

Ausgabe 24/2025, 20. November 2025 Infektionsepidemiologisches Landeszentrum



Institut für Hygiene und Umwelt

Hamburger Landesinstitut für Lebensmittelsicherheit,
Gesundheitsschutz und Umweltuntersuchungen

Kurzbericht über die gemäß der Infektionskrankheiten-Surveillance nach IfSG in Hamburg registrierten Krankheiten und weitere infektionsepidemiologisch relevante Ereignisse

Europa

Krim-Kongo-Fieber (CCHF), enzootisch - Frankreich

Krim-Kongo-Fieber ist eine durch Viren verursachte Infektionskrankheit, die hauptsächlich durch die Zecke *Hyalomma marginatum* übertragen wird.

Das Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber-Virus (CCHFV) gehört zur Gruppe der Arboviren („arthropod-borne-viruses“), die auch Chikungunya-, Dengue-, FSME-, West-Nil- und Zikaviren umfasst. Arbovirus-Erkrankungen können einen hämorrhagischen Verlauf mit Fieber und Blutungen nehmen. CCHF („Crimean-Congo hemorrhagic fever“) wurde erstmals 1944 bei sowjetischen Soldaten auf der Krim beschrieben und dann 1956 bei einem Kind im Kongo, daher der Name Krim Kongo Fieber. Bei Verdacht auf CCHF sollte Kontakt zu einem STAKOB-Behandlungs- und Kompetenzzentrum aufgenommen werden.

Das Virus wird hauptsächlich (ca. 70% aller Übertragungen) durch Zecken als Vektor aus der Gattung *Hyalomma* (v.a. *Hyalomma marginatum marginatum*) übertragen und infiziert eine Reihe von Tieren (u.a. Haustiere wie Vieh, Ziegen, Schafe, Esel, Pferde oder Schweine) sowie Menschen. Infektionen verlaufen bei Tieren asymptomatisch, mit Ausnahme der Straußvögel, tragen aber relevant zur Ausbreitung von CCHF bei. Weitere Übertragungswege sind deutlich seltener, können aber durch Kontakt zu Blut, Sekreten oder Gewebe infizierter Tiere stattfinden.

Eine Untersuchung von Wildtieren und Rindern in Südfrankreich im Zeitraum von 2018 bis 2022 hat erstmals die enzootische Verbreitung im Süden des Landes von CCHFV gezeigt. Dabei konnten Antikörper gegen CCHFV im Serum von 2,04% der Rinder ($n= 8609$) und 2,25% der untersuchten Wildtiere ($n= 2182$) nachgewiesen werden.

Die Seroprävalenz war in bestimmten Regionen höher, darunter Pyrénées-Orientales (9,09 % bei Rindern), Alpes-Maritimes (7,18 % bei Rindern) und Hautes-Pyrénées (Wildtiere). Die infizierten Tiere bleiben symptomfrei, wodurch die Virusverbreitung unerkannt aufrechterhalten wird.

CCHFV kommt in den Ländern Asiens, Afrikas und Südeuropas endemisch vor. Die Verbreitung des Erregers in Europa ist eng an die der Vektorzecke *Hyalomma marginatum* geknüpft. Bisher ist eine nördliche geographische Grenze von 48° nördlicher Breite beschrieben worden. Weiter steigende Temperaturen und eine abnehmende Luftfeuchtigkeit könnten jedoch zu einer Verschiebung der Grenze führen.

Arbovirus = Arthropod-borne-viruses

CCHF = Krim Kongo Fieber / Crimean-Congo hemorrhagic fever

CCHFV = Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber-Virus

Quellen: [Hinweise zur Therapie von hämorrhagischem Krim-Kongo Fieber engl. Crimean-Congo hemorrhagic fever \(CCHF\); RKI - Krim-Kongo Hämorrhagisches Fieber \(CCHF\); Informationen des FLI: Steckbrief Krim-Kongo-Hämorrhagisches-Fieber, Stand 28.08.2019; First detection of Crimean Congo Hemorrhagic Fever antibodies in cattle and wildlife of southern continental France: Investigation of explanatory factors](#) (abgerufen 12.11.2025)

Deutschland

Bericht zur Influenzasaison 2025/2026 /ARE-Geschehen

Nach den Herbstferien ist die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) wieder angestiegen, sie lag in der KW 46/2025 auf einem moderaten Niveau. Die Zahl schwer verlaufender Atemwegserkrankungen ist weiterhin niedrig. Das ARE-Geschehen wird wie in den letzten Wochen hauptsächlich durch Rhinoviren und SARS-CoV-2 bestimmt.

Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten COVID-19-Fälle ist in der 46. KW im Vergleich zur Vorwoche etwas gesunken. Dagegen stieg die Zahl der übermittelten Fälle mit Influenzavirusinfektion weiter an. Die Zahl der RSV-Infektionen ist ebenfalls leicht gestiegen, ist aber weiterhin niedrig.

Die rekombinante SARS-CoV-2-Linie XFG wurde in der 44. KW 2025 mit einem Anteil von 64 % weiterhin am häufigsten unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen. Die Werte der aggregierten SARS-CoV-2-Last im Abwasser zeigten in den vergangenen beiden Wochen einen Rückgang. Die Werte der aggregierte SARS-CoV-2-Last im Abwasser zeigten in den letzten Wochen einen Rückgang. Es deutet sich ein leichter Anstieg der RSV-Last im Abwasser an.

In der KW 46 wurden bundesweit 897 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle gemäß IfSG an das RKI übermittelt, die der Referenzdefinition entsprechen (labordiagnostisch bestätigte Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorie C-E). In der Vorwoche waren es 720 labordiagnostisch bestätigte Fälle. Seit Beginn der Saison in der KW 40 wurden insgesamt 4.131 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt (Vorjahr: 1.854). Bei 996 Fällen (24 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren. In der Saison 2025/26 wurden bisher 11 Todesfälle mit Influenzavirus-Infektion an das RKI übermittelt. Die Tabelle 1 zeigt die Typisierungsergebnisse der aktuellen Saison im Vergleich zur vorherigen Saison.

Tab. 1: Kumulierte Influenzameldungen in Deutschland nach Erreger in der KW 40 bis 46 im Vergleich zum selben Zeitraum der vorherigen Influenzasaison

Erreger	Meldungen Saison 2025-2026		Meldungen Saison 2024-2025	
	n	%	n	%
Influenza A Virus (nicht subtypisiert)	3555	86,1%	1269	68,4%
A(H1N1)pdm09 Virus	59	1,4%	36	1,9%
A(H3N2) Virus	43	1,0%	9	0,5%
nicht differenziert nach A oder B	112	2,7%	61	3,3%
B Virus	362	8,8%	479	25,8%
Gesamt	4131	100%	1854	100%

(Datenstand 18.11.2025) Quellen: [2025-46.pdf](#), [2024-46.pdf](#)

Hamburg

Bericht zur Influenzasaison 2025/2026

In Hamburg wurden in der 46. KW 32 Influenzafälle (labordiagnostisch bestätigte Infektionen der RKI-Falldefinitionskategorie C-E) an das epidemiologische Landeszentrum übermittelt (Vorjahr: 16). Seit Beginn der Saison in der 40. KW wurden insgesamt 129 Influenzafälle registriert (Vorjahr: 68 Fälle). Davon waren 42 Fälle (33 %) hospitalisiert. Bisher wurden in Hamburg drei Todesfälle mit Influenza-Infektion gezählt (Vorjahr: zwei). Die Tabelle 2 zeigt die Typisierungsergebnisse der Hamburger Influenzafälle der aktuellen Saison im Vergleich zur vorherigen Saison.

Tab. 2: Kumulierte Influenzameldungen in Hamburg nach Erreger in der KW 40 bis 46 im Vergleich zum selben Zeitraum der vorherigen Influenzasaison

Erreger	Meldungen Saison 2025-2026		Meldungen Saison 2024-2025	
	n	%	n	%
Influenza A Virus (nicht subtypisiert)	111	86,0%	56	82,4%
A(H1N1)pdm09	0	0,0%	2	2,9%
A(H3N2) Virus	2	1,6%	0	0,0%
nicht differenziert nach A oder B	6	4,7%	3	4,4%
B Virus	10	7,8%	7	10,3%
	129	100%	68	100%

(SurvNet-Datenstand 20.11.2025)

HAMBURG

Polio-Wildviren vom Typ 1 (WPV1) in Abwasserprobe in Hamburg detektiert

Das Nationale Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren (NRZ PE) hat in einer Abwasserprobe aus Hamburg Polio-Wildviren vom Typ 1 (*wild polio virus type 1, WPV1*) nachgewiesen (siehe auch die entsprechende Pressemitteilung der Hamburger Sozialbehörde vom 13.11.2025 [Sehr geringe Gefahr für die Bevölkerung dank hoher Impfquote - hamburg.de](#)). Die Genomsequenz des Iso-lats zeigt eine sehr starke Ähnlichkeit mit einem genetischen Cluster in Afghanistan, wie Analysen in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ergeben haben.

