



COVID-19 und Kinder: Online-Presskonferenz 09.09.2021

## Kinder und Jugendliche in der Pandemie: Wie schützen wir ihre Gesundheit?

### Pressematerialien

#### Inhalt

<b>Kinder und Jugendliche in der Pandemie: Krankheitslast und Krankheitsfolgen (Prof. Dr. med. Jörg Dötsch)</b> .....	2
Primäre Krankheitslast einer SARS-CoV2-Infektion .....	2
Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS).....	3
Long COVID.....	3
Sekundäre Krankheitslast, Psychosoziale Folgen der Pandemie.....	4
<b>„3-G passt nicht für Kinder!“ Von Lollies, Pools und anderen Teststrategien (Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum)</b> .....	6
I) Geimpft – Impfung für Kinder und Jugendliche .....	6
II) Genesen – durchgemachte Krankheit.....	7
III) Getestet.....	7
Fazit .....	10
<b>Nicht nur ein „kleiner Pieks“? Spezielles bei der Impfung von Heranwachsenden (Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum)</b> .....	11
<b>Lernende und Lehrende: Schule, aber sicher – zwischen Infektionsschutz und -eindämmung</b> .....	14
Zitat Dario Schramm, Generalsekretär der Bundesschülerkonferenz .....	14
Schulen krisenfest machen! (Maike Finner, Vorsitzende der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW).....	15
Brigitte Strahwald, S3-Leitlinie „Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen“ .....	17
<b>Ausblick / Terminhinweis: Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2021</b> .....	18
Pressekontakt.....	20



## Kinder und Jugendliche in der Pandemie: Krankheitslast und Krankheitsfolgen (Prof. Dr. med. Jörg Dötsch)

### Primäre Krankheitslast einer SARS-CoV2-Infektion

Die Pandemie geht durch unsere gesamte Gesellschaft und betrifft alle, auch Kinder und Jugendliche. Während Erwachsene allerdings - nicht nur in höherem Alter - eine erhebliche Krankheitslast zu tragen haben mit einer hohen Rate an schweren Komplikationen und auch Sterbefällen, werden Kinder trotz Infektion entweder gar nicht oder deutlich weniger krank, sie sind weniger empfänglich für eine Infektion mit SARS-CoV-2, und sie scheinen auch weniger ansteckend zu sein.

Epidemiologisches Bulletin 33/2021, STIKO: 9. Aktualisierung der COVID-19- Impfeempfehlung, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/33\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/33_21.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff 2.9.2021)

Eine internationale große Übersichtsstudie mit ca. 7.500 Kindern und Jugendlichen zeigte, dass 15 % keine Symptome aufwiesen, 42,5% hatten einen milden und 39,6 % einen moderaten Krankheitsverlauf; 2 % erkrankten schwerer und 0,7 % waren kritisch krank. Die vorherrschenden Symptome sind Fieber und Husten, seltener werden auch Schnupfen und Halsschmerzen beschrieben. Bei 10-20 % finden sich Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Muskelschmerzen, Erbrechen oder Durchfall. Eine Beteiligung des Herzens (u.a. Herzmuskelentzündung) ist selten, aber auch möglich. Schwere Krankheitsverläufe sind sehr selten und kommen bei Säuglingen und Kleinkindern sowie bei Kindern mit Vorerkrankungen vor.

Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, Oteo J, Hernán MA, Pérez-Olmeda M et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *The Lancet*. 2020;396(10250):535-44.

Viner RM, Ward JL, Hudson LD, Ashe M, Patel SV, Hargreaves D et al. Systematic review of reviews of symptoms and signs of COVID-19 in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2020;archdischild-2020-320972.

Abi Nassif T, Fakhri G, Younis NK, Zareef R, Al Amin F, Bitar F et al. Cardiac Manifestations in COVID-19 Patients: A Focus on the Pediatric Population. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. 2021.

Ma X, Liu S, Chen L, Zhuang L, Zhang J, Xin Y. The clinical characteristics of pediatric inpatients with SARS-CoV-2 infection: A meta-analysis and systematic review. *Med Virol*. 2021 Jan;93(1):234-240. doi: 10.1002/jmv.26208. Epub 2020 Jul 6.

Armann J, Doenhardt M, Hufnagel M, Diffloth N, Reichert F, Haas W, et al. Risk factors for hospitalization, disease severity and mortality in children and adolescents with COVID-19: Results from a nationwide German registry. Preprint vom 13.06.2021 verfügbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.07.21258488v1>

Prädisponierende Faktoren für einen schweren Verlauf (intensivmedizinische Behandlung) im Kindes- und Jugendalter sind chronische Lungenerkrankungen, bösartige Tumore, neurologische Erkrankungen, angeborene Herzerkrankungen, genetische Erkrankungen, chronische Nierenerkrankungen, Chemotherapie oder eine Beeinträchtigung des Immunsystems. Auch andere Faktoren führen zu häufigerer Hospitalisation wie Diabetes mellitus, chronische Erkrankungen des Verdauungstraktes, Übergewicht und Frühgeburtlichkeit. Todesfälle sind nach RKI-Daten sehr selten. Bisher sind fünfzehn 0-9-jährige Kinder verstorben sowie elf 10-19-Jährige (RKI: Stand 31.08.2021). Laut einer älteren Auswertung des RKI vom 13.06.2021 handelt es sich bei der Mehrheit der Verstorbenen um Kinder mit Vorerkrankungen.

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGKI), eine Konventgesellschaft der DGKJ, führt ein COVID-19-Register, in dem stationär aufgenommene Fälle mit COVID-19 an deutschen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin erfasst werden. Etwa die Hälfte aller Kliniken melden in das Register, die nicht meldenden haben keine Fälle oder andere Gründe der Nichtmeldung, so dass ein gewisses „underreporting“ angenommen werden kann. Mit Stand 05.09.2021 sind seit Beginn der Pandemie insgesamt 1.755 stationäre Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen gemeldet worden (davon 31 aus Österreich), davon brauchten 89 eine intensivmedizinische Therapie. Das DGPI-Register ist anders als das RKI-Register nicht tagesaktuell, die Patienten werden erst nach der Entlassung gemeldet.

Sowohl bei den RKI-Daten wie auch beim DGPI-Register muss bedacht werden, dass ein Teil dieser Patienten nicht wegen COVID-19 aufgenommen wurde, sondern aus anderen Gründen. 19 % waren z.B. komplett asymptomatisch ohne spezifischen Therapiebedarf. Die begleitende COVID-19-Infektion ist dann beim routinemäßigen Testen aufgefallen. Sehr sinnvoll wäre eine Meldepflicht aller Kliniken in das DGPI-Register analog zum DIVI-Register, um eine möglichst vollständige Datenbasis zu generieren.

Grundsätzlich muss bei der Bewertung von Inzidenzzahlen in den verschiedenen Altersgruppen bedacht werden, dass diese stark von der Testhäufigkeit abhängen. D.h., dass bei vielen geimpften/genesenen Erwachsenen verhältnismäßig mehr Kinder und Jugendliche getestet werden mit dann auch einer erhöhten Positivrate, auch wenn die Betroffenen keine Erkrankungssymptome zeigen.

