



06.09.2021

Transkript

„COVID-19 bei Kindern - Wie riskant wird der Herbst?“

Expertin und Experte auf dem Podium

Prof. Dr. Jörg Dötsch

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Uniklinik Köln

Dr. Berit Lange

Leiterin der Klinischen Epidemiologie in der Abteilung Epidemiologie, HelmholtzZentrum für Infektionsforschung (HZI), Braunschweig

Dr. Annegret Burkert

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderatorin dieser Veranstaltung

Video-Mitschnitt

Einen Mitschnitt finden Sie auf der SMC-Website: <https://www.sciencemediacenter.de/angebote/press-briefing/details/news/covid-19-bei-kindern-wie-riskantwird-der-herbst/>



Transkript

Moderatorin: [00:00:00]

Guten Morgen! Herzlich willkommen zu dem heutigen Press Briefing, wir starten direkt Montag früh. Wir wollen heute mit den zwei anwesenden ExpertInnen über COVID-19 bei Kindern sprechen. Die vierte Welle ist ja voll in Fahrt und seit Wochen steigen die Inzidenzen. Und aktuell trifft das vor allem auch die junge, ungeimpfte Bevölkerung. Bei den 10- bis 20-Jährigen liegt die deutschlandweite Inzidenz aktuell bei ungefähr 175. Die Debatte um die Infektion bei Kindern und Jugendlichen ist seit Wochen hochemotional. Es gibt besorgte Eltern, die befürchten, dass eine Infektion bei ihren Kindern zu schweren Verläufen oder auch zu Langzeitfolgen, dem sogenannten Long Covid, führen könnte. Auf der anderen Seite ist die Sorge vor diesen langen Quarantäne- und Homeschooling-Phasen, die eventuell wieder zurückkommen. Wir fragen uns: Warum sind die Inzidenzen gerade in diesem Sommer im Vergleich zum letzten Jahr so hoch, was hat sich da vielleicht durch Delta geändert? Ist das Virus jetzt gefährlicher für Kinder und weshalb ist es sinnvoll mit Blick in den Herbst und auch dem Aufkommen anderer Atemwegsinfekte die Infektionen in Schulen möglichst gering zu halten oder eventuell sogar zu vermeiden? Diese Fragen und dann natürlich auch Ihre werden wir ja heute besprechen. Die Expertin heute ist einmal Frau Berit Lange, sie ist Leiterin der Klinischen Epidemiologie am HelmholtzZentrum für Infektionsforschung in Braunschweig und anwesend ist auch Herr Professor Jörg Dötsch, er ist Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Uniklinik Köln. Wir haben für dieses Press Briefing auch versucht, einen Virologen zu bekommen, der hier mit uns über dieses Thema spricht. Es ist uns leider nicht geglückt. Aber wenn Sie für Ihre Recherche noch einen virologischen Experten benötigen, können Sie uns ja gerne auch kontaktieren und wir geben Ihnen die Namen weiter von den Expertinnen und. Experten, die wir kontaktiert haben. Ihre Fragen an die Experten können Sie gerne jetzt schon in dem Fragen und Antworten-Tool stellen. Bitte nicht im Chat. Dann möchte ich starten. Frau Lange, seit ungefähr eineinhalb Jahren leben wir jetzt in dieser pandemischen Situation und es wurden ganz viele Beobachtungen und Daten gesammelt, wir haben sehr viele Erkenntnisse auch zu Kindern. Können Sie nochmal die wissenschaftliche Evidenz zu Kindern zusammenfassen. Wie gefährdet sind sie und was hat sich eventuell jetzt auch durch die Delta Variante geändert?

Berit Lange: [00:02:42]

Ich glaube, die Grundzahlen werden den meisten bekannt sein. Wenn man sich jetzt anguckt, wie wahrscheinlich es für das einzelne Kind ist, wenn es mit SARS-CoV-2 infiziert wird, schwer zu erkranken oder einen schweren Verlauf zu haben, dann sind das relativ geringe Wahrscheinlichkeiten. Man muss unterscheiden, über welche Altersgruppe man spricht. Wenn man sich die Krankenhausaufnahmen anguckt, also das Risiko, dass jemand, der SARS-CoV-2 infiziert ist, ins Krankenhaus muss, dann ist das für die 0- bis 4-Jährigen höher als für die etwas älteren Kinder, nämlich etwa bei 2 bis 4 Prozent immer gewesen. Das hat sich auch nicht geändert, auch aktuell nicht, weder durch Delta noch durch vermehrtes Impfen bei den Erwachsenen. Bei den etwas älteren Kindern liegt dieses Risiko so bei 0,5 Prozent bis etwa 14 oder 15 Jahren und dann steigt es von dort wieder etwas an. Das Risiko, dann sehr schwere



Verläufe zu bekommen und zum Beispiel intensivpflichtig zu werden oder zu versterben ist sehr, sehr gering insbesondere in Deutschland, zumindest das, was wir bisher gesehen haben. Auch bei den Meldedfällen liegt das Risiko, dass Kinder versterben, tatsächlich im Bereich 1 bis 3 pro 100.000 in Deutschland, also sehr niedrig, deutlich niedriger als bei den Erwachsenen. Jetzt war die Frage, was hat sich durch Delta geändert und was hat sich im Herbst im Vergleich zu dem was wir letztes Jahr hatten geändert. Durch Delta ändert sich insbesondere, dass die Übertragbarkeit des Virus nochmal angestiegen ist. Das heißt, das, was wir das R_0 nennen oder die Reproduktionszahl, ist nochmal hochgegangen. Das heißt, das Virus insgesamt verbreitet sich schneller und es sind schneller mehr Menschen betroffen. Und das betrifft jetzt natürlich insbesondere die jungen Altersgruppen, weil die bisher nicht geimpft sind. Das ist eine höhere Übertragbarkeit, vermutlich im Bereich von nochmal 30 bis 50 Prozent im Vergleich zu dem, was wir ja schon an erhöhter Übertragbarkeit bei der Alpha-Variante hatten. Das ist auch aus meiner Sicht der relevantere Parameter für den Verlauf der Pandemie jetzt im Herbst. Es wird einfach schneller mehr Menschen und dann auch mehr Kinder betreffen. Es gibt weitere Zahlen, die zeigen, dass die Erkrankung etwas schwerer verläuft, insbesondere was die Krankenhausaufnahmen angeht. Bisher wissen wir, dass vor allem für die Krankenhausaufnahmen bei Delta im Vergleich zu Alpha das Risiko etwa verzweifacht ist. Das sind aber Daten, die hauptsächlich von Erwachsenen kommen. Auch einfach, weil bei den Kindern nur ganz wenige Krankenhausaufnahmen überhaupt da sind. Wenn ich noch einen Moment Zeit habe, kann ich darauf eingehen, was jetzt im Herbst anders ist als das letzte Mal und was daraus folgt, ist das in Ordnung? Was wir natürlich diesen Herbst ganz anders haben als letzten Herbst: Wir können impfen, und zwar im Augenblick ab 12 und auch empfohlen ab 12 und das ändert einfach den Verlauf der Pandemie, verändert auch die Altersgruppen, die hauptsächlich betroffen sind. Wir haben außerdem etablierte Test- und Hygienekonzepte, die wir im letzten Herbst zumindest in Deutschland nicht in der Form etabliert haben. Das ändert auch das, was wir an Meldedfällen sehen und auch, wie die Pandemie grundsätzlich verläuft. Dagegen steht, was wir auch haben, diesen Herbst anders als letzten Herbst oder zumindest jetzt schon in der Situation: Wir haben sicher deutlich erhöhte Kontakte unter den Erwachsenen, die Art, wie Erwachsene miteinander umgehen, ist jetzt schon wieder deutlich angestiegen im Vergleich zu dem, was wir letztes Jahr um diese Zeit hatten. Und das sehen wir ja auch darin, dass wir deutlich erhöhte Fallzahlen auch bei anderen Infektionen haben. Das führt aktuell zu einem Anstieg der Fallzahlen insgesamt und den sehen wir, Sie haben es vorhin gesagt, hauptsächlich in den Altersgruppen, die bisher nicht geimpft sind. Das sind eben die jungen Altersgruppen, das sind die Kinder und es sind auch die jungen Erwachsenen von 25 bis 30, auch die haben im Vergleich zu den anderen erhöhte Fallzahlen. Das ist ein Phänomen, das haben wir auch letztes Jahr gesehen, aber nicht in demselben Ausmaß, gesehen haben wir es letztes Jahr aber auch. Es hat also nicht nur mit der Impfung, es hat auch mit der Kontaktierung in diesen Altersgruppen an sich zu tun. Wir sehen dann immer, wenn ein Bundesland aus den Ferien in die Schulzeit geht, weil ja jetzt Testsystem etabliert sind, zusätzlich zu diesen ansteigenden Fallzahlen in diesen Altersgruppen nochmal so eine Art Testeffekt. Das heißt, wir durchleuchten den Teil der Dunkelziffer, die dann doch in diesen Altersgruppen da war. Dann steigt natürlich die Inzidenz in diesen Altersgruppen nochmal deutlich stärker an als in den anderen Altersgruppen. Sie steigt aber auch ohne diesen Testeffekt insgesamt an. Und wir



