

Lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche in Österreich



Jahresbericht 2025

Dr. Peter Much und Dr.ⁱⁿ Juliane Pichler

06.10.2026

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Zusammenfassung	3
Summary.....	4
Einleitung	5
Material und Methodik.....	7
Meldung des Verdachtes eines LMbKAs und die Rolle der Geschäftsstelle der Bundeskommission für Zoonosen	7
Datenerhebung.....	8
Kompilierung der Länderdaten.....	8
Resultate	9
Ursächliche Erreger.....	10
LMbKAs mit starker Evidenz	12
Bundesländer-übergreifende LMbKAs (BL-LMbKAs)	14
LMbKAs je Bundesland	15
Im Ausland erworbene LMbKAs	17
Lebensmittel als Vehikel	17
Orte des Verzehrs	19
Diskussion.....	20
Literaturverzeichnis	25

Zusammenfassung

Stehen zwei oder mehrere Infektionsgeschehen durch den Verzehr des gleichen Lebensmittels oder eines Lebensmittels von ein und demselben Lebensmittelunternehmen in Verbindung, werden die Erkrankungsfälle zu einem lebensmittelbedingten Krankheitsausbruch (LMbKA) zusammengefasst. Die EU-Mitgliedstaaten sind verpflichtet, jährlich die Daten über LMbKAs an die Europäische Lebensmittelbehörde EFSA zu übermitteln. Dieser Jahresbericht wurde aus den österreichischen Daten des Jahres 2025 erstellt, die an die EFSA übermittelt wurden.

Im Jahr 2025 wurden in Österreich 33 lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche registriert, um einen weniger als im Vorjahr. Davon betroffen waren 354 Personen, im Vergleich zu 194 Personen im Jahr 2024. Hundertzehn Personen mussten in Verbindung mit den Ausbrüchen hospitalisiert werden (2024: 77); es wurde kein Todesfall bekannt (2024: zwei Todesfälle). Die Anzahl der Ausbrüche sank im Vergleich zu den Vorjahren und liegt im Streuungsbereich der Fortsetzung des Verlaufes der Trendkurve bis 2019.

Als häufigste Ausbruchsagentien traten wieder *Salmonella* spp. (13 Ausbrüche) auf, gefolgt von *Campylobacter* spp. (neun Ausbrüche) und *Shigella* spp. (zwei Ausbrüche). Je ein Ausbruch wurde durch *Listeria monocytogenes*, durch VTEC O78:H4, Amöben, Hepatitis-A-Virus, das *Bacillus cereus* Toxin Cereulid und nicht typisierte *E. coli* verursacht. Eine starke Evidenz zwischen den Ausbruchsfällen und einem Lebensmittel bzw. einem Lebensmittelunternehmen konnte für sechs Ausbrüche mit 188 Erkrankten hergestellt werden. Elf LMbKAs betrafen Personen aus mehr als einem Bundesland. Allgemeine Ausbrüche machten 49 %, Haushaltsausbrüche 51 % aller Ausbrüche aus. Acht Ausbrüche waren mit Auslandsaufenthalten assoziiert.

Summary

If two or more infection events are linked to the consumption of the same food or food from the same food business operator, the cases of illness are grouped into a foodborne outbreak (FBO). EU Member States are required to report annual data on FBOs to the European Food Safety Authority (EFSA). This annual report was compiled using Austria's data for the year 2025, which were submitted to EFSA.

In 2025, a total of 33 foodborne outbreaks were registered in Austria, one less than in the previous year. A total of 354 individuals were affected, compared to 194 in 2024. One hundred and ten people required hospitalization in connection with the outbreaks (2024: 77), and there were no lethal cases reported (2024: two deaths). The number of outbreaks declined compared to previous years and remains within the statistical variance of the trend curve projected up to 2019.

As in previous years, the most frequently identified outbreak agent was *Salmonella* spp. (13 outbreaks), followed by *Campylobacter* spp. (nine outbreaks) and *Shigella* spp. (two outbreaks). One outbreak each was caused by *Listeria monocytogenes*, VTEC O78:H4, amoebae, hepatitis-A-virus, *Bacillus cereus* toxin cereulide, and non-typed *E. coli*. Strong evidence between outbreak cases and a food or food from the same food business operator was found in six outbreaks causing illnesses in 188 people. Eleven FBOs affected individuals in more than one federal province. General outbreaks accounted for 49 % of all cases, household outbreaks for 51 %. Eight outbreaks were associated with travel abroad.

Einleitung

Der Verdacht auf einen lebensmittelbedingten Krankheitsausbruch liegt vor, wenn zwei oder mehr Erkrankungsfälle auftreten, die wahrscheinlich mit dem Verzehr desselben Lebensmittels oder mit demselben Lebensmittelunternehmen in Zusammenhang stehen.

Lebensmittelbedingte Infektionen stellen eine erhebliche und weitverbreitete Bedrohung für die öffentliche Gesundheit dar (Newell et al., 2010). Über 260.000 derartige Erkrankungen des Menschen werden jährlich in der Europäischen Union bestätigt (EFSA and ECDC, 2025).

Ursachen für lebensmittelbedingte Erkrankungen können Bakterien, Parasiten, Viren, Pilze, Toxine, Metalle und Prionen sein, die über kontaminierte Lebensmittel auf den Menschen übertragen werden. Die Symptome reichen von mildem, selbstlimitierendem Erbrechen und Durchfällen bis hin zu lebensbedrohlichen Verläufen (Thomas et al., 2013; CDC, 2017).

Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an bakteriellen und viralen

Lebensmittelvergiftungen sind anzeigepflichtig, müssen von den örtlichen

Gesundheitsbehörden erfasst und in das epidemiologische Meldesystem (EMS) eingetragen werden (Anonym, 1950). Treten zwei oder mehr Fälle auf, die mit demselben Lebensmittel oder Lebensmittelunternehmen in Zusammenhang stehen, oder eine Situation, in der sich die festgestellten Fälle stärker häufen als erwartet, liegt der Verdacht eines lebensmittelbedingten Krankheitsausbruches (LMbKA) vor (Anonym, 2003; Anonym, 2005).

Relativ wenige dieser Erkrankungen werden als zusammenhängende Fälle im Rahmen eines verdächtigen oder bestätigten LMbKAs erkannt.

Geografisch streuende Ausbrüche mit Erkrankungsfällen in verschiedenen Regionen oder Bundesländern Österreichs, sog. Bundesländer-übergreifende LMbKAs (BL-LMbKA) oder sogar in verschiedenen Staaten (internationale Ausbrüche) sind schwerer zu erkennen, zumal Erkrankungsfälle auch über längere Zeiträume hinweg vereinzelt auftreten können (z. B. Listeriose-Ausbrüche). Solche Ausbrüche können z. B. durch kontaminierte Lebensmittel im überregionalen oder internationalem Lebensmitteleinzelhandel verursacht werden und fallen den Mitarbeiter:innen in den Gesundheitsämtern meist nicht auf, weil sie oft nur zu vereinzelt lokalen Fällen führen, bei denen zunächst kein epidemiologischer Zusammenhang (z.B. ein gemeinsames Infektionsvehikel oder Infektionsort) erkennbar ist. BL-LMbKAs werden in der Regel nur durch nationale Referenzlaboratorien bzw. -zentralen über die genomische Sequenzierung von Erregerisolaten von erkrankten Personen entdeckt (Ganzgenomsequenzierung, Whole Genome Sequencing, WGS).

Zusätzlich kann ein Vergleich der genomischen Sequenzdaten von Isolaten von Erkrankten mit denjenigen aus Lebensmitteln mögliche Zusammenhänge von Erkrankungsfällen mit belasteten Lebensmitteln anzeigen. Liegen keine oder nur wenige Gensequenzunterschiede zwischen den Isolaten vor, ist das Lebensmittel im Sinne eines genetischen Fingerabdrucks verdächtig, den Krankheitsausbruch ausgelöst zu haben. Im Zusammenspiel mit den Ergebnissen von epidemiologischen Untersuchungen, z.B. Befragungen von Erkrankten und analytisch-epidemiologischen Studien, kann so die Evidenz für einen Zusammenhang zwischen dem Verzehr des verdächtigen Lebensmittels und den Erkrankungen gestärkt werden, man spricht dann von Ausbrüchen mit starker Evidenz (EFSA, 2025).

