



11.06.2021

Transkript

„Evidenz zur Impfung von Kindern gegen COVID-19, aktuelle STIKO-Empfehlung und der Stellenwert evidenzbasierter Empfehlungen“

Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Reinhard Berner**
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, und externer Sachverständiger der Ständigen Impfkommission (STIKO) in dieser Sache der COVID-19-Impfungen bei Kindern und Jugendlichen
- ▶ **Prof. Dr. Gerald Gartlehner**
Leiter des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems, Österreich, und Direktor der österreichischen Cochrane-Zweigstelle
- ▶ **Prof. em. Dr. Thomas Mertens**
ehemaliger Ärztlicher Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Ulm, und Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- ▶ **Prof. Dr. Fred Zepp**
ehemaliger Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Mainz, und Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO)
- ▶ **Marleen Halbach**
Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter: <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/evidenz-zur-impfung-von-kindern-gegen-covid-19-aktuelle-stiko-empfehlung-und-der-stellenwert-evidenzbasierter-empfehlungen/>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Guten Morgen liebe Journalistinnen und Journalisten da draußen und hallo in die Expertenrunde. Willkommen zum nächsten Press Briefing des Science Media Centers. Mein Name ist Marleen Halbach, und wir sind ja heute zusammengekommen, um wieder über eine neue Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO) zu sprechen. Das hat sich so ein bisschen als Standardformat jetzt etabliert hier beim SMC, aber ich freue mich. Denn gestern hatte die STIKO eine neue Empfehlung für COVID-19-Impfungen für Kinder herausgegeben und empfiehlt die Impfung lediglich für Kinder zwischen 12 und 17 Jahren mit Vorerkrankungen und für solche mit Risikokontakten in der Umgebung, die nicht geschützt sind. Sie sprechen keine generelle Impfeempfehlung für Kinder aus. In der Impfeempfehlung sieht man – die gestern schon veröffentlicht wurde –, dass dort die Zulassungsstudie eingeflossen ist, dass noch mal analysiert wurde, welche Daten dort bereitgestellt wurden, aber auch noch Modellierungen, wie sich verschiedene Impfstrategien auf die Weiterverbreitung auswirken könnten. Und das Thema Kinderimpfungen wurde ja vorab schon ziemlich emotional diskutiert. Ich finde, das kann man ein bisschen vergleichen mit diesen Schulöffnungs- und -schließungsdebatten. Gesundheitsminister Spahn hatte sich ja früh sehr offensiv für (die) Impfung von Kindern ausgesprochen, sogar bevor überhaupt eine Zulassung des Impfstoffs vorlag. Und die kam dann Ende Mai. Dann fiel auch die Priorisierung der Reihenfolge. Und jetzt kommt dann eben die STIKO-Empfehlung gestern, die die Evidenz dazu eigentlich aufarbeitet. In meinen Augen klingt das nicht so richtig sinnvoll, wenn man auf wissenschaftliche Einschätzungen für die öffentliche Debatte zählt und diese für wichtig hält. Aber eben das soll heute auch Thema sein. Neben dem reinen Inhalt der STIKO-Empfehlung wollen wir auch darüber sprechen: Welche Rolle nehmen eigentlich die Empfehlungen der STIKO ein und welchen Stellenwert sollten sie haben? Dazu habe ich vier Experten in dieser Runde versammelt, und ich würde einfach direkt starten. Und Sie können gerne da draußen schon Ihre Fragen in das F-&-A-Modul oder Q & A – je nachdem, welche Sprache Sie benutzen – posten. Meine Kolleg*innen da draußen werden das dann für mich ein bisschen zusammenstellen, und ich werde die Fragen dann an die Expertenrunde richten. Können Sie jetzt gerne schon machen. Wie immer werden wir das Ganze aufzeichnen und auch später auf unserer Website zur Verfügung stellen.

Ich würde gerne beginnen mit Herrn Professor Dr. Fred Zepp. Er ist ehemaliger Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin an der Universitätsmedizin Mainz und auch Mitglied der Ständigen Impfkommision (STIKO). Herr Zepp, wie auch die letzten Male im Falle der seltenen Nebenwirkungen zum Beispiel nach Vektor-Impfstoffen haben Sie wieder eine Risiko-Nutzen-Abwägung getroffen in der STIKO. Wenn ich das richtig interpretiere, stand jetzt bei der Abwägung der Kinder eher das Individuum im Vordergrund, also das Kind oder die Jugendlichen im Vordergrund, weil die haben ja ein sehr geringes Risiko für schwere Verläufe und ein noch geringeres, überhaupt an COVID zu sterben. Individuell gibt's da jetzt also irgendwie nicht so viel Leid zu verhindern mit so einer Impfung. Allerdings haben ja Kinder aber auch viele Kontakte, könnten epidemiologisch gesehen also auch irgendwie zum Schutz der Gemeinschaft beitragen. Die Impfung aller 12- bis 17-Jährigen hätte viele Meldefälle verhindert, wie so eine Modellierung auch gezeigt hatte, die Sie einbezogen haben, aber gar nicht so viele Krankenhausaufnahmen und Todesfälle. Das unterstützt das ja. Verstehe ich richtig, dass dieser Public-Health-Effekt also nicht groß genug war, um die individuellen Risiken der Kinder und Jugendlichen aufzuwiegen? Und welche Faktoren waren ausschlaggebend in dieser Risiko-Nutzen-Abwägung, die die STIKO getroffen hat?

Fred Zepp [00:03:15]

Ok, vielen Dank, erst mal Guten Morgen. Und die Frage will ich gerne angehen, auch im Kreise der Kollegen. Also ich glaube, was ganz wichtig ist, was man erst mal verstehen muss, ist das eine STIKO-Empfehlung nicht einfach das Weiterreichen einer Zulassung eines Impfstoffes ist, sondern der Impfstoff wird zugelassen im Prinzip aufgrund der Daten, die ein Impfstoffhersteller vorlegt in den Rahmenbedingungen, in denen er geprüft hat. Und dann muss die Zulassungsbehörde im Prinzip prüfen, ob dieser Impfstoff wirksam ist oder ob er auch, sag ich mal, in der Population, so weit das möglich ist, sicher ist. Und dann wird der Impfstoff in



Verkehr gebracht. Der Auftrag des STIKO ist hingegen, wie Sie richtig gesagt haben, eine Güterabwägung vorzunehmen. Also für wen ist ein Impfstoff besonders interessant? Wem kann man dadurch helfen? Die Frage ist also zu klären: Welche Impfziele wollen wir erreichen? Das erste und führende Impfziel ist sicherlich, dass ein Mensch – wir nehmen einen Impfstoff ja nicht wie bei einem Antibiotikum, um eine Krankheit zu korrigieren, zu heilen, sondern wir nehmen einen Impfstoff in einem gesunden Zustand, um uns in Zukunft vor einer Infektionskrankheit oder vor einer Komplikation einer Infektionskrankheit zu schützen. Also insofern ist der Individualschutz – kann ich mit der Impfung eine Krankheit verhindern, nicht nur eine Infektion (Herr Berner wird dazu was sagen können) – Infektion ist ein Zustand, der erst dann zur Krankheit führt, wenn mein Immunsystem quasi intensiv damit interagiert und ich dann Symptome entwickle. Kann ich also das, was mich ins Krankenhaus bringt oder auf die Intensivstation verhindern? Das wäre die eine Frage, die man betrachten muss. Ich kann da also auch vor Komplikationen schützen wollen. Dann haben Sie richtig gesagt, man könnte einen Public-Health-Effekt haben. Ich könnte also andere Gefährdete schützen oder aber die Übertragung schützen. ... Was im Augenblick auch ein bisschen eine Rolle spielt, ist auch die Frage, ob ich gesellschaftliche Strukturen damit beeinflusse, also Schule einfacher gängig mache oder Privilegien zurückgewinne. Und diese Möglichkeiten auf der einen Seite zu prüfen, dem steht gegenüber die Frage, welche Risiken gehe ich mit einem Impfstoff ein? Es ist eine Intervention an einem gesunden Menschen, und normalerweise in der Vergangenheit haben wir fünf bis zehn Jahre Zeit gehabt, einen Impfstoff zu bewerten in seiner Risikoabwägung. Und heute ist es so, dass wir in einer Pandemie sicherlich schneller gehen, weil die Not eine große ist und wir schnelle Entscheidungen brauchen. Auf der anderen Seite müssen wir uns darüber klar sein: Die Impfstoffe sind in den letzten neun bis zwölf Monaten entwickelt worden, bei Kindern gerade mal drei Monate geprüft worden. Das heißt, wir haben einen nach Beobachtungszeitraum irgendwo zwischen zwei und fünf Monaten liegt, was die Jugendlichenpopulation angeht. Und daraus ergeben sich natürlich auch Risiken. Und wenn wir jetzt runtergehen und sagen: Haben wir ein Individualrisiko, Sie haben es schon angesprochen, dann ist es so: Die Kinder bekommen Infektionen wie andere Menschen auch, aber im Gegensatz zu den Erwachsenen werden sie eben selten krank, noch seltener schwerkrank. Und es gibt, sage ich mal, nur eine sehr geringe Zahl von Fällen, die tatsächlich schwerwiegend oder auch mit dem Tod verlaufen. Insofern Frage eins: Der Individualschutz ist im Prinzip gering, den wir dort erzeugen. Und man muss sich darüber klar sein – schauen Sie eine andere Infektionskrankheit: Wir haben seit Jahren Influenza-Impfstoffe, die wir auch am Säuglingsalter geben können. Die empfehlen wir nicht, weil sie zum einen nicht so befriedigend wirksam sind, aber zum anderen im Prinzip auch dort keine große Krankheitslast besteht. Oder umgekehrt: Pneumokokken-Impfungen empfehlen wir im Prinzip bei den ganz kleinen Kindern, aber dann bis zum 60. Lebensjahr nicht mehr. Man muss es also immer einordnen, wo ist der beste Effekt für eine Impfung, gesellschaftlich und individual bezogen. Und hier ist es so, dass wir auf der einen Seite sehen müssen, dass wir die Risiken der Impfung, die Akutreaktionen zwar abschätzen können – das ist gemessen worden, vergleichbar etwa mit jungen Erwachsenen zwischen 16 und 25 Jahren –, das wir aber im Prinzip Effekte auf das Immunsystem oder die Fragen, es wird jetzt diskutiert, ob es ein Risiko gebe, entzündliche Erkrankungen des Herzmuskels auszulösen, dass wir die nicht beurteilen können. Da haben wir noch keine eindeutigen Signale. Aber ist es dann sinnvoll ohne Not? Denn das Individuum ist nicht hoch gefährdet, dann ein solches Risiko einzugehen. Oder können wir es uns leisten, im Prinzip Erkenntnisse aus anderen Regionen, zum Beispiel USA ist die Krankheitslast bei Jugendlichen höher. Also entschließt man sich in der Güterabwägung dort, eher zu impfen, dann die Erfahrungen der Verträglichkeit dort kennenzulernen. Also ich sage mal, das sind Fragen, die eine Rolle gespielt haben. Und jetzt den Impfstoff nur zu empfehlen, um Dritte oder andere zu schützen, das wäre eine fremdnutzige Empfehlung, das wäre dann gerechtfertigt, wenn man wirklich einen markanten Effekt hätte. Aber im Augenblick ist es so: Wir haben begrenzte Mengen von Impfstoffen. Das heißt, wir würden Impfstoff von Menschen, die ihn bedürfen, zu jungen Menschen dislozieren, die eigentlich gar nicht krank werden. Solange also im Prinzip die gefährdete ältere Population nicht geschützt ist, sollte man den Impfstoff dort einsetzen, wo es nicht nur um Übertragungsverhinderung geht, sondern tatsächlich um Krankheitsverhinderung. Das sind Gedanken, die uns bewegt haben. Und Thomas Mertens und Reinhard Berner werden das sicherlich noch ergänzen können.



