. Die Neuerkrankungsrate lag mit 32 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner deutlich über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes von 21 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Ausbrüche mit 2 bis 26 Erkrankten wurden aus Kindertagesstätten (11), Seniorenheimen (7), medizinischen Einrichtungen (2), Wohnheimen (2) und einem Privathaushalt berichtet.

Ein 92 Jahre alter Mann verstarb an den Folgen der Infektion.

Salmonellose

Es wurde mit 119 Fällen eine um 25 % niedrigere Neuerkrankungsrate (3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) erreicht als im Vorquartal (4 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Der aktuelle Berichtswert lag damit auf dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes des Vergleichszeitraumes.

Mit rund 33 % dominierte der Serotyp *Salmonella* Enteritidis, gefolgt von *Salmonella* Typhimurium mit einem Anteil von 31 % am Gesamtvorkommen.

Einem bundesweiten *Salmonella*-Infantis-Ausbruch unter Kleinkindern bis 4 Jahre können sieben Fälle aus Sachsen zugeordnet werden. Hier waren Kinder im Alter von 8 bis 18 Monaten betroffen, die nach dem Verzehr von Himbeer-Cashew-Mus mit gastrointestinaler Symptomatik erkrankten. Vier Kinder mussten stationär behandelt werden.

Shigellose

Von den 31 im Quartal erfassten Fällen waren fünf durch *Shigella* (*S.*) *sonnei*, eine durch *S. dysenteriae* sowie 25 durch *Shigella* spp. bedingt. Betroffen waren ein sechs Jahre alter Junge sowie Erwachsene im Alter zwischen 19 und 86 Jahren (Median der Erwachsenen: 40 Jahre). Bei 22 Infektionen wurden Auslandsaufenthalte als Infektionsquelle eruiert. Weitere Hinweise zu möglichen Expositionen wurden nicht übermittelt.

Toxoplasmose, angeborene Infektion

Bei einem neugeborenen Mädchen, das nach der Geburt unspezifische Symptome, wie eine gestörte Temperaturregelung und ein auffälliges Trinkverhalten zeigte, wurde mittels serologischer Untersuchung eine konnatale Toxoplasmose diagnostiziert. Eine Infektion der Mutter während der Schwangerschaft war nicht bekannt.

Tuberkulose

Von den 46 im Quartal übermittelten Tuberkulose-Fällen wurde einer als an der Krankheit verstorben registriert. Hierbei handelte es sich um einen 22 Jahre alten syrischen Geflüchteten. Die Diagnose Lungentuberkulose wurde post mortem im Rahmen der Obduktion gestellt. Der kulturell bestätigte *M. tuberculosis*-Stamm war sensibel gegenüber Rifampicin und Isoniazid. Weitere Details liegen aktuell nicht vor.

Tularämie

Es wurden im Berichtszeitraum vier Tularämie-Fälle registriert. Hierbei handelte es sich um jeweils zwei Männer und Frauen im Alter zwischen 39 und 72 Jahren. Eine stationäre Behandlung war bei einem 72-jährigen Betroffenen notwendig. Bei den meisten Betroffenen erfolgte die Diagnose mittels Antikörpernachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert), in einem Fall durch den Nachweis von *Francisella tularensis* in der Blutkultur. Die Infektionsquellensuche erbrachte bei den Erkrankten mögliche Kontakte zu Wild- oder Haustieren bzw. deren Ausscheidungen.

Tod an sonstiger Infektionskrankheit

Die im zweiten Quartal des Jahres 2025 übermittelten 25 Fälle betrafen Erwachsene im Alter zwischen 43 und 94 Jahren (Median der Erwachsenen: 77 Jahre).

Tabelle 2: Todesfälle gemäß § 1 (2) SächslfSMeldeVO im 2. Quartal 2025

Erreger	Anzahl	Klinisches Bild
Candida albicans	2	Kolitis, Sepsis
Enterobacter cloacae	1	Urosepsis
Enterococcus faecalis	1	Sepsis
Escherichia coli	1	Respiratorische Insuffizienz, Sepsis
Pseudomonas aeruginosa	1	Hautläsion, Sepsis
Staphylococcus spp.	17	Abszess, Endokarditis, Multiorganversagen, Sepsis
Streptococcus spp.	2	Endokarditis, Nierenversagen, Sepsis

Verantwortlich:

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

Übermittelte Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen
2. Quartal 2025 und kumulativer Stand 2024 und 2025

	2. Quartal		kumulativ			
	14. – 26. MW 2025		1. – 26. MW 2025		1. – 26. MW 2024	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Acinetobacter-Nachweis ¹⁾	3		5		13	1
Adenovirus	1.001		3.176		2.036	
Adenovirus-Konjunktivitis	7		18		81	
Amöbenruhr	4		11		14	
Arbovirus-Infektion						
Astrovirus-Enteritis	468		626		601	
Brucellose	1		1		1	
Campylobacter-Enteritis	745		1.347		1.542	
Candida auris						
Chikungunyafieber	7		7			
Chlamydia-trachomatis-Infektion	895		1.746		1.903	
Clostridioides-difficile-Enteritis	597		1.247		1.471	
Clostridioides-difficile-Infektion - schwerer Verlauf	80	6	175	21	142	25
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	420	4	2.853	49	3.963	60
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	2	4	4	2	1
Cytomegalievirus-Nachweis	182	1	377	1	410	
Denguefieber	12		23		40	
Diphtherie			1	1	1	
Echinokokkose	1		3		7	
Enterobacterales-Nachweis ¹⁾	76	1	165	2	118	
Enterohämorrhagische Escherichia-coli-Erkrankung	65		130		145	
Enterovirusinfektion	605		1.272		704	
Frühsommer-Meningoenzephalitis	9		11		20	
Gasbrand			1	1		
Giardiasis	55		112		101	
Gruppe-B-Streptokokken-Infektion	457		897		948	
Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv	17		44	1	51	1
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch					3	1
Hantavirus-Erkrankung			2		3	
Hepatitis A	19		27		14	
Hepatitis B	104		215		262	1
Hepatitis C	51		111		135	1
Hepatitis D	2		2		2	
Hepatitis E	120		235	1	199	2
Herpes zoster	578	3	1.100	4	981	1
Influenza	1.562	5	43.249	194	20.529	110
Keuchhusten	150		377		559	
Krätzmilben	445		1.002			
Kryptosporidiose	29		61		130	
Legionellose	39	1	78	2	66	3
Lepra						
Leptospirose	5		8		3	
Listeriose	7	1	16	1	29	1
Lyme-Borreliose	481		641		510	
Malaria	7		10		13	1
Masern	7		9		14	7
Meningokokken-Erkrankung, invasiv	3	1	10	1	5	3

	2. Quartal		kumulativ			
	14. – 26. MW 2025		1. – 26. MW 2025		1. – 26. MW 2024	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Mpox	16		25			
MRSA ⁴ -Infektion, invasiv	18		31	2	35	2
MRSA-Nachweis, PVL ⁵ -Bildner	46		88	1	91	
Mumps	7		13		6	
Mycoplasma spp.	1.465		8.098		5.590	
Norovirus-Enteritis	1.410	4	5.128	9	5.444	4
Ornithose	2		2		1	
Orthopocken (andere)			2			
Parainfluenza-Infektion, respiratorisch	1.311	1	2.039	1	1.408	1
Paratyphus					2	
Pneumokokken-Erkrankung, invasiv	140	7	368	22	293	18
Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis ³	29		54		73	3
Q-Fieber					4	
Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion	1.847	7	7.972	22	5.994	21
Ringelröteln	26		62		734	
Rotavirus-Erkrankung	1.322	1	2.267	1	1.504	3
Salmonellose	119		276	2	325	
Shigellose	31		63		30	
Subakute sklerosierende Panenzephalitis						
Syphilis	70		129		167	
Tetanus						
Toxoplasmose	6		12		18	
Tuberkulose	46	1	75	1	83	2
Tularämie	4		5		9	
Typhus			1		1	
Vibrionen						
West-Nil-Virus-Infektion						
Windpocken	576		1.252		1.235	
Yersiniose	91		166		206	
Zikavirus-Infektion						
angeborene Infektion	2		7		5	
Tod an sonstiger Infektionskrankheit		25		55		81

T Todesfälle

MW Meldewoche

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

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

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

4 Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*

5 Panton-Valentine-Leukozidin

Influenza-Bericht für die Saison 2024/2025

Auswertung des epidemiologischen Influenza-Sentinals 2024/2025 im Freistaat Sachsen

Saisonverlauf in Sachsen und in Deutschland

Nachdem in der Vorsaison die Influenzaaktivität in Sachsen etwa auf das Niveau der vorpandemischen Saisons zurückkehrte (Abbildung 1), kann in der zurückliegenden Saison 2024/2025 mit 44.432 gemeldeten Influenza-Erkrankungen von einer ausgesprochen starken Influenzawelle gesprochen werden. Die gemeldete Gesamtfallzahl lag nur knapp unterhalb der Rekordsaison 2017/2018.

Laut Definition des Robert Koch-Instituts (RKI) begann die Influenzawelle bundesweit in der 51. Kalenderwoche (KW) 2024 und damit zwar etwas früher als in den vorpandemischen Saisons (Abbildung 1), aber dennoch in einem zu erwartenden Zeitraum. Auch in Sachsen folgte die Entwicklung der gemeldeten Influenza-Erkrankungen dem bundesweiten Trend. In der 49. KW 2024 wurden erstmals in der Saison mehr als 100 Influenza-Fälle in einer Woche detektiert. Saisonale Grippewellen treten hierzulande meist nach dem Jahreswechsel auf, wobei die auf Bevölkerungsebene messbare Influenza-Aktivität in den meisten Jahren im Januar oder Februar deutlich ansteigt [1]. In Sachsen erreichte die Influenzawelle mit 6.393 gemeldeten Erkrankungen in der 7. KW 2025 ihren Höchstwert. Während in den ersten Berichtswochen Influenza A als dominierender Virustyp detektiert wurde, traten im weiteren Verlauf zunehmend mehr Infektionen mit Typ B auf. Ab der 6. KW bis zum Saisonende wurden

schließlich mehr Influenza B- als Influenza A-Infektionen diagnostiziert. Nach 16 Wochen, einer wie bereits in der Vorsaison vergleichsweise langanhaltender Gesamtdauer, endete die Grippewelle in Deutschland in der 14. KW 2025.

Die Zirkulation verschiedener weiterer Atemwegserreger wie SARS-CoV-2, RS-Viren, Rhinoviren und humanen saisonalen Coronaviren trug neben den Influenzaviren zur hohen Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen bei. Sicherlich haben auch eine gesteigerte Surveillance und eine Zunahme der labordiagnostischen Nachweise zum Anstieg der Meldezahlen beigetragen, nichtsdestotrotz war die Saison 2024/2025 durch eine besonders hohe Krankheitslast gekennzeichnet.

Sächsische Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Insgesamt kamen ab der 40. KW 2024 bis einschließlich der 17. KW 2025 in Sachsen 44.432 Influenza-Erkrankungen zur Meldung. Diese gliedern sich in 22.795 Influenza A- und 19.981 Influenza B-Nachweise. Bei 1.656 nachgewiesenen Influenza-Erkrankungen erfolgte keine Typisierung der Probe. Die Gesamtfallzahl steigerte sich gegenüber der Vorsaison 2023/2024 um mehr als das Doppelte, womit die Saison 2024/2025 im Freistaat bezüglich der gemeldeten Influenza-Fälle auf dem zweiten Platz seit Einführung der elektronischen Meldung gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Jahr 2001 rangiert. Mehr übermittelte Erkrankungen gab es bisher nur in der Saison 2017/2018.

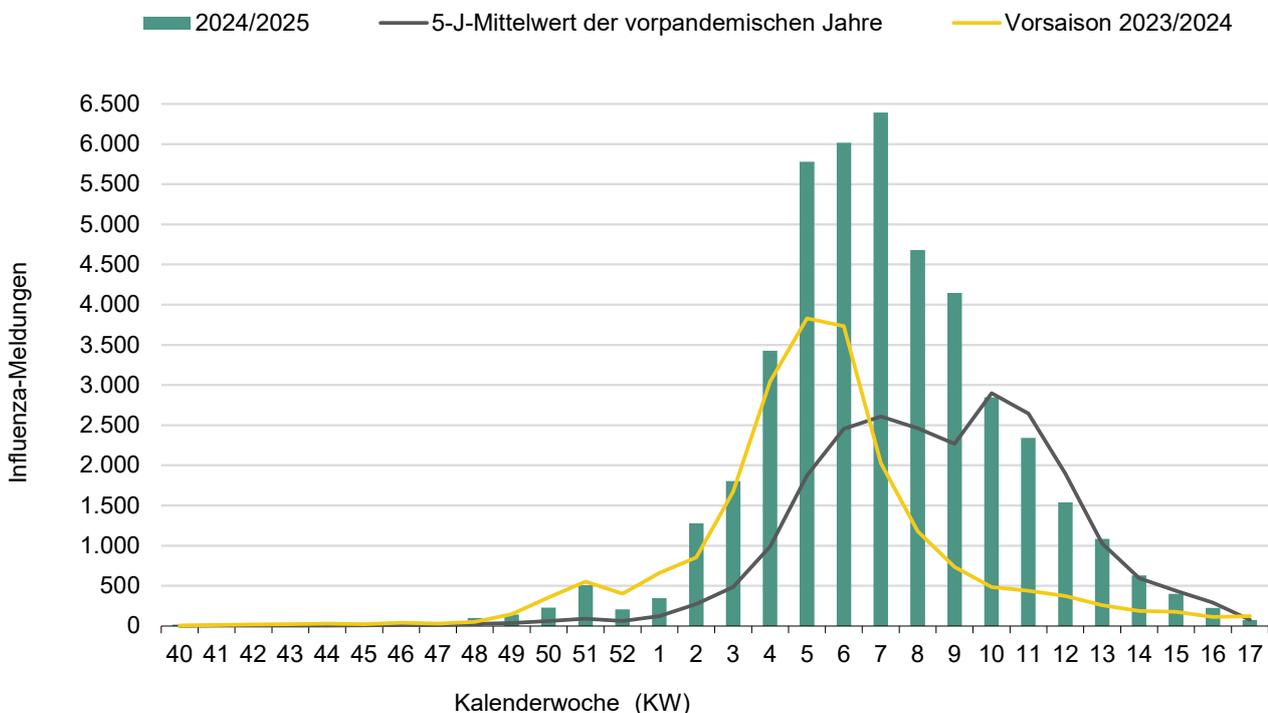


Abbildung 1: Influenza in Sachsen
Gemeldete Influenza-Nachweise nach IfSG (40. KW 2024 bis 17. KW 2025) sowie Vergleich zur Vorsaison 2023/2024 und zum Durchschnittswert der vorpandemischen Saisons 2014/2015 bis 2018/2019

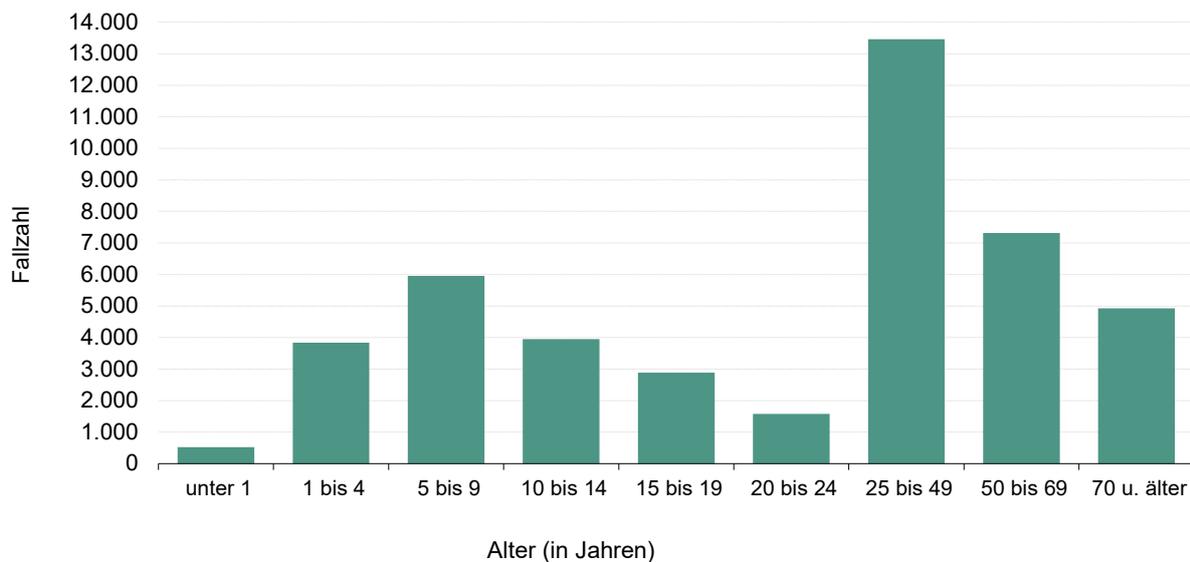


Abbildung 2: Influenza 2024/2025 in Sachsen, Altersverteilung, Meldedaten nach IfSG, 40. KW 2024 bis 17. KW 2025

Bei der Altersverteilung der gemeldeten Influenza-Fälle in der Saison 2024/2025 (Abbildung 2) zeigten sich geringfügige Verschiebungen im Vergleich zur Vorsaison. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (≤ 19 Jahre) war mit einem Anteil von knapp 39 % aller gemeldeten Erkrankungen etwas häufiger betroffen als in der Saison zuvor. Dies verursachte vor allem die Zunahme der Fälle unter den 10- bis 14-Jährigen (9 %) sowie 15- bis 19-Jährigen (6 %). Weniger Fälle hingegen wurden bei den Kleinkindern (1 bis 4 Jahre) mit rund 9 % aller Erkrankten verzeichnet. Die Hochrisikogruppe der Säuglinge (< 1 Jahr) war mit weniger als 2 % der Fälle ebenso wie die 5- bis 9-jährigen Grundschüler mit 13 % in der gleichen Größenordnung wie in den Vorjahren vertreten. Unter den jungen Erwachsenen (20 bis 24 Jahre) stieg die prozentuale Menge der gemeldeten Erkrankungen auf 4 %. Auch Personen im Alter zwischen 25 und 49 Jahren erkrankten deutlich häufiger als in der Vorsaison (2024/2025: 30 %, 2023/2024: 25 %). Die Krankheitslast der 50- bis 69-Jährigen (16 %) und über 70-Jährigen (11 %) kehrte auf den Wert der Saison 2022/2023 zurück.

Qualifizierte Bewertungen bezüglich des Impfstatus der Erkrankten sowie der Hospitalisierungsrate sind auf Grund fehlender Datenerfassung nicht möglich.

Influenza-Ausbrüche gab es am häufigsten in medizinischen Einrichtungen, gefolgt von Kindertagesstätten und Schulen sowie Pflegeeinrichtungen.

Einen neuen Höchstwert erreichte in der Saison 2024/2025 die übermittelte Anzahl an Verstorbenen in Sachsen. Insgesamt 202 Influenza-Todesfälle, aufgeteilt auf 113 männliche und 89 weibliche Personen im Alter zwischen 6 und 99 Jahren, wurden erfasst. Damit überstieg die Zahl der Verstorbenen den bisherigen Spitzenwert von 176 Todesfällen aus der Saison 2017/2018. 81 % der Todesfälle entfielen auf die Altersgruppe der über 70-Jährigen. Der Altersmedian der Verstorbenen lag bei 83 Jahren und somit etwas höher als in der Vorsaison 2023/2024, in welcher er 81 Jahre betrug. Bis auf zwei Todesfälle bei ungeimpften Kindern im Grundschulalter verstarben nur erwachsene

Personen an einer Influenza-Infektion. Von den verstorbenen Kindern war eines durch Vorerkrankungen belastet, während bei dem anderen eine Ko-Infektion mit PVL-bildendem MRSA diagnostiziert wurde. Drei erwachsene Verstorbene waren gesichert aktuell gegen Influenza geimpft, bei 19 lag kein Impfschutz vor und in den restlichen Fällen wurden keine Angaben zum Impfstatus übermittelt. Der neue Spitzenwert an Verstorbenen belegt erneut die Bedrohlichkeit der Erkrankung vor allem für ältere und mit Vorerkrankungen belastete Patienten und die Wichtigkeit des Schutzes durch die jährliche Influenza-Schutzimpfung.

Auswertung des Influenza-Sentinelns 2024/2025 im Freistaat Sachsen, mikrobiologischer Teil Virologische Diagnostik im Rahmen des Influenza-Sentinelns

In den molekularbiologischen Laboren der LUA Sachsen wurden im Rahmen des Influenza-Sentinelns sowohl Rachenabstriche als auch Nasen-/Rachenabstriche auf der Basis einer Stufendiagnostik untersucht. Der allgemeine Nachweis von Influenza-Viren erfolgte in Kombination mit dem Ausschluss von SARS-CoV-2 mittels einer Multiplex-PCR. Im Anschluss wurden in einer weiteren Multiplex-PCR Influenza-positive Proben in Influenza A- und Influenza B-Viren differenziert, sowie die Influenza A-positiven Proben in die Subtypen A(H3N2) und A(H1N1)pdm09 subtypisiert. Die Ergebnisse der PCR-Untersuchungen wurden dem Probeneinsender bzw. Gesundheitsamt zeitnah mitgeteilt. Positive Ergebnisse wurden zusätzlich über DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) an die Gesundheitsämter gemeldet.