Die EU-Mitgliedstaaten sind verpflichtet, Daten über LMbKAs an die Europäische Lebensmittelbehörde EFSA (European Food Safety Authority) zu übermitteln (Anonym, 2003). Auf Basis der Meldedaten aus den EU-Mitgliedstaaten erstellt die EFSA jährlich einen Bericht zu lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen in Europa, welcher in den European Union One Health Zoonoses Report integriert wird. Im Jahr 2024 sind EU-weit (EU 27) 6.558 LMbKAs mit 62.481 humanen Fällen und 53 Todesfällen berichtet worden (EFSA and ECDC, 2025).

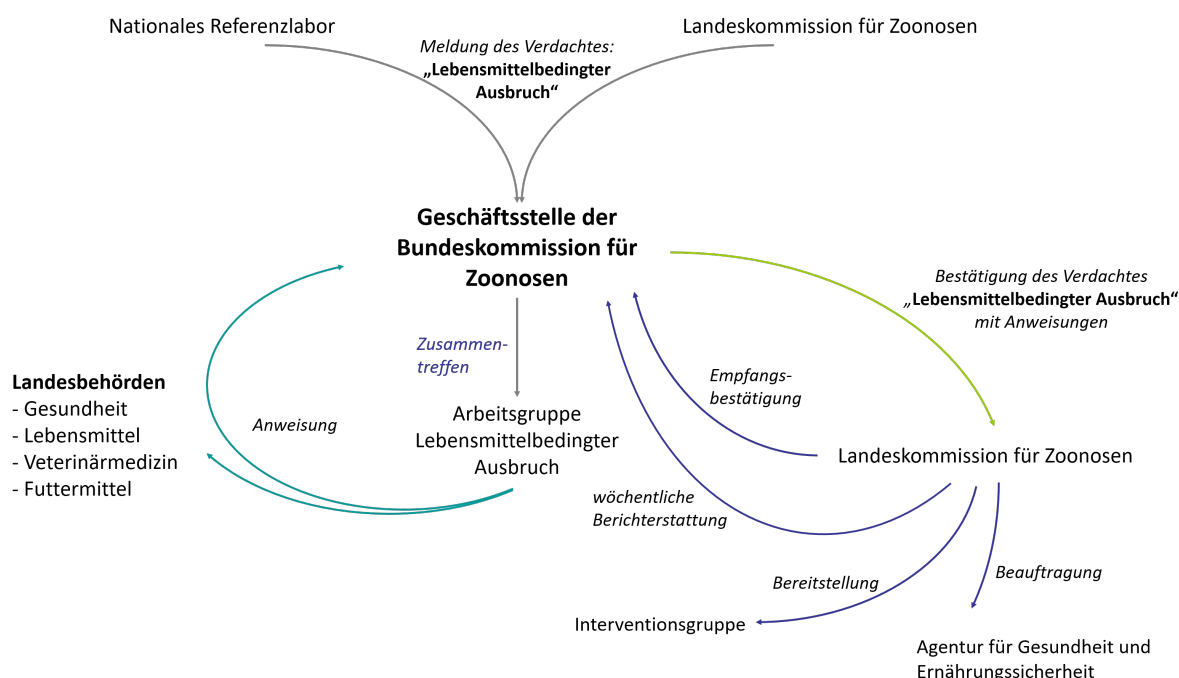
In dieser Arbeit werden LMbKAs in Österreich für das Jahr 2025 und deren Entwicklung seit Beginn dieser Erhebungen im Jahr 2004 beschrieben. Diese Auswertung basiert auf den Ende Mai 2026 von der AGES, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) aus dem EMS generierten und an die EFSA übermittelten Daten für den European Union One Health Zoonoses Report 2025. Als Ergebnisse werden dabei die Daten dargestellt, die entsprechend den Vorgaben des Technischen Reports an die EFSA übermittelt wurden (EFSA et al., 2025).

Material und Methodik

Meldung des Verdachtes eines LMbKAs und die Rolle der Geschäftsstelle der Bundeskommission für Zoonosen

Ergibt sich der Hinweis auf einen Verdacht eines LMbKAs in einem nationalen Referenzlabor oder in einer Landeskommision für Zoonosen, melden diese den Verdacht an die Geschäftsstelle der Bundeskommission für Zoonosen. Die Arbeitsgruppe „Lebensmittelbedingter Krankheitsausbruch“ setzt sich zusammen und organisiert Videokonferenzen mit allen vorgesehenen Beteiligten zur Besprechung und Festlegung der weiteren Abarbeitung des Verdachtes, dargestellt in [Abbildung 1](#).

Abbildung 1: Ablauf der Meldung nach Bekanntwerden des Verdachtes eines LMbKAs und weiteres Vorgehen mit möglichen involvierten Stellen



Datenerhebung

Besteht zwischen Erkrankungsfällen ein epidemiologischer Zusammenhang und sind diese einem LMbKA zuzurechnen, müssen die Bezirksverwaltungsbehörden diese Fälle im EMS zu einem spezifischen Ausbruch zusammenfassen. Das System vergibt für jeden einzelnen Ausbruch einen eigenen Identifikationscode. Folgende Daten sind entsprechend dem Technischen Report der EFSA zu erheben und somit im EMS jedem Ausbruch zuzuordnen (EFSA et al., 2025): verursachendes Agens; Ausbruchscodes; Beweiskraft, mit der die Ausbruchsfälle mit einem Lebensmittelvehikel in Verbindung gebracht werden können (starke oder schwache Evidenz); Art des Ausbruchs (z. B. Haushaltsausbruch oder allgemeiner Ausbruch); Anzahl der erkrankten, hospitalisierten und verstorbenen Personen; Infektion im In- oder Ausland erworben; Infektionsvehikel (=Lebensmittel); Ort, an dem das Lebensmittel verzehrt wurde; Ort, von dem das Problem ausging; Herkunft des verdächtigen Lebensmittels; andere beitragende Faktoren (z. B. Hygienemängel). In Wertetabellen werden Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung gestellt, zu einigen Fragestellungen darf nur eine Auswahl getroffen werden (z. B. Ausmaß des Ausbruchs), zu anderen ist eine Mehrfachauswahl möglich (z. B. Ort, an dem die Fälle dem Lebensmittel ausgesetzt waren).

Kompilierung der Länderdaten

Die AGES ist vom BMASGPK beauftragt, jedes Jahr die österreichischen Daten für den jeweiligen European Union One Health Zoonoses Report zu sammeln. Mitarbeiter:innen des Instituts Surveillance und Infektionsepidemiologie des Geschäftsfeldes Öffentliche Gesundheit der AGES fragen die Daten zu den LMbKAs aus dem EMS ab. Diese Daten werden geprüft, evaluiert und mit anderen Datensätzen, wie z. B. vorliegenden Endberichten von abgeklärten Ausbrüchen abgeglichen und gegebenenfalls korrigiert, essenzielle fehlende Parameter bei den Behörden nachgefragt und letztendlich zu einer bundesweiten Tabelle kompiliert. Ausbrüche, die mehrere Bundesländer betreffen, werden von jedem Bundesland separat gemeldet. Diese BL-LMbKAs erhalten zusätzlich zu den einzelnen Ausbruchscodes einen eigenen Meta-Ausbruchscodes. Diese Vorgehensweise hilft beim Zusammenführen mehrerer Ausbrüche zu einem einzelnen BL-LMbKA, damit Ausbrüche mit mehreren betroffenen Bundesländern nicht mehrfach berichtet werden. Ein Ausbruch wird dem Jahr zugerechnet, in dem der erste bekannt gewordene Fall eines Ausbruchsgeschehens lag. Der vorliegenden Auswertung liegen die EMS-Daten einer Abfrage und Rückmeldungen der Länder bis 14.04.2026 zugrunde.

Elektronische Datenverarbeitung: Die Ausbruchstabelle liegt als Microsoft® Office Excel 365 Datei (Microsoft, USA) vor.

Resultate

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 33 lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche bekannt, um einen weniger als 2024. Mindestens 354 Erkrankungen und 110 Hospitalisierungen standen mit den Ausbrüchen in Zusammenhang. Es wurde kein Todesfall in Verbindung mit einem LMbKA gemeldet. Wie in den Jahren zuvor waren die häufigsten Verursacher von Ausbrüchen Bakterien der Gattungen *Salmonella* spp. und *Campylobacter* spp.

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 33 LMbKAs gemeldet, um einen weniger als im Jahr 2024. Davon betroffen waren 354 Personen, im Vergleich zu 194 Personen im Jahr 2024. Hundertzehn Personen mussten in Verbindung mit den Ausbrüchen hospitalisiert werden (2024: 77); es wurde kein Todesfall bekannt (2024: zwei Todesfälle). Allgemeine Ausbrüche machten 48,5 % (n=16), Haushaltsausbrüche - definiert als zwei oder mehr infizierte Personen in nur einer Familie - mehr als die Hälfte aller Ausbrüche (n=17) aus [Tabelle 1](#).