sehen einen Anstieg der Hospitalisierung insgesamt bei den Kindern auch auf ganz niedrigem Niveau, aber doch ansteigend, und wir sehen einen Anstieg der intensivpflichtigen Kinder.

Moderatorin: [00:08:06]

Ich komme jetzt erstmal zu Herrn Dötsch. Frau Lange hat das sehr gut übergeleitet, dass wir jetzt einen leichten Anstieg an der Hospitalisierungsrate haben. Sehen Sie das auch in Köln bei Ihnen in der Klinik, welche Patienten haben Sie in der Klinik und wie sieht das bei Ihrem Kollegen aus?

Jörg Dötsch: [00:08:28]

Ja, erstmal vielen Dank, Frau Burkert. Das ist in der Tat genauso, wie Frau Lange sagt, genauso so erleben wir das auch. Wir haben mehr Kinder mit einem positiven SARSCoV-2- Abstrich bei uns in der Klinik. Und das nicht nur in unserer Klinik, sondern insgesamt in den Kliniken in Köln. Das Interessante ist aber zum Glück, dass es eben ganz häufig, ich würde fast sagen bei ein von zehn Kindern so ist, dass nur der Abstrich positiv ist, dass sie aber wegen einer anderen Krankheit aufgenommen werden, sei es mit einer Blinddarmentzündung, sei es mit einem Armbruch, sei es mit einer ganz anderen Erkrankung und das nur in etwa gut jedes zehnte Kind letztlich wirklich aufgrund der COVID-19-Erkrankung aufgenommen wird. Das passt natürlich auch zu den relativ hohen Zahlen. Sie haben eben Inzidenzen genannt. Wir haben hier in Köln noch höhere Inzidenzen, die sind so um die 400 gewesen, sind ganz leicht jetzt abgesunken in der letzten Woche, so dass wir jetzt im Moment glücklicherweise davon ausgehen können, dass wir zwar mehr Kinder mit einem positiven Abstrich aufnehmen, aber nicht mehr Kinder, die schwerkrank sind. Vergleicht man das mit der Situation in ganz Deutschland, da gibt es ein freiwilliges Melderegister der deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, dann sieht man genau das, was Frau Dr. Lange eben gesagt hat, dass nämlich im Juni und Juli die Zahlen der Klinikaufnahmen ganz, ganz niedrig waren, ein bis zwei pro Woche wurden dort gemeldet, das wir uns jetzt gemeldet, eben im Bereich von 15 bis 20 pro Woche bewegen und das auf die Intensivstationen, auch das sind nur freiwillige Meldungen, aber es ist das, was uns zur Verfügung, seit dem Ende seit August, September insgesamt jetzt drei Kinder und Jugendliche mit COVID-19 sind, die uns als intensivpflichtig gemeldet wurden.

Moderatorin: [00:10:39]

Sind das Kinder, die keine Vorerkrankungen haben oder können sie gewisse Muster erkennen, welche Kinder am Ende schwer erkranken?

Jörg Dötsch: [00:10:48]

Das ist eine ganz wichtige Frage. Es ist so, dass wir bei den Kindern und Jugendlichen sehen, dass es ähnlich ist wie bei den Erwachsenen, chronische Erkrankungen führen zu etwas schwereren Verläufen. Vor allem sind es bei den Kindern und Jugendlichen die Multisystem-Erkrankungen, also Erkrankungen, die verschiedene Körperregionen und auch verschiedene Funktionssysteme des Körpers betreffen. Ein Beispiel ist beispielsweise die Trisomie 21. Trisomie 21 ist das Down-Syndrom, das ja viele Organe betrifft. Diese Kinder sind sehr schwer betroffen, zumal das Immunsystem noch schwächer ist, zumal letztlich auch Herz und Magen-Darm-Fehlbildungen und auch Gehirnfehlbildungen vorliegen können. Und all das in der Summe führt dazu, dass die Verläufe sehr viel schwerer sind. Des Weiteren sind Kinder mit sehr starkem Übergewicht, mit Adipositas, stark betroffen. Im Übrigen, wenn ich das kurz



einfließen lassen darf, das ist möglicherweise einer der Gründe, warum es in den USA auch so viel kranke Kinder gibt, weil das Problem dort noch höher ist. Es sind auch Kinder mit anderen Grunderkrankungen, die als gefährdet betrachtet werden. Aber gerade Krebserkrankungen oder schwere Nierenerkrankungen oder auch Diabetes haben nicht das Gefährdungspotenzial wie im Erwachsenenalter. Dennoch betrachten wir sie als potentiell stärker gefährdet, aber in der Summe sind diese Kinder und Jugendlichen glücklicherweise gar nicht so schwer betroffen, was vielleicht auch damit zusammenhängt, dass die Familien und die Kinder und Jugendlichen schon sehr lange darauf eingestellt waren, sich auch besonders zu schützen und dass diese Routine in den Schutzmaßnahmen unglaublich wichtig sind, wie Frau Dr. Lange es ja eben auch gesagt hat, dass das diese Gruppe vielleicht dann sekundär auch ein bisschen geschützt hat.

Moderatorin: [00:12:50]

Kann man denn diese Kinder besonders schützen, könnte man vielleicht jetzt schon chronisch Kranke oder sogar neue Risikogruppen an Kindern, vielleicht vorzüglich schon Off-Label impfen? Gibt es da Konzepte, die unter den Pädiatern diskutiert werden?

Jörg Dötsch: [00:13:08]

Wir sprechen uns nicht für eine Off-Label-Impfung aus, weil letztlich insgesamt die Krankheitsschwere so gering ist, dass es auch für die STIKO nach der EMA-Zulassung viele, viele Wochen gedauert hat, die Empfehlung guten Gewissens und aufgrund einer guten Datenlage letztlich auch bei den 12- bis 17-Jährigen auszusprechen. Nein, auf gar keinen Fall sind wir für eine Off-Label Impfung. Man muss ganz klar sagen: Wir haben im Moment noch über 15 Millionen, fast 17 Millionen nicht erstgeimpfte Erwachsene. Da ist das Problem. Die Erwachsenen haben die Pflicht, Menschen, die sich nicht impfen können, die nicht geimpft werden können, die letztlich gefährdet sind, mitzuschützen. Und wir Erwachsenen müssen viel stärker dieser Pflicht nachkommen, dass wir letztlich nicht schützbar Menschen schützen.

