



LUA-Mitteilungen 03/2026

Inhaltsverzeichnis

Humanmedizin

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen.....	2
Next Generation Sequencing als Schlüsseltechnologie für moderne Infektionsdiagnostik und Surveillance	8
Influenza-Bericht für die Saison 2025/2026	10

Lebensmitteluntersuchungen

Süße vegane Alternativen zu Honig	19
Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB 2. Quartal 2026.....	21
Beschwerdeproben-Report für Lebensmittel, Bedarfsgegenstände sowie Tabakerzeugnisse 2. Quartal 2026	24
BSE-Untersuchungen 2. Quartal 2026.....	25
Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2026.....	25
Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen 2. Quartal 2026.....	26

Epidemiologische Information für den Freistaat Sachsen

2. Quartal 2026 (vom 30.03. – 28.06.2026)

Acinetobacter-Nachweis¹⁾

Im Berichtszeitraum wurden drei Infektionen und neun Kolonisationen registriert. Betroffen waren ein Neugeborenes sowie Erwachsene im Alter zwischen 27 und 95 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 71 Jahre).
Bei allen Betroffenen konnte ein Carbapenemase-Gen nachgewiesen werden: elfmal OXA-40/58 sowie in einem Fall nicht differenziert.

Astrovirusinfektion

Von den 362 übermittelten Erkrankungsfällen wurde einer als an den Folgen der Krankheit verstorben registriert. Es handelte sich um einen 83 Jahre alten Mann, der drei Tage nach Erkrankungsbeginn verstarb. Der Nachweis erfolgte aus Stuhl des Patienten.

Brucellose

Eine 37 Jahre alte Frau erkrankte während eines längeren Aufenthaltes in Mexiko mit Fieber und litt unter übermäßiger Erschöpfung. Nach ihrer Rückkehr erfolgte mittels Antikörpernachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) der Nachweis von *Brucella* spp. Eine stationäre Behandlung war nicht notwendig. Die Infektion könnte durch den Verzehr von roher Kuhmilch in Mexiko erfolgt sein.

Chikungunyafieber

Bei der übermittelten Erkrankung handelte es sich um eine 63 Jahre alte Frau nach einem Aufenthalt auf den Seychellen. Die Chikungunyafieber-Infektion wurde mittels eines IgM-Nachweises diagnostiziert. Eine stationäre Behandlung war nicht erforderlich.

Clostridioides-difficile-Infektion, schwerer Verlauf

Im Berichtszeitraum wurden 56 schwere Verläufe einer *Clostridioides-difficile*-Infektion übermittelt. Je drei Männer bzw. Frauen im Alter zwischen 65 und 89 Jahren (Altersmedian: 83 Jahre) verstarben an den Folgen der Infektion.

Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Im zweiten Quartal des Jahres entfielen auf den Freistaat Sachsen lediglich 215 Infektionen, was einer Neuerkrankungsrate von 5,3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner entsprach. Zwei Männer im Alter von 78 und 88 Jahren verstarben an den Folgen der Erkrankung. Meldungen über Erkrankungshäufungen erfolgten nicht.

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Die zwei im Berichtszeitraum erfassten Fälle betrafen eine 67 Jahre alte Frau, die im Oktober 2024 erkrankte und im Mai dieses Jahres verstarb sowie eine 78 Jahre alte Patientin mit Erkrankungsbeginn im Juni 2026. Die Diagnosestellung erfolgte jeweils aufgrund der ausgeprägten Symptomatik und der fachlichen Beurteilung durch das Nationale Referenzzentrum für Surveillance Transmissibler Spongiformer Enzephalopathien.

Cytomegalievirus-Nachweis

Unter den 205 übermittelten Nachweisen wurde ein Todesfall registriert. Es handelte sich um einen im Januar 2026 geborenen Jungen, der an einem plötzlichen Kindstod verstarb. Aus Trachea, Milz und Herz gelang der Nachweis von Cytomegalievirus.

Denguefieber

Insgesamt wurden acht weibliche und fünf männliche Betroffene im Alter zwischen 19 und 62 Jahren (Altersmedian: 39 Jahre) mit fieberhafter Symptomatik erfasst. Die Erkrankten infizierten sich während Aufenthaltes in Asien, Südamerika bzw. auf Inseln im Indischen Ozean und der Karibik.

Diphtherie (Hautdiphtherie)

Bei einem 73 Jahre alten Mann, der sich wegen einer ulzerierten Hernie einem operativen Eingriff unterziehen musste, wurde aus dem postoperativen Wundabstrich toxinbildendes *Corynebacterium ulcerans* nachgewiesen. Eine Infektionsquelle ließ sich trotz weitreichender Umgebungsuntersuchungen nicht eruieren. Der Patient hatte 2024 seine letzte Diphtherie-Impfung erhalten.

Enterobacterales-Nachweis¹⁾

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum 73 Fallmeldungen mit Resistenz gegenüber Meropenem bzw. mit Nachweis eines Carbapenemase-Gens übermittelt. Betroffen waren Erwachsene zwischen 19 und 91 Jahren (Altersmedian: 67 Jahre). Der Nachweis eines Carbapenemase-Gens gelang bei 53 Betroffenen (74 %), darunter auch vier Fälle mit Nachweis von verschiedenen Carbapenemase-Genen.
Ein 46 Jahre alter Mann verstarb an den Folgen einer *Escherichia coli*-Infektion (kultureller Nachweis aus Blut und Stuhl bei vorliegender Meropenem-Resistenz). Angaben zu bestehenden Vorerkrankungen des Patienten lagen nicht vor. Welche Erreger insgesamt nachgewiesen wurden, ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: Enterobacterales-Nachweis¹⁾ – Aufschlüsselung nach Erreger im 2. Quartal 2026 (14. bis 26. Meldewoche 2026)

Erreger	Infektion	Kolonisation	Gesamt-Fallzahl	davon Tod
<i>Citrobacter</i> spp.	2	3	5	-
<i>Enterobacter</i> spp.	3	5	8	-
<i>Escherichia coli</i>	12	14	26	1
<i>Klebsiella</i> spp.	10	22	32	-
<i>Morganella morganii</i>	-	1	1	-
<i>Raoultella ornithinolytica</i>	1	-	1	-
Gesamtzahl	28	45	73	1

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

Frühsummer-Meningoenzephalitis (FSME)

Bei den 16 übermittelten Erkrankungen handelte es sich um einen 8-Jährigen, zwei Jugendliche (16 und 17 Jahre alt) sowie Erwachsene zwischen 20 und 69 Jahren, von denen 14 stationär behandelt wurden. Bis auf eine Betroffene, die sich während der Inkubationszeit in Polen aufgehalten hatte, ergaben sich keine Hinweise auf eine Exposition außerhalb des Wohnumfeldes. Die Meldungen erfolgten aus sieben verschiedenen sächsischen Landkreisen, die alle als FSME-Risikogebiete ausgewiesen sind. Ein Patient hatte in der Vergangenheit vier Impfungen gegen FSME erhalten und erkrankte mit einer Enzephalitis. Da keine differentialdiagnostische Untersuchung beim Konsiliarlabor erfolgen konnte, wird der Fall aufgrund der Falldefinition des Robert Koch-Institutes als akute Infektion eingestuft.

Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes wurde erstmalig ein Todesfall registriert. Es handelt sich dabei um eine bisher nicht gegen FSME geimpfte, 69 Jahre alte Frau, die im nicht ansprechbaren Zustand hospitalisiert wurde. Trotz intensivmedizinischer Therapie und invasiver Beatmung verstarb die Patientin an den Folgen einer beatmungsassoziierten Pneumonie. Eine Bestätigung der FSME-Infektion erfolgte mittels PCR-Nachweis aus Blut sowie intrathekal gebildeter Antikörper. Die Ermittlungen erbrachten, dass eine Exposition im heimischen Grundstück stattgefunden haben muss.

Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv

Im Berichtszeitraum wurden 19 Infektionen übermittelt. Betroffenen waren ein wenige Tage alter Säugling, zwei Kinder im Alter von einem Jahr sowie Erwachsene im Alter zwischen 57 und 93 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 84 Jahre).

Die Erregerisolierung erfolgte aus Blut der Patientinnen und Patienten. Je einmal konnten Kapseltyp a, b und f detektiert bzw. zweimal Kapseltyp b ausgeschlossen werden. In neun weiteren Fällen wurde ein nicht-typisierbarer *Haemophilus influenzae* diagnostiziert. Todesfälle kamen nicht zur Meldung.

Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS), enteropathisch

Bei den zwei Fällen handelt es sich um die ersten im Jahr 2026 gemeldeten Erkrankungen.

Der erste Fall betraf eine 62 Jahre alte Frau, die mit Fieber, Durchfall und zerebraler Symptomatik hospitalisiert wurde. Einige Tage später erfolgte in der Klinik die ärztliche Diagnose eines HUS (Anämie, Nierenfunktionsstörungen sowie Thrombozytopenie). Aus Stuhl gelang der Nachweis eines nicht differenzierten Shigatoxin-Genes. Es ergaben sich keine Hinweise auf die mögliche Infektionsquelle.

Der zweite übermittelte Fall betraf ein im Mai mit seiner Familie aus Syrien eingereistes 9 Monate altes Mädchen, das mit Fieber, Erbrechen, Durchfall und Nierenfunktionsstörung erkrankte und eine stationäre Aufnahme nötig werden ließ. Durch die Klinik erfolgte die ärztliche Diagnose eines HUS. Mittels PCR gelang der Nachweis des Shigatoxin-Genes (nicht näher bezeichnet) aus der EHEC-Kultur. Das Kind lebt mit seinen Eltern in einem eigenen Wohnbereich einer Asylunterkunft. Die Umgebungsuntersuchungen erbrachten bei der symptomlosen Mutter den Nachweis von EHEC, Shigatoxin-Gen 2a.

Influenza

Im Berichtszeitraum wurden 204 Influenzavirus-Infektionen übermittelt: 170-mal Influenza A, 24-mal Influenza B sowie 10-mal nicht nach A oder B differenzierte Influenza.

Vier Männer und eine Frau im Alter zwischen 67 und 94 Jahren,

die stationär behandelt wurden, verstarben an den Folgen einer Influenza A.

Keuchhusten

Gegenüber dem ersten Quartal des Jahres wurde im Berichtszeitraum eine Zunahme der Keuchhusten-Fälle um mehr als das Doppelte registriert (429 aktuell zu 165 Erkrankungen im Vorquartal). Die Neuerkrankungsrate lag bei 11 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und im Vergleich zum 2. Quartal 2025 (3,8 Erkrankungen pro 100.00 Einwohner) deutlich über dem des vorjährigen Wertes.

Im aktuellen Berichtszeitraum kamen 191 *Bordetella (B.) pertussis*-Erkrankungen sowie 238 durch *B. parapertussis* zur Meldung. 43 % aller übermittelten Infektionen betrafen Kinder im Alter unter 5 Jahren, gefolgt von der Altersgruppe der 5- bis unter 10-Jährigen (26 %).

Häufungen wurden in Kindereinrichtungen (16), Familien (12), Schulen (5) sowie einer Kinder- und Jugendwohnstätte mit jeweils zwischen 2 und 23 Erkrankungsfällen registriert.

Legionellose

Die 22 übermittelten Fälle betrafen 15 Männer und 7 Frauen im Alter zwischen 45 und 85 Jahren (Altersmedian: 67 Jahre), die mit Pneumonie erkrankten. Bei 17 Patientinnen und Patienten wurde eine krankheitsbedingte stationäre Behandlung angegeben.

Als mögliche Expositionen konnten Hotelaufenthalte in zwei Fällen in Italien sowie einmal in Bayern bzw. bei den anderen Patientinnen und Patienten wahrscheinlich der private/häusliche Bereich ermittelt werden.

Ein 69-Jähriger, der aufgrund der Schwere der Symptomatik intensivmedizinisch behandelt wurde, verstarb zwei Tage nach der stationären Aufnahme. Eine Infektionsquelle ließ sich nicht eruieren.

Leptospirose

Bei den drei übermittelten Fällen handelte es sich um einen 7 Jahre alten Jungen, eine 17-Jährige und eine 40 Jahre alte Frau, die unter allgemeinen Krankheitszeichen litten. Eine stationäre Behandlung war lediglich beim jüngsten Patienten notwendig, der Kontakt zu Pferden hatte. Bei den anderen beiden Betroffenen wurde keine mögliche Exposition genannt.

Die Diagnosestellung erfolgte bei allen Erkrankten mittels Antikörpernachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert).

Lyme-Borreliose

Die Anzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle ($n = 404$) lag 10 % über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes ($n = 366$), konnte jedoch den Wert des zweiten Quartals des Vorjahres ($n = 484$) nicht erreichen.

In den meisten Fällen (89 %) wurde symptomatisch ein Erythema migrans angegeben. Sechs Fälle fielen durch neurologische Beschwerden (Hirnnervenlähmung, Meningitis und/oder Radikuloneuritis) auf und bei 37 weiteren Betroffenen wurde ein arthritischer Verlauf registriert.

Malaria

Die vier im Berichtsquartal registrierten Malaria-tropica-Fälle betrafen drei Männer und eine Frau im Alter zwischen 43 und 57 Jahren, die stationär behandelt wurden. Ermittelt wurden Aufenthalte in Guinea, Kenia bzw. Nigeria. In keinem Fall wurde eine medikamentöse Prophylaxe angegeben.

Meningokokken-Erkrankung, invasiv

Im zweiten Quartal des Jahres 2026 wurden drei Erkrankungen übermittelt, die Frauen zwischen 83 und 95 Jahren betrafen, die stationär behandelt wurden. Die Bestimmung der Serogruppe erbrachte den Nachweis B, C bzw. Y. Keine der Patientinnen war gegen Meningokokken geimpft.

Eine 91 Jahre alte Frau, die mit meningealer Symptomatik erkrankte, verstarb an den Folgen einer Infektion durch Meningokokken der Serogruppe B.

Mpox

Im Berichtszeitraum kamen vier Mpox-Fälle zur Meldung. Hierbei handelte es sich um Männer im Alter zwischen 28 und 60 Jahren. Die Betroffenen gaben sexuelle Kontakte mit Männern an. Eine stationäre Behandlung wurde bei keinem der Patienten übermittelt.

Zwei am Nationalen Referenzzentrum untersuchte Wundabstriche verschiedener Patienten erbrachten den Nachweis von Mpox Klade 1b. Somit konnten dieser Klade in Sachsen nunmehr vier Fällen zugeordnet werden.

MRSA³⁾-Infektion (invasive Erkrankung)

Im Berichtszeitraum wurden 18 Infektionen übermittelt. Betroffen waren ausschließlich Erwachsene im Alter zwischen 58 und 93 Jahren (Altersmedian: 74 Jahre). Die MRSA-Nachweise wurden aus Blut geführt.

Eine 81 Jahre alte Frau verstarb nach septischem Verlauf.