Moderatorin [00:08:10]

Ich glaube, da gibt's gar nicht so viel zu ergänzen. Das war schon eine sehr ausführliche Erklärung, vielen Dank, Herr Zepp, auf jeden Fall dafür. Ich würde aber gerne direkt weiterschreiten zu Herrn Berner, nämlich Professor Dr. Reinhard Berner. Er ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden und war in dieser Sache, der COVID-Impfung bei Kindern und Jugendlichen, auch externer Sachverständiger der STIKO – das sollte man an dieser Stelle dazusagen. Zwar kein ständiges Mitglied, aber in diesem Fall haben Sie beraten. Ich stelle erst einmal vielleicht so eine etwas abwegige Frage, aber im Februar gab's eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) und der Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) also der beiden infektiologischen Gesellschaften. Da waren auch Sie Autor, Herr Berner. Und da stand drin, Sie begrüßten eine klinische Prüfung der Impfstoffe bei Kinder und Jugendlichen und freuten sich schon ein bisschen darauf, dass das jetzt auch in Angriff genommen wurde von den Herstellern. Jetzt gibt's aber keine Empfehlung. Widerspricht sich das, jetzt ein bisschen ketzerisch gefragt.

Reinhard Berner [00:09:04]

Nee, gar nicht. Da ist jedes Wort wahr an dem einen wie an dem anderen. Also wir freuen uns enorm über die Zulassung dieses Impfstoffs – großartig, grandios, dass es für Kinder jetzt in der Altersgruppe 12 bis 16 auch einen zugelassenen, in den Verkehr gebrachten Impfstoff gibt. Das ist aber ja ganz unabhängig von der Frage zu bewerten, ob wir den jetzt allgemein für diese Gruppe empfehlen oder nicht. Wir sind als Kinderärzte enorm dankbar, dass wir Kinder mit Risikofaktoren, die wir zum Teil einschätzen können, zum Teil vielleicht auch noch nicht ausreichend gut einschätzen können, jetzt einen zugelassenen Impfstoff anbieten können. Das ist super gut. Wir freuen uns auch, dass es Kinder gibt, die in bestimmten Lebenssituationen oder Umständen sich befinden, wofür sie auch individuell, eine Impfung oder Impfmöglichkeit, einen Riesenfortschritt bietet. Also, die Tatsache, dass es diesen Impfstoff jetzt gibt, als er zugelassen ist für die Gruppe ab zwölf ist schön, wunderbar. Wir sind aber absolut mit den Einschätzungen der STIKO konform, dass (es) die Abwägung – Herr Zepp hat es sehr ausführlich dargestellt –, die Abwägung im Moment nicht ausreicht, das allgemein zu empfehlen.

Moderatorin [00:10:14]

Vielen Dank. Hätte ich direkt noch eine Nachfrage, kommt auch schon eine Frage von außen dazu. Es werden ja immer seltene schwere Fälle von systemischen Entzündungssyndromen Pädiatrisches Inflammatorisches Multiorgan-Syndrom (PIMS) oder Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) genannt – ich glaube, das beschreibt das gleiche Syndrom mit zwei verschiedenen Benennungen – und aber auch Long-COVID, also quasi Spätfolgen einer COVID-19-Erkrankung. (Sie) sind immer wieder Argument für den Individualschutz der Impfung bei Kindern. Wie sieht denn die Datenlage dazu aus? Und wie groß ist das Risiko für einerseits diese schweren Long-COVID- und aber auch systemischen Entzündungssyndrome? Und was weiß man dazu?

Reinhard Berner [00:10:47]

Also um mit Long-COVID anzufangen: Long-COVID bei Kindern ist noch ein relativ offenes Thema, da wissen wir im Grunde relativ wenig dazu. Wir wissen nichts, also nichts Belastbares über die Häufigkeiten. Ich glaube, das, was in den in den Medien, auch in der Literatur zum Teil berichtet worden ist, überschätzt das Thema bei Weitem. Also, wenn man mit den vielen Kinderärzten spricht, mit den Ärzten in den Kliniken: Wie häufig sieht man tatsächlich solche Befunde sozusagen? Dann ist es wirklich ein ganz seltenes Ereignis. Es ist auch wichtig, glaube ich, einmal noch mal festzuhalten, dass es eben ganz schwierig ist oder notwendig ist, Effekte von Pandemie und Schulschließungen im Lockdown zu trennen von Effekten der Infektion selbst. Wir haben das in unseren Schulstudien in Sachsen geprüft und finden im Grunde keinen Unterschied bei den 15-Jährigen in den entsprechenden Long-COVID-Symptomen sozusagen bei denen, die die Infektion durchgemacht haben und denen, die sie nicht durchgemacht haben.



Moderatorin [00:11:51]

Das bedeutet, das könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass die Kinder einfach so eine psychische, soziale Belastung hatten durch „die Schule geschlossen“?

Reinhard Berner [00:11:59]

Also, das ist sicher ein hoch relevanter Effekt. Das schließt jetzt nicht aus, dass das nicht auch vorkommen kann. Definitiv wird es vorkommen. Die Größenordnung ist aber sicher überschätzt und muss man aber dann auch erst prospektiv erfassen. Da sind wir dabei mit einem Register. Das zweite, PIMS, ist ein relevantes Problem. Das ist gar keine Frage. Das hat uns im letzten April, also April 2020, etwas überrascht oder kalt erwischt, weltweit muss man sagen, dieses Bild einer starken Entzündungsreaktion mit hohem Fieber. Wir haben das jetzt aber ein bisschen kennengelernt, dieses Krankheitsbild, sodass wir das auch immer schneller erkennen als vorher, dass wir es schneller auch behandeln können. Wir haben in Deutschland ein Register für diese PIMS-Fälle bei Kindern und Jugendlichen. Das ist ein Register, wo die Kliniken in Deutschland melden können. Da haben wir jetzt in einem guten Jahr ungefähr 350 Fälle gemeldet bekommen. In der Altersgruppe der jetzt hier zur Disposition stehenden Kinder und Jugendlichen ab zwölf sind es irgendwas über 100 gewesen, sodass wir mit gewissen Unsicherheiten aber eine Häufigkeit ausrechnen können, die in einer Größenordnung von eins auf 5.000 bis eins auf 10.000 liegt nach einer durchgemachten Coronavirusinfektion in der Altersgruppe der 12- bis 15-, 16-, 17-Jährigen. Und dann entsteht natürlich die Frage mit der Häufigkeit dieses durchaus schweren Krankheitsbildes im Vergleich zu dem, was wir wissen, zu möglichen Nebenwirkungen einer Impfung. Ist eben dann wieder die Frage, die Herr Zepp angesprochen hat, zu prüfen: Wie ist die Risiko-Nutzen-Abwägung? Und die ist dann eben, glaube ich aus meiner Sicht, völlig zu Recht so getroffen worden, wie sie getroffen wurde.

Moderatorin [00:13:37]

Okay, vielen Dank erst mal für dieses Eingangsstatement. Ich würde direkt mal weitergehen zu Herrn Mertens. Professor Dr. Thomas Mertens, ehemaliger Ärztlicher Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Ulm, und Sie sind Vorsitzender der STIKO. Sie haben die Zulassungsstudien der Hersteller BioNTech und Pfizer für Erwachsene in einem vergangenen Press Briefing bei uns mal sinngemäß als mustergültig beschrieben. Wie würden Sie denn die Studie an Kindern und Jugendlichen bezeichnen und (für) wie aussagekräftig halten Sie die Ergebnisse zur Wirksamkeit?

Thomas Mertens [00:14:08]

Also damals, wenn ich mich recht daran erinnere, ging es vor allem um den Vergleich der verschiedenen Studien, die vorlagen, und da hab ich gesagt – und das ist auch immer noch meine Meinung –, dass die BioNTech-Studie, verglichen zum Beispiel mit der AstraZeneca-Zulassungsstudie, sehr viel besser gemacht war und konsistenter gemacht war. Also das war das, worauf Sie sich beziehen. Also, ich glaube, die Kinderstudie jetzt, die vorgelegt worden ist, und die Grundlage der Zulassung war auch gut gemacht als Studie, das ist durchaus sehr professionell. Die erhobenen Daten sind konsistent und auch überzeugend. Ich glaube, dass insgesamt an der Wirksamkeit des Impfstoffes auch in dieser Gruppe kein Zweifel besteht, wenngleich man sagen muss, dass die Aussage, dass es so und so häufig COVID verhindert, dadurch ein bisschen eingeschränkt ist, dass ja bei den Kindern eben auch in der Studie kaum wirklich COVID-Fälle, jedenfalls nicht als nennenswerte Erkrankung, vorgekommen sind. Aber das ist ja unabhängig davon, dass ... Also, ich glaube, es gibt keinen Zweifel an der Wirksamkeit des Impfstoffes auch in dieser Altersgruppe. Ich habe dazu auch nie etwas anderes gehört, auch nicht innerhalb der STIKO.

Moderatorin [00:15:25]

Ich würde da mal direkt eine Frage stellen, die ein bisschen tiefer geht vielleicht. Klaus Cichutek vom Paul-



Ehrlich-Institut saß auch bei einem Press Briefing von uns und hatte damals für die RNA-Impfstoffe, mein ich, nur angekündigt, dass es auch für angepasste Impfstoffformulierungen zum Beispiel an Varianten, also so Version 2, 3 von RNA-Impfstoffen, auch Immunkorrelatstudien zur Zulassung ausreichen würden, dass man eben da nicht noch mal die ganzen großen klinischen Daten erheben müsste. Dieses Immunobridging, wie es ja genannt wird – also eben zu vergleichen: Ruft der Impfstoff eine ähnliche Reaktion des Immunsystems hervor wie in vergleichbaren anderen klinischen Studien –, wurde ja jetzt auch in dieser klinischen Studie gemacht. Das war ja was Neues. Die anderen waren ja reine Efficacy-Analysen. Wie wichtig sind diese Daten bei den Kindern gewesen und hätte man auch sagen können, okay, die Efficacy-Daten sind sowieso nicht so aussagekräftig, wir gucken nur auf die Immunobridging-Daten, oder ist es auch notwendig, die Efficacy-Daten auch noch mal bei Kindern erhoben zu haben?

Thomas Mertens [00:16:23]

Beides ist notwendig aus meiner Sicht. Gerade angesichts des Krankheitsgeschehens bei Kindern ist natürlich die Aussage über die Immunität nach der Impfung wirklich eine wichtige Aussage. Unbeschadet der Tatsache, dass wir immer noch keinen Grenzwert kennen, der sozusagen mit Schutz korreliert ist. Aber dieses, was hier als Immunobridging bezeichnet (wird) oder das labormäßige Messen der Immunantwort ist sicher ein sehr wichtiger Faktor. Wir brauchen beides. Natürlich ist aber auch wichtig – und das ist wirklich wichtig – die Protektion irgendwie zu bestimmen. Und die Protektion ist natürlich, sagte ich schon, noch aussagekräftiger, wenn sie in einem Kollektiv das machen, in dem eben häufig auch schwere Erkrankungen auftreten. Beides ist wichtig, aber ich hatte vorhin eins noch nicht gesagt: Das mit der Sicherheit, das hatte Fred Zepp ja deutlich gemacht, ist eine andere Geschichte. Da sind tatsächlich die Zahlen aus der Zulassungsstudie zu gering, um eben Ereignisse zu erfassen, die seltener als eins zu 100 auftreten. Wenn Sie an ihre Waschzettel zu Medikamenten denken, wo das immer so drinsteht, eins zu zehn, eins zu 100 und so weiter, dann liegen wir ja hier noch in einer Größenordnung, die wirklich keine ausreichende Sicherheit gibt. Ich will auch an dieser Stelle noch eins sagen: Die Mitteilung, dass irgendwo in USA, ist auch völlig egal, in Kanada, wo immer Sie wollen, soundsoviel Kinder geimpft worden sind, das hilft noch nicht wirklich weiter. Das Entscheidende ist, dass wir dann zu diesen Studien, also den Real-Life-Studien, auch die Daten sehen können. Verstehen Sie, die Tatsache, da sind soundsoviel Tausende, Millionen von Kindern geimpft worden, das ist doch nicht so wirklich hilfreich. Wichtig ist, dass man weiß, was ist denn aus diesen Geimpften geworden, sozusagen. Wie waren die Akut-Nebenwirkungen und wie waren, sozusagen, mögliche Nebenwirkungen? Das nur zur Klärung, weil immer gesagt wird, es sind ja schon soundsoviele Millionen Kinder geimpft worden. Das ist richtig. Aber was wir als STIKO brauchen, ist nicht die Zahl von Impfungen, sondern es ist die Zahl der ... Post Marketing-nachverfolgten Kinder. Das ist ein entscheidender Unterschied bei der Geschichte.

Moderatorin [00:18:47] Also die systematische Erhebung der Daten?

Thomas Mertens [00:18:50] Genau.

Moderatorin [00:18:51]

Dann würde ich direkt den Vierten im Bunde vorstellen. Hier kommen nämlich schon einige Fragen rein, wir öffnen auch gleich. Das ist Professor Dr. Gerald Gartlehner. Er ist Leiter des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie an der Donau-Universität in Krems, Österreich, und Direktor der Österreichischen Cochrane-Zweigstelle, habe ich jetzt mal genannt. Wie bewerten denn Sie, Herr Gartlehner, die vorliegende Datenlage zur COVID-19-Impfung, jetzt auch bei Kindern speziell? Wie aussagekräftig sind sie und inwiefern können Sie da auch die STIKO-Empfehlung auf Basis dessen jetzt nachvollziehen?

Gerald Gartlehner [00:19:20]

Ich denke, die STIKO-Empfehlung und die ganzen Diskussionen rundherum zeigen, dass hier wirklich zwei Perspektiven aufeinanderprallen. Einerseits die epidemiologische, virologische Perspektive, aus der es



natürlich sehr viel Sinn macht, möglichst viele Personen möglichst rasch zu impfen, um Populations- oder Herdenimmunität zu erreichen. Und dann eher die Perspektive der evidenzbasierten Medizin, wo es ein sehr sorgfältiges Abwägen zwischen Nutzen und potenziellen Risiken geben muss. Und man muss einfach durchdenken: Gibt es etwas, das man als Netto-Nutzen bezeichnet? Das heißt, für die durchschnittliche Person, für den durchschnittlichen Jugendlichen, die Jugendliche, ist der Nutzen wirklich größer als der Schaden? Und da fehlen uns derzeit halt wirklich noch die Langzeitdaten. Und die spielen dann, wenn die Inzidenz niedrig ist beziehungsweise der Nutzen für den Einzelnen aufgrund eines geringen Risikos für schwere Erkrankungen niedrig ist, dann spielt das eine große Rolle. Und ich denke, die Entscheidung der STIKO ist aus Sicht der evidenzbasierten Medizin absolut nachvollziehbar und wahrscheinlich auch die einzige richtige, weil man auch die Dringlichkeit der Situation betrachten muss. Und die Situation jetzt Zwölfjährige im Juni oder Juli dringend zu impfen, ist einfach nicht gegeben. Das heißt, man hat die Zeit, man hat den Luxus, abzuwarten und auf bessere Daten zu warten.

Moderatorin [00:20:46]

Vielen Dank! Also Ihre Position in dieser Runde ist auch ganz klar so aus der Evidenz-Synthese-Richtung, sag ich mal. Deswegen würde ich direkt auch diese Metafrage, die ich angeknüpft habe an das Press Briefing, auch direkt an Sie stellen. Wie beurteilen Sie denn die Prozesse der einerseits politischen Kommunikation über Impfstoffe, aber jetzt dann eben auch der wissenschaftlichen Kommunikation, die jetzt nachgeschoben wird? Weil Gesundheitsminister Spahn hier in Deutschland hatte schon ein Impfangebot ausgesprochen, als noch keine Zulassung war, habe ich gerade schon erklärt, und dann fiel die Impfpriorisierung, und jetzt kommt erst die STIKO-Empfehlung. Also, welche Rolle soll denn jetzt diese evidenzbasierte Empfehlung eigentlich einnehmen oder kann sie noch einnehmen?

Gerald Gartlehner [00:21:44]

Ja, wir würden uns natürlich immer wünschen, dass auch politische Entscheidungsträger die Evidenz miteinbeziehen, bevor sie euphorisch vorpreschen und Ankündigungen machen. Das war in Österreich ja nicht anders als in Deutschland. Ich hoffe, und in Deutschland zeichnet sich das schon ab, dass diese anfängliche Euphorie wieder etwas zurückgenommen wird und rationalere Entscheidungen getroffen werden. In Österreich sind wir noch nicht ganz dort, aber ich hoffe, wir werden da auch nachziehen.

Moderatorin [00:21:53]

Können Sie die Situation in Österreich vielleicht noch einmal kurz erläutern, für die, die da nicht so versiert mit sind?

Gerald Gartlehner [00:22:00] In Österreich ist der Plan noch immer, jetzt über den Sommer möglichst rasch beginnend möglichst viele 12- bis 15-Jährige in Österreich durchzuimpfen. Und eben aus den vielen genannten Gründen macht das jetzt aus evidenzbasierter Sicht eigentlich nicht wirklich sehr viel Sinn.

Moderatorin [00:22:19] Okay, weil hier kommt nämlich auch eine Nachfrage dazu. Gibt es denn jetzt eine andere Evidenz in Österreich? Weil die Frage könnte man vielleicht auch noch mal in die Runde stellen. Also wie kann es passieren, dass einzelne Länder die gleiche Evidenz, die ja weltweit vorhanden ist im Endeffekt, anders bewerten? Welche Faktoren sind vielleicht jetzt in Österreich eingeflossen, die jetzt sicher anders bewertet wurden?

Gerald Gartlehner [00:22:49]

Ich denke, die Situation in Österreich und die Situation in Deutschland ist sehr vergleichbar. Es gibt auch keine



andere Evidenz in Österreich. Wir betrachten dieselbe Evidenz. Ich denke nur, die STIKO, und das ist auch das Kompliment an die STIKO, hat sich wirklich genug Zeit genommen, diese Evidenz sorgfältig abzuwägen und nicht nur die Zulassungsstudie abzuwägen, sondern auch alle anderen Faktoren, die wesentlich sind.

Moderatorin [00:23:04]

Und vielleicht noch mal in die große Runde gefragt: Kann da vielleicht noch jemand was zu sagen? Weil in den USA wird ja auch jetzt flächendeckend, glaube ich, durchgeimpft, wenn ich das richtig im Kopf hab, und in Großbritannien zum Beispiel auch. Wie schätzen Sie die internationale unterschiedliche Bewertung ein? Welche Faktoren sind da wichtig und wie wurden die jetzt anders bewertet? Hat da jemand noch von den anderen dreien eine Einschätzung zu?

Thomas Mertens [00:23:28]

Na ja, es ist tatsächlich so, dass sich die Voraussetzungen nicht in allen Ländern so gleichen. Das kann sogar schon in der EU unterschiedlich sein. Das ist auch einer der Gründe, warum es eben sowohl der Zulassung bedarf als (auch) regulatorische(r) Maßnahmen wie auch der Empfehlung jetzt für Deutschland. Also, ich denke schon, dass die Frage der Krankheitslast da schon eine Rolle spielt und dass diese Krankheitslast auch unterschiedlich sein kann. Wenn Sie sich vorstellen, zum Beispiel, fangen wir mal an, wenn Sie die Anzahl der Kinder mit metabolischem Syndrom sich anschauen und feststellen, dass in einem Land wie USA zum Beispiel, Herr Berner weiß das besser als ich, aber die Anzahl dieser Kinder mit Risiko sehr viel höher ist als bei uns letztendlich doch. Also es gibt bestimmt auch charakteristische Unterschiede in den Populationen. Es ist nicht nur so, dass hier die gleiche Evidenz unterschiedlich bewertet wird, sondern es gibt zum Teil auch unterschiedliche Voraussetzungen der Impfung. Was die britische Situation angeht, so haben die sich ja letztendlich schon frühzeitig für andere Dinge entschieden. Sie haben ja auch, wenn Sie denken an die Frage nur eine Impfung, lange Impfabstände, da sind schon mehr Dinge gemacht worden, die aus meiner Sicht nicht wirklich evidenzbasiert waren. Also, insofern und im Grunde genommen sehen Sie da gewisse Effekte auch jetzt schon in UK jetzt, die sozusagen Folgen auch dieser Impfstrategie waren.

Moderatorin [00:25:01] Worauf spielen Sie an, wenn Sie das sagen?

Thomas Mertens [00:25:04] Na ja, wenn Sie jetzt sehen, dass es tatsächlich eine neue Virusvariante gibt, die eine Immun-Escape-Variante darstellt in gewisser Weise, dann spielt natürlich das Ausmaß der Immunantwort jetzt bei den Geimpften schon eine erhebliche Rolle. Und wenn Sie dann sehen, und das wissen wir ja auch sogar aus britischen Studien, dass die Immunantwort bei nur einer Impfung eben nach einer gewissen Zeit doch messbar nachlässt, ich rede jetzt mal von Immunantwort, und auch sogar die Frage der Inzidenz von Durchbruchserkrankungen dann höher wird, dann ist es schon eben wichtig aus unserer Sicht. Und die STIKO (hat) ist ja auch genau aus diesem Grunde nie von ihrer Strategie abgewichen, dass eben aus all diesen Gründen die zweifache Impfung in diesen vernünftigen und richtigen optimalen Zeiträumen ein wichtiger Faktor für den Schutz ist. Also, ich glaube schon, dass es also so eine Mischung ist, (um) auf Ihre Ursprungsfrage zurückzugehen: Es gibt unterschiedliche Voraussetzungen in unterschiedlichen Ländern, es gibt unterschiedliche grundsätzliche Vorgehensweisen. Ich glaube, dass das nur schwer zu erreichen wäre, dass sozusagen weltweit oder auch nur in bestimmten Kontinenten zu harmonisieren.

Moderatorin [00:26:28] Okay, ich habe vielleicht noch eine Frage an Herrn Zepp, um noch mal auf das Evidenz-Thema zurückzukommen. Laut Infektionsschutzgesetz ist die STIKO ja dafür zuständig, diese Empfehlungen zu erarbeiten, damit die Landesgesundheitsbehörden dann wiederum wirksame Empfehlungen aussprechen können. In der Pandemie ist das jetzt aber schon häufiger vorgekommen, war ja jetzt nicht der erste Fall, dass eben auf Bundesebene irgendwelche Versprechen gegeben wurden, an welche



Gruppen ein Impfangebot gestellt werden kann, so jetzt auch bei den Kindern. Sehen Sie der Arbeit Ihres Gremiums da eigentlich genügend Rechnung getragen? Herr Zepp vielleicht.

