

Surveillance für akute respiratorische Erkrankungen in Niedersachsen

Jahresbericht Saison 2025/2026

Hintergrund

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) führt in Kooperation mit den niedersächsischen Landkreisen (LK)* seit 2004 eine Surveillance (Überwachung) von akuten Atemwegserkrankungen in Niedersachsen durch.

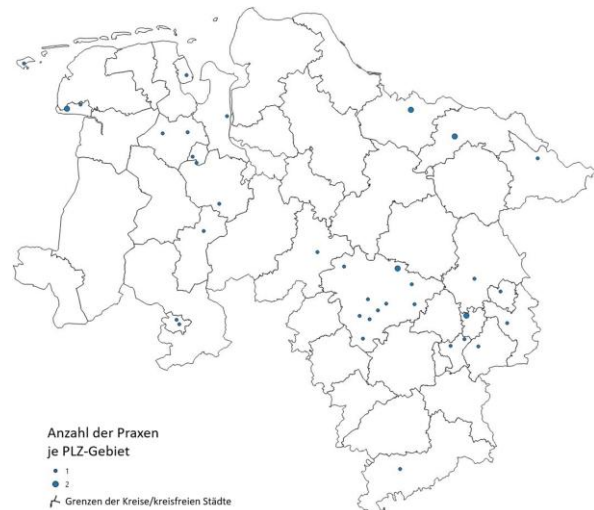
Das Ziel dieser ARE-Surveillance (ARE = Akute Respiratorische Erkrankungen) besteht darin, zeitnah und flächendeckend sowohl den aktuellen Anteil erkrankter Personen mit ARE-Symptomatik festzustellen als auch die aktuell vorherrschenden Erreger zu identifizieren. Durch die kleinräumigen Auswertungen 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 des NLGA besteht aus zwei Modulen, der Labor- Surveillance und der Erfassung des ARE-Krankenstands in vorschulischen Kindertageseinrichtungen (Kitas).

Labor- Surveillance

Bei der Labor-Surveillance werden durch Laboruntersuchungen relevante virale Erreger von ARE identifiziert. Dazu werden in 42 Einrichtungen, bei denen es sich um ausgewählte Arztpraxen (überwiegend Kinderarztpraxen und Praxen der Allgemeinmedizin), betriebsmedizinische Einrichtungen und Krankenhäuser in Niedersachsen handelt (Abb. 1), bei Patientinnen und Patienten mit Anzeichen einer Atemwegserkrankung, Rachen- oder Nasenabstriche entnommen. Die Abstrichproben 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 *Mycoplasma pneumoniae*) untersucht. Die Testungen erfolgen molekularbiologisch mittels PCR. Zudem werden auf Zellkulturen ggf. Virusisolate gewonnen, die eine weitere Differenzierung (Enteroviren, Influenzaviren) erlauben. Der Berichtszeitraum umfasst die 27. Kalenderwoche (KW) 2025 bis 26. KW 2026.



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

* Gemeint sind alle 44 niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städten und die Region Hannover. Der Landkreis und die 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) durch ARE bedingte Krankenstände in Kitas erfasst.

In den 360 teilnehmenden Kitas (Abb. 2) aus 37 LK werden rund 27 500 Kinder betreut. Von allen ca. 230 000 Kindern in Niedersachsen zwischen 3 und 6 Jahren werden somit ungefähr 12 % mit der ARE-Surveillance erfasst (Bevölkerung 2024).

Für die Bestimmung des ARE-Krankenstandes erfolgt einmal wöchentlich eine Meldung der Kitas zu aktuell an ARE erkrankten Kindern (wegen ARE fehlende Kinder und Kinder, die trotz deutlicher ARE-Symptomatik die Einrichtung besuchen). Die von den teilnehmenden Kitas ermittelte Anzahl erkrankter Kinder wird an das jeweils zuständige Gesundheitsamt 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 Festlegung von ARE-Aktivitätsstufen werden

jährlich aus allen wochenweise erhobenen ARE-Krankenständen der vier vorhergehenden Saisons für jeden Landkreis Perzentilen berechnet. Für die Berechnung der Schwellenwerte für die Saison 2025/2026 wurden die Daten der Saisons 2021/2022 bis 2024/2025 verwendet. Die landkreisspezifisch berechneten Schwellenwerte ermöglichen eine übersichtliche Darstellung des Saisonverlaufs für jeden Landkreis separat. Ebenso werden aus den Daten aller Landkreise die wöchentlichen ARE-Krankenstände für Niedersachsen ermittelt und den entsprechend für Niedersachsen berechneten Aktivitätsstufen zugeordnet. Die Perzentilgrenzen für die fünf Aktivitätsstufen sind in Tabelle 1 dargestellt.

