

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

WELT

Nipah-Virus Infektionen in Bangladesch / Indien

Am 3. Februar 2026 meldete das Nationale Infektionspräventionsbüro (NFP) Bangladeschs (IHR) der WHO einen bestätigten Fall einer Nipah-Virus-Infektion (NiV) in der Division Rajshahi im Nordwesten Bangladeschs. Der Fall wurde am 29. Januar 2026 mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) und Enzymimmunoassay (ELISA) bestätigt. Die Patientin war zwischen 40 und 50 Jahre alt und lebte im Distrikt Naogaon der Division Rajshahi. Am 21. Januar traten bei ihr Symptome auf, die auf eine NiV-Infektion hindeuteten, darunter Fieber, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe, Appetitlosigkeit (Anorexie), Schwäche und Erbrechen, gefolgt von vermehrtem Speichelfluss, Desorientierung und Krampfanfällen. Am 27. Januar wurde sie bewusstlos und von einem niedergelassenen Arzt in ein Krankenhaus der Maximalversorgung überwiesen. Sie wurde am 28. Januar stationär aufgenommen, und das Nipah-Überwachungsteam entnahm Rachenabstriche und Blutproben. Die Patientin verstarb noch am selben Tag. Der Patient berichtete vom wiederholten Konsum von rohem Dattelpalmen-saft zwischen dem 5. und 20. Januar 2026. Nach der bestätigten Diagnose leitete ein Ausbruchsuntersuchungsteam am 30. Januar die Ermittlungen ein. Insgesamt wurden 35 Kontaktpersonen identifiziert, darunter drei Haushaltskontaktpersonen, 14 Kontaktpersonen aus dem Umfeld und 18 Krankenhauskontaktpersonen. Von sechs symptomatischen Kontaktpersonen wurden Proben entnommen. Alle sechs Proben fielen negativ aus (PCR-Test auf NiV-Infektion und ELISA-Test auf Anti-Nipah-IgM-Antikörper). Bis zum 3. Februar wurden keine weiteren Fälle identifiziert. Die Kontaktpersonen werden überwacht. Bangladesch meldete seinen ersten Fall einer NiV-Infektion im Jahr 2001. Seitdem wurden fast jährlich Infektionen beim Menschen gemeldet. Im Jahr 2025 wurden in Bangladesch vier laborbestätigte Todesfälle verzeichnet.

Diese Infektion wurde gemeldet kurz nachdem in Indien (Westbengalen) zwei bestätigte Nipah-Virus-Infektionen aufgetreten waren: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde vom nationalen IHR-Kontaktpunkt Indiens am 26. Januar 2026 über zwei bestätigte NiV-Fälle im Bundesstaat Westbengalen, Indien, informiert. Insgesamt 196 Kontaktpersonen der bestätigten Fälle wurden identifiziert und negativ auf NiV getestet. Laut dem indischen Ministerium für Gesundheit und Familienwohl-fahrt wurden bis zum 27. Januar 2026 keine weiteren Fälle gemeldet. Mehrere Medien berichteten unter Berufung auf indische Gesundheitsbehörden von fünf NiV-Erkrankungsfällen im selben Ausbruch.