Die Abwasserprobe in Hamburg wurde am 6.10.2025 (Kalenderwoche (KW) 41/2025) entnommen und im Rahmen des Forschungsprojektes zum Nachweis von Polioviren im Abwasser (PIA) analysiert. Es wurden in Hamburg keine klinischen Fälle oder Verdachtsfälle von Poliomyelitis gemeldet. Der Nachweis von Polio-Wildviren im Abwasser ist ein ungewöhnliches, aber grundsätzlich nicht unerwartetes Ereignis. WPV1 zirkulieren aktuell nur noch in Afghanistan und Pakistan. In den vergangenen Jahren wurden WPV1 aber auch außerhalb dieser zwei Länder nachgewiesen: in Umweltproben im Iran (2019) und bei bestätigten Fällen in Malawi (2021) und Mosambik (2022). Die letzte in Deutschland erworbene Poliomyelitis-Erkrankung durch Polio-Wildviren wurde 1990 erfasst; die letzten importierten Fälle wurden 1992 registriert.

Bei diesem WPV1-Nachweis handelt es sich um den ersten Nachweis von Polio-Wildviren seit Beginn der routinemäßigen Abwasseruntersuchungen im Jahr 2021 in Deutschland.

Das RKI schätzt das Risiko für die Bevölkerung in Deutschland durch Polio-Wildviren aufgrund der hohen Impfquoten und des einzelnen Nachweises im Abwasser als sehr gering ein.

Die Empfehlungen für medizinisches und labortechnisches Personal, die vom RKI in den vergangenen Monaten mehrfach im Rahmen der cVDPV2- Funde publiziert wurden, gelten auch für den aktuellen WPV1-Nachweis:

► **Impflücken schließen:** Impfende Ärztinnen und Ärzte sowie Eltern sollten darauf hinwirken, dass im ersten Lebensjahr ein vollständiger Poliomyelitis-Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) aufgebaut wird und dass eventuell bestehende Impflücken im Kindes- und Jugendalter zeitnah geschlossen werden. Siehe auch www.rki.de/polioimpfung

► **Notwendiger Impfschutz auf Reisen:** Vor einem Aufenthalt in Afghanistan oder Pakistan empfiehlt die STIKO eine Polio-Auffrischimpfung, wenn die letzte Impfstoffdosis vor mehr als zehn Jahren verabreicht worden ist. Bei Aufenthalten von mehr als vier Wochen greifen internationale Empfehlungen. Diese sehen vor, dass alle Menschen vor Ausreise aus Afghanistan oder Pakistan nachweisen müssen, dass sie mindestens vier Wochen und maximal ein Jahr zuvor eine Polio-Impfstoffdosis erhalten haben. Diese Maßnahme soll die weitere Ausbreitung von Polio-Wildviren reduzieren. Siehe auch www.rki.de/reiseimpfungen

► **An Poliomyelitis denken:** Die Mehrzahl der Poliovirus-Infektionen verläuft asymptomatisch. Wenn das zentrale Nervensystem betroffen ist, kann es zu einer paralytischen Verlaufsform kommen. Typisch für diese Form der Erkrankung sind Symptome einer aseptischen Meningitis sowie rein motorische Lähmungen (akute schlaffe Parese). Bei Auftreten dieser Symptome sollte differentialdiagnostisch an eine Poliomyelitis gedacht werden. Siehe auch RKI - RKI-Ratgeber - Polio-myelitis

► **Nationale Enterovirus-Surveillance nutzen:** Um Personen, die Polioviren ausscheiden oder gar an Poliomyelitis erkrankt sind, frühzeitig zu erkennen, sollten Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Labore eine unentgeltliche Enterovirus-Diagnostik aus Stuhl- oder Liquorproben nutzen. Dies wird allen pädiatrischen und neurologischen Kliniken zur differentialdiagnostischen Abklärung von viralen Meningitiden bzw. Enzephalitiden sowie akuten schlaffen Paresen angeboten.