Fred Zepp [00:27:02] Eine gute Frage. Also, ich sag mal, das ist in der Diskussion ja auch dargestellt worden, und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaft, die medizinischen Fachgesellschaften hat (sic!) ja in der vergangenen Woche noch mal deutlich darauf hingewiesen, wenn man solche Gremien schafft, dass es dann auch sinnvoll ist, sich, sag ich mal, des Know-hows oder vielleicht auch der Überlegungen, die dort angestellt werden, auch zu bedienen. Das ist ja der Grund, warum auch das Bundesgesundheitsministerium am Ende des Tages, ich glaub 1972, die Ständige Impfkommission eingerichtet hat als erste Aufgabe. Ich glaube, wir leben im Augenblick in einer Zeit, die, nicht nur was das Infektionsgeschehen angeht, sehr dynamisch ist. Das heißt, wir sind in einem Wahlkampfperiode und und und. Und so ist wahrscheinlich das Bedürfnis, sag ich mal, handelnd zu erscheinen, vielleicht auch hoch. Da könnten wir besser kommunizieren. Also, das ist meine persönliche Meinung, ist keine STIKO-Meinung. Ich glaube, es ist immer gut, wenn wir in solch kritischen Lebensphasen sind, wie jetzt in der Pandemie, und Gremien treten nach außen, um eine Empfehlung zu geben, parallel oder mit Politikern, dass es dann nicht klug ist, wenn man, sag ich mal, differierende Aussagen gibt, weil das verunsichert im Prinzip die Menschen. Das verunsichert zum Teil sogar die Ärzteschaft, weil sie nicht weiß, wie sie damit umgehen soll. Und insofern wäre es wünschenswert und hilfreich für die ganze Gesellschaft, wenn wir uns vorher abstimmen. Das ist zum Teil ja auch versucht worden. Professor Mertens hat da intensiv sich eingesetzt, die Informationen dort zu vermitteln. Aber es spielen natürlich viele Dinge rein, und man kann nur einfach nochmal unterstreichen, was Professor Mertens gesagt hat: Das Infektionsgeschehen ist in Ländern selbst, sag ich mal, vielleicht sogar in Österreich, ... zum Teil anders als in Deutschland. Das Umsetzen von anderen Maßnahmen – es geht ja nicht nur um Impfungen, sondern auch Hygienemaßnahmen – gelingt auch in unterschiedlicher Qualität. Man kann sagen, aus meiner Perspektive, dass wir die Hygienemaßnahmen zum Beispiel in Schulen vorbildlich umgesetzt haben. Das ist ja einer der Benefits, warum es dort nicht zu großen Ausbreitungen gekommen ist. Und die Krankheitslast ist unterschiedlich. Und wenn man jetzt ein wissenschaftliches Gremium hat, das versucht, diese Aspekte alle zu bewerten [...] Und noch mal: STIKO-Empfehlungen sind ja nicht in Stein geschlagen, sondern genau das ist ja ihre Qualität, dass sie sich anpassen können an das aktuelle Geschehen. Im Augenblick haben wir wenig Infektionen, damit sinkt die Krankheitslast noch mal in der jungen Population, und es gibt uns die Zeit, die Höchstgefährdeten zu impfen. Und wenn wir jetzt in ein oder zwei Monaten erweiterte Erkenntnisse haben, was Thomas Mertens gesagt hat, wenn wir sehen, wie die Impfungen in den USA umgesetzt worden sind – und nicht nur einfach die Zahl: Wir haben eine oder zwei oder drei Millionen Menschen geimpft, sondern wie haben sie sie wirklich vertragen, sind dort eben andere Nebenwirkungen aufgetreten –, dann haben wir immer noch einen großen Spielraum bis zum Schulbeginn zum Beispiel, was diskutiert wird, darüber erneut zu beraten und das eventuell anzupassen. Das kann ja alles sein. Also ich sag mal, es geht darum, für das Individuum und die Gesellschaft ausgewogen die beste Entscheidung auf den Weg zu bringen. Und ja, jetzt persönlich hätte ich mir wahrscheinlich, auf Ebene zu unserem Vorsitzenden zum Beispiel, noch intensivere Kommunikation gewünscht, auf Ebene zu der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, (zur) Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. Das sind ja alles Strukturen, die eigentlich dazu beitragen wollen, es gut zu machen. Wir sind nicht im Wettbewerb um Empfehlungen, sondern es geht darum, den besten Weg zu unterstützen.

Moderatorin [00:30:33]

Vielen Dank, Herr Zepp. Oh ja, Herr Mertens, ja, Sie werden ja auch gefragt: Hätten Sie sich auch für Deutschland gewünscht, dass die Politik nicht so vorprescht? Ist jetzt eine zitierte Frage im Chat. Wollen Sie dazu noch etwas sagen?

Thomas Mertens [00:30:44]

Ja, ich will dazu sagen, dass ich aber ein völlig anderes Herangehen habe als Politiker, das muss man ganz klar



sagen. Es ist so, dass ganz offensichtlich manche Politiker sich gelegentlich über die STIKO ärgern. Aber ich kann Ihnen versichern, dass ich mich nicht über die Politiker ärgere, weil das nicht mein Job ist, verstehen Sie? Wenn ich abends das Gefühl habe, dass wir sorgfältig und richtig gearbeitet haben, dann habe ich damit letztlich kein Problem. Das will ich auch mal ganz klar sagen. Also, ich fühle mich nicht in irgendeiner Kämpfer-, Gegenposition oder so was. Das ist für mich nicht wirklich ein Problem, weil mir diese Frage sehr oft gestellt wurde, ob ich mich persönlich dadurch angegriffen fühle. Das ist überhaupt nicht der Fall. Das es auch ist, wissen Sie, ich bin, wie soll ich sagen, fast 50 Jahre anders erzogen worden in meinem Beruf. Und das ist nicht mein Problem, sozusagen in den Kategorien von „Wer ist für mich, wer ist gegen mich?“ zu denken. Das ist wirklich irrelevant.

Moderatorin [00:31:48]

Danke nochmal für die Präzisierung. Herr Berner, ich würde Sie gerne nochmal mit reinnehmen. Und zwar kommen einige Nachfragen noch mal zu der Evidenz zu Nebenwirkungen der Impfung. Also in der Empfehlung steht ja, dass noch zu wenig darüber bekannt ist, haben wir gerade auch schon angerissen, weil die nach Beobachtungszeit zu kurz war. Dieser Punkt könnte ja Eltern extrem verunsichern. Ist sie jetzt doch nicht sicher? Wie würden Sie diesen Vorbehalten begegnen? Und da kommen gleich noch zwei Anschlussfragen. Aber vielleicht können wir erst mal die erste klären.

Reinhard Berner [00:32:15]

Na ja, wir wissen halt tatsächlich noch relativ wenig darüber gerade bei den Kindern. Ich meine, in der Altersgruppe 12 bis 17 würde man mal davon ausgehen, dass sie sie wahrscheinlich am Ende des Tages ähnlich gut vertragen. Aber ich meine, man muss auch sagen, die Altersgruppe 12 bis 17, da sind die Kinder mitten in der Pubertät, jede Menge Umstellung von hormonellen Vorgängen im Organismus. Das ist jetzt keine ganz unsensible Gruppe. Also, ich glaube, die STIKO ist sehr gut beraten gewesen, genau diese Gruppe, wo man ja denken könnte, das sind ja schon fast Erwachsene, auch sehr sorgfältig zu bewerten in ihren Risiken. Trotzdem würde ich für das Individuum sagen, also Eltern, die einen 13-Jährigen haben, der, sagen wir mal, einen angeborenen Herzfehler hat, da würde ich sagen, das Risiko für dieses Kind mit seinem angeborenen Herzfehler, der vielleicht nach wie vor wirksam ist, den Schutz der Impfung in Anspruch zu nehmen, würde ich sehr dazu raten, weil ihm das helfen wird. Aber einem anderen Kind, das ein gut eingestelltes Asthma oder einen gut eingestellten Diabetes hat, das hat kein erhöhtes Risiko. Da würde ich demselben 13-Jährigen sagen: Nein, für dich ist, glaub ich, das Risiko der Unkenntnis über die längerfristigen Wirkungen sozusagen das höhere Gut und hier impfe ich nicht.

Moderatorin [00:33:29]

Haben Sie auch in der STIKO darüber beraten, wie mit den Myokarditis-Nebenwirkungsfällen umzugehen ist, die so auftauchen aus Israel? Da gab es eine erste Untersuchung. Ich habe den Originalbericht immer noch nicht gesehen, ehrlich gesagt, liegt aber vielleicht an mir. Es wurde von eins zu 5.000, 6.000 Fällen gesprochen nach Impfung. Die konnten jetzt in der Zulassungsstudie gar nicht aufgeschlagen sein, haben wir festgestellt. Haben sie denn das Risiko auch schon irgendwie besprochen dazu, diese Daten?

Reinhard Berner [00:33:58]

Na ja, wir haben sie zunächst einmal zur Kenntnis genommen und mit der Unsicherheit, die ja auch besteht. Wir wissen auch, dass natürlich, wie es Professor Mertens gesagt hat, für die USA, wo wir vielleicht eben bei zwei Millionen Impfungen aber noch gar nicht wissen, was ist denn aus diesen Kindern geworden, ist es auf der anderen Seite so, dass es in Ländern wie Israel vielleicht auch so ist, dass man ganz besonders sorgfältig hingeguckt hat, weil die Gruppe zu einer ganz besonders in Augenschein genommenen Patientengruppe oder Probandengruppe sozusagen gehört hat. Das heißt, es kann einer Nebenwirkung einer Impfung auch möglicherweise eine erhöhte, übermäßig erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt worden sein, sodass auch da



dazugehört, dass wir erst mal noch wissen müssen: Was sind die Daten tatsächlich? Wie schwer sind die gewesen? Was ist aus denen geworden? Auch das ist wichtig. Myokarditis kann sehr leicht verlaufen, dass man sie gar nicht spürt, sie kann aber auch so verlaufen, dass es in eine Herzinsuffizienz mündet, die nicht korrigierbar ist und zur Herztransplantation führt. Das muss man alles aber mit Sorgfalt und aber auch mit einer gewissen Beobachtungszeit, die man sich geben muss und, ja, Gott sei Dank im Moment auch geben kann, sehr sorgfältig angucken und prüfen.

Moderatorin [00:35:09]

Da kommt noch eine Nachfrage dazu, und zwar: Diejenige, die das hier schreibt, sagt: Es liest sich so, als wäre die Risiko-Nutzen-Abwägung sehr knapp, weil ja am Ende auch steht, Eltern können trotzdem entscheiden, ihre Kinder impfen zu lassen. Es ist ja im Endeffekt kein Verbot oder so, aber es spricht die STIKO ja ohnehin glaube ich nicht aus, sondern eine Empfehlung. Also kann man sagen, es ist sehr knapp ausgefallen und Eltern müssen sich keine Unvernunft vorwerfen lassen, wenn sie sich jetzt doch für die Impfung eines Kindes entscheiden, das vielleicht nicht der Vorerkrankungsgruppe angehört?

Reinhard Berner [00:35:42] Also, selbstverständlich. Das muss dann jedes Elternteil beziehungsweise der Jugendliche am Ende selbst in der Beratung mit dem Arzt, dem individuellen Arztgespräch, dann abwägen und sagen: Für mich im Moment, in meiner Lebenssituation sehe ich die Priorität bei der Impfung für mich als Individuum und entscheide mich so. Wenn das jemand so entscheiden möchte, dann kann man den darin unterstützen in dieser Entscheidung. (Ich) Würde jetzt auch nicht denken, dass er ein riesengroßes persönliches Risiko damit eingeht. Aber das ist, wie gesagt, was anderes, als wenn ich es einer gesamten Population von Jugendlichen oder Kindern als öffentlicher Ratgeber, nämlich als STIKO, empfehle.

Moderatorin [00:36:24] Herr Mertens.

Thomas Mertens [00:36:26]

Ich möchte darauf hinweisen, dass diesen Punkt, den wir jetzt, wie Herr Berner richtig sagte, aber schon öfter jetzt in der STIKO im Rahmen der Pandemie gemacht haben, dass wir nämlich solche Öffnungen möglich gemacht haben. Ich selbst hab das Gefühl, dass das sehr stark auch durch den Einfluss der Ethikkommission bei unserer ersten Stellungnahme zu den Regeln der Empfehlung eingeflossen ist. Und ich kann sagen, gerade der Ethikrat hat ja auch sehr das Argument der individuellen Patientenentscheidung eingebracht in unsere Überlegungen. Und ich glaube, dass jetzt genau das geschehen ist, was dort auch gefordert ist, nämlich dass die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Maßnahme schon auch als ein hohes Gut zu betrachten ist und auch letztendlich entsprechend gewichtet werden muss. Und ich glaube, genau das ist damit geschehen.

Moderatorin [00:37:23]

Vielen Dank. Hier kommt noch eine Nachfrage, die will ich gerne an Herrn Zepp richten. In der wissenschaftlichen Begründung zur Empfehlung heißt es, dass die Immunantwort nach Infektion breiter sei als nach Impfung und noch besser nach Infektion plus anschließender Impfung. Könnten Sie das näher erläutern und erhoffen Sie sich eine Durchseuchung dieser Altersgruppe? Das ist die Frage, die hier gestellt wird. Ich glaube, dass die Antwort schon mehrmals gegeben wurde. Aber gerne noch mal zur Erläuterung in dieser Runde.

Fred Zepp [00:37:49]

Na klar. Also ich sag mal so: Nein, die STIKO hat natürlich nicht das Konzept vertreten, dass eine



Herdenprotektion, ein Schutz der gesamten Bevölkerung, der möglicherweise bei einer Durchseuchung von etwa – also Durchseuchung im Sinne von entweder Impfung oder Infektion überstanden – bei vielleicht 80 Prozent liegt in der Größenordnung. Das ist wahrscheinlich ein bisschen vergleichbar wie bei Influenza. Es ist nicht so, dass wir also davon ausgehen, dass die junge Population sich durchseuchen muss. Allerdings wissen wir, dass zum Beispiel die Durchseuchung in der jungen Population – [Telefonklingeln] Das tut mir jetzt leid, aber ich kann es kaum abstellen – dass die in der jungen Population in Deutschland etwa bei zehn Prozent schon liegt. In UK ist gerade in der letzten Woche veröffentlicht worden, dass sie etwa schon bei 25 Prozent liegt. Das heißt, eine solche durch solche wird natürlich auch stattfinden und trägt auch dazu bei. Und es gibt auch Daten – ich glaube auch in der letzten Woche im „Lancet“ veröffentlicht worden –, dass möglicherweise der Infektionsschutz nach gut überstandener Infektion, also nach Wildinfektion, dass der möglicherweise etwas robuster ist, immunologisch gesehen, und dann quasi vielleicht auch länger anhält. Das sind aber Aussagen, die treffen natürlich Wissenschaftler auch mit Vorbehalten in ihren Publikationen. Weil, wir kennen diese Krankheit gerade mal 18 Monate und wie sollen wir dann noch so gut etwas über Protektion nach Langzeitverläufen sagen? Auf jeden Fall scheint es so, dass man nach Infektion zunächst einmal vergleichbar geschützt ist, vielleicht sogar noch etwas biologisch realistischer, weil die Infektion geht ja über die Schleimhäute. Das heißt, man wird wahrscheinlich immunologisch sogar eine bessere Schleimhautimmunität entwickeln können, als das bei einer intramuskulär applizierten Impfung ist. Und dann wird es vielleicht so sein, dass wir ja alle eine Booster-Impfung brauchen. Das hängt davon ab, wie sich die Virusvarianten entwickeln. Und insofern muss man das auch immer wieder neu bewerten. Und genau das ist die Aufgabe der STIKO. Also insofern, ja, das immunologische Geschehen spielt eine Rolle. Und im Augenblick sagt die STIKO, man hat sechs Monate Schutz etwa. Das kann auch mal länger sein. Wir müssen an irgendeiner Stelle eine Linie einziehen. Und es sollte dann ebenfalls geimpft werden.

Moderatorin [00:40:19]

Vielen Dank! Ich hatte noch die Frage – vielleicht an Herrn Berner –, dass in der Zulassungsstudie von BioNTech jetzt ja die gleiche Dosierung wie bei Erwachsenen ausprobiert wurde oder eben zur Zulassung gebracht wurde. Für sechs Monate bis elf Jahren, da läuft ja jetzt auch gerade eine weitere Studie, ist die Dosierung zwischen 13 und 20 Mikrogramm, also niedriger, als sie jetzt zugelassen wurde auch für die 12- bis 15-Jährigen. Wie ist das zu bewerten und wie unterscheiden sich eigentlich klinische Studien an Kindern von Erwachsenen? Worauf sollte man da besonders achten? Worauf achten sie dann auch besonders in Zukunft bei den Daten?

Reinhard Berner [00:40:57]

Das ist jetzt eine sehr komplexe Frage. Also ich meine, natürlich muss man (bei) den kleinen Kindern eine Dosis finden, die wirksame Dosis. Wir kennen das von Impfstoffen, da braucht man bei kleinen Kindern sogar höhere Dosen, um eine entsprechende Immunantwort zu induzieren. Bei Impfstoffen, die jetzt vielleicht wie diesem mRNA-Impfstoff, wird es eine niedrigere Dosis sein, um die Reaktogenität auch ein bisschen abzuschwächen. Aber das muss man, wie gesagt, gerade bei den Kindern und bei den sehr kleinen Kindern natürlich sehr genau prüfen. Und jede Altersgruppe, die eben alle unterschiedlich sind – es ist ein Unterschied, ob einer sechs Monate alt ist oder drei Jahre oder sechs Jahre oder zwölf Jahre. Das muss sehr genau angeguckt werden, (es) muss auch angeguckt werden: Was wird aus diesen Kindern eben nach der Impfung? Und das ist genau die Aufgabe bei klinischen Prüfungen. Es gibt sehr hohe Ansprüche, zu Recht sehr hohe Ansprüche, ethische Ansprüche, Qualitätsansprüche an Studien bei Kindern. Kinder sind uns schutzbefohlen. Wir müssen da ein ganz besonderes Augenmerk auf die Sicherheit dieser Kinder richten, sodass, glaube ich, die ganzen Rahmenbedingungen – das macht es ja oft auch so schwierig, Kinderstudien zu machen – berücksichtigt werden müssen. Ich denke, was wir fordern und was wir erwarten, ist, dass auch bei den Coronavirus-Impfungen all diese Maßstäbe berücksichtigt werden. Aber natürlich – da kommen wir auf Ihre allererste Frage zurück –, natürlich sind wir dann irgendwann auch sehr dankbar, wenn wir diese Daten haben, weil wir selbstverständlich auch für den sechs Monate Alten möglicherweise, der ein besonderes Risiko hat, einen zugelassenen Impfstoff einsetzen wollen.



Moderatorin [00:42:34] Herr Gartlehner, ja, vielleicht an Sie dann noch mal – Herr Zepp, ich habe Sie gesehen – eine Nachfrage: Kann man so einen generellen Vergleich anstellen zwischen den Daten, die wir so für Therapeutika für Kinder und Erwachsene haben? Ist das in etwa gleich gut untersucht? Wie sind da so die Erfahrungen aus der evidenzbasierten Medizin? können Sie da noch was beisteuern?

