



Nationale Referenzzentrale für Listeriose



Jahresbericht 2025

Dr.ⁱⁿ Sonja Pleininger, MSc, Dr.ⁱⁿ Astrid Füzsl, Nationale Referenzzentrale für Listeriose, Wien

Dr.ⁱⁿ Ariane Pietzka, Nationales Referenzlabor für *Listeria monocytogenes*, Graz

01.07.2026

Inhalt

Inhalt.....	2
Zusammenfassung	3
Summary.....	3
Einleitung	4
Ergebnisse	5
Diskussion.....	16
Abbilungsverzeichnis	19
Tabellenverzeichnis.....	19
Literaturverzeichnis.....	20
Ansprechpersonen	22

Zusammenfassung

Im Jahr 2025 wurden in Österreich 27 humane Fälle invasiver Listeriose von der Nationalen Referenzzentrale (NRZ) für Listeriose verifiziert. Über das Epidemiologische Meldesystem (EMS) wurden 32 humane Fälle invasiver Listeriose gemeldet. In fünf dieser Fälle wurde die Diagnose molekularbiologisch gestellt und es konnte kein Isolat gewonnen werden. Daraus erklärt sich die Diskrepanz in den Fallzahlen im EMS und an der Nationalen Referenzzentrale.

Im Jahr 2025 wurden fünf Todesfälle dokumentiert. Die Listeriose war im Jahr 2025 weiterhin eine seltene Infektionskrankheit, deren Inzidenz bei 0,35/100.000 Einwohner:innen lag. Ein Listeriose-Fall aus dem Jahr 2025 war schwangerschaftsassoziiert. Das Kind wurde positiv auf Listerien getestet. Ein positiver Nachweis bei der Mutter erfolgte nicht. Auch im Jahr 2025 traten neuerlich Fälle des bereits 2024 detektierten Clusters auf. Ein weiteres Cluster aus dem Jahr 2025 konnte sehr schnell aufgeklärt werden.

Summary

In 2025, 27 human cases of invasive listeriosis in Austria were confirmed by the National Reference Laboratory (NRL) for Listeriosis. A total of 32 human cases of invasive listeriosis were reported via the Epidemiological Reporting System (EMS). In five of these cases, the diagnosis was established by molecular methods, and no isolate could be obtained. This explains the discrepancy between the case numbers reported in the EMS and those confirmed by the National Reference Laboratory.

In 2025, five deaths were documented. Listeriosis remained a rare infectious disease in 2025, with an incidence of 0.35 per 100,000 inhabitants. One case of listeriosis in 2025 was pregnancy associated. The child tested positive for *Listeria*, while no positive result was obtained from the mother. In 2025, cases belonging to the cluster already identified in 2024 were again observed. An additional cluster detected in 2025 was rapidly resolved.

Einleitung

Listerien sind grampositive stäbchenförmige Bakterien, die in der Umwelt weit verbreitet sind. Laut Brown et al. lassen sich derzeit innerhalb der Gattung *Listeria* 28 Spezies, in zwei Hauptkladen unterscheiden (Stand: Juni 2026):

- (i) *Listeria* sensu stricto, mit zehn Spezies (*L. monocytogenes*, *L. innocua*, *L. welshimeri*, *L. seeligeri*, *L. ivanovii*, *L. marthii*, *L. cossartiae*, *L. farberi*, *L. immobilis* und *L. swaminathanii*) und
- (ii) *Listeria* sensu lato, mit 18 Spezies (*L. grayi*, *L. rocourtiae*, *L. weihenstephanensis*, *L. aquatica*, *L. cornellensis*, *L. fleishchmannii*, *L. floridensis*, *L. grandensis*, *L. riparia*, *L. booriae*, *L. newyorkensis*, *L. costaricensis*, *L. goaensis*, *L. thailandensis*, *L. valentina*, *L. rustica*, *L. portnoyi* und *L. ilorinensis*) (1). Von all diesen ist *L. monocytogenes* die weitaus wichtigste humanpathogene Spezies. *L. ivanovii*, *L. innocua*, *L. grayi* und *L. seeligeri* sind vereinzelt bei humanen Erkrankungsfällen nachgewiesen worden.

Menschliche Infektionen erfolgen hauptsächlich durch den Verzehr kontaminierter Nahrungsmittel. Lebensmittel tierischer Herkunft – insbesondere Fleischprodukte, Fischprodukte, Milch und Käse – stellen die hauptsächlichen Infektionsquellen dar. Listerien können sich auch bei niedrigen Temperaturen, z. B. im Kühlschrank, vermehren (2).

In den meisten Fällen verläuft eine Infektion bei Menschen mit guter Abwehrlage ohne sichtbare Krankheitszeichen oder nimmt mit Symptomen wie Fieber und Durchfall einen benignen (gutartigen) Verlauf. Bei 1-5 % aller gesunden Personen und etwa 3 % der Frauen im gebärfähigen Alter finden sich im Stuhl bzw. im Vaginaltrakt vorübergehend Listerien (3, 4). Die meisten Erwachsenen haben gegen geringe Keimzahlen von Listerien eine natürliche Immunität. Während der Schwangerschaft ist diese Immunität jedoch eingeschränkt. Bei einer Infektion in der Schwangerschaft kann eine Übertragung von der Mutter auf das ungeborene Kind stattfinden. Dabei kann eine Infektion mit *L. monocytogenes* zu Totgeburt, Frühgeburt oder Neugeborenenlisteriose führen. Bei Immungeschwächten, z. B. alten Menschen oder Krebs-Patient:innen, aber vereinzelt auch bei Erwachsenen ohne jegliche Grunderkrankung kann es zu Gehirn- oder Gehirnhautentzündung sowie zu einer Sepsis kommen (5, 6).

