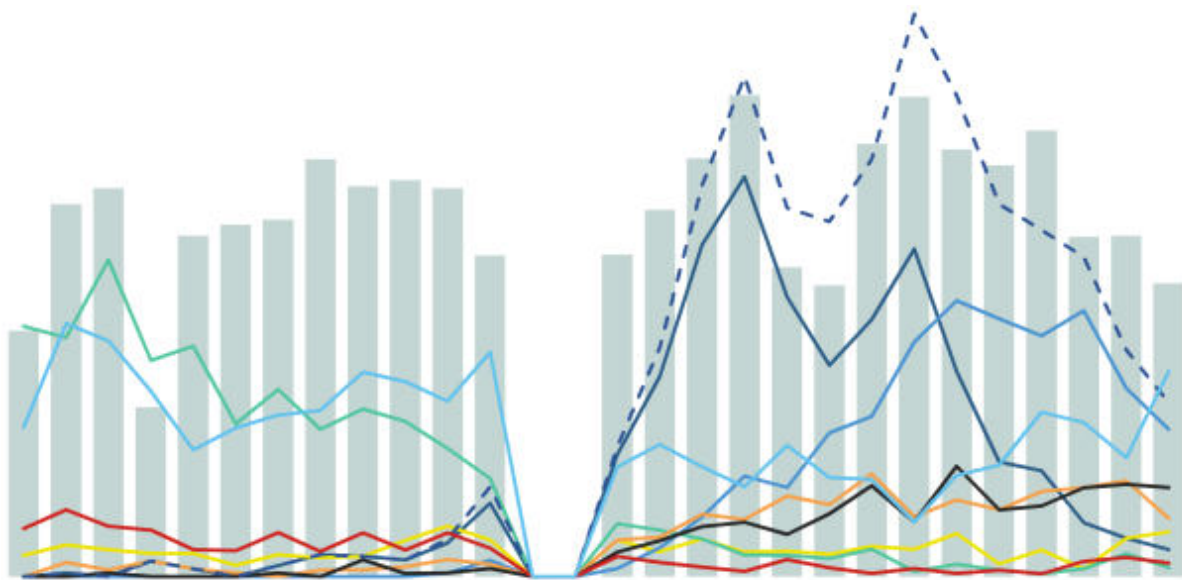




ARE – Surveillance in MV

Saisonbericht 2024/2025

AUSWERTUNG DER ÜBERWACHUNG AKUTER RESPIRATORISCHER
ERKRANKUNGEN IN MECKLENBURG-VORPOMMERN

LAGUS, ABTEILUNG GESUNDHEIT

Impressum

ARE – Surveillance I Saisonbericht Mecklenburg-Vorpommern

Herausgeber

Landesamt für Gesundheit und Soziales

Abteilung Gesundheit, Dezernat Infektionsschutz/Prävention

Gertrudenstraße 11

18057 Rostock

Tel.: 0385 – 588 – 59 180

E-Mail: poststelle.gesundheit.hro@lagus.mv-regierung.de

Internet: www.lagus.mv-regierung.de

Erster Direktor

Dr. oec. Heiko Will

Abteilungsleitung Gesundheit Dr. med. Martina Littmann

Redaktion

Dr. med. Jeanette Sinha

Jennifer Gabbert

Emma Edel

Benjamin Peipert

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Syndromische Surveillance.....	5
2.1 Arztpraxen	5
2.2 Kindertageseinrichtungen	6
3. Virologische Surveillance.....	8
4. Meldedaten für MV nach Infektionsschutzgesetz.....	16
5. Bewertung/Fazit zum Saisonverlauf.....	18
6. Geschätzte Effektivität der Influenza-Impfung bei Kindern und Jugendlichen.....	21
Danksagung	22

1. Einleitung

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) führt jährlich in der Erkältungssaison (40. Kalenderwoche (KW) eines Jahres bis zur 15. Kalenderwoche des Folgejahres) eine Überwachung der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen durch, die sogenannte ARE-Surveillance (ARE = **A**kute **R**espiratorische **E**rkrankungen).

Dabei werden Daten und Abstrichproben von Patienten und Patientinnen, die sich wegen akuter Erkältungssymptome in den Arztpraxen vorstellen, gesammelt, untersucht und ausgewertet. Die Ergebnisse werden in wöchentlichen Berichten dargestellt. Zusätzlich übermitteln Kindertageseinrichtungen (Kita) den ARE-Krankenstand der von ihnen betreuten Kinder. ARE sind dabei definiert als akute Atemwegserkrankungen mit Symptomen wie Husten, Halsschmerzen, Schnupfen, Pneumonie mit oder ohne Fieber.

2005 wurde die ARE-Surveillance in Mecklenburg-Vorpommern eingeführt. Damals nahmen zunächst nur Kindertageseinrichtungen an der Überwachung teil. In der Saison 2007/08 wurde die Überwachung um 31 teilnehmende Arztpraxen erweitert. Durch die Integration der Arztpraxen konnte neben der syndromischen auch eine virologische Surveillance etabliert werden.

An der Datengewinnung für die Überwachung der viralen ARE-Erreger beteiligten sich in der Saison 2024/25 insgesamt 66 Arztpraxen mit syndromischen Daten und/oder virologischen Proben. Dieses gleichbleibend hohe Interesse zeigt einmal mehr die Bereitschaft der Ärzteschaft im niedergelassenen Bereich, sich für die Themen der öffentlichen Gesundheit zu engagieren und die Surveillance als ein entscheidendes Instrument für den Umgang mit zukünftigen Gesundheitskrisen i. S. v. Epi- und Pandemien durch neu entstehende, aerogen übertragbare Erreger zu bewerten.

Die 66 teilnehmenden Arztpraxen setzten sich aus 13 pädiatrischen sowie 53 allgemeinärztlichen, internistischen und HNO-Praxen aus allen Landkreisen und kreisfreien Städten zusammen. In dieser Saison 2024/25 wurden 9.763 Proben eingesandt, das entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 21 % (Saison 2023/24: 8.090 untersuchte Abstriche).

69 Kindertageseinrichtungen aus allen Landkreisen und kreisfreien Städten steuerten syndromische Daten bei. In der Vorsaison waren es 75 teilnehmende Einrichtungen.

In der Woche zwischen Weihnachten und Neujahr wurden die Meldungen ausgesetzt, da bekanntermaßen in der Zeit der Kita- und Schulferien sowie der Urlaubszeit keine oder nur sehr wenig Meldungen aus den Kindertagesstätten bzw. Daten und Proben aus den Arztpraxen eingehen und die Statistik hierdurch verzerrt worden wäre. Aus internen logistischen Gründen konnten zusätzlich in der 1. KW 2025 keine Proben verarbeitet werden.

2. Syndromische Surveillance

Die syndromische ARE-Surveillance in MV umfasst die Meldungen aus den Arztpraxen und den Kindertageseinrichtungen.

2.1 Arztpraxen

Methodik

In der Saison 2024/25 haben von den insgesamt 66 Arztpraxen 60 mit zusammen 77 Ärzten und Ärztinnen an der syndromischen ARE-Surveillance teilgenommen. Pro Berichtswoche waren es durchschnittlich 39,4 Arztpraxen. Bei der Verteilung der Arztpraxen im Land wurde auf eine repräsentative Abbildung entsprechend der lokalen Bevölkerungsdichte geachtet. Es wurde mit Hilfe eines Meldebogens übermittelt, wie viele Arztbesuche aufgrund von ARE-Symptomen in der jeweiligen Praxis erfolgten. Hieraus wurde die ARE-Konsultationsinzidenz (AKI) berechnet, die die Anzahl der Arztbesuche aufgrund von ARE pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW) angibt. Dazu wurde ermittelt, wie viele ARE-Erkrankte durchschnittlich in den teilnehmenden Arztpraxen vorstellig waren. Um die Gesamtzahl der ARE-Konsultationen in MV zu erhalten, wurde dieser Mittelwert anschließend auf alle Arztpraxen in MV hochgerechnet. Bei der Konsultationsinzidenz handelt es sich somit um eine repräsentative Hochrechnung.

Die syndromischen Meldebögen wurden über ein in der Vorsaison neu eingerichtetes Onlineportal oder per Fax an das LAGuS übermittelt.

Ergebnisse

Zum Saisonstart in der 40. KW 2024 lag die hochgerechnete ARE-Konsultationsinzidenz mit 2.058 pro 100.000 EW geringfügig über dem Niveau der Vorsaison (Abb. 1).