Gerald Gartlehner [00:42:53]

In den meisten Fällen, bei den üblichen Therapeutika haben wir gute Daten. Es besteht auch nie so die Dringlichkeit der Situation, jetzt Entscheidungen zu treffen, weil in den meisten Fällen haben wir Therapien auch, die vielleicht Nebenwirkungen haben oder nicht so gut sind. Aber man hat mehr Zeit. Und ich denke, das ist der rote Faden, der sich durch diese Pandemie zieht, dass, obwohl große Unsicherheit in Daten und Evidenz besteht, trotzdem Entscheidungen getroffen werden müssen. Das heißt, es ist eigentlich eine völlig andere Situation, als wir sie sonst aus der Medizin kennen.

Moderatorin [00:43:27]

Vielleicht daran anschließend noch mal zu dieser Meta-Frage, die ja auch Thema sein soll heute. Sie haben es gerade schon angesprochen: Evidenzbasierte Medizin hat im Verlauf der Pandemie, finde ich, sehr unterschiedliche Positionen eingenommen in der Öffentlichkeit auch. Zu Beginn gab es logischerweise – wir haben ja jetzt schon ein bisschen mehr Evidenz als ganz am Beginn der Pandemie –, da gab es logischerweise kaum Evidenz. Das Virus war neu, das Pandemieausmaß war lange nicht gesehen worden. Also, es gab dort auch ein paar Positionen aus dem Bereich der evidenzbasierten Medizin, die in Deutschland zumindest gesagt haben: Moment, Moment, Moment, wir wissen gar nichts, besser nicht handeln. Das ging so ein bisschen in diese Richtung. Wie würden Sie da denn die Rolle der Evidenzbasierten Medizin (EBM) auch im Verlauf der Pandemie bewerten? War das so hilfreich?

Gerald Gartlehner [00:44:09]

Ja, ich denke, die EBM hat einiges aufzuarbeiten auch. Einige sind einfach in Schockstarre verfallen, weil Entscheidungen notwendig waren, aber keine Evidenz vorhanden war. Andere haben erkannt, dass man einfach Flexibilität bieten muss. Also Cochrane zum Beispiel hat relativ rasch erkannt, dass die durchschnittliche Cochrane Review nicht mehr 24 Monate dauern kann, weil sonst wäre Cochrane völlig irrelevant für diese Pandemie. Und Cochrane hat dann sogenannte Rapid Reviews eingeführt, die methodisch etwas abgeschlankt war, aber dafür innerhalb von Wochen den Entscheidungsträger*innen zur Verfügung gestellt werden konnten. Und ich denke, da gibt es einiges an Aufarbeitungsbedarf auch innerhalb der EBM-Szene, was gut und was vielleicht nicht so gut gelaufen ist.

Moderatorin [00:45:00]

Dazu passt eine Frage an Herrn Mertens, Herr Zepp, ich habe Sie im Kopf und guck, ob wir das gleich noch einbauen können. Herr Mertens, Evidenz und Daten stehen ja jetzt gerade sehr im Zentrum, haben Sie auch gerade gesagt. Wir wissen über die Nebenwirkungen noch zu wenig, die Nachbeobachtungszeit ist zu lang. Aber bei der Kreuzimpfung, also dem heterologen Impfschema, haben Sie es trotzdem empfohlen, obwohl es noch keine Daten gab. Das haben Sie auch so argumentiert, nur aus Tierversuchen. Wieso war damals die Evidenz nicht so sehr im Zentrum wie heute?

Thomas Mertens [00:45:29]

Also ich möchte vielleicht noch eins hinzufügen, jetzt aus Sicht der STIKO. Wir reden ja immer von der besten verfügbaren Evidenz. Also das bedeutet nicht, dass wir völlig handlungsunfähig sein müssen, wenn es keine Evidenz gibt, sondern wir müssen einfach sicher sein, dass wir alles das, was es an Evidenz gibt, auch berücksichtigt haben. Also vielleicht ist es wichtig einzufügen, dass wir auf der Basis der besten verfügbaren,



das Wort ist hier wichtig, Evidenz handeln. So, Sie haben völlig recht, und ich kann Ihnen auch sagen – Fred Zepp, korrigiere mich –, das ist eigentlich das erste Mal gewesen, dass wir, also ich persönlich jedenfalls, ich bin ja schon, weiß nicht, lange Zeit in der STIKO, eine solche Empfehlung gegeben haben ohne ausreichende Evidenz, ganz klar. Und ich habe, das ist auch übrigens die Entscheidung jetzt in der Pandemie bisher, die mir am meisten Bauchdrücken verursacht hat, auch das kann ich Ihnen sagen, aus genau diesem Grund. Auf der anderen Seite waren wir in einer wirklichen Zwangssituation da, denn die Menschen wollten, die jetzt in der Situation waren, einmal geimpft worden zu sein mit AstraZeneca, die wollten natürlich bald Bescheid wissen: Wie geht's denn jetzt weiter? Wir wussten genau und haben das auch nachgefragt, wann die ersten Studienergebnisse zu erwarten waren. Wir haben dann unsere immunologischen Überlegungen angestrengt und haben sozusagen in silico Immunobridging gemacht, wenn Sie so wollen. Oder hier Immunobridging da oben [tippt sich an den Kopf] versucht zu machen und haben dann diese Empfehlung gegeben. Aber, das war wirklich eine Ausnahmesituation, und das soll auf gar keinen Fall irgendwie Standard in der STIKO werden, kann ich Ihnen verraten. Und ich sagte schon: Es ist die Entscheidung, die mir eigentlich am meisten Magendrücken gemacht hat. Gott sei Dank hat es gut funktioniert, sagen wir mal so. Denn jetzt sind ja die Daten, die aufkommen, alle völlig gleichgerichtet, sodass es nicht nur möglich ist, sondern dass es gut verträglich ist und dass es auch sozusagen zu einer besseren Immunantwort führt, wenn man diese heterologe Impfung durchführt, sodass wir jetzt ja schon – also ich jedenfalls – die ersten Anfragen haben: Muss man das nicht eigentlich für alle Leute empfehlen, die einmal mit AstraZeneca geimpft worden sind, gerade auch unter dem Aspekt des Schutzes vor möglichen eindringenden Varianten bei uns in Deutschland? Also, im Augenblick hat sich also die Argumentation schon fast wieder umgedreht. Aber Sie haben recht, das war eine Entscheidung, die hart war und bei der wir keine ausreichende Evidenz hatten.

Moderatorin [00:48:07]

Ich bekomme eine Frage hier, Herr Mertens, wenn Sie gerade schon sprechen: Sie sagten ja, die Impfung der 12- bis 17-Jährigen habe laut Modellierungen nur einen minimalen Effekt gehabt. Ich hab das gesagt, und zwar in Bezug auf die Sterbe- und die Hospitalisierungsraten. Doch die Zahlen würden etwa 1.300 Intensivbehandlungen und 400 Todesfälle – hier hat es noch mal jemand quantifiziert – weniger bedeuten. Bleiben Sie dabei, dass das minimal ist?

Thomas Mertens [00:48:35]

Sie meinen jetzt, ob minimal das richtige Wort ist? Der Effekt ist nicht ausreichend, um daran eine ganze Empfehlung aufzuhängen. Das ist vielleicht die ausgewogenere Antwort an der Stelle, ja. Ich meine, diese Abbildung, die ja auch Gegenstand hier unserer Vor-E-Mails war, ist vielleicht auch nicht so leicht zu verstehen, weil nicht klar wird, dass zum Beispiel auch die Zahlen, die über den Säulen sind, ja in den unterschiedlichen Blautönen eingefärbt sind. Und man muss es also wirklich sich genau angucken, um das zu verstehen, was diese Grafik aussagt. Aber Sie haben recht, es gibt einen Unterschied, den man auch sozusagen aus der Modellierung erfassen kann, quantitativ erfassen kann. Aber die STIKO war der Ansicht und ist der Ansicht, dass dieser Unterschied nicht ausreichend ist, um daran eine ganze Empfehlung aufzuhängen.

Moderatorin [00:49:31] Herr Berner, haben Sie kurz mit der Hand dazu gezuckt?

Reinhard Berner [00:49:33]

Ich glaube, ergänzen kann man vielleicht noch, Herr Mertens, ich glaube, dass ja das auch nicht berücksichtigt, dass diese Gruppe, die jetzt, wo Todesfälle verhindert werden könnten, ja selbst auch noch geimpft werden kann. Das heißt, diese Impfdosen können denen ja auch zur Verfügung gestellt werden, und dann schwächt sich der Effekt weiter ab. Insofern ist es nur eine segmentale Betrachtung gewesen.



Thomas Mertens [00:49:53]

Genau, das steht ja auch drin, Herr Berner. Und das ist noch ein wichtiger Punkt. Vielen Dank, dass ja das Ganze wiederum abhängig ist von der Durchimpfungsrate der Erwachsenen. Also, das haben wir ja auch mit aufgenommen in die wissenschaftliche Begründung. Und das ist genau das, was Sie gesagt haben. Und insofern war gerade das Beiseitelegen von fünf Millionen Impfdosen für Kinder und damit die Eltern dieser Kinder nicht zu impfen, das war ja auch das, was dann nicht wirklich sinnvoll erschien.

Moderatorin [00:50:25]

Wir haben schon halb, hier sind noch, ich glaube, acht offene Fragen. Ich würde trotzdem zur Abschlussfrage kommen in die Runde, damit wir hier nicht lang überziehen. Ich weiß, dass auch wegmüssen. Vielleicht könnten wir noch mal auf den Punkt der weiteren Dynamik jetzt auch in Bezug auf die Empfehlungen für Kinder eingehen. Jetzt werden ja neue Studien gemacht. Sie werden das weiter beobachten, haben Sie auch schon gesagt, in der STIKO und die Empfehlung anpassen. Bei AstraZeneca hat das ja wiederum so ein bisschen zur Verwirrung geführt, weil die sich ja schon sehr konträr waren, die Empfehlungen. Wie kann das zukünftig verbessert werden, vielleicht? Und wie wird die STIKO die Lage weiter beobachten oder eben auch die evidenzbasierte Medizin? Und in welcher Regelmäßigkeit wird die Empfehlung überarbeitet? Da würde ich gerne einmal in die Runde gehen, und Herr Gartlehner kann vielleicht was aus der Außenperspektive dazu sagen. Fangen wir vielleicht bei Herrn Zepp an, Sie haben schon lange nichts mehr gesagt.

Fred Zepp [00:51:16]

Alles gut. Ich habe gut zugehört. Ich lerne dazu. Ich sage mal, keiner von uns, auch die STIKO, kann die Zukunft nicht voraussagen. Also insofern wird es immer so sein, dass die STIKO sich an dem Tagesgeschehen [orientiert]. Und in der Tat ist es ja so: In der Dynamik, in der die Pandemie abläuft, können Sie ja morgens die Zeitung aufschlagen und Sie haben wieder irgendwelche neuen Erkenntnisse aus irgendeiner Region der Welt. Das müssen wir jetzt nicht direkt so nachkontrollieren, aber es wird so sein, dass wir in – und das tun wir im Augenblick auch – in wöchentlichen Abständen konferieren, und wenn es nottut, auch enger, wenn sich Veränderungen an der Infektionslage ergeben, zum Beispiel durch das Auftauchen von neuen Varianten, die relevant erscheinen oder die in einer bestimmten Population relevant erscheinen. Also, insofern, das wird nachreguliert, und es ist eigentlich, das muss man auch mal sagen, ein gutes Zeichen, dass die STIKO in der Lage ist, sehr schnell auf Ereignisse wie zum Beispiel damals die Thrombosen zu reagieren. Ich sag mal, zunächst hat man das Risiko gesehen, dass es zu wenig Daten für Ältere gibt. Und dann zeigt sich aber, dass gerade in der jungen Population ein Risiko entsteht. Und innerhalb weniger Tage oder Wochen haben wir das dann auch angepasst. Das ist ein Qualitätsmerkmal aus meiner Sicht, dass im Prinzip hier Sorge getragen wird für die Menschen, die die Impfungen auch annehmen. Und das wird auch in Zukunft so sein. Das heißt also, es ist nicht vorgesehen, dass wir in die Sommerpause gehen, sondern wir werden das weiter beraten, und so schnell es möglich und zulässig ist, dann anpassen.

Moderatorin [00:52:47] Herr Berner, auf welche Daten schauen Sie, die da kommen werden und wie sollten Sie dann einfließen in die STIKO?

Reinhard Berner [00:52:55] Ich glaube, ich muss das jetzt nicht ergänzen, was Herr Zepp gesagt hat. Mir wäre ein anderer Aspekt noch wichtig. Ich glaube, die STIKO macht eine hervorragende Arbeit, indem sie die verfügbare Evidenz prüft und dann zu Entscheidungen kommt. Ich glaube, wir alle, die Gesellschaft und vor allen Dingen die Politik, wäre gut beraten, wenn sie ein solches Verfahren auch für andere Entscheidungen in der Pandemie in Erwägung ziehen würde. Um bei einem Thema zu bleiben, das mir sehr am Herzen liegt, ist die Frage der Schulöffnungen und der Kitaöffnungen und die Frage der Masken und die Frage vor allen Dingen der Antigen-Schnelltests oder der Tests überhaupt. Ich glaube, wenn wir da eine Kommission hätten, die die Evidenz zusammentragen würde, die ja auch täglich neu sich anhäuft, und Empfehlungen aussprechen würde, die dann umgesetzt würden, dann wären wir ebenso gut beraten wie durch die Empfehlungen der STIKO. Das



heißt also, in der Pandemie bräuchte es eigentlich mehr Kommissionen wie die STIKO, die zu anderen Fragestellungen ebenso ausgewogene Empfehlungen ausspricht.

Moderatorin [00:53:55] Herr Gartlehner, da passt vielleicht ihr Blick ganz gut, in Anschluss an Herrn Berner.

Gerald Gartlehner [00:54:00] Ja, vielleicht eine etwas andere Perspektive. Ich denke, man muss in der Außenkommunikation vor allem aufpassen, dass die Entscheidung der STIKO als das kommuniziert wird, was sie ist, nämlich eine Entscheidung aufgrund des Fehlens, des Mangels der Evidenz und der Unsicherheit und nicht einer Entscheidung, einer Nicht-Empfehlung aufgrund einer Datenlage, die vermehrte Schäden zeigt. Und das geht in der öffentlichen Diskussion dann auch relativ rasch verloren, weil es politisch von manchen Richtungen einvernommen werden könnte als eine Empfehlung dagegen. Ich glaube, das wird wahrscheinlich in den nächsten Wochen dann noch wichtig sein. Und die STIKO wird ja das ständig untersuchen, und niemand ist gegen eine Impfung der 12- bis 17-Jährigen, und wird neu bewertet werden. Und es gibt dann vielleicht in naher Zukunft auch eine Empfehlung dafür.

Moderatorin [00:54:56] Herr Zepp, hatten Sie kurz gezuckt, noch als Punkt dazu?

Fred Zepp [00:54:57] Nein, nein, nein. Ich würde das Schlusswort unserem Vorsitzenden lassen.

Moderatorin [00:55:00] Genau das war mein Plan. Herr Mertens, sagen Sie noch ein Schlusswort für mich, wie wird die STIKO weiter verfahren, und, vielleicht, auf welche Daten freuen Sie sich dazu?

Thomas Mertens [00:55:08]

Ich würde gerne das noch mal allgemein aufgreifen, weil ich in meinen vielen Diskussionen mittlerweile deutlich erlebt habe, dass viele Menschen eine ganz falsche Vorstellung haben von der Arbeit in der STIKO. Und ich hoffe, Herr Berner kann das bestätigen. Wir sitzen da ja nicht als sogenannte Experten zusammen und äußern Meinungen und diskutieren Meinungen. Damit verbringen wir keine Zeit, mit Meinungen. Und insofern ist es noch mal wichtig zu betonen, dass wir genauso vorgehen, wie das in der Wissenschaft üblich ist. Wir versuchen immer, auf der Basis der besten verfügbaren, aktuell verfügbaren Evidenz etwas zu tun. Also wir diskutieren keine Meinungen, sondern wir diskutieren Daten, die vorliegen. Und insofern ist es völlig unfair und unsachgerecht, wenn man sagt: Die STIKO weiß ja selbst nicht, was sie will. Das ist wirklich völliger Unsinn. Das ist nicht unser Problem, sondern das Problem ist, dass wir Daten brauchen, die wir dann diskutieren können. Und über diese Daten kommen wir dann hoffentlich zu den sinnvollen und angemessenen Empfehlungen. Und das werden wir genauso auch weitertreiben. Und das kann dann sein, wie alle ja schon gesagt haben, dass dann die Empfehlung sich einfach auch ändert. Aber nicht, weil unsere Meinung sich geändert hat, sondern weil die Daten sich geändert haben, die wir brauchen, um zu einer solchen Empfehlung zu kommen.

Moderatorin [00:56:27] Vielen Dank! Ich würde sagen, wir enden an dieser Stelle. Es gibt noch einige Nachfragen, die so ein bisschen auf einzelne Risikopersonen und wie sollen die eigentlich damit umgehen, zielen. Ich sammle die und vielleicht schicke ich die nochmal in die Runde. Wenn Sie dann noch zwei, drei Sätze zurückschreiben könnten, dann könnten wir das noch mal weiterleiten an die Journalist*innen. Mir war nur dieses große Thema hier heute sehr wichtig. Ich glaube, wir haben das umfassend erörtert. Vielen Dank an Sie vier. Wir werden dieses Briefing, wie gesagt, haben wir aufgezeichnet, auch transkribieren. Das Transkript werden wir schnellstmöglich auf der Website hochladen. Der Mitschnitt wird schon in einer Stunde



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Marleen Halbach

Redaktionsleiterin und 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