Die Inkubationszeit ist je nach Erkrankungserscheinung unterschiedlich: Diese beträgt in der Regel bei gastrointestinaler Symptomatik wenige Stunden bis zu sechs Tage, bei septikämischen Verläufen 1-12 Tage (Median 2 Tage) und bei neuroinvasiven Manifestationen 1-14 Tage (Median 9 Tage). Bei schwangerschaftsassozierten Fällen muss von längeren Inkubationszeiten ausgegangen werden: 17-67 Tage (Median 27,5 Tage) (7).

Ergebnisse

Im Jahr 2025 wurden in Österreich von der Nationalen Referenzzentrale (NRZ) für Listeriose 27 Fälle invasiver Listeriose verifiziert (siehe **Tabelle 1**).

In das EMS wurden 32 Fälle invasiver Listeriose gemeldet. Davon erfolgte bei fünf Proben der Nachweis von *L. monocytogenes* nur mittels PCR, sodass keine Weiterleitung der Isolate an die NRZ zur Verifizierung erfolgt ist. Hieraus erklären sich die geringen Unterschiede in den Datensätzen.

Im Jahr 2025 wurde je eine Probe von zwei Patient:innen ohne Hinweis auf eine invasive Erkrankung eingesandt (siehe **Tabelle 2**). Diese zwei Proben wurden bei der nachfolgenden Analyse ausgenommen. Ebenso exkludiert wurde eine Probe aus Deutschland, die irrtümlich zu uns gesendet wurde.

Die 32 gemeldeten Fälle invasiver Listeriose entsprechen einer Inzidenz von 0,35/100.000 Einwohner:innen im Jahr 2025 (2024: 0,48/100.000 EW; 2023: 0,37/100.000). In den Jahren 1997 bis 2023 lag die jährliche Inzidenz zwischen 0,10 und 0,58/100.000 Einwohner:innen. Die 28-Tage-Letalität betrug 2025 16% (5 von 32 Fällen) und ist somit wieder etwas geringer als zuletzt. (2024: 27%; 2023: 15%; 2022: 20%, 2021: 19%, 2020: 30%) (**Abbildung 1**).

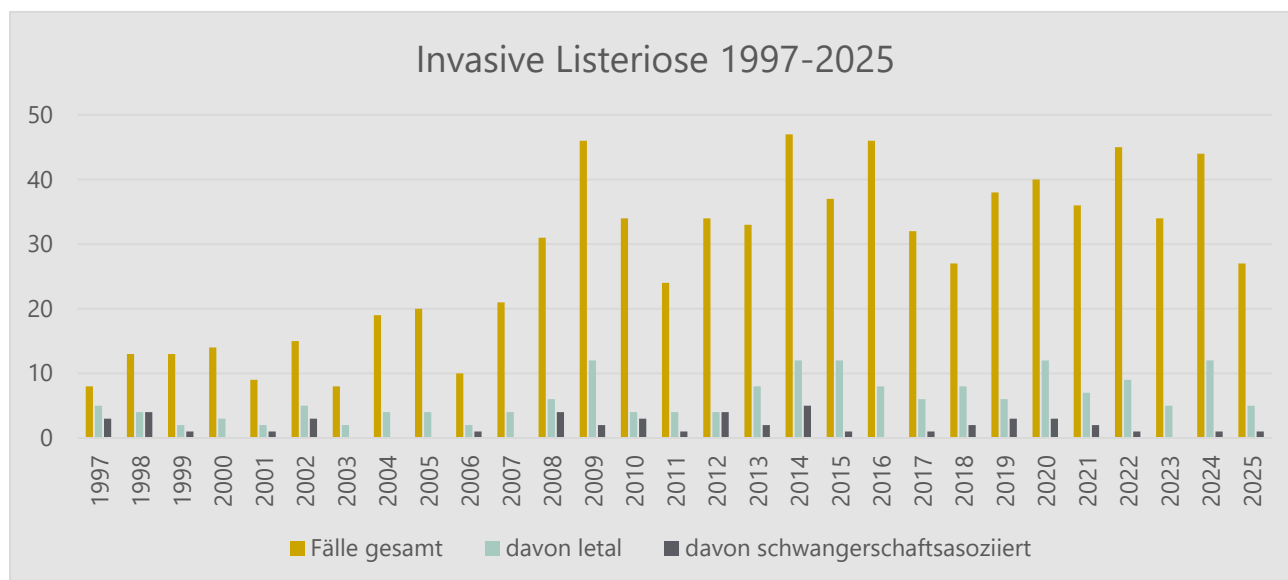


Abbildung 1. Anzahl der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle von invasiver Listeriose in Österreich (1997-2025). Fälle mit letalem Ausgang bzw. schwangerschaftsassozierte Fälle sind ergänzend angeführt.

Die regionale Verteilung der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle invasiver Listeriose nach Ort des Einsenders ist in **Abbildung 2** dargestellt. Die meisten Fälle wurden in den Bundesländern Niederösterreich und Steiermark mit je sieben verifizierten Fällen invasiver Listeriose detektiert, gefolgt von Wien mit fünf Fällen. In Salzburg, Kärnten und Vorarlberg wurden je zwei Fälle und im Burgenland und in Oberösterreich je ein Fall diagnostiziert. Aus Tirol wurden 2025 keine Isolate eingesandt.