Bei nahezu allen Influenza-PCR-positiven Proben erfolgte der Versuch einer Virusanzucht mittels Zellkultur, um eine geeignete Auswahl an Influenzavirus-Isolaten zur Feintypisierung an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren am RKI in Berlin senden zu können. Zur Verifizierung der Virusvermehrung im Labor diente ein Hämagglutinationstest (HAT). Am NRZ für Influenzaviren wurden die eingesandten Virusisolate mittels Antigenen auf Passgenauigkeit der Impfstämme geprüft, genetisch charakterisiert und einer Resistenzanalyse unterzogen. Die

Tabelle 1: Zusammenfassung der Laborergebnisse (LUA, NRZ für Influenzaviren)

Zusammenfassung der Ergebnisse	Anzahl	Anteil an allen Nachweisen
Anzahl eingesandter Proben innerhalb des Sentinel-Zeitraumes:	290	
Anzahl der Proben mit einem positiven Ergebnis in der PCR:	112	38,6 %
Anzahl der positiven PCR-Ergebnisse je Typ/ Subtyp:		
davon: Influenza A:	56	50,0 %
Influenza A(H1N1)pdm09	50	44,6 %
Influenza A(H3N2)	2	1,8 %
nicht typisierbar	4	3,6 %
davon: Influenza B	56	50,0 %
Anzahl der Virus-Anzuchtversuche mittels Zellkultur:		
	107	
Anzahl der Proben mit einem positiven Ergebnis in der Virusanzucht:	91	85,0 %
Anzahl der zur Feintypisierung ans NRZ versendeten Proben:	67	73,6 %
davon: Influenza A-Virus:	19	28,4 %
Subtyp A(H1N1)pdm09 mit Variante A/Sydney/5/2021	19*	
Subtyp A(H3N2)	2	3,0 %
Variante A/Thailand/8/2022	1*	1,5 %
nicht typisierbar	1	1,5 %
davon: Influenza B-Virus:	46	68,7 %
Victorialinie mit Variante B/Austria/1359417/2021 (B/victoria/2/87(del 162-164B)-lineage)	46*	

* Typisierung am NRZ für Influenzaviren mittels Hämagglutinationshemmtest (HHT)

Ergebnisse der Virus-Subtypisierung am NRZ mittels Hämagglutinationshemmtest (HHT) wurden der LUA Sachsen mitgeteilt (siehe Tabelle 1).

Ergebnisse des Influenza-Sentinel von Oktober 2024 bis April 2025

Im Sentinelzeitraum zwischen der 40. KW 2024 und der 17. KW 2025 wurden insgesamt 290 Patientenproben untersucht, 112 zeigten ein positives PCR-Ergebnis für Influenzaviren. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 38,6 %. Im vorherigen Influenza-Sentinel 2023/2024 lag die Positivenrate bei 32,4 %.

In der aktuellen Saison konnten in der molekularbiologischen Differenzierung von den 112 positiven Influenzaproben in 56 Fällen Influenza A- und in ebenfalls 56 Fällen Influenza B-Viren nachgewiesen werden. Die Typisierung der Influenza A-positiven Proben ergab in 50 Fällen den Subtyp A(H1N1)pdm09 sowie 2 mal den Subtyp A(H3N2). Bei insgesamt 4 Influenzavirus A-positiven Proben war keine Subtypisierung möglich. Bei einer Patientenprobe wurde sowohl der Subtyp Influenza A(H1N1)pdm09 als auch Influenza B-Virus nachgewiesen.

Bei insgesamt 107 Influenzavirus-PCR-positiven Patientenproben wurde eine Virusanzucht versucht, die Erfolgsquote lag bei 85 % (n = 91). An das NRZ für Influenzaviren am RKI wurden insgesamt 67 Influenzavirus-Isolate (21 Influenza A- und 46 Influenza B-Stämme) zur weiteren Subtypisierung gesendet.

Die genetische Analyse am NRZ ergab folgende Ergebnisse (siehe Tabelle 1): alle zugestellten Influenza A(H1N1)pdm09-Virusstämme konnten der Virusvariante A/Sydney/5/2021 (100%) zugeordnet werden. Die Feintypisierung eines der beiden Influenzavirusisolate A(H3N2) ergab die Virusvariante Influenza A/Thailand/8/2022, während das zweite Virusisolat am

NRZ nicht subtypisiert werden konnte. Alle 46 Influenza B-Virusstämme wurden der Victoria-Linie mit der Virusvariante B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria/2/87(del 162-164B)-lineage) zugeordnet.

Sächsische Impfdatenbank: Auswertungen zu Influenza-Schutzimpfungen

Im Folgenden wird anhand der in der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen analysierten Daten, welche unter Berücksichtigung von Abrechnungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) gesammelt werden, die Inanspruchnahme der Influenza-Schutzimpfung in Sachsen ausgewertet. Die Datensätze, die von der KVS an die LUA Sachsen übermittelt werden, enthalten neben der Abrechnungsziffer unter anderem Impfmonat und -jahr, Geburtsmonat und -jahr, ein Pseudonym der Person und deren Geschlecht. Seit dem Jahr 2016 lässt sich anhand des gelieferten Datenmaterials auch die Kreiszugehörigkeit der einzelnen Personen nachverfolgen. Der vorliegende Datenbestand beschränkt sich auf den Zeitraum von 2009 bis einschließlich Ende 2024 (Datenstand: 31.12.2024). Es ist daher darauf hinzuweisen, dass die für die Saison 2024/2025 errechneten Impfquoten (Gesamtimpfquote, Altersgruppen, Landkreise) aufgrund des Datenstandes im Nachhinein erfahrungsgemäß noch leicht ansteigen. Während die Berechnungen für die in diesem Bericht betrachtete Saison die verabreichten Impfdosen der Monate September, Oktober, November und Dezember einschließen, beinhalten die Auswertungen der Vorsaisons bereits die Gesamtzahl (September bis Februar der entsprechenden Saison). Dies führt zu zunächst etwas größeren Unterschieden in den Vergleichswerten mit der Vorsaison. Die Abweichungen sind jedoch nach den Analysen der letzten Jahre aufgrund in der Regel kleiner Zahl an noch in den Monaten Januar und Februar geimpften Dosen gering. In der sächsischen Impfdatenbank sind

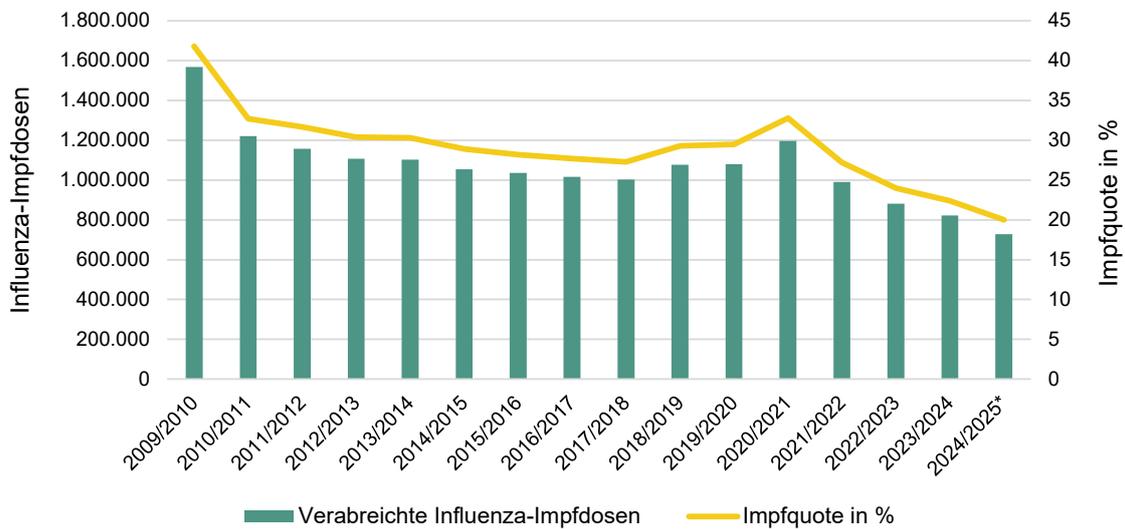


Abbildung 3: Pro Saison verabreichte Influenza-Impfdosen und jeweilige Impfquote für Sachsen; * Datenstand: 31.12.2024

nur gesetzlich versicherte Personen erfasst. Um Impfdaten für die Gesamtbevölkerung Sachsens angeben zu können, erfolgt jeweils eine Hochrechnung unter der Schätzung von 90 % gesetzlich und 10 % privat Versicherten.

In der Saison 2024/2025 sind bis zum Ende des Auswertzeitraumes (31.12.2024) 728.041 Influenza-Impfdosen abgerechnet worden. Daraus ergibt sich eine bisherige Impfquote von 20 % für die sächsische Bevölkerung. Dies entspricht einer Abnahme von über 94.000 Impfdosen im Vergleich zur Vorsaison, sowie einem Rückgang der Impfquote um über zwei Prozentpunkte. Damit sank die Durchimpfungsrate zum vierten Mal in Folge und lag ebenso wie die verabreichte Anzahl der Influenza-Impfdosen auf dem niedrigsten Wert seit Beginn der Auswertung 2009/2010 (siehe Abbildung 3). Die meisten der bis Jahresende 2024 verabreichten Influenza-Impfdosen (45 %) wurden, wie auch in der Mehrzahl der vorherigen Saisons, im Monat Oktober registriert.

Im Rückblick auf die Influenza-Saison 2023/2024 wurden in den Monaten Januar und Februar 2024 noch 27.559 Influenza-Impfdosen verabreicht. Seit der letzten Auswertung mit Datenstand vom 31.12.2023 erhöht sich dadurch die Anzahl der während der Saison 2023/2024 insgesamt verabreichten Influenza-Impfdosen auf 822.851, was einen leichten Anstieg der Gesamt-Impfquote von 21,6 % auf 22,4 % bedeutet. Der Anteil der in den Monaten Januar und Februar abgerechneten Impfungen an den insgesamt pro Saison abgerechneten Impfungen war mit rund 3,3 % genauso hoch wie im Vorjahr.

In der Saison 2024/2025 setzte sich der stetige Abfall der Influenza-Impfquote in allen ausgewerteten Altersgruppen fort (Abbildung 4). Am ausgeprägtesten war der prozentuale Rückgang mit einem Minus von 15,9 % in der Altersgruppe der 11- bis 18-Jährigen, gefolgt von den 3- bis 6- und 19- bis 59-Jährigen (jeweils -14,6 %).

Betrachtet man die Impfquote der gesamten erwachsenen sächsischen Bevölkerung (über 18 Jahre), so lag diese in der letzten Saison bei 22,9 % und damit ebenfalls niedriger als im Vorjahr. In der Saison 2020/2021 waren noch 36 % der sächsischen Er-

wachsenen gegen Influenza geimpft. Die Quote ist seitdem stetig zurückgegangen.

Die Gruppe der unter 60-jährigen Erwachsenen war mit einer Impfquote von unter 9 % in der vergangenen Saison wieder seltener geimpft als die höheren Altersgruppen, für die auch eine Impfung laut Ständiger Impfkommision (STIKO) empfohlen wird. Keine der Altersgruppen ab 60 Jahren (siehe Tabelle 2) erreicht jedoch die Ziel-Impfquote der Europäischen Union (EU) von 75 % [2], die sich auch im Nationalen Impfplan für Deutschland wiederfindet [3].

Tabelle 2: Influenza-Impfquoten in der Saison 2024/2025 (Datenstand 31.12.2024) in Sachsen pro Altersgruppe ab 60 Jahren

Altersgruppe	Impfquote
60 Jahre bis 69 Jahre	28,2 %
70 Jahre bis 79 Jahre	44,9 %
80 Jahre bis 89 Jahre	58,5 %
ab 90 Jahre	64,9 %

Auf Kreisebene zeigte sich in allen sächsischen Landkreisen (LK) und kreisfreien Städten (SK) wiederholt ein Rückgang der Influenza-Impfquoten (Abbildung 5). Obwohl im LK Nordsachsen die Impfquote im Vergleich zur Vorsaison am stärksten zurückging (-12,4 %), verzeichnet der LK Nordsachsen mit 22,7 % die zweithöchste Impfquote. Mehr Menschen ließen sich nur, wie bereits im Vorjahr, im LK Leipzig impfen (23,7 %). Unverändert bleiben die Höhe der Durchimpfungsrate aller Gebiete Sachsens betreffend, der LK Sächsische Schweiz - Osterzgebirge an vorletzter (16,4 %) und der Erzgebirgskreis an letzter (16 %) Stelle.

Zusammenfassend zeigt die Auswertung der Sächsischen Impfdatenbank für die Influenza-Impfung innerhalb des Jahres 2024, dass sich der Rückgang der Impfquoten des Vorjahres weiter fortgesetzt hat. Sowohl die Durchimpfungsraten als auch die verabreichte Anzahl der Influenza-Impfdosen sind 2024 weiter gesunken und haben damit einen neuen Tiefststand seit Beginn der Impfdatenbank-Auswertung erreicht. Der Ziel-

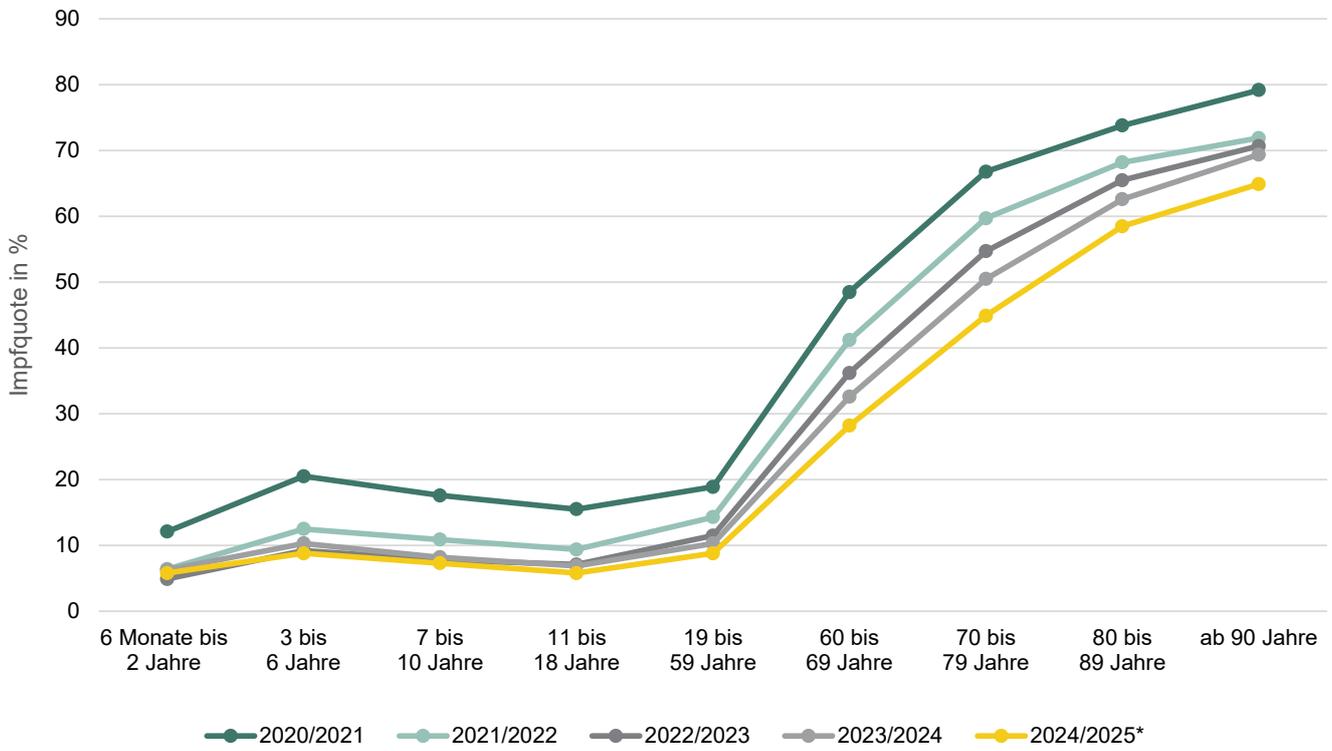


Abbildung 4: Influenza-Impfquoten pro Saison und Altersgruppe in Sachsen, *Datenstand: 31.12.2024

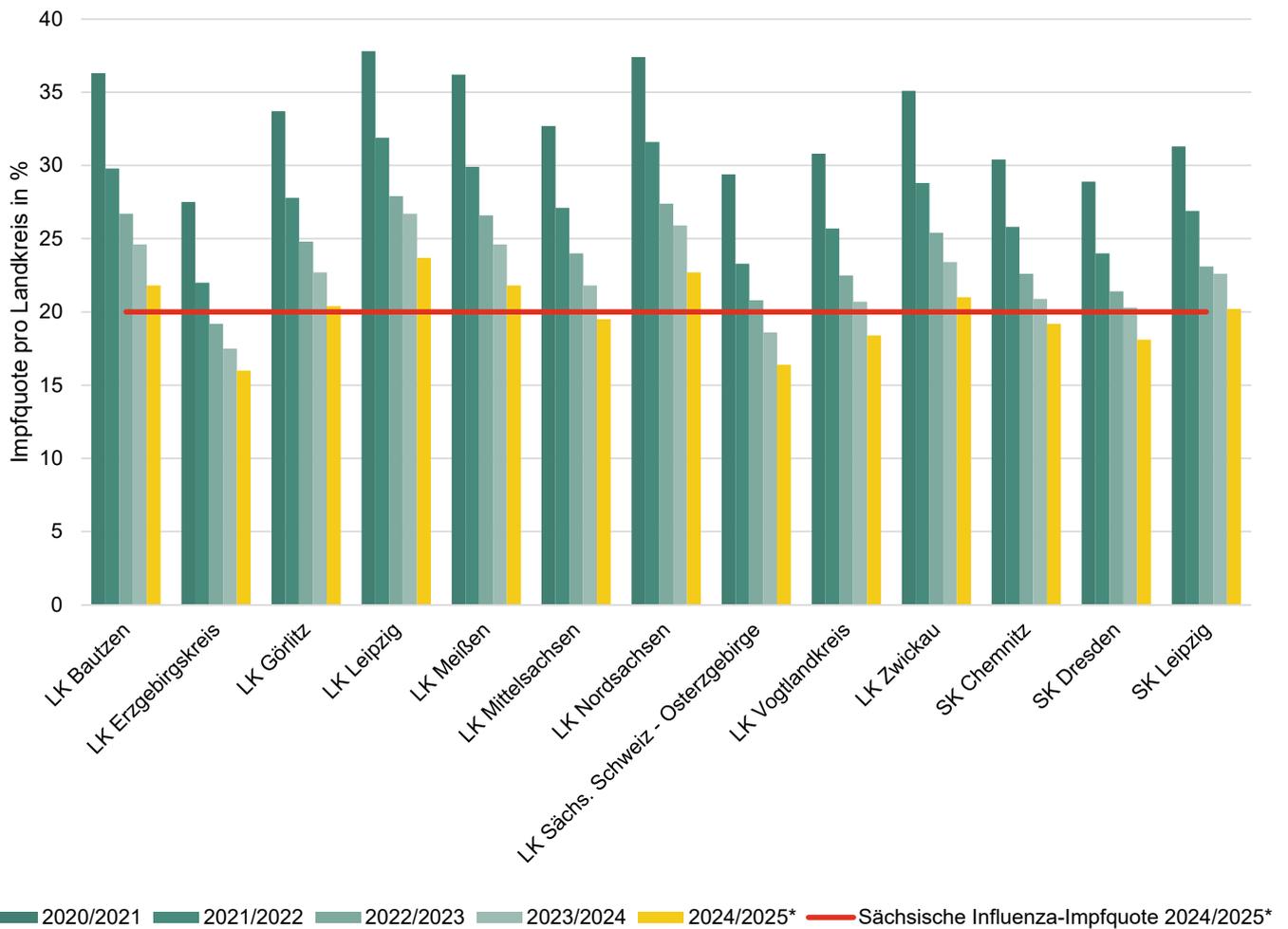


Abbildung 5: Influenza-Impfquoten pro Kreis in Sachsen (SK = kreisfreie Stadt, LK = Landkreis)
 Aktuelle Impfquote Saison 2024/2025 für Sachsen $\hat{=}$ 20 %; *Datenstand: 31.12.2024

dikations- und beruflichen Indikationsempfehlung für die saisonale Influenza-Impfung, Epidemiologisches Bulletin 29|2025 vom 17.7.2025, S. 12-24

5. WHO. Recommendations announced for influenza vaccine composition for the 2025-2026 northern hemisphere influenza season. 28.02.2025. [Online] <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-nh-influenza-season> (zugegriffen am 28.07.2025).
6. WHO. Influenza Laboratory Surveillance Information. [Online] <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZTk5ODcyOT-EtZjA5YS00ZmI0LWFKZGUtODIxNGI5OTE3YjM0IiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGlzM0S04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIslmMiOjh9> (zugegriffen am 28.07.2025).
7. Caini, S. et al.: Probable extinction of influenza B/Yamagata and its public health implications: a systematic literature review and assessment of global surveillance databases. *The Lancet Microbe* 08.05.2024.

HIV/AIDS im Freistaat Sachsen – Jahresbericht 2024

Nachfolgend werden die Zahlenberichte über die Ergebnisse der an der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen durchgeführten HIV-Untersuchungen im Jahr 2024 aufgeführt. Des Weiteren ist eine Zusammenstellung der vom Robert Koch-Institut (RKI) erhobenen HIV-Daten für Sachsen zu finden (Quelle: Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>; Abfragedatum: 14.05.2025; Datenstand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025).