MRSA-Nachweis (PVL⁴⁾-bildend)

Im zweiten Quartal des Jahres wurden 49 Fälle (31 Infektionen, 18 Kolonisationen) übermittelt. Betroffen waren drei Säuglinge, weitere elf Kinder zwischen einem und 13 Jahren, zwei Jugendliche sowie Erwachsene im Alter zwischen 19 und 76 Jahren (Median der Erwachsenen: 40 Jahre). Die Nachweise erfolgten aus verschiedenen Abstrichen.

Norovirus-Gastroenteritis

Die Inzidenz der übermittelten Fälle lag bei 33 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und somit etwas über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes des zweiten Quartals (31 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner).

An den Folgen der Infektion verstarben zwei Frauen im Alter von 82 bzw. 88 Jahren.

Häufungen mit mindestens einem klinisch-labordiagnostisch bestätigten Fall wurden aus medizinischen Einrichtungen (29), Seniorenheimen (20), Kindertagesstätten (15) sowie jeweils einmal aus einer Familie, einem Imbiss und einem Hotel übermittelt.

Ornithose

Bei einer 46 Jahre alten Frau, die mit Pneumonie und Oberbauchbeschwerden erkrankte und deshalb stationär behandelt wurde, konnte mittels PCR eine Infektion mit *Chlamydia psittaci* nachgewiesen werden. Die mögliche Infektionsquelle wurde nicht eruiert.

Ein zweiter Fall betraf einen 71 Jahre alten Mann. Auch er erkrankte mit Pneumonie, was eine stationäre Behandlung nötig werden ließ. Der Erregernachweis gelang mittels PCR. Die Ermittlungen zur Infektionsquelle verliefen ergebnislos.

Pneumokokken-Erkrankung, invasiv

Bei den im Berichtszeitraum registrierten 133 Infektionen handelte es sich um zwei Kinder (2 bzw. 9 Jahre alt – nicht bzw. unvollständig gegen Pneumokokken geimpft), eine 15-Jährige

sowie Erwachsene im Alter zwischen 22 und 100 Jahren (Altersmedian der Erwachsenen: 72 Jahre). Der Erregernachweis erfolgte aus verschiedenen sterilen Körpermaterialeien der Patientinnen und Patienten.

Insgesamt verstarben zwei Männer und drei Frauen im Alter zwischen 49 und 88 Jahren (Altersmedian: 76 Jahre). Eine im Vorfeld erfolgte Impfung gegen Pneumokokken konnte bei keinem der Verstorbenen belegt werden.

Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis²⁾

Im Berichtsquartal wurden 26 Nachweise (16 Infektionen und 10 Kolonisationen) erfasst. Betroffen waren Erwachsene im Alter zwischen 27 und 94 Jahren. Der Altersmedian lag bei 71 Jahren.

Todesfälle wurden nicht registriert.

Q-Fieber

Ein 54-Jähriger erkrankte nach einem Urlaubsaufenthalt in Namibia mit allgemeinen Krankheitszeichen sowie mit schwerem Krankheitsgefühl und erhöhten Transaminasen. Mittels IgM-Antikörperrnachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) wurde eine Infektion mit *Coxiella burnetii* diagnostiziert. Der Mann gab an, sich in Namibia an Jagden beteiligt und rohe Giraffenleber verzehrt zu haben.

Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion (RSV)

Insgesamt wurden im zweiten Quartal 1.339 RSV-Infektionen (33 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner) übermittelt (Vergleichszeitraum des Vorjahres: 1.847 Fälle, 5-Jahres-Mittelwert: 517). Gegenüber dem Vorquartal (n = 6.125) entsprach dies einem saisonal bedingten Rückgang um 78 %. 52 % aller RSV-Nachweise betrafen Personen ab 60 Jahren und 21 % Kinder unter 5 Jahren.

Meldungen über Erkrankungsgeschehen erfolgten noch vereinzelt aus Kindertagesstätten (2), Heimen für Seniorinnen und Senioren (2) sowie einem Mutter-Kind-Wohnheim.

An den Folgen der Infektion verstarben neun Frauen und sechs Männer im Alter zwischen 73 und 105 Jahren (Altersmedian: 86 Jahre).

Rotavirus-Erkrankung

Mit 1.743 übermittelten Infektionen wurde im Vergleich zum Vorquartal (n = 998) ein Anstieg um 74 % verzeichnet. Die Neuerkrankungsrate lag mit 43 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner weit über dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes von 27 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner.

Es wurde ein Todesfall übermittelt. Hierbei handelte es sich um einen 83 Jahre alten Mann, der drei Tage nach Erkrankungsbeginn verstarb.

Ausbrüche mit zwischen zwei und 52 Fällen wurden in Kindertagesstätten (17), Seniorenheimen (16), medizinischen Einrichtungen (6), Privathaushalten (6), Wohnstätten (4) und einer Schule erfasst.

Salmonellose

Mit 106 Fällen wurde eine Neuerkrankungsrate von 2,6 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner erreicht (Vorquartal 3,2 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Diese lag geringfügig unter dem Niveau des 5-Jahres-Mittelwertes des Vergleichszeitraumes (3,3 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner).

Das Infektionsgeschehen dominierte mit 22 % der Serotyp *Salmonella* Enteritidis, gefolgt von *Salmonella* Typhimurium mit einem Anteil von 16 % am Gesamtvorkommen.

Ein 86 Jahre alter Mann verstarb trotz stationärer Behandlung. Der Nachweis von *Salmonella* Enteritidis erfolgte kulturell. Zum bundesweiten *Salmonella*-Bochum-Ausbruch nach Verzehr eines Nuss-Nugat-Aufstrichs konnten durch Sequenzierung am NRZ im Berichtszeitraum noch zwei Erkrankungen (Vater und Sohn) zugeordnet werden. Somit wurden in Sachsen seit Ende 2025 insgesamt 13 Erkrankungen im Zusammenhang mit diesem Geschehen erfasst.

Shigellose

Von den 27 im Quartal erfassten Fällen waren jeweils drei durch *Shigella* (*S.*) *flexneri* bzw. *S. sonnei* sowie 21 durch *Shigella* spp. bedingt. Betroffen waren vier Kinder zwischen einem und drei Jahren sowie Erwachsene im Alter zwischen 25 und 79 Jahren (Median der Erwachsenen: 59 Jahre). 15 Infektionen wurden als reiseassoziiert eruiert. Weitere Hinweise zu möglichen Expositionen wurden nicht übermittelt.

Tularämie

Im Berichtszeitraum wurden drei Tularämie-Fälle registriert, bei denen zwei Frauen und ein Mann im Alter zwischen 45 und 54 Jahren betroffen waren, darunter zwei mit erforderlicher stationärer Behandlung. Die Diagnosestellung erfolgte mittels Antikörpernachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert). Eine Patientin wohnt ländlich. Ein direkter Kontakt zu Wildtieren wurde jedoch verneint. Bei den beiden anderen Fällen erbrachten die Ermittlungen zur möglichen Exposition keine Anhaltspunkte.

Typhus

Ein 2022 in Deutschland geborener Junge pakistanischer Eltern erkrankte nach einem Aufenthalt in Pakistan mit Bauchschmerzen, hohem Fieber, Durchfall und Husten. Es erfolgte der kulturelle Nachweis von *Salmonella* Typhi. Eine Impfung im Zusammenhang mit dieser Reise erfolgte nicht. Umgebungsuntersuchungen verliefen mit negativen Ergebnissen.

Tod an sonstiger Infektionskrankheit

Die im zweiten Quartal des Jahres übermittelten 89 Fälle betrafen Erwachsene im Alter zwischen 36 und 97 Jahren (Altersmedian: 82 Jahre).

Tabelle 2: Todesfälle gemäß § 1 (2) SächsIfSMeldeVO im 2. Quartal 2026

Erreger	Anzahl	Klinisches Bild
<i>Aeromonas veronii</i>	1	Sepsis
<i>Candida albicans</i>	3	Pneumonie, Sepsis
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	1	Pneumonie
<i>Enterobacter</i> spp.	5	Multiorganversagen, Pneumonie, Sepsis
<i>Enterococcus</i> spp.	9	Pneumonie, Sepsis, Multiorganversagen
<i>Escherichia coli</i>	12	Sepsis
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	Sepsis
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	2	Pneumonie
<i>Proteus mirabilis</i>	3	toxisches Schocksyndrom, Sepsis
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6	Pneumonie, Sepsis
<i>Staphylococcus</i> spp.	29	Nierenversagen, Sepsis
<i>Stomatococcus</i>	1	Sepsis
<i>Streptococcus</i> spp.	11	Abszess, Dyspnoe, Sepsis
Varizella-Zoster-Virus	1	Enzephalitis

Übermittelte Infektionskrankheiten im Freistaat Sachsen⁵⁾
2. Quartal 2026 und kumulativer Stand 2025 und 2026

2026 – Stand 20.07.2026

2025 – Stand 01.03.2026

	2. Quartal 14. – 26. MW 2026		1. – 26. MW 2026		kumulativ 1. – 26. MW 2025	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Acinetobacter-Nachweis ¹⁾	12		16		5	
Adenovirus	829		1.928		3.194	
Adenovirus-Konjunktivitis	7		17		19	
Amöbenruhr	3		5		11	
Arbovirus-Infektion						
Astrovirus-Enteritis	362	1	712	1	630	
Botulismus						
Brucellose	1		1		1	
Campylobacter-Enteritis	1.002		1.677		1.348	
Candidozyma auris						
Chikungunyafieber	1		9		7	
Chlamydia-trachomatis-Infektion	717		1.443		1.746	
Clostridioides-difficile-Enteritis	503		1.043	1	1.251	1
Clostridioides-difficile-Infektion – schwerer Verlauf	56	6	142	16	175	21
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	215	2	2.621	46	2.854	49
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	1	4	2	4	4
Cytomegalievirus-Nachweis	205	1	401	1	377	1
Denguefieber	13		16		23	
Diphtherie	1		2		1	1
Echinokokkose			1		3	
Enterobacterales-Nachweis ¹⁾	73	1	156	1	165	2
Enterohämorrhagische Escherichia-coli-Erkrankung	85		158	1	130	
Enterovirusinfektion	373		692		1.274	
Frühsommer-Meningoenzephalitis	16	1	19	1	11	
Gasbrand					1	1
Giardiasis	40		65		112	
Gruppe-B-Streptokokken-Infektion	428		822		897	
Haemophilus-influenzae-Erkrankung, invasiv	19		40	2	44	1
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch	2		2			
Hantavirus-Erkrankung					2	
Hepatitis A	8		16		27	1
Hepatitis B	96		176		214	
Hepatitis C	71		130		117	
Hepatitis D	2		4		2	
Hepatitis E	112		195	1	234	1
Herpes zoster	592		1.172	3	1.104	4
Influenza	204	5	21.749	228	43.248	194
Keuchhusten	429		594		378	
Krätzmilben	288		701		1.003	
Kryptosporidiose	59		84		62	
Legionellose	22	1	44	1	84	2
Lepra						
Leptospirose	3		7		8	
Listeriose	13		29		16	1
Lyme-Borreliose	404		567		645	
Malaria	4		10		10	

	2. Quartal 14. – 26. MW 2026		kumulativ			
	Fälle	T	1. – 26. MW 2026		1. – 26. MW 2025	
	Fälle	T	Fälle	T	Fälle	T
Masern					9	
Meningokokken-Erkrankung, invasiv	3	1	7	1	10	1
Mpox	4		13		25	
MRSA ³⁾ -Infektion, invasiv	18	1	33	1	32	3
MRSA-Nachweis, PVL ⁴⁾ -Bildner	49		107		88	1
Mumps	5		5		13	
Mycoplasma spp.	738		1.510		8.102	
Norovirus-Enteritis	1.347	2	4.204	5	5.130	9
Ornithose	2		2		2	
Orthopocken (andere)						
Parainfluenza-Infektion, respiratorisch	1.084		1.786	1	2.042	1
Paratyphus						
Pneumokokken-Erkrankung, invasiv	133	5	324	15	368	22
Pseudomonas-aeruginosa-Nachweis ²⁾	26		49		55	
Q-Fieber	1		1			
Respiratory-Syncytial-Virus-Infektion	1.339	15	8.112	66	7.972	22
Ringelröteln	15		30		62	
Rotavirus-Erkrankung	1.743	1	2.741	1	2.270	1
Salmonellose	106	1	235	2	276	2
Shigellose	27		63		63	
Subakute sklerosierende Panenzephalitis						
Syphilis	58		105		130	
Tetanus						
Toxoplasmose	4		5		12	
Tuberkulose	25		52		84	3
Tularämie	3		7		5	
Typhus	1		1		1	
Vibrionen						
West-Nil-Virus-Infektion						
Windpocken	549		1.011		1.254	
Yersiniose	118		210		167	
Zikavirus-Infektion						
angeborene Infektion			3		7	
Tod an sonstiger Infektionskrankheit		89		136		55

T Todesfälle
MW Meldewoche

- 1) bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen, außer bei natürlicher Resistenz
- 2) mit erworbenen Carbapenemasen oder bei gleichzeitigem Vorliegen von phänotypischer Resistenz gegen Acylureido-Penicilline, Cephalosporine der dritten und vierten Generation, Carbapeneme und Fluorchinolone
- 3) Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*
- 4) Panton-Valentine-Leukozidin
- 5) Veröffentlicht werden Fälle nach Infektionsschutzgesetz laut Referenzdefinition und Sächsischer Infektionsschutz-Meldeverordnung

Verantwortlich:

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

Next Generation Sequencing als Schlüsseltechnologie für moderne Infektionsdiagnostik und Surveillance

Was bedeutet Next Generation Sequencing?
Was kann man damit machen?
Was hat die LUA damit zu tun?

Diesen Fragen widmet sich der vorliegende Beitrag. Wir möchten auf die Next Generation Sequencing (NGS) Technologie aufmerksam machen, das zugrundeliegende Prinzip erklären und die Bedeutung in der Infektionsdiagnostik und im Öffentlichen Gesundheitsdienst aufzeigen.

Von Sanger-Sequenzierung zu Next Generation Sequencing

Das Kürzel NGS bedeutet Next Generation Sequencing und steht für Weiterentwicklungen der ersten Sequenzierungsmethode, dem Sanger-Sequencing. Beide Methoden dienen der Aufschlüsselung des Genoms durch Bestimmung der Abfolge der Nukleotide in einem DNA-Molekül. Bei dem 1977 entwickelten Sanger-Sequencing können nur einzelne kurze DNA-Fragmente analysiert werden, wodurch die Methode bei größeren Genomen sehr zeitaufwendig und kostenintensiv ist. Bei den verschiedenen Sequenzierungsmethoden, die etwa seit 2005 an Bedeutung gewinnen und unter dem Sammelbegriff NGS zusammengefasst werden, erfolgt die Analyse von Millionen von DNA-Fragmenten gleichzeitig. Dadurch wird die Untersuchung von Genomen extrem beschleunigt und ermöglicht eine hohe Durchsatzrate bei sinkenden Kosten für die einzelne Sequenzierung. Diese Entwicklung ermöglicht zum Beispiel die zeitnahe Sequenzierung ganzer Genome von Krankheitserregern (WGS = Whole Genome Sequencing) bei einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis. Darüber hinaus können auch bislang unbekannte Bereiche des Genoms sequenziert werden. Ein weiterer wichtiger Anwendungsbereich ist die Überwachung von Virusvarianten, insbesondere hinsichtlich genetischer Veränderungen, die beispielsweise die Virulenz von Influenzaviren beeinflussen können.