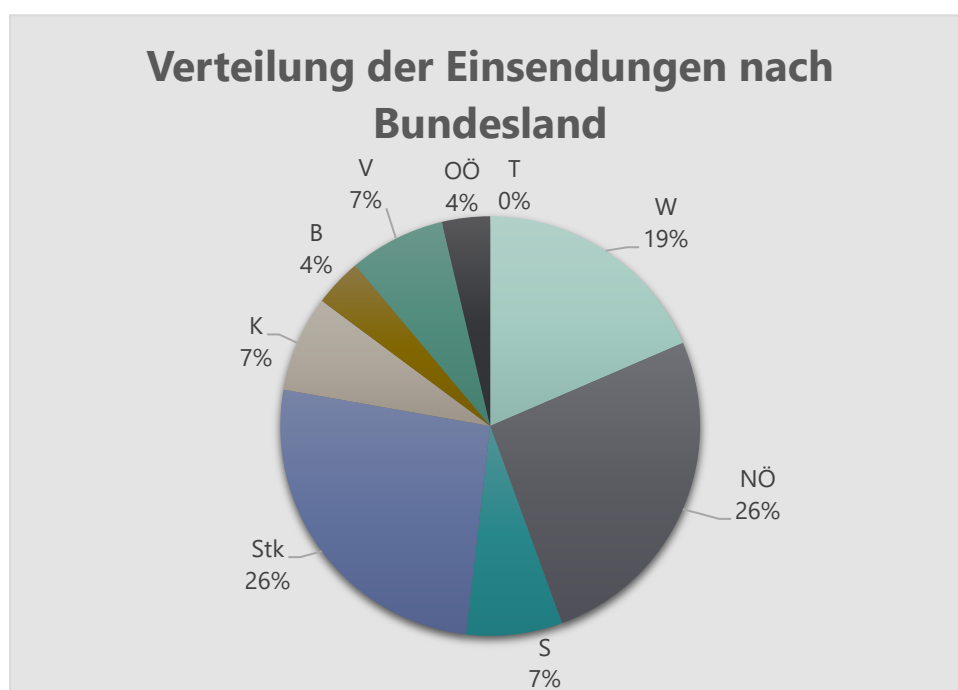


Abbildung 2. Regionale Verteilung (Bundesländer) der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle invasiver Listeriose im Jahr 2025 (Auswertung nach Standort des Einsenders) (n=27). W: Wien, B: Burgenland; NÖ: Niederösterreich; OÖ: Oberösterreich; S: Salzburg; Stk: Steiermark; K: Kärnten; T: Tirol; V: Vorarlberg.

Die 27 Fälle waren im arithmetischen Mittel 75 Jahre alt (Median 80 Jahre, Spannweite 0-96 Jahre). Männer waren etwas häufiger betroffen als Frauen (17 Männer, 10 Frauen). Die höchste Inzidenzrate war in der Altersgruppe ≥ 65 Jahre zu verzeichnen (**Abbildung 3**).

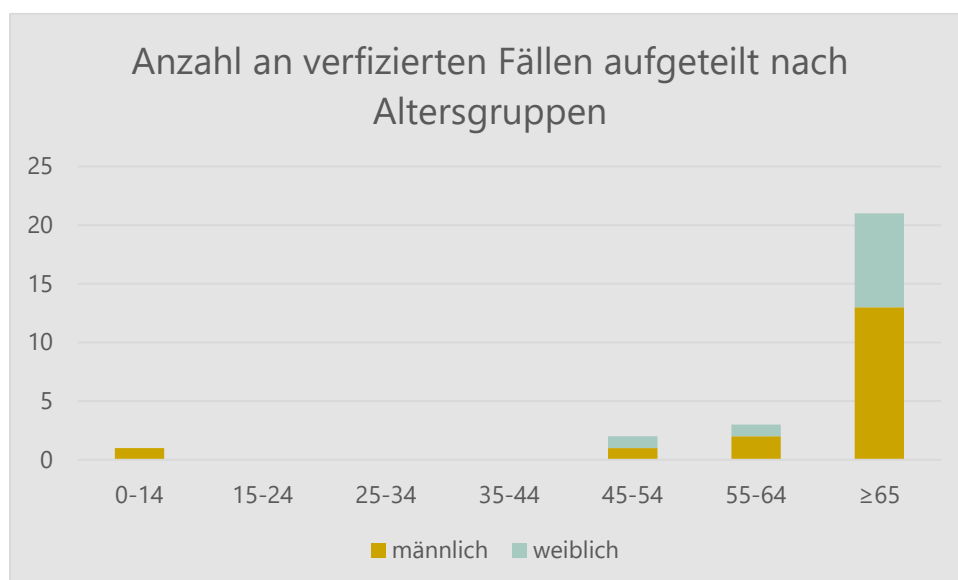


Abbildung 3. Alters- und Geschlechtsverteilung der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle invasiver Listeriose im Jahr 2025 (n=27).

Die jahreszeitliche Verteilung der an der Nationalen Referenzzentrale verifizierten Fälle invasiver Listeriose (Auswertung nach Eingangsdatum der Isolate an der Nationalen Referenzzentrale) ist in **Abbildung 4** dargestellt.

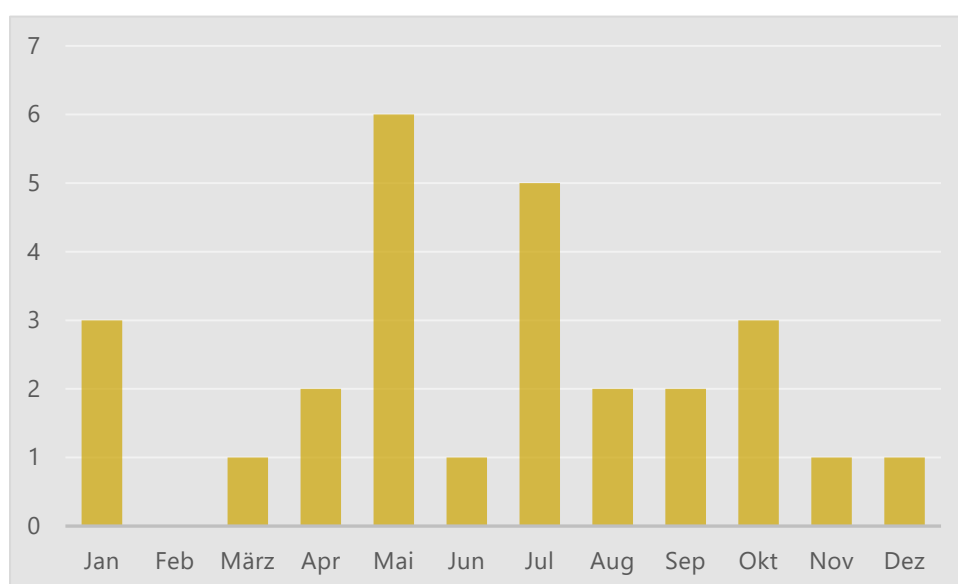


Abbildung 4. Monatliche Verteilung der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle invasiver Listeriose im Jahr 2025 (Auswertung nach Eingangsdatum der Isolate an der Nationalen Referenzzentrale) (n=27)