Untersuchungsergebnisse der LUA Sachsen 2024

Die Labordiagnostik zum Nachweis einer Infektion mit Humanem Immundefizienzvirus (HIV) an der LUA Sachsen basiert auf einer serologischen Stufendiagnostik. In Stufe 1 wird ein HIV-Suchtest mit einem Antikörper-Antigen-Kombinationstest (Testsystem der 4. Generation) zum Nachweis spezifischer Antikörper gegenüber den HI-Virustypen 1 und 2 (HIV-1, HIV-2) sowie von HIV-p24-Antigen eingesetzt. Ein positives (reaktives) bzw. grenzwertiges Ergebnis im HIV-Suchtest kann in Stufe 2 mit einem Antikörper-basierten Bestätigungstest (HIV-Immunoblot) verifiziert werden. Der eingesetzte HIV-Immunoblot funktioniert typenspezifisch, wodurch auch zwischen einer HIV-1- und HIV-2-Infektion differenziert werden kann.

Zusätzlich zur serologischen HIV-Labordiagnostik ist an der LUA ein Real-Time PCR-Verfahren (Polymerase Chain Reaction) zum Nachweis und zur Quantifizierung viraler Nukleinsäure von HIV-1 (HIV-1-RNA = ribonucleic acid) etabliert. Die HIV-1-PCR kommt insbesondere bei unklaren Befundkonstellationen bzw. in einer anamnestischen oder klinischen „Sondersituation“ (beispielsweise Patient mit möglicher HIV-Exposition vor 1-3 Wochen und/oder Symptomatik eines akuten retroviralen Syndroms) zum Einsatz. Mittels HIV-1-PCR kann neben dem direkten Erregernachweis von HIV-1 auch die Viruslast im Blut bestimmt werden. Allgemein wird der Nachweis einer Viruslast von mindestens 1.000 Kopien HIV-1-RNA/ml Blut als Entscheidungsgrenze für die Bestätigung einer HIV-1-Infektion angesehen. (Die Nachweisgrenze der im LUA-Labor eingesetzten HIV-1-PCR liegt unter 50 Kopien HIV-1-RNA/ml.)

Im Berichtsjahr 2024 wurden an der LUA Sachsen insgesamt 5.579 Seren im HIV-Suchtest geprüft (Tabelle 1). Das war gegenüber dem Vorjahr mit 5.205 untersuchten Seren ein Plus von circa 7 %, allerdings, wie bereits in den Vorjahren, ein Minus von circa 34 % gegenüber dem Testumfang von 8.443 HIV-Screening-Untersuchungen im Jahr 2019, also dem Berichtsjahr vor der COVID-19-Pandemie.

Von den 5.579 auf HIV untersuchten Seren wurde in 0,8 % der Fälle (n = 44) mittels HIV-Immunoblot eine HIV-1-Infektion serologisch nachgewiesen (Tabelle 1). Im Vorjahr hatte die Nachweisrate für eine HIV-1-Infektion bei 1,1 % gelegen (2023: 59/5.205). Die im Berichtsjahr insgesamt 44 detektierten HIV-1-Infektionen konnten 34 Patienten zugeordnet werden. Damit lag die patientenbezogene Positivenrate bei 0,61 % (34/5.545) und damit unter dem Vorjahreswert von 0,77 % (2023: 40/5.165). Antikörper gegen das HI-Virus Typ 2 waren bei keinem der HIV-positiv getesteten Seren eindeutig nachweisbar.

Im Berichtsjahr wurden insgesamt 25 Blutproben mittels HIV-1-PCR untersucht. Diese Untersuchungen erfolgten zusätzlich zur serologischen HIV-Stufendiagnostik. Für drei Personen wurde der PCR-Nachweis von HIV-1-RNA erbracht. In einem Fall mit einem reaktiven Ergebnis im serologischen Suchtest ohne Bestätigung im HIV-Immunoblot konnte mit Hilfe der HIV-1-PCR-Untersuchung eine Viruslast von über 1.000 Kopien HIV-1-RNA/ml bestimmt und damit eine frische HIV-1-Infektion detektiert werden. Bei zwei Personen mit einer immunologisch bestätigten HIV-1-Infektion wurde mittels HIV-1-PCR nur eine geringe Viruslast von unter 1.000 Kopien HIV-1-RNA/ml bestimmt.

Unter den im Berichtsjahr 2024 insgesamt 34 Personen mit einer HIV-1-Neudiagnose waren sechs Frauen und 28 Männer. In 21 Fällen (62 %) lagen Angaben zum Herkunftsland vor, wovon 14 HIV-Erstdiagnosen ausländische Personen betrafen und für sieben Personen Deutschland als Herkunftsland vermerkt wurde. Von den 14 ausländischen HIV-1-Positiven waren acht Personen als Asylsuchende registriert. Betroffen waren zwei Frauen aus der Ukraine und eine weibliche Person aus Libyen, sowie fünf männliche Personen. Zwei Männer kamen aus Venezuela und jeweils eine männliche Person aus dem Libanon, der Türkei und aus Tunesien. Unter den sechs ausländischen Personen ohne Hinweis auf Asylsuche waren zwei Männer aus Venezuela und jeweils eine männliche Person aus Pakistan, Syrien und Tschechien, sowie eine Frau aus Kenia.

Die Zahlen der in 2024 für sächsische Justizvollzugsanstalten durchgeführten HIV-Untersuchungen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Die Gebühren für die in der LUA im Jahr 2024 durchgeführten HIV-Untersuchungen belaufen sich auf folgende Summen: Gemäß dem 10. Sächsischen Kostenverzeichnis vom 16.08.2021 sind für einen HIV-Suchtest 13,99 €, für einen HIV-Immunoblot 48,57 € und für eine quantitative HIV-1-PCR-Untersuchung 161,88 € zu veranschlagen.

Demnach wurden im Jahr 2024 in der LUA für Gesundheitsämter, Justizvollzugsanstalten/Polizei und die Zentrale Ausländerbehörde (ZAB) Laboruntersuchungen auf HIV in einer Gebührenhöhe von insgesamt 85.934,24 € (78.050,21 € für HIV-Suchtests, 3.837,03 € für HIV-Immunoblots, 4.047,00 € für HIV-1-PCR-Untersuchungen) durchgeführt.

Zeitliche Entwicklung der HIV-Erstdiagnosen

Nachdem 2001 der niedrigste Stand an HIV-Erstdiagnosen in Deutschland erreicht worden war, stieg in den Folgejahren bis 2015 die Zahl der HIV-Meldungen kontinuierlich an, wobei im Jahr 2015 mit 3.656 gemeldeten HIV-Erstdiagnosen in Deutschland der bisherige Höchststand der jährlichen Meldezahlen erreicht wurde. Auch im Freistaat Sachsen war bei den HIV-Meldezahlen im Jahr 2015 ein Peak von 181 zu verzeichnen. In den Folgejahren bis 2019 zeigte sich allgemein ein leicht rückläufiger Trend bei der Anzahl der HIV-Meldungen. Im Jahr 2019 wurden dem RKI bundesweit 3.135 HIV-Erstdiagnosen gemeldet. In den Folgejahren 2020 bzw. 2021 machte sich der „COVID-19-Effekt“ bemerkbar, denn die jährlich in Deutschland gemel-

deten HIV-Erstdiagnosen lagen jeweils um circa 25 % unter dem Jahreswert von 2019 [1]. In Sachsen war der „COVID-19-Effekt“ noch deutlicher bemerkbar. Die Meldezahlen sanken von 129 HIV-Erstdiagnosen im Jahr 2019 auf 76 in 2020 (-31 %) bzw. auf 93 im Jahr 2021 (-28 %). Beim „COVID-19-Effekt“ werden ursächlich mehrere Einflüsse wie die allgemein eingeschränkte Mobilität, die Reduzierung von Sexualkontakten, die verminderte Durchführung von Sprechstunden in den Beratungsstellen für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen sowie eine geringere Inanspruchnahme von HIV-Screening-Untersuchungen insbesondere bei symptomlosen Personen diskutiert [1].

Nach der COVID-19-Pandemie war bundesweit ein deutlicher Anstieg der registrierten HIV-Erstdiagnosen zu beobachten. Im Jahr 2022 stieg in Deutschland nach Einschätzung des RKI insbesondere die Zahl der registrierten HIV-Erstdiagnosen an, die im Ausland erworben wurden [1]. Hierfür werden verschiedene Faktoren als Ursache vermutet, wie die Zunahme der Reisetätigkeit als auch die Migration nach Deutschland, die seit 2022 wieder auf das vorpandemische Niveau angestiegen war, sowie der Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine seit Februar 2022 und der damit verbundene Zustrom von ukrainischen Menschen nach Deutschland. Da die Ukraine eine vergleichsweise hohe HIV-Prävalenz verzeichnet, wurde dabei mit einer relevanten Zahl von HIV-positiven Personen aus der Ukraine gerechnet. So waren laut RKI im Jahr 2022 von 3.239 registrierten HIV-Erstdiagnosen 724 Menschen aus der Ukraine betroffen (Datenstand: August 2023), wobei in den meisten Fällen die HIV-Infektion bereits bekannt und auch schon im Heimatland in Behandlung war [1, 2].

Im Berichtsjahr 2024 wurden in Deutschland insgesamt 3.264 HIV-Erstdiagnosen registriert (Abbildung 1) und damit circa 10 % mehr als vor der Covid-19-Pandemie, im Jahr 2019 mit 3.135 HIV-Meldungen.

Aus dem Freistaat Sachsen kamen im Berichtsjahr insgesamt 125 HIV-Erstdiagnosen zur Meldung am RKI. Im Jahr 2019 hatte die Meldezahl bei 129 gelegen. Und in den beiden Vorjahren 2022 und 2023 waren die HIV-Meldezahlen mit 148 bzw. 154 vergleichsweise höher ausgefallen (Abbildung 2).

Die Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen lag im Berichtsjahr bei 3,1 pro 100.000 Einwohner und damit unter den Jahresinzidenzen von 2022 und 2023 mit 3,6 bzw. 3,8. Für Deutschland wurde in 2024 wie auch in den beiden Vorjahren eine HIV-Inzidenz von 3,9 bestimmt (Abbildung 3).

Schätzung der HIV-Neuinfektionen

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

Zum Berichtszeitpunkt lag vom RKI eine vorläufige Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2023 in Deutschland sowie im Freistaat Sachsen vor. Grundlage der Schätzungen sind Modellrechnungen zur gemeldeten Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland sowie bei Menschen deutscher Herkunft, die sich im Ausland mit HIV infiziert haben. Dabei werden HIV-Infektionen, die von Menschen mit Herkunft außerhalb

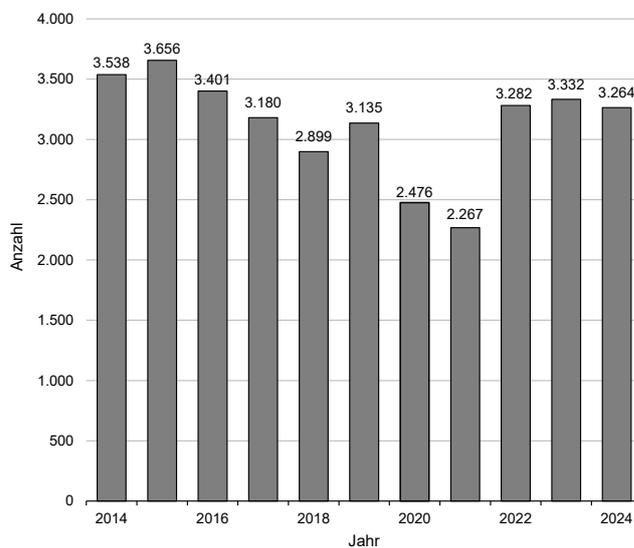


Abbildung 1: HIV-Erstdiagnosen in Deutschland in den Jahren 2014-2024

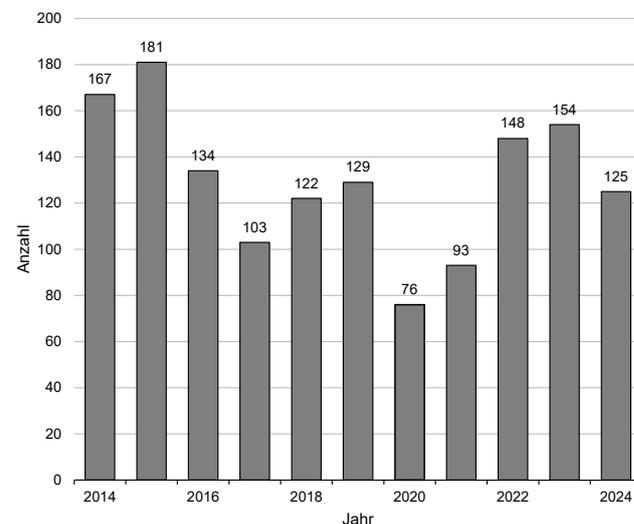


Abbildung 2: HIV-Erstdiagnosen im Freistaat Sachsen in den Jahren 2014-2024

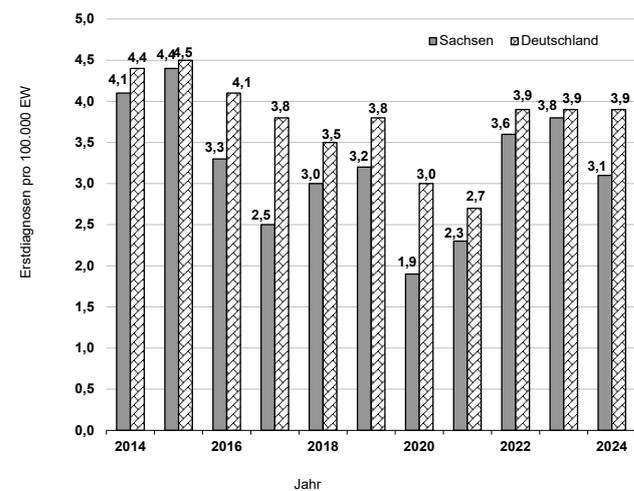


Abbildung 3: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen und Deutschland zwischen 2014-2024

Deutschlands im Ausland erworben und später in Deutschland diagnostiziert wurden, nicht berücksichtigt [3].

Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2023 wird auf 2.200 (1.900-2.400) geschätzt. In den Jahren 2020 bis 2022 fielen die jährlichen Schätzungen am RKI vergleichsweise niedriger aus. Es wurden jährlich circa 1.800 bis 2.000 HIV-Neuinfektionen angenommen. Für das Jahr 2019, also vor Beginn der Covid-19-Pandemie, lag der Schätzwert bei circa 2.600 HIV-Neuinfektionen [4].

Die Schätzungen am RKI für den Freistaat Sachsen ergaben etwa 120 HIV-Neuinfektionen (95-150) im Jahr 2023 [5]. Dieser Überschlag fiel im Vergleich zu 2019 mit vermutlich 150 HIV-Neuinfektionen niedriger aus.

Geschlechts- und Altersverteilung bei HIV-Erstdiagnosen

Bei Betrachtung der Geschlechterverteilung bei den im gesamten Zeitraum von 2001 bis 2024 im Freistaat Sachsen registrierten HIV-Erstdiagnosen dominieren die männlichen Personen mit 85,5 % gegenüber dem Frauenanteil von 14,2 %. Das Geschlecht divers wurde bisher in einem Fall im Berichtsjahr 2019 angegeben (Tabelle 3, Abbildung 4).

Im Berichtsjahr 2024 war der männliche Anteil unter den im Freistaat Sachsen HIV-positiv getesteten Personen mit 76,0 % niedriger als im Vorjahr mit 82,5 % ausgefallen. Und der Anteil der Frauen war im Berichtsjahr gegenüber 17,5 % in 2023 auf 24,0 % gestiegen.

Im Zeitraum von 2001 bis 2024 wurden in Sachsen insgesamt 2.454 HIV-Erstdiagnosen gestellt. Davon waren circa 72 % der betroffenen Personen im Alter zwischen 25 und 49 Jahren (1.777/2.454). Den höchsten Anteil mit circa 34 % verzeichneten dabei die 30- bis 39-Jährigen (823/2.454). Die HIV-Erstdiagnosen in den Altersgruppen der 25- bis 29-Jährigen bzw. 40- bis 49-Jährigen waren mit 469 bzw. 485 zahlenmäßig nahezu gleichauf, was einem prozentualen Anteil von jeweils circa 19 % entsprach (Tabelle 10, Abbildung 5).

Im Berichtsjahr 2024 wurden die meisten HIV-Erstdiagnosen unter den 30- bis 39-Jährigen (n = 38) registriert. In den anderen Altersgruppen zwischen 20 und 59 Jahren lagen die jeweils registrierten Meldezahlen annähernd gleichauf in einer Höhe von 16 bis 21, was in den Vorjahren so nicht zu beobachten war (Abbildung 6).

Bei weiterer Aufschlüsselung der Altersverteilung auf die Geschlechter ergibt sich im Zeitraum von 2001 bis 2024 folgender Sachverhalt in Sachsen bezüglich der Anzahl der registrierten HIV-Erstdiagnosen: Mit 33,8 % bzw. 31,5 % war der jeweils höchste Anteil sowohl beim männlichen als auch beim weiblichen Geschlecht unter den 30- bis 39-Jährigen zu beobachten. Gefolgt von den Altersgruppen von 25 bis 29 Jahren und 40 bis 49 Jahren mit jeweils ähnlichen Anteilen von circa 20 % (Tabelle 10, Abbildung 7).

Die höchsten altersspezifischen HIV-Inzidenzen (Meldungen pro 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe) im Zeitraum von 2001 bis 2024 wurden in Sachsen mit 8,3 in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen bestimmt, gefolgt von den Meldeinzidenzen für 30- bis 39-Jährige mit 6,5 und für 20- bis 24-Jäh-

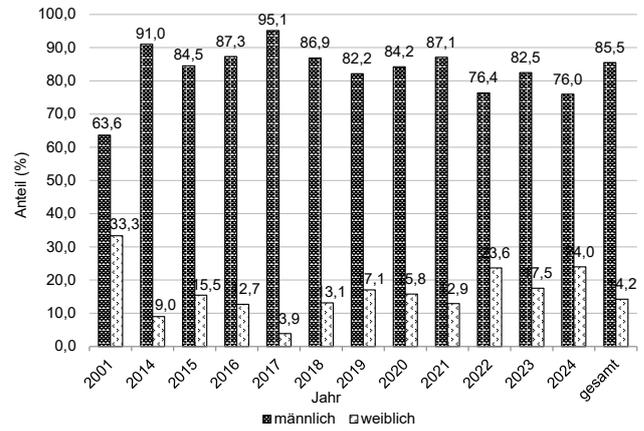


Abbildung 4: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Geschlecht und Diagnosejahr, 2001 und 2014-2024 (Darstellung ohne Berücksichtigung eines Falls mit Geschlechtsangabe „divers“ in 2019)

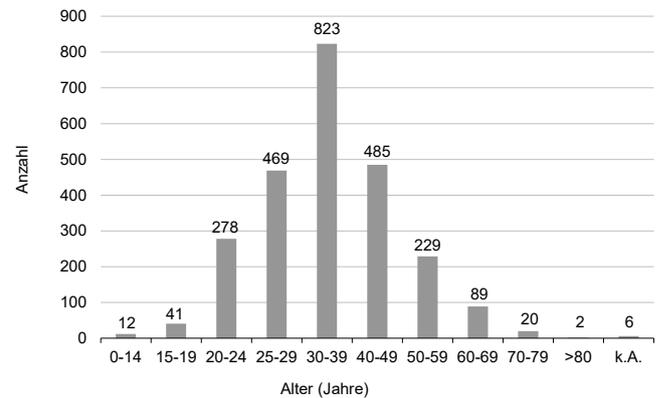


Abbildung 5: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen in den Jahren 2001-2024 (k. A. = keine Angabe)

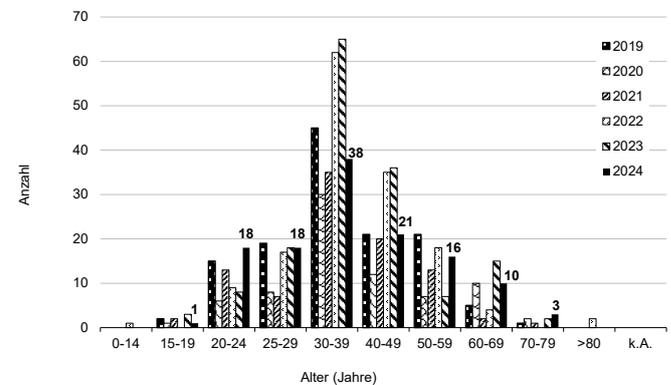


Abbildung 6: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Diagnosejahr 2019-2024

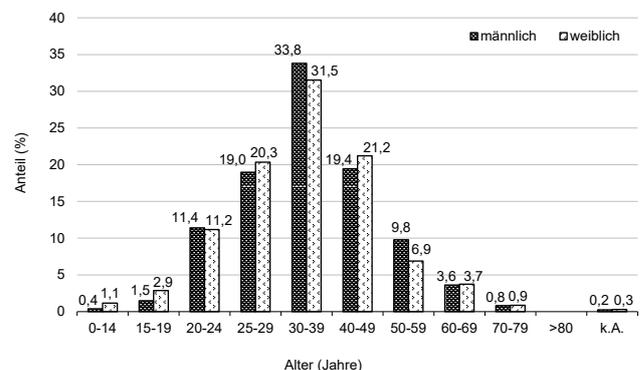


Abbildung 7: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2001-2024 (Darstellung ohne Berücksichtigung eines Falls mit Geschlechtsangabe „divers“ in 2019)

rige mit 5,2. Im Berichtsjahr 2024 selbst waren die höchsten HIV-Inzidenzen in den beiden Altersgruppen der 20- bis 24- und 25- bis 29-Jährigen mit Werten von 9,3 bzw. 9,8 ähnlich hoch ausgefallen. Im Vorjahr dominierte die Altersgruppe der 30 bis 39-Jährigen mit einer Jahresinzidenz von 12,9. Im Berichtsjahr fiel die HIV-Inzidenz in dieser Altersgruppe mit 7,6 pro 100.000 Einwohner deutlich niedriger aus (Tabelle 11).