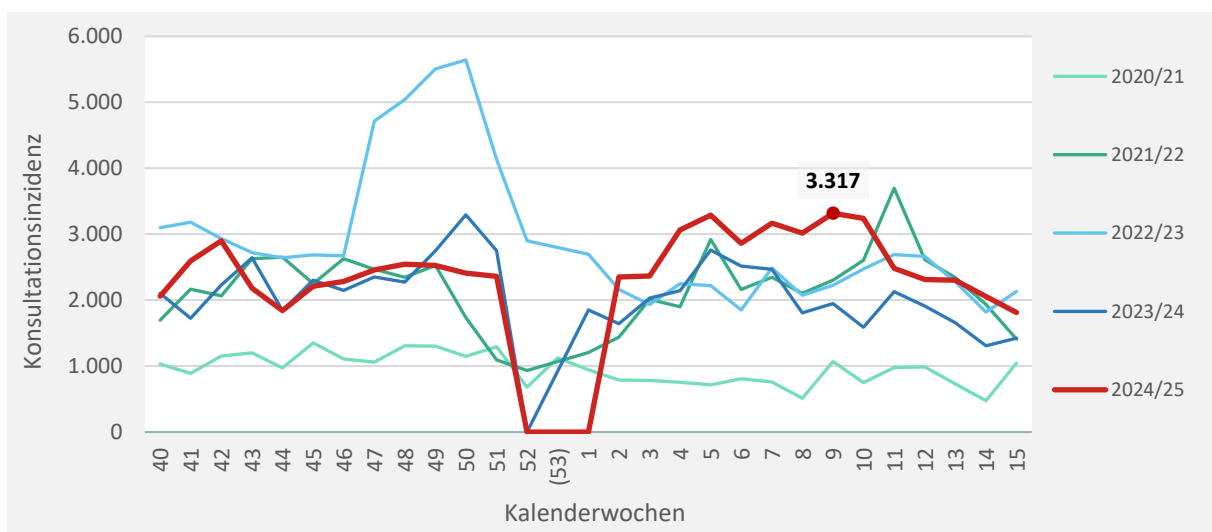


Abbildung 1: Arztkonsultationen aufgrund von ARE pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen je Saison

In der 42. KW konnte in den Arztpraxen bereits die höchste Konsultationsinzidenz der ersten Saisonhälfte mit 2.899 Konsultationen pro 100.000 EW verzeichnet werden. Danach überschritt die

Inzidenz im Vergleich zu den beiden Vorsaisons erst in der 4. KW 2025 die 3.000 und blieb bis zur 10. KW über diesem Level. Im Vergleich zu allen Vorsaisons ab 2020/21 zeigte sich erstmals ein über mehrere Wochen anhaltendes hohes Infektionsgeschehen. Ab der 12. KW sank die Konsultationsinzidenz kontinuierlich, um zum Saisonende in der 15. KW mit einem Wert von 1.812 immer noch auf einem vergleichsweise hohen Level zu persistieren. Ein höherer Wert war hier nur in der Saison 2022/23 abbildbar.

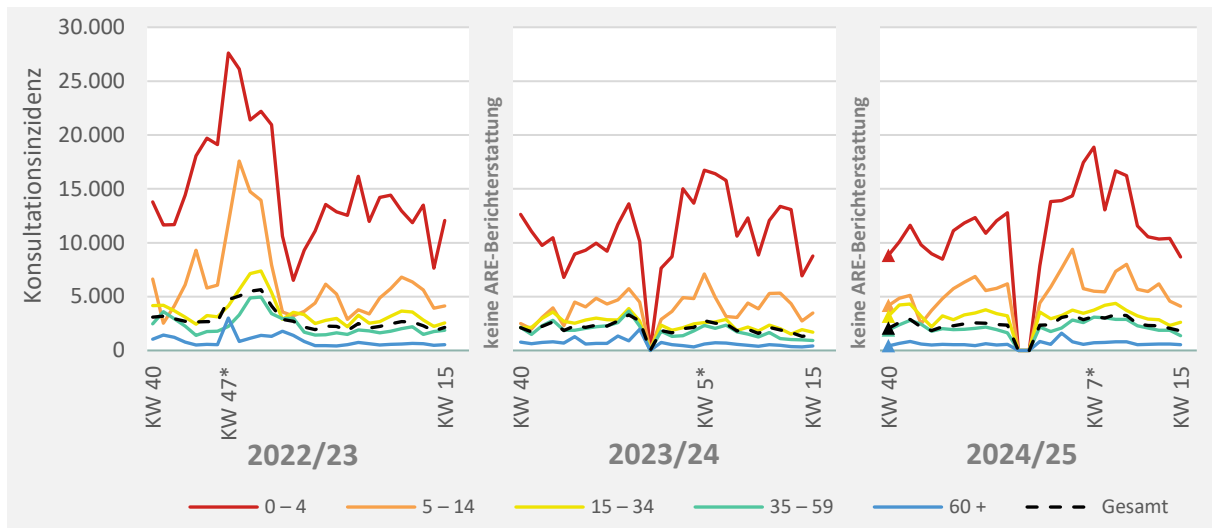


Abbildung 2: Arztkonsultationen aufgrund von ARE je Altersgruppe pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen der Altersgruppe

*Kalenderwoche mit der höchsten Inzidenz bei den 0-4-Jährigen

Abbildung 2 zeigt den Saisonverlauf der hochgerechneten ARE-Konsultationsinzidenz der letzten drei Saisons nach Altersgruppen. Über alle Saisons hinweg zeigten sich jeweils die höchsten Werte für Säuglinge und Kleinkinder zwischen 0 und 4 Jahren, gefolgt von den Kindern und Jugendlichen von 5 bis 14 Jahren. In der Berichtssaison 2024/25 zeigte sich die stärkste Krankheitslast für die Jüngsten in der 7. KW 2025 mit einem Wert von 18.874.

2.2 Kindertageseinrichtungen

Methodik

Für die syndromische Surveillance in Kindertageseinrichtungen wurde die Anzahl der Kinder übermittelt, die in den teilnehmenden Einrichtungen in der jeweiligen Berichtswoche aufgrund von Erkältungssymptomen (z. B. Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Fieber) als erkrankt gemeldet waren. Dies beinhaltete alle klinischen Atemwegserkrankungen unabhängig vom Erreger.

Ergebnisse

In der Saison 2024/25 haben insgesamt 69 Kindertageseinrichtungen an der Surveillance teilgenommen. Durchschnittlich wurden je Berichtswoche Angaben zu 4.900 Kindern aus 60 Einrichtungen übermittelt. Dies entspricht etwa 3,8 % der 0- bis 5-Jährigen in MV.

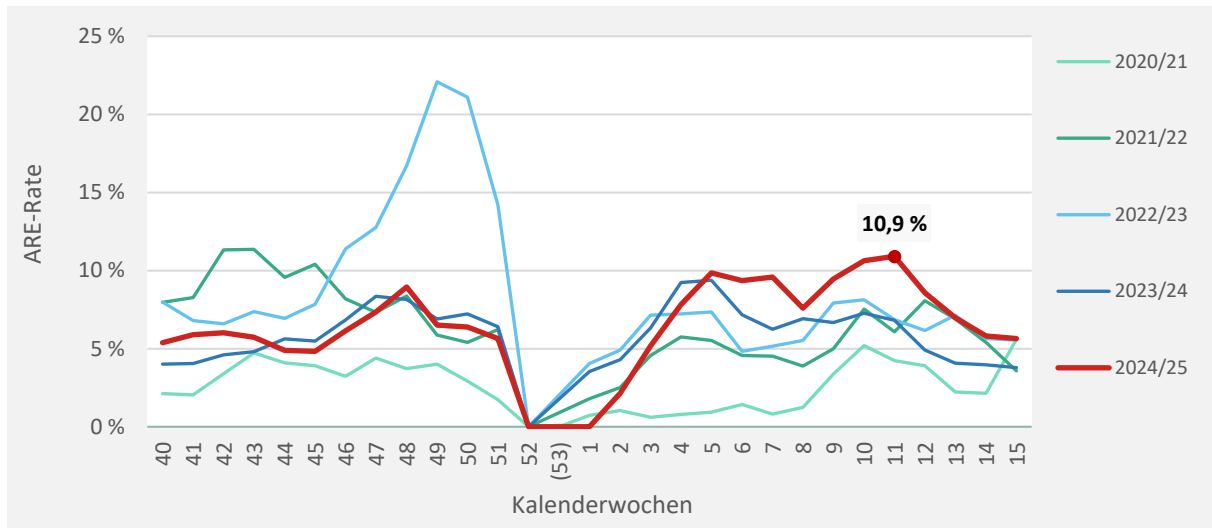


Abbildung 3: Rate der an ARE erkrankten Kinder in Kindertageseinrichtungen je Saison

Abbildung 3 zeigt den Saisonverlauf der ARE-Rate in den Kindertageseinrichtungen. Diese beschreibt hierbei den prozentualen Anteil von ARE-Erkrankten an der Gesamtzahl der betreuten Kinder in den Einrichtungen.

Zum Start der ARE-Surveillance lag diese mit 5,4 % über dem Niveau der der Vorsaison und im Mittel der durchschnittlichen Rate des gleichen Zeitraums der letzten vier Saisons. Bis zur 4. KW 2025 blieb die ARE-Rate wie in der Vorsaison auf einem vergleichbar stabilen Niveau. Danach kam es zu einem Anstieg, der ein Maximum von 10,9 % in der 11. KW 2025 erreichte und dann kontinuierlich bis zum Ende der Saison abfiel. Auffällig war, dass in der 2. Saisonhälfte die Krankheitslast im Vergleich zu allen Vorjahren bei den in den Kindertageseinrichtungen betreuten Kindern deutlich höher lag (Abb. 3).

3. Virologische Surveillance

Methodik

Die teilnehmenden Arztpraxen (pädiatrisch, hausärztlich, internistisch und HNO) wurden aufgefordert, wöchentlich bis zu zehn Nasen- oder Rachenabstriche einzusenden. Diese sollten bei den ersten zehn Patienten und Patientinnen, die sich aufgrund von ARE-Symptomen vorstellten, durchgeführt werden. Die Abstriche sollten nicht von Personen aus der gleichen Familie stammen, um einer Verzerrung der Ergebnisse durch mögliche Überrepräsentation eines Erregers entgegenzuwirken.

Die Proben wurden im Landeslabor mittels einer Multiplex-PCR auf **acht virale** Erreger akuter Atemwegserkrankungen untersucht:

- Influenza A- und B-Viren
- SARS-CoV-2
- Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV)
- Adenoviren
- Rhinoviren
- Metapneumoviren
- Parainfluenzaviren

Aus der Anzahl wöchentlich eingesandter Proben und der Anzahl positiver Proben je Erreger wurde die Positivenrate berechnet. Die Positivenrate zeigt den Anteil der positiven Befunde an allen eingesandten Proben und gibt somit, im Unterschied zur Inzidenz, den Anteil der jeweiligen Gruppe (Erreger, Alter) in der Gesamtbevölkerung und nicht innerhalb der Altersgruppe wieder.