<https://dgpi.de/covid-19-survey-update/> (Zugriff: 05.09.2021)

### Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS)

PIMS ist ein seltenes Krankheitsbild, das sich meist 3-4 Wochen nach der Infektion zeigt. Die Kinder können daran schwer erkranken, teils auch mit Schocksymptomen. Bei frühzeitiger Erkennung und entsprechender Behandlung heilt die Erkrankung in der Regel folgenlos aus. Als Ursache wird eine ungebremste überschießende Immunreaktion nach der Infektion angenommen. Die DGPI führt auch ein Register zu PIMS-Fällen, bis 05.09.2021 wurden 416 Fälle während der gesamten Pandemie gemeldet. Das Outcome war günstig, Folgeschäden (v.a. bezogen auf Herz- und Kreislauf) wurden in 7% der Fälle bei Entlassung beobachtet. Tödliche Verläufe wurden bisher nicht berichtet.

<https://dgpi.de/pims-survey-update/#faelle> (Zugriff 3.9.2021)

Multisystem inflammatory syndrome in children related to COVID-19: a systematic review. Hoste L, Van Paemel R, Haerynck F. Eur J Pediatr. 2021 Jul;180(7):2019-2034. doi: 10.1007/s00431-021-03993-5. Epub 2021 Feb 18.

### Long COVID

Long COVID ist ein nicht einheitliches Krankheitsbild mit einer breitgefächerten möglichen Symptomatik, so dass eine Einschätzung von Häufigkeit und Schweregrad schwierig ist. Als Long COVID werden Krankheitszeichen und Symptome beschrieben, die mehr als 12 Wochen nach Krankheitsbeginn bestehen bzw. mehr als 12 Wochen nach Infektion auftreten, deren Entwicklung bisher nicht geklärt ist und für die keine andere Erklärung als eine mögliche Folge einer SARS-CoV-2-Infektion festzustellen ist. Long COVID kann Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, die Lebensqualität, das soziale Leben und das Familienleben haben. Häufige Symptome bei Erwachsenen sind Erschöpfungszustände (Fatigue), Atembeschwerden, Geruchs- und Geschmacksstörungen, Konzentrations- und Schlafstörungen, Kopfschmerzen, depressive Verstimmung und Herzrhythmusstörungen. Insgesamt ist die Symptomatik variabel und der Zeitraum variiert zwischen Wochen und Monaten.

Die Datenlage zu Long COVID bei Kindern ist begrenzt, die Häufigkeit kann derzeit bei Kindern nicht verlässlich erfasst werden. Viele Symptome sind unspezifisch und treten auch infolge von psychosozialen Belastungen während der Pandemie zum Beispiel durch Ängste, Schulschließungen oder Isolation auch ohne SARS-CoV-2-Infektionen auf. Eine Aussage zur Häufigkeit ist nur durch Studien möglich, die eine Kontrollgruppe von Kindern und Jugendlichen ohne SARS-CoV-2-Infektion hatten. In den drei vorliegenden Studien mit Kontrollgruppe sind Kinder mit SARS-CoV-2-Infektion nicht häufiger von Spätfolgen betroffen als Kinder ohne SARS-CoV-2-Infektion. In der Studie aus Zürich (Radke et al) zeigte sich insgesamt eine seltene Häufigkeit von Long Covid, wobei 4 % der Seropositiven und 2 % der Seronegativen mehr als ein Symptom nach 12 Wochen aufwiesen. In der gesundheitlichen Selbsteinschätzung fand sich kein Unterschied.

Blankenburg J, Wekenborg MK, Reichert J, Kirsten C, Kahre E, Haag L et al. Mental health of Adolescents in the Pandemic: Long-COVID19 or Long-Pandemic Syndrome? Als Preprint vom 12.05.2021 verfügbar unter [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3844826](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3844826) (Zugriff am 13.08.2021).

Radtke T, Ulyte A, Puhan MA, Kriemler S. Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in school children: population-based cohort with 6-months follow-up. Als preprint vom 21.05.2021 verfügbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.16.21257255v2> (Zugriff am 13.08.2021).

Chevinsky JR, Tao G, Lavery AM, Kukielka EA, Click ES, Malec D et al. Late conditions diagnosed 1 – 4 months following an initial COVID-19 encounter: a matched cohort study using inpatient and out-patient administrative data – United States, March 1 – June 30, 2020. Clin Infect Dis. 2021.

## Sekundäre Krankheitslast, Psychosoziale Folgen der Pandemie

Neben der o.g. primären Krankheitslast durch die Erkrankung selbst ist auch eine sekundäre Krankheitslast durch psychische Beeinträchtigung durch Lockdown-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen zu bedenken.

Diese Altersgruppe hat den am besten steuerbaren „Arbeitsplatz“ in unserer Republik! Einschränkende Maßnahmen sind sehr konsequent flächendeckend durchsetzbar und so wurde auch bisher konsequent gehandelt. Das hat zu einer erheblichen massiven Beeinträchtigung der Lebensumstände einer ganzen Generation geführt und in großen Teilen zu einer deutlichen Überforderung von familiären Ressourcen in der Bewältigung der Beschränkungen (Schulschließung, Home-Schooling, Verbot von Sozialkontakten, kein Sport oder kulturelles Leben etc.).

Wir wissen heute, dass das zu einer Verminderung von Lebensqualität und psychischem Wohlbefinden geführt hat. Die deutschlandweite COPSY-Studie zeigte eine Zunahme von Ängstlichkeit und Häufung psychischer Auffälligkeiten neben der Abnahme der wahrgenommenen Lebensqualität und des Gesundheitsverhaltens (Zunahme von Medienkonsum, weniger sportliche Betätigung, schlechtes Ernährungsverhalten). Auch internationale Studien bestätigen dies Ergebnisse.

Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp A-K, Becker M, et al. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2021;1-10.

Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, Long D, Snell G. Child Adolesc Ment Health. 2021 Aug 28. doi: 10.1111/camh.12501 Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. Online ahead of print

Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2021 Aug 9:e212482. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482. Epub ahead of print. PMID: 34369987; PMCID: PMC8353576.

In den weiteren politischen Entscheidungen muss dieser Umstand unbedingt in hohem Maß berücksichtigt werden. Es sollte nicht sein, dass dem Infektionsschutz eine zwingend höhere Priorität zugemessen wird als dem Schutz der Chance für ein möglichst ungehindertes Aufwachsen in unserem sozialen Miteinander. Nicht jede Infektion ist um jeden Preis zu verhindern.

<https://www.zeit.de/gesundheit/2021-08/kinder-corona-krise-schule-oeffnungen-corona-impfung-infektionsschutz/komplettansicht#print> (Zugriff 03.09.2021)

**Prof. Dr. med. Jörg Dötsch**

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

## COVID-19 und Kinder: Online-Pressekonferenz 09.09.2021

### „3-G passt nicht für Kinder!“ Von Lollies, Pools und anderen Teststrategien (Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum)

Bereits am 25.5.2021 haben sich die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ) zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) zur Bedeutung von „3-G“ (geimpft / genesen / getestet) geäußert. Die folgenden Ausführungen geben das Papier in Teilen wieder, an bestimmten Stellen wurde das bestehende Papier um einige Aspekte aktualisiert.

<https://dgpi.de/stellungnahme-von-dgpi-dgkj-geimpft-genesen-getestet-25-05-2021/>

Kinder leiden nachhaltig unter der Pandemie und besonders unter den damit verbundenen Einschränkungen und bedürfen dringend der Perspektive, am sozialen Leben wieder ohne gravierende Einschränkungen teilnehmen zu können. Die aktuell diskutierten, gesellschaftlich und politisch vorgeschlagenen Maßnahmen zu langfristigen Lockerungen passen allerdings nicht für Kinder. Sie haben das Potenzial, diese Altersgruppe weiter zu diskriminieren, insbesondere wenn die Rückgabe von Grundrechten ausschließlich auf die sog. 3 G-Regelung oder gar 2G oder 1G bezogen wird. Was 3-G für Kinder bedeuten würde, soll im Folgenden weiter ausgeführt werden.

#### 1) Geimpft – Impfung für Kinder und Jugendliche

Nach der Aktualisierung der Empfehlung zur Impfung von 12-17-jährigen Kindern und Jugendlichen gegen Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) durch die Ständige Impfkommission (STIKO) kann nun der gesamten Altersgruppe eine Impfung mit einem mRNA-Impfstoff angeboten werden. Zur Verfügung stehen die Impfstoffe Comirnaty und Spikevax. Insgesamt sollen COVID-19-Erkrankungen und -Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen verhindert werden. Weiterhin sollen insbesondere Kinder mit Vorerkrankungen geschützt werden. Ein Herdenschutz kann mit der Impfung allerdings nicht erreicht werden, somit steht der Individualschutz im Vordergrund. Als besonderes Impfziel hat die STIKO formuliert, dass durch die Impfung eine verbesserte soziale und kulturelle Teilhabe ermöglicht werden sollte.

[https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM\\_2021-08-16.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_2021-08-16.html)

Milman, O. et al., 2021. Community-level evidence for SARS-CoV-2 vaccine protection of unvaccinated individuals. *Nature Medicine*, pp.1–13.

Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp A-K, Becker M, et al. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2021:1-10.

Eine Impfung der Kinder kann und darf allerdings nicht mit einer erleichterten Zulassung zur Teilnahme am Schulunterricht und dem Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen oder anderen Aktivitäten des sozialen Lebens verknüpft werden. Die Daten vieler Haushalts-Kontaktstudien und Kontaktnachverfolgungen der Gesundheitsämter zeigen, dass der Schulbesuch bei konsequenter Umsetzung

der vorgeschlagenen Hygienemaßnahmen auch ohne Impfung gefahrlos erfolgen kann. Letzteres gilt insbesondere dann, wenn für die (erwachsene) Risikopopulation selbst die Option der eigenen Impfung besteht. Insofern darf die Rückgabe des Grundrechts auf Schulbesuch oder anderer Privilegien nicht an die Voraussetzung einer Impfung der Kinder gebunden werden.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen – Lebende Leitlinie. Online verfügbar unter [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/027-076k\\_Praevention\\_und\\_Kontrolle\\_SARS-CoV-2-Uebertragung\\_in\\_Schulen\\_2021-02\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-076k_Praevention_und_Kontrolle_SARS-CoV-2-Uebertragung_in_Schulen_2021-02_01.pdf)

Galow L, Haag L, Kahre E, Blankenburg J, Dalpke AH, Luck C, et al. Lower household transmission rates of SARS-CoV-2 from children compared to adults. *J Infect.* 2021;83(1):e34-e6.

Irfan O, Li J, Tang K et al. Risk of infection and transmission of SARSCoV-2 among children and adolescents in households, communities and educational settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health* 2021; 11

Lyngse F, Mølbak K, Franck K et al. Association between SARS-CoV-2 Transmissibility, Viral Load, and Age in Households. *medRxiv preprint* 2021; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.28.21252608v2>

Spielberger BD, Goerne T, Geweniger A et al. Intra-Household and Close-Contact SARS-CoV-2 Transmission Among Children - a Systematic Review. *Frontiers in pediatrics* 2021; 9: 613292

## II) Genesen – durchgemachte Krankheit

In der Vergangenheit wurden Kinder mit milden Symptomen häufig nicht getestet; zunächst, weil zu wenig Testkapazitäten zur Verfügung standen; später wurde auf die Testung des Kindes dann regelhaft verzichtet, wenn z.B. bereits ein Elternteil positiv getestet wurde. Viele Kinder haben die Infektion auch völlig ohne Krankheitssymptome gemacht. Sie können trotz durchgemachter Infektion diese nicht nachweisen, somit erhalten sie den Genesenen-Status nicht und profitieren nicht davon. Des Weiteren ist noch zu wenig über die Antikörper-Persistenz und der Höhe bekannt, die notwendig ist, eine Infektion und Erkrankung effektiv zu verhindern.

Méndez-Echevarría A, Sainz T, Falces-Romero I, de Felipe B, Escolano L, Alcolea S, Pertiñez L, Neth O, Calvo C. Long-Term Persistence of Anti-SARS-CoV-2 Antibodies in a Pediatric Population. *Pathogens.* 2021 Jun 4;10(6):700. doi: 10.3390/pathogens10060700. PMID: 34199852; PMCID: PMC8226775.

Truong TT, Ryutov A, Pandey U, Yee R, Goldberg L, Bhojwani D, Aguayo-Hiraldo P, Pinsky BA, Pekosz A, Shen L, Boyd SD, Wirz OF, Röltgen K, Bootwalla M, Maglinte DT, Ostrow D, Ruble D, Han JH, Biegel JA, Li M, Huang C, Sahoo MK, Pannaraj PS, O’Gorman M, Judkins AR, Gai X, Dien Bard J. Increased viral variants in children and young adults with impaired humoral immunity and persistent SARS-CoV-2 infection: A consecutive case series. *EBioMedicine.* 2021 May;67:103355. doi: 10.1016/j.ebiom.2021.103355. Epub 2021 Apr 26. PMID: 33915337; PMCID: PMC8072072.