Tabelle 1: Anzahl der lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüche und der davon betroffenen Personen in Österreich, 2006-2025

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Haushaltsausbrüche	515	364	305	319	162	196	99	100	80	62
Allgemeine Ausbrüche	94	74	63	32	31	36	23	33	16	16
Ausbrüche mit starker Evidenz*	-	11	14	11	10	7	3	24	13	6
Erkrankte Personen	2.530	1.715	1.376	1.330	838	789	561	568	790	333
Hospitalisierte Personen	493	286	338	223	155	179	97	108	121	86
Todesfälle	3	1	0	6	2	0	0	0	1	0
Ausbrüche gesamt, österreichweit	609	438	368	351	193	232	122	133	96	78

Fortsetzung Tabelle 1

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Haushaltsausbrüche	62	48	39	38	16	16	10	25	10	17
Allgemeine Ausbrüche	18	21	13	10	6	7	14	16	18	16
Ausbrüche ohne Zuordnung**	-	-	-	-	-	-	4	2	6	-
Ausbrüche mit starker Evidenz*	9	9	7	4	4	8	7	13	11	6
Erkrankte Personen	436	227	222	793	70	100	127	223	194	354
Hospitalisierte Personen	68	56	58	159	20	35	56	39	77	110
Todesfälle	0	2	0	1	1	4	3	1	2	0
Ausbrüche gesamt, österreichweit	80	69	52	48	22	23	28	43	34	33

* Die Klassifizierung "Ausbrüche mit starker Evidenz" wird erst seit 2010 angewandt; diese ist mit der Bezeichnung "bestätigte Ausbrüche" der Jahre 2007-2009 bedingt vergleichbar.

** diese Auswahlmöglichkeit steht erst für Daten ab 2022 zur Verfügung

Ursächliche Erreger

[Tabelle 2](#) zeigt die Verteilung lebensmittelbedingter Ausbrüche pro Erreger und die Anzahl der jeweils betroffenen Personen. Im Jahr 2025 waren mit Ausnahme von sechs Ausbrüchen (dreimal Noroviren, je einmal Hepatitis-A-Virus, das *Bacillus cereus* Toxin Cereulid und Amöben) alle bakteriell bedingt. Als häufigste Ausbruchsagentien traten *Salmonella* (S.) spp. (13 Ausbrüche) auf, gefolgt von *Campylobacter* (C.) spp. (neun Ausbrüche) und *Shigella* spp. (zwei Ausbrüche). Je ein Ausbruch wurde durch *Listeria monocytogenes* Serogruppe IIa/ST101/CT7699 (sechs Personen), VTEC O78:H4 (zwei Personen) und durch nicht typisierte *E. coli* (zwei Personen) verursacht. Details zu abgeklärten Ausbrüchen können im Abschnitt *LMbKAs mit starker Evidenz* nachgelesen werden.

Von den Salmonellose-Ausbrüchen waren 278 Personen betroffen, das sind 79 % aller Ausbruchsfälle des Jahres 2025 ([Tabelle 2](#)). *S. Enteritidis* war für acht dieser LMbKAs ursächlich, davon fünf Ausbrüche durch den Sequenztypen (ST) 11 jedoch durch unterschiedliche Complex Typen (CT); diese Ausbrüche werden zum Teil in den Kapiteln *LMbKAs mit starker Evidenz* und *BL-LMbKAs* beschrieben. *S. Strathcona*, *S. Coeln*, *S. Infantis*, *S. Kenya* und *S. Typhimurium* wurden für jeweils einen Ausbruch als Ursache identifiziert. Der Ausbruch durch *S. Strathcona* wurde 2023 international bekannt und setzte sich im Jahr 2024 mit 26 Fällen und 2025 mit 52 Fällen fort. Bio-Kirschtomaten aus Italien wurden als

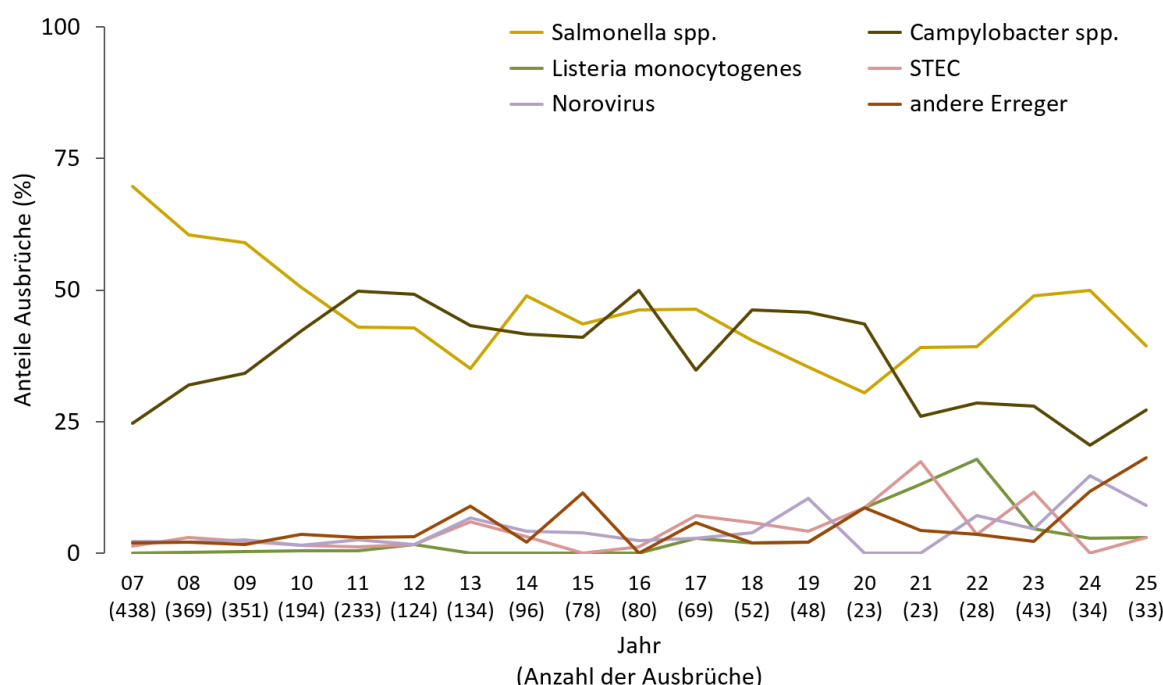
wahrscheinlichstes Infektionsvehikel ermittelt (ECDC 2023b, Much und Pichler, 2024). Für vier Campylobacteriose-Ausbrüche war die Spezies *C. jejuni* ursächlich einmal *C. coli*, zu den übrigen Ausbrüchen liegen keine Spezifizierungsergebnisse vor. In Summe wurden 39 Personen im Zusammenhang mit den Campylobacteriose-Ausbrüchen gemeldet. Von den beiden lebensmittelbedingten Norovirus-Ausbrüchen waren insgesamt 14 Personen betroffen.

Tabelle 2: Anzahl und Anteil an LMbKAs und betroffenen Personen je ursächlichem Agens, 2025

Erreger	Anzahl gemeldeter Ausbrüche	Anteil in Prozent	Anzahl betroffener Personen	Anteil in Prozent
Salmonella spp.	13	39,4%	278	78,5%
Campylobacter spp.	9	27,3%	39	11,0%
Norovirus	3	9,1%	14	4,0%
Shigella spp.	2	6,1%	5	1,4%
Listeria monocytogenes	1	3,0%	6	1,7%
Hepatitis-A-Virus	1	3,0%	3	0,8%
Cereulid	1	3,0%	3	0,8%
Amöben	1	3,0%	2	0,6%
E.-coli-Enteritis, sonstige darmpathogene Stämme	1	3,0%	2	0,6%
VTEC	1	3,0%	2	0,6%
Gesamt	33	100,0%	278	100,0%

In [Abbildung 2](#) sind die Anteile der bedeutendsten ursächlichen Agentien von lebensmittelbedingten Ausbrüchen seit 2007 dargestellt.

Abbildung 2: Zeitlicher Verlauf der Anteile an ursächlichen Agenzien bei lebensmittelbedingten Ausbrüchen in Österreich, 2007-2025



LMbKAs mit starker Evidenz

Bei einem Ausbruch mit starker Evidenz muss für die Ausbruchsfälle eine starke Assoziation zu einem bestimmten Lebensmittel oder zu Produkten eines Lebensmittelunternehmens hergestellt werden können, wie z. B. durch mikrobiologischen Nachweis des identen Ausbruchserregers bei Erkrankten und im Lebensmittel, in Rückstellproben oder in Proben entlang der Lebensmittelkette oder durch deskriptive oder analytisch-epidemiologische Beweisführung (EFSA, 2017).

Eine starke Evidenz zwischen den Ausbruchsfällen und Lebensmitteln bzw. Lebensmittelunternehmen konnte für sechs Ausbrüche (18 % aller Ausbrüche) mit 188 Erkrankten (53 % aller Erkrankten in LMbKAs) hergestellt werden:

Ausbruch durch *S. Strathcona*

Von diesem internationalen Ausbruch durch *S. Strathcona* ST2559, der seit mehreren Jahren regelmäßig auftritt, waren im Jahr 2025 mehr als 250 Personen betroffen, davon 52 in Österreich (Fälle in allen Bundesländern außer Burgenland und Vorarlberg), von denen die meisten als bestätigtes Infektionsvehikel kleine Tomaten aus Sizilien angegeben haben. Bereits im Jahr 2011 wurde ein internationaler Ausbruch durch denselben Ausbruchsstamm, übertragen durch dattelförmige Tomaten aus Italien, bei Patienten in Dänemark, Deutschland, Italien, Österreich und Belgien festgestellt (Müller et al., 2016). Auch in den Jahren 2020, 2023 und 2024 kam es zu internationalen Ausbrüchen durch diesen Salmonellenstamm (EFSA and ECDC, 2024b, Much und Pichler, 2024, Much und Pichler, 2025).

Ausbruch durch *S. Enteritidis* ST11 CT14117

Vom größten österreichischen LMbKA im Jahr 2025 waren 86 Personen (Fälle in allen Bundesländern außer Kärnten) betroffen, fast die Hälfte der Fälle musste im Krankenhaus behandelt werden (n=38 Personen). Epidemiologische und mikrobiologische Ergebnisse zeigten, dass Eier und Eiprodukte die wahrscheinlichen Lebensmittelvehikel bei diesem Ausbruch sind, der Ausbruchsstamm wurde in verschiedenen Legehennenbetrieben nachgewiesen, die in Folge mit zeitweiligem Vermarktungsverbot der Frischeier belegt wurden.

Ausbruch durch *S. Infantis*

Bio-Cashew-Mus mit gefriergetrockneten Himbeeren konnte als Ausbruchsvehikel identifiziert werden, nach dessen Verzehr in Österreich 20 Personen (Fälle in allen Bundesländern außer Burgenland) erkrankten, hauptsächlich Kinder bis 10 Jahre. Zehn Fälle mussten hospitalisiert werden. Europaweit wurden 65 Erkrankungsfälle bekannt, meist Kleinkinder zwischen 0-4 Jahren. Nach dem Lebensmittel-Rückruf wurden noch vereinzelt Fälle bekannt.

Ausbruch durch *Campylobacter jejuni*

Im Rahmen eines Milchworkshops in einem Milchviehbetrieb fand eine Rohmilchverkostung statt, in dessen Folge 21 Kinder (aus einem Bundesland) an Durchfall und Fieber erkrankten. *C. jejuni* wurde als ursächlicher Erreger bestätigt.

Ausbruch durch *L. monocytogenes*

Im November 2024 wurde ein Ausbruchs-Cluster (*L. monocytogenes* Sg IIa/ST101/CT7699) bestehend aus fünf Personen aus Wien identifiziert, von denen sich der erste Fall bereits 2023 ereignete. Eine Person verstarb bereits im Januar 2024. Erkrankungsfälle durch diesen Ausbruchstamm setzen sich 2025 fort, sechs Fälle (im Burgenland, in Niederösterreich, der Steiermark und in Wien) wurden bekannt. Als Infektionsvehikel wurden Fleisch und Fleischprodukte eines nationalen Produzenten - vermutlich kreuzkontaminiert – bestätigt. Die Patienten verzehrten die Listerien-haltigen Speisen in privaten Haushalten und Restaurants.

Ausbruch durch das *Bacillus cereus* Toxin Cereulid

Im Dezember 2025 kam es zu einem Produkt-Rückruf von mit Cereulid kontaminierter Säuglingsanfangsnahrung eines internationalen Herstellers. Es wurden drei wahrscheinliche Erkrankungsfälle (in Oberösterreich und Wien) identifiziert, im Jahr 2026 folgten noch 11 weitere Fälle. In der EU und dem Vereinigten Königreich wurden insgesamt mehr als 250 Fälle bekannt. Verursacht wurden die Erkrankungen durch kontaminiertes Öl, das reich an Arachidonsäure ist (ARA-Öl), aus einem Werk in China stammte und von mehreren internationalen Herstellern von Säuglingsanfangsnahrung zugesetzt wurde. Es gab in allen betroffenen Ländern Rückrufe und in der Folge Maßnahmen bei den Herstellern.

Bundesländer-übergreifende LMbKAs (BL-LMbKAs)

Im Jahr 2025 wurden elf BL-LMbKAs bekannt, fünf davon im Kapitel *LMbKAs mit starker Evidenz* beschrieben sowie folgende LMbKAs, bei denen keine starke Assoziation zwischen den Ausbruchsfällen und einem Lebensmittel oder -unternehmen gefunden werden konnte:

Ein Ausbruch durch *S. Kenya*: 63 Erkrankungsfälle in allen Bundesländern; es handelt sich um einen internationalen Ausbruch mit weiteren 37 Fällen in der EU und dem Vereinigten Königreich. Trotz internationaler Bemühungen konnte kein ursächliches Lebensmittel identifiziert werden; Gewürze, Kräuter oder Garnierungen von Speisen werden hypothetisch als Infektionsquelle betrachtet.

Ein Ausbruch durch *S. Coeln*: 18 Erkrankungsfälle, vor allem Kleinkinder und Personen >65 Jahren in Bundesländern außer Burgenland, Kärnten und Tirol.

Ausbrüche durch *S. Enteritidis* ST11: Vier Ausbrüche durch Salmonellen mit unterschiedlichen Complex-Typen, insgesamt 31 Erkrankungsfälle, jeweils in mehreren Bundesländern. Als Infektionsquellen werden Hühnerfleisch oder Produkte daraus, Kebabfleisch für Pizza, Kebabfleisch von polnischen Masthühnern und Fleischprodukte verdächtigt.

LMbKAs je Bundesland

Die Anzahl der Ausbrüche je Bundesland ist in [Tabelle 3](#) angeführt; die neun BL-LMbKAs werden in jedem betroffenen Bundesland als je ein Ausbruch dargestellt, in der österreichweiten Auswertung jedoch jeweils nur einmal. Im Jahr 2025 wurden aus jedem Bundesland LMbKAs berichtet. Die Inzidenz an Fällen je Bundesland streute stärker als in den Vorjahren, zwischen 1,6 (Kärnten) und 6,5 (Oberösterreich). Die Österreich-weite Inzidenz an Ausbrüchen (0,4) lag unter jenen jedes einzelnen Bundeslandes (0,6-1,9). Das liegt daran, dass eine hohe Anzahl an Bundesländer-übergreifenden LMbKAs bekannt wurde (n=11) und von diesen Ausbrüchen jeweils mehrere Bundesländer betroffen waren, im Schnitt mehr als die Hälfte aller Bundesländer je BL-LMbKA (5,5).