Für den gesamten Zeitraum von 2001 bis 2024 wurde für männliche und weibliche HIV-Erstdiagnostizierte die jeweils höchste altersspezifische Inzidenz unter den 25- bis 29-Jährigen ermittelt. Beim männlichen Geschlecht lag diese bei 13,2 und bei den Frauen bei 2,7 pro 100.000 Einwohner (Tabelle 11).

Im Berichtsjahr 2024 wurden die meisten HIV-Erstdiagnosen beim männlichen Geschlecht (n = 31) und beim weiblichen Geschlecht (n = 7) jeweils in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren registriert (Abbildung 8).

Bei den Männern lag 2024 die höchste altersspezifische HIV-Inzidenz mit 14,4 in der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren – gefolgt von den HIV-Inzidenzen bei den 20- bis 24-Jährigen mit 12,8 bzw. bei den 30- bis 39-Jährigen mit 11,9 pro 100.000 Einwohner. Beim weiblichen Geschlecht wurde in 2024 die höchste altersspezifische HIV-Inzidenz mit 5,4 für die Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren sowie mit 4,6 pro 100.000 Einwohner für die 25- bis 29-Jährigen ausgegeben (Tabelle 11, Abbildung 9).

Regionale Verteilung der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen

Für den regionalen Vergleich der HIV-Erstdiagnosen im Freistaat Sachsen, die gemäß dem § 7 Abs. 3 IfSG an das RKI gemeldet wurden, werden unter SurvStat@RKI 2.0 als kleinste strukturelle Einheit die sogenannten Regionen angeboten. Es handelt sich dabei um die regionale Unterteilung in Großstädte und den nicht-großstädtischen Bereich. Im Folgenden werden die drei Großstädte in Sachsen – Leipzig, Dresden und Chemnitz – jeweils als Kreisfreie Städte benannt und das nicht-großstädtische Gebiet entsprechend unter der Bezeichnung „Landkreise“ zusammengefasst.

Von den im Berichtsjahr 2024 in Sachsen insgesamt 125 gemeldeten HIV-Erstdiagnosen wurden die meisten (n = 51) aus Landkreisen des Freistaates registriert, was einem Anteil von 40,8 % entspricht. Bei den drei Kreisfreien Städten Sachsens kamen die meisten HIV-Erstdiagnosen (n = 41) aus Leipzig (32,8 %), gefolgt von 21 HIV-Erstdiagnosen aus Chemnitz (16,8 %) und 12 aus Dresden (9,6 %) (Tabelle 6).

Von den im gesamten Zeitraum von Anfang 2001 bis Ende 2024 aus Sachsen insgesamt registrierten 2.454 HIV-Erstdiagnosen kamen die meisten – mit einem Anteil von 35,8 % – aus der Kreisfreien Stadt Leipzig (n = 879). Die HIV-Erstdiagnosen aus den Landkreisen verzeichneten einen Anteil von 29,3 % (n = 719) und die Kreisfreien Städte Dresden und Chemnitz lagen anteilig bei 22,4 % (n = 550) bzw. 12,5 % (n = 306). (Tabelle 6, Abbildung 10).

Bei Betrachtung des regionalen Verteilungsmusters der im Berichtsjahr insgesamt 154 registrierten HIV-Erstdiagnosen in Sachsen dominierten die Landkreise mit einem Anteil von 75,9 % (n = 51) gegenüber den Meldungen aus den einzelnen Kreisfreien Städten Chemnitz, Leipzig und Dresden. Aus den

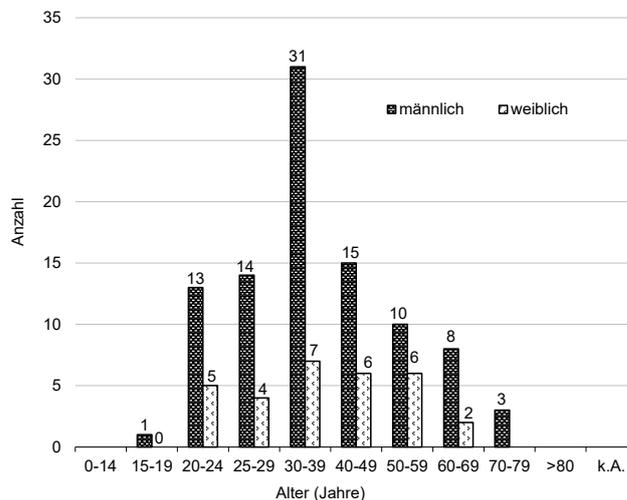


Abbildung 8: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2024

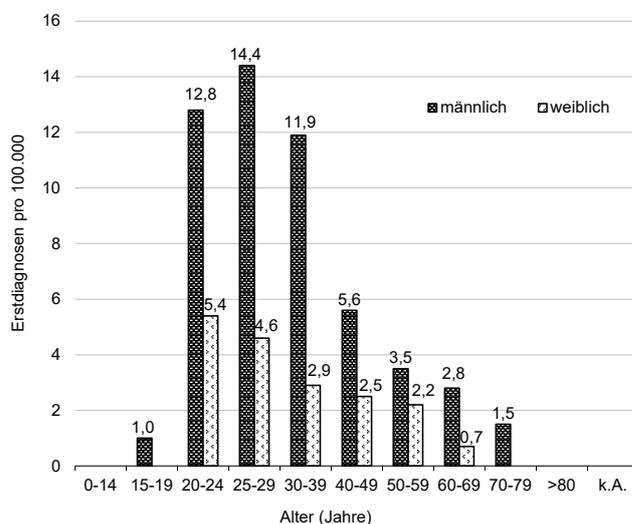


Abbildung 9: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2024 (Darstellung ohne Berücksichtigung des eines Falls mit Geschlechtsangabe „divers“ in 2019)

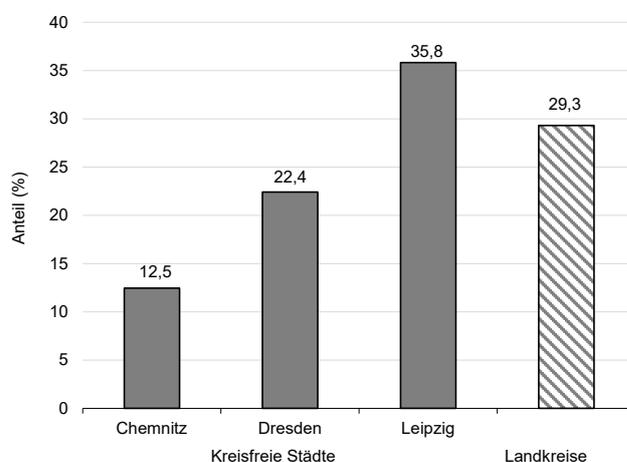


Abbildung 10: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Kreisfreien Städten und Landkreisen, 2001-2024

Kreisfreien Städten wurden in Summe 74 HIV-Meldungen registriert, was einem prozentualen Anteil von 59,2 % entsprach. Im Vorjahr hatte dieser bei 76 % gelegen. Insbesondere verzeichneten die Kreisfreien Städte Leipzig und Dresden mit 41 bzw. 12 HIV-Erstdiagnosen niedrigere Meldezahlen in 2024 als im Vorjahr mit 60 bzw. 38 registrierten Fällen (Abbildung 11).

Eine Auflistung der seit 2001 jährlich bestimmten Inzidenzen von HIV-Erstdiagnosen in ganz Sachsen sowie in den Kreisfreien Städten bzw. in den Landkreisen wird in Tabelle 7 gezeigt.

Im regionalen Vergleich der registrierten HIV-Inzidenzen war der „COVID-19-Effekt“ in den Berichtsjahren 2020/2021 erkennbar (Abbildung 12). Seit 2022 war in den Kreisfreien Städten Chemnitz und Dresden ein deutlicher Anstieg bei den ausgewiesenen Jahresinzidenzen zu verzeichnen, der sich auch im Berichtsjahr fortsetzte. In der Kreisfreien Stadt Chemnitz lag die HIV-Inzidenz dabei mit 8,4 pro 100.000 Einwohner im sächsischen Vergleich am höchsten. Die beiden anderen Kreisfreien Städte Dresden und Leipzig verzeichneten HIV-Inzidenzen von 2,1 bzw. 6,6 und waren damit vergleichsweise niedriger als im Vorjahr ausgefallen (2023: 6,7 bzw. 9,7 pro 100.000 Einwohner). In den Landkreisen setzte sich im Berichtsjahr der seit Jahren beobachtete leichte Anstieg bei den Jahresinzidenzen fort. Mit einer HIV-Inzidenz von 1,9 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2024 wurde dabei ein bisheriger Höchstwert seit 2001 beobachtet.

In Abbildung 13 werden die jährlich bestimmten HIV-Inzidenzen in den drei Regionen Sachsens im zeitlichen Verlauf zwischen 2019 und 2024 sowie im Vergleich zum Jahr 2001 dargestellt. Im Berichtsjahr lag die für den Freistaat Sachsen ausgewiesene Gesamtinzidenz der HIV-Erstdiagnosen bei 3,1 und damit unter dem Vorjahreswert von 3,8 pro 100.000 Einwohner. Wie bereits in den Vorjahren wurde auch wieder im Berichtsjahr die höchste HIV-Inzidenz im regionalen Vergleich für die Region Leipzig mit 5,5 pro 100.000 Einwohner ausgewiesen.

Bei Betrachtung der regionalen HIV-Inzidenzen im gesamten Zeitraum von Anfang 2001 bis Ende 2024 ergibt sich für die Region Leipzig eine durchschnittliche Jahresinzidenz von 4,3 pro 100.000 Einwohner, die über dem sächsischen Durchschnittswert von 2,5 pro 100.000 Einwohner liegt (Tabelle 5). Diese Konstellation war auch in den zurückliegenden Betrachtungszeiträumen zu beobachten.

Infektionsrisiko bei HIV-Infektionen in Sachsen

Bei den aus Sachsen im gesamten Zeitraum von Anfang 2001 bis Ende 2024, wie auch im Berichtsjahr 2024 selbst, lagen für circa 80 % der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg der HIV-Infektion vor.

Im Zeitraum 2001 bis 2024 wurden in Sachsen 58,3 % der HIV-Erstdiagnosen durch gleichgeschlechtliche Kontakte unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), übertragen. Eine HIV-Transmission durch heterosexuelle Kontakte (Hetero) wurde im oben genannten Zeitraum für 17,1 % der HIV-Erstdiagnosen angegeben. Das dritthäufigste Risiko für eine HIV-Infektion war der intravenöse Drogenkonsum (IVDA: intravenous drug abuse) mit einem Anteil von 3,7 % (Tabelle 8, Abbildung 14).

Im Berichtsjahr 2024 wurde in Sachsen das Infektionsrisiko MSM in 44,0 % der HIV-Erstdiagnosen angegeben. Die absolute

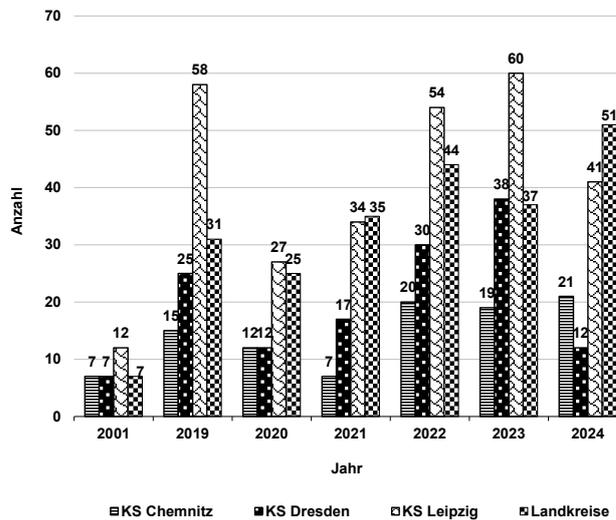


Abbildung 11: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Kreisfreien Städten (KS) und Landkreisen, 2001 und 2019-2024

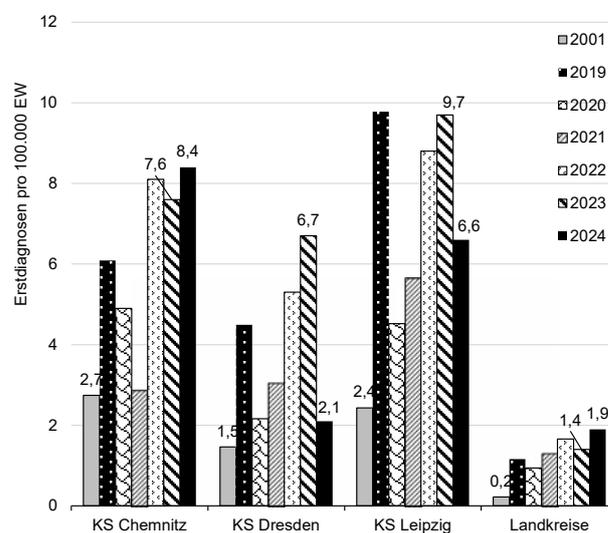


Abbildung 12: Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Kreisfreien Städten (KS) und Landkreisen, 2001 und 2019-2024

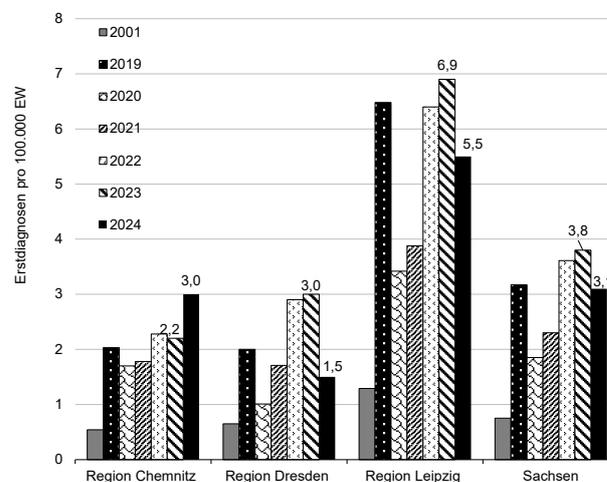


Abbildung 13: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Regionen, 2001 und 2019-2024

Zahl der HIV-Meldungen in dieser Risikogruppe war aber gegenüber dem Vorjahr um 15 von 70 auf 55 gesunken (prozentualer Anteil MSM in 2023: 45,5 %). Der Anteil des Übertragungsrisikos Hetero unter den in 2024 gemeldeten HIV-Diagnosen lag mit 29,6 % (n = 37) höher als im Vorjahr mit 20,1 % (n = 31). Dabei verzeichnete das weibliche Geschlecht einen Anteil von 62,2 % und das männliche Geschlecht machte 37,8 % der Fälle aus. IVDA, als dritthäufigstes Risiko für eine HIV-Transmission in Sachsen, wurde im Berichtsjahr von drei Frauen und drei Männern mit einer HIV-Erstdiagnose angegeben. Dies entsprach einem prozentualen Anteil von 4,8 % (n = 6), der über dem durchschnittlichen Anteil von 3,7 % lag, der für IVDA im gesamten Berichtszeitraum 2001 bis 2024 beobachtet wurde. Im Vorjahr hatten die HIV-Meldezahlen in der Risikogruppe IVDA erstmalig seit 2001 einen Höchstwert erreicht (n = 13) und verzeichneten dadurch einen Anteil von 8,4 % unter den insgesamt in 2023 gemeldeten HIV-Erstdiagnosen (Tabelle 9, Abbildung 15).

Die geografische Verteilung der HIV-Erstdiagnosen im Freistaat Sachsen in den Jahren von 2001 bis 2024 nach wahrscheinlichem Transmissionsweg werden in der Abbildung 16 gezeigt. Jeweils vergleichbare Verteilungsmuster bei den HIV-Risikogruppen MSM, Hetero und IVDA sind zwischen den Kreisfreien Städten Dresden und Leipzig bzw. zwischen der Kreisfreien Stadt Chemnitz und den Landkreisen erkennbar. Die Risikogruppe MSM verzeichnete in der Kreisfreien Stadt Dresden einen Anteil von 68,2 % und in der Kreisfreien Stadt Leipzig von 65,3 %. In der Kreisfreien Stadt Chemnitz, sowie in den Landkreisen wurde dieser Transmissionsweg bei 44,1 % bzw. 48,3 % der HIV-Erstdiagnosen beobachtet. Eine HIV-Übertragung durch heterosexuelle Kontakte wurde mit 20,6 % bzw. 21,0 % am häufigsten in der Kreisfreien Stadt Chemnitz bzw. in Landkreisen registriert. Bei den HIV-Erstdiagnosen in der Kreisfreien Stadt Dresden betrug das Infektionsrisiko Hetero 11,8 % und lag unter dem vergleichbaren Anteil von 15,9 %, der für die Kreisfreie Stadt Leipzig ermittelt wurde.

Bei Betrachtung der wahrscheinlichen HIV-Transmissionswege bei den im Zeitraum von 2001 bis 2024 aus Sachsen gemeldeten HIV-Erstdiagnosen zeigt sich, dass unter den betroffenen Frauen die Risikogruppe Hetero mit 77,9 % am häufigsten vertreten war. Bei den Männern wurden 68,2 % der HIV-Erstdiagnosen dem Transmissionsrisiko MSM und 6,9 % heterosexuellen Kontakten zugeschrieben. Das dritthäufigste HIV-Übertragungsrisiko, IVDA, wurde bei den Frauen in 5,4 % der Meldungen und damit häufiger als von männlichen HIV-Erstdiagnostizierten mit einem IVDA-Anteil von 3,3 % angegeben. Eine prä-/perinatale HIV-Transmission wurde im gesamten Berichtsraum von fünf männlichen und vier weiblichen Personen angezeigt, was einem prozentualen Anteil von 0,2 % bzw. 1,1 % entsprach. Im Berichtsjahr 2019 wurde erstmalig in Sachsen eine HIV-Erstdiagnose für eine Person mit der Geschlechtsangabe „divers“ und dem Transmissionsrisiko MSM registriert (Tabelle 9, Abbildung 17).

AIDS-Erkrankungen

Die Anzahl der Menschen, die in Deutschland bzw. im Freistaat Sachsen mit HIV/AIDS leben, wird am RKI in regelmäßigen Abständen mit Hilfe von Modellrechnungen abgeschätzt und publiziert. Datenquellen für die Schätzungen sind die dem RKI gemäß § 7 Abs.3 IfSG gemeldeten HIV-Erstdiagnosen von Menschen mit Herkunft in Deutschland oder außerhalb Deutschlands, das

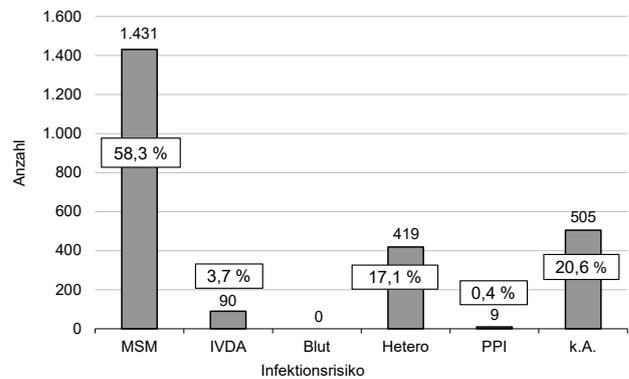


Abbildung 14: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko in den Jahren 2001-2024

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

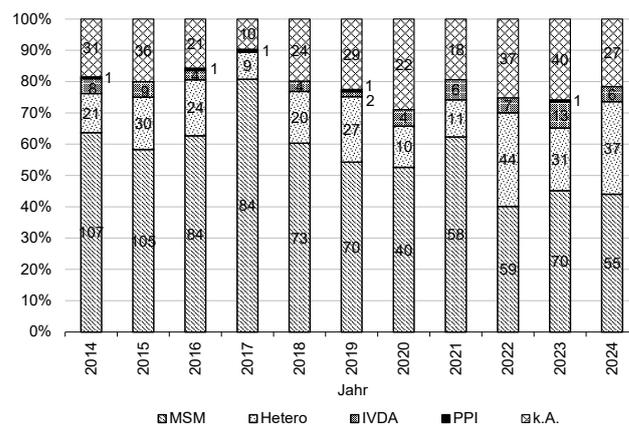


Abbildung 15: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Diagnosejahr, 2014-2024 (Legende siehe Abbildung 14)

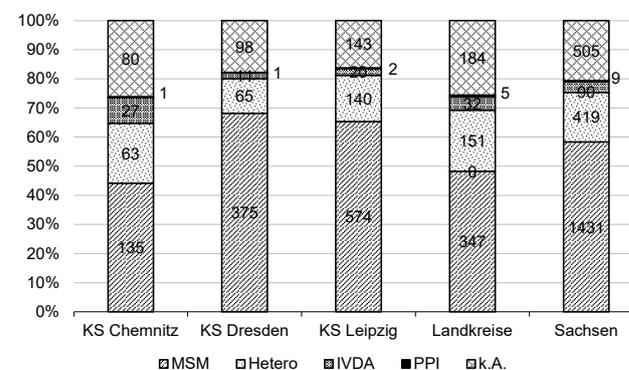


Abbildung 16: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und nach Kreisfreien Städten (KS) und Landkreisen, 2001-2024 (Legende siehe Abbildung 14)

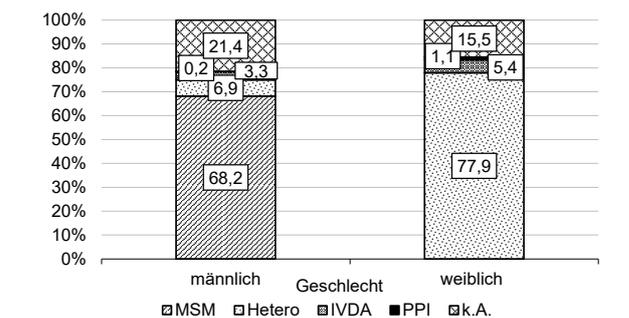


Abbildung 17: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Infektionsrisiko und Geschlecht, 2001-2024 (Darstellung ohne Berücksichtigung eines Falles mit Geschlechtsangabe „divers“) Legende siehe Abbildung 14

AIDS-Fallregister mit AIDS- und HIV-Todesfallberichten, die Todesursachen-Statistik der statistischen Landesämter sowie Daten zu abgerechneten Medikamenten für antiretrovirale Therapien gemäß § 300 Sozialgesetzbuch V.

