

Jahresbericht Saison 2019/2020

Hintergrund

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) führt in Kooperation mit den niedersächsischen Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover (LK/SK)* seit 2004 eine Surveillance (Überwachung) von akuten Atemwegserkrankungen in Niedersachsen durch.

Das Ziel dieser ARE-Surveillance (ARE für Akute Respiratorische Erkrankungen) besteht darin, zeitnah und flächendeckend sowohl den aktuellen Anteil erkrankter Personen mit ARE-Symptomatik festzustellen als auch die aktuell vorherrschenden viralen Erreger zu identifizieren. Durch die Kooperation mit Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt kann eine überregionale Einordnung der niedersächsischen Surveillance-Daten vorgenommen werden. Dazu visualisiert eine gemeinsame Karte die regionale Verteilung der ARE-Aktivitäten über die Bundesländergrenzen hinweg. Durch die kleinräumigen Auswertungen sind auch die Gesundheitsämter auf der lokalen Ebene gegenüber der Öffentlichkeit und Presse auskunftsfähig. Ein besonderer Vorteil ergibt sich aus der nun seit vielen Jahren kontinuierlichen Datenerhebung. Abweichungen vom saisontypischen Verlauf sind deutlich erkennbar, wodurch eine Frühwarnfunktion z. B. bezüglich eines epidemischen Geschehens ermöglicht wird. Dabei sind auch andere Surveillance-Systeme zu berücksichtigen (z. B. Sentinelsystem der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) am Robert Koch-Institut (RKI) und das Meldesystem nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)).

Methodik

Die Surveillance besteht aus zwei Modulen, der virologischen Surveillance und der Erfassung des ARE-Krankenstands in vorschulischen Kindertageseinrichtungen (Kitas).

Virologische Surveillance

Bei der virologischen Surveillance werden in Laboruntersuchungen relevante virale Erreger von ARE identifiziert. Dazu werden in 36 ausgewählten Arztpraxen (überwiegend Pädiatrie und Allgemeinmedizin), in 2 betriebsmedizinischen Einrichtungen und in 4 Krankenhäusern in Niedersachsen (Abb. 1) bei Patienten, die Anzeichen einer Atemwegserkrankung haben, Rachenabstriche entnommen. Die Proben werden am NLGA auf Adeno-, Influenza-, Metapneumo-, Picorna- und Respiratory syncytial-Viren (RSV) getestet. Die Testungen erfolgen molekularbiologisch mittels PCR. Zudem wird durch Virusisolierung auf Zellkulturen eine weitere Differenzierung dieser Virusnachweise (Influenza-, Picornaviren) durchgeführt. Der Berichtszeitraum umfasst die 27. Kalenderwoche (KW) 2019 bis 9. KW 2020. In der 9. KW 2020 wurden zunächst die

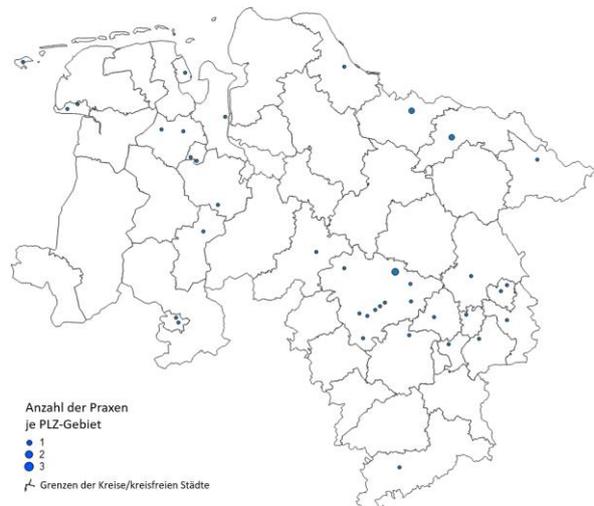


Abb. 1: Standorte der einsendenden Praxen in Niedersachsen nach PLZ

* Gemeint sind alle 44 niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städten und die Region Hannover. Landkreis und kreisfreie Stadt Osnabrück werden zusammengezählt.

Untersuchungen auf Adenovirus ausgesetzt und in der 10. KW 2020 musste schließlich die virologische Surveillance aufgrund von Lieferengpässen beim Labormaterial im Rahmen der COVID-19-Pandemie-Problematik komplett eingestellt werden.

ARE-Krankenstandserfassung

Kitas sind für ein Frühwarnsystem sowie zur Verlaufsbeobachtung der jährlichen Influenza-Saison besonders gut geeignet, da Kinder durch ihre hohe Empfänglichkeit für Infektionen, eine längere Virusausscheidung und durch die engen Kontakte untereinander eine bedeutsame Rolle für die Übertragung von respiratorischen Infektionen spielen. Aus diesem Grund werden während der Surveillance-Saison (40. KW bis 20. KW) ARE-bedingte Krankenstände in Kitas erfasst.

In den 356 in der Saison 2019/2020 teilnehmenden Kitas (Abb. 2) aus 37 von 44 niedersächsischen Landkreisen, kreisfreien Städten sowie der Region Hannover (LK/SK) werden rund 29.600 Kinder betreut. Somit werden von den ca. 224.700 Kindern zwischen 3 und 6 Jahren in Niedersachsen ungefähr 13 % mit der ARE-Surveillance erfasst (Bevölkerung 2018).

Für die Bestimmung des ARE-Krankenstandes erfolgt einmal wöchentlich zum Stichtag eine Zählung der aktuell an ARE erkrankten Kinder durch das Kita-Personal (wegen ARE fehlende Kinder und Kinder, die trotz ARE-Symptomatik die Kita besuchen). Die von den teilnehmenden Kitas ermittelte Anzahl wird an die Gesundheitsämter übermittelt und von dort an das NLGA berichtet.