Bei einem Großteil der Patient:innen deren Proben im Jahr 2025 an die NRZ gesendet wurden, wurden Risikofaktoren für eine Erkrankung an invasiver Listeriose erhoben. Die meisten Patient:innen, zu denen nähere Informationen zu ihren Grundkrankheiten vorlagen, wiesen prädisponierende Faktoren auf, z. B. Alter über 65 Jahre (n=21; 77,8%), maligne Grunderkrankung, kardiovaskuläre Grunderkrankung, Diabetes mellitus, Lebererkrankungen (**Tabelle 1**).

Nach 28 Tagen wurde der Ausgang (entlassen/stationär/verstorben) erhoben, wobei nicht erfragt wurde, woran die Patienten verstorben sind. Fünf von 27 Patienten sind innerhalb von 28 Tagen nach Probennahme (oder wenn nicht verfügbar wurde das Eingangsdatum herangezogen) verstorben. Alle verstorbenen Patient:innen waren älter als 70 Jahre und soweit bekannt (von zwei Patienten gab es keine Angaben) lagen Grunderkrankungen zugrunde (**Tabelle 1**). Sieben Patient:innen waren nach 28 Tage noch stationär und 15 waren zu diesem Zeitpunkt wieder entlassen.

Im Jahr 2025 wurde ein Fall einer schwangerschaftsassozierten Listeriose an der NRZ bestätigt. Es handelte sich um eine Spontangeburt in der 31. Schwangerschaftswoche bei frühzeitiger Wehentätigkeit und vorzeitigem Blasensprung. Die Mutter war anamnestisch asymptomatisch. Beim Neugeborenen wurden im Rahmen eines Screeningabstrichs *Listeria monocytogenes* nachgewiesen.

Von den 27 Isolatzen konnten 15 der Serogruppe IIa (Serotyp 1/2a, 3a), 11 der Gruppe IVb (4b, 4d, 4e), 4 der Serogruppe IIb (Serotyp 1/2b, 3b, 7) und 1 Isolat der Serogruppe IIc (Serotyp 1/2c, 3c) zugeordnet werden (**Tabelle 3**).

Tabelle 1. An der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierte Fälle invasiver Listeriose in Österreich im Jahr 2025

#	Protokollnr.	Eingangsdatum	Alter	Geschlecht	Material	Vorerkrankungen	Bundesland (Einsender)	Ausgang nach 28d
1	930001-25	03.01.2025	92	m	Blutkultur	maligne GE, kardiovaskuläre GE	W	entlassen
2	930002-25	08.01.2025	77	m	Blutkultur	maligne GE, DM	NÖ	entlassen
3	930003-25	15.01.2025	75	m	Blutkultur	maligne GE	S	entlassen
4	930004-25	25.03.2025	77	m	Blutkultur	keine Angaben	Stk	entlassen
5	930007-25	01.04.2025	72	w	Blutkultur	keine GE	K	stationär
6	930009-25	24.04.2025	89	w	Blutkultur	maligne GE, kardiovaskuläre GE	B	stationär
7	930011-25	07.05.2025	89	m	Blutkultur	DM	Stk	entlassen
8	930012-25	07.05.2025	52	w	Aszitespunktat	maligne GE	Stk	entlassen
9	930013-25	09.05.2025	82	m	Blutkultur	kardiovaskuläre GE	W	entlassen
10	930014-25	12.05.2025	81	w	Blutkultur	maligne GE, kardiovaskuläre GE	NÖ	verstorben
11	930019-25	11.05.2025	91	m	Blutkultur	kardiovaskuläre GE	Stk	verstorben
12	930020-25	11.05.2025	0	m	Analabstrich	keine GE	K	entlassen
13	930021-25	24.06.2025	93	m	Blutkultur	kardiovaskuläre GE, DM	Stk	entlassen
14	930023-25	01.07.2025	62	m	Blutkultur	maligne GE	NÖ	entlassen
15	930024-25	11.07.2025	73	m	Blutkultur	maligne GE	S	entlassen
16	930025-25	11.07.2025	80	w	Blutkultur	maligne GE, kardiovaskuläre GE	NÖ	entlassen
17	930026-25	17.07.2025	86	m	Blutkultur	kardiovaskuläre GE, Hämachromatose	NÖ	entlassen
18	930027-25	18.07.2025	83	w	Blutkultur	maligne GE	V	verstorben
19	930030-25	12.08.2025	55	m	Blutkultur	kardiovaskuläre GE	NÖ	stationär
20	930031-25	19.08.2025	71	w	Blutkultur	keine Angaben	OÖ	verstorben
21	930033-25	16.09.2025	55	w	Blutkultur	maligne GE	W	stationär
22	930034-25 930035-25	17.09.2025	85	m	Blutkultur	keine Angaben	Stk	entlassen

23	930037-25	13.10.2025	96	w	Blutkultur	keine Angaben	W	verstorben
24	930036-25	03.10.2025	82	m	Aszitespunktat	nutritiv-toxische Leberzirrhose, maligne GE	W	stationär
25	930038-25	27.10.2025	85	w	Gelenkspunktat Hüftgelenk	keine Angaben	NÖ	stationär
26	930040-25	14.11.2025	78	m	Liquor	DM	Stk	entlassen
27	930042-25	10.12.2025	53	m	Blutkultur	maligne GE	V	stationär

Abkürzungen: GE: Grunderkrankung; DM: Diabetes mellitus; m: männlich; w: weiblich; W: Wien; B: Burgenland; NÖ: Niederösterreich; OÖ: Oberösterreich; S: Salzburg; Stk: Steiermark; K: Kärnten; T: Tirol; V: Vorarlberg.

Von der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose wurden im Jahr 2025 zwei Proben von humanen Fällen mit nicht-invasiver Listeriose untersucht (**Tabelle 2**). Eine Patientin konnte dem Cluster 1 aus 2025 zugeordnet werden.

Tabelle 2. Von der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose analysierte Proben von Fällen mit nicht-invasiver Listeriose in Österreich im Jahr 2025

#	Cluster	Protokollnr.	Eingangsdatum	Alter	Geschlecht	Material
1	Cluster 1-2025	930028-25	01.08.2025	85	w	Stuhl
2		930008-25	10.04.2025	89	m	Parotis Abszess

m: männlich; w: weiblich

Vom Nationalen Referenzlabor für *Listeria monocytogenes* wurden im Jahr 2025 insgesamt 30 *L. monocytogenes* Isolate von 29 humanen Fällen (27 Fälle invasiver Listeriose und 2 Fälle nicht-invasiver Listeriose) (**Tabelle 3**) typisiert.

Im Jahr 2025 hat die Nationale Referenzzentrale in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzlabor zwei Cluster (definiert als zumindest zwei miteinander nah verwandte Isolate; Mutter-Kind-Isolate werden als zusammengehörig gezählt) identifiziert (Abbildung 5, Tabelle 3).

Bei Cluster 1/2025 handelt es sich um zwei Humanisolate aus Österreich, die einem größeren Ausbruchsgeschehen in Deutschland (Ausbruchsbezeichnung des Robert Koch Instituts: „*Rho14*“) zugeordnet werden konnten. Als ursächliches Lebensmittel wurden Heringsprodukte eines Betriebs in Deutschland identifiziert. Dieser Ausbruch wurde auf internationaler Ebene abgeklärt (EpiPulse Event 2025-FWD-00073; RASFF Meldung 2025.5502). Beide Fälle aus Österreich bestätigten unabhängig voneinander, bei einem Online-Shop Heringsprodukte des betroffenen Betriebs in Deutschland erworben und auch konsumiert zu haben.

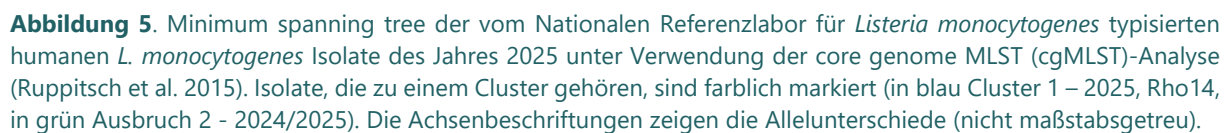
Bei dem zweiten Cluster (Cluster 2/2024-2025) handelt es sich um elf Humanisolate aus dem Zeitraum 2023 bis 2025. Die AGES wurde mit der Ausbruchsabklärung (Ausbruchs ID: 02/2024- *Listeria monocytogenes* ST101-CT7699/Wien, Meta-Ausbruch ID 72) im Jahr 2024 beauftragt. Als ursächliches Lebensmittel stehen Wurst-/Fleischprodukte in Verdacht.

Tabelle 3. Typisierungsergebnisse der vom Nationalen Referenzlabor für *Listeria monocytogenes* typisierten humanen *L. monocytogenes* Isolate des Jahres 2025 unter Verwendung der core genome MLST (cgMLST)-Analyse (Ruppitsch et al. 2015). Isolate, die zu einem Cluster aus dem Jahr 2025 gehören, sind farblich markiert; NRL: Nationales Referenzlabor für *Listeria monocytogenes*, NRZ: Nationale Referenzzentrale für Listeriose, ST: Sequence Type, CT: Complex Type. Die beiden Isolate MRL-25-02570 und MRL-25-02571 wurden demselben Patienten zugeordnet.

ID NRL	ID NRZ	MLST-ST	cgMLST Complex Type (CT) nach Ruppitsch et al. 2015	Serogruppe	Cluster/Ausbruch	Einsendedatum (NRL)	Einsender
MRL-25-00029	930001-25	2	16266	IVb		09.01.2025	Wiener Gesundheitsverbund Klinik DONAUSTADT
MRL-25-00096	930002-25	87	17276	IIb		14.01.2025	Universitätsklinikum St. Pölten
MRL-25-00147	930003-25	18	19253	IIa		17.01.2025	Medizinisch-Chemisches Zentrallaboratorium der Salzburger
MRL-25-00839	930004-25	101	7699	IIa	Ausbruch 02 - 2024/2025	27.03.2025	LKH Oststeiermark
MRL-25-00881	930007-25	4	22793	IVb		03.04.2025	LKH Klagenfurt
MRL-25-00971	930008-25	4	22851	IVb		15.04.2025	LKH Hochsteiermark Standort Leoben
MRL-25-01114	930009-25	101	7699	IIa	Ausbruch 02 - 2024/2025	30.04.2025	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
MRL-25-01146	930012-25	37	1254	IIa		05.05.2025	LKH-Univ. Klinikum Graz
MRL-25-01184	930011-25	520	5102	IVb		09.05.2025	LKH-Univ. Klinikum Graz
MRL-25-01285	930013-25	8	3735	IIa		15.05.2025	AKH der Stadt Wien
MRL-25-01346	930014-25	101	7699	IIa	Ausbruch 02 - 2024/2025	15.05.2025	Universitätsklinikum St. Pölten
MRL-25-01574	930019-25	1	23119	IVb		16.06.2025	LKH Hochsteiermark Standort Leoben
MRL-25-01575	930020-25	321	197	IIa		16.06.2025	LKH Klagenfurt
MRL-25-01682	930021-25	511	4383	IIa		27.06.2025	LKH-Univ. Klinikum Graz