Tabelle 3: Anzahl an LMbKAs nach Bundesländern nach Art der Evidenz, der betroffenen Personen sowie Anteil der Ausbruchsfälle je 100.000 Bevölkerung, 2025

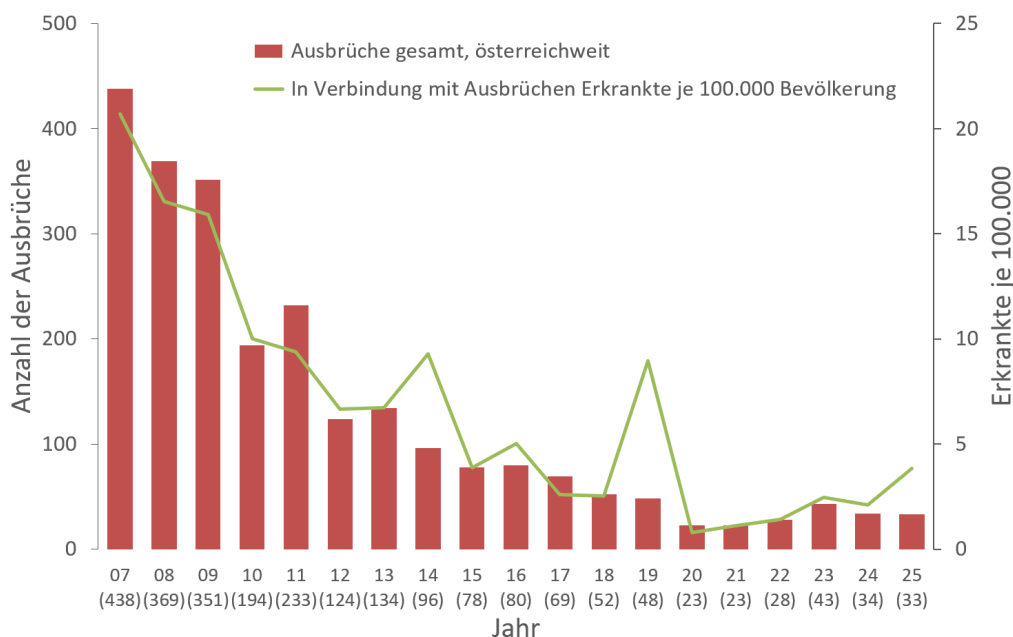
Evidenz	Anzahl an Ausbrüchen			Anzahl an Erkrankungen			Ausbrüche je 100.000 Bevölkerung	Ausbruchsfälle je 100.000 Bevölkerung
	stark	schwach	alle	stark	schwach	alle		
Burgenland	2	3	5*	4	5	9	1,7	2,98
Kärnten	2	2	4*	3	6	9	0,7	1,58
Niederösterreich	5	8	13*	32	25	57	0,8	3,30
Oberösterreich	4	10	14*	45	55	100	0,9	6,51
Salzburg	3	5	8*	21	10	31	1,4	5,41
Steiermark	4	7	11*	26	28	54	0,9	4,25
Tirol	3	6	9*	24	12	36	1,2	4,63
Vorarlberg	2	6	8*	2	7	9	1,9	2,19
Wien	5	8	13*	31	18	49	0,6	2,42
Österreich	6	27	33**	188	166	354	0,4	3,85

* Bundesländer-übergreifende lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche wurden in jedem betroffenen Bundesland als je ein Ausbruch gezählt

** Österreichweit wurde jeder Bundesländer-übergreifende lebensmittelbedingte Krankheitsausbruch nur einmal gezählt

Von Ausbrüchen waren österreichweit 3,8 Personen je 100.000 Bevölkerung betroffen, das entspricht fast einer Verdoppelung verglichen mit 2024 (2,1 Personen je 100.000 Bevölkerung), seit 2020 kann eine deutliche Steigerung beobachtet werden ([Abbildung 3](#)).

Abbildung 3: Anzahl an LMbKAs Inzidenz an betroffenen Personen je 100.000 Bevölkerung, 2007-2025



Im Ausland erworbene LMbKAs

Im Jahr 2025 stehen mit acht LMbKAs fast ein Drittel aller Ausbrüche jedoch nur eine geringe Anzahl an Fällen (n=19) mit Auslandsaufenthalten (je zweimal Ägypten und die Türkei, je einmal Italien, Mexiko und die Mongolei und keine Angabe des Landes) in Verbindung. Dazu zählen zwei Ausbrüche durch *Shigella* spp. und je ein Ausbruch durch *E. coli* VTEC O78:H4, *S. Enteritidis*, Amöben, *Campylobacter* spp., und Hepatitis-A-Virus. An dieser Stelle soll auch noch erwähnt werden, dass vier LMbKAs durch Lebensmittel verursacht wurden, die aus Italien, Deutschland oder Polen stammten bzw. ein Lebensmittel mit einer Komponente (ARA-Öl) aus China (siehe *LMbKAs mit starker Evidenz* und *BL-LMbKAs*).

Lebensmittel als Vehikel

In [Tabelle 4](#) werden die Vehikel aller gemeldeten LMbKAs acht Lebensmittelkategorien und der Kategorie „unbekannt“ zugeordnet. Für 52 % aller Ausbrüche (2024: 62 %; 2023: 45 %; 2022: 71 %; 2021: 65 %; 2020: 57 %; 2019: 27 %), davon für alle LMbKAs mit starker Evidenz wurden eines oder mehrere verdächtige Lebensmittel angegeben. Die am häufigsten

benannten Vehikel waren (I) andere Speisen, dazu zählen u.a. das Cashew-Mus mit Himbeeren und die Säuglingsanfangsnahrung, (II) Hühnerfleisch und Hühnerfleischerzeugnisse und (III) Fleisch und Fleischerzeugnisse (außer Geflügel). Weitere Details sind den Beschreibungen einzelner Ausbrüche und der [Tabelle 4](#) zu entnehmen.

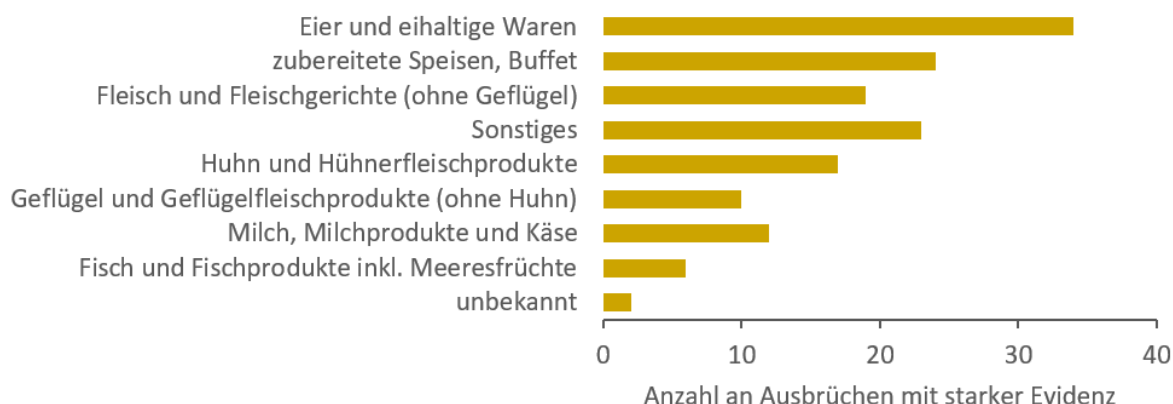
Tabelle 4: Bestätigte und verdächtige Lebensmittelkategorien bei den gemeldeten lebensmittelbedingten Ausbrüchen, 2025

Mit dem Ausbruch in Verbindung gebrachte(s) Lebensmittel *	Anzahl Ausbrüche mit starker Evidenz	Anzahl der Ausbrüche
Gemüse	1	2
Hühnerfleisch und Hühnerfleischerzeugnisse	0	3
Sonstige Fleisch und Fleischerzeugnisse (außer Geflügel)	1	3
Eier und Eiprodukte	1	1
Milch und Milchprodukte (ohne Käse)	1	2
Leitungs-/Brunnenwasser	0	2
Fisch und Fischprodukte	0	1
Andere Speisen	2	3
Unbekannt	0	16
Gesamt	6	33

* Mehrfachnennungen von Lebensmitteln bei einzelnen Ausbrüchen ist möglich

Die seit 2009 bei allen Ausbrüchen mit starker Evidenz identifizierten ursächlichen Lebensmittelkategorien sind in [Abbildung 4](#) dargestellt. Als mit starker Evidenz mit den LMbKAs assoziiert wurden am häufigsten „Eier und eihaltige Speisen“ ermittelt (34-mal), gefolgt von „zubereiteten Speisen und Buffets“ (24-mal), „sonstiges“ (23-mal) und „Fleisch und Fleischgerichte“ (ohne Geflügel, 19-mal). „Huhn und Hühnerfleischprodukte“ sowie „Geflügelfleisch und Geflügelfleischprodukte“ wurden für 27 Ausbrüche als Lebensmittelvehikel bestätigt, alle Produkte von Geflügel (inkl. Eier und Eiprodukte) verursachten 61 LMbKAs, also 41 % aller Ausbrüche mit starker Evidenz seit 2009.

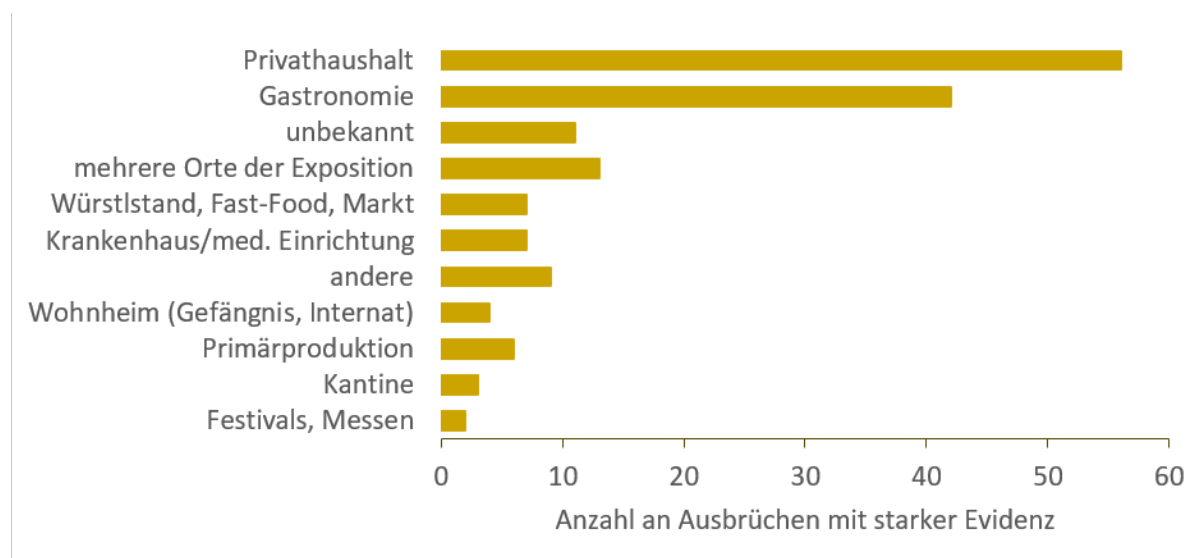
Abbildung 4: Ursächliche Lebensmittelkategorien bei LMbKAs mit starker Evidenz, 2009–2025, (n=147)



Orte des Verzehrs

Im Jahr 2025 wurden für alle sechs Ausbrüche mit starker Evidenz und für sechs Ausbrüche mit schwacher Evidenz Orte benannt, an denen die Ausbruchsfälle die belasteten Speisen verzehrt hatten (mehrere Angaben je Ausbruch sind möglich). Siebenmal wurde privater Haushalt, sechsmal Gastronomie (Restaurant inkl. Pub, Bar, Hotel und Catering Service) angegeben und einmal eine Primärproduktion (landwirtschaftlicher Betrieb). Für 21 LMbKAs (64 % aller Ausbrüche) blieben diese Orte unbekannt. Die Häufigkeiten berichteter Verzehrsorte bei Ausbrüchen mit starker Evidenz der letzten 16 Jahren sind in [Abbildung 5](#) dargestellt. Sie zeigt die große Bedeutung von Privathaushalten als Verzehrsorte (56 von insgesamt 160 genannten Verzehrsorten bei 143 Ausbrüchen), gefolgt von der Gastronomie (42-mal); bei Ausbrüchen können auch verschiedene Orte des Verzehrs in Frage kommen.

Abbildung 5: Häufigkeiten von Orten des Verzehr der inkriminierten Speisen bei LMbKAs mit starker Evidenz, 2009–2025, (143 Ausbrüche, Mehrfachnennungen waren möglich)

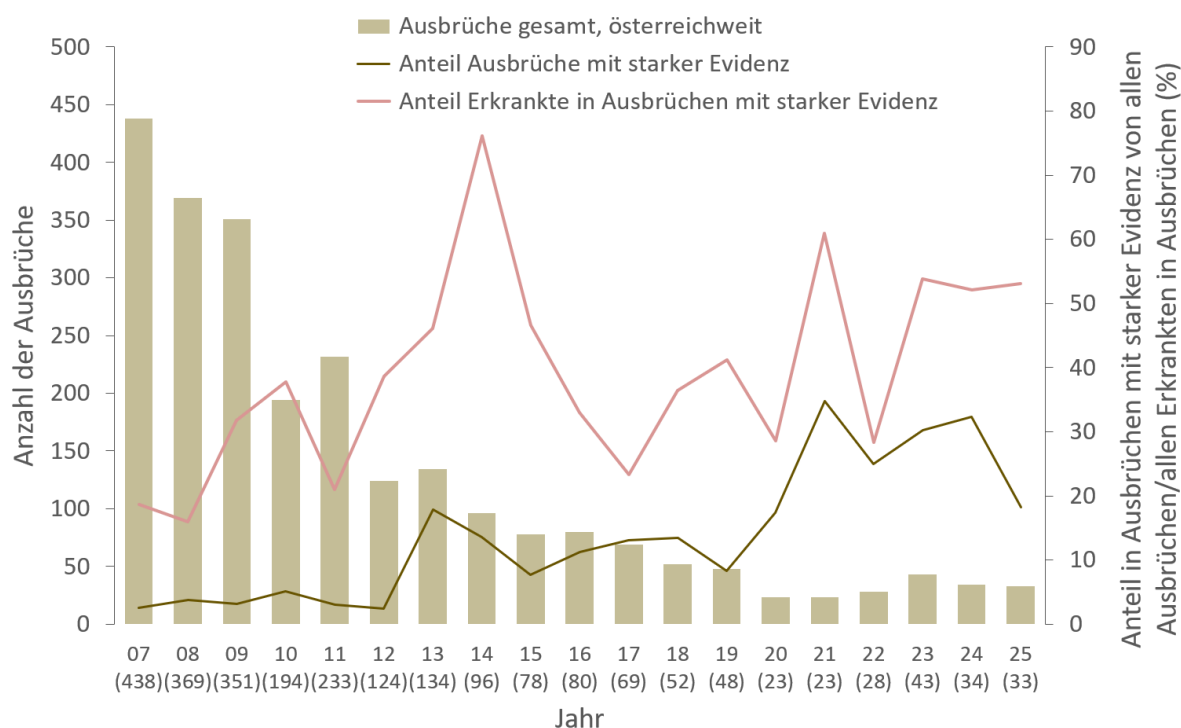


Diskussion

Im Jahr 2025 wurden in Österreich 33 lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche registriert, einer weniger als im Vorjahr. Bis 2019 konnte eine signifikant sinkende Anzahl an Ausbrüchen mit immer flacher verlaufenden Säulenhöhen festgestellt werden ([Abbildung 6](#)).

Im Jahr 2020 fiel der Rückgang mit 56 % zu 2019 verglichen mit den Rückgängen in den Vorjahren markant höher aus. Der übermäßig starke Rückgang an gemeldeten LMbKAs aber auch an lebensmittelbedingten Erkrankungen (Daten nicht dargestellt) scheint besonders den Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie geschuldet zu sein, eine Situation, die auch viele andere Länder feststellten (National Veterinary Institute, 2021; Anonym, 2021; Bassal. et al., 2021; de Miguel Buckley et al., 2020). In den Jahren 2022 und 2023 konnte wieder ein Anstieg an LMbKAs verzeichnet werden, 2024 und 2025 wiederum ein leichter Rückgang. Die 42, 34 und 33 Ausbrüche (der Jahre 2023, 2024 und 2025) liegen im Streubereich der Fortsetzung des Verlaufes der Trendkurve bis 2019.

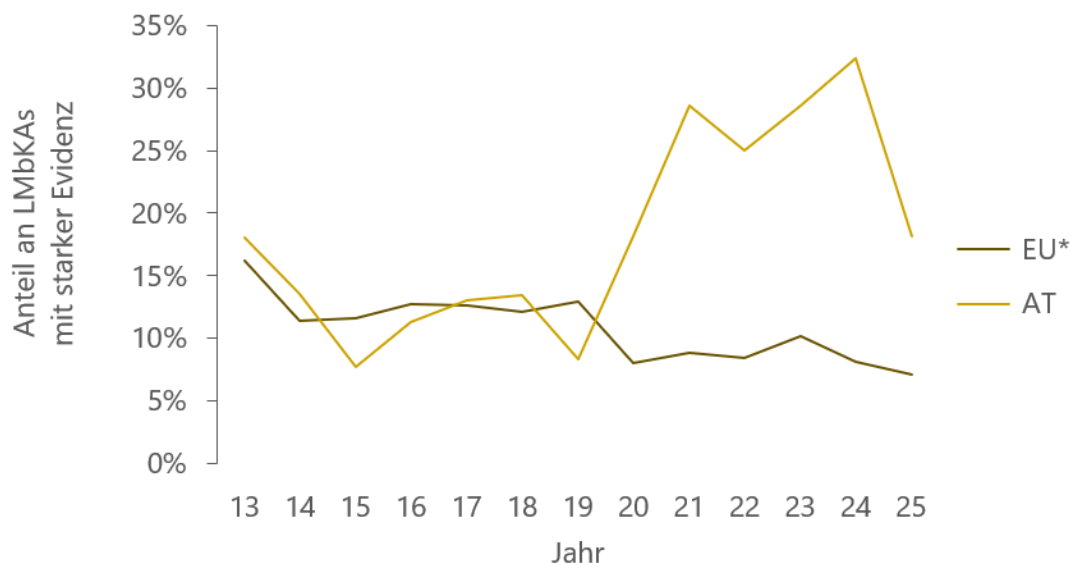
Abbildung 6: Jährliche Anzahl an Ausbrüchen und Anteil an Ausbrüchen mit starker Evidenz sowie Anteil an Personen betroffen von Ausbrüchen mit starker Evidenz in Österreich, 2007–2025