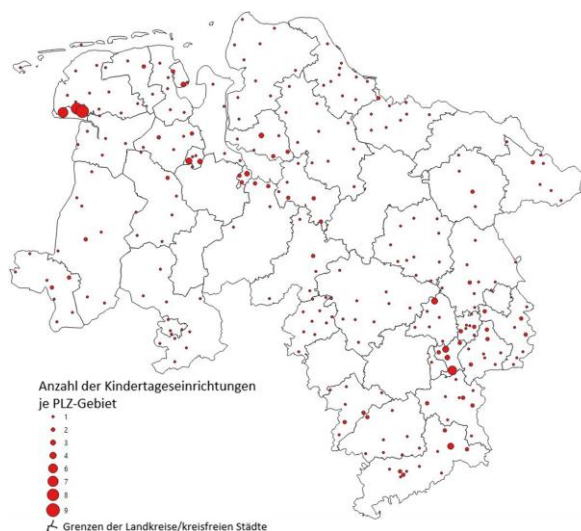


Abb. 2: Standorte der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen in Niedersachsen nach PLZ

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

Labor- Surveillance

Im Zeitraum Juli 2025 (KW 27) bis Juni 2026 (KW 26) wurden insgesamt 3388 Rachenabstrichproben auf Erreger von ARE untersucht. Bei den viralen Erregern handelt es sich um Adeno-, Boca-, Influenza-, Metapneumo-, Parainfluenza-, Rhino-/Entero-, Respiratory syncytial- (RSV), saisonale Corona- und SARS-Coronaviren-2, bei den bakteriellen um Chlamydophila pneumoniae und Mykoplasma pneumoniae (Tab. 2). In 65 % der Proben konnte mindestens ein Erreger nachgewiesen werden.

Tab. 2: Überblick über die Erregernachweise der Saison 2025/2026 (27. KW 2025 – 26. KW 2026), Nachweise mittels Polymerasekettenreaktion (PCR)

Erreger	Anzahl der Nachweise
Adenovirus	173
Bocavirus	133
Influenzavirus A	425
Influenzavirus B	4
Metapneumovirus	109
Parainfluenzavirus	192
Rhino-/Enterovirus	835
RS-Virus	262
Saisonales Coronavirus	157
SARS-CoV-2	206
Chlamydophila pneumoniae	20
Mykoplasma pneumoniae	18
Gesamtzahl der Nachweise	2534
Gesamtzahl der Proben	3388
Proben mit Nachweis(en)	2188
Nachweise/Gesamtproben	65 %

Influenzaviren

Die Influenza-Epidemie 2025/2026 zeigte bezogen auf die Influenza-Nachweisrate eine geringere Ausprägung als die der Saison 2024/2025. Die Anzahl der Influenzavirus-Nachweise lag nur bei wenig mehr als der Hälfte (59 %) der vorangehenden Saison. Die Positivrate erreichte im gesamten betrachteten Zeitraum maximal 39 % im Gegensatz zur Saison 2024/2025 mit 52 %. Die epidemische Phase mit Positivraten >20 % reichte von der 50. KW 2025 bis zur 9. KW 2026 und dauerte damit etwa gleich lang an wie die der vorangehenden Saison (1. bis 13. KW).

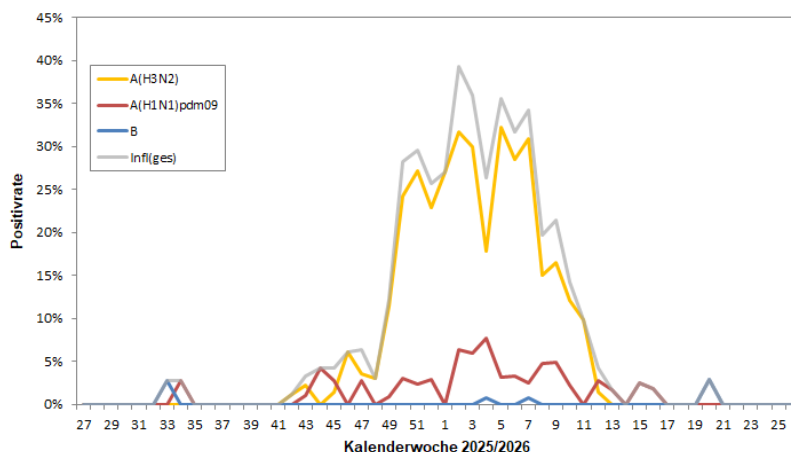


Abb. 3: Influenzanachweise differenziert nach (Sub-)Typ

Im gesamten Saisonverlauf 2025/2026 lag die höchste Influenza-Positivrate bei 39 % in der 2. KW 2026. Der erste Influenzanachweis war bereits in der 33. KW 2025 zu verzeichnen. Der letzte Influenzanachweis (Influenza B) der Saison trat in der 20. KW 2026 auf (Abb. 3). Positivraten > 5 % wurden durchgehend von der 49. KW 2025 bis zur 11. KW 2026 beobachtet, wurden aber auch bereits in der 46. und 47. KW 2025 erreicht.