## III) Getestet

Testung ist eine wichtige Maßnahme, die Infektionsausbreitung zu kontrollieren. Zur Verfügung stehen sogenannte Antigen-Teste und molekulare PCR-Teste, die potenzielle akute Infektionen erkennen können. Pool-Testungen kombinieren Abstriche von mehreren Patienten, die ressourcensparend sind und somit in der Fläche besser umsetzbar sind. Konzepte basierend auf Pooltestung mittels PCR-basierter Methoden mit Verwendung von einfach zu gewinnenden Untersuchungsmaterialien haben eine deutlich höhere Aussagekraft als Antigen-Schnellteste, die bei asymptomatischen Kindern anders als bei symptomatischen Erwachsenen ein unzuverlässiges Verfahren darstellen, da sie unter Alltagsbedingungen Infizierte sehr variabel erfassen (20-80 %), und zudem bei einer erheblichen Zahl von nicht infizierten Kindern falsch positiv ausfallen.

Fujita-Rohwerder N, Beckmann L, Zens Y et al. Diagnostic accuracy of rapid point-of-care tests for diagnosis of current SARS-CoV-2 infections in children: A systematic review and meta-analysis. medRxiv preprint 2021; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.11.21261830v1>

Hoehl S, Schenk B, Rudych O, Göttig S, Foppa I, Kohmer N, Karaca O, Toptan T, Ciesek S. High-Frequency Self-Testing by Schoolteachers for Sars-Cov-2 Using a Rapid Antigen Test. Dtsch Arztebl Int. 2021 Apr 9;118(14):252-253. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0187. PMID: 34114556; PMCID: PMC8283684.

<https://dgpi.de/kommentar-dgpi-dgkh-schnelltests-schulen/>

<https://dgpi.de/teststrategien-zur-covid-diagnostik-in-schulen-stand-28-02-2021/>

Unabhängige Studien zeigen sehr heterogene Ergebnisse bzgl. der Test-Charakteristika diverser Schnelltests. Ein großflächiger Einsatz von Schnelltests sollte, wenn überhaupt, nur unter einer engmaschigen wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation erfolgen, um unnötigen Schaden infolge eines falschen Sicherheitsgefühls (infolge eines falsch-negativen Testergebnisses) oder unnötiger Isolations- oder Quarantänemaßnahmen (infolge eines falsch-positiven Testergebnisses) von der Bevölkerung abzuhalten. Die DGPI und DGKH haben in einer früheren Stellungnahme zu Schnelltests geschlussfolgert, dass es angesichts fehlender Daten zur Validität von Antigenschnelltests gerade bei asymptomatischen Kindern zum jetzigen Zeitpunkt weder gerechtfertigt noch angemessen ist, diese Tests flächendeckend in Schulen und KiTas einzusetzen. Es konnte mittlerweile in Studien belegt werden, dass die Zahl falsch negativer und falsch positiver Ergebnisse inakzeptabel hoch ~~sein~~ ist und weit mehr Schaden als Nutzen mit sich bringen wird. Hinzu kommt das Potenzial großer präanalytischer Fehler in der Probenentnahme.

Das Risiko von falsch positiven oder negativen Testergebnissen hängt vom durchgeführten Test ab. Hier muss zwischen Antigen-Schnell-Tests und PCR-Tests unterschieden werden. Antigen-Schnelltests haben - je nach Hersteller - eine Sensitivität von ca. 80% sowie eine Spezifität im Bereich von 98-99%. Wichtig ist dabei die Unterscheidung zwischen Angaben des Herstellers und unabhängigen wissenschaftlichen Untersuchungen sowie insbesondere der Anwendung unter Real-World-Bedingungen, die immer deutlich schlechtere Werte zeigen. Eine weitere wichtige Unterscheidung besteht hinsichtlich der Testung von symptomatischen und asymptomatischen Personen, wobei die Testung von asymptomatischen Personen immer mit einer deutlich schlechteren Testperformance einhergeht, da die Viruslast bei diesen meist deutlich niedriger liegt. In einer kürzlich veröffentlichten Studie lag die Sensitivität der Schnelltests bei ca. 40%, in einer großangelegten bevölkerungsbezogenen Untersuchung in Liverpool lag die Sensitivität ebenfalls bei 40%.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Unterschied hinsichtlich der Testung von Erwachsenen (für die die Tests ausgelegt sind) und der Testung von Kindern, wobei die wenigen Studien, die Kinder mit Erwachsenen vergleichen, bei Kindern schlechtere Ergebnisse zeigen. Die österreichischen Kollegen haben zur Anwendung der Schnelltests bei Grundschulkindern Sensitivitätsraten von unter 20% mitgeteilt.

Ebenfalls in die Überlegungen mit einbezogen werden muss die aktuelle Inzidenz, die in die Test-Performance als sogenannte "Vortest-Wahrscheinlichkeit" eingeht. Bei niedriger Inzidenz kann es z.B. sein, dass mehr falsch positive als richtig positive Ergebnisse vorliegen.

Aus diesen unterschiedlichen Arbeiten geht hervor, dass Antigentests und Schnelltests in der Selbstanwendung bei Kindern und Jugendlichen eine nicht akzeptabel schlechte Sensitivität und Spezifität aufweisen, die sie als Screening-Instrument ungeeignet erscheinen lassen. Sehr viel aussagekräftiger sind (gepoolte) PCR-Tests (z.B. Lolly-Methode).



Pooltestungen sind logistisch aufwändiger umzusetzen, daher werden in Schulen bevorzugt Schnellteste angewendet. Der Aufbau einer Test-Logistik für PCR-Pooltestungen wäre aber im Interesse der Kinder, wenn aufgrund der Höhe der Infektionszahlen eine Testung gerechtfertigt ist. Zudem können mit PCR-Pooltestungen zuverlässige epidemiologische Daten gewonnen werden.

Das sequenzielle Testen mittels PCR von in der Schule exponierten Kindern ist eine sichere Alternative zu einer undifferenzierten Quarantäne, wahrscheinlich kann eine PCR-Testung am 4. Tag bzw. 5. Tag der Quarantäne die meisten Kinder und Jugendlichen „freitesten“.

Wir begrüßen daher grundsätzlich die Entscheidung der Gesundheitsministerkonferenz vom 06.09.2021 mit der Empfehlung, Quarantänemaßnahmen bei infizierten Schülern und Schülerinnen auf 5 Tage mit anschließender Freitestung zu beschränken, ebenso die Isolationspflicht nicht für ganze Klassenverbände, sondern allenfalls für die unmittelbaren Sitznachbarn. Das ist eine Voraussetzung für einen möglichst verlässlichen aber auch weitgehend sicheren Schulbetrieb.

Des Weiteren konnte in einer kürzlich erschienen Cluster-randomisierten Studie gezeigt werden, dass eine tägliche Testung von Schüler nach SARS-CoV-2 Kontakt mittels PCR über 7 Tage einer 10-tägigen Quarantäne nicht unterlegen ist. Am 7.9. 2021 hat im Zuge dessen NRW beschlossen, dass das infizierte Kinder innerhalb einer Klasse, eines Kurses, einer Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle weiterhin in eine 14-tägige Quarantäne geschickt wird, die übrigen Kinder in der Regel aber nicht in Quarantäne müssen. Nur wenn zum Beispiel mehrere Kinder infiziert sind und deshalb von einem erkennbar größeren Ausbruchsgeschehen ausgegangen werden kann, sollen Gesundheitsämter über das einzelne Kind hinaus Anordnungen zur Quarantäne erlassen. Dieses Vorgehen begrüßen wir ausdrücklich.

Eine kürzlich publizierte Kombination aus PCR und serologischen Schnelltest bot eine zusätzliche Möglichkeit, Kontaktpersonen zu identifizieren und eine Quarantäne zu vermeiden.

Holzner C, Pabst D, Anastasiou OE, Dittmer U, Manegold RK, Risse J, Fistera D, Kill C, Falk M. SARS-CoV-2 rapid antigen test: Fast-safe or dangerous? An analysis in the emergency department of an university hospital. *J Med Virol.* 2021 May 9;10.1002/jmv.27033. doi: 10.1002/jmv.27033.

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/32\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/32_21.pdf?__blob=publicationFile)

<https://dgpi.de/teststrategien-zur-covid-diagnostik-in-schulen-stand-28-02-2021/>

<https://www.mags.nrw/pressemitteilung/nordrhein-westfalen-setzt-gmk-beschluesse-zum-quarantaenemanagement-schulen-und>

<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=224&jahr=2021>

Raffle A E, Gill M. Mass screening for asymptomatic SARS-CoV-2 infection *BMJ* 2021; 373 :n1058 doi:10.1136/bmj.n1058

Wagenhäuser I, Knies K, Rauschenberger V et al. Clinical performance evaluation of SARS-CoV-2 rapid antigen testing in point of care usage in comparison to RT-qPCR. *EBioMedicine* 2021; 69: 103455

Young B, Eyre D, Kendrick S et al. A cluster randomised trial of the impact of a policy of daily testing for contacts of COVID-19 cases on attendance and COVID-19 transmission in English secondary schools and colleges. *medRxiv preprint* 2021; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.23.21260992v1>

Charbonnier L, Rouprêt-Serzec J, Caseris M, Danse M, Cointe A, Cohen L, Faye A, Ouldali N, Gaschignard J. Contribution of Serological Rapid Diagnostic Tests to the Strategy of Contact Tracing in Households Following SARS-CoV-2 Infection Diagnosis in Children. *Front Pediatr.* 2021 May 10;9:638502. doi: 10.3389/fped.2021.638502. PMID: 34041206; PMCID: PMC8141846.

Unterschätzt werden auch die negativen psychologischen Auswirkungen repetitiver Testungen, insbesondere junger Kinder, die entsprechende Konsequenzen wie Quarantäne der eigenen Person oder der Sozialgemeinschaft nach sich ziehen - nicht zuletzt, wenn sie möglicherweise aufgrund der

invaliden Testmethode wieder aufgehoben werden müssen. Weiterhin besteht die erhebliche Gefahr, dass Testergebnisse negativen Einfluss nehmen auf die konsequente Umsetzung der bewährten Hygieneregeln. Dies hat angesichts einer erwartungsgemäß hohen Rate falsch negativer Testergebnisse besonders gravierende Auswirkungen.

Unsere und kollaborierende Fachgesellschaften, aber auch die amerikanische CDC, das ECDC sowie die Weltgesundheitsorganisation WHO, haben immer wieder betont, dass ein Präsenzunterricht unter konsequenter Einhaltung von Hygienemaßnahmen auch unter Pandemiebedingungen möglich ist.

Konkrete Vorschläge hierzu wurden u.a. von der DGPI, DAKJ und DGKH erarbeitet und veröffentlicht. Die darüberhinausgehende regelmäßige Testung von asymptomatischen Schülern und Lehrern ist nicht sinnvoll und trägt nicht zur Sicherheit des Schulunterrichts bei, obwohl diese Maßnahme möglicherweise das Sicherheitsgefühl von Lehrern und Eltern erhöht.

Fujita-Rohwerder N, Beckmann L, Zens Y et al. Diagnostic accuracy of rapid point-of-care tests for diagnosis of current SARS-CoV-2 infections in children: A systematic review and meta-analysis. medRxiv preprint 2021; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.11.21261830v1>

ECDC. COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission – first update. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>. Zugegriffen: 22 Mai 2021

<https://dgpi.de/stellungnahme-praevention-von-sars-cov-2-ausbruechen-in-kindertagesbetreuung-schulen-03-08-2020/>

<https://dgpi.de/aktualisierte-stellungnahme-der-dgpi-und-der-dgkh-zur-rolle-von-schulen-und-kitas-in-der-covid-19-pandemie-stand-18-01-2021/>

<https://dgpi.de/teststrategien-zur-covid-diagnostik-in-schulen-stand-28-02-2021/>

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-076.html>

Robert Koch Institut (Berlin). Einsatz von Antigentests in Einrichtungen in Deutschland – Ergebnisse einer RKI-Umfrage. Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch Instituts 2021; 36

US Centers for Disease Control and Prevention. Transmission of SARS-CoV-2 in K-12 schools. Published March 19, 2021. Accessed April 25, 2021.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570438/>

## Fazit

Für Kinder und Jugendliche wird von den „3Gs“ absehbar allenfalls ein Kriterium anwendbar sein, wenn es um die geplante Zurücknahme von Einschränkungen von Grundrechten ausschließlich für die Gruppe der Geimpften, Genesenen und Getesteten geht. Kinder und Jugendliche werden bei der alleinigen Orientierung an den „3G“-Maßnahmen erneut und in nicht hinnehmbarer Weise benachteiligt. Das Ungleichgewicht zu Ungunsten dieser besonders schutzbedürftigen Altersgruppe wird weiter verstärkt.

### **Die Forderung von Kinder- und Jugendärzten lautet daher:**

Kinder und Jugendliche müssen bei allen Einschränkungen, die pandemiebedingt im gesellschaftlichen Leben auferlegt worden sind, uneingeschränkt von den gleichen Privilegien profitieren dürfen wie Geimpfte, Genesene oder Getestete - so, wie dies in anderen Ländern (z. B. Dänemark) bereits praktiziert wird. Andere Kriterien und Maßnahmen als die genannten „3Gs“ müssen den Zugang zu Schule und KiTa regeln und diese unter Pandemiebedingungen ermöglichen.

Hier kann auf ein Maßnahmenpaket der S3-Leitlinie „Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der Sars-CoV-2-Übertragung in Schulen“ verwiesen werden, das breit unter allen beteiligten Gruppierungen konsentiert worden ist. Bei Umsetzung des Maßnahmenbündels ist Präsenzunterricht in Schulen

auch unter Pandemiebedingungen möglich. Auch die Ausübung von Freizeit und Sport im Außenbereich und die Beteiligung an Aktivitäten des sozialen Lebens wie Musikunterricht, Schwimmunterricht und weitere ausgewählte Sportarten müssen - unter Einhaltung der einschlägigen Hygiene-Bedingungen - unabhängig vom Impfstatus geregelt werden. Die Koppelung der Zulassung von Kindern z.B. zur Teilnahme an Veranstaltung wie Klassenfahrten oder anderen Ereignissen an den Impfstatus ist ethisch aus o.g. Gründen nicht vertretbar.