NGS: Methoden

Unter dem Sammelbegriff NGS werden verschiedene Technologien der Hochdurchsatz-Sequenzierung zusammengefasst. Einige Beispiele hierfür sind die Pyrosequenzierung, Sequenzierung durch Hybridisierung oder Synthese, Halbleitersequenzierung, Nanoporen-Sequenzierung und die Aviditätssequenzierung (Avidity Sequencing). An der LUA Sachsen etablierte Methoden sind die Sequenzierung durch Synthese und die Nanoporen-Sequenzierung (siehe LUA-Mitteilungen 02/2025: „*Genomische Feintypisierung hochpathogener Aviärer Influenza A-Virusisolate aus Sachsen 2023/2024*“).

In diesem Artikel möchten wir uns näher mit der Sequenzierung durch Synthese beschäftigen, die in der Humanmedizin und Lebensmittelanalytik in Sachsen und vielen anderen Bundesländern zur Erregeridentifizierung und Ausbruchsaufklärung eingesetzt wird.

Sequenzierung durch Synthese nach Illumina

Bevor mit der eigentlichen Sequenzierung und den dazu notwendigen Vorbereitungen begonnen wird, muss zunächst das

genomische Material aus den zu untersuchenden Organismen isoliert werden. Dieser Prozess der DNA-Extraktion gehört zu den Standardmethoden in einem molekularbiologischen Labor. Die extrahierte und aufgereinigte DNA wird für die Sequenzierung in kleine Fragmente geschnitten und an jedes Ende der DNA-Fragmente werden anschließend spezifische Adaptersequenzen ligiert. Diese Adapter sind für die weitere Verarbeitung der DNA-Fragmente und deren Sequenzierung erforderlich. Zusätzlich werden die DNA-Fragmente mit kurzen, spezifischen Indexsequenzen (Barcodes) versehen. Anhand dieser Indexsequenzen können die sequenzierten Fragmente nach der Sequenzierung wieder der jeweiligen Ausgangsprobe zugeordnet werden. Dadurch ist es möglich, mehrere Proben in einem Sequenzierlauf parallel zu untersuchen (Multiplexing).

Diesen Prozess des Fragmentierens und Kennzeichnens der DNA mit Adapter und Indizes bezeichnet man als Bibliotheksherstellung (Abbildung 1, 1-Library Preparation). Die DNA-Fragmente dieser Bibliothek werden zu Beginn des Sequenzierlaufs über eine Fließzelle gespült. In der Fließzelle (Flow Cell) befindet sich eine Glasplatte, die mit Millionen kurzer, zu den Adaptern komplementären Sonden bedeckt ist. Die Adapter mit den Fragmenten der Erreger-DNA binden an die jeweils passenden Sonden und werden dort von einem Enzym, der DNA-Polymerase, vervielfältigt. Auf diese Weise entstehen auf der Fließzelle zahlreiche Bündel (Cluster) aus jeweils vielen identischen Kopien eines DNA-Fragments (Abbildung 1, 2-DNA library bridge amplification). Nach der Clusterbildung beginnt die Sequenzierung durch Synthese von DNA-Strängen, komplementär zu den im vorherigen Schritt gebildeten Clustern. Die dabei verwendeten Bau-

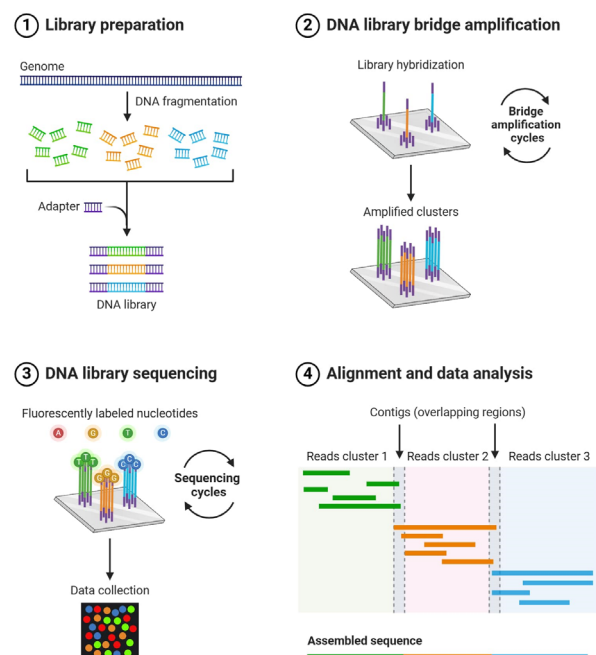


Abbildung 1: Schritte der Sequenzierung durch Synthese nach Illumina [1]

steine (Nukleotide) sind so modifiziert, dass jede Nukleotidart mit einem spezifischen Fluoreszenzfarbstoff gekennzeichnet ist und pro Sequenzierungszyklus jeweils nur ein Nukleotid eingebaut werden kann. Nach dem Einbau des zur Erreger-DNA passenden Nukleotids wird in jedem Durchgang der gebundene Fluoreszenzfarbstoff mittels Laser angeregt und mit einer hochauflösenden Kamera ausgelesen. Die Farbe des Fluoreszenzfarbstoffs verrät, welches Nukleotid in diesem Durchgang eingebaut wurde und die Position auf der Fließzelle definiert das Cluster, an dem dieses Nukleotid verwendet wurde. Im letzten Schritt des Durchgangs werden der Farbstoff und die Modifizierung der Nukleotide, die die Anbindung weiterer Nukleotide verhindert, chemisch abgespalten und der Prozess beginnt von vorn (Abbildung 1, 3-DNA library sequencing). Dieser Zyklus wird je nach Sequenzierplattform und verwendetem Sequenzierkit mehrfach wiederholt und kann beispielsweise 600 Sequenzierungszyklen umfassen. Die Abfolge der fotografierten Lichtsignale zeigt die Sequenz der aufeinanderfolgenden Nukleotide für jedes Cluster. Nach Abschluss der Sequenzierung erfolgt mit Hilfe bioinformatischer Werkzeuge eine Auswertung der aufgenommenen Bilder. Die Fluoreszenzsignale jedes Clusters werden in die Nukleotidsequenz übersetzt und die so erzeugten Sequenz-Fragmente (Reads) werden dabei entweder ohne Referenzgenom zu längeren Sequenzen zusammengesetzt (De-novo-Assembly) oder anhand ihrer Sequenz mit einem geeigneten Referenzgenom verglichen und diesem zugeordnet (Referenz-Mapping) (Abbildung 1, 4-Alignment and data analysis).

NGS im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Das Konzept „One Health“ basiert auf der Erkenntnis, dass die Gesundheit von Menschen, Tieren und der Umwelt eng miteinander verbunden ist und sich gegenseitig beeinflusst (Abbildung 2). Die Entstehung und Verbreitung von Infektionskrankheiten lassen sich daher häufig nur durch eine gemeinsame Betrachtung dieser Bereiche verstehen. Eine besondere Bedeutung haben dabei Zoonosen, Ausbruchsgeschehen sowie die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen.

Die Genomsequenzierung mittels NGS bietet in diesen Bereichen wichtige Möglichkeiten. Durch die relativ schnelle und hochauflösende Analyse können genetische Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Isolaten erfasst werden. Dies ermöglicht es, Übertragungs- und Ausbreitungswege auf molekularer Ebene nachzuvollziehen und stellt somit eine wichtige Ergänzung zu klassischen epidemiologischen Untersuchungen dar. Dadurch lassen sich Infektionsgeschehen ge-

zielter eingrenzen und mögliche Infektionsquellen schneller identifizieren. Die molekulargenetischen Daten können somit eine wichtige Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Unterbrechung von Übertragungswegen und zur Bekämpfung von Infektionsquellen bilden.

NGS hat sich in den vergangenen Jahren zu einem unverzichtbaren Werkzeug im Öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelt. Die LUA Sachsen kann durch den Einsatz dieser Technologie einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Bevölkerung leisten.

Seit Januar 2024 wird an der LUA routinemäßig NGS zur Untersuchung ausgewählter Krankheitserreger (*Salmonella* spp., *Listeria monocytogenes* und EHEC) im Lebensmittelbereich und in bisher geringerem Maße auch in der Humanmedizin eingesetzt. Dabei werden die genetischen Profile der sequenzierten Erreger analysiert und mit bundesweiten Datenbanken verglichen. Ziel ist es, genetisch eng verwandte Bakterienstämme zu identifizieren und mögliche Zusammenhänge zwischen Lebensmittelkontaminationen und Erkrankungsfällen zu erkennen.

Die LUA Sachsen arbeitet hierfür eng mit nationalen und europäischen Behörden bzw. Institutionen, insbesondere dem Robert Koch-Institut (RKI), der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) und dem Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) zusammen. Dadurch können die Untersuchungsergebnisse in die überregionale Bewertung von Ausbruchsgeschehen und Lebensmittelrisiken einfließen.

Mit den Ergebnissen dieser Untersuchungen stehen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Verbraucherschutz gute Werkzeuge zur Verfügung, um lebensmittelbedingte Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, aufzuklären und möglichst zu verhindern.

Bearbeiter: Dr. rer. nat. Carla Steffanowski LUA Dresden
DB Andrea Krönke LUA Dresden

Quellen

- [1] Esposito, A.M.; Esposito, M.M.; Ptashnik, A. Phylogenetic Diversity of Animal Oral and Gastrointestinal Viromes Useful in Surveillance of Zoonoses. *Microorganisms* 2022, 10, 1815. <https://doi.org/10.3390/microorganisms10091815>, abgerufen am 12.08.2026
Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)
- [2] <https://www.bmz.de/de/themen/one-health>, Urheberrecht© BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), abgerufen am 12.08.2026

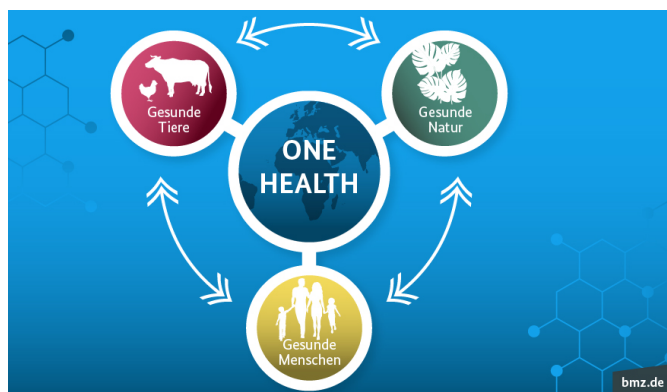


Abbildung 2: Grafische Darstellung des One-Health-Ansatzes [2]

Influenza-Bericht für die Saison 2025/2026

Besonderheiten der Saison

- Frühe, intensive Grippewelle mit Beginn im November 2025
- Gesamtfallzahl von 28.557 Fällen zwar 35 % niedriger als in der Vorsaison, aber 20 % höher als der 5-Jahres-Mittelwert vor der COVID-19-Pandemie
- Vulnerable Gruppe ab 70 Jahren stellt höchsten Anteil gemeldeter Fälle
- Trotz geringerer Fallzahlen mehr gemeldete Todesfälle als in der letzten Saison
- Dominierender Virussubtyp: A(H3N2)
- Influenzaimpfquote in Sachsen weiterhin auf insgesamt niedrigem Niveau

Auswertung des epidemiologischen Influenza-Sentinels 2025/2026 im Freistaat Sachsen

Saisonverlauf in Sachsen und in Deutschland

Nachdem sich in der Vorsaison in Sachsen eine verhältnismäßig starke Influenzawelle präsentierte, verringerten sich in der zurückliegenden Saison die Meldungen um knapp ein Drittel. Die Gesamtfallzahl liegt damit unter dem Durchschnitt der vergangenen drei Influenzasaisons (32.229 Fälle) und gruppiert sich anhand der übermittelten Erkrankungen zwischen den beiden Saisons 2022/2023 (30.675) und 2023/2024 (21.580) ein (Abbildung 1).

Laut Definition des Robert Koch-Instituts (RKI) begann die Influenzawelle bundesweit in der 48. Kalenderwoche (KW) 2025. Damit startete sie zwar noch einmal etwas früher als vorherige Wellen (Abbildung 2), präsentierte sich dieses Mal jedoch insgesamt etwas weniger stark ausgeprägt als 2024/2025.

Auch in Sachsen folgte die Entwicklung der gemeldeten Influenza-Erkrankungen weitgehend dem deutschlandweiten Trend,

wobei erstmals in der 46. KW 2025 mehr als 100 Influenza-Fälle in einer Woche detektiert wurden. 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]. Die stetige Zunahme der gemeldeten Fallzahlen setzte sich in Sachsen bis zum Saisongipfel mit 3.449 Meldungen in der 5. KW 2026 fort und wurde lediglich traditionell zum Jahreswechsel (Weihnachtsferien, Schließzeiten vieler Arztpraxen, verändertes Konsultationsverhalten) unterbrochen [1, 2].