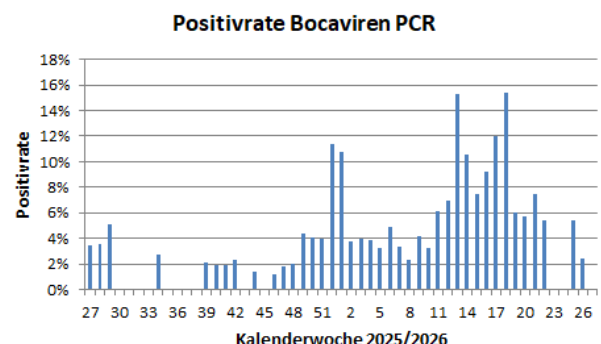
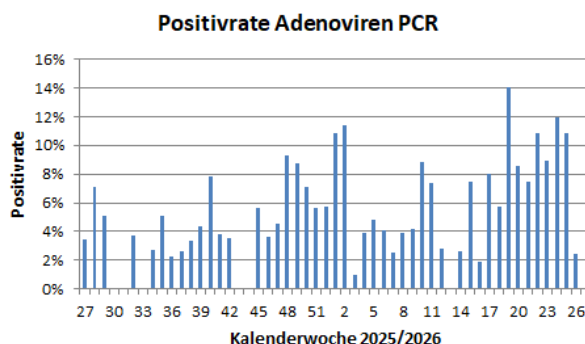
Über die gesamte Saison konnte von 429 Influenza-positiv getesteten Abstrichen 425-mal (98,6 %) Influenza A und 4-mal (1,4 %) Influenza B nachgewiesen werden. Bei den nachgewiesenen, typisierten Influenza A-Viren handelte es sich weit überwiegend um den Influenza-Subtyp A(H3N2) (84 %), auf den Subtyp A(H1N1)pdm09 entfielen 16 %. Damit war im Gegensatz zur Saison 2024/2025 der Subtyp A(H3N2) vorherrschend. Influenza B blieb fast komplett im Hintergrund. Über die Anzucht auf Zellkulturen gelang 222-mal die Isolierung von Influenzaviren (221-mal Influenza A, 1-mal Influenza B). Eine Auswahl dieser Isolate wurde dem Nationalen Referenzzentrum zur weiteren Charakterisierung übersandt. Dabei wurden vornehmlich Influenza-A(H3N2)/Croatia/10136RV/2023-like Varianten identifiziert (68,5 %), gefolgt von Influenza-A(H1N1)/Victoria/4897/2022-like (28,5 %) und Influenza-A(H3N2)/Thailand/8/2022-like (3 %) Varianten.

Bei allen Komponenten des Impfstoffs der Saison 2025/2026 gab es für die Saison 2026/2027 Auswechslungen. Folgende Virusstämme sind empfohlen:

- A/Missouri/11/2025 (H1N1) pdm09 - like Stamm
- A/Darwin/1454/2025 (H3N2) - like Stamm
- B/Tokyo/EIS13-175/2025 - like Stamm (Victoria-Linie) für Hühnerei-Impfstoffe
- B/Pennsylvania/14/2025 - like Stamm (Victoria-Linie) für Zellkultur-Impfstoffe

Weitere Erreger

Bei den weiteren nachgewiesenen Erregern handelte es sich im Wesentlichen um Rhino-/Entero-, RS- und Parainfluenzaviren sowie SARS-CoV-2 (Tab. 2, Abb. 4). In geringerer Zahl konnten im gesamten Saisonverlauf auch die übrigen untersuchten Erreger gefunden werden, wobei Chlamydophila pneumoniae und Mykoplasmen die geringsten Nachweisraten 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- und Parainfluenzaviren eine geringere Ausprägung der Nachweise in dieser Zeit als in den übrigen Monaten des Jahres. Adenoviren zeigten keine wesentlichen saisonalen Schwankungen. Die SARS-CoV-2 Positivrate erreichte ihr Maximum in KW 49 mit 25 %. SARS-CoV-2-Nachweise traten nach dem Jahreswechsel kaum mehr auf. Nach mehreren Saisons mit hohem Anteil von Mykoplasmenachweisen (2023/2024, 2024/2025) waren diese Erreger in der zurückliegenden Saison nur sporadisch zu beobachten. Die RS-Virus-Aktivität zeigte ihren Gipfel in der 10. KW. Im Vergleich zur Saison 2024/2025 mit einer maximalen Positivrate von 20 % fiel die RS-Virus-Positivrate in der Berichtssaison mit einem Maximum von 29 % geringfügig stärker aus. Die Anzahl der RS-Virusnachweise lag auf dem Niveau der Vorsaison. RS-Viren der Subgruppe A waren mit einem Anteil von 53 % etwas stärker vertreten als die der Subgruppe B. Insgesamt wurden Influenza- und Metapneumoviren sowie Chlamydophila pneumoniae und Mykoplasmen in geringerem, alle anderen Erreger in höherem Maß nachgewiesen als in der vorhergehenden Saison.



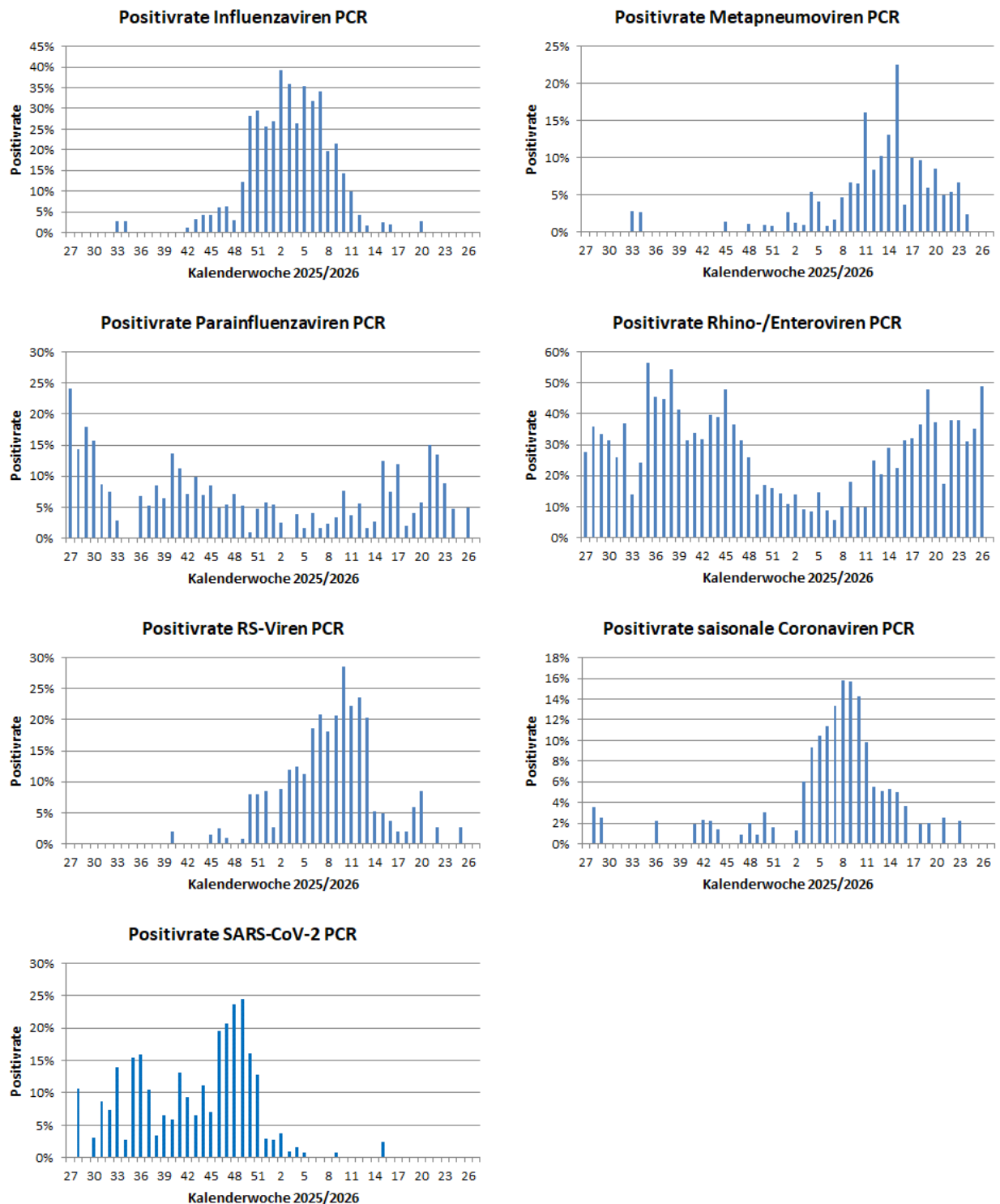


Abb. 4: Erregernachweise durch die PCR nach Kalenderwochen 2025/2026 (27. KW 2025 – 26. KW 2026) Zur besseren Lesbarkeit der Grafiken wurde die Skalierung individuell angepasst.

ARE-Aktivität

In der Saison 2025/2026 stieg die ARE-Aktivität ab KW 46 an. Damit begann der Anstieg etwas später als in der Vorsaison 2024/2025, in der die ARE-Aktivität bereits ab KW 43 anstieg. Ihren Höhepunkt erreichte die ARE-Aktivität in den niedersächsischen Landkreisen in den Kalenderwochen 5 bis 8. So meldeten in der 8. KW 33 % der LK eine sehr hohe und 22 % eine hohe ARE-Aktivität. Dabei variierte das ARE-Aktivitätsniveau zum Teil zwischen verschiedenen Landesteilen. In diesen vier Wochen wurde für Niedersachsen insgesamt

eine 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.

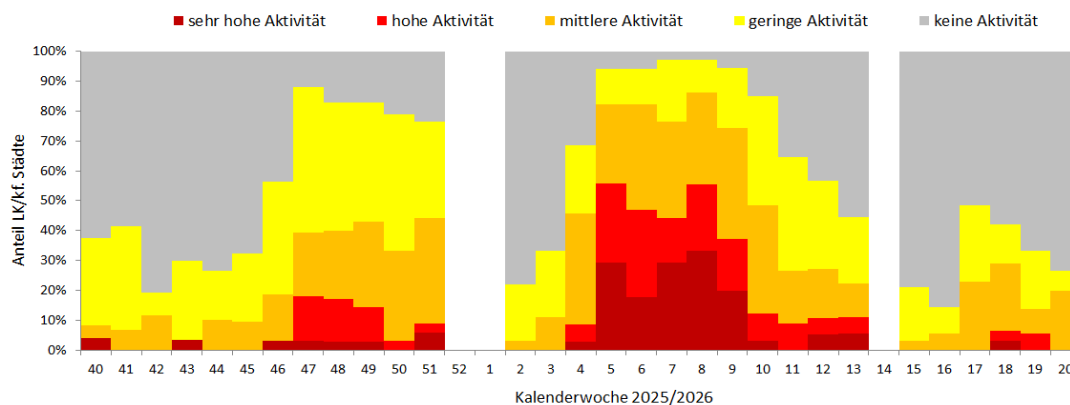


Abb. 5: ARE-Aktivität im zeitlichen Verlauf, Saison 2025/2026, Anteil an den teilnehmenden LK in Prozent. Weiße Bereiche symbolisieren das ferien- und feiertagsbedingte Aussetzen der Surveillance.

In Abbildung 6 sind exemplarisch die ARE-Aktivitätskarten einiger ausgewählter Kalenderwochen dargestellt.

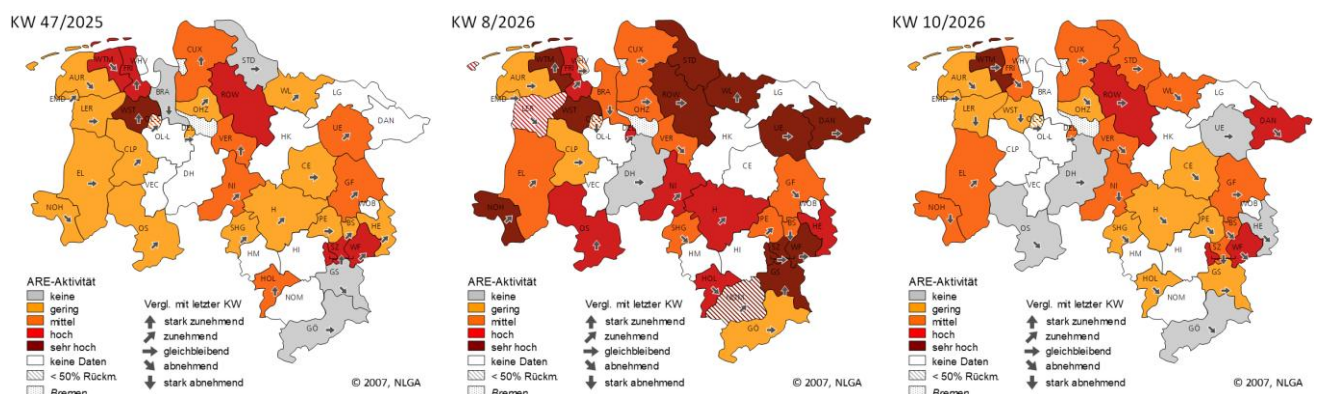


Abb. 6: Verlauf der ARE-Aktivität nach Angaben zum ARE-bedingten Krankenstand in den Kindertageseinrichtungen für ausgewählte Kalenderwochen 2025 und 2026 in Niedersachsen

Ergebnisse aus dem Projekt „PanCHECK iN“

Einen weiteren Beitrag zur niedersächsischen ARE-Surveillance leistet die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) der AOK Niedersachsen aufgrund von akuten respiratorischen Erkrankungen. 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 gegebenenfalls bereits beim ersten Arztbesuch ein Covid-19-Test durchgeführt wird, kann ein entsprechendes Ergebnis bereits auf der Erst-AU angegeben werden. Die Ergebnisse labordiagnostischer Untersuchungen zu anderen Erregern stehen meistens erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung und sind deshalb in der Regel erst auf einer Folgebescheinigung vermerkt. In der Saison 2025/2026 war der Anteil der KGbM, die aufgrund einer COVID-19 Erkrankung eine AU erhielten, über die gesamte Saison sehr gering. Lediglich im Zeitraum zwischen der 36.

und 50. KW 2025 war eine Häufung zu erkennen. Dies stimmt mit den Ergebnissen der Labor-Surveillance überein (s. o.).

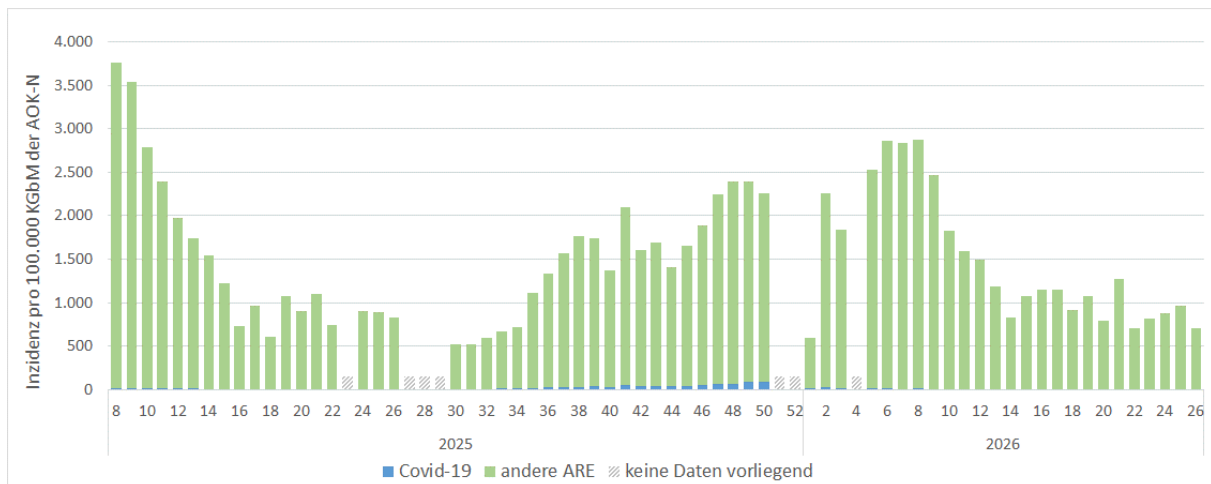


Abb. 7: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wegen Covid-19 und anderer ARE von KW 8/2025 bis KW 26/2026

Zahlen aus dem IfSG-Meldewesen

Zwischen der 27. KW 2025 und der 26. KW 2026 wurden insgesamt 16 390 laborbestätigte Influenzafälle (Vorsaison: 28 715) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der Labor-Surveillance identifizierten Fälle enthalten. In 97 % der übermittelten Influenzafälle erfolgte eine Differenzierung des Influenza-(Sub)-Typs. Der Anteil von Influenza B an allen differenzierten Viren betrug 1 % (Vorsaison 36 %). Eine Subtypisierung des Influenza A Typs erfolgte in 4 % aller Influenza A-Nachweise. Von allen subtypisierten Influenza A-Nachweisen entfielen 70 % auf Influenza A(H3N2) und 30 % auf Influenza A(H1N1)pdm09. 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 137 durch Laboruntersuchungen bestätigte Influenza-Todesfälle übermittelt (Vorsaison: 145) (Stand 05.08.2026).

Zwischen der 27. KW 2025 und der 26. KW 2026 wurden insgesamt 9 235 laborbestätigte SARS-CoV-2-Fälle (Vorsaison: 16 503) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der Labor-Surveillance identifizierten Fälle enthalten. Es wurden 94 durch Laboruntersuchungen bestätigte SARS-CoV-2-Todesfälle übermittelt (Vorsaison: 252) (Stand 05.08.2026).

Zwischen der 27. KW 2025 und der 26. KW 2026 wurden insgesamt 4 607 laborbestätigte RSV-Fälle gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt (Vorsaison: 4 778). Darin sind auch die im Rahmen der Labor-Surveillance identifizierten Fälle enthalten. Es wurden 23 durch Laboruntersuchungen bestätigte RSV-Todesfälle übermittelt (Vorsaison: 10) (Stand 05.08.2026).

Bewertung

Saisonvergleich mit den Vorjahren

Um Besonderheiten bzw. Abweichungen vom typischen saisonalen Verlauf zu erkennen, wird ein Vergleich der Entwicklungen der ARE-Saison 2025/2026 mit vorherigen Saisons durchgeführt. Dies ist möglich, da die ARE-Surveillance in Niedersachsen inzwischen über 19 Saisons erfolgreich durchgeführt wurde.

Labor-Surveillance

Viren mit einer hohen Infektionsrate hinterlassen in der Regel eine hohe variantenspezifische Bevölkerungsimmunität. In diesem Zusammenhang ist eine Betrachtung der in den

vergangenen 10 Saisons aufgetretenen Subtyp-Varianten von Interesse (Abb. 8). Das in der Saison 2024/2025 vorherrschende Influenza B Virus konnte in der aktuellen Saison 2025/2026 kaum nachgewiesen werden. Auch der Influenza-Subtyp A/H1N1 trat in der aktuellen Saison 2025/2026 deutlich seltener auf als in der Vorsaison. Der in der Saison 2025/2026 am häufigsten nachgewiesene Influenza Subtyp A/H3N2 war zuletzt in den Saisons 2022/2023 und 2016/2017 vorherrschend.

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

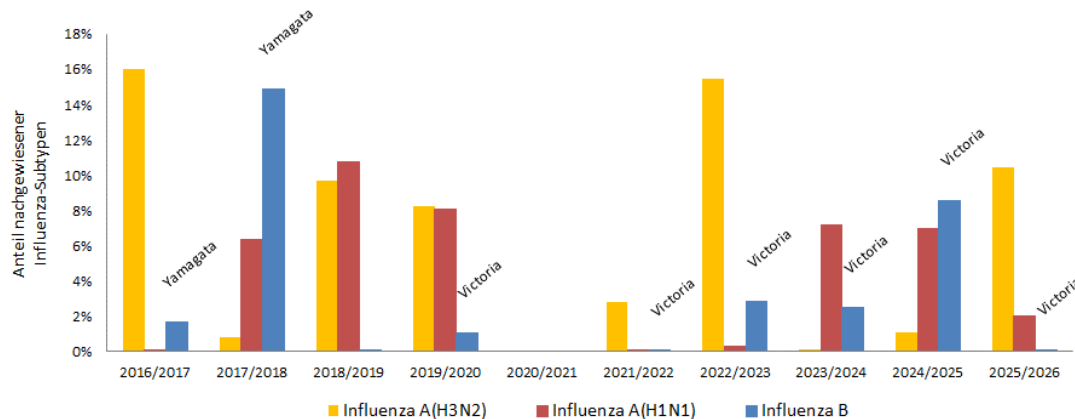


Abb. 8: Anteil der auf den jeweiligen Influenza(sub-)typ positiv getesteten Abstriche von allen im Rahmen der ARE-Surveillance untersuchten Abstrichen KW 27 bis KW 26 der jeweiligen Saison. Die vorherrschende Influenza B-Linie ist aus den Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza des Robert Koch-Instituts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

ARE-Krankenstand

Abbildung 9 vergleicht den Verlauf der Saison 2025/2026 in Bezug auf den ARE-Krankenstand mit den Vorsaisons, sodass eine Bewertung und Einordnung möglich sind.

Der ARE-Krankenstand in Niedersachsen, der aus den Daten aller am Kita-Modul teilnehmenden Kitas berechnet wird, war zu Beginn der Saison 2025/2026 zunächst niedriger als in den vorhergehenden Saisons. Erst nach dem Jahreswechsel stieg dieser deutlich an, lag jedoch bis zur 4. KW noch leicht unter den Vorjahreswerten. Von der 5. KW bis zur 8. KW erreichte der Krankenstand seinen Höchststand, der nahezu unverändert bei 20 % lag. Zu diesem Zeitpunkt überstieg er damit die Werte der Saisons 2022/2023 und 2023/2024. In der Saison 2025/2026 lag das Maximum der ARE-Aktivität bei etwa 21 % und damit nur leicht unter dem Maximum der Saison 2024/2025. Zum Ende der Berichtssaison 2026 ging der Krankenstand auf 10 % in KW 16 zurück. In KW 17 stieg der ARE-Krankenstand noch einmal leicht bis auf 12 % an, nahm dann kontinuierlich bis zum Berichtsende in KW 20 ab und verblieb auf einem ähnlichen Niveau wie in den Vorsaisons.

Die Saison 2025/2026 war durch einen verhältnismäßig geringen Krankenstand gekennzeichnet. Auch wenn es zu einem Anstieg in der zweiten Saisonhälfte kam, lagen die ARE-Krankenstandswerte fast durchgehend unter dem Niveau der Vorsaison.

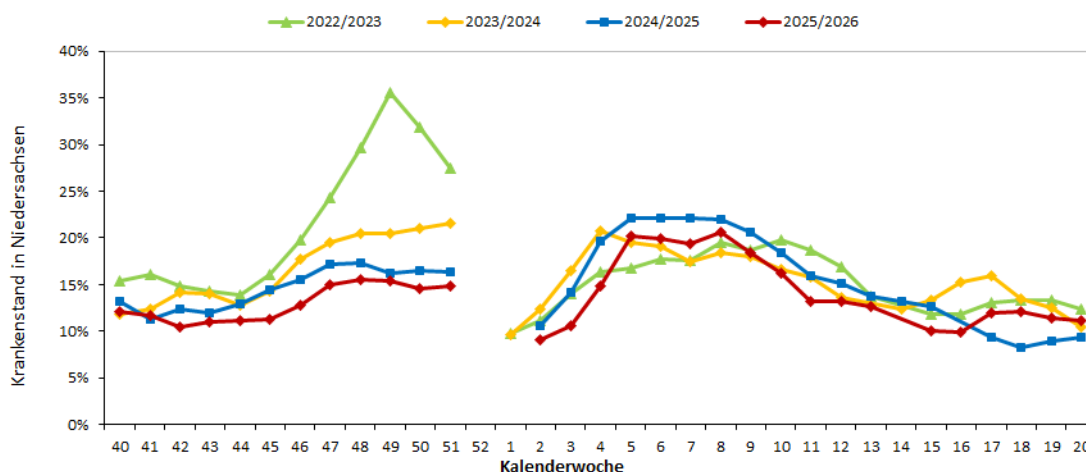


Abb. 9: ARE-Krankenstand der letzten vier Saisons aller teilnehmenden Kitas in Niedersachsen, (40. KW-20. KW)

Zusammenschau der Module

Es wird davon ausgegangen, dass sowohl die erhobenen Krankenstandsdaten als auch die Ergebnisse der Labor- Surveillance für die jeweilige Zielpopulation eine hinreichende Repräsentativität aufweisen, obwohl die Populationen nicht exakt übereinstimmen. Somit lassen sich die Ergebnisse beider Module sinnvoll in der Zusammenschau betrachten.

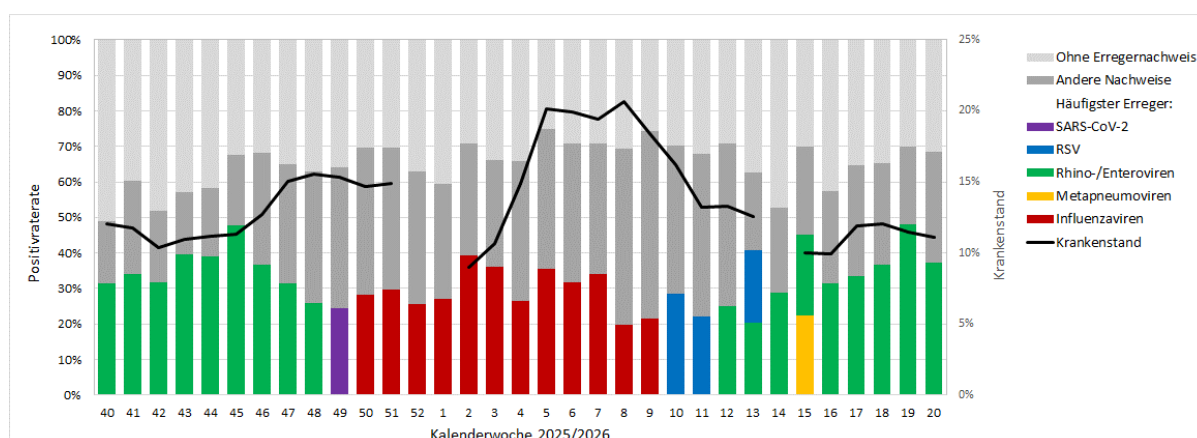


Abb. 10: ARE-Krankenstand (schwarze Linie), Anteile der Erregernachweise aus den Daten des Labormoduls, Darstellung des häufigsten Erregers je Kalenderwoche, Niedersachsen 2025/2026

In der gemeinsamen Darstellung der ARE-Krankenstände in den teilnehmenden Kitas und der wöchentlich am häufigsten nachgewiesenen Erreger der Labor-Surveillance 2025/2026 (Abb. 10), zeigt sich, dass zum Beginn der Saison Rhino-/Enteroviren das Infektionsgeschehen dominierten. In KW 49/2025 dominierten SARS-CoV2-Nachweise das Infektionsgeschehen und nach dem Jahreswechsel fiel eine hohe Influenzaviren-Aktivität mit dem Beginn eines Zeitraums hoher Krankenstände zusammen. In den KW 10 und 11/2026 dominierten RSV-Viren das Krankheitsgeschehen bei abnehmendem Krankenstand, während zum Ende der Saison wieder Rhino- und Enteroviren vorherrschten.

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 2004/2005 bis 2025/2026 sind in Abbildung 11 dargestellt.

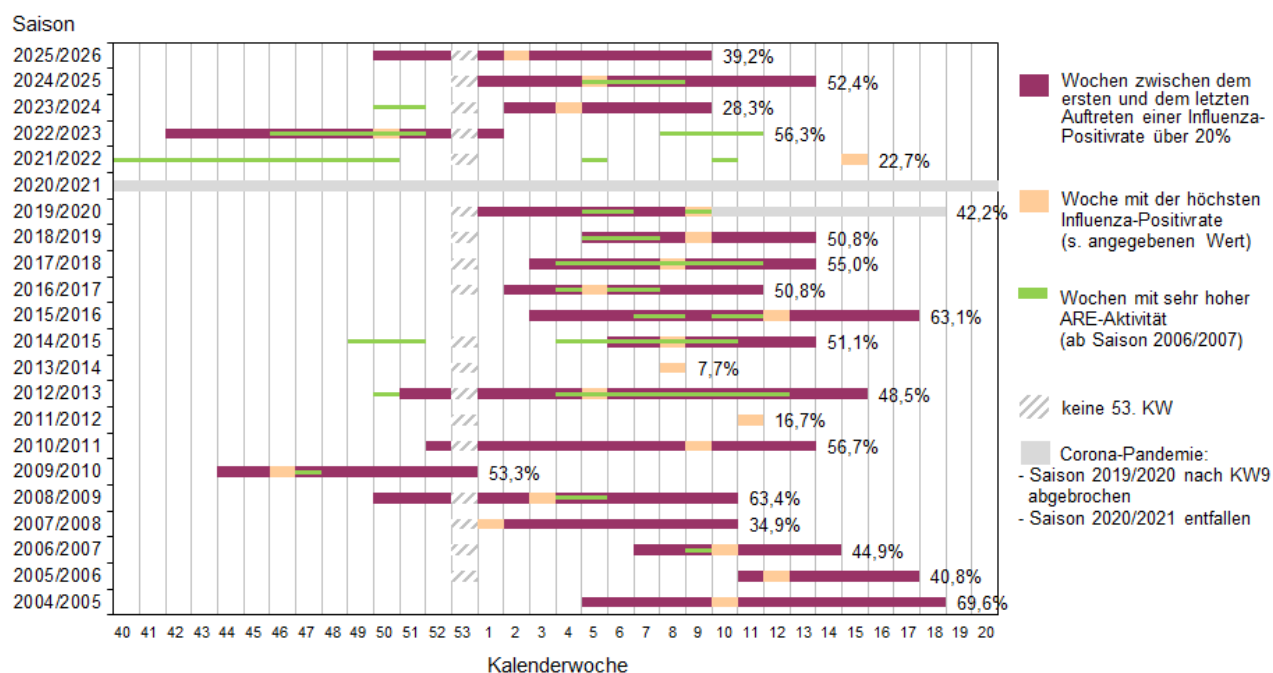


Abb. 11: Dauer der epidemischen Phase (Influenzapositivrate >20 %), maximale Influenza-Positivrate, Zeiträume mit sehr hoher ARE-Aktivität, 2004-2026

Es ist zu erkennen, dass die Woche mit der höchsten Influenza-Positivrate (Peak) in der Saison 2025/2026 in der 2. KW lag und somit ebenso wie in den Vorsaisons 2023/2024 (KW 4) und 2024/2025 (KW 5) der Peak nach dem Jahreswechsel stattgefunden hat. Der Beginn der epidemischen Phase fand in der Saison 2025/2026 bereits in der 50. KW 2025 statt und dauerte bis zur 10. KW 2026 an. Die Gesamtdauer der epidemischen Phase entsprach insgesamt in etwa der Länge der Vorsaison.

In der Saison 2025/2026 erstreckten sich die Wochen mit hoher ARE-Aktivität von der 5. bis zur 8. KW 2026. Wochen mit insgesamt sehr hoher ARE-Aktivität kamen nicht vor. Die Woche mit der höchsten Influenzapositivrate lag in KW 2/2026. Die Verläufe der ARE-Aktivität und der Influenza-Positivrate variieren je nach Saison erheblich, daher bleiben Vorhersagen zum Verlauf einer Grippewelle auch unter Berücksichtigung der langjährigen Surveillance- und Impfedaten mit großen Unsicherheiten behaftet.

ARE-Surveillance in anderen Bundesländern

Auch andere deutsche Bundesländer führen eine ARE-Surveillance durch. Durch die unterschiedliche Durchführung sind diese Systeme mehr oder weniger gut miteinander vergleichbar. In einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Bundesländer werden die Surveillance-Systeme fortlaufend optimiert. Zudem ermöglicht ein eng aufeinander abgestimmtes Vorgehen die Durchführung kooperativer Studien (z. B. Auswertungen zur Impfeffektivität).

Fazit

Die Influenzaaktivität der Saison 2025/2026 fiel etwas geringer aus als in der vorhergehenden Saison. Es zirkulierten überwiegend Influenza A- Viren des Subtyps H3N2. Die RS-Virus-Nachweise lagen auf dem Niveau der Vorsaison.

Die ARE-Krankenstände in den Niedersächsischen Kitas lagen in der Saison 2025/2026 weitestgehend unter den Werten der Saison 2024/2025. Wochen mit sehr hoher ARE-Aktivität kamen nicht vor. Die Höchstwerte aus der Saison 2022/2023 wurden zu keinem Zeitpunkt erreicht. Der Zeitraum der epidemischen Phase (Influenzapositivrate >20 %) von KW 50/2025 - KW 9/2026 begann und endete im Vergleich zur Vorsaison 2024/2025 früher.

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

Dr. J. Schneider (Tel.: 0511/4505 -268),
K. Graue (Tel.: 0511/4505 -245),
I. Holle (Tel.: 0511/4505 -273),
Dr. J. Dreesman (Tel.: 0511/4505 -200)

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