Außerdem bietet das NRZ PE einen unentgeltlichen Poliovirus-Ausschluss in Enterovirus positiven Patientenproben. Siehe auch RKI - Nationale Enterovirus-Surveillance

► **Verdachtsfälle und Virusnachweise melden:** Erkrankungs- und Todesfälle durch Polioviren, auch bei Verdacht, müssen gemäß Infektionsschutzgesetz und RKI-Falldefinition innerhalb von 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden und dann unverzüglich an die zuständige Landesbehörde und von dieser unverzüglich an das RKI übermittelt werden. Auch bereits der Verdacht ohne labordiagnostischen Nachweis ist meldepflichtig. Siehe auch www.rki.de/meldepflicht

► **Nationalen Polio-Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei Bedarf anwenden:**

Falls ein klinischer Fall von Poliomyelitis in Deutschland auftritt, sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst den Leitfaden der Nationalen Kommission für die Polioeradikation in Deutschland nutzen. Siehe auch www.rki.de/polio-leitfaden

(Quellen: [Sehr geringe Gefahr für die Bevölkerung dank hoher Impfquote - hamburg.de](#), [Epidemiologisches Bulletin 46/2025](#), [Detection of wild poliovirus type 1 in environmental sample in Germany](#), [Detection of wild poliovirus in wastewater in Germany: risk and recommendations](#), [Wild Poliovirus count - GPEI](#), abgerufen am 19. November 2025, SurvNet@RKI-Abfrage am 19.11.2025, 17.00 Uhr,)

Übersicht der aktuellen Meldezahlen in Hamburg

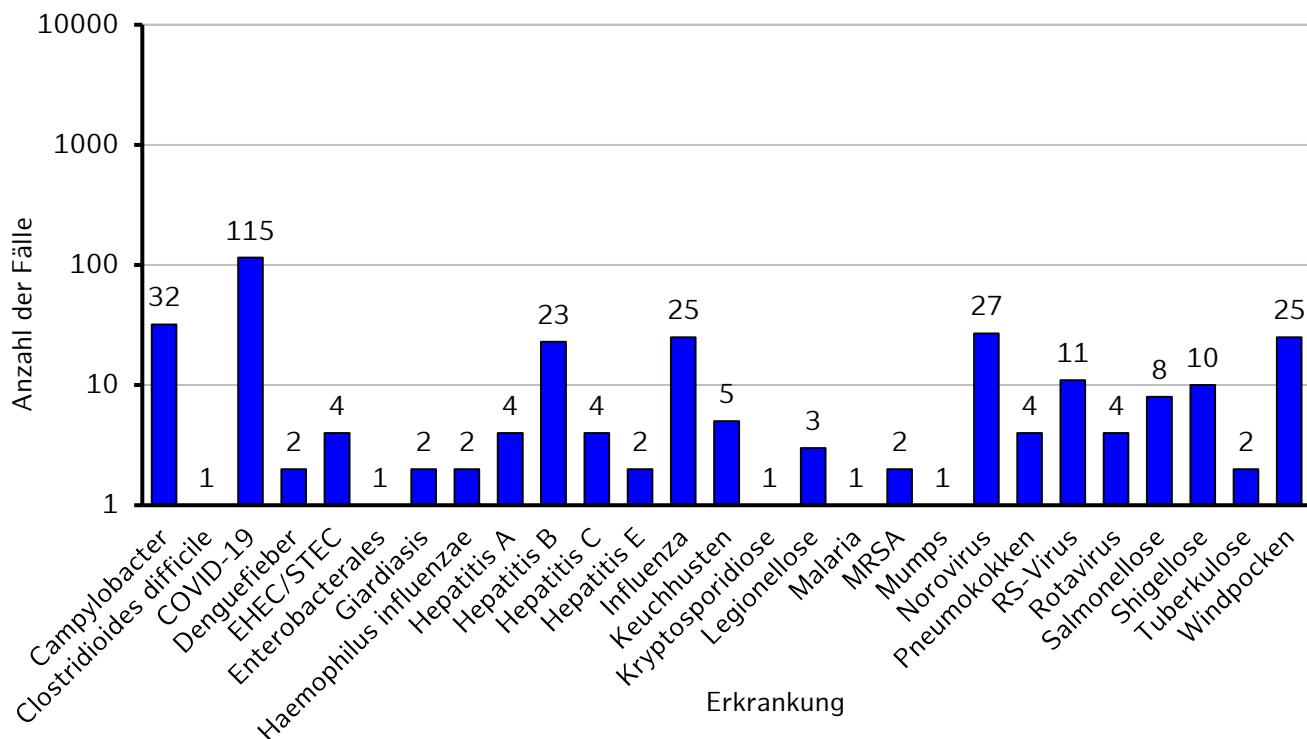
Bei den nachfolgenden Ausführungen und Abbildungen ist zu beachten, dass diese Meldungen zum Berichtszeitpunkt nicht immer die Referenzdefinition erfüllen und sich ggf. Verdachtsfälle nicht bestätigen.

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt drei Infektionen mit dem Dengue-Virus übermittelt. Es handelt sich um Personen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, die die Infektion im Ausland erworben haben. Als wahrscheinliche Expositionsorte sind Tansania, Mexiko und Martinique angegeben.

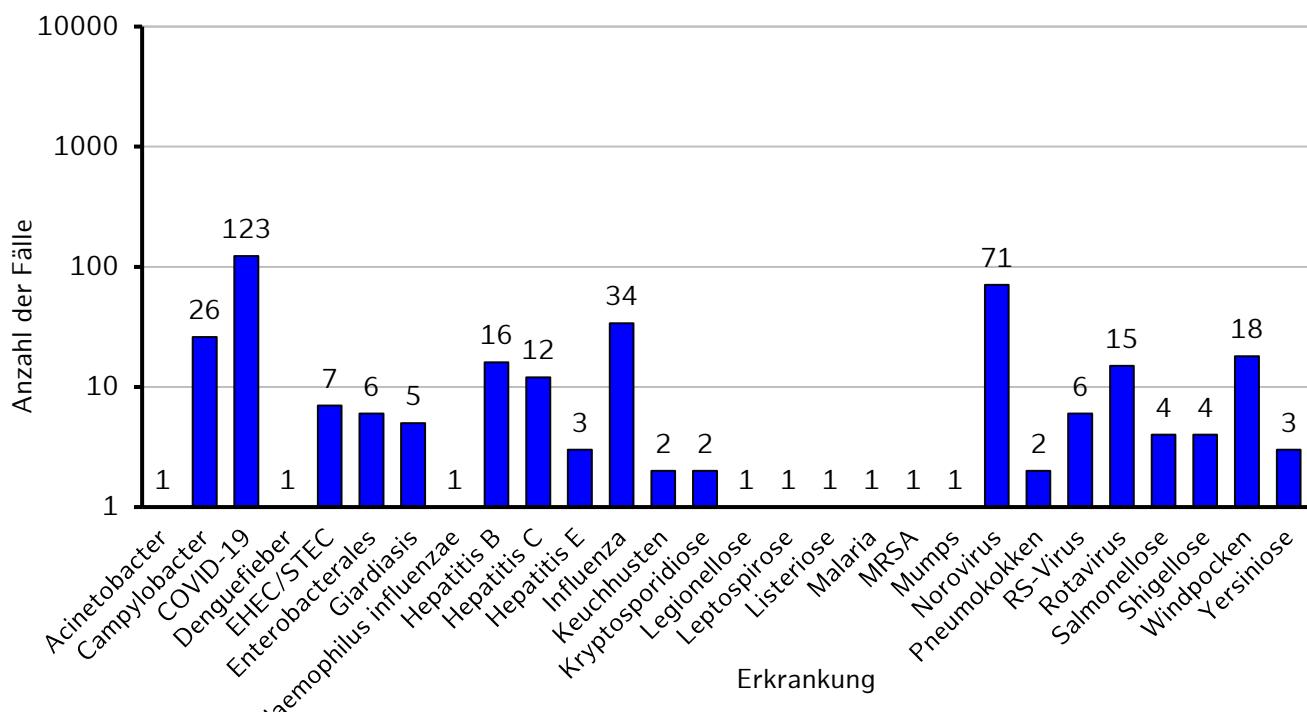
Insgesamt wurden zwei Malaria-Erkrankung bei 0- bis 60-jährigen Personen registriert. Die Plasmodien-Spezies blieb ohne Differenzierung. Als wahrscheinliches Infektionsland wurde in einem Fall Nigeria ermittelt. Die Person musste hospitalisiert werden.

Die folgenden Abbildungen 1 und 2 zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erreger nachweise für die Kalenderwochen 45 und 46 des Jahres 2025.

**Abb. 1: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2025 (mit und ohne erfüllte Referenzdefinition),
45. KW (n=321) – vorläufige Angaben (logarithmische Darstellung)**



**Abb. 2: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2025 (mit und ohne erfüllte Referenzdefinition),
46. KW (n=368) – vorläufige Angaben (logarithmische Darstellung)**



In der folgenden Tabelle 1 sind die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erreger nachweise mit erfüllter Referenzdefinition für die 1. bis 46. KW des Jahres 2025 im Vergleich zum Vorjahr zusammengefasst.

Tab. 3: Anzahl in Hamburg registrierter Infektionskrankheiten mit erfüllter Referenzdefinition⁺, Kalenderwoche 1 bis 46 / 2025 (n=22.126) mit Vergleichszahlen aus dem entsprechenden Vorjahreszeitraum (n=17.308) und den Vorjahresgesamtfallzahlen – vorläufige Angaben.

Krankheit / Erreger	Anzahl der Fälle		
	2025 KW 1-46	2024 KW 1-46	2024 Gesamt
Influenza	10310	4123	4756
COVID-19	2523	4830	5506
RSV*-Infektion	1872	560	827
Norovirus-Infektion	1565	1856	2157
Campylobacter	1131	1002	1116
Hepatitis B	1033	1295	1404
Rotavirus-Infektion	823	638	683
Windpocken	586	445	487
Enterobakteriales	394	371	443
Hepatitis C	224	302	339
Pneumokokken-Infektion	218	173	205
Salmonellose	186	212	227
EHEC/STEC	161	86	91
Tuberkulose	141	186	214
Keuchhusten	139	427	468
Shigellose	121	83	99
Giardiasis	82	92	101
Yersiniose	77	61	67
Hepatitis E	59	77	86
Kryptosporidiose	55	45	54
Legionellose	55	44	49
Malaria	49	42	49
MRSA	46	38	41
Mpox	43	31	63
<i>Haemophilus influenzae</i> -Infektion	42	32	38
<i>Clostridioides difficile</i> -Infektion	38	35	43
Hepatitis A	37	31	35
Denguefieber	28	69	73
Acinetobacter	22	23	29
Adenovirus-Konjunktivitis	17	6	5
Listeriose	11	9	10
Mumps	6	15	16
Meningokokken-Infektion	6	12	14
Chikungunaviruss-Infektion	6	2	2
Masern	3	16	16
Hämolytisch-urämisches Syndrom	3	4	4
Leptospirose	2	6	7
Vibrionen-Infektion	2	3	4
Q-Fieber	2	3	3
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	1	1
Zikavirus-Infektion	1	6	6

Krankheit / Erreger	Anzahl der Fälle		
	2025 KW 1-46	2024 KW 1-46	2024 Gesamt
Brucellose	1	5	5
Typhus	1	2	2
Hepatitis D	1	0	0
Frühsommer-Meningoenzephalitis	1	0	0
Tularämie	1	0	0
Hantavirus-Infektion	0	3	3
Röteln	0	2	2
Diphtherie	0	1	1
<i>Candida auris</i> -Infektion	0	1	1
Ornithose	0	1	1

*Fälle mit Einzelfallkontrolle durch das RKI erscheinen erst nach einigen Wochen in der kumulierten Tabelle.

*Respiratorisches Synzytial-Virus

Impressum

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
 Behörde für Umwelt, Klima, Energie und Agrarwirtschaft
 Institut für Hygiene und Umwelt
 Infektionsepidemiologisches Landeszentrum
 Marckmannstraße 129a
 20539 Hamburg
 Tel.: 040 428 45-7961
<https://www.hamburg.de/hu/epidemiologie>

Redaktion:

PD Dr. Silja Bühler, MSc
 Dr. Kohelia Choudhury
 Stefan Sawarsa
 Ursula Kahlke

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken.