



Zur Änderung von §28a des Infektionsschutzgesetzes

(Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD) zum Entwurf eines
Aufbauhilfegesetzes 2021

Stand: 07.09.2021

Altersbezogene Inzidenzzahlen können als grober Hinweis auf die Dynamik des Infektionsgeschehens herangezogen werden. Sie sind allerdings keinesfalls ein Abbild der tatsächlichen Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen, da nur diese Altersgruppe anlasslos getestet wird (z.B. Schule). Weiterhin ist der Vergleich im Zeitverlauf unter dem Gesichtspunkt unterschiedlicher Vorbedingungen (Sommerferien, Schulöffnung, Test-Strategien etc.) kritisch.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin sollte – mindestens ergänzend zu altersbezogenen Inzidenzzahlen - die altersbezogene Hospitalisierungsrate sowie die Rate der Aufnahmen auf Intensivstation verwendet werden. Dabei gilt es allerdings zweierlei zu bedenken. Viele Kinder werden nicht **wegen COVID-19** stationär aufgenommen, sondern aus einer anderen Indikation, **jedoch mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung**. Das gilt prinzipiell auch für Erwachsene, wird aber bei Kindern deutlich häufiger beobachtet. Daher sollte die Erfassung des Aufnahmegrundes altersbezogen unbedingt miterfasst werden. Idealerweise sollten die Daten regional differenziert aufgearbeitet werden. Die Argumentation des RKI, dass die Datenanalyse bei höherer Detailtiefe mehr Zeit braucht, ist sicher richtig, darf aber keinesfalls als Gegenargument gelten, weil es keine andere sinnvolle Alternative gibt.

Als konkreter Vorschlag der DGKJ könnte auch die verpflichtende Erfassung in das u.g. DGPI-Register erfolgen, das eine zeitnahe Kinder- und Jugendliche-bezogene Auswertung sicherstellen kann.

Hintergrund / Erläuterungen:

Dank zunehmender Durchimpfungsrate insbesondere der Erwachsenen und älteren Jugendlichen verlagert sich das Infektionsgeschehen in jüngere Altersgruppen, die eine geringere Krankheitslast tragen, seltener schwer an COVID-19 erkranken, geringere Hospitalisierungsraten haben und das Gesundheitssystem nicht so stark beanspruchen. Daher sind höhere Inzidenzzahlen in dieser Altersgruppe durchaus in Kauf zu nehmen und der Parameter Hospitalisierungsrate ist deutlicher in politischen Entscheidungen im Pandemiemanagement zu berücksichtigen. Das gilt zunächst für Erwachsene.

Kinder und Jugendliche sind diejenigen, die die geringste primäre Krankheitslast haben und deutlich mehr unter den Lockdown-Maßnahmen im Sinne einer sekundären Krankheitslast gelitten haben und ggf. wieder leiden werden. Sie haben in der Vergangenheit sehr viel investiert im eigentlichen Interesse der Erwachsenen, nicht in eigenem Interesse.

Für Kinder unter 12 Jahren gibt es noch keinen zugelassenen Impfstoff. Daher wird sich zumindest prozentual das Infektionsgeschehen bei ihnen stärker entwickeln. Ihre primäre Krankheitslast ist gering und wird gering bleiben.

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), eine unsere Konventgesellschaften, führt seit den Anfängen der Pandemie ein bundesweites **Register**, in



dem die Anzahl der hospitalisierten Kinder- und Jugendlichen mit SARS-CoV-2-Infektion gemeldet werden. Das Register erfasst keine vollständigen Daten, es lässt sich aber ein Trend daraus ableiten. (<https://dgpi.de/covid-19-survey-update/#stationaere-aufnahmen>). Wir können daraus keine überproportionale Zunahme erkennen.

In den Daten des RKI wird die wöchentliche Zahl an Hospitalisationen erfasst. In der Kalenderwoche 33 sind 114 Kinder bis 14 Jahre gemeldet worden, in KW 34 120. In ähnlichen Größenordnungen lagen wir zuletzt in der KW 19. In der KW 12 waren es mit 186 Kindern deutlich mehr. Es ist somit seit KW 27 (mit 12 Kindern) zwar klar ein Anstieg zu verzeichnen. Im Frühjahr 2021 waren sehr viel mehr Kinder hospitalisiert.

([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspunkte.html)).

Eine Information zu den Meldungen aus den USA: Es trifft zu, dass einzelne Kliniken belastet sind, wie wir auch aus persönlichen Kontakten wissen. Die Daten der American Academy of Pediatrics und der Children's Hospital Association weisen allerdings aktuell (21.08.2021) eine Hospitalisationsrate von 0,9 % aus, diese lag z.B. für den Mai 2020 bei 3,8% der infizierten Kinder.

(<https://downloads.aap.org/AAP/PDF/AAP%20and%20CHA%20-%20Children%20and%20COVID-19%20State%20Data%20Report%208.19%20FINAL.pdf>).

Auch hieraus ist eine überproportionale Belegung der Kliniken nicht abzuleiten.

Zu den Maßnahmen an Schulen sei auf einen aktuellen ZEIT-Artikel hingewiesen: „Für Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen sollte deshalb ein spezifisches Kontaktpersonenmanagement eingeführt werden, das eine angemessene Balance findet zwischen der Zahl verhinderbarer Erkrankungen und der durch Quarantäne ausgefallenen Unterrichtstage.“

<https://www.zeit.de/amp/gesundheit/2021-08/kinder-corona-krise-schule-oeffnungen-corona-impfung-infektionsschutz>). Autoren sind neben anderen Prof. Dr. Jörg Dötsch, Präsident der DGKJ, und Prof. Dr. Reinhard Berner, Vorstandsmitglied der DGKJ.

Kontakt:

Prof. Dr. Jörg Dötsch (Präsident)

PD Dr. Burkhard Rodeck (Generalsekretär)

Geschäftsstelle der DGKJ

Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Tel. +49 30 3087779-0 | Fax +49 30 3087779-99

Mobil +49 170 2059955

info@dgkj.de; generalsekretaer@dgkj.de | www.dgkj.de