Zusätzlich zu den Abstrichen wurden durch die Arztpraxen Probenbegleitscheine ausgefüllt. Diese enthielten Informationen zu den Stammdaten der Patienten und Patientinnen (Alter, Geschlecht etc.), zu Symptomen, relevanten Vorerkrankungen sowie zu aktuell in dieser Saison erfolgten Influenza- und/oder SARS-CoV-2-Impfungen.

Ergebnisse

In der Saison 2024/25 nahmen 64 Arztpraxen mit 89 Ärztinnen und Ärzten an der virologischen ARE-Surveillance teil. Durchschnittlich haben 47 Arztpraxen pro Berichtswoche Proben entnommen.

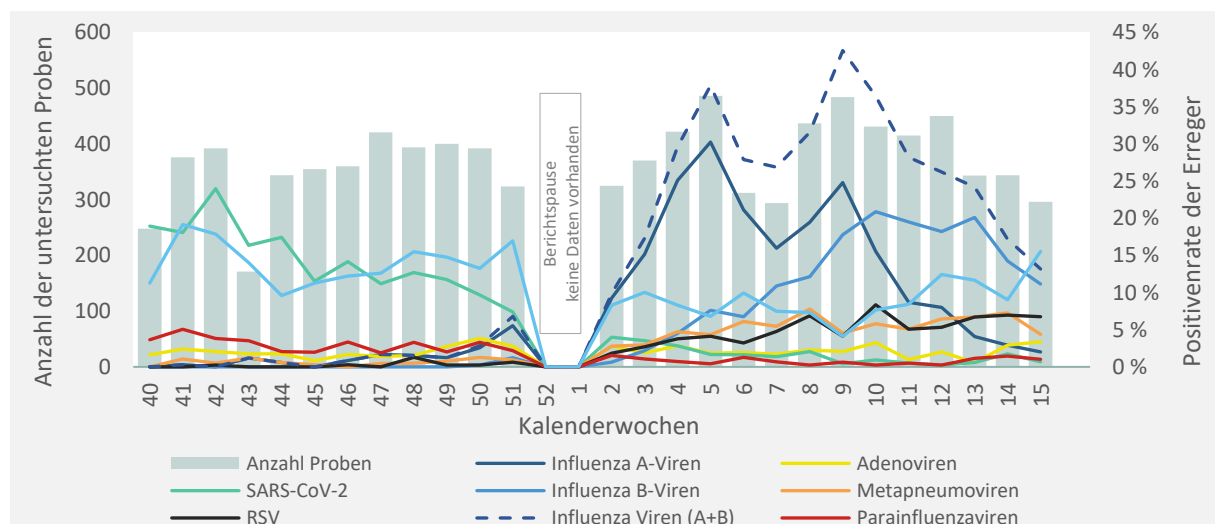


Abbildung 4: Positivenrate aller untersuchten Viren

Insgesamt wurden 9.763 Abstriche eingesandt. Anders als in der Vorsaison entfielen die meisten Proben auf die zweite Saisonhälfte mit Spitzenwerten in der 5. KW (n=486) und der 9. KW (n=484).

Davon konnten in unserem Labor in 4.052 auf o. g. acht Erreger untersuchten Proben respiratorische Viren nachgewiesen werden. Dies entspricht insgesamt einem Anteil positiver Ergebnisse von 41,5 % (Höchstwert 57,8 % in der 10. KW) an allen eingesandten Proben.

Influenza A

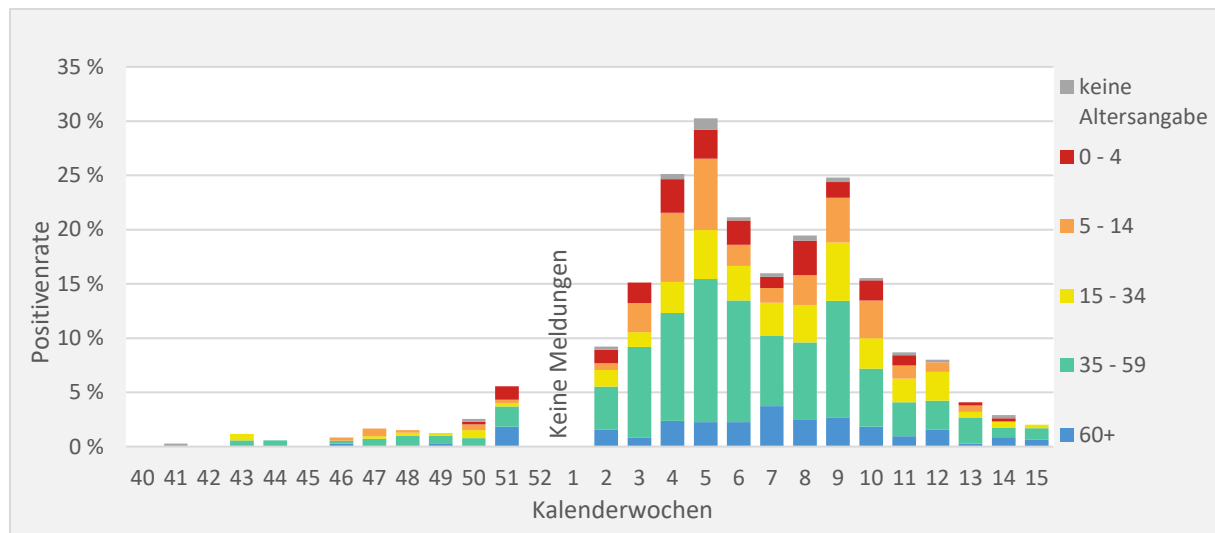


Abbildung 5: Positivenrate Influenza A nach Altersgruppen

Mit Start der ARE-Saison kam es zu vereinzelten Nachweisen von Influenza A-Viren. Ab der 50. KW stieg die Positivenrate anhaltend bis zu ihrem Höchstwert auf 30,3 % in der 5. KW 2025. Von KW 4 bis KW 9 lag sie durchgehend bei über 20 % und sank danach im weiteren Verlauf bis zum Saisonende bis auf 2 % ab.

Influenza A-Viren wurden am häufigsten in den Altersgruppen der 35- bis 59-Jährigen (42,3 %) detektiert.

Suptypisierung

Die Influenza A-Subtypisierung stellt ein entscheidendes Instrument für den Umgang mit zukünftigen Gesundheitskrisen dar. Die Gefahr weiterer Pandemien in den nächsten Jahren steht für Experten außer Frage, wobei von einem aerogen übertragbaren, ggf. Influenza A-abgeleiteten Virus ausgegangen werden muss (aktuell aviäre Influenza A Subtyp H5N1-Ausbrüche unter Landwirten in den USA). Sie dient als Möglichkeit der zeitnahen Feststellung, ob aviäre Influenza-Viren (H5N1, H7N9 und weitere) bzw. eher ungewöhnliche Subtypen des Influenza A-Virus mit Pandemiepotenzial (H2N2) auftreten, die sich von den bekannten und relativ gut charakterisierten Subtypen H1N1 bzw. H3N2 unterscheiden und daher ebenfalls unter besonderer Beachtung stehen müssen.

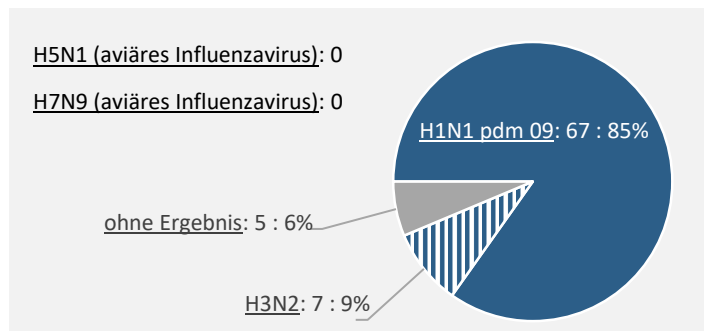


Abbildung 6: Typisierungsergebnisse der Influenza A-Viren

79 der 880 (9 %) positiv auf Influenza A getesteten Proben wurden stichpunktartig subtypisiert. Dabei handelte es sich in 85 % der Fälle den Subtyp H1N1 und in 9 % um H3N2. Ohne Ergebnis blieben 6 % dieser Fälle (Abb. 6). Aviäre Influenzaviren wurden in keinem Fall nachgewiesen.

Influenza B

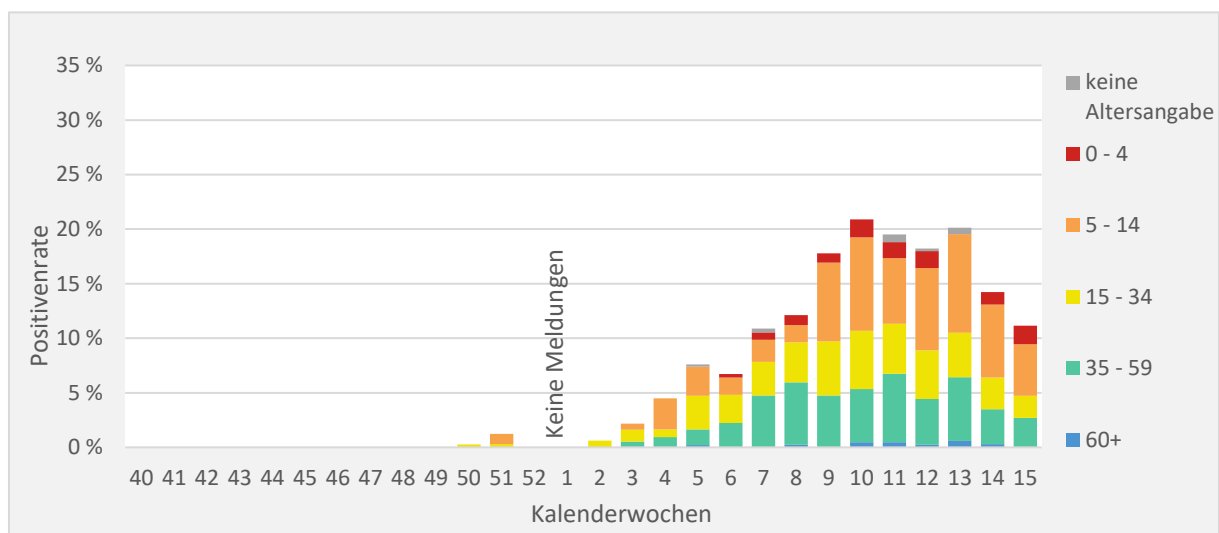


Abbildung 7: Positivenrate Influenza B nach Altersgruppen

Die Influenza B trug in der 2. Hälfte der Saison zu einer hohen Krankheitslast bei und überstieg ab der 10. KW bis zum Saisonende die Nachweise der Influenza A, bis zur 14. KW sogar die aller anderen detektierten Viren (Abb. 8). In der 10. KW wurde die höchste Positivenrate mit 20,9 % verzeichnet. Hier waren die 5- bis 14-Jährigen am meisten betroffen.

Influenza gesamt (A+B)

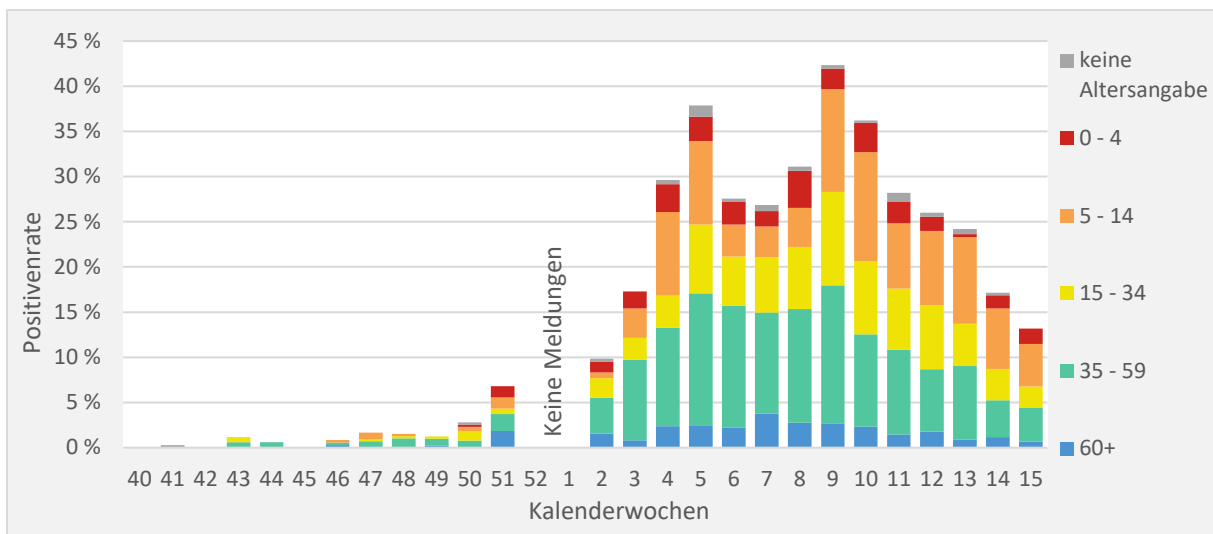


Abbildung 8: Positivenrate Influenza A+B nach Altersgruppen

Zu Beginn der Saison spielte Influenza eine untergeordnete Rolle, um dann in der 2. Saisonhälfte eine ausgeprägte Influenzawelle zu induzieren. Mit über 40 % erreichte die Positivenrate beider Subtypen ihren Peak in der 9. KW. (Abb. 8)

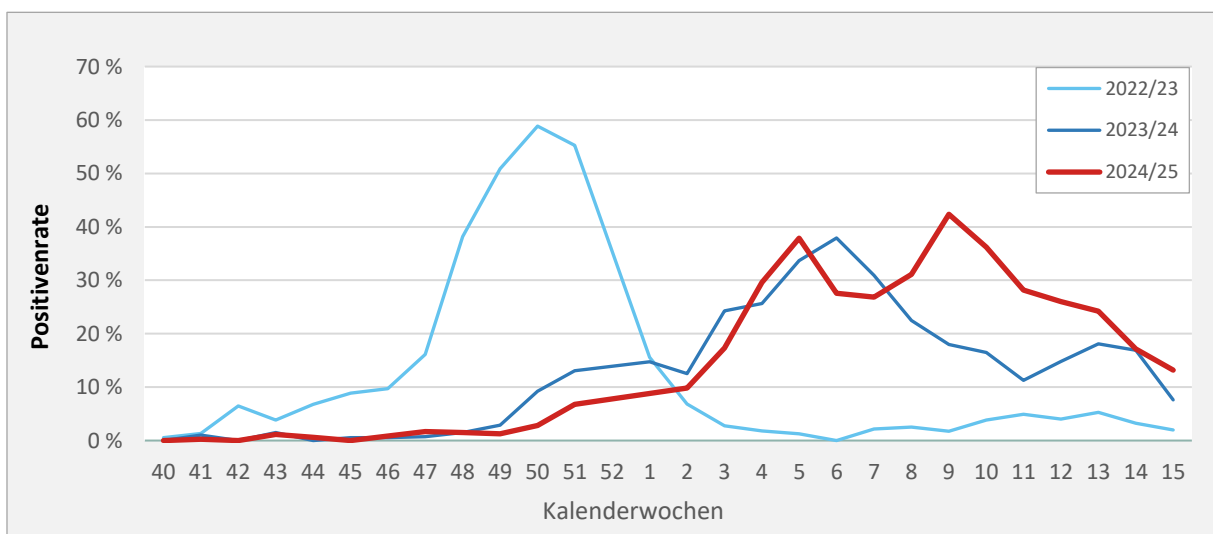


Abbildung 9: Positivenrate der Influenza-Viren A+B nach Saison

In Abb. 9 ist der zweigipflige Verlauf der Influenzawelle 2024/25 sichtbar. Dieser war zum einen der Ablösung der Influenza A- durch die Influenza B- Viren in der Zirkulation geschuldet. Andererseits spielten hierbei auch die zwei Wochen Winterferien in der 6. und 7. KW eine Rolle, da vor allem Schulkinder von den nachfolgenden Influenza B-Infektionen betroffen waren und zunehmend nach Ferienende erkrankten.

Die Saison 2022/23 stellte eine Ausnahme bei den Verläufen der Influenzawellen dar. Dies kann mit der Corona-Pandemie, der Verschiebung von Infektanfälligkeiten und Virenzirkulation begründet werden. (Vgl. Saison-Bericht 2022/23)

	2024/25	2023/24	2022/23
Untersuchte Proben	9.763	8.090	5.962
Positive Proben	1541	975	881
Positivquote	15,8 %	12,1 %	14,8 %

Tabelle 1: Influenzabelastung nach Saisons

Mit einer Positivenrate von 15,8 % über die gesamte Saison 2024/25 lag diese höher als in den beiden Nach-Corona-Saisons 2022/23 und 2023/2024 (Tab. 1).

SARS-CoV-2

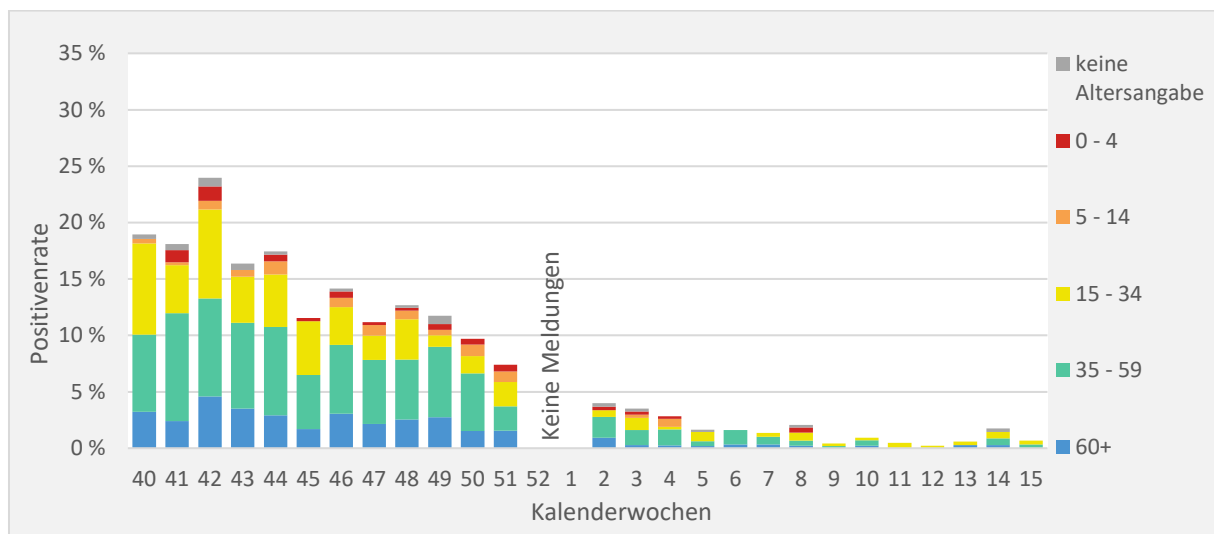


Abbildung 10: Positivenrate SARS-CoV-2 nach Altersgruppen

Die SARS-CoV-2-Positivenrate lag zu Saisonbeginn mit 19 % auf einem vergleichsweise hohen Niveau und steigerte sich in der 42. KW nochmal auf rund 24 %, um von da an kontinuierlich abzufallen. In der 2. Saisonhälfte spielten die Nachweise mit regelhaft unter 5 % keine bemerkenswerte Rolle mehr in der Krankheitslast von ARE-Erregern.