Kinder und Jugendliche müssen auch unter Pandemiebedingung ihr Recht auf Gesundheit, Bildung und soziale Teilhabe wahrnehmen können. Daher müssen für sie Entscheidungskriterien entwickelt werden, die den spezifischen Bedürfnissen dieser Altersgruppe gerecht werden.

## Nicht nur ein „kleiner Pieks“? Spezielles bei der Impfung von Heranwachsenden (Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum)

Impfungen stellen ein wichtiges Instrument zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie dar. Die STIKO empfiehlt daher seit dem 16.8.2021 die Impfung gegen Covid-19 nun für alle Kinder und Jugendlichen zwischen 12-17 Jahren. Zuvor bestand eine Impfung lediglich für Kinder mit Risikofaktoren.

[https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM\\_2021-08-16.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_2021-08-16.html)

Warum hat die STIKO Empfehlung mehr Zeit in Anspruch genommen, als sich das viele gewünscht haben? Kinder und Jugendliche sind zwar Teil der Pandemie. Es liegt allerdings eine deutlich geringere, wenngleich messbare Krankheitslast auch in dieser Altersgruppe vor. Vereinzelt kommen schwere Verläufe vor wie das Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrom (PIMS), meisten aber mild oder gar asymptomatisch. Kinder scheinen insgesamt eine geringere Suszeptibilität für SARS-CoV-2-Infektionen zu haben.

Armarn J, Doenhardt M, Hufnagel M, Diffloth N, Reichert F, Haas W, et al. Risk factors for hospitalization, disease severity and mortality in children and adolescents with COVID-19: Results from a nationwide German registry. Preprint vom 13.06.2021 verfügbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.07.21258488v1>

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI). Aktuelle Ergebnisse der DGPI-Datensammlung von stationären COVID-19 Fällen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <https://dgpi.de/covid-19-survey-update/>

Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI). Aktuelle Ergebnisse der Datensammlung von Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) Fällen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <https://dgpi.de/pims-survey-update/>

Götzinger F, Santiago-García B, Noguera-Julían A, Lanasa M, Lancelli L, Carducci FIC, et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020;4(9):653-61.

Loske J, Röhmel J, Lukassen S, Stricker S, Magalhães VG, Liebig J, Chua RL, Thürmann L, Messingschlager M, Seegebarth A, Timmermann B, Klages S, Ralser M, Sawitzki B, Sander LE, Cormann VM, Conrad C, Laudi S, Binder M, Trump S, Eils R, Mall MA, Lehmann I. Pre-activated antiviral innate immunity in the upper airways controls early SARS-CoV-2 infection in children. *Nat Biotechnol*. 2021 Aug 18. doi: 10.1038/s41587-021-01037-9. Epub ahead of print. PMID: 34408314.

Viner RM, Mytton OT, Bonell C, Melendez-Torres G, Ward J, Hudson L, et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 infection among children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2021;175(2):143-56.

Warum gab es dann zunächst keine allgemeine Impfpflicht für Kinder und Jugendlichen zwischen 12-17 Jahren, sondern nur für Kinder mit Risikofaktoren? Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten hingegen scheinen ein erhöhtes Risiko zu haben. Die sehr große Gruppe der ebenfalls als gefährdet anzusehenden chronisch kranken Kinder im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter müssen bislang ohne Impfangebot bleiben, da die beiden verfügbaren mRNA-Impfstoffe bislang nur für die Altersgruppe 12-17-Jährige verfügbar ist.

Eine Impfpflicht ist immer von einer kritischen Analyse der wissenschaftlichen Datenlage zur Wirksamkeit und Sicherheit begleitet. Die Wirksamkeitsdaten, die im Laufe der letzten Monate publiziert wurden, belegten die Nutzen der COVID-19-Impfung für Kinder und Jugendliche.

Es gab allerdings einige Fallberichte, dann größere Beobachtungsstudien, die über ein Risiko für Myokarditiden (Herzmuskelentzündungen) nach Impfungen mit mRNA-Impfstoffen berichteten. Eine ausführliche Analyse dieser Beobachtung war daher notwendig geworden, um das Risiko für diese seltene Impfkomplication zu berechnen. Die Analyse der STIKO ergab, dass Myokarditiden bei Jungen häufiger als bei Mädchen auftreten (ca. 1:17.000 bzw. 1:110.000 nach der 2. Impfung). Erfreulicherweise ist der akute Verlauf meist milde. Langzeitfolgen sind bislang nicht beschrieben worden. Weitere schwerwiegende unerwünschte Ereignisse nach Impfung bei Kindern und Jugendlichen sind nicht beobachtet worden. Des Weiteren hat die STIKO bei zunehmender Fallzahl die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass auch mehr Long COVID Fälle auftreten können, auch wenn das Erkrankungsbild noch nicht einheitlich definiert ist. Auch führt die STIKO die möglichen psychosozialen Folgen auf, die durch Isolationsmaßnahmen notwendig werden könnten.

Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy and Safety of the mRNA- 1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med.* 2021;384(5):403-16.

European Medical Agency (EMA) CfMPfHUC. Comirnaty and Spikevax: possible link to very rare cases of myocarditis and pericarditis. 09/07/2021 Online verfügbar unter <https://www.ema.europa.eu/en/news/comirnaty-spikevax-possible-link-very-rare-cases-myocarditis-pericarditis> (zuletzt aufgesucht am 22.07.2021).

Frenck RW, Klein NP, Kitchin N, Gurtman A, Absalon J, Lockhart S, et al. Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents. *N Engl J Med.* 2021.

Hause AM GJ, Baggs J, et al. COVID-19 Vaccine Safety in Adolescents Aged 12–17 Years – United States, December 14, 2020–July 16, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70:1053-8.

Jain SS, Steele JM, Fonseca B, Huang S, Shah S, Maskatia SA, et al. COVID-19 Vaccination-Associated Myocarditis in Adolescents. *Pediatrics.* 2021:e2021053427.

Marshall M, Ferguson ID, Lewis P, Jaggi P, Gagliardo C, Collins JS, et al. Symptomatic acute myocarditis in seven adolescents following Pfizer- BioNTech COVID-19 vaccination. *Pediatrics.* 2021:2.

Mouch SA, Roguin A, Hellou E, Ishai A, Shoshan U, Mahamid L, et al. Myocarditis following COVID-19 mRNA vaccination. *Vaccine.* 2021.

Larson KF, Ammirati E, Adler ED, Cooper LT, Hong KN, Saponara G, et al. Myocarditis after BNT162b2 and mRNA-1273 Vaccination. *Circulation.* 2021.

Rosner CM, Genovese L, Tehrani BN, Atkins M, Bakhshi H, Chaudhri S, et al. Myocarditis Temporally Associated with COVID-19 Vaccination. *Circulation.* 2021.