Über den gesamten Berichtszeitraum stellte Influenza A den dominierenden Virustyp dar. Influenza B-Meldungen präsentierten sich auf einem sehr niedrigen Niveau. Laut RKI-Angaben zirkulierten überwiegend Influenza-A(H3N2)-Viren der Subklade K. Daneben war fortlaufend eine schwächere Parallelzirkulation von A(H1N1)pdm09-Viren detektierbar. Diese Beobachtungen decken sich mit den Ergebnissen des sächsischen Influenza-Sentinels 2025/2026. An der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen erfolgt im

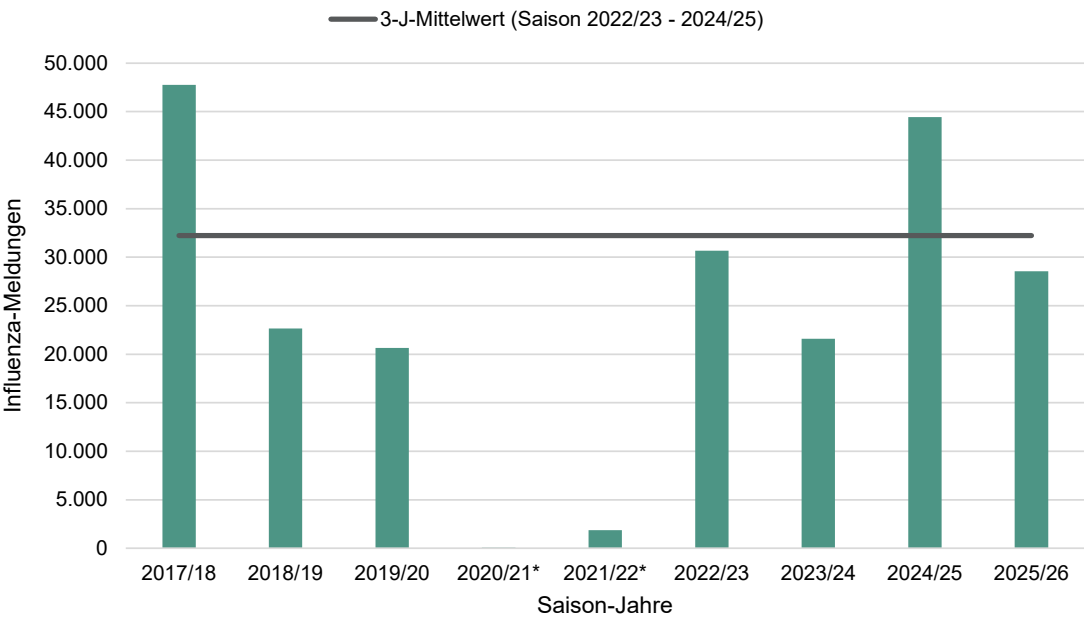


Abbildung 1: Gemeldete Influenza-Nachweise nach Saison

*Für die Saison 2020/21 und 2021/22 existiert keine repräsentative Datenlage aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie verringerten Meldezahlen;
3-J-Mittelwert: Durchschnitt der gemeldeten Influenzafälle von Saison 2022/23, 2023/24 und 2024/25

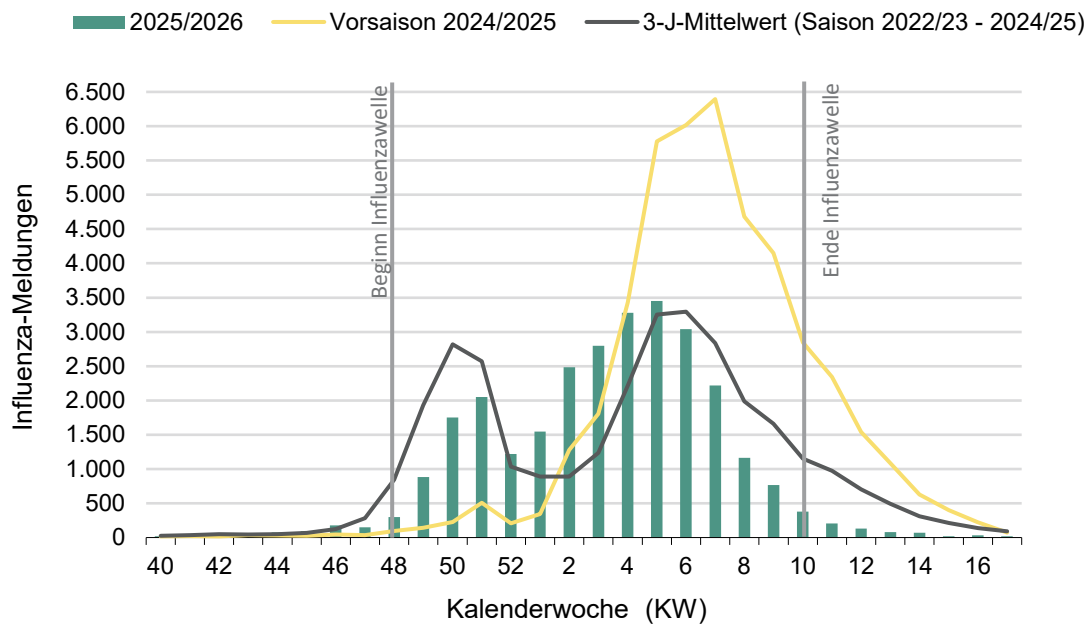


Abbildung 2: Gemeldete Influenza-Nachweise nach IfSG (40. KW 2025 bis 17. KW 2026) sowie Vergleich zur Vorsaison 2024/2025 und zum 3-Jahres-Mittelwert der Saisons 2022/2023 bis 2024/2025

Rahmen des Sentinels jedoch keine Subkladen-Charakterisierung, sondern ausschließlich am Nationalen Referenzzentrum (NRZ). Als Ursachen für den frühen Beginn dieser Welle gelten eine geringe Immunität unter den Säuglingen, Kleinkindern und jüngeren Erwachsenen sowie die geringe Kreuzreaktivität der A(H3N2)-Subklade K gegenüber bisher zirkulierenden A(H3N2)-Viren [3]. Nach 15 Wochen endete die Grippewelle in Deutschland in der 10. KW 2026.

Auch die Zirkulation weiterer Atemwegserreger wie SARS-CoV-2, RSV sowie Rhinoviren prägte die Krankheitslast in der Erkältungssaison 2025/2026 mit zeitlich sowohl unterschiedlichen als teilweise auch überlappenden Detektionsraten: Während humane Rhinoviren mit Beginn der Grippewelle zurückgingen und anschließend wieder zunahmen, prägte SARS-CoV-2 den Spätsommer sowie den Herbst und zirkulierte zu Beginn der Grippewelle (48. bis 50. KW 2025) parallel zu Influenza. Die RSV-Welle setzte ab der 2. KW ein und endete in der 15. KW 2026 [3].

Trotz der zuvor beschriebenen niedrigeren Meldezahlen und der insgesamt geringeren Intensität im Vergleich zur Vorsaison, setzte die zurückliegende Saison mit 263 influenzabedingten Todesfällen in Sachsen einen traurigen, neuen Höchstwert, welcher erneut die Gefährlichkeit dieser Infektionskrankheit offenbart. Knapp 91 % der Verstorbenen gehörten zu der Altersgruppe ab 70 Jahren. Des Weiteren wies diese Saison laut Grippereport 2026 des »Projekt: Gripeschutz« eine deutlich höhere Hospitalisierungsrate auf als noch die Vorsaison [4]. Qualifizierte Bewertungen bezüglich der Hospitalisierungsrate sowie des Impfstatus der Erkrankten sind für die sächsischen Fälle aufgrund fehlender Datenerfassung nicht möglich.

Sächsische Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Insgesamt kamen ab der 40. KW 2025 bis einschließlich der 17. KW 2026 in Sachsen 28.557 Influenza-Erkrankungen zur Meldung. Diese gliedern sich in 26.091 Influenza A- und 165

Influenza B-Nachweise. Bei 2.301 nachgewiesenen Influenza-Erkrankungen erfolgte keine Typisierung der Probe. Nach einem deutlichen Anstieg der Gesamtfallzahl von 21.580 in der Saison 2023/2024 auf 44.432 Meldungen in der Vorsaison (2024/2025) ist die Zahl in der aktuellen Saison deutlich zurückgegangen (Abbildung 1). Sie liegt damit zwar unter dem Niveau von 2024/2025 ($\Delta -35,7\%$), aber weiterhin über dem der Saison 2023/2024 ($\Delta +32,3\%$). Bezüglich der gemeldeten Influenza-Fälle im Freistaat rangiert sie damit auf dem vierten Platz seit Einführung der elektronischen Meldung gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Jahr 2001.

Bei der Altersverteilung der gemeldeten Influenza-Fälle in der Saison 2025/2026 (Abbildung 3) zeigten sich wesentliche Verschiebungen im Vergleich zur Vorsaison. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (≤ 19 Jahre) war mit einem Anteil von knapp 35 % aller gemeldeten Erkrankungen etwas weniger betroffen als in der Saison zuvor. Während die in der Vorsaison für den Freistaat berichteten Zunahmen der Fälle unter den 10- bis 14-Jährigen (6 %) sowie den 15- bis 19-Jährigen (5 %) wieder rückläufig waren, zeichnete sich in dieser Saison eine relative Zunahme der Fälle unter den Säuglingen und Kleinkindern ab. Insbesondere bei den 1- bis 4-Jährigen stieg der Anteil an den Gesamtmeldungen von 8,6 % (Saison 2024/2025) auf aktuell 11,3 % ($\Delta +31,4$ %). Bei der Hochrisikogruppe der Säuglinge (unter 1 Jahr) trafen insgesamt 481 Influenza-Meldungen (Vorsaison: 520) für den Freistaat ein, was jedoch – bezogen auf die insgesamt gesunkenen Gesamtmeldungen – einem Anstieg auf 1,7 % und letztlich sogar einer relativen Zunahme des Anteils um 43,9 % zur Vorsaison (1,2 %) entspricht. Bei den 5- bis 9-jährigen Grundschulern mit 11 % aller Erkrankten zeigte sich im Vergleich eine leicht rückläufige Tendenz. Nur unter den jungen Erwachsenen (20 bis 24 Jahre) gab es keine wesentlichen Veränderungen. Auch Personen im Alter zwischen 25 und 49 Jahren erkrankten deutlich seltener als noch in der Vorsaison (2025/2026: 20 %, 2024/2025: 30 %). Die Krankheitslast der 50- bis 69-Jährigen (19 %) nahm in Relation zur Gesamtfallzahl etwas zu, während bei den Personen ab 70 Jahren absolut

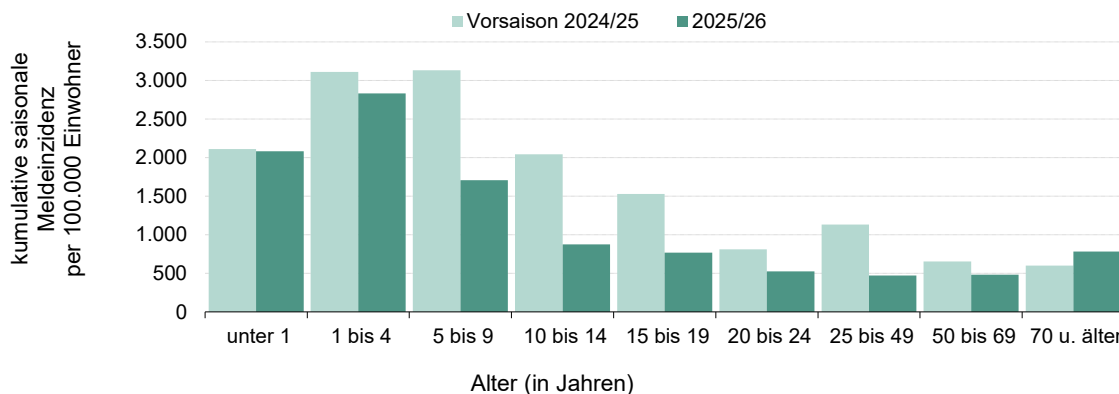


Abbildung 3: Influenza 2025/2026 in Sachsen: Vergleich Saison-Inzidenz mit 2024/2025 nach Altersgruppen, Meldedaten nach IfSG, 40. KW bis 17. KW

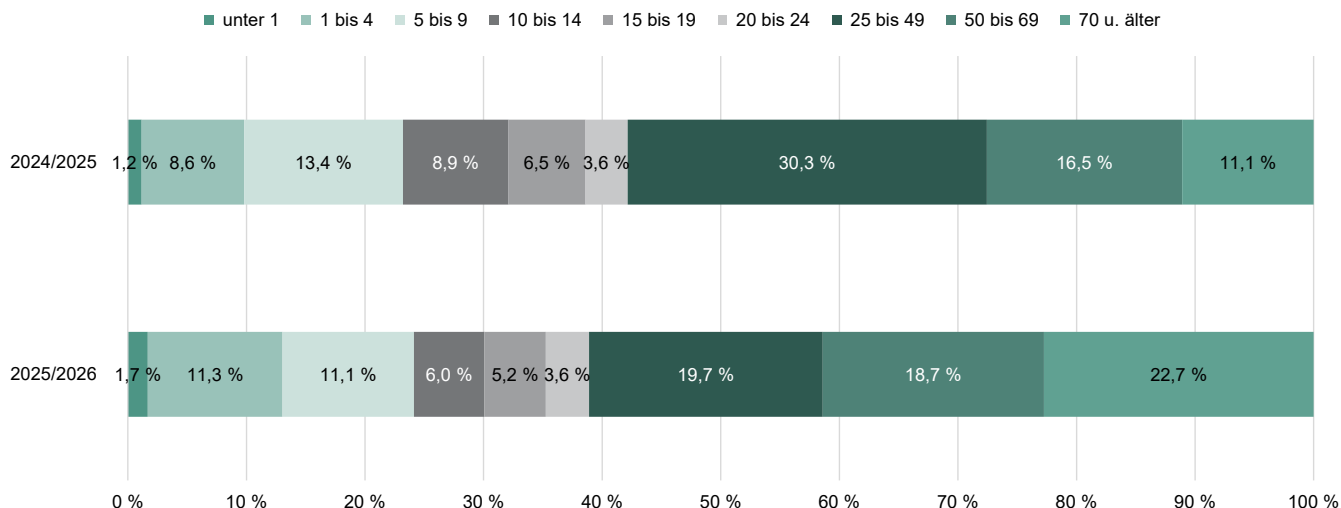


Abbildung 4: Krankheitslast der Altersgruppen für die Saison 2025/2026 und Vorsaison, Meldedaten nach IfSG, 40. KW bis 17. KW

über 1.500 Meldungen mehr eintrafen (23 %). Damit zeigte sich in dieser Saison insbesondere bei den vulnerablen Gruppen die stärkste Betroffenheit über alle Altersklassen (Abbildung 4).

Betrachtet man hingegen die kumulative Inzidenz pro 100.000 Einwohner (2025/2026: 709 über alle Altersgruppen), zeigen sich, wie bereits in der Vorsaison, die höchsten Inzidenzwerte in den jüngeren Bevölkerungsgruppen (Abbildung 3). Dies lässt sich für gewöhnlich mit einem ausgeprägteren, sozialen Kontaktverhalten (z. B. über Kindertagesstätte und Schule), frühzeitigeren Arztkonsultationen sowie einer geringeren Immunität gegenüber Influenza erklären und sollte nicht gleichbedeutend als höheres Risiko für schwere Krankheitsverläufe gewertet werden.

Influenza-Ausbrüche gab es am häufigsten in Kindertagesstätten, gefolgt von medizinischen Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen. Insgesamt wurden im Freistaat 239 Ausbruchsgeschehen gemeldet mit 31 damit in Verbindung stehenden Todesfällen (alle aus medizinischen bzw. Pflegeeinrichtungen).