Es ist nach aktuellen Schätzungen des RKI davon auszugehen, dass Ende 2023 in Deutschland circa 96.700 (91.000-102.200) Menschen mit HIV/AIDS lebten. Die Gesamtzahl von Todesfällen bei Menschen mit HIV in Deutschland seit Beginn der Epidemie (Stand: Ende 2023) wird auf 33.900 (32.900-34.900) und für das Jahr 2023 auf 730 (680-790) geschätzt [4].

Die Zahl der Menschen, die im Jahr 2023 mit HIV/AIDS im Freistaat Sachsen leben, wurde vom RKI auf circa 3.040 (2.860-3.200) geschätzt. Seit Beginn der Epidemie (Stand: Ende 2023) sind in Sachsen vermutlich 290 (270-310) HIV-Infizierte verstorben und im Jahr 2023 werden 15 (10-20) Todesfälle bei Menschen mit HIV vermutet [5].

Zusammenfassung

Im Freistaat Sachsen wurden im Berichtsjahr insgesamt 125 HIV-Erstdiagnosen gestellt. Damit lag die Anzahl der HIV-Erstnachweise in 2024 etwa auf dem Niveau von 2019 (n=129), also vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie, aber circa 10 % unter den Meldezahlen der Vorjahre 2022 und 2023 mit 148 bzw. 154 registrierten HIV-Erstdiagnosen. Die kumulierte Gesamtzahl der HIV-Erstnachweise seit Anfang 2001 bis Ende 2024 betrug zum Berichtszeitpunkt 2.454.

Im Berichtsjahr wurden in den fünf neuen Bundesländern insgesamt 395 HIV-Erstdiagnosen gestellt. Damit fiel die Zahl der HIV-Erstnachweise circa 8 % niedriger als im Vorjahr aus (2023: 429 HIV-Erstdiagnosen). Auch deutschlandweit lag die Zahl der HIV-Erstdiagnosen im Berichtsjahr mit 3.264 Meldungen knapp unter dem Vorjahreswert von 3.332 (Tabelle 12).

Die Jahresinzidenz der HIV-Erstdiagnosen im Freistaat Sachsen in 2024 lag bei 3,1 pro 100.000 Einwohner und damit unter der Jahresinzidenz, die seit 2022 für Deutschland mit 3,9 ausgewiesen wurde.

Im Berichtsjahr lag der prozentuale Anteil der in Sachsen für männliche Personen gestellten HIV-Erstdiagnosen bei 76,0 % und unter dem Durchschnittswert von 85,5 %, der für den gesamten Berichtszeitraum von 2001 bis 2024 bestimmt wurde. Für weibliche Personen wurde in 2024 in 24,0 % der Fälle eine HIV-Erstdiagnose gestellt – bei einem Durchschnittswert von 14,2 % für den gesamten Berichtszeitraum 2001 bis 2024. Das Geschlecht „divers“ wurde bisher in einem Fall im Jahr 2019 und in der Risikogruppe MSM angegeben.

Bei Betrachtung der Altersgruppen unter den HIV-Erstdiagnosen zwischen Anfang 2001 und Ende 2024 waren in Sachsen die 30- bis 39-Jährigen mit circa 34 % am stärksten vertreten. Und in den beiden Altersgruppen der 25- bis 29- und 40- bis 49-Jährigen wurden HIV-Erstdiagnosen mit einem prozentualen Anteil von jeweils circa 19 % gestellt.

Die höchste altersspezifische Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen im gesamten Berichtszeitraum von 2001 bis 2024 zeigte sich in der Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren mit 8,3 pro 100.000 Einwohner. Und im Berichtsjahr 2024 verzeichneten die Altersgruppen

der 20- bis 24-Jährigen und 25- bis 29-Jährigen die höchsten HIV-Inzidenzen mit 9,3 bzw. 9,8, gefolgt von der Jahresinzidenz in der Altersgruppe von 30 bis 39 Jahren mit 7,6 pro 100.000 Einwohner.

Für den gesamten Berichtszeitraum von Anfang 2001 bis Ende 2024 wurde die höchste HIV-Inzidenz unter den Männern in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mit 13,2 pro 100.000 beobachtet. Auch bei den Frauen war diese Altersgruppe mit einer HIV-Inzidenz von 2,7 pro 100.000 vergleichsweise am stärksten vertreten.

Im Berichtsjahr verzeichneten die männlichen HIV-Erstdiagnostizierten in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen die höchste HIV-Inzidenz von 14,4, nachfolgend die der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen mit 12,8 und die der 30- bis 39-Jährigen mit 11,9 pro 100.000 Einwohner. Beim weiblichen Geschlecht dominierten die Jahresinzidenzwerte, die in den beiden Altersgruppen von 20 bis 24 und 25 bis 29 Jahren mit 5,4 bzw. 4,6 pro 100.000 Einwohner bestimmt wurden.

Im gesamten Zeitraum von Anfang 2001 bis Ende 2024 ergibt sich in Sachsen folgendes geografisches Verteilungsmuster der insgesamt registrierten 2.454 HIV-Erstdiagnosen: auf die Kreisfreie Stadt Leipzig entfielen 35,8 %, auf die Kreisfreie Stadt Dresden 22,4 %, auf die Kreisfreie Stadt Chemnitz 12,5 % und auf die Landkreise 29,3 % der HIV-Meldungen am RKI.

Im Berichtsjahr selbst kamen die meisten Erstnachweise von HIV-Infizierten aus den sächsischen Landkreisen – mit einem Anteil von 40,8 %. Unter den drei Kreisfreien Städten verzeichnete Leipzig mit 32,8 % den größten Anteil, gefolgt von Chemnitz mit 16,8 % und Dresden mit 9,6 %.

Die HIV-Inzidenz, die im Berichtsjahr für den gesamten Freistaat Sachsen ermittelt wurde, betrug 3,1 und lag damit unter der Jahresinzidenz von 2023 mit 3,8 pro 100.000 Einwohner. Dabei waren insbesondere die HIV-Inzidenzen, die im Berichtsjahr in den sächsischen Regionen Dresden und Leipzig registriert wurden, gegenüber den vorjährigen Inzidenzwerten niedriger ausgefallen. Die Jahresinzidenz in der Region Dresden sank von 3,0 auf 1,5 und in Leipzig von 6,9 auf 5,5 pro 100.000 Einwohner. In der Region Chemnitz wurde dagegen eine höhere Jahresinzidenz von 3,0 pro 100.000 Einwohner beobachtet, die im Vorjahr bei 2,2 gelegen hatte.

Bei näherer Betrachtung der Inzidenzen der HIV-Erstdiagnosen, die im Berichtsjahr für die einzelnen Kreisfreien Städte in Sachsen ermittelt wurden, zeigte sich für Chemnitz eine Zunahme der HIV-Inzidenz von 7,6 im Jahr 2023 auf 8,4 in 2024. Ebenso lag die Jahresinzidenz von 1,9 pro 100.000 Einwohner, die in 2024 für die Landkreise bestimmt wurde, über dem entsprechenden Vorjahreswert von 1,4 pro 100.000 Einwohner. Vergleichsweise niedrigere HIV-Inzidenzen im Berichtsjahr als im Vorjahr zeigten sich dagegen in den Kreisfreien Städten Leipzig und Dresden. In Leipzig war ein Rückgang der HIV-Inzidenz von 9,7 auf 6,6 und in Dresden von 6,7 auf 2,1 pro 100.000 Einwohner zu beobachten.

Der prozentuale Anteil der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), unter den im Berichtsjahr in Sachsen HIV-Erstdiagnostizierten lag bei 44,0 % und damit nahe am entsprechenden Vorjahreswert von 45,5 %. Das HIV-Infektionsrisiko heterosexueller

Kontakte (Hetero) verzeichnete im Berichtsjahr einen prozentualen Anteil von 29,6 % und war gegenüber dem Vorjahr um 9,5 % höher ausgefallen. Der weibliche Anteil in dieser Risikogruppe betrug 62,2 %. Der Anteil der drittgrößten Risikogruppe für eine HIV-Transmission in Sachsen, die Gruppe der Menschen mit injizierendem Drogengebrauch (IVDA), war im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr von 8,4 % auf 4,8 % gesunken, lag aber noch über dem jährlichen Mittel seit 2001 von 3,7 %. Eine Mutter-Kind-Transmission wurde im Berichtsjahr in Sachsen nicht diagnostiziert.

Bearbeiter: DB Ursula Reif

LUA Dresden

Literatur:

- [1] Epid Bull 2023; 35:3-18, DOI 10.25646/11678
- [2] Epid Bull 2023; 47:9-11, DOI 10.25646/11805
- [3] Epid Bull 2024; 28:3-20, DOI 10.25646/12212.2
- [4] Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Deutschland - Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2023; <http://www.rki.de>
- [5] Epidemiologische Kurzinformation des RKI: HIV/AIDS in Sachsen- Eckdaten der Schätzung, Stand: Ende 2023; <http://www.rki.de>

Anlagen: Tabellen 1 bis 12

Tabelle 1: Ergebnisse der in der LUA Sachsen durchgeführten serologischen Testungen auf HIV-Infektion im Jahr 2024 (bezogen auf positive Seren)

	Chemnitz		Dresden		Leipzig		Gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
1. HIV-Antigen/ Antikörper-Screening-Untersuchungen insgesamt	969	100,0	3.078	100,0	1.532	100,0	5.579	100,0
davon Frauen	295	30,4	994	32,3	403	26,3	1.692	30,3
1.1 davon im Bestätigungstest positiv	12	1,2	12	0,4	20	1,3	44	0,8
davon Frauen	4	0,3	0	0,0	4	0,3	8	0,1
2. anonyme Untersuchungen insgesamt	320	33,0	2.905	94,4	772	50,4	3.947	70,7
2.1 davon im Bestätigungstest positiv	2	0,2	6	0,2	9	0,6	17	0,3
3. Differenzierung nach Einsendern								
3.1 Gesundheitsämter	802	82,8	2.938	95,5	1.387	90,5	5.127	91,9
3.2 Justizvollzugsanstalten/Polizei	128	13,2	119	3,9	124	8,1	371	6,7
3.4 sonstige	39	4,0	21	0,7	21	1,4	81	1,5
4. Differenzierung nach Personengruppen								
4.1 Personen mit häufig wechselnden Partnern	176	18,2	79	2,6	33	2,2	288	5,2
4.2 Asylbewerber	31	3,2	15	0,5	15	1,0	61	1,1
4.3 Hämophile/nach Bluttransfusion/Dialyse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.4 medizinisches Personal	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,0
4.5 ohne Angaben	762	78,6	2.982	96,9	1.484	96,9	5.228	93,7

Tabelle 2: In der LUA Sachsen durchgeführte serologische Testungen auf HIV-Infektion für Sächsische Justizvollzugsanstalten im Jahr 2024

	Anzahl der Untersuchungen	davon positiv im Bestätigungstest
Region Chemnitz	122	1
davon: Chemnitz	50	0
Waldheim	63	0
Zwickau	8	1
Region Dresden	62	3
davon: Bautzen	7	0
Dresden	23	2
Görlitz	30	1
Region Leipzig	124	0
davon: Leipzig JV-Krankenhaus	51	0
Regis-Breitingen	58	0
Torgau	15	0
Gesamt	308	4

Tabelle 3: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Geschlecht
(RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	Geschlecht						divers		Gesamt	
	männlich absolut	männlich %	weiblich absolut	weiblich %	unbekannt absolut	unbekannt %	absolut	%	absolut	%
2001	21	63,6	11	33,3	1	3,0			33	100,0
2002	38	90,5	4	9,5	0	0,0			42	100,0
2003	20	64,5	10	32,3	1	3,2			31	100,0
2004	43	79,6	10	18,5	1	1,9			54	100,0
2005	56	82,4	12	17,6	0	0,0			68	100,0
2006	56	86,2	9	13,8	0	0,0			65	100,0
2007	79	92,9	5	5,9	1	1,2			85	100,0
2008	70	87,5	9	11,3	1	1,3			80	100,0
2009	78	89,7	9	10,3	0	0,0			87	100,0
2010	92	83,6	18	16,4	0	0,0			110	100,0
2011	102	91,1	10	8,9	0	0,0			112	100,0
2012	107	90,7	11	9,3	0	0,0			118	100,0
2013	124	90,5	13	9,5	0	0,0			137	100,0
2014	152	91,0	15	9,0	0	0,0			167	100,0
2015	153	84,5	28	15,5	0	0,0			181	100,0
2016	117	87,3	17	12,7	0	0,0			134	100,0
2017	98	95,1	4	3,9	1	1,0			103	100,0
2018	106	86,9	16	13,1	0	0,0			122	100,0
2019	106	82,2	22	17,1	0	0,0	1	0,8	129	100,0
2020	64	84,2	12	15,8	0	0,0			76	100,0
2021	81	87,1	12	12,9	0	0,0			93	100,0
2022	113	76,4	35	23,6	0	0,0			148	100,0
2023	127	82,5	27	17,5	0	0,0			154	100,0
2024	95	76,0	30	24,0	0	0,0			125	100,0
Gesamt	2.098	85,5	349	14,2	6	0,2	1	0,0	2.454	100,0

Tabelle 4: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Region
(RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	Chemnitz		Region Dresden		Leipzig		Sachsen Gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
2001	9	69,2	11	33,3	13	39,4	33	100,0
2002	10	62,5	16	38,1	16	38,1	42	100,0
2003	9	50,0	4	12,9	18	58,1	31	100,0
2004	9	31,0	16	29,6	29	53,7	54	100,0
2005	19	67,9	21	30,9	28	41,2	68	100,0
2006	20	90,9	23	35,4	22	33,8	65	100,0
2007	27	93,1	29	34,1	29	34,1	85	100,0
2008	13	34,2	29	36,3	38	47,5	80	100,0
2009	24	70,6	29	33,3	34	39,1	87	100,0
2010	17	31,5	39	35,5	54	49,1	110	100,0
2011	24	72,7	55	49,1	33	29,5	112	100,0
2012	31	54,4	30	25,4	57	48,3	118	100,0
2013	42	87,5	47	34,3	48	35,0	137	100,0
2014	57	87,7	45	26,9	65	38,9	167	100,0
2015	50	74,6	64	35,4	67	37,0	181	100,0
2016	39	79,6	46	34,3	49	36,6	134	100,0
2017	23	50,0	34	33,0	46	44,7	103	100,0
2018	24	38,7	36	29,5	62	50,8	122	100,0
2019	29	42,6	32	24,8	68	52,7	129	100,0
2020	24	66,7	16	21,1	36	47,4	76	100,0
2021	25	61,0	27	29,0	41	44,1	93	100,0
2022	32	46,4	47	31,8	69	46,6	148	100,0
2023	31	41,3	48	31,2	75	48,7	154	100,0
2024	42	71,2	24	19,2	59	47,2	125	100,0
Gesamt	630	59,7	768	31,3	1.056	43,0	2.454	100,0

Tabelle 5: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 in Sachsen nach Diagnosejahr und Region (RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	Region			Sachsen Gesamt
	Chemnitz	Dresden	Leipzig	
2001	0,5	0,7	1,3	0,8
2002	0,6	1,0	1,6	1,0
2003	0,6	0,3	1,8	0,7
2004	0,6	1,0	2,9	1,3
2005	1,2	1,3	2,8	1,6
2006	1,3	1,4	2,2	1,5
2007	1,7	1,8	2,9	2,0
2008	0,8	1,8	3,8	1,9
2009	1,6	1,8	3,4	2,1
2010	1,1	2,4	5,4	2,7
2011	1,6	3,4	3,3	2,7
2012	2,1	1,9	5,8	2,9
2013	2,9	3,0	4,9	3,4
2014	3,9	2,8	6,5	4,1
2015	3,4	4,0	6,6	4,4
2016	2,7	2,9	4,8	3,3
2017	1,6	2,1	4,4	2,5
2018	1,7	2,3	5,9	3,0
2019	2,0	2,0	6,5	3,2
2020	1,7	1,0	3,4	1,9
2021	1,8	1,7	3,9	2,3
2022	2,3	2,9	6,4	3,6
2023	2,2	3,0	6,9	3,8
2024	3,0	1,5	5,5	3,1
Gesamt	1,7	1,7	4,3	2,5

Tabelle 6: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und kreisfreie Stadt bzw. Landkreise (RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	kreisfreie Stadt bzw. Landkreise									
	Chemnitz		kreisfreie Stadt Dresden		Leipzig		Landkreise		Gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
2001	7	21,2	7	21,2	12	36,4	7	21,2	33	100,0
2002	4	9,5	12	28,6	13	31,0	13	31,0	42	100,0
2003	3	9,7	1	3,2	12	38,7	15	48,4	31	100,0
2004	4	7,4	13	24,1	27	50,0	10	18,5	54	100,0
2005	7	10,3	13	19,1	27	39,7	21	30,9	68	100,0
2006	7	10,8	16	24,6	18	27,7	24	36,9	65	100,0
2007	10	11,8	19	22,4	23	27,1	33	38,8	85	100,0
2008	4	5,0	21	26,3	32	40,0	23	28,8	80	100,0
2009	10	11,5	18	20,7	31	35,6	28	32,2	87	100,0
2010	7	6,4	29	26,4	45	40,9	29	26,4	110	100,0
2011	11	9,8	37	33,0	30	26,8	34	30,4	112	100,0
2012	15	12,7	22	18,6	45	38,1	36	30,5	118	100,0
2013	27	19,7	36	26,3	39	28,5	35	25,5	137	100,0
2014	31	18,6	35	21,0	59	35,3	42	25,1	167	100,0
2015	27	14,9	47	26,0	59	32,6	48	26,5	181	100,0
2016	23	17,2	36	26,9	41	30,6	34	25,4	134	100,0
2017	9	8,7	24	23,3	42	40,8	28	27,2	103	100,0
2018	6	4,9	30	24,6	50	41,0	36	29,5	122	100,0
2019	15	11,6	25	19,4	58	45,0	31	24,0	129	100,0
2020	12	15,8	12	15,8	27	35,5	25	32,9	76	100,0
2021	7	7,5	17	18,3	34	36,6	35	37,6	93	100,0
2022	20	13,5	30	20,3	54	36,5	44	29,7	148	100,0
2023	19	12,3	38	24,7	60	39,0	37	24,0	154	100,0
2024	21	16,8	12	9,6	41	32,8	51	40,8	125	100,0
Gesamt	306	12,5	550	22,4	879	35,8	719	29,3	2.454	100,0

Tabelle 7: Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 in Sachsen nach Diagnosejahr und kreisfreie Stadt bzw. Landkreise (RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	kreisfreie Stadt				Sachsen Gesamt
	Chemnitz	Dresden	Leipzig	Landkreise	
2001	2,7	1,5	2,4	0,2	0,8
2002	1,6	2,5	2,6	0,4	1,0
2003	1,2	0,2	2,4	0,5	0,7
2004	1,6	2,7	5,4	0,3	1,3
2005	2,8	2,6	5,4	0,7	1,6
2006	2,9	3,2	3,6	0,8	1,5
2007	4,1	3,7	4,5	1,1	2,0
2008	1,6	4,1	6,2	0,8	1,9
2009	4,1	3,5	6,0	1,0	2,1
2010	2,9	5,5	8,6	1,0	2,7
2011	4,5	7,0	5,6	1,2	2,7
2012	6,2	4,2	8,6	1,3	2,9
2013	11,2	6,8	7,3	1,3	3,4
2014	12,7	6,5	10,8	1,5	4,1
2015	10,9	8,6	10,5	1,8	4,4
2016	9,3	6,6	7,2	1,3	3,3
2017	3,7	4,4	7,2	1,0	2,5
2018	2,4	5,4	8,5	1,3	3,0
2019	6,1	4,5	9,8	1,2	3,2
2020	4,9	2,2	4,5	1,0	1,9
2021	2,9	3,1	5,7	1,3	2,3
2022	8,1	5,3	8,8	1,7	3,6
2023	7,6	6,7	9,7	1,4	3,8
2024	8,4	2,1	6,6	1,9	3,1
Gesamt	5,2	4,3	6,7	1,1	2,5

