

Surveillance für akute respiratorische Erkrankungen in Niedersachsen

Jahresbericht Saison 2023/2024

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 (Kita).

Virologische Surveillance

Bei der virologischen Surveillance werden durch Laboruntersuchungen relevante virale Erreger von ARE identifiziert. Dazu werden in 40 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 3 bakterielle Erreger (*Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* und *Mycoplasma 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) 2023 bis 26. KW 2024.

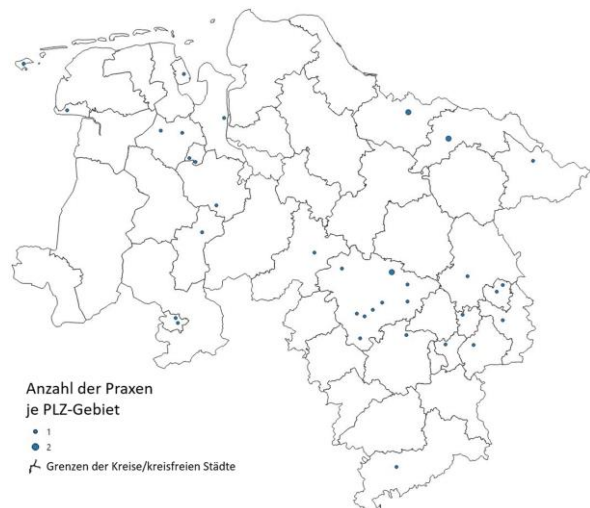


Abb. 1: Standorte der einsendenden Praxen
in Niedersachsen nach PLZ

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

ARE-Krankenstandserfassung

Kita 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 Kita erfasst.

In den 333 teilnehmenden Kita (Abb. 2) aus 35 von 44 LK werden rund 27 000 Kinder betreut. Von allen ca. 239 000 Kindern zwischen 3 und 6 Jahren in Niedersachsen werden damit ungefähr 11,3 % mit der ARE-Surveillance erfasst (Bevölkerung 2022).

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 ARE-Symptomatik die Kita besuchen). Die von den teilnehmenden Kita 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 Kita 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 2018/2019 bis 2019/2020 und 2021/2022 bis 2022/2023 verwendet. 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. 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

Virologische Surveillance

Im Zeitraum Juli 2023 (KW 27) bis Juni 2024 (KW 26) wurden insgesamt 3508 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 Chlamydophila pneumoniae, Legionella pneumophila und Mykoplasma pneumoniae (Tab. 2). In 67 % der Proben konnten ein oder mehrere Erreger nachgewiesen werden.

Tab. 2: Überblick über die Erregernachweise der Saison 2023/2024 (27. KW 2023 – 26. KW 2024), Nachweise mittels Polymerasekettenreaktion (PCR)

Erreger	Anzahl der Nachweise
Adenovirus	232
Bocavirus	139
Influenzavirus A	365
Influenzavirus B	87
Metapneumovirus	127
Parainfluenza	222
Rhino-/Enterovirus	753
RS-Virus	363
Saisonales Coronavirus	86
SARS-CoV-2	115
Chlamydophila pneumoniae	11
Legionella pneumophila	4
Mykoplasma pneumoniae	337
Gesamtzahl der Nachweise	2841
Gesamtzahl der Proben	3508
Proben mit Nachweis(en)	2343
Nachweise/Gesamtproben	67 %

Influenzaviren

Die Influenza-Epidemie 2023/2024 zeigte bezogen auf die Influenza-Nachweisrate eine schwächere Ausprägung als die der Saison 2022/2023. Die Positivrate erreichte über den gesamten betrachteten Zeitraum 13 % im Gegensatz zur Saison 2022/2023 mit 19 %. Die epidemische Phase mit Positivraten >20 % reichte von der 3. bis zur 9. KW 2024 und trat damit später auf als die der vorangehenden Saison (46. bis 2. KW). Über die

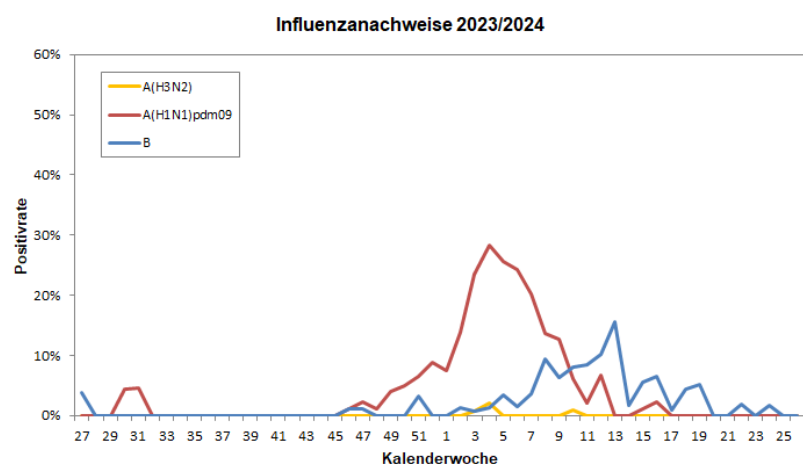


Abb. 3: Influenzanachweise differenziert nach (Sub-)Typ

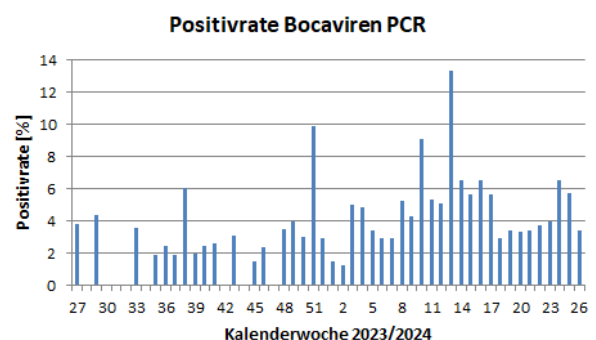
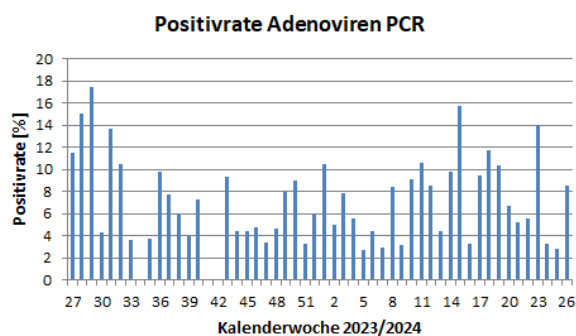
gesamte Saison konnte von 452 Influenza-positiv getesteten Abstrichen 365-mal (81 %) der Influenza-Subtyp A(H1N1), 5-mal (1 %) der Subtyp A(H3N2)pdm09 und 87-mal (19 %) Influenza B nachgewiesen werden. Im gesamten Saisonverlauf 2023/2024 lag die höchste Influenza-Positivrate bei 44 % in der 5. KW 2024. Der erste Influenzanachweis war bereits in der 27. KW 2023 zu verzeichnen. Positivraten > 5 % wurden durchgehend von der 50. KW 2023 bis zur 14. KW 2024 beobachtet, wurden aber auch danach noch in einzelnen Wochen erreicht. Der letzte Influenzanachweis (Influenza B) der Saison trat in der 24. KW auf

(Abb. 3). Influenza-B war insbesondere von der 5. bis zur 19. KW nachweisbar. Unter den Influenza-A-Nachweisen hatten die Influenza-A(H3N2)-Fälle einen Anteil von 1,4 %, die Influenza-A(H1N1)-Nachweise einen Anteil von 98,6 %. Damit haben sich die Anteile der beiden Subtypen im Vergleich zur vorhergehenden Saison umgekehrt. Über die Anzucht auf Zellkulturen gelang 207-mal die Isolierung von Influenzaviren (152-mal Influenza A, 55-mal Influenza B). Eine Auswahl dieser Isolate wurde dem Nationalen Referenzzentrum zur weiteren Charakterisierung übersandt. Dabei wurden hauptsächlich Influenza-A(H1N1)/Sydney/5/2021- like Varianten identifiziert (44,7 %), gefolgt von Influenza-A(H1N1)/Victoria/4897/2022- like (18,7 %) sowie Influenza-A(H3N2)/Darwin/9/2021- like Varianten. Die Influenza-B-Isolate wurden als Influenza-B/Austria/1359417/2021 (Victoria-Linie) typisiert. Bei den Influenza A(H1N1)- sowie den A(H3N2)-Komponenten des Impfstoffs der Saison 2023/2024 gab es für die Saison 2024/2025 Auswechslungen. Folgende Virusstämme sind aktuell 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/Thailand/8/2022 (H3N2) - like Stamm für Hühnerei-Impfstoffe, ein A/Massachusetts/18/2022 (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 saisonalen Coronaviren die geringste Nachweisrate hatten. Neben Influenzaviren zeigten auch RS-, saisonale Corona- und SARS-Coronavirus-2 eine starke Nachweishäufung in den Herbst- bzw. Wintermonaten. Demgegenüber gab es bei Rhino-/Entero-, Parainfluenza- und Metapneumoviren eine geringere Ausprägung der Nachweise in dieser Zeit als in den übrigen Monaten des Jahres. Adeno- und Bocaviren sowie Mykoplasmen zeigten keine ausgeprägten saisonalen Schwankungen. Stark auffällig ist die hohe Zahl der Mykoplasmenachweise in der zurückliegenden Saison. Im Rahmen der Surveillance wurde bereits seit März 2021 auf diese Erreger untersucht. Nennenswerte Nachweiszahlen wurde erst seit August 2023 registriert. Die RS-Virus-Aktivität zeigte ihren Gipfel in der 52. KW. Im Vergleich zur Saison 2021/2022 mit 17,9 % und der Saison 2022/2023 mit 11,7 % fiel die RS-Virus-Positivrate in Berichtssaison mit einem Maximum von 59,5 % deutlich stärker aus. RS-Viren der Subgruppe A waren mit einem Anteil von 94 % (Saison 2022/2023 13 %) deutlich stärker vertreten als die der Subgruppe B. Insgesamt wurden Bocaviren in stärkerem, Adeno- und saisonale Coronaviren in geringerem Maß nachgewiesen als in der vorhergehenden Saison. Die Sars-CoV-2 Positivrate erreichte ihr Maximum in KW 44 mit ca. 20 %.



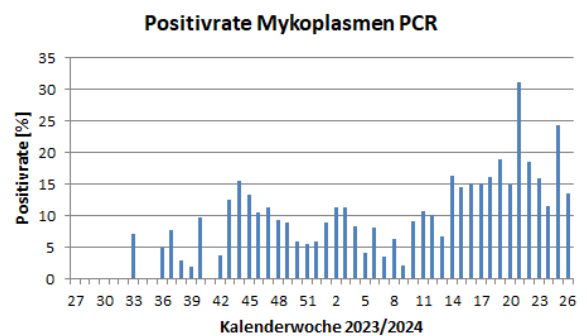
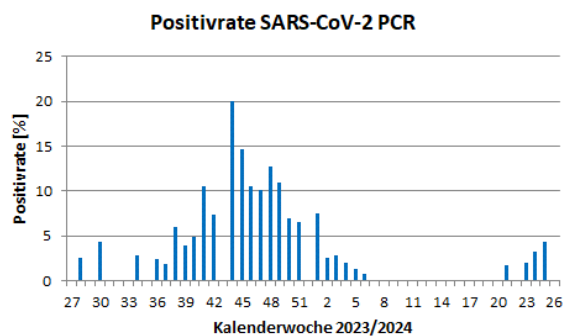
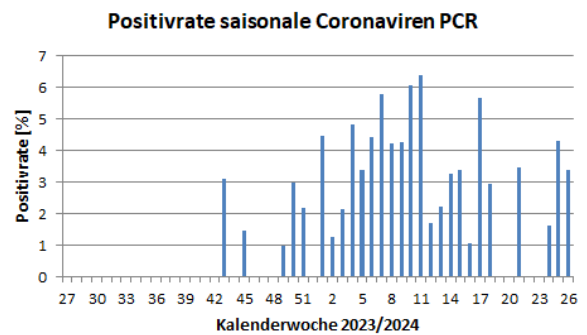
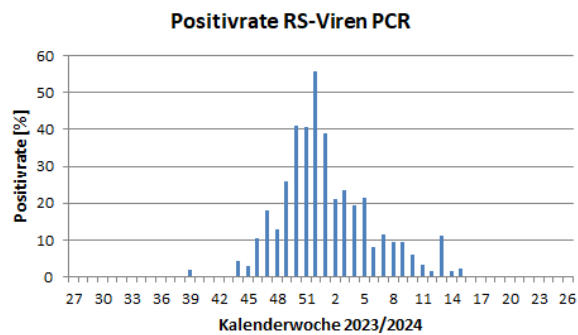
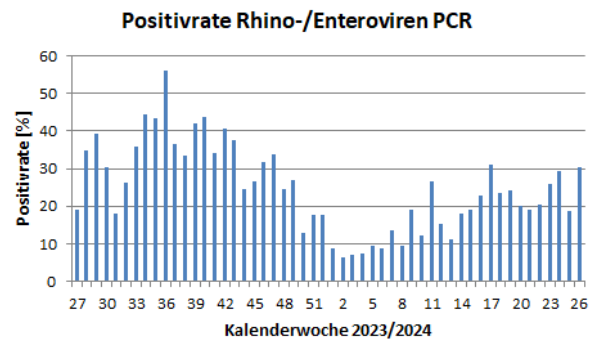
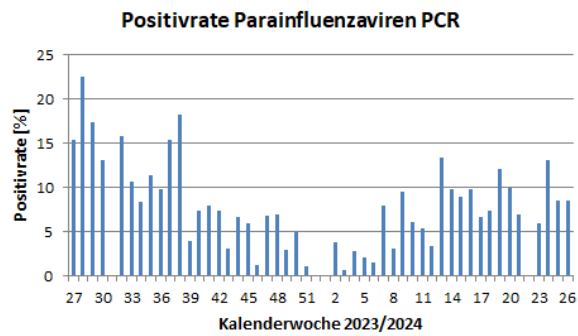
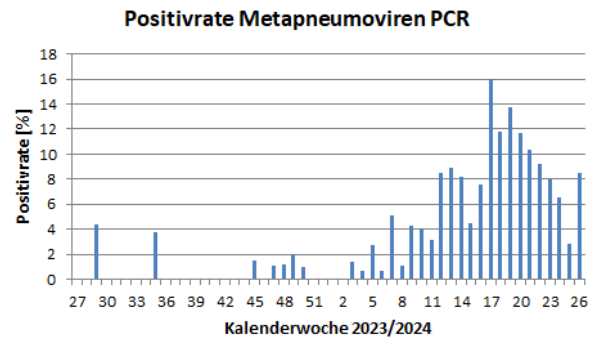
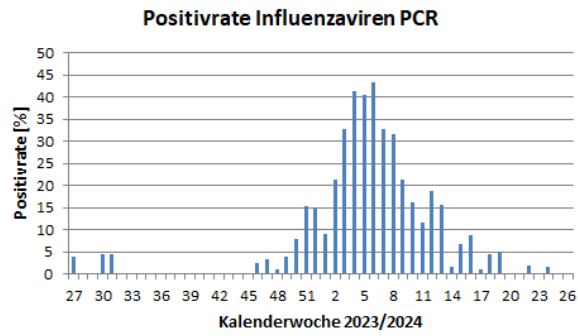


Abb. 4: Virusnachweise durch die PCR nach Kalenderwochen 2023/2024 (27. KW 2023 – 26. KW 2024)
Zur besseren Lesbarkeit der Grafiken wurde die Skalierung individuell angepasst.

ARE-Aktivität

Die ARE-Aktivität war in der Saison 2023/2024 bereits vor den Weihnachtssferien sehr hoch (Abb. 5). So wurde ihr Höhepunkt schon in der 51. KW 2023 erreicht. In dieser Woche berichteten 81 % der LK eine hohe oder sehr hohe ARE-Aktivität. Das Maximum lag damit unter dem Maximum der vorhergehenden Saison, in der in der 48. KW 2022 alle LK eine sehr hohe ARE-Aktivität zeigten. In schwachen ARE-Saisons, z. B. 2013/2014 berichteten maximal 25 % der LK eine sehr hohe ARE-Aktivität.

Insgesamt war die ARE-Aktivität während der gesamten Saison 2023/2024 deutlich schwächer als in der vorhergehenden Saison.

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

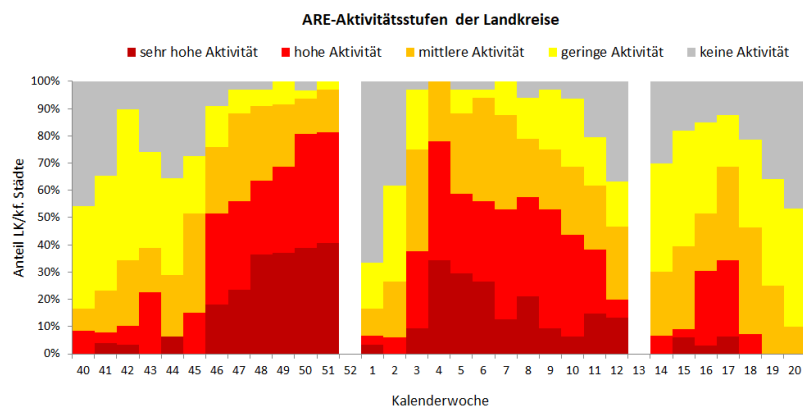


Abb. 5: ARE-Aktivität im zeitlichen Verlauf, Saison 2023/2024, Anteil an den teilnehmenden LK in Prozent. Weiße Bereiche symbolisieren das ferien- und feiertagsbedingte Aussetzen der Surveillance.

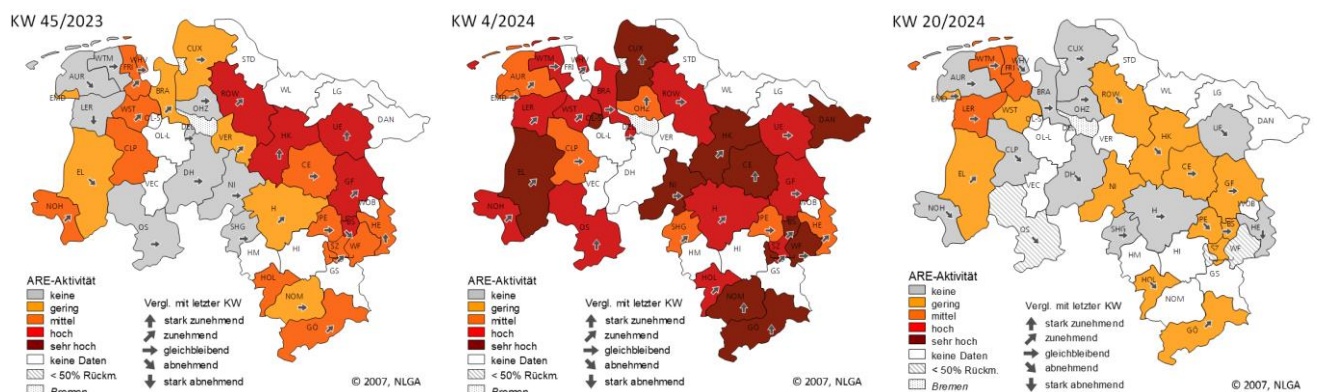


Abb. 6: Verlauf der ARE-Aktivität nach Angaben zum ARE-bedingten Krankenstand in den Kindertageseinrichtungen für ausgewählte Kalenderwochen 2023 und 2024 in Niedersachsen

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 in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Verfügung und können deshalb erst auf einer Folgebescheinigung vermerkt werden.

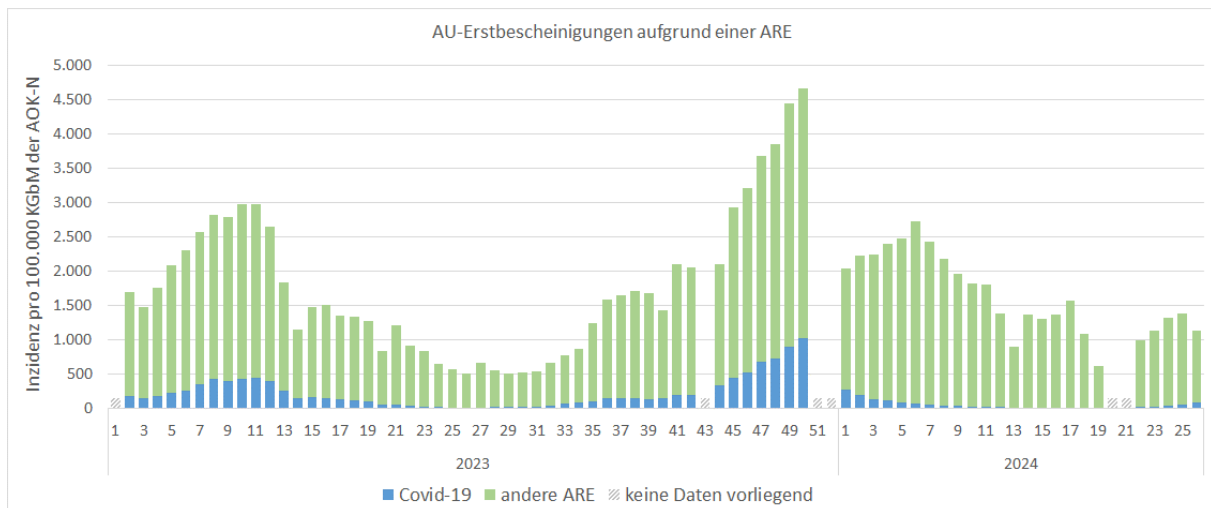


Abb. 7: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wegen Covid-19 und anderer ARE von KW 1/2023 bis KW 26/2024

Zahlen aus dem IfSG-Meldewesen

Zwischen der 27. KW 2023 und der 26. KW 2024 wurden insgesamt 12.916 laborbestätigte Influenzafälle (Vorsaison: 18.943) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der virologischen Surveillance identifizierten Fälle enthalten. In 95 % der übermittelten Fälle erfolgte eine Differenzierung des Influenza-(Sub)-Typs. Der Anteil von Influenza B an allen differenzierten Viren betrug 10 % (Vorsaison 10 %). Eine Subtypisierung des Influenza A Typs erfolgte in 10 % aller Influenza A-Nachweise. Von diesen entfielen 98 % auf Influenza A(H1N1)pdm09 und 2 % 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 54 durch Laboruntersuchungen bestätigte Influenza-Todesfälle übermittelt (Vorsaison: 81) (Stand 31.07.2024).

Zwischen der 27. KW 2023 und der 26. KW 2024 wurden insgesamt 33.403 laborbestätigte SARS-CoV-2-Fälle (Vorsaison: 1.199.387) gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) an das NLGA übermittelt. Darin sind auch die im Rahmen der virologischen Surveillance identifizierten Fälle enthalten.

Es wurden 621 durch Laboruntersuchungen bestätigte SARS-CoV-2-Todesfälle übermittelt (Vorsaison: 2.901) (Stand 31.07.2024).

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 2022/2023 vorherrschende Influenza-Subtyp A/H3N2 trat in der aktuellen Saison 2023/2024 in nur sehr geringem Maße auf. Der vorherrschende Subtyp in der aktuellen Saison (A/H1N1) war in der vorhergehenden Saison demgegenüber sehr wenig nachweisbar.

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

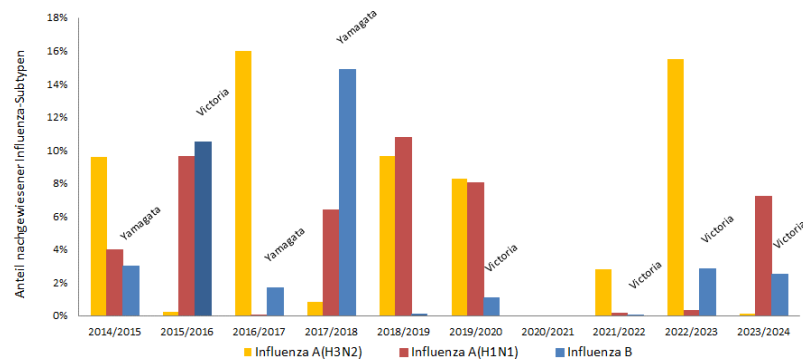


Abb. 8: Anteil der auf den jeweiligen Influenztyp positiv getesteten Abstriche von allen im Rahmen der ARE-Surveillance untersuchten Abstrichen KW 27 bis KW 26 der jeweiligen Saison.

Die vorherrschende Influenza B-Linie (mindestens 80 % der subtypisierten Influenza B-Nachweise) 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 2023/2024 bewertet und eingeordnet werden (Abb. 9). Die Saison 2020/2021 ist in dieser Darstellung nicht enthalten, da die ARE-Surveillance aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie und den damit verbundenen Lockdowns und Kitaschließungen vorzeitig in der 50. KW 2020 beendet wurde.

Der Krankenstand in

Niedersachsen, der aus den Daten aller teilnehmenden Kita berechnet wird, war zu Beginn der Saison 2023/24 zunächst niedriger als in den beiden vorhergehenden Saisons, überstieg jedoch ab der 44. KW 2023 die Werte der Saison 2021/2023 und erreichte das Maximum in der 51. KW 2023 mit 21 %. Die extrem hohen Werte der Saison 2022/2023 wurden bei Weitem nicht erreicht. Nach dem für den Jahreswechsel typischen Rückgang in der 1. KW 2024 stieg der Krankenstand bis zur 4. KW noch einmal auf knapp 21 % an. Im weiteren Verlauf sank er unter die Werte der beiden Vorsaisons (12. KW). Kurz vor dem Ende der Saison war auch in den beiden Vorsaisons noch einmal ein Anstieg zu beobachten. In der Saison 2023/2024 fiel dieser jedoch deutlich höher aus mit einem Maximum von 16 % in der 17. KW. Anschließend stellten sich dann die als Hintergrundaktivität anzusehenden ARE-

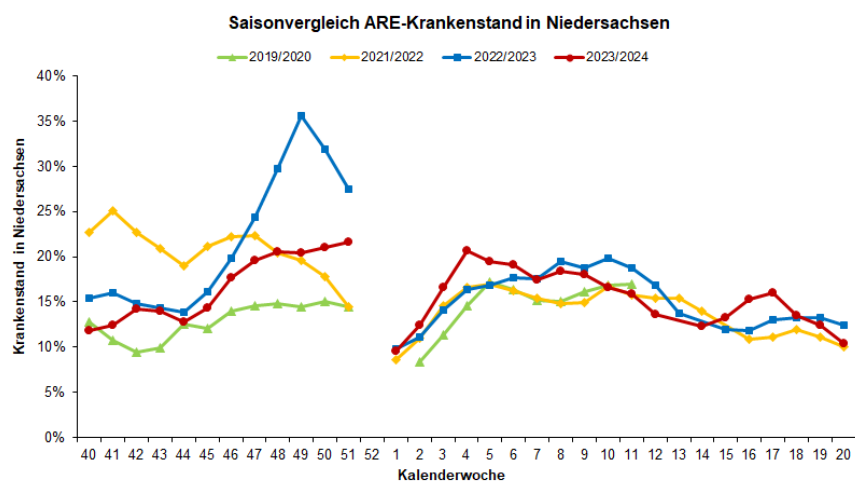


Abb. 9: ARE-Krankenstand der letzten vier Saisons (ohne 2020/2021) aller teilnehmenden Kita in Niedersachsen, (40. KW-20. KW)

Krankenstandswerte ein. Die aktuelle Saison 2023/2024 war durch hohe ARE-Krankenstände gekennzeichnet, die deutlichen Peaks der Vorsaisons wurden jedoch nicht erreicht.

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 2023/2024, dass zum Beginn der Saison Rhino-/Enteroviren das Geschehen dominierten. Daran anschließend fiel das Maximum der RS-Viren-Aktivität (51. KW) mit dem Maximum des Krankenstandes zusammen. Nach dem Jahreswechsel (4. KW) erreichte die Influenza-Aktivität zusammen mit dem zweiten Peak des Krankenstandes ihr Maximum. Während des letzten Anstiegs des Krankenstandes waren wieder Rhino-/Enteroviren vorherrschend.

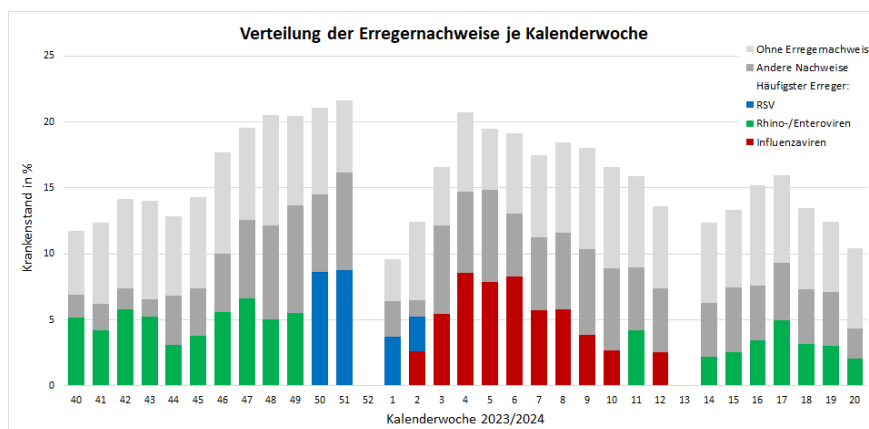


Abb. 10: ARE-Krankenstand (Säulenhöhe), Anteile der Erregernachweise aus den Daten des virologischen Moduls, Darstellung des häufigsten Erregers je Kalenderwoche, Niedersachsen 2023/2024

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

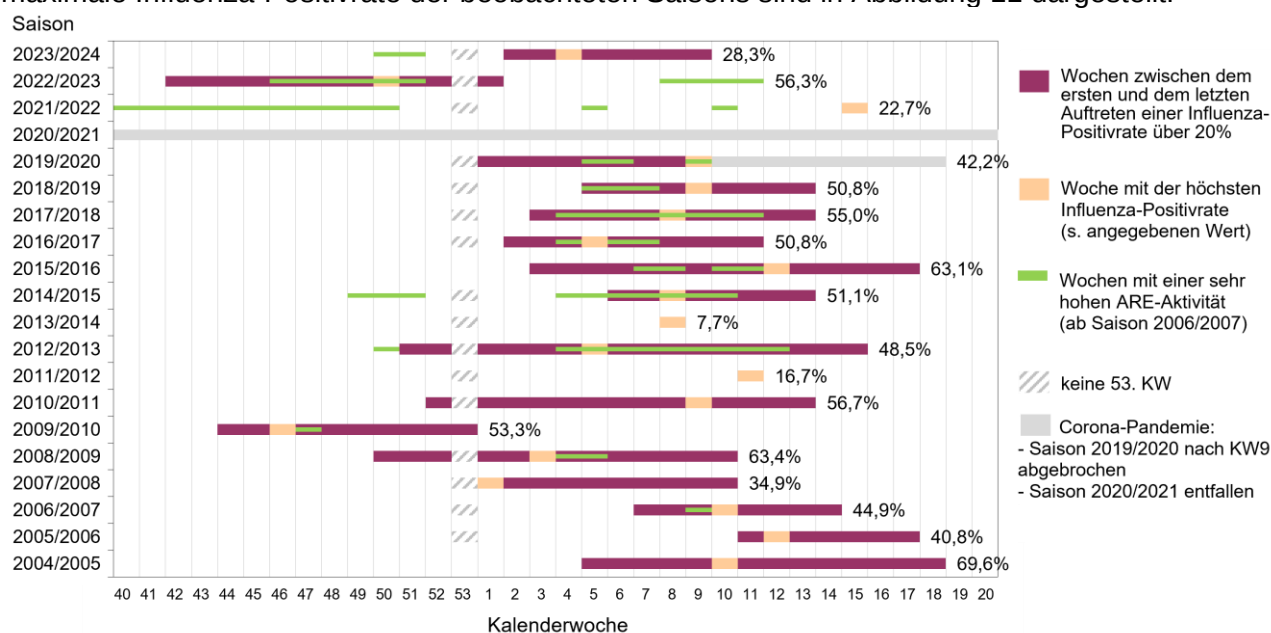


Abb. 11: Dauer der epidemischen Phase (Influenzapositivrate >20 %), maximale Influenza-Positivrate, Zeiträume mit sehr hoher ARE-Aktivität, 2004-2024

Es ist zu erkennen, dass die Woche mit der jeweils höchsten Influenza-Positivrate (Peak) stark variiert. Nur in wenigen Fällen, lag sie schon vor den Weihnachtsferien (2009/2010 und 2022/2023). Auch die Dauer vom Beginn der epidemischen Phase bis zum Peak ist sehr variabel. Insgesamt liegen die Wochen mit hoher Influenza-Positivrate eher in der zweiten Saisonhälfte.

In einigen Saisons lag schon vor Beginn der Weihnachtsferien eine sehr hohe ARE-Aktivität in den Kita 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. Häufig folgte in diesen Jahren eine starke Grippesaison. Allerdings ist nicht jede starke Grippesaison durch einen frühzeitigen hohen ARE-Aktivitätslevel gekennzeichnet (z.B. 2017/2018 und 2015/2016). Somit 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 2023/2024 fiel schwächer aus als in der vorhergehenden Saison und war in dieser Hinsicht vergleichbar mit den Saisons 2019/2020 und 2021/2022. Es zirkulierten weit überwiegend Influenza A/H1N1-Viren. RS-Viren wurden in stärkerem Maß nachgewiesen als in den zwei vorangehenden Saisons. Besonders auffällig war die starke Nachweisrate von Mykoplasma pneumoniae.

Die ARE-Krankenstände in den Niedersächsischen Kita lagen in der Saison 2023/2024 insgesamt über den Werten der Saison 2019/2020. Die Höchstwerte der beiden vorangegangenen Saisons wurden zu keinem Zeitpunkt erreicht. Einen ersten Peak erreichten die Krankenstände bereits vor dem Jahreswechsel (51. KW). Nach dem üblichen niedrigen Wert am Jahresanfang wurde in der 4. KW erneut ein Höchstwert erreicht. Diese beiden Gipfel fielen jeweils mit den Wochen mit der höchsten RSV- bzw. Influenza-Aktivität zusammen. Bereits in der 42. KW und zum Ende der Saison hin in der 17. KW war eine Erhöhung der Krankenstände zu beobachten. Während dieser Wochen zeigte sich eine verstärkte Rhino-/Enterovirus-Aktivität.

Danksagung:

Ein besonderer Dank gilt allen Beteiligten, die durch Ihre engagierte Mitarbeit die ARE-Surveillance ermöglichen: den teilnehmenden Kita, 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.are-surveillance.nlga.niedersachsen.de