Die höchste Nachweisquote für SARS-CoV-2 wiesen auch in dieser Saison die 35- bis 59-Jährigen mit 43,7 % auf.

RSV

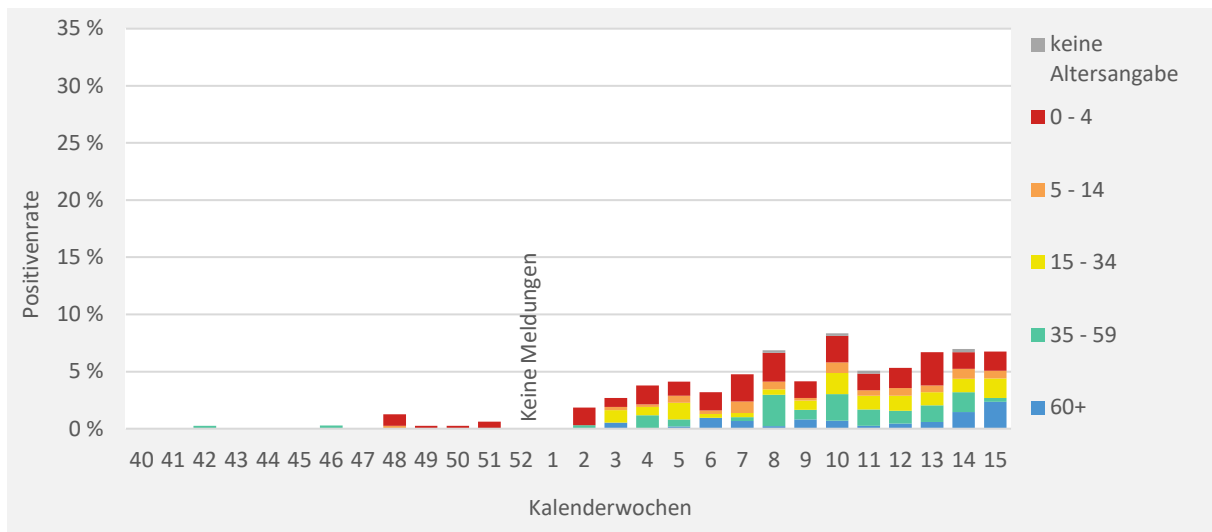


Abbildung 11: Positivenrate RSV nach Altersgruppen

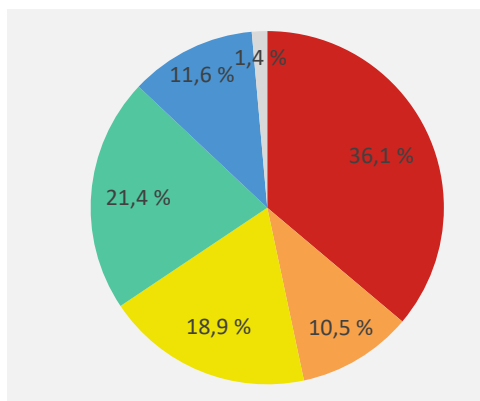


Abbildung 12: Verteilung der detektierten RS-Viren

Abbildung 11 zeigt die RSV-Positivenrate im Saisonverlauf nach Altersgruppen. Die ersten Nachweise in den gefährdeten Kohorten der 0- bis 4-Jährigen sowie der über 60-Jährigen gelangen erst in der 48. KW 2024 bzw. in der 3. KW 2025. In der 2. Saisonhälfte begannen die Fallzahlen mit einem Höchstwert von 8,3 % in der 10. KW anzusteigen, um sich danach relativ konstant zwischen 5 und 7 % bis zum Saisonende einzupegeln.

Wie zu erwarten, infizierten sich am häufigsten (36,1 %) die Jüngsten zwischen 0 und 4 Jahren mit RSV (36,1 %). Allerdings war dieser Anteil geringer als im Vorjahr (47,8 %). Eine Zunahme der Nachweise war bei den über 15-Jährigen zu sehen. (Abb. 12)

Übrige Erreger

Unter den übrigen Erregern wurden am häufigsten **Rhinoviren** gefunden. Ab Saisonbeginn bis zur 46. KW waren sie nach SARS-CoV-2 die am zweithäufigsten detektierten Viren mit dem Peak in der 41. KW mit 19,1 %. Ab der 2. KW 2025 pegelte sich die Nachweisrate zwischen 9 und 15 % ein, um zum Saisonende in der 15. KW nochmals auf über 15 % anzusteigen und damit der am häufigsten nachgewiesene Erreger der letzten Saisonwoche zu sein.

Parainfluenzaviren wurden vor allem zu Saisonbeginn nachgewiesen (Höchstwert in der 41. KW mit 5,1 %) und standen bis zur 48. KW an dritter Stelle der Positivenrate, um ab 2025 nur noch eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Während sich **Adenoviren** relativ kontinuierlich mit geringer Schwankungsbreite über die ganze Saison auf niedrigem Niveau bis maximal 3,8 % in der 50. KW verteilten, wurden **Humane Metapneumoviren** erst in der zweiten Saisonhälfte mit der höchsten Nachweisrate von 7,8 % in der 8. KW und damit hier am zweithäufigsten nach den Influenzaviren gefunden. Damit trug das Virus in dieser Saison wesentlich mehr zur Krankheitslast bei als in der vergangenen Saison und hielt sich mit RSV zumeist auf ähnlichem Niveau. (Abb. 4)

Erregernachweise nach Altersgruppen

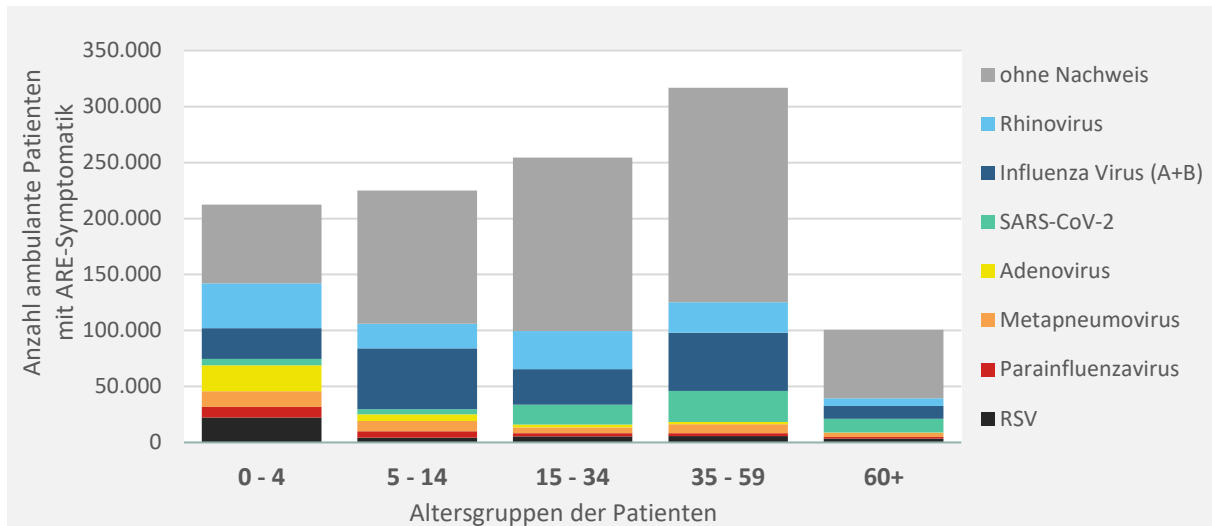


Abbildung 13: Hochgerechnete Infektionszahlen und jeweilige virale ARE-Erreger – getrennt nach Altersgruppen und Erreger

Abbildung 13 zeigt die hochgerechnete Anzahl der mit ARE-Symptomen erkrankten ambulanten Patienten und Patientinnen in der berichteten Saison, aufgeteilt nach verschiedenen Altersgruppen mit und ohne Erregernachweisen. Die meisten Infektionen gab es demnach in der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen, die den größten Bevölkerungsanteil in MV darstellt, mit hochgerechnet rund 315.000 Fällen. (Die Grafik enthält Mehrfachnennungen durch die separate Aufrechnung der einzelnen detektierten Erreger, auch wenn Patienten und Patientinnen mit mehreren Viren gleichzeitig infiziert waren.) Der Großteil der Erregernachweise in dieser Altersgruppe betraf vor allem Influenzaviren, gefolgt von SARS-CoV- und Rhinoviren. Die häufigsten viralen ARE-Erreger dagegen fanden sich hochgerechnet bei 142.300 Kindern von 0 bis 4 Jahren, bei denen Rhino-, gefolgt von Influenza- und Adenoviren, dominierten.