Betroffen waren Mitarbeiter des Gesundheitswesens im selben Krankenhaus im Distrikt North 24 Parganas in Westbengalen. Beide Betroffenen sind zwischen 20 und 30 Jahre alt, ein Mann und eine Frau, und arbeiten als Krankenpfleger:innen in demselben privaten Krankenhaus in Barasat, im Distrikt North 24 Parganas, Westbengalen. Beide entwickelten Ende Dezember 2025 Symptome, die typisch für eine schwere NiV-Infektion sind und wurden Anfang Januar 2026 ins Krankenhaus eingeliefert. Am 21. Januar 2026 zeigte die zweite Person eine klinische Besserung, während die erste Person weiterhin intensivmedizinisch betreut wurde. Bei ersten Tests wurde eine NiV-Infektion vermutet, die am 13. Januar 2026 am Nationalen Institut für Virologie in Pune bestätigt wurde. Die Laboruntersuchungen erfolgten mittels Echtzeit-PCR (RT-PCR) und ELISA. Am 30. Januar 2025 berichtete die WHO, dass die Untersuchungen zur Infektionsquelle andauern. Laut Medienberichten hatten beide Patienten in dem Krankenhaus, in dem sie arbeiten, einen Patienten mit NiV-ähnlichen Symptomen behandelt, obwohl dies nicht offiziell bestätigt wurde. Des Weiteren reiste eine von den zwei Krankenpfleger:innen kürzlich in ein Dorf im Distrikt Nadia nahe der Grenze zu Bangladesch und könnte dort rohen Dattelpalmensaft konsumiert haben, wie Medien berichten. Diese Information über eine mögliche Exposition wurde in offiziellen Quellen nicht bestätigt. In Westbengalen traten bereits 2001 (Siliguri) und 2007 (Distrikt Nadia) Ausbrüche auf. Im Jahr 2025 wurden in Indien insgesamt vier Fälle von NiV-Erkrankungen gemeldet, zwei aus den Distrikten Palakkad und zwei aus Malappuram. Zwei der Betroffenen verstarben, beide aus dem Distrikt Palakkad.

Thailand, Nepal, Kambodscha und andere Nachbarländer haben Maßnahmen ergriffen, darunter Informationskampagnen und Kontrollen von Passagieren, die aus Indien an Flughäfen ankommen.

(Quellen: [Nipah virus infection - Bangladesh](#), [Communicable disease threats report, 31 January - 6 February 2026, week 6](#), abgerufen am 12. Februar 2026).

Deutschland

Bericht zur Influenzasaison 2025/2026 /ARE-Geschehen

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) lag in der 6. KW 2026 auf einem für die Jahreszeit üblich hohen Niveau, im Vergleich zur Vorwoche blieb sie stabil. Die Grippewelle hält weiter an und das ARE-Geschehen wird hauptsächlich durch Influenzaviren bestimmt, dabei werden überwiegend Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen. Die RSV-Aktivität nimmt weiter zu, dagegen sind die an das RKI gemäß IfSG übermittelten COVID-19 Fälle gesunken. In der 4. KW wurde die SARS-CoV-2-Linie NB.1.8.1 mit einem Anteil von 69% unter den zirkulierenden SARS-CoV-2-Linien nachgewiesen, gefolgt von der Linie XFG mit einem Anteil von 21%.

Im Abwasser sind die Werte für die Influenza A-Viruslast und die RSV-Last weiter gestiegen. Die SARS-CoV-2-Last ist im niedrigen Bereich stabil geblieben.

In der 6. KW 2026 wurden bundesweit 23.981 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle gemäß IfSG an das RKI übermittelt (labordiagnostisch bestätigte Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E).

In der Vorwoche waren es 25.182 labordiagnostisch bestätigte Fälle. Seit Beginn der Saison in der KW 40/2025 wurden insgesamt 174.748 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt (Vorjahr: 171.470). Bei 44.079 (25 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren. In der Saison 2025/26 wurden bisher 907 Todesfälle mit Influenzavirus-Infektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 96 % 60 Jahre oder älter. 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 40/2025 bis 06/2026 im Vergleich zum selben Zeitraum der vorherigen Influenzasaison

Erreger	Meldungen Saison 2025-2026		Meldungen Saison 2024-2025	
	n	%	n	%
Influenza A Virus (nicht subtypisiert)	167236	95,7%	112528	65,6%
A(H1N1)pdm09 Virus	980	0,6%	2414	1,4%
A(H3N2) Virus	1747	1,0%	186	0,1%
nicht differenziert nach A oder B	3197	1,8%	3490	2,0%
B Virus	1588	0,9%	52852	30,8%
Gesamt	174748	100%	171470	100%

(Datenstand 10.02.2026) Quellen: [2026-06.pdf](#), [2025-06.pdf](#)

Hamburg

Bericht zur Influenzasaison 2025/2026

In Hamburg wurden im Jahr 2026 in der 6. KW 456 Influenzafälle (labordiagnostisch bestätigte Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E) an das Infektionsepidemiologische Landeszentrum übermittelt (Vorjahr: 855). Seit Beginn der Saison in der 40. KW/2025 wurden insgesamt 3.151 Influenzafälle registriert (Vorjahr: 4.092 Fälle). Davon waren 1.020 Fälle (32 %) hospitalisiert. Bisher wurden in Hamburg 33 Todesfälle mit Influenza-Infektion gezählt (Vorjahr: 65). Unter diesen waren 88% 60 Jahre oder älter. 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 40/2025 bis 06/2026 im Vergleich zum selben Zeitraum der vorherigen Influenzasaison

Erreger	Meldungen Saison 2025-2026		Meldungen Saison 2024-2025	
	n	%	n	%
Influenza A Virus (nicht subtypisiert)	2805	89,0%	2850	69,6%
A(H1N1)pdm09	6	0,2%	91	2,2%
A(H3N2) Virus	41	1,3%	10	0,2%
nicht differenziert nach A oder B	247	7,8%	96	2,3%
B Virus	52	1,7%	1045	25,5%
	3151	100%	4092	100%

(SurvNet-Datenstand 12.02.2026)

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 vier Fälle von Chikungunya-Fieber übermittelt. Die betroffenen Personen waren zwischen 30 und 70 Jahre alt. Bei allen Personen wurden IgM-Antikörper nachgewiesen, in zwei Fällen wurde die Diagnose durch einen PCR-Nachweis bestätigt.

Eine Person infizierte sich während eines Aufenthaltes auf den Seychellen, für die übrigen Fälle dauern die Ermittlungen zum möglichen Infektionsland durch das zuständige Gesundheitsamt noch an.

Drei Infektionen mit *Haemophilus influenzae* bei Personen im Alter von 20 bis 50 Jahren wurden gemeldet. Die betroffenen Personen mussten aufgrund der Erkrankung stationär behandelt werden. In allen Fällen lag eine Pneumonie vor; in einem Fall wurde zusätzlich ein septisches Krankheitsbild festgestellt. Diese Person verstarb kurz nach der Hospitalisierung. Es bestanden Vorerkrankungen sowie Ko-Infektionen mit Influenza-A und Pneumokokken.

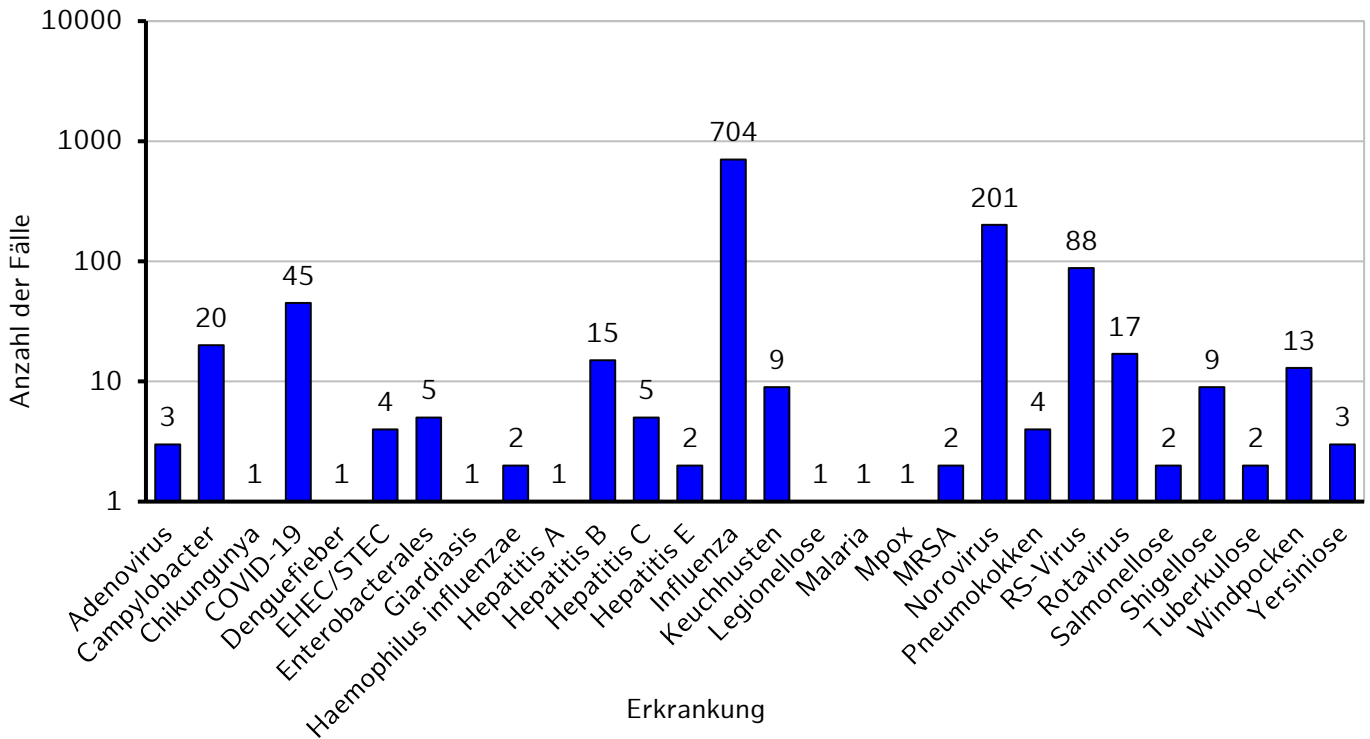
Bei der verstorbenen Person wurde ein nicht typisierbarer *Haemophilus influenzae*-Stamm nachgewiesen. In einem weiteren Fall wurde der Kapseltyp b identifiziert; im letzten Fall steht die Serotypisierung noch aus. Als Expositionsort wurde in allen Fällen Hamburg angegeben.

Zwei Fälle von Dengue-Fieber bei Person im Alter von 10 bis 70 Jahren wurden registriert. Die Diagnosen wurden mittels PCR und IgM-Nachweis bestätigt. Als Infektionsländer wurden von den Gesundheitsämtern Bali und Ghana ermittelt.

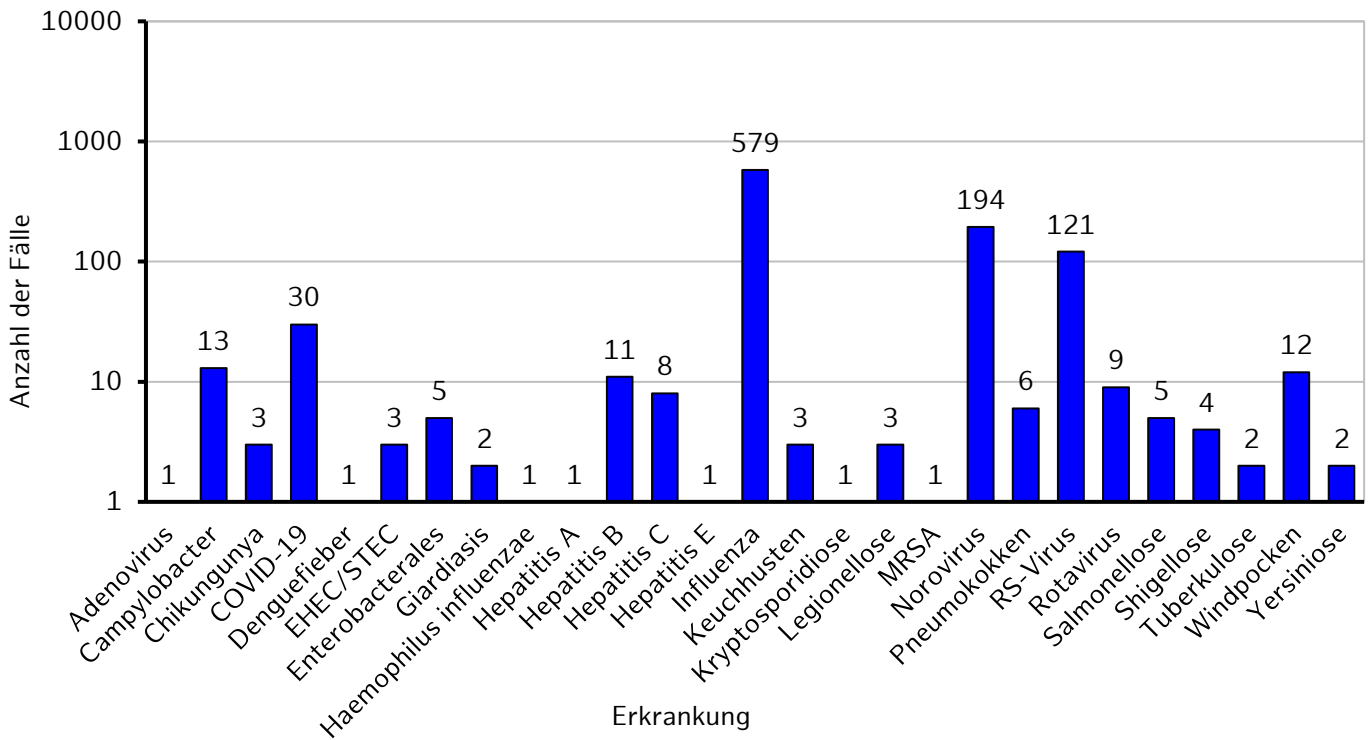
In der KW 5 wurde eine Infektion mit Mpox-Viren der Klade 2b bei einer 50- bis 60-jährigen Person festgestellt. Die Infektion erfolgte wahrscheinlich in Spanien durch sexuelle Kontakte mit Männern.

Die folgenden Abbildungen 1 und 2 zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 5 und 6 des Jahres 2026.

**Abb. 1: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2026 (mit und ohne erfüllte Referenzdefinition),
5. KW (n=1.162) – vorläufige Angaben (logarithmische Darstellung)**



**Abb. 2: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2026 (mit und ohne erfüllte Referenzdefinition),
6. KW (n=1.022) – vorläufige Angaben (logarithmische Darstellung)**



In der folgenden Tabelle 1 sind die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise mit erfüllter Referenzdefinition für die 1. bis 6. KW des Jahres 2026 im Vergleich zum Vorjahr zusammengefasst.

Tab. 3: Anzahl in Hamburg registrierter Infektionskrankheiten mit erfüllter Referenzdefinition*, Kalenderwoche 1 bis 6 / 2026 (n=4.145) mit Vergleichszahlen aus dem entsprechenden Vorjahreszeitraum (n=5.923) – vorläufige Angaben.

<i>Krankheit / Erreger</i>	Anzahl der Fälle	
	2026 KW 1-6	2025 KW 1-6
Influenza	2451	3818
Norovirus-Infektion	451	307
RSV*-Infektion	418	606
COVID-19	343	423
Campylobacter	97	127
Hepatitis B	64	136
Rotavirus-Infektion	50	120
Windpocken	49	74
Enterobacterales	37	51
Pneumokokken-Infektion	34	30
Keuchhusten	23	30
Hepatitis C	19	37
Shigellose	15	17
Hepatitis E	15	7
EHEC/STEC	12	13
MRSA	10	7
<i>Haemophilus influenzae</i> -Infektion	9	6
Salmonellose	8	13
Tuberkulose	7	23
Giardiasis	7	15
Legionellose	5	8
<i>Clostridioides difficile</i> -Infektion	5	2
Yersiniose	4	8
Chikungunyavirus-Infektion	3	1
Kryptosporidiose	2	9
Mpox	1	9
Malaria	1	8
Hepatitis A	1	5
Acinetobacter	1	4
Denguefieber	1	3
Masern	1	1
Meningokokken-Infektion	1	0
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	1
Adenovirus-Konjunktivitis	0	1
Hepatitis D	0	1
Mumps	0	1
Brucellose	0	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

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken.