

Surveillance für akute respiratorische Erkrankungen in Niedersachsen

Jahresbericht Saison 2024/2025

Hintergrund

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) führt in Kooperation mit den niedersächsischen Landkreisen (LK)* 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 Erreger zu identifizieren. 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 durch Laboruntersuchungen relevante virale Erreger von ARE identifiziert. Dazu werden in 35 Einrichtungen, bei denen es sich um ausgewählte Arztpraxen (überwiegend Kinderärzte und Allgemeinmediziner), betriebsmedizinische Einrichtungen und Krankenhäuser in Niedersachsen handelt (Abb. 1) bei Patienten, die Anzeichen einer Atemwegserkrankung haben, Rachen- oder Nasenabstriche entnommen. Die Proben werden am NLGA auf Adeno-, Boca-, saisonale Corona-, Influenza-, Metapneumo-, Parainfluenza-, Rhino-/Entero-, Respiratory syncytial- (RSV) und SARS-Coronaviren-2 sowie zwei bakterielle Erreger (*Chlamydia pneumoniae* und *Mykoplasma pneumoniae*) getestet. Die Testungen erfolgen molekularbiologisch mittels PCR. Zudem werden auf Zellkulturen Virusisolate gewonnen, die eine weitere Differenzierung (Enteroviren, Influenzaviren) erlauben. Der Berichtszeitraum umfasst die 27. Kalenderwoche (KW) 2024 bis 26. KW 2025.

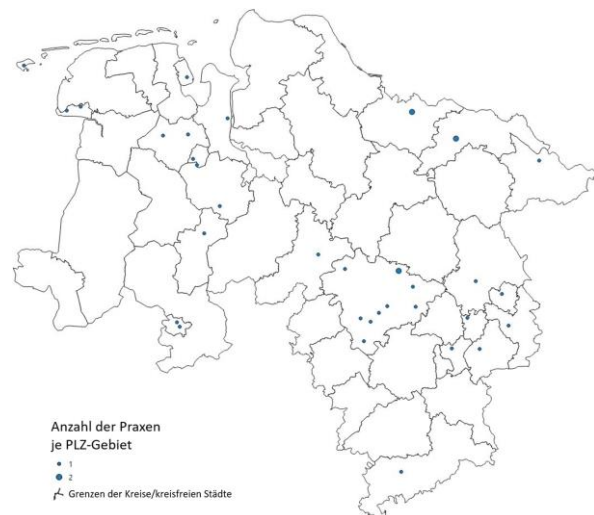


Abb. 1: Standorte der einsendenden Praxen
in Niedersachsen nach PLZ

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

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 350 teilnehmenden Kitas (Abb. 2) aus 36 von 44 LK werden rund 29000 Kinder betreut. Von allen ca. 239500 Kindern zwischen 3 und 6 Jahren in Niedersachsen werden damit ungefähr 12 % mit der ARE-Surveillance erfasst (Bevölkerung 2023).

Für die Bestimmung des ARE-Krankenstandes erfolgt einmal wöchentlich eine Zählung der aktuell an ARE erkrankten Kinder (wegen ARE fehlende Kinder und Kinder, die trotz deutlicher ARE-Symptomatik die Kitas 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 aus vier vorhergehenden Saisons für jeden Landkreis Perzentile berechnet. Da die Krankenstandserfassung in der Saison 2020/2021 ausfallen musste, wurden für die Berechnung die Daten der Saisons 2019/2020 und 2021/2022 bis 2023/2024 verwendet. Die landkreisspezifisch berechnete Schwellenwerte ermöglichen eine übersichtliche Darstellung des Saisonverlaufs für jeden Landkreis. Ebenso werden aus den Daten aller Landkreise die wöchentlichen ARE-Krankenstände für Niedersachsen ermittelt und den entsprechend für Niedersachsen berechneten Aktivitätsstufen zugeordnet. Die Perzentilengrenzen für die fünf Aktivitätsstufen sind in Tabelle 1 dargestellt.

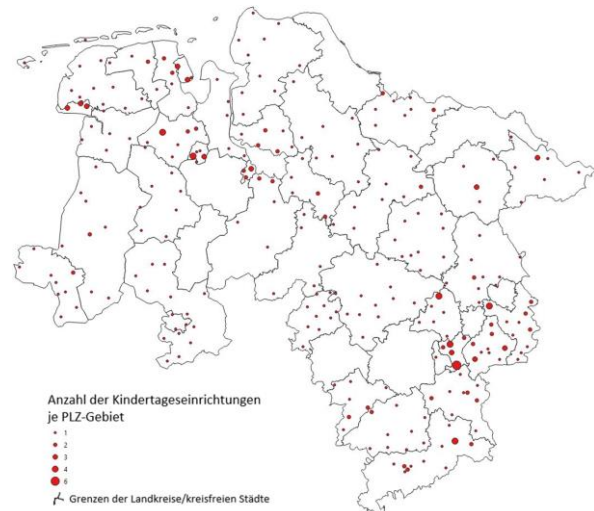


Abb. 2: Standorte der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen in Niedersachsen nach PLZ

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

Virologische Surveillance

Im Zeitraum Juli 2024 (KW 27) bis Juni 2025 (KW 26) wurden insgesamt 4213 Rachenabstrichproben auf virale und bakterielle Erreger von ARE untersucht. Bei diesen Erregern handelt es sich um Adeno-, Boca-, Influenza-, Metapneumo-, Parainfluenza-, Rhino-/Enterovirus, Respiratory syncytial- (RSV), saisonale Corona- und SARS-Coronaviren-2 sowie Chlamydomphila pneumoniae und Mykoplasma pneumoniae (Tab. 2). In 67 % der Proben konnten ein oder mehrere Erreger nachgewiesen werden.

Tab. 2: Überblick über die Erregernachweise der Saison 2024/2025 (27. KW 2024 – 26. KW 2025), Nachweise mittels Polymerasekettenreaktion (PCR)

Erreger	Anzahl der Nachweise
Adenovirus	188
Bocavirus	71
Influenzavirus A	359
Influenzavirus B	361
Influenza, nicht typisiert	5
Metapneumovirus	216
Parainfluenza	211
Rhino-/Enterovirus	903
RS-Virus	262
Saisonales Coronavirus	176
SARS-CoV-2	131
Chlamydomphila pneumoniae	99
Mykoplasma pneumoniae	373
Gesamtzahl der Nachweise	3 355
Gesamtzahl der Proben	4 213
Proben mit Nachweis(en)	2 836
Nachweise/Gesamtproben	67 %

Influenzaviren

Die Influenza-Epidemie 2024/2025 zeigte bezogen auf die Influenza-Nachweisrate eine stärkere Ausprägung als die der Saison 2023/2024. Die Positivrate erreichte über den gesamten betrachteten Zeitraum 52 % im Gegensatz zur Saison 2023/2024 mit 43 %. Die epidemische Phase mit Positivraten >20 % reichte von der 1. bis zur 13. KW 2025 und dauerte damit länger als die der vorangehenden Saison (2. bis

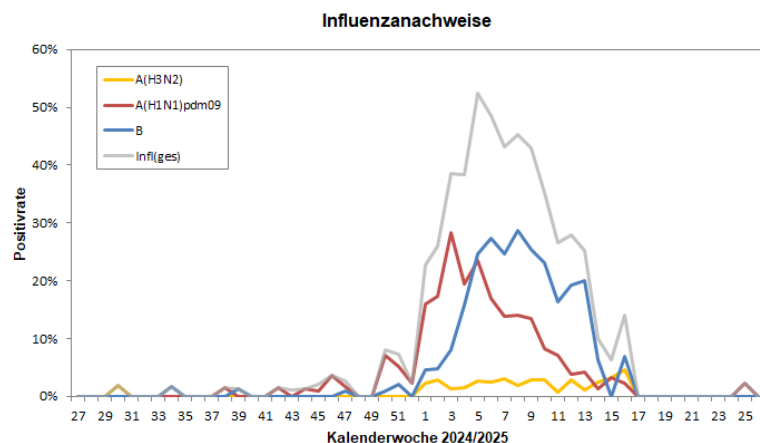


Abb. 3: Influenzanachweise differenziert nach (Sub-)Typ

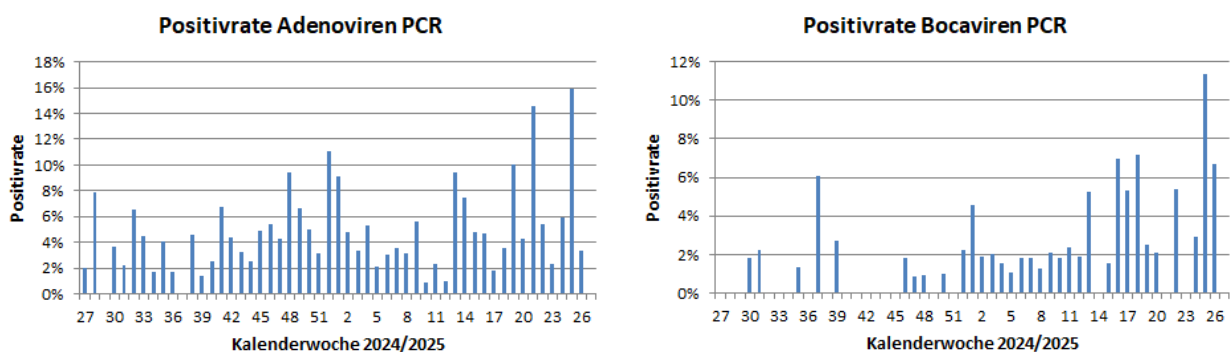
9. KW). Über die gesamte Saison konnte von 725 Influenza-positiv getesteten Abstrichen 359-mal (49,5 %) Influenza A und 361-mal (49,8 %) Influenza B nachgewiesen werden. Im gesamten Saisonverlauf 2024/2025 lag die höchste Influenza-Positivrate bei 52 % in der 5. KW 2025. Der erste Influenzanachweis war bereits in der 30. KW 2024 zu verzeichnen. Der letzte gelang in der 25. KW 2025. Positivraten > 5 % wurden durchgehend von der 1. KW 2025 bis zur 16. KW 2025 beobachtet, wurden aber auch bereits in der 50. und 51. KW 2024 erreicht. Der letzte Influenzanachweis (Influenza B) der Saison trat in der

16. KW auf (Abb. 3). Influenza-B war insbesondere von der 5. bis zur 9. KW nachweisbar. Bei den nachgewiesenen, typisierten Influenza A-Viren handelte es sich weit überwiegend um den Influenza-Subtyp A(H1N1)pdm09 (87 %), auf den Subtyp A(H3N2) entfielen 13 %. Damit war wie schon in der Saison 2023/2024 der Subtyp A(H1N1)pdm09 vorherrschend. Über die Anzucht auf Zellkulturen gelang 238-mal die Isolierung von Influenzaviren (133-mal Influenza A, 105-mal Influenza B). Eine Auswahl dieser Isolate wurde dem Nationalen Referenzzentrum zur weiteren Charakterisierung übersandt. Dabei wurden bezüglich Influenza A vornehmlich Influenza-A(H1N1)/Sydney/5/2021-like Varianten identifiziert (65 %), gefolgt von Influenza-A(H3N2)/Thailand/8/2022-like (23%), Influenza-A(H1N1)/Victoria/4897/2022-like (7%) und Influenza-A(H3N2)/Darwin/9/2021-like (4%) Varianten. Die Influenza-B-Isolate wurden als Influenza-B/Austria/1359417/2021 (Victoria-Linie) typisiert. Bei der Influenza A(H3N2)-Komponente des Impfstoffs der Saison 2024/2025 gab es für die Saison 2025/2026 Auswechslungen. Folgende Virusstämme sind empfohlen:

- 1 ein A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09 - like Stamm für Hühnerei-Impfstoffe, ein A/Wisconsin/67/2022 (H1N1) pdm09 - like Stamm für Zellkultur-Impfstoffe
- 2 ein A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2) - like Stamm für Hühnerei-Impfstoffe, ein A/District of Columbia/27/2023 (H3N2) – like Stamm für Zellkultur-Impfstoffe
- 3 ein B/Austria/1359417/2021 - like Stamm (Victoria-Linie)
- 4 ein B/Phuket/3073/2013 - like Stamm (Yamagata-Linie) für quadrivalente Impfstoffe

Weitere Erreger

Bei den weiteren nachgewiesenen Erregern handelte es sich im Wesentlichen um Rhino-/Entero- und RS-Viren sowie Mykoplasma pneumoniae (Tab. 2, Abb. 4). In geringerer Zahl konnten im gesamten Saisonverlauf auch die übrigen untersuchten Erreger gefunden werden, wobei die Bocaviren die geringste Nachweisrate hatten. Neben Influenzaviren zeigten auch RS-, Metapneumo- und saisonale Coronaviren eine mehr oder weniger betonte Nachweishäufung in den Herbst- bzw. Wintermonaten. Demgegenüber gab es bei Rhino-/Entero-, Boca-, und Parainfluenzaviren eine geringere Ausprägung der Nachweise in dieser Zeit als in den übrigen Monaten des Jahres. Adenoviren zeigten keine wesentlichen saisonalen Schwankungen. Die Zahl der Mykoplasmenachweise lag bis zum Jahreswechsel auf einem hohen Niveau und ging danach vollständig zurück. Die RS-Virus-Aktivität zeigte ihren Gipfel in der 11. KW. Im Vergleich zur Saison 2021/2022 mit 18 % und der Saison 2022/2023 mit 12 % fiel die RS-Virus-Positivrate in der Berichtssaison mit einem Maximum von 20 % geringfügig stärker aus, jedoch deutlich schwächer als in der vorhergehenden Saison 2023/2024 mit 59 %. RS-Viren der Subgruppe A waren mit einem Anteil von 42 % (Saison 2023/2024 94 %) etwas geringer vertreten als die der Subgruppe B. Insgesamt wurden Influenza- und saisonale Coronaviren in stärkerem, Adeno-, Boca- und RS-Viren in geringerem Maß nachgewiesen als in der vorhergehenden Saison. Die SARS-CoV-2 Positivrate erreichte ihr Maximum in KW 42 mit ca. 16 %.



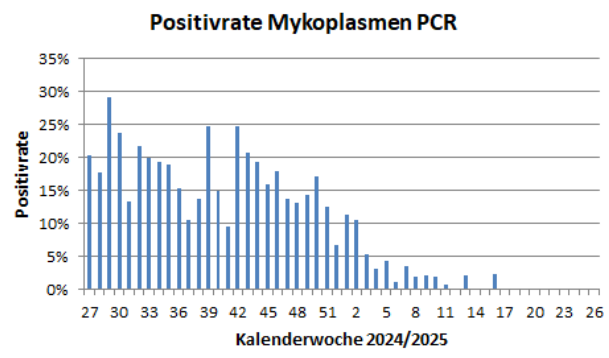
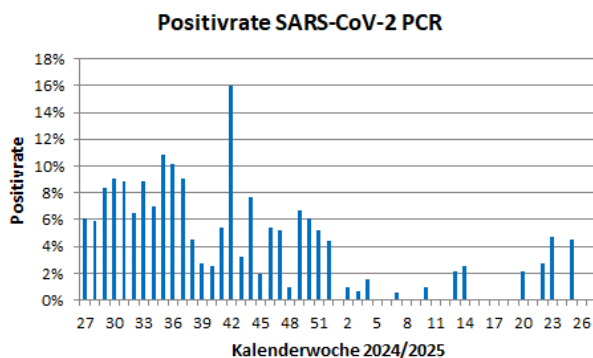
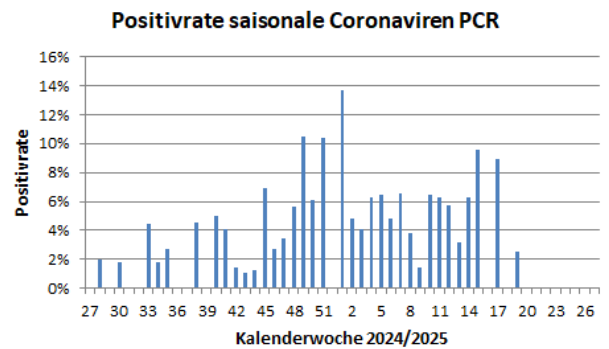
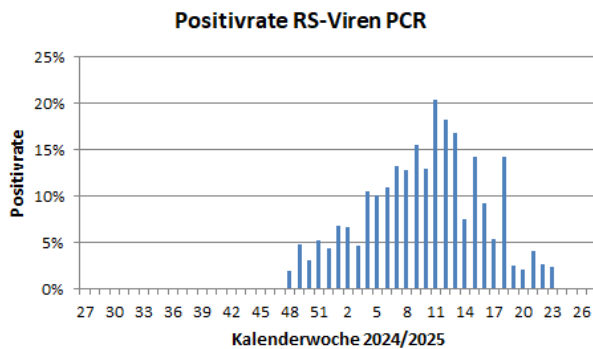
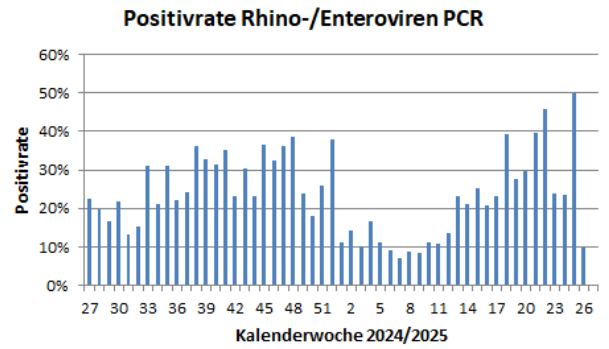
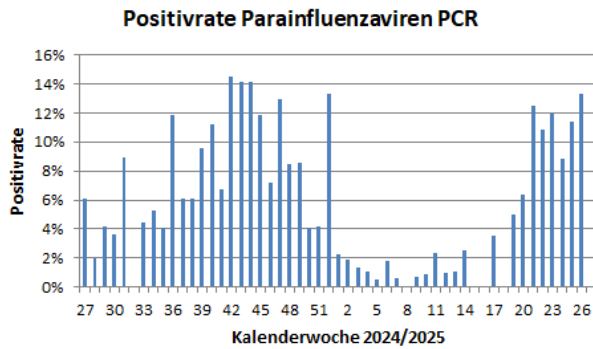
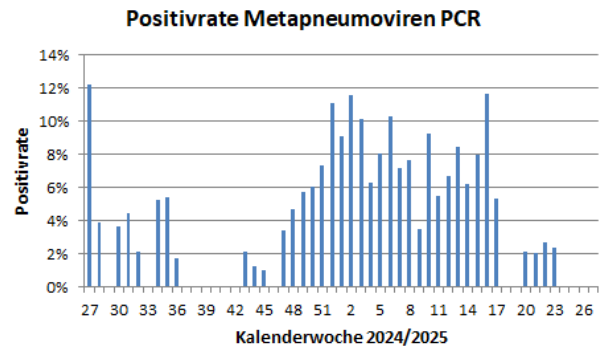
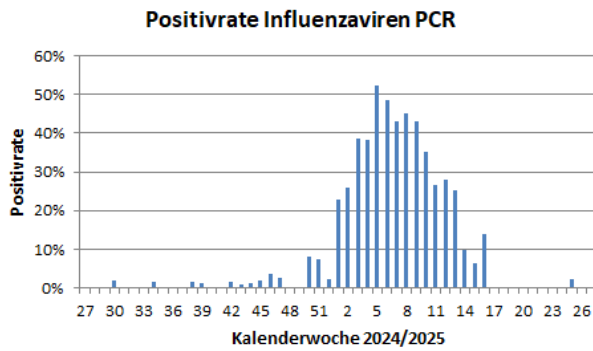


Abb. 4: Erregernachweise durch die PCR nach Kalenderwochen 2024/2025 (27. KW 2024 – 26. KW 2025) Zur besseren Lesbarkeit der Grafiken wurde die Skalierung individuell angepasst.

ARE-Aktivität

In der Saison 2024/2025 stieg die ARE-Aktivität erst nach dem Jahreswechsel deutlich an. In der 5. KW lag in über 85 % der LK eine hohe bis sehr hohe ARE-Aktivität vor (hoch: 49 %, sehr hoch: 37 %). Dieser hohe Anteil hoher Aktivität blieb bis zur 8. KW durchgängig über 70 %. Dabei waren zum Teil jeweils unterschiedliche Gebiete betroffen. In diesen vier Wochen wurde für Niedersachsen insgesamt eine sehr hohe ARE-Aktivität ausgewiesen. In den folgenden Wochen nahm die ARE-Aktivität kontinuierlich ab. Ab der 15. KW lag in Niedersachsen und in den meisten LK keine Aktivität mehr vor. In Abbildung 6 sind exemplarisch die ARE-Aktivitätskarten einiger ausgewählter Kalenderwochen dargestellt.

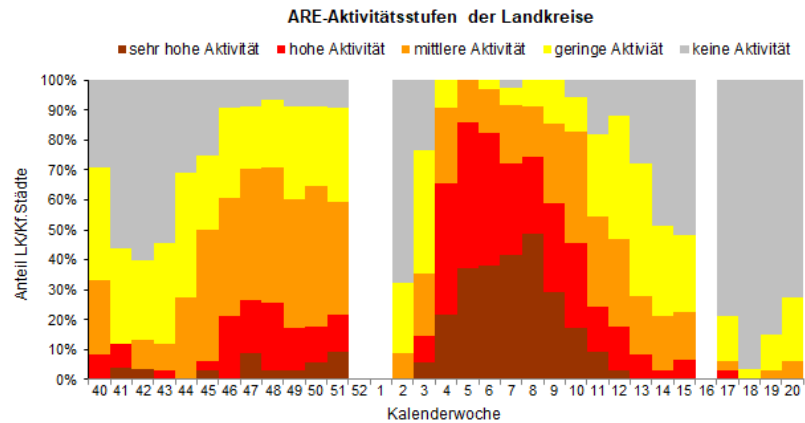


Abb. 5: ARE-Aktivität im zeitlichen Verlauf, Saison 2024/2025, Anteil an den teilnehmenden LK in Prozent. Weiße Bereiche symbolisieren das ferien- und feiertagsbedingte Aussetzen der Surveillance.

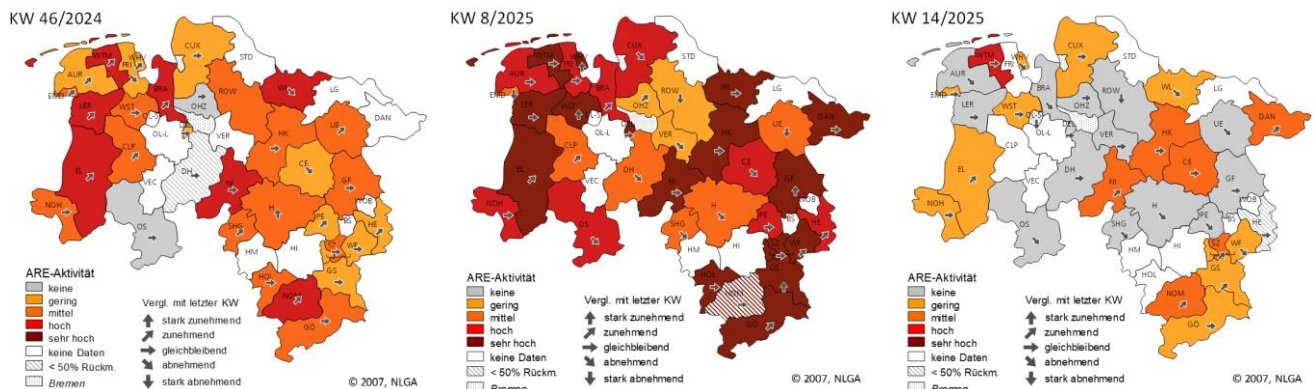


Abb. 6: Verlauf der ARE-Aktivität nach Angaben zum ARE-bedingten Krankenstand in den Kindertageseinrichtungen für ausgewählte Kalenderwochen 2024 und 2025 in Niedersachsen

Ergebnisse aus dem Projekt „PanCHECK iN“

Einen weiteren Beitrag zur niedersächsischen ARE-Surveillance leistete die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) der AOK Niedersachsen. Die dabei verwendeten Daten beruhen auf den aktuell eingehenden AU aller krankengeldberechtigten Mitglieder (KGBM) und wurden im Rahmen von PanCHECK-iN, einem gemeinsamen Projekt der AOK Niedersachsen und des NLGA, erhoben (Abb. 7).

Wöchentlich wurde die Anzahl aller eingegangenen AU erfasst, auf denen eine akute respiratorische Erkrankung angegeben wurde. Um Mehrfachzahlungen zu vermeiden, wurden hierbei nur Erstbescheinigungen berücksichtigt. Da häufig schon beim ersten Arztbesuch ein Covid-19-Test durchgeführt wird, kann ein entsprechendes Ergebnis bereits auf der Erst-AU angegeben werden. Die Ergebnisse labordiagnostischer Untersuchungen auf andere Erreger stehen meistens erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung und können deshalb in der Regel erst auf einer Folgebescheinigung vermerkt werden.

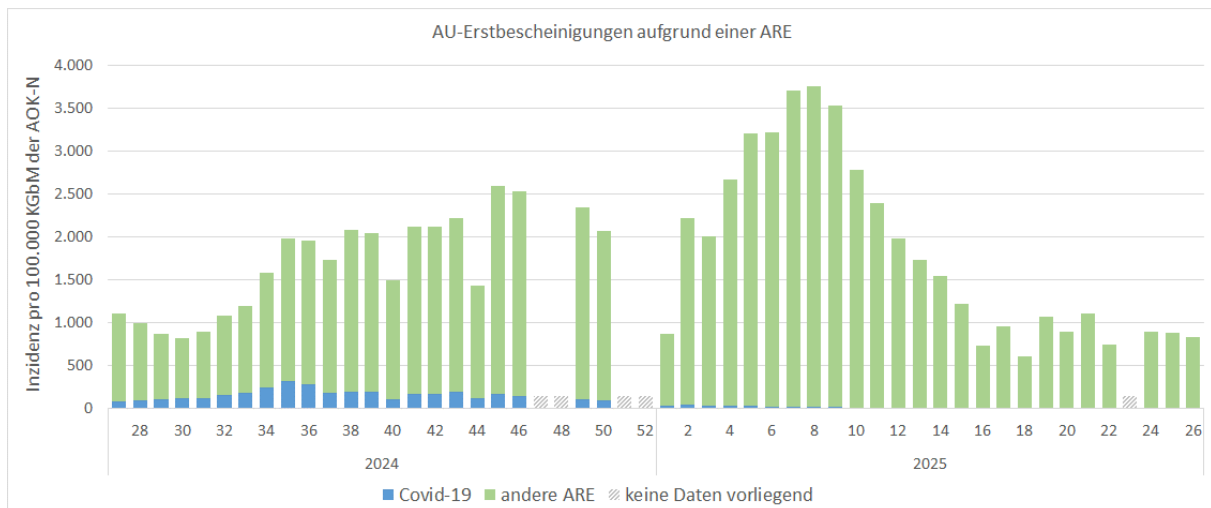


Abb. 7: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wegen Covid-19 und anderer ARE von KW 27/2024 bis KW 26/2025

Zahlen aus dem IfSG-Meldewesen

Zwischen der 27. KW 2024 und der 26. KW 2025 wurden insgesamt 28 715 laborbestätigte Influenzafälle (Vorsaison: 12 916) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der virologischen Surveillance identifizierten Fälle enthalten. In 98 % der übermittelten Fälle erfolgte eine Differenzierung des Influenza-(Sub-)Typs. Der Anteil von Influenza B an allen differenzierten Viren betrug 36 % (Vorsaison 10 %). Eine Subtypisierung des Influenza A Typs erfolgte in 5,6 % aller Influenza A-Nachweise. Von diesen entfielen 91 % auf Influenza A(H1N1)pdm09 und 9 % auf Influenza A(H3N2). Dabei ist zu beachten, dass viele Labore ausschließlich den Subtyp A(H1N1)pdm09 identifizieren, und Influenza A-Nachweise, die nicht diesem Subtyp entsprechen, dann in der Regel als „Influenza A, nicht differenziert“ übermittelt werden. Es wurden 145 durch Laboruntersuchungen bestätigte Influenza-Todesfälle übermittelt (Vorsaison: 54) (Stand 10.09.2025).

Zwischen der 27. KW 2024 und der 26. KW 2025 wurden insgesamt 16 503 laborbestätigte SARS-CoV-2-Fälle (Vorsaison: 33 403) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der virologischen Surveillance identifizierten Fälle enthalten. Es wurden 252 durch Laboruntersuchungen bestätigte SARS-CoV-2-Todesfälle übermittelt (Vorsaison: 621) (Stand 10.09.2025).

Nach der Einführung der Meldepflicht für Respiratory syncytial-Viren (RSV) im Juli 2023, konnten in der Saison 2024/2025 auch diese Meldedaten zur Betrachtung der ARE-Situation in Niedersachsen herangezogen werden. Zwischen der 27. KW 2024 und der 26. KW 2025 wurden insgesamt 4 778 laborbestätigte RSV-Fälle gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der virologischen Surveillance identifizierten Fälle enthalten. Es wurden 10 durch Laboruntersuchungen bestätigte RSV-Todesfälle übermittelt (Stand 10.09.2025).

Bewertung

Saisonvergleich mit den Vorjahren

Da die ARE-Surveillance in Niedersachsen nun schon über 18 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.

Virologische Surveillance

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. 8). Der in der Saison 2023/2024 vorherrschende Influenza-Subtyp A/H1N1 trat in der aktuellen Saison 2024/2025 geringfügig seltener, der Subtyp A/H3N2 häufiger auf.

Vor der COVID19-Pandemie traten die Influenza B-Linien Victoria und Yamagata zumeist im saisonalen Wechsel auf. Seit 2020 gelangen weltweit nur noch sehr wenige Yamagata-Nachweise (lediglich 2 für 2023), so dass diese Viruslinie vermutlich im Aussterben begriffen ist.¹

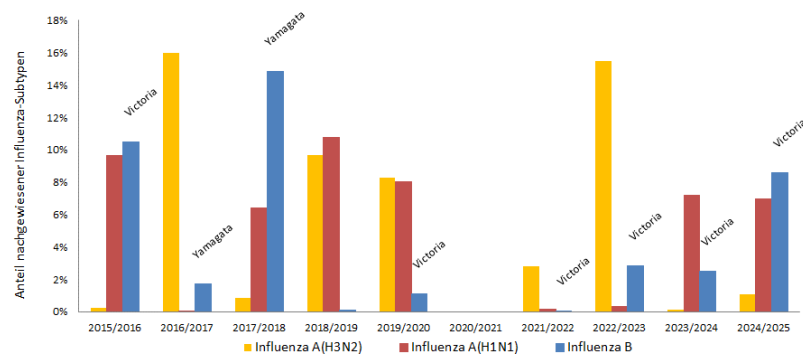


Abb. 8: Anteil der auf den jeweiligen Influenza(sub-)typ positiv getesteten Abstriche von allen im Rahmen der ARE-Surveillance untersuchten Abstrichen KW 27 bis KW 26 der jeweiligen Saison. Die vorherrschende Influenza B-Linie ist aus den Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Instituts entnommen.

ARE-Krankenstand

Im Vergleich zu den direkten Vorsaisons kann der Verlauf der Saison 2024/2025 bewertet und eingeordnet werden (Abb. 9).

Der ARE-Krankenstand in Niedersachsen, der aus den Daten aller teilnehmenden Kitas berechnet wird, war zu Beginn der Saison 2024/2025 zunächst niedriger als in den vorhergehenden Saisons. Erst nach dem Jahreswechsel stieg er deutlich an, lag jedoch

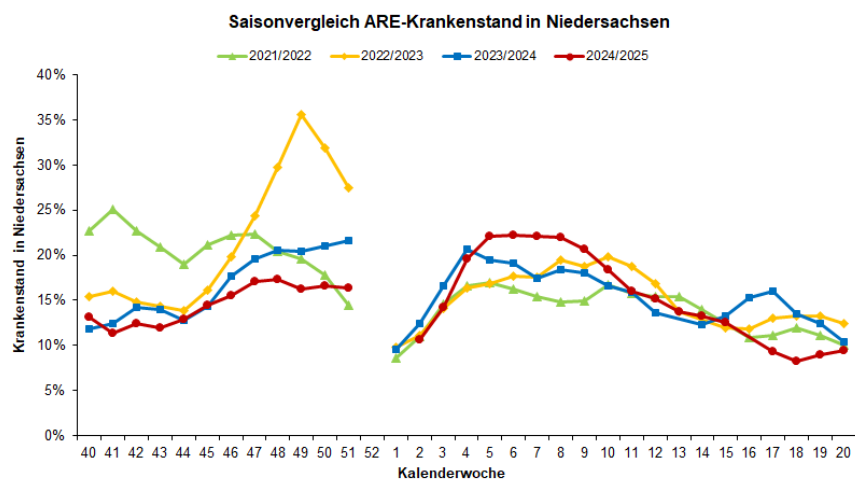


Abb. 9: ARE-Krankenstand der letzten vier Saisons aller teilnehmenden Kitas in Niedersachsen, (40. KW-20. KW)

bis zur 4. KW noch leicht unter den Vorjahreswerten. Von der 5. KW bis zur 8. KW erreichte der Krankenstand den Höchststand, der nahezu unverändert bei 22 % lag. Zu diesem Zeitpunkt überstieg er damit die Werte der drei Vorsaisons. In der Saison 2023/2024 lag das Maximum der ARE-Aktivität ebenfalls bei 22 %. Es wurde bereits vor dem Jahreswechsel erreicht. Auch in den anderen Vorsaisons lagen die Wochen mit dem höchsten ARE-Krankenstand in der ersten Saisonhälfte, wobei diese Werte jeweils deutlich höher lagen. Bis zum Ende der Berichtssaison in der 20. KW 2025 ging der Krankenstand kontinuierlich auf 9 % zurück und lag damit wieder unter den Werten der Vorsaisons.

Die Saison 2024/2025 war durch einen mehrwöchigen Höchststand in der zweiten Saisonhälfte gekennzeichnet. Zu Beginn und zum Ende der Saison lagen die ARE-Krankenstandswerte auf dem Niveau der Vorsaisons oder zum Teil deutlich darunter.

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.

Betrachtet man den ARE-Krankenstand in Verbindung mit den nachgewiesenen Viren aus der virologischen Surveillance (Abb. 10), zeigt sich für die aktuelle Saison 2024/2025, dass zum Beginn der Saison Rhino-/Enteroviren das Geschehen dominierten. Nach dem Jahreswechsel fiel das Maximum der Influenzaviren-Aktivität (5. KW) mit dem Maximum des Krankenstandes zusammen. Bei abnehmendem Krankenstand dominierten zunächst weiterhin Influenzaviren. Am Ende der Saison waren wieder Rhino-/Enteroviren vorherrschend.

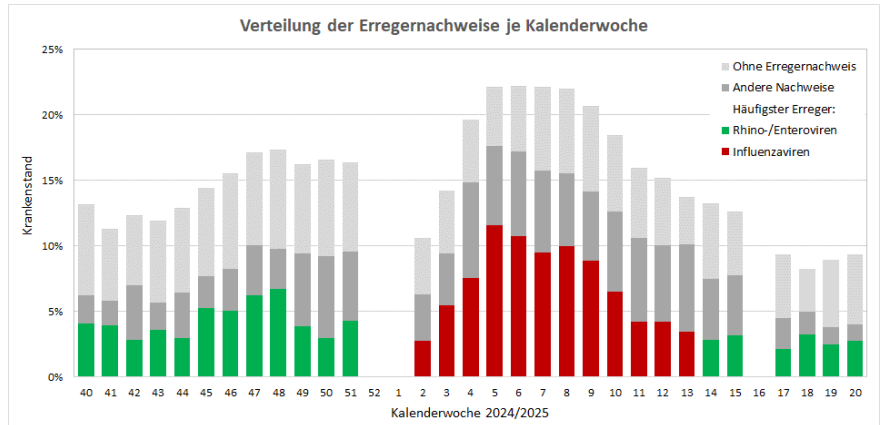


Abb. 10: ARE-Krankenstand (Säulenhöhe), Anteile der Erregernachweise aus den Daten des virologischen Moduls, Darstellung des häufigsten Erregers je Kalenderwoche, Niedersachsen 2024/2025

Die Zeitpunkte von Beginn und Ende der epidemischen Phase (hier definiert als Influenza-Positivrate > 20 %), Zeiträume mit einer sehr hohen ARE-Aktivität in den Kitas, sowie die maximale Influenza-Positivrate der beobachteten Saisons sind in Abbildung 11 dargestellt.

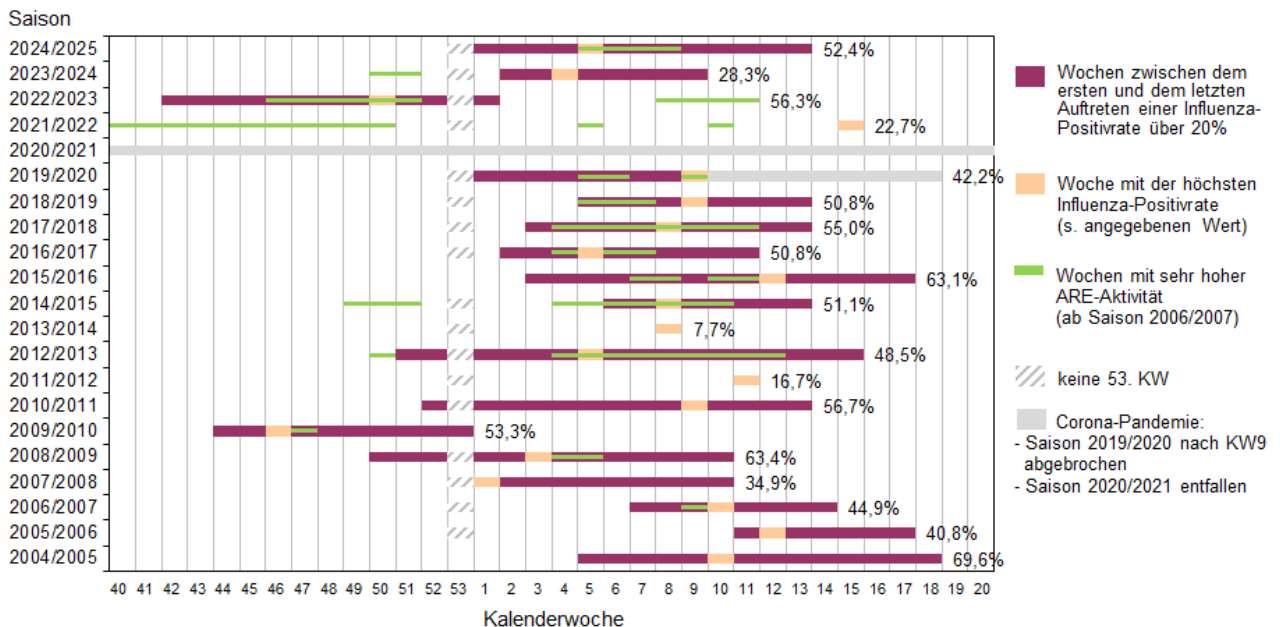


Abb. 11: Dauer der epidemischen Phase (Influenzapositivrate >20 %), maximale Influenza-Positivrate, Zeiträume mit sehr hoher ARE-Aktivität, 2004-2025

Es ist zu erkennen, dass die Woche mit der jeweils höchsten Influenza-Positivrate (Peak) in der Saison 2022/2023 in der 50. KW lag, während in den Saisons 2023/2024 und 2024/2025 der Peak nach dem Jahreswechsel stattgefunden hat und somit wieder dem Trend vor der Corona-Pandemie entspricht. Die Dauer vom Beginn der epidemischen Phase bis zum Peak

war in der Saison 2024/2025 wesentlich länger als in der Vorsaison, außerdem war die Gesamtdauer der epidemischen Phase deutlich länger im Vergleich zur Vorsaison. Insgesamt lagen die Wochen mit hoher Influenza-Positivrate in der zweiten Saisonhälfte. In einigen Saisons lag schon vor Beginn der Weihnachtsferien eine sehr hohe ARE-Aktivität in den KITAS vor (2023/2024, 2022/2023, 2021/2022, 2014/2015, 2012/2013 und bei der Pandemie in 2009/2010). Meistens zeigte sich dann im weiteren Saisonverlauf ein zweiter Anstieg. In der Saison 2024/2025 erstreckten sich die Wochen mit sehr hoher ARE-Aktivität von der 5. Bis zur 8. KW 2025. Die Woche mit der höchsten Influenzapositivrate markierte gleichzeitig die erste Woche mit sehr hoher ARE-Aktivität in KW 5. Die unterschiedlichen Verläufe von der ARE-Aktivität und der Influenza-Positivrate variieren je nach Saison erheblich, daher bleiben Vorhersagen zum Verlauf einer Grippewelle auch unter Berücksichtigung der langjährigen Surveillancedaten mit großen Unsicherheiten behaftet.

ARE-Surveillance in anderen Bundesländern

Auch andere deutsche Bundesländer führen eine ARE-Surveillance durch. Diese Systeme sind mehr oder weniger gut vergleichbar. Durch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Bundesländer werden die Surveillance-Systeme fortlaufend optimiert. Zudem ermöglicht ein enges aufeinander abgestimmtes Vorgehen die Durchführung kooperativer Studien (z. B. Auswertungen zur Impfeffektivität mit Daten aus Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt).

Fazit

Die Influenzaaktivität der Saison 2024/2025 fiel stärker aus als in der vorhergehenden Saison und war in dieser Hinsicht vergleichbar mit der Saison 2022/2023. Influenza A- und B-Viren zirkulierten gleich häufig. RS-Viren wurden in geringerem Maß nachgewiesen als in der vorangehenden Saison. Auffällig war wiederum die starke Nachweisrate von Mykoplasma pneumoniae, die im Saisonverlauf komplett zurückging und in den letzten 10 Wochen der Saison keine Nachweise zeigte.

Die ARE-Krankenstände in den Niedersächsischen KITAS lagen in der Saison 2024/2025 insgesamt über den Werten der Saison 2023/2024. Die Höchstwerte aus der Saison 2022/2023 wurden jedoch zu keinem Zeitpunkt erreicht. Die Wochen mit sehr hoher ARE-Aktivität lagen im Zeitraum der epidemischen Phase (Influenzapositivrate >20%), diese endete im Vergleich zu den vorangegangenen zwei Saisons verhältnismäßig spät in der 14. KW.

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 sowie der AOK Niedersachsen.

¹ Saverio Caini, Adam Meijer, Marta C Nunes, Laetitia Henaff, Malaika Zounon, Bronke Boudewijns, Marco Del Riccio, John Paget: Probable extinction of influenza B/Yamagata and its public health implications: a systematic literature review and assessment of global surveillance databases. LancetMicrobe2024; 5: 100851

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

Arbeitsbereich Virologie (Tel.: 0511/4505 -201)

Dr. A. Baillot,

Dr. M. Monazahian

Infektionsepidemiologie

K. Usipbekova (Tel.: 0511/4505 -245),

I. Holle (Tel.: 0511/4505-273),

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

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