Der prozentuale Anteil der an ARE erkrankten Kinder im Verhältnis zu allen in den teilnehmenden Kitas betreuten Kindern wird separat für jeden Landkreis bestimmt.

Für die Einteilung in ARE-Aktivitätsstufen werden jährlich aus allen wochenweise erhobenen ARE-Krankenständen der vorhergehenden vier Saisons für jeden Landkreis Perzentile berechnet. Die Perzentilengrenzen für die fünf Aktivitätsstufen sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Ergebnisse werden quantitativ und kartographisch ausgewertet und visualisiert.

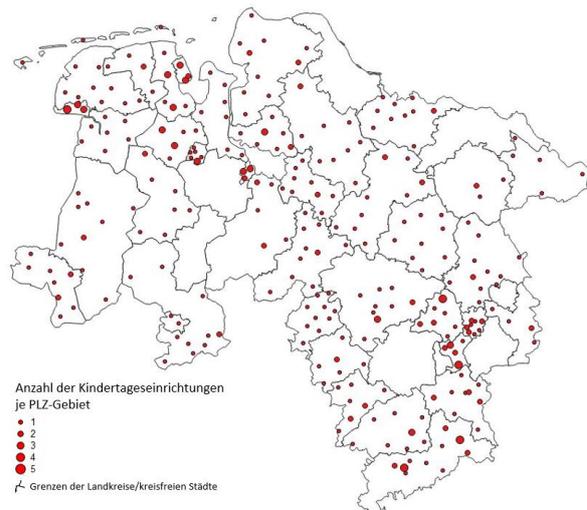


Abb. 2: Standorte der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen in Niedersachsen nach PLZ

Tab. 1: Bewertungsschema zur Bestimmung der ARE-Aktivität

	ARE-Aktivität	Stufe
Unterhalb des 25. Perzentils	keine	0
25. Perzentil bis 50. Perzentil	gering	1
50. Perzentil bis 75. Perzentil	mittel	2
75. Perzentil bis 90. Perzentil	hoch	3
Über 90. Perzentil	sehr hoch	4

Ergebnisse

Die Surveillance-Saison (40. KW bis 20. KW) musste in der Saison 2019/2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie frühzeitig beendet werden. Die virologische Surveillance wurde nach der 9. KW aufgrund von Lieferengpässen von PCR-Testkits und –Zubehör eingestellt. Die ARE-Krankenstandserfassung wurde mit den Schließungen der Kindertageseinrichtungen nach der 11. KW eingestellt.

Virologische Surveillance

Im Zeitraum Juli 2019 (KW 27) bis März 2020 (KW 9) wurden insgesamt 2.663 Rachenabstrichproben auf fünf Gruppen viraler Erreger von ARE untersucht: Adeno-, Influenza-, Metapneumo-, Picorna- und RS-Virus.

Influenzaviren

Im Beobachtungszeitraum von der 27. KW 2019 bis zur 9. KW 2020 zeigte die Influenza-Epidemie eine ähnlich starke Ausprägung wie die Saison 2018/2019 (durchschnittliche Positivitäten von jeweils 18 %). Beide Saisons waren damit etwas schwächer ausgeprägt als die starken Saisons 2016/2017 und 2017/2018 mit jeweils 21 % Positivrate. Über den betrachteten Zeitraum konnte in der vergangenen Saison von 503 Influenza-positiv getesteten Abstrichen 215-mal (43 %) der Influenza-Subtyp A(H3N2), 209-mal (42 %) die pandemische Influenza A(H1N1)pdm09 und 32-mal (6 %) Influenza B nachgewiesen werden. Die höchste Influenza-Positivrate lag bei 42 % in der 9. KW, welches gleichzeitig die letzte auf Influenzavirus untersuchte Kalenderwoche war. Der erste Influenzanachweis gelang in der 36. KW 2019. Positivitäten > 5 % wurden von der 51. KW 2019 bis zur 9. KW 2020 beobachtet.

Die Influenza-B-Nachweise begannen in der 52. KW und nahmen bis zur 9. KW tendenziell leicht zu. Unter den subtypisierten Influenza-A-Nachweisen hatten die Influenza-A(H3N2)-Fälle einen Anteil von 51 %, die Influenza-A(H1N1)-Nachweise einen Anteil von 49 %. Über die Anzucht auf Zellkulturen gelang 293-mal die Isolierung von Influenzaviren (278-mal Influenza A, 15-mal Influenza B).

Eine Auswahl dieser

Isolate wurde dem Nationalen Referenzzentrum zur weiteren Charakterisierung übersandt. Dabei wurden hauptsächlich Influenza A(H1N1)/Brisbane/2/18-like Varianten identifiziert (48 %), gefolgt von Influenza A(H3N2)/Kansas/14/2017-like Varianten (39 %) sowie Influenza B/Colorado/6/2017-like Varianten (12 %).

Beide Influenza A- und eine Influenza B-Komponente des Impfstoffs wurden für die kommende Saison ausgetauscht.

Tab. 2: Überblick über die Virusnachweise der Saison 2019/2020 (27. KW 2019 – 9. KW 2020), Nachweise mittels Polymerasekettenreaktion (PCR)

Erreger	Anzahl der Nachweise
Influenzavirus A	471
Influenzavirus B	32
Adenovirus	193
Picornavirus	438
RS-Virus	302
Metapneumovirus	147
Nachweise	1583
Gesamtproben	2663
Nachweise/Gesamtproben	59,4 %

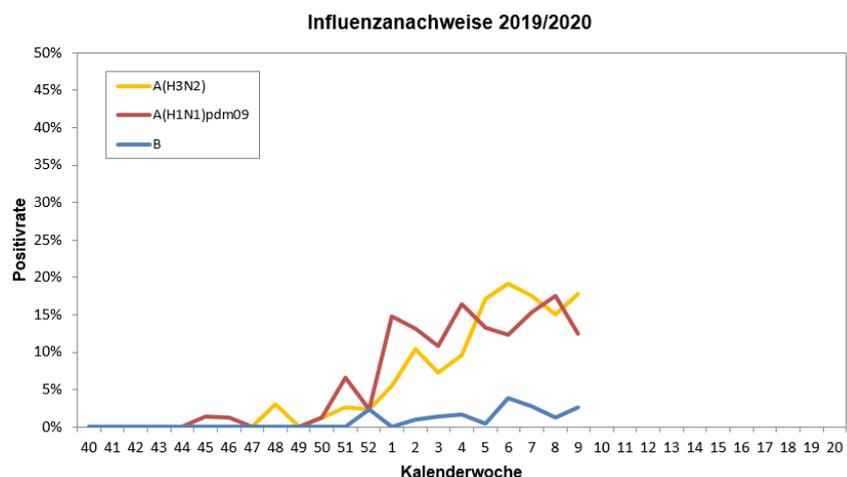


Abb. 3: Influenzanachweise differenziert nach (Sub-)Typ für die Saison 2019/2020.

Für die Saison 2020/2021 wurden als Impfstoffkomponenten folgende Virusstämme empfohlen:

1. ein A/Guangdong-Maonan/SWL1536/2019 (H1N1) pdm09-like Stamm bzw. ein A/Hawaii/70/2019 (H1N1) pdm09-like Stamm für zellbasierte Impfstoffe,
2. ein A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2)-like Stamm,
3. ein B/Washington/02/2019-like Stamm (Victoria-Linie)
4. ein B/Phuket/3073/2013-like Stamm (Yamagata-Linie) für quadrivalente Impfstoffe

Weitere Viren

Bei den weiteren nachgewiesenen Viren handelte es sich im Wesentlichen um Adeno-, Picorna- und RS-Viren (Tab. 2, Abb. 4). In geringerer Zahl konnten im gesamten Saisonverlauf 147-mal Metapneumoviren nachgewiesen werden. Picornavirusnachweise (Enteroviren und Rhinoviren) zeigten in der Saison 2019/2020 den erwarteten Verlauf mit einer Betonung im Sommer und Herbst 2019. Adenoviren waren wie schon in den vergangenen Jahren ohne besondere saisonale Häufungen nachweisbar. Die RS-Virus-Aktivität erreichte im Beobachtungszeitraum ihren Gipfel mit einer Positivrate von 23,6 % in der 7. KW 2020. Ein weiterer hoher Wert (23,8 %) in der 52. KW 2019 ging mit verhältnismäßig geringer Probenzahl einher. RS-Viren der Subgruppen B traten mit einem Anteil von 12 % an allen RSV-Nachweisen in deutlich geringerem Maß auf als in der Saison 2018/2019 (58 %).

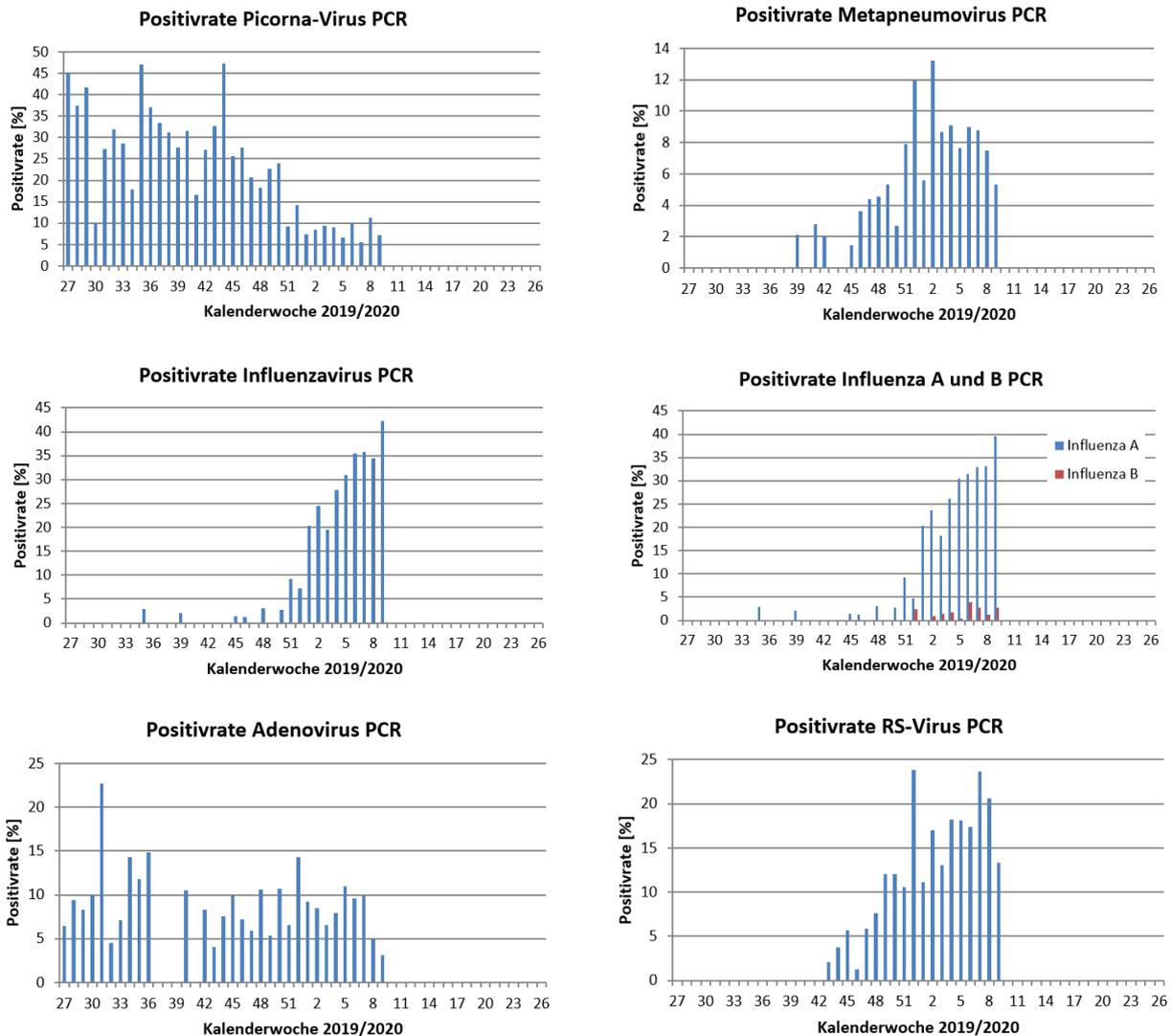


Abb. 4: Virusnachweise durch die PCR nach Kalenderwochen 2019/2020 (27. KW 2019 – 26. KW 2020)

ARE-Aktivität

Die ARE-Aktivität der LK/SK wurde für die Saison 2019/2020 von der 40. KW 2019 bis zur 11. KW 2020 berichtet. Ein Anstieg der ARE-Aktivität war in der Saison 2019/2020 bereits vor den Weihnachtsferien zu verzeichnen. Der Höhepunkt der ARE-Aktivität wurde in der 5. KW 2020 erreicht. In dieser Woche berichteten 18 von 33 LK/SK (55,6 %) eine sehr hohe ARE-Aktivität. Die ARE-Aktivität nahm im Anschluss leicht ab, war insgesamt jedoch noch höher als vor den

Weihnachtsferien. Eine hohe ARE-Aktivität (mehr als 60 % aller LK/SK berichteten hohe oder sehr hohe ARE-Aktivität) gab es von der 5. bis zur 7. KW 2020 sowie in der 10. KW 2020. Die ARE-Surveillance des NLGA wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie ab der 12. KW 2020 frühzeitig eingestellt.

Zum Verlauf ab der 12. KW können Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI herangezogen werden. Diese Daten können jedoch abweichen, da die ARE-Surveillance des NLGA und des RKI auf unterschiedlichen Methoden basieren. Laut Praxisindex des RKI lag in der 12. KW 2020 eine deutlich erhöhte ARE-Aktivität für Niedersachsen und Bremen vor. In der 13. KW 2020 war die ARE-Aktivität nur noch geringfügig erhöht. Anschließend nahm die ARE-Aktivität von der 14. bis zur 20. KW 2020 weiter ab und lag im Bereich der ARE-Hintergrund-Aktivität. (Der Praxisindex stellt die über alle Praxen gemittelte relative Abweichung der beobachteten akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) gegenüber einem für jede Praxis ermittelten "Normalniveau" dar, weitere Informationen: <https://influenza.rki.de/>).

Insgesamt war die erfasste ARE-Aktivität in 2019/2020 ähnlich wie in 2018/2019 und somit geringer als in der starken ARE-Saison 2017/2018, in der zur Hochphase 89 % der LK/SK eine sehr hohe ARE-Aktivität berichteten. In schwachen ARE-Saisons wie 2013/2014 berichteten hingegen nur 25 % der LK/SK eine sehr hohe ARE-Aktivität.

Abbildung 5 zeigt die ARE-Aktivität für die Saison 2019/2020 im zeitlichen Verlauf. Die gemeldeten ARE-Aktivitätsstufen der LK/SK werden pro KW prozentual von „keine Aktivität“ bis „sehr hohe Aktivität“ dargestellt. Abbildung 6 zeigt eine Übersicht über die ARE-Aktivität nach LK/SK in Niedersachsen für ausgewählte Kalenderwochen.

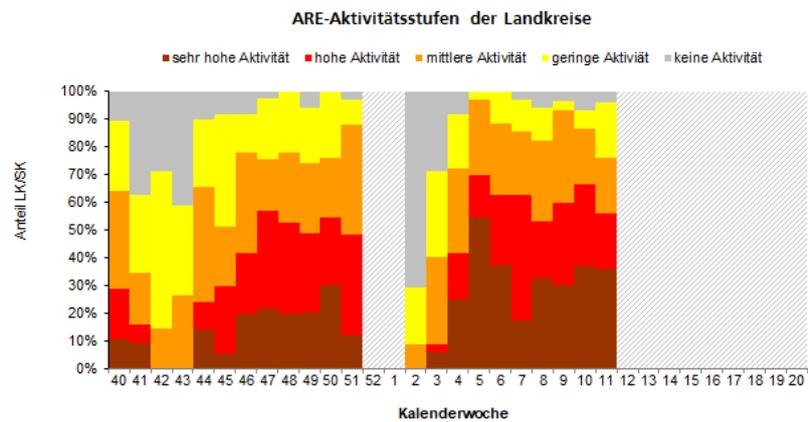


Abb. 5: ARE-Aktivität in Niedersachsen im zeitlichen Verlauf, Saison 2019/2020, Anteil an den teilnehmenden LK in Prozent, fünf ARE-Aktivitätsstufen von keine bis sehr hohe Aktivität. Grau schraffierte Bereiche symbolisieren das Aussetzen der ARE-Surveillance (52. bis 1. KW: ferien- und feiertagsbedingt; 12.-20. KW: bedingt durch die COVID-19-Pandemie).

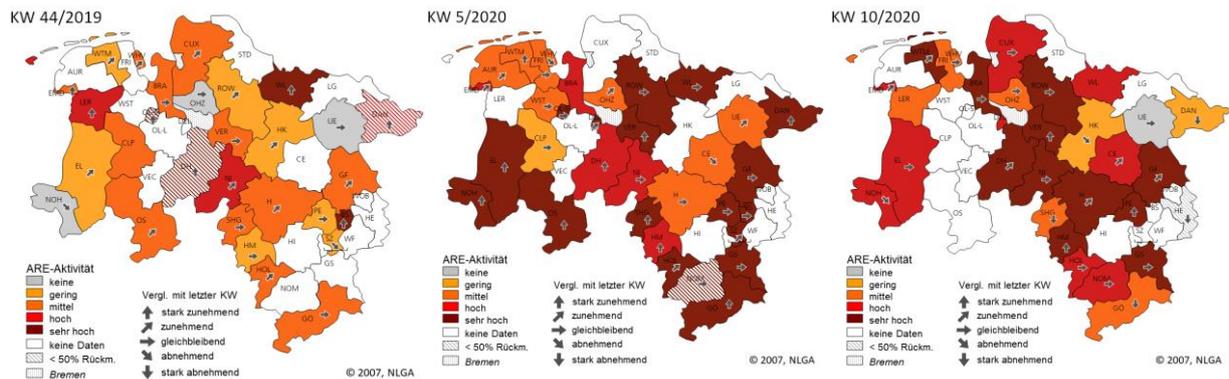


Abb. 6: ARE-Aktivität in Niedersachsen nach Angaben zum ARE-bedingten Krankenstand in den Kindertageseinrichtungen, Darstellung nach LK/SK für ausgewählte Kalenderwochen in 2019 und 2020 (44. KW 2019: zu Beginn der Erhebung, 5. KW 2020: Höhepunkt der ARE-Aktivität, 10. KW 2020: zum Ende der Erhebung).

Zahlen aus dem IfSG-Meldewesen

Zwischen der 40. KW 2019 und der 11. KW 2020 wurden insgesamt 10.303 laborbestätigte Influenzafälle (Vorjahr: 10.619) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der virologischen Surveillance identifizierten Fälle enthalten. In 98,6 % der übermittelten Fälle erfolgte eine Differenzierung des Influenza-Typs. Der Anteil von Influenza B an allen differenzierten Viren betrug 5,5 % (Vorjahr: 0,6 %). Der Anteil von Influenza A an allen differenzierten Viren betrug 84,1 % (Vorjahr: 80,6 %). Eine Subtypisierung des Influenza A Typs erfolgte nur in 11,1 % aller Influenza A-Nachweise. Von diesen entfielen 32,6 % auf Influenza A(H3N2) und 67,4 % auf Influenza A(H1N1)pdm09. Dabei ist zu beachten, dass viele Labore ausschließlich den Subtyp A(H1N1)pdm09 identifizieren. Influenza A-Nachweise, die nicht diesem Subtyp entsprechen, werden i. d. R. als „Influenza A, nicht differenziert“ übermittelt. Es wurden 33 durch Laboruntersuchungen bestätigte Influenza-Todesfälle übermittelt (Vorjahr: 74) (Stand: 27.07.2020).

Bewertung

Kombination der Module

Geht man davon aus, dass sowohl die erhobenen Krankenstandsdaten als auch die Ergebnisse der virologischen Surveillance für die jeweilige Zielpopulation eine hinreichende Repräsentativität aufweisen, obwohl die Populationen nicht exakt übereinstimmen, kann man die Ergebnisse beider Module sinnvoll miteinander kombinieren. Abbildung 9 visualisiert diese Kombination und gibt einen Überblick über die Stärke der letzten zwölf ARE-Saisons.

Saisonvergleich mit den Vorjahren

Da die ARE-Surveillance in Niedersachsen nun schon über 15 Saisons in dieser Form durchgeführt wurde, können die Ergebnisse der Vorjahre gut zum Vergleich herangezogen und somit Besonderheiten bzw. Abweichungen vom typischen saisonalen Verlauf erkannt werden. Für die aktuelle Saison 2019/2020 ist zu beachten, dass diese aufgrund der frühzeitigen Beendigung nur bis zur 9. bzw. 11. KW 2020 mit den vorherigen Saisons verglichen werden kann.

ARE-Krankenstand

Der ARE-Krankenstand der teilnehmenden 356 Kitas aus 37 der 44 Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens der Saison 2019/2020 (29.583 Kinder) wird im Folgenden mit der vorherigen Saison 2018/2019 (ca. 29.500 Kinder) sowie mit der starken Saison 2017/2018 (ca. 31.000 Kinder) und der schwachen Saison 2013/2014 (ca. 35.000 Kinder) verglichen.

Abbildung 7 zeigt diesen Saisonvergleich.

Der ARE-Krankenstand in Niedersachsen ist in den vier dargestellten Saisons jeweils ab den Herbstferien angestiegen.

In der aktuellen Saison 2019/2020 war der ARE-Krankenstand im Vergleich zu den beiden vorherigen Saisons bereits in der 40. KW leicht erhöht (12,7 %), verringerte sich bis zur 42. KW (9,4 % in KW 42) und stieg dann, ähnlich wie in den anderen dargestellten Saisons, bis zu den Weihnachtsferien an (15,1 % in KW 50). Die Saison 2019/2020 begann somit ähnlich wie die vergleichsweise schwache ARE-Saison 2013/2014, erhöhte sich jedoch ab der 42. KW 2019 insgesamt stärker als in den anderen Saisons. Nach den Weihnachtsferien war der ARE-Krankenstand in allen vier Saisons zunächst gering und stieg in den folgenden Wochen erneut an. Das Saison-Maximum wurde jeweils zwischen der 5. und 9. KW erreicht. Der ARE-Krankenstand nahm anschließend wieder ab.

In der aktuellen Saison 2019/2020 wurde der Höchstwert wie in der vorherigen Saison in der 5. KW erreicht (17,2 %) und lag somit unter dem Höchstwert der starken ARE-Saison 2017/2018 (20,4 % in KW 9) und über dem Höchstwert der schwachen ARE-Saison (13,1 % in KW 6). Der ARE-Krankenstand nahm in der Saison 2019/2020 zunächst mit den Weihnachtsferien bis zur 8. KW ab (15,1 % in KW 8) und stieg dann, anders als in den anderen Saisons, erneut an. In der 11. KW 2020 war der ARE-Krankenstand fast wieder so hoch wie in der 5. KW 2020 (17 % in KW 11). Da die ARE-Surveillance ab der 12. KW 2020 frühzeitig eingestellt werden musste, kann der Saison-Vergleich nur bis zu diesem Zeitpunkt vorgenommen werden.

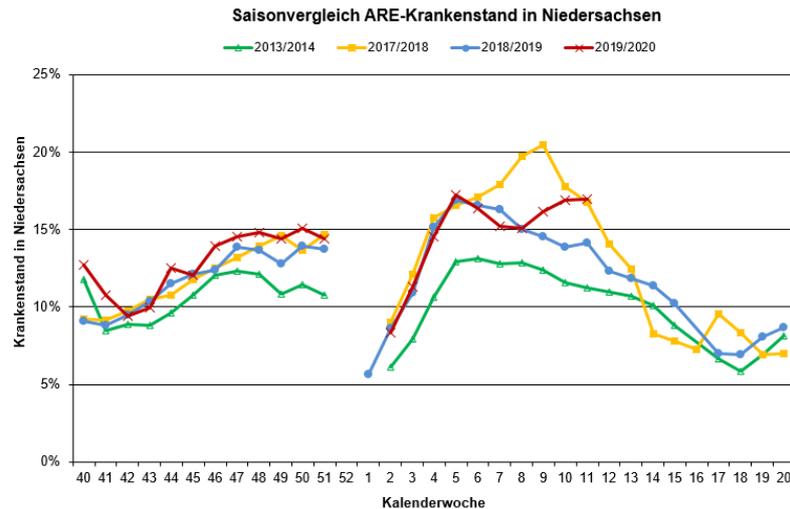


Abb. 7: ARE-Krankenstand der Saisons 2019/2020, 2018/2019, 2017/2018 und 2013/2014 aller teilnehmenden Kitas in Niedersachsen, 40. bis 20. KW (in Saison 2019/2020 nur bis 11. KW)

Virologische Surveillance

Wie in Abbildung 8 dargestellt, zeigt sich für die aktuelle Saison 2019/2020, dass zum Beginn der Saison nach Picornaviren RS-Viren das Geschehen dominierten mit einem Gipfel in der 52. KW und weiterhin hohen Positivraten bis in die 9. KW. Das Maximum der Influenza-Aktivität wurde mit 42 % in der 9. KW 2020 erreicht. Die weitere Entwicklung kann aufgrund der Einstellung der virologischen Untersuchungen nach der 9. KW nicht dargestellt werden.

Um den ARE-Krankenstand mit den nachgewiesenen Viren aus der virologischen Surveillance in Verbindung zu setzen und ein Maß für die Influenzaaktivität (rot) und die Aktivität der anderen getesteten Viren (orange, gelb, grün, dunkelgrün) über alle Saisonen zu erhalten, zeigt Abbildung 9 den mittleren ARE-Krankenstand (Säulenhöhe) der jeweiligen Saison in Kombination mit den Anteilen der nachgewiesenen Viren im gleichen Zeitraum. Hierbei ist zu beachten, dass für die Vergleichbarkeit der Daten für alle Saisonen nur die Daten der KW 40 bis KW 9 berücksichtigt wurden. Die Saison 2019/2020 ähnelt in den Virusaktivitäten den Saisonen 2016/2017 bis 2018/2019, in denen ebenfalls Influenza- und RS-Viren eine hohe Aktivität zeigten. In der Saison 2019/2020 war allerdings die Nachweisrate für MPV höher als in den Saisonen seit 2008/2009. Saisonen mit besonders geringer Influenzaaktivität waren 2011/2012 und 2013/2014.

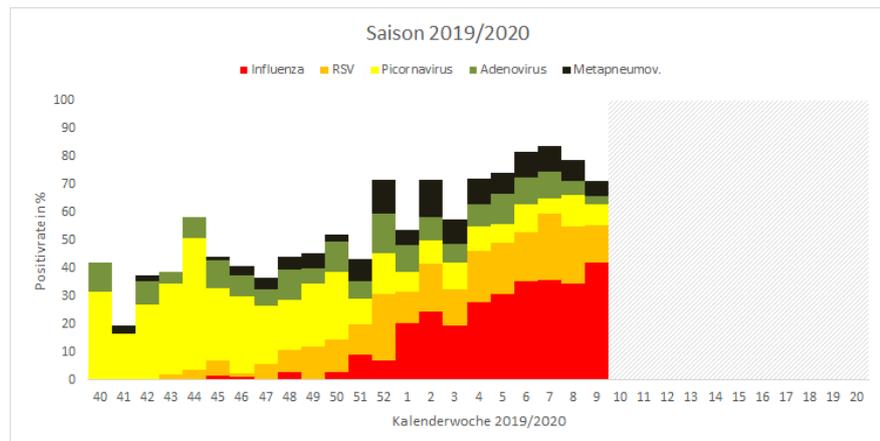


Abb. 8: Positivraten der einzelnen Erreger aus den Daten des virologischen Moduls Niedersachsen 2019/2020 (Grau schraffierter Bereich: Surveillance pandemiebedingt eingestellt)