MRL-25-01758	930023-25	87	7132	IIb		03.07.2025	Universitätsklinikum St. Pölten
MRL-25-01954	930024-25	389	5292	IVb		16.07.2025	Medizinisch-Chemisches Zentrallaboratorium der Salzburger
MRL-25-01955	930025-25	570	8375	IIa		16.07.2025	Universitätsklinikum St. Pölten
MRL-25-02079	930026-25	451	23292	IIa		21.07.2025	Universitätsklinikum St. Pölten
MRL-25-02108	930027-25	213	4920	IVb		23.07.2025	LKH Feldkirch
MRL-25-02199	930028-25	399	16044	IIa	Cluster 1 - 2025, Rho14	06.08.2025	Gruppenpraxis Labors.at
MRL-25-02289	930030-25	1	16649	IVb		14.08.2025	Krankenhaus Horn
MRL-25-02369	930031-25	399	16044	IIa	Cluster 1 - 2025, Rho14	25.08.2025	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
MRL-25-02569	930033-25	101	7699	IIa	Ausbruch 02 - 2024/2025	22.09.2025	Labor Dr. Monika Breuer
MRL-25-02570	930034-25	388	23598	IVb		22.09.2025	LKH-Univ. Klinikum Graz
MRL-25-02571	930035-25	388	23598	IVb		22.09.2025	LKH-Univ. Klinikum Graz
MRL-25-02775	930036-25	101	7699	IIa	Ausbruch 02 - 2024/2025	07.10.2025	Wiener Gesundheitsverbund Klinik DONAUSTADT
MRL-25-02824	930037-25	9	18543	IIc		15.10.2025	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Favoriten
MRL-25-02917	930038-25	87	1138	IIb		29.10.2025	Universitätsklinikum Wiener Neustadt
MRL-25-03061	930040-25	101	7699	IIa	Ausbruch 02 - 2024/2025	19.11.2025	Medizinische Universität Graz
MRL-25-03343	930042-25	1	19339	IVb		15.12.2025	LKH Feldkirch

In **Abbildung 5** wird die genetische Verwandtschaft der vom Nationalen Referenzlabor für *Listeria monocytogenes* im Jahr 2025 typisierten humanen *L. monocytogenes* Isolate dargestellt.



Auch im Jahr 2025 nahmen die Nationale Referenzzentrale und das Nationale Referenzlabor erfolgreich an internationalen Ringversuchen teil.

Diskussion

Mit einer gleichbleibenden Inzidenz von 0,35 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen war die invasive Listeriose auch im Jahr 2025 eine seltene Erkrankung in Österreich. Im europäischen Durchschnitt lag die Inzidenz 2024 bei 0,69 Fällen pro 100.000 Einwohner:innen (8). Im Jahr 2024 hat die Zahl der gemeldeten Listeriosefälle in der EU mit 3.041 Fällen den höchsten Stand seit Beginn der EU/EEA Surveillance erreicht (8). Die Fallzahlen stiegen kontinuierlich zwischen 2020 und 2024 an, was möglicherweise mit der alternden Bevölkerung und der zunehmenden Prävalenz chronischer Erkrankungen zusammenhängt, sowie der Änderung im Ernährungsverhalten wie z.B. dem vermehrten Konsum von „Ready-to eat“ Nahrungsmitteln (8). Angesichts der hohen Fallzahlen von Listeriose im Jahr 2023 (9) hat die EU Maßnahmen zur Eindämmung lebensmittelbedingter Ausbrüche durch *Listeria monocytogenes* ergriffen, insbesondere durch strengere Lebensmittelsicherheitskriterien Commission Regulation (EU) 2024/2895). Zudem wurden die verpflichtende Sequenzierung und Meldung von Isolaten an das EFSA-ECDC One-Health-WGS-System sowie die Einrichtung eines Europäischen Referenzlabors für relevante Bakterien, einschließlich *L. monocytogenes*, umgesetzt (Commission Implementing Regulation (EU) 2025/179; Commission Implementing Regulation (EU) 2024/2959) (8). *L.* zählt zu den schwerwiegendsten zoonotischen Erregern, der mit einer hohen Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate einhergeht.

Bei der Distribution und Herstellung von verzehrfertigen Lebensmitteln wurde *Listeria monocytogenes* überwiegend selten bis sehr selten nachgewiesen, mit den höchsten Anteilen bei fermentierten Fleischprodukten sowie teils bei Fisch und bestimmten Käse- bzw. Fleischkategorien. Überschreitungen von 100 KBE/g waren nahezu nicht vorhanden und traten nur bei fermentierten Wurstwaren in geringem Ausmaß auf; in Säuglingsnahrung wurde kein Nachweis erbracht. Insgesamt variierten die Nachweisraten je nach Lebensmittelkategorie und Produktionsstufe, blieben jedoch meist niedrig, während höhere Vorkommen insbesondere bei Fischereierzeugnissen beobachtet wurden und die Prävalenz in der Primärproduktion ebenfalls überwiegend gering war (8). Neben den oben angeführten Lebensmitteln können auch kontaminierte pflanzliche Lebensmittel eine potenzielle Infektionsquelle darstellen (6).

Eine wesentliche Aufgabe der Nationalen Referenzzentrale sowie des Nationalen Referenzlabors besteht darin, durch molekularbiologische Feintypisierung und durch die Erhebung epidemiologischer Daten etwaige Ausbrüche (das epidemische Auftreten von Listeriose) rasch erkennen zu können, um somit die frühestmögliche Implementierung gezielter Interventionsmaßnahmen zur Prävention zu ermöglichen (10-16). Der Großteil der Listeriose-Fälle manifestiert sich jedoch als sporadisches Auftreten. Nur vereinzelt gelingt es durch

Nachweis genetisch nah verwandter *Listeria*-Isolate in Lebensmitteln und bei Patient:innen, den Infektionsweg sporadischer Fälle aufzuklären.

Das Vorkommen von nah verwandten Isolaten darf nicht als Beweis für das Vorliegen eines kausalen Zusammenhanges missverstanden werden (15); dazu muss auch eine epidemiologische Assoziation zwischen den Fällen and dem Lebensmittel bzw. dem Lebensmittelbetrieb gegeben sein. Im Juli 2013 hat das Europäische Zentrum für die Prävention and Kontrolle von Krankheiten (ECDC) eine neue Version des Epidemic Intelligence-Informationssystems für mit Lebensmitteln and Wasser assoziierten Krankheiten (EPIS - FWD) eingeführt, wobei im Rahmen einer multidisziplinären Zusammenarbeit Ausbrüche solcher Erkrankungen frühzeitig erkannt and bekämpft werden sollen. Im Jahr 2021 wurde EPIS – FWD in eine neue Plattform (EpiPulse) mit erweiterten Funktionen integriert. Mit Hilfe von EpiPulse können molekularbiologische Vergleiche von *L. monocytogenes*-Stämmen auf Basis von Genomsequenzierdaten erfolgen and auftretende Cluster auf internationaler Ebene diskutiert werden. Im Falle eines Cluster-Auftretens (vom ECDC definiert als zwei oder mehr verwandte Isolate – Mutter-Kind-Isolate als ein Fall gezählt – binnen 120 Tagen) erfolgt die epidemiologische Expertenanalyse in Bezug auf die Notwendigkeit einer dringenden Intervention wegen eines Verdachts auf einen lebensmittelbedingten Krankheitsausbruch ("urgent inquiry"). Österreich ist an diesem ECDC-Surveillancesystem seit 2014 beteiligt. Auf diese Weise konnten mehrere multinationale Ausbrüche mit Beteiligung Österreichs geklärt werden, in manchen Fällen konnte auch die Quelle des jeweiligen Ausbruchs identifiziert werden(16, 17). Auch im Jahr 2025 führte die internationale Vernetzung zu einer zeitnahen Abklärung des Clusters 1- 2025 der in Zusammenhang mit dem deutschen Ausbruch Rho14 zusammenhängt.

Die Einhaltung allgemeiner Küchenhygiene-Regeln spielt eine wichtige Rolle bei der Vermeidung von Infektionen mit *L. monocytogenes*. Als Grundregeln, um das Risiko von Lebensmittelinfektionen zu minimieren, gelten (18, 19):

- Fleisch- und Fischgerichte gründlich durchgaren
- Faschiertes (Hackfleisch) nicht roh essen
- Keine Rohmilch oder Rohmilchprodukte verzehren, vor Konsumation abkochen
- Regelmäßige Reinigung des Kühlschranks zur Vermeidung von Kreuzkontaminationen

Das regelmäßige Händewaschen (vor der Zubereitung von Speisen) gilt als eine weitere wichtige Maßnahme zum Schutz vor Listerien and auch vor lebensmittelbedingten Infektionen durch andere Erreger wie z. B. VTEC, *Campylobacter* oder Salmonellen. Auch sollten Obst, Gemüse and Salate vor dem Verzehr gründlich gewaschen werden. Die Zubereitung von Fleisch und rohem Gemüse muss in der Küche auf getrennten Arbeitsflächen oder zeitlich getrennt

vorgenommen werden. Die Arbeitsflächen sollten nach Gebrauch gründlich gereinigt werden. Frisch gekochte Speisen sollten bei der Lagerung im Kühlschrank abgedeckt werden, damit keine nachträgliche Keimeinbringung erfolgen kann. Letztendlich obliegt es aber immer den Lebensmittelproduzenten sicherzustellen, dass verzehrfertige Produkte bezüglich Listerien kein Gesundheitsrisiko darstellen (20).

Abbilungsverzeichnis

Abbildung 1. Anzahl der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle von invasiver Listeriose in Österreich (1997-2025). Fälle mit letalem Ausgang bzw. schwangerschaftsassozierte Fälle sind ergänzend angeführt.....	5
Abbildung 2. Regionale Verteilung (Bundesländer) der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle invasiver Listeriose im Jahr 2025 (Auswertung nach Standort des Einsenders) (n=27). W: Wien, B: Burgenland; NÖ: Niederösterreich; OÖ: Oberösterreich; S: Salzburg; Stk: Steiermark; K: Kärnten; T: Tirol; V: Vorarlberg.	6
Abbildung 3. Alters- und Geschlechtsverteilung der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle invasiver Listeriose im Jahr 2025 (n=27).	7
Abbildung 4. Monatliche Verteilung der an der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierten Fälle invasiver Listeriose im Jahr 2025 (Auswertung nach Eingangsdatum der Isolate an der Nationalen Referenzzentrale) (n=27)	7
Abbildung 5. Minimum spanning tree der vom Nationalen Referenzlabor für <i>Listeria monocytogenes</i> typisierten humanen <i>L. monocytogenes</i> Isolate des Jahres 2025 unter Verwendung der core genome MLST (cgMLST)-Analyse (Ruppitsch et al. 2015). Isolate, die zu einem Cluster gehören, sind farblich markiert (in blau Cluster 1 – 2025, Rho14, in grün Ausbruch 2 - 2024/2025). Die Achsenbeschriftungen zeigen die Allelunterschiede (nicht maßstabsgetreu).	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. An der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose verifizierte Fälle invasiver Listeriose in Österreich im Jahr 2025	9
Tabelle 2. Von der Nationalen Referenzzentrale für Listeriose analysierte Proben von Fällen mit nicht-invasiver Listeriose in Österreich im Jahr 2025.....	11