Einen neuen Höchstwert erreichte die in der Saison 2025/2026 übermittelte Anzahl an Verstorbenen in Sachsen. Insgesamt 263 Influenza-Todesfälle, aufgeteilt auf 128 männliche und 135 weibliche Personen im Alter zwischen 3 und 101 Jahren sowie einem Altersmedian von 86 Jahren (Vorsaison: 83 Jahre) wurden erfasst. Damit überstieg die Zahl der Verstorbenen den erst in der Vorsaison 2024/2025 erreichten Spitzenwert von 202 To-

desfällen. 91 % der Todesfälle entfielen auf die Altersgruppe der Personen ab 70 Jahren. Außer eines Influenza A-Todesfalls eines ungeimpften Kleinkindes (weiblich, 3 Jahre) mit schwerer, angeborener Vorerkrankung, verstarben ausschließlich erwachsene Personen zwischen 44 und 101 Jahren an einer Influenza-Infektion. Acht erwachsene Verstorbene waren gesichert aktuell gegen Influenza geimpft. Bei den restlichen Fällen kann keine qualifizierte Aussage bezüglich des Impfstatus gemacht werden, da keine validen Daten hierzu aus den Meldungen ableitbar sind. Der neue Spitzenwert an Verstorbenen und auch die hohe Betroffenheit der Altersgruppe ab 70 Jahren 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, welche gemäß Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) für alle Personen ab 60 Jahren sowie jegliche Personen mit gesundheitlicher Gefährdung und gewissen Risikokonstellationen empfohlen wird. Zudem empfiehlt das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) die Influenza-Impfung als Standardimpfung für alle Personen ab einem Alter von 6 Monaten bis 59 Jahren, sodass auch die in dieser Saison gestiegene Belastung unter den Säuglingen und Kleinkindern abgefangen werden könnte [5]. Die hohe Krankheitslast, insbesondere unter den vulnerablen Bevölkerungsgruppen, ist sicherlich mit ausschlaggebend für den in dieser Saison erreichten Höchstwert der Influenzatodesfälle.

Auswertung des Influenza-Sentinels 2025/2026 im Freistaat Sachsen, mikrobiologischer Teil

Virologische Diagnostik im Rahmen des Influenza-Sentinels

Im Rahmen des Influenza-Sentinels wurden in den molekularbiologischen Laboren der LUA Sachsen sowohl Rachenabstriche als auch Nasen-/Rachenabstriche auf der Basis einer Stufendiagnostik untersucht. In der ersten Stufe erfolgte der allgemeine Nachweis von Influenza-Viren in Kombination mit dem Ausschluss von SARS-CoV-2 mittels einer Multiplex-PCR. In einer weiteren Differenzierungs-PCR wurden Influenza-positive Proben in Influenza A- und Influenza B-Viren unterschieden sowie die Influenza A-positiven Proben in die Subtypen A(H3N2) und A(H1N1)pdm09 subtypisiert. Die Ergebnismitteilung der PCR-Untersuchungen an den Probeneinsender bzw. das Gesundheitsamt sowie die zusätzliche Meldung positiver Ergebnisse über DEMIS (Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) an die Gesundheitsämter erfolgte zeitnah.

Für die weitere Feintypisierung geeigneter Influenza-Virusisolate durch das NRZ für Influenzaviren in Berlin erfolgte bei nahezu allen Influenza-PCR-positiven Proben der Versuch einer Virusanzucht mittels Zellkultur. Zur Verifizierung der Virusvermehrung im Labor diente ein Hämagglutinationstest (HAT). Am NRZ wurden die eingesandten Virusisolate mittels Influenza-spezifischen Antigenen auf Passgenauigkeit der Impfstämme geprüft sowie genetisch charakterisiert und einer Resistenzanalyse unterzogen. Die Ergebnisse der Virus-Subtypisierung am NRZ mittels Hämagglutinationshemmtest (HHT) wurden der LUA mitgeteilt (Tabelle 1).

Ergebnisse des Influenza-Sentinels von Anfang Oktober 2025 bis Ende April 2026

Im Rahmen des Sentinels 2025/2026 wurden 209 Patientenproben molekularbiologisch untersucht, wovon 89 ein positives PCR-Ergebnis für Influenzaviren (42,6 %) zeigten. Im Influenza-Sentinel 2024/2025 lag die Positivenrate bei 38,6 %.

In allen 89 molekularbiologisch positiv getesteten Influenzaproben der Sentinel-Saison 2025/2026 konnten Influenza A-Viren differenziert werden. Influenza B-Virusstämme wurden nicht nachgewiesen.

Die molekularbiologische Subtypisierung der Influenza A-positiven Proben ergab in 18 Fällen das Ergebnis Influenzavirus A(H1N1)pdm09 sowie 63-mal Influenzavirus A(H3N2). Bei 8 Influenzavirus A-positiven Proben war keine Subtypisierung möglich.

Bei insgesamt 88 Influenzavirus-PCR-positiven Patientenproben wurde eine Virusanzucht versucht, die Erfolgsquote lag bei 57,9 % (n = 51). An das NRZ für Influenzaviren am RKI konnten insgesamt 38 Influenzavirus-Isolate zur Feintypisierung gesendet werden.

Die genetische Analyse am NRZ ergab folgende Ergebnisse (Tabelle 1): den 16 zugestellten Influenza A(H1N1)pdm09-Virusstämmen konnten 15 der Virusvariante A/Victoria/4897/2002 und einer der Virusvariante A/Sydney/5/2021 zugeordnet werden. Die Feintypisierung der Influenzavirusisolate vom Subtyp A(H3N2) ergab in 17 Fällen die Virusvariante A/Croatia/10136RV/2023-like sowie in 4 Fällen die Variante A/Thailand/8/2022. Ein Isolat war am NRZ nicht typisierbar.

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

Zusammenfassung der Ergebnisse		Anzahl	Anteil an allen Nachweisen
Anzahl eingesandter Proben innerhalb des Sentinel-Zeitraumes:		209	
Anzahl der Proben mit einem positiven Ergebnis in der PCR:		89	42,60 %
Anzahl der positiven PCR-Ergebnisse je Typ/ Subtyp:			
davon:	Influenza A:	89	100,00 %
	Influenza A(H1N1)pdm09	18	20,20 %
	Influenza A(H3N2)	63	70,80 %
	nicht typisierbar	8	9,00 %
davon:	Influenza B	0	0,00 %
Anzahl der Virus-Anzuchtversuche mittels Zellkultur:		88	
Anzahl der Proben mit einem positiven Ergebnis in der Virusanzucht:		51	57,90 %
Anzahl der zur Feintypisierung ans NRZ versendeten Proben:		38	
davon:	Influenza A-Virus:	38	100,00 %
	Subtyp A(H1N1)pdm09 mit Variante A/Sydney/5/2021	16	42,10 %
	Variante A/Victoria/4897/2022	15	
	Variante A/Sydney/5/2021	1	
	Subtyp A(H3N2)	22	57,90 %
	Variante A/Croatia/10136RV/2023-like	17	
	Variante A/Thailand/8/2022	4	
	nicht typisierbar	1	
davon:	Influenza B-Virus:	0	0,00 %

Sächsische Impfdatenbank: Auswertungen zu Influenza-Impfungen

Im Folgenden wird anhand der in der LUA Sachsen analysierten Daten, welche unter Berücksichtigung von Abrechnungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) gesammelt werden, die Inanspruchnahme der Influenza-Impfung 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 2025 mit Datenstand vom 31.12.2025 (Abbildung 5). Es ist daher darauf hinzuweisen, dass die für die Saison 2025/2026 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 kann zu zunächst etwas größeren Unterschieden in den Vergleichswerten mit der Vorsaison führen. Die Abweichungen sind jedoch nach den Analysen der letzten Jahre aufgrund in der Regel kleiner Anzahl an noch in den Monaten Januar und Februar geimpften Dosen gering. In der sächsischen Impfdatenbank sind nur gesetzlich versicherte Personen erfasst. Um Impfraten für die Gesamtbevölkerung Sachsens angeben zu können, erfolgt seit jeher jeweils eine Hochrechnung unter der Schätzung von 90 % gesetzlich und 10 % privat Versicherten. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Interpretation der Daten ist, dass arbeits- bzw. betriebsmedizinisch veranlasste Influenzaimpfungen in den hier dargestellten Impfquoten in der Regel nicht mit abgebildet werden, da deren Abrechnung oft gesondert erfolgt. Diese Limitation spiegelt sich vor allem in der Impfquote der Erwerbstätigen, also der 19- bis 59-jährigen Personen, wider. Eine solide Datenbasis hierfür fehlt seitens der arbeitsmedizinischen Fachgesellschaften. Und auch wenn geschätzt wird, dass innerbetrieblich hohe

Impfquoten durch Aufnahme der Influenzaimpfung als Maßnahme des Arbeitsschutzes erreicht werden könnten, so werden dennoch nur Impfquoten von 10 bis maximal 30 % unter den Beschäftigten angenommen [6, 7]. Dabei birgt insbesondere die Arbeitsmedizin die Chance, die erwerbstätige Bevölkerung für eine Impfung zu erreichen, während diese sonst gesund ist und keinen anderweitigen ärztlichen Kontakt benötigt [4].

Die Schutzimpfung gegen Influenza ist für Personen ab 18 Jahren seit Oktober 2022 auch in Apotheken möglich. Ob und inwieweit sich gegebenenfalls künftig durch das neue Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) mit Ausweitung der Impfmöglichkeit für alle Totimpfstoffe in Apotheken durch breitere Öffentlichkeitsarbeit in den Impfquoten für Influenza widerspiegelt, bleibt abzuwarten [9–12].

In der Saison 2025/2026 wurden bis zum Ende des Auswertzeitraumes (31.12.2025) 745.849 Influenza-Impfdosen abgerechnet. Daraus ergibt sich eine vorläufige Impfquote von 20,6 % für die sächsische Bevölkerung. Im Vergleich zur Vorsaison ergab sich im gleichen Zeitraum bis 31.12. eine Impfquote von 20 % (728.041 abgerechnete Impfungen). Die meisten der bis Jahresende 2025 verabreichten Influenza-Impfdosen (45 %) wurden erneut, wie auch in der Mehrzahl der vorherigen Saisons, im Monat Oktober registriert. Somit wurden in der aktuellen Saison bis Jahresende 17.808 Impfdosen mehr verimpft als in der Vorsaison. Es bleibt demnach abzuwarten, ob mit den Nachmeldungen für Januar und Februar eventuell sogar eine leicht gestiegene Impfquote für 2025/2026 festgestellt werden kann. Im Rückblick auf die Influenza-Saison 2024/2025 wurden in den Monaten Januar und Februar 2025 noch 34.755 Influenza-Impfdosen verabreicht. Seit der letzten Auswertung mit Datenstand vom 31.12.2024 erhöht sich dadurch die Anzahl der während der Saison 2024/2025 insgesamt verabreichten Influenza-Impfdosen auf 762.876, was einen leichten Anstieg der Gesamtimpfquote von 20 % auf 21 % bedeutet. Der Anteil der in den Monaten Januar und Februar abgerechneten Impfungen an den insgesamt pro Saison abgerechneten Impfungen war mit rund 4,6 % um über einen Prozentpunkt höher als noch im Vorjahr.

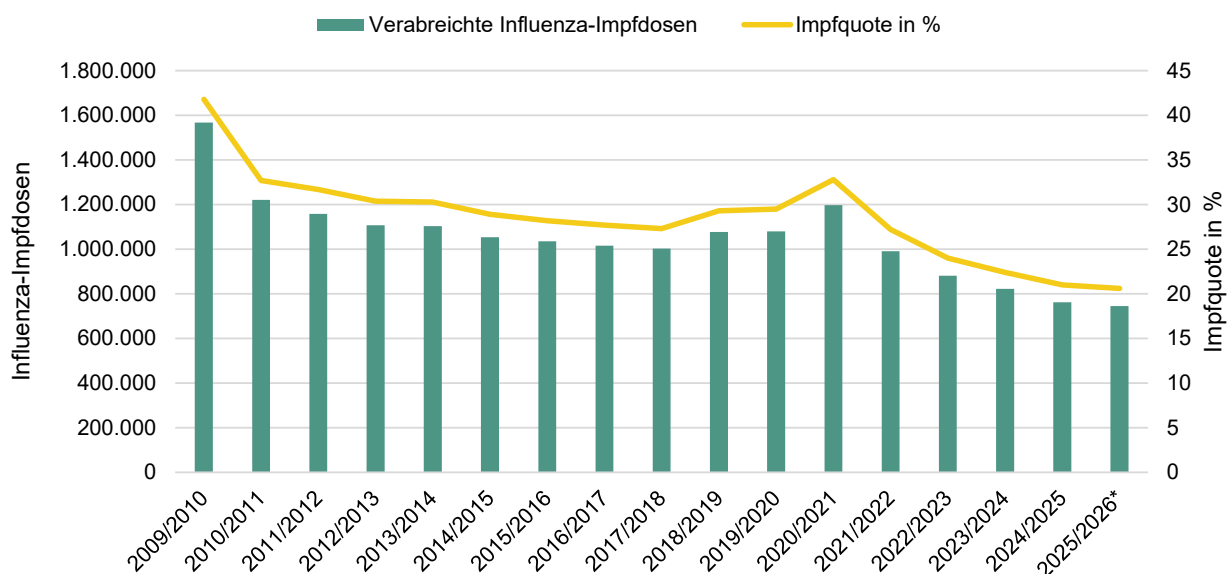


Abbildung 5: Pro Saison verabreichte Influenza-Impfdosen und jeweilige Impfquote für Sachsen; *Datenstand: 31.12.2025

In der Saison 2025/2026 zeigte sich im Vergleich zur Vorsaison in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (zwischen 6 Monaten und 18 Jahren) ein leichter Anstieg der Impfquoten. Am stärksten zeigte sich dies bei den Kindern zwischen 6 Monaten bis 2 Jahren (Impfquote 2024/2025: 6,5 %, 2025/2026: 7,5 %, Δ +15,4 %) sowie den 7- bis 10-Jährigen (Impfquote 2024/2025: 8,1 %, 2025/2026: 9,1 %, Δ +12,3 %). Bei den 19- bis 59-Jährigen blieb die Impfquote im Vergleich zur Vorsaison konstant (9,5 %). Nur bei den Personen ab 60 Jahren, für welche eine Empfehlung zur Influenzaimpfung nach STIKO besteht, zeigten sich durchgehend abnehmende Impfquoten, wobei dieser Effekt unter den 60- bis 79-Jährigen am stärksten ausgeprägt war (Abbildung 7). Auch bei der Bevölkerung im geriatrischen Altersbereich ($\geq$ 80 Jahre) zeigte sich, trotz der im Vergleich zu den jüngeren Populationen insgesamt höheren Impfquoten (um die 60 %) ein negativer Trend der Impfbereitschaft (Abbildung 6 und 7).

Betrachtet man die Impfquote der gesamten erwachsenen sächsischen Bevölkerung (über 18 Jahren), so lag diese in der zurückliegenden Saison bei 23,3 % (Stand: 31.12.2025) und damit sogar marginal höher als im Vorjahr (22,9 %, inklusive Nachmeldungen vom Januar und Februar). In der Saison 2020/2021 waren jedoch noch 36 % der sächsischen Erwachsenen gegen Influenza geimpft, die Quote ist seitdem stetig zurückgegangen. Die Gruppe der unter 60-jährigen Erwachsenen war trotz einer fast kongruenten Impfquote von 9,2 % gegenüber der Saison 2024/2025 (9,0 %) auch in der vergangenen Saison wieder seltener geimpft als die höheren Altersgruppen. Mit einer Impfquote von 41,5 % (2024/2025: 43,3 %) befindet sich die Alters-

gruppe ab 60 Jahren deutlich entfernt von der Ziel-Impfquote der Europäischen Union (EU) von 75 %, die sich auch im Nationalen Impfplan für Deutschland wiederfindet [13, 14]. Dennoch liegt die sächsische Impfquote der Personen ab 60 Jahren im gesamtdeutschen Vergleich noch über der vom RKI berechneten bundesweiten Impfquote von 34 % (Saison: 2024/2025) [15]. Innerhalb der Altersgruppe der Senioren zeigen die Personen ab 90 Jahren zum 31.12.2025 mit 64,6 %, gefolgt von den 80- bis 89-Jährigen mit 58,2 %, noch die höchsten Impfquoten, während nur 44,1 % der Altersgruppe zwischen 70 und 79 Jahren 2025/2026 gegen Influenza geimpft waren. Der markanteste Einschnitt in der Impfquote im Freistaat präsentiert sich bei den 60- bis 69-Jährigen, welche trotz bundesweiter STIKO-Empfehlung, nur eine Impfabdeckung von 28,2 % aufwiesen.

Auf Kreisebene zeigte sich in fast allen sächsischen Landkreisen (LK) und kreisfreien Städten (SK) wiederholt ein Rückgang der Influenza-Impfquoten (Abbildung 8). Lediglich in den Landkreisen Erzgebirgskreis und Vogtlandkreis war eine leichte Impfquotensteigerung zu verzeichnen. Der Erzgebirgskreis (16,7 %), belegt aber dennoch weiterhin den letzten Platz hinsichtlich der Impfquote, gefolgt vom Vogtlandkreis (19,1 %). Den stärksten prozentualen Rückgang im Vergleich zur Vorperiode gab es in den LK Bautzen und Meißen um 3,5 %. Trotz dieser relativ starken Abnahme erreichte der LK Meißen (22,1%) wieder die dritthöchste Impfquote im Freistaat. Die höchsten Impfquoten erzielten – wie auch in der Vorsaison – der LK Leipzig (24,2 %), gefolgt vom LK Nordsachsen (23,2 %).

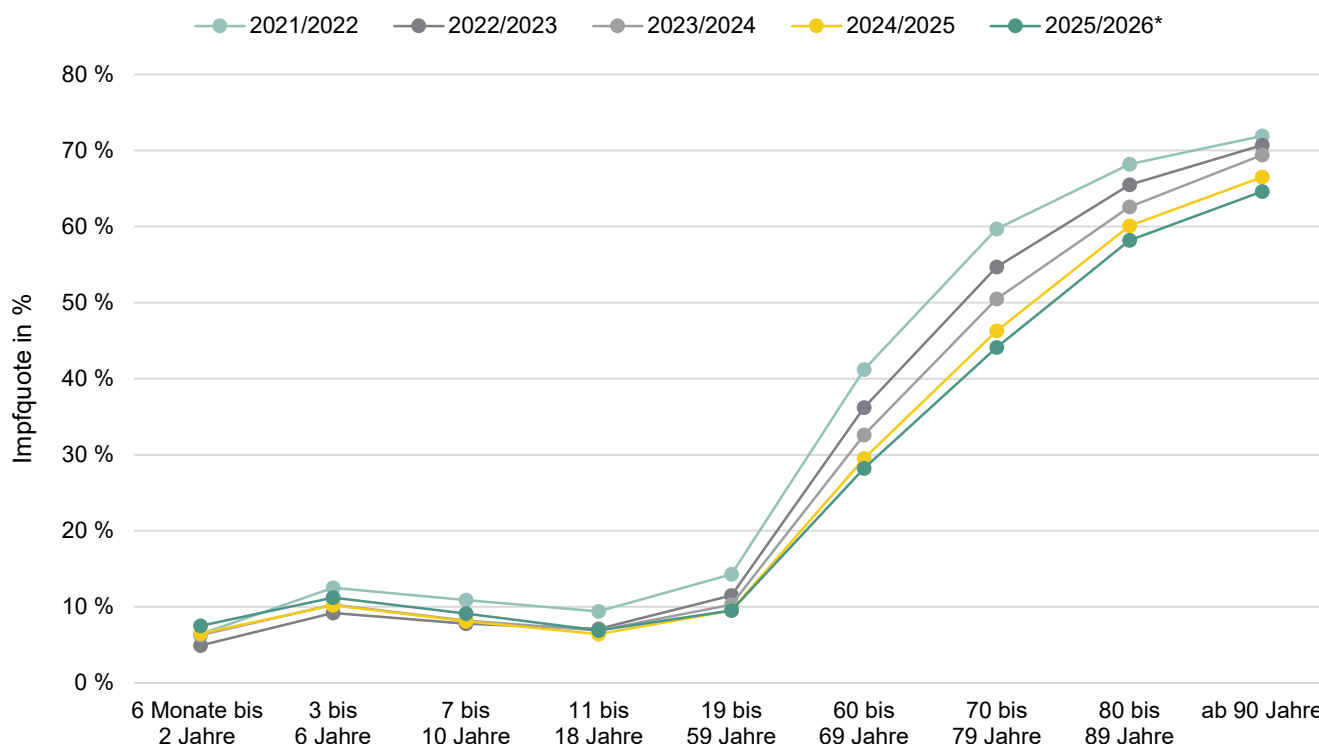


Abbildung 6: Influenza-Impfquoten pro Saison und Altersgruppe in Sachsen, *Datenstand: 31.12.2025

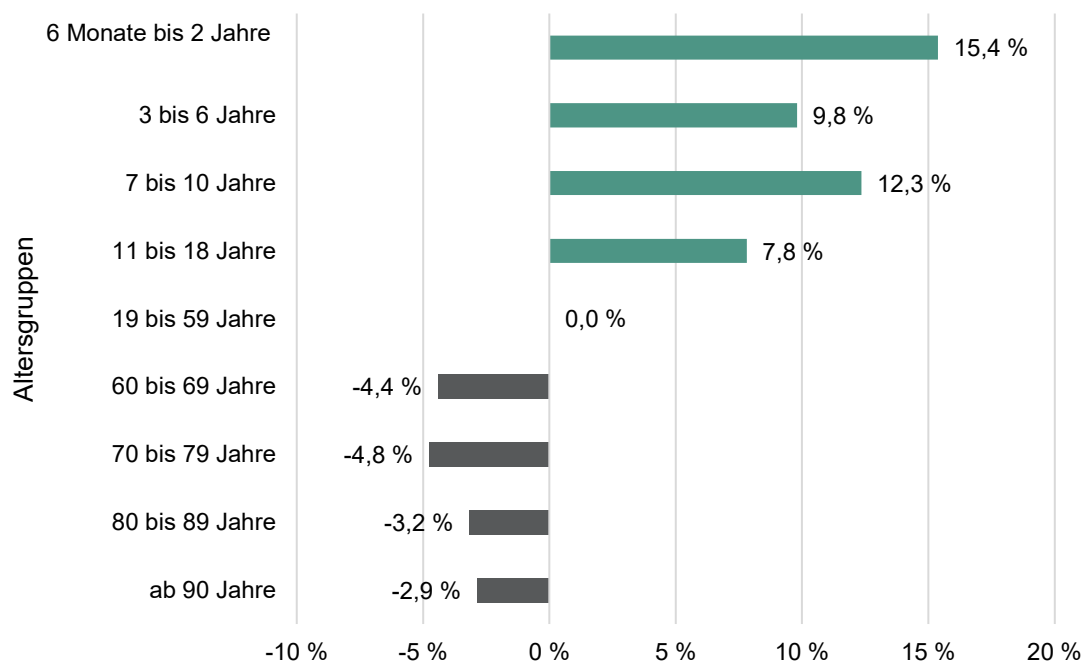


Abbildung 7: Relative Änderung der Influenza-Impfquoten je Altersgruppe für 2025/2026 in Sachsen, *Datenstand: 31.12.2025

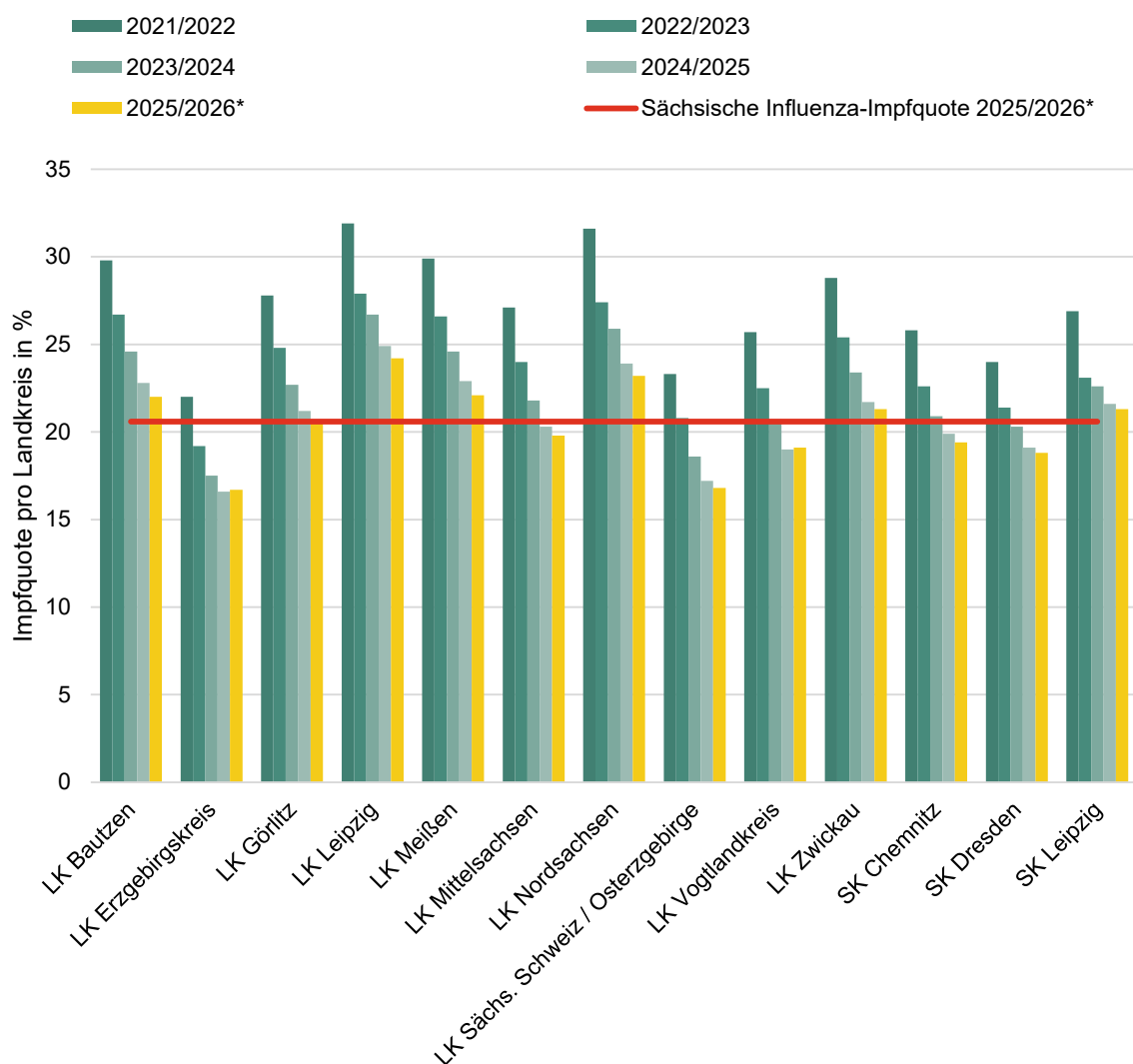


Abbildung 8: Influenza-Impfquoten pro Kreis in Sachsen (SK = kreisfreie Stadt, LK = Landkreis); Aktuelle Impfquote Saison 2025/2026 für Sachsen $\hat{=}$ 20,6 %; *Datenstand: 31.12.2025

Zusammenfassend lässt sich über die Auswertung der Sächsischen Impfdatenbank für die Influenza-Impfung 2025/2026 schlussfolgern:

- Es ist davon auszugehen, dass sich der rückläufige Trend in den Impfquoten fortsetzt beziehungsweise allenfalls auf dem aktuellen Niveau verharret, sofern die nachgemeldeten Impfungen aus Januar und Februar 2026 nicht zu einer wesentlichen Veränderung der Impffzahlen führen.
- Während sich insbesondere bei den Kindern und Jugendlichen im Freistaat mit Impfquotenzunahmen ein positiver Trend abzeichnete, zeigten sich unter der erwerbstätigen Bevölkerung konstante und bei den Senioren weiter abnehmende Durchimpfungsraten.
- Der Ziel-Durchimpfungsgrad der EU von 75 % für Senioren wird weiterhin verfehlt [14].
Eine höhere Inanspruchnahme der Influenza-Impfung wäre jedoch gerade in dieser Altersgruppe wünschenswert, da mit zunehmendem Alter die Inzidenz Influenza-assoziiierter Krankenhauseinweisungen und Influenza-bedingter Todesfälle ansteigt, wie der oben beschriebene Altersmedian bei den Todesfällen zeigt. Zudem sei laut ersten Erkenntnissen die Impfstoffwirksamkeit – trotz der von zahlreichen Mutationen geprägten Subklade K – auch in dieser Saison mit den Vorjahren vergleichbar effektiv gewesen [4].
- In den LK Bautzen, Meißen, Nordsachsen, Leipzig und Zwickau sowie dem SK Leipzig lag die allgemeine Impfquote über dem sächsischen Durchschnitt, während der LK Görlitz im Vergleich zur Vorsaison seit der Saison 2020/2021 erstmals wieder unterhalb des sächsischen Durchschnitts lag.

Es ist anzunehmen, dass verschiedene Gründe für die stetig sinkenden Influenza-Impfquoten ursächlich sind. Das RKI führt im Rahmen des Projektes IMPRESS (Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern) ein regelmäßiges Impfabzeptanzmonitoring durch [16]. Ziel ist es, herauszufinden, weshalb sich Menschen impfen lassen oder Impfungen ablehnen. Die Mehrzahl der deutschen Bevölkerung kennt zwar das Risiko von Infektionskrankheiten, verfügt über ein kollektives Verantwortungsbewusstsein bei seinen Impfentscheidungen und trifft die Entscheidung gegen eine Impfung weniger abhängig von persönlichen Hürden, fehlendem Vertrauen in Zulassungsbehörden oder dem Glauben an Falschinformationen. Dennoch werden persönliche Impfentscheidungen nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen, wobei eine Überschätzung von Nebenwirkungen, die Unsicherheit zur wissenschaftlichen Untermauerung politischer Entscheidungen sowie eine eher geringe impfbezogene Gesundheitskompetenz hinderlich wirken. Impfskepsis wird von der WHO seit 2019 unter den 10 wichtigsten Bedrohungen der globalen Gesundheit geführt [17]. Insbesondere Influenza wird häufig nicht als eine solche Gesundheitsbedrohung wahrgenommen, als dass sich große Bevölkerungsteile aktiv für eine Impfung entscheiden würden. Die Tatsache, dass es sich bei Influenza jedoch nicht um eine harmlose Erkrankung handelt, konnte die diesjährige Saison 2025/2026 erneut mit einem neuen Höchstwert an gemeldeten Influenza-Todesfällen belegen.

Auch auf Seiten der Ärzteschaft könnten verschiedene Faktoren für sinkende Impfquoten mitursächlich sein – sinkende Bestellmengen von Impfdosen bei nachlassender Nachfrage, um mögliche Regressforderungen zu vermeiden, teilweise Unklarheit über bestehende Impfindikationen für einzelne Bevölkerungsgruppen oder schlicht fehlende Zeit [4].

Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, die sächsische Bevölkerung weiterhin über die Risiken einer Influenza-Erkrankung aufzuklären und auf den Nutzen der Impfung hinzuweisen. Das Fortsetzen zielgruppenspezifischer Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, auch über soziale Medien, ist eine mögliche Maßnahme, um eine gesteigerte Inanspruchnahme der Influenza-Impfung zu erreichen und die Gesundheitskompetenz zu stärken. Doch auch der konsequenten Erinnerung an die saisonale Grippe-Schutzimpfung, insbesondere durch Kinder- und Hausärzte, kommt eine wichtige Rolle zu. Hierbei könnte die zukünftig geplante Einführung des elektronischen Impfpasses mit Möglichkeit zu digitalen Impferinnerungen förderlich sein [4,18]. Um auch weiterhin ein flächendeckendes, leicht erreichbares und niederschwelliges Impfangebot zu gewährleisten, können zudem kommunale Impfstellen eine Unterstützung des ambulanten Sektors darstellen.

Influenza-Impfstoffe für die Saison 2026/2027

Nach Auswertung aller molekularbiologischen, virologischen und serologischen Befunde im Rahmen der weltweiten Surveillance in der Influenza-Saison 2025/2026 wird von der WHO für die Nordhalbkugel im kommenden Winter (Saison 2026/2027) für trivalente Impfstoffe folgende Impfstoffzusammensetzung empfohlen [19]:

- Hühnerei-basierte Impfstoffe
 - A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09-ähnlicher Stamm (neu)
 - A/Darwin/1454/2025 (H3N2)-ähnlicher Stamm (neu)
 - B/Tokyo/EIS13-175/2025 (B/Victoria-Linie)-ähnlicher Stamm (neu)
- zellkulturbasierte, rekombinante Protein- oder Nukleinsäurebasierte Impfstoffe:
 - A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09-ähnlicher Stamm (neu)
 - A/Darwin/1415/2025 (H3N2)-ähnlicher Stamm (neu)
 - B/Pennsylvania/14/2025 (B/Victoria-Linie)-ähnlicher Stamm (neu)

Die Zusammensetzung des trivalenten Influenza-Impfstoffes für die nächste Saison unterscheidet sich somit wesentlich von der des in der Saison 2025/2026 verwendeten Impfstoffes.

Seit September 2023 empfiehlt die WHO den Wechsel von quadrivalenten zu trivalenten Influenza-Impfstoffen ohne B/Yamagata-Linie aufgrund praktisch fehlender Nachweise von Viren der Linie B/Yamagata seit März 2020 [20].

Bearbeiter: Paul Boack
Johanna Klingner
unter Mitarbeit der Fachgebiete 1.2, 1.3 und 1.6

Literatur und Quellen

- [1] RKI. RKI-Ratgeber [Internet]. 2026 [zitiert 2. Juli 2026]. Influenza (Teil 1): Erkrankungen durch saisonale Influenzaviren. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Influenza_saisonal.html
- [2] RKI. ARE-Wochenbericht des RKI: Aktuelles zu akuten respiratorischen Erkrankungen 51. Kalenderwoche 2025

- bis zur 1. Kalenderwoche 2026 (15.12.2025 bis 4.1.2026) [Internet]. Zenodo; 2026 [zitiert 2. Juli 2026]. Verfügbar unter: <https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.7221096> doi:10.25646/13599
- [3] RKI. Virologische Analysen im Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren Saison 2025/26 [Internet]. 2026 [zitiert 2. Juli 2026]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Nationale-Referenzzentren-und-Konsiliarlabore/Influenza/zirkulierende/VirolAnalysen_2025_26.html
 - [4] Projekt: Gripeschutz. Grippereport 2026 [Internet]. Berlin; Juni 2026 [zitiert 1. Juli 2026]. Verfügbar unter: https://www.projektgripeschutz.de/common/pdf/260612_online_Grippereport_zur_Saison_2025_2026_Projekt_Gripeschutz.pdf
 - [5] Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. VwV Schutzimpfungen. SächsABl. 2025 Nr. 52, S. 1271 Fsn-Nr.: 250 [Internet]. 4. Dezember 2025. Verfügbar unter: <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/21439>
 - [6] IAAI Arbeitssicherheit GmbH [Internet]. [zitiert 25. Juni 2026]. Grippeimpfung im Betrieb 2026: STIKO, ROI & Aktion. Verfügbar unter: <https://www.iaai.de/leistungen/impfungen>
 - [7] AHEAD GmbH, Abteilung für Gesundheitsökonomie, Bietigheim-Bissingen, Schwander B, Zöllner Y, HAW Hamburg, Fakultät Life Sciences, Dept. Gesundheitswissenschaften, Hamburg. Ökonomische Bewertung der Gripeschutzimpfung am Arbeitsplatz in Deutschland – Eine Analyse der Grippezeit 2024/2025 aus betrieblicher Perspektive. ASU. 1. August 2025;2025(08):483–93. doi:10.17147/asu-1-464338
 - [8] gematik GmbH. DEMIS Wissensdatendank [Internet]. 2026 [zitiert 22. Juli 2026]. FAQ für Apotheken – DEMIS-Wissensdatenbank – Confluence. Verfügbar unter: <https://wiki.gematik.de/spaces/DSKB/pages/676089418/FAQ+f%C3%BCr+Apotheken>
 - [9] BMG [Internet]. [zitiert 29. Juni 2026]. Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/apovwg>
 - [10] ABDA. Gripeschutzimpfungen | ABDA [Internet]. [zitiert 29. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.abda.de/themen/gripeschutzimpfungen/>
 - [11] AOK. Schutzimpfungen in Apotheken nach § 132e SGB V [Internet]. [zitiert 29. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/gp/vertraege/apotheken/impfungen>
 - [12] GKV-Spitzenverband, DAV. Vertrag zur Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen durch Apotheken nach § 132e Absatz 1a SGB V [Internet]. 2025 [zitiert 29. Juni 2026]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/rahmenvertraege/apotheken/2025-10-15_Vertrag_Schutzimpfungen_durch_Apotheken_132e_Abs_1a_SGBV_barrierefrei.pdf
 - [13] Nationale Lenkungsgruppe Impfen. NATIONALER IMPFPLAN: Impfwesen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf [Internet]. 2012 [zitiert 29. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/NationalerImpfplan.pdf>
 - [14] European Union. Council Recommendation of 22 December 2009 on Seasonal Influenza Vaccination. Official Journal of the European Union. 29. Dezember 2009;Vol 348:71–2.
 - [15] RKI. Dashboard zum Impfgeschehen in Deutschland [Internet]. [zitiert 15. Juli 2026]. VacMap. Verfügbar unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/VacMap/Erw_Maindashboard?%3Aembed=y&%3Atabs=n
 - [16] RKI. Warum wir uns impfen lassen und wann wir zögern. Ergebnisse des Forschungsprojekts IMPRESS: Impfverhalten verstehen, Preparedness steigern. Schwerpunkt: Allgemeinbevölkerung [Internet]. 2026 [zitiert 1. Juli 2026]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Forschungsprojekte/IMPRESS/Folien-Ergebnisse-Allgemeinbevölkerung.pdf?__blob=publicationFile&tv=4
 - [17] WHO. Ten threats to global health in 2019 [Internet]. 2019 [zitiert 2. Juli 2026]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
 - [18] BMG [Internet]. 2025 [zitiert 1. Juli 2026]. Elektronischer Impfpass. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/elektronischer-impfpass>
 - [19] WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026–2027 northern hemisphere influenza season [Internet]. 2026 [zitiert 1. Juli 2026]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-2027-northern-hemisphere-influenza-season>
 - [20] WHO. Recommendations for influenza vaccine composition for the 2026–2027 northern hemisphere season [Internet]. 2026 [zitiert 1. Juli 2026]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news/item/27-02-2026-recommendations-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-2027-northern-hemisphere-season>

Süße vegane Alternativen zu Honig

Der Trend zur veganen Ernährung und damit auch der Ersatz von Honig durch vegane Alternativen zeigt sich deutlich in den Regalen der Supermärkte. Hier nehmen zunehmend Pflanzensirupe, wie Agavendicksaft, Zuckerrüben- oder Kokosblütensirup den Platz des Honigs ein. Nicht zuletzt, weil diese auch Kleinkinder bedenkenlos zu sich nehmen können.

Honig unterliegt in Deutschland den Vorgaben der Honigverordnung und den Leitsätzen für Honig. Erstere regelt unter anderem den Zuckergehalt und den 5-Hydroxymethylfurfural (HMF)-Gehalt. Die Leitsätze spezifizieren unter anderem Anforderungen zu den Sortenhonigen. Für Pflanzensirupe hingegen existieren keine Vorschriften zur Verkehrsauffassung. Daher lohnt sich ein tieferer Blick auf die beiden für den Honig reglementierten Analyten (Zucker und HMF).

Blütenhonig muss nach der Honigverordnung mindestens 60 g/100 g und Honigtauhonig mindestens 45 g/100 g Zucker enthalten. Der Gesamtzuckergehalt bezieht sich dabei auf die Summe von Glucose und Fructose. Der Saccharose Gehalt darf im Allgemeinen maximal 5 g/100g betragen. Ausnahmen sind hier beispielsweise Robinienhonig oder Lavendelhonig, deren Saccharosegehalt höher liegen darf.

Unsere Untersuchungsergebnisse spiegeln diese Vorgaben auch im Durchschnitt wider.

Wie Abbildung 1 zeigt, besteht Honig in der Regel zu gleichen Teilen aus Glucose und Fructose. Je nach Sorte kann sich das Fructose-Glucose-Verhältnis ändern. Die spezifischen Vorgaben für die Sortenhonige findet man in den Leitsätzen. Auch der Gehalt an Minorkomponenten wie beispielsweise Turanose, Maltose und Melezitose kann variieren. [1, 2]

Die Süßkraft eines Pflanzensirups im Vergleich zum Honig ist abhängig von der jeweils eingesetzten Pflanze. So besitzt Agavendicksaft eine geringere Süßkraft als Honig, da die Hauptkomponente hier Fructose ist. Der sehr hohe Anteil an Fructose (60-70 %) in Agavendicksaft kann sich bei hohem Konsum negativ auf die Gesundheit der Leber auswirken. Kokosblütensirup hingegen, besteht hauptsächlich aus Saccharose und ist somit dem Haushaltszucker gleichzusetzen. Zuckerrübensirup besteht wiederum zu gleichen Teilen aus Glucose und Fructose, sowie einem etwas höheren Anteil an Saccharose [3, 4, 5].

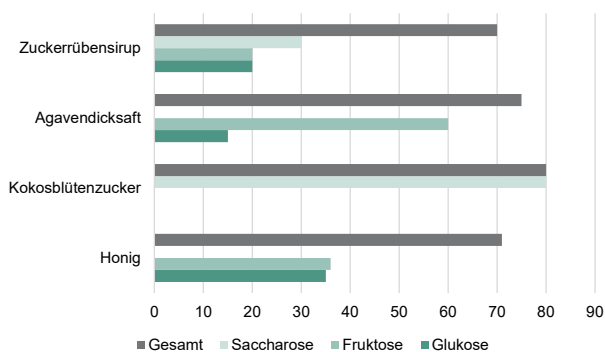


Abbildung 1: Hauptzuckerkomponenten in Pflanzensirupen und Honigen

Die Pflanzensirupe unterscheiden sich stark in ihrer Zusammensetzung des Zuckerspektrums und sind somit gut unterscheid- und definierbar. Der Gesamtzuckergehalt der Produktgruppen unterscheidet sich jedoch kaum. Insgesamt liegt dieser zwischen 70 % und 80 %.

HMF ist ein Nebenprodukt der Maillard-Reaktion, das weder dem Honig noch dem Pflanzensirup als Zutat zugesetzt wird. Um zu verstehen, wie HMF in beiden Produktgruppen entsteht, wird zunächst die Herstellung der Honige und der Pflanzensirupe beleuchtet.

Honig wird, wie allgemein bekannt, im Bienenstock produziert. Die Biene sammelt den Blütennektar oder Honigtau und gibt diesen anschließend im Bienenstock weiter. Durch die Weitergabe werden Enzyme angereichert und durch den Flügelschlag der Biene wird der Wasseranteil reduziert. Die eingedickte Flüssigkeit wird dann in den Waben zur Reifung eingelagert und diese mit Wachs verdeckelt.

Um den Honig zu ernten, werden die Waben dem Bienenstock entnommen und entdeckt. Anschließend wird die Wabe vorsichtig geschleudert und der gewonnene Honig filtriert und abgefüllt. Beim Schleudern und Abfüllen des Honigs kann der Prozess durch vorsichtiges Erwärmen (auf maximal 40 °C) beschleunigt werden, siehe Abbildung 2.

Für die Herstellung des Sirups wird der entsprechende Teil der Pflanze zunächst gepresst. Der gewonnene Saft wird gefiltert und anschließend unter schonenden Bedingungen erhitzt. Dabei karamellisiert der Zucker und man erhält den zähflüssigen Sirup.

Bei beiden Prozessen kann der thermisch induzierte Abbau des Zuckers erfolgen. Als Nebenprodukt entsteht 5-Hydroxymethylfurfural (HMF).



Abbildung 2: Herstellung des Honigs (KI-generiert)

HMF selbst ist nicht toxisch, dient jedoch als Indikator für die Hitzebelastung. Mit hohen HMF-Gehalten gehen auch sensorisch negative Eindrücke, das sogenannte Kocharoma, einher. Daher versucht man den HMF-Gehalt so gering wie möglich zu halten.

Der HMF-Gehalt in Honig ist durch die Honigverordnung reglementiert und darf maximal 40 mg/kg bzw. 80 mg/kg bei Honig aus wärmeren Gebieten unter Angabe der Region betragen. Durch diese Reglementierung des HMF-Gehaltes sind die zu erwartenden Gehalte an HMF in Honig gering und liegen im Durchschnitt unter 15 mg/kg, wie unsere Untersuchungsergebnisse zeigen (siehe Tabelle 1). Lediglich die Sorten Manuka- und Orangenblütenhonig weisen mit Werten zwischen 25 und 45 mg/kg einen höheren HMF-Gehalt auf.