Shimabukuro T. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). COVID-19 Vaccine safety updates. online verfügbar unter <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2021-06/03-COVID-Shimabukuro-508.pdf>

Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Use of mRNA COVID-19 vaccine after reports of myocarditis among vaccine recipients: update from the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, June 2021.

Der politische und mediale Druck auf die STIKO, die Impfungen bei Kindern und Jugendlichen rasch zu empfehlen, war unangemessen insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese Bevölkerungsgruppe das Pandemiegeschehen zu keiner Zeit so beeinflusst hat wie die der Erwachsenen. Die nun von der STIKO durchgeführte mathematischen Modellierungen zeigt zudem, dass die Impfung von Kindern und Jugendlichen für den Verlauf der vierten Infektionswelle von sekundärer Bedeutung ist, die Impfung von Erwachsenen allerdings entscheidend. Eine Impfung von Kindern und Jugendlichen wird dennoch dazu beitragen, die allgemeine Krankheitslast in der Bevölkerung zu senken und deren soziale Teilhabe zu verbessern.

**Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum**

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie

## Lernende und Lehrende: Schule, aber sicher – zwischen Infektionsschutz und -eindämmung

Zitat Dario Schramm, Generalsekretär der Bundesschülerkonferenz



„Viele fühlen sich mit ihrer Situation allein und sehnen sich nach sozialen Kontakten. Die Probleme, die während des Lockdowns entstanden, bleiben bestehen. Das betrifft die eigene Gesundheit, aber auch belastende Situationen in der Familie bis hin zu häuslicher Gewalt. Zudem gibt es enorme schulische Ängste, etwa vor inhaltlichen Lücken in den Abschlussklassen. Viele Schüler und Jugendliche konnten über Monate keinen Sport machen, das hat körperliche Auswirkungen, betrifft aber auch die Stressverarbeitung etc. – Viele Jugendliche suchen Hilfs- und Therapieangebote, was extrem schwierig geworden ist. Das muss deutlich verbessert werden!“

<https://www.bundesschuelerkonferenz.com/>

## Schulen krisenfest machen! (Maike Finnern, Vorsitzende der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW)

Die Kunst ist, das Recht auf Bildung sowie gute Arbeits- und Lernbedingungen und das Recht auf Gesundheit der Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern unter einen Hut zu bekommen. Alle Beteiligten sehnen sich nach einer Schule mit Präsenz, gemeinsamem Lernen und Gemeinschaftserlebnissen sowie einer verlässlichen Jahresplanung. Aber: Die Pandemie dauert nun bereits eineinhalb Jahre, sie hat die Schwächen unserer Bildungssysteme gnadenlos offenbart – passiert ist jedoch zu wenig, um sie krisenfest zu machen. Die Politik hat es bisher versäumt, mit bundesweit einheitlichen und verbindlichen Leitlinien für Klarheit zu sorgen, in welcher Pandemie-Situation an den Schulen welche Maßnahmen ergriffen werden müssen. Lehrende, Lernende und Eltern werden allein gelassen.

Trotzdem: Die Situation ist heute eine andere als vor einem Jahr. Inzwischen hatten alle Beschäftigten die Möglichkeit, sich impfen zu lassen, die Impfbereitschaft bei den Lehrkräften ist mit 80 bis 95 Prozent sehr hoch. Impfen ist neben Hygienemaßnahmen, einem Testkonzept, Maskenpflicht in geschlossenen Räumen, Investitionen in Gebäude und Ausstattung sowie mehr Personal eine wichtige Säule, um die Pandemie zu bekämpfen. Die positive Empfehlung der Ständigen Impfkommission, Kinder und Jugendliche ab zwölf Jahren zu impfen, ist eine Grundlage für die Immunisierung dieser Altersgruppe. Deshalb sind niedrigschwellige Impfangebote für diese Schülerinnen und Schüler, beispielsweise an Schulen, sinnvoll. Da es um Minderjährige geht, muss sichergestellt sein, dass Ärzte beraten können und die Impf-Entscheidung bei den Eltern bleibt. Außerdem muss die Anonymität, wer sich impfen lässt und wer nicht, gewahrt werden. Impfen kann kein Angebot der Schule sein, dafür muss externes und medizinisches Personal zur Verfügung stehen. Für die Teilnahme am Unterricht kann eine Impfung keine Voraussetzung sein, wir haben keine Impfpflicht!

Tests sind das richtige Mittel. Deshalb dürfen sie nichts kosten - weder an Schulen noch an anderen Bildungseinrichtungen. Das ist gerade unter dem Aspekt der Chancengleichheit wichtig. Allerdings: Die Tests, die den Schülerinnen und Schülern über ihren Ausweis bestätigt werden, sind Selbsttests. Ein Testkonzept an Schulen, das mit Pooltestungen und PCR-Tests arbeitet, ist aussagekräftiger und sicherer. Die Schulen brauchen ein Konzept, in dem auch der Umgang mit Quarantäneanordnungen geregelt ist. Den Gesundheitsämtern helfen, etwa wenn sie Quarantänemaßnahmen anordnen, bundesweit gültige Leitlinien, die auf der Folie etwa des Inzidenzwertes, der Impfquote und der Krankenhausbelegung basieren. Einheitliche Richtlinien fördern die Transparenz von Entscheidungen und tragen zu deren Akzeptanz bei Kindern, Jugendlichen und deren Eltern - und damit zum Schulfrieden bei.

Zudem muss es jetzt einen Schub bei der Anschaffung von Luftfilteranlagen geben. Bund und Länder müssen die Kommunen bei der kostspieligen Anschaffung der Lüfter und der Prüfung der Sinnhaftigkeit im Rahmen von Raumluftkonzepten zusätzlich finanziell unterstützen. Hier ist schon viel zu viel Zeit vergeudet worden. Luftfilter sind kein Allheilmittel, sie können aber eine zusätzliche Maßnahme sein, um das Infektionsgeschehen einzudämmen.

In den Bundesländern, in denen die Schule schon wieder begonnen hat, ist die Verunsicherung bei Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern sowie den Eltern mit den Händen zu greifen. Die groß angelegten Tests zeigen, dass die Inzidenz bei den Schulkindern im Vergleich zu anderen Altersgruppen am höchsten ist, in einigen Kommunen bei 800. Nur wenn unsere Vorschläge konsequent umgesetzt werden, ist der bestmögliche Schutz aller Beteiligten möglich.

Gegen die vierte Welle mit der hochansteckenden Delta-Variante des Corona-Virus‘ hilft keine „Augen-zu-und-durch-Strategie“ der Kultusministerkonferenz. Auf das „Prinzip Hoffnung“ zu setzen, ist das Gegenteil einer verantwortungsbewussten Politik. Auf Schutzmaßnahmen zu verzichten und die Erkrankung einer großen Anzahl von Kindern und Jugendlichen billigend in Kauf zu nehmen, lehnen wir ab.