Tabelle 8: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr und Übertragungsweg (RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	Übertragungsweg												Gesamt	
	MSM		IVDA		Blut		Hetero		PPI		k. A.		absolut	%
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%		
2001	8	24,2	1	3,0	0	0,0	17	51,5	1	3,0	6	18,2	33	100,0
2002	21	50,0	2	4,8	0	0,0	9	21,4	0	0,0	10	23,8	42	100,0
2003	12	38,7	0	0,0	0	0,0	13	41,9	0	0,0	6	19,4	31	100,0
2004	34	63,0	2	3,7	0	0,0	9	16,7	1	1,9	8	14,8	54	100,0
2005	45	66,2	1	1,5	0	0,0	14	20,6	0	0,0	8	11,8	68	100,0
2006	34	52,3	3	4,6	0	0,0	8	12,3	0	0,0	20	30,8	65	100,0
2007	55	64,7	4	4,7	0	0,0	8	9,4	1	1,2	17	20,0	85	100,0
2008	52	65,0	0	0,0	0	0,0	9	11,3	0	0,0	19	23,8	80	100,0
2009	64	73,6	2	2,3	0	0,0	10	11,5	0	0,0	11	12,6	87	100,0
2010	63	57,3	3	2,7	0	0,0	16	14,5	0	0,0	28	25,5	110	100,0
2011	78	69,6	2	1,8	0	0,0	15	13,4	0	0,0	17	15,2	112	100,0
2012	72	61,0	5	4,2	0	0,0	12	10,2	1	0,8	28	23,7	118	100,0
2013	87	63,5	2	1,5	0	0,0	15	10,9	1	0,7	32	23,4	137	100,0
2014	107	64,1	8	4,8	0	0,0	21	12,6	0	0,0	31	18,6	167	100,0
2015	105	58,0	9	5,0	0	0,0	30	16,6	1	0,6	36	19,9	181	100,0
2016	84	62,7	4	3,0	0	0,0	24	17,9	1	0,7	21	15,7	134	100,0
2017	84	81,6	0	0,0	0	0,0	9	8,7	0	0,0	10	9,7	103	100,0
2018	73	59,8	4	3,3	0	0,0	20	16,4	1	0,8	24	19,7	122	100,0
2019	71	55,0	2	1,6	0	0,0	27	20,9	0	0,0	29	22,5	129	100,0
2020	40	52,6	4	5,3	0	0,0	10	13,2	0	0,0	22	28,9	76	100,0
2021	58	62,4	6	6,5	0	0,0	11	11,8	0	0,0	18	19,4	93	100,0
2022	59	39,9	7	4,7	0	0,0	44	29,7	1	0,7	37	25,0	148	100,0
2023	70	45,5	13	8,4	0	0,0	31	20,1	0	0,0	40	26,0	154	100,0
2024	55	44,0	6	4,8	0	0,0	37	29,6	0	0,0	27	21,6	125	100,0
Gesamt	1.431	58,3	90	3,7	0	0,0	419	17,1	9	0,4	505	20,6	2.454	100,0

Legende: MSM = Männer, die Sex mit Männern haben
IVDA = intravenöse Drogengebrauch
Blut = Bluttransfusion/Blutprodukte

Hetero = heterosexuelle Kontakte
PPI = prä-/perinatale Infektion
k. A. = keine Angabe

Tabelle 9: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr, Geschlecht und Übertragungsweg (RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	Geschlecht	Infektionsrisikogruppe					k. A.	Gesamt
		MSM	IVDA	Blut	Hetero	PPI		
2001	männlich	8	1	0	6	1	5	21
	weiblich	0	0	0	10	0	1	11
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2002	männlich	21	2	0	5	0	10	38
	weiblich	0	0	0	4	0	0	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2003	männlich	12	0	0	3	0	5	20
	weiblich	0	0	0	9	0	1	10
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2004	männlich	34	2	0	1	0	6	43
	weiblich	0	0	0	7	1	2	10
	unbekannt	0	0	0	1	0	0	1
2005	männlich	45	1	0	3	0	7	56
	weiblich	0	0	0	11	0	1	12
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2006	männlich	34	2	0	2	0	18	56
	weiblich	0	1	0	6	0	2	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2007	männlich	55	3	0	3	1	17	79
	weiblich	0	0	0	5	0	0	5
	unbekannt	0	1	0	0	0	0	1
2008	männlich	52	0	0	5	0	13	70
	weiblich	0	0	0	4	0	5	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	1
2009	männlich	64	2	0	3	0	9	78
	weiblich	0	0	0	7	0	2	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2010	männlich	63	2	0	2	0	25	92
	weiblich	0	1	0	14	0	3	18
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2011	männlich	78	2	0	5	0	17	102
	weiblich	0	0	0	10	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2012	männlich	72	3	0	6	1	25	107
	weiblich	0	2	0	6	0	3	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2013	männlich	87	2	0	7	0	28	124
	weiblich	0	0	0	8	1	4	13
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2014	männlich	107	8	0	9	0	28	152
	weiblich	0	0	0	12	0	3	15
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2015	männlich	105	6	0	10	1	31	153
	weiblich	0	3	0	20	0	5	28
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2016	männlich	84	4	0	8	1	20	117
	weiblich	0	0	0	16	0	1	17
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0

Jahr	Geschlecht	Infektionsrisikogruppe						Gesamt
		MSM	IVDA	Blut	Hetero	PPI	k. A.	
2017	männlich	84	0	0	6	0	8	98
	weiblich	0	0	0	3	0	1	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	1
2018	männlich	73	4	0	7	0	22	106
	weiblich	0	0	0	13	1	2	16
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2019	männlich	70	1	0	8	0	27	106
	weiblich	0	1	0	19	0	2	22
	divers	1	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2020	männlich	40	3	0	0	0	21	64
	weiblich	0	1	0	10	0	1	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2021	männlich	58	6	0	3	0	14	81
	weiblich	0	0	0	8	0	4	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2022	männlich	59	4	0	18	0	32	113
	weiblich	0	3	0	26	1	5	35
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2023	männlich	70	9	0	10	0	38	127
	weiblich	0	4	0	21	0	2	27
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2024	männlich	55	3	0	14	0	23	95
	weiblich	0	3	0	23	0	4	30
	divers	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0
2001 bis 2024	männlich	1.430	70	0	144	5	449	2.098
	weiblich	0	19	0	272	4	54	349
	divers	1	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	1	0	3	0	2	6

Legende s. Tabelle 8

Tabelle 10: HIV-Erstdiagnosen in Sachsen nach Diagnosejahr, Geschlecht und Altersgruppe (RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										Gesamt	
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		k. A.
2001	männlich	1	2	2	6	4	3	2	0	1	0	0	21
	weiblich	0	0	3	1	5	1	0	0	0	0	1	11
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2002	männlich	1	0	4	6	15	10	2	0	0	0	0	38
	weiblich	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2003	männlich	0	0	1	5	9	4	0	1	0	0	0	20
	weiblich	0	0	0	4	4	1	0	1	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										k. A.	Gesamt
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		
2004	männlich	0	1	6	8	13	8	6	0	0	0	1	43
	weiblich	1	0	2	2	3	1	1	0	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2005	männlich	0	0	6	10	24	13	1	1	1	0	0	56
	weiblich	0	1	2	2	5	1	0	1	0	0	0	12
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2006	männlich	2	1	3	15	17	14	3	0	0	0	1	56
	weiblich	0	0	4	4	0	1	0	0	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2007	männlich	1	1	10	14	26	18	7	1	0	0	1	79
	weiblich	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2008	männlich	0	1	8	11	26	18	3	3	0	0	0	70
	weiblich	0	0	2	2	2	2	1	0	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2009	männlich	0	0	8	14	28	22	1	3	1	0	1	78
	weiblich	0	0	3	3	0	3	0	0	0	0	0	9
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	männlich	0	4	22	17	30	11	8	0	0	0	0	92
	weiblich	0	1	3	5	3	3	1	1	1	0	0	18
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2011	männlich	0	3	12	27	25	27	8	0	0	0	0	102
	weiblich	0	0	1	3	2	3	1	0	0	0	0	10
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2012	männlich	1	3	19	28	27	12	12	4	0	0	1	107
	weiblich	0	0	0	5	3	2	1	0	0	0	0	11
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	männlich	0	3	18	21	40	26	13	0	3	0	0	124
	weiblich	1	0	1	5	4	2	0	0	0	0	0	13
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	männlich	0	1	19	41	47	28	15	1	0	0	0	152
	weiblich	0	0	1	3	5	3	1	1	1	0	0	15
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2015	männlich	1	2	18	31	53	23	21	4	0	0	0	153
	weiblich	0	2	2	4	15	5	0	0	0	0	0	28
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2016	männlich	1	1	11	19	39	23	12	10	1	0	0	117
	weiblich	0	1	2	5	1	5	1	2	0	0	0	17
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2017	männlich	0	0	5	28	34	18	8	5	0	0	0	98
	weiblich	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
	unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2018	männlich	0	2	8	25	28	22	17	2	2	0	0	106
	weiblich	1	0	1	5	5	3	0	1	0	0	0	16
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2019	männlich	0	2	14	15	33	18	20	3	1	0	0	106
	weiblich	0	0	1	4	11	3	1	2	0	0	0	22
	divers	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										k. A.	Gesamt
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		
2020	männlich	0	1	5	5	26	11	5	10	1	0	0	64
	weiblich	0	0	1	3	4	1	2	0	1	0	0	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2021	männlich	0	2	12	6	32	15	11	2	1	0	0	81
	weiblich	0	0	1	1	3	5	2	0	0	0	0	12
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2022	männlich	0	0	8	15	45	26	13	4	0	2	0	113
	weiblich	1	0	1	2	17	9	5	0	0	0	0	35
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2023	männlich	0	0	7	17	57	23	7	14	2	0	0	127
	weiblich	0	3	1	1	8	13	0	1	0	0	0	27
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2024	männlich	0	1	13	14	31	15	10	8	3	0	0	95
	weiblich	0	0	5	4	7	6	6	2	0	0	0	30
	divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001-2024	männlich	8	31	239	398	709	408	205	76	17	2	5	2.098
	weiblich	4	10	39	71	110	74	24	13	3	1	0	349
	divers	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	unbekannt	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	6
Gesamt		12	41	278	469	823	485	229	89	20	2	6	2.454

Tabelle 11: Altersspezifische Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 in Sachsen nach Diagnosejahr und Geschlecht (RKI SurvStat, Stand: 01.05.2025/bis Ende Februar 2025)

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

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										Gesamt	
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		k.A.
2007	männlich	0,4	0,9	6,9	9,7	9,7	5,2	2,3	0,4	0,0	0,0		3,8
	weiblich	0,0	1,0	0,8	0,8	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0		0,2
	Gesamt	0,2	1,0	4,0	5,5	5,4	3,0	1,1	0,2	0,0	0,0		2,0
2008	männlich	0,0	1,1	5,6	7,7	9,9	5,3	1,0	1,2	0,0	0,0		3,4
	weiblich	0,0	0,0	1,5	1,6	0,9	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0		0,4
	Gesamt	0,0	0,6	3,7	4,8	5,7	3,2	0,6	0,6	0,0	0,0		1,9
2009	männlich	0,0	0,0	5,7	9,8	10,8	6,5	0,3	1,2	0,5	0,0		3,8
	weiblich	0,0	0,0	2,3	2,4	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0		0,4
	Gesamt	0,0	0,0	4,1	6,3	6,0	3,7	0,2	0,6	0,2	0,0		2,1
2010	männlich	0,0	6,1	16,0	12,0	11,7	3,3	2,5	0,0	0,0	0,0		4,5
	weiblich	0,0	1,6	2,4	4,0	1,3	1,0	0,3	0,4	0,4	0,0		0,9
	Gesamt	0,0	3,9	9,5	8,2	6,9	2,2	1,4	0,2	0,2	0,0		2,7
2011	männlich	0,0	4,7	9,4	19,1	9,8	8,3	2,5	0,0	0,0	0,0		5,0
	weiblich	0,0	0,0	0,9	2,4	0,9	1,0	0,3	0,0	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,0	2,4	5,3	11,2	5,7	4,8	1,4	0,0	0,0	0,0		2,7
2012	männlich	0,4	4,7	17,1	20,2	10,8	4,0	3,9	1,7	0,0	0,0		5,4
	weiblich	0,0	0,0	0,0	4,0	1,4	0,7	0,3	0,0	0,0	0,0		0,5
	Gesamt	0,2	2,4	8,8	12,6	6,4	2,4	2,1	0,8	0,0	0,0		2,9
2013	männlich	0,0	4,4	18,3	15,1	15,6	9,0	4,2	0,0	1,3	0,0		6,3
	weiblich	0,4	0,0	1,1	4,0	1,8	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0		0,6
	Gesamt	0,2	2,3	10,0	9,8	9,1	5,1	2,1	0,0	0,6	0,0		3,4
2014	männlich	0,0	1,4	21,5	29,0	17,9	10,1	4,8	0,4	0,0	0,0		7,7
	weiblich	0,0	0,0	1,2	2,4	2,2	1,2	0,3	0,4	0,3	0,0		0,7
	Gesamt	0,0	0,7	11,7	16,4	10,5	5,9	2,6	0,4	0,2	0,0		4,1
2015	männlich	0,4	2,5	21,7	21,5	19,4	8,6	6,6	1,6	0,0	0,0		7,6
	weiblich	0,0	2,7	2,7	3,1	6,2	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0		1,4
	Gesamt	0,2	2,6	12,8	12,9	13,2	5,5	3,3	0,8	0,0	0,0		4,4
2016	männlich	0,4	1,2	13,6	14,1	14,1	8,9	3,8	3,8	0,5	0,0		5,8
	weiblich	0,0	1,3	2,8	4,2	0,4	2,2	0,3	0,7	0,0	0,0		0,8
	Gesamt	0,2	1,3	8,5	9,4	7,6	5,7	2,1	2,2	0,2	0,0		3,3
2017	männlich	0,0	0,0	6,0	22,9	12,1	7,0	2,5	1,8	0,0	0,0		4,9
	weiblich	0,0	1,3	0,0	0,9	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0		0,2
	Gesamt	0,0	0,6	3,2	12,5	6,4	3,9	1,4	1,1	0,0	0,0		2,5
2018	männlich	0,0	2,3	9,3	22,7	9,9	8,6	5,4	0,7	1,0	0,0		5,3
	weiblich	0,4	0,0	1,3	5,1	2,0	1,3	0,0	0,3	0,0	0,0		0,8
	Gesamt	0,2	1,2	5,5	14,4	6,1	5,2	2,7	0,5	0,5	0,0		3,0
2019	männlich	0,0	2,3	15,6	15,3	11,6	7,1	6,4	1,1	0,5	0,0		5,3
	weiblich	0,0	0,0	1,2	4,5	4,3	1,3	0,3	0,7	0,0	0,0		1,1
	Gesamt	0,0	1,2	8,8	10,2	8,3	4,4	3,4	0,9	0,2	0,0		3,2
2020	männlich	0,0	1,2	5,4	5,7	9,1	4,3	1,6	3,6	0,5	0,0		3,2
	weiblich	0,0	0,0	1,2	3,8	1,6	0,4	0,7	0,0	0,4	0,0		0,6
	Gesamt	0,0	0,6	3,4	4,8	5,5	2,5	1,2	1,7	0,5	0,0		1,9
2021	männlich	0,0	2,3	12,6	6,9	11,6	5,9	3,6	0,7	0,5	0,0		4,1
	weiblich	0,0	0,0	1,2	1,3	1,2	2,2	0,7	0,0	0,0	0,0		0,6
	Gesamt	0,0	1,2	7,1	4,2	6,6	4,2	2,2	0,3	0,2	0,0		2,3

Jahr	Geschlecht	Altersgruppe (Jahre)										Gesamt	
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80		k.A.
2022	männlich	0,0	0,0	8,1	16,3	16,7	10,0	4,4	1,4	0,0	1,4		5,6
	weiblich	0,4	0,0	1,1	2,4	6,8	3,8	1,8	0,0	0,0	0,0		1,7
	Gesamt	0,2	0,0	4,8	9,7	11,9	7,1	3,1	0,7	0,0	0,5		3,6
2023	männlich	0,0	0,0	6,9	17,5	21,8	8,6	2,5	4,9	1,0	0,0		6,3
	weiblich	0,0	3,4	1,1	1,2	3,3	5,4	0,0	0,3	0,0	0,0		1,3
	Gesamt	0,0	1,6	4,1	9,8	12,9	7,1	1,3	2,6	0,5	0,0		3,8
2024	männlich	0,0	1,0	12,8	14,4	11,9	5,6	3,5	2,8	1,5	0,0		4,7
	weiblich	0,0	0,0	5,4	4,6	2,9	2,5	2,2	0,7	0,0	0,0		1,5
	Gesamt	0,0	0,5	9,3	9,8	7,6	4,1	2,9	1,7	0,7	0,0		3,1
2001-2024	männlich	0,1	1,3	8,5	13,2	10,6	5,7	2,8	1,2	0,4	0,1		4,3
	weiblich	0,1	0,5	1,5	2,7	1,9	1,1	0,3	0,2	0,0	0,0		0,7
	Gesamt	0,1	0,9	5,2	8,3	6,5	3,5	1,6	0,7	0,2	0,0		2,5

Tabelle 12: Bestätigte HIV-Antikörperteste in der BRD und den NBL
(RKI SurvStat, Stand: 01.04.2024/bis Ende Januar 2024)

Bundesland	Anzahl der positiven HIV-Bestätigungsteste 01.01.2001-31.12.2024	Anzahl der positiven HIV-Bestätigungsteste 2024	Inzidenz der HIV-Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner 2024
Brandenburg	1.236	77	3,0
Mecklenburg-Vorpommern	959	59	3,6
Sachsen	2.454	125	3,1
Sachsen-Anhalt	1.257	85	3,9
Thüringen	727	49	2,3
NBL gesamt	6.633	395	3,1
Deutschland	69.421	3.265	3,9

Mikrobiologische Qualität frischer und tiefgefrore- ner Kräuter

Einleitung

Frische und tiefgefrorene Kräuter erfreuen sich aufgrund ihrer positiven ernährungsphysiologischen und geschmacksgebenden Eigenschaften immer größerer Beliebtheit. Sie gelten als Ready-to-eat-Produkte, die häufig roh verzehrt und nur selten erhitzt werden. Daraus resultiert ein potentielles Risiko für die Übertragung pathogener Mikroorganismen. Denn anders als bei Lebensmitteln, die einer thermischen Behandlung unterzogen werden, werden eventuell vorhandene Krankheitserreger während der Speisenherstellung nicht abgetötet und beim Verzehr aufgenommen.

Dass Kräuter mit einer Vielzahl von Mikroorganismen, darunter auch relevante Krankheitserreger wie *Salmonella* spp. oder Verotoxin-bildende *Escherichia coli* (VTEC), kontaminiert sein können, zeigen einige dokumentierte Krankheitsausbrüche. So wurde 2007 ein *Salmonella* Senftenberg Ausbruch auf frisches Basilikum zurückgeführt, welches aus Israel importiert wurde. Insgesamt wurden 32 Fälle aus Großbritannien sowie 19 Fälle aus anderen europäischen Ländern und den USA gemeldet (O'Mahony et al. 2008). Zudem führten im April 2024 36 Infektionen mit *Salmonella* Typhimurium in den USA zu einem Rückruf von frischem Basilikum (CDC 2024). Bei einem Ausbruch in Großbritannien im September 2013, der durch Verotoxin-bildende *E. coli* verursacht wurde, konnte Brunnenkresse als Vehikel identifiziert werden (Launders et al. 2013). In Dänemark erkrankten 2006 über 200 Schüler und Lehrer nach dem Verzehr von Nudelsalat mit Pesto an akuter Gastroenteritis, die durch *Salmonella* Anatum und Enterotoxische *E. coli* (ETEC) ausgelöst wurde. Das für die Zubereitung des Pestos verwendete frische Basilikum konnte als Quelle identifiziert werden (Pakalniskiene et al. 2009).

Auch wenn Kräuter durch das Einfrieren länger haltbar gemacht werden, stellt die Kältebehandlung keine effektive Maßnahme zur Inaktivierung von pathogenen Mikroorganismen dar. Vielmehr können diese im gefrorenen Produkt überdauern und nach dem Auftauen weiterhin infektiös bleiben. Modellstudien

zeigen, dass das Einfrieren bei $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ für bis zu 3 Monate die Anzahl der enteralen Viren, wie Hepatitis-A- oder Noroviren, auf gefrorenen Beeren und Kräutern um weniger als eine log-Einheit reduziert. Eine Tiefkühlagerung hat also nur begrenzte Auswirkungen auf das Überleben von pathogenen Mikroorganismen in Lebensmitteln (Butot et al. 2008).