Tabelle 1: Untersuchungsergebnisse der HMF-Gehalte für Sortenhonige

Honigsorte	Min [mg/kg]	MW [mg/kg]	Max [mg/kg]
Akazienhonig	5,1	10,9	18,4
Blütenhonig	< 5,0	9,5	21,2
Frühtracht	< 1,3	4,7	23,0
Lindenhonig	< 5,0	8,3	10,4
Manuka	8,2	24,5	44,6
Landhonig	5,5	14,3	22,0
Orangenblütenhonig	< 1,3	25,0	38,2
Rapshonig	< 5,0	12,0	20,6
Robinienhonig	< 1,3	< 5,0	5,0
Sommertracht	< 5,0	5,5	23,0
Waldhonig	< 1,3	6,1	17,9

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den HMF-Gehalten in den Pflanzensirupen, stellt man eine deutlich größere Gehaltsspanne in den einzelnen Produktgruppen fest (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Untersuchungsergebnisse der HMF-Gehalte für Pflanzensirupe

Sirupsorte	Min [mg/kg]	Max [mg/kg]
Kokosblütensirup	< 1,3	511,0
Agavendicksaft	12,2	149,0
Zuckerrübensirup	185,0	339,0

Einige Hersteller konnten HMF-Gehalte unter der Nachweisgrenze (< 1,3 mg/kg) erzielen. Die Maximalwerte bei den Pflanzensirupen liegen jedoch deutlich höher, teilweise über 500 mg/kg. Die Pflanzensirupe, welche einen hohen HMF-Gehalt aufwiesen, waren auch sensorisch in Farbe, Geschmack und Zähflüssigkeit auffällig. Beim Kokosblütensirup war der Kontrast zur Produktbeschaffenheit zwischen dem Produkt mit dem HMF-Gehalt kleiner der Nachweisgrenze und dem Produkt mit dem HMF-Gehalt von 511,0 mg/kg am auffälligsten. Hier konnte beobachtet werden, dass mit höheren HMF-Gehalten der Sirup deutlich farbintensiver, zähflüssiger und vom Geschmack malziger war.



Abbildung 3: Gegenüberstellung von Pflanzensirupen zur Veranschaulichung der farblichen Unterschiede innerhalb einer Produktgruppe (Untersuchungsergebnisse beziehen sich nicht auf die dargestellten Produkte)

Aufgrund der rechtlichen Vorgaben der Honigverordnung und der Spezifizierung der Sortenhonige durch die Leitsätze für Honig, kann der Verbraucher innerhalb eines Sortenhonigs sensorisch vergleichbare Produkte erwarten. Bei den Pflanzensirupen kann nicht zwangsläufig davon ausgegangen werden, dass die sensorischen Eigenschaften des Pflanzensirups innerhalb einer Sorte von zwei verschiedenen Anbietern vergleichbar sind.

Daher wäre es möglich, unter anderem über den HMF-Gehalt, eine Produktbeschaffenheit zu fordern, die eine sensorische Vergleichbarkeit innerhalb der Pflanzensirupsorte ermöglicht. Das Zuckerspektrum könnte wiederum zur Unterscheidbarkeit der jeweiligen Pflanzensirupe in Betracht gezogen werden.

Bearbeiter: Josepha Winter

LUA Chemnitz

Quellen

- [1] Honigverordnung (HonigV), 16.01.2004
- [2] Leitsätze für Honig, Leitsätze vom 30.5.2011 (BANz Nr. 111a vom 27.7.2011, GMBI Nr. 24 S. 480 vom 27.7.2011), zuletzt geändert durch die Bekanntmachung vom 12.4.2022 (BANz AT 10.5.2022, GMBI 2022 S. 429-430)
- [3] Broschüre; „Zucker, Sirupe, Honig, Zuckeraustauschstoffe, Süßstoffe“; aid Wissen in Bestform
- [4] <https://www.barmer.de/gesundheits-verstehen/leben/ernaehrung/agavendicksaft-1257750>, Stand 24.07.2026
- [5] https://www.dak.de/dak/gesundheits-essen-trinken/lebensmittel/zuckeralternativen_17410#rtf-anchor-6-zuckeralternativen-im-ueberblick, Stand 24.07.2026

Neue Rechtsbestimmungen im Bereich des LFGB

2. Quartal 2026

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 Überzugsmittel auf bestimmtem frischem Obst und Cassavas sowie von Lecithinen (E 322) und von Speisefettsäuren (E 570) als Trägerstoffe in Überzugsmitteln 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 Unionsregister 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 Triflursulfuron 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 šípový 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 páry“ (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 Acetamiprid 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 2026

Zahl der bearbeiteten Beschwerdeproben: 29
davon beanstandet: 13

Probenbezeichnung	Beschwerdegrund	Beurteilung
Piratensuppe	artfremder Geruch (extrem nach altem Schweinefleisch, ekelerregend) festgestellt	Geruch deutlich abweichend, verdorben (in Richtung verdorbenem Fleisch), für den Verzehr ungeeignet, nicht sicher nach Art. 14 Abs. 2 Buchst. b) der VO (EG) Nr. 178/2002
Bolognesesoße	riecht nach altem Schweinefleisch	Geruch deutlich abweichend, verdorben, für den Verzehr ungeeignet, nicht sicher nach Art. 14 Abs. 2 Buchst. b) der VO (EG) Nr. 178/2002
Döner mit Fleisch, Zwiebeln und Kräutersauce	verdorbenes Fleisch	keine sensorischen Auffälligkeiten, erhöhte Gesamtkeimzahl und Gehalte an Enterobakterien, <i>E. coli</i> , Hefen, Schimmelpilze, Pseudomonaden, Hinweis auf nachteilige Beeinflussung der einwandfreien hygienischen Beschaffenheit durch Mikroorganismen im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 der LMHV
Konfitüre Erdbeere	Fremdkörperfund (weißes Kunststoffteil)	ca. 4 cm langes, weiß-rötliches, dünnes, flexibles kunststoffartiges Stück sowie ein rundes, beigefarbenes, weiches Gebilde mit einem Durchmesser von < 2 mm festgestellt, nicht sicher nach Art. 14 Abs. 2 Buchst. b) der VO (EG) Nr. 178/2002
Cheeseburger vom Rind, gebratene Rindfleischfrikadelle mit Gouda im Sesambrötchen	blauer Fremdkörper	an der Unterseite eines Brötchens ein blauer Fremdkörper eingedrückt, nicht sicher nach Art. 14 Abs. 2 Buchst. b) der VO (EG) Nr. 178/2002
Milchreis mit einem Stück Draht	ein Stück Draht im Essen	ein ca. 3,5 cm langer, dünner, fester, spitzer Metalldraht festgestellt, aufgrund Beschaffenheit besteht Verletzungsgefahr des Mund- und Rachenraumes, gesundheitsschädlich nach Artikel 14 Abs. 2 Buchstabe a) der VO (EG) Nr. 178/2002
Nuss-Nugat-Creme	Salmonellen	Salmonellen nachgewiesen, gesundheitsschädlich, nicht sicher nach Art. 14 Abs. 2 Buchstabe a) der VO (EG) Nr. 178/2002.
Mandeln in weißer Schokolade mit Zitrone und Rosenblüte	Fremdkörper – strickähnliches Material	strickähnlicher, fadenartiger Fremdkörper nachgewiesen, nicht zum Verzehr geeignet nach Art. 14 Abs. 2 Buchstabe b) der VO (EG) Nr. 178/2002
Milch-Schoko-Aufstrich	Fremdkörper	große, scharfkantige Kristalle nachgewiesen, gesundheitsschädlich, nicht sicher nach Artikel 14 Abs. 2 Buchstabe a) der VO (EG) Nr. 178/2002
Obstkuchen	Künstlicher Fingernagel	scharfkantiger Fingernagel nachgewiesen, gesundheitsschädlich, nicht sicher nach Artikel 14 Abs. 2 Buchstabe a) der VO (EG) Nr. 178/2002
Haferflocken	Metallspan	scharfkantiger Metallspan nachgewiesen, gesundheitsschädlich, nicht sicher nach Artikel 14 Abs. 2 Buchstabe a) der VO (EG) Nr. 178/2002
Grützwurst vom Catering	Stück Plaste im Mittagessen	Fremdkörper aus Plastik nachgewiesen, gesundheitsschädlich, nicht sicher nach Artikel 14 Abs. 2 Buchstabe a) der VO (EG) Nr. 178/2002
Bückling rund geräuchert	Verdacht auf unzureichender Räucher- vorgang, Produkt im Inneren roh	Sensorik und Mikrobiologie abweichend, gesundheitsschädlich, nicht zum Verzehr geeignet, nicht sicher nach Art. 14 Abs. 2 Buchstabe b) der VO (EG) Nr. 178/2002

Bearbeiter: Abteilung 5

LUA Chemnitz

BSE-Untersuchungen 2. Quartal 2026

Tierart	TKBA / ZNS / Kohorte *	Lebensmittel	Notschlachtung	Gesamt
Damwild	1	0	0	1
Dromedar	1	0	0	1
Lama	2	0	0	2
Rehwild	1	0	0	1
Rind	2.207	0	6	2.213
Schaf	75	43	0	118
Ziege	14	4	0	18
Gesamt	2.301	47	6	2.354

* Tierkörperbeseitigung, Zentrale Nervensystem-Störungen, Kohortenschlachtungen

Tollwutuntersuchungen 2. Quartal 2026

	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden	Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig	Landesdirektion Sachsen
Fuchs	4	4	1	9
Marderhund	0	0	0	0
Waschbär	0	0	2	2
Gesamtzahl der Proben	4	4	3	11
Untersuchungsergebnisse				
negativ	4	4	3	11
ungeeignet	0	0	0	0
positiv	0	0	0	0

Die Aufstellung der positiven Tollwutbefunde entfällt.

Bearbeiter: SG IT

LUA Dresden

Salmonellenberichterstattung im Freistaat Sachsen

2. Quartal 2026

Tabelle 1: Untersuchungen und Nachweise im Überblick

Untersuchungen	untersuchte Anzahl	Salmonellennachweise	Serotypen (geordnet nach Nachweishäufigkeit)
Kotproben	1.019	23	S. Enteritidis, S. Typhimurium, S. enterica ssp. IIIb, S. enterica ssp. II, S. Senftenberg, S. enterica ssp. IIIa, S. Oranienburg, S. Typhimurium var. Cop., S. Typhimurium Impfstamm, S. Cerro, S. Serogr. B, S. Tennessee
Sektionsmaterial	659	32	S. enterica ssp. IIIb, S. Typhimurium var. Cop., S. Derby, S. Typhimurium, S. Kottbus, S. enterica ssp. IV, S. Montevideo, S. sp., S. Enteritidis, S. Gallinarum
Untersuchung nach Hühner-Salmonellen-VO	0	0	
Umgebungstupfer	11	0	
Futtermittel	8	1	S. Montevideo
Bakteriologische Fleischuntersuchungen	2	0	
Lebensmittel tierischer Herkunft			
Lebensmittel nicht-tierischer Herkunft	0	0	
Hygienekontrolltupfer – Lebensmittel	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	46	1	50	0	56	1	37	1	6	0	26	1
Schwein	0	0	23	2	1	0	24	4	0	0	14	2
Schaf	0	0	20	7	8	1	14	0	8	2	7	4
Ziege	0	0	2	0	2	0	4	0	1	0	2	0
Pferd	17	0	6	0	15	0	5	0	45	5	6	0
Huhn	1	0	9	0	23	0	18	1	0	0	35	0
Taube	0	0	4	1	81	0	1	0	11	0	5	1
Gans	0	0	2	0	2	0	9	0	0	0	1	0
Ente	0	0	1	0	1	0	4	0	2	0	0	0
Pute	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Hund	34	2	3	1	235	3	8	0	145	1	9	1
Katze	11	0	4	0	87	0	6	0	54	0	4	0
sonstige Tierarten	8	0	66	1	87	3	180	3	32	4	46	2
Summe	117	3	190	12	598	8	314	9	304	12	155	11

¹ = Anzahl der untersuchten Proben

² = Anzahl der Salmonellennachweise

Tabelle 3: Regionale Zuordnung der Salmonellenfunde
Sektionen und Kotproben

Landesdirektion/Kreis	Tier-/Probenart	Nachgewiesene Serotypen	
		Anzahl	Serotyp
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Chemnitz			
Mittelsachsen	Hund/Kot	1	S. Typhimurium
Mittelsachsen	Schaf/Sektion	4	S. enterica ssp. IIIb
Mittelsachsen	Schaf/Sektion	1	S. sp.
Mittelsachsen	Taube/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Vogtlandkreis	Hund/Sektion	1	S. Typhimurium
Vogtlandkreis	Hund/Kot	1	S. Typhimurium
Vogtlandkreis	Rind/Kot	1	S. Typhimurium
Zwickau	Schaf/Sektion	2	S. enterica ssp. IIIb
Zwickau	Schwein/Sektion	2	S. Derby
Zwickau	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Typhimurium
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Dresden			
Bautzen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Bautzen	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IV
Bautzen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Tennessee
Dresden, Stadt	Schaf/Kot	1	S. enterica ssp. IIIb
Dresden, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. II
Görlitz	Huhn/Sektion	1	S. Gallinarum
Görlitz	Hund/Kot	1	S. Cerro
Görlitz	Hund/Kot	1	S. Enteritidis
Görlitz	Hund/Kot	1	S. Serogr. B
Görlitz	Schwein/Sektion	2	S. Derby
Görlitz	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Typhimurium
Meißen	Schwein/Sektion	2	S. Kottbus
Meißen	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Oranienburg
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Rind/Sektion	1	S. Montevideo
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	Rind/Kot	1	S. Typhimurium Impfstamm
Landesdirektion Sachsen, Bereich ehemalige LD Leipzig			
Leipzig Land	Hund/Sektion	1	S. Enteritidis
Leipzig Land	Hund/Kot	1	S. Typhimurium
Leipzig Land	Pferd/Kot	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig Land	Rind/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig Land	Schaf/Sektion	3	S. enterica ssp. IIIb
Leipzig Land	Schaf/Kot	2	S. enterica ssp. IIIb
Leipzig Land	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Enteritidis
Leipzig Land	Taube/Sektion	1	S. Typhimurium var. Cop.
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. II
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. enterica ssp. IIIa
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. enterica ssp. IV
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Sektion	1	S. Kottbus
Leipzig, Stadt	sonstige Tierarten/Kot	1	S. Senftenberg
Nordsachsen	Pferd/Kot	4	S. Enteritidis
Nordsachsen	Schaf/Sektion	1	S. enterica ssp. IIIb
Nordsachsen	Schwein/Sektion	2	S. Typhimurium var. Cop.

Tabelle 4: Häufigkeit der nachgewiesenen Salmonellenserotypen (Anzahl)

Serotypen	Veterinärmedizinische Diagnostik	Futtermittel
S. enterica ssp. IIIb	14	
S. Typhimurium	7	
S. Enteritidis	7	
S. Typhimurium var. Cop.	6	
S. Derby	4	
S. Kottbus	3	
S. enterica ssp. II	2	
S. enterica ssp. IV	2	
S. Montevideo	1	1
S. sp.	1	
S. enterica ssp. IIIa	1	
S. Serogr. B	1	
S. Oranienburg	1	
S. Senftenberg	1	
S. Tennessee	1	
S. Gallinarum	1	
S. Cerro	1	
S. Typhimurium Impfstamm	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

Redaktionsschluss

15. August 2026

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