Moderatorin: [00:14:02]

Meine Frage sollte eher darauf abzielen, ob nun wirklich einzelne Kinder, die sehr stark gefährdet sind, wie zum Beispiel die jetzt angesprochene Trisomie, ob dort in den Familien vielleicht die Eltern zusammen mit ihrem Pädiatern überlegen, ob da eine vorzeitige Impfung auch noch vor ausgesprochener Empfehlung sinnvoll sein könnte.

Jörg Dötsch: [00:14:21]

Wir raten nicht dazu. Ganz klar, weil wir eben die Zulassungsdaten zum September erhoffen. Das haben uns zumindest die Firmen signalisiert, dass wir Ende September letztlich die Daten, die dann der EMA vorgelegt werden, auch zu sehen bekommen. Das ist für die Gruppe der 6- bis 11-Jährigen. Für die Gruppe der unter 6-Jährigen soll das dann Ende Oktober erfolgen. Wir sollten an dieser Stelle jetzt nicht überaktiv werden, sondern wir sollten versuchen, das, was uns an Schutzmaßnahmen zur Verfügung steht [umzusetzen] und Frau Dr. Lange hat wunderbar skizziert, wie erprobt das ist, wir haben eine ganz klare Leitlinie dazu, wir wissen, was wir tun müssen. Das sollte weiter zur Anwendung kommen und ich kann das nur nochmal betonen: Selbst wenn man nicht an sich selbst denkt und selbst wenn einem die eigene COVID-Erkrankung egal ist, aber jeder Mensch hat eine Pflicht dazu, Menschen, die sich nicht selbst schützen können, zu schützen. Und das ist ganz wesentlich.



Moderatorin: [00:15:25]

Wie hoch schätzen Sie die Gefahr ein, die Frage geht an Sie beide, dass sich alle Kinder im Laufe der nächsten Monate anstecken werden. Falls dieser Fall eintritt, wie viele Kinder würden dann auf der Intensivstation landen und eventuell auch sterben? Frau Lange vielleicht oder Herr Dötsch gerne auch.

Berit Lange: [00:15:47]

Ich glaube, es hängt wirklich ganz stark davon ab, was wir jetzt in den nächsten Wochen machen. Grundsätzlich ist das eine Epidemie, es haben jetzt alle gelernt, wie solche Epidemien funktionieren und grundsätzlich ist es nicht so, dass sich vermutlich alle Kinder anstecken würden, aber es können sich in einem relativ kurzen Zeitraum sehr, sehr viele Kinder anstecken und das ist genau das, was wir jetzt verhindern müssen. Und die Frage ist natürlich, wie tun wir das. Herr Dötsch hat schon die Hygienerichtlinien angesprochen. Ich habe den Eindruck, dass in der Presse nicht immer ganz klar ist, was da eigentlich dahintersteht. Es gibt eine Leitlinie dazu, die S3 - Leitlinie, und die gibt bestimmte Dinge vor, die auch insbesondere bei mäßigen, bei hohem Infektionsgeschehen passieren sollten. Ich bin das gestern nochmal in den einzelnen Bundesländern durchgegangen. Mein Eindruck ist nicht, dass die schon voll ausgenutzt wird oder dass man alle Dinge, die dort drinstehen, auch tatsächlich aktuell macht. Und das betrifft insbesondere auch den Bereich, was wir damals Kohortierung genannt haben. Also die Frage, wenn das Infektionsgeschehen relativ hoch ist, dann muss man vermutlich in kleineren Gruppen sowohl in Kindergärten, aber auch in Schulen gestalten. Und das erfordert natürlich Ressourcen, das erfordert Personal. Aber das ist genau das, was diese Hygienerichtlinien im Prinzip fordern. Das geht entlang von Infektionensgeschehen. Da haben wir sicher aktuell schon auch mal zumindest mäßiges Infektionensgeschehen, selbst wenn man sich jetzt nur die Hospitalisierungszahlen anguckt. Auch was Maskenpflichten angeht, was die Frage angeht, testen wir nur die ersten zwei Wochen oder machen wir das die ganze Zeit durch. Ich habe nicht den Eindruck, dass in allen Bundesländern schon voll ausgenutzt wird, was grundsätzlich möglich ist. Und das ist, denke ich, das wirklich Entscheidende. Denn solange wir die Impfung unter 12 nicht im breiten Kontext haben, müssen wir auf diese Art und Weise Infektionen senken. Das ist das, was wir tun können. Die Frage war, was bedeutet das, das kann man sich tatsächlich relativ einfach aus diesen Infektionssterblichkeiten, die wir ja grundsätzlich von den Kindern kennen, ausrechnen. Ein bis drei pro 100.000 war das in Deutschland, das ist die Meldezahl, nicht mit der Dunkelziffer dahinter. Das heißt, es ist insgesamt noch etwas weniger. Wir wissen in Deutschland ja nicht ganz genau, welcher Teil der Kinder war am Anfang betroffen und war das vielleicht der Teil, in dem es eher weniger oder eher mehr Risikofaktoren gab, das weiß keiner so ganz genau. Das heißt, diese Infektionssterblichkeit, die könnte sich jetzt auch nochmal verändern. Aber mal unter der Annahme, sie tut es nicht, liegt tatsächlich die Zahl der Kinder, die theoretisch auch versterben könnten. in einem ja doch deutlich zwei bis dann gegebenenfalls dreistelligen Bereich, wenn sich wirklich dann alle infizieren oder ganz, ganz viele infizieren. Und das ist der Grund, warum man das unbedingt vermeiden muss.



Moderatorin: [00:19:06]

Nachdem die Inzidenzen in NRW sehr hoch waren, fallen sie jetzt wieder. Wie erklären Sie sich das, könnte das durch dieses sehr regelmäßige Testen sein, ist das erfolgreich oder ist das einfach die Dynamik dieser Infektionswelle?

Berit Lange: [00:19:26]

Wir sehen das nicht nur in NRW, wir sehen das in fast allen Bundesländern und vielleicht haben sich das andere auch schon besser angeguckt. NRW ist ja erst zum 16.8. wieder in die Schulen reingegangen. Vorher waren die Schulen schon in Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Schleswig-Holstein geöffnet. Und auch da sieht man, wenn man sich die Inzidenz der 0 bis 14-Jährigen ansieht, die Meldeinzidenzen, einen deutlichen Anstieg zu Beginn der Schulzeit, sowohl einen Anstieg als auch einen Testeffekt und dann so eine Art von Stabilisierung. Bei allen unterschiedlich, in Hamburg eher im Bereich von 150 bis 200, in Schleswig-Holstein eher im Bereich von 100 bis 150 und in Mecklenburg-Vorpommern darunter. Zumindest dieses Muster, so habe ich den Eindruck, sehen wir jetzt auch in den folgenden Bundesländern, die wieder mit der Schule begonnen haben. Das heißt, es gibt die Hoffnung, dass mit den Teststrategien plus den Hygienevorschriften schon ein gewisser Anteil der Infektionen auch dem Geschehen entnommen werden kann und auch ein gewisser Anstieg der Fallzahlen zumindest stabilisiert werden kann. Aber das ist sicher etwas, was nur funktioniert, wenn die Hygienevorschriften und die Teststrategie auch voll durchgesetzt werden. Und das kann ich noch ganz kurz dazu sagen: Auch nicht unendlich. Wenn die Fallzahlen zu hoch gehen, dann gibt es irgendwann den Moment wo die Teststrategien und auch die Hygienevorschriften ein weiteres Ansteigen nicht mehr verhindern können. Und deswegen muss man versuchen, nicht so hochzukommen.