Ziel dieses Beitrags ist es, mikrobiologische Untersuchungsergebnisse frischer und tiefgefrorener Kräuter vorzustellen, die in den Jahren 2024 und 2025 in der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen erhoben wurden. Der Fokus liegt dabei auf der Erfassung der allgemeinen Keimgehalte sowie dem Nachweis von pathogenen Mikroorganismen. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, potenzielle Gesundheitsrisiken besser einzuschätzen und Maßnahmen zur Minimierung ableiten zu können.

Untersuchungsgegenstand und Methoden

Im Zeitraum vom 01.01.2024 bis zum 15.07.2025 wurden insgesamt 65 Proben frischer und tiefgefrorener Kräuter mikrobiologisch untersucht. Die Proben stammten aus zwei unterschiedlichen Erhebungskontexten. Zum einen wurden 15 Proben im Rahmen eines seit 2025 laufenden landesweiten Überwachungsprogramms in Sachsen entnommen. Die Entnahme fand dabei direkt beim Primärerzeuger statt. Zum anderen wurden 50 Proben im Rahmen eines LUA-Schwerpunktprogramms mikrobiologisch mit dem Ziel untersucht, eine Wertesammlung für frische und tiefgefrorene Kräuter anzulegen. Diese Proben stammten sowohl aus dem Einzel- bzw. Großhandel als auch von Primärerzeugern.

Bei den insgesamt 65 Proben handelte es sich um 47 frische und 18 tiefgefrorene Kräuter. Die geografische Herkunft der Proben verteilte sich wie folgt:

- Deutschland (n = 41)
- andere EU-Mitgliedstaaten (Italien, Frankreich, Spanien und Belgien) (n = 14)
- Kenia (n = 1)
- ohne Herkunftsangabe (n = 9)

Im Einzelnen handelte es sich um:

- Petersilie (n = 33)
- Koriander (n = 8)
- Dill (n = 7)
- Schnittlauch (n = 5)
- Basilikum (n = 6)
- Minze (n = 2)
- Schnittknoblauch, Perilla, Zitronenmelisse und eine Kräutermischung „Italienische Kräuter“ (je n = 1).

Eine Übersicht zu den untersuchten Kräuterarten bietet Abbildung 2.



Abbildung 1: Basilikum

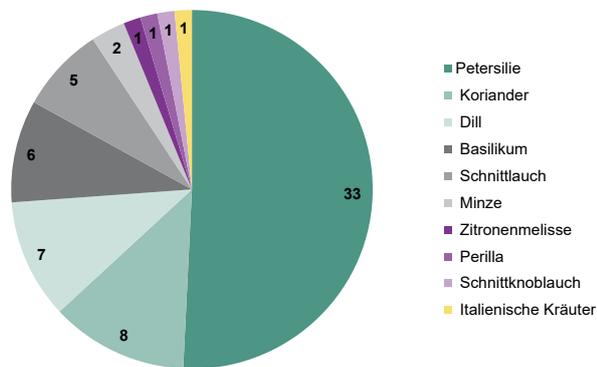


Abbildung 2: Art und Anzahl der mikrobiologisch untersuchten Kräuter 2024/25

Die mikrobiologischen Untersuchungen umfassten je nach Probenart und -kontext unterschiedliche Parameter. Insgesamt wurden folgende Parameter untersucht:

- pathogene Mikroorganismen: *Salmonella* spp., *Listeria monocytogenes*, Verotoxin-bildende *E. coli* (VTEC), *Clostridium perfringens*, präsumtive *Bacillus cereus*
- Hygieneindikatoren und Verderbniserreger: aerobe mesophile Gesamtkeimzahl, Enterobakterien, *E. coli*, Hefen und Schimmelpilze
- Viren: Norovirus (Genogruppe I und II), Hepatitis-A-Virus

Der Umfang der jeweiligen Untersuchung richtete sich nach der Matrix, dem Untersuchungsziel, z. B. Überwachungsprogramm vs. Wertesammlung, sowie der zur Verfügung stehenden Probenmenge. Daher wurden nicht alle Parameter bei jeder Probe untersucht.

Die Untersuchungen erfolgten unter Anwendung der jeweils aktuellen Normverfahren:

- aerobe mesophile Gesamtkeimzahl: DIN EN ISO 4833-2:2022-05
- Enterobakterien: DIN EN ISO 21528-2:2019-05 (Modifikation: Oberflächenbeimpfung)
- *E. coli*: DIN ISO 16649-2:2020-12 (Modifikation: Oberflächenbeimpfung)
- Hefen und Schimmelpilze: DIN EN ISO 21527-1:2008-07
- präsumtive *Bacillus cereus*: DIN EN ISO 7932:2020-11
- *Clostridium perfringens*: DIN EN ISO 7937:2004-11
- *Listeria monocytogenes*: DIN EN ISO 11290-2:2017-09 und DIN EN ISO 11290-1:2017-09 (Modifikation: Screening mit VIDAS Testsystem)
- *Salmonella* spp.: DIN EN ISO 6579-1:2020-08
- Hepatitis-A- und Noroviren: DIN EN ISO 15216-2:2019-12
- Verotoxin-bildende *E. coli*: DIN CEN ISO/TS 13136:2013-04

Gesamtübersicht der mikrobiologischen Untersuchungen

Da nicht jeder mikrobiologische Parameter bei allen 65 Proben bestimmt wurde, beziehen sich die folgenden Ergebnisangaben jeweils auf die Zahl der tatsächlich untersuchten Proben.

Von den 59 Proben, die qualitativ auf *Salmonella* spp. untersucht wurden, war eine Probe tiefgefrorenen Dills, der aus der Küche eines Pflegeheims entnommen wurde, positiv. Das Isolat wurde im Rahmen der weiteren Charakterisierung als *Salmonella enterica* subsp. *enterica* ser. Paratyphi B bestätigt. Verotoxin-bildende *E. coli* wurden in keiner der 55 untersuchten Proben nachgewiesen, ebenso lag *Clostridium perfringens* in allen 4

analysierten Proben unterhalb der Bestimmungsgrenze von 10 KbE/g. In zwei von 18 Proben, die auf präsumtive *Bacillus cereus* untersucht wurden, konnten Keimzahlen über der Bestimmungsgrenze von 10² KbE/g ermittelt werden. Dies betraf mit 7,5 × 10² KbE/g eine Probe frischen Perilla vom Primärerzeuger sowie eine Probe frische Petersilie aus dem Lagerbereich eines Obst- und Gemüsegroßhandels mit 6,5 × 10² KbE/g. Insgesamt wurden 44 Proben qualitativ und quantitativ auf *Listeria monocytogenes* untersucht, wobei nur in einer originalverpackten Probe tiefgefrorenen, gehackten Schnittlauchs der Nachweis in 25 g (<10 KbE/g) festgestellt wurde.

Weiterhin wurden verschiedene Hygieneparameter erhoben. Die aerobe mesophile Gesamtkeimzahl (GKZ) wurde in 28 Proben bestimmt, wobei diese in 7 Fällen unterhalb der Bestimmungsgrenze von 10³ KbE/g lag. In den quantifizierbaren Proben lagen die Ergebnisse zwischen 5,0 × 10⁴ und >1,0 × 10⁹ KbE/g, wobei der Höchstwert in einer frischen, gehackten Petersilie ermittelt wurde. Diese wurde bei einem Obst- und Gemüse verarbeitenden Betrieb entnommen, vorher dort gewaschen, in den Kühlzellen gelagert und erst für die Probenahme verpackt. Enterobakterien wurden in 27 Proben untersucht, 12 davon lagen unterhalb der Bestimmungsgrenze von 10² KbE/g. In den übrigen Proben reichte die Belastung von 4,1 × 10⁴ bis 4,8 × 10⁶ KbE/g. Der Spitzenwert stammte aus einer Schnittlauchprobe, die originalverpackt aus dem Lager eines Obst- und Gemüsegroßhandel entnommen wurde, allerdings aus Kenia importiert wurde. Die quantitative Bestimmung von *E. coli* erfolgte in 44 Proben. Bis auf einen Befund mit 6,5 × 10² KbE/g lagen alle Ergebnisse unterhalb der Bestimmungsgrenze von 10² KbE/g. Die auffällige Probe wies auch den Höchstwert bei der Gesamtkeimzahl auf.

Untersuchungen auf Hefen und Schimmelpilze erfolgten bei 44 Proben, von denen 16 tiefgefroren waren. Hefen waren in 20 Proben quantifizierbar und lagen im Bereich von 8,0 × 10⁴ bis 2,3 × 10⁶ KbE/g. Dabei wurde der höchste Wert in einer Probe frischer, beim Primärerzeuger entnommener Blattpetersilie gemessen. Schimmelpilze wurden in 23 Proben nachgewiesen und lagen zwischen 2,0 × 10³ und 1,4 × 10⁵ KbE/g, ebenfalls mit dem Höchstwert in vorher genannter Probe. Bei den 16 tiefgefrorenen Kräuterproben lagen alle Werte unterhalb der Bestimmungsgrenze von 10² KbE/g.

Bei den virologischen Parametern wurden 14 Proben auf Noroviren (GI/GII) untersucht, allerdings ohne Nachweis. 18 Proben wurden auf Hepatitis A Viren (HAV) getestet. Hier zeigte sich ein Clusterbefund: Die Erstprobe eines frischen Korianders aus einer Gärtnerei war HAV positiv. In einer gezielten Nachbeprobung derselben Gärtnerei wurden weitere 5 Korianderproben untersucht, wovon 3 erneut positiv waren. Insgesamt resultierten damit 4 HAV-positive von 18 untersuchten Proben, wobei diese Zahl aufgrund der Verfolgsuntersuchung nicht als Prävalenzschätzung für den Markt zu werten ist.

Eine zusammenfassende Übersicht der Befundverteilung über alle untersuchten Parameter bietet Tabelle 1.

Die hier dargestellten Ergebnisse stellen lediglich eine Zwischenbilanz dar. Im Rahmen des laufenden Untersuchungsprogramms werden weitere Proben bis zum Jahresende 2025 erwartet und eine Fortführung des Untersuchungsprogramms im Jahr 2026 ist vorgesehen.

Tabelle 1: Übersicht der Befundverteilung über alle untersuchten Parameter

Parameter	n untersucht	n quantifizierbar/ positiv	festgestellter Wert (qualitativ/ quantitativ)	Höchstwert/Matrix (Kurzbeschreibung)
Salmonella spp.	59	1	positiv in 25 g	Tiefkühl-Dill; <i>Salmonella</i> Paratyphi B (Pflegeheim; gehackt)
Listeria monocytogenes	44	1	positiv in 25 g	Tiefkühl-Schnittlauch (Einzelhandel; originalverpackt; gehackt)
Clostridium perfringens	4	0	–	kein Nachweis
VTEC	55	0	–	kein Nachweis
Norovirus GI/GII (RNA)	14	0	–	kein Nachweis
Hepatitis-A-Virus (RNA)	18	4	positiv in 10 g	Koriander + 3 Folgeproben (frisch; Primärerzeuger)
aerobe mesophile Gesamtkeimzahl	28	21	$5,0 \times 10^4$ – $>1,0 \times 10^9$ KBE/g	$>1,0 \times 10^9$ KBE/g in Petersilie (frisch; gehackt; originalverpackt)
Enterobakterien	27	15	$4,1 \times 10^4$ – $4,8 \times 10^6$ KBE/g	$4,8 \times 10^6$ KBE/g in Schnittlauch (originalverpackt; Großhandel)
E. coli	44	1	$6,5 \times 10^2$ KBE/g	Petersilie (frisch; gehackt; originalverpackt)
Präsumtive Bacillus cereus	18	2	$6,5 \times 10^2$ – $7,5 \times 10^2$ KBE/g	Petersilie (frisch; Großhandel)/ Perilla (frisch; Primärerzeuger)
Hefen	44	20	$8,0 \times 10^4$ – $2,3 \times 10^6$ KBE/g	$2,3 \times 10^6$ KBE/g in Blattpetersilie (frisch; Primärerzeuger)
Schimmelpilze	44	23	$2,0 \times 10^3$ – $1,4 \times 10^5$ KBE/g	$1,4 \times 10^5$ KBE/g in Blattpetersilie (frisch; Primärerzeuger)

Diskussion

Die durchgeführten Untersuchungen an frischen sowie tiefgefrorenen Kräutern zeigen eine deutliche Variabilität in deren mikrobiologischer Qualität. Während die Mehrzahl der Proben keine Nachweise für pathogene Mikroorganismen ergab, traten einzelne auffällige Befunde auf, darunter *Salmonella* Paratyphi B in einem tiefgefrorenen Dill sowie Hepatitis-A-Virus RNA in vier Korianderproben. Außerdem wurde *Listeria monocytogenes* qualitativ in einer Probe tiefgefrorenem, gehacktem Schnittlauch nachgewiesen.

Generell ist die Belastung frischer, verzehrfertiger Kräuter mit pathogenen Mikroorganismen aber gering, was auch eine Studie aus Irland bestätigt, bei der über 1.000 Proben verzehrfertiger Kräuter und Salatblätter auf *Salmonella* spp. und *Listeria monocytogenes* untersucht wurden. In nur einer Probe (0,1 %) wurden *Salmonella* spp. und in 2 Proben (0,2 %) *Listeria monocytogenes* (10 KBE/g) nachgewiesen. Außerdem wurden 247 Proben auf VTEC untersucht, jedoch ohne positiven Nachweis (FSAI 2015). Dies stimmt mit unseren Ergebnissen überein, denn alle 55 auf VTEC untersuchten Proben waren negativ.

Präsumtive *Bacillus cereus* als ubiquitär im Boden vorhandene Bakterien werden häufig auf frischen Kräutern nachgewiesen. Becker et al. fanden in 55 von 189 Proben hohe Gehalte an *Bacillus cereus* (>3 log KBE/g), das entspricht 73,3 %. Bei uns waren jedoch nur in 2 von 18 untersuchten Proben präsumtive *Bacillus cereus* mit Werten von $6,5 \times 10^2$ und $7,5 \times 10^2$ KBE/g nachweisbar.

Die Werte für die aerobe mesophile Gesamtkeimzahl, Enterobakterien und *E. coli* wiesen, ähnlich wie in anderen Studien, eine große Spannweite auf. Unsere Messwerte (GKZ bis $>10^9$ KBE/g; Enterobakterien bis $4,8 \times 10^6$ KBE/g) liegen damit im Bereich der Werte, die auch in anderen Publikationen für frische Kräuter in Deutschland dokumentiert wurden. In einer Studie von Becker et al. (2019) wurden 189 Proben von Salaten und frischen Kräutern aus dem Einzelhandel mikrobiolo-

gisch untersucht, wobei die aerobe mesophile Gesamtkeimzahl zwischen 5,5–9,6 log KBE/g lag. Der Gehalt an Enterobakterien bewegte sich im Bereich zwischen 5,0–9,2 log KBE/g. Zusätzlich wurde *E. coli* in 33 % der Kräuterproben nachgewiesen. Auch Gekenidis et al. (2017) berichteten über Ausgangskeimgehalte von $>10^6$ KBE/g auf Basilikum, Thymian und Majoran, wobei Enterobakterien, *Pseudomonas* spp. und präsumptive *Bacillus cereus* die dominanten Mikroorganismen waren. *E. coli* wurde nur bei jungen Pflanzen in niedriger Konzentration (5×10^1 – 5×10^2 KBE/g) gefunden. Ähnliche Tendenzen fanden sich zudem in internationalen Untersuchungen, etwa bei García et al. (2001), welche die mikrobiologische Qualität verschiedener Kräuter- und Gewürzproben von mexikanischen Märkten untersuchten. Im Durchschnitt lagen die Keimgehalte hier zwischen 10^5 und 10^7 KBE/g. Diese Untersuchungen bestätigen, dass eine hohe aerobe mesophile Gesamtkeimzahl sowie das Vorkommen von Enterobakterien und *E. coli* auf frischen Kräutern nicht ungewöhnlich sind.

Hefen und Schimmelpilze sind primär Qualitäts- und Hygieneindikatoren, können aber indirekt die Lebensmittelsicherheit beeinflussen, insbesondere durch Verderb bzw. verkürzte Haltbarkeit der Produkte. Sie waren in etwa der Hälfte der 44 untersuchten Proben mit Höchstgehalten von $2,3 \times 10^6$ bzw. $1,4 \times 10^5$ KBE/g in frischer Blattpetersilie nachweisbar. Monitoringergebnisse des Chemisches- und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart belegen, dass sowohl frische als auch tiefgefrorene Kräuter teilweise hohe Hefe- und Schimmelpilzbelastungen aufweisen können. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass es bislang keine spezifischen DGHM-Richtwerte für frische oder tiefgefrorene Kräuter gibt, sondern nur für getrocknete Kräuter. Auch außereuropäische Untersuchungen (Iran) an verzehrfertigen Kräutermischungen zeigen in einem Großteil der Proben Hefe- und Schimmelpilzbelastungen um 10^5 – 10^6 KBE/g (Najafi 2012).

Die deutliche Streuung bei der aeroben mesophilen Gesamtkeimzahl, Enterobakterien sowie Hefen und Schimmelpilzen

deutet auf ausgeprägte Unterschiede bei den Anbau-, Ernte-, Verarbeitungs- und Lagerungsbedingungen der Proben hin. Die bisherigen Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass Kräuter trotz größter Sorgfalt bei der Verarbeitung ein mikrobiologisches Risiko für den Menschen darstellen können – insbesondere, wenn sie roh verzehrt werden.

Verunreinigtes Saat- oder Pflanzgut (Uyttendaele et al. 2015), die Nutzung von organischen Düngemitteln wie Klärschlamm, Gülle oder anderen tierischen Nebenprodukten sowie kontaminiertes Wasser für die Bewässerung gelten als bedeutende Quellen mikrobieller Kontamination. So kann die Bewässerung mit Oberflächenwasser oder der Einsatz anderer, nicht aufbereiteter Wasserquellen die Wahrscheinlichkeit mikrobieller Verunreinigungen stark erhöhen. (Olaimat & Holley 2012; Alegbeleye 2018). Neben dem zur Bewässerung verwendeten Wasser muss hier auch das Wasser berücksichtigt werden, welches zum Verdünnen von Düng- und Pflanzenschutzmitteln sowie Pestiziden verwendet wird. Viele Studien haben gezeigt, dass Pestizide, die für den Gebrauch verdünnt werden, Krankheitserreger nicht hemmen oder sogar deren Überleben bzw. deren Vermehrung ermöglichen. (Guan et al. 2005; Ng et al. 2005)

Generell kann die mikrobiologische Qualität frischer und tiefgefrorener Kräuter entlang der gesamten Produktions- und Verarbeitungskette beeinträchtigt werden. Dabei unterscheidet man im Wesentlichen 2 Phasen, in denen eine Kontamination stattfinden kann. Einerseits vor und während der Ernte (Boden, Bewässerung), andererseits nach der Ernte (Verarbeitung, Transport, Haushalt).

Eine Zusammenfassung der möglichen Kontaminationsrisiken verschiedener Bewässerungssysteme beinhaltet Tabelle 2.

Auch nach der Ernte bleibt das Risiko einer mikrobiellen Kontamination weiterhin bestehen. Ein wesentlicher Punkt ist die Handhabung der Produkte während der Lagerung, dem Transport oder der Verarbeitung. Hier können hygienische Mängel in der Umgebung, unsauberes Prozess- oder Waschwasser und unzureichende Personalhygiene der Erntehelfer bzw. des Personals zu einer sekundären Verunreinigung führen (Olaimat & Holley 2012; Alegbeleye et al. 2018). Laut Berger et al. (2010) lässt sich der überwiegende Teil der dokumentierten Norovirus- und

Hepatitis-A-Ausbrüche auf eine Übertragung durch die Hände infizierter Mitarbeiter zurückführen. Auch unsaubere Ernte- und Verarbeitungsgeräte, Transportbehälter und Transportfahrzeuge stellen mögliche Kontaminationsquellen dar. (Olaimat & Holley 2012)

Nicht zuletzt kann auch der Verbraucher selbst Einfluss auf den mikrobiologischen Status nehmen. So reduziert ausreichendes Waschen der Kräuter vor dem Verzehr die mikrobiologische Belastung maßgeblich. Die Einhaltung der erforderlichen Aufbewahrungsbedingungen sorgt zudem dafür, eine mögliche Vermehrung der Keime weitgehend zu minimieren.

Olaimat et al. (2017) betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung einer effektiven Aufklärung der Verbraucher, aber auch der Erntehelfer im Umgang mit frischen Produkten, um das Infektionsrisiko zu reduzieren.

Fazit und Ausblick

Die vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass Kräuter durchaus ein potentielles Risiko für die menschliche Gesundheit darstellen können. Dies ist trotz zumeist nur geringer Kontaminationsraten mit pathogenen Mikroorganismen in ihrer vielfachen Verwendung im Haushalt der Verbraucher ohne vorherige Erhitzung begründet. Eine entsprechende Aufklärung der Verbraucher zu möglichen Ursachen und deren Vermeidung wird als geboten gesehen.

Die Fortsetzung und Erweiterung des Programms um die Untersuchung von Bewässerungswasser mit *E. coli* als Indikatorkeim ist vorgesehen. Dies ist ein sinnvoller Schritt, um potenzielle Kontaminationsquellen besser zu identifizieren und das Risiko mikrobieller Belastung frühzeitig zu minimieren. Bei zukünftigen Untersuchungen sollen saisonale Schwankungen berücksichtigt werden und virologische Untersuchungen, insbesondere auf Hepatitis-A- und Noroviren, fester Bestandteil des Monitorings werden.

Literatur bei der Verfasserin.

Bearbeiterin: Juliane Rieger

LUA Chemnitz

Tabelle 2: Mögliche Kontaminationsquellen verschiedener Bewässerungssysteme

Bewässerungsmethode	Beschreibung	Kontaminationsrisiko	Bemerkungen
Gießkannen-/Eimerbewässerung	Manuelle Bewässerung mit Behältern (Gießkanne, Eimer) direkt an der Pflanzenbasis	Hoch (bei kontaminiertem Wasser)	Häufig in kleinbäuerlichen Betrieben oder in Entwicklungsländern verwendet; einfache Umsetzung
Oberflächenbewässerung (Flooding)	Anbaufläche wird vollständig mit Wasser überflutet	Hoch	Geringe Kontrolle über Wassermenge und -verteilung; Bodenkontaminaten können verbreitet werden
Kanal-/Furchenbewässerung	Wasser fließt durch Gräben oder Furchen zwischen den Pflanzenreihen	Mittel bis hoch (abhängig von Wasserqualität)	Risiko von Bodenerosion; Ausbreitung von Pathogenen über die Wasserführung
Sprinkler-/Überkopfbewässerung	Wasser wird über Düsen fein zerstäubt und von oben auf den Pflanzen verteilt	Sehr hoch	direkter Kontakt mit essbaren Pflanzenteilen; Aerosolbildung kann pathogene Keime verbreiten
Tröpfchenbewässerung	Wasser wird gezielt über Schläuche und Tropfer direkt an die Wurzelzone abgegeben	Gering	Sehr effizient; hygienisch vorteilhaft
Unterirdische Bewässerung	Wasser wird über unterirdische Leitungen direkt ins Wurzelumfeld geleitet	Sehr gering	keine direkte Pflanzenbenetzung; aufwändige Technik

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB

2. Quartal 2025

1. Europäisches Recht

- 1.1 Verordnung (EU) 2025/651 der Kommission vom 2. April 2025 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 hinsichtlich der Verwendung von Mono- und Diglyceriden von Speisefettsäuren (E 471) und von Carnaubawachs (E 903) als Überzugmittel auf bestimmtem frischem Obst und Cassavas sowie von Lecithinen (E 322) und von Speisefettsäuren (E 570) als Trägerstoffe in Überzugmitteln für Cassavas (ABl. L vom 03.04.2025)
- 1.2 Verordnung (EU) 2025/652 der Kommission vom 2. April 2025 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates und der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 der Kommission hinsichtlich der Verwendung von durch Fermentation unter Verwendung von *Yarrowia lipolytica* hergestellten Steviolglycosiden (ABl. L vom 03.04.2025)
- 1.3 Verordnung (EU) 2025/666 der Kommission vom 4. April 2025 zur Änderung der Anhänge II und III der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Natrium-Carboxymethylcellulose, Cellulosegummi (E 466) und des Anhangs der Verordnung (EU) Nr. 231/2012 der Kommission hinsichtlich Spezifikationen für Cellulose (E 460), Methylcellulose (E 461), Ethylcellulose (E 462), Hydroxypropylcellulose (E 463), Hydroxypropylmethylcellulose (E 464), Ethylmethylcellulose (E 465), Natrium-Carboxymethylcellulose, Cellulosegummi (E 466), vernetzte Carboxymethylcellulose, modifizierter Cellulosegummi (E 468) und enzymatisch hydrolysierte Carboxymethylcellulose (E 469) (ABl. L vom 07.04.2025)
- 1.4 Durchführungsverordnung (EU) 2025/682 der Kommission vom 8. April 2025 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 hinsichtlich der Spezifikationen des neuartigen Lebensmittels „Pulver aus teilweise entfetteten Samen von *Brassica rapa* L. und *Brassica napus* L.“ (ABl. L vom 09.04.2025)
- 1.5 Durchführungsverordnung (EU) 2025/688 der Kommission vom 9. April 2025 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 im Hinblick auf die Bedingungen für die Verwendung des neuartigen Lebensmittels *Schizochytrium* sp. (FCC-3204)-Öl (ABl. L vom 10.04.2025)
- 1.6 Durchführungsverordnung (EU) 2025/691 der Kommission vom 9. April 2025 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von Vitamin-D2-Pilzpulver als neuartiges Lebensmittel und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. L vom 10.04.2025)
- 1.7 Durchführungsbeschluss (EU) 2025/692 der Kommission vom 9. April 2025 zur Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais MON 94804 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(2025) 2116) (ABl. L vom 11.04.2025)
- 1.8 Durchführungsbeschluss (EU) 2025/694 der Kommission vom 9. April 2025 zur Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais MON 95275 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(2025) 2115) (ABl. L vom 11.04.2025)
- 1.9 Durchführungsbeschluss (EU) 2025/699 der Kommission vom 9. April 2025 über die Zulassung des Inverkehrbringens von Erzeugnissen, die genetisch veränderten Mais DP910521 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(2025) 2114) (ABl. L vom 11.04.2025)
- 1.10 Durchführungsverordnung (EU) 2025/801 der Kommission vom 14. April 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Aguacate de Canarias“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 22.04.2025)
- 1.11 Durchführungsverordnung (EU) 2025/854 der Kommission vom 7. Mai 2025 über ein mehrjähriges koordiniertes Kontrollprogramm der Union für 2026, 2027 und 2028 zur Gewährleistung der Einhaltung der Höchstgehalte an Pestizidrückständen und zur Bewertung der Verbraucherexposition gegenüber Pestizidrückständen in und auf Lebensmitteln pflanzlichen und tierischen Ursprungs sowie zur Aufhebung der Durchführungsverordnung (EU) 2024/989 (ABl. L vom 08.05.2025)
- 1.12 Verordnung (EU) 2025/877 der Kommission vom 12. Mai 2025 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung bestimmter als karzinogen, mutagen oder reproduktionstoxisch eingestufte Stoffe in kosmetischen Mitteln (ABl. L vom 13.05.2025)
- 1.13 Durchführungsverordnung (EU) 2025/888 der Kommission vom 15. Mai 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Pastel de feijão de Torres Vedras“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 16.05.2025)
- 1.14 Durchführungsverordnung (EU) 2025/955 der Kommission vom 22. Mai 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Savolainen mustikkakukko“ (g.g.A.) in das Unionsregis-

- ter der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 23.05.2025)
- 1.15 Durchführungsverordnung (EU) 2025/956 der Kommission vom 22. Mai 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Sal de Rio Maior/Flor de Sal de Rio Maior“ (g.U.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 23.05.2025)
- 1.16 Durchführungsverordnung (EU) 2025/973 der Kommission vom 23. Mai 2025 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 26.05.2025)
- 1.17 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1013 der Kommission vom 26. Mai 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Erzincan Tulum Peyniri“ (g.U.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 27.05.2025)
- 1.18 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1020 der Kommission vom 26. Mai 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Pérail“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 27.05.2025)
- 1.19 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1022 der Kommission vom 26. Mai 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Miel de Asturias“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 27.05.2025)
- 1.20 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1066 der Kommission vom 28. Mai 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Aydın Çam Fıstığı“ (g.U.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 02.06.2025)
- 1.21 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1068 der Kommission vom 28. Mai 2025 zur Eintragung der garantiert traditionellen Spezialität „Pulpo Seco de Adra“ (g.t.S.) in das Unionsregister der garantiert traditionellen Spezialitäten gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 02.06.2025)
- 1.22 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1084 der Kommission vom 2. Juni 2025 zur Eintragung eines Namens in das Unionsregister der geografischen Angaben – „Странджански билков чай/Strandzhanski bilkov chay“ (g.U.) (ABl. L vom 03.06.2025)
- 1.23 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1086 der Kommission vom 2. Juni 2025 zur Genehmigung einer Unionsänderung der Produktspezifikation der geschützten Ursprungsbezeichnung „Fiano di Avellino“ gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 03.06.2025)
- 1.24 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1087 der Kommission vom 2. Juni 2025 zur Genehmigung einer Unionsänderung der Produktspezifikation der geschützten geografischen Angabe „Chosco de Tineo“ gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 03.06.2025)
- 1.25 Verordnung (EU) 2025/1101 der Kommission vom 3. Juni 2025 zur Änderung der Verordnung (EU) 2018/782 betreffend die Bewertung der Rückstandshöchstmengen für nicht chemikalienähnliche Stoffe biologischen Ursprungs durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (ABl. L vom 04.06.2025)
- 1.26 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1102 der Kommission vom 3. Juni 2025 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 in Bezug auf nicht chemikalienähnliche Stoffe biologischen Ursprungs (ABl. L vom 04.06.2025)
- 1.27 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1105 der Kommission vom 3. Juni 2025 zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 37/2010 in Bezug auf die Einstufung des Stoffs Ketoprofen hinsichtlich seiner Rückstandshöchstmenge in Lebensmitteln tierischen Ursprungs (ABl. L vom 04.06.2025)
- 1.28 Verordnung (EU) 2025/1112 der Kommission vom 4. Juni 2025 zur Änderung von Anhang I der Verordnung (EG) Nr. 1334/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Aufnahme von Naringenin und 2-Methyl-1-(2-(5-(p-tolyl)-1H-imidazol-2-yl)piperidin-1-yl)butan-1-on in die Unionsliste der Aromen (ABl. L vom 05.06.2025)
- 1.29 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1128 der Kommission vom 6. Juni 2025 zur Genehmigung einer nicht geringfügigen Änderung der Produktspezifikation der geschützten geografischen Angabe „Ail rose de Lautrec“ gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 10.06.2025)
- 1.30 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1136 der Kommission vom 10. Juni 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Afyon Pastırması“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 11.06.2025)
- 1.31 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1149 der Kommission vom 11. Juni 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Afyon Sucuğu“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 12.06.2025)
- 1.32 Verordnung (EU) 2025/1150 der Kommission vom 11. Juni 2025 zur Änderung des Anhangs III der Verordnung (EG) Nr. 1333/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Verwendung von Natriumascorbat (E 301)

in Vitamin-A-Präparaten, die für Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung bestimmt sind (ABl. L vom 12.06.2025)

1.33 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1154 der Kommission vom 11. Juni 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Caralhotas de Almeirim“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 12.06.2025)

1.34 Verordnung (EU) 2025/1163 der Kommission vom 13. Juni 2025 zur Änderung der Anhänge II, III und V der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Rückstandshöchstgehalte für Chlorpropham, Fuberidazol, Ipconazol, Methoxyfenozid, S-Metolachlor und Triflusalufuron in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L vom 16.06.2025)

1.35 Verordnung (EU) 2025/1164 der Kommission vom 13. Juni 2025 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 Cyantraniliprol, Cyflumetofen, Deltamethrin, Mefentrifluconazol, Mepiquat und Oxathiapiprolin in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L vom 16.06.2025)

1.36 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1183 der Kommission vom 17. Juni 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Spišský šípkový lekvár“ (g.U.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 18.06.2025)

1.37 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1188 der Kommission vom 18. Juni 2025 zur Genehmigung einer Unionsänderung der Produktspezifikation der garantiert traditionellen Spezialität „Spišské párky“ (g.t.S.) (ABl. L vom 19.06.2025)

1.38 Verordnung (EU) 2025/1212 der Kommission vom 24. Juni 2025 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EG) Nr. 396/2005 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der Höchstgehalte an Rückständen von Acetamidiprid in oder auf bestimmten Erzeugnissen (ABl. L vom 31.07.2025)

1.39 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1245 der Kommission vom 18. Juni 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Antep Fıstık Ezmesi/Antepfıstığı Ezmesi/Gaziantep Fıstık Ezmesi“ (g.g.A.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 25.06.2025)

1.40 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1249 der Kommission vom 18. Juni 2025 zur Eintragung der geografischen Angabe „Kaffeost“ (g.U.) in das Unionsregister der geografischen Angaben gemäß der Verordnung (EU) 2024/1143 des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. L vom 25.06.2025)

1.41 Durchführungsverordnung (EU) 2025/1263 der Kommission vom 30. Juni 2025 zur Genehmigung des Inverkehrbringens von gerösteten Samen von *Dipteryx alata* Vogel (Baru-Nuss) als traditionelles Lebensmittel aus einem Drittland und zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2017/2470 (ABl. L vom 01.07.2025)

2. Nationales Recht

keine Eintragungen

Bearbeiter: Dr. Thomas Frenzel

LUA Dresden

Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse

2. Quartal 2025

Zahl der bearbeiteten Beschwerdeproben: 23
davon beanstandet: 8

Probenbezeichnung	Beschwerdegrund	Beurteilung
Trauben, hell	unmittelbar nach dem Verzehr chemisches, prickelndes Mundgefühl, Geschmack nach Linolium, Mundgefühl anhaltend, später Übelkeit, Erbrechen	Geruch deutlich abweichend chemisch, Geschmack abweichend chemisch, pelziges Mundgefühl deutlich nachhängend, nicht zum Verzehr geeignet nach Art. 14 Abs. 2 b) VO (EG) Nr. 178/2002
„Express Reis“ und „Süß-scharfe Sauce“	Metallspan im Essen festgestellt	ca. 1,5 cm langes, dünnes, festes, spitzes Stück eines Metalldrahts festgestellt, gesundheitsschädlich nach Artikel 14 Abs. 2 a) VO (EG) Nr. 178/2002
2 Einsendungen Bio Cashewmus Himbeere	Erkrankung (Fieber, Durchfall)	Salmonella Infantis; gesundheitsschädlich gemäß Artikel 14 Absatz 2 a) VO (EG) Nr. 178/2002.
Salat mit Thunfisch aus Salatbar	Angeschwollene Lippen und Kribbeln auf der Zunge nach Verzehr	Sehr hoher Histamingehalt – gesundheitsschädlich gemäß Art. 14 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 a) VO (EG) 178/2002) wegen abweichender Sensorik (im Geruch) und Nachweis hoher Gehalte von Enterobakterien und Milchsäurebakterien nicht sicher und nicht zum Verzehr geeignet gemäß Art. 14 Abs. 2 b) in Verbindung mit Art 14 Abs. 5 VO (EG) Nr. 178/2002)
Waffelplatte	Beschichtung löst sich nach wenigen Gebrauch	Ungenügende Stabilität der Beschichtung. Ablösen der Beschichtung auch an Flächen, die kaum einer direkten mechanischen Beanspruchung durch den Verbraucher unterliegen. Zweifel an der Herstellung in Übereinstimmung mit den allgemeinen Regeln für gute Herstellungspraxis gemäß Artikel 4 i. V. m. den Artikeln 5, 6, und 7 der VO (EG) Nr. 2023/2006
Chorizo Picante, angebrochene Verpackung	Verdacht auf Fremdkörper	Aufgrund des Vorhandenseins eines Fremdkörpers (blaue Plastikfolie) nicht zum Verzehr geeignet und damit nicht sicher gemäß Art. 14 Abs. 2 b) in Verbindung mit Art. 14 Abs. 5 VO (EG) Nr. 178/2002)
SB Kräuterbuttersteak aus Schweinenacken	Kräuterbutter nicht auf Kennzeichnung ausgewiesen	irreführend gemäß Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe a) LMIV i.V.m. § 11 Absatz 1 Nummer 1 LFGB

Bearbeiter: Abteilung 5

LUA Chemnitz

BSE-Untersuchungen 2. Quartal 2025

Tierart	TKBA / ZNS / Kohorte *	Lebensmittel	Notschlachtung	Gesamt
Alpaka	1	0	0	1
Moschustier	1	0	0	1
Pudu	1	0	0	1
Rentier	1	0	0	1
Rind	2.110	0	11	2.122
Schaf	97	41	0	138
Yak	1	0	0	1
Ziege	22	3	0	25
Gesamt	2.234	44	11	2.290

* Tierkörperbeseitigung, Zentrale Nervensystem-Störungen, Kohortenschlachtungen

Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2025

	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig	Landesdirektion Sachsen
Fuchs	8	2	6	16
Marderhund	0	0	0	0
Waschbär	4	3	4	11
Gesamtzahl der Proben	12	5	10	27
Untersuchungsergebnisse				
negativ	11	5	10	26
ungeeignet	1	0	0	1
positiv	0	0	0	0

Die Aufstellung der positiven Tollwutbefunde entfällt.

Bearbeiter: SG IT

LUA Dresden

Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 2. Quartal 2025

Tabelle 1: Untersuchungen und Nachweise im Überblick

Untersuchungen	untersuchte Anzahl	Salmonellennachweise	Serotypen (geordnet nach Nachweishäufigkeit)
Kotproben	1.202	60	S. Typhimurium var. Cop., S. Enteritidis, S. enterica ssp. IIIb, S. Typhimurium, S. enterica ssp. II, S. Infantis, S. Derby, S. Oranienburg, S. Brandenburg, S. Bovismorbificans, S. Stanleyville, S. enterica ssp. IIIa, S. Kottbus, S. Give
Sektionsmaterial	477	19	S. Typhimurium, S. enterica ssp. IIIb, S. Typhimurium var. Cop., S. Kottbus, S. Dublin, S. Serogr. B, S. Enteritidis, S. Bovismorbificans
Untersuchung nach Hühner-Salmonellen-VO	0	0	
Umgebungstupfer	15	0	
Futtermittel	41	0	
Bakteriologische Fleischuntersuchungen	4	0	
Lebensmittel tierischer Herkunft	0	0	
Lebensmittel nicht-tierischer Herkunft	0	0	
Hygienekontrolltupfer - Lebensmittel	0	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	264	20	59	2	31	1	35	2	10	1	13	1
Schwein	0	0	20	0	5	1	22	4	2	0	9	0
Schaf	5	0	11	2	11	5	21	3	1	1	6	0
Ziege	1	0	4	0	9	0	6	0	0	0	3	0
Pferd	15	0	7	0	9	0	4	0	62	9	0	0
Huhn	0	0	14	0	10	0	19	0	1	0	8	0
Taube	5	1	5	2	51	1	1	0	12	0	5	2
Gans	0	0	4	0	2	0	3	0	0	0	0	0
Ente	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
Pute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hund/Katze	54	1	3	0	315	5	11	0	234	3	5	0
sonstige Tierarten	6	0	84	0	54	5	67	0	32	6	25	1
Summe	350	22	212	6	498	18	191	9	354	20	74	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			
Erzgebirgskreis	Rind/Sektion	1	S. Typhimurium
Erzgebirgskreis	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Erzgebirgskreis	Taube/Kot	1	S. Typhimurium var. Cop.
Vogtlandkreis	Hund/Katze/Kot	1	S. Enteritidis
Vogtlandkreis	Rind/Sektion	1	S. Enteritidis
Vogtlandkreis	Rind/Kot	1	S. Typhimurium
Vogtlandkreis	Rind/Kot	19	S. Typhimurium var. Cop.
Vogtlandkreis	Taube/Sektion	2	S. Typhimurium var. Cop.
Zwickau	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden			
Bautzen	Hund/Katze/Kot	1	S. Enteritidis
Bautzen	Hund/Katze/Kot	1	S. Stanleyville
Bautzen	Schaf/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	2	S. enterica ssp. II
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. IIIa
Dresden, Stadt	Taube/Kot	1	S. Typhimurium
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Brandenburg
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Give
Görlitz	Hund/Katze/Kot	1	S. Kottbus
Görlitz	Schaf/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Görlitz	Schwein/Kot	1	S. Derby
Görlitz	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Görlitz	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Oranienburg
Meißen	Rind/Sektion	1	S. Bovismorbificans
Meißen	Rind/Kot	1	S. Bovismorbificans
Meißen	Rind/Sektion	1	S. Kottbus
Meißen	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Meißen	Schaf/Kot	2	S. enterica ssp. IIIb
Meißen	Schwein/Sektion	1	S. Serogr. B
Meißen	Schwein/Sektion	4	S. Typhimurium
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Schaf/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Schaf/Sektion	2	S. enterica ssp. IIIb
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig			
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. Enteritidis
Leipzig Land	Hund/Katze/Kot	1	S. Typhimurium
Leipzig Land	Rind/Sektion	1	S. Dublin
Leipzig Land	Schaf/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Leipzig, Stadt	Hund/Katze/Kot	1	S. Infantis
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Kottbus
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	3	S. Typhimurium
Nordsachsen	Pferd/Kot	9	S. Enteritidis
Nordsachsen	Rind/Kot	1	S. Enteritidis
Nordsachsen	sonstige Tierarten/Kot	3	S. Enteritidis
Nordsachsen	Taube/Sektion	2	S. Typhimurium var. Cop.

Tabelle 4: Häufigkeit der nachgewiesenen Salmonellenserotypen (Anzahl)

Serotypen	Veterinärmedizinische Diagnostik	Futtermittel
S. Typhimurium var. Cop.	24	
S. Enteritidis	17	
S. enterica ssp. IIIb	12	
S. Typhimurium	11	
S. Kottbus	3	
S. Bovismorbificans	2	
S. enterica ssp. II	2	
S. Dublin, S. Serogr. B, S. enterica ssp. IIIa, S. Oranienburg, S. Brandenburg, S. Infantis, S. Derby, S. Stanleyville, S. Give	je 1	

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

Bildnachweis

LUA Sachsen

Druck

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

Redaktionsschluss

15. August 2025

Bestellservice

www.publikationen.sachsen.de

Hinweis

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit von Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen kostenlos herausgegeben. Sie ist nicht zum Verkauf bestimmt und darf nicht zur Wahlwerbung politischer Parteien oder Gruppen eingesetzt werden.

Diese Maßnahme wird mitfinanziert mit Steuermitteln auf Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes.



www.lua.sachsen.de