Tabelle 3. Typisierungsergebnisse der vom Nationalen Referenzlabor für *Listeria monocytogenes* typisierten humanen *L. monocytogenes* Isolate des Jahres 2025 unter Verwendung der core genome MLST (cgMLST)-Analyse (Ruppitsch et al. 2015). Isolate, die zu einem Cluster aus dem Jahr 2025 gehören, sind farblich markiert; NRL: Nationales Referenzlabor für *Listeria monocytogenes*, NRZ: Nationale Referenzzentrale für Listeriose, ST: Sequence Type, CT: Complex Type. Die beiden Isolate MRL-25-02570 und MRL-25-02571 wurden demselben Patienten zugeordnet..... 13

Literaturverzeichnis

1. Brown P, Moura A, Valès G, Tessaud-Rita N, Niedermeyer J, Parsons C, et al. *Listeria tempestatis* sp. nov. and *Listeria rocourtiae* subsp. hofi subsp. nov. *Int J Syst Evol Microbiol.* 2025;75(5).
2. Allerberger F. *Listeria*: growth, phenotypic differentiation and molecular microbiology. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2003;35(3):183-9.
3. Grif K, Patscheider G, Dierich MP, Allerberger F. Incidence of fecal carriage of *Listeria monocytogenes* in three healthy volunteers: a one-year prospective stool survey. *European journal of clinical microbiology & infectious diseases* : official publication of the European Society of Clinical Microbiology. 2003;22(1):16-20.
4. Lamont RJ, Postlethwaite R. Carriage of *Listeria monocytogenes* and related species in pregnant and non-pregnant women in Aberdeen, Scotland. *J Infect.* 1986;13(2):187-93.
5. Allerberger F, Wagner M. Listeriosis: a resurgent foodborne infection. *Clinical microbiology and infection* : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. 2010;16(1):16-23.
6. Allerberger F. *Listeria*. In: Simjee S, editor. *Foodborne Diseases*. Totowa, New Jersey: Humana Press; 2007. p. 27-39.
7. Goulet V, King LA, Vaillant V, de Valk H. What is the incubation period for listeriosis? *BMC Infect Dis.* 2013;13:11.
8. The European Union One Health 2024 Zoonoses Report. *Efsa j.* 2025;23(12):e9759.
9. Authority EFS, Prevention ECfD, Control. The European Union One Health 2023 Zoonoses report. *EFSA Journal.* 2024;22(12):e9106.

10. Allerberger F, Fritschel SJ. Use of automated ribotyping of Austrian *Listeria monocytogenes* isolates to support epidemiological typing. *J Microbiol Methods*. 1999;35(3):237-44.
11. Grif K, Heller I, Wagner M, Dierich M, Würzner R. A comparison of *Listeria monocytogenes* serovar 4b isolates of clinical and food origin in Austria by automated ribotyping and pulsed-field gel electrophoresis. *Foodborne Pathog Dis*. 2006;3(1):138-41.
12. Pichler J, Much P, Kasper S, Fretz R, Auer B, Kathan J, et al. An outbreak of febrile gastroenteritis associated with jellied pork contaminated with *Listeria monocytogenes*. *Wiener klinische Wochenschrift*. 2009;121(3-4):149-56.
13. Fretz R, Pichler J, Sagel U, Much P, Ruppitsch W, Pietzka AT, et al. Update: Multinational listeriosis outbreak due to 'Quargel', a sour milk curd cheese, caused by two different *L. monocytogenes* serotype 1/2a strains, 2009-2010. *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2010;15(16).
14. Fretz R, Sagel U, Ruppitsch W, Pietzka A, Stöger A, Huhulescu S, et al. Listeriosis outbreak caused by acid curd cheese Quargel , Austria and Germany 2009. *Euro surveillance : bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2010;15(5).
15. Pietzka AT, Stöger A, Huhulescu S, Allerberger F, Ruppitsch W. Gene Scanning of an Internalin B Gene Fragment Using High-Resolution Melting Curve Analysis as a Tool for Rapid Typing of *Listeria monocytogenes*. *J Mol Diagn*. 2011;13(1):57-63.
16. Schmid D, Allerberger F, Huhulescu S, Pietzka A, Amar C, Kleta S, et al. Whole genome sequencing as a tool to investigate a cluster of seven cases of listeriosis in Austria and Germany, 2011-2013. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2014;20(5):431-6.
17. Authority EFS, Prevention ECfD, Control. Multi-country outbreak of *Listeria monocytogenes* serogroup IVb, multi-locus sequence type 6, infections probably linked to frozen corn. *EFSA Supporting Publications*. 2018;15(3):1402E.
18. Allerberger F, Huhulescu S. Pregnancy related listeriosis: treatment and control. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2015;13(3):395-403.
19. Allerberger F, Fazelnia C, Brandner J, Preußel K, Wilking H, Stark K, et al. Listeriose in der Schwangerschaft. *Frauenheilkunde up2date*. 2014;4:263-78.
20. Allerberger F, Bagó Z, Huhulescu S, Pietzka A. Listeriosis: The dark side of refrigeration and ensiling. In: Sing A, editor. *Zoonoses - Infections Affecting Humans and Animals Focus on Public Health Aspects*. Heidelberg: Springer Verlag; 2015. p. 249-86.

Ansprechpersonen

Dr.ⁱⁿ Sonja Pleininger MSc

Dr.ⁱⁿ Astrid Füzsl

Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien

Währingerstraße 25a

1090 Wien

Telefon: 050555 37111

E-Mail: humanmed.wien@ages.at

Dr.ⁱⁿ Ariane Pietzka

Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES)
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene Graz

Beethovenstraße 6

8010 Graz

Telefon: 050555 61269

E-Mail: ariane.pietzka@ages.at



GESUNDHEIT FÜR MENSCH, TIER & PFLANZE

www.ages.at

Eigentümer, Verleger und Herausgeber: AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, Spargelfeldstraße 191 | 1220 Wien | FN 223056z © AGES, Juli 2026