Moderatorin: [00:21:25]

Herr Dötsch, ich würde gerne nochmal ein bisschen über das Immunsystem bei Kindern sprechen oder generell über ihre Immunität. Warum sind denn Kinder eigentlich erst einmal im Großen und Ganzen so viel weniger anfällig für den schweren Verlauf? Da gibt es, soweit ich weiß, auch ein paar Erkenntnisse. Und dann habe ich hier die Frage, warum Kinder in einem sehr jungen Alter anfälliger sind als etwas ältere Kinder, also Säuglinge bis vier Jahre, hatte Frau Lange gesagt.

Jörg Dötsch: [00:21:57]

Zunächst einmal, was unterscheidet das Immunsystem der Kinder und der Jugendlichen. Das Immunsystem der Kinder ist noch nicht ausgebildet bis zum zwölften Lebensjahr. Erst ab dem zwölften Lebensjahr geht man davon aus, dass man ein den Erwachsenen vergleichbares Immunsystem hat. Es hat sich in der Evolution so herausgebildet, dass dafür ein Vorteil bei den Kindern besteht, nämlich dass die Schleimhäute sehr viel stärker in die Immunkontrolle eingreifen. Das heißt also, wenn wir Viren bekommen und da gibt es eine kürzlich aus Berlin publizierte sehr gute Studie, die das auch gezeigt hat: Wenn SARS-CoV-2-Viren auf die Schleimhaut kommen, dann werden sie dort schon sehr viel stärker bekämpft und erreichen quasi den Körper nicht so stark. Also das scheint ein Faktor zu sein, der Kinder begünstigt. Ein zweiter Faktor: Es hängt auch bei den Erwachsenen sehr vieles von dem Gefäßsystem ab, deswegen haben wir vorerkrankte Erwachsene, die so ganz besonders bedroht sind oder ältere



Erwachsene. Da haben wir natürlich bei den Kindern auch noch ein sehr gutes Gefäßsystem, das noch keine Schäden durch Arteriosklerose und ähnliches aufweist. Das sind möglicherweise zwei Faktoren, die dazu führen, dass die Kinder weniger stark betroffen sind. Es gibt vielleicht noch einen Punkt, den ich hinzufügen darf. Frau Lange hat es ja gesagt, wir haben Meldezahlen und wir haben die realen klinischen

Zahlen. Wir gehen davon aus und dem sind wir sehr intensiv nachgegangen, dass vier Kinder direkt an der COVID-19-Erkrankung gestorben sind, die nicht gestorben wären, wenn sie die COVID-19-Erkrankungen nicht gehabt hätten. Das ist immer noch sehr viel, aber im letzten halben Jahr sind auch keine Kinder dazugekommen, weil wir natürlich auch medizinische Fortschritte machen. Nicht, dass wir jetzt ganz viele neue Medikamente hätten, aber wir wissen, welche Medikamente richtig sind und welche wir dann frühzeitig einsetzen können, wenn schwere Verläufe drohen. Einen ähnlichen Effekt haben wir bei den Erwachsenen auch. Das darf man in dem ganzen Prozess auch nicht vernachlässigen. Wenn wir versuchen hochzurechnen, wie viele Todesfälle könnte es denn geben, dann müssen wir eben ganz klar sagen: Die Medizin ist mittlerweile in der Lage, sich sehr, sehr schnell auf neue Situationen zu adaptieren und das Ganze dann auch international so auszutauschen, dass eine Erfahrung, die heute in den USA gemacht wird, morgen auch in Deutschland zur Anwendung kommt. Und vielleicht, um das Ganze nochmal in die Relation zu setzen und das ist auch eine ganz traurige Zahl alleine in Köln, allein in unserer Klinik sind genauso viele Kinder jetzt nämlich auch vier in diesem Jahr an Ertrinkungsunfällen verstorben und die Zahl der Verkehrstoten, das sind im Jahr meistens um die 50 oder noch mehr Kinder, die auch nicht sterben müssten. Ich möchte nicht diejenigen, die daran gestorben sind, kleinreden. Es ist schrecklich und diese Pandemie ist schrecklich und wir müssen sie stoppen mit allen Mitteln, so wie Frau Lange das auch sagt. Nur wir müssen auch realistisch sein und sagen, das es keinen Grund gibt in Panik zu verfallen und bei den Eltern diese Panik zu schüren von unserer Seite, weil – und auch das muss man mal ganz klar sagen – wir wissen jetzt sehr genau aufgrund von internationalen Studien, dass die Zahl der Kinder mit Depressionen, mit Angststörungen sich verdoppelt hat, mit all den Folgekrankheiten, die nach Angst und Depressionen entstehen. Und das ist für die Kinder im Moment eine erheblich größere Bedrohung, das muss man auch mal ganz klar sagen, als die akute COVID-19-Erkrankung. Deswegen ist es ganz, ganz wichtig, dass wir nicht nur Zahlen hochrechnen und sagen, dann könnte es 100 Kinder geben, die versterben. Das ist so in den Kliniken im Moment nicht zu erwarten erstens und zweitens, wir verhindern die Durchseuchung, das muss auch unbedingt klar sein und drittens brauchen wir ein gutes, normales soziales Leben für die Kinder und Jugendlichen, damit eben die Folgen der Pandemie auf dieser Ebene vermieden werden.

Moderatorin: [00:26:16]

Wir haben jetzt schon mit einem Vergleich gestartet. Ich würde diesen Vergleich gerne noch ausdehnen und zwar im Vergleich zu anderen Atemwegserkrankungen wie auch der Influenza. Wie sind denn jetzt COVID-19, Influenza zum Beispiel bei Kindern zu vergleichen? Inwiefern ist die IFR (Infektionssterblichkeit) bei Influenza anders als bei COVID-19?

Jörg Dötsch: [00:26:42]

Es ist schwer zu vergleichen, natürlich, weil wir Influenza leider immer noch eher laufen haben lassen in den letzten Jahren. Und bei COVID-19 haben wir etwas dagegen getan. Aber wenn



man sich die Zahlen anschaut, beispielsweise wieviel Kinder an Influenza verstorben sind in der letzten Saison, bevor wir quasi dann die Schutzmaßnahmen hatten, das war 2019 und vergleichen das mit den Kindern, die an COVID-19 gestorben sind, dann sind das vergleichbare Zahlen, es sind sogar etwas mehr, die an Influenza gestorben sind, aber das ist natürlich statistisch nicht aussagekräftig.

Moderatorin: [00:27:27]

Frau Lange, wollen Sie da noch etwas hinzufügen?

Berit Lange: [00:27:29]

Ja, ich würde das noch mal, was Herr Dötsch gesagt hat, ich glaube, das ist wichtig zu unterstreichen. Ich glaube, der Vergleich an sich, der ist immer ganz schwierig, weil: Was wir ja bei SARS-CoV-2 gemacht haben, ist, dass wir an einem relativ frühen Punkt der epidemischen Kurve haben wir ja immer alles gestoppt, weil wir da nämlich Belastungserscheinungen insbesondere im Erwachsenen-Gesundheitssystem hatten. Das hat dazu geführt, dass wir natürlich nur eine ganz geringe Immunität auch bei den Kindern jetzt allein durch natürliche Infektionen haben durch SARS-CoV-2, nämlich vermutlich im Bereich irgendwo acht bis 15 Prozent jetzt nach den drei Wellen. Und das ist natürlich bei der Influenza ganz anders. Das heißt, diese Frage, was passiert, wenn es eben dann doch nach oben geht, das kann man nicht mehr so richtig gut mit Influenza dann vergleichen, auch wenn natürlich es völlig stimmt das jetzt für das einzelne Kind, was Influenza oder SARS-CoV-2 hat, der Unterschied zumindest der ist vermutlich immer noch da, ist etwas schwerer möglicherweise bei SARS-CoV2, aber das ist ganz schwierig nachzuweisen, auch statistisch. Aber eben die Gesamtzahlen, die Transmission, die Übertragbarkeit an sich bei den Nichtimmunen, die macht's dann wieder, wenn man es laufen lässt. Und das ist eben auch der Unterschied zu zuletzt im Herbst. Wir haben jetzt natürlich unter den Erwachsenen einen deutlich höheren Anteil an Menschen, die immun sind.

Moderatorin: [00:28:57]

Das gibt's auch eine Frage: Welche Rolle spielen denn geimpfte Erwachsene für das Infektionsgeschehen? Da sie ja auch im engen Kontakt mit ihren ungeimpften Kindern sind, sie können sich ja auch reinfizieren oder es gibt Durchbruchinfektionen. Sie könnten also auch da die Infektion wieder weitergeben. Dann bringen die Kinder das wieder in die Einrichtungen. Ja, welche Dynamik gibt's da und welche Rolle spielt das?

Berit Lange: [00:29:26]

Ich kann die ganz grundsätzlichen Zahlen vielleicht nennen. Also im Augenblick noch eine relativ geringe im insgesamt Infektionsgeschehen. Es gibt Durchbruchinfektionen auch in dieser Altersgruppe. Die sind aber noch deutlich unter 20 Prozent der insgesamt Infektionen. Und das hat damit zu tun, dass wenn man geimpft ist, das Risiko, dass man selber infiziert wird, sich ja um etwa 80 bis 90 Prozent, 70 bis 90 Prozent senkt und dass dann das Risiko, selbst wenn ich dann infiziert werde als Geimpfter, das Risiko, dass ich das dann auch weitergebe an jemanden nochmal etwa, das weiß man nicht ganz genau, aber vermutlich noch mal etwa um die Hälfte sinkt. Das heißt insgesamt, dass ein Geimpfter das dann doch an nicht Geimpfte weitergibt, dieses Risiko, das gibt es, das ist aber im Vergleich zu einem Ungeimpften deutlich gesenkt, sicher um 90 bis 95 Prozent gesenkt. Und das sehen wir ja auch sehr deutlich



an den aktuellen Zahlen und Fallzahlen. Die finden ganz hauptsächlich bei den ungeimpften Menschen statt.

Moderatorin: [00:30:34]

Ich möchte zum Thema Quarantäne kommen. Welche Quarantäneregeln halten Sie denn an Schulen für sinnvoll? Sollten nur die positiv getesteten Kinder in Quarantäne gesteckt werden oder auch die Sitznachbarn oder eventuell doch die ganze Klasse? Ja, welchen Weg halten Sie für den besten?

Jörg Dötsch: [00:31:00]

Wir haben uns da viele Gedanken darum gemacht, das muss man klar sagen. Ich meine, es hängt letztlich wirklich davon ab, auf welchem Weg man zu der Erkenntnis kommt, dass jemand eine COVID-19-Infektion hat. Also, ist es wirklich COVID-19 – das wäre schon wieder das Falsche, was ich jetzt sage. Also, hat jemand eine hohe Viruslast? Hat jemand eine niedrige Viruslast? Es spielt natürlich einfach eine große Rolle. Wie eng ist der Kontakt? Wie stark sind die Schutzmaßnahmen? Es ist so, dass jetzt eben zunehmend in verschiedenen Bundesländern teilweise mit Pilotcharakter, teilweise mit verbindlichem Charakter auch schon jetzt getestet wird, ob es möglich ist, alleine das sozusagen idealerweise dann mittels PCR-Test herausgefundene Kind in Quarantäne zu schicken und die restliche Klasse weiter in die Schule gehen zu lassen. Hier ist es dann ganz wichtig, dass der Rest der Klasse weiter gut getestet wird und letztlich hier die Kontrollfunktion nicht verloren geht an dieser Stelle. Und dann könnte das eine Maßnahme sein, die zwei Dinge miteinander verbindet, nämlich einerseits, die Infektionskette frühzeitig zu stoppen, frühzeitiger, als man sie stoppen würde, wenn man auf die Symptomatik warten würde, und zweitens den Schulunterricht für alle anderen, die eben nicht das Virus in sich tragen, weiter aufrechtzuerhalten. Insofern ist das insgesamt ein guter Weg, wenn man ihn sorgfältig und kontrolliert beschreitet.

Moderatorin: [00:32:37] ...

Ja, Frau Lange.

Berit Lange: [00:32:39]

... Der Grund, warum man diese Diskussionen auch führt, jetzt so von der infektionsepidemiologischen Seite vielleicht: Die Frage ist ja immer, wenn sich ein Kind oder ein Erwachsener in der Schule infiziert, wie hoch ist denn das Risiko in unterschiedlichen Kontaktbereichen, dass es dann einen Sekundärfall gibt und dass jemand anderes dann noch infiziert wird. Und da ist es eben so – das kann man unterscheiden z.B. den Kontaktbereich Schule und den Kontaktbereich Haushalt –, und im Haushaltsbereich, also ein Kind, das sich in der Schule infiziert hat oder auch überhaupt in der Schule aufhält als infiziertes Kind, das hat im Haushaltsbereich die ungefähr selbe Wahrscheinlichkeit wie auch jeder andere, dass es jemanden anderen dann ansteckt. Das ist mit den neuen Varianten gestiegen, diese Wahrscheinlichkeit, die liegt jetzt vermutlich irgendwo bei 25 bis 30 bis sogar 40 Prozent. Im Schulbereich selbst ist diese Wahrscheinlichkeit die gesamte Pandemie hinweg zumindest in den Daten, die wir gesehen haben, immer so zwischen ein bis drei Prozent gewesen. Also das Risiko von Kontakten, die in der Schule Kontakt eines infizierten Kindes oder Erwachsenen gewesen sind, dann selber hinterher Fall zu sein, liegt so bei ein bis drei Prozent, was natürlich andersrum heißt, dass wenn ich dann all



diese Kontakte in eine Quarantäne packe sozusagen, dann packe ich eben zwischen 50 bis 100 Kindern oder Erwachsenen in Quarantäne, um einen Fall, einen Sekundärfall möglicherweise zu finden. Das heißt, die Treffgenauigkeit dieser Quarantäne ist natürlich deutlich niedriger als die Treffgenauigkeit einer Quarantäne im Haushalt. Und das ist Hintergrund aus meiner Sicht dieser Diskussion: Können Sie auf irgendeine Art und Weise diese Treffgenauigkeit, also: Oder können wir die Anzahl der Menschen, die in Quarantäne müssen, verringern und trotzdem nicht zu viel der Treffgenauigkeit einbüßen? Das ist so die Balance, die man macht, weil, was man ja auf der anderen Seite sich klarmachen muss, ist, für die Kinder ist es erst mal relativ egal, ob die Schule zu ist, weil sie in Quarantäne sind oder weil die Schule geschlossen ist. Der Effekt der Schulschließungen, die negativen Effekte auch, die sind natürlich sehr ähnlich.

Moderatorin: [00:35:03]

Jetzt wird ja auch eine Frage gestellt, die geht in die Richtung, wenn jetzt an Schulen das Infektionsgeschehen so großartig kontrolliert wird, welche Rolle hat dann eigentlich das Handeln außerhalb der Schulen auf das Infektionsgeschehen? Also die Tatsache, dass eigentlich drum herum immer mehr gelockert wird. Kann man denn das Infektionsgeschehen überhaupt unter Kontrolle behalten, wenn man das an den Schulen so gut kontrolliert, aber drum herum (es) doch relativ offen läuft. Herr Dötsch, Frau Lange? Ja, Frau Lange.

Berit Lange: [00:35:42]

Nein. ... Wenn man Schulschließungen vermeiden möchte und die vermeiden möchte insbesondere aus den Gründen, für die wir sie letztes Jahr gebraucht haben, nämlich um Belastungen im Erwachsenen-Gesundheitssystem zu reduzieren, ... dann muss man natürlich einem Anstieg an Fallzahlen bei den hauptsächlich ungeimpften Gruppen – dem kann man nicht nur im Bereich der Kinder, die ungeimpft sind, entgegenwirken, sondern dem muss entgegengewirkt werden in dem Bereich der Menschen, die ungeimpft sind, aber eben nicht Kinder sind. Und wie immer man das tut, aber am Ende läuft es auf eine Art von Kontaktreduktion hinaus, weil nur das dann weitere Infektionen verhindert. Und wenn ich das versuche rein über die Schule zu machen, dann wird das nur begrenzt – zumindest für die ungeimpften Erwachsenen – nur begrenzt funktionieren am Ende. Und dann kann man eben doch, und das ist ja genau das, was jetzt die Modellierungen des RKI (Robert-Koch-Institut) zum Beispiel zeigen, dann kann man eben auch mit einem Bereich von 20 bis 30 Prozent ungeimpften Erwachsenen auch wieder in eine Situation reinlaufen, in der man eine deutliche oder eine zu hohe Belastung der Gesundheitssysteme hat.

Moderatorin: [00:37:03]

Ja, da gibt's auch eine Frage: Für wie wahrscheinlich halten Sie es denn, dass Schulen in Regionen oder sogar ganzen Bundesländern im Herbst oder Winter aufgrund der saisonal erneut sehr hohen Infektionszahlen geschlossen werden müssen?

Jörg Dötsch: [00:37:15]

Ja, vielleicht kann ich an dieser Stelle dann auch antworten und weitermachen. Erst mal: Das ist das, was Frau Lange sagt, das ist ganz, ganz wichtig. Und ich würde es vielleicht auch noch mal aus ärztlicher Sicht, aus kinderärztlicher Sicht noch mal sagen: Es kann jetzt nicht sein, dass die Erwachsenen alle Freiheiten oder wir Erwachsenen, muss ich ja immer sagen, alle Freiheiten für uns beanspruchen und glauben, dass die Kinder uns wieder retten. Und da



müssen wir mal auch mal ganz klar sein. Das ist jetzt eine Verpflichtung auch von uns Erwachsenen, dass wir ... Man denke jetzt nur an die EM -Spiele: Wie viele Tausende von Infektionen die generiert haben. Alle wussten es vorher. Das war mit Ansage, und das gilt es einfach zu vermeiden. Und ich halte das für extrem unsolidarisch, dass die Kinder uns geschützt haben und zu den Zeiten, als es noch keinen Impfstoff gab, letztlich dazu beigetragen haben, dass wir letztlich keine schweren Verläufe hatten oder weniger von uns schwere Verläufe hatten und das Gesundheitssystem überlastet wurde. Und jetzt wollen wir alle Freiheiten und denken daran, die Schulen könnten wieder schließen. Ich halte das für absolut ein ausgeschlossenes Ereignis, dass Schulen noch einmal zu machen dürfen. Und ich glaube nicht, dass sich irgendeiner das im Moment trauen wird, nachdem wir wie gesagt wissen, wie stark die Kinder nicht nur letztlich in ihrer Befindlichkeit gestört sind, sondern dass es wirklich effektiv kinder- und jugendpsychiatrische und -psychosomatische Diagnosen gibt, die sich verdoppelt haben und die auch zu einer riesigen Belastung auf der anderen Seite unseres Gesundheitssystems führen. Also deswegen die Schulen nochmal zu schließen – von der Bildung möchte ich gar nicht reden. Ich möchte gar nicht davon reden, wie sehr wir die Lehrerinnen und Lehrer brauchen, auch um Missbrauchs-, Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle zu erkennen. Aber alleine die Zahlen, die uns die kinder- und jugendpsychiatrischen zusätzlichen Erkrankungsfälle zeigen, die schließen ganz eindeutig aus, dass es noch mal zu einer Schulschließung kommen darf. Und wir fordern da auch ganz klar, dass, bevor noch mal eine Schule geschlossen wird, auch alle anderen Bereiche des öffentlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens geschlossen werden müssen. Und deswegen ganz klar: Schulschließungen dürfen nicht noch mal Thema werden.

Moderatorin: [00:39:35]

Ich habe hier noch eine ganz spannende Frage, die ich gerne an Sie stellen würde. Warum sollte man denn keine Corona-Partys für Kinder veranstalten, um die Durchseuchung hochzutreiben? Ist das Risiko, dass sich unter den jeweiligen Kindern dann klassische Kinderkrankheiten wie Masern, Röteln, Mumps ausbreiten, auch ein Grund, warum man das nicht macht, oder? Ja, welche Gründe gibt's?

Jörg Dötsch: [00:39:55]

Also ich kann das vielleicht auch noch mal aus kinderärztlicher Sicht sagen: Wir haben jetzt gerade erläutert, warum glücklicherweise wir im Moment eine relativ gute Situation haben in den Kliniken. Frau Lange hat es aber auch gesagt: Im schlimmsten Fall müssen wir auch davon ausgehen, dass doch Kinder sterben, auch wenn ich hoffe wie gesagt aufgrund des verbesserten Gesundheitssystems, dass das nicht der Fall. Jedes einzelne Kind, das deswegen in die Klinik muss, jedes einzelne Kind, das vielleicht Erwachsene ansteckt, die vielleicht nicht geimpft werden können oder ... oder kein Ansprechen auf die Impfung haben, ist ein Kind zu viel, und alles was vermeidbar ist, sollte vermieden werden. Und da ist eine Corona-Party ebenso wie eine Masern-Party letztlich ein Weg, der eine weltanschauliche Haltung in gewisser Weise natürlich oft widerspiegelt – zumindest ist das ja bei den Masern-Partys so – der aber aus einer modernen, letztlich wissenschaftlich fundierten und verantwortungsvollen gesellschaftlichen Position heraus in jeder Weise zu unterlassen ist.



Moderatorin: [00:41:03]

Sind denn aktuelle Testkonzepte ausreichend, also vor allem auch bei den ungeimpften Kindern in Kitas und Kindergärten? Diese Lolli-Pooltests sind ja bisher vielerorts noch in der Testphase. Wie lange kann man jetzt noch abwarten für den flächendeckenden Einsatz dieser Lolli-Test nicht nur an den Schulen, sondern auch in den Kitas?