Seit 2007 soll jeder an die EFSA berichtete LMbKA entweder als bestätigter oder nicht-bestätigter Ausbruch, seit 2010 als Ausbruch mit starker oder schwacher Evidenz klassifiziert werden ([Tabelle 1](#)) (EFSA, 2007; EFSA, 2010). Der Anteil an bestätigten Ausbrüchen bzw. Ausbrüchen mit starker Evidenz, also solchen Ausbrüchen, die durchgehend abgeklärt und bei denen eine starke Assoziation zu einem ursächlichen Lebensmittelvehikel herausgearbeitet werden konnte, lag in Österreich bis 2012 sehr niedrig, zwischen 2,5 % und 5 %. Im Jahr 2013 mündeten die intensiven Ausbruchsuntersuchungen durch die beteiligten Expert:innen und Behörden in einem deutlichen Anstieg des Anteils an Ausbrüchen mit starker Evidenz (n=24) auf 18 %. Dieser Anteil verminderte sich etwas in den Folgejahren bis 2019 im Mittel auf 12 % pro Jahr (die Anzahl an LMbKAs mit starker Evidenz liegt im Mittel bei acht Ausbrüchen), jedoch deutlich über jenen Anteilen vor 2019. EU-weit lag der Anteil an Ausbrüchen mit starker Evidenz von 2013 bis 2019 im Mittel bei 13 % noch geringgradig höher als in Österreich, danach zeigte der Vergleich der Verläufe dieser Anteile jedoch unterschiedliches Verhalten: In Österreich erhöhte sich der Anteil an LMbKAs mit starker Evidenz in den Jahren 2021, 2023 und 2024 deutlich auf 32 %, mit leichter Reduktion auf 25 % im Jahr 2022 und sank im Jahr 2025 auf 18 %. EU-weit sank deren Anteil bis 2025 auf 7 % (dabei handelt es sich erst um vorläufige Anteile, da die Anzahl der länderübergreifenden LMbKAs in jedem betroffenen EU-Mitgliedstaat einzeln gezählt wurden und diese nicht bereinigt wurde) ([Abbildung 7](#)) (EFSA and ECDC, 2025, EFSA and ECDC, vorläufige Daten 2026). Der Anteil an LMbKAs mit starker Evidenz in Österreich ging im Jahr 2025 zurück, der

Anteil an Erkrankungsfällen in solchen Ausbrüchen blieb bei >50 %, vergleichbar mit den letzten zwei Jahren ([Abbildung 6](#)).

Abbildung 7: Entwicklung des Anteils an Ausbrüchen mit starker Evidenz zu allen gemeldeten Ausbrüchen in Österreich und der EU, 2013-2025



* Daten der EU für 2025 sind noch nicht endgültig

Der relative Anstieg an LMBKAs mit starker Evidenz ab 2020 in Österreich kann einerseits auf den starken Rückgang der absoluten Anzahl an gemeldeten Ausbrüchen um 56 % von 2019 auf 2020 zurückzuführen sein. Andererseits auf einen höheren Anteil an Ausbrüchen durch Erreger, die schwere Verläufe mit einer höheren Anzahl an Hospitalisierungen und Todesfällen verursachen, wie z.B. durch *L. monocytogenes* (je ein Ausbruch im Jahr 2018 und 2019, je zwei 2020 und 2021 und fünf Ausbrüche 2022), sowie einen Brucellose-Ausbruch (2019), einen durch FSME-Viren (2020) und vier Ausbrüchen durch VTEC (2021). Liegen zudem je Ausbruch Erkrankungsfälle in mehreren Bundesländern vor, müssen Verdachtsmeldungen von solchen Ausbrüchen an die Bundeskommission für Zoonosen gemeldet werden. In einberufenen Videokonferenzen werden weitere Vorgehensweisen diskutiert und in den meisten Fällen die AGES, insbesondere die Mitarbeiter:innen des Institutes für Infektionsepidemiologie und/oder der betroffenen nationalen Referenzzentralen mit der Leitung der Ausbruchsuntersuchungen beauftragt ([Abbildung 1](#)). Deren professionellen detektivischen Ermittlungen gemeinsam mit den Vertretern von Bund, Ländern und lokalen Behörden führen häufig zu erfolgreichen Abklärungen dieser LMBKAs und dadurch zu einer Erhöhung der Anteile an Ausbrüchen mit starker Evidenz.

Einen weiteren Grund für den Anstieg an Ausbrüchen mit starker Evidenz in Österreich stellen die Ganzgenomsequenzierungen der Isolate von Ausbruchsagentien und der internationale Austausch der molekularbiologischen Typisierungsergebnisse in Datenbanken von ECDC und EFSA dar. Damit werden länderübergreifende Ausbrüche schneller erkannt und die im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit gewonnenen Erkenntnisse direkt ausgetauscht. Dies zeigte sich besonders deutlich bei Ausbrüchen z. B. durch *S. Enteritidis* ST11 und *S. Strathcona* in den Jahren 2023, 2024 und 2025 sowie *S. Senftenberg* im Jahr 2022, von denen Österreich und mehrere EU-Mitgliedstaaten betroffen waren (European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2023b; European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2024a; ECDC, 2023; ECDC and EFSA, 2023c). Warum sich dieser Anstieg von LMbKAs mit starker Evidenz in den EU-Mitgliedstaaten im Gegensatz zu Österreich nicht in gleichem Ausmaß zeigt, könnte darauf zurückzuführen sein, dass bislang noch nicht alle Mitgliedstaaten am Austausch molekularbiologischer Typisierungsergebnisse teilnehmen. Dadurch können Ausbruchsfälle in diesen Ländern möglicherweise nicht den länderübergreifenden Ausbrüchen zugeordnet werden.

Die Registrierung von LMbKAs auf Grundlage der Meldungen im EMS berücksichtigt jene Fälle nicht, die sich ausschließlich aus Verdachtsmeldungen ergeben: Erkrankten mehrere voneinander unabhängige Konsument:innen an einer Lebensmittelvergiftung und melden ihren Verdacht auf ein und dasselbe ursächlichen Lebensmittel oder Lebensmittelunternehmen als Infektionsquelle den Veterinärbehörden oder der Lebensmittelüberwachung, ohne ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, werden diese potentiellen LMbKAs im EMS nicht erfasst. Werden im Zuge solcher Verdachtsfälle Lebensmittelproben gezogen und ergeben den Hinweis auf das Vorhandensein von pathogenen Erregern, die über Lebensmittel übertragen werden können, können die Untersuchungsergebnisse einen Zusammenhang stützen. Entsprechen die von den Betroffenen geschilderten Beschwerden zudem den möglichen pathognomischen Symptomen hervorgerufen durch die isolierten Keime, verdichten sich diese Indizien auf das Vorliegen eines LMbKAs. Trotz dieser epidemiologischen und mikrobiologischen Evidenz werden derartige Fälle derzeit weder als Einzelfälle noch als LMbKAs im EMS erfasst noch in den entsprechenden Berichten ausgewiesen. Dadurch bleibt ein potenziell relevanter Teil des tatsächlichen Ausbruchsgeschehens unberücksichtigt, was zu einer systematischen Unterschätzung der Zahl lebensmittelbedingter Krankheitsausbrüche führen kann.