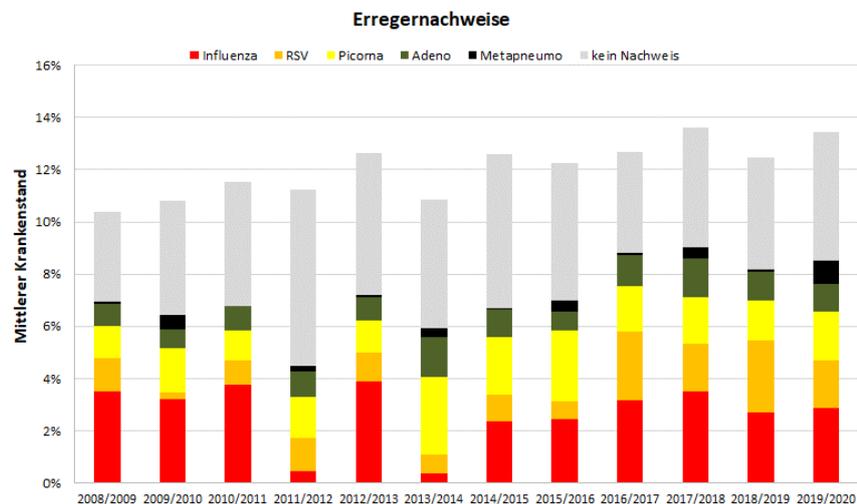


Abb. 9: Mittlerer ARE-Krankenstand (Säulenhöhe) je Saison (KW 40 bis KW 9), Anteile der einzelnen Erreger aus den Daten des virologischen Moduls (durch Einfärbung der Säulen visualisiert), Niedersachsen 2008-2020

Die Zeitpunkte von Beginn und vom Ende der epidemischen Phase (hier definiert als Influenza- Positivrate > 20 %), Zeiträume mit einem ARE-Krankenstand über 14 % sowie die maximale Positivrate der beobachteten Saisonen sind in Abbildung 10 dargestellt.

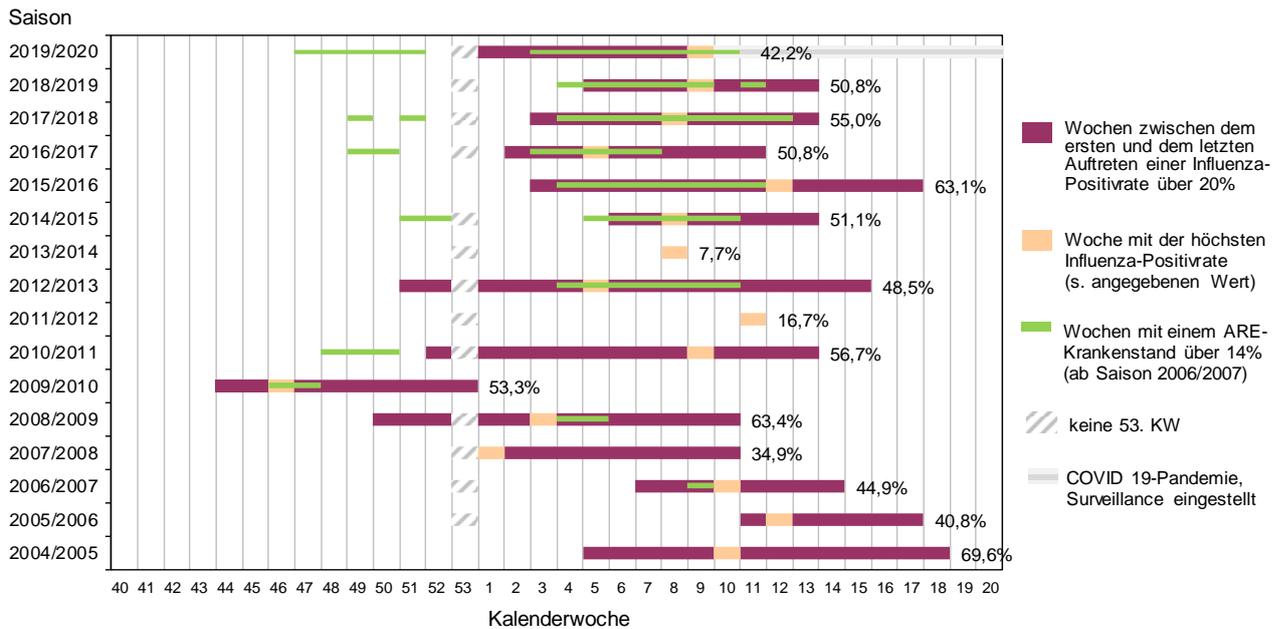


Abb. 10: Dauer der epidemischen Phase (Influenzapositivrate >20 %), maximale Influenzapositivrate, Zeiträume mit hohen ARE-Krankenständen (>14 %), Saisons 2004/2005 – 2019/2020

Es ist zu erkennen, dass die Woche mit der jeweils höchsten Influenza-Positivrate (Peak) stark variiert. Auch die Dauer vom Beginn der epidemischen Phase bis zum Peak ist sehr variabel. In einigen Saisons überschreitet der ARE-Krankenstand schon vor Beginn der Weihnachtsferien die 14 %-Marke (2019/2020, 2017/2018, 2016/2017, 2014/2015, 2010/2011 und bei der Pandemie in 2009/2010). In diesen Jahren folgte eine starke Grippesaison. Allerdings ist nicht jede starke Grippesaison durch einen frühzeitig hohen ARE-Krankenstand gekennzeichnet (z.B. 2018/2019, 2015/2016 und 2012/2013). Somit bleiben Vorhersagen zum Verlauf einer Grippewelle auch unter Berücksichtigung der langjährigen Surveillancedaten mit großen Unsicherheiten behaftet.

Eine hohe Infektionsrate mit einem Virus hinterlässt in der Regel eine hohe variantenspezifische Bevölkerungsimmunität.

In diesem Zusammenhang ist eine Betrachtung der in den jeweiligen Saisons aufgetretenen Subtyp-Varianten von Interesse (Abb. 11). Die in der Saison 2017/2018 vorherrschende Influenza B trat in der aktuellen Saison 2019/2020 nur in geringem Maß auf und entsprach im Wesentlichen der Victoria-Linie.

Wie schon in der vorhergehenden Saison waren die Influenza A-Nachweise nahezu gleichmäßig auf die Subtypen A(H1N1) und A(H3N2) verteilt.

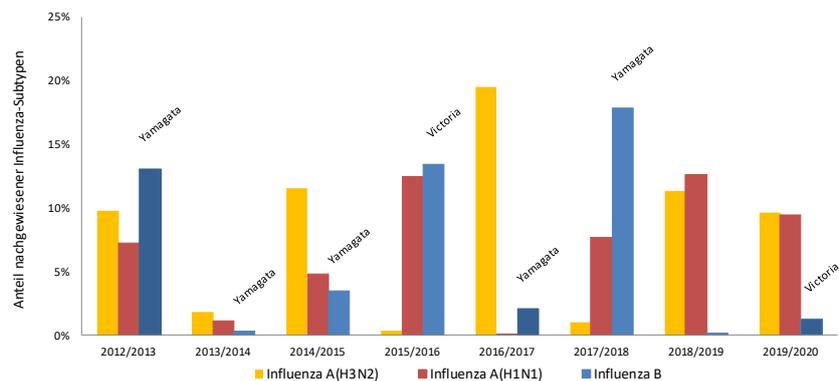


Abb. 11: Anteil der auf den jeweiligen Influenzotyp positiv getesteten Abstriche von allen im Rahmen der ARE-Surveillance untersuchten Abstrichen KW 40 bis KW 20 der jeweiligen Saison. Die vorherrschende Influenza B-Linie (mindestens 80 % der subtypisierten Influenza B-Nachweise) ist aus den Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Instituts entnommen.

ARE-Surveillance in anderen Bundesländern

Die benachbarten Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt führen bzgl. der Bestimmung des ARE-Krankenstands eine vergleichbare Surveillance wie Niedersachsen durch. So können die ARE-Aktivitäten seit Januar 2012 in einer gemeinsamen Karte dargestellt werden. Die Karte wird während der Saison wöchentlich aktualisiert und findet sich unter www.ure-uebersicht.de.

Abbildung 12 zeigt beispielhaft die Karte für ausgewählte KW.

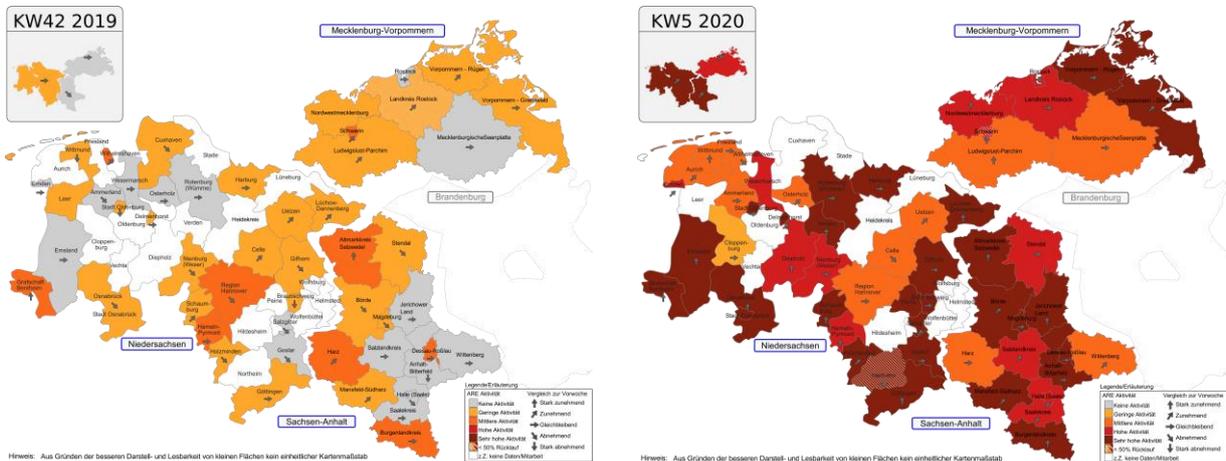


Abb. 12: Kartografische Darstellung der teilnehmenden Bundesländer und der ARE-Aktivität ihrer Landkreise exemplarisch für die 42. KW 2019 und die 5. KW 2020.

Fazit

Die Saison 2019/2020 kann nur eingeschränkt bewertet und mit den vorhergehenden Saisons verglichen werden, weil in Folge der COVID-19-Pandemie die virologische Beobachtung nur bis zur 9. KW 2020 möglich war und die Schließung der Kindertageseinrichtungen auch die Betrachtung der Krankenstände ab der 11. KW verhinderte. Bis zu diesem Zeitpunkt ließ sich sowohl eine starke RS-Virusaktivität und eine starke Influenzaaktivität beobachten. Ähnlich der vorhergehenden Saison dominierten in dieser Saison (2019/2020) bis zur 10. KW Influenza A-Viren das Geschehen.

Danksagung:

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die durch Ihre engagierte Mitarbeit die ARE-Surveillance ermöglichen: den teilnehmenden Kitas, den Gesundheitsämtern der LK und den teilnehmenden Arztpraxen, Krankenhäusern und betriebsmedizinischen Abteilungen.

Ansprechpartner am Niedersächsischen Landesgesundheitsamt, Roesebeckstr. 4 – 6, 30449 Hannover

Arbeitsbereich Virologie (Tel.: 0511/4505 201)

Dr. A. Baillot,

Dr. M. Monazahian

Internet: www.ure-surveillance.nlga.niedersachsen.de

Infektionsepidemiologie

Dr. D. Ziehm (Tel.: 0511/4505 -141),

Dr. J. Dreesman (Tel.: 0511/4505 -200)