Jörg Dötsch: [00:41:24]

Danke. Berit, wenn ich darf, dann würde ich gerade dazu was sagen, weil wir haben das ja natürlich intensiv gemacht. Also es ist so: Wir haben ja sehr früh angefangen, die Lolli-Tests zu untersuchen. Das ist mittlerweile auch sehr gut wissenschaftlich publiziert, wie die funktionieren und wie zuverlässig sie arbeiten. Und dann sind wir ja im nächsten Schritt hingegangen und haben erstmal in einem Pilotrahmen in einer Stadt, das war jetzt zufällig Köln, in den Schulen und in den Kitas getestet. Wie klappt das wirklich im realen Leben? Und wie viel – das ist jetzt ein ganz wichtiger Punkt – zu wie vielen Tests sind denn die virologischen Labors auch in der Lage? Denn das spielt ja natürlich auch eine Rolle. Und da haben wir eben festgestellt: Das klappt, wenn man die Kitas, die Grund- und die Förderschulen entsprechend mit den LolliTests im Poolverfahren untersucht, haben aber festgestellt, dass wir wahrscheinlich an unsere Grenzen kommen, wenn wir das sozusagen auf den gesamten Schulbetrieb ausdehnen, sodass wir im Moment das in Nordrhein-Westfalen – und das ist jetzt immerhin ein Bundesland mit 18 Millionen Einwohnern – und in vielen anderen Bundesländern, die nach und nach dazukommen, das mittlerweile so in der Fläche haben bereits. Also man kann jetzt nicht davon sprechen, dass das nicht funktioniert in der Fläche oder dass man das noch testen müsste. Es funktioniert in der Fläche. Und insbesondere je mehr Kinder und Jugendliche über zwölf Jahren – und da müssen wir auch noch mal klar sagen: Die STIKO empfiehlt das klar zu impfen, und wir empfehlen das auch ganz klar zu impfen – (wir) jetzt geimpft haben, desto leichter wird es auch sein in den Grund- und Förderschulen und den Kitas wie gesagt genügend Testkapazitäten für die Pool- und Lolli-Tests zur Verfügung zu haben.

Moderatorin: [00:43:10]

Und das hat jetzt auch bei den hohen Inzidenzen gut funktioniert? Also wenn dann irgendwann fast jeder Pool positiv ist und man da jeden Einzelnen nachtesten muss, kommen da die Labore auch noch hinterher?

Jörg Dötsch: [00:43:20]

Die Labore waren nicht das Problem. Das Problem war das, was Sie eben schon richtigerweise angesprochen haben, die Quarantäne, die dann natürlich jetzt überdenkt (sic! überdacht) werden muss. Aber, wie gesagt, ich kann es noch mal sagen: Aus der Sicht des Kinderarztes, der hier in der Klinik arbeitet und der natürlich jetzt erst einmal sehr, sehr erleichtert ist, dass wir wirklich so wenige kranke Kinder trotz dieser hohen Inzidenzzahlen haben. Und ich glaube, dass neben all diesen anderen Maßnahmen, die unglaublich wichtig sind, vor allem den Hygienemaßnahmen, vor allem den dann doch geimpften Erwachsenen, 70 Prozent der geimpften Erwachsenen, diese Testungen uns unheimlich dabei geholfen haben zu vermeiden, dass es eben zu mehr Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen in den Kliniken kommt.



Berit Lange: [00:44:06]

Genau, ich würde dem voll zustimmen, ich wollte nur noch mal dazu sagen. Da lohnt es sich, glaube ich, wirklich auch noch einmal die Bundesländer im Einzelnen sich anzusehen. Weil, zumindest was ich bisher gelesen habe, ist nicht, dass alle Bundesländer jetzt schon klar gesagt haben, dass sie Testkonzepte auch bis in das Frühjahr hinein weiterverfolgen werden. Und das wird aber aus meiner Sicht notwendig sein. Ich glaube, das muss klar sein. Das gilt jetzt vor allem für die Schulen, wo ja doch an den meisten Stellen, zumindest nach meiner Recherche, inzwischen zumindest teilweise Testkonzepte dann auch da sind. Für die Kindergärten ist mir die Situation sehr unklar, muss ich sagen. Da habe ich den Eindruck, dass das in vielen Bundesländern noch gar nicht etabliert ist. Und das halte ich aber auch für wichtig, weil da natürlich auch am Ende ... Wir hatten auch insbesondere im Übergang zweite zur dritten Welle hatten wir durchaus auch einiges an Ausbrüchen in den Kindergärten, die wir aktuell zum Glück nicht in dem Ausmaße haben – das kann man in den RKI-Daten ganz gut nachsehen. Aber das heißt, es gibt eben schon relevante Ausbruchssituationen in Kindergärten und auch dafür sollte es Teststrategien geben und die fehlen aus meiner Sicht.

Moderatorin: [00:45:22]

Ich würde gern kurz vorm Abschluss nochmal in Richtung Impfung gehen. Die klinischen Studien zu mRNA-Impfstoffen laufen ja bereits bei jüngeren Kindern, und da werden Dosen ausprobiert oder untersucht, die ein Drittel bis ein Viertel der Dosis ist, die auch an den Erwachsenen funktioniert. Halten Sie das für realistisch, dass geringere Dosen bei Kindern zu einem vollen Impfschutz führen werden? Und wann erwarten Sie denn auch die Daten dazu? Herr Dötsch, vielleicht.

Jörg Dötsch: [00:45:53]

Also wir wissen es jetzt von einer Firma, ich nenne jetzt keine Namen, die erwarten also für die Sechs- bis Elfjährigen Ende September die Daten, und für die Altersgruppe darunter Ende Oktober.

Moderatorin: [00:46:08]

Kann ich ganz kurz einhaken? Das sind dann schon die Daten aus der Phase III oder noch aus der Phase I und II?

Jörg Dötsch: [00:46:12]

Das sind die Daten, die dann zur Zulassung eingereicht werden, also Phase III. ... Warum hat man da unterschiedliche Dosierungen? Also, das ist ja anders als bei einem Medikament. Also bei einem Medikament braucht man letztlich auch aufgrund der Verteilungsräume im Körper sozusagen gewisse Medikamentenspiegel. Die unterscheiden sich auch über die Altersgruppen. Aber hier geht es einfach darum, genügend Impfstoff zu haben, damit das Immunsystem sozusagen in der richtigen Form angesprochen wird – also nicht zu viel, nicht zu wenig. Und wenn Sie (es) jetzt sehen, dass am Schluss könnte es vielleicht dazu kommen, dass ein sieben Monate alter Säugling ein Drittel der Dosis eines 100-Kilo-Mannes hat, dann sieht man schon, dass das relativ hohe Dosierungen beim Kind auch sein können. Wie gesagt, wir sollten die Dosierung abwarten. Es ist völlig richtig, was Sie gesagt haben. Da wird mit unterschiedlichen Dosierungen die klinische Prüfung durchgeführt. Und ja, man hört, dass es möglicherweise



press briefing

eine geringere Dosierung sein könnte als bei den Erwachsenen, aber wir müssen die Ergebnisse abwarten, bevor wir das genau beurteilen können.

Moderatorin: [00:47:27]

Dann würde man ja vor allem auch die Risikogruppen erst mal impfen. Ist denn eine Impfung aus Ihrer Sicht für gesunde Kinder überhaupt sinnvoll im Verhältnis?