Kinder und Jugendliche haben einen guten Schutz verdient, schließlich haben Sie jetzt schon eine sehr lange Zeit zurückgesteckt. Wir brauchen einen Schulterchluss zwischen Bund, Ländern und Kommunen, Lehrkräften, Ärzten, Virologen, Schülerinnen und Schülern, Eltern sowie deren Interessenvertretungen, um die Schulen endlich krisenfest zu machen.

**Maïke Finnern**, Vorsitzende der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW)

Es gilt das gesprochene Wort.



## Brigitte Strahwald, S3-Leitlinie „Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen“

„Die wissenschaftlich fundierten und konsentierten Handlungsempfehlungen der S3-Leitlinie sollen einen möglichst sicheren, geregelten und kontinuierlichen Schulbetrieb in Pandemiezeiten ermöglichen. Dabei ist stets ein Maßnahmenpaket notwendig: Maßnahmen müssen aufeinander abgestimmt umgesetzt werden, um zu wirken.“

[S3-Leitlinie Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen | Lebende Leitlinie, Kurzfassung AWMF-Registernummer 027-076 \(Version1, 8. Februar 2021\)](#)

# Ausblick / Terminhinweis: Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2021

**6. - 9. Oktober Berlin**

**Thema: COVID-19**



Auch während unseres Kongresses wird an allen drei Kongresstagen vom 07.10. bis 09.10.2021 das aktuell die gesamte Welt erfassende Thema „Corona-Pandemie“ im Mittelpunkt stehen.

Wir beginnen am **07.10.2021 um 8:30 Uhr** mit einer Veranstaltung inklusive Online-Live-Übertragung (ID 41075 – **Was macht die Pandemie mit unseren Kindern und Jugendlichen? Ein sozialpädiatrischer Blick!**), u. a. zu den psycho-emotionalen Langzeitfolgen für Kinder und Jugendliche, auch mit dem Schwerpunkt „Wenn Kinder bereits andere chronische Erkrankungen aufweisen“. Bisher haben in den Medien besonders die Themen Schulschließungen, Quarantäne, Ausfall von Lerninhalten, Reduktion der körperlichen Fitness und Zunahme des relativen Körpergewichts im Vordergrund gestanden. Nun zeichnet sich ab, dass insbesondere bei Kindern mit chronischen Grunderkrankungen nicht nur die akute Erkrankung eine durchaus signifikante Rolle spielen kann, sondern auch langfristige Einschränkungen der Gesundheit möglich sind.

Das sogenannte Long-COVID-Syndrom bei Kindern und Jugendlichen steht zunehmend im Fokus. Es äußert sich als chronische Müdigkeit und wird in gleicher Linie wie das sogenannte Chronic Fatigue Syndrome genannt. Für diese sozialpädiatrische interdisziplinäre Sitzung haben wir eine weltweit führende Forscherin, Frau Professor Uta Behrends von der Technischen Universität München, als Referentin gewinnen können (*Long Covid bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – eine neue Welle von postinfektiöser Fatigue und ME/CFS*).

Von dem Epidemiologen Prof. Dr. med. Rüdiger von Kries aus dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München wird die Impfstoff-Entwicklung aus sozialpädiatrischer Sicht berichtet werden (*Impfung für 12-17-Jährige: Was dafür spricht und was dagegen*).

Eine große Plenarsitzung am Folgetag, dem **08.10.2021, von 11:00 bis 12:30 Uhr** (ID 38659 – **Hot Topic: SARS-CoV-2 Infektion von A bis Z**) wird sowohl vor Ort in der Berliner Messe stattfinden als auch per Live-Übertragung online zu streamen sein. Erneut wird Frau Professor Behrends hier eine übergeordnete Sicht für Langzeit-Folgen nach COVID darlegen (*Erkrankungen nach COVID*).

Der Vortrag von Herrn Dr. Martin Terhardt, Mitglied der Ständigen Impfkommission STIKO (*Impfstrategien*) wird ebenso wie Registeranalysen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie von Herrn Professor Reinhard Berner, Universitätsklinikum Dresden (*COVID-19:*

*Reflexionen aus dem Register*) als Grundlage für eine interdisziplinäre, fachübergreifende Podiumsdiskussion dienen.

Am **08.10.2021** nachmittags, von **14:00 bis 15:30 Uhr** (ID 38662 – **Interdisziplinäres STIKO-Impfsymposium**), werden wir uns besonders der Impfempfehlung zu COVID-19 widmen und auch allgemeine Impffragen aus der kinder- und jugendärztlichen Praxis in den Mittelpunkt stellen.

Die besondere Bedeutung und Belastung der Kitas, des Weiteren der verschiedenen Schulen in Bezug auf infektionsbiologische Strategien wird am **09.10.2021 von 8:30 bis 10:15 Uhr** (ID 40736 – **Kita und Schule trotz Pandemie! Bedeutung, Management und Prävention von COVID-19 in Kitas, Grund- und weiterführenden Schulen**) ebenso inklusive Online-Live-Übertragung präsentiert.

Namhafte Infektiologen der Universität Würzburg (Professor Johannes Liese), der Ludwig-Maximilians-Universität München (Dr. Ulrich von Both), des Weiteren der Universitätsklinik Köln (Dr. Alexander Joachim, Professor Jörg Dötsch) werden die Ergebnisse ihrer in Deutschland durchgeführten Studien in einem Round-Table mit Moderation diskutieren.

Das wissenschaftliche Programm um die COVID-Infektionen wird abgerundet von einem eigens dafür eingeplanten Kurzvortrags-Symposium am **08.10.2021 um 14:00 Uhr** (ID 45421 – **COVID Abstractsitzung DGKJ**). Hier werden vor allem Fallberichte zu den klinisch sehr variablen Krankheitsabläufen bei COVID im Kindes- und Jugendalter aus den deutschen Kinderkliniken vorgestellt werden.

#### **Fazit**

Wir versuchen den Kongressteilnehmern aus den Kreisen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, der Kinderkrankenpflege und der Studierenden einen breiten Blick einerseits in die Pathophysiologie der Coronavirus-Infektion, zum andern in die unmittelbaren Folgen für den Alltag der Kinder und Jugendlichen darzulegen. Dies beleuchtet nicht nur die einzelnen von der Infektion Betroffenen, sondern auch das soziale Gefüge in Kita und Schule. Da innerhalb des weiteren großen Schwerpunktes „Entzündungsvorgänge/Inflammation“ das Spannungsfeld Infektiologie/Autoimmunerkrankung/Rheuma im Fokus steht, wird auch hier ausführlich Bezug genommen zu der aktuellen Pandemie.

**Prof. Dr. med. Hermann Girschick**  
Kongresspräsident DGKJ

[Akkreditierung zum Kongress: Hier auf der DGKJ-Webseite](#)

## Pressekontakt

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)  
Dr. Sybille Lunau | [presse@dgkj.de](mailto:presse@dgkj.de) | Tel. 030/308 777 914 | [www.dgkj.de](http://www.dgkj.de)  
DGKJ-Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin