

Ausgabe 5/2026, 26. Februar 2026
Infektionsepidemiologisches Landeszentrum



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

Deutschland

Einfuhr von Hund mit Tollwut

Am 10. Februar 2026 wurde in Rheinland-Pfalz bei einem jungen Hund, der aus der Russischen Föderation eingeführt worden war, eine Infektion mit dem Rabiesvirus (RABV) amtlich festgestellt und durch das Nationale Referenzlabor (NRL) bestätigt.

Dem vorgelegten Impfpass zufolge war das Tier sowohl mit einem Mikrochip gekennzeichnet als auch gegen Tollwut geimpft. Zudem wurde laut den Unterlagen die gemäß den Vorgaben 30 Tage nach der Impfung erforderliche serologische Untersuchung des Antikörpertiters durchgeführt. Auch die anschließende dreimonatige Wartezeit vor der Einfuhr in die EU wurde eingehalten. Nach aktuellem Kenntnisstand ist jedoch davon auszugehen, dass die Angaben im Impfpass sowie in den Begleitdokumenten fehlerhaft beziehungsweise nicht authentisch waren.

Deutschland gilt seit 2008 offiziell als frei von klassischer, terrestrischer Tollwut durch das Rabiesvirus (RABV). Auch in der Europäischen Union ist die epidemiologische Situation – mit Ausnahme von Rumänien – insgesamt günstig; die fuchsvermittelte Tollwut konnte in weiten Teilen erfolgreich eliminiert werden. Tollwutfälle bei importierten Heimtieren sind in der EU selten und stehen meist im Zusammenhang mit illegalen Tierverbringungen oder unzulässigen Importen.

Zwischen 2000 und 2025 wurden in Europa insgesamt 31 Tollwutfälle bei illegal eingeführten Tieren registriert. In Deutschland wurde zuletzt im Jahr 2021 ein Importfall dokumentiert, als ein aus der Türkei illegal eingeführter Hund in Bremen an Tollwut verendete.

Verschiedene Säugetiere können Tollwutviren in sich tragen und teilweise übertragen, darunter in erster Linie Hunde, Füchse und Fledermäuse. Weltweit gehen die meisten Todesfälle beim Menschen auf Bisse durch infizierte Hunde in Ländern zurück, in denen die Tollwut endemisch ist.

Bei einem infizierten Tier vermehren sich die Tollwutviren im zentralen Nervensystem. Die Viren werden über den Speichel ausgeschieden und in der Regel durch Bisse auf den Menschen übertragen. Auch eine Übertragung über Hautverletzungen (z.B. Kratzen) oder die Schleimhaut ist bei direktem Kontakt mit infektiösem Speichel möglich. Mit Tollwuterreger infizierte Tiere sind bereits bis zu 10 Tage vor Auftreten der Symptome ansteckend. Das heißt infizierte, gesund erscheinende Tiere können bereits ansteckend sein.

Die Ständige Impfkommision (www.stiko.de) empfiehlt eine präexpositionelle Impfung gegen Tollwut für die folgenden Personengruppen:

- Tierärztinnen und Tierärzte, Jägerinnen und Jäger, Forstpersonal u.a. Personen mit Umgang mit Tieren in Gebieten mit neu aufgetretener Wildtiertollwut
- Personen mit arbeitsbedingtem oder sonstigem engen Kontakt zu Fledermäusen
- Laborpersonal mit Expositionsrisiko gegenüber Tollwutviren
- Reisende in Regionen mit Tollwutinfektionsrisiko und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Tollwutexposition, z.B. durch Kontakt mit streunenden Hunden oder Fledermäusen

Im Falle eines relevanten Kontakts mit einem potenziell infizierten Tier (z.B. Biss, Kratzen, Schleimhaut, direkter Kontakt mit infektiösem Speichel) kann die tödliche Erkrankung durch eine rechtzeitige und korrekt durchgeführte Postexpositionsprophylaxe (PEP) mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindert werden. Eine PEP umfasst immer eine Wundspülung und antiseptische Wundbehandlung sowie mehrere Tollwutimpfstoffdosen. Je nach Expositionsgrad sind Aktivimpfungen ggf. in Kombination mit Passivimpfungen (Immunglobulinen) indiziert. Eine PEP kann auch noch Wochen bis Monate/Jahre nach Exposition sinnvoll sein da die Tollwut eine lange Inkubationszeit haben kann. Nach Auftreten erster Krankheitssymptome führt die Tollwut unweigerlich zu einer fortschreitenden Enzephalitis und in der Regel innerhalb von 7 –10 Tagen zum Tod. Eine kausale Therapie steht nicht zur Verfügung.

(Quellen: [Aktuelles zur Tollwut in Deutschland | Friedrich-Loeffler-Institut](#), [WAHIS](#), [RKI - Schutzimpfung gegen Tollwut - Häufig gestellte Fragen und Antworten zu Tollwut und Schutzimpfung gegen Tollwut](#), [RKI - Schutzimpfung gegen Tollwut - Tollwut](#), [Epidemiologisches Bulletin 14/2025](#), abgerufen am 25. Februar 2026)

Bericht zur Influenzasaison 2025/2026 /ARE-Geschehen

Die Aktivität akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) ist in der 8. KW 2026 im Vergleich zur Vorwoche gesunken. Die Grippewelle hält weiter an, allerdings ist der Höhepunkt inzwischen überschritten. Seit Beginn der Grippewelle in der 48. Kalenderwoche 2025 werden vor allem Influenza A(H3N2)-Viren nachgewiesen, während Influenza A(H1N1)pdm09-Viren deutlich seltener auftreten. Auch die RSV-Welle hält weiterhin an. Die Zahl der an das RKI gemäß IfSG übermittelten RSV-Fälle ist in der 8. KW stabil geblieben, während die Zahl der Influenza- und der COVID-19-Fälle weiter gesunken ist.

Die Werte für die RSV-Last im Abwasser sind stabil geblieben. Die Influenza A-Viruslast im Abwasser geht seit zwei Wochen zurück. Die SARS-CoV-2-Last ist weiterhin niedrig.

In der 8. KW 2026 wurden bundesweit 14.987 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle gemäß IfSG an das RKI übermittelt (labordiagnostisch bestätigte Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E). In der Vorwoche waren es 22.961 labordiagnostisch bestätigte Fälle. Seit Beginn der Saison in der KW 40/2025 wurden insgesamt 213.723 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle übermittelt (Vorjahr: 264.382). Bei 55.238 (26 %) wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten hospitalisiert waren. In der Saison 2025/26 wurden bisher 1.310 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 08/2026 im Vergleich zum selben Zeitraum der vorherigen Influenzasaison

Erreger	Meldungen Saison 2025-2026		Meldungen Saison 2024-2025	
	n	%	n	%
Influenza A Virus (nicht subtypisiert)	204670	95,8%	161419	61,1%
A(H1N1)pdm09 Virus	1211	0,6%	3277	1,2%
A(H3N2) Virus	2073	1,0%	258	0,1%
nicht differenziert nach A oder B	3898	1,8%	5193	2,0%
B Virus	1871	0,9%	94235	35,6%
Gesamt	213723	100%	264382	100%

(Datenstand 24.02.2026) Quellen: [2026-08.pdf](#), [2025-08.pdf](#)

Hamburg

Bericht zur Influenzasaison 2025/2026

In Hamburg wurden im Jahr 2026 in der 8. KW 425 Influenzafälle (labordiagnostisch bestätigte Infektionen der RKI-Falldefinitions-kategorie C-E) an das Infektionsepidemiologische Landeszentrum übermittelt (Vorjahr: 1.070). Seit Beginn der Saison in der 40. KW/2025 wurden insgesamt 4.155 Influenzafälle registriert (Vorjahr: 6.041 Fälle). Davon waren 1.390 Fälle (33 %) hospitalisiert. Bisher wurden in Hamburg 52 Todesfälle mit Influenza-Infektion gezählt (Vorjahr: 105). Unter diesen waren 90% 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 08/2026 im Vergleich zum selben Zeitraum der vorherigen Influenzasaison

Erreger	Meldungen Saison 2025-2026		Meldungen Saison 2024-2025	
	n	%	n	%
Influenza A Virus (nicht subtypisiert)	3746	90,2%	3845	63,6%
A(H1N1)pdm09	10	0,2%	110	1,8%
A(H3N2) Virus	49	1,2%	11	0,2%
nicht differenziert nach A oder B	286	6,9%	123	2,0%
B Virus	64	1,5%	1952	32,3%
	4155	100%	6041	100%

(SurvNet-Datenstand 26.02.2026)

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.

In der 7. KW wurde ein Verdacht auf eine invasive Meningokokken-Infektion gemeldet. Betroffen ist eine Person im Alter zwischen 50 und 60 Jahren, die aufgrund eines septischen Krankheitsbildes mit Fieber, Bewusstseinsveränderung und Hinweisen auf einen erhöhten Hirndruck stationär aufgenommen werden musste. Eine labordiagnostische Bestätigung des Erregers liegt zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor. Auch der wahrscheinliche Expositionsort wird derzeit noch ermittelt.

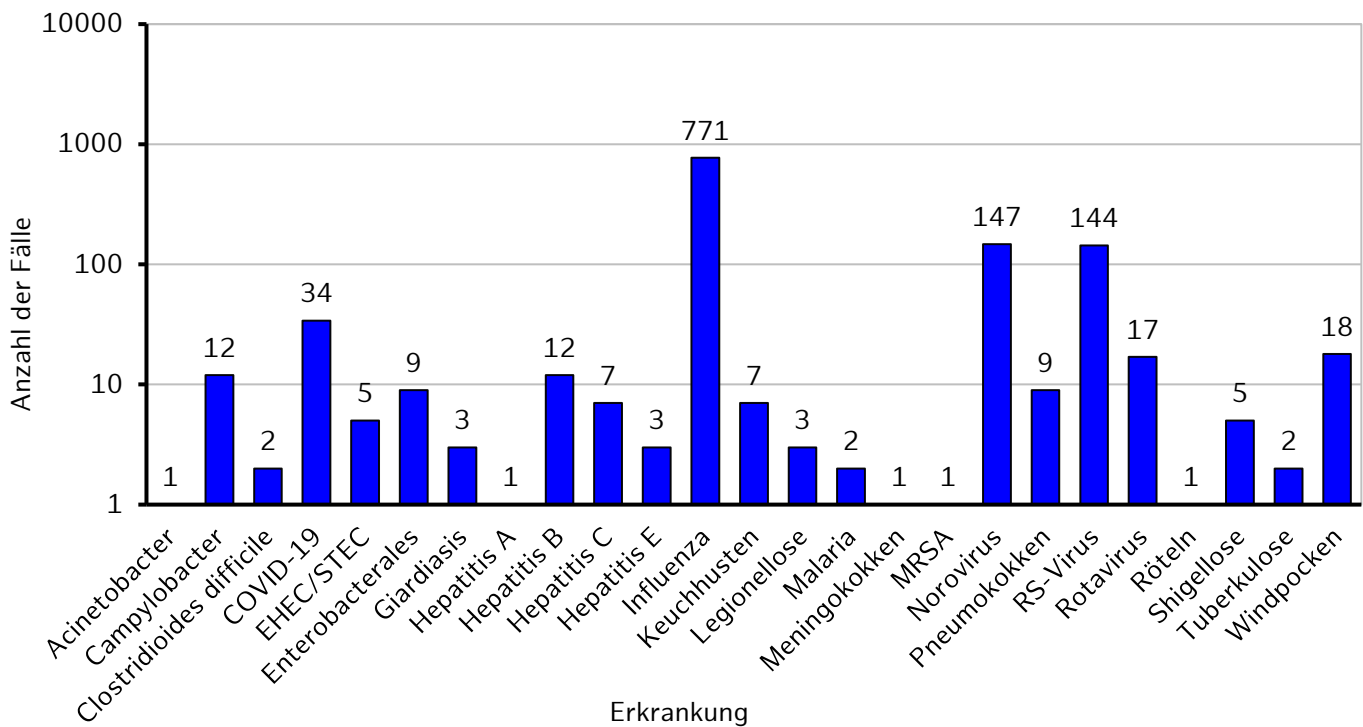
Es wurden zwei Malaria Erkrankungen in der KW 7 übermittelt. Die 30 bis 40-jährigen Personen wurden aufgrund der Krankheit hospitalisiert. In beiden Fällen wurde der Erreger Plasmodium nicht weiter differenziert. Die Infektionen erfolgten wahrscheinlich in Ghana und Nigeria.

Zwei Fälle von Dengue-Fieber bei Personen im Alter von 30 bis 40 Jahren wurden in der KW 8 registriert. Die Diagnosen wurden mittels Antigennachweis und IgM-Nachweis bestätigt. Als Infektionsland wurde in einem Fall Thailand angegeben, im andern Fall ermittelt das zuständige Gesundheitsamt noch.

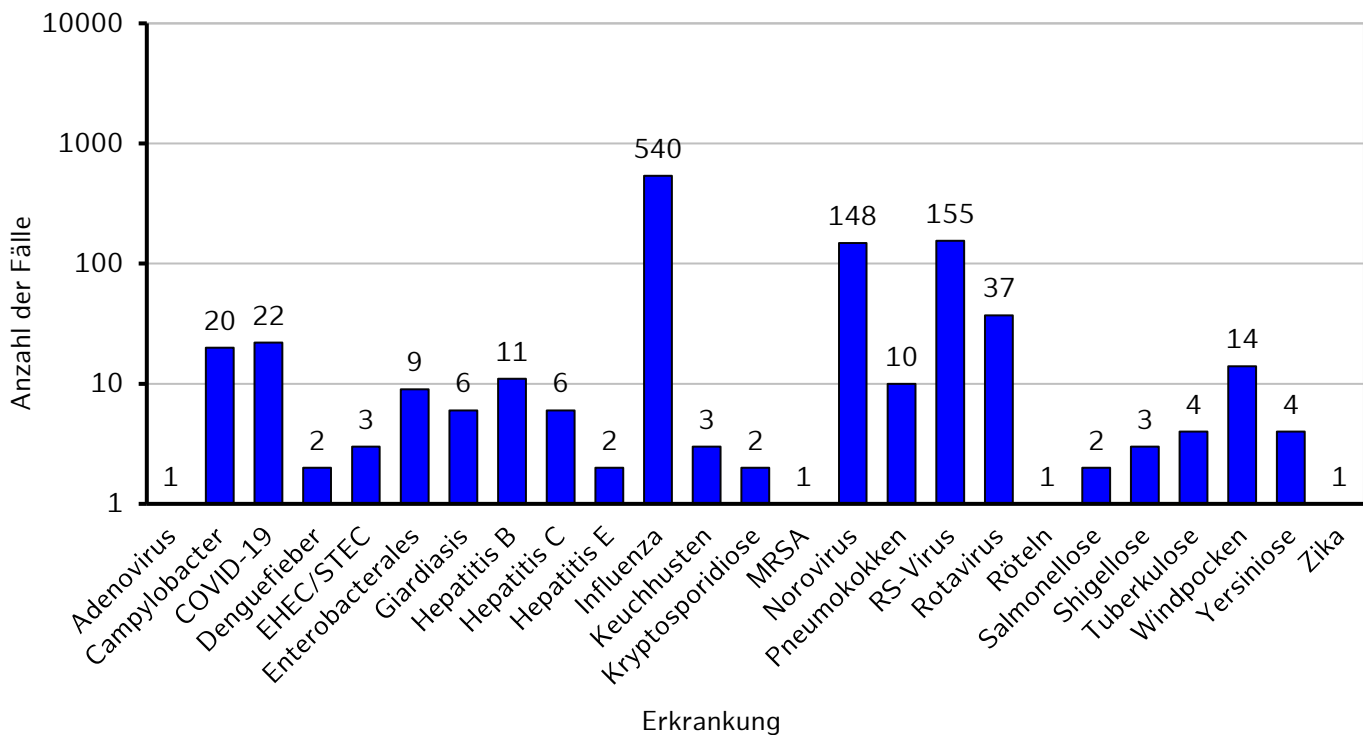
In der KW 8 wurde eine Infektion mit dem Zika-Virus bei einer 60- bis 70-jährigen Person festgestellt. Klinisch präsentierte sich die Erkrankung mit Fieber, Muskelschmerzen und Hautausschlag. Die labordiagnostische Bestätigung erfolgte durch den Nachweis von IgM-Antikörpern, was mit einer kürzlich durchgemachten Infektion vereinbar ist. Die Infektion erfolgte wahrscheinlich auf den Philippinen.

Die folgenden Abbildungen 1 und 2 zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 7 und 8 des Jahres 2026.

**Abb. 1: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2026 (mit und ohne erfüllte Referenzdefinition),
7. KW (n=1.217) – vorläufige Angaben (logarithmische Darstellung)**



**Abb. 2: Registrierte Erkrankungen in Hamburg 2026 (mit und ohne erfüllte Referenzdefinition),
8. KW (n=1.007) – 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 8. KW des Jahres 2026 im Vergleich zum Vorjahr zusammengefasst.

Tab. 3: Anzahl in Hamburg registrierter Infektionskrankheiten mit erfüllter Referenzdefinition*, Kalenderwoche 1 bis 8 / 2026 (n=6.088) mit Vergleichszahlen aus dem entsprechenden Vorjahreszeitraum (n=9.052) – vorläufige Angaben.

<i>Krankheit / Erreger</i>	Anzahl der Fälle	
	2026 KW 1-8	2025 KW 1-8
Influenza	3667	6135
RSV*-Infektion	696	913
Norovirus-Infektion	627	434
COVID-19	396	521
Campylobacter	123	162
Rotavirus-Infektion	93	156
Hepatitis B	81	208
Windpocken	67	95
Enterobacterales	56	71
Pneumokokken-Infektion	53	45
Keuchhusten	35	48
Hepatitis C	32	50
Shigellose	24	23
EHEC/STEC	18	17
Tuberkulose	17	34
Hepatitis E	15	9
MRSA	12	11
Giardiasis	11	17
Salmonellose	10	18
<i>Haemophilus influenzae</i> -Infektion	9	6
Legionellose	8	11
Yersiniose	8	9
<i>Clostridioides difficile</i> -Infektion	7	2
Chikungunyavirus-Infektion	7	1
Kryptosporidiose	3	12
Denguefieber	3	3
Malaria	2	11
Hepatitis A	2	7
Acinetobacter	2	5
Mpox	1	10
Masern	1	1
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	1
Meningokokken-Infektion	1	0
Mumps	0	2
Hepatitis D	0	2
Adenovirus-Konjunktivitis	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.