Jörg Dötsch: [00:47:38]

Ich könnte mir vorstellen, dass das ähnlich geht wie bei der Impfung der über Zwölfjährigen. ... Wenn die Zulassungsdaten und all die ganzen behördlichen Auflagen erfüllt sind, dass die EMA dann doch innerhalb eines Monats möglicherweise wieder eine Zulassung ausspricht. Und dann wird es wieder an der STIKO sein zu bewerten: Ist die Gesamtdatenlage so, dass wir sagen können, der individuelle Nutzen durch die Impfung ist für jedes einzelne Kind höher als die potenzielle Nebenwirkung einer solchen Impfung. Das dauert erfahrungsgemäß länger, und ich kann auch nur noch mal sagen, dass unsere Ständige Impfkommission da wirklich ganz hervorragend gearbeitet hat, sie sich nicht von der Politik hat unter Druck setzen lassen. Und ich hoffe, das wird auch diesmal wieder so sein, dass das Wohl und das Interesse der Kinder über allem steht. Denn das muss einfach so sein. Sie können nicht ein Kind, das nicht seinen Willen natürlich in der Form frei äußern kann, geschäftsfähig ist wie ein Erwachsener – sie können ein Kind nicht dazu zwingen, dass es sich ununterbrochen einsetzt für das Wohl nichtgeimpfter Erwachsener. Die Erwachsenen müssen sich impfen lassen. Das ist das Entscheidende.

Moderatorin: [00:48:54]

Gut, wir sind kurz vor dem Ende. Ich möchte zur Abschlussfrage kommen. Und dabei möchte ich ein bisschen noch mal nach vorne gucken Richtung Herbst/Winter. Frau Lange, wie können wir gewährleisten, dass die Schulen offenbleiben können? Welche Strategie halten Sie dafür am sinnvollsten? Und warum müssen/sollten die auf jeden Fall auch offenbleiben?

Berit Lange: [00:49:17]

Sind ja gleich zwei Fragen. Ich glaube, wir haben zwei Ziele. Das eine ist, Schulen möglichst viel Unterricht zu ermöglichen an den Schulen, Schulen offenhalten, das andere ist, dabei möglichst niedrige Infektionszahlen und natürlich insbesondere möglichst niedrige Erkrankungszahlen zu haben. Warum die Schulen offenbleiben müssen, das ist so ein bisschen ein ganz, ganz eigenes und sehr großes Thema. Aber die Kurzzusammenfassung ist, dass wir sowohl im letzten als auch in diesem Jahr sehen und aus vielen Studien und auch guten Studienzusammenfassungen wissen, dass die negativen Effekte der Schulschließungen – und da rede ich nicht über die Bildung, sondern tatsächlich über die Gesundheit der Kinder – relativ hoch sind. Und die hat man letztes Jahr nur deswegen in Kauf genommen, weil man eben gesamtgesellschaftlich gesagt hat: Wir können aber das R_t nicht drücken unter eins ohne Schulschließungen zu machen in bestimmten Situationen. Das war zumindest die politische Entscheidung. Jetzt dazu: Was brauchen wir, um beide Ziele zu erreichen? Schulen möglichst offen und Infektionen reduzieren. Das eine hatte ich, glaub ich, jetzt schon mehrfach gesagt: Es geht wirklich darum, die Hygieneleitlinien auch ernst zu nehmen und zwar in ihrer Gänze ernst zu nehmen. Es ist nicht etwas, wo man sich einfach zwei oder drei der Empfehlungen herauspicken kann, sondern es geht wirklich um alle, inklusive derer zur Kohortierung,



Wechselunterricht et cetera. Das betrifft auch die Masken natürlich. Es ist wichtig, dass wir Teststrategien in Schulen und Kindergärten haben, die etabliert sind, die auch weiterlaufen. Und da auch noch mal der Hinweis: Ja, natürlich, die wirken auch. Also wo auch die Hygienerichtlinien ab gewissen Fallzahlen funktionieren, ist der Effekt nicht mehr ganz, ganz groß und deswegen sollte man diese Fallzahlen nicht erreichen. Wir müssen impfen, wo immer das möglich ist. Das heißt eben auch, was ja jetzt zum Teil auch schon gemacht wird, mobile Impf-Teams, Impfkationen, auch in und um den Schulen herum, eben alle, für die es jetzt auch schon eine Empfehlung gibt zu impfen. Und dann, wenn es dann doch zu Überlastungen insbesondere erst mal des Erwachsenen-Gesundheitssystems kommt – das ist ja nicht unmöglich im Herbst –, dann wäre es aus meiner Sicht sehr wichtig, dass wir wirklich versuchen, Kontaktreduktionsbeschränkungen der Ungeimpften mal zunächst überall dort zu machen, was eben nicht Schule ist, und die Schule dann erst wirklich als allerletzten Ultima Ratio, als allerletzten Schritt zu nehmen. Und durch das, was ich vorhin beschrieben habe, sollten wir natürlich probieren, gar nicht in Situationen zu kommen, wo wir Schulschließungen aus Gründen von Überlastungen des pädiatrischen Systems machen müssten. Das ist auch unwahrscheinlich, dass wir das rein aus COVID-19-Gründen brauchen. Es könnte aber passieren, wenn eben andere Infektionen wie RSV oder Influenza hinzukommen. Und auch da ist es ganz wichtig einfach, dass diese Teststrategien wie Hygienerichtlinien uns jetzt davor bewahren.

Moderatorin: [00:52:12]

Herr Dötsch, auch an Sie noch mal einen kurzen Abschluss. Kurz und knapp vielleicht: Wie viel Sorge bereitet Ihnen jetzt der Herbst für die Kinder?

Jörg Dötsch: [00:52:21]

Also erst mal kann ich Frau Lange da nur völlig zustimmen in dem, was sie gesagt hat. Das teilen wir vonseiten der Kinder- und Jugendärzte ganz genauso. Wie viel Sorgen? Wir machen uns im Moment aufgrund der aktuellen Situation, solange man das Verständnis aufbringt, dass Kinder nicht nur im Hinblick auf ihre Infektionen gesehen werden dürfen – letztlich machen wir uns noch keine großen Sorgen. Die Sorge würde dann entstehen, wenn man den Kindern wieder Dinge zumutet, die letztlich nicht kindgerecht sind, die nicht ihren Ansprüchen entsprechen, die nicht dem, was für sie nötig ist, gerecht werden. Und das darf auf gar keinen Fall passieren. Wir Erwachsene haben eine Verantwortung letztlich, uns zu schützen und andere zu schützen und letztlich verantwortlich mit unserem Leben und dem anderer umzugehen. Und wir sind diejenigen, die die Kinder schützen müssen – und nicht umgekehrt. Und ich mache mir Sorgen vor uns Erwachsenen. Ich habe Angst vor uns, vor unserer Gruppe, aber nicht vor dem, was den Kindern droht, wenn wir verantwortlich mit unseren eigenen Möglichkeiten und unserem Leben umgehen.

Moderatorin: [00:53:37]

Vielen Dank, Herr Dötsch. Vielen Dank, Frau Lange. Danke auch an die Journalistinnen und Journalisten, die die vielen Fragen gestellt haben und dass Sie dabei waren. Wie gewohnt werden wir das Video innerhalb der nächsten Stunden auf unserer Website online stellen und wir werden dieses Gespräch auch transkribieren und hoffentlich bis spätestens morgen das Transkript auch auf der Website zur Verfügung stellen können. Ja, ich danke Ihnen für die rege



Teilnahme und ich wünsche den Journalistinnen und Journalisten viel Erfolg auch bei der weiteren Berichterstattung zu diesem doch sehr schwierigen und heiklen Thema COVID-19 bei Kindern. Und jetzt wünsche ich Ihnen einen guten Start in die Woche. Und danke, dass Sie dabei waren. Auf Wiedersehen.

Berit Lange: [00:54:22]

Vielen Dank, auf Wiedersehen.

Jörg Dötsch: [00:54:24] Wiedersehen.

Danke!

Moderatorin: [00:54:26] Tschüss!



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Annegret Burkert

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH. Nähere Informationen:

www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42–44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz





press briefing