Die grauen Balkenanteile veranschaulichen, dass jeweils hochgerechnet keine der in unserer Labor-PCR enthaltenen Viren verantwortlich für die Symptomatik waren. Zu vermuten sind hier ursächlich unbedeutendere Viren bzw. vor allem auch bakterielle Erreger von ARE.

Mehrfach-Erregernachweise

In 408 Proben konnte mehr als ein Erreger nachgewiesen werden (384 Proben mit zwei und 24 Proben mit drei Erregernachweisen). Die häufigsten Koinfektionen gab es mit Rhinoviren (97 Proben bei 1.069 Nachweisen). Gemessen an der Häufigkeit des Nachweises stellten Adenoviren (nur 203 Nachweise insgesamt) den am häufigsten in Ko-Infektionen nachgewiesenen Erreger dar (90 Proben). So fand sich das Adenovirus in 44,3 % aller seiner Nachweise zusammen mit mindestens einem der anderen Erreger. Am häufigsten fanden sich gleichzeitige Nachweise von Adeno- und Rhinoviren (35).

Angaben aus dem Probenbegleitschein

Im Durchschnitt waren die teilnehmenden Personen 33 Jahre alt (0–100 Jahre). 54,5 % der Teilnehmenden waren weiblich. 23,7 % gaben an, mindestens an einer chronischen Vorerkrankung zu leiden. Am häufigsten wurden Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (33,7 %), der Atemwege (26,3 %) und Diabetes mellitus (12,0 %) genannt.

Die häufigsten genannten Symptome waren Husten (86,1 %), Schnupfen (81 %) und Halsschmerzen (77,1 %). In 72,2 % der Fälle wurden Muskel- oder Kopfschmerzen berichtet. Fieber trat bei knapp der Hälfte aller Patienten auf (49,1 %).

Vergleicht man Influenza-, RSV- und SARS-CoV-2-Erkrankte, fällt auf, dass bei Personen mit einem Influenza-Nachweis deutlich häufiger Fieber/Schüttelfrost auftrat. Husten und Schnupfen wurden bei RSV-Erkrankungen häufiger angegeben, wobei über die Symptome Muskel- oder Kopfschmerzen sowie Halsschmerzen von diesen Personen seltener berichtet wurde. Das Auftreten einer Pneumonie war den Angaben nach bei einer Infektion mit dem RS-Virus fast doppelt so hoch wie bei Influenza und 20 Mal so hoch wie bei SARS-CoV-2.

In Tabelle 2 sind die am häufigsten berichteten Symptome zusammengefasst:

	Influenza	SARS-CoV-2	RSV
Fieber / Schüttelfrost	79,2 %	49,3 %	46,6 %
Halsschmerzen	75,3 %	82,0 %	77,8 %
Husten	90,6 %	87,2 %	94,4 %
Muskel- oder Kopfschmerzen	82,3 %	83,4 %	63,7 %
Pneumonie	1,2 %	0,2 %	2,1 %
Schnupfen	79,9 %	88,3 %	89,7 %

Tabelle 2: Symptomatik der drei bedeutendsten viralen ARE-Erreger

4. Meldedaten für MV nach Infektionsschutzgesetz

In Deutschland sind der direkte Nachweis von Influenzaviren sowie der direkte und indirekte Nachweis von SARS-CoV-2 sowie RS-Viren, soweit sie auf eine akute Infektion hinweisen, gemäß § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) namentlich vom Labor an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Nach § 11 IfSG werden diese Meldungen vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Folgend werden diese Meldedaten für den Zeitraum von der 40. KW 2024 bis zur 15. KW 2025, entsprechend der ARE-Saison, beschrieben. Hierbei werden alle Fälle inkludiert, die den jeweiligen Referenzdefinitionen entsprechen.

Influenza

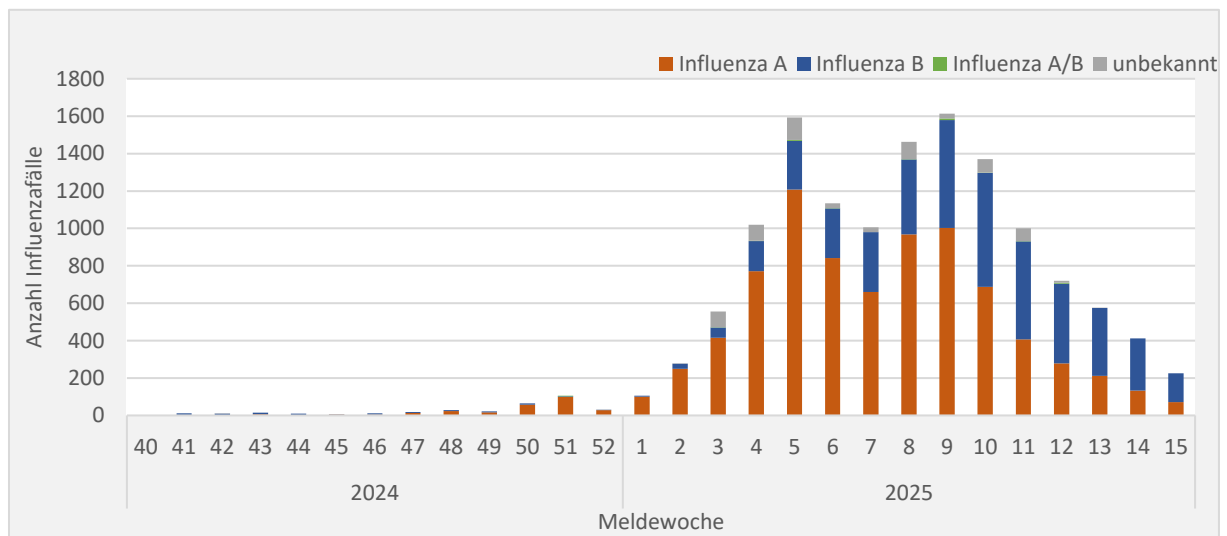


Abbildung 14: Gemeldete Influenza-Fälle in MV

Mit mehr als 13.000 Fällen von der 40. KW 2024 bis zur 15. KW 2025 wurde in MV die stärkste Influenza-Saison seit Einführung der Meldepflicht nach IfSG 2001 verzeichnet. Der Beginn der Influenza-Welle ist deutlich in der zweiten Hälfte der ARE-Saison erkennbar. Nach dem ersten Peak in der 5. KW, vor allem verursacht durch Influenza A, folgte der höchste Peak in der 9. KW mit 1.613 Fällen (Abb. 14). In der Saison dominierte mit 62 % aller Fälle in MV deutlich der Influenza Typ A. Zu 34 % wurden Fälle mit Influenza Typ B gemeldet. Mit 31 % war am häufigsten die Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen betroffen, gefolgt von den über 60-Jährigen (24 %). Insgesamt wurden neun Todesfälle im Alter von 66 bis 92 Jahren gemeldet.

COVID-19

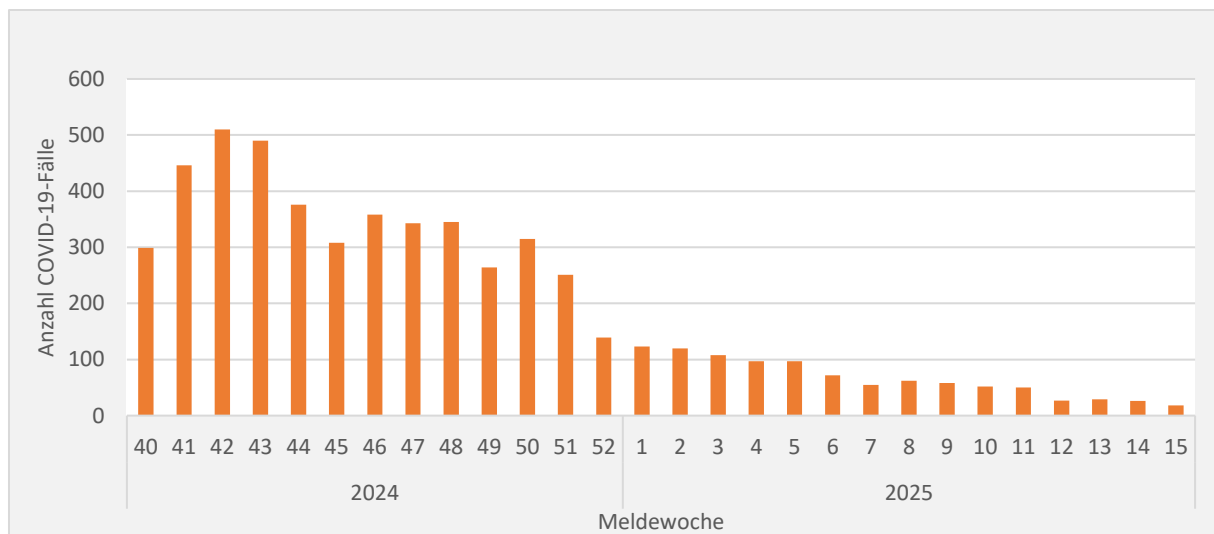


Abbildung 15: Gemeldete COVID-19-Fälle in MV

In der hier betrachteten Saison wurden rund 5.000 positive SARS-CoV-2-Nachweise für MV gemeldet, während es in der Vorsaison knapp 11.000 und 2022/23 mehr als 100.000 Fälle waren. In der ersten Saisonhälfte waren noch deutlich mehr Fälle zu verzeichnen. Bereits ab der 50. KW 2024 sanken die wöchentlichen Fallzahlen kontinuierlich (Abb. 15). Mit 60 % war die Gruppe der über 60-Jährigen am häufigsten betroffen, gefolgt von den 35- bis 59-Jährigen mit 24 %. Der Anteil der Kinder (0–14 Jahre) betrug lediglich 6 %. Insgesamt verstarben neun Personen an COVID-19, ebenfalls alle älter als 60 Jahre.

RSV

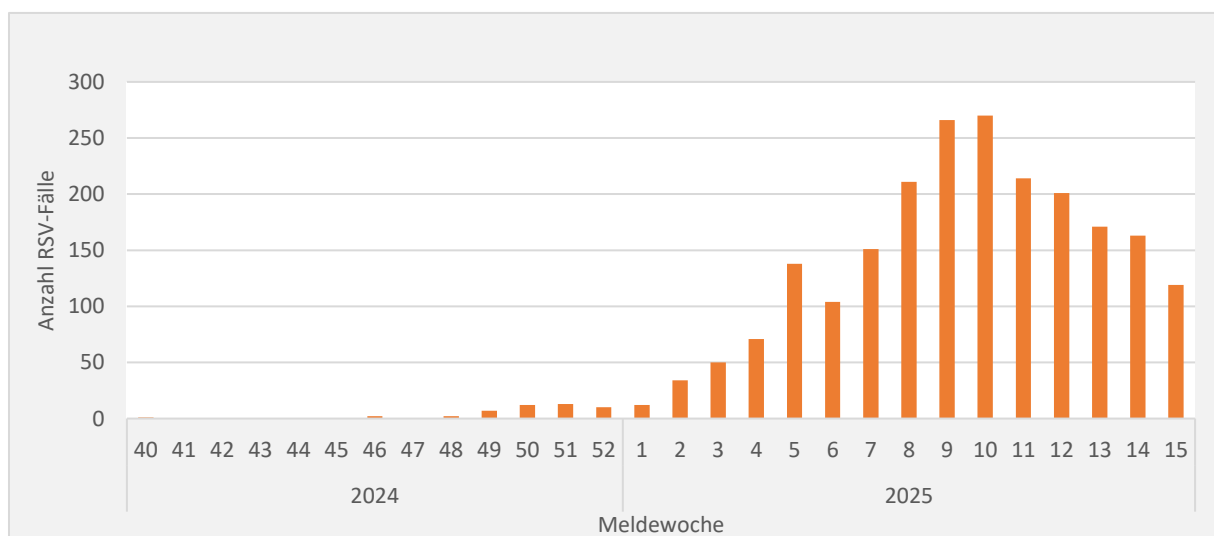


Abbildung 16: Gemeldete RSV-Fälle in MV

Seit Juli 2023 existiert nach dem IfSG eine Meldepflicht für RSV. In dieser jetzt zweiten Meldesaison wurden in MV 2.222 RSV-Fälle verzeichnet. Der Höhepunkt der Fallzahlen war Ende Februar / Anfang März zu beobachten. So wurde in der 10. KW mit 270 Meldungen die höchste Fallzahl registriert. Mit 39 % waren junge Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren am stärksten von einer Infektion betroffen, gefolgt von den über 60-Jährigen mit 29 %. 15 % der 0-14-Jährigen mussten aufgrund der Schwere der Erkrankung hospitalisiert werden. Bei den über 75-Jährigen, waren es jeder Vierte (Vorsaison sogar fast die Hälfte (49 %)). Es wurde ein Todesfall einer 75-jährigen Frau gemeldet.

5. Bewertung/Fazit zum Saisonverlauf

In der Saison 2024/25 konnten 66 Arztpraxen für die Teilnahme an der syndromischen und/oder virologischen ARE-Surveillance in MV gewonnen werden. Hinzu kamen 69 Kindertageseinrichtungen, die wöchentlich Daten zur Anzahl ihrer ARE-erkrankten Kinder zur Verfügung stellten.

Zu Saisonbeginn in der 40. KW waren ähnlich viele Praxiskontakte aufgrund von Erkältungssymptomatik wie im Vorjahr zum gleichen Zeitpunkt zu verzeichnen. Betroffen waren vor allem die Jüngsten zwischen 0 und 4 Jahren. Bis zum Jahresende blieben die Arztkonsultationen auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr. Dies änderte sich zu Beginn des neuen Jahres. Aufgrund der beginnenden Grippewelle kam es zu einem raschen Anstieg der Arztbesuche, der lange auf hohem Niveau persistierte und erst in der 11. KW dauerhaft unter eine Inzidenz von 3.000/100.000 EW sank. Neben den kleinen Kindern war vor allem die Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen betroffen. Am wenigsten belastet war die Gruppe der über 60-Jährigen. Dabei spielten vermutlich die geringeren Außenaktivitäten der Rentnerinnen und Rentner in den Herbst-/Wintermonaten und damit die geringere Chance sich zu infizieren, eine Rolle. Außerdem bestehen Impfeempfehlungen für die Altersgruppe der über 60 bzw. 75-Jährigen gegen Influenza, SARS-CoV-2, Pneumokokken sowie RSV – allesamt ARE-Erreger. Die älteren Generationen sind sich meist ihres höheren Erkrankungsrisikos bewusst und stehen dem Schutz durch Impfungen offen gegenüber.

Im Vergleich zu den Vorsaisons war die Krankheitslast durch ARE-Infektionen insgesamt in der zweiten Saisonhälfte deutlich erhöht. Dies war vor allem der starken Influenzawelle in diesem Zeitraum geschuldet. Die von der 4. bis zur 10. KW 2025 anhaltend hohe Konsultationsinzidenz bis zeitweise über 3.000/100.000 wurde zuvor nur mit einer Ausnahme 2022 (11. KW) in keiner Wintersaison der Vorjahre beobachtet.

Einschränkend muss bei Einbezug und Vergleich der Meldedaten in die Diskussion unserer Surveillancedaten bemerkt werden, dass letztere eine Hochrechnung darstellen. Die Aussagen der Surveillance können sich nur auf die Daten der in Arztpraxen, also ambulant vorstelligen Patientinnen und Patienten beziehen. Das Meldesystem erfasst jedoch zusätzlich die Daten hospitalisierter Menschen, wobei es hier neben Hauptdiagnosen auch zur Erfassung von Fällen kommt, die zufällig als Nebendiagnose Influenza- oder SARS-CoV-2-positiv getestet wurden.

Unter den häufigsten viralen Erregern, die für Infektionen und damit für die Arztkonsultationen verantwortlich waren, spielten anfangs Rhino- und SARS-CoV-2-Viren die dominierende Rolle. In der 51. KW kam es dann zu ersten vermehrten Influenza-Nachweisen, die nach dem Jahreswechsel einen steilen Anstieg i. S. d. beginnenden Influenzawelle nahmen und jeweils in der 5. KW (37,9 %) und 9. KW (42,6 %) die höchsten Positivenraten aufwiesen. Damit verursachte die Influenza 2024/25 insgesamt die höchste Krankheitslast in der Bevölkerung im Vergleich zu den Vorsaisons seit 2022 (Abb. 9 und Tab. 1), nach Meldedaten sogar seit Einführung des IfSG 2001. Die am häufigsten von Influenza-Infektionen Betroffenen waren die 0- bis 4-Jährigen, von denen die meisten eine Kita besuchen, und die 35- bis 59-Jährigen. Letztere stellen den Großteil der berufstätigen Bevölkerung, haben dadurch häufige infektionsrelevante Kontakte und es kommt hier zu z. T. hohen Arbeitsausfällen.

Die langanhaltende, hohe Influenza-Erkrankungswelle wurde zum Ende der Saison vermehrt durch das Influenza B-Virus verursacht. Hier waren mehrheitlich Schulkinder (5 bis 14 Jahre) betroffen (Abb. 7).

Die Rhinoviren als zweithäufigste Erreger fanden sich relativ gleichbleibend über die gesamte Saison. Sie zählen zu den Auslösern eher blander Erkältungskrankheiten vor allem bei den 0- bis 4-Jährigen und zirkulieren das gesamte Jahr über. In der letzten Berichtswoche und damit auslaufenden

Erkältungssaison waren sie die am häufigsten detektierten Erreger. SARS-CoV-2 dagegen spielte in der 2. Saisonhälfte kaum noch eine Rolle.

In den Kindertageseinrichtungen zeigte sich für die wegen Erkältungssymptomatik ferngebliebenen Kinder ein den ARE-Konsultationsinzidenzen ähnlicher Verlauf, sodass auch hier die zweite Saisonhälfte mit den meisten Fehltagen zu beobachten war. Die höchste ARE-Rate war mit 10,9% in der 11. KW zu verzeichnen.

Aus virologischer Sicht wurden bei den kleinen Kindern (0-4 Jahre) hauptsächlich in absteigender Reihenfolge Rhino-, Influenza- und Adenoviren festgestellt. An vierthäufigster Stelle wurden ursächlich RSV detektiert.

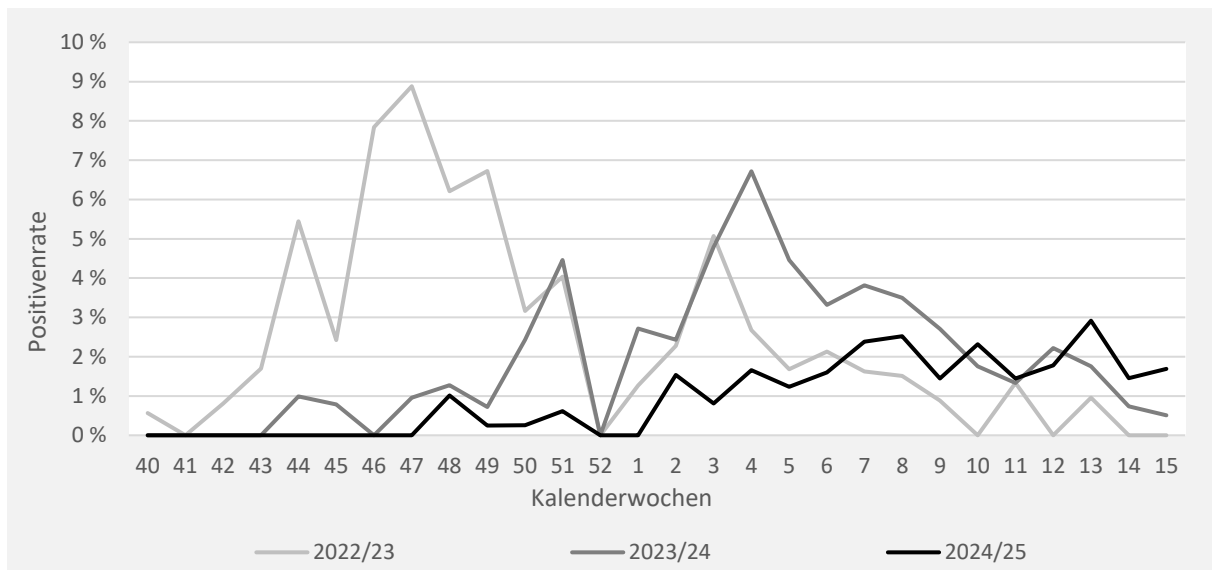


Abbildung 17: Vergleich der Saison-Verläufe RSV-Positivenrate bei 0- bis 4-Jährigen

RSV 0 bis 4 Jahre	2024/25	2023/24	2022/23
Untersuchte Proben	9763	8090	5962
Positive Proben	103	171	179
Positivquote	1,1 %	2,1 %	3,0 %

Tabelle 3: RSV-Positivquote bei den 0- bis 4-Jährigen nach Saison

Der erste RSV-Erregernachweis erfolgte in der 48. KW, wobei im Vergleich zu den Vorsaisons bis zur 6. KW 2025 die niedrigste Krankheitslast gesehen wurde, was möglicherweise und vorsichtig interpretiert, u. a. schon auf die im Juni 2024 eingeführte generell empfohlene RSV- Prophylaxe mit Nirsevimab für alle Neugeborenen und Säuglinge vor bzw. in ihrer 1. RSV-Saison zurückgeführt werden könnte (Tab. 3 und Abb. 17).

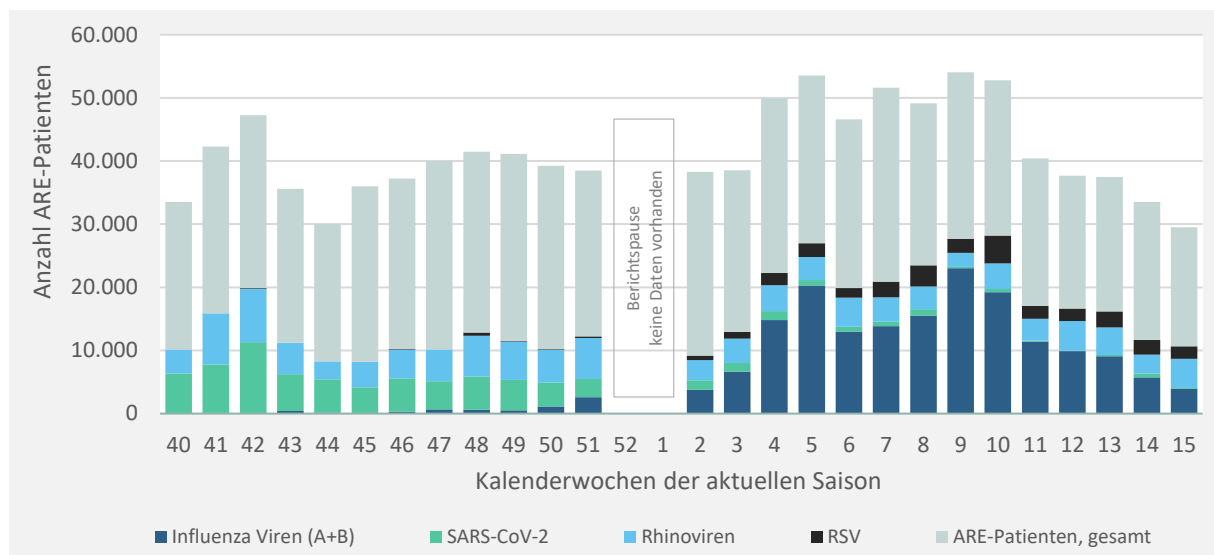


Abbildung 18: Rechnerische Gesamtzahl ARE-Patienten und Patientinnen und die vier am häufigsten nachgewiesenen Erreger

Zusammengefasst zeigte sich im Vergleich zur Vorsaison im Berichtszeitraum 2024/25 in Mecklenburg-Vorpommern eine starke Influenzawelle, die in der zweiten Saisonhälfte auftrat und sich auch in der Höhe der Konsultationsinzidenzen in den Arztpraxen und der Fehltagen wegen ARE in den Kindertagesstätten widerspiegelte. SARS-CoV-Nachweise spielten für die Krankheitslast nur in der ersten Saisonhälfte eine wenn auch wesentlich geringere Rolle als in der vergangenen Nach-Corona-Saison. Während Rhinoviren das ganze Jahr über zirkulierten und vor allem den Allerjüngsten zusetzten, kamen RSV-Nachweise erst in der Wintersaison auf niedrigerem Niveau als in den Vorsaisons zum Tragen, was ggf. bereits ein geringer Effekt der neu eingeführten Prophylaxe für die Jüngsten sein könnte.

6. Geschätzte Effektivität der Influenza-Impfung

In der Saison 2024/25 lag die geschätzte Impfeffektivität (VE) in allen Altersgruppen gegen Influenza A und B bei 41,6 % (95 %-Konfidenzintervall: 26,8 bis 53,4 %)¹. Bei Influenza B wurde eine Impfeffektivität von 73,7 % berechnet (95 %-Konfidenzintervall: 58,7 bis 83,2 %).

Die Berechnungen zeigen, dass ein Großteil der Personen vor einer Erkrankung mit Influenza B geschützt war.

Influenza	Region	VE	95%-KI	
			min.	max.
Gesamt	alle 3 Bundesländer	41,6%	26,8%	53,4%
A		23,9%	0,5%	41,8%
B		73,7%	58,7%	83,2%
Gesamt	MV	40,3%	22,8%	53,8%
A		25,0%	-1,4%	44,6%
B		75,8%	58,2%	86,0%

Tabelle 4: Berechnung der Influenza-Impfeffektivität

Die Effektivität der Impfung wurde in dieser Saison wie bereits im Vorjahr auf Basis der in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt erhobenen virologischen Surveillance geschätzt. Hierbei wurden bei einer sogenannten Test-negativen Fall-Kontroll-Studie laborbestätigte Influenza-Fälle mit Influenza-negativen ARE-Patienten und Patientinnen verglichen. Die Schätzung der Vakzinetyt-abhängigen VE (= 1-OR) gegen eine laborbestätigte Influenza unterschiedlichen Subtyps erfolgte in allen Altersgruppen. Die Impfeffektivität wurde nach Alter, Meldewoche und Bundesland adjustiert.

Weitere Analysen mit Fokus auf vulnerable Altersgruppen erfolgen zu einem späteren Zeitpunkt.

Zur Studienpopulation der virologischen Surveillance zählten ambulant behandelte Patienten und Patientinnen, die zwischen der 40. KW 2024 und der 18. KW 2025 eine teilnehmende Arztpraxis aufsuchten und bei denen aufgrund von ARE-Symptomen ein Nasen- oder Rachenabstrich genommen wurde. Folgende Proben von Patientinnen und Patienten wurden ausgeschlossen:

- Impfstatus, Alter oder Geschlecht unbekannt
- kein akuter Beginn der Atemwegserkrankung
- kein Nasen- oder Rachenabstrich und/oder kein valides PCR-Ergebnis
- < 14 Tage vor Diagnose geimpft
- Probenahme > 7 Tage nach Erkrankungsbeginn

Zusammenfassend lässt sich aus den Berechnungen eine gute Wirkung der saisonalen Impfung gegen Influenza B ableiten. Die Wirksamkeit gegen Influenza A war deutlich geringer, insbesondere in der erwachsenen Bevölkerung. Die Ergebnisse stimmen mit den ECDC Vaccine Effectiveness, Burden and

¹ Das Konfidenzintervall definiert einen Bereich, in dem man mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit darauf vertrauen darf, dass sich der wahre Wert einer Zufallsgröße darin befindet.

Impact Studies² überein und bieten einen Evidenzbeitrag für die Bewertung von Impfeempfehlungen. Diese Überwachung der Impfeffektivität soll zukünftig fortgesetzt werden.

Danksagung

Wir möchten unseren Dank aussprechen an die Kindertageseinrichtungen und Gesundheitsämter, die an der Surveillance beteiligt sind, sowie an alle Ärzte und Ärztinnen und deren Teams für die angenehme und konstruktive Zusammenarbeit. Ebenso danken wir den vier zentralen Laboren im Bundesland für ihre Unterstützung beim Versand der Proben und der Kassenärztlichen Vereinigung für die Kooperation. Für den fachlichen Austausch und die Berechnung der Impfeffektivität gilt unser besonderer Dank den Kolleginnen und Kollegen aus Sachsen-Anhalt und Niedersachsen.

² <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Core-protocol-ECDC-COVID-19-vaccine-studies-october2023.pdf>