Der internationale Handel von Lebensmitteln, die teilweise weltweit vertrieben werden, hat wesentlich zur grenzüberschreitenden Verbreitung lebensmittelbedingter Krankheitsausbrüche beigetragen. Beispiele hierfür sind Galia-Melonen aus Honduras,

Sesamprodukte aus Syrien, Tomaten aus Marokko oder Süditalien, Rucola aus Italien, Hühner-Kebab-Fleisch aus Polen, tiefgekühlte dampfgegarnte Hühnerbrust aus der Ukraine, Räucherlachserzeugnisse aus Dänemark, Schokoladenprodukte aus Belgien sowie Cashew-Mus aus Deutschland. Diese Lebensmittel konnten teilweise wiederholt mit Ausbrüchen in zahlreichen Ländern in Verbindung gebracht werden (ECDC and EFSA, 2021a; ECDC and EFSA, 2021b; ECDC and EFSA, 2023c; ECDC and EFSA, 2024a; ECDC and EFSA, 2024b; ECDC and EFSA, 2022, Rosner et al., 2024).

Solche Ereignisse unterstreichen die zentrale Bedeutung internationaler Frühwarn- und Informationssysteme wie des Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF), des länderübergreifenden Austauschs molekularbiologischer Typisierungsdaten von humanen und nicht-humanen Isolaten sowie der engen Zusammenarbeit der zuständigen Fachbehörden und Expert:innen (Anonymus, 2026). Nur durch eine koordinierte internationale Vorgehensweise können tatsächliche und potenzielle Infektionsquellen rasch identifiziert, gezielte Maßnahmen in den betroffenen Produktionsbetrieben eingeleitet sowie wirksame Kontrollmaßnahmen und Audits entlang der Lebensmittelkette umgesetzt werden.

Literaturverzeichnis

D.G. Newell, Koopmans, M., Verhoef, L., Duizer, E., Aidara-Kane, A., Sprong, H., Opsteegh, M., Langelaar, M., Threlfall, J., Scheutz, F., van der Giessen, J., Kruse, H., 2010. Food-borne diseases—The challenges of 20 years ago still persist while new ones continue to emerge. *Int J Food Microbiol* 2010; 139(suppl 1): S. 3–15.

EFSA and ECDC (European Food Safety Authority and European Centre for Disease Prevention and Control), (2025). The European Union One Health 2024 Zoonoses Report. *EFSA Journal*, 23(12), e9759. ([The European Union One Health 2024 Zoonoses Report - 2025 - EFSA Journal - Wiley Online Library](#))

M.K. Thomas, Murray, R., Flockhart, L., Pintar, K., Pollari, F., Fazil, A., Nesbitt, A., Marshall, B., 2013. Estimates of the burden of foodborne illness in Canada for 30 specified pathogens and unspecified agents, circa 2006. *Foodborne Pathog Dis.* 2013 Jul; 10(7):639-48. doi: 10.1089, fpd.2012.1389. Epub 2013 May 9.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017. Surveillance for Foodborne Disease Outbreaks, United States, 2015, Annual Report. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC, 2017.

Anonym, 1950. Kundmachung der Bundesregierung vom 8. August 1950 über die Wiederverlautbarung des Gesetzes über die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Epidemiegesetz). BGBl. Nr. 186., 1950 in der geltenden Fassung.

Anonym, 2003. Richtlinie 2003/99/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. November 2003 zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerregern und zur Änderung der Entscheidung 90., 424., EWG des Rates sowie zur Aufhebung der Richtlinie 92., 117., EWG des Rates. Amtsblatt der Europäischen Union L 325 vom 12.12.2003, 31-40, ([Dokument 02003L0099-20130701](#)).

Anonym, 2005. Bundesgesetz vom 18. November 2005 zur Überwachung von Zoonosen und Zoonoseerregern (Zoonosengesetz). BGBl. I Nr. 128., 2005 in der geltenden Fassung.

EFSA (European Food Safety Authority), Amore G, Beloeil P-A, Boelaert F, Garcia Fierro R, Rizzi V and Stoicescu A-V, 2025. Guidance for reporting 2024 data on zoonoses, foodborne

outbreaks and antimicrobial resistance. EFSA supporting publication 2025:EN-9239. 169 pp. doi:10.2903/sp.efsa.2025.EN-9239.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), 2023. Communicable disease threats report, 12 - 18 November 2023, week 46 ([communicable-disease-threats-report-week-46-2023](#))

P. Much und Pichler, J., 2024. Lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche – Jahresbericht 2023 ([Lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche - Jahresbericht 2023](#))

EFSA (European Food Safety Authority): Manual for reporting on foodborne outbreaks in accordance with Directive 2003/99/EC for information deriving from the year 2016, 2017. EFSA supporting publication 2017: EN-1174. 44 pp. doi:10.2903., sp.efsa.2017.EN-1174.

L. Müller, Kjelsø C., Frank C., Jensen T., Torpdahl M., Søborg B., et al., 2016. Outbreak of Salmonella Strathcona caused by datterino tomatoes, Denmark, 2011. Epidemiol. Infect. 144, 2802–2811. doi: 10.1017/S0950268816000121.

European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2024a. Prolonged multi-country outbreak of Salmonella Strathcona ST2559 possibly linked to consumption of tomatoes – 12 November 2024.

P. Much und Pichler, J., 2025. Lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche – Jahresbericht 2024 ([Lebensmittelbedingte Krankheitsausbrüche - Jahresbericht 2024](#))

National Veterinary Institute (SVA), 2021. Surveillance of infectious diseases in animals and humans in Sweden 2020. Uppsala, Sweden. SVA:s rapportserie 68 1654-7098.

European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2023b. Three clusters of Salmonella Enteritidis ST11 infections linked to chicken meat and chicken meat products – 26 October 2023. ISBN 978-92-9498-663-4 doi: 10.2900/127410.

Anonym, 2021. EU foodborne outbreak alerts declined in 2020; <https://www.foodsafetynews.com/2021/06/eu-foodborne-outbreak-alerts-declined-in-2020/> (letzte Einsichtnahme 12.02.2024).

R. Bassal., Keinan-Boker, L., Cohen, D, 2021. A Significant Decrease in the Incidence of Shigellosis in Israel during COVID-19 Pandemic. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(6), 3070.

R. de Miguel Buckley, Trigo, E., de la Calle-Prieto, F., Arsuaga, M., Díaz-Menéndez, M., 2020. Social distancing to combat COVID-19 led to a marked decrease in food-borne infections and sexually transmitted diseases in Spain, *Journal of Travel Medicine*, Volume 27, Issue 8, December 2020.

EFSA, 2007. Report of the Task Force on Zoonoses Data Collection on harmonising the reporting of food-borne outbreaks through the Community reporting system in accordance with Directive 2003/99/EC, *The EFSA Journal* (2007) 123, 1-16.

EFSA, 2010. Manual for Reporting of Food-borne outbreaks in the framework of Directive 2003/99/EC from the year 2010. Supporting publication 2011:138. [49 pp].

ECDC and EFSA, 2023c. European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2023. Multi-country outbreak of *Salmonella* Senftenberg ST14 infections, possibly linked to cherry-like tomatoes – 27 July 2023.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) and EFSA (European Food Safety Authority), 2021a. Multi-country outbreak of *Salmonella* Braenderup ST22, presumed to be linked to imported melons. EFSA Supporting Publications. Available online: <https://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/en-6807>

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) and EFSA (European Food Safety Authority), 2021b. Multi-country outbreak of multiple *Salmonella* enterica serotypes linked to imported sesame-based products. EFSA Supporting Publications, 18, 6922E. <https://doi.org/10.2903/sp.efsa.2021.EN-6922>

European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2024a. Multi-country outbreak of *Salmonella* Mbandaka ST413 linked to consumption of chicken meat products in the EU/EEA and the UK – first update - 21 March 2024a.

European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2024b. Prolonged multi-country outbreak of *Listeria monocytogenes* ST1607 linked to smoked salmon products – 25 April 2024. ISBN 978-92-9498-716-7.

European Centre for Disease Prevention and Control, European Food Safety Authority, 2022. Multi-country outbreak of monophasic *Salmonella* Typhimurium sequence type 34 infections linked to chocolate products, first update - 18 May 2022.

B.M., Rosner, Simon S., Nielsen S., Köberl-Jelovcan S., Gymoese P., Werber D., Meinen A., Pietsch M., Flieger A., Fischer J., Lamparter M.C., Küffel F., Költringer F., Kornschöber C., Müller L., Falkenhorst G., Maritschnik S., 2024. Multinational investigation of a *Salmonella* Umbilo

outbreak reveals rocket salad and baby spinach as the likely infection vehicles, Europe, 2024. Euro Surveill. 2024 Nov;29(46):2400728. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.46.2400728.

Anonymus, 2026. 2025 Annual Report Alert & Cooperation Network. ISBN 978-92-68-40438-6. doi: 10.2875/9166958